



Universidad
Zaragoza

Trabajo de Fin de Grado

La prevención del consumo de tabaco desde
la educación para la salud en la escuela

Autor:

Carlos Vaquero del Río

Director:

Rafael Díaz Fernández

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

Año: 2019

Índice

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVO	5
3. METODOLOGÍA	5
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1. Antecedentes más próximos de la educación para la salud.....	6
4.2. Ámbitos importantes de la educación para la salud.....	7
4.2.1. <i>Ámbito 1: Promoción de la salud</i>	10
4.2.2. <i>Ámbito 3: Prevención de las adicciones</i>	11
4.3. Teorías que subyacen a los programas de prevención de drogodependencia	16
4.4. Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas	18
4.4.1. <i>Teorías parciales o basadas en pocos componentes</i>	18
4.4.2. <i>Teorías de estadios y evolutivas</i>	20
4.4.3. <i>Teorías integrativas y comprensivas</i>	22
4.5. Factores de riesgo y protección.....	24
5. EL ÁMBITO ESCOLAR: ESPACIO IMPORTANTE PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA.....	28
6. CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA ETAPA DE 6 A 12 AÑOS	35
7. ANÁLISIS DE LOS PLANES AUTONÓMICOS DEL GOBIERNO DE ARAGÓN SOBRE CONDUCTAS ADICTIVAS: PREVENCIÓN Y CONSUMO DE TABACO	38
7.1. I Plan del Gobierno de Aragón (2005-2008).....	38
7.2. II Plan del Gobierno de Aragón (2010-2016)	39
7.3. III Plan del Gobierno de Aragón (2018-2024).....	41
8. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA SOBRE EL USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES 2016/2017): PREVENCIÓN Y CONSUMO DE TABACO	44
9. CONCLUSIONES	47
10. BIBLIOGRAFÍA	49
11. ANEXOS	54
Anexo 1: Tablas	54
Anexo 2: Gráficos	54

La prevención del consumo de tabaco desde la educación para la salud en la escuela.

The prevention of tobacco consumption from health education in school.

- Elaborado por Carlos Vaquero del Río
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández
- Presentado para su defensa en la convocatoria de junio del año 2019
- Número de palabras (sin incluir anexos): 18.021

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado pretende hacer un análisis de la influencia del tabaco en los más jóvenes, trabajando a través de la prevención de su consumo englobado en drogodependencias y diferentes consumos que producen adicción. Se establecen relaciones entre las diferentes sustancias adictivas y el tabaco, hablando sobre su repercusión en la población y en la sociedad educativa, implementando programas de prevención de la salud en el ámbito educativo. El objetivo principal es ver la evolución que ha tenido a lo largo de tiempo este tema, y cómo se ha ido trabajando con el paso del tiempo a través de los diferentes planes autonómicos de la Comunidad de Aragón. De manera visual se trabaja con el análisis de gráficas y tablas de evolución en el tiempo sobre diferentes aspectos del consumo de tabaco en tempranas edades, y cómo se mantiene con el paso del tiempo, dejando entrever posibles cambios futuros en el trabajo de la prevención de su consumo, debido a su escasa mejora y pobre descenso en su consumo comparándolo con las estadísticas actuales.

Palabras clave:

Tabaco, prevención, consumo, educación, jóvenes, plan de acción.

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde a la realización de un trabajo de investigación descriptiva, enmarcada dentro del Grado de Educación Primaria, más concretamente relacionado con las asignaturas del departamento de Psicología y Sociología, Psicología de la Educación y Psicología del Desarrollo, ambas asignaturas del grado, donde a través de un comienzo tutelado, se empezó a conocer la evolución del desarrollo cognitivo y natural del niño, los factores que lo envolvían y los posibles riesgos a los que se podía enfrentar. Basándome en las teorías de Vigotsky, y la importancia del entorno en el desarrollo cognitivo del niño, y cómo puede afectar el mismo a su vida, desde beneficios a posibles malas conductas, como el caer en adicciones, fue lo que me impulsó a elegir este tema, enfocado y orientado hacia el estudio de la prevención del consumo de drogas desde la educación para la salud en la escuela, especialmente enfocado a la prevalencia y a la prevención del consumo de tabaco en los más jóvenes.

La idea planteada es la de conocer los datos aportados por encuestas ESTUDES (La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España), sobre el consumo de tabaco, edad de inicio, percepción actual sobre el riesgo de los menores y la disponibilidad existente, analizando la realidad del consumo actual, como su prevención en el ámbito educativo desde la promoción de la salud, basándome en la evolución del enfoque de esta prevención a lo largo de los años, con el análisis de los diferentes Planes Autonómicos en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Por tanto, considero un tema importante la evolución del consumo de drogas, en especial el tabaco en nuestra población más joven, trabajando por una prevención de la salud que eduque desde edades tempranas sobre los riesgos y posibles efectos adversos que estas prácticas pueden conllevar.

La primera parte del trabajo se centra en enmarcar y justificar el objeto de estudio, donde además se abordan los motivos por los que me ha parecido interesante la elección de este tema, explicando los antecedentes que hicieron la implantación de los planes de acción en temas de prevención de drogodependencias.

De manera seguida aparece el marco teórico, donde nos encontramos con definiciones, estudios, análisis y diferentes planes y artículos acerca de los temas que engloba este

Trabajo de Fin de Grado (TFG), así como autores que han realizado estudios acerca de diferentes tipos de adicciones y su repercusión en la población y en el ámbito educativo.

A continuación, se presentan los resultados y el análisis de las diferentes tablas explicativas sobre la evolución en el tiempo de los consumos ya centrados en el tabaco, desde las edades de inicio, hasta la evolución en el tiempo de su consumo tanto en diversas temporalidades como el consumo diario.

Por último, a la hora de explicar el contenido de las tablas, se apoya el trabajo con una conclusión en la que se pone de manifiesto la efectividad de esta prevención en el ámbito educativo de las drogodependencias y en especial del tabaco, junto con la evolución de los diferentes planes de actuación autonómica.

2. OBJETIVO

El objetivo primordial del presente trabajo es conocer, los datos aportados por las encuestas ESTUDES y los diferentes planes autonómicos sobre conductas adictivas del Gobierno de Aragón, enfocado en el consumo de tabaco, la edad de inicio, percepción del riesgo de los menores y su disponibilidad, la realidad de la prevalencia de consumo actual, así como su prevención en el ámbito educativo desde la promoción de la salud, todo ello enmarcado en la prevención de drogodependencias y posibles consumos adictivos en los más jóvenes.

3. METODOLOGÍA

Esta investigación 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 tabaco, como su prevención.

Comenzando esta investigación descriptiva, 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 el conocimiento de la realidad social del consumo de tabaco en los menores dentro de la etapa de primaria, donde se da el tabaco como un consumo experimental en la infancia, siendo un consumo más casual que diario, una curiosidad que empiezan a satisfacer a estas tempranas edades, creando el riesgo para la etapa de transición primaria-secundaria. Esta investigación en el ámbito de las drogodependencias es analizada a través de los tres Planes que han estado en vigor a nivel de la Comunidad Autónoma de Aragón, los cuales nos han proporcionado los datos que se han analizado, así como su prevención en el ámbito educativo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Antecedentes más próximos de la educación para la salud

Con el nacimiento en 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) nació también un nuevo movimiento que no sólo buscaba la salud física de los ciudadanos del mundo, sino una salud complementada social, mental y físicamente. “La salud no como el objetivo de la vida, sino como un recurso para la vida” (Díaz, R y Sierra, M. 2008). Con el paso de los años, se ha ido afianzando la idea de salud en aspectos preventivos, más que en los puramente asistenciales en casos de necesidad sanitaria. Las primeras teorías sobre la salud y cómo influenciaban en ella diversos factores comenzaron en 1974 con el canadiense Lalonde, Ministro de Sanidad en este país, impulsor de los cuatro factores que afectan a la salud en la población; la biología humana, la asistencia sanitaria, el medio ambiente y el estilo de vida, en los que da una gran importancia respecto a su incidencia en la salud en estos dos últimos. Seguidamente en 1978, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, fue donde se dieron las primeras pautas sobre los cuidados primarios de la salud y la primera vez que se instó a los países a implementar medidas y acciones de mejora de la misma a través de la “Declaración sobre cuidados primarios de salud”, para en el año 2000, tener una población autosuficiente y productiva social y económicamente. Tras este ambiente más teórico y no explícitamente práctico sobre la salud, fue ya en 1986 donde se dio la 1º Conferencia para la promoción de la Salud en Ottawa, donde a través de la denominada “Carta de Ottawa”, se puso la salud y el bienestar individual y colectivo como objetivo principal en los cambios en las sociedades, interrelacionándola directamente con el entorno físico, los estilos de vida y las condiciones sociales y económicas de las

poblaciones. Esta nueva perspectiva junto con la consideración de la OMS de la salud como derecho humano fundamental para todas las personas, hizo girar las perspectivas futuras en torno a la previsión de la salud y la mejora de las condiciones de la misma, permitiendo un mayor control de las personas sobre su propia salud. Pero la promoción de la salud no se refiere únicamente a lo que cada persona puede hacer para mejorar la misma, sino que en gran medida afecta a las políticas de cada lugar, pues son los gobiernos, los responsables de los cambios y del entorno que nos rodea, desde la lucha contra las enfermedades a la implementación de acciones de mejora de la salud. Por ello la “Carta de Ottawa” hace referencia a tres estrategias para abordar la promoción de la salud en la sociedad: creación de condiciones esenciales para la salud, que todas las personas puedan desarrollar su potencial de salud y finalmente, mediar por la salud frente a diferentes intereses de la sociedad. Esto se podría resumir con la implementación de una política saludable, donde el entorno y la comunidad jugaran un papel fundamental en la promoción de la misma. En España somos un ejemplo de esta política, pues contamos con la Ley General de Sanidad 12/1986 de 26 de abril, donde en concreto sus artículos 1º y 3º, están orientados a los medios y actuaciones del sistema sanitario para la promoción de la salud y la previsión de enfermedades, siendo uno de los principios generales del Sistema de Salud. Finalmente, fue ya en 1997, en la Declaración de Yakarta, con sus cinco prioridades; promover la responsabilidad social para la promoción de la salud, incremento de inversiones en el desarrollo de la salud, mayor colaboración para la promoción de la salud, y aumentar la capacidad comunitaria e individual y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud, donde se asentó la manera de guiar la salud de cara al siglo XXI, dando como esenciales y prioritarias las estrategias básicas de promoción de la salud en todos los países. En definitiva, podemos prevenir las drogodependencias gracias a la promoción de la salud, dando a los individuos y comunidades ese control sobre los aspectos determinantes personales y ambientales a través de la educación para la salud. (Díaz, R y Sierra, M. 2008)

4.2. Ámbitos importantes de la educación para la salud en la escuela

Para hablar de los importantes ámbitos de la educación para la salud en la escuela tenemos que nombrar el proyecto COMSAL, Competencias en Salud. (Gavidia, V. 2016), surgido de la necesidad de conocer y dotar a los jóvenes de las capacidades para desarrollar una vida que, tanto en el ámbito personal, como en el social, haga que sea lo

más saludable posible y, conocer como docentes, cómo aborda la Administración este aspecto, a través de las propuestas curriculares. Todo esto ya viene desde hace tiempo recomendado por entidades internacionales de gran peso e importancia como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Consejo de Europa, Comisión Europea, etc. y nacionales como el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Educación, etc., donde se recomienda la inclusión de contenidos, en el currículo escolar, de Promoción y Educación para la Salud, viendo la gran importancia y repercusión que puede tener en la población joven, la adopción a largo plazo de estilos de vida saludables, sin que tome importancia género, clase social, nivel económico de la familia o su propio nivel educativo (Salvador y Suelves, 2009). La Educación para la Salud, a través de este método, se convierte en un muy útil instrumento de Promoción de la Salud, sobre todo para estas edades tempranas, donde gracias a la educación obligatoria, se tiene un total acceso a los niños desde los 6 a los 16 años, aunque nos centremos en la etapa de primaria hasta los 12 años. Sin embargo, no solo los centros docentes son los lugares donde educar en este aspecto, el hogar, es también un lugar clave donde se da el desarrollo individual y social de estos jóvenes en sus etapas más tempranas y, donde juega un papel fundamental en el desarrollo de su conducta y valores sociales, factores importantes para la posterior personalidad adulta que irán configurando. Por esta misma razón, las escuelas integran la Salud como base en sus programas educativos para alcanzar los objetivos previstos.

Un alto porcentaje de las muertes en los países avanzados a partir de la década de los setenta se deben a los hábitos y estilos de vida insanos que lleva la población de los mismos, que, junto con el medio donde se desarrolla esta, forman conjuntamente una gran importancia de los factores que determinan el nivel de salud de la población. Por ello, las Administraciones sanitarias y educativas dan la actual gran relevancia al cambio de los hábitos insanos, objetivos de salud para el siglo XXI según Lalonde (1974). Como ya hemos repetido, la gran parte de estos comportamientos se adquieren en la infancia, la pre adolescencia y la adolescencia, al igual que sucede con los malos hábitos alimenticios, consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo, entre otros. Muchos son los estudios que han demostrado la necesidad de integrar programas de educación sobre hábitos saludables en las escuelas, trabajándolos en el día a día del aula. Afín a estos estudios, dentro de las primeras decisiones sobre los contenidos que los estudiantes tendrían que aprender para integrar en sus vidas estos comportamientos saludables, aparece el de la Generalitat de

Catalunya y con posterioridad del Gobierno Vasco, un modelo de enseñanza – aprendizaje de la Educación para la Salud en la escuela (Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela. Generalitat de Catalunya, 1984; Gobierno Vasco. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1988, Bilbao). El modelo está basado en un currículum establecido por una “Comisión de Expertos”, que previamente había fijado una serie de contenidos y objetivos concretos para su trabajo en el aula. Tras estas primeras implantaciones, fue el Gobierno de Aragón, el protagonista a la hora de trabajar durante diversos años, un planteamiento distinto, basando en Proyectos, su Programa Experimental de Educación para la Salud. A través de proyectos asignados por iniciativa de los grupos de trabajo interesados en un tema concreto, se daba la selección de contenidos y objetivos para trabajar en cada Centro Sanitario o Educativo, en función de las necesidades educativas del entorno cercano y la comunidad. Apareció el trabajo “Educación para la Salud: propuestas para su integración en la Escuela” (1991), gracias a los años de experiencia en los diferentes proyectos. Una vez aparecieron estos proyectos, fueron muchas las administraciones autonómicas que se sumaron para desarrollar la Educación para la Salud en la Escuela, ejemplos como: Canarias, Asturias, Valencia, Murcia, etc., multitud, los estudios realizados para hacernos conocedores de conductas, estilos de vida y conocimientos de los alumnos (Encuesta Nacional de Salud, 2006; Valderrama, J.C., Gavidia, V. et al, 1997; Pérez de Eulate, L. y Ramos, P., 2005; etc.) y, también, los recursos didácticos específicos de salud que se elaboraron para el aprendizaje en las aulas. Con el paso del tiempo y los cambios generados por la Unión Europea, como el Tratado de Bolonia y la construcción del Espacio Europeo de Educación, hicieron que nuestro sentido de la educación cambiara de rumbo y dejara de centrarse en los contenidos de las materias a impartir para centrarse en las competencias a adquirir por los alumnos, unas competencias para aumentar la capacidad de asimilar las situaciones problemáticas a las que se enfrentan en una sociedad cambiante y compleja. Para ello, se exigen unos estándares mínimos de competencias para la salud para que, a través de un profesorado competente en este aspecto, los alumnos de las escuelas sean capaces de desarrollarlas, ya que las intervenciones educativas pueden tener éxito si son aplicadas con la ayuda de profesionales expertos en esos campos (Smolak et al., 2001).

Así que podemos sacar como conclusión, que el principal objetivo de esta investigación, ha consistido en especificar las competencias en Salud que deben desarrollar los ciudadanos españoles del futuro en su paso por la Escuela obligatoria,

comprobando hasta qué punto las propuestas curriculares son tenidas en cuenta por las administraciones.

4.2.1. Ámbito 1: Promoción de la salud

En los últimos años, tras el establecimiento de los principios de la Carta de Ottawa (OMS, 1986), se han producido diversas iniciativas relativas a la a la promoción de la salud en la escuela con distintas denominaciones: escuelas saludables, escuelas por la salud, escuelas promotoras de la salud, escuelas de salud coordinadas. A pesar de las distintas denominaciones, todas ellas tienen en común el enfoque integral de la educación y el que para la promoción de la salud del individuo todo su entorno es importante, afectando, asimismo, a la salud de toda la comunidad. Queda superado con esto el enfoque académico de las instituciones educativas y de las campañas u otros sistemas concretos que pueden ser un punto de partida, pero no el fin en sí mismas ya que, si bien puede ser importante tener determinados conocimientos pueden no ser definitivas para promover actitudes saludables perdurables en el tiempo.

La escuela promotora de salud pretende educar a la comunidad en actitudes saludables, convierte a la escuela en algo más que unos edificios e instalaciones dedicados a la enseñanza de determinadas disciplinas al que acuden diariamente unos alumnos. En una escuela promotora de la salud, se atiende tanto a la salud física como psíquica del alumnado, realizando un desarrollo integral de los escolares, emocional, psicológico y físico.

Los beneficios de las escuelas promotoras de la salud, se traducen en una mayor eficacia escolar, favorecen la participación, la convivencia y la protección medioambiental, consideran un valor positivo la diversidad, pretendiendo la mejora continua de la salud, siendo su objetivo último el incrementar el bienestar y la salud de toda la comunidad educativa. Conclusiones alcanzadas por la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (St. Leger et al., 2010).

Educación y salud están interrelacionadas, debiendo integrarse en la escuela. Siguiendo a Brooks (2014), puede concluirse que obtienen mejores resultados académicos aquellos alumnos con mejores condiciones de bienestar y salud, desarrollan competencias y habilidades sociales y emocionales y mejora su disposición para el

aprendizaje. Asimismo, existe una relación directa entre la práctica de actividades físicas y deportivas y los resultados académicos.

Podemos decir que una escuela es saludable, si en ella se aprende a gestionar la salud y se viven experiencias relacionadas con la misma, su finalidad es la promoción de la salud y el bienestar del alumnado, pero no se limita a facilitar una educación para la salud de calidad, también adopta un clima positivo en el entorno escolar y en sus relaciones con las familias.

La educación para la salud enseña a cuidar de sí mismo, de los demás y del entorno, está relacionada con el desarrollo personal y social de los alumnos aprendiendo valores y actitudes positivas y promoviendo habilidades para la vida. Por todo ello, un centro educativo saludable favorece experiencias y ofrece un ambiente escolar positivo que hará posible su desarrollo personal y social.

4.2.2. Ámbito 3: Prevención de las adicciones

El consumo de drogas y conductas relacionadas con la salud han ido siempre muy ligadas, siempre condicionadas por determinantes sociales y personales, por lo que se ha acabado por ver que la promoción de la salud, constituye la estrategia más adecuada para abordar la educación sobre las drogas, teniendo como objetivo final la mentalidad de las personas a la hora de poder llevar una vida lo más saludable posible, haciendo que sus propias metas coincidan con las de la educación para la salud, como podemos ver en varios documentos del ámbito educativo:

- “Desarrollar actitudes y hábitos favorables a la promoción de la salud personal y comunitaria, facilitando estrategias que permitan hacer frente a los riesgos de la sociedad actual en aspectos relacionados con la alimentación, el consumo, las drogodependencias y la sexualidad” (LOE, 2006).
- “Aprender a vivir responsablemente de forma autónoma, aprendiendo a conocerse uno mismo, a cuidar la salud mental y física propia, y a desarrollar hábitos saludables, sintiéndose seguro. Aprender a disfrutar de forma responsable de la naturaleza de los recursos naturales, patrimonio de toda la humanidad y de las generaciones actuales y futuras” (Currículum del País Vasco: Decreto 175/2007 de 16 de octubre, artículo 6.2., En Gavidia 2016, p.155).

Estas teorías, desde un punto de vista comprometido y ambicioso, concuerdan con el desarrollo de las competencias socioeconómicas (UE, 2013), ya que puede afirmarse que las personas sanas, se comprometen en mayor medida con una sociedad saludable y justa. Los problemas que aparecen, enfrentados a estos objetivos a la hora de implantarlos en centros escolares, son diversos y, cuando añadimos las drogas como extra, los vemos como una pared difícil de superar. Además, hemos de sumar también las diversas consecuencias que la crisis que Europa lleva sufriendo estos años, pues afecta en gran medida sobre cada uno de los aspectos señalados, como la asistencia social, el consumo de drogas y la acción educativa entre otros. España, ha sido el país de la Unión que mayor retroceso ha sufrido en su sistema de bienestar, según el informe realizado por la Fundación Alternativas (Norte de Castilla, 17.03.13. En Gavidia, 2016, p.157), donde se ha dado un aumento acusado del riesgo de pobreza, afectando sobre todo a los más jóvenes, acentuando las carencias de los sectores más vulnerables. Esta nueva perspectiva económica de recortes y cambios sociales, hace que tengamos que prestar una mayor atención y hacer una reflexión crítica de lo que actualmente pasa en nuestra sociedad, ya que el aumento en el consumo de drogas dentro de las conductas insanas de los jóvenes, hace ver la necesidad de un cambio en la pedagogía, necesitando un pensamiento crítico que enriquezca y de coherencia a la práctica educativa ante las drogas. Conociendo de la dificultad de la implicación de este tipo de cambios para la pedagogía, el currículum y la organización educativa, muchos educadores, dan más importancia a la solvencia del trabajo diario, que, a dar respuestas integrales, buscando una solución rápida en el momento, como se hacía con anterioridad. Pero la respuesta más acertada sería la de un enfoque social, no tan individualista, encajando con las exigencias de la Promoción de la Salud que la OMS marcó en sus pautas, añadiendo a la formación en salud de las personas, el trabajo comunitario, políticas saludables, etc. y ámbitos, donde las personas escojan con facilidad conductas saludables. Por todo ello, aparecen las escuelas como foco principal, entendiéndolas como lugares saludables, donde las niñas y los niños, amplían su visión del mundo, de las personas que les rodean, e incluso de sí mismos, preparándose para su futuro proyecto de vida saludable. Según Salvador y Suelves (2009), algunas de las razones más importantes para la incorporación en el currículum y en el proyecto educativo de los centros, de la educación para la salud serían:

- “Constituye una de las estrategias clave en el centro educativo, no solo para incrementar los niveles de salud del alumnado, sino también para mejorar el

clima interno del centro escolar, optimizar sus procesos de gestión y alcanzar mejores resultados educativos, incluidos los académicos”.

- “La infancia y la adolescencia son las etapas del desarrollo vital en las que se adquieren los principales hábitos de vida que se consolidaron con los años. La obligatoriedad de la educación desde los 6 hasta los 16 años, facilita que el acceso a la población infantil y adolescente sea casi total”.
- “El ámbito educativo proporciona un marco de intervención social que cuenta con agentes que disponen de una alta cualificación desde el punto de vista pedagógico: el profesorado”.

Con la nueva pretensión de la escuela a desarrollar de manera integral a los alumnos, se deben tratar todas las cuestiones de salud de manera integral en el currículum y en el proyecto educativo del centro, de una manera transversal. La forma más efectiva de que los alumnos interioricen esto y se responsabilicen a su vez de su propia salud, es tratarlo en todas las áreas del currículum, teniendo como meta el “aprender a vivir”, el conocer las necesidades de la vida real y a lo que en un futuro cercano se van a enfrentar, marcando la acción educadora a desarrollar.

Todo este proceso se encuentra con serias dificultades a la hora de hablar de Educación para la Salud en la práctica educativa, pues la eficacia continua de las actuaciones sigue siendo difícilmente evaluable. Todo el alumnado tiene derecho a una igual educación para la salud, lo que quiere decir que tiene que englobar y respetar a todos los colectivos sociales (Torres, 2010). Si hablamos de un proyecto curricular justo, que albergue a todos estos colectivos, nos referimos a que “ayude a los ciudadanos y ciudadanas más jóvenes a verse, analizarse, comprenderse y juzgarse en cuanto personas éticas, solidarias, colaborativas y corresponsables de un proyecto más amplio de intervención sociopolítica destinado a construir un mundo más humano, justo y democrático” (Jordan, 2011). Dentro de las estrategias de la promoción de la salud, se incluye el fomento de la educación de la salud como implantación de trabajo en comunidad, políticas y contextos saludables y conocimiento de los servicios relacionados con la salud y, con ello, la pretensión de un mayor control sobre la propia salud de cada uno. Aunque se hace mucho hincapié en el tema de la promoción de la salud, se deja un poco al margen uno de los temas que más preocupan en estas edades en los centros escolares, la educación sobre drogas, donde a veces se ve reducida a una serie de sesiones o pequeños programas, y no a una integración

total en los programas de los centros, haciendo su función a corto plazo, pero dejando en el aire su eficacia a medio y largo plazo. Siendo la pre adolescencia y la adolescencia, los momentos cruciales para el desarrollo de la personalidad del estudiante, son a su vez los periodos donde estos jóvenes suelen tener su primer contacto con las drogas, siendo normales en estos casos los problemas vinculados al fracaso escolar y a un entorno deficiente.

Para entender el concepto de educación sobre drogas, las Naciones Unidas, en 1987, dieron una primera definición para ayudar a la orientación de la misma:

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

Al no ser una definición totalmente clara, deja en el aire el poder dar diferentes interpretaciones, dependiendo de la significación que demos a los diferentes términos que aparecen en la misma, pues una vez llevado a la práctica, tendrá un alcance u otro. Esto quiere decir que se pueden tomar diferentes rumbos, ya sea tomando al individuo como principal responsable en el consumo de drogas y volcar la orientación educativa hacia ese aspecto, que entender los problemas de las drogas como un problema de ámbito social, donde el individuo se presente como víctima, en una sociedad adicta a estas sustancias. Al hablar de educación, tenemos que hablar del concepto con toda la globalidad y profundidad que esto representa, es decir, no tenemos que confundir la educación, con una máquina de represión o control, capaz de manipular a su antojo o lavar el cerebro de los más jóvenes, sino que tenemos que asimilar la educación con otros ojos, siguiendo los pilares básicos que Delors y otros señalaron en 1996, en un informe por encargo de la Unesco: “aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a convivir” (Delors y otros, 1996). Aunque no podemos olvidar el de “ser feliz”, finalmente no recogido en el documento final. Además, la práctica educativa cuenta con unos componentes fundamentales, que según Freire (1994) serían:

- Un sujeto que enseñando aprende y que aprendiendo enseña.
- Objetos de conocimiento a impartir por el educador y que los alumnos deben aprender.
- Objetos mediatos o inmediatos, metas, a que se destina la práctica educativa.

- Técnicas, métodos, procesos de enseñanza, materiales didácticos, “que deben estar en coherencia con los objetivos, con la opción política, con la utopía, con el sueño del que está impregnado el proyecto pedagógico”.

Una manera de abordar la educación sobre las drogas, podría ser la educación para la vida, ya que trabaja aspectos que encuentran sentido en el marco de promoción de la salud. El objetivo es conseguir que cada alumno sea el propio arquitecto de su vida, que alcance el control y el dominio de sí mismo, comprendiendo el cambio que tienen que dar en el futuro, controlarlo, todo dentro de un contexto social que asegure su propio desarrollo personal. Tras estas reseñas, queda claro que un enfoque tradicional de la educación sanitaria, no es suficiente para conseguir esta meta de salud, por lo que se ve necesario crear nuevos modelos de educación para la salud donde la interacción entre factores ambientales y biológicos posibilite su desarrollo armonioso, enmarcado todo dentro de la promoción de la salud y los factores políticos, económicos y sociales (OMS, 1978). El impacto que las drogas tienen en los más jóvenes, hace que la importancia del trato del tema en su educación sea muy importante, pues no sólo se han de tener en cuenta los factores que rodean a estas adicciones, sino también hay que centrarse en los recursos y conocimientos disponibles y que de los que se pueda disponer para ofrecer las respuestas más adecuadas. La educación se encuentra en su camino de liberación e independencia de la persona ante las drogas, con la sociedad, todavía no preparada para dar esa autonomía a los más jóvenes, asumiendo que hay un gran mercado de sustancias que pueden crear dependencia, pero todavía, no con los recursos suficientes para asimilar las metas que tiene la educación en cuanto a la libertad personal. Según Freire (1975), la educación tiene que ser un periodo de transformación, con un fin social, humano y liberador de la persona, evitando que se convierta en un aparato rutinario, mercantil o empobrecedor. Basándonos en esto, el sentido de la educación es el cambio, la emancipación, enfrentando la idea de respuestas superficiales, parciales o directas, donde lo único que se consigue es la continuidad del problema de las drogas, donde siguiendo ese camino, solo se silencian las conciencias de la sociedad. Para que una educación que englobe este tema de una manera efectiva es necesario el compromiso de la sociedad, de la familia, de la escuela, en definitiva, del entorno que rodea al niño, a través de una política que se caracterice por la reinserción social a través de programas y técnicas educativas que puedan encauzar cada situación o caso especial. Dependiendo de las circunstancias que se den en cada situación, se puede trabajar a través de acciones de

carácter preventivo o de carácter terapéutico, hablando en nuestro caso, de una educación preventiva, donde se sigan una clase de objetivos a cumplir, varios de los pilares fundamentales a seguir serían:

- Educar a la sociedad para crear una cultura fundamentada en el rechazo a las drogas haciendo uso de sus propios recursos y valores.
- Educar de manera más concreta a los ciudadanos, en especial a los más jóvenes, incluyendo a los niños, para que, durante su etapa escolar, vayan desarrollando un estilo de vida autónomo, saludable y positivo.

El punto de mira común es la persona, situándola en un contexto social concreto donde desarrolla su vida diaria, conviviendo con elementos de diferentes ámbitos, desde culturales e ideológicos, a económicos y políticos. El contexto no puede comprenderse sin la persona y, la persona no se puede comprender sin un contexto, contando ambos con una serie de recursos y de limitaciones. Una vez definido el marco educativo, la acción de desarrollo es adaptada al nivel evolutivo de los niños, pero no solo se centra en eso, sino que gira a su vez en torno a sus intereses y antecedentes culturales y sociales. Finalmente podemos decir que la educación no solo depende de la cantidad de información relacionada con las sustancias problemáticas, sino que se basa en los recursos de la totalidad de los individuos, sean o no consumidores de drogas, donde se trata de que cada uno seleccione la mejor opción y tome las decisiones correctas y saludables.

4.3. Teorías que subyacen a los programas de prevención de drogodependencia

Para poder efectuar una prevención eficaz de las drogodependencias, primero tenemos la necesidad de comprender el consumo de las mismas, comenzando por el marco teórico subyacente a los programas preventivos de drogas fundamentado en las causas que originan el consumo, resumible en tres ejes fundamentales según Becoña (2001 y 2002: 48)

1. Los aspectos principales que ayudan al comienzo y al mantenimiento en el consumo de diferentes sustancias en diversidad de personas. Aspectos como la personalidad, el estilo de vida y los factores ambientales. (Libro de Becoña citado cuando hace referencia a Yamaguchi y Kandel, 1984 y a Werch y Anzalone, 1995).

2. El cambio progresivo en el consumo de drogas legales a ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen.
3. Los factores biológicos, psicológicos y socioculturales que afectan tanto a los aspectos principales de inicio y mantenimiento como a la posible progresión en el consumo de unas u otras sustancias. Factores como edad, sexo, lugar geográfico, edad de comienzo, disponibilidad de la droga, etc. (Becoña, Werch y Anzalone, 1995)

Dentro de estos marcos teóricos, la clave en torno a la que gira la perspectiva científica es analizar las variables que ayuden a averiguar el por qué unas personas consumen drogas y otras no, para poder ejercer una prevención en este aspecto, ya sea deteniendo el consumo o de manera preventiva antes de que se produzca. Para ello es necesario manejar los factores que influyen y facilitan el consumo, llamados factores de riesgo, y facilitar los que influyen en el no consumo o factores de protección. Un modelo de implementación de la prevención de las drogodependencias es el llamado “escalada de consumo de drogas” donde se tiene la teoría de que se empieza por drogas legales como el tabaco o el alcohol y se pasa a las ilegales como la heroína o el cannabis. Esta teoría tiene su comienzo hipotético en la etapa de los años 50, donde se afirmaba que el consumo de marihuana llevaba al consumo de heroína (Becoña, 2002:48). A su vez, con el paso de tiempo, esta idea fue perdiendo fuerza, pues las personas que la impulsaban eran los encargados de la represión del consumo, no científicos, con un criterio en su mayor parte subjetivo sobre el tema. Todo ello desencadenó el paso de la teoría de la escalada a una teoría por secuencias dividida en cuatro fases en el consumo de drogas. Fases en las que se ve una progresión en el consumo, pasando de drogas legales a ilegales. Comenzando por algo tan normalizado como la cerveza y el vino, tras esto, cigarrillos y licores, consumo de marihuana como tercera fase, y el último paso, consumo de otro tipo de drogas ilegales. Esta serie de fases se han confirmado tanto a nivel internacional, como es el caso de Estados Unidos, gracias al estudio de Kandel, 2002, como en nuestro caso, en España con Recio en 1995, donde siguiendo términos de probabilidad, se da una progresión en esta secuencia desde la adolescencia, pero sin la existencia de una relación causa efecto general, es decir, el consumo de una droga previa, no asegura la continuación a la siguiente fase, aunque en el caso concreto de la marihuana, muy pocos son los consumidores que previamente no han consumido alcohol y tabaco.

4.4. Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas

Se pueden clasificar las teorías que explican el consumo de drogas y la prevención de las drogodependencias en tres grupos (Becoña, 2002:80)

- 1.- Teorías parciales o basadas en pocos componentes.
- 2.- Teorías de estadios y evolutivas
- 3.- Teorías integrativas y comprensivas.

4.4.1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes

Caracterizadas por explicar el consumo de drogas en pocos componentes. Se incluyen aquí las teorías y modelos biológicos que definen la adicción como un trastorno con sustrato biológico. En este grupo se incluiría la hipótesis de la automedicación, en la que el individuo ha probado y sentido los efectos positivos de la sustancia y necesita consumirla para que su organismo continúe beneficiándose de dichos efectos (Casas et al., 1992).

Modelo de creencias de salud y de competencia (derivado del de promoción de la salud y de la salud pública). Objetivos del modelo (Costa y López, 2000):

- a) Promover la competencia individual.
- b) Desarrollar comunidades y organizaciones competentes.

Las teorías del aprendizaje para la explicación del consumo, tratamiento y prevención se basan en la conducta como fenómeno de adquisición, siguiendo las leyes del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social. Su objetivo es explicar cómo se aprende o adquiere una conducta y como se pueden aprender conductas nuevas o debilitar las que ya están integradas en el individuo (Becoña, 2002:98).

Teorías actitud-conducta, teoría de la acción razonada de Fishbein y Aizen (1975) y teoría de la conducta planificada de Aizen (1988), se basan en la posibilidad de predecir la conducta a partir de las creencias y actitudes del individuo (Bandura, 1986).

Teorías psicológicas basadas en causas interpersonales, el modelo de la mejora de la estima (1986) y la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan et al. (1996).

- El modelo de la mejora de la estima (1986), donde el adolescente necesita y busca la aprobación de su conducta. Si se desvía su conducta de lo esperado por los padres, profesores y personas importantes o referentes del adolescente, les llevará a perder la confianza y el afecto de los adultos, lo que conlleva un malestar psicológico que debe ser resuelto y provocará sentimientos de auto-rechazo.
- Teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996), según ella “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 lo que define como adaptativo”. Partiendo de que el individuo necesita poder valorarse positivamente a sí mismo en función de la valoración positiva que de él hagan las personas de su entorno. Si no obtiene esa valoración positiva de ellas, estará motivado para implicarse en actividades desviadas que le lleven a tener nuevas experiencias y sentimientos de auto-respeto. Dichas actividades desviadas pueden implicar altos ilegales e incumplimiento de las normas con el consiguiente alejamiento de los adultos.

Modelo basado en la afectividad (Pandina et al. 1992), donde Pandina considera la afectividad como un mecanismo clave en la determinación y control de la conducta. El afecto negativo puede explicar el consumo de drogas. Se puede concluir que quienes estén necesitados de reforzamiento positivo y de niveles elevados de activación es más probable que encuentren atractiva y deseable la intoxicación con drogas (Becoña, 2002:120).

Modelos como el social de Peele, 1985 donde afirma, “no es la sustancia o la conducta la que produce la adicción sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde tanto a nivel fisiológico, emocional y conductual a la misma” (Becoña, 2002:123).

Teorías basadas en el enfoque sistémico y en modelos de familia derivados de ellos, “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).

4.4.2. *Teorías de estadios y evolutivas*

Explican el consumo de drogas basándose en los estadios o en el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez.

El modelo evolutivo de Kandel, donde muestra como el consumo de drogas evoluciona secuencialmente. El primer paso es el consumo de “drogas legales”, sustancias que inician el consumo y de las que se avanza al consumo de otras sustancias conocidas como “drogas blandas” tales como la marihuana. El siguiente paso ya es al consumo de otro tipo de drogas ilegales. En este modelo, Kandel parte de la teoría de la socialización. Según Kandel, las cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales son:

- 1.- Cerveza y vino.
- 2.- Cigarrillos o licores.
- 3.- Marihuana
- 4.- Otras drogas ilegales

Se concluye que el inicio del consumo de drogas ilegales se realiza a través de las “drogas legales”, aunque este modelo puede no reproducirse en todos los individuos, estadísticamente el consumo de sustancias en una fase incrementa las posibilidades de pasar a la siguiente fase del consumo. También se relaciona en este modelo el consumo, o no, de drogas con los elementos: familia; grupo de iguales y características personales (Becoña, 2002).

El modelo de estadios o etapas de Werch y Declemente (1994), basado en la existencia de una serie de estadios, desde el no uso de drogas hasta el uso continuado:

- 1.- Cuando no se contempla utilizar drogas
- 2.- Cuando se piensa iniciar el consumo
- 3.- Cuando se pretende utilizarlas en el futuro inmediato
- 4.- Cuando se produce el inicio del consumo
- 5.- Cuando se continúa consumiendo

Este modelo tiene la finalidad de orientar la prevención primaria y ayudar a los adolescentes a no consumir drogas y si ya lo han hecho, a no pasar a etapas posteriores o al consumo regular.

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. (1998), también conocido con el nombre de efecto Pigmalión o modelos de comunicación de expectativas, se considera como elemento básico de socialización de los valores de la sociedad a la familia, pero cómo se vincula el individuo a la sociedad no solo se obtiene por imitación, sino que también depende de cómo nos ven y nos tratan los demás en nuestra forma de pensar y de creer. También podemos decir que, la manera en la que los demás nos perciben está condicionada por sus expectativas previas sobre nosotros (Becoña, 2002:149).

El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996), basado en la autorregulación y que considera como claves:

- El control personal
- La eficacia

De manera que, si no cumplen su cometido, el adolescente responde a sus necesidades y a las presiones inmediatas, que le puede llevar a una depresión, si carece de metas o si éstas son de complicada consecución.

Según ha demostrado Labouvie, a medida que se avanza en edad, se tiende hacia un proceso de madurez. Conforme transcurre el tiempo hay un descenso en el consumo de sustancias, tanto en el individuo, como en su círculo de amigos y conocidos, así como un incremento en el número de parejas que se casan, lo que lleva a un incremento de la convencionalidad, tanto en varones como en mujeres (Becoña, 2002, 151).

La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcom (1996), sigue la teoría de que implicarse prematuramente en responsabilidades propias de los adultos en la pre-adolescencia o en la adolescencia facilita la adquisición de las habilidades psicosociales necesarias para el éxito posterior en esos roles cuando se es adulto. El factor biológico cuenta con un gran peso en esta teoría.

El modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz (1992), que explica el abuso de sustancias, basándose en los factores de riesgo asociados con la etiología del abuso de sustancias:

- Factores neurológicos y genéticos
- Predisposición a conductas problemáticas
- Factores psicológicos y psicopatológicos
- Factores ambientales y sociales

El modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996), compuesto por tres factores:

- 1.- Predisposición
- 2.- Uso de drogas
- 3.- Sistema permitido

La teoría de la socialización primaria propuesta por Oetting (1998) y colaboradores, centrada en las conductas problema y del hecho de que todas las conductas sociales son aprendidas o tienen componentes que son aprendidos, aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable (Becoña, 2002:161).

4.4.3. Teorías integrativas y comprensivas

Se basan, en algunos casos, en la integración de distintos componentes de diversas teorías, y, en otros casos, son el planteamiento de una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática.

El modelo de promoción de la salud o de la salud pública, parte de la teoría del derecho humano a la salud, “salud para todos” que según la declaración de Yakarta es un derecho básico e indispensable para el desarrollo social y económico. Pretende ser un modelo universal para la mejora de la salud de toda la humanidad (Becoña, 2002). Las estrategias que utiliza este modelo son (Green y Kreuter, 1991):

- Establecimiento de una política pública saludable
- Crear entornos que apoyan la salud
- Fortalecer una acción comunitaria para la salud
- Desarrollar las habilidades personales
- Reorientar los recursos sanitarios.

La teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social de Bandura, 1986, basada en los principios del aprendizaje, es una de las teorías psicológicas más importantes en el campo de las drogodependencias. La persona y su cognición junto con el ambiente en que se lleva a cabo la conducta. De gran utilidad en programas preventivos. Ofrece un modo adecuado para poder conceptualizar el problema de la dependencia partiendo de los elementos que llevan a su inicio, mantenimiento y abandono de las mismas. El elemento central de esta teoría es la “autoeficacia” y como elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Becoña, 2002:182).

El modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores (1996), trata de explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones pre-adictivas del desarrollo, se concede gran importancia a los factores de riesgo y protección. Integra:

- La teoría del control
- La teoría del aprendizaje social
- La teoría de la asociación diferencial

Parte de la hipótesis de que son similares los procesos que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial.

La conducta problema de Jessor y Jessor (1977), parte de la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes que considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo. Concede gran importancia a la pobreza organizada, la desigualdad y la discriminación manteniendo a una parte considerable de pre adolescentes “en riesgo” (Becoña, 2002:194). Trata de reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con un cambio en el estilo de vida. Responsabiliza también al contexto social, descargando gran parte de la responsabilidad del individuo, al causar y mantener muchas conductas de riesgo, lo que exige un cambio, tratando de eliminar la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación.

Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin a partir del desarrollo de un programa preventivo (Calafat, 1992), “Tú decides”, programa preventivo, que se basa en el modelo de estilos de vida y factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Calafat encuadra como factores de riesgo y de protección en la denominada red de factores, entre ellos:

- La coherencia social y los hábitos de consumo de la sociedad
- La familia
- La escuela
- El uso del tiempo libre
- La relación con los padres
- La relación con los compañeros
- La información
- La personalidad
- La actitud
- La experiencia con otras drogas y el consumo

Para influir sobre esos factores de riesgo y evitar el consumo se utiliza la prevención.

El modelo de autocontrol de Santacreu et al. (1991-1992), se basa en el autocontrol y parte del modelo biopsico-social. En su desarrollo evolutivo, el pre adolescente busca refuerzos alternativos a los que obtendría en la familia. El problema surge por la búsqueda del adolescente de conseguir fuentes de refuerzo alternativas a las que ya tiene, para buscar independencia del refuerzo paterno y conseguir cierta capacidad de autocontrol.

4.5. Factores de riesgo y protección

Podemos hablar de la pre adolescencia y la adolescencia como un periodo frágil del desarrollo humano, puesto que es el momento donde las conductas de riesgo, refiriéndonos a estas como aquellas conductas que tienen una influencia negativa sobre la salud del individuo. Aunque desde hace tiempo se han implementado programas preventivos sobre estas conductas de riesgo en los jóvenes, sobre todo en el ámbito educativo, parece no ser suficiente o no calar demasiado hondo en sus no del todo desarrolladas mentes (Ginesa Ana López Crespo, 2014). Haciendo hincapié en este aspecto de falta de desarrollo, se ha podido confirmar que los adolescentes todavía no han terminado de cerrar su etapa de grandes cambios, y eso se puede observar en sus cerebros no completamente desarrollados. Ciertamente es que el desarrollo del cerebro no es igual para todo el mundo, pero puede que esta sea una de las claves a la hora de asumir ciertas conductas de riesgo. Dos son los desarrollos importantes que afectan en gran manera a estas decisiones, uno, el sistema límbico, totalmente desarrollado en la adolescencia, por el que se busca la satisfacción de impulsos y sensaciones placenteras, y la corteza prefrontal, que no siempre está totalmente desarrollado en todos los sujetos, que actúa como control o conciencia de lo negativo. Esto nos hace ver que a diferencia de lo que antes se entendía como un desarrollo acabado, ahora se entiende como un periodo de progresión donde el niño-adolescente pasa un periodo de riesgo en el que puede caer en consumos incontrolados de alcohol o tabaco, que pueden arrastrar de por vida como una adicción.

Dentro de la etapa de la pre adolescencia hay diversos factores que influyen en gran medida en el desarrollo psicosocial de estas jóvenes mentes, haciendo especial hincapié en el entorno que les rodea. La familia como primer factor influyente, donde el niño se ve como arcilla en manos de sus padres, en cuanto a comportamiento se refiere, pues dependiendo del trato a los demás, de la forma de ser y de su carácter, el niño desarrolla

unos aspectos más prosociales o, negativos en caso contrario. Es el momento en el que entra en juego la escuela como factor, el lugar donde el niño no solo desarrolla ese potencial psicosocial, sino que lo lleva a la práctica, tanto con sus iguales en clase como con los propios profesores. Aprenden a convivir con personas con las que no simpatizan, aprendiendo a respetar a los demás y a relacionarse con todos. Respecto a este último dato, el grupo de iguales con los que el niño se relaciona, el conocido como grupo de amigos, son las personas más afines entre sí y que mejor ayuda pueden ejercer a la hora de ese desarrollo social entre unos y otros, pues a los aspectos a los que no llegan tanto la familia como la escuela, sí que lo hacen ellos, siendo un factor fundamental a la hora de desarrollar el concepto de actuaciones positivas y negativas.

Por todo ello, buscar las causas que pueden originar consumos o llegar a mantenerlos es la clave para conocer los factores de riesgo y poder organizar planes de prevención educativos para intentar evitarlo. Como hemos podido ver anteriormente, el entorno ocupa un lugar destacado como factor de riesgo, desde el ambiente familiar al escolar más directo, formado por sus compañeros e iguales. Estos planes giran en torno a las características de cada niño y, sobre todo, a su vulnerabilidad a estos estímulos negativos, es decir, no solo depende del niño y del entorno, sino que conductas problemáticas que envuelven al niño pueden ser factores desencadenantes, que, identificados, pueden ayudar a incrementar los factores de protección frente a ellos, haciendo hincapié y trabajando en aspectos fundamentales físicos, psicológicos y sociales de la salud (Newcomb y Bentler, 1986, 1988).

Una vez definida la idea de que la pre adolescencia es la etapa más vital para prevenir las drogodependencias y actuar a la hora de proteger a los niños, nos encontramos con el problema de la madurez y la ansiedad por convertirse en adultos que desarrollan algunos niños. Aunque bien es cierto que, en la edad adulta, a medida que se envejece, disminuye el consumo de drogas, una concepción demasiado temprana de esa adultez inalcanzada, puede empujar a la imitación de algunas conductas, incluidas las derivadas de consumos. Esa imitación parte de su entorno, comenzando desde su núcleo familiar, en el que el niño observa algún tipo de consumo a sus familiares, hasta el grupo de iguales, donde sus compañeros y amigos ejercen un papel fundamental a la hora de iniciarse en este ámbito, sobre todo si el niño no tiene las capacidades sociales suficientes para negarse, o es vulnerable a las decisiones del grupo. Por consiguiente, según Newcomb y Félix-Ortiz,

1999, se puede afirmar la existencia de un grupo de factores de riesgo asociados al consumo de drogas y su contrapunto, con medidas de protección más representativas para cada uno de ellos. Existe a su vez un listado de factores de riesgo y protección elaborado por el Center for Substance Abuse Prevention, el llamado CSAP norteamericano, publicado por Gardner et al, 2001, donde se estructura de la siguiente forma:

- Individual
 - Factores de riesgo: estarían implicados factores que afectan directamente al niño, como amigos rebeldes, carácter problemático, busca de conflicto o impulsividad, desentendimiento con adultos o propensión a conductas agresivas o de riesgo.
 - Prevención y protección: estarían implicadas acciones de mejora de estándares de conducta, educación prosocial, refuerzo y sentido positivo de cada uno, reforzando actitudes negativas hacia las drogas e implementando la mejora de la relación con adultos.
- Iguales
 - Factores de riesgo: los más destacados serían las relaciones sociales con iguales consumidores de este tipo de sustancias peligrosas o que las aceptaran en su comportamiento diario, que rechazaran actividades prosociales y de trabajo característico de sus edades y carácter reacio a aceptar una presión negativa de sus iguales.
 - Prevención y protección: ayuda a la mejora de la sociabilidad para evitar presión de otros iguales, facilitar la relación con iguales con otro tipo de intereses y actividades, tanto de organización como recreativas y ayuda para no ser influenciado por conductas negativas o difíciles.
- Familia
 - Factores de riesgo: los más importantes serían los que afectarían a las características más internas del núcleo, como conductas problemáticas que se dieran, posibilidad de conflictos en casa, la propia historia familiar en torno a conductas de riesgo y actitudes negligentes y negativas parentales.
 - Prevención y protección: podemos nombrar las conductas y el clima positivo dentro del entorno familiar, expectativas parentales positivas dentro de un sentido de confianza básico y saludable.

- Escuela
 - Factores de riesgo: ejercerían un papel fundamental el rechazo a la escuela, unido con un temprano fracaso escolar desde la escuela más elemental y una conducta negativa a la sociabilidad.
 - Prevención y protección: dentro del ámbito educativo se implementarían programas saludables, de refuerzo a la sociabilidad positiva, sobre todo con adultos y personal del Centro, ayudar al mantenimiento y mejora de los estándares conductuales y se haría hincapié en el apoyo en todos los sectores del Centro.
- Comunidad
 - Factores de riesgo: nos encontraríamos con una comunidad desorganizada y con poca implicación vecinal, con una fácil accesibilidad a las drogas, donde el entorno de la misma fuera de consumo y aceptación del mismo.
 - Prevención y protección: una comunidad con un bajo acceso a este tipo de sustancias adictivas y peligrosas, que, a través de implicación comunitaria, actividades o normas culturales, facilitara el empleo del tiempo de estos pre adolescentes en otros temas con expectativas positivas; aplicación de redes sociales con mensajes de prevención, ayuda o apoyo y un amplio abanico de oportunidades para participar en la comunidad.
- Sociedad
 - Factores de riesgo: dentro de la sociedad actuaría el descenso de los medios, es decir, empobrecimiento de las familias unido al desempleo o al empleo precario y la poca importancia sobre el peligro de estas sustancias en los medios de comunicación.
 - Prevención y protección: actuarían como tal, medidas para complicar el acceso a estas sustancias, como el aumento de impuestos que gravaran sobre ellas, mayores repercusiones a su consumo y un impedimento a su accesibilidad, sobre todo para menores en edad peligrosa para iniciarse en el consumo. También con continuos mensajes advirtiendo de su peligrosidad y de lo beneficiario de una vida saludable.

En definitiva, podemos asegurar que los factores de riesgo se pueden solventar con la ayuda de prevención y protección en los diversos ámbitos que envuelven a cada uno, y la mejor forma de conseguirlo es conociéndolos a la perfección, sobre todo si se trata, como

en nuestro caso de drogas, de sustancias que pueden ser perjudiciales para la salud y para nuestro futuro, cuando en ello se engloba a los niños y los jóvenes como principales afectados, desconocedores de sus efectos. Además, conociendo estos factores de riesgo y protección, podremos estudiar mejor las causas por las que se consumen las drogas o no, y desarrollar programas cada vez más útiles y mejorados (Becoña, 2002).

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

I, II Y III PLAN AUTONÓMICO DE CONDUCTAS ADICTIVAS DEL GOBIERNO DE ARAGÓN

Tras la creación del 1º Plan Nacional Sobre Drogas (1985) y el consiguiente impulso de las administraciones para el establecimiento en el ámbito de las Comunidades Autónomas de redes asistenciales propias, el Gobierno de Aragón desarrolló una Red de Atención a las Drogodependencias junto a Centros de Drogodependencias pertenecientes a Ayuntamiento, con ayuda estatal. La creación del Primer Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005-2008, marcó una serie de actuaciones dentro del ámbito educativo, establecidas sobre la base de la promoción de hábitos saludables, la integración del alumnado en el entorno, la prevención de conductas adictivas y la estrecha coordinación que se iba a dar desde entonces entre los sistemas sanitario, educativo y servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón. La urgente necesidad de una mayor profesionalización de los trabajadores de estos diferentes sistemas, destacando el educativo, para atender las diversas demandas asistenciales que iban surgiendo con, sobre todo, usuarios mucho más jóvenes, marcó en gran medida las actuaciones que se iban a llevar a cabo en Aragón, en materia de drogodependencias y otras adicciones, siguiendo el artículo 3 de la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias.

Para desarrollar este Plan, los centros de educación primaria son los lugares perfectos para llevar a cabo estrategias de educación para la salud. Se trata de abordar el currículum del centro con conocimientos, actitudes y procedimientos que trabajen la educación para la salud, además de contar con la ayuda del profesorado y de toda la comunidad escolar, incluyendo alumnado, personal no docente, padres y madres, etc., con el fin de asentar esos valores, comportamientos y decisiones razonables relacionadas con la salud.

OBJETIVOS	ACTUACIONES
1.- Fomentar la integración de la educación para la salud en el currículum de la Comunidad de Aragón.	-Concreción de contenidos. -Desarrollo proyectos de prevención. -Programas de prevención con enfoque de promoción de salud.
2.- Aumentar la coordinación entre los Departamentos de Salud y Educación en materia de prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas.	-Apoyo técnico para programas de prevención. -Coordinación en el ámbito educativo entre instituciones.
3.- Facilitar la detección temprana y asistencia apropiada al alumnado con problemas de adicciones.	-Colaboración entre centros educativos y recursos comunitarios de prevención de drogodependencias. -Profesionalización de tutores y departamentos de orientación frente a situaciones conflictivas en el ámbito del consumo de drogas y otras adicciones.
4.- Asegurar la continua formación del personal de los centros educativos en materia de prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas.	-Formación sobre prevención de drogodependencias y otras adicciones. -Incluir la obtención del Certificado de Aptitud Pedagógica o módulo de prevención de consumo de drogas y otras adicciones.
5.- Desarrollar el uso responsable de actitudes, valores y habilidades sociales para aumentar el potencial de salud de los adolescentes.	-Programa de apertura de centros con actividades de ocio saludable. -Participación de representantes del alumnado en dichos programas.
6.- Dirigir las actividades de prevención en el ámbito educativo de instituciones que intervengan.	-Colaboración a nivel local entre sector educativo y recursos comunitarios de prevención.

7.- Impulsar la participación de la comunidad escolar en la creación y aplicación de los programas preventivos.	-Información periódica desde el Sistema de Asesoría y Recursos en Educación para la Salud (SARES) a centros educativos sobre temas de prevención.
---	---

Todos estos programas de prevención se desarrollan desde diferentes Centros, tanto no específicos, como son los centros sanitarios, educativos, etc., como centros específicos públicos y privados de prevención de drogodependencias y otras adicciones. La metodología que siguen es muy variada, dependiendo de los objetivos de los diferentes centros, donde se dan desde intervenciones de prevención comunitaria dadas en Centros Municipales, como una integración de esta prevención en el currículo de centros educativos. Actualmente, contamos con recursos que realizan estas actuaciones de prevención como:

-Recursos de titularidad pública dependiente de distintas Instituciones (Ayuntamientos, Comarcas, Gobierno de Aragón) con ejemplos como: Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones Ayuntamiento de Zaragoza; Unidad Provincial de Drogodependencias Huesca; Centros de Salud del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) (prevención del tabaquismo), etc.

-Centros, asociaciones y otras entidades con las que existe convenio con ejemplos como: Consejo de la Juventud de Aragón; Cruz Roja; Hermanos de la Cruz Blanca de Huesca; Asociación Bajo aragonesa de Ayuda al Toxicómano (ABAT); Asociación Ibón de Sabiñánigo, etc.

(Fuente: I Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 2005-2008: 35. Gobierno de Aragón)

Como hemos podido ver en la explicación del Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005-2008, las actuaciones que se dieron en el ámbito educativo, giraron en torno a hábitos saludables, integración en el entorno, prevención de conductas adictivas y coordinación de sistemas educativo, sanitario y servicios sociales de la Comunidad de Aragón. Este II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016, enmarcado en la Estrategia

Nacional sobre drogas 2009-2016, remarca la importancia de la mejora de las habilidades personales y el control a la oferta de drogas, junto a la protección ante determinantes de conductas problemáticas estrechamente relacionadas con estas, retrasando tanto la edad de contacto con ellas como una disminución del consumo una vez haya sido iniciado. Este nuevo Plan también hace hincapié en la vital importancia sobre la mejora y ampliación de la formación de los profesionales enmarcados en este campo, potenciando una evaluación y actuación sistemática, que permitan validar los progresos alcanzados. Siguiendo esta línea de trabajo, se pretende seguir y aumentar los programas preventivos escolares englobados dentro de la estrategia de Red de Escuelas Promotoras de Salud, trabajando por el desarrollo de esta serie de programas dentro del proyecto y el currículo educativo, implicando a toda la comunidad educativa y utilizando los recursos de prevención del ámbito local. Además, este nuevo Plan, se centra también en gran medida en aquellos colectivos escolares de riesgo, que, por diversos factores, pueden llegar a desarrollar problemas relacionados con el consumo de drogas.

Este Plan, destaca como línea de actuación, que la educación para la salud se debe incluir en los diferentes niveles de la programación del centro, también integrada en el Proyecto Curricular de Centro (PCC), así como en la Programación General Anual (PGA) y muy importante en la programación del Plan de Acción Tutorial (PAT).

Siguiendo las pautas del Plan Autonómico 2005-2008, la Dirección General de Salud Pública, junto con el Servicio Aragonés de Salud, ha ampliado la coordinación entre los Centros de Prevención Comunitaria, Unidades de Salud Mental y los Centros de Salud.

Estos cuatro Niveles de Prevención se llevan a cabo en la actualidad y están vigentes en las actividades desarrolladas en los centros educativos y en la comunidad, como son:

- Prevención universal: Se trata de potenciar los ámbitos de protección ante los posibles consumos, fomentando hábitos saludables y actitudes positivas entre la población, centrándose en el retraso de la edad de inicio de los consumos y la reducción del daño entre menores de 18 años.
- Prevención selectiva: Disminuir los factores de riesgo, fomentando actitudes responsables y comportamientos positivos frente a los consumos de drogas en colectivos generales y vulnerables.

- Prevención indicada: Disminuir los posibles factores de riesgo y con ellos los riesgos intrínsecos del consumo en personas vulnerables, evitando usos problemáticos y consiguiendo desarrollo de adicciones.
- Prevención determinada: Disminuir riesgos y acabar con los daños en personas drogodependientes.

(II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 56, Aragón 2010-2016)

Teniendo en cuenta los Patrones de Consumo, habría que identificar los 5 patrones que actualmente existen:

- 1) Consumo recreativo y social;
- 2) Consumo experimental (hay cambios);
- 3) Consumo circunstancial-situacional;
- 4) Consumo intensificado de la droga;
- 5) Consumo compulsivo de la droga;

Haciendo referencia al experimental, que sería el de estas edades, podemos decir que es debido a la curiosidad que despierta, sobre todo en la última etapa de primaria.

En Aragón existen una serie de programas de prevención en el ámbito educativo, impulsados por la Comisión Mixta Salud-Educación del Gobierno de Aragón, la cual realiza el diseño, evaluación, seguimiento y coordinación de las diferentes propuestas de salud cuyo objetivo sea la prevención en el ámbito educativo de las drogodependencias, coordinando el desarrollo con la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Política Educativa.

A continuación, exponemos una serie de Programas Escolares de Educación para la Salud, ofrecidos desde la Comunidad Autónoma de Aragón a los centros escolares, con el fin de la prevención de las drogodependencias:

- Órdago: Comenzó durante el curso escolar 2004-2005, cuyo propósito es que los alumnos sean capaces de enfrentarse a la existencia y presencia de las drogas a través de información, actitudes, valores y habilidades que les capaciten para ello.
- Cine y Salud: Comenzó durante el curso escolar 2001-2002, donde a través del cine, trata de promocionar y prevenir los problemas de salud, incidiendo en hacer

crítica y capacitación personal. En sus diferentes ámbitos de trabajo, podemos encontrar las relaciones sociales, donde se reseña consumos de tabaco, alcohol y otras drogas.

- La Aventura de la Vida: Comenzó durante el curso escolar 2005-2006, centrado en primaria, donde su objetivo es trabajar la promoción y la educación en salud, haciendo hincapié en el desarrollo de habilidades para la vida, promoción de estilos de vida saludables, a través de ámbitos de trabajo como prevención de consumos de alcohol y tabaco.
- Pantallas Sanas: Programa enfocado a la comunidad educativa en su globalidad, donde se trabaja a través del nuevo fenómeno de las pantallas y las nuevas tecnologías, incidiendo en la promoción de la salud. Tiene como fin el desarrollar un gran abanico de aspectos, trabajando desde el desarrollo de actitudes y hábitos, a las posibles adicciones en la utilización de las Tics (Tecnologías de la Información y el Conocimiento).
- Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud: Tiene como objetivo la introducción de la promoción para la Salud en toda la comunidad educativa de la Comunidad de Aragón. Para formar parte de esta Red, se exige haber llevado a cabo los programas anteriores, siendo acreditados estos por la Comisión Mixta de los Departamentos de Salud y Consumo y Educación, Cultura y Deporte.
- Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS): Activa desde 1996, y cuyo objetivo es la ayuda al desarrollo de la educación y la promoción de la Salud en la Comunidad Autónoma de Aragón, con las expectativas de ser un recurso de los grupos de trabajos de las diferentes disciplinas, que lleven a cabo proyectos en diferentes áreas.

Con el cambio de Plan, se pueden sacar una serie de conclusiones sobre la evolución y ámbitos donde afectan los consumos de drogas, donde se pueden observar las repercusiones y los posibles tratamientos durante el periodo de vigencia de este II Plan.

- Se puede concluir con certeza que, el alcohol, es la sustancia por excelencia más consumida en la población joven como adulta, manteniéndose estable con el paso del tiempo y estableciendo los 13 años de media, como edad de inicio generalizada. Aunque también hay que reseñar que, en Aragón, se ha notado un descenso entre los más jóvenes, situándose en 25% de 2016, frente al 40% de 2010.

- Respecto a sustancias como el tabaco y el cannabis, su consumo durante el periodo del Plan ha variado, aumentando las edades de inicio, cambiando de 13,3 a 13,6 años respecto al tabaco en 2010 y 2016, y de 14,5 a 14,6 años respecto al cannabis.
- Durante la vigencia de este Plan, se ha notado un progresivo descenso en el consumo de tabaco en jóvenes y adultos, bajando hasta 10 puntos en los más jóvenes (14-18 años) situándose en un 11,8% en consumo diario (la cifra más baja hasta la fecha). En adultos también baja 10 puntos el consumo, notándose en gran medida la aplicación de la nueva ley del tabaco del 2010.

Durante el periodo de vigencia de este Plan, 2010-2016, las actuaciones llevadas a cabo en el medio educativo, en el ámbito de la promoción, educación y prevención de drogodependencias y otros consumos han tenido sus efectos, pero todavía se hace notar la necesidad de una mayor eficiencia y coordinación a la hora de ofrecer dichas actuaciones. También nombrar que el descenso en los presupuestos durante este periodo, ha puesto de manifiesto el descenso en las ayudas asistenciales y de promoción y prevención señaladas.

Según el Título III de la Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón, se establece la prevención de las adicciones, como punto a desarrollar dentro de las estrategias a seguir, debiendo dar respuesta las prestaciones de salud pública de la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma de Aragón, en concordancia, según marca la Ley, de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El III Plan Autonómico de adicciones se basa en las prioridades y enfoques que se encuentran incorporados en la Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024, realizada de manera conjunta por la Administración Central y las Comunidades Autónomas en el marco del Plan Nacional sobre drogas. El ámbito de trabajo se distribuye en cuatro grupos de elementos sobre los que se centran los fines de asistencia y prevención, las llamadas drogas legales (alcohol y tabaco); fármacos con prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo; drogas ilegales, incluyendo nuevas sustancias psicoactivas; y adicciones sin sustancias o también llamadas comportamentales, haciendo hincapié en los juegos de apuestas (III Plan Autonómico de adicciones 2018-2024, 5).

Siguiendo la Ley de Salud Pública de Aragón (2014) y el Plan de Salud de Aragón 2030, el III Plan de adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón desarrolla una serie de principios rectores:

Principio de universalidad – Principio de equidad – Principio de salud en todas las políticas – Principio de transparencia y rendición de cuentas – Principio de participación – Principio de calidad y eficiencia – *Principio de Prevención*

Haremos una especial reseña a este último Principio, el llamado Principio de Prevención, referido a las acciones llevadas a cabo por entidades tanto públicas como privadas, donde será primordial la detección, anticipo y evitación de los posibles problemas de salud de la población en el ámbito de las adicciones. También es un Principio basado en la ayuda a la adquisición de valores, conductas y actitudes saludables en edades consideradas tempranas.

A su vez, el III Plan de adicciones está estructurado en 5 áreas diferentes de trabajo:

- Área 1: *Prevención y promoción de la salud* - Área 2: Reducción de la oferta - Área 3: Red asistencial de atención a las adicciones - Área 4: Formación y gestión del conocimiento - Área 5: Coordinación

Nos centraremos en el Área 1: Prevención y promoción de la salud, donde se trabaja la prevención como el área principal en la intervención educativa, incluida dentro del ámbito de la promoción de la salud, enfocada a la reducción del consumo de drogas y otras adicciones, y a la disminución en los consiguientes problemas de salud consecuencia del consumo de drogas o posibles problemas de adicciones. Con anterioridad, los diferentes Planes específicos sobre drogas y la consiguiente evaluación del II Plan, hacen ver la falta de mejoras a la hora de hablar de prevención, debiendo establecer un modelo organizativo más concreto en el que se dé más importancia a las administraciones públicas, en especial a nivel local, a la hora de liderar iniciativas preventivas a trabajar a nivel de la población de la Comunidad Autónoma.

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

Aunque en la Etapa Primaria (6 a 12 años) no tiene apenas importancia el consumo de drogas como tal, el niño va desarrollando diferentes estilos de vida pudiendo ser estos

saludables o no, es decir, que tenga un futuro riesgo de ser más vulnerable ante el consumo de drogas u otras adicciones. A su vez, el desarrollo evolutivo de los niños tiene una gran importancia en esta etapa, pues es el periodo en el cuál obtiene una identidad y se hace consciente tanto de sus limitaciones como de sus capacidades, comenzando a intuir a través de su evolución escolar, su lugar en el mundo y el medio social en el que vive. Al comienzo de la etapa primaria, cuando el niño se encuentra en una edad temprana (6 años), no terminan de diferenciar de una manera clara los hechos físicos de los psicológicos, es decir, cuentan con una perspectiva subjetiva. De esta perspectiva subjetiva que caracteriza esta temprana edad, se continua con un periodo más coherente lógicamente y más estable, el conocido como inteligencia “práctica” o “uso de la razón”. Se nota en gran medida el desarrollo cognitivo de los niños en estas edades y, siguiendo la teoría de Piaget, sobre las diferentes etapas del desarrollo, como son:

- Etapa sensorio-motora o sensiomotriz (sobre los 2 años)
- Etapa preoperacional (entre los 2 y los 7 años)
- Etapa de las operaciones concretas (entre los 7 y los 12 años)
- Etapa de las operaciones (12 años en adelante)

Se puede ver como el principio de la tercera etapa, operaciones concretas, es caracterizado por la aparición de las operaciones concretas, “Aproximadamente entre los siete y los doce años de edad se accede al estadio de las operaciones concretas, una etapa de desarrollo cognitivo en el que empieza a usarse la lógica para llegar a conclusiones válidas, siempre y cuando las premisas desde las que se parte tengan que ver con situaciones concretas y no abstractas” (Psicología del desarrollo o evolutiva, 2º Magisterio E.P., Tema 3 Desarrollo cognitivo e intelectual, enfoques), mientras que su final, se caracteriza por operaciones abstractas, es decir, el inicio del pensamiento formal. Ese principio caracterizado por las operaciones concretas, se superpone a un pensamiento analógico, es decir, no se analizan previamente las relaciones entre objetos y situaciones, sino que se van realizando analogías entre ellos, explicando su perspectiva global a través de fragmentos no conectados coherentemente. A su vez, la deducción no forma parte todavía de su interiorizado desarrollo, así que las relaciones se hacen por asociaciones inmediatas. Durante la etapa, a través de las categorías desarrolladas por los adultos, los alumnos van asumiendo un orden lógico entre ellas, partiendo de sus aprendizajes específicos y propias experiencias educativas, a través de los trabajos intelectuales, claves

en este proceso de asimilación y adquisición de conocimientos. Esta adquisición de conocimientos les abre la posibilidad de una organización cognitiva clara, que, a su vez, marcará las acciones de los alumnos, permitiendo o no, a cada uno de ellos, la comprensión y resolución adecuada de los posibles problemas a los que se enfrentarán.

Para un correcto desarrollo por parte de los niños de la metacognición, es necesaria una serie de cambios tanto en el proceso cognitivo como en la velocidad y capacidad de procesamiento, es decir, es necesario para “aprender a aprender”. A su vez podemos decir que, contra más consciencia tengan de sus propias limitaciones y capacidades cognitivas, podrán ser capaces de tener un mayor control y una mejor planificación de sus actividades. “La meta de la acción educativa es la consecución de la autonomía intelectual, social y moral de los escolares” (La prevención del consumo de drogas en la Educación Primaria, cap. 1, pág. 8, PIPES, 2007). A la hora de conseguir un pensamiento controlado, se necesita avanzar más lejos de las experiencias y hechos inmediatos, pasando a una interacción directa con los demás, siendo los propios alumnos los constructores de su propio conocimiento en esa interacción con el medio. A través de esto, la evolución del pensamiento moral del niño va convirtiéndose en más autónomo y de mayor acuerdo social, dándose el cambio entre el absolutismo al relativismo moral. A partir de los 10 años, se van dando actitudes de más relativismo moral, una vez van teniendo en cuenta las diferentes perspectivas de los involucrados en las acciones, intentando una coordinación de capacidades, deseos, necesidades o las propias características de la situación en la que se encuentran. Estas nuevas perspectivas participativas, de respeto recíproco y tolerancia son posibles tras el desarrollo que se alcanza en el final de la etapa. Se trata de un espacio de tiempo en el que se busca el beneplácito tanto de adultos como de compañeros, siendo el colegio, el lugar de convivencia e integración, en el que el niño tiene la opción de relacionarse con compañeros y adultos fuera del núcleo familiar. Además, esta integración y convivencia del niño, se suma a la gran importancia durante este periodo, de la interacción entre personas iguales, que a su vez es fuente de desarrollo y funciona como estímulo a la hora de aprender en el colegio, que ha de potenciar el desarrollo de diferentes comportamientos y actitudes aceptados socialmente, destacando, debido al ámbito donde se desarrolla una parte importante de su vida, la interacción con profesores y compañeros. Gracias a estas interacciones y a las que el propio alumno vive con su familia, se desarrollan valores y

creencias y, se adquieren diversas actitudes entre las que podemos destacar los buenos hábitos en salud.

La utilización del lenguaje aparece como factor importante de comunicación en el proceso educativo y como herramienta para avanzar en el desarrollo de las diferentes áreas curriculares. El trabajo que se realiza en este sentido, tiene una gran importancia, pues las actitudes básicas son desarrolladas y afianzadas a lo largo de esta etapa, hablamos de observar el entorno, controlar la realidad inmediata, curiosidad intelectual, etc., sin olvidar el estilo de vida “saludable”, parte importante también a la hora de trabajar la asimilación de sus propias capacidades lúdicas, motrices y expresivas

7. ANÁLISIS DE LOS PLANES AUTONÓMICOS DEL GOBIERNO DE ARAGÓN SOBRE CONDUCTAS ADICTIVAS: PREVENCIÓN Y CONSUMO DE TABACO

Aunque el consumo de tabaco en nuestro país en la población joven ha sido una preocupación desde hace años, en el año 2014, se afianzó la tendencia de descenso que comenzó en el año 2004, con la entrada en vigor el 26 de diciembre, de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, consumo y publicidad de los productos del tabaco. Con el paso del tiempo, la percepción que se tiene del tabaco en la población juvenil ha cambiado en gran medida, siendo la opinión generalizada la de una percepción de riesgo ante un consumo diario de tabaco. Esta nueva conciencia del riesgo coincide con el descenso de las prevalencias de consumo.

7.1. I Plan del Gobierno de Aragón (2005-2008)

Según el I Plan, la realidad social sobre el consumo de tabaco en España, se resume en que es la segunda droga más consumida, siguiendo al primer lugar que ocupa el alcohol. En el siguiente análisis que se hace entre el periodo 1995 y 2001 y aunque continuando con la tendencia a la disminución del porcentaje de fumadores, sigue siendo un gran problema de salud pública y ejerciendo un gran impacto en la población, aunque no se especifica rango de edad ni sexo.

Tabla 1: Evolución de las prevalencias de consumo de tabaco entre población española de 14-64 años (%), 1995-2001. Encuesta domiciliaria del consumo 2001.

	Consumo: alguna vez en la vida				Consumo: alguna vez en los últimos 12 meses				Consumo: alguna vez en los últimos 30 días				Consumo: diario en los últimos 30 días			
	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001
Tabaco	*	68,3	65,1	68,2	*	44,9	43,7	45,5		40,6	39,8	41,5	34,8	32,9	32,6	35,1
Alcohol	*	89,9	87,1	88,8	68,2	77,8	74,6	77,4	53,0	60,7	61,7	63,7	14,6	12,9	13,7	15,3
Cannabis	13,5	21,7	19,5	24,4	6,8	7,5	6,8	9,9	3,1	4,0	4,2	6,5	0,7	0,9	1,1	1,6

Fuente: I Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 2005-2008: pág. 62, Gobierno de Aragón.

Según podemos apreciar en la tabla expuesta, encontramos el cannabis, el alcohol y el tabaco como las sustancias más consumidas por la población española, puntualizando diferentes temporalidades de consumo. En nuestro análisis nos centraremos en el tabaco como sustancia adictiva, donde podemos ver como ocupa el primer lugar en el consumo diario y, un segundo lugar en los diferentes periodos de tiempo (alguna vez en la vida – alguna vez en los últimos 12 meses – alguna vez en los últimos 30 días). Además, hay que nombrar a la hora de complementar la tabla, que se ha dado una disminución de la diferencia de consumo entre hombres y mujeres, siendo apenas apreciable entre jóvenes de entre 15 a 29 años de edad, siendo el dato más importante, la edad de inicio de este consumo, situándose de media en 14 años.

7.2. II Plan del Gobierno de Aragón (2010-2016)

Según el II Plan, la realidad social sobre el consumo de tabaco en Aragón, se resume en que es la segunda droga más consumida, siguiendo al primer lugar que ocupa el alcohol, tanto en población joven como en adulta. Aunque continuando con la tendencia a la disminución del porcentaje de fumadores, debido en mayor medida a la mayor cantidad de población exfumadora, no es tan acusada en relación al número de personas que se inician en el consumo, siendo todavía, un gran problema de salud pública y ejerciendo un gran impacto en la población más joven, haciendo hincapié en el aumento del consumo de las mujeres. Además, en el periodo de edad entre los 14 y los 18 años, el consumo de tabaco es más frecuente en chicas que en chicos e incluso llega a bajar la

media de edad de inicio del consumo alrededor de los 13 años según la Encuesta escolar 2008 del Plan Nacional Sobre Drogas (ESTUDES). También guarda relación la capacidad adquisitiva del menor, pues cuanto menor es, como pasa a su vez con el alcohol, su consumo es mayor. A continuación, se expone una tabla sobre el consumo de tabaco en población mayor de 15 años en Aragón frente al conjunto de España, según la Encuesta Nacional de Salud 2006:

Tabla 2: Consumo de tabaco en población mayor de 15 años (en porcentaje), según sexo y tipo de consumo. Aragón y España. 2006.

	Fumador diario	Fumador ocasional	Ex fumador	Nunca ha fumado
Ambos sexos				
España	26,44	3,06	20,53	49,97
Aragón	26,34	2,15	21,04	50,46
Varones				
España	31,56	3,77	28,14	36,52
Aragón	29,82	2,69	29,46	38,03
Mujeres				
España	21,51	2,37	13,20	62,92
Aragón	22,92	1,62	12,75	62,71

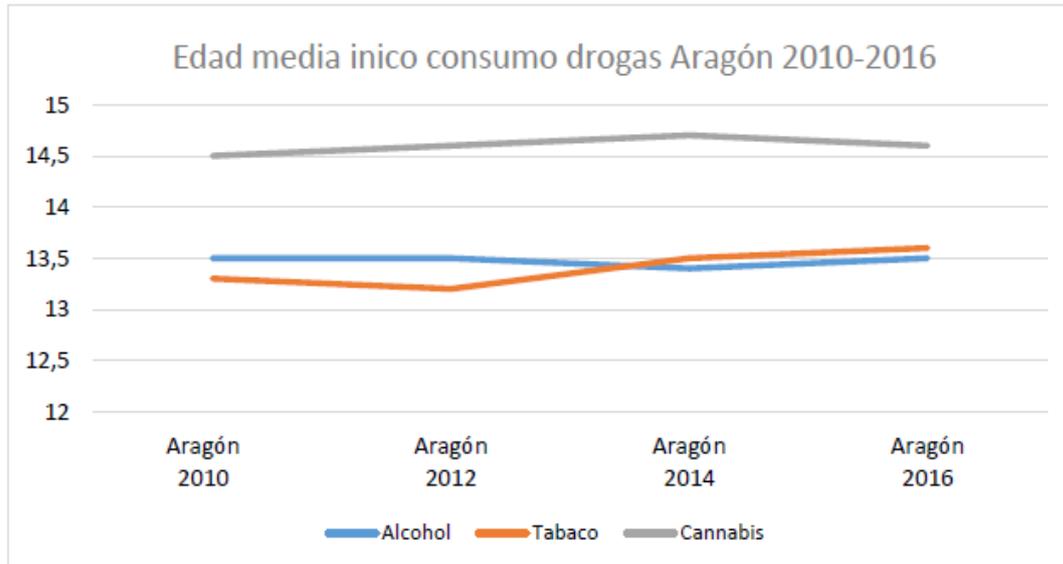
Fuente: II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 2010-2016: pág. 19, Gobierno de Aragón.

Según podemos apreciar en la tabla expuesta sobre el consumo de tabaco en población mayor de 15 años, encontramos una diferenciación entre España y Aragón; varones y mujeres; fumador diario – fumador ocasional – ex fumador – nunca ha fumado. En nuestro análisis centrado en el tabaco como sustancia adictiva, podemos ver como Aragón se sitúa por encima de la media nacional a la hora de hablar de un menor consumo, pues además de haber un menor porcentaje de fumadores, tanto diarios como ocasionales, hay un mayor porcentaje de ex fumadores y personas que nunca lo han probado. Concretando un poco más a la hora de hablar de sexos, los varones tienen un mayor porcentaje de fumadores, aunque podemos ver como al contrario que los varones, las mujeres en Aragón, están por encima de la media nacional en cuanto a fumadores, bajando únicamente la media de ex fumadoras y que nunca hayan fumado, esta vez también, contraria al porcentaje de los varones, que ha aumentado.

7.3. III Plan del Gobierno de Aragón (2018-2024)

Tras el II Plan de adicciones y según la encuesta realizada por ESTUDES en Aragón, sobre jóvenes entre 14 y 18 años, la edad de inicio del consumo de tabaco está establecida alrededor de los 14 años, sin un gran cambio a lo largo del periodo.

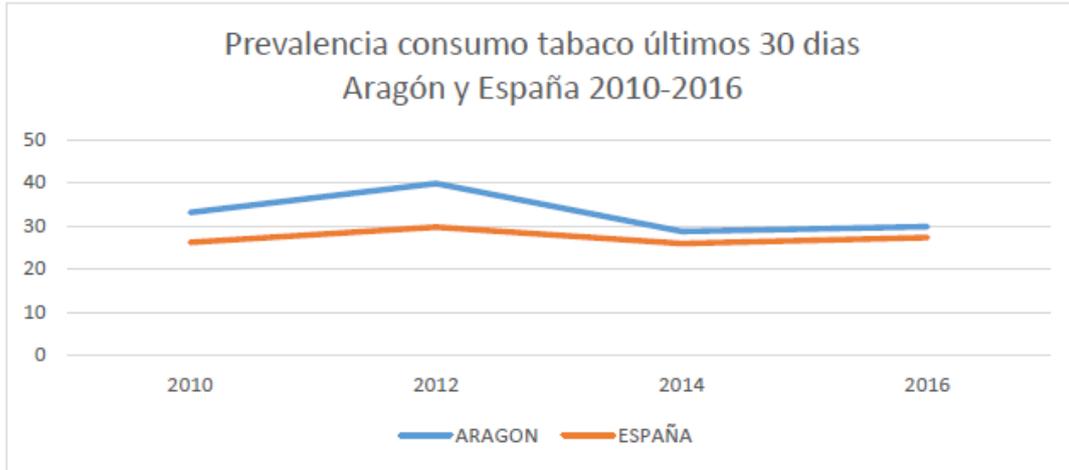
Gráfico 1: Evolución de la edad media de inicio de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en Aragón entre 2010 y 2016 (ESTUDES)



Fuente: III Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 2018-2024: pág. 14, Gobierno de Aragón.

Según podemos apreciar en la tabla expuesta sobre la edad media de inicio del consumo de drogas en Aragón, en nuestro análisis centrado en el tabaco como sustancia adictiva, podemos ver como este, una vez más, se coloca por detrás del alcohol como la segunda sustancia más consumida entre estudiantes entre 14 y 18 años, incrementando la edad de inicio debilmente en la duracion del periodo, estableciendose finalmente alrededor de los 14 años de edad.

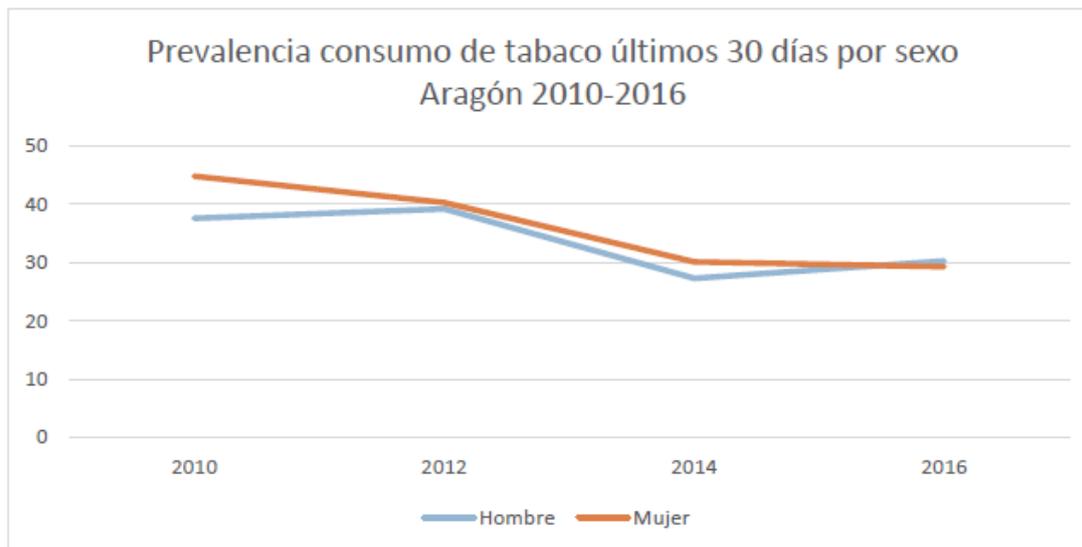
Gráfico 2: Prevalencia del consumo de tabaco en los últimos 30 días en Aragón y España entre 2010 y 2016 (ESTUDES)



Fuente: III Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 2018-2024: pág. 16, Gobierno de Aragón.

Según podemos apreciar en la tabla expuesta sobre el consumo de tabaco en los últimos 30 días, encontramos una diferencia entre España y Aragón, encontrando en Aragón un mayor porcentaje de personas que hayan fumado en este periodo de tiempo, llegando a alcanzar un 40% en 2012, etapa en la que comienza el descenso, al igual que en el ámbito nacional, hasta 2016, donde se mantiene estable el porcentaje de este consumo en ambas líneas estadísticas.

Gráfico 3: Prevalencia del consumo de tabaco en los últimos 30 días por sexo en Aragón entre 2010 y 2016 (ESTUDES).



Fuente: III Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas, 2018-2024: pág. 17, Gobierno de Aragón.

Según podemos apreciar en la tabla expuesta sobre el consumo de tabaco en los últimos 30 días por sexo en Aragón entre 2010 y 2016, ha habido un descenso notable en su consumo durante el período en ambos sexos. Aunque las mujeres contaban con un mayor porcentaje en 2010, superando a los hombres y situándose casi en un 45%, con el paso del tiempo esta cifra se igualó hasta 2012, donde el porcentaje de ambos sexos era casi el mismo, entorno al 40%, ampliándose su descenso hasta 2014, con una leve diferencia por un mayor consumo de las mujeres. Es ya en el último período de tiempo hasta 2016, donde el porcentaje de este consumo sube en ambos sexos, llegándose a igualar y a estancarse en un 30% por parte de hombres y mujeres.

Como conclusión sobre la prevalencia de consumo, edad de inicio de los tres planes podemos afirmar que hay que llevar a cabo en la etapa de primaria actividades relacionadas con la educación para la salud previniendo el tránsito hasta la incorporación en secundaria.

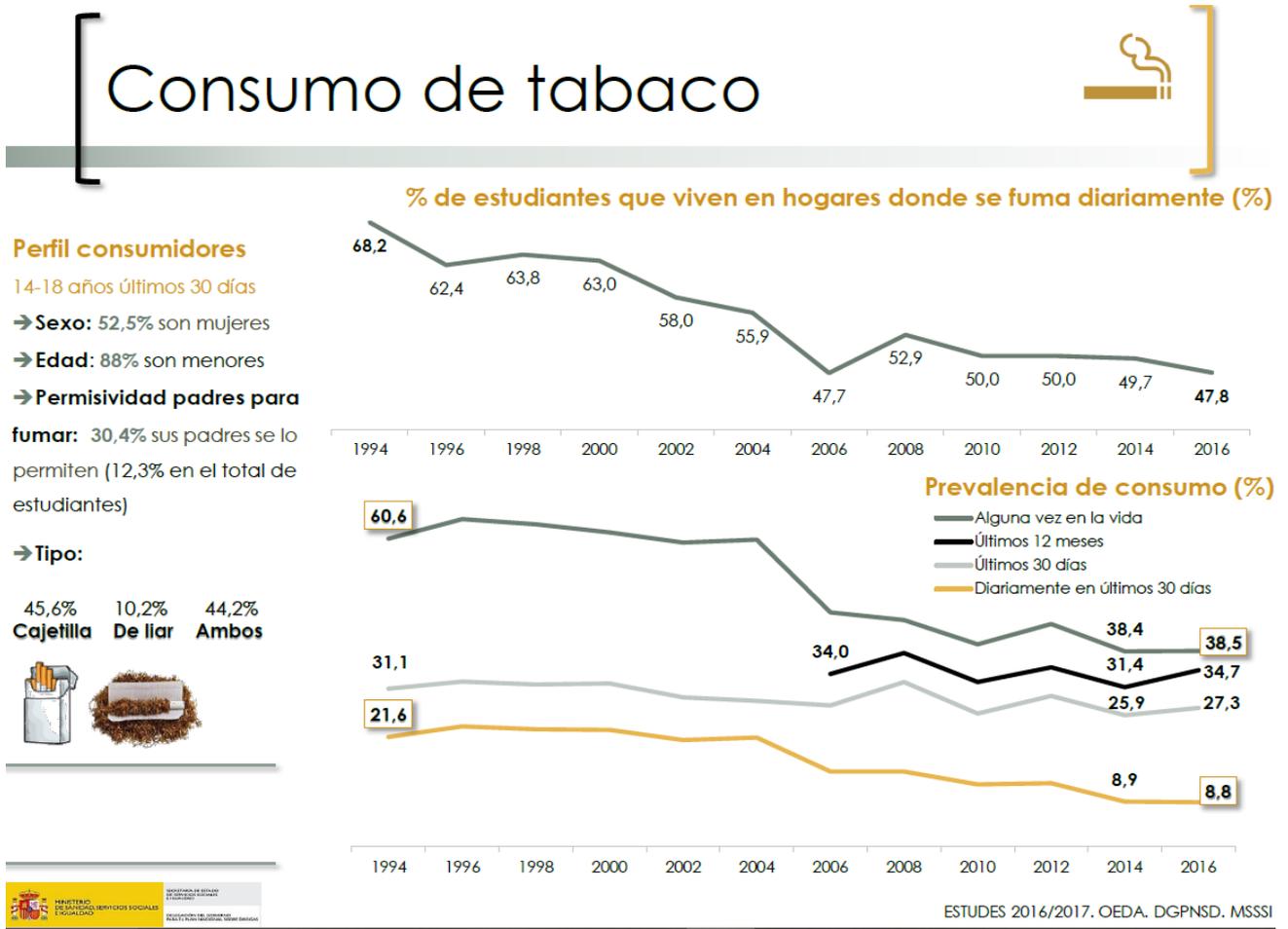
Una segunda conclusión es como intentar retrasar la edad de inicio hasta edades donde el cerebro haya terminado de hacerse y desarrollarse, evitando que surjan posibles problemas a raíz de este tipo de adicciones y se vea este desarrollo afectado.

Aunque las etapas de adolescencia y juventud son las más frecuentes en lo que se refiere a consumos, cada vez está más afianzado que las edades más tempranas son las cruciales para empezar a tratar la prevención a este tipo de comportamientos. Es en estas edades más tempranas, entorno 6 a 12 años, edad de la Educación Primaria, donde se tiene que hacer hincapié en el correcto desarrollo del niño, no solo en aspectos académicos y motrices, sino también en su desarrollo psicosocial y comportamiento con el entorno. Se conoce el desarrollo de un niño como un proceso lento y con muchas fases de transición por las que van pasando, desde la toma de conciencia de su propia existencia, capacidades y limitaciones a edades más tempranas, como a conciencia del lugar que tienen ellos mismos en su entorno y relacionarse con los demás, una etapa más tranquila de inteligencia “práctica” donde aparece el uso de la razón. Todo este proceso de desarrollo en el que influyen en gran medida tanto el entorno familiar como el escolar, es el caldo de cultivo para su futura autonomía intelectual, social y moral, que les ayudará a enfrentarse a situaciones que tendrán que resolver por sí solos. Lo que se quiere tratar con todo esto es dar a los niños una educación basada en un estilo de vida “saludable”, pero no refiriéndonos únicamente al campo de lo físico, sino utilizándolo como materia transversal en todos los aspectos de la vida, desde su comportamiento, carácter, relaciones... hasta el controlar aspectos de la realidad con los que se van a encontrar (PIPES, 1997)

8. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA SOBRE EL USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES 2016/2017): PREVENCIÓN Y CONSUMO DE TABACO

Cada dos años, el Plan Nacional sobre Drogas realiza una Encuesta sobre el tabaco y diferentes drogas en España entre la población de 15 a 64 años. A diferencia de otros países que declararon la guerra a las drogas centrándose únicamente en la oferta existente, España, a través del Plan Nacional principalmente, y de los diferentes Planes Autonómicos, ha dado un enfoque caracterizado por la salud pública, donde además de centrarse en la oferta, se trabaja a través de estrategias, en la observación y disminución de los posibles riesgos y daños que pueden tener las drogas en la población. Esto quiere decir que se trabaja al mismo tiempo con la demanda, comenzando desde edades tempranas, donde comienzan los primeros intereses por estos temas.

Gráfico 4: Encuesta sobre el consumo de tabaco en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)



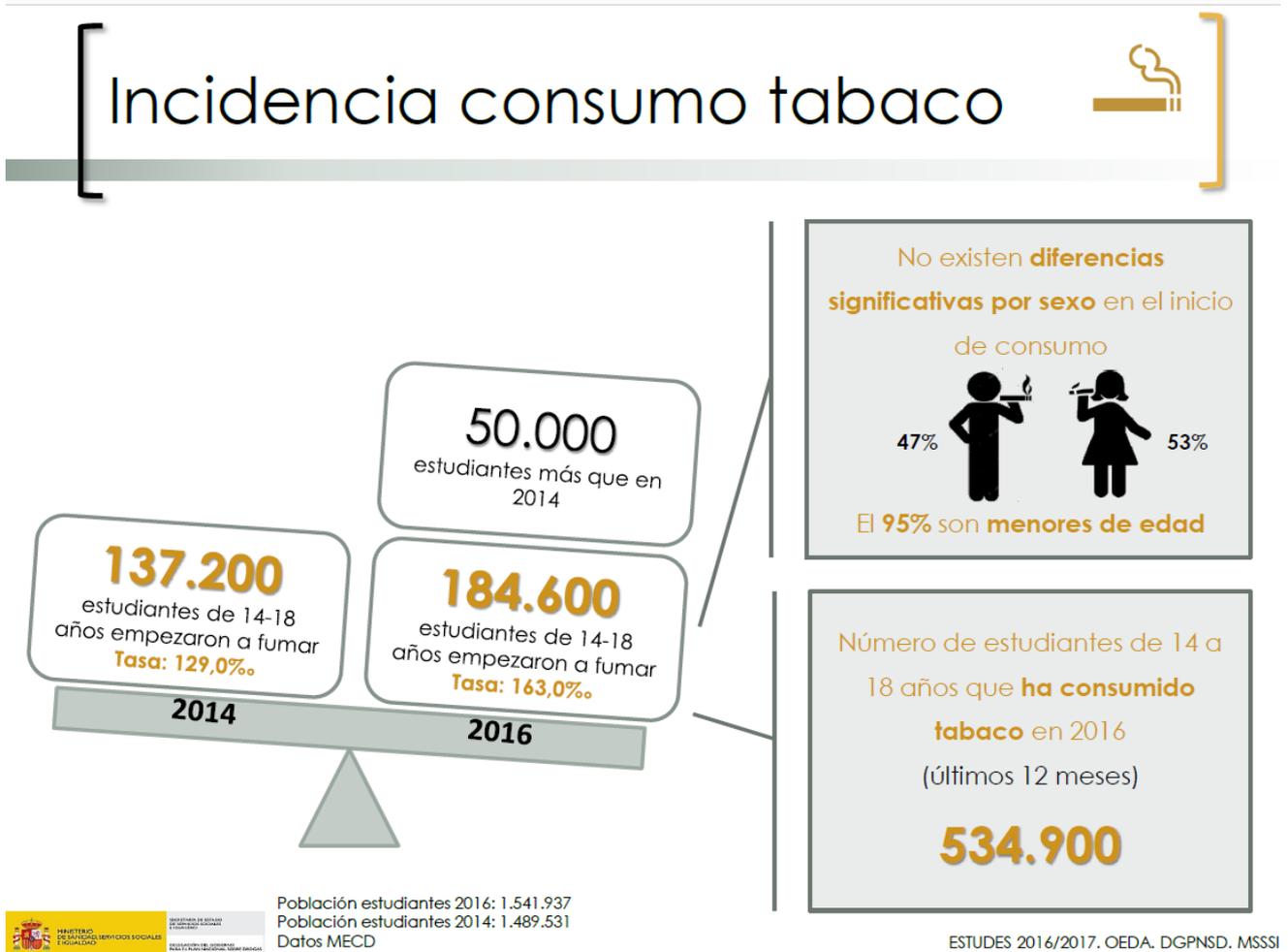
Fuente: Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. PNSD

Según podemos apreciar en la tabla expuesta aparecen diferentes gráficas que arrojan información variada. La primera, sobre el % de estudiantes que viven en hogares donde se fuma diariamente, se puede observar como en los últimos 22 años, el porcentaje ha descendido en gran medida, alcanzando su periodo más bajo en 2006 con un 47,7%, tomado como punto de inflexión, pues hasta 2008 aumenta de nuevo, comenzando posteriormente otro descenso paulatino hasta 2016, situándose en 47,8.

En la gráfica sobre las prevalencias del consumo: alguna vez en la vida – últimos 12 meses – últimos 30 días – diariamente en los últimos 30 días, vemos un descenso en todas ellas, exceptuando la de –últimos 12 meses- que aumenta su porcentaje de un 34% a un

34,7%. Todas tienen una serie de altibajos con el paso del tiempo, pero todas coinciden en un descenso progresivo.

Gráfico 5: Incidencia del consumo de tabaco entre estudiantes de 14 a 18 años.



Fuente: Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. PNSD

Según podemos apreciar en la tabla expuesta sobre la incidencia del consumo de tabaco en estudiantes entre 14 y 18 años, encontramos una diferenciación entre el año 2014 y el 2016 en España preocupante, pues podemos ver un aumento importante en el número de estudiantes que empezaron a fumar en 2016, un total de 50 mil más que en 2014. No existe una diferencia significativa entre varones y mujeres, pero lo que sí que hay que destacar es el porcentaje tan elevado de menores, alcanzando un 95% del total de esta etapa.

9. CONCLUSIONES

Hoy en día muchos niños se ven influenciados tanto positiva como negativamente por su entorno y por el nuevo mundo de las tecnologías de la información y la comunicación, donde aprenden todo de una manera directa, sin experiencia vivenciada por ellos. Con este Trabajo de Fin de Grado, lo que se pretende transmitir es que se pueden trabajar en las aulas de Educación Primaria unos buenos hábitos, unos hábitos saludables y enfocados a la previsión de estas influencias negativas y, sobre todo, de prevención ante los posibles riesgos que nuestro mundo ofrece, a través de una metodología, donde nuestros alumnos aprendan entendiendo los problemas que acarrearán una serie de actitudes ante temas tan importantes como las drogodependencias.

Como primer objetivo, se ha pretendido indagar sobre los antecedentes que enmarcan la perspectiva a trabajar sobre la situación en España de unos años atrás a la actualidad, sobre las drogas y su afección en el ámbito educacional, dándole siempre una especial importancia al tema del tabaco como sustancia adictiva, en el que se centrará en mayor medida el trabajo. Datos alarmantes sitúan la media de inicio del consumo de tabaco en la población más joven en España, en torno a los 14 años de edad, variando a lo largo de los años y situándose como extremo más bajo, los 13 años, en 2006, pero volviendo a aumentar a los 14 en años posteriores, manteniéndose hasta la actualidad. Estas cifras son las que inician el movimiento de análisis, prevención y trabajo sobre la salud, implementando a través de los diferentes Planes Nacionales sobre Drogas y, más concretamente, con los diferentes Planes Autonómicos de Prevención, nuevas metodologías de prevención.

Por otra parte, y más centrados en la Comunidad Autónoma de Aragón, también es propósito de la revisión, nombrar y describir los documentos a través de los cuales la Comunidad Autónoma de Aragón, ha ido trabajando en este aspecto, siendo estos el I, II y III Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras sustancias adictivas, por los cuales, con el paso de los años, se ha podido apreciar el cambio en los fumadores de más de 15 años de nuestra Comunidad Autónoma. El descenso en el consumo de tabaco en hombres y su menor número respecto de la media nacional y, el contrapunto del mayor número de fumadoras en Aragón que en España, hace entrever que los diferentes Planes funcionan, pero todavía se necesitan unas pautas de trabajo y de prevención para la población más joven, incluyendo formas de trabajo con personas ya inmersas en este tipo

de adicciones, más útiles y que trabajen sobre todo en los comienzos del consumo, en esas tempranas edades donde aparece el fumador experimental, en los últimos años de la etapa primaria y la transición a la etapa secundaria, donde la curiosidad impulsa a probar esta droga legal. Gracias a la ley antitabaco publicada en España en 2006, se nota una caída del consumo, generando un punto de inflexión, y liderando la caída continua que dura hasta nuestros días, donde el consumo diario se sitúa en mínimos históricos. Sin embargo, el inicio del consumo en menores entre 14 y 18 años se ha visto aumentado de 2014 a 2016, aumentando la preocupación sobre si se está trabajando de manera correcta la educación sobre la prevención y la salud en el ámbito educativo.

Aunque los jóvenes tienen una percepción de los riesgos que existen y los posibles peligros del consumo de tabaco, todavía no son conscientes del daño directo que acarrea su consumo, pues son daños que afectan más a la larga con el paso de los años y que, en el momento de su comienzo, solo despierta curiosidad e intento de aceptación de algunos entornos de iguales o una huida de su entorno familiar degradado. Además, otro de los problemas a los que se enfrentan las autoridades para frenar esto, es la facilidad en el acceso a su consumo y la gran oferta que existe respecto al tabaco, pues al ser de consumo legal en nuestro país, los menores no tienen mayor problema para conseguirlo, siendo una de las batallas a las que se enfrenta la autoridad competente, tratando de evitar esto y situándose a través de los Planes, siendo pioneros en Europa, en el lugar del demandante, educándolo en sus aspectos negativos y trabajando en la salud, previniendo su consumo.

A través de programas como Órdago, Cine y Salud, La Aventura de la Vida o Pantallas Sanas; el Gobierno de Aragón trabaja sobre el terreno de la prevención de drogodependencias, dando a ver a los más jóvenes a lo que se exponen con este tipo de conductas, haciendo un especial trabajo con alcohol y tabaco, las drogas legales en nuestro país, que más tempranamente se consumen y más accesibilidad tienen a estas edades, trabajando desde la perspectiva del posible consumidor e intentando evitar el comienzo del mismo.

Por último, se ha pretendido complementar el documento y trabajar de una manera más directa con el tabaco como sustancia adictiva, a través del análisis y explicación de una serie de tablas y gráficas, por las cuales se explican desde la edad de inicio de los más jóvenes en esta adicción, como su problemática del consumo a lo largo del tiempo.

Un trabajo de estas características puede obtener unos resultados muy positivos, tanto a la hora de situarse en la evolución de estas conductas, como a la hora de tomar medidas preventivas al respecto una vez conocida la situación actual. A través de la transversalidad en las asignaturas, y con diversas metodologías, se puede ayudar a tratar los contenidos y obtener los resultados óptimos para evitar estos riesgos, todo de una manera más lúdica y motivadora para el alumnado, sin que lo vean como una imposición o un mandato a seguir.

En definitiva, con este Trabajo de Fin de Grado, se deja claro que trabajar desde edades tempranas la prevención de adicciones en las aulas, es algo primordial y a lo que hay que dedicarle gran cantidad de tiempo y recursos, solo hace falta tener ganas de innovar y trabajar. A través de la transversalidad, antes nombrada, se puede avanzar de una forma más rápida y eficiente, siempre que los docentes estén dispuestos a colaborar. Esta manera de trabajar, incluso permite superar el rígido reparto del horario escolar por materias, puesto que al plantear aprendizajes que incardinan unas áreas con otras, los alumnos acaban percibiendo la tarea de aprender como algo compacto, continuo y permanente.

Unos aprendizajes conducen a otros. Nada está desvinculado y todo suma en la formación global del alumnado.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, C., Salvador, T. y Suelves, J. (2004). Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Centro de estudios sobre promoción de la salud.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality, and behavior. Chicago, IL: The Dorsey Press. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- 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, pág. 80. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Boletín Oficial del Estado, 13 de septiembre de 1991, núm. 220, pp. 30226-30228. Real Decreto 1344/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria.
- Brooks, F. (2014). The link between pupil health and wellbeing and attainment. A briefing for head teachers, governors and staff in education settings. Public Health England. London.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3a edición. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Casas, M., Perez, J., Salazar, I. y Tejero, A. (1992). Las conductas de automedicación en drogodependencias. En Casas, M. (Ed). Trastornos Psíquicos en Toxicomanías (I) (pp.367-375). Barcelona. Ediciones en Neurociencias.
- Catalano, R.F. & Hawkins, J.D. (1996). The social development model: a theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed.), Delinquency and crime: current theories (pp. 149-197). Nueva York: Cambridge university Press. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substancesbuse in adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 5, 1-27. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Costa, M. y López, E. (1989). Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca.
- Currículum País Vasco: Decreto 175/2007 de 16 de octubre, artículo 6.2.
- 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.
- Delors, J. et al. (1996): La educación encierra un tesoro. Madrid: Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI.
- Encuesta Nacional de Salud, 2006; Valderrama, J.C., Gavidia, V. et al, 1997; Pérez de Eulate, L. y Ramos, P., 2005; etc.)

- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2016-2017. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía de la autonomía*. México: Siglo XXI.
- Gavidia, V. (2004). La escuela promotora de salud y sostenibilidad. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 18, 65-80.
- Gavidia, V. (2009). El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 23, 17-80.
- Gavidia, V. (2016). Proyecto COMSAL. *Competencias en Salud*.
- Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp.389-418). Washington, DC: American Psychological Association.
- En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Green LW, Kreuter NW. *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach*. 3 ed McGraw-Hill. New York 1999. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of at the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 262, 34377. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457- 476. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Encuesta Nacional de Salud 2006. Servicio de publicaciones, Madrid.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.
- López Crespo, G.A. (2014). Las conductas de riesgo en la adolescencia.
- 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.
- Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS/OPS.
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Riesgos para la salud de los jóvenes. Nota descriptiva n° 345, 2010.
- Orientaciones y Programas. Educación para la Salud en la Escuela. Generalitat de Catalunya, 1984; Gobierno Vasco. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1988, Bilbao.
- 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.
- Peele, S. (1985). The Pleasure Principle in Addiction. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Piaget, J. (1926). La representación del mundo en el niño. Madrid: Morata.
- Piaget, J. (1969). El nacimiento de la inteligencia en el niño. Madrid: Aguilar.

- PIPES: Plan Integral de Prevención Escolar (1997), “Material de prevención del consumo de drogas para la Educación Primaria”.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2005-2008). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2010-2016). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
- Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2018-2024). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.
- Plan Nacional Sobre Drogas para el período de 1985. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Programa de prevención “Órdago” Afrontar el desafío de las drogas. (1998). Bilbao. EDEX.
- Real Decreto 1513/2006 de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria (BOE, 8/12/06).
- Salvador, T. (2008). Informe: diagnóstico de situación sobre avances conseguidos. Necesidades y retos en promoción y educación para la salud en la escuela en España.
- Salvador, T. y Suelves, J.M. (2009). Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo. Madrid: Ministerio de Educación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Santacreu, J., Froján, M.X. y Hernández, J.A. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 201- 215.
- Santacreu, J. y Froján, M.X. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II). *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 253-268.
- Smolak, L. y Levine, M. (1994). Psychometric properties of the children’s Eating Attitude Test. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 275-282.
- St Leger, L. et al. (2010). Promover la salud en la escuela: de la evidencia a la Acción. Paris: UIPES.
- Torres, M. (2009). Historia de las adicciones en la España Contemporánea. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Waldrom, H. B. (1998). Substance abuse disorders. En A.S. Bellack y Versen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology vol. 5* (pp.539-563). Oxford: Elsevier Science Ltd.

- Werch, C.E. y Anzalone, D. (1995). Stage theory and research on tobacco, alcohol, and other drug use. *Journal of Drug Education*, 25, 81-98.
- Werch, E.C. y Di Clemente, C.C. (1994). Modelos de etapas con componentes múltiples para relacionar las estrategias y mensajes de prevención de drogas con la etapa de uso de los jóvenes. *Health Education Reserch Theory and Practice*, 9, 39-46. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. (1985). On the resolution of role incompatibility. A life event history of analysis of family roles and marihuana use. *American Journal of Sociology*, 90, 1284-1325.

11. ANEXOS

Anexo 1: Tablas

Tabla 1: Evolución de las prevalencias de consumo de tabaco entre población española de 14-64 años (%), 1995-2001. Encuesta domiciliaria del consumo 2001.

Tabla 2: Consumo de tabaco en población mayor de 15 años (en porcentaje), según sexo y tipo de consumo. Aragón y España. 2006.

Anexo 2: Gráficos

Gráfico 1: Evolución de la edad media de inicio de consumo de alcohol, tabaco y cannabis en Aragón entre 2010 y 2016 (ESTUDES)

Gráfico 2: Prevalencia del consumo de tabaco en los últimos 30 días en Aragón y España entre 2010 y 2016 (ESTUDES)

Gráfico 3: Prevalencia del consumo de tabaco en los últimos 30 días por sexo en Aragón entre 2010 y 2016 (ESTUDES).

Gráfico 4: Encuesta sobre el consumo de tabaco en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)

Gráfico 5: Incidencia del consumo de tabaco entre estudiantes de 14 a 18 años.