

**Sesiones
clínicas
en APS**

**Material
Ponente**

Drogas y familia: prevención y orientación

Abordaje desde la Atención Primaria

2ª EDICIÓN

Coordinador:

Juanjo Mascort Roca

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.

Juanjo Mascort Roca

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Secretaria científica del PAPPS.
Grupo de trabajo VIH-Sida de semFYC. Grup de treball sobre VIH-Sida de CAMFiC.

Autores de la 1ª edición:

**Asensio López Santiago, José Zarco Montejo, José Galbe Sánchez Ventura,
Manel Nebot Adell (†), Juanjo Mascort Roca**

© 2016, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfyc.es

Primera edició: 2008.

Coordinació y direcció editorial:



Carrer del Pi, 11, 2.^a planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfyc.es

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del copyright.

ISBN: 978-84-15037-38-5

Printed in Spain

Índice

Presentación de la sesión	5
Desarrollo de la sesión	5
Caso clínico 1	7
Caso clínico 2	25
Materiales de apoyo	27
Bibliografía	54
Recursos web de interés	56



Presentación de la sesión

OBJETIVOS DOCENTES

Objetivo 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 las 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 enfermeras, trabajadores y trabajadoras 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. Este 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 deberían 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.
- ▶ A continuación el ponente presenta el segundo caso práctico, y se sigue la misma dinámica del primer caso.
- ▶ La información puede ampliarse con el material complementario destinado a la formación en materia de drogas y con los recursos electrónicos recomendados.

Cronograma

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

Caso clínico 1

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Ana es una paciente habitual de tu cupo, de 39 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 ESTE, 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 Ana:

- Ana tiene 39 años, con más de 20 años de diferencia con su hijo.
- Es una paciente habitual, con la que seguro existe una relación de confianza.
- Los padres fumaron algún porro cuando eran jóvenes, pero ya tenían más de 20 años.
- Es probable que los padres se encuentren bastante confusos por esta situación. Consideran que su hijo es muy joven y no está preparado.
- Algunos de sus amigos de juventud que siguieron fumando han tenido bastantes problemas en su vida.
- Su demanda es genérica, motivada especialmente por la «angustia» que les produce esta situación 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:

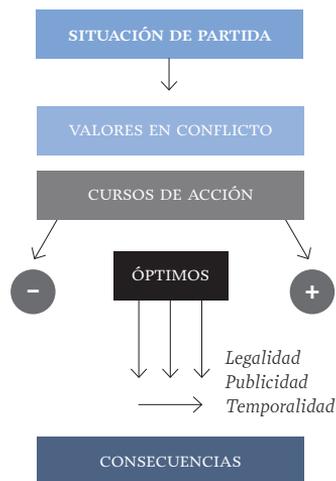
¿CUÁL SERÍA TU ACTITUD INICIAL ANTE LA DEMANDA DE LOS PADRES?

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 \longleftrightarrow 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 hay 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 con el 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 las señaladas 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

Datos de la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2012. Encuesta a población escolarizada entre los 12 y 18 años (tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de consumo en los últimos 30 días

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4	26,2	29,7
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56	65,6	58	58,5	63	74
Hipnosedantes* (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	3,6	5,1	5,2	6,6
Hipnosedantes* (sin receta)	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3	3,4
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,2	1	1,2
Alucinógenos	2,6	2,8	2	2	1,2	1,5	1,3	1,2	1	1
Anfetaminas	2,3	2,6	2	2	2	1,8	1,4	1,1	0,9	1
Cocaína (polvo y/o base)	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2	1,5	1,5
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8	0,8
GHB	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	0,5	0,7

* Incluye tranquilizantes o somníferos.

http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.pdf

Destacamos los principales resultados de la encuesta ESTUDES realizada por el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

- El alcohol y el tabaco, seguidos del cannabis, siguen siendo las drogas más consumidas por los estudiantes españoles. Le siguen, por este orden, hipnosedantes (con y sin receta), cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína, que se sitúa en último lugar.
- En la evolución del consumo de tabaco en los últimos 30 días entre los jóvenes de 12 a 18 años se observa una reducción progresiva hasta la encuesta del año 2004. A partir de esa fecha hasta el 2012 el consumo se mantiene estable con ligeras variaciones.
- En todo el periodo estudiado no se aprecian variaciones en el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días. Cuando atendemos al porcentaje de jóvenes que experimentan una intoxicación etílica o borrachera, podemos observar que igualmente no existen grandes diferencias en los últimos años (tablas 2-6).

- A pesar de la estabilidad de las cifras, destacar que más de un tercio de los jóvenes menores de 18 años aseguran que se ha emborrachado en el último mes. Estas cifras son de una gran importancia, pues indican unos patrones de consumo de bebidas alcohólicas de alto riesgo entre los adolescentes. Tampoco hemos de olvidar que en nuestra legislación está prohibida la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.
- La media de edad de inicio permanece estable en todas las drogas y oscila entre los 13 y los 16 años, según las sustancias. Sube ligeramente la edad de inicio del alcohol, que se sitúa en los 13,9 años de media.
- El 81,9 % de los estudiantes dice haber consumido alcohol en el último año y el 35,3 % ha consumido tabaco en el último año, el 26,6 % cannabis, el 11,6 % hipnosedantes, el 2,5 % cocaína, el 2 % alucinógenos, el 1,7 % anfetaminas y el 0,7 % heroína.
- El consumo de cannabis se considera que está muy asociado al consumo de tabaco. En el seguimiento de las encuestas se puede apreciar un aumento progresivo del número de consumidores hasta la encuesta del año 2004. A partir de esta fecha experimenta un descenso leve, pero progresivo, situándose en el año 2012 en el 16,1 % de los jóvenes encuestados.
- El consumo del resto de sustancias adictivas experimenta pequeñas variaciones a lo largo de todo el periodo, situándose en cualquier caso todas en cifras de consumo inferiores al 2 % del total de jóvenes entrevistados.
- El policonsumo es cada vez más frecuente entre los jóvenes.

Prevalencia de intoxicaciones alcohólicas entre los estudiantes de Secundaria

Tabla 2. Prevalencias de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 2012.

	Alguna vez			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	2008	2010	2012	2008	2010	2012	2008	2010	2012
Total	56,2	58,8	60,7	47,1	52,9	52	29,1	35,6	30,8
Sexo									
Hombres	54,8	58	59,9	46,5	52,2	51,7	29,4	36,4	31,3
Mujeres	57,5	59,5	61,5	47,7	53,5	52,3	28,7	34,8	30,3
Edad									
14 años	30,4	27,8	31,5	24,5	24,6	26,1	13,4	16	12,7
15 años	48,5	52,2	47,4	41	47,3	40,2	24,2	32	21,3
16 años	62,2	66,2	62,3	53	59,8	53,4	31,7	38,8	30,9
17 años	72,6	76,8	73,1	59,7	69,1	62,6	39	46,6	38,8
18 años	76,9	77,8	80,4	65,8	69,8	70,5	45,2	52,8	46,5

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

Prevalencia de intoxicaciones alcohólicas entre los estudiantes de secundaria

Tabla 3. Prevalencias de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2012.

	Hombres					Mujeres				
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18
Borracheras alguna vez	29,2	42,6	61,5	74,1	81,3	33,8	52	63,1	72,1	79,4
Borracheras últimos 12 meses	23,1	35,5	52,6	65,1	73,1	29,2	44,6	54,1	60,1	67,6
Borracheras últimos 30 días	10,8	17,8	32,2	41,5	48,4	14,6	24,6	29,7	36	44,4

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

¿Dónde consiguen las bebidas alcohólicas los menores de 17 años?

Tabla 4. Porcentaje de menores (14-17 años) que han conseguido y consumido alcohol (en el último mes) en diferentes lugares. España, 2012.

	Conseguido	Consumido
Bares o pubs	57,7	61,4
Discotecas	47,1	52,1
Domicilio de otros	24	39,9
Domicilio propio	16,8	20,6
Supermercados	61,8	–
Espacios públicos abiertos (calles, parques, playas)	–	57,3

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

Prevalencia de botellón en los estudiantes de secundaria

Tabla 5. Prevalencia de botellón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2012.

	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	62	43,4
Sexo		
Hombres	61,3	42,8
Mujeres	62,7	44,1
Edad		
14 años	36,4	20,6
15 años	51,5	32,7
16 años	65,2	45,5
17 años	71,7	52,8
18 años	77,0	58,7

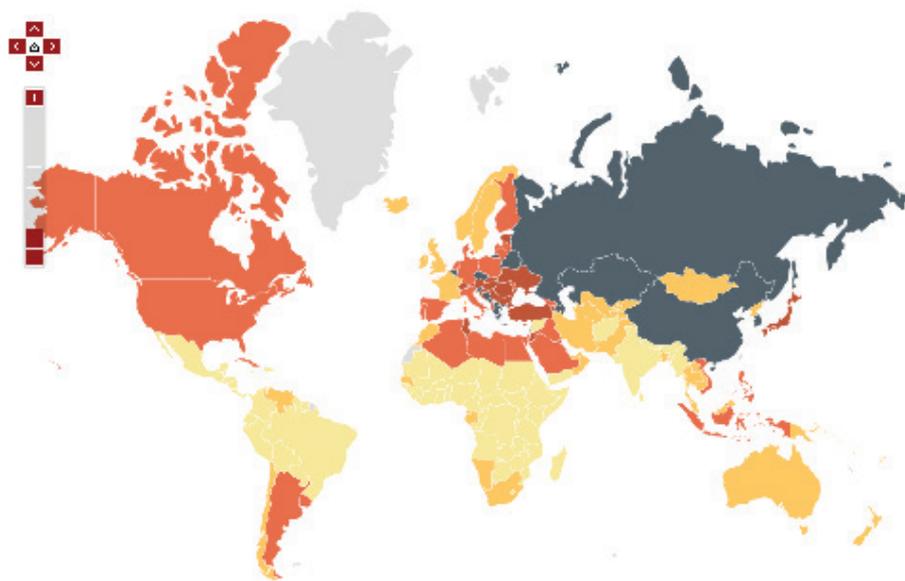
Fuente: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 6. Prevalencia de consumo de cannabis según el género

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Media de edad de inicio del consumo de cannabis (años)	15,1	15,2	15,1	15,2	14,9	15,1	14,8	15	14,6	14,8	14,6	14,8	14,5	14,6	14,6	14,7	14,6	14,8	14,8	15
Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida	23,8	18	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	46,6	34,6	45,3	40,2	38	34,6	37,8	32,8	34,9	31,1	36,3	30,7
Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses	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	33,5	27,5	26,8	23,3	29,7	23,3
Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	25,8	19,6	28,3	22	22,3	18	23	17,2	18,6	14,6	18,9	13,3

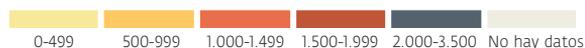
Datos del Atlas Mundial del Tabaco, en la cita de la entrada: *El binomio cannabis y tabaco: evidencias y propuestas de acción*. Del Blog del Grupo de Educación para la Salud del PAPPs (<http://educacionpapps.blogspot.com.es/>) (figuras 1 y 2)

Figura 1. El Atlas Mundial del Tabaco



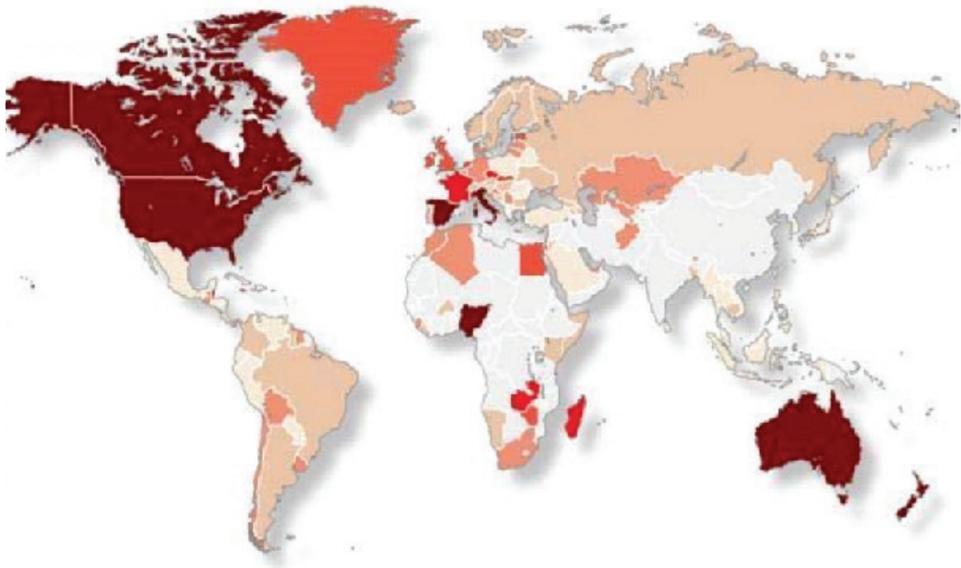
Consumo de tabaco

Número de cigarrillos que se fuman por persona y año: edad ≥ 15 , 2014

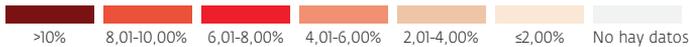


Fuente: UNODC

Figura 2. Consumo del cannabis en 2010 o más recientemente



Población de 15 a 64 años de edad que consumió cannabis en el pasado año



Fuente: UNODC

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 mostrándonos 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 en 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 con el 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 poder detectarlo y dar consejo en el contexto de promoción de hábitos de vida saludables y actividades preventivas. Según el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (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.).

Para profundizar en una historia de consumo de drogas se requiere una relación de confianza que no siempre es fácil de conseguir. La confidencialidad, el consenti-

miento 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 respuestas dicotómicas de sí/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 o conducta expresada: «parece que...»

Clarificaciones: intervención que obliga a explicar el significado de algo: «¿qué entiendes por...?»

Parfraseados y resúmenes: pequeños resúmenes con palabras propias: «según creo entender...»

La entrevista motivacional

La prevención del consumo de drogas también puede y debe realizarse desde la consulta del centro de salud. Las intervenciones pueden dirigirse a población adolescente, a familias con potenciales factores de riesgo o a adultos que consumen sustancias de riesgo.

En todos los casos, el instrumento que ha demostrado mayores ventajas para generar cambios en las personas es la entrevista motivacional.

La entrevista motivacional se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y a su escala de valores. Intenta estimular la motivación y favorecer una actitud hacia hábitos sanos, con una especial atención en reforzar los puntos de vista del paciente y su libertad para escoger.

El principio que orienta la entrevista motivacional es considerar que ante la necesidad y el esfuerzo que significa para las personas realizar un cambio en sus compor-

tamientos, se necesita que el individuo identifique con claridad las razones del cambio y los beneficios potenciales que obtendrá en el futuro. Por lo tanto, con la técnica de la entrevista motivacional los profesionales sanitarios se convierten en facilitadores para el cambio de la conducta del paciente. Los elementos que rigen su manejo son los siguientes:

- La motivación intrínseca. La capacidad de cambio está en el interior de cada persona y es prácticamente imposible «imponerla desde el exterior».
- La elección y el control propios. La persona está más motivada para hacer cambios cuando se basan más en sus propias decisiones que si una figura de autoridad le dice lo que tiene que hacer.
- El autoconvencimiento. El paciente debe utilizar sus propios argumentos para iniciar un cambio.
- La autoconfianza. Cuanta más confianza tenga una persona en que puede cambiar será más fácil que lo consiga. Esto tiene gran influencia en la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito.
- La ambivalencia. En prácticamente todas las situaciones de cambio se produce una contradicción entre la conducta que se desea conseguir y la que se quiere renunciar. Es preciso ayudar a gestionar la angustia que genera esta ambivalencia.
- Adecuación a cada persona. No sirven las recetas universales, y es preciso escuchar y comprender las vivencias de cada persona ante una situación de cambio.
- El respeto a la persona. Por encima de todo, la entrevista motivacional ha de basarse en el respeto a la decisión de la persona que va a emprender el cambio y evitar la imposición de la conducta por parte del profesional sanitario.

En definitiva, una entrevista motivacional es un proceso de interacción entre el profesional sanitario y el paciente, en busca de un cambio de comportamiento que tendrá como consecuencia una menor probabilidad de riesgos para su salud y, potencialmente, un mayor bienestar.

¿Cuándo decimos que un profesional es competente en el manejo de la entrevista motivacional?

Para conseguir un adecuado manejo de esta técnica los profesionales deben capacitarse en los siguientes aspectos:

- Expresar empatía. Significa aceptar y respetar al paciente, pero no, necesariamente, aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones preguntándonos: ¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?, ¿coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?, ¿cómo le transmito que le comprendo? La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa.

- Desarrollar la discrepancia. Lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta que se quiere modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda o conflicto es el mayor motor para el cambio. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.
- Evitar argumentar y discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear resistencia. Los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición se llama reactancia psicológica (cuanto más se empeña el sanitario, más se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada y, en general, cuando la sensación de libertad se coarta.
- Trabajar las resistencias del paciente evitando las actitudes del sanitario que pueden facilitarlas: tratar de imponer un cambio por «su bien», plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante la falta de cambio, etc.
- Apoyar y fomentar el sentimiento de autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y que nosotros le prestamos ayuda si lo desea.

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 de 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 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 hiperactividad, 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 solo es posible su reducción parcial o amortiguación.

Clasificación de los trastornos adictivos (DSM-V)

Los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran las actividades normales.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los inducidos por sustancias. Las siguientes afecciones se pueden clasificar como inducidas por sustancias: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento.

La palabra «adicción» no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra «trastorno por consumo de sustancias» para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos preferirán utilizar la palabra adicción para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa.

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 una 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

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Marisa y Roberto son los padres de Juan Alberto, de 14 años. Juan Alberto 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. Coincidió con las fiestas locales. 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 JUAN ALBERTO 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 Juan Alberto?
- 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 Juan Alberto:

- 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 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 a ser su patrón de conducta para la próxima etapa adulta. Una vez establecida la etapa adulta, cualquier nueva incorporación, innovación o cambio de esta 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 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 estos, 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 adquirieran 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 (tablas 7 y 8).

Tabla 7. 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 8. 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 AP 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

Tabla 9. 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.

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 (tabla 9).

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 importan-

te. Por consiguiente, el profesional debe establecer un marco de relación favorable, prestando un cuidado particular a todas las variables que inciden en la comunicación. Estos 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, 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 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 (tabla 10).

Tabla 10. 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 comprende 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 entrevista 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 (tablas 11 y 12).

Tabla 11. 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 12. 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 visita 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.

<p>Realización o revisión del genograma</p> <p>Recoger antecedentes familiares Identificar convivientes y señalarlos Explorar dinámicas familiares y posibles duelos</p>	<p>Rendimiento escolar/laboral</p> <p>¿Qué curso haces? ¿Has repetido? ¿Querrás seguir estudiando? ¿En qué trabajas? ¿Te gusta tu trabajo?</p>	<p>Tabaco</p> <p>¿Fumas diariamente? ¿Cuántos cigarrillos? ¿Has fumado en alguna ocasión? ¿Fuma alguien en tu casa? ¿Y en tu grupo de amigos? ¿Qué opinas del tabaco?</p>
<p>Alcohol</p> <p>¿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?</p>	<p>Otras drogas</p> <p>¿Has tenido contacto con otras drogas? ¿Cuáles? ¿Conoces a alguien que consume? ¿En tu grupo de amigos? ¿Quieres hacer alguna pregunta sobre estos temas?</p>	<p>Actividad física y tiempo libre</p> <p>¿Practicas algún deporte? ¿Cuál? ¿Cuánto tiempo dedicas? ¿Qué haces los fines de semana? ¿Sales en grupo? ¿Tienes pareja? ¿Sales con alguien?</p>
<p>Actividad sexual</p> <p>¿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?</p>	<p>Alimentación</p> <p>¿Haces o has hecho algún tipo de dieta? ¿De qué tipo? ¿Conoces a alguien con problemas de anorexia o bulimia? ¿Qué opinas?</p>	<p>Salud mental</p> <p>¿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?</p>

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. Estos 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

de 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 estas quedan condicionadas y determinadas por las dinámicas familiares. En estos casos, solo 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 (tabla 13).

Desde AP, es posible realizar una intervención integral sobre la salud de los adolescentes conjugando las acciones individuales y las familiares con intervenciones comunitarias. Estas 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.

Tabla 13. 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 las 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 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 este.
- La recomendación general que ofrece la OMS es que el consumo de alcohol no es seguro antes de los 18 años. 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 con el 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. Esta 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.

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 este 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 los 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.

En nuestro medio y por los datos obtenidos en el estudio ESTUDES, sabemos que 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 (media de edad de inicio 13,1 años), el alcohol (13,8 años) y el cannabis (14,6 años).

Las prevalencias de consumo de cualquier droga son mayores entre aquellos que perciben un mayor número de amigos-iguales consumidores de esa droga.

El porcentaje de consumidores de drogas es mayor entre los que salen más noches y llegan más tarde.

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, la frecuencia y las consecuencias del consumo, además de quebrar la relación médico-paciente y vulnerar el principio ético de autonomía).

Como datos más significativos de la encuesta en cuanto a las diferentes sustancias consumidas podemos destacar:

Alcohol:

- Aumenta el consumo de alcohol, a expensas, especialmente, de los más jóvenes (14 y 15 años). Hay un importante aumento del consumo de alcohol. Así el 83,9 % de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol. El 81,9 % lo ha consumido en el último año y el 74 % en el último mes.
- Además, 6 de cada 10 estudiantes se han emborrachado alguna vez. Desde 1994 se observa una tendencia global ascendente en la proporción de estudiantes que se han emborrachado en los últimos 30 días.
- Los menores obtienen alcohol con mucha facilidad y su percepción de riesgo es bajo.

- La frecuencia y la intensidad del consumo de alcohol aumentan con la edad. Con 17 años, el 63 %, casi dos tercios de los estudiantes, se han emborrachado en el último año.
- Aumenta la presencia de las chicas, a edades más tempranas (14, 15 y 16 años) para patrones de consumo intensivo.
- Las mujeres consumen alcohol en mayor proporción que los hombres, e incluso el porcentaje de chicas que se emborrachan es mayor que el de chicos. Así, el 29,2 % de las escolares de 14 años se han emborrachado alguna vez en el último año.
- El consumo intensivo, borracheras y *binge drinking*, es muy frecuente y se asocia a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo).

El 62 % de los encuestados ha participado en al menos un «botellón» una vez en el último año y el 53,3 % en el último mes. Los escolares que realizan «botellón» presentan una mayor prevalencia de consumo de cannabis y cocaína.

Más de la mitad de los jóvenes (14-18 años) han hecho «botellón» en el último mes. A los 14 años, 1 de cada 4.

Tabaco:

- El descenso en el consumo de tabaco que se inició en 2004 parece estabilizarse. En 2013, el 43,8 % de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 35,3 % en el último año y el 12,5 % fuma a diario.
- En los últimos 8 años el consumo de tabaco por parte de los estudiantes de entre 14 y 18 años se ha reducido en un 50 %.
- Sigue aumentando la percepción del riesgo del consumo de tabaco. Más del 90 % de los escolares consideran que fumar a diario es peligroso para la salud.

Hipnosedantes:

- Son las drogas que mayor proporción de estudiantes consumen (con y sin receta) tras el alcohol, el tabaco y el cannabis. El 18,5 % ha consumido estas sustancias alguna vez en la vida y el 11,6 % en el último año.

Cannabis:

- El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor porcentaje de jóvenes. Sin embargo, su consumo ha disminuido un 36 % en la última década. Tres de cada 10 estudiantes ha probado el cannabis alguna vez en su vida y 1 de cada 4 lo ha consumido en el último año.
- Hay un repunte en el consumo de riesgo. El 16 % de los menores que ha consumido cannabis en el último año corre el riesgo de padecer los problemas físicos y psicológicos que se derivan del uso de esta droga. De hecho, el consumo de cannabis origina el 94,9 % de las demandas de tratamiento entre los menores.

- Entre los consumidores de cannabis, un 44 % ha repetido curso, frente a un 28 % de repetidores entre los que no consumen.
- En la actualidad, se dispone de una evidencia cada vez mayor sobre las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo de cannabis. Sin embargo, los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo asociado a su consumo.
- Aumenta el porcentaje de consumidores problemáticos.
- El 16 % de los jóvenes que ha fumado cannabis en el último año presenta un consumo de riesgo.
- Esto tiene repercusión en los indicadores de problemas asociados al consumo de drogas, observándose un mayor protagonismo del cannabis en los servicios de tratamiento por drogas y en las urgencias hospitalarias.

Cocaína:

- En los últimos 10 años, la prevalencia de consumo se ha reducido en un 60 % tanto entre los que han consumido cocaína alguna vez en la vida, como entre los que la han consumido en el último mes.
- Se confirma la tendencia descendente del consumo de cocaína, iniciada en 2004. El porcentaje de consumidores, en 2012, se sitúa en valores inferiores a los de 1998.

Anfetaminas, alucinógenos y éxtasis:

- El consumo de este tipo de sustancias se mantiene en niveles muy bajos.

Heroína:

- Es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En el 2013, un 1 % la había probado alguna vez, un 0,7 % en el último año y un 0,6 % en el último mes.

Drogas emergentes:

- Son drogas que se venden por internet y por tanto de gran accesibilidad.
- En España, las sustancias de este tipo más consumidas son las setas mágicas (2,2 %) el «spice» (1,4 %) y la ketamina (1,1 %).

Consumo de nuevas sustancias adictivas detectadas

Las nuevas sustancias de consumo de abuso se engloban en los términos: «RCS», «Legal Highs» o «Nuevas Sustancias de Síntesis», el nombre con que se conocen una serie de sustancias muy nuevas para el público en general. Entre ellas destacan, las catinonas sintéticas como la mefedrona, la pentedrona y la MDPV (3,4-metilendio-xipirovalerona), que se han convertido en un elemento fijo en el mercado de las dro-

gas ilegales en algunos países europeos. Se presentan en pastillas o en polvo, y se utilizan como estimulantes.

Existe una tendencia cada vez mayor en los servicios de salud sexual y de drogodependencia al uso de Internet y de aplicaciones como plataformas para la prestación de servicios. Tanto las nuevas sustancias psicotrópicas como las drogas establecidas se venden en la web visible y la invisible: cibermercados de droga.

Según los datos recogidos en el año 2013 por el SEAT (Sistema de Alertas de Toxicomanías) y que ha notificado al EMCDDA, se ha notificado información relativa a 18 sustancias, de las cuales 7 pertenecían al grupo de los cannabinoides, 3 al de catinonas y 3 al de feniletilaminas, el resto de sustancias se repartía entre el grupo de plantas/extractos (1), opioides (1), piperidinas/pirrolidinas (1), indolalquilaminas (1) y arilciclohexaminas (1).

Todas estas sustancias fueron analizadas en laboratorios y proceden, bien de decomisos, realizados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, bien de muestras de la calle, recogidas habitualmente por las organizaciones no gubernamentales (ONG). La prevalencia de consumo de estas sustancias es excepcional, siempre se localizan en entornos y locales muy determinados y no parecen una amenaza para el consumo generalizado.

Las sustancias fueron:

Sustancia	Grupo
5FUR144. (XLR-11) (1-(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3- tetramethylcyclopropyl)	Cannabinoides
UR-144 (1-pentyl-1H-indol-3-yl)-(2, 2, 3, 3-tetramethyl- cyclopropyl)	Cannabinoides
AM-2201 1-[(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]-(naphthalen-1-yl)	Cannabinoides
Etilfenidato Ethyl 2-phenyl-2-(piperidin-2-yl)	Pirrolidinas
JWH-methylcyclohexane-8quinolinol (BB-22) Quinolin-8-yl 1-(cyclohexylmethyl)-1H-indole-3-carboxilate	Cannabinoides
APINACA N-(1-adamantyl)-1-pentyl-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides
25I-NBOMe 4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)	Feniletilamina
25B-NBOMe 2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-(2- methoxybenzyl)	Feniletilamina
Harmina 7-Methoxy-1-methyl-9H-carboline	Plantas y extractos
DMT N,N-dimethyltryptamine Indolalquilaminas	
Ketamina 2-(2-chlorophenyl)-2-(methylamino)-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas
2-Aminoindan 1H-Inden-2-amine, 2,3-dihydro	Aminoindanos
2C-H 2,5-Dimethoxyphenethylamine	Feniletilamina
4-MEC (4-methylethcathinone) 2-Ethylamino-1-(4- methylphenyl)-1-propanone	Catinonas
4-MeO-alpha-PVP 1-(4-methoxyphenyl)-2-(pyrrolidin-1- yl)pentan-1-one	Catinonas
W-15 4-chloro-N-(1-phenethylpiperidin-2- ylidene)benzenesulfonamide	Opioides
CRA-13 naphthalen-1-yl-(4-pentylloxynaphthalen-1- yl)methanone	Cannabinoides
5F-AKB48 N-(1-adamantyl)-1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3 -carboxamide	Cannabinoides

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.

Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012 (tablas 14-17)

Tabla 14. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8
Alcohol	84,1	84,2	86	78	76,6	82	79,6	81,2	75,1	83,9
Hipnosedantes* (con/sin receta)	6,9	7,7	7,7	8,8	8,5	10	12,1	17,3	18	18,5
Hipnosedantes* (sin receta)	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7	7,6	9,4	10,4	8,9
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33	33,6
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5	3,3	2,7	2,5	3
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6	2,4
Cocaína (polvo o base)	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9	5,7	5,1	3,9	3,6
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1	0,9	1	1
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3	2,7	2,3	1,9
GHB	-	-	-	-	-	-	1,2	1,1	1,2	1,3

* Incluye tranquilizantes o somníferos.

Tabla 15. Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	-	-	-	-	-	-	34	38,1	32,4	35,3
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81	74,9	72,9	73,6	81,9
Hipnosedantes* (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	7,4	10,1	9,8	11,6
Hipnosedantes* (sin receta)	4,4	4,5	4,7	5	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6	5,8
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7	2,2
Alucinógenos	4,4	5,6	4	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7	2,1	2
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5	1,6	1,7
Cocaína (polvo o base)	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6	2,5
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7	0,6	0,7
Inhalables volátiles	1,9	2	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6	1,2	1,2
GHB	-	-	-	-	-	-	0,8	0,8	0,7	1

* Incluye tranquilizantes o somníferos.

Tabla 16. Prevalencia de consumo en los últimos 30 días

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4	26,2	29,7
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56	65,6	58	58,5	63	74
Hipnosedantes* (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	3,6	5,1	5,2	6,6
Hipnosedantes* (sin receta)	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3	3,4
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,2	1	1,2
Alucinógenos	2,6	2,8	2	2	1,2	1,5	1,3	1,2	1	1
Anfetaminas	2,3	2,6	2	2	2	1,8	1,4	1,1	0,9	1
Cocaína (polvo o base)	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2	1,5	1,5
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8	0,8
GHB	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	0,5	0,7

* Incluye tranquilizantes o somníferos.

Tabla 17. Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	21,6	23,7	23,1	23	21	21,5	14,8	14,8	12,3	12,5
Alcohol	-	-	-	-	-	-	1,9	2,9	6	2,7
Hipnosedantes* (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	0,4	0,6	0,7	0,9
Hipnosedantes* (sin receta)	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3
Cannabis	1	1,4	1,8	3,7	3,8	5	3,1	3,1	3	2,7

* Incluye tranquilizantes o somníferos.

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

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.

Esta 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

Aunque se trata de una difícil línea de división, es necesario encontrar las diferencias entre la etapa de la adolescencia (tabla 18) 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 (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.

Tabla 18. 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

- 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 inmue-

bles 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 este, 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 aten-

ción 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 este 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 estos 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. Solo 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, solo 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 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 esta se encarga 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

Becoña 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.

Caudevilla Galligo F y Zarco Montejo J C28. «Conductas de riesgo adictivo» en Casado Vicente V et al. eds. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. 2ª ed. Madrid: Panamericana. 2012 (ISBN: 978-84-9835-585-3). págs. 1137-1185.

Caudevilla Galligo F, Zarco Montejo J. Educación Para la Salud en Tabaco, Alcohol y Otras Drogas. En «Medicina del Adolescente: Atención Integral» (2ª ed.). Madrid: Ed. Ergón. 2012

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>

ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, 1994-2012 http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/8_ESTUDES_2012_Informe.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.

Informe Europeo sobre Drogas 2015. Tendencias y novedades. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)

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/Categoriaz/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. págs. 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, Cordón, et al. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: semfyc ediciones; 2007. p. 1201-64.

Recursos web de interés

Proponemos, en la siguiente relación de recursos web, los enlaces a diferentes documentos así como organismos nacionales e internacionales que pueden ser de interés.

- ▶ **Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- ▶ **Documento sobre El Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016**
http://www.pnsd.msc.es/pnsd/planAccion/docs/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf
- ▶ **Informe anual del punto focal español al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (2013)**
http://www.pnsd.msc.es/profesionales/sistemasInformacion/internacional/pdf/2013_REITOX_ES.pdf
- ▶ **Página que ofrece documentos de interés sobre Prevención**
http://www.pnsd.msc.es/profesionales/prevencion/Documentos_interes.htm
- ▶ **Acceso a los diferentes Planes Autonómicos sobre Drogas**
<http://www.pnsd.msc.es/pnsd/planesAutonomicos/home.htm>
- ▶ **Relación de Entidades del Tercer Sector que participan en el Plan Nacional sobre Drogas**
<http://www.pnsd.msc.es/pnsd/entidadesTercerSector/home.htm>
- ▶ **APP móvil Plan Nacional sobre Drogas**
<http://www.pnsd.msc.es/appPNSD/home.htm>
- ▶ **Web del Servicio de Drogodependencias y otras Adicciones, dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Consumo del Gobierno de La Rioja**
 - **Información sobre los diferentes tipos de drogas**
<http://www.infodrogas.org/inf-drogas>
 - **Acceso a Monografías como: menores vulnerables y acceso de sustancias o adicciones y tecnologías**
<http://www.infodrogas.org/inf-publicacionesmonografias-drogodependencias-y-salud>
http://www.infodrogas.org/ficheros/infodrogas/adicc_y_tecnologias.pdf

Diferentes páginas web de organismos, Informes y enlaces en el ámbito internacional

- ▶ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) European Monitoring Centre for Drugs Addiction (EMCDDA)
<http://www.emcdda.europa.eu/>
- ▶ Informe Europeo sobre Drogas. Informe anual 2014 del Observatorio Europeo de las Drogas: El problema de la drogodependencia en Europa
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_228272_ES_TDAT14001ESN.pdf
- ▶ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)
<http://www.unodc.org/>
- ▶ Informe Mundial sobre Drogas (2014). ONUDD
<http://www.unodc.org/wdr2014/>
- ▶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Abuso de sustancias psicoactivas
http://www.who.int/substance_abuse/en/
- ▶ National Institute on Drug Abuse. NIDA
<http://www.drugabuse.gov/>

semFYC

(Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria)

- ▶ Enlaces de acceso al documento de recomendaciones sobre actividades preventivas que incluyen las relacionadas con el estilo de vida saludable y al blog sobre prevención del grupo de Educación Sanitaria del PAPPS
<http://educacionpapps.blogspot.com.es/>
http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf
- ▶ AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria)
Recomendaciones PrevInfad / PAPPS
https://www.aepap.org/previnfad/rec_drogas.htm
https://www.aepap.org/previnfad/rec_tabaco.htm

Otras páginas web de interés

- ▶ Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).
<http://www.socidrogalcohol.org/>

- ▶ Proyecto Drojnet 2: Tecnologías de la comunicación, jóvenes y promoción de la salud. Proyecto de prevención que utiliza las TICS para prevenir los problemas asociados al consumo de drogas
<http://www.drojnet2.eu/>
- ▶ Web de la Obra social de «la Caixa» sobre Prevención del Consumo de Drogas
https://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/hablemosdedrogas/hablemosdedrogas_es.html
- ▶ Energy Control
ONG que se dedica a la gestión de placeres y riesgos y la disminución del daño en los consumos de drogas. Contiene información sobre las diferentes sustancias, foro de dudas para los consumidores, posibilidad de análisis de sustancias e información sobre estas, talleres, numerosos enlaces a otras páginas web, etc.
<http://energycontrol.org/>
- ▶ Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD)
Fundación dedicada a la prevención del consumo de drogas y otras conductas de riesgo, así como a la promoción de la educación en valores. Página web con listas de recursos, ofertas formativas, estudios propios en el campo de las drogadicciones y numerosos enlaces.
www.fad.es/
- ▶ Consejería de Sanidad de Murcia. Programa de Prevención de Drogas para Atención Primaria
<http://www.e-drogas.es/programaargos>
- ▶ Repositorio donde se han evaluado la mayoría de los programas de prevención. Está impulsado por Sociodrogalcohol y financiado por el Plan Nacional Sobre Drogas
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/>
- ▶ Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) (Universidad Miguel Hernández)
<http://inid.umh.es/>
- ▶ Junta de Castilla y León. Familia, Drogodependencias y Mujer
<http://goo.gl/cei35E>