

SESIONES CLÍNICAS EN **APS**

Drogas y familia:
prevención y orientación
Abordaje desde
la Atención Primaria

MATERIAL
PARA EL
PONENTE

SESIONES CLÍNICAS EN APS

Drogas y familia: prevención y orientación

Abordaje desde la Atención Primaria

Asensio López Santiago
José Zarco Montejo
José Galbe Sánchez-Ventura
Manel Nebot Adell
Juanjo Mascort Roca

SOLICITADA LA ACREDITACIÓN POR EL SISTEMA
DE ACREDITACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (SAAP)
Y LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria.

 **Obra Social**
Fundación "la Caixa"

SESIONES CLÍNICAS EN APS

Drogas y familia: prevención y orientación

Abordaje desde la Atención Primaria

**MATERIAL
PARA EL
PONENTE**

Autores:

Asensio López Santiago
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Grupo de trabajo de Educación Sanitaria del PAPPS.
Grupo de trabajo de Intervención en drogas de semFYC.

José Zarco Montejo
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Grupo de trabajo de Intervención en drogas de semFYC.
Grupo de trabajo VIH-Sida de semFYC.

José Galbe Sánchez-Ventura
Especialista en Pediatría. Grupo de trabajo de Prevención
en la Infancia - Adolescencia del PAPPS.

Manel Nebot Adell
Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
Grupo de trabajo de Educación Sanitaria del PAPPS.

Juanjo Mascort Roca
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Secretaría científica del PAPPS. Grupo de trabajo VIH-Sida
de semFYC. Grup de treball sobre VIH-Sida de CAMFIC.

Coordinador del programa Sesiones Clínicas en APS:

Albert Casasa Plana
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
EAP Sardenya, Barcelona.

© 2008, Fundación “la Caixa”

Coordinación y dirección editorial:

semfyc  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2ª planta, of. 14

08002 Barcelona

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del *copyright*.

Depósito legal:

ISBN: 978-84-96761-52-0

Índice

Presentación de la sesión	5
Desarrollo de la sesión	6
Caso clínico 1	8
Caso clínico 2	18
Materiales de apoyo	20
Bibliografía	42
Evaluación de la sesión sobre Drogas y familia: prevención y orientación Abordaje desde la Atención Primaria	43

Presentación de la sesión

Objetivo docente general

El objetivo general de la sesión es facilitar los conocimientos básicos sobre el manejo de las situaciones que se plantean a los profesionales de Atención Primaria (AP) en las consultas de los centros de salud relacionadas con el consumo de sustancias adictivas por la población escolar (11-18 años). La sesión formativa va orientada a facilitar la intervención con los padres y madres que habitualmente son los que realizan las demandas a los profesionales sanitarios.

Objetivos específicos

- ▶ Conocer las características con las que los padres presentan sus demandas a los profesionales de AP.
- ▶ Trabajar los conocimientos y habilidades necesarios para dar respuesta a los motivos de consulta más frecuentes en AP en relación con el consumo de drogas en la población escolar.
- ▶ Orientar sobre el modo de entrevista con los padres para afrontar los problemas del consumo de drogas entre sus hijos y analizar las pautas de intervención que seguir.
- ▶ Analizar los cursos de acción posibles de cara a la entrevista y seguimiento con los adolescentes.

Desarrollo de la sesión

Participantes

La sesión formativa va dirigida a los profesionales sanitarios de AP, médicos de familia, pediatras, enfermeros y trabajadores sociales.

Metodología

La metodología que se propone es activa, participativa y destinada a revisar el tema e inducir la reflexión con todos los asistentes. La función que se le asigna al docente es la de dinamizar y organizar la sesión de formación, facilitando que los asistentes aporten sus propios conocimientos y guiando al grupo para que alcance las conclusiones de manera conjunta.

Para favorecer esta metodología, la información de la sesión se basa en dos casos prácticos que los asistentes deben resolver. La participación de todos los integrantes durante el desarrollo de la sesión formativa ha de ser la base para alcanzar las conclusiones fundamentales.

La metodología para su desarrollo es la siguiente:

- ▶ Presentación de los objetivos de la sesión.
- ▶ Presentación de la metodología de la sesión, en la que se pide la participación activa de los asistentes a lo largo de toda la sesión.
- ▶ El ponente presenta el primer caso práctico y se inicia un debate con aportaciones individuales. Éste recoge las impresiones de los asistentes y las pone en común para el grupo.
- ▶ Con un trabajo en grupo, analizar las posiciones extremas del caso y explorar situaciones intermedias con el objetivo de encontrar la óptima para ofrecer una respuesta a la demanda efectuada. Después, realizar una puesta en común y analizar las conclusiones de cada grupo.
- ▶ Para finalizar el caso práctico, se mantiene el trabajo en grupos para identificar las necesidades reales que plantean los padres y cómo afrontarlas, así como los objetivos que han de plantearse con el hijo y cómo se debería afrontar. Después del trabajo en grupo, se realiza una puesta en común y

se exponen las conclusiones. De esta forma se definirá el plan de actuación que se ha de seguir con cada eje, los padres y el adolescente.

- ▶ La sesión formativa puede continuar con el desarrollo del segundo caso práctico, siguiendo idéntica metodología a la empleada en el primer caso.
- ▶ La información puede ampliarse con el material complementario destinado a la formación en materia de drogas.

Cronograma

- ▶ Entrega de material y presentación de contenidos, objetivos de la sesión y metodología de trabajo: 5 minutos.
- ▶ Exposición del caso práctico para la actividad de formación. Actividad individual y en grupo: 40 minutos.
- ▶ Puesta en común y conclusiones: 15 minutos.
- ▶ Valorar la realización del segundo caso y apoyar con formación complementaria.

Caso clínico 1

CARMEN ES UNA PACIENTE HABITUAL DE TU CUPO, DE 47 AÑOS DE EDAD, CON LA QUE MANTIENES UNA BUENA RELACIÓN.

UN DÍA ACUDE A TU CONSULTA CON SU MARIDO, PORQUE «SOSPECHAN» QUE SU HIJO DE 16 AÑOS CONSUME «ALGUNA DROGA» Y TE PIDEN QUE «LE RECETES» ESE ANÁLISIS DEL SUDOR NUEVO QUE AHORA VENDEN EN LAS FARMACIAS, PARA DETECTAR SI CONSUME O NO DROGAS.

Desarrollo del caso

Después de la presentación del caso y de resaltar al grupo las variables de éste, se recuerda de nuevo la metodología de trabajo, señalando la importancia de la participación de los asistentes para la resolución del caso.

Algunas variables esenciales del caso de Carmen:

- Carmen tiene 47 años, con más de 30 años de diferencia con su hijo.
- Es una paciente habitual, con la que seguro existe una relación de confianza.
- Es muy probable que los padres se encuentren desbordados por una situación de la que desconocen la realidad.
- Su demanda es genérica, motivada especialmente por la «angustia» que produce una situación nueva y sin capacidad de control.
- Es fácil entender que los padres quieren conseguir una «información irrefutable» ante la que el hijo no pueda oponer argumentos.
- Los padres desean «recuperar» el control sobre su hijo, sin plantearse las posibles consecuencias de esta medida.
- Desconocemos información sobre el hijo: ¿cómo responde ante los padres?, ¿existen factores de riesgo?
- ¿Podemos considerar «anormal» el consumo de drogas en un chico de 16 años?

El ponente propone al grupo la siguiente pregunta:

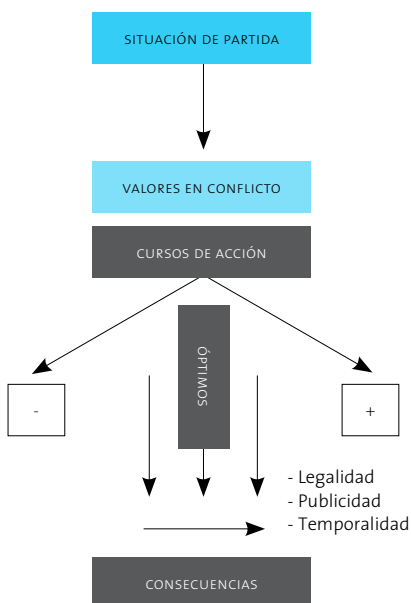
¿Cuál sería tu actitud inicial ante la demanda de los padres?

Se pide al grupo que, en una técnica de «tormenta de ideas», se aporten todas las propuestas posibles y se anoten para un análisis posterior. Las opiniones deben ordenarse según los siguientes elementos:

Desarrollar el caso a partir de un proceso deliberativo:

- Análisis de valores/principios implicados: qué haríamos ante esta situación.
 - Cursos de acción extremos:
Sí, le receto el test del sudor ↔ No, tiene que venir a la consulta.
 - Posibles cursos de acción intermedios que pueden ser de mayor utilidad para esta situación.
 - Análisis de las consecuencias previsibles para cada curso de acción.
 - Determinación del o de los cursos de acción óptimos.
-

En esta primera fase se pretende que el grupo sea capaz de relatar el mayor número posible de respuestas posibles ante las que nos podamos encontrar.



Se continúa el caso intentando buscar una salida colectiva a la demanda recibida. Para ello, planteamos al grupo la siguiente pregunta:

¿Con qué alternativa nos quedamos?

Para encontrar un consenso, proponemos un trabajo en grupos de 4-6 personas, partiendo de las dos situaciones más extremas que hayan surgido. Cada grupo debe analizar las consecuencias positivas y negativas que podrían derivarse de esa situación extrema y proponer situaciones intermedias, que permitan la solución del caso en la consulta.

Trabajo por grupos (1.ª parte)

1. Partiendo de la situación extrema «A», analizar sus consecuencias y proponer cursos intermedios manteniendo siempre su opción.
2. Lo mismo desde la situación extrema «B».
3. Plantear desde un principio situaciones intermedias.

Realizar la puesta en común

Si hubiera quedado el caso con algunos elementos sin resolver, se vuelven a trabajar en grupos. En este caso, un grupo debe analizar las necesidades de los padres en esta demanda y cómo podríamos afrontarlas; el otro (u otros) grupo analiza las necesidades del adolescente y cómo conseguir una entrevista de éxito con él.

Trabajo por grupos (2.ª parte)

1. Analizar las necesidades de los padres en la demanda que plantean y el posible plan de seguimiento.
2. Proponer un plan de actuación con el hijo: ¿lo citamos en la consulta?; ¿le ofrecemos orientación?; ¿cómo manejamos la consulta con el joven?

Realizar la puesta en común

- Analizar las necesidades de los padres en la demanda que plantean y el posible plan de seguimiento.
- Analizar las necesidades del adolescente y cómo conseguir una entrevista de éxito con él.
- Proponer un plan de actuación con el hijo: ¿lo citamos en la consulta?; ¿le ofrecemos orientación?; ¿cómo manejamos la consulta con el joven?

Algunas conclusiones

A continuación, destacamos algunos de los aspectos que deben enunciarse e intentar clarificarse en la sesión formativa, y que son determinantes para el éxito de la resolución de la mayoría de las demandas y los problemas relacionados con el consumo de drogas en la adolescencia.

Ejes y procesos que considerar:

➤ **Con los padres:**

- Clarificación de la demanda (¿existe un problema?, ¿cuantificación del consumo?).
- Escucha activa: alivio emocional (angustia) – tranquilizar, predisposición de ayuda.
- Seguimiento del caso, posible cita posterior.
- Pautas de relación con el hijo.

- El motivo de consulta más frecuente en relación al consumo de drogas en las consultas de Atención Primaria, suele ser la demanda indirecta de los padres ante la sospecha o el descubrimiento de una situación de consumo por parte de sus hijos.
- La prevalencia de consumo de las diferentes drogas ha aumentado en los últimos años entre los jóvenes. En cualquier caso, no podemos olvidar que en muchas ocasiones, la mayoría de estos consumos son experimentales o esporádicos y no necesariamente problemáticos.
- Es importante en estos casos intentar obtener información del propio hijo o hija mediante una conversación tranquila buscando el momento más adecuado.
- En cualquier caso, será necesario realizar una valoración global de la situación, incluyendo la intensidad, y circunstancias y frecuencia del consumo, ya que este puede ser experimental, ocasional o habitual.
- Los padres y madres deberán prestar especial atención a los posibles signos directos e indirectos del consumo, como cambios de humor o de carácter, empeoramiento del rendimiento académico o cambios en las amistades, entre las que con frecuencia se pueden encontrar otros jóvenes consumidores.
- También debemos estar atentos a cambios físicos como aparición de tos crónica, conjuntivitis, pupilas dilatadas, olor a alcohol o a porros, entre otros.
- Es importante valorar las circunstancias favorecedoras del consumo, entre las que destacan, además de los señalados anteriormente, los patrones de ocio.
- Se desaconseja en principio realizar un análisis de detección de drogas sin el consentimiento del adolescente ya que puede romper su confianza y dificultar la comunicación en el futuro.
- En el caso de que la comunicación falle o la magnitud del consumo sea importante, será necesario proponer una consulta con otros profesionales.
- Para facilitar el entendimiento de estas variables y poder adoptar una respuesta equilibrada ante las demandas de los padres, es recomendable disponer de información objetiva acerca de la epidemiología de consumo de drogas entre la población escolar española.

Datos de la encuesta escolar sobre consumo de drogas, realizada por el Plan Nacional sobre Drogas:

VARIACIONES EN LAS PREVALENCIAS DE CONSUMO. ESPAÑA, 2004-2006/2007

	Alguna vez			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	04	06/07	VARIACIÓN	04	06/07	VARIACIÓN	04	06/07	VARIACIÓN
ALCOHOL	82	79,6	-2,4	81	74,9	-6,1	65,6	58,0	-7,6
TABACO	60,4	46,1	-14,3	-	34	-	28,7	27,8	-0,9
CANNABIS	42,7	36,2	-6,5	36,6	29,8	-6,8	25,1	20,1	-5
COCAÍNA	9	5,7	-3,3	7,2	4,1	-3,1	3,8	2,3	-1,5
SPEED Y ANFETAMINAS	4,8	3,4	-1,4	3,3	2,6	-0,7	1,8	1,4	-0,4
ALUCINÓGENOS	4,7	4,1	-0,6	3,1	2,8	-0,3	1,5	1,3	-0,2
ÉXTASIS	5	3,3	-1,7	2,6	2,4	-0,2	1,5	1,4	-0,1
HEROÍNA	0,7	1,0	+0,3	0,4	0,8	+0,4	0,4	0,5	+0,1

FUENTE: ENCUESTA ESTATAL SOBRE USO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS (ENCUESTA ESCOLAR) 2006-07. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. FUENTE: ESTUDES 2002-2006/07. OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

- Las drogas legales, -alcohol y tabaco-, son las más consumidas en la población adolescente, seguidas del cannabis, aunque las que más han aumentado han sido el cannabis y la cocaína.
- Sin embargo ésta tendencia se ha invertido. Se ha producido un descenso importante del consumo de las drogas más extendidas (sobre todo tabaco, cannabis y cocaína), un incremento de la percepción de riesgo en casi todas las sustancias y un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas.
- El primer contacto con las drogas se produce a lo largo de la segunda década de la vida. Cuanto más precoz sea este primer contacto, mayor es la probabilidad de desarrollar un consumo problemático de drogas. En nuestro medio, las primeras drogas con las que experimentan los adolescentes son el tabaco (edad media de inicio 13,1 años), el alcohol (13,8 años) y el cannabis (14,6 años). El resto de drogas se inicia posteriormente: la cocaína a los 15,4 años y el éxtasis y derivados anfetamínicos a los 15,5 años. Una gran parte del consumo tiene lugar en un contexto de ocio, en compañía de amigos.
- La anamnesis es la herramienta fundamental para explorar el consumo de cualquier paciente. El uso de una prueba analítica para detectar un posible consumo, sin el consentimiento informado del paciente, no se puede recomendar tanto a nivel ético como a nivel práctico (ya que no aporta ninguna información sobre las circunstancias, frecuencia y consecuencias del consumo, además de quebrar la relación médico-paciente y vulnerar el principio ético de autonomía).

RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA EN LA QUE SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS

¿CÓMO MANEJAR UNA ENTREVISTA CON LOS PADRES SI EL HIJO/A ESTÁ PRESENTE?

- ▶ EN PRIMER LUGAR, ESCUCHAR LA DEMANDA, GENERALMENTE POR PARTE DE LOS PADRES, PERO MANEJANDO CORRECTAMENTE EL LENGUAJE VERBAL Y NO VERBAL PARA CON EL HIJO/A.
- ▶ JUSTIFICAR LA PERTINENCIA DE UNA ENTREVISTA A SOLAS CON EL INTERESADO/A INVITANDO A LOS PADRES A SALIR POR EL TIEMPO QUE SEA NECESARIO (CABE LA POSIBILIDAD DE POSPONER EL ENCUENTRO PARA UNA FUTURA CONSULTA SI FUERA PRECISO POR LA FALTA DE TIEMPO).
- ▶ POSTERIORMENTE, TRABAJAR CON EL ADOLESCENTE, ASEGURÁNDOLE LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL EN TODO EL PROCESO, RESPETANDO SUS COMPORTAMIENTOS COMO SI DE UN ADULTO SE TRATASE Y MOSTRÁNDOLOS COMO UNA POSIBLE AYUDA SI FUERA PRECISO Y ÉL LO ENCONTRARA OPORTUNO. CUALQUIER REFUERZO DE CARA A SU AUTOESTIMA SERÁ DE GRAN UTILIDAD. ASÍ MISMO DEBEREMOS PACTAR QUÉ INFORMACIÓN TRANSMITIR A SUS PADRES Y CÓMO HACERLO, TANTO DE FORMA INMEDIATA CUANDO ENTREN DE NUEVO A LA CONSULTA, COMO POSTERIORMENTE SEGÚN EL PLAN ACORDADO.
- ▶ VOLVER A INVITAR A LOS PADRES A ENTRAR E INFORMARLES DE LO PREVIAMENTE PACTADO CON EL HIJO/A EN RELACIÓN AL PLAN A SEGUIR.

¿CÓMO MANEJAR UNA ENTREVISTA SI EL HIJO/A NO ESTÁ PRESENTE?

- ▶ ESCUCHA ACTIVA QUE FAVOREZCA LA DESCARGA EMOCIONAL. INVESTIGAR LAS CIRCUNSTANCIAS CONCRETAS DE LA SITUACIÓN DE CONSUMO A LA QUE HACEN REFERENCIA.
- ▶ TRANQUILIZAR A LOS PADRES UTILIZANDO INFORMACIÓN VERAZ:
 - EXPLICAR QUE EL HECHO DE LA EXISTENCIA DE UN CONSUMO NO NECESARIAMENTE SUPONE LA EXISTENCIA DE UN PROBLEMA.
 - CONTEXTUALIZAR EL CONSUMO CON LA FRECUENCIA EN SU GRUPO DE EDAD.
 - MOSTRAR PREDISPOSICIÓN PARA AYUDAR A SU HIJO EN CASO DE QUE SEA NECESARIO.
- ▶ FOMENTAR EL DIÁLOGO COMO MEDIO DE ACERCAMIENTO A SU HIJO Y EVITAR LAS MEDIDAS COERCITIVAS (CASTIGOS, ANÁLISIS DE DETECCIÓN DE CONSUMOS NO CONSENTIDOS...).
- ▶ MEDIAR PARA QUE EL HIJO/A ACUDA A LA CONSULTA PARA PODER VALORAR LA EXISTENCIA O NO DE UN POSIBLE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Y ESTABLECER EN SU CASO UN VÍNCULO TERAPÉUTICO.

➤ Con el hijo:

- Respeto a su autonomía (¿menor maduro?).
- Confidencialidad/secreto profesional.
- Establecimiento de la relación clínica.
- Posibilidad de intervención posterior (¿consumo problemático?).
- ¿Cuándo y cómo derivar a un servicio especializado? (los pactos).

Se trata de un grupo poblacional poco frecuentador de la consulta pues por lo general tiene escasos problemas de salud, así que debemos aprovechar cualquier oportunidad para explorar un posible consumo. Además, existen ocasiones específicas en las que hay que valorar la oportunidad de explorar el consumo de drogas:

- Cuando se abre una historia clínica nueva.
- Ante cualquier demanda explícita o implícita relacionada con un probable consumo de drogas.

- De forma periódica para realizar detectarlo y dar consejo en el contexto de promoción de hábitos de vida saludables y actividades preventivas. Según el PAPPs con una periodicidad al menos anual en los adolescentes.
- Ante cambios biográficos importantes que pueden acarrear cambios conductuales (fracaso escolar, accidentes, conflictos familiares, etc.).

El profundizar en una historia de consumo de drogas requiere de una relación de confianza que no siempre es fácil de conseguir. La confidencialidad, el consentimiento informado y el secreto profesional son aspectos éticos fundamentales que se deben reforzar, preservando siempre la autonomía de la persona sobre nuestros intereses sanitarios. Debemos crear un clima de empatía que facilite la escucha activa, cuidar nuestro lenguaje no verbal y disponer del tiempo adecuado.

- Se recomienda realizar preguntas abiertas, exploratorias y facilitadoras, que den la oportunidad de expresarse con libertad:

“A tu edad, hay chicos y chicas que salen de marcha y a veces hacen botellón... ¿Qué haces cuando sales de marcha?”

¿Conoces a alguien que haya tenido problemas al beber alcohol o tomar drogas?

- Evitar preguntas directas, que incluyan la posible respuesta dentro de la propia pregunta o, preguntas con repuestas dicotómicas de si/no ya que, por lo general, son percibidas como un interrogatorio y dificultan obtener información.

“¿Qué drogas consumes?”

“Drogas no, ¿verdad?”, “no consumes drogas”, “de drogas nada, ¿verdad?...”

“¿Consumes drogas?”

- Son factores facilitadores para una investigación más fidedigna y profunda, diferentes elementos de la escucha activa:

*Señalamientos: hacer énfasis sobre una emoción conducta expresada:
“parece que...”*

*Clarificaciones: intervención que obliga a explicar el significado de algo:
“¿qué entiende por...?”*

*Parafraseados y resúmenes: pequeños resúmenes con palabras propias:
“según creo entender...”*

CLARIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

- ▶ INICIAR LA ENTREVISTA CON LOS PADRES CON LA INTENCIÓN DE CONOCER CON PRECISIÓN LAS PREOCUPACIONES QUE LES LLEVAN A LA CONSULTA.
- ▶ IDENTIFICAR SI EXISTEN ANTECEDENTES O EXPERIENCIAS CERCANAS EN LA FAMILIA QUE GENEREN UN AUMENTO DE LA PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES.
- ▶ DAR LA OPORTUNIDAD A LOS PADRES A QUE EXPRESEN CON DETALLE TODAS SUS EXPLICACIONES SOBRE SU HIJO.

- ▶ RECOGER INFORMACIÓN SOBRE LAS RELACIONES ENTRE LOS PADRES Y EL HIJO. SI EXISTEN AFICIONES CONJUNTAS, SI MANTIENEN DIÁLOGO CON FRECUENCIA, SI EXISTEN DIFICULTADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS FAMILIARES, SI EL HIJO PARTICIPA EN LAS TAREAS DE LA CASA, ETC.
- ▶ EXPLORAR ACERCA DE LA INFORMACIÓN QUE DISPONEN LOS PADRES SOBRE LAS RELACIONES SOCIALES DE SU HIJO Y SU OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE, Y LA VALORACIÓN QUE HACEN DE ELLO.
- ▶ CONOCER LA ADAPTACIÓN DEL HIJO EN LOS ESTUDIOS Y SI HA EXPERIMENTADO CAMBIOS EN LOS ÚLTIMOS TIEMPOS.

ESCUCHA ACTIVA Y SEGUIMIENTO DEL CASO

- ▶ CONOCER EL NIVEL DE PREOCUPACIÓN DE LOS PADRES SOBRE LA SOSPECHA DE CONSUMO DE DROGAS DE SU HIJO.
- ▶ IDENTIFICAR EL ALCANCE DE LA PREOCUPACIÓN SOBRE EL HIJO.
- ▶ MOSTRAR DISPOSICIÓN A OFRECER APOYO A LOS PADRES MIENTRAS ESTÉN PREOCUPADOS O SE MANTENGA EL PROBLEMA.
- ▶ CONTEXTUALIZAR LAS CONDUCTAS DE CONSUMO DE DROGAS DE LOS MENORES EN LOS PATRONES SOCIALES DE LOS JÓVENES.
- ▶ OFRECER LA POSIBILIDAD DE MANTENER UNA ENTREVISTA CON EL HIJO ANTES DE TOMAR NINGUNA DECISIÓN QUE PUEDA DIFICULTAR INTERVENCIONES POSTERIORES.
- ▶ OFRECER UNA CITA EN UN PERÍODO DE 4 SEMANAS PARA CONOCER LA EVOLUCIÓN DEL CASO.

PAUTAS DE RELACIÓN DE LOS PADRES CON EL HIJO

- ▶ ORIENTAR A LOS PADRES PARA QUE NO ACTÚEN A ESCONDIDAS CON EL HIJO.
- ▶ RECOMENDAR QUE NO ABORDEN EL PROBLEMA CON EL HIJO CUANDO SURJA UN CONFLICTO, SINO QUE LO EMPLACEN A UN MOMENTO POSTERIOR.
- ▶ ES PREFERIBLE QUE EXPONGAN A SU HIJO LA PREOCUPACIÓN Y DARLE LA OPORTUNIDAD DE CONOCER SU OPINIÓN.
- ▶ CLARIFICAR LAS NORMAS DE CONDUCTA DEL HIJO.
- ▶ SI SE CONFIRMA EL CONSUMO DE DROGAS, ACORDAR CON EL HIJO, DE MANERA INFLEXIBLE, LA VALORACIÓN POR EL MÉDICO DE FAMILIA DE LA EXISTENCIA O NO DE UN PROBLEMA DE SALUD.
- ▶ LOS PADRES DEBEN MANTENER UNA POSICIÓN FIRME Y ACORDADA PREVIAMENTE.

LA ENTREVISTA CON EL JOVEN EN LA CONSULTA

- ▶ GARANTIZAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA ENTREVISTA.
- ▶ MOSTRAR PREOCUPACIÓN POR SU PERSONA.
- ▶ EVITAR JUICIOS DE VALOR SOBRE SU CONDUCTA.
- ▶ TRANSMITIR MENSAJES CLAROS Y FIRMES SOBRE LOS RIESGOS QUE PUEDE ESTAR ASUMIENDO.
- ▶ PEDIR PERMISO ANTES DE EXPLORAR ASPECTOS DE SU INTIMIDAD.
- ▶ DEJAR CLARO LOS ASPECTOS QUE NOS GENERAN PREOCUPACIÓN DE SU CONDUCTA.
- ▶ OFRECER UNA CITA DE SEGUIMIENTO PARA UNA NUEVA EVALUACIÓN.

CÓMO TRABAJAR ANTE LA DETECCIÓN DE UN CONSUMO PROBLEMÁTICO Y LA NEGATIVA DE SU EXISTENCIA POR PARTE DEL ADOLESCENTE

- ▶ EN PRIMER LUGAR DEBEMOS SER CAPACES DE ENTABLAR UNA RELACIÓN DE CONFIANZA QUE NOS PERMITA ESTABLECER UN VÍNCULO TERAPÉUTICO EN EL FUTURO.
- ▶ ES IMPRESCINDIBLE NO CENSURAR SU CONDUCTA NI MORALIZAR NUESTROS MENSAJES (VERBALES Y NO VERBALES), PONIÉNDONOS SIEMPRE EN UNA SITUACIÓN DE RESPETO A SU AUTONOMÍA, AUNQUE SIN RENUNCIAR A SEÑALAR LOS POSIBLES RIESGOS QUE DETECTAMOS EN SU CONDUCTA.
- ▶ SIEMPRE TENEMOS QUE DEJAR UNA PUERTA ABIERTA PARA UN POSIBLE CAMBIO DE ACTITUD FUTURO, ACORDANDO, SI ES POSIBLE, UNA FECHA PARA LA PRÓXIMA VISITA.

- ▶ EN TODO EL PROCESO DEBEMOS RECALCAR LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL, PACTANDO CON EL INTERESADO QUÉ INFORMACIÓN TRANSMITIR A LOS PADRES.
- ▶ TENDREMOS QUE TRABAJAR LA CONFRONTACIÓN DE LOS INDICADORES DE LA EXISTENCIA DE UN PROBLEMA DE SALUD (SIGNOS CLÍNICOS, SÍNTOMAS, CAMBIOS EN PATRONES DE CONDUCTA, EXISTENCIA DE CONFLICTOS FAMILIARES, EXISTENCIA DE CAMBIOS EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR...) FRENTE A LOS FINES BUSCADOS EN EL PROPIO CONSUMO CON EL OBJETIVO DE TRABAJAR LA AMBIVALENCIA DE TODO CONSUMO, HASTA QUE EL ADOLESCENTE SEA CAPAZ DE IDENTIFICAR SU DISCREPANCIA QUE LE MOTIVE PARA EL CAMBIO. SE TRATA DE UN PROCESO QUE PUEDE PRECISAR DE BASTANTE TIEMPO, PERO QUE ES IMPRESCINDIBLE PARA TRABAJAR LAS RESISTENCIAS Y PODER PLANTEAR ALTERNATIVAS DE CAMBIO VÁLIDAS.
- ▶ UNA VEZ QUE EL ADOLESCENTE SEA CONSCIENTE DE LA EXISTENCIA DE UN PROBLEMA CON SU CONSUMO, PODRÁ PLANTEARSE LA INTENCIÓN DE CAMBIO.

En caso de la detección de consumo o de la intención del mismo es importante explorar:

- ↗ Qué conocimientos tiene sobre las diferentes drogas: efectos buscados (el efecto positivo que busca todo consumidor), efectos negativos y/o posibles consecuencias sobre la salud tanto a corto como a medio y largo plazo.
- ↗ Qué cantidad de drogas consume y desde cuándo. Pautas y vías de consumo.
- ↗ Las situaciones de consumo y contextos (consumo en compañía o acompañado por la pareja, amigos, iguales...)
- ↗ Posibles combinaciones de drogas (policonsumos), analizando el conocimiento sobre posibles sinergias, antagonismos y efectos secundarios.
- ↗ Estadio del cambio en el que se encuentra respecto a un consumo determinado.
- ↗ Intentos previos de abandono o disminución en el consumo, analizando las diferentes situaciones.

Algunos materiales de apoyo para el desarrollo de la sesión

ADOLESCENTE DE ALTO RIESGO

- ▶ CONDUCTA REBELDE ANTISOCIAL.
- ▶ TENDENCIA AL RETRAIMIENTO Y A LA AGRESIVIDAD.
- ▶ FRACASO ESCOLAR.
- ▶ BAJA AUTOESTIMA.
- ▶ INSENSIBILIDAD A LAS SANCIONES.
- ▶ POBRE EMPATÍA CON EL MEDIO.
- ▶ FRECUENTES MENTIRAS.
- ▶ POCO CONTROL DE LOS IMPULSOS.
- ▶ ALCOHOLISMO FAMILIAR.
- ▶ DETERIORO SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA.
- ▶ SITUACIÓN FAMILIAR CONFLICTIVA.
- ▶ USO DE DROGAS EN EDADES PRECOCES.
- ▶ IGUALES QUE CONSUMEN DROGAS.
- ▶ PSICOPATÍA PREVIA (TRASTORNO DESAFIANTE, TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, TRASTORNO DE HIPIERACTIVIDAD, TRASTORNO DE PERSONALIDAD).

ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO DEL ADOLESCENTE

- ▶ FOMENTAR LOS VÍNCULOS DE RESPETO MUTUO.
- ▶ ESTABLECER REGLAS MORALES Y DE CONVIVENCIA.
- ▶ ESTABLECER LAS NORMAS CON CRITERIOS COMPARTIDOS Y POR MEDIO DE CONSENSO.
- ▶ MANTENER LAS NORMAS DE MANERA COHERENTE.
- ▶ INSISTIR Y SER PERSISTENTE PARA LA APLICACIÓN DE LA NORMA.
- ▶ NORMAS EXPLICADAS Y EXPLÍCITAS.
- ▶ COMPARTIR RESPONSABILIDAD Y CONFIANZA CON EL HIJO.

DE: CLAYTON, 1992.

CÓMO ACTÚAN LOS FACTORES DE RIESGO EN LA APARICIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA

1. LOS FACTORES DE RIESGO PUEDEN NO ESTAR PRESENTES. CUANDO ESTÁ PRESENTE UN FACTOR DE RIESGO, ES MÁS PROBABLE QUE APAREZCA LA CONDUCTA PROBLEMA.
2. LA PRESENCIA DE UN SOLO FACTOR DE RIESGO NO ASEGURA LA APARICIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA. SE COMPORTA COMO UNA VARIABLE PROBABILÍSTICA.
3. LA APARICIÓN DE LA CONDUCTA ESTÁ RELACIONADA CON EL NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO, AUNQUE NO SE CUMPLE SIEMPRE EL EFECTO ADITIVO.
4. LA MAYORÍA DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN TIENEN MÚLTIPLES DIMENSIONES MEDIBLES, QUE INFLUYEN DE MANERA INDEPENDIENTE AUNQUE INTERRELACIONADA.
5. EN OCASIONES, LAS INTERVENCIONES VAN DIRIGIDAS A ELIMINAR EL FACTOR DE RIESGO, PERO EN OTRAS SÓLO ES POSIBLE SU REDUCCIÓN PARCIAL O AMORTIGUACIÓN.

CRITERIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS. DSM IV-R

- A. UN PATRÓN DESADAPTATIVO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS QUE CONLLEVA UN DETERIORO O MALESTAR CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS, EXPRESADO POR UNO (O MÁS) DE LOS ÍTEMS SIGUIENTES DURANTE UN PERÍODO DE 12 MESES:
 - a. CONSUMO RECURRENTE DE SUSTANCIAS QUE DA LUGAR AL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DE TRABAJO, EN LA ESCUELA O EN CASA.
 - b. CONSUMO RECURRENTE DE LA SUSTANCIA EN SITUACIONES EN LAS QUE HACERLO ES FÍSICAMENTE PELIGROSO.
 - c. PROBLEMAS LEGALES REPETIDOS.
 - d. CONSUMO CONTINUADO DE SUSTANCIA, A PESAR DE TENER PROBLEMAS SOCIALES CONTINUOS O RECURRENTES O PROBLEMAS INTERPERSONALES CAUSADOS O EXACERBADOS POR LOS EFECTOS DE LA SUSTANCIA.
- B. LOS SÍNTOMAS NO HAN CUMPLIDO NUNCA LOS CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS DE ESTA CLASE DE SUSTANCIA.

CÓMO REALIZAR EL CONSEJO A LOS ADOLESCENTES

- ▶ EL CONSEJO DEBE RESPETAR LOS VALORES Y LA CULTURA DEL RECEPTOR, UTILIZANDO CÓDIGOS DE COMUNICACIÓN QUE RESULTEN CERCANOS.
- ▶ CREAR UN ENTORNO QUE FACILITE LA ATENCIÓN Y RESULTE ATRACTIVO.
- ▶ UTILIZAR VARIAS FUENTES DE INFORMACIÓN: VÍDEOS, FOLLETOS, CARTELES.
- ▶ USO DE CUESTIONARIOS BREVES PARA REALIZAR EVALUACIÓN RÁPIDA.
- ▶ ORIENTAR EL CONSEJO EN FUNCIÓN DE LA FASE EN LA QUE SE ENCUENTRA EL PACIENTE, INTENTANDO AJUSTAR AL MÁXIMO LA COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL.
- ▶ EMPLEAR SIEMPRE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR.
- ▶ CONOCER LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD.
- ▶ REPETIR LOS MENSAJES DE ASESORAMIENTO.
- ▶ EL MENSAJE HA DE SER POSITIVO, EVITANDO HABLAR DE SALUD.
- ▶ HAY QUE UTILIZAR RECURSOS DE MOTIVACIÓN SOBRE ASPECTOS QUE ATRAIGAN A LOS ADOLESCENTES.
- ▶ DEBE SER ADECUADO A LA EDAD.

Caso clínico 2

EVA Y JUAN SON LOS PADRES DE RUBÉN, DE 13 AÑOS. RUBÉN ES PACIENTE DE TU CUPO DESDE QUE NACIÓ Y NO HA PRESENTADO PROBLEMAS GRAVES DE SALUD.

LOS PADRES ESTÁN PREOCUPADOS PORQUE ÚLTIMAMENTE NO MUESTRA INTERÉS EN EL COLEGIO, ESTÁ SACANDO PEORES NOTAS, HA CAMBIADO DE AMIGOS Y NO SABEN MUY BIEN CON QUIÉN VA. TAMBIÉN HA DEJADO EL EQUIPO DE FÚTBOL.

ES UN CHICO TÍMIDO E INFLUENCIABLE. EL SÁBADO LLEGÓ «BASTANTE BEBIDO» A LAS 3.00 H DE LA MAÑANA (SU HORA TOPE ERA LAS 24 H) Y DISCUTIERON CON ÉL.

ACUDEN A TU CONSULTA A SOLICITARTE AYUDA PORQUE, DESDE ENTONCES, DICEN QUE NO ATIENDE A RAZONES Y NO LES DIRIGE LA PALABRA.

Desarrollo del caso

Pedir una participación individual a los asistentes:

- ¿Debemos dar importancia excesiva a esta demanda?
 - ¿Hemos de considerar la borrachera como un acontecimiento «normal»?
 - ¿Realmente tenemos alguna capacidad de maniobra en esta situación?
-

Desarrollar el caso trabajando en dos grupos:

Grupo A:

ponerse en el papel de Rubén y analizar su posible reacción desde una perspectiva emocional.

Grupo B:

ponerse en el papel de los padres para explicar su actuación y describir su estado emocional.

Realizar una puesta en común de ambos grupos y trabajar alternativas de aproximación para reconducir la situación padres/hijo con participación grupal (tormenta de ideas). Intentar llegar a un consenso de cuál sería la recomendación óptima con objetivos a corto y largo plazo.

Algunas conclusiones

Ejes y procesos que considerar:

➤ **Con los padres:**

¿Cómo reconducir la comunicación con Rubén?

- Desdramatizar la situación, contextualizando los hechos concretos.
- Sugerir que le expliquen su preocupación.
- Posponer cualquier situación de diálogo pasado un tiempo del episodio de crisis.
- Predisposición a la ayuda para cuando el hijo lo estime oportuno.

➤ **Con Rubén:**

- Mediar para que acuda a la consulta con el objetivo de reforzar el vínculo terapéutico, garantizando explícitamente la confidencialidad.
- Valorar la existencia o no de un consumo problemático.
- Analizar el momento del cambio, la percepción de riesgos y asesorar en consecuencia.
- Predisposición de ayuda para cuando lo estime oportuno.
- Pacto de la información a transmitir a sus padres.

Materiales de apoyo

Detección e intervención en las conductas de riesgo de los adolescentes

Introducción

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se definen, establecen y consolidan de manera definitiva los patrones de conducta de los individuos. Durante la infancia se van adquiriendo y conformando muchas de las conductas y rasgos que caracterizan al individuo. Sin embargo, es en la adolescencia cuando aparece la oportunidad de consolidar de manera definitiva todos los rasgos o proceder a modificarlos o cambiarlos. Por lo tanto, este período debe ocupar una atención determinante en un sistema sanitario que tenga la intención de centrar sus acciones en la prevención y en evitar de las conductas que condicionan los problemas de salud.

El adolescente pasa de la protección de la niñez a tener que asumir sus propias responsabilidades. Tiene la capacidad de ser consciente de su vida y de tomar decisiones sobre ella. Su evolución psicológica se caracteriza por el desarrollo de la capacidad de pensamiento abstracto y conceptual, la búsqueda de la propia personalidad, la maduración de sus actitudes sexuales. En todo este proceso de evolución y transformación, el adolescente comienza a tomar decisiones sobre su estilo de vida y a consolidar lo que va ser su patrón de conducta para la próxima etapa adulta. Una vez establecida la etapa adulta, cualquier nueva incorporación, innovación o cambio de ésta pasará por todo un proceso de resistencias, con una tendencia a perpetuar las conductas establecidas que dificultará mucho cualquier modificación.

Es fácil entender por qué la Atención Primaria (AP) ha de activar su presencia con los adolescentes como medida para incorporar unos patrones de conducta compatibles con la prevención de las patologías que generan más morbilidad y mortalidad en los adultos. Los pediatras, los médicos de familia, los profesionales de enfermería y los trabajadores sociales tenemos la oportunidad de actuar de una manera activa para conseguir modificar las pautas que se conforman y configuran en estas edades.

Los problemas de salud de los adolescentes

Los adolescentes se presentan en los centros de salud como individuos, en general sanos, con problemas de salud bien definidos, que no suelen generar graves dificultades de atención. Tanto médicos de familia como pediatras encuentran en el adolescente un paciente con ciertas dificultades de comunicación pero que, habitualmente, ocupan poco tiempo en su consulta y tienen la posibilidad de resolver con celeridad los problemas que se presentan.

Este fenómeno está originado por diferentes situaciones que confluyen y determinan que la atención al adolescente en España, diste bastante de las necesidades reales que requiere este colectivo. Por una parte, en España está imperando una imagen de que la adolescencia es sinónimo de salud. Se trata de una etapa exenta de patologías relevantes y que se caracteriza por conductas y comportamientos que los adultos admiran e idealizan como un reflejo de bienestar; por lo tanto, es difícil ver a los adolescentes como un colectivo necesitado de asistencia sanitaria. Sin embargo, como elemento contradictorio a éste, los

adolescentes comienzan a ser una fuente de preocupación entre los adultos, que identifican situaciones conflictivas en áreas que tienen que ver con las relaciones de comunicación entre generaciones, y que forman parte de aspectos de un modelo de salud integral. Es muy común que los padres o educadores expresen temores sobre posibles conductas violentas de los adolescentes, sobre los riesgos de consumo abusivo de alcohol u otras drogas (especialmente cannabis y drogas de síntesis), o sobre el temor a los embarazos no deseados de las adolescentes.

Otro de los aspectos que influyen en la todavía poca atención a los adolescentes es la ausencia de una organización y unas líneas directrices de la AP. La realidad que existe en casi toda España es una ausencia de iniciativas dirigidas a considerar la adolescencia como una etapa importante en la salud de los individuos, en la que se consolidan los patrones de conducta del individuo y que están marcando su salud en el presente y en el futuro. Esta carencia de organización en la atención tiene como resultado que los adolescentes no sean adecuadamente atendidos desde AP.

También cabe señalar que la mayoría de adolescentes no identifican el centro de salud como el lugar donde se dan las condiciones adecuadas para que sus problemas sean atendidos. En general, no reconocen el centro de salud como un medio próximo, de confianza, con un entorno acogedor y cercano. Más bien lo identifican con un espacio con dificultades de accesibilidad, limitaciones en los horarios, que se comparten con su propia familia y, por lo tanto, necesitado de criterios de delimitación en la identidad para evitar la amenaza de la intromisión y la garantía de la confidencialidad. Por todo ello, en pocas ocasiones lo reconocen como un lugar en el que pueden expresar sus inquietudes, necesidades o problemas.

Este contexto entra en contradicción con las recomendaciones de los organismos internacionales y nacionales, que proponen que la Atención Primaria de Salud (APS) dedique una especial atención a la salud de los adolescentes. Un ejemplo es la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes, insistiendo en la necesidad de ampliar las intervenciones seguras, eficaces y efectivas. Propugna que se favorezca la participación de los adolescentes para conseguir que éstos, y sus padres, adquieran los conocimientos y habilidades necesarios para hacer frente a los riesgos potenciales, y les permitan acceder a los servicios y apoyos apropiados. Considera, como puntos fundamentales:

1. Conseguir que los adolescentes adquieran la información exacta sobre sus necesidades de salud.
2. Ayudarles a desarrollar aquellas habilidades que se necesitan para evitar las conductas de riesgo.
3. Ofrecerles asesoramiento, especialmente durante las situaciones de crisis.
4. Facilitar un buen acceso a los servicios de salud.
5. Promover un entorno seguro y en el que puedan conseguir apoyos.

La percepción del riesgo por los adultos

La adolescencia se está convirtiendo en una de las etapas vitales con mayores dificultades de afrontamiento para los adultos. Cada vez se percibe una mayor distancia generacional y mayores dificultades para intervenir sobre ella. Podemos comprobar que los padres se

encuentran especialmente desconcertados con sus hijos y se ha establecido la sensación de temor latente, de espera de que los acontecimientos circulen por «el buen camino», de angustia y malestar contenido porque no es fácil responder con una expectativa clara de lo que va a suceder con los hijos cuando atraviesan esa etapa.

Saben que se debe orientar, intentar dar pautas, incorporar valores a los hijos, pero que la adolescencia llega con una sensación de incertidumbre. La inquietud propia de las situaciones imprevisibles, derivada de las vicisitudes que le puedan ocurrir y que marquen de manera determinante su bienestar y al mismo tiempo el de los padres. Esta sensación propia de los adultos no tiene que coincidir realmente con los riesgos a los que se exponen sus propios hijos, pero sí se puede afirmar que se ha configurado como un modelo determinante en el clima social actual y que está condicionando las conductas y decisiones educativas. (Véanse las tablas 1 y 2).

Tabla 1:
DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS

Los adolescentes ven	Los adultos vemos
ATRACTIVO	RIESGO INNECESARIO
EXPERIENCIAS DESCONOCIDAS	PROBLEMAS CONOCIDOS
VIVENCIAS INTENSAS DEL INSTANTE	DIFICULTADES FUTURAS
TRANSGRESIÓN	AMENAZA DEL ORDEN
RADICALISMO VITAL	CAOS DESTRUCTOR
INCONFORMISMO	PROVOCACIÓN

DE: FUNES J, 1999.

Tabla 2:
**PROBLEMAS MÁS IMPORTANTES QUE AQUEJAN
A LOS ADOLESCENTES, SEGÚN LOS PADRES**

	Total si son chicos	Total si son chicas
CONSUMO DE DROGAS	86,1	74,4
CONSUMO DE ALCOHOL	63,6	52,8
SIDA	42,2	41,0
ANOREXIA Y BULIMIA	20,4	43,9
DEPRESIÓN	20,1	22,8
MALTRATO EMOCIONAL	13,9	13,3
MALTRATO FÍSICO	10,8	11,0
CREENCIA DE QUE EL SUICIDIO ES UNA FORMA DE RESOLVER SITUACIONES	8,9	8,5
HIJO QUE LES PUEDA TRUNCAR LA VIDA	6,9	15,6

DE: PÉREZ ALONSO-GETA PM Y CANOVAS LEONHARDT P, 2002.

Una respuesta integral a las conductas de riesgo de los adolescentes

Cuando se habla de atención a la salud de los adolescentes, se incluye la necesidad de atender a sus conductas de riesgo. De tal manera que para conseguir un abordaje global e integral de los adolescentes, los profesionales hemos de contemplar estos dos aspectos:

- Cuando un adolescente aparece en la consulta de un centro de salud, prácticamente siempre nos demanda una respuesta a un problema asistencial, clínico. Sin embargo, una atención adecuada nos exige atender otros muchos aspectos de su comportamiento, todos aquellos que van a facilitar una intervención de carácter preventivo. El objetivo de los profesionales de Atención Primaria ante un adolescente es poder integrar las actuaciones curativas con las preventivas, que han de adquirir en esta etapa de la vida su mayor relevancia. Es en la adolescencia cuando, más que nunca, la distancia entre salud y enfermedad es un proceso, una línea en la que estar en uno u otro polo está condicionada por múltiples variables. De tal forma que el consumo de bebidas alcohólicas o de cannabis, o la práctica de relaciones sexuales sin protección, ha de contemplarse como una conducta de riesgo potencial sobre la que es posible intervenir con la finalidad de minimizar las posibles consecuencias negativas para la salud. Por consiguiente, es imprescindible contemplar un conjunto de acciones de prevención, que se complementen con las asistenciales, capaces de orientar y proteger la salud de los adolescentes.
- Las actividades de prevención deben desarrollarse atendiendo a una perspectiva global: alcanzamos mejores resultados en salud cuando se consigue una interacción entre las acciones dirigidas hacia el individuo en la consulta, con las destinadas al contexto familiar y que se realizan con la participación directa de los padres, y con aquellas que suceden en el ámbito comunitario (escuela, barrio, zonas de diversión, etc.). Es decir, la salud de los adolescentes está sometida a las interacciones que se producen entre los componentes de su personalidad, la influencia de su entorno familiar y el mundo social en el que se desenvuelve. Por lo tanto, los profesionales hemos de atender a estos tres ámbitos para conseguir influir en la salud de los adolescentes. (Véase la tabla 3).

Características de la intervención individual con adolescentes

La entrevista clínica es una de las herramientas más importantes en el proceso de relación con los pacientes. Un buen manejo de la comunicación entre el profesional y el paciente se ha demostrado determinante en la consecución de los objetivos, pues en la relación con los adolescentes esta afirmación resulta especialmente importante. Por consiguiente, el profesional debe establecer un marco de relación favorable, prestando un cuidado particular a todas las variables que inciden en la comunicación. Éstos son algunos de los elementos más importantes:

- **Favorecer un marco de confianza.** Los adolescentes encuentran que la relación con los profesionales sanitarios se establece en una situación de desequilibrio, reproduciendo en buena medida sus relaciones con los adultos. Para conseguir romper este marco preestablecido, que puede convertirse en una limitación para la intervención,

Tabla 3:

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO Y DE PREVENCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS

Dominio	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	Rebeldía Amigos con conductas problema Actitudes favorables al consumo Iniciación temprana Conflictos con adultos Búsqueda de riesgos Impulsividad	Implicación en la sociedad Reconocimiento social Creencias saludables Autoimagen positiva Actitud negativa hacia las drogas Relaciones positivas con adultos
Grupo de iguales	Relación con iguales problemáticos Susceptible a la presión de grupo Relación con iguales desadaptados	Relación con iguales con participación en la colectividad (asociaciones, escuela, iglesia) Resistencia a la presión de grupo
Familia	Familia con conductas de riesgo Conflictos familiares Familia desestructurada	Apego Creencias y actitudes saludables Altas expectativas de los padres Clima de confianza
Escuela	Conducta antisocial temprana Fracaso académico Escaso apego a la escuela	Implicación en la escuela Creencias saludables Apoyo del profesorado Clima educativo creativo
Comunidad	Disponibilidad de drogas Legislación y acceso Deprivación/crisis económica Disponibilidad económica Escaso apego al vecindario	Participación en la comunidad Escasa accesibilidad a sustancias Altas expectativas para los jóvenes Redes sociales de apoyo
Sociedad	Empobrecimiento Desempleo o empleo precario Discriminación Mensajes positivos al consumo	Mensajes de resistencia al uso Descenso de accesibilidad Aumento de la edad de compra Leyes restrictivas para la conducción

DE: GARDNER ET AL., 2001.

es primordial el objetivo de conseguir una relación de confianza, en la que el adolescente pueda expresar sus necesidades e inquietudes y se muestre receptivo a las indicaciones del profesional.

- **Evitar los juicios de valor.** La actitud del profesional ha de ser de respeto y comprensión, evitando juzgar sus conductas y con especial atención a invadir la relación de mensajes y discursos «moralizantes», que pudieran recordar la reproducción del rol de adulto. Esto no debe confundirse con la responsabilidad de transmitir con claridad y precisión la recomendación y/o asesoramiento que consideremos adecuado en cada momento, pero siempre centrando la atención en la actividad o en la conducta, y no en el adolescente.
- **Garantizar la confidencialidad.** Los adolescentes deben encontrarse seguros de que la información que facilitan no se volverá en su contra, y que será tratada con máxima reserva. En general, se muestran dispuestos a manifestar información de manera abierta y profunda cuando perciben que se les garantiza la confidencialidad.

- **Predisposición personal favorable.** No todos los profesionales se encuentran cómodos al abordar sus problemas y en muchas ocasiones se perciben dificultades para tolerar y comprender las características de la adolescencia. Cuando el profesional interpone barreras en la comunicación o limitaciones en la aproximación a los adolescentes, está perdiendo oportunidades de mantener una buena relación y, por consiguiente, encontrará grandes dificultades para conseguir influir en su conducta. En muchas ocasiones, es necesario iniciar un trabajo de formación y autoanálisis del profesional para mejorar los resultados en la aproximación a los adolescentes.
- **Favorecer la accesibilidad.** Los centros de salud pueden llegar a convertirse en estructuras rígidas, con barreras dispuestas para ordenar y facilitar el trabajo de los profesionales. Se sabe que actúan dificultando la aproximación de los jóvenes y, por lo tanto, impidiendo la capacidad de intervenir con ellos. Aspectos como la rigidez de horarios, las salas de espera masificadas, las demoras, los entornos poco adecuados o el temor a ser reconocidos representan, en muchas ocasiones, limitaciones que los adolescentes no son capaces de resolver y en consecuencia, alejan a los profesionales de la capacidad de intervenir en sus problemas de salud. (Véase la tabla 4).

Tabla 4:

OBJETIVOS DE LAS PRIMERAS ENTREVISTAS CON EL ADOLESCENTE

TAREAS QUE HAN DE INCORPORARSE EN LAS PRIMERAS ENTREVISTAS CON LOS ADOLESCENTES

1. ORIENTAR LA ENTREVISTA PARA CONSEGUIR UNA RELACIÓN DE CONFIANZA CON EL ADOLESCENTE PARA PRÓXIMAS VISITAS.
2. APROVECHAR LA CONSULTA PARA EXPLORAR OTRAS ÁREAS DE SALUD, SOBRE TODO LAS RELACIONADAS CON LAS CONDUCTAS DE RIESGO MÁS FRECUENTES EN LOS JÓVENES: CONSUMO DE ALCOHOL, CONDUCCIÓN DE MOTOS Y AUTOMÓVILES, CONSUMO DE TABACO, INTEGRACIÓN SOCIAL, PROYECTO VITAL, ETC.
3. INFORMAR SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LA QUE DISPONE EL CENTRO DE SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTOS SERVICIOS DE LA MANERA MÁS CÓMODA Y EN MENOS TIEMPO.
4. UTILIZAR TODAS LA VISITAS PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD, ORIENTADAS ESPECIALMENTE HACIA LAS CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO QUE HAYAMOS IDENTIFICADO.

Técnicas de entrevista con los adolescentes

La entrevista con el adolescente sirve para profundizar en el motivo de consulta y completar la historia psicosocial, teniendo en cuenta que lo importante es crear un clima adecuado y distendido, intentando mantener una charla o conversación fluida.

El lenguaje oral debe ser comprensible, adaptado a la capacidad de entendimiento del adolescente y asegurándonos de que comprenden el sentido de las preguntas realizadas. El vocabulario ha de ser llano y coloquial, de fácil entendimiento, y si es posible, recogiendo expresiones propias de su estilo de comunicación. Pero es muy importante atender a que el lenguaje utilizado por el profesional no se convierta en una parodia ridícula por intentar representar un rol de cercanía al joven. Cuando se adoptan de manera rutinaria expresiones y entonaciones propias de los jóvenes, pero inadecuadas y estrambóticas para un adulto, se cae en el riesgo de hacer el ridículo y limitar la capacidad real de comunicación.

Es también muy importante estar atentos al lenguaje no verbal, prestando atención a los signos que aparecen en la entrevista y en especial a qué situaciones les provocan cambios emocionales. En general, el rostro de los adolescentes es muy sensible a expresar los cambios emocionales y puede ser una excelente fuente de información. Además, si realizamos esta evaluación integral de la comunicación verbal y no verbal, obtendremos más información de los aspectos que les generan más o menos tensión y, por lo tanto, son motivo de preocupación para ellos.

Cuando se presentan dificultades en la comunicación con los adolescentes, es importante tener bien definidas las técnicas más comunes de comunicación que nos pueden permitir romper los silencios y la distancia con el adolescente. Algunas de las técnicas de entrevistas que pueden ayudar al joven a responder son las siguientes:

- **Preguntas abiertas:** permiten que la respuesta no se limite a un sí o un no; de esta manera, el joven se puede explicar e incluso reflexionar en voz alta.
- **Preguntas facilitadoras:** son útiles para abordar temas delicados con gran contenido emocional; le transmitimos que lo que le sucede también pasa a otras personas y que no es la única que se encuentra en esa situación.
- **Estrategias de empatía:** le hacemos saber que podemos entender lo que le sucede, estemos o no de acuerdo con su conducta.
- **Sumario:** hacemos un resumen en voz alta de lo que nos explica; ponemos de manifiesto si lo hemos entendido y permite exponer las posibles contradicciones de sus conductas.
- **Silencios funcionales:** en ocasiones, después de una pregunta se produce un largo silencio, o bien fruto de que el adolescente está elaborando la respuesta o por cualquier otra razón. Es importante esperar e incluso reformular la pregunta desde otra perspectiva, porque pudiera ser un indicador de un problema. En cualquier caso, también hemos de saber respetar una pregunta sin respuesta. (Véanse las tablas 5 y 6).

Tabla 5:

ENTREVISTA CON ADOLESCENTES: LA PROPUESTA DE COHEN ET AL.

HOGAR

¿DÓNDE VIVES?

¿CON QUIÉN VIVES? HÁBLAME DE ELLOS

¿TE SIENTES SEGURO EN CASA?

¿PUEDES HABLAR CON CONFIANZA CON LAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVES?

¿CUÁNTAS VECES OS HABÉIS CAMBIADO DE CASA? ¿HA AFECTADO ESTO A TUS ACTIVIDADES ESCOLARES?

¿CUÁNTAS VECES COMES A LO LARGO DEL DÍA? ¿CON QUIÉN COMES?

¿TIENES INTIMIDAD EN CASA?

EDUCACIÓN/EMPLEO

¿VAS BIEN EN EL COLEGIO? ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO CURSO QUE HAS COMPLETADO?

¿QUÉ NOTAS SACAS EN LA ESCUELA?

¿CUÁLES SON TUS ASIGNATURAS PREFERIDAS?

¿TE GUSTA EL COLEGIO?

¿TIENES AMIGOS EN CLASE?

¿TIENES ALGÚN PROBLEMA EN EL COLEGIO? ¿DE QUÉ TIPO Y CON QUIÉN?

¿TE HAN ECHADO ALGUNA VEZ DEL COLEGIO?

¿TIENES TRABAJO? ¿TE GUSTA TU TRABAJO?

¿GANAS LO SUFICIENTE PARA CUBRIR TUS NECESIDADES?

SI NO TRABAJA NI ESTÁ ESCOLARIZADO: ¿QUÉ HACES A LO LARGO DEL DÍA?

ACTIVIDADES

- ¿QUÉ HACES EN TU TIEMPO LIBRE?
- ¿QUÉ TIPO DE AMIGOS TIENES?
- ¿SALES CON ALGÚN/A CHICO/A?

DROGAS

- ¿QUÉ FUMAN TUS COMPAÑEROS? ¿Y TÚ? ¿DESDE CUÁNDO?
- ¿SOLÉIS TOMAR CERVEZA CUANDO OS JUNTÁIS? ¿Y VINO?
- ¿DESDE CUÁNDO SALÍS A TOMAR CAÑAS?

SEXUALIDAD

- ¿QUÉ TAL TE VAN LAS COSAS CON TU NOVIO/A?
- ¿HABÉIS TENIDO ALGÚN TIPO DE CONTACTO SEXUAL?
- ¿QUÉ HABÉIS HECHO PARA EVITAR EL EMBARAZO?
- ¿HAY ALGUNA CUESTIÓN RELACIONADA CON EL SEXO QUE TE PREOCUPE?

SUICIDIO/DEPRESIÓN

- A VECES LA GENTE ESTÁ TAN DESESPERADA QUE PIENSA QUE SERÍA PREFERIBLE ESTAR MUERTO.
- ¿TE HA SUCEDIDO ESTO A TI ALGUNA VEZ?
- ¿ALGUNO DE TUS AMIGOS HA INTENTADO SUICIDARSE ALGUNA VEZ?
- ¿HAS PENSADO TÚ EN EL SUICIDIO? ¿QUÉ HAS PENSADO EXACTAMENTE?
- ¿HAS INTENTADO SUICIDARTE ALGUNA VEZ? ¿CÓMO?

Tabla 6:

CUESTIONARIO DE LA SOCIETAT CATALANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA

Este cuestionario es administrado por un profesional sanitario, aprovechando una visita espontánea o programando una específica, después de resolver el motivo de consulta. En cualquier caso, sin la presencia de los padres y remarcando la confidencialidad. No podemos olvidar que se trata de mantener una conversación, no un interrogatorio.

REALIZACIÓN O REVISIÓN DEL GENOGRAMA

- RECOGER ANTECEDENTES FAMILIARES
- IDENTIFICAR CONVIVIENTES Y SEÑALARLOS
- EXPLORAR DINÁMICAS FAMILIARES Y POSIBLES DUELOS

RENDIMIENTO ESCOLAR/LABORAL

- ¿QUÉ CURSO HACES? ¿HAS REPETIDO? ¿QUERRÁS SEGUIR ESTUDIANDO?
- ¿EN QUÉ TRABAJAS? ¿TE GUSTA TU TRABAJO?

TABACO

- ¿FUMAS DIARIAMENTE? ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS?
- ¿HAS FUMADO EN ALGUNA OCASIÓN?
- ¿FUMA ALGUIEN EN TU CASA? ¿Y EN TU GRUPO DE AMIGOS?
- ¿QUÉ OPINAS DEL TABACO?

ALCOHOL

- ¿TOMAS BEBIDAS CON ALCOHOL? ¿CUÁLES?
- ¿EN CASA? ¿LOS FINES DE SEMANA?
- ¿QUÉ PIENSAS DEL ALCOHOL?
- ¿HAS IDO EN MOTO O EN COCHE CON ALGUIEN QUE HAYA BEBIDO?

OTRAS DROGAS

- ¿HAS TENIDO CONTACTO CON OTRAS DROGAS? ¿CUÁLES?
- ¿CONOCES A ALGUIEN QUE CONSUMA? ¿EN TU GRUPO DE AMIGOS?
- ¿QUIERES HACER ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTOS TEMAS?

ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO LIBRE

- ¿PRACTICAS ALGÚN DEPORTE? ¿CUÁL? ¿CUÁNTO TIEMPO DEDICAS?

¿QUÉ HACES LOS FINES DE SEMANA? ¿SALES EN GRUPO?
¿TIENES PAREJA? ¿SALES CON ALGUIEN?

ACTIVIDAD SEXUAL

¿HAS RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPTIVOS? ¿EN CASA? ¿EN LA ESCUELA?
¿CUÁLES CONOCES?
¿Y SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL? ¿CUÁLES TE SUENAN?
¿QUIERES HACER ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTOS TEMAS?

ALIMENTACIÓN

¿HACES O HAS HECHO ALGÚN TIPO DE DIETA? ¿DE QUÉ TIPO?
¿CONOCES A ALGUIEN CON PROBLEMAS DE ANOREXIA O BULIMIA? ¿QUÉ OPINAS?

SALUD MENTAL

¿CÓMO CREES QUE VA TU VIDA?
¿CON QUIÉN HABLAS CUANDO LAS COSAS NO VAN BIEN?
¿TE SIENTES MUY DEPRIMIDO/A CON FRECUENCIA?
¿TANTO COMO PARA HABER PENSADO EN SUICIDARTE ALGUNA VEZ?

Características de la intervención con la familia de los adolescentes

El contexto familiar siempre condiciona la salud de los hijos. Por lo tanto, cuando pretendemos intervenir en sus determinantes, es preciso atender a las características de los padres y del núcleo familiar que configuran. Éstos son algunos de los aspectos que el profesional debe tener en cuenta en la relación con el adolescente:

- **Conocimiento de la dinámica familiar.** Para conocer y comprender de manera adecuada la conducta del adolescente es imprescindible recabar información de las interacciones y de los estilos de relación que predominan en su familia. De la función que se le asigna al joven y de la que él quiere representar dentro de ella.
- **Centrar la atención en el adolescente.** Con mucha frecuencia, vendrá acompañado a la consulta por alguno de los padres, que, de manera espontánea, tomarán el protagonismo de la entrevista. El profesional debe atender con preferencia al adolescente, dirigiéndose directamente a él, e incluso advirtiéndolo a los padres la importancia de que sea el hijo el que relate el motivo de consulta. Es importante que siempre que sea necesario solicitemos a los padres que abandonen la consulta, para que sea el hijo el que se quede solo. De esta forma, el joven percibirá que se atiende de manera expresa a sus preocupaciones y que se evitan las interferencias propias de la presencia de los padres.
- **Acordar la información que reciben los padres.** Los padres, con frecuencia también pacientes, querrán obtener información sobre el estado de su hijo y buscarán soluciones y respuestas ante las dudas y temores que les genera la conducta o la salud de su hijo. Pero, por otra parte, el adolescente se mostrará, en muchas ocasiones, reservado con sus padres y evitará en la medida de lo posible que invadan su intimidad. En estos casos, la responsabilidad del profesional es encontrar un equilibrio en la transmisión de la información, pero siempre respetando los deseos de confidencialidad del adolescente. Desde el punto de vista legal, se contempla que el profesional debe respetar el deseo de responsabilidad del menor cuando se encuentra ante lo que se ha llamado «adolescente maduro», cuando se cumplen tres criterios: edad superior a 14 años; competencia del paciente para la toma de decisiones; el procedimiento procura el beneficio del paciente sin implicar riesgos graves.

Por lo tanto, desde Atención Primaria se debe respetar la confidencialidad y explicarlo a los padres. La confidencialidad absoluta se podrá romper en el caso de que el profesional interprete que supone un grave riesgo para el adolescente o para los demás.

- **Intervenciones en el marco familiar.** En muchas ocasiones, las acciones individuales con los adolescentes son insuficientes para modificar sus conductas de riesgo, pues éstas quedan condicionadas y determinadas por las dinámicas familiares. En estos casos, sólo es posible modificar las conductas de riesgo si se interviene sobre los factores familiares que las están generando.

Características de la intervención con la comunidad

Los adolescentes están especialmente sometidos a la presión que les genera el entorno social. Como ya hemos visto, esta etapa del desarrollo se caracteriza por una ruptura con el pasado, la infancia, y el inicio de un período de crisis que tiene como finalidad la configuración de una nueva identidad. Mientras que esto sucede, el adolescente se va aferrando a todos los asideros que encuentra en su entorno, que le permiten «deshacerse» de rasgos del pasado y «construir» una nueva identidad. En esta permanente dinámica de abandono y progresión, adquiere una relevancia especial su relación con los iguales, con los grupos que están en idéntica situación. Por lo tanto, es fácil entender la importancia del grupo para el adolescente, pues se convierte en un elemento de apoyo y de referencia.

Las conductas de los adolescentes hay que entenderlas bajo el prisma del grupo de iguales con el que se relaciona y con el que interacciona. De tal manera, debemos entender que para incidir e influir en las conductas de riesgo de los adolescentes siempre hay que contemplar los criterios que vienen condicionados por el contexto social donde desarrolla su actividad, y con más peso e influencia del grupo de iguales con el que comparte su vivencia colectiva. (Véase tabla 7).

Tabla 7:
FACTORES DE RIESGO SEGÚN MONCADA

Dominio	Factores de riesgo
Factores de riesgo ambientales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deprivación social 2. Desorganización comunitaria 3. Disponibilidad y accesibilidad de sustancias 4. La percepción social del riesgo 5. La movilidad de la población 6. Las normas y leyes de la comunidad
Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedentes familiares de alcoholismo 2. Pautas educativas 3. Modelos de conducta de los padres 4. Conflictos familiares 5. Los valores personales 6. Impulsividad y agresividad 7. La búsqueda de sensaciones 8. Problemas de adaptación de conducta 9. Actitudes hacia las drogas 10. Fracaso escolar 11. El grupo de iguales

DE: MONCADA S, 1997.

Desde AP, es posible realizar una intervención integral sobre la salud de los adolescentes conjugando las acciones individuales y las familiares con intervenciones comunitarias. Éstas han de guiarse por la metodología adecuada que ha sido desarrollada en España por el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP).

Principales recomendaciones en el consejo a los adolescentes

Cuando se revisa la bibliografía sobre la evidencia para realizar intervenciones con adolescentes se observa que las recomendaciones se presentan de manera dispersa, determinadas según la orientación o el modelo teórico de aproximación al estudio de la adolescencia. La mayor parte de las recomendaciones están elaboradas desde una perspectiva holística, biopsicosocial, aunque sus propuestas de intervención suelen centrarse en un único ámbito profesional. De tal manera que cuando se ofrecen desde el sistema sanitario se percibe una escasa intervención comunitaria y familiar, centrandose más las acciones en los aspectos individuales de la intervención. Pero cuando vienen realizadas desde el ámbito comunitario o desde áreas relacionadas con la salud pública, es difícil encontrar las propuestas en las que tenga cabida el sistema sanitario asistencial. De esta forma, nos encontramos que las propuestas de intervención aparecen de manera fraccionada, con dificultad para la integración o, al menos, la potenciación.

Una de las cualidades del modelo sanitario español es la oportunidad de incorporar acciones asistenciales y preventivas de manera simultánea, todas ellas impulsadas desde los centros de salud. También hay que añadir la posibilidad de integrar los componentes familiar y comunitario, bien desde el propio Equipo de Atención Primaria (EAP) o bien en colaboración con otras áreas desde donde las actividades con los adolescentes adquieren actuaciones e iniciativas comunitarias.

De esta forma, la AP puede facilitar la aglutinación e integración de intervenciones que se desarrollan desde diferentes ámbitos de actuación.

A continuación, se presentan las recomendaciones más consistentes que las diferentes asociaciones y sociedades médicas y de salud, tanto de ámbito nacional como internacional, promueven con un suficiente grado de evidencia como para implantar acciones de prevención en adolescentes.

Recomendaciones frente al consumo del tabaco

Existe un acuerdo generalizado en que las acciones en tabaco con adolescentes retrasan la edad de inicio de consumo en la población, aumentan el número de jóvenes que se mantienen sin fumar, facilitan que algunos de los que inician el consumo no lo consoliden y, por lo tanto, no se establece la adicción, y movilizan entre los adolescentes el pensamiento y la actitud de abandonar el tabaco. Las estrategias que han demostrado ser efectivas son las siguientes:

- Recomendaciones a los padres para que dejen el tabaco durante la etapa de la infancia, pues el porcentaje de adolescentes fumadores es menor entre padres no fumadores.
- Desde los centros de salud, se deben apoyar los programas de prevención de tabaco que se desarrollan en el medio escolar como estrategia para disminuir el consumo de tabaco entre los adolescentes.
- Los profesionales de AP (médicos de familia, pediatras y enfermeros) deben incorporar el consejo y la recomendación activa a los jóvenes, aprovechando cualquier visita al

centro de salud para informar de los riesgos del tabaco. Es muy importante la manera de comunicar la recomendación.

- Con el adolescente que se reconozca fumador hay que practicar una intervención mínima o una intervención breve, según el estadio en el que se encuentre como fumador, ofreciendo incluso la posibilidad de un tratamiento de deshabituación.

Recomendaciones ante el consumo de alcohol y otras drogas

El consumo de alcohol entre los jóvenes ha adquirido unas características particulares que originan la necesidad de realizar actividades de prevención específicas para evitar consecuencias para su salud. Las recomendaciones que se promueven para AP son las siguientes:

- Es imprescindible realizar una entrevista para conocer el consumo de alcohol de los adolescentes en cada ocasión que visiten el centro de salud. La entrevista se ha de orientar para conocer la percepción de riesgo ante el consumo, así como sus pautas de consumo y actitudes y creencias sobre éste.
- La recomendación general que ofrece la OMS es que el consumo de alcohol no es seguro antes de los 18 años. En cualquier caso, hay que partir de la realidad española, pues según la última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas de 2006/7, el alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 y 18 años. El 79,6% lo han probado alguna vez y el 75% lo han consumido en el último año, aumentando el porcentaje a medida que avanza la edad. Además, el 55,3% de los estudiantes se ha emborrachado alguna vez. Por lo tanto, las recomendaciones siempre deben estar ajustadas al perfil del joven que tengamos en la consulta, pues probablemente la peor indicación que podríamos hacer sería aquella que está distanciada de la realidad.
- Desde el centro de salud, se debe transmitir información concreta y definida a los padres sobre las normas que deberían mantener con sus hijos en relación al consumo de alcohol. Estas recomendaciones deben ser más intensas en el período final de la infancia y el comienzo de la adolescencia, que es cuando empiezan a tener el primer contacto con el alcohol.
- Los profesionales de AP pueden apoyar las actividades de ámbito escolar y comunitario que se desarrollan en su zona de salud.
- Ante la aparición de cambios de conductas repentinos o de dificultades de adaptación, es recomendable realizar entrevistas dirigidas para detectar posibles consecuencias de consumo abusivo. En cualquier caso, no se ha demostrado que la búsqueda indiscriminada de un consumo excesivo aporte información significativa, ni contribuya a obtener mejores resultados en salud.
- Es necesario identificar a aquellos adolescentes con factores predisponentes al consumo: padres con antecedentes de alcoholismo, desempleo en la familia, desestructuración familiar, consumo de otras drogas, escasa cohesión familiar, pobre desarrollo escolar, o dificultad para adaptarse a las normas.
- La entrevista con el adolescente debe incorporar igualmente la exploración del consumo de drogas ilegales. Ésta se realizará de manera adecuada a la edad del joven, así como a los posibles factores de riesgo que se puedan identificar. Durante la entrevista, siempre se comenzará intentando identificar estos factores de riesgo para, en último lugar, preguntar sobre las pautas de consumo.

- Aunque no hay estudios ni evidencia que lo apoye, una situación particular sucede con el consumo de cannabis, que ha experimentado un aumento importante (según datos del 2004, 30% de los adolescentes han consumido porros en los últimos 30 años) de manera paralela a la disminución de la percepción de riesgo entre los adolescentes. Hay que señalar que, según datos de la Encuesta a población escolarizada de 14 a 18 años del Plan Nacional sobre Drogas de 2006/07, ésta tendencia se ha frenado de manera que el 20% de los adolescentes han consumido porros en los últimos 30 días.

El consumo de drogas entre los adolescentes

Sin lugar a dudas, el consumo de drogas es uno de los problemas más importantes que afecta a la salud de los adolescentes, y a éste hay que añadir las consecuencias de la adicción que genera, en la etapa adulta. Hay que recordar que en la etapa adulta se arrastran las adicciones que se iniciaron en la adolescencia, y en España son más de 60.000 fallecimientos anuales causados por el tabaco y 12.000 como consecuencia directa del alcohol.

El alcohol y el tabaco son las dos drogas más consumidas por los adolescentes, seguidas del cannabis. Algunos de los aspectos más relevantes del consumo de drogas entre los adolescentes son los siguientes:

- El patrón de consumo habitual entre los jóvenes es experimental u ocasional, vinculado al ocio y el fin de semana.
- Aparece de manera habitual el fenómeno del policonsumo, y el porcentaje de adolescentes que al menos consumen dos sustancias es alto, y más de un tercio, tres (alcohol, tabaco y cannabis).
- Más de un 40% de los adolescentes dice haber sufrido las consecuencias del consumo de sustancias.
- Hay una gran relación entre percepción de riesgo y consumo, de tal manera que en los últimos años todas las sustancias en las que ha disminuido la percepción ha aumentado el consumo.
- El consumo de drogas entre los jóvenes, ya sean legales o ilegales, está relacionado con el grupo de iguales y con su entorno inmediato. Se puede afirmar que resulta excepcional encontrar consumos que no se incluyan en un contexto grupal.
- Un clima de permisividad social facilita el consumo de drogas. Esta situación se ha dado parcialmente en los últimos años en España, por la dificultad de transmitir normas bien definidas sobre las pautas de consumo en los adolescentes. (Véanse las tablas 8 y 9).

La prevención del consumo de drogas

La prevención de las drogodependencias ha experimentado una importante revisión y avance en los últimos años. Se han abandonado los métodos que se centraban en exclusiva en la información y se han desarrollado nuevas técnicas que comienzan a ofrecer resultados.

Pero si hay un aspecto que se puede considerar relevante es que la prevención en la adolescencia es posible por la interacción de los expertos, los mediadores que realizan actividades con los adolescentes, la implicación de la familia y la participación del medio escolar.

En España, en los últimos años se ha generado un gran impulso en prevención, con la participación de muchas áreas sociales y sanitarias, pero con escasa implicación desde AP.

El modelo de prevención de las drogodependencias se ha centrado en potenciar los factores de prevención y en modificar los factores de riesgo, de tal manera que mediante programas perfectamente diseñados se favorece una disminución de las consecuencias del consumo de drogas.

Las modalidades de los programas de prevención más habituales son las siguientes:

- Programa de prevención universal, dirigido a toda la población.
- Prevención selectiva, dirigida a grupos de riesgo.
- Prevención indicada, destinada a grupos de alto riesgo y con consumos patológicos. Entre ellos se pueden incluir los programas de prevención de riesgos.
- Prevención escolar, que se desarrolla en el medio escolar.
- Prevención familiar, con una orientación selectiva en las familias.
- Prevención comunitaria; aquellos programas que pueden representar diferentes ámbitos de actuación, como el tiempo libre, el medio laboral, etc.

Tabla 8:

EVOLUCIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS (PORCENTAJES). ESPAÑA 1994-2006

Prevalencia de consumo alguna vez en la vida	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
TABACO	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1
ALCOHOL	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6
HIPNOSEDANTES*	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6
CANNABIS	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2
ÉXTASIS	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3
ALUCINÓGENOS	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1
ANFETAMINAS	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4
COCAÍNA	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7
HEROÍNA	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0
I. VOLÁTILES	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0

Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
ALCOHOL	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9
HIPNOSEDANTES*	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8
CANNABIS	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8
ÉXTASIS	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4
ALUCINÓGENOS	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8
ANFETAMINAS	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6
COCAÍNA	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1
HEROÍNA	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8
I. VOLÁTILES	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8

**Prevalencia
de consumo en los
últimos 30 días**

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
TABACO	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8
ALCOHOL	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0
HIPNOSEDANTES*	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4
CANNABIS	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1
ÉXTASIS	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4
ALUCINÓGENOS	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3
ANFETAMINAS	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4
COCAÍNA	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3
HEROÍNA	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5
I. VOLÁTILES	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1

NOTA: LOS PORCENTAJES ESTÁN CALCULADOS SOBRE EL NÚMERO DE CASOS CON INFORMACIÓN.

(*) TRANQUILIZANTES Y PASTILLAS PARA DORMIR SIN RECETA MÉDICA.

FUENTE: DGPNSD. ENCUESTA ESTATAL SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS (ESTUDES) 1994-2006

Tabla 9:

**EVOLUCIÓN DE LAS PREVALENCIAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS
DE 14-18 AÑOS, SEGÚN SEXO (PORCENTAJES). ESPAÑA 1994-2006**

**Consumo
alguna vez
en la vida**

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
TABACO	56,6	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1	42,0	49,8
ALCOHOL	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7
HIPNOSEDANTES*	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2
CANNABIS	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	40,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6
ÉXTASIS	4,7	2,5	6,1	4,8	4,0	3,2	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9	4,2	2,5
ALUCINÓGENOS	6,7	3,6	8,0	5,6	6,1	5,0	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3	5,7	2,7
ANFETAMINAS	5,3	3,1	6,6	4,1	55,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6	4,2	2,7
COCAÍNA	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7
HEROÍNA	0,7	0,3	0,8	0,3	1,2	0,7	0,8	0,3	0,6	0,5	1,1	0,3	1,5	0,5
I. VOLÁTILES	4,1	2,1	4,2	2,5	5,1	3,4	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9	4,1	2,0

**Consumo en los
últimos 12 meses**

ALCOHOL	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3
HIPNOSEDANTES*	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8
CANNABIS	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2
ÉXTASIS	4,2	2,2	4,8	3,5	2,9	2,1	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9	3,3	1,6
ALUCINÓGENOS	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8	4,1	1,6
ANFETAMINAS	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3	3,3	2,0
COCAÍNA	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1
HEROÍNA	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,5	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1	1,2	0,3
I. VOLÁTILES	2,5	1,3	2,4	1,7	3,3	2,0	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4	2,6	1,1

Consumo en los últimos 30 días	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
TABACO	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	32,9	41,9	24,8	30,6
ALCOHOL	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0
HIPNOSEDANTES*	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8
CANNABIS	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	28,5	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0
ÉXTASIS	2,9	1,4	2,8	1,9	1,9	1,3	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0	2,1	0,7
ALUCINÓGENOS	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7
ANFETAMINAS	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,6	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0	2,0	1,0
COCAÍNA	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6
HEROÍNA	0,4	0,1	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1	0,9	0,2
I. VOLÁTILES	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6

NOTA: LOS PORCENTAJES ESTÁN CALCULADOS SOBRE EL NÚMERO DE CASOS CON INFORMACIÓN.

(*) TRANQUILIZANTES Y PASTILLAS PARA DORMIR SIN RECETA MÉDICA.

FUENTE: DGPNSD. ENCUESTA ESTATAL SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS (ESTUDES) 1994-2006

Contribución de la Atención Primaria en la prevención de drogas

Hasta la fecha, la intervención de los centros de salud está siendo bastante limitada en la prevención de las drogodependencias en los adolescentes. Sin embargo, tiene una gran potencialidad de intervención:

- Mediante acciones comunitarias, promoviendo en su zona de salud los programas de prevención.
- Participando con los programas de prevención en el medio escolar.
- Diseñando y promoviendo la participación de los adultos en los programas de prevención destinados a la familia.
- Realizando una atención activa e integral a la salud de los adolescentes desde los centros de salud, de tal manera que sea posible potenciar las acciones del entorno de los adolescentes con las intervenciones que se realicen desde las consultas de AP.

¿Qué entendemos por adolescencia?

La adolescencia es una etapa de la vida compleja y difícil. Un período caracterizado por continuos cambios, en el que el joven tiene que afrontar nuevas decisiones y realizar un esfuerzo permanente de adaptación e integración. Además, a esta nueva experiencia vital a la que todos los adolescentes tienen que adaptarse, se añade la inevitable aparición de conflictos con el exterior. Son los conflictos derivados del continuo proceso de autoafirmación y búsqueda de la propia identidad en la que se ven envueltos los adolescentes. Los conflictos son el resultado de la etapa de cambio. De manera inesperada, los adultos que están alrededor observan como la conducta de los jóvenes cambia, se muestran diferentes, reivindican y solicitan nuevas demandas, en definitiva, se inicia un proceso de necesaria adaptación para poder mantener los patrones de convivencia.

Ésta comienza a tener nuevos matices, nuevas particularidades, que en ocasiones se resuelven de manera satisfactoria, pero en otras producen enfrentamiento y malestar. Esta polaridad, esta alternancia, puede y debe identificarse como una situación de completa

normalidad en la adolescencia. Una situación que podemos esperar como una parte del proceso de desarrollo. Por consiguiente, el primer elemento que hemos de tener en cuenta cuando realicemos una aproximación a los adolescentes desde los centros de salud es que nos encontramos en una etapa de cambio y de transición. La consecuencia de ello es que aparecen demandas en la consulta que son simplemente el resultado de los conflictos que los adolescentes entablan con sus padres, tutores o profesores.

Hemos de tener en consideración un segundo aspecto importante: cuando afrontamos la entrevista nos vamos a encontrar con un adolescente, no con la adolescencia. Si no tenemos claro esta situación, estaremos condenados a cometer errores. La adolescencia es una etapa de la que los adultos hemos hecho una caricatura, de tal manera que con frecuencia nuestra aproximación a ella es con una considerable carga de tópicos y prejuicios. A los profesionales también nos sucede, que entendemos y justificamos muchas de las situaciones que les ocurren a los jóvenes sencillamente porque los catalogamos como condicionados por la etapa que están viviendo.

Esta tendencia a calificar las conductas en un estereotipo se suma a que, en muchas ocasiones, los adolescentes se muestran herméticos, con poca capacidad de comunicación y parcos en palabras, y todo ello puede llevarnos a caer en el error de interpretar su demanda con un criterio de sobregeneralización, propio de su condición de joven. Es decir, efectuamos una atribución de una historia personal de un joven como si se tratara de una circunstancia común para todos aquellos que tienen una edad, una entrevista con una frase latiguillo como «bueno esto es lo típico de tu edad», y podemos estar cerrando de manera definitiva la posibilidad de influir en las conductas de salud del adolescente.

Las etapas de la adolescencia (véase la tabla 10)

Tabla 10:

ETAPAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO PSICOLÓGICO

Etapas	Independencia	Identidad	Imagen
Adolescencia temprana (10-13 años)	Menos interés en los padres, intensa amistad con adolescentes del mismo sexo. Ponen a prueba la autoridad. Necesitan intimidad	Aumentan las habilidades cognitivas y el mundo de la fantasía. Estado de turbulencia. Falta de control de impulsos, metas vocacionales irreales	Preocupación por los cambios puberales. Incertidumbre acerca de la apariencia
Adolescencia media (14-17 años)	Período de máxima interrelación con los compañeros (pares) y de conflicto con los padres. Aumento de la experiencia sexual	Conformidad con los valores de los compañeros. Sentimiento de invulnerabilidad. Conductas omnipotentes generadoras de riesgo	Preocupación por la apariencia. Deseo de poseer un cuerpo más atractivo y fascinación por la moda
Adolescencia tardía (18-21 años)	Emocionalmente próximo a los padres, a sus valores. Las relaciones íntimas son prioritarias. El grupo de compañeros es menos importante	Desarrollo de un sistema de valores. Metas vocacionales reales. Identidad personal y social con capacidad de intimar	Aceptación de la imagen corporal

DE: CASTELLS P Y SILBER TJ, 2003.

Aunque se trata de una difícil línea de división, es necesario encontrar las diferencias entre la etapa de la adolescencia y el período de juventud. No hay un acuerdo estricto ni definido sobre dónde se sitúa la línea de división entre ambos períodos, porque el desarrollo es un proceso continuo, de permanente cambio. Pero a pesar de ello, la mayor parte de los autores han encontrado un patrón común de división de la adolescencia, han establecido tres etapas: adolescencia temprana (10-13 años), adolescencia media (14-17 años) y adolescencia tardía (18-21 años). Sobre esta clasificación hay que destacar algunas consideraciones importantes:

- No todos los adolescentes viven de igual manera estas etapas, ni en intensidad ni en duración. Dependiendo de sus vivencias y experiencia, y del contexto social y familiar en el que se desarrolle su vida, cada uno de los períodos tendrá una presencia diferente en su vida. La única manera de conocer dónde se encuentra el adolescente es mediante una entrevista con él.
- Las chicas tienen, de forma habitual, una mayor precocidad que los chicos en el comienzo de la adolescencia, de tal manera que es común observar que a los 10 años las jóvenes comienzan a tener los primeros comportamientos propios de la adolescencia precoz, mientras que los varones permanecen todavía en la infancia tardía.
- Es necesario distinguir entre la pubertad y la adolescencia. A este respecto, existe bastante confusión, y la dificultad de establecer con claridad las diferencias. Como criterio para diferenciarlas, tomaremos las palabras de García-Tornel: «la pubertad se describe mejor como el período durante el cual el cuerpo adquiere las características adultas, y la adolescencia como el tiempo en el que la persona crece y se desarrolla psicológica, emocional y socialmente».

En un momento determinado, el organismo en crecimiento acelera su ritmo: el niño comienza la pubertad. Hasta ese momento, niño y niña crecían a la misma velocidad, pero ahora empieza a diferenciarse de manera notable. En la niña, el proceso puberal empieza a los 9-10 años, mientras que en el niño sucede a los 11-12 años.

Se ha dicho que la aparición de la pubertad es un acto de la naturaleza y la adolescencia, un acto del hombre. Pues algo así sucede, la pubertad es un proceso biológico inevitable y la adolescencia es una creación social. En definitiva, la diferencia está en que la adolescencia consiste en configurar y consolidar la propia identidad como persona única y madura.

- Estamos asistiendo en las últimas décadas al fenómeno de la adolescencia ampliada. Muchos jóvenes que pasan la barrera de los 21 años, entre los que es de esperar una conducta de madurez y desarrollo propios de la época adulta joven, mantienen conductas propias de la adolescencia. Es frecuente observar que estos jóvenes actúan con inmadurez e irresponsabilidad, excesiva dependencia y dificultades para encontrar la propia identidad. Pero tal vez lo más llamativo es encontrar comportamientos mixtos, dependiendo del área de la conducta a que se refiera, alternando momentos propios de la juventud con otros típicos de la adolescencia.

Este acontecimiento probablemente sea el resultado de la dependencia de los padres a la que se ven sometidos muchos jóvenes, fundamentalmente económica, además de unos patrones educativos que impiden el desarrollo madurativo de los jóvenes. Baste con recordar que, en el año 2002, la media de edad a la que los jóvenes abandonaban el domicilio de sus padres para independizarse era a los 27,7 años.

Una vez tenidas en cuenta estas consideraciones, pasamos a describir las tres etapas de la adolescencia, siguiendo la clasificación del profesor Florenzano Urzúa:

- En la *adolescencia temprana*, de los 10 a los 13 años, el pensamiento tiende aún a ser concreto, con fines muy inmediatos. La separación de los padres apenas comienza, con una actitud rebelde pero sin un distanciamiento real. Las amistades son, fundamentalmente, del mismo sexo; generalmente, la vida la realizan con el grupo de amigos, con leves aproximaciones al sexo opuesto. Son frecuentes las demostraciones de mal genio, las rabietas, y casi siempre muy dirigidas a los padres. En casos extremos, estas rabietas pueden transformarse en conductas antisociales, de violencia y delincuencia, como robos, destrozos de inmuebles urbanos o peleas callejeras; encontrando un gran atractivo por el robo de coches y motos. En otros casos, se aprecia una retirada progresiva de sus actividades habituales, con retraimiento emocional y tendencia al aislamiento social; el joven se recluye en su habitación, limita la comunicación y la presencia de síntomas depresivos.
- En la *adolescencia media*, entre los 14 y los 17 años, la separación de la familia comienza a hacerse más intensa, siendo una de sus características primordiales. Los amigos son mucho más selectivos y comienzan las relaciones en pareja. Empieza a destacar la capacidad de pensamiento abstracto y a jugar con las ideas y pensamientos filosóficos; como resultado de ello, se inicia un período de selección y prueba de diferentes intereses y amistades. El centro de interés está en las relaciones interpersonales y en la elaboración de las ideas propias y en descubrir las de los demás. Aunque en esta etapa disminuye el interés por el propio cuerpo, pueden aparecer síntomas patológicos sobre éste, que pueden condicionar los estilos de vida y las conductas de riesgo del futuro, tanto en el orden físico como psicológico. De esta manera, se aprecia una etapa en la que se definen las personalidades hipocondríacas y las narcisistas. También es el momento en el que pueden desencadenarse síntomas de ansiedad o depresión, aunque de manera transitoria. Con menos frecuencia, aparecen sentimientos de despersonalización o dudas acerca de la propia identidad sexual que, en ocasiones, desencadenan conductas destinadas a expresar de forma acentuada los rasgos de masculinidad o feminidad.
- Por último, la *adolescencia tardía*, de los 18 a los 21 años, es el momento en el que surgen las relaciones personales estables. Se caracteriza por un período de mayor compromiso y la consolidación de una autoimagen estable. La capacidad de abstracción está consolidada, lo que permite planificar mirando hacia el futuro. En las relaciones familiares, suele ocurrir un nuevo acercamiento, imponiéndose una mayor tolerancia hacia la diferencia, con actitudes menos beligerantes con los padres.

La imagen social de la adolescencia

La imagen social es un aspecto muy importante para entender los problemas, conflictos y dificultades que se presentan en torno a la adolescencia, y en consecuencia, para realizar una aproximación en la consulta a los adolescentes. Las sociedades occidentales prestamos una especial atención a las conductas de los adolescentes y los jóvenes. Basta con seguir con un poco de atención los medios de comunicación para comprobar el alcance y el eco permanente de todos los acontecimientos en los que participan nuestros jóvenes. No hay una semana en la que los adolescentes no aparezcan como protagonistas en los

medios de comunicación. En ocasiones, por conductas o actitudes relacionados con sus estilos de vida y en otras, por algún aspecto relacionado con algún fenómeno de su salud.

El aspecto más interesante de este fenómeno es que los adolescentes son, a la vez, actores y espectadores de estas informaciones. Para ellos, se trata de un polo de atención en el que se ven reflejados, satisfacen algunas necesidades de sentirse protagonistas, pero a su vez se convierten en pautas de modelado y de aprendizaje de su propia conducta. Los modelos de referencia más influyentes, en especial en la segunda etapa, son los iguales, el propio grupo. Esto hace que cuando un adolescente observa la imagen que tiene su grupo en la sociedad, además de contemplarse a sí mismo, lo que hace es buscar un modelo de conducta que le dé seguridad y tranquilidad, un modelo con el que sentirse cómodo y seguro. Por lo tanto, es fácil entender la aparente pérdida de la individualidad de los adolescentes y su permanente integración en el grupo, sea éste de iguales cercano, de contacto físico, o bien un grupo imaginario, virtual y colectivo, que se identifica con la imagen que se crea de los adolescentes en los medios de comunicación.

La imagen social de los adolescentes está estableciendo una perpetua relación con sus estilos de vida: el consumo de drogas, el tabaco, el alcohol y las intoxicaciones, el consumo de cannabis de forma bastante generalizada, los accidentes de tráfico, la violencia, los embarazos no deseados en las adolescentes, los problemas de integración en el mundo laboral, la prolongación de los períodos de adolescencia por ausencia de alternativas, los problemas derivados de la alimentación, las bajas tasas de actividad física en comparación con otros países, están todos referidos a su estado de salud.

Podemos apreciar cómo la sociedad está muy centrada en los aspectos relacionados con la salud de los jóvenes. Es tan intensa esta atención que un buen número de actividades de las instituciones públicas y muchos de sus recursos están destinados a afrontar las situaciones de riesgo entre los adolescentes y los jóvenes. Atendemos a la conformación de planes de salud sectoriales dirigidos y adaptados a las necesidades y al contexto de los más jóvenes. Ejemplos de ello son el Plan Nacional sobre Drogas, con el correspondiente equivalente en cada comunidad autónoma, y en prácticamente todos los ayuntamientos cuya población supera los 20.000 habitantes; y los Planes de Juventud, en los que se incorporan acciones prioritarias sobre sus riesgos para la salud.

En este contexto, es preciso entender que cualquier intervención dirigida a un adolescente que entra en nuestra consulta hay que situarla en su propio contexto. Por consiguiente, resulta necesario afrontar la aproximación en un marco global, conociendo las diferentes intervenciones que tienen a su alrededor.

Cómo facilitar el acceso de los adolescentes a los centros de salud

Durante los últimos años, parece existir un aumento de la complejidad de los problemas de salud de los jóvenes, la mayoría de ellos relacionados con el consumo de drogas. No es extraño que aparezcan en la prensa titulares sobre enfermedades propias de estas edades o bien el aumento de la prevalencia de factores y conductas de riesgo. A menudo, los adolescentes tienen dificultades para acceder a los servicios sanitarios.

Mientras que aumenta la sensibilización de los profesionales a las problemáticas de los jóvenes, nuestros sistemas organizativos no han facilitado el acceso de éstos a los servicios de promoción de la salud y, en concreto, a los centros de Atención Primaria (CAP).

Analizaremos algunas de las **barreras que los adolescentes** o jóvenes pueden encontrar en un CAP. Sólo intentamos remarcar las dificultades de accesibilidad de los centros que, por las características propias de los jóvenes, son vividas de una forma peculiar. No intentamos criticar las diferentes organizaciones necesarias para el funcionamiento de los equipos, sólo queremos reflexionar sobre las dificultades que estas organizaciones pueden representar en la accesibilidad de los jóvenes a los sistemas sanitarios:

- Teléfonos que comunican y que obligan al joven a llamar más de una vez para poder conseguir cita.
- Dificultad en adaptarse a los horarios de visita de su médico. Han de compaginar estas visitas con su horario de estudios y/o trabajo.
- Listas de espera para poder visitarse con su médico de cabecera.
- Colas para pedir información en la unidad de atención al usuario, debido a que éstas se encargan de infinidad de gestiones administrativas complejas: recetas de crónicos, citas de especialistas, etc.
- Las salas de espera se han de compartir o con niños pequeños (en pediatría) o bien con ancianos (en medicina de familia). Estas salas, según el momento del día, pueden estar llenas de pacientes, algunos de ellos conocidos de sus familias.
- Retraso de los profesionales en atender a los pacientes citados, que puede llevar a largas esperas.
- Miedo a que el profesional que atiende al joven explique a sus padres el motivo de consulta.
- Profesionales sanitarios más próximos a sus padres que a ellos.

La mayoría de los jóvenes no conocen a su médico de familia. Hemos de aprovechar cualquier contacto del joven con las consultas de AP, sobre todo las primeras visitas, para informarlo de cómo utilizar los servicios que le ofrece nuestro centro. Los adolescentes no son usuarios habituales de los servicios sanitarios, de manera que necesitan ser informados sobre cuestiones que la mayoría de adultos conocen. A continuación enumeramos algunas propuestas que permiten mejorar estos primeros contactos y la posterior relación con el centro y su médico de referencia:

- Las unidades de atención a los usuarios han de participar de la política de facilitar la accesibilidad y confidencialidad de los jóvenes, ya que son la puerta de entrada de nuestros centros.
- Explicar cómo funciona el centro y presentarnos (no sería la primera vez que un adolescente es visitado por una doctora joven y decide que ha sido visitado por una enfermera). El joven ha de poder identificar a la persona con la que ha hablado, de esta manera podrá volver si tiene alguna duda.

- Si acude de urgencias y no somos su médico de referencia, explicarle quién es y su horario de visitas.
- Han de sentirse acogidos y escuchados: su CAP es el lugar donde se pueden consultar los problemas y dudas relacionados con la salud.
- Se pueden aprovechar estos contactos para completar la historia clínica y detectar y prevenir riesgos propios de estas edades. Cuando citamos a un joven para que vuelva y tener más tiempo para visitarlo, siempre corremos el riesgo de que precisamente los de mayor problemática sean los que no vuelvan a estas visitas.
- Los equipos habrían de realizar actividades comunitarias orientadas a darse a conocer y colaborar con los centros de la zona. Esto es más complejo de realizar en grandes ciudades, pero en el ámbito rural es muy gratificante para los profesionales.

Pese a todas estas barreras y posibles dificultades, la realidad es que una vez en la consulta, lo que valora el joven es cómo el médico que tiene delante habla con él y lo trata.

Bibliografía

- Becofia E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 2002.
- Brusko M. Cómo convivir con un adolescente. El difícil equilibrio entre el autoritarismo y la permisibilidad. Barcelona: Random House Mondadori; 2003.
- Casado I. Tratando (con) adolescentes. Aten Primaria 2000;26:137-8.
- Casado I, González S, González S, Rojas A. Evaluación del registro de actividades preventivas en un área de salud. Aten Primaria 1997;19:271-2.
- Castells P, Silber TJ. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Barcelona: Planeta; 2003.
- Castillo C. El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor. Madrid: Pirámide; 2002.
- Clayton RR. Transitions in drug use: Risk and protective factors. En: Glantz M, Pickens R, editores. Vulnerability to drug abuse. Washington, DC: American Psychological Association; 1992. p. 15-51.
- Cohen RJ, Swerdlik ME. Pruebas y Evaluación Psicológicas. México: McGraw Hill; 2000.
- Comas D, et al. Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos. Madrid: Injuve; 2003.
- Conde F. Los hijos de la des-regulación. Jóvenes, usos y abusos en los consumos de drogas. Madrid: Crefat; 1999.
- Conde F. La mirada de los padres. Crisis y transformación de los modelos de educación de la juventud. Madrid: Crefat; 2003.
- Delgado JJ. Necesidades de salud de los adolescentes. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1995;2(5):247-8.
- Elías MJ, Tobías SE, Friedlander BS. Educar adolescentes con inteligencia emocional. Barcelona: Plaza & Janés; 2001.
- Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Recomendaciones y fundamentos. Madrid: Díaz de Santos; 1995.
- Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias 2004. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2004. Disponible en: URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>
- Funes J. Adolescentes: diversión y uso de drogas. Revista Proyecto nº 32; Proyecto Hombre. Madrid, 1999.
- Gardner S, et al. Guide to science-based practices 1: Science-based substance abuse prevention: A guide. Rockville, MD. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001.
- González M, coordinador. Guía de atención al adolescente en Atención Primaria de salud. Valladolid: SCLMFyC; 2004.
- Jarabo Y, Vaz FJ. La entrevista clínica con adolescentes. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1995;2(8):455-65.
- Jiménez R. La medicina de familia y la adolescencia. Aten Primaria 2003;32(10): 555-6.
- Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV, Silber TJ, Suárez Ojeda EN. En: Yunes J, editor. La salud del adolescente y del joven. Washington DC (EUA): Organización Panamericana de la Salud; 1995. Publicación científica n.º 552.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Second Edition: Preparing People for Change. Second Edition. Ed.: Guilford Press. A division of Guilford Publications Inc. New York, 2002.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2006-2007.pdf>
- Moncada S. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En: Plan Nacional sobre Drogas, editor. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 1997. p. 85-101.
- Pérez PM, Cánovas P. Valores y pautas de interacción familiar en la adolescencia (13-18 años). Madrid: Fundación Santa María. SM; 2002.
- Physician Leadership on National Drug Policy. Adolescent substance abuse: a Public Health priority. An evidence-based. Comprehensive, and integrative approach. 2002. Disponible en: URL: <http://www.plndp.org/>
- Pla Corrons C. Relación padres-hijos en la adolescencia. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 1999;6(Pt 3):143-8.
- Rodríguez M. Necesidad de creación de unidades de adolescencia. An Pediatr 2003;58(Supl 2):104-6.
- Silber TJ. Approaching the adolescent patient. J Adolesc Health Care 1986;7 Supl:31-40.
- Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SMMFYC). El adolescente y su salud. Madrid: SMMFYC; 2001.
- Toro J, Artigas M. El cuerpo como enemigo. Barcelona: Martínez Roca; 2000.
- Zarco J, Caudevilla F, Cabezas C, Navarro C. Conductas de riesgo adictivo. En: Casado V, Calero S, Córdón, et al. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: semfyc ediciones; 2007. p.1201-64.

Evaluación de la sesión sobre Drogas y familia: prevención y orientación

Abordaje desde la Atención Primaria

El presente cuestionario le permitirá obtener la acreditación solicitada a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acreditación de Atención Primaria.

Las 20 preguntas planteadas tienen cuatro opciones de respuesta de las cuales sólo una es la correcta. Por favor, traslade las opciones elegidas a la hoja de respuestas que se le ha facilitado, leyendo detenidamente las instrucciones para su cumplimentación.

Una vez haya rellenado la hoja de respuestas, envíela a semFYC mediante el sobre con franqueo en destino adjunto.



1. RESPECTO A LOS ANÁLISIS PARA DETECTAR DROGAS EN EL ORGANISMO DEL ADOLESCENTE DE FORMA PASIVA Y SIN SU CONOCIMIENTO, ¿CUÁL TE PARECE LA RESPUESTA MÁS CORRECTA?

- a) Es imprescindible realizarlos sólo ante una sospecha fundada de consumo por parte de padres, profesores, etc.
- b) Debe hacerse cuando el consumo de drogas (CD) produce problemas de conducta antisocial.
- c) No debe realizarse sin el consentimiento informado del adolescente.
- d) Puede y debe realizarse si lo solicitan los padres.

2. RESPECTO A LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS (CD) ENTRE LOS ESCOLARES, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES ES LA CORRECTA?

- a) El consumo de cocaína es el que, proporcionalmente, más ha aumentado en los últimos años.
- b) La sustancia más consumida es el tabaco.
- c) El consumo de éxtasis ha aumentado considerablemente de manera que en la actualidad es más frecuente que el de cannabis.
- d) El consumo de cannabis se ha mantenido estable en los últimos 5 años.

3. ¿CUÁL ES LA MEDIA DE EDAD DE CONSUMO DE CANNABIS ENTRE ESTUDIANTES DE 14 A 18 AÑOS?

- a) A los 18 años.
- b) A los 16 años.
- c) Entre los 14 y 15 años.
- d) Entre los 16 y 17 años.

4. ¿CUÁL DE ESTAS RESPUESTAS NO ES UNA SEÑAL DE ALARMA PARA EL CD?

- a) Conflictividad social.
- b) Cambio brusco en el rendimiento escolar.
- c) Amigos consumidores de drogas.
- d) Poco interés por el deporte.

5. ENTRE TODAS ÉSTAS, ¿CUÁL NO ES UNA PRÁCTICA QUE SE DEBA FOMENTAR ENTRE LOS PADRES PARA PREVENIR EL CD EN LA ADOLESCENCIA O EN EDADES POSTERIORES?

- a) Diálogo con los hijos.
- b) Subvencionar todas las necesidades que expresen.
- c) Dedicarles un tiempo especial cada día.
- d) Conocer a sus amigos.

6. DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES, ¿CUÁL ES EL MÁS IMPORTANTE SEGÚN LOS PADRES?

- a) El consumo de drogas.
- b) El sida.
- c) La anorexia y la bulimia.
- d) El maltrato emocional.

7. ANTE UN CD EN UN ADOLESCENTE, ¿QUÉ PAUTA ACONSEJARÍA A LOS PADRES?

- a) Deben hablar con el hijo en el mismo momento que detecten el CD y cuanto antes.
- b) Se debe buscar el momento apropiado para tener una conversación constructiva y fuera de los efectos inmediatos del CD.
- c) Los padres deben buscar señales indirectas de CD mediante análisis de orina, etc.
- d) Preguntar directamente a los hijos sobre CD con autoridad y dejando claro cuáles son los límites.

8. EN LA ENTREVISTA CON EL ADOLESCENTE, ¿QUÉ ES LO MÁS ADECUADO?

- a) Usar preguntas abiertas.
- b) Usar preguntas cerradas.
- c) Buscar la ayuda de un especialista en drogas.
- d) Realizar tests psicológicos.

9. ¿CUÁL DE ÉSTOS NO CONSIDERARÍA QUE ES UN FACTOR PREDISPONENTE PARA EL CD?

- a) Violencia familiar.
- b) Sobreprotección.
- c) Familia desestructurada.
- d) Normativa clara sobre salidas nocturnas.

10. ¿CUÁNDO SE DEBE ACONSEJAR A LOS PADRES QUE PREGUNTEN A SUS HIJOS SOBRE SU POSIBLE CD?

- a) No se debe preguntar a menos que existan indicios claros de CD.
- b) Si existen conductas antisociales.
- c) Si hay amigos consumidores.
- d) b y c.

11. DE LAS SIGUIENTES ACTUACIONES DE LOS PADRES EN LA RELACIÓN CON SUS HIJOS/AS, RESPECTO A LA PREVENCIÓN DEL CD, ¿CUÁL NO RECOMENDARÍA?

- a) Establecer límites y normas de conducta claras.
- b) Compartir aficiones con los hijos.
- c) Establecer las normas pero manteniendo la autoridad y no por consenso ni con criterios compartidos.
- d) Conocer a las amistades de los hijos.

12. EN ALGUNAS OCASIONES, EL CD PUEDE ESTAR PROVOCADO POR ALGUNA DE ESTAS CIRCUNSTANCIAS. SEÑALE LA MENOS PROBABLE:

- a) Deterioro socioeconómico de la familia.
- b) Asma episódica ocasional.
- c) Enfermedades crónicas de los progenitores.
- d) Diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

13. SEÑALAR LA RESPUESTA INCORRECTA RESPECTO AL CONSUMO DE DROGAS POR PARTE DE LOS ADOLESCENTES.

- a) El patrón de consumo habitual entre los jóvenes es experimental u ocasional.
- b) Aparece de manera habitual el fenómeno del policonsumo.
- c) Más de un 60% de los adolescentes dice haber sufrido las consecuencias del consumo de sustancias.
- d) En los últimos años todas las sustancias en las que ha disminuido la percepción de riesgo ha aumentado el consumo.

14. SON CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA, DE LOS 10 A LOS 13 AÑOS, TODAS LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES EXCEPTO UNA:

- a) El pensamiento tiende aún a ser concreto, con fines muy inmediatos.
- b) La separación de los padres comienza, con una actitud rebelde y con un distanciamiento real.
- c) Las amistades son, fundamentalmente, del mismo sexo; generalmente la vida la realizan con el grupo de amigos, con leves aproximaciones al sexo opuesto.
- d) Son frecuentes las demostraciones de mal genio, las rabietas, y casi siempre muy dirigidas a los padres.

15. AL PLANTEARSE CÓMO ACONSEJAR A LOS ADOLESCENTES, ¿QUÉ OPCIÓN DE LAS SIGUIENTES ES LA MÁS ADECUADA?

- a) Es importante crear un entorno que facilite la atención y resulte atractivo.
- b) Debe ser adecuado a la edad.
- c) El consejo debe respetar los valores y la cultura del receptor, utilizando códigos de comunicación que resulten cercanos.
- d) Todas las anteriores.

16. ANTE LA DETECCIÓN DE UN CONSUMO PROBLEMÁTICO Y LA NEGATIVA DE SU EXISTENCIA POR PARTE DEL ADOLESCENTE, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES NO ES ADECUADA?

- a) En primer lugar debemos lograr ser capaces de conseguir establecer una relación de confianza que nos permita en un futuro establecer un vínculo terapéutico en el futuro.
- b) En todo el proceso debemos recalcar la confidencialidad y el secreto profesional, pactando con el interesado qué información transmitir a los padres.
- c) Una vez que el adolescente sea consciente de la existencia de un problema con su consumo, podrá plantearse la intención de cambio.
- d) Hemos de mantener una posición de respeto a su autonomía aunque probablemente también debamos censurar su conducta.

17. ¿QUÉ CARACTERÍSTICA PSICOLÓGICA DEL ADOLESCENTE NO ESTÁ RELACIONADA CON EL CD?

- a) Capacidad para planificar a medio y largo plazo.
- b) Invulnerabilidad.
- c) Búsqueda de sensaciones nuevas.
- d) Socialización dentro del grupo de iguales.

18. LOS ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE DROGAS SUELEN HACERLO POR UNA DE LAS SIGUIENTES RAZONES. SEÑALE LA MENOS FRECUENTE:

- a) Imitar a otros.
- b) Presión del grupo.
- c) Sensación de placer inmediato.
- d) «Autotratamiento» de síntomas de enfermedades mentales.

19. LA EDAD MÁS CORRECTA PARA QUE LOS PADRES HABLEN DE DROGAS CON LOS HIJOS ES:

- a) Los 8 años.
- b) Los 10 años.
- c) Los 12 años.
- d) A lo largo de toda la infancia y adaptándose al nivel de desarrollo.

20. ¿CUÁL ES LA DROGA MÁS CONSUMIDA POR LOS ADOLESCENTES?

- a) Tabaco.
- b) Cannabis.
- c) Alcohol.
- d) Éxtasis.

Notas