



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Cannabis y su prevención desde la educación
primaria

Autora

Sara Molinero Millán

Director

Dr. Rafael Díaz Fernández

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

Febrero 2018

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Introducción /Justificación..... | 5 |
| 2. Objetivo | 6 |
| 3. Metodología..... | 6 |
| 4. Marco Teórico..... | 6 |
| 4.1. Educación para la salud. Antecedentes | 6 |
| 4.2. Ámbito escolar | 7 |
| 4.3. Etapa evolutiva 6 - 12 años | 9 |
| 4.4. El modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas | 10 |
| 4.5. Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas | 11 |
| 4.5.1. Teorías Parciales o Basadas en Pocos Componentes | 11 |
| 4.5.2. Teorías de estadios y evolutivas | 12 |
| 4.5.3. Teorías integrativas y comprensivas | 14 |
| 5. Centrándonos en el cannabis y sus consecuencias | 15 |
| 5.1. Cannabis, comunicación y lenguaje | 15 |
| 5.1.1. Efectos del cannabis | 15 |
| 5.2. Encuesta ESTUDES | 17 |
| 5.2.1. Prevalencia de consumo | 18 |
| 5.2.2. Edad de inicio | 23 |
| 5.2.3. Percepción del riesgo | 24 |
| 5.3. Análisis de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 | 26 |
| 5.3.1 Análisis de la realidad | 26 |
| 5.3.2 Prevención en el ámbito educativo | 29 |
| 5.4. Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras conductas Adictivas 2005-2008 | 33 |
| 5.4.1. Análisis de la realidad | 33 |
| 5.4.2. Prevalencia del consumo de cannabis en jóvenes | 34 |
| 5.4.3. Prevención en el ámbito educativo | 35 |
| 5.5. II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010-2016..... | 37 |
| 5.5.1. Análisis de la realidad | 37 |
| 5.5.2. Prevención en el ámbito educativo | 38 |

| | |
|--|----|
| 5.5.3. Cannabis | 39 |
| 5.5.4. Recursos | 41 |
| 5.5.4.1. Programas escolares de Educación para la salud | 41 |
| 5.5.4.2. Red Aragonesa de Escuelas promotoras de salud | 42 |
| 5.5.4.3. Red Aragonesa de proyectos de promoción de la salud (RAPPS)..... | 42 |
| 5.6. Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones 2011-2017 | 43 |
| 5.6.1. Análisis de la realidad | 43 |
| 5.6.2. Prevención en el ámbito educativo | 44 |
| 5.6.3. Programas municipales de prevención en el ámbito educativo | 45 |
| 5.6.3.1. Programa de DROJNET2 | 45 |
| 5.6.3.2. Programa la Aventura de la Vida | 46 |
| 5.6.3.3. Programa Órdago | 47 |
| 5.6.3.4. Programa Retomemos | 47 |
| 6. Conclusiones | 47 |
| 7. Referencias Bibliográficas | 50 |

Título del TFG: Cannabis y su prevención desde la educación primaria

Title (in English): Cannabis and its prevention from primary education

- Elaborado por Sara Molinero Millán
- Dirigido por Rafael Díaz Fernández.
- Presentado para su defensa en la convocatoria de Febrero del año 2018
- Número de palabras: 15218

Resumen

El trabajo que he realizado tiene que ver, por un lado con las teorías que subyacen a los programas de prevención y consumo de sustancias legales e ilegales, por otro lado sobre las conferencias internacionales, informes y estrategias donde se asientan las bases de la promoción y la educación para la salud. La etapa evolutiva 6 -12 años es donde se ha hecho más hincapié para llevar a cabo la prevención desde sus inicios como grupo humano por su vulnerabilidad y especialmente la investigación se ha centrado en el cannabis como droga principal porque su consumo a temprana edad afecta al lenguaje y a la comunicación, modificando su percepción del riesgo y esferas importantes del cerebro, memoria, atención, concentración. Por último se ha analizado importantes documentos del Plan Nacional Sobre Drogas como son las Estrategias Nacionales, los Planes Autonómicos del Gobierno de Aragón sobre Conductas Adictivas y el Plan de Prevención de drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca.

Palabras clave

Prevención, cannabis, lenguaje, drogodependencias, educación para la salud, escuela

1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN

He decidido realizar mi trabajo de fin de grado sobre las drogas, en concreto sobre el cannabis, ya que es la droga ilegal más consumida por los estudiantes y su uso suele acarrear abandono escolar.

Los alumnos que ingieren estas sustancias buscan alejarse de las normas marcadas por la sociedad como signo de personalidad, sin ser conscientes de los problemas que conllevan, entre los cuales, la incapacidad de adquirir nuevos conocimientos y la pérdida de habilidades. Recuperar dichas destrezas supone un gran esfuerzo e incluso no siempre se llegan a recobrar en su totalidad. Por ello, considero que es muy importante conocer los efectos del cannabis para poder prevenir su consumo.

Por otro lado, he comprendido la importancia del concepto “Educación para la Salud” a través del análisis de las teorías enunciadas sobre la salud. Es fundamental inculcar conocimientos y valores sobre el consumo de cannabis en educación primaria porque es donde los estudiantes se encuentran en fase de maduración y empiezan a tomar sus propias decisiones. Además, es una etapa en la cual quieren experimentar nuevas sensaciones, entre ellas el probar los efectos de dichas sustancias.

He observado la evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en alumnos de 14-18 años tanto en hombres como en mujeres, la edad media de inicio y la percepción del riesgo. He averiguado que cuanto más temprano es el contacto con sustancias, más problemas tienen asociados. De tal manera que la edad de inicio es un factor imprescindible para elaborar programas de prevención del riesgo, cuya finalidad es retrasar la edad de consumo. Además, también influye la percepción del riesgo puesto que los alumnos que consideran que el su uso supone un alto riesgo en la salud individual, son quienes hacen menos uso de ellas.

Por último, he recabado información sobre la situación que se ha vivido y se vive en España, en la Comunidad Autónoma de Aragón y en la provincia de Huesca, resaltando la situación de la realidad y la prevención en el ámbito educativo. Asimismo, menciono diversos programas que se han llevado a cabo en la provincia de Huesca, con el fin de solventar problemas asociados con la adicción.

2. OBJETIVO

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

3. METODOLOGIA

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 sobre la prevención de drogodependencias en los centros educativos de Educación Primaria y Secundaria de la Comunidad Autónoma de Aragón así como la prevalencia de consumo de cannabis y su repercusión en el lenguaje y la comunicación.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Educación para la Salud. Antecedentes

La educación para la salud surge en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el contexto de la ONU para promulgar la salud en los ciudadanos. Con ello, se pretende responsabilizar a todas las personas hacia conductas saludables y eliminar problemas de salud (Green, 1980). Concepto positivo que lleva a los sistemas sanitarios a proyectar la promoción de la salud como prevención de afecciones.

Lalonde¹, 1974, publicó un informe en 1974 conocido como “informe Lalonde” donde averiguó que la biología humana y el sistema de asistencia sanitaria, determinaban la salud de la población.

Posteriormente, en 1978 en Alma-Ata (Kazajistán), surge la “Declaración sobre cuidados primarios de salud” con el fin de establecer un plan saludable que proporcionase una vida social y económicamente productiva.

¹Lalonde, Ministro de Sanidad.

En 1986, tiene lugar la 1ª Conferencia Internacional para la Promoción de la salud, conocida como “Carta de Ottawa”, donde se exponen medidas para prevenir enfermedades y beneficios que conllevan iniciar un proceso de control. Su principal objetivo es implicar a las personas en la promoción de la salud.

La carta de Ottawa 1986 enunció tres estrategias para promover la salud: “la abogacía de la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud y mediar a favor de la salud frente a distintos intereses de la sociedad”. Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y protección.

La Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de Abril pone de manifiesto que “los medios y las actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”.

En 1997 la Declaración de Yakarta (Indonesia), establece cinco prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI:

Promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud, expandir la colaboración para la promoción de la salud, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Por tanto, es imprescindible promover la salud para incrementar el control de la salud de los individuos y prevenir enfermedades como las drogodependencias, por lo que, hablamos de educar para la salud.

4.2. El ámbito escolar

Promocionar la salud en los centros educativos de manera óptima es un factor imprescindible para prevenir estilos de vida no saludables como es el consumo de drogas. Informe sobre el cannabis 2004: análisis de situación y propuestas de actuación, PNSD.

Educar para la salud conlleva aportar conocimientos, recursos, actitudes y hábitos para conformar estilos de vida saludables, es decir, evitar el uso nocivo de drogas. Para

ello, se tiene que trabajar como un tema transversal y de manera global e interdisciplinar, además de estar presente en las decisiones del Proyecto Educativo, el Proyecto Curricular y las Programaciones de Aula. II Plan Autonómico de Drogodependencias y otras conductas adictivas 2010-2016 del Gobierno de Aragón

La escuela es uno de los agentes de socialización² más importantes, cuya función es mostrar competencias y conductas para prevenir el uso de drogas y detectar posibles factores de riesgo. En la etapa de educación primaria los estudiantes se encuentran en una fase del proceso de maduración donde empiezan a desarrollar su personalidad. En dicho periodo, los individuos son más vulnerables al consumo de sustancias ya que sienten deseo por experimentar y probar cosas nuevas. Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección.

Los profesores son los encargados de crear un ambiente positivo en clase para fomentar aprendizajes significativos³ y lograr la obtención y consolidación de actitudes como la confianza y la seguridad. A su vez, tienen que mostrarse cercanos, favorecer la autonomía, la participación y la cooperación con sus compañeros en el proceso de enseñanza-aprendizaje y, por último, evitar casos de bullying⁴ para prevenir la discriminación y potenciar el respeto y la igualdad. PIPES, Plan Integral de Prevención Escolar, 1997.

Los niños desarrollan sentimientos de seguridad desde su nacimiento debido al vínculo que ejercen con sus padres. Bowlby (1969) enunció la teoría del apego la cual explica el vínculo emocional que se genera entre el niño y sus padres imprescindible para el desarrollo de la personalidad.

Por último, la familia y los grupos entre iguales son otros de los principales agentes de socialización. La relación existente entre los miembros de una familia puede

² Los agentes de socialización son grupos que proporcionan conocimientos y comportamientos a los individuos.

³ El aprendizaje significativo es “el mecanismo humano, por excelencia, para adquirir y almacenar la inmensa cantidad de ideas e informaciones representadas en cualquier campo de conocimiento.” (Ausubel, D. 1963)

⁴ Bullying, también conocido como acoso escolar, “es una situación de abuso o maltrato, físico o psicológico, mantenido en el tiempo, sufrido por un menor y realizado por uno o varios de sus compañeros, todo ello dentro del ámbito académico”. Informe Cisneros: Iñaki Piñuel (2007)

favorecer el desarrollo de conductas problemáticas. Por ello, es conveniente que tanto la escuela como las familias mantengan un vínculo que refuerce el trabajo realizado por ambas partes. A su vez, ese vínculo entre la familia y el colegio favorece el aprendizaje y la adquisición de valores, creencias y conocimientos culturales en los alumnos.

4.3. Etapa evolutiva 6 – 12 años. Aspectos psicopedagógicos

El inicio de la etapa escolar se ve marcada, principalmente, por cambios en el funcionamiento cognitivo del niño, habilidades relacionadas a la adquisición, organización, retención y manejo del conocimiento. De esta manera, las personas van adquiriendo características específicas de forma gradual. Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES).

Los cambios cognitivos son básicos para “aprender a aprender”, es decir, requieren habilidades para iniciar, organizar y retener información en la memoria y destrezas que implican reflexionar sobre los procesos de aprendizaje. De manera que los individuos son conscientes de los conocimientos que adquieren y, como consecuencia, desarrollan un aprendizaje más eficaz y autónomo. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

La Psicología Evolutiva trata de explicar esos cambios cognitivos que experimentan los niños. Juan Piaget (1896-1980) fue un psicólogo con mayor influencia del siglo XX. La idea primordial de Piaget es que la persona adquiere conocimientos a partir de la interacción con el medio. Una vez obtenida la información, tiene que organizarla para elaborar un nuevo conocimiento. En esta periodo, el niño requiere de un proceso de asimilación⁵ y acomodación⁶.

Este proceso de adquisición de la información lo recoge Piaget (1965) en cuatro etapas: estadio sensorio-motriz (0-2 años), preoperacional (2-7 años), operaciones concretas (7-11 años) y operaciones formales (11-15 años). Psicología del desarrollo en la etapa de educación primaria.

⁵Proceso de asimilación: incorporar una nueva información a los conocimientos previos. Psicología del desarrollo en la etapa de educación primaria.

⁶Proceso de acomodación: modificar los conocimientos adquiridos a raíz de nuevas experiencias, conformando así una nueva información. Psicología del desarrollo en la etapa de educación primaria.

Centrándonos en el inicio de la etapa de las operaciones concretas (7 años), el niño posee un vocabulario productivo y comprensivo por lo que sus oraciones pueden mostrar cierto grado de complejidad. Además, empiezan a desarrollar la capacidad de expresión, gracias a la lectura.

A los 8 años el niño emplea el lenguaje para expresar ideas, analizar y organizar información y establecer comparaciones.

Por último, de los 10 a los 12 años el lenguaje adquiere mayor importancia en los procesos de análisis, retención de información y procesos de autorregulación. En esta etapa adquiere mayor vocabulario debido a la capacidad de retención.

En definitiva, el alumno va estableciendo un orden lógico cuando va adquiriendo aprendizajes y experiencias educativas. Sin embargo, el progreso de cada niño variará en función de la interacción social y comunicativa con los de su entorno más próximo. De igual manera, también desarrolla el pensamiento moral, es decir, capacidad de razonar sobre lo que está bien o mal e integrar normas de manera progresiva. Este pensamiento lo desarrolla Kohlberg (1981).

Por último, cuando el niño alcanza el final de la etapa educativa (12 años) consigue lograr actitudes y comportamientos tales como el respeto y la tolerancia.

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

Los programas preventivos de drogas parten de un modelo teórico general basado en la etiología del consumo en el cual se analizan los motivos por lo que una persona consume drogas. Para ello, hay que reconducir y modificar los factores de riesgo⁷ y desarrollar factores de protección.

En los años 50 tiene su origen la teoría de la “escalada del consumo de drogas” tanto legales⁸ como ilegales⁹. Becoña, 2002, enunciaba que “el consumo de marihuana conducía al consumo de heroína”. Esta afirmación no se ha podido confirmar pero, sin embargo, dio lugar al desarrollo de la teoría secuencial. Dicha teoría señala que el consumo de drogas parte de la ingesta de las legales a las ilegales en cuatro fases:

⁷Factores de riesgo: indicios que faciliten el incremento de padecer alguna enfermedad.

⁸Drogas legales según código penal: tabaco y alcohol.

⁹Drogas ilegales según código penal: Marihuana, cocaína y heroína.

“primera fase, consumo de cerveza y vino; segunda, consumo de cigarrillos o licores; tercera: consumo de marihuana; cuarta, consumo de otras drogas ilegales”. Haciendo referencia a esta secuencia, Becoña afirma:

Aunque el uso de una droga previa no indica inevitablemente pasar a ser consumidor de la siguiente, si que de aquello que consumen marihuana hay pocos que previamente no han utilizado tabaco y alcohol, o los que usan otro tipo de drogas ilícitas no hayan consumido previamente tabaco, alcohol y marihuana. (Becoña 2002, p.48.)

Los alumnos de 6-12 años no son consumidores de drogas legales ni de drogas ilegales. Sin embargo, es en dicha etapa donde se inician programas de prevención para ayudar a afrontar situaciones futuras vinculadas con la drogadicción.

La autonomía y la responsabilidad son dos factores importantes ya que son ellos mismos quienes tendrán que tomar sus propias decisiones de manera responsable y asumir las consecuencias. A su vez, se deberá inculcar autocontrol para que sean capaces de solucionar sus propios problemas. Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES, 1997)

Por último, la autoestima (Monge, 2009) influye en el proceso de enseñanza-aprendizaje ya que contribuye a que el niño adquiera confianza en sus capacidades y posibilidades. Además, supone un factor de riesgo si la autoestima es baja ya que se tiene que generar un autoconcepto (Monge, 2009) alto como factor de protección.

4.5. Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas

Existen tres teorías y modelos que explican el consumo de drogas y la prevención de drogodependencia: teorías parciales o basadas en pocos componentes, teorías de estadios y evolutivas y teorías integrativas y comprensivas. (Becoña, 2002)

4.5.1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes

Entiende el consumo de drogas a partir de pocos elementos. Este grupo incorpora teorías y modelos biológicos que definen la adicción como un trastorno biológico. Del mismo modo, integra la hipótesis de la automedicación basada en la regulación de sustancias una vez probados los efectos que provocan su consumo.

El objetivo de las teorías del aprendizaje es demostrar cómo se adquieren nuevas conductas y cómo se debilitan comportamientos negativos en los individuos.

Las teorías actitud-conducta, teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1980) y teoría de la conducta planificada de Ajzen (1988) manifiestan que se puede percibir conductas analizando actitudes e intenciones conductuales del sujeto.

Las teorías psicológicas tratan de explicar los comportamientos que tienen lugar cuando la conducta de la persona se desvía. En ese momento se pierde el afecto de los adultos y se originan sentimientos de auto-rechazo o malestar psicológico.

Según las teorías integrativas de la conducta desviada de Kaplan et al. (1996) las personas necesitan sentirse valoradas positivamente con gente de su entorno. De lo contrario, tenderán a realizar conductas desviadas para experimentar nuevas sensaciones y lograr sentimientos de autorespeto. Estas conductas pueden implicar actos ilegales y con ello rechazo de los adultos.

También pertenece a este grupo el modelo basado en la afectividad la cual es considerada según Pandina como “un mecanismo clave en la determinación y control de la conducta” (Pandina, 1992).

Según Waldrom 1998, las teorías apoyadas en el enfoque sistémico y en modelos de familia tratan de explicar el distanciamiento de ciertos miembros de la familia ante la ejecución de conductas inapropiadas, como por ejemplo el consumo de sustancias.

Por último, Becoña (2002) 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”.

4.5.2. Teorías de estadios y evolutivas

Dichas teorías explican el consumo de drogas a partir del desarrollo evolutivo de la persona respecto a su madurez.

El modelo evolutivo de Kandel (1975) parte de la teoría de socialización basado en que la persona que consume drogas legales tienen más probabilidades de consumir, posteriormente, drogas ilegales como la marihuana. Además, el consumo viene marcado

por las características personales y el entorno del individuo como es la familia y el grupo de iguales.

El modelo de estadios o etapas de Werch y Diclemente (1994) se basa en mantener alejados del consumo de drogas a los niños, o bien, concienciarlos en un uso regular de las mismas. Existen una serie de estadios que van desde el no consumo de drogas hasta el consumo continuado, pasando por reflexiones previas a su uso y durante el mismo.

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. 1998, conocido como “el efecto Pígalión”, plantea que los pensamientos y creencias de una persona respecto a otro individuo, influyen en la forma de ser y actuar de dicho sujeto.

El modelo de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996) basado en la autorregulación. Trata de explicar que cada individuo responde a unas necesidades que le llevan a la consecución de una meta. A su vez, Labouvie realizó un estudio donde demostró que, con el paso del tiempo, las personas entran en proceso de madurez en el cual dejan de consumir sustancias y desarrollan otros valores sociales.

La teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996) considera que desarrollar actividades con cierto grado de responsabilidad a una edad temprana, facilita la obtención de habilidades que permiten alcanzar el éxito en edad adulta.

El modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz 1992 es el encargado de explicar el abuso de sustancias a través de los siguientes factores: “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 se compone de tres factores; la predisposición, el uso de drogas y el sistema permitido”.

Por último, para solventar las limitaciones de las teorías anteriores surge la teoría de la socialización primaria propuesta por Oetting 1998 basada en los problemas de conducta y en el aprendizaje de las conductas sociales (Becoña, 2002).

4.5.3. *Teorías integrativas y comprensivas*

Esta teoría permite integrar diversos factores dentro de una misma teoría y, además, analizar el problema partiendo del planteamiento de una teoría.

“El modelo de promoción de la salud parte del derecho humano a la salud “salud para todos” como un derecho básico e indispensable para el desarrollo social y económico según la declaración de Yakarta (World Health Organization, 1997)”. Este modelo se basa en: “establecimiento de una política pública saludable, crear entornos que apoyan la salud, favorecer una acción comunitaria para la salud, desarrollar las habilidades personales y reorientar los recursos sanitarios” (Green y Kreuter, 1991)

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1987), analiza el aprendizaje, la persona, el conocimiento y el ambiente para solventar los problemas de dependencia. Para ello, examina su inicio, el mantenimiento y el cambio de conducta, haciendo referencia al concepto de autoeficacia¹⁰.

El modelo de desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores (1996) incluye la teoría de control, la teoría de aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial. El principal objetivo es predecir conductas que conlleven factores de riesgo, como puede ser el consumo de drogas.

La conducta problema de Jessor y Jessor (1977) hace referencia a conductas que están en riesgo debido a la pobreza y exclusión social. Esta teoría propone aumentar los factores de protección para reducir los de riesgo y modificar los estilos de vida. Además, busca cambiar el contexto social para eliminar la desigualdad y la discriminación.

Calafat et al. 1992 elaboraron “Tú Decides”, un programa preventivo donde analizaban los factores de riesgo y prevención para evitar el consumo. Los factores de riesgo eran conocidos como redes de factores entre los que destacaban la coherencia social y los hábitos de consumo en el contexto más cercano al consumidor. Resulta imprescindible resaltar la teoría de Botvin (1995) basadas en habilidades para la vida.

¹⁰Autoeficacia es un término introducido por Bandura, A. (1987) Defiende que la autoeficacia es el pensamiento que poseen las personas para lograr relaciones interpersonales y competencias emocionales.

Finalmente, el modelo de autocontrol de Santacreu et al. (1991-1992) explica que los individuos consumen drogas para ampliar sus relaciones sociales y buscar independencia paterna y autocontrol.

5. CENTRÁNDONOS EN EL CANNABIS Y SUS CONSECUENCIAS

5.1. Cannabis, comunicación y lenguaje

5.1.1. Efecto del cannabis

El cannabis es una de las drogas ilegales más consumidas en España y de gran acceso para la población, de hecho, el 66,3% de los estudiantes consideran que es fácil adquirirla. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

Se presenta en forma de hojas de marihuana, hachís y aceites de hachís. El más extendido es la marihuana, 3 de cada 4 estudiantes han fumado cannabis (74,4%) en los últimos 30 días, tal y como se expresa en la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

La principal sustancia del cannabis, THC¹¹, tiene efectos depresivos y alucinógenos, además de afectar a la atención, la memoria a corto plazo, la concentración, la percepción, la comprensión y a los movimientos del cuerpo humano. Estas consecuencias son especialmente preocupante en estudiantes que se encuentran en pleno desarrollo corporal e intelectual. Informe de la comisión clínica del PNSD (2006).

En los últimos años, el consumo de cannabis ha aumentado un 2,5%. En el año 2004 se recogen las cifras más elevadas, donde un 25,10% de estudiantes consumió cannabis en los últimos 30 días. A partir de esa fecha, el consumo descendió y en 2014 la probabilidad de que los adolescentes consumieran cannabis es menor. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

Según los estudios de Pistis (2004) y Ehrenreich (1999), observaron que el cannabis provocaba cambios neurobiológicos durante determinados periodos del desarrollo del

¹¹THC, también conocida como tetrahidrocannabinol, es un compuesto químico que proporciona efectos físicos y psicoativos al cannabis. La cantidad de dicha sustancia varía en función del tipo, el lugar y la manera en que se cultiva la planta de cannabis. Guía ilustrada para agentes de policía.

cerebro y problemas de déficit neuropsicológicos, ocasionando un rendimiento escolar menor. Estos problemas se agravan en función de la edad de inicio porque resultan más difíciles de abandonar las sustancias. (Díaz, Sierra, Salavera, 2011)

El consumo del cannabis tiene carácter lúdico donde prevalece la motivación, con evidentes razones asociadas a un estado de relajación o somnolencia para evadirse de los problemas. Sin embargo, empeoran su conducta y sus pensamientos, las creencias se convierten en irracionales y predomina el conflicto, el engaño y la desmotivación, es decir, adquieren un estilo de vida poco saludable. (Díaz, Sierra, Salavera, 2011)

Según Browman 1984, los síntomas pueden aparecer pasados 10 - 20 minutos tras su consumo y se pueden prolongar un tiempo máximo de 3 horas.

Cuando se deja de consumir esta sustancia, algunas alteraciones neorocognitivas se normalizan de manera progresivas. Sin embargo, hay otras que, dependiendo de la edad de inicio de su consumo, no se recuperan, como puede ser el conocimiento y el aprendizaje. Este último se encuentra ligado a la atención y a la concentración por lo que su uso afectará a la focalización de estímulos y, por tanto, no podrá recobrar la realización de actividades orientadas al aprendizaje. Informe de la comisión clínica del PNSD (2009).

El lenguaje y el movimiento son dos actividades que actúan conjuntamente desde el nacimiento y también se ven afectadas por el uso del cannabis. Su consumo afecta en el proceso comunicativo y, posteriormente, al lenguaje y a la comunicación interpersonal.

Por otra parte, una característica principal del lenguaje es que su producción puede realizarse en diferentes contextos y adaptarse al entorno en el que se lleva a cabo la comunicación. Por lo tanto, “el cannabis disminuirá la capacidad de adaptación del lenguaje al contexto en que se produce y el desarrollo de habilidades de comunicación”. (Díaz, R., Sierra, M. y Salavera, C., 2011)

Además, el individuo sufre el llamado “síndrome amotivacional” el cual consiste en cambios de interés y personalidad y con ello, la pérdida de energía e interacción con otras personas. Todo ello ocasiona problemas de comunicación en su entorno más cercano. Informe de la comisión clínica del PNSD (2009).

Las personas que poseen este síndrome no son conscientes de su estado y generalmente, sus efectos, aparecen después de abandonar el uso de cannabis. Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis.

Esta sintomatología aparece en personas que consumen elevadas dosis (intoxicación aguda). Sus síntomas son la ansiedad, depresión, desorientación temporal, alucinaciones e incluso pensamientos suicidas. Asimismo, el uso crónico da lugar a un estado apático, a la frustración, falta de concentración e incapacidad de realizar trabajos complicados. Manual de drogodependencia (1998).

La percepción es otro de los elementos afectados por el consumo de cannabis. Los estímulos requieren atención para captar información del medio exterior y almacenarla en la memoria a corto plazo. Dicha información entra en un proceso de retención hasta que la memoria a corto plazo la vincula con los conocimientos que poseemos en la memoria a largo plazo, donde se codifica y se almacena. Si la memoria a corto plazo se ve afectada por el uso de estupefacientes, no se llevará a cabo esta función.

Prestando mayor atención a los efectos producidos en el lenguaje y la comunicación, las personas que consumen cannabis sufren problemas comunicativos por que no establecen relaciones interpersonales. De tal manera, que la capacidad comunicativa se ve alterada y con ello la pérdida de vocabulario y dominio del lenguaje, viéndose afectado el rendimiento escolar. Además, muestran vacío motivacional y no son empáticos.

5.2. Encuesta ESTUDES

En 1994 se inició un estudio que se fue realizando, posteriormente, cada dos años, enmarcado en el Programa de Encuestas Nacionales (ESTUDES). Su objetivo era conocer el consumo de cannabis para orientar y adaptar los programas de prevención tanto en el medio familiar como escolar y conocer actitudes que conlleven desarrollar estrategias preventivas. Además, sirvió para analizar la evolución de su consumo y prever el desarrollo en un futuro no muy lejano.

Para ello, se realizaron distintas encuestas dirigida a estudiantes de centros públicos y privados de Enseñanza Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional con edades de

14 - 18 años, las cuales presentan mayor grado de peligrosidad en el consumo de cannabis.

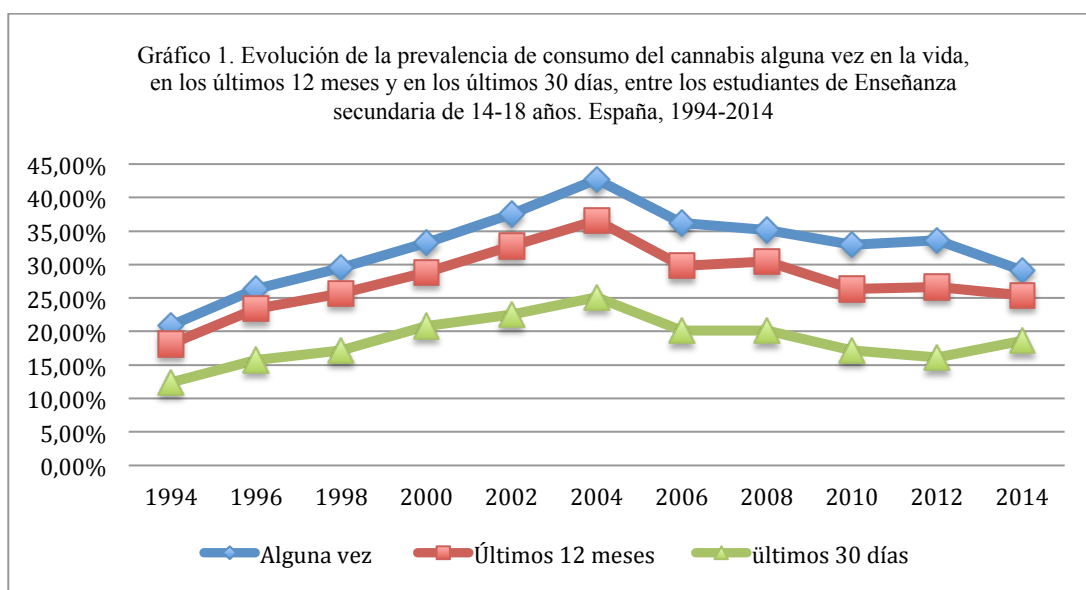
5.2.1. Prevalencia de consumo

La prevalencia del consumo de cannabis alguna vez en la vida tuvo el pico máximo en el 2004 con un 42,70% y a partir de ese momento fue descendiendo, con una ligera subida de 0,6% en el 2012 que se corrigió con un descenso del 4,5% en el 2014. La diferencia entre 2004- 2014 supuso una caída de hasta el 13,6%.

También se observa en el consumo de los últimos 12 meses un máximo en el mismo año 2004 (36,60%). Del 2004 - 2014 se produjo un descenso de 11,2%, que es algo inferior a la bajada producida en los datos obtenidos en el consumo de alguna vez.

La prevalencia del consumo de cannabis durante los últimos 30 días fue aumentando progresivamente de 1994 – 2004 donde se registraron las mayores cifras de la historia (25,10%). Posteriormente, en 2006 se produjo un gran descenso de 5% con respecto al año anterior y manteniéndose contante hasta 2008. De ahí, continuó declinándose hasta 2014, donde, finalmente, incrementó su consumo un 2,5%. Desde 2004 hasta 2014 la bajada fue de 6,5%, recorte inferior a las observaciones anteriores.

En todos los casos, la evolución ha sido paralela, como puede verse en el gráfico 1.



Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

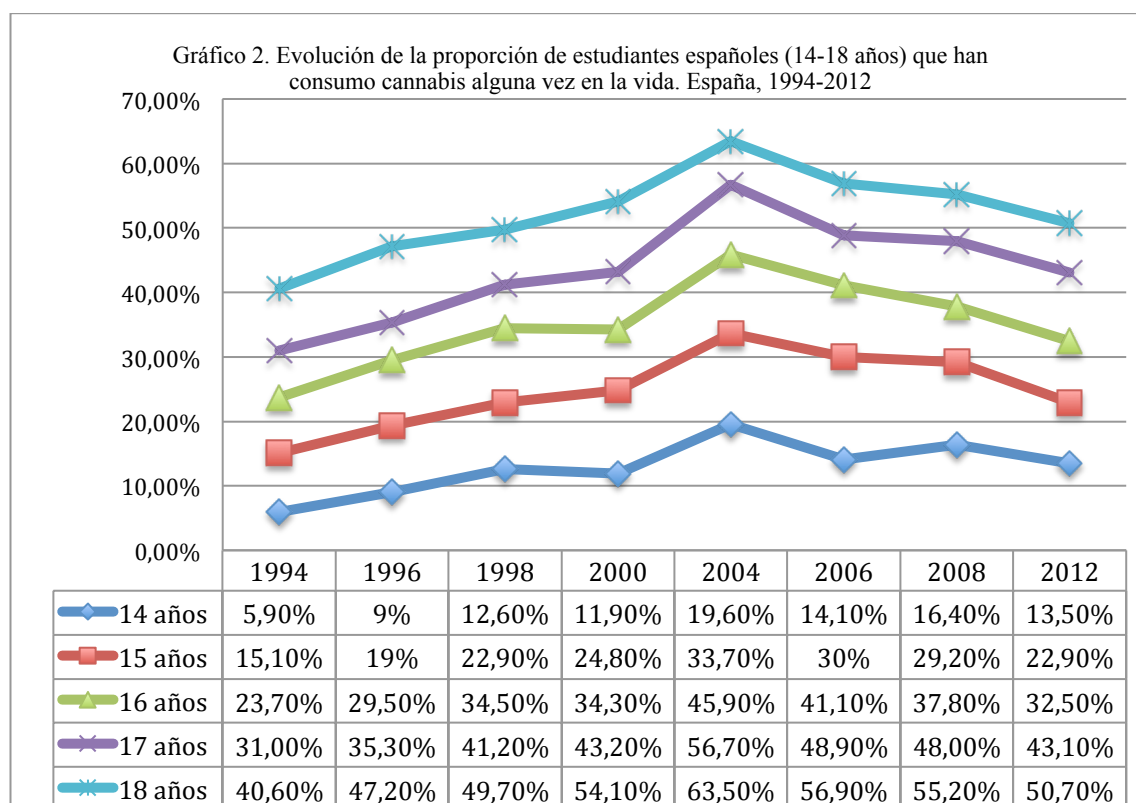
Cannabis y su prevención desde la educación primaria

Tabla 1. Evolución de la prevalencia de consumo del cannabis alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanza secundaria de 14-18 años. España, 1994-2014

| | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 |
|------------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Alguna vez | 20,9% | 26,4% | 29,5% | 33,2% | 37,5% | 42,7% | 36,2% | 35,2% | 33% | 33,6% | 29,1% |
| Últimos 12 meses | 18,12% | 23,4% | 25,7% | 28,8% | 32,8% | 36,6% | 29,8% | 30,5% | 26,4% | 26,6% | 25,4% |
| Últimos 30 días | 12,4% | 15,7% | 17,2% | 20,8% | 23% | 25,1% | 20,1% | 20,1% | 17,2% | 16,1% | 18,6% |

Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

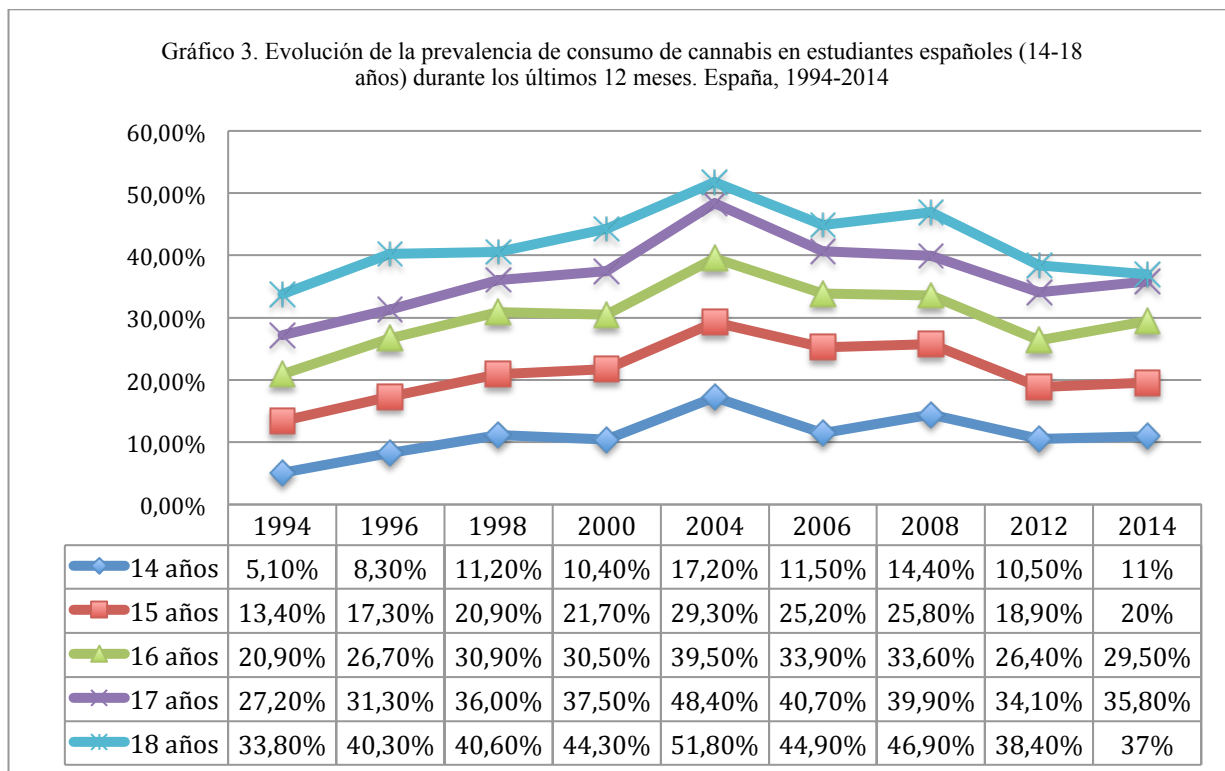
Analizando la prevalencia de consumo del cannabis alguna vez en la vida por edades, se observa que el consumo de la población entre 14-18 años va incrementándose progresivamente y de forma paralela hasta el 2004, con su máximo en todas las edades. A partir de esa fecha, se produce un descenso continuado. Llama la atención que a los 14 años hay un repunte en el 2006 de 2,3%.



Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

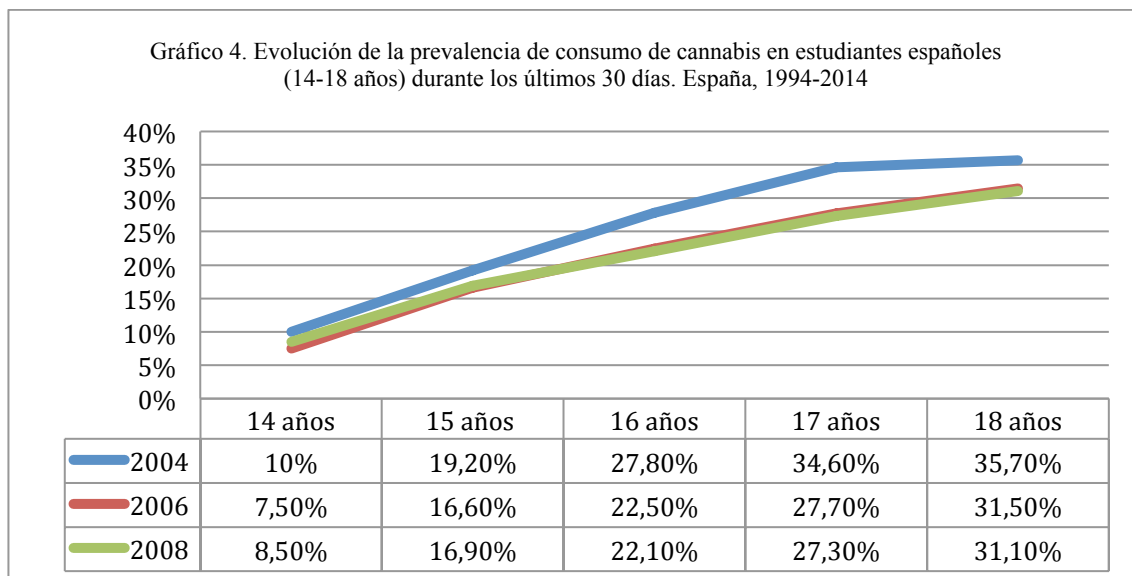
Por otro lado, la evolución de la prevalencia del consumo de cannabis en los últimos 12 meses por edades, comparado con alguna vez en la vida, sorprende como en los 17

años el pico del 2004 casi llega a los valores de los 18 años. El resto de los comportamientos son muy similares, salvo a los 18 años en el 2008 que repuntan.



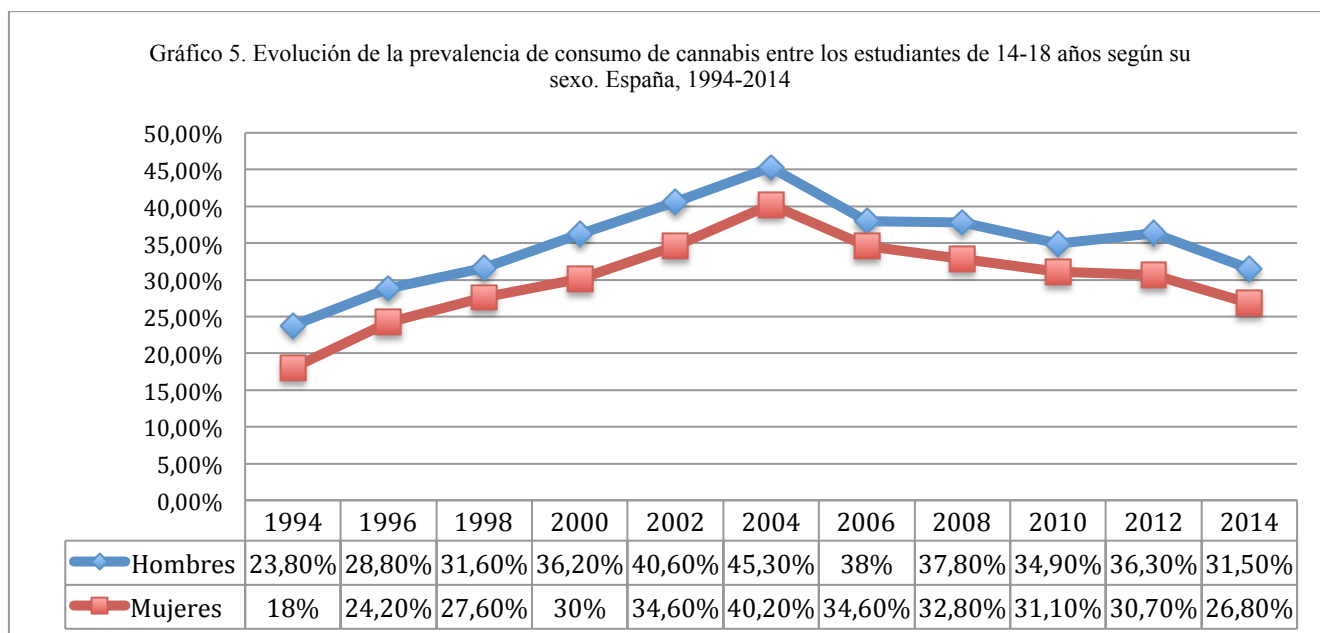
Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

Por último, la prevalencia del consumo del cannabis en los últimos 30 días en estudiantes de 14-18 se comporta de una forma paralela y se puede observar que en el 2004 es mucho más elevado que en el año 2006 y 2008. Lo podemos ver en el siguiente gráfico:



Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

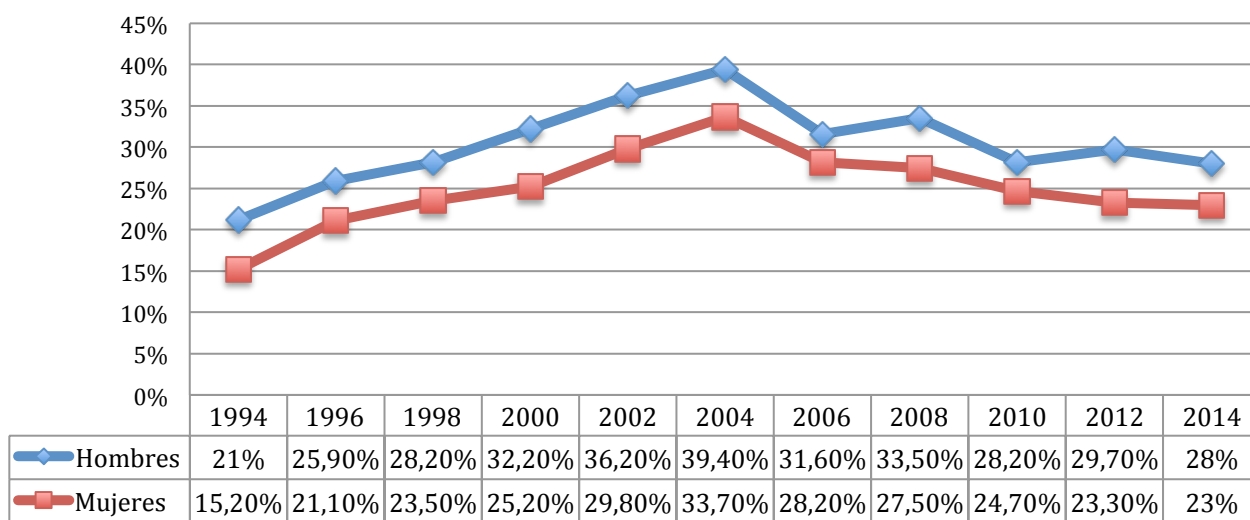
Desde otra perspectiva, la prevalencia del consumo de esta droga alguna vez en la vida en estudiantes de 14-18 años analizada por sexo, evoluciona de forma paralela, siendo los hombres quienes consumen más cannabis. El punto máximo lo encontramos en el 2004, los hombres con 45,30% y las mujeres con 40,20%. En el 2006 la bajada en hombres es más pronunciada que en las mujeres. Y en 2012 hay una leve subida, en hombres de 5,4% y en las mujeres de 0,4% hasta 2014 donde vuelve a disminuir.



Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

La evolución del consumo en los últimos 12 meses en estudiantes de 14-18 años en cuanto al sexo, crece casi de forma paralela hasta el 2004, encontrándose el punto máximo. El descenso posterior en hombres fue muy pronunciado con un rebote en el 2008, mayor que el producido en las mujeres que han tenido un descenso más sosegado.

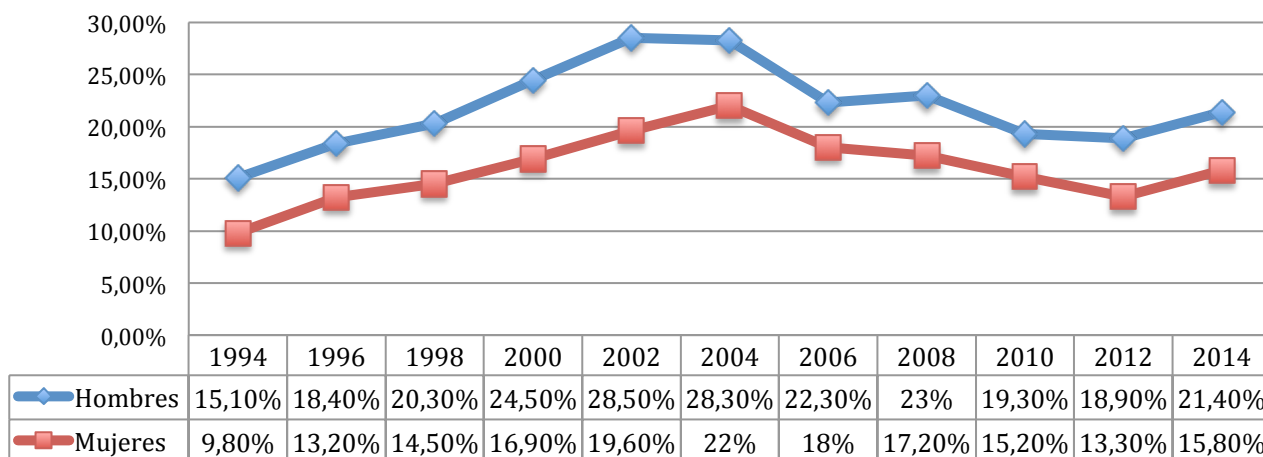
Gráfico 6. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis durante los últimos 12 meses entre los estudiantes de 14-18 años según su sexo. España, 1994-2014



Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

La evolución de consumo en los últimos 30 días, en hombres y mujeres llama la atención como en hombres en el 2002 y 2004 se estabilizó en los niveles más altos de la serie. Nunca en las series del 2002 de todas prevalencias se había alcanzado el pico, siempre había sido en el 2004. En cambio en los hombres en los últimos 30 días alcanzó el pico en el 2002 y se mantiene prácticamente hasta el 2004. El comportamiento de la serie a partir del 2004 es muy semejante en hombres y mujeres salvo el pico en el 2008 más pronunciado en hombres que en mujeres.

Gráfico 7. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis durante los últimos 30 días entre los estudiantes de 14-18 años según su sexo. España, 1994-2014



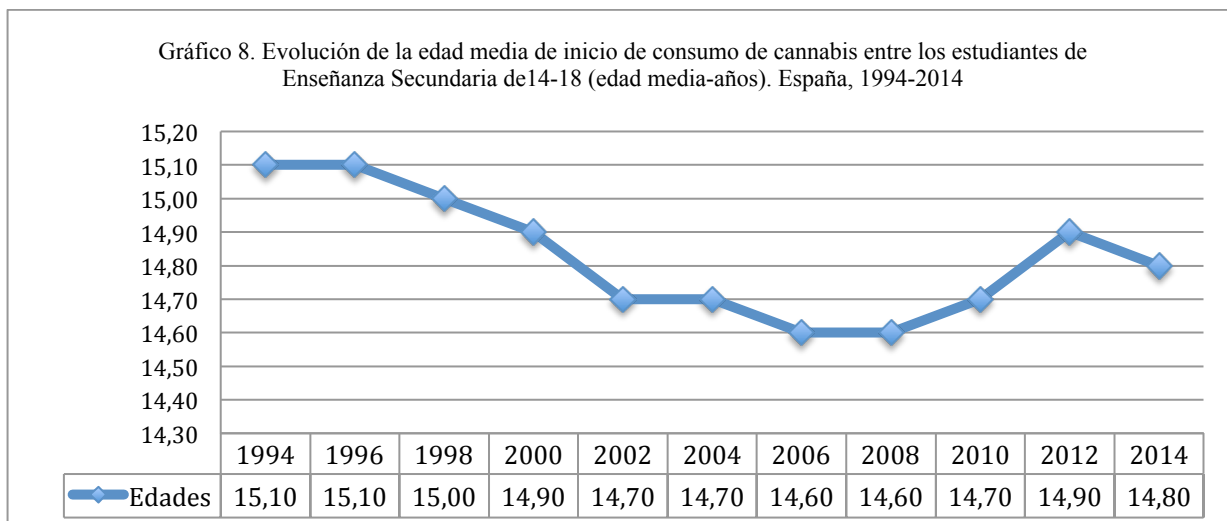
Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

5.2.2. Edad de inicio

La edad media de inicio de consumo en España ha ido cambiando a lo largo de los años. En 1994 los adolescentes empezaron a consumir cannabis con una media de 15,10 de edad. Sin embargo, 14 años más tarde (2008), la edad media descendió a 14,6. Es decir, los estudiantes empezaron a consumir cannabis antes.

Este es un factor muy importante ya que cuanto menor sea la edad de inicio del consumo de cannabis, mayor será la gravedad de problemas y trastornos en los estudiantes. De igual modo, mayor será la dificultad de abandonar el consumo de dicha sustancia. Informe de la comisión clínica del PNSD, 2009.

Analizando los datos recogido en la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, 1994-2014 (ESTUDES) podemos observar que la edad media de inicio desciende progresivamente hasta el año 2008, subiendo muy fuerte a partir de esas fechas alcanzando un valor alto en el 2012, para descender otra vez en el 2014.



Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

Por otro lado, observando la tabla mostrada a continuación, la edad media de inicio según el sexo no sufre grandes variaciones.

Cabe destacar que los porcentajes obtenidos en la prevalencia de consumo en los hombres eran mayores a los de las mujeres. Sin embargo, la edad media de inicio son mayores en las mujeres que en los hombres, variando 0,1% o 0,2% en función del año.

Tabla 2. Evolución de la edad media de inicio de consumo de cannabis en los estudiantes de Enseñanza Secundaria de 14-18 (Edad media-años), según el sexo. España, 1994-2014

| | 1994 | 1996 | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Hombres | 15,1 | 15,1 | 14,9 | 14,8 | 14,6 | 14,6 | 14,5 | 14,6 | 14,6 | 14,8 | 14,8 |
| Mujeres | 15,2 | 15,2 | 15,1 | 15 | 14,8 | 14,8 | 14,6 | 14,7 | 14,8 | 15 | 14,9 |

Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

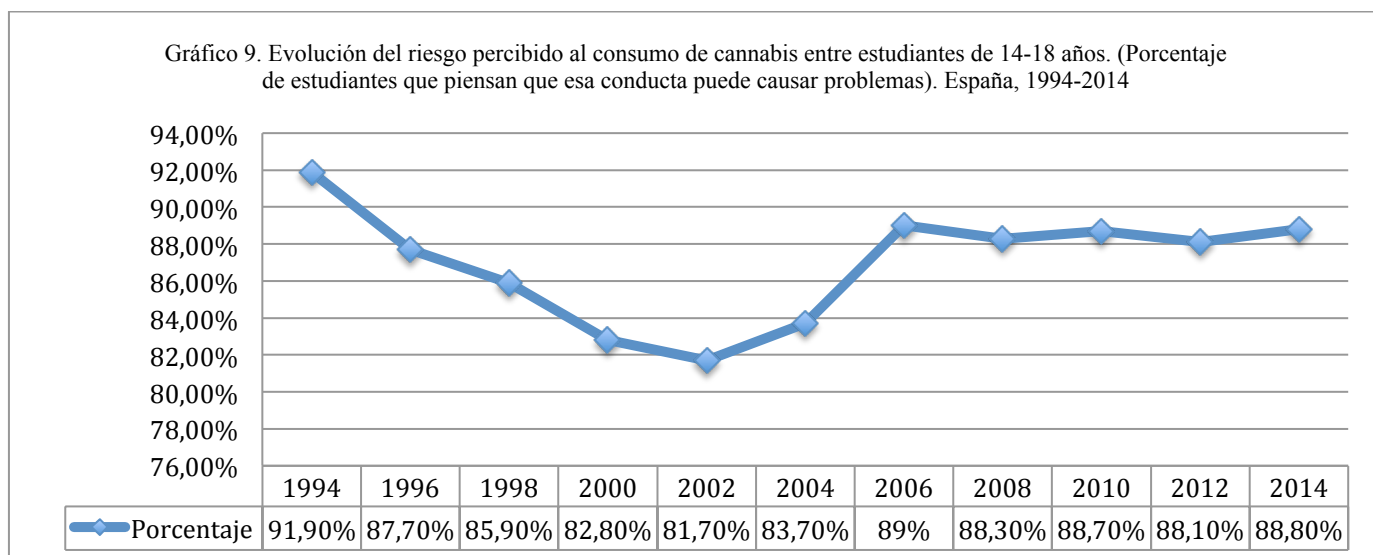
5.2.3. Percepción del riesgo

Examinando los datos aportados por la Encuesta ESTUDES, la percepción del riesgo en 1994 es bastante alta (91,90%), lo que significa que, gran número de estudiantes de 14-18 años piensan que consumir cannabis puede provocar bastantes problemas en la salud de las personas. Al haber un alto porcentaje de riesgo percibido, el consumo en 1994 fue muy bajo, concretamente un 18,12% en los últimos 12 meses.

A partir de 1994 la percepción de riesgo fue descendiendo hasta 2002 y por tanto, su consumo fue ascendiendo. Son variables que actúan de manera inversa. Es decir, cuando la percepción de riesgo aumenta, el consumo disminuye porque un alto porcentaje de estudiantes consideran que su consumo es malo para la salud (74,4%) porque crea adicción (68,7%) y destruye al individuo (66,4).

En 2004 pudimos observar que se registraba el mayor porcentaje de consumo de cannabis (36,60% en los últimos 12 meses) y a partir de dicha fecha su consumo empezó a descender, lo cual, el riesgo percibido aumentó un 7,30% entre el año 2002 y 2006. Este incremento puede deberse a acciones informativas en los centros escolares y la sensibilidad que conlleva el uso de cannabis.

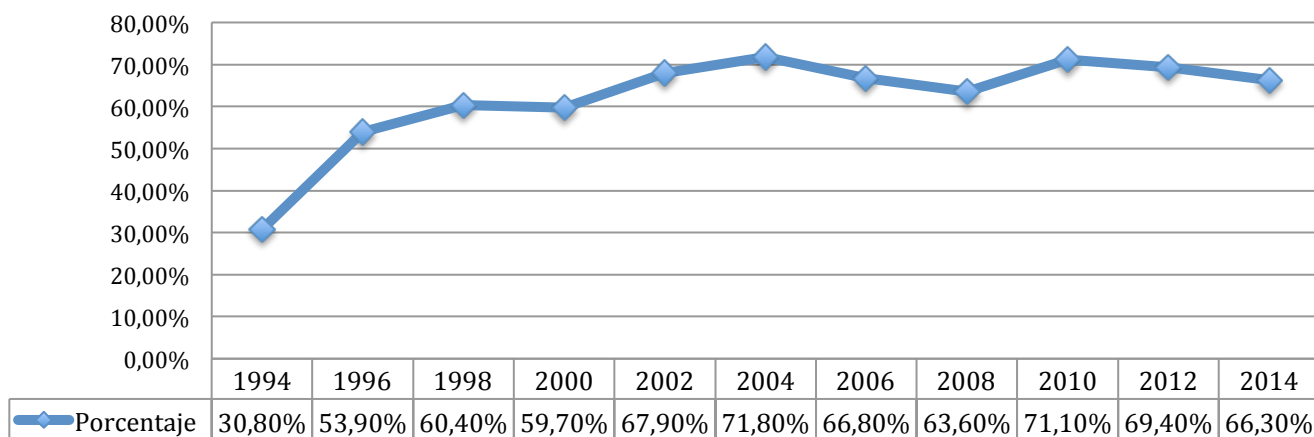
A partir de ahí, el riesgo percibido se mantiene constante con pequeñas variaciones. Todo ello lo podemos ver en el siguiente gráfico:



Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

Evidentemente, el 2004, año de mayor consumo en todas las series, hubo una disponibilidad de cannabis muy elevada. A partir de ese año, aún teniendo facilidad de disposición, bajó su consumo.

Gráfico 10. Evolución de la disponibilidad de cannabis entre los estudiantes de 14-18 años (porcentaje que piensa que es muy fácil de conseguir). España, 1994-2014



Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014.

5.3. Análisis de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 tiene como finalidad reformar el Plan Nacional sobre Drogas, guiando, promoviendo y coordinando las diversas actuaciones en drogodependencia desarrolladas en España en dichas fechas. De modo que se disminuya su uso y se prevenga el impacto sanitario y social de los daños asociados al consumo. Además, sirve como marco de referencia para que las administraciones públicas y las organizaciones sociales actúen de manera coordinada. Análisis de la Estrategia Nacional 2009-2016.

5.3.1. Análisis de la realidad

Los riesgos asociados al consumo de drogas siguen siendo elevados en España. Su evolución se encuentra ligada a factores sociales y económicos y a experiencias que los individuos poseen hacia una sustancia determinada. El fin de la salud Pública en España es evitar los daños que causan las drogas, a partir de planteamientos estratégicos integrales. Para que sean eficaces las intervenciones, deben actuar las instituciones con los agentes implicados de forma coordinada.

Hace más de 20 años, se realizaron investigaciones con el propósito de recopilar información segura y actualizada sobre el consumo de sustancias. Así pues, permitieron estudiar comportamientos y conocimientos de individuos con el propósito de elaborar programas orientativos.

Los resultados obtenidos abarcaron todos los ámbitos de intervención: “prevención, asistencia a los consumidores, apoyo a la inserción social de éstos, lucha contra el narcotráfico y las actividades delictivas asociadas al mismo, formación de profesionales, investigación en diversos campos, etc.” Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

Los últimos estudios recogen datos positivos relacionados con la prevalencia de consumo y la percepción de riesgo. Sin embargo, estos datos no son estáticos.

Las encuestas futuras deben seguir el mismo patrón pero mejorando los indicadores para optimizar el trabajo y extraer mayor información asociada al ámbito de intervención.

La Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016 se configura como el eje a seguir por todos los implicados en el tema. Incorpora datos de la encuesta anterior (Estrategia Nacional, 2000-2008) para modificar las limitaciones halladas. Mejora el trato hacía las personas con mayor vulnerabilidad y presta mayor atención a las iniciativas de prevención y factores de riesgo. Por otro lado, promueve estudiar los perfiles de los individuos consumidores de drogas, la edad de inicio y el envejecimiento de consumidores problemáticos, el patrón de policonsumo, los trastornos mentales y, por último, estrechar el contexto de ocio.

Para ello, tienen que estudiar los procesos para buscar soluciones prácticas, conectando tanto las redes asistenciales como los servicios sanitarios, y llegar a conclusiones más eficientes y adecuadas para mejorar los resultados. Todo ello parte del Plan Nacional de Drogas de 1985 que supuso la referencia a seguir y que todas las instituciones, corporaciones locales, administraciones autonómicas y estatales y ONGs se han involucrado en perseguir. Las ONGs se han agrupado a través de un foro, llamado “La Sociedad ante las Drogas” y desde esa aplicación han sacado conclusiones varias como cuestionarios y procedimientos.

Un hito importante fue el Plan de Acción, 2005-2008 que va en sintonía con la Estrategia Europea sobre las Drogas 2005-2012, aprobado por el Consejo Europeo en 2004.

De todos estos estudios se llega a la conclusión de que aún siendo un problema muy importante el consumo de drogas, han aparecido otras conductas adictivas, como son el

juego patológico, el sexo compulsivo, etc. y situaciones como la violencia de género y abuso en contextos familiares y sociales, problemas que deben ser tratados mediante estrategias efectivas y paliativas. Los Planes de Acción buscarán objetivos que permitan realizar acciones y evaluar resultados, disponiendo de suficiente participación presupuestaria.

El consumo de drogas se ha visto analizado en España desde hace más de una década. Las investigaciones más importantes son llevadas a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). “Además de ellas, se elaboraron otras encuestas dirigidas a personas admitidas a tratamientos por heroína o cocaína, así como a internos en instituciones penitenciarias” (Análisis de la Estrategia Nacional, 2009-2016).

EDADES 2006 creó una encuesta a la población de 15-64 años para conocer el consumo problemático y ESTUDES 2007 elaboró una encuesta a estudiantes de 14-18 años cuya finalidad era conocer el consumo y su actuación en el medio laboral.

Por otro lado, estas encuestas proporcionan información sobre el tratamiento y uso de sustancias psicoactivas, urgencias hospitalarias y mortalidad en consumidores según los indicadores que desde 1987 ofrecen información anual. También se recoge información de tipo policial y judicial acerca de los consumidores, como detenidos por tráfico y procedimientos judiciales.

Muchos indicadores se utilizan a nivel mundial por lo que los datos obtenidos pueden compararse con otros países. Fuentes publicadas por distintos departamentos Autonómicos, estatales y locales.

Antiguamente, las personas que consumían drogas sufrían problemas de marginación e integración social. Por un lado, las drogas legales más usadas eran el tabaco y el alcohol. Mientras que la droga ilegal más común era la heroína suministrada por vía parental. Sus consumidores sufrían enfermedades infecciosas como el VIH y el SIDA por compartir el material de inyección, llegando a ocasionar 48.565 muertes entre 1982 y 2005.

En 1990 comenzó a descender el consumo de heroína, sin embargo aumentó el de cannabis y cocaína. Además, empezaron a consumir éxtasis y una nueva sustancia conocida como MDMA¹². Los efectos de dichas sustancias se agravaban al mezclar varias drogas.

Por otro lado, los motivos que llevaron a consumir heroína en 1980 fueron modificados. Ya no se debía a problemas de marginación sino que el motivo era el entretenimiento, lo que llevó a muchos adolescentes a usar sustancias psicoactivas como síntoma de rebeldía y maduración.

Entre 2000 y 2008 se llevó a cabo la primera Estrategia Nacional sobre Drogas donde se observó que la heroína siguió descendiendo y con ello, el número de personas infectadas por VIH y la mortalidad vinculada a dichas sustancias. Sin embargo, incrementó la heroína fumada. Por otro lado, se estabilizó el consumo de cannabis e incluso descendió en adolescentes de 14-18 años.

Respecto al tabaco, el porcentaje de estudiantes de 14-18 años que fuman diariamente pasó de 21,5% en 2004 a 14,8% en 2006. A pesar de la disminución siguen siendo cifras elevadas.

En 2007, ya no era la heroína la droga más consumida, sino que era el cannabis, seguido de la cocaína. La prevalencia de consumo en los últimos 12 meses en estudiantes de 14-18 años en 2004 fue de 36,6% y en 2006 de 29,8%, observando un ligero descenso.

La mortalidad por infecciones por vía parental continuó descendiendo. Asimismo, los fallecidos en accidentes de tráfico por ingerir alcohol también bajaron. En 2003, el 34,7% de los conductores fallecidos superaron los 0,3 g/l mientras que en el 2006, descendió a 28,8%. Según los resultados del Instituto Nacional de Toxicología.

5.3.2. Prevención en el ámbito educativo

La prevención de drogas es un programa que se ha ido desarrollando en España desde hace años. Supone concienciar a los jóvenes sobre los problemas y daños que conlleva el uso de sustancias. Para ello, se elaboran técnicas con el fin de crear

¹² MDMA = Éxtasis, droga sintética que actúa como estimulante y alucinógeno.

conductas de rechazo, las cuales varían en función de la droga y del contexto. Igualmente, se pretende atrasar la edad media de inicio, ya que cuanto menor es la edad, mayores son los problemas de adicción, y evitar que el consumo eventual se convierta en un uso continuado. Análisis de la Estrategia Nacional 2009-2016.

Por otro lado, dichos programas intentan prestar mayor atención a la población expuesta a mayores factores de riesgo, para solventar problemas de drogadicción. Por consiguiente, se analizan los resultados y se fomentan las investigaciones mediante el uso de la tecnología.

Los ciudadanos españoles favorecen la participación de la población a través de movimientos asociativos para exponer opiniones a los medios de comunicación social de manera clara y comprensible. Además, es un medio por el cual se adquieren valores como la autonomía y la responsabilidad.

Uno de los grupos de socialización más importante es la familia, la cual ejerce un papel muy importante en la vida de los jóvenes. Por ese motivo, la familia debe establecer vínculos cercanos con sus miembros para promover resistencia a la exposición y consumo de drogas. Igualmente, la familia debe colaborar en los centros educativos para promover la participación social. De tal modo, que las actividades se adapten a las circunstancias y condiciones culturales y sociales de toda la población.

Los jóvenes entre 14-18 años es el colectivo de mayor vulnerabilidad hacia el consumo de drogas. Se encuentran en un periodo de madurez, por lo que la escuela, junto con la familia y los profesores, tienen que actuar de forma conjunta para dar cabida a una óptima actuación de un plan de prevención.

La comunidad educativa es el agente de socialización más importante. Los programas de prevención requieren coordinación y colaboración entre el alumnado, las familias y el profesorado y, a su vez, con los recursos sociales y sanitarios de la comarca, para favorecer un aprendizaje en valores.

La población activa tiene unos parámetros que sirven para estudiar el comportamiento individual. Aportan pautas que permiten luchar contra los problemas de las drogas de acuerdo al Plan Nacional de Drogas y Prevención de Riesgos Laborales y establecer procedimientos, apoyados por los demás representantes laborales, para

aplicar políticas de forma correcta. Una parte muy importante dentro de las empresas se conoce como Responsabilidad Social Corporativa que son prácticas respetuosas con las personas, el medio ambiente y la sociedad en general, buscando el desarrollo de la persona con mayor eficiencia.

Las Administraciones Públicas son otros actores que se deben de preocupar por el bien de sus ciudadanos con políticas preventivas y paliativas.

Finalmente, los colectivos con graves problemas de adicción suelen poseer una situación desfavorable de inclusión social. En este colectivo se incluyen:

Poblaciones inmigrantes, minorías étnicas o culturales, así como la población con problemas de salud mental, jurídico-penales y, en general, aquellos colectivos con especiales dificultades económicas, sociales, familiares o personales, entre los que hay que mencionar a los hijos de los propios consumidores de drogas y a los menores internados en centros de protección o reforma. (Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016).

Los inmigrantes tienen cada vez mayor peso en nuestra sociedad. Promueven cambios socioculturales y políticas de prevención. Algunos sectores de población inmigrante pueden verse asociados al tráfico o consumo de drogas. Aún así, siguen siendo mayores los aragoneses quienes ingieren estas sustancias.

Hoy en día, el consumo de drogas puede vincularse a conductas de riesgo como son el fracaso escolar, la marginación y problemas de salud, entre otras. Las personas que sufren estas situaciones presentan síntomas de drogadicción y relación con el ámbito criminal.

El contexto es una fuente esencial que actúa como mediación y cooperación con entidades para prevenir las drogas. Los contextos escolares, laborales y comunitarios tienen una labor muy importante y a su vez tienen que actuar de manera conjunta con los medios de comunicación, los Sistemas Sanitario y Social, el Sector Económico y los Agentes de Seguridad Vial y Ciudadana.

Los medios de comunicación ayudan a conocer las opiniones y la forma de pensar de los ciudadanos a fin de adquirir una visión global de los temas que atañan a la sociedad.

Para ello, hay que analizar el contenido del mensaje y extraer conclusiones para tratar temas asociados con las drogas, los efectos y los medios preventivos y asistenciales en coordinación con el Plan Nacional Sobre Drogas. Por consiguiente, hay que tener cuidado con la información que se transmite sobre las drogas para que no tenga un carácter contra preventivo.

Sistemas Educativos Sanitarios y Sociales tienen una labor muy importante. Las farmacias se encargan de fabricar medicamentos psicoactivos para aminorar el sufrimiento psíquico.

Industria del ocio y entretenimiento es el que más fuerza ejerce entre los adolescentes. El ocio lo asocian a las drogas porque poseen baja percepción de riesgo. Por esa razón, el objetivo sería aportar conocimientos para aumentar la percepción de riesgo y con ello, reducir los daños originados por el entretenimiento. Para ello, deben implicarse los empresarios de las Administraciones Públicas y los agentes económicos de dicho sector.

Seguridad vial y ciudadana. La función preventiva corresponde a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado que deben proteger a los ciudadanos de los efectos adversos haciendo cumplir los mandatos que el Plan Nacional de Drogas establece y dedicando formación y recursos para llevarlo a cabo.

La prevención está vinculada con la disminución del riesgo. Sin embargo, la reducción del daño está asociada a la faceta asistencial. Ambos programas han sido desarrollados en España con la labor de eliminar el consumo experimental e impedir que el uso esporádico se convirtiese en un uso continuado.

La población a los que van dirigidos estos programas son aquellos consumidores de heroína, personas marginadas o en inclusión social, individuos consumidores de sustancias encaminadas a la contención del consumo y personas con problemas adicionales por causa de su adquisición.

Todos ellos deben ser conscientes de las actuaciones que se gestionan en los programas y del intercambio de jeringuillas y kits sanitarios, para reducir el riesgo y los daños causados por las drogas. Del mismo modo, aparecen actividades de prevención y

disminución de riesgos con el fin de que los colectivos anteriores los pongan en práctica y logren el objetivo final.

5.4. Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2005-2008

El Plan Autonómico sobre Drogas del Gobierno de Aragón creó políticas preventivas para realizar un análisis sobre las conductas adictivas que tienen lugar en nuestra Comunidad y planteó una reorientación de los recursos existentes, destacando la prevención en el contexto de educación para la salud y la adaptación de los recursos a los problemas adictivos. Además, trató de predecir situaciones futuras con los datos recogidos en fuentes autonómicas, nacionales e internacionales.

Por otro lado, el Plan Autonómico recoge los principios de la Ley 3/2001:

“La promoción de hábitos saludables; la prioridad de las intervenciones cuyo objetivo sea la prevención; la integración de las actuaciones en los sistemas educativo, sanitario y social; la responsabilidad de las Administraciones públicas en la puesta en marcha de las actuaciones y la necesidad de modificar actitudes y comportamientos en la sociedad frente al problema de las drogodependencias”.

Los datos son recogidos por la coordinación de la Dirección General de Salud Pública para evaluar su realización y la ejecución de las intervenciones que se han llevado a cabo a través de dicho proyecto.

5.4.1. Análisis de la realidad

En la década de los 80, Aragón anotó el mayor incremento de consumo de heroína por lo que fueron necesarias numerosas respuestas asistenciales. El Sistema Público de Salud no se hizo responsable de los problemas generados por el consumo de estupefacientes, fueron los Ayuntamientos y Comunidades Autónomas quienes adquirieron recursos para ofrecer soluciones.

Con el Plan Nacional sobre Drogas de 1985, las administraciones crearon una red pública para coordinar las intervenciones y crear políticas preventivas en todo el ámbito estatal. A raíz de ahí, el Gobierno de Aragón elaboró una Red de Atención a las

Drogodependencias por lo que se crearon múltiples Centros comarcales para abordar estos problemas.

El aumento de consumo de heroína por vía parental provocó graves infecciones de VIH y de SIDA. Los Centros tuvieron que reajustar sus programas para tratar enfermedades crónicas y mejorar el estilo y calidad de vida de los individuos.

En la actualidad se pretende informar sobre el uso indebido de drogas y los riesgos en la salud y en los factores socio-culturales. Los agentes encargados de prevenir conductas adictivas deben actuar de manera coordinada para detectar y evitar alteraciones en la vida personal, familiar, social y laboral.

La Comunidad Autónoma de Aragón favorece la participación de distintas entidades y organizaciones para tratar la drogadicción. Los servicios sanitarios y de prevención elaboran tratamientos eficaces, flexibles y de calidad en función de la organización del territorio y la distribución de la población. Estos atienden las necesidades de salud de la población para reducir el consumo y los daños en el estilo de vida del individuo, evitando, así, trastornos adictivos.

Hoy en día, resulta imprescindible abordar la drogadicción desde el contexto de ocio y diversión ya que es el principal escenario donde los jóvenes consumen dichas sustancias.

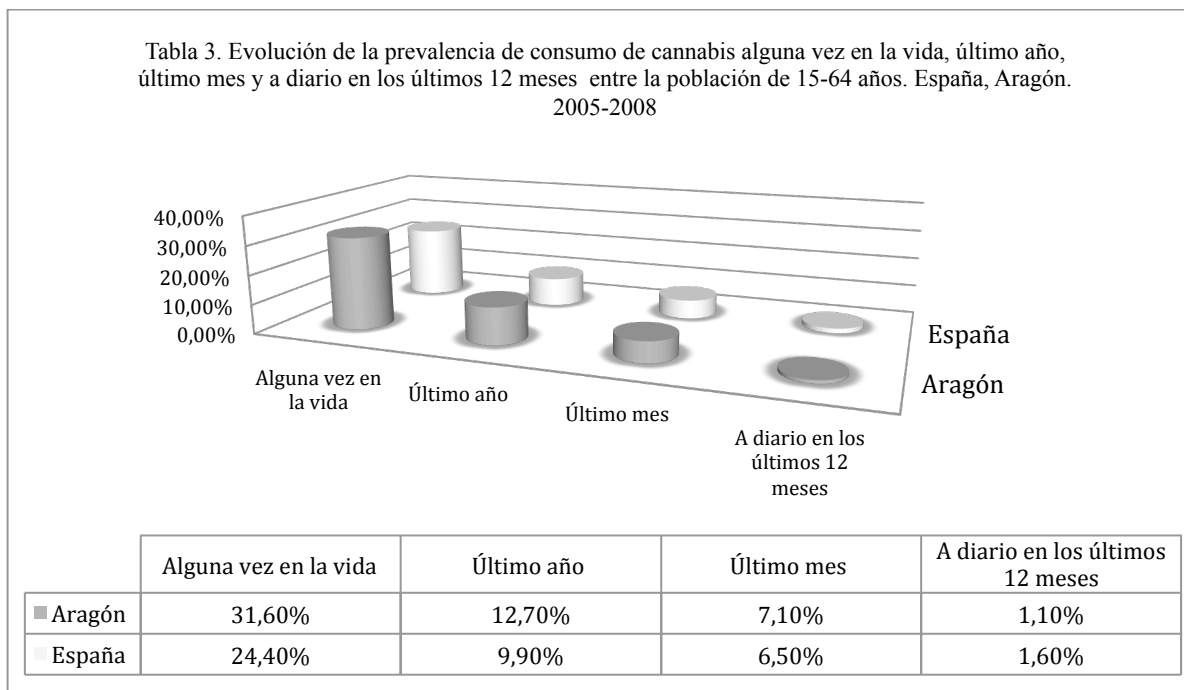
Por último, el consumo de cannabis también está vinculado a conflictos, crisis y problemas de exclusión de manera que los tratamientos deben ajustarse a los modelos sociales, económicos y culturales de los individuos vulnerables a las drogas. Es decir, tienen que ofrecer responsabilidad social orientada al desarrollo humano y social en el contexto de promoción de la salud.

5.4.2. Prevalencia del consumo de cannabis en jóvenes

El cannabis en Aragón, al igual que en España, es la droga ilegal más consumida. Analizando y comparando el consumo de cannabis entre la población de 15-64 años en España y Aragón podemos observar que los datos en Aragón son superiores.

Mientras en Aragón los porcentajes de alguna vez en la vida, último año, último mes y a diario son 31,6%, 12,70%, 7,10% y 1,10%, respectivamente. En España estos

mismos datos son 24,40%, 9,90%, 6,50% y 1,60%. Como se puede ver, muy por encima Aragón que España. Encuesta domiciliaria de consumo de drogas en Aragón 2001. Ver la siguiente tabla.



Fuente: Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005-2008.

5.4.3. Prevención en el ámbito educativo

El término de prevención es una iniciativa llevada a cabo en diversos contextos con el fin de sensibilizar a la población aragonesa sobre los efectos del abuso de drogas. El objetivo primordial es evitar daños antes de que aparezcan e impulsar cualidades como la responsabilidad y la autoestima. Dicho concepto se inculca en los centros educativos ya que es dónde se encuentra el colectivo más vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas.

Por ese motivo, debe integrarse en el currículum de educación primaria “la Educación para la Salud” para que los escolares logren conocimientos, actitudes y procedimientos sobre la salud individual. El currículum aragonés debe dar cabida a las habilidades y capacidades que presenta el alumnado, ya que cada uno posee un ritmo de aprendizaje diferente.

Del mismo modo, los centros educativos deben incorporar programas de prevención donde se aborden cualidades y valores, y en los que colaboren profesores, familiares y

alumnos. Así, se ejercerá mayor control sobre las personas implicadas y mejorará su estado de salud. Por consiguiente, se conseguirán programas efectivos correspondientes a la participación activa del personal docente y no docente.

Los proyectos de Centro recogerán un análisis de la realidad para desarrollar estrategias que permitan disminuir los riesgos y daños causados por las drogas. Asimismo, trabajarán de manera coordinada con los recursos locales y con las “Escuelas Promotoras de Salud” y entre los Departamentos de Salud y Educación.

Resulta imprescindible detectar en edades tempranas el consumo de drogas para crear un plan de prevención de drogodependencia afín a sus habilidades y necesidades e informar a los tutores sobre cómo solventar conductas adictivas y situaciones conflictivas producidas por su uso. El plan no solo se dirige a la sustancia sino que acoge un enfoque reflexivo que permite cambiar e interaccionar entre los recursos personas y los recursos ambientales que adoptan estilos de vida apropiados.

Para ello, los profesores tienen que estar inmersos en actividades formativas recogidas por el Plan de Formación Anual del Profesorado para que adquieran conocimientos con el fin de detectar casos de drogadicción.

El consumo de drogas tiene que hacer frente a tres puntos de vista diferente para detectar dificultades y hallar soluciones. Estos elementos son la actividad de su uso, las características personales del consumidor y el ambiente en el que se produce. Es decir, reconocer los factores de riesgo y de protección que intervienen en dichas situaciones.

Por un lado, los factores de riesgo son características internas o externas al individuo y cuya presencia posibilita el aumento de consumir sustancias psicoactivas. Asimismo, los elementos implicados son causas psicológicas, sociales o contextuales, como por ejemplo, el fracaso escolar, sentimientos de inseguridad, disponibilidad y acceso a sustancias psicoactivas, pérdida de vínculos sociales, etc., los que provocan el desarrollo de la conducta y el acercamiento a situaciones vulnerables.

Por otro lado, los factores de protección son las habilidades personales y ambientales las que favorecen la reducción del uso de sustancias. Fomentan la autonomía personal, valores positivos, vínculos con la familia y el entorno y actitudes saludables.

Todo ello, debe estar enmarcado en la promoción de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón. Conociendo las aptitudes y limitaciones de las personas se consigue potenciar el control sobre los factores de riesgo y protección que intervienen en el origen los problemas relacionados con el abuso de drogas.

Evaluar el impacto de los proyectos dirigidos a la prevención de drogodependencia resulta complicado, así como el progreso de los ciudadanos frente al impacto de las drogas o ante la oferta de nuevas sustancias. Sin embargo, son resultados fiables y de calidad, mostrando una mejora en las intervenciones de prevención

5.5. II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010-2016

El II Plan Autonómico sobre drogodependencia del Gobierno de Aragón integra modificaciones en las actuaciones y experiencias desde el ámbito de la Salud Pública. A su vez, instaura cuatro áreas de intervención, las cuales son prevención, asistencia, integración social y sistemas de información. Para su correcta ejecución, valora y mejora los criterios y objetivos del Plan Autonómico 2005-2008 y la coordinación institucional de la Estrategia Nacional sobre Drogas. Además, incluye un estudio de los consumos más problemáticos y propuestas para solventarlos.

Tanto el Plan Autonómico 2005-2008 como el II Plan Autonómico 2010-2016 poseen carácter multisectorial ya que las personas a las que se dirigen estos programas participan en distintos sectores, como por ejemplo, la salud mental, la seguridad vial, etc.

Asimismo, integra un enfoque de equidad que promueve la igualdad en salud de tal manera que los sectores de población más desfavorables reciban actuaciones de prevención, detección y reducción de daños al igual que el resto de la población.

5.5.1. Análisis de la realidad

Las encuestas que se han ido realizando sobre el consumo de drogas permiten conocer hábitos, actitudes y opiniones sobre las particularidades del fenómeno de las adicciones. También se percibir cambios, a partir de los cuales se reorientan los programas de prevención.

Desde la década de los 90, los principales consumidores de sustancias psicoactivas eran jóvenes cuyo objetivo era integrarse y sentirse aceptado en el grupo de iguales. Sin embargo, en los años 80, los consumidores de drogas, en concreto de heroína, eran adolescentes marginados con graves problemas sociales.

Hoy en día, se consumen varias drogas simultáneamente (alcohol, tabaco, cannabis, etc.) con el fin de modificar el estado de ánimo y experimentar una fase de diversión. Sin embargo, ha disminuido el número de consumo por vía parenteral¹³ y con ello el descenso de infecciones virales como el VIH¹⁴ o la hepatitis. Además, ha descendido la mortalidad por sobredosis aunque siguen prevaleciendo graves problemas asociados con salud.

Por otro lado, los jóvenes consideran estar bien informados de los efectos y problemas vinculados con las drogas. De ahí que los datos registrados hayan disminuido en cuanto al uso de cocaína y cannabis. No obstante, el cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida entre los adolescentes de 14-18 años, el 29,5% lo han consumido en los últimos 30 días.

5.5.2. Prevención en el ámbito educativo

En el ámbito escolar se llevan a cabo diversos programas multidisciplinares con el fin de crear hábitos saludables, prevenir adicciones e integrar y coordinar sistemas educativos, sanitarios y servicios sociales de Aragón, según el Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas 2005-2008.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 recalca la importancia de desarrollar capacidades y habilidades personales para oponerse a la oferta de drogas, con el fin de evitar conductas problemáticas, atrasar la edad de inicio y abandonar su consumo, en caso de haberse iniciado en el.

Se propone integrar programas preventivos enmarcados en la red de Escuelas Promotoras de Salud y en el proyecto educativo y curricular, junto con la colaboración y

¹³Consumo por vía parenteral: forma de administrar sustancias. Sucede mediante la inyección.

¹⁴VIH, también conocido como sida: es una enfermedad que afecta al sistema inmunitario. Se contagia manteniendo relaciones sexuales y a través de la sangre.

coordinación de la familia, el profesorado y los propios alumnos. El trabajo en Red permite optimizar recursos y formación, unificar criterios y mejorar la práctica.

Para velar por una adecuada prevención en drogodependencia y adicción se tienen que formar a los profesionales para aportarles competencias y reforzar factores de riesgo. De igual modo, proporcionarán medidas de apoyo con el fin de reconocer e intervenir sobre situaciones vulnerables. Los Centros de Prevención Comunitaria aportarán medidas de apoyo a los centros que presenten condiciones de mayor vulnerabilidad.

La educación para la salud debe trabajarse de forma dinámica para motivar e implicar a los alumnos, así pues, debe estar recogida en los niveles de Programación Educativa del Centro¹⁵. Además, debe darse de manera continuada para consolidarse las intervenciones preventivas en el ámbito educativo. Por consiguiente, deben afianzarse la Comisión Mixta Salud – Educación y las comisiones provinciales.

El II Plan Autonómico sobre drogas sigue los planteamientos marcados por la Ley 3/2001, buscando la coordinación entre los distintos agentes sociales.

Los planes e iniciativas que quedan dentro de este ámbito son:

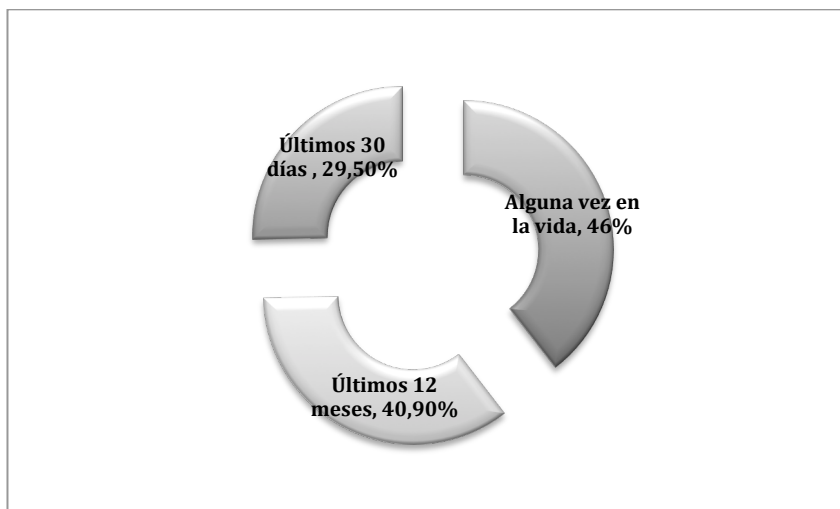
- Plan de Salud de la Mujer
- Estrategia Regional de Sida
- Plan de Salud Mental
- Plan Integral para la Convivencia Intercultural
- Plan de Seguridad Vial
- Plan Juventud Aragón
- Estrategia Aragonesa de Seguridad y Salud Laboral
- Plan Integral para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón.

5.5.3. *Cannabis*

El cannabis es la droga ilegal que presenta mayor consumo entre los adolescentes de 14-18 años. En el gráfico presentado a continuación observamos los porcentajes de los jóvenes consumidores alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días.

¹⁵Niveles de Programación Educativa del Centro: Proyecto Curricular de Centro, Programa General Anual y el Plan de Acción tutorial.

Gráfico 11. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días entre estudiantes de 14-18 años. Aragón, 2010-2016.

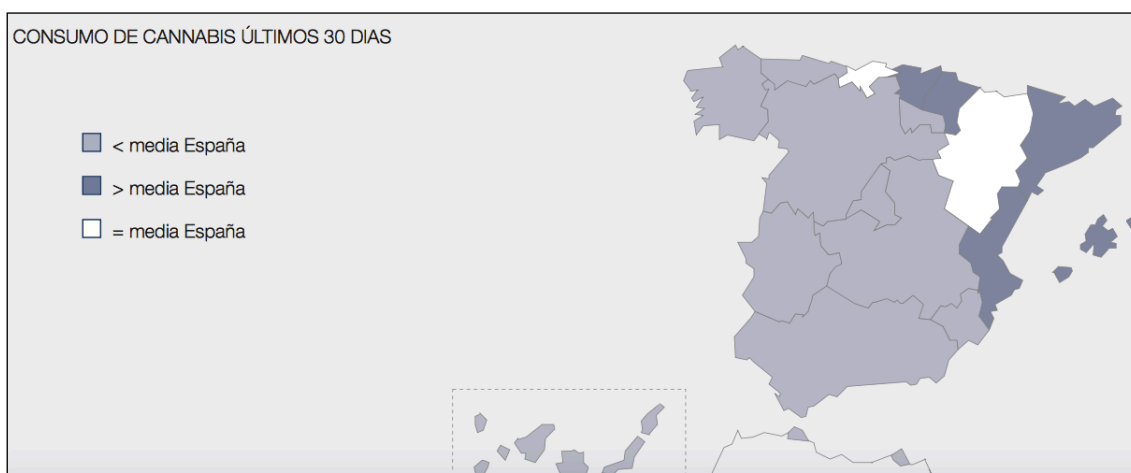


Fuente: II plan autonómico sobre drogodependencia 2010-2016.

Siguen siendo los hombres quienes consumen más cannabis que las mujeres. Datos semejantes a las encuestas de ESTUDES. La prevalencia de consumo asciende con la edad sin embargo el consumo en las mujeres de 17 y 18 años desciende. II Plan Autonómico sobre drogodependencia 2010-2016.

Estableciendo una comparativa del consumo de España con el de Aragón, cabe señalar que los aragoneses consumen más cannabis en los últimos días. No obstante, el consumo es igual al resto de España en los últimos 30 días, como podemos observar en el gráfico 12.

Gráfico 12. Consumo de cannabis en los últimos 30 días. España, 2014.



Fuente: Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2014).

5.5.4. Recursos

El gobierno de Aragón ha desarrollado programas de prevención, tratamiento y reinserción con la contribución de entidades locales con el fin de dar respuesta a toda la Comunidad Autónoma. Para ello, se desarrolló una red de ONG (organizaciones no gubernamentales) para elaborar un plan de prevención que aminorase los problemas vinculados con las drogas.

La dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón y las entidades locales son las encargadas de coordinar las actuaciones de los Centros Municipales y Comarcales y fomentar una Red Autonómica de Centros de Prevención Comunitaria relacionada con los Servicios Sociales Comunitarios. También tiene la labor de controlar y valorar las acciones que se llevan a cabo.

La Dirección General de Salud Pública, según las directrices del Plan Autonómico 2005-2008 y en colaboración con el Servicio Aragonés de Salud, ha reforzado la coordinación entre los Centros de Prevención Comunitaria, las Unidades de Asistencia y Seguimiento de Adicciones, las Unidades de Salud Mental y los Centros de Salud. (II Plan Autonómico sobre drogodependencia 2010-2016).

Por un lado, poseemos cuatro niveles de prevención. Prevención universal cuya función es impulsar factores de protección ante el uso de sustancias y conductas y hábitos saludables para atrasar la edad de inicio y los daños que ocasionan su consumo. Prevención selectiva para aminorar factores de riesgos y crear conductas y comportamientos responsables ante el consumo de sustancias. Prevención indicada cuyo objetivo es evitar factores de riesgo para precaver la adicción. Y prevención determinada la cual intenta reducir los riesgos y daños en personas con drogodependencias..

Por otro lado, se elaboraron Programas Escolares de Educación para la Salud y proyectos como la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud y la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS).

5.5.4.1. Programas Escolares de Educación para la Salud

Se llevan a cabo en los centros educativos de Aragón con el fin de prevenir el consumo de drogas.

Programa de Cine y Salud elaborado para estudiantes de Educación Secundaria en el curso escolar 2001-2002. El objetivo principal fue promover la salud y prevenir problemas de manera responsable.

Posteriormente se elaboró el programa de Órdago, realizado en Centros de Educación Secundaria en 2004-2005, cuya función era adquirir conocimientos y habilidades para rechazar, de manera autónoma, el uso de drogas

El programa La Aventura de la Vida se llevó a cabo en alumnos de 3º- 6º de Educación Primaria en 2005-2006 cuya finalidad era crear estilos de vida saludable y educar en valores para prevenir el consumo de sustancias.

Por último, también se realizó un programa en el que se abordaron hábitos de consumo, el contexto en el que se practica y las adicciones, todo ello a través de las TIC

5.5.4.2. Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud

Tiene como propósito integrar los centros educativos de la Comunidad Autónoma de Aragón que promueven la salud en los adolescentes.

5.5.4.3. Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS).

Se fundó en 1996 para promover la difusión de educación sobre la salud e incorporar distintas metodologías asociadas a diversos contextos a través del intercambio de experiencias.

Además de todo ello, existen escuelas promotoras que ofrecen información relevante a dichos proyectos, como por ejemplo, aportar formación y experiencias que otras Redes puede considerar necesarias para mejorar o crear otros nuevos. También proporcionan asesoramiento, supervisión y acceso a documentos que aportan material didáctico a través de los SARES¹⁶.

Por último, el tema asistencial parte del primer Plan Autonómico sobre dependencia y otras conductas adictivas y creó una red general desde el departamento de Salud mental al constituir unidades de asistencia y seguimiento de adicciones en cada uno de

¹⁶SARES: Sistema de Asesoramiento y Recursos en Educación para la Salud.

los centros sanitarios del Servicio Aragonés de Salud y Centros Concertados. Si la adicción no viene acompañada de sustancias psicoactivas se tratan en las Unidades de Salud Mental de los Centros Sanitarios. Es muy importante la detección de drogodependencias y otras adicciones, como tabaquismo y alcoholismo, en los Centros de Atención Primaria. Todo proceso terapéutico de rehabilitación debe coordinar el apoyo de organizaciones de pacientes y que la propia administración pueda dar a los enfermos. Por ello, las entidades colaboradoras deben tener apoyo financiero suficiente para ayudar a los pacientes en su proceso de recuperación.

5.6. Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones 2011-2017

En 1986 se comenzó a recoger los principios básicos de la Estrategia Europea, El PNSD¹⁷ y el Plan Autonómico con el fin de crear un Plan Municipal que trabajase los niveles preventivos y asistenciales en los diferentes ámbitos (educativo, familiar, laboral, etc.). Por tanto, el Plan Municipal es un documento que enmarca y coordina los programas desarrollados desde el Servicio de Drogodependencias del Ayuntamiento de Huesca. Se aprobó en el 2010 y estará vigencia hasta el año 2017.

El Plan Municipal de Prevención de drogodependencias y otras adicciones pretende mejorar la salud de los ciudadanos mediante la coordinación de agentes para estilos de vida saludables.

5.6.1. Análisis de la realidad

Huesca es una ciudad perteneciente a la comunidad Autónoma de Aragón. Cuenta con 52.933 habitantes (datos del Censo de Agosto de 2010), de los cuales, el 57% del total pertenecen a la población comprendidas entre los 20 y 65 años. El 20 % corresponde a ciudadanos de 0 a 19 años y el 14,59% de 5 a 19 años, franja de edad donde se concentran los principales programas de prevención.

El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida, tanto en los jóvenes como en los adultos, aunque en distintas proporciones, ya que los jóvenes son quienes hacen más uso de ella. La edad media de inicio es 14,6, dato preocupante puesto que cuanto más temprana es la edad de consumo, mayores son los problemas que se generan.

¹⁷PNSD= Plan Nacional sobre Drogas

Respecto a los datos obtenidos en la muestra, se puede observar que el porcentaje del consumo de cannabis es realmente alto ya que un 40,9% lo han consumido en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, cerca del 30%.

Tabla 4. Consumo de cannabis alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 12 meses en jóvenes de 14-18 años y en Edad adulta (Porcentajes) y edad media de inicio de consumo. Huesca

| | Alguna vez | Últimos 12 meses | Últimos 30 días | Edad Media |
|--------------------|-------------------|-------------------------|------------------------|-------------------|
| Edad adulta | 27,3% | 10,1% | 7,2% | 14,6 |
| Jóvenes | 46,1% | 40,9% | 29,6% | |

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OESD). Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EADDES 2007). Población de 15 a 64 años y Encuesta Estatal sobre el uso drogas en Enseñanza Secundaria en España (ETUDES 2008) Población de 14 a 18 años.

5.6.2. *Prevención en el ámbito educativo*

La prevención de consumo de drogas debe atender los factores de riesgo elaborando estrategias y habilidades que mejoren la competencia social de los ciudadanos. Para ello, se deben conocer las necesidades y características de los ciudadanos y valorar los programas que mejorar se adapten a los consumidores.

Los programas de prevención actúan de manera coordinada mediante la colaboración de distintos agentes con el fin de incluirlos en el proyecto educativo de centro. Asimismo, se forma al profesorado con conocimientos y estrategias metodológicas relacionadas con la educación para la salud con el fin de detectar el consumo precoz para reducir riesgos. De esta manera, el profesorado debe ser responsable ante la orientación y actuación de conductas problemáticas.

De mismo modo, el alumnado participa en los programas de prevención, de tal manera que posee habilidades y conocimientos para actuar de manera responsable en el ámbito individual, familiar y social, y obtiene valores y actitudes responsables hacia el consumo de sustancias.

La familia debe poseer información sobre las drogas para detectar consumos precoces y reducir los factores de riesgo que provocan en los jóvenes su consumo. Para

ello, es imprescindible facilitar habilidades, recursos y herramientas para ejercer una labor educativa ante la drogadicción.

Por último, la atención socio-sanitaria también es imprescindible para prevenir la drogodependencia. Ofrece información y atención sobre la adicción y facilita intervenciones a ciudadanos con gran vulnerabilidad para reducir las consecuencias de su uso. Para ello, es imprescindible la coordinación de los servicios sanitarios y sociales.

5.6.3. Programas municipales de prevención en el ámbito educativo

Existen varios programas educativos cuyo fin es prevenir la drogodependencia, educar en valores y promover cultura ciudadana, partiendo de la educación en habilidades para la vida.

Todos los programas que aparecen a continuación, excepto el programa *DROJNET2*, son iniciativas de EDEX cuyo lema es “Educar para vivir, educar para convivir”. Es una organización fundada en 1973 “sin fines de lucro, independiente y profesional, comprometida con la acción socioeducativa”. (EDEX, 2013)

5.6.3.1. Programa DROJNET2

Es un estudio experimental dirigido por adolescentes que abarcó inicios del año 2006 hasta el 2008 cuya finalidad era informar a los ciudadanos, mediante las tecnologías, sobre las drogas y la salud y conocer la opinión que tienen los adolescentes sobre la prevención del consumo de drogas.

La ejecución de este programa se realizó creando un grupo de intervención y un grupo de control. Consistía en enviar preguntas por SMS sobre los problemas que generaban las sustancias y se respondían con el fin de informar y sensibilizar sobre su consumo.

5.6.3.2. Programa La Aventura de la Vida

Fue creado en 1989 para escolares de 8 a 12 años. Es un programa centrado en la promoción de hábitos saludables¹⁸ y habilidades para la vida¹⁹ en el ámbito educativo, familiar y social. Todo ello se realizaba mediante álbumes, animaciones, juegos, y cuentos llamados “Cuentos para conversar”.

Hay una página web llamada “Cuentos para conversar” donde se trabajan la información principal tratada en el programa “La Aventura de la Vida”. Es una página web interactiva, ambientada en el espacio, en el que cada planeta ofrece información dirigida a personas implicadas en la educación. Hay siete planetas y por tanto siete espacios por los que moverse en la web:

- El guardián del ciberespacio. Juegos y animaciones que aportan información sobre la seguridad de la red, la protección de datos y privacidad, y el uso de redes sociales y de la Webcam.
- Planeta del profesorado. Ofrece cuentos que otorgan confianza y seguridad en los adolescentes para tratar temas con los adultos y la capacidad de escuchar consejos de los profesores. Además, ofrece información sobre los días internacionales que se conmemoran a lo largo del año.
- Planeta madres y padres. Plantea un juego para ayudar a que los padres conversen con sus hijos.
- Planeta niñas y niños: pasatiempos y cuentos sobre el medio ambiente y la igualdad.
- Los derechos de la infancia. Juegos en los cuales se trabajan valores éticos como la solidaridad, el derecho a la expresión y los derechos de los niños y las niñas.
- Planeta cuentos. Recoge cuentos que incluyen animaciones para tratar la educación en valores.
- Planeta noticias cuyo fin es aportar sugerencias para mejorar, modificar e incluir aquello que sea necesario.

¹⁸Hábitos saludables: Consumo de alcohol y tabaco, uso de medicamentos, alimentación, actividad y descanso, seguridad e higiene. (La Aventura de la Vida, 1989)

¹⁹Habilidades para la vida: toma de decisiones, autorespeto, relacionarse, manejar la tensión y afrontar los desafíos. (La Aventura de la Vida, 1989)

5.6.3.3. Programa Órdago

Dirigido a escolares de Educación Secundaria Obligatoria (12-16 años) desde 1973 cuya finalidad es prevenir el uso de drogas, educar para la salud y promover una cultura ciudadana. Se trata de treinta y dos sesiones, dirigidas y desarrolladas a cuatro niveles educativos con el fin de desarrollar competencias y habilidades para la vida, habilidades comunicativas que intervienen en los actos comunicativos y un derecho fundamental como es la libre expresión.

5.6.3.4. Programa Retomemos

Programa que pretende educar en valores y fomentar el bienestar de los adolescentes mediante el desarrollo de habilidades para la vida, es decir, habilidades cognitivas²⁰, emocionales²¹ y sociales²². Asimismo, desarrolla la competencia social basada en la capacidad de establecer vínculos con los personas de su entorno. Implica el dominio de habilidades sociales básicas, respeto, igualdad, asertividad, capacidad para gestionar situaciones emocionales, etc.

6. CONCLUSIONES

Partiendo de los datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud (1946) hasta los principios de la Declaración de Yakarta (1997) se comprende que los ciudadanos necesitan pautas que les conduzcan a la obtención de estilos de vida saludable y a prevenir enfermedades asociadas a la salud individual.

La educación es la base para prevenir comportamientos negativos en individuos que empiezan a desarrollar su personalidad y alejarse del vínculo familiar. Por ello, los centros educativos deben incorporar programas que permitan desarrollar hábitos saludables con el fin de alejar a los individuos del consumo de drogas, es decir, educar para la salud.

²⁰Habilidades cognitivas: “autoconcepto, pensamiento creativo, pensamiento crítico, toma de decisiones” (Retomemos)

²¹Habilidades emocionales: “empatía, manejo de emociones y sentimientos, manejo de tensiones y estrés”. (Retomemos)

²²Habilidades sociales: “comunicación asertiva, relaciones interpersonales, solución de problemas y conflictos”. (Retomemos)

Hablamos de Educación para la Salud porque los niños de educación primaria no son consumidores de sustancias, sin embargo, el sujeto empieza a desenvolverse de forma autónoma por lo que resulta imprescindible iniciar programas preventivos que permitan desarrollar actitudes responsables para evitar, en el futuro, su consumo.

La escuela tiene que mantener contacto con las familias de los alumnos puesto que son los agentes de socialización más importantes para el niño y quienes influyen directamente en él. Por esta razón, realizando una labor conjunta, se incrementan los objetivos que se pretenden conseguir.

Para elaborar programas preventivos es preciso analizar los motivos que provocan el consumo de sustancias y los factores de riesgo de los individuos que presentan mayor vulnerabilidad. A través de los datos recogidos anteriormente, se observa que la mayoría de los individuos que consumen cannabis, también han consumido o consumen drogas legales como el tabaco o el alcohol.

He investigado tres teorías basadas en el consumo de drogas las cuales son: teorías parciales basadas en un elemento biológico, teorías de estadios y evolutivas, la cuales se centra en la evolución del individuo y, por último, teorías integrativas y comprensivas basadas en múltiples factores.

Por otro lado, a través del estudio de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) se observa que el cannabis es la droga ilegal más consumida por la población. Empezó a usarse como evasión a problemas y, con el tiempo, su consumo aumentó al emplearse como método lúdico. Otro factor ligado al consumo es la autoestima, ya que las personas con baja autoestima poseen mayor vulnerabilidad a su uso.

La edad de inicio es un factor importante puesto que cuanto más jóvenes son las personas que se inician en las drogas, mayores son los problemas que acarrear. El lenguaje y el movimiento son las habilidades más afectadas por las drogas y más difíciles son de retomar.

Analizado los datos de consumo de cannabis a través de la encuesta ESTUDES (1994-2014) he percibido que el consumo de cannabis fue aumentando desde 1994 hasta 2004 (pico máximo) y a partir de ahí, comenzó a decrecer. Además, la edad media

de inicio fue disminuyendo, pasando de 15,10 en el año 1994 a 14,8 en 2014. Y por último, la percepción del riesgo fue disminuyendo de 1994 a 2004, y, posteriormente, fue aumentando, por lo que actúa de manera inversa al consumo.

Por otra parte, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 tiene como objetivo que todos los agentes e instituciones implicados en la prevención de uso de drogas actúen de manera coordinada. Asimismo, pretende prestar mayor atención a las personas con mayor vulnerabilidad con el fin de crear programas preventivos, específicos a sus características.

Además, recopila datos sobre la evolución de drogas. Antiguamente, la droga ilegal más consumida era la heroína debido a problemas de marginación. Esto ocasionó enfermedades infecciosas en los consumidores, llegando a provocar numerosas muertes. Posteriormente, el consumo de heroína descendió y aumentó el consumo de cannabis, variando, a su vez, sus motivos.

Dicha estrategia pretende crear programas dirigidos a jóvenes para retrasar la edad de inicio, evitar un consumo abusivo y tratar factores de riesgo y problemas de drogadicción. Para ello, se requiere la coordinación de la escuela con la familia y los Recursos Sociales y Sanitarios para promover un aprendizaje en valores. Del mismo modo, el contexto también es imprescindible ya que concilia y coordina diversas entidades para prevenir la drogadicción.

Respecto a Aragón, he estudiado el Plan Autonómico sobre Drogodependencia y otras Conductas Adictivas 2005-2008 y II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010-2016. Y más concretamente, en la provincia de Huesca, he analizado el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones 2011-2017

Por un lado, el Plan Autonómico sobre Drogodependencia y otras Conductas Adictivas 2005-2008 tiene como finalidad replantear los recursos existentes, adaptar los medios a los problemas adictivos y pronosticar situaciones futuras para evitar cambios y daños en los individuos. Además, persigue que las entidades y organizaciones actúen de manera conjunta e informen sobre su uso y los problemas que conllevan.

La situación de Aragón, respecto a las drogadicción, fue similar a la de España. La droga ilegal más consumida fue la heroína y posteriormente, el cannabis. Con ello, fueron cambiando los motivos que llevaban a los consumidores a consumir diversas sustancias.

Posteriormente, se creó el II Plan Autonómico 2010-2016 en el que se mejoraron los criterios y objetivos del Plan mencionado anteriormente. Posee carácter multisectorial y promueve la igualdad en salud.

Los centros educativos continúan con el objetivo de informar a los jóvenes sobre los efectos y problemas que ocasionan las drogas. También, crean hábitos saludables con el fin de retrasar la edad de inicio y disminuir su consumo.

Dicho Plan incorpora Programas Escolares de Educación para la Salud como recurso complementario a la información expuesta en los centros.

Y finalmente, en Huesca se llevo a cabo el Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones 2011-2017 para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos mediante la coordinación de agentes implicados en la salud. Sigue los modelos llevados a cabo en Aragón y en España pero, a su vez, incorpora nuevos programas basados en la drogodependencia, en los valores de los individuos y en su cultura.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, D. (1996). La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar. Colección actuar es posible. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de interior.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Engle wood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. En Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

- Ausubel, D.P. (1963). *The psychology of meaningful verbal learning*. New York: Grune and Stratton.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-calpe.
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Botvin, G. J., Schinke, S. P., Epstein, J. A., Díaz, T. y Botvin, E. M. (1995). Effectiveness of culturally focused and genetic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents. Two-year follow-up results. *Psychology of Addictive Behaviours*, 9, 183-194.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, vol. I. London: Hogarth press.
- Cabrera, R. y CIs. (1998). *Manual de Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Cauce editorial.
- Calafat, A, (1992). *Tú Decides*. Valencia.
- Cannabis (2006). Informe de la Comisión Clínica. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Cannabis II (2009). Informe de la Comisión Clínica. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Carpi Ballester, A. y Breva Asensio, A. La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 7, vol. 4.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Consultado el 4 de octubre de 2017. Recuperado de <http://www.fimed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- Catalano, R.F., y 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.
- Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D., & Abbott, R. D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: a test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 429-455.
- Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Consultado el 5 de octubre de 2017. Recuperado de

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

- Díaz, R., y Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y de protección. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 26, 161-187. Zaragoza. Universidad de Zaragoza
- Díaz Fernández, R., Sierra Berdejo, M. y Salavera, C. (2011). Cannabis: una sustancia que afecta al desarrollo de las habilidades de comunicación y al uso del lenguaje de los adolescentes consumidores. Revisión sobre algunos aspectos. *Boletín Aelfa*, 1, 26-32.
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2014-2015. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Consultado el 2 de Diciembre de 2017. Recuperado de http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008 (1999). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016 (2009). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G. y Partridge, K. B. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Palo Alto, California: Mayfield.
- Green, L y Kreuter, M. (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. (2nd ed.) Mountain View, CA, Mayfield.
- 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.
- E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Informe Lalonde. Consultado el 3 de Octubre de 2017. Recuperado de <https://saludypoesia.wordpress.com/2014/01/24/informe-lalonde/>
- Informe sobre el cannabis 2004: análisis de situación y propuestas de actuación, PNSD. Grupo de estudios sobre el cannabis.

- 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 the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 343-377. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Kohlberg, L. (1981). *The Philosophy of Moral Development: Moral Stages and the Idea of Justice*. San Francisco, CA: Harper & Row Pubs.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457- 476. En Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Ley General de Sanidad 14/1986. Agencia Estatal Boletín oficial del Estado (1986). Madrid.
- Merino, B. (2000). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción a la Salud*. Parte 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Merino, B. (2000). *La Evidencia de la Eficacia de la Promoción a la Salud*. Parte 2. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Monge, C.(2009). *Tutoría y Orientación Educativa. Nuevas competencias*. Facultad de Educación. UNED. Madrid: Wolters Kluwer España, 414 pp.
- Muñoz García, A. 2010. *Psicología del desarrollo en la etapa de educación primaria*. Ediciones pirámides.
- Nagera, P. y López, C (1996). *Educación para la Salud: Drogas Medio Ambiente, Recursos Sanitarios*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.

- 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.
- 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.
- Piaget, J. (1965). *La construcción de lo real en el niño*. Buenos Aires: Proteo.
- Piñuel, I y Oñate, A. (2007) *Acoso y violencia escolar en España: Informe CISNEROS X*. Madrid. Editorial Autor Editor.
- Plan Integral de Prevención Escolar, PIPES (1997). *Material de prevención del consumo de drogas para la educación primaria*. Canarias: Fundación de ayuda contra la drogodependencia.
- 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.
- Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias y otras Adicciones (2011-2017). Centro de Prevención Comunitaria de la F.M.S.S. del Ayuntamiento de Huesca.
- Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Stockley, D. y Cls. (1997). *Drogas. Guía Ilustrada para Agentes de Policía*. Bilbao. EDEX.
- Tomás, J y Almenara, J. (2007-2008). *Desarrollo cognitivo: Las teorías de Piaget y de Vygotsky*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
- Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista de neurología*, 54: 750-60.

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