



Universidad
Zaragoza

1542

Trabajo Fin de Grado

Prevención del consumo de drogas para la educación
primaria

Autor

Víctor Nogueras Tobeña

Director

Rafael Díaz Fernández

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

Año 2019

Índice:

1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN:	3
2. OBJETIVO:	4
3. METODOLOGÍA:	4
4. MARCO TEÓRICO:	5
4.1 Antecedentes más próximos de la educación para la salud.....	5
4.2 Teorías y modelos de prevención de drogas:	7
4.3 Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas:	8
4.3.1 <i>Las teorías parciales o basadas en pocos componentes:</i>	8
4.2.2 <i>Teorías de estadios y evolutivas</i>	9
4.2.3 <i>Teorías integrativas y comprensivas.</i>	11
5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN:	12
6. LOS ÁMBITOS DE LA SALUD:	14
6.1 Promoción de la salud:	14
6.2 Adicciones:.....	16
7. CARACTERÍSTICAS PSICOPEDAGÓGICAS DE LA ETAPA DE 6-12 AÑOS:	18
8. EL APEGO Y EL VÍNCULO:	22
9. PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR:	25
9.1 Niveles de prevención	27
10. PROGRAMAS PARA LLEVAR A CABO LA PREVENCIÓN DE SUSTANCIAS ADICTIVAS:	27
11. ENCUESTAS SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA (ESTUDES 2018/2019)	32
12. ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (2017)	35
13. BIBLIOGRAFÍA:	39

Prevención del consumo de drogas para la educación primaria

Drug use prevention for primary education

- Elaborado por: VÍCTOR NOGUERAS TOBEÑA
- Dirigido por: RAFAEL DÍAZ FERNÁNDEZ
- Presentado para su defensa en la convocatoria de diciembre de 2019
- Número de palabras: 13.484

RESUMEN:

Este trabajo está basado sobre la indagación de diferentes teorías de distintos autores en relación al consumo de sustancias adictivas. Se realiza un análisis sobre las distintas teorías que subyacen a los programas de prevención y consumo de sustancias y se realiza una descripción de los posibles factores de riesgo a los que están expuestos los alumnos a lo largo de la etapa de primaria. Desde la promoción de la salud, se realizan una serie de programas y actividades para mejorar la vida de los estudiantes de primaria, a través de las escuelas promotoras de salud y retrasar la edad de inicio. Por otro lado, se exponen las diferentes características psicoeducativas que tienen los alumnos de primaria, también son de gran relevancia para la creación de este trabajo, ya que es una etapa muy importante en la vida de los alumnos, y la que marcará el comienzo o no del consumo con sustancias legales o ilegales. Para llevar a cabo la prevención en los centros educativos, es necesario la utilización de una serie de programas educativos que se trabajan desde la educación primaria, y sigue llevándose a cabo en la educación secundaria. Finalmente, se realiza un pequeño análisis sobre las encuestas del Plan Nacional de Drogas, ESTUDES y EDADES.

Palabras clave: Prevención, promoción y educación para la salud, factores de riesgo y protección, escuela, alumnado.

1. INTRODUCCIÓN/JUSTIFICACIÓN:

Este presente trabajo, lo he realizado hacia el enfoque de la prevención de la drogodependencia. Como futuro docente pienso que tratar este tema y formarme adecuadamente para ello y de esta forma prevenir el inicio del consumo de drogas desde el ámbito escolar. Dada la observación en el ámbito social, cada vez hay muchos menores que se están iniciando a muy temprana edad en el consumo de sustancias legales e ilegales.

Esta observación me ha generado una sensibilidad hacia este tema y por ello he decidido enfocar este Trabajo Fin de Grado hacia la investigación sobre la prevención en el ámbito educativo, los programas que se llevan a cabo, los distintos niveles de prevención, y las bases teóricas en las cuales se sustenta la prevención, y como se lleva a cabo a través de las escuelas promotoras de salud.

Durante la carrera universitaria, a través de las asignaturas de psicología tanto en Psicología de la educación como en Psicología del desarrollo, he obtenido una formación importante relacionado con este tema junto a otras asignaturas, pero a través de las psicologías teórico-prácticas, me ha ayudado a conocer la etapa evolutiva y características de 6-12 años en su desarrollo cognitivo, desarrollo físico, desarrollo moral, personalidad, emocional, social... Por otro lado, también a entender mucho más el trabajo que voy a exponer a continuación, dado que son componentes esenciales para entender diferentes comportamientos en los alumnos y prevenir este consumo temprano de sustancias adictivas.

El contenido que he investigado y que expongo en este trabajo, ha salido de una revisión de fuentes primarias y secundarias en una búsqueda para obtener el conocimiento investigado, y todas estas fuentes me han aportado el conocimiento sobre la prevención de sustancias legales e ilegales en ámbito escolar, a través de la herramienta de la educación para la salud. También las diversas teorías en las cuales se sustentan los programas de prevención, así como las teorías que subyacen de los modelos de consumo.

Así mismo, las fuentes investigadas, me han aportado un conocimiento sobre los antecedentes más próximos de la educación para la salud desde las distintas conferencias internacionales a nivel mundial, donde han generado las líneas de intervención en los distintos países para llevar a cabo la promoción de la salud, y la educación para la salud.

No obstante, quisiera resaltar las aportaciones que desde el Gobierno de Aragón a través del II Plan autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas (2010-2016), he podido constatar que los programas de prevención que se están llevando a cabo en las escuelas tanto en primaria como en secundaria, han sido evaluados positivamente por expertos de la comunidad científica para su puesta en marcha en la escuela.

Es cierto que la prevención según la documentación investigada requiere de un esfuerzo de la comunidad cercana a la escuela, es decir, de que todas las entidades públicas como privadas, deberían implicarse con mayor rigor en la prevención de los menores.

Por último, me gustaría hacer hincapié en el sentimiento del apego que los niños experimentan desde tempranas edades. Este es un factor fundamental, que desde mi punto de vista y desde los conocimientos aportados, influye de manera óptima en los comportamientos y las decisiones que en ocasiones llevan a los más débiles al consumo de sustancias tanto legales como ilegales.

2. OBJETIVO:

El objetivo principal del trabajo fin de grado es exponer todos los conocimientos reunidos gracias a la búsqueda e indagación sobre diferentes fuentes que me han ayudado a organizar y permitir analizar la información sobre los antecedentes de la salud y todo lo que conlleva, los factores de protección y de riesgo, así como el estudio de diferentes programas a nivel autonómico sobre la prevención de la drogodependencia, incluyendo una pequeña síntesis sobre las encuestas ESTUDES Y EDADES.

3. METODOLOGÍA:

Esta búsqueda e indagación de la información necesaria para llevar a cabo este trabajo se ha realizado a través de la utilización y revisión de fuentes bibliográficas primarias y secundarias.

El objetivo principal de esta búsqueda de información ha sido contrastar y recoger los conocimientos necesarios para investigar y exponer los datos recogidos tanto en referencia a la salud, los factores de prevención y de riesgo de la drogodependencia, como los diferentes programas puestos en marcha en la comunidad autónoma de Aragón.

Esta investigación de tipo descriptivo se ha comenzado por el estudio de los antecedentes más próximos para la salud, seguido de las teorías y modelos de prevención de drogas y por último las teorías explicativas sobre el consumo. Seguidamente se ha analizado los diferentes programas de prevención de las drogodependencias a nivel autonómico y se ha concluido este proyecto con la exposición de las encuestas de ESTUDES y EDADES.

4. MARCO TEÓRICO:

4.1 Antecedentes más próximos de la educación para la salud

En el año 1946 nace la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de impulsar y defender la salud. Esta organización precisa a la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la falta de afecciones o enfermedades”.

La salud ayuda a las personas a alcanzar un nivel social, individual y económico lucrativo, dejando ver la salud como un recurso para la vida. De esta manera surge la necesidad de referirse a la salud más allá del modelo asistencial, planteándose una prevención de la salud.

En 1974, el ministro canadiense Lalonde, realizó un estudio sobre los determinantes de la salud en una comunidad, en la cual destaca cuatro variables: la biología humana, el sistema de asistencia sanitaria, el medio ambiente y el estilo de vida. Según este estudio y según el “informe Lalonde” estas dos ultimas variables, referentes a los factores sociales, son las que establecen la salud de las poblaciones.

Posteriormente, en 1978 en Alma-Ata, surge la “Declaración sobre ciudadanos primarios de salud” en la cual se pidió a los gobiernos que realizaran unas políticas y una serie de planes y acciones nacionales para lograr una mayor atención primaria de salud, y alcanzar así que los ciudadanos puedan llevar una vida social y económicamente fructífera.

Años más tarde se inauguró la primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa, más conocida como la “Carta de Ottawa”. Esta pone de manifiesto la paz, los adecuados recursos económicos y alimenticios, el domicilio, quedando de esta manera visible la correlación entre las condiciones sociales y las económicas, el entorno que nos rodea, los modos de vida propios y la salud.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud cree que la salud es un derecho humano esencial y para ello todos los ciudadanos deben tener un acceso a la sanidad. En 1986, también define que la promoción de la salud es una manera en que la población puede ser consciente sobre su propia salud e intenta mejorarla, por lo que todo ello nos lleva a la prevención de enfermedades, interrumpir su evolución y comprimir sus secuelas.

La promoción de la salud no solamente es un proceso político, sino que también social, con acciones para poder endurecer las capacidades y las destrezas de los humanos y aquellas que cambian situaciones como las ambientales y financieras para aminorar el impacto en la salud a nivel individual y público.

Como conclusión, se considera que promocionar la salud es ayudar a las personas a controlar los factores influyentes en esta y poder mejorarla.

La OMS reflexiona que existen tres estrategias básicas para poder promover la salud: el derecho a la salud para establecer las situaciones sanitarias fundamentales, proporcionar que todos los seres humanos desenvuelvan su cabal potencial de salud y por último mirar hacia las cosas positivas de la salud cara a diferentes beneficios sociales.

Las áreas primordiales en las que se basan estas estrategias son las siguientes: fundar una política saludable, establecer ambientes que afirmen la salud, fortificar las labores comunitarias, desenvolver las destrezas personales y reorientar los servicios sanitarios. La salud es un derecho el cual todo ciudadano debe poseer y poder acceder a ella.

Además, también defiende que las poblaciones deberán de tener en cuenta los impedimentos y el impacto de las actividades realizadas sobre su propia salud.

En España, encontramos la Ley General de Sanidad 14/1986 del 26 de abril, en la cual podemos observar la Reforma Sanitaria y la labor del sistema sanitario español, haciendo hincapié en suscitar la salud y evitar las enfermedades.

Según la declaración de Yakarta, creada en Indonesia en el año 1997, podemos observar que el desarrollo de la salud y las áreas de trabajo prioritario son fundamental en todos los países.

La declaración de Yakarta destaca cinco características preferentes para promover la salud durante el siglo XXI: suscitar la responsabilidad entre los ciudadanos, aumentar las inversiones económicas para el progreso de la salud, mayor ayuda y participación para promover la salud, aumentar la capacidad de la sociedad y el empoderamiento de los individuos y asegurar unos servicios básicos para la salud.

4.2 Teorías y modelos de prevención de drogas:

Becoña (2001-2002: 48), nos explica que existe una necesidad de entender el consumo de estupefacientes, para poder plantear y planificar una prevención de consumo.

Este marco teórico se sustenta en lo que se conoce como la etiología del consumo. Becoña distingue tres reglas básicas:

1. Los componentes que proporcionan el inicio y el mantenimiento de consumo de diferentes drogas en diferentes personas.
2. La diferencia y la progresión entre las personas que consumen drogas legales y las que consumen sustancias ilegales.
3. Los distintos factores socioculturales, biológicos y psicológicos que interfieren en el inicio, mantenimiento y progresión en la ingesta de unas sustancias a otras.

El principal objetivo de los modelos teóricos es estudiar porque algunas personas ingieren sustancias legales e ilegales y otras no, y así poder utilizar diferentes destrezas de prevención apropiadas que accedan a frenar el consumo o a evitar que ocurra, siendo necesaria la buena utilización y la realización de cambios en los factores de riesgo y fomentar los factores de protección, que evitan el consumo.

Uno de los modelos de prevención es la “escalada del consumo de drogas”. La hipótesis trabajada afirmaba que el consumo de unas sustancias acercaba al consumo de otra sustancia más “fuerte” factor del que duda O’Donnell y Clayton (1982). Becoña (2002: 49), explica que ese tipo de comprobaciones estaban fuera de contexto, ya que, en algunos casos, eran exageradas e imprecisas y no habitualmente seguían un criterio objetivo.

Kandel (2002) en EEUU, y Recio (1995) en España, trabajaron sobre la teoría secuencial, la cual explica que existen cuatro fases relacionadas con el consumo de drogas. La primera fase, está centrada en el consumo de drogas legales como podrían ser

la ingesta de alcohol (vino, cerveza...). La segunda fase que destaca esta teoría es la ingesta de licores y tabaco; la tercera fase el consumo de marihuana; y como fase final, el consumo de otras sustancias ilegales (cocaína, heroína, LSD...)

Becoña (2002: 49) sostiene que el uso de una droga previa no quiere decir que el sujeto valla a pasar a ser consumidor de la siguiente droga, pero que en pocos casos se ha dado que un consumidor de marihuana no haya consumido previamente tabaco o alcohol, o que un sujeto que consuma cocaína no haya pasado por alguna de las anteriores etapas.

4.3 Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas:

Dentro de las diferentes teorías que explican el consumo de las drogas y la prevención de estas, observamos como Becoña (2002:80) los clasifica en tres grupos: 1) Teorías parciales o basadas en pocos componentes, 2) Teorías de estadios y evolutivas y 3) Teorías integrativas y comprensivas.

4.3.1 Las teorías parciales o basadas en pocos componentes:

Se caracterizan por explicar el consumo de drogas de una manera muy básica. Dentro de este grupo, podemos observar que se incluyen las teorías y los modelos biológicos.

También se encontraría dentro de este grupo las *hipótesis de la automedicación*, la cual nos explica que una vez que una persona haya comenzado a consumir una medicación, y comience a notar una serie de efectos positivos tras su consumo, se da cuenta que su organismo necesita autorregularse mediante la misma (Casas et al., 1992)

Podemos contemplar una serie de objetivos que poseen estas teorías: promover la competencia individual y desarrollar comunidades y unas organizaciones competentes (Costa y López, 2000).

Las teorías del aprendizaje para la explicación del consumo están basadas las leyes propuestas por Bandura, el condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social.

El objetivo que persigue estas teorías es el poner explicar cómo se va adquiriendo una conducta o como se pueden disminuir o aumentar unas conductas ya adquiridas previamente por el sujeto.

Las teorías de actitud-conducta (Ajzen, 1988) se basa en que se puede predecir la conducta de un individuo a partir de las creencias y las actitudes del propio sujeto.

Las teorías psicológicas se sustentan en las causas interpersonales, el modelo de la mejora de la estima (1986) y la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan et al. (1996). Las personas necesitan la admisión para su conducta por parte de sus núcleos más cercanos, ya sean por parte de los padres, de los profesores, de sus compañeros... ya que sin la “aceptación” de estos, les podría llevar a la adquisición de sentimientos de auto rechazo, mal estar psicológico y emocional...

La teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996) comienza diciendo que el sujeto necesita un modo de valorarse positivamente a sí mismo, y si no encuentra dicha aceptación, estará motivado para implicarse en una serie de nuevas actividades desviadas que le transmitirán una serie de experiencias y refuerzos de autorrespeto. Estas actividades pueden llevar a realizar actos ilegales y el alejamiento hacia los adultos.

Dentro de estas teorías, nos encontramos con otro modelo basado en la afectividad (Pandina et al. 1992), el cual fundamenta que el consumo de drogas está basado en la relación de tres factores: el efecto negativo, el arousal (estado general de activación que consigue la estimulación sensorial) elevado y la vulnerabilidad al abuso de las drogas. Este modelo afirma, que las personas que posean alguno de estos factores, tienen una mayor posibilidad de que encuentren atractivas la intoxicación con drogas (Becoña, 2002: 120).

Las teorías basadas en los enfoques sistémicos y en modelos de familia, parte de una hipótesis: el consumo de drogas de un individuo es la manera de expresar las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, produciendo una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998)

El último modelo dentro de este gran grupo es el modelo social (Peele 1985), se fundamenta en que no es la propia droga la que crea adicción, sino el modo como la persona vive y experimenta esa experiencia, tanto a nivel físico, emocional y conductual (Becoña, 2002: 123).

4.2.2 Teorías de estadios y evolutivas

Estas teorías están basadas en el estado de madurez del sujeto para explicar el consumo de drogas.

El modelo evolutivo de Kandel nombra una serie de etapas por las que progresan el sujeto ante la ingesta de drogas. La primera etapa, explica que el sujeto comienza con la ingesta de drogas legales, como podría ser vino o la cerveza. La siguiente etapa, el sujeto continúa consumiendo drogas legales, como podrían ser los cigarrillos o licores. En las dos últimas etapas, ya se consumen drogas ilegales, comenzando con la marihuana y continuando con otras drogas ilegales (Becoña, 2002: 140).

El modelo de estadios o etapas de Werch y Diclemente (1994), se fundamenta en una serie de estadios, desde el no uso de las drogas legales, hasta el uso continuado de las drogas ilegales. Este modelo lo que propone, es que se eduque a los alumnos desde muy jóvenes para que no comiencen con los diferentes estadios que plantea este modelo. De esa manera, si el sujeto no comienza consumiendo ningún tipo de sustancia, difícilmente continúe con sustancias más fuertes o con adicción alguna.

Otro modelo que nos propone este segundo grupo es el modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996), el cual se basa en la autorregulación. Este modelo explica como la madurez de los sujetos en ciertos casos, puede conllevar al consumo de drogas. Por otro lado, a medida del transcurso del tiempo, estas conductas van desapareciendo, y desapareciendo también de sus círculos de amigos.

Dentro de la teoría de la pseudomadurez de Newcomb (1996), se plantea el poder llevar a cabo unas responsabilidades típicamente adultas en adolescentes, lo que conlleva esto una adquisición de habilidades psicosociales necesarias para el éxito posterior. Esta teoría da gran importancia al factor biológico. (Díaz, R y Sierra, M. 2008, p. 179).

Glantz (1992) desarrolló la teoría psicopatológica del desarrollo de la etiología del abuso de drogas. En ella, nombra como la ingesta de drogas viene precedida por diferentes factores, como biológicos, conductual, ambiental, social...

Chatlos (1996) explica que el modelo del desarrollo psicosocial viene determinado por tres factores: la predisposición, el uso de las drogas y el sistema permitido.

Para cerrar este segundo grupo de teorías, destaca la teoría de la socialización primaria (Oetting 1998), la cual se centra en que las conductas problema son aprendidas, aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable (Becoña, 2002: 161)

4.2.3 Teorías integrativas y comprensivas.

Estas teorías están basadas en distintos componentes de diversas teorías, las cuales son el planteamiento de una teoría comprensiva.

Dentro de estas teorías, destaca el modelo de promoción de la salud, la cual define a la salud como un derecho básico e indispensable para el desarrollo social y económico (World Health Organization, 1997). Así pues, este modelo utiliza una serie de estrategias, en la cual predomina el establecimiento de una política pública saludable, creación de entornos que favorezcan la salud, fortalecer una acción comunitaria para la salud, y desarrollar habilidades personales (Green y Kreuter, 1991).

Por otro lado, nos encontramos con la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1986) como una de las teorías psicológicas más destacables. Dicha teoría, se basa en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición, junto con el ambiente que se lleva a cabo dicha conducta.

La teoría de Bandura tiene una gran relevancia a la hora de crear programas preventivos dentro del consumo de drogas, ya que nombra las diferentes etapas que lleva el consumo, desde los elementos que llevan a su inicio hasta el abandono de las mismas.

Catalano, Hawkins y sus colaboradores (1996) desarrollaron una teoría social, la cual integraba la teoría del control, teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial. Dentro de estas teorías, se le otorga una gran importancia a los factores de riesgo y protección.

Jessor y Jessor (1977) desarrollaron la teoría para la conducta de riesgos para los adolescentes, la cual destacaba los riesgos, y las conductas de riesgo. Le otorga una gran importancia a la pobreza organizada, la desigualdad y la discriminación como elemento fundamental que mantiene a una parte de la población adolescente en lo que se denomina “en riesgo” (Becoña, 2002: 194). De la misma manera, considera que la responsabilidad no es solo del sujeto, sino del contexto social en el que está inmerso.

Botwin (1992) desarrolló el Modelo integrado general de conducta de uso de drogas, el cual parte de un programa de prevención.

Calafat, distingue varios factores de riesgo y de protección en lo que se denomina *red de factores* en un programa preventivo llamado “Tú decides”, entre los que destaca los padres, la escuela, el uso del tiempo libre...

Por último, (Santacreu et al., 1991-1992) crearon el modelo de autocontrol, el cual partía de la base del modelo bio-psicológico social, el cual nos plantea que los problemas en los adolescentes surgen cuando el sujeto busca diferentes fuentes de refuerzo diferentes a las que ya posee para buscar la independencia del refuerzo paterno. De esta manera, el adolescente buscará una serie de refuerzos alternativos a los que obtenía de la familia.

5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN:

Previamente a una preparación de programas de prevención hay que indagar sobre los orígenes de los consumos o lo que hacen que estos prosigan.

Los factores de riesgos, por lo tanto, son una serie de características, condiciones o contextos, las cuales intervienen en el inicio o en el consumo de drogas. Por otro lado, los factores de protección son aquellos que retrasan o atenúan la probabilidad del uso de las drogas o el nivel de implicación que el sujeto tenga con estas.

Dichos factores, están muy relacionados al proceso de socialización, ya que este proceso da comienzo en la familia. Posteriormente, dicho proceso continúa en los centros educativos, en los cuales los alumnos pueden encontrarse con distintos factores de riesgo y de protección, ya que socializan con diversas personas. La prevención es muy importante que se lleve a cabo, teniendo en cuenta toda esta serie de factores nombrados.

Los niños mediante la observación, el aprendizaje, y los efectos de las acciones crean su modo de actuar. Habitualmente el consumo de dichas sustancias va acompañado de conductas inapropiadas, por lo que darse cuenta de qué jóvenes son vulnerables a estos problemas es de gran acierto, haciendo hincapié en las tres características fundamentales de la salud: físico, psicológico y social.

No se debe de obviar que la ingesta de dichas sustancias se reduce con el paso del tiempo gracias a la madurez, es así, como los factores de protección deben ser aplicados en la etapa de la adolescencia, donde los jóvenes comienzan a ser muy vulnerables.

Algunos de los consumos se dan gracias a la observación entre los miembros familiares y entre los compañeros o amigos, siendo estos elementos no únicos, pero fundamentales en el inicio del consumo de los jóvenes.

Félix-Ortiz y Newcomb, (1999) desarrollaron una teoría, en la cual destacaban que el consumo está más influenciado por el número de factores que por los tipos de factores de riesgo. Defienden que cuanto mejor se conozcan los distintos tipos de factores de riesgo y protección, mejor se conocerán las causas por las que los sujetos consumen drogas o no.

Gardner et al, (2001), publicaron un listado de factores de riesgos y protección realizado por el *Center for Substance Abuse Prevention*, el CSAP.

Los factores de riesgo propuestos por Gardner son los siguientes:

	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	La rebeldía, amistades que se inician en conductas rebeldes, relaciones negativas con personas adultas, impulsividad...	Refuerzos y reconocimientos, alta autoestima, actitudes negativas hacia las drogas...
Iguales	Asociación con iguales delincuentes que consumen sustancias, relación con iguales que rechazan actividades de empleo	Asociación con iguales que están implicados en actividades positivas en la escuela, resistencia a las presiones negativas de grupos de iguales
Familia	Historia familiar, conflictos familiares, problemas de manejo de la familia...	El apego, creencias saludables, altas expectativas por parte de los padres, alta autoestima...
Escuela	Temprana y consistente conducta antisocial, fracaso académico, bajo apego a la escuela...	Refuerzos y reconocimientos para la implicación prosocial creencias saludables...
Comunidad	Disponibilidad de las drogas, leyes y normas favorables al consumo de drogas, deprivación económica...	Descenso de la accesibilidad de las drogas, redes de apoyo dentro de la comunidad, oportunidad para

		colaborar activamente con la comunidad...
Sociedad	Empobrecimiento, desempleo, discriminación, mensajes pro- uso de las drogas por parte de los medios de comunicación...	Mensajes contrarios al uso de las drogas por parte de los medios de comunicación, descenso de la accesibilidad de las drogas, incremento de impuestos de las drogas “legales” ...

6. LOS ÁMBITOS DE LA SALUD:

6.1 Promoción de la salud:

A lo largo de los últimos años, han ido evolucionando una serie innovaciones respecto a la promoción de la salud en las escuelas. Estas iniciativas se basan en que todos los aspectos que rodean al alumnado y al centro escolar son muy importantes para la promoción de la salud.

Una escuela promotora de salud tiene el objetivo de educar a toda la comunidad educativa en unos estilos de vida saludables, desarrollando así las relaciones con los demás iguales, el medio que les rodea, el desarrollo físico, psíquico y emocional de los estudiantes.

Estas escuelas favorecen la convivencia, la eficacia escolar, fomentan la participación de los alumnos y consideran la diversidad como un valor positivo.

Como nos nombra la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (St Leger et al, 2010), estas escuelas favorecen las relaciones entre profesores y alumnos, utilizan recursos comunitarios de apoyo para la educación para la salud; a su vez, dichas escuelas se coordinan y relacionan con otras escuelas para la puesta en común de las experiencias vividas. Otro aspecto por destacar es que estas escuelas dan un gran valor añadido a la relación con el medio natural que les rodea.

Brooks, (2014) destaca cuatro conclusiones las cuales pueden interferir en las conductas de los alumnos:

- Los alumnos que poseen mejores condiciones de salud y bienestar alcanzan con mayor facilidad los objetivos académicos.
- Los alumnos que realizan de una manera correcta el desarrollo de las competencias y habilidades sociales, gozan a la vez de un estado de salud y bienestar más positivo.
- La relación con un entorno físico favorable de la escuela influye en la manera de enfocar su positividad por parte del alumno.
- Hay una relación directa entre la práctica de actividades físicas y los resultados académicos.

Según la OMS (1986), una escuela Promotora de Salud tiene su origen en el movimiento de promoción de la salud que considera que la salud se mejora en “aquellos lugares donde las personas viven, conviven...”

En el año 1991, se creó el *Movimiento de Escuelas Promotoras de Salud*, con la *Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEEPS)*, la cual fue promovida por la OMS, el Consejo de Europa y la UE. Este movimiento tiene como objetivo el apoyar a diversos grupos y profesionales en el progreso y el mantenimiento de la promoción de la salud en los centros educativos.

En la Declaración de Odense (4º Conferencia Europea de la *Red Europea de Escuelas por la Salud* de 2.013), se hizo una reforma de los valores y los principios de las escuelas promotoras de salud. Estos, se adaptaron a las necesidades y recursos de cada comunidad educativa. Además, el Grupo Europeo de Investigación de Red de Escuelas por la Salud, otorgaron una mayor importancia a los aspectos personales, sociales y ecológicos para el desarrollo de la promoción de la salud en los centros.

Una escuela saludable es aquella en la que los alumnos pueden adquirir una serie de competencias para que ellos mismos sean capaces de gestionar la salud. La finalidad de esta que los alumnos sean capaces de adquirir una serie de habilidades, valores y motivaciones para promover su bienestar.

Por otro lado, las escuelas promotoras enseñan a sus alumnos a aumentar su nivel de autoestima, auto cuidarse, cuidar a los demás, cuidado de su entorno físico...

Otra de las características de estos centros, es que se presentan en un contexto muy positivo, en el cual se desempeña una educación inclusiva.

Leger et al (2010), definieron unas áreas de actuación de un centro promotor de la salud:

- Los proyectos deben de apoyarse en una serie de valores que promuevan el bienestar de las personas y de la comunidad
- El entorno del centro educativo sea de gran utilidad para llevar a cabo diferentes actividades académicas, que cumplan unos requisitos básicos de higiene, contaminación, barreras arquitectónicas...
- Amplia colaboración entre todos los integrantes de la comunidad educativa (profesores, alumnado, personal no docente, padres...)
- Que los centros tengan contactos con los demás servicios de su entorno. Es muy importante una estrecha colaboración con los servicios de salud más cercanos al centro, para poder realizar charlas, actividades...

La *Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS)*, se estableció en el 2009, con el propósito de introducir una serie de ideas y competencias innovadoras basadas en la promoción de la salud y cuyo objetivo es poder trasladar esta serie de conocimientos a nuestras aulas.

En el curso 2013-2014, esta red estaba integrada por 134 de centros de todo Aragón, lo que supone un 25% del total de colegios de Aragón.

Los centros reconocidos como Escuela Promotora de Salud reciben una acreditación que tiene tres años de duración. Para poder conseguir esta acreditación, los centros se deben de apuntar primero al programa lanzado por el Gobierno de Aragón, y después cumplir una serie de requisitos para poder obtener la acreditación.

6.2 Adicciones:

Desde la promoción de la salud, tenemos que tener en cuenta que las adicciones y el consumo de drogas pueden venir determinado por las influencias sociales, y por decisiones de la propia persona. La promoción de la salud tiene como objetivo final el “empoderamiento” de las personas para que estas puedan llevar un estilo de vida de los más saludables. Sus logros coinciden con las mismas que la educación para la salud:

“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).

Poder llevar a cabo esta serie de objetivos no es tarea fácil, ya que, en el caso de las drogas, no se ha llegado a perder la connotación de tabú por unas ciertas razones como:

1. La gran diversidad de drogas que existen (ya sean legales o ilegales), y todo lo que conlleva el consumo de estas.
2. La difícil actuación del entorno educativo, donde el profesor puede desarrollar funciones muy diferentes.
3. Los agentes externos (familia, escuela, comunidad...), los cuales afectan plenamente sobre la educación de esta materia, ya que no existe ningún instrumento universal.

Además de estos factores, hoy en día existen unos serios problemas económicos y sociales, los cuales pueden provocar un rechazo hacia la promoción de la salud, y una mayor “tentativa” hacia los consumos de drogas por parte de los adolescentes y jóvenes.

Las escuelas, deberían de verse como un espacio saludable para el niño y para la sociedad, donde estos puedan desarrollar nuevos conocimientos y nuevas actitudes saludables y positivas. Por razones como esta, se está haciendo mucho hincapié en añadir en los PEC (proyecto educativo de centro) y en los proyectos curriculares la promoción para la salud.

Por otro lado, podemos observar que la Educación para la salud aún tiene alguna dificultad para poder evaluarse dentro de las aulas. No se puede obviar, que la Educación para la salud es un derecho que todo alumno posee, un derecho curricular. (Torres, 2010).

Como nos nombra Jordan, 2011, *“Un proyecto curricular justo tiene que ayudar a las ciudadanas y ciudadanos más jóvenes el alumno tiene que ser capaz de verse, analizarse, comprenderse y juzgarse en cuando a personas éticas, solidarias, colaborativas y corresponsables de un proyecto más amplio de intervención sociopolítica destinado a construir un mundo más humano, justo y democrático”*.

La manera de actuar desde los centros sobre la educación de drogas se realiza mediante una serie de programas, los cuales otorgan unos resultados “positivos” a corto plazo, pero los cuales no poseen garantías a largo plazo.

Desde naciones Unidas (1987), ofrece una reflexión para llevar la educación sobre las drogas a nuestras aulas. Define la educación sobre las drogas como un proceso largo y continuo, fijando como objetivo ayudar a los jóvenes a encontrar soluciones diversas para sus problemas sin tener que recurrir a las drogas.

La educación no pretende prohibir ni manipular las mentes de los alumnos, sino que lo que se pretende es dar nuevos conocimientos a los alumnos para que estos los puedan aprovechar y tener unas vidas saludables, plenas y satisfactorias. Delors y otros (1996) planificaron un estudio encargado por la Unesco en las que resaltaban cuatro pilares fundamentales: *aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a ser y aprender a vivir*.

Por otro lado, observamos como Freire (1995) propone una nueva “filosofía” que transforma la educación y la sociedad, ya que, si no se transforma dicha educación, esta puede llegar a ser rutinaria, repetitiva y empobrecedora.

La manera de tratar la educación sobre las drogas dentro de las aulas nos conlleva a dos problemas fundamentales: el primero, el maestro no está totalmente cualificado para poder abordar ese tema, y el segundo, la metodología que normalmente se aplica para el tratado de este tema se basan en actividades y campañas que se desempeñan dentro de la acción tutorial. Delgado (2012) propone realizar una coordinación entre los docentes y los servicios profesionales para dotar de mayor sentido e importancia estos temas dentro de las horas lectivas, y así poder llegar a unos resultados mucho más satisfactorios.

7. CARACTERÍSTICAS PSICOPEDAGÓGICAS DE LA ETAPA DE 6-12 AÑOS:

Las características que presentan los alumnos en la etapa de 6-12 años hay que tenerlas muy presentes y conocerlas a la perfección para poder llevar a cabo una prevención del uso de distintas drogas, haciendo una concienciación de los hábitos de vida saludables.

Erikson (1968,1983), elaboró la teoría del desarrollo psicosocial, la cual entiende que hay necesidades en la persona a las que se debe de otorgar una respuesta. Erikson nombra que a lo largo de la vida discurren distintas situaciones, las cuales se convierten en oportunidades para aprender diferentes características psicosociales en cada una de las

etapas de desarrollo, concibiéndose estas como una oportunidad para adquirir cualidades psicológicas con una función claramente adaptativa (Erikson, 1968,1983).

Dentro de este espacio de tiempo, es un momento crucial para la vida de los alumnos, ya que en este periodo se desarrollan diferentes cambios de un estado a otro, y en consecuencia tiene una especial vulnerabilidad el alumno.

Howard Gardner publicó un libro en 1993 en el que trataba sobre las inteligencias múltiples. Gardner reflexionó sobre la inteligencia, llegando a decir que no existe una única inteligencia, sino que existen varios tipos. Las inteligencias múltiples, están divididas en ocho grupos: inteligencia espacial, inteligencia lingüística, inteligencia Intrapersonal, Interpersonal, lógico-matemática, musical, naturalista y corporal-kinestésica.

Especialmente deseo resaltar la inteligencia interpersonal. Muchos programas de prevención de drogodependencias en la escuela están basados en este tipo de inteligencia, como las habilidades para la vida. Dentro del contenido del programa “La aventura de la vida”, es muy importante este tipo de aprendizaje desde muy temprana edad.

Concretamente, este tipo de inteligencia que nombra Gardner (1993) es el tipo de inteligencia la cual explica el nivel en el que las personas son capaces de realizar una estimación aproximada sobre los estados de ánimo y estados mentales de los que nos rodean. Una persona que posee una buena inteligencia interpersonal es aquella que es capaz de atraer los propósitos, los sentimientos de los demás...y actuar de una manera empática con estas personas. Además, una persona que desarrolle esta inteligencia es capaz de interpretar los gestos e incluso el comportamiento y así, entender a las demás personas.

La inteligencia interpersonal está muy ligada con la inteligencia emocional, la cual también cuenta con una vertiente social.

Los que desarrollan esta inteligencia, son personas que se interesan mucho por las características de las demás personas, empatizan mucho más que otras con los individuos. Se caracterizan por ser muy buenos comunicadores, y además de poseer una gran habilidad para la mediación de conflictos. Además, también es destacable la capacidad para escuchar a los demás, sumado a un gran interés por el bienestar de los que los rodean.

Por lo tanto, no debes obviar la relación que esta inteligencia tiene con la competencia de las relaciones interpersonales, que es fundamental el desarrollo propio ya que la mayor parte de nuestras vidas sucede en forma de interacción social y saber hacerlo de forma adecuada, es transcendental para el desarrollo psíquico de los seres humanos y más en situaciones de comienzo del consumo de drogas.

Gran cantidad de los enfrentamientos interpersonales hacen que el consumo de estas sustancias nocivas vaya acompañadas de problemas, siendo en muchas ocasiones estas drogas un medio para poder facilitar las relaciones con nuestros iguales.

Ante la falta de estas habilidades comunicativas los jóvenes se encuentran en situaciones difíciles para establecer comunicaciones, participar en actividades grupales o simplemente conocer gente nueva. De esta manera pueden hallarse aislados, avergonzados, o incluso poseer etapas de ansiedad e inseguridad.

Conforme una persona aprender a relacionarse con los demás, no solo inicia una opinión hacia los demás sino un hacia sí mismo, siendo en los niños una destreza para poder actuar en grupo y desarrollar con éxito el desarrollo psicosocial.

Es fundamental dar cabida a las relaciones interpersonales ya que dan lugar a la cimentación del mundo socioafectivo de los niños, por lo que es un factor de protección para evitar el consumo de sustancias legales e ilegales.

La sociabilidad, es algo que los niños van aprendiendo poco a poco. Esta competencia en la infancia se desarrolla en el contexto escolar por las interacciones que los alumnos realizan, por lo que debe apoyarse de forma positiva desde el ámbito escolar y todo tipo de actuación será preventiva.

La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget (1926, 1965, 1969, 1978) es una de las teorías fundamentales para poder conocer las distintas etapas evolutivas por las que pasan los alumnos en la edad de primaria. En el grupo de 6-12 años, los alumnos se encuentran en la etapa de operaciones concretas. En esta etapa, los alumnos desarrollan la capacidad para pensar de una manera más lógica, acercándose así a situaciones reales.

El pensamiento operacional se fundamenta en el empleo de operaciones. Las operaciones se definen como un conjunto de acciones organizadas en sistemas,

dependiendo unos de otros (Deval 1996), que obedecen a ciertas reglas lógicas de organización.

Al comienzo de esta etapa, el pensamiento que tienen los alumnos es bastante sincrético y analógico. Su percepción es muy amplia, y se explica en fragmentos sin conexión coherente.

Los cambios en los procesos cognitivos, en la capacidad y en la velocidad de procesamiento, son básicos para la adquisición por parte de los niños de la metacognición, y en consecuencia para “aprender a aprender”. (PIPES: Plan Integral de Prevención Escolar (1997), “Material de prevención del consumo de drogas para la Educación Primaria” p.8)

El desarrollo del pensamiento moral de los niños va evolucionando, y los alumnos van adquiriendo mayor autonomía. Además, las normas se van fundamentando en una serie de acuerdos implicados en las mismas, más que la imposición por una autoridad externa.

Lo que respecta a las actitudes, estas se van transformando en actitudes de respeto reciproco, tolerancia...

A lo largo de esta etapa, los alumnos van creando una serie de relaciones sociales con los adultos que trabajan en los centros y personas del exterior de este, dejándose influir por las actitudes que observan.

Otros cambios relevantes a lo largo de esta etapa, cabe a destacar una serie de actitudes básicas: la curiosidad intelectual, la necesidad de observar, el interés por las explicaciones rigurosas...

Por otro lado, el desarrollo socio personal que se da en esta etapa de primaria es de gran importancia. Los alumnos que poseen una personalidad más inmadura o con mayor inseguridad que los demás, son alumnos con un mayor riesgo frente al consumo de drogas.

Los alumnos que no disponen de recursos personales para poder afrontar diversas situaciones del día a día, probablemente le pueden ir colocando en una situación de mayor vulnerabilidad ante las drogas.

También hay que destacar que la personalidad de los niños se acaba de formar a lo largo de esta etapa. La formación de esta también está muy relacionada con el apego y los vínculos afectivos que posean los alumnos con sus figuras paternas.

Los alumnos que tengan un apego seguro obtendrán un mejor rendimiento académico respecto a los que no lo tengan. Además, a lo largo de esta etapa de 6-12 años hay que tener muy en cuenta cómo se llegan a ver los propios alumnos.

Respecto al consumo de drogas, durante esta formación de personalidad, si el alumno no posee un apego seguro con su familia, y además tiene baja autoestima, puede llevar a que este opte y se interese de mayor manera en el consumo de estas sustancias en el futuro.

Como docentes esta es la principal tarea, poder darse cuenta de que alumno es más vulnerable que otro, y poder actuar con suficiente antelación y así poder disminuir los posibles factores de riesgo.

8. EL APEGO Y EL VÍNCULO:

Para hablar sobre prevención y para prevenir el inicio temprano a las sustancias adictivas, es muy importante tratar la teoría del Apego y el Vínculo. Este apego es fundamental tratarlo como un factor de prevención en la familia, el cual nombró en la página 10.

John Bowlby desarrolló en el año 1969-1988 la teoría del apego. Esta teoría relata los vínculos y lazos afectivos que van construyendo las personas desde su nacimiento, las cuales tienen la necesidad del contacto social de una manera innata.

Bowlby creó esta teoría al finalizar la II Guerra mundial, en la cual quedaron muchos niños huérfanos. Por esta razón, Bowlby buscó una manera de poder ayudar a estos niños para mejorar los aspectos relacionados con la salud mental.

“Lo que por motivos de conveniencia denomino teoría del apego es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de la personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva”. John Bowlby (1977). En Josu Gago (2014)

“La teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida”. John Bowlby (1998). En Josu Gago (2014)

Dentro de esta teoría, Bowlby desarrolló una estructuración relacionada con los vínculos de apego. Los vínculos que genera dicho apego se establecen en base a tres elementos:

-*Conductas de apego*: son las consecuencias de las interacciones de la persona que demanda una serie de cuidados.

-*Sentimientos de apego*: es el resultado que implica una serie de sentimientos que aluden tanto a uno mismo como a la figura de apego. Gracias a estos sentimientos, manteniendo una buena relación de apego, el sujeto adoptará una serie de sentimientos de afirmación y seguridad.

-*Representación mental*: es la representación que el niño siente dentro de la relación de apego.

Por otro lado, Bowlby destaca varias fases en la construcción del apego. La primera fase da comienzo en la etapa de los 0-6 meses, donde se produce la construcción y reconocimientos de la figura del apego. De los 6 meses a los 3 años, el niño comenzará con la experimentación y la regulación del apego. Desde los 3 años hasta su adolescencia, es la etapa en la que los sujetos sufren la activación del apego. La figura de apego está percibida como “separada”, en la que en muchos casos conlleva a enfados, rabias.... En la etapa de la adolescencia, los sujetos sufren el desapego, duelo y reapego. Los adolescentes comienzan a “reorganizar” sus referentes de apego, ya que estos van cambiando. Finalmente, los adolescentes realizan el reapego con nuevas figuras de apego (pares). En la última etapa, nos encontramos que abarca toda la vida adulta. En esta etapa se realiza el apego entre pares, los cuales sus figuras de apego van cambiando según sus sentimientos, y no predomina tanto como en las etapas anteriores. Además, dentro de esta etapa se pueden incluir las relaciones sexuales.

En este caso, la etapa más relacionada con la prevención de la drogodependencia en la etapa de primaria es la que abarca desde los 3 años hasta la adolescencia. En este espacio

de tiempo, los sujetos tienen un gran apego hacia sus referentes paternos y familiares. Los niños que tienen un apego positivo con los padres o familiares son unos alumnos con mayor seguridad para realizar cualquier tarea, tienen una mayor autoestima, una buena percepción de si mismos...en definitiva una confianza que les ayudará para cualquier problema que les pueden ir surgiendo a lo largo de estos años.

Ainsworth y Bell (1970), a raíz de realizar una serie de experimentos con niños donde se ponía a prueba el apego hacia su madre, concluyeron que existen varios tipos de apego: Seguro e inseguro.

Por un lado, el apego seguro es aquel en el que el sujeto posee una gran confianza en la figura parental. Presenta una mayor autoestima y un gran empuje para explorar el mundo que le rodea. Los individuos que poseen este tipo de apego también experimentan una serie de sentimientos positivos y negativos. Además de esos sentimientos, este tipo de apego despierta emociones de aceptación de sí mismo y de confianza.

Por otro lado, tenemos el apego inseguro. Este segundo bloque, Ainsworth y Bell (1970) lo desglosan en otras subcategorías:

-Apego inseguro huidizo-evitativo: el sujeto ignora y esquiva a su referente materno, con gestos como evitar el contacto visual, el contacto físico... Mantienen una impresión de indiferencia hacia sus progenitores. Estos niños parecen que quieren vivir su vida emocional de una manera solitaria, sin necesitar la ayuda de otros.

-Apego inseguro ansioso-ambivalente: en este tipo de apego, el sujeto cree que la figura parental no está a su disposición o lista para poder satisfacer sus necesidades. Manifiesta hacia sus progenitores unos comportamientos agresivos, rechazando todo contacto con ellos, rabias... Este tipo de apegos se otorgan más en las familias separadas, o con amenazas de abandono.

-Apego inseguro desorganizado-indiscriminado: es de un carácter caótico, cambiante e indiscriminado. La relación del individuo con el adulto es muy desorganizada y cambiante. Además, existe una gran oscilación desorganizada entre búsqueda y evitación con sus padres.

En referencia con la prevención de drogas en la etapa de primaria, los alumnos que hayan establecido una serie de valores, donde los niños poseen una gran confianza y un

apego con sus progenitores, tienen una menor probabilidad de que comiencen con algún tipo de consumo de sustancias legales o ilegales. Esto no quiere decir que todos los niños que posean esta serie de apego con sus padres no vallan a consumir, pero les convierte en personas más “fuertes” y se crea una serie de remordimientos ya que cuando el niño intente actuar de una manera “incorrecta”.

Además, cabe a destacar que durante estas edades los niños comienzan a crear su personalidad y a actuar mediante sus actos. Así pues, si un alumno posee una gran confianza y un apego positivo con sus progenitores, este tiene una menor posibilidad de interactuar con las sustancias ya que desde su familia le brindan el afecto y una serie de actitudes que le llevan a no dar cabida a las drogas.

9. PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR:

En los centros educativos, uno de los temas transversales y fundamentales que deben de tratarse y no emitirse, es la educación para la salud. Este tema está totalmente relacionado con la prevención del consumo de drogas, ya que ciertas conductas de consumo están relacionadas con los posibles estilos de vida no saludables.

Dentro de la educación para la salud, lo que se propone es que los alumnos sean conscientes de los distintos estilos de vida que existen, e intentar que sigan un estilo de vida saludable, y que no se dejen influenciar con el uso nocivo de las drogas.

Esto se lleva a cabo mediante una serie de trabajos y actividades, las cuales se trabajan desde toda la comunidad educativa. La educación para la salud se trabaja de una manera transversal, de modo que tiene que estar presente en el PEC (Proyecto educativo de Centro), Proyecto Curricular y en las Programaciones de Aula.

La escuela es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales, y en ella se continúa el proceso de socialización comenzado en la familia. Las escuelas son los lugares más adecuados para detectar de una manera precoz los posibles factores de riesgo.

De esta manera, la imagen del profesor en estos casos actúa como un agente preventivo debido a la cercanía que tiene este junto a sus alumnos, las horas que pasa junto a ellos...

En conclusión, lo que se pretende es que desde las instituciones se trabajen un mayor número de factores de protección, e intentar suprimir los factores de riesgo en relación a la prevención de drogas.

Por otro lado, en la etapa de educación primaria, es la etapa donde los alumnos forman su personalidad, y por eso es uno de los momentos en los que alumnos pueden encontrarse con mayor número de factores de riesgo o de prevención. Los años de escolarización en la etapa de primaria son sumamente importantes, ya que si desde el colegio adquieren una serie de hábitos saludables (desde la nutrición, la actividad física...), estos alumnos ya tendrán una buena base para poder continuar con sus hábitos a lo largo de la educación secundaria.

En esta etapa se realiza mayor hincapié en las drogas legales, ya sea el alcohol o el tabaco. Se realiza mayor énfasis en este primer grupo de drogas, ya que son las primeras que comienza a consumir los alumnos en edades superiores, y abren la puerta al posible consumo de drogas ilegales.

Desde el Gobierno de Aragón, como recoge el Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (2005-2008), se crearon una serie de líneas prioritarias de actuación. Estas líneas de actuación, hace referencia a la necesidad de reforzar de una manera más eficaz la capacitación de los docentes para atender de una manera satisfactoria las demandas que presentan las características diferenciadas: una mayor problemática de salud mental, usuarios de drogas que comienzan con una edad cada vez más temprana, intervenciones tempranas para evitar las adicciones...

Estas actuaciones se llevaron a cabo desde el Gobierno de Aragón, de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 3/2001, de 4 abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias. Las líneas de actuación propuestas son las siguientes:

- Integrar y coordinar las actividades desarrolladas por diferentes instituciones y entidades y optimizar los recursos.
- Priorizar la prevención y los programas de reducción de daños en todas las conductas adictivas.
- Potenciar la integración y normalización de las redes asistenciales en los sistemas públicos de salud y servicios sociales.

- Impulsar programas que faciliten a las personas con problemas por conductas adictivas su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma.
- Integrar la información sobre adicciones en el sistema de información de vigilancia en salud” (Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (2005-2008) p. 13)

Los objetivos que persigue este Plan son los siguientes: prevenir el consumo de drogas en los alumnos, asistencia e integración social.

Desde el ámbito educativo, cabe a destacar que los centros de educación primaria y secundaria son los mejores escenarios para poder llevar a cabo este Plan.

9.1 Niveles de prevención

Como describe (II Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2010-2016). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo), existen varios niveles de prevención:

- Nivel de prevención universal: Actuaciones para prevenir y proteger el consumo de drogas entre los chicos y chicas menores de 18 años.
- Nivel de prevención selectiva: Aplicar los factores de protección y promover la responsabilidad entre los jóvenes vulnerables.
- Nivel de prevención indicada: Reducir el consumo y los factores que llevan a estas adicciones en grupos altamente sensibles.
- Nivel de prevención determinada: Reducir los peligros y aminorar las dificultades en personas con drogodependencia.

10. PROGRAMAS PARA LLEVAR A CABO LA PREVENCIÓN DE SUSTANCIAS ADICTIVAS:

Dentro de (Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas). (2010-2016). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo), podemos observar que existente diversos programas escolares para la Educación para la salud.

Estos programas surgen con la finalidad de prevenir el uso de drogas, creados desde la Comunidad Autónoma de Aragón, se llevan a cabo mediante la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Política Educativa.

El primer programa que se desarrolló en el curso 2001-2002 fue *Cine y Salud*. Este programa estaba preparado para los alumnos de Educación secundaria, cuya finalidad era tratar desde el cine la promoción de la salud y la prevención de problemas de salud. Sus áreas de trabajo se basaban en el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

En el curso 2004-2005, se creó el programa *Órdago*. Este programa también se introdujo en los centros de enseñanza secundaria, para adolescentes de 12 a 16 años. Su finalidad era que los alumnos tengan a su disposición diversas fuentes de información, cualidades y habilidades para hacer frente a la presencia de las drogas, y otros contextos que puedan ocasionar cierto tipo de dependencia. Además, este programa promueve el desarrollo de las “habilidades para la vida”, con las que pretende estimular una serie de aprendizajes significativos a cerca de la presencia social y cultural sobre las drogas.

El programa Órdago tiene distintos niveles de actuación, los cuales se aplican según las características de los alumnos o en centros donde se tiene conocimiento de consumo de drogas. Estos niveles varían en las horas de duración (En el básico, la duración del programa es de 4 horas, profundización 8 horas, profundización II tiene una duración de más de 25 horas de formación online y finalmente, especialización tiene una duración de 60 horas.

El programa se sustenta en la *teoría del aprendizaje social* de Bandura, en la cual señala la gran importancia de la observación y el modelado en el desarrollo de los distintos comportamientos que rodean a las personas. Esta teoría está basada en el aprendizaje por imitación, la cual toma como referencia un modelo. La mayoría de los conocimientos que adquieren los niños en las edades de primaria se obtienen mediante la imitación de las conductas o acciones de diferentes modelos, como pueden ser sus padres, familiares, profesores...

Otra de las teorías en las que está asentado este programa, es la *teoría de la influencia social*, desarrollada por Evans. Esta teoría está basada en varios trabajos de Bandura, en la cual recalca la importancia de las presiones sociales de la conducta: la presión del grupo de iguales, los modelos, la publicidad, los componentes de las familias (padres, hermanos,

primos...). La finalidad de esta teoría es enseñar a los sujetos a identificar estas fuentes de presión, a interpretarlas de una manera crítica y poder así poder desarrollarlo de una manera positiva.

Otra de las teorías que sustentan el marco teórico de Órdago, es la ya mencionada en la página 19 la *Teoría de las inteligencias múltiples*, de Gardner y Goleman, la cual reflexiona acerca de los distintos tipos de inteligencia que poseemos las personas. La inteligencia de las personas no abarca a una única inteligencia, sino que destacan ocho diferentes tipos de inteligencia: interpersonal, intrapersonal, lingüística, lógico-matemática, naturalista, kinestésico-corporal, espacial y musical.

Vygotski y Piaget también entran en este marco teórico. La teoría constructivista desarrollada por estos dos psicólogos, destacan el rol de las interacciones sociales en el desarrollo del estilo cognitivo. Una de las conclusiones de esta teoría, es que los aprendizajes que realizan los alumnos resulten relevantes para estos.

Por último, las habilidades para la vida según la Organización Mundial para la Salud, nos dice que “Las habilidades para la vida son capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana. Son habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con si entorno lograr que este cambie” OMS (1998) Glosario sobre Promoción de la Salud. Ginebra.

Esta serie de habilidades se pueden clasificar entre tipos: habilidades sociales (engloban las habilidades que desarrollan un comportamiento social como la empatía, la comunicación...), las habilidades cognitivas (como la resolución de problemas, la toma de decisiones...), y las habilidades emocionales (abarca todo el tema de la gestión positiva de las emociones).

En 2005-2006 fue el curso escolar en el que salió a la luz *La Aventura de la Vida*. Este programa iba dirigido a los alumnos de la última etapa de primaria.

El objetivo de este programa es promover una serie de hábitos saludables, realizando más hincapié en el consumo de alcohol, tabaco y el uso abusivo de medicamentos. Otros de los objetivos que promueve este programa de prevención es ayudar a los alumnos a

mejorar la percepción de sí mismos, mejorar la autoestima; desarrollar una serie de habilidades emocionales que les ayude a afrontar una serie de desafíos que les van apareciendo a lo largo de la vida cotidiana; ayudar a desarrollar lazos afectivos; otorgar información a cerca de la naturaleza que les rodea y mentalizar a los alumnos con el cuidado de esta...

El programa se basa en un pequeño cuaderno que los maestros les otorgan a los alumnos, donde aparecen una serie de espacios en blanco, en los cuales los alumnos deberán pegar el cromo indicado. Al lado del hueco para el cromo, aparece un pequeño texto donde trata un tema distinto en cada ocasión. Los temas que se trabajan dentro del programa están divididos en dos grandes grupos: habilidades para la vida y hábitos saludables.

Habilidades para la vida, está compuesto por varios temas para trabajar: autorrespeto, afrontar los desafíos, manejar la tensión, relacionarse y tomar decisiones. Por otro lado, dentro del grupo de los hábitos saludables, se trabaja el uso de medicamentos, consumo de alcohol, consumo de tabaco, actividad y descanso, alimentación, seguridad e higiene.

Como señala la guía del profesorado de *La aventura de la vida*, dentro del grupo de Habilidades para la vida, podemos encontrar cinco temas: 1) autorrespecto, 2) afrontar los desafíos, 3) manejar la tensión, 4) relacionarse 5) la toma de decisiones. En el grupo de Hábitos saludables, tenemos: uso de medicamentos, consumo de alcohol, consumo de tabaco, actividad y descanso, alimentación, seguridad e higiene.

Los materiales con los que se trabajan en las aulas son muy diversos. *La Aventura de la Vida* cuanta, con una serie radiofónica, en la cual se incluyen cuarenta y cuatro historias de dos minutos de duración; una pequeña serie de televisión, de doce episodios de unos veinte minutos de duración, una serie de animación; juegos adaptados al programa como el juego de loca, puzzles; y un rincón en internet, donde cada uno puede acceder libremente y poder reproducir los audios y videos descritos anteriormente.

La aventura de la vida ha sido uno de los programas de prevención más conocidos hasta el momento, y uno de los más trabajados alrededor del mundo. Actualmente, este programa se está llevando a cabo en más de 15 países. Mayoritariamente se trabaja en los países que conforman la *Red Iberoamericana de Educación Integral La Aventura de la Vida*, creada en el año 1998.

A nivel autonómico, el último programa que se ha desarrollado es el de *Pantallas Sanas*, creado en 2010. Esta iniciativa, está dirigida a toda la comunidad educativa, donde se trabaja las nuevas tecnologías desde la perspectiva de la promoción de la salud. Su principal objetivo es trabajar las adicciones con el uso excesivo de las Tecnologías de la Información y el Conocimiento (TIC).

A nivel provincial, en la ciudad de Huesca, se han llevado a cabo otros programas de prevención a través del centro de Prevención Comunitaria del Ayuntamiento de Huesca. Estos programas de prevención constan en el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencia y Otras Adicciones 2011-2017.

El programa *Drojnet2*, es un programa desarrollado a nivel europeo fundamentado en un estudio experimental que comenzó a trabajarse en el año 2006. Esta dirigido a los alumnos de secundaria, para edades de 12-16 años. El objetivo de este programa es comunicar a los alumnos, mediante la tecnología, sobre las drogas y la salud y dar a conocer las opiniones que estos tienen al respecto.

Este plan se lleva a cabo mediante la utilización de una página web informativa que consta de un apartado interactivo y de consulta y a través de envíos de mensajes de texto gratuitos a móviles de jóvenes participantes de este proyecto.

La finalidad de este proyecto es comprobar y valorar la opinión de los alumnos que están implicados en este trabajo, a través de las diferentes vías de comunicación puestas a disposición de *Drojnet2*.

No obstante, este servicio interactivo, intenta prevenir el abuso del consumo de diferentes sustancias ofreciendo información sobre las drogas, los riesgos que estas contienen, como actuar en situación de emergencia y promoviendo la salud.

El desarrollo de este programa se lleva a cabo en la Rioja, Navarra y Béarn (Francia), tres localidades con un mismo principio: utilizar las experiencias de cada una y así aumentar sus conocimientos e investigar sobre nuevas alternativas para comunicarse con los alumnos a través de las tecnologías de la comunicación.

Dentro del Plan Municipal de Prevención de Drogodependencia del Ayuntamiento de Huesca, podemos observar otro programa editado y desarrollado por la compañía vasca EDEX, el programa *Retomemos*, que es una organización sin fines de lucro, independiente

y profesional. Este programa nace en Bilbao en 1973, y desde esa fecha sigue aportando diversas iniciativas tanto por el País Vasco como por otros territorios.

Las principales características que ayudan esta organización a desarrollar su trabajo es el fomento del desarrollo positivo hacia los niños y jóvenes, así como el empoderamiento ciudadano.

Las tres áreas fundamentales que toca este programa son: la educación para la salud, la prevención de drogodependencias y la promoción de una cultura ciudadana.

Retomemos tiene como finalidad la educación en valores y fomentar el bienestar de los adolescentes a través del desarrollo de habilidades para la vida. Por otro lado, intenta promover respuestas orientadas hacia la salud pública, el bienestar ciudadano. Además, desarrolla personas libres, solidarias y respetuosas tanto con ellos mismos como con el entorno que les rodea.

Por ultimo y no menos importante anima la participación de los habitantes para buscar soluciones o las diferentes dificultades sociales.

Este programa desarrolla varias competencias sociales, las cuales se subdividen en cinco ejes temáticos:

- Afectivo-sexual: se plantea una propuesta para tratar diferentes temas relacionados con la afectividad, los sentimientos, los derechos sexuales...
- Adicciones: Fomenta un debate para sentirse bien con uno mismo y disfrutar de la vida, controlando las diversas situaciones.
- Alcohol: Intenta que los jóvenes tomen conciencia sobre las rutinas sociales que los llevan al consumo de alcohol.
- Convivencia: Enseñan de que todas las personas somos diferentes y que no por ello desiguales.
- Participación: Promueve la conciencia sobre las competencias ciudadanas y la concienciación sobre los derechos y deberes que tenemos.

11. ENCUESTAS SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA (ESTUDES 2018/2019)

Estas encuestas se llevan a cabo cada dos años, desde 1994, con alumnos de 14 a 18 años. Se realizan con la colaboración de las Comunidades Autónomas y Ciudades

Autónomas. Durante el año 2018/2019 se ha efectuado una nueva encuesta ESTUDES, teniendo como objetivo, saber la situación actual y las prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales en alumnos que cursan la Enseñanza Secundaria.

Esta encuesta está financiada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas.

Dada la utilización de la metodología europea, estos resultados pueden ser comparables con los demás países que forman la Unión Europea.

ESTUDES está fundamentada en recoger información para poder elaborar diferentes estrategias de prevención del consumo de drogas y los problemas que ello conlleva. Además, cuenta con otros objetivos específicos como:

- Obtener información sobre el consumo de drogas psicoactivas.
- Conocer las particularidades sociodemográficas de las personas que consumen drogas legales e ilegales.
- Ser conscientes de los modelos de consumo relevante.
- Valorar las opiniones, conocimientos, percepciones y maneras ante diferentes aspectos, así como factores relacionados con el consumo.
- Evaluar el grado de exhibición y propensión de los estudiantes a determinadas intervenciones.

Esta encuesta se efectúa en todo el ámbito nacional, permitiendo una exactitud de resultados sobre las prevalencias de consumo de drogas a nivel nacional pero no a nivel de Comunidad Autónoma. Exceptuando el alcohol, el tabaco y el cannabis, los demás resultados obtenidos en cada Comunidad Autónoma de España, muestran intervalos de confianza extensos, sobre todo aquellas de pequeña población surgiendo importantes modificaciones en cada año de comprobación.

El marco muestral es una población de escolares matriculados en centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria, por lo que se exceptúan aquellos niños de 14 años que cursan educación primaria y aquellos de 18 años que están cursando estudios universitarios. Tampoco se cuenta con aquellos que no fueron a clase el día y la hora que se efectuó la encuesta o que están cursando la enseñanza secundaria obligatoria en un régimen nocturno o a distancia, así como de régimen especial.

Los centros y las aulas en las que se ejecutan las encuestas se seleccionan al azar. Se logran resultados de 917 centros y 1.769 aulas, con un total de participación de 38.010 alumnos.

Esta edición de encuestas, las Comunidades Autónomas de Aragón, Castilla y León, Asturias, Canarias, Cantabria, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia, Navarra, La Rioja, Ceuta, Madrid, Castilla-La Mancha, Melilla, han prolongado su estudio de centros con el objetivo de recabar información detallada para su región con un margen de error menor.

El cuestionario que se realiza es estandarizado y totalmente anónimos y tienen una duración de 45 a 60 minutos.

Como conclusiones del resultado de esta encuesta se puede destacar el consumo de drogas ilegales en los últimos doce meses, está más desarrollado entre los hombres que entre las mujeres. No obstante, el consumo de drogas legales se da más entre las mujeres.

Por otro lado, la edad media de inicio del consumo de las diferentes sustancias legales e ilegales se retrasa levemente en relación a estudios anteriores.

A modo de los riesgos percibidos, se puede recalcar que aumenta la percepción del riesgo del consumo del alcohol, persiste la del tabaco como más peligroso que el cannabis y se disminuye la percepción de riesgo del consumo de cannabis. Además, hay un mayor riesgo por mujeres en cuanto al consumo para todas las sustancias.

La disponibilidad de estas sustancias desde el 2010 ha ido bajando en cuanto a su cercanía para su obtención, excluyendo el alcohol, el tabaco, la cocaína y el cannabis siendo esta la más disponible entre los jóvenes.

Nos muestra también la disponibilidad de nuevas sustancias de las familias de las anfetaminas como la ketamina, la mefedrona, el spice y la salvia divinorum.

Finalmente, no olvidar que el uso compulsivo de internet, jugarse el dinero, jugar a videojuegos o eSports son situaciones adictivas entre los estudiantes de 14 a 18 años, que pueden llegar a ser muy peligrosas.

12. ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA (2017)

EDADES está encaminado por el Plan Nacional sobre Drogas y cuenta con la ayuda de las Comunidades Autónomas. Se lleva a cabo cada dos años desde 1995, accediendo a una observación del progreso del consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas ilegales.

Además del estudio del consumo de estas drogas, se recoge información sobre los perfiles de aquellas personas que ingesta algún tipo de sustancia, el conocimiento del riesgo que tiene la población ante concluyentes actuaciones de consumo, la disponibilidad que tienen estas drogas para los consumidores, así como la claridad del problema. Conjuntamente a esta información aportada por las encuestas se han añadido contenidos como los juegos de azar o el uso de las nuevas tecnologías de comunicación.

Las cuestiones planteadas en estas encuestas, así como la metodología utilizada se basa en aquellos de otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que admite elaborar balances internacionales.

El objetivo primordial de EDADES es obtener información para ayudar a elaborar políticas para la prevención del consumo de sustancias nocivas y los problemas que esto puede llevar a ocasionar.

Asimismo, posee una serie de objetivos más específicos como:

- Observar el consumo y la prevalencia de distintas sustancias psicoactivas y otras conductas afines.
- Entender las tipologías sociodemográficas de aquellas personas que ingesta cualquier tipo de sustancia.
- Conocer los modelos de consumo de drogas psicoactivas.
- Estudiar la disponibilidad de las drogas legales e ilegales entre la población, así como los riesgos ante diferentes conductas de consumo.
- Ver la transparencia de los problemas del consumo de sustancias nocivas donde habitan los consumidores.
- Saber la opinión de la población sobre la importancia de las dificultades de la ingesta de drogas legales e ilegales y las medidas para suprimirlas.
- Evaluar desde la encuesta de 1995 hasta hoy en día los aspectos expuestos.

EDADES esta dirigida a personas residentes en hogares de 15 a 64 años a los que se les realiza la encuesta en el propio domicilio, quedando fuera los habitantes que residan en instituciones (conventos, cárceles, residencias de estudiantes, cuarteles) y en establecimientos colectivos, así como el vecindario sin techo. Se lleva a cabo a nivel nacional y los resultados son representativos.

Esta encuesta se realiza con la ayuda del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Además, se realiza en la población tanto urbana como rural (en municipios con menos de 2.000 habitantes) en todas las Comunidades Autónomas, incluyendo las ciudades de Ceuta y Melilla. La primera etapa realizada son las llamadas secciones censales donde participa 8.000 municipios en 2017 con un total de 953 municipios, en la segunda etapa se seleccionan de forma aleatoria las viviendas familiares y en la última etapa se escogió un individuo dentro de cada hogar, realizándose un total de 21.249 cuestionarios válidos con un nivel de confianza del 95%.

La metodología utilizada se mantiene desde 1997 por lo que facilita el balance directo entre las encuestas. Dichas preguntas contienen temas sociodemográficos, percepción de riesgo, disponibilidad de las sustancias nocivas, visibilidad del contenido y opiniones y respuestas frente a las cuestiones planteadas.

La muestra se realiza prácticamente de manera simétrica entre hombres y mujeres, siendo un total del 87.7% de nacionalidad española.

En esta muestra 2017/2018 se han introducido diferentes módulos como las nuevas sustancias, cigarrillo electrónico, cannabis, internet, hipnosedantes, juegos, bebidas energéticas y analgésicos opioides.

Como conclusión de los datos obtenidos de la encuesta cabe destacar que el 91.2% de la población ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez, lo que hace que sea este la sustancia con mayor prevalencia de consumo. Seguidamente nos encontramos con el consumo de tabaco que es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España, aunque hay un pequeño descenso de consumo respecto al 2015.

Referido a los hipnosedantes con o sin receta médica, podemos observar que se coloca con un porcentaje del 20.8% de consumo, viéndose una clara tendencia de la ingesta habitual disminuida.

El cannabis es una de las drogas mas extendida en el territorio español dándose un mayor consumo en Cataluña, Comunidad Valenciana, Canarias, Baleares y Madrid. Frente a otros años continua el incremento del consumo, considerándose en 2017 una marca histórica con un 35.2%. Por otro lado, la cocaína en polvo es una de las sustancias ilegales más consumida entre la población española con un porcentaje total del 10%, 1.1 puntos porcentuales más que en 2015.

El consumo del éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas se sitúan con un porcentaje del 5% y la heroína, los inhalables volátiles y la cocaína base siguen siendo óptimos entre los habitantes de España. El 6.7% de la población ha consumido alguna vez en el ultimo año analgésicos opioides.

Las nuevas sustancias psicoactivas se colocan con un 1.1% de consumo entre la población y con un 2.9% el uso compulsivo de internet. Jugarse dinero tanto presencial como online supone un total del 62% de los habitantes.

Las drogas legales como el alcohol y el tabaco son las que se empiezan a consumir de forma más precoz sobre los 16.6 años en todas las comunidades autónomas de España registrándose la menor edad de comienzo con el tabaco en Murcia y Aragón con la menor edad de consumo de alcohol. Por otro lado, las drogas ilegales como puede ser el cannabis la edad de comienzo se situarían sobre los 18.4 años. Finalmente, los hipnosedantes se inicia su consumo en edades más avanzadas (34.4años).

El consumo de las drogas legales como es el tabaco y el alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres, aunque por el contrario son las mujeres quienes hacen un mayor abuso de los hipnosedantes y analgésicos opioides.

Los habitantes de entre 35 a 64 años tienen una mayor ingesta de hipnosedantes y analgésicos opioides y por lo contrario son los jóvenes de entre 15 y 17 años quienes consumen cannabis, alucinógenos y setas mágicas.

Aumenta el riesgo percibido de consumo de la mayoría de las drogas. Las mujeres tienen mayor riesgo frente a los hombres. El alcohol es una de las drogas legales que se observa como menos peligrosa.

Referente a la disponibilidad de estas sustancias vemos que hay una tendencia estable y que la droga con mas disponibilidad es el cannabis.

13. BIBLIOGRAFÍA:

Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting socialbehavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). Basescientíficas 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). Basescientíficas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Becoña, E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional de Drogas.

Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología, edición revisada, 1, 375-402. Madrid: McGraw-Hill.

Becoña, E. et al. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol.

Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. Psicología conductual, 3, 333-356.

Bowlby, J. (1998) :"El apego". Tomo 1 de la trilogía "El apego y la pérdida". Barcelona, Paidós.

Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3a edición. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d' Acció Social i Sanitat.

Costa, M. y López, E. (1989). Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca

Díaz, R., y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. Acciones e Investigaciones Sociales, 26, 161-187. Zaragoza. Universidad de Zaragoza

Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2018-2019. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Consultado el 22 de noviembre de 2019. Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>

Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España 2007. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Consultado el 22 de noviembre de 2019.

Recuperado de <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/>

Flores, R, Melero, J, Soto, M y colaboradores (2005). ¡Órdago! Afrontar el desafío de las drogas. Bilbao. EDEX 2003-2005

Gavidia, V. (2016). Los ocho ámbitos de la educación para la salud en la escuela. Valencia: Universitat de València.

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.

Gago, J. (2014). La teoría del apego y el vínculo. Pamplona. Escuela Vasco navarra de Terapia familiar

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., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psycholoty Quarterly*, 49, 110-128. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of athe 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 lasdrogodependencias. 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 dela prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas

Megías, E. et al. (1996). Plan Integral de Prevención Escolar (Pipes). Madrid: FAD.

Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sexdifferences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504. En: Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Ortiz, 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

PIPES: Plan Integral de Prevención Escolar (1997), “Material de prevención del consumo de drogas para la Educación Primaria”. Madrid: FAD

Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y Otras Adicciones 2011-2017
Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. - Ayuntamiento de Huesca

Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2005-2008). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.

II Plan Autonómico Sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas. (2010-2016). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo.

Programa de prevención “Órdago” Afrontar el desafío de las drogas. (1998). Bilbao. EDEX

Consultado el 7 de noviembre de 2019. Recuperado de: <http://www.ordago.net/>

Santacreu, J., Froján, M.X. y Hernández, J.A. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (I). *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 201- 215.

Santacreu, J. y Froján, M.X. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias (II). *Revista Española de Drogodependencias*, 17, 253-268.