

El Profesional de enfermería y la Educación para la Salud en prevención de drogas en adolescentes.

¹ David Ballester Ferrando, ² Dolors Juvinyà Canal

¹ Diplomado en Enfermería y Licenciado en Psicología. Profesor Titular de “Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental” y de “Salud y Drogodependencias” del Departamento de Enfermería de la Universitat de Girona. Director del departamento de Enfermería.

² Diplomada en Enfermería, Licenciada en Psicología y Doctora en Pedagogía. Catedrática de Escuela Universitaria y profesora de las asignaturas de “Enfermería Comunitaria” y de “Educación para la Salud” del Departamento de Enfermería de la Universitat de Girona.

Resumen

La adolescencia es una etapa en la que se producen importantes cambios a nivel fisiológico, psicológico y social. Es el momento en el que se empieza a reivindicar el “yo” ante los demás y se genera más autonomía respecto a la familia, más relación del grupo de iguales y una mayor influencia de éstos, lo que comportará, según diversos factores, una mayor o menor probabilidad de enfrentarse de forma adecuada a conductas de riesgo. Las principales conductas de riesgo relacionadas con la salud en este grupo de edad son: accidentes de tráfico, las relacionadas con la actividad sexual (tanto embarazos no deseados como el contagio de enfermedades de transmisión sexual) y consumo de drogas.

Centrándonos en el consumo de drogas, es durante la adolescencia cuando se producen en más del 70% de los casos, los primeros contactos. Aquellos adolescentes que afirman haber recibido educación al respecto en las escuelas valoran positivamente su utilidad, pero éstos son solo el 50% del total.

La situación actual indica que es preciso continuar con actividades de Educación para la Salud (EpS), tanto en el grupo de jóvenes como con las familias. Como profesionales de enfermería debemos prestar especial atención ante esta problemática independientemente del ámbito de trabajo, bien sea desde los centros de atención primaria o de servicios de atención especializada sin olvidar la actividad comunitaria de promoción de hábitos y estilos de vida saludables.

El objetivo 4 de la Región Europea de la OMS especifica y concreta que los niños y adolescentes deberán contar con mayores aptitudes para la vida y ser capaces de tomar decisiones más sanas, de este modo también se reducirá de forma sustancial el porcentaje de jóvenes implicados en formas de conducta peligrosa como el consumo de drogas, de tabaco y de alcohol.

— Correspondencia a: _____

David Ballester Ferrando. Departamento de Enfermería, Universitat de Girona. C/ Emili Grahit 77. 17071 Girona. Tf. 972 418770, Fax. 972 418773. david.ballester@udg.es; dolors.juvinya@udg.es.



Palabras Clave

Educación para la salud, prevención, drogas, adolescencia, alcohol.

Summary

The adolescence is a phase in which important changes to social, psychological and physiological level are produced. It is the moment in which they begins to claim the self to the others and it is generated the autonomy more with respect to the family one more relation of the group of equals and a greater influence of these, what they will behave, according to diverse factors, a greater or smaller probability to be faced of adequate form to conducts of risk. The main conducts of risk related to the health in this group of age are: accidents of traffic, them related to the sexual activity (so many embarrassments done not desire like the sexual broadcast illnesses contagion) and consumption of drugs. When we centre in the consumption of drugs, it is during the adolescence when the first contacts with the drugs are produced in more than the 70% of the cases. Those adolescents that affirm to have received education to respect in the schools value positively their utility, but these are alone the 50% of the total. The present situation indicates that it is precise to continue with activities of Education for the Health, so much in the group of youths as with the families. As professionals of nursing we should lend special attention before this problematic one independently of the environment of work, well be since the primary centres of attention, services of attention specialized without forgetting the common activity of promotion of habits and healthy styles of life. The European Region of the WHO specifies and concrete that the children and adolescents should count on greater aptitudes for the life and to be capable to take healthier decisions, in this way will also be reduced of substantial form the percentage of youths implied in dangerous forms of conduct as the consumption of drugs that of tobacco and of alcohol.

Key Words

Education for health, prevention, drugs, adolescence, alcohol.

INTRODUCCIÓN:

Existe un acuerdo general entre los principales organismos responsables de la prevención de las drogodependencias en cuanto al momento de intervención más adecuado. A pesar de que con anterioridad se plantea una

necesidad de fomentar la educación para la salud desde una perspectiva amplia, en la etapa de la adolescencia es cuando es preciso intervenir de forma más concreta ante este problema, sin obviar otros aspectos relativos a actitudes sanas. La adolescencia constituye una etapa primordial en las actuaciones



preventivas en el consumo de drogas, ya que éste es un periodo de riesgo (Fábregas y Ros, 1999). Según Martínez et al. (1996) debemos tener en cuenta que la mayoría de personas drogodependientes afirman haber iniciado el consumo de drogas durante la adolescencia.

Las diferencias de consumo de diversos tipos de drogas en zonas rurales, pueblos, ciudades, autonomías se sitúan dentro de un marco contextual y cultural propio, dentro de éste, quizás la historia social de consumo de drogas ha perjudicado la situación actual y el hecho de existir drogas históricas, cultural y socialmente aceptadas haya influido en un mayor consumo. Este aspecto cultural debe de tenerse muy en cuenta ante cualquier tipo de intervención. Las actuaciones preventivas no pueden plantearse de forma global, sino que han de adaptarse a las características socioculturales de cada comunidad ya que la situación de un mismo problema entre una comunidad de no tienen nada que ver con otra.

La complejidad de la problemática de las drogodependencias conlleva además una afectación social general, generando problemas a la persona, a los familiares y amigos y a toda la comunidad de una forma u otra. Esta complejidad conlleva una intervención también compleja y global, siendo importante intervenir en todos los ámbitos afectados, aunque especialmente se plantee una especial atención a los actores principales, que en este caso serán los adolescentes. Las medidas legislativas impiden ciertas actividades, pero por sí solas, solo conducirán a un cambio en las conductas hacia otras que pueden resultar incluso más perjudiciales.

Es importante también tener en cuenta que la aparición del consumo de drogas

(Gobierno de Navarra, 1998) se encuentra asociada a la presencia de una serie de factores de riesgo y a factores protectores, ambos deben de tenerse en cuenta en el momento de realizar cualquier tipo de intervención, y más aun en las actividades de prevención.

La OMS (1999) plantea en su informe técnico núm. 886 que en cualquier intervención que se realice, independientemente del ámbito, debe de tenerse en cuenta el aspecto educativo o formativo, donde se apuesta por una mejora de las aptitudes para la vida y una mayor capacidad para tomar decisiones sanas esperando, de este modo, una reducción en la implicación de los jóvenes en el consumo de drogas, alcohol y tabaco y de otras conductas de riesgo. Sin duda alguna se apuesta con la EpS como el elemento primordial en las intervenciones de carácter preventivo y de promoción de estilos de vida saludables.

LA ADOLESCENCIA, UNA ETAPA DE TRANSICIÓN

Si existe una etapa de maduración que conlleva la etiqueta de crisis, ésta es la adolescencia. No creemos que deba plantearse de este modo, sino más bien como un periodo de transición, una transición que dirige al niño/a a la adultez. Es durante es momento cuando además, se producen unos cambios corporales, intelectuales y afectivos extraordinarios que generan una tensión lógica por la rápida adaptación al paso de niño a adulto que se está produciendo. No obstante, la gran mayoría realizan una correcta adaptación, superando satisfactoriamente los conflictos y el estrés que han soportado. En este periodo se producen modificaciones importantes a nivel:



- **Psicológico**, se genera una preparación e iniciación a la edad adulta, donde se reivindica el "yo" ante los otros y se busca una identidad propia, deseando, en muchas ocasiones, que ésta sea diferente a los de sus congéneres y buscando límites extremos para que así sea.
- **Corporal**, los cambios corporales son muy evidentes, rápidos y difíciles de asumir; además los adolescentes están muy atentos a estas modificaciones y a los estereotipos de belleza propios de la cultura, influenciados además de forma muy importante por los "mass media".
- **Afectivo**, la formación de identidad propia genera una necesidad de amar y ser amado de una forma no paterno o maternofilial, sino de forma independiente. En este proceso se suelen producir las primeras relaciones amorosas y es un momento de duda, en numerosos adolescentes, de las inclinaciones sexuales y más adelante de la toma de decisión sobre la propia sexualidad.
- **Cognitivo**, se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de trabajar con operaciones lógico-formales, elemento fundamental para poder resolver problemas complejos. Este aspecto además de facilitar la comprensión e integración de la educación académica, les plantea grandes dudas filosóficas como conocer el sentido de la vida, conceder un nuevo estatus a sus progenitores y amigos/as íntimos, revalorizar o desvalorizar a personas allegadas y familiares, etc. En definitiva, el paso del pensamiento específico al pensamiento general conlleva una crisis de valores personales.
- **De valores**, aparece una moral autónoma, rechazo de las normas que es una forma de reivindicarse, emergen nuevos aspectos morales y éticos en las relaciones de reciprocidad y cooperación contra los argumentos de imposición de los adultos.
- **Relaciones sociales**, se produce una fuerte integración social en el grupo de

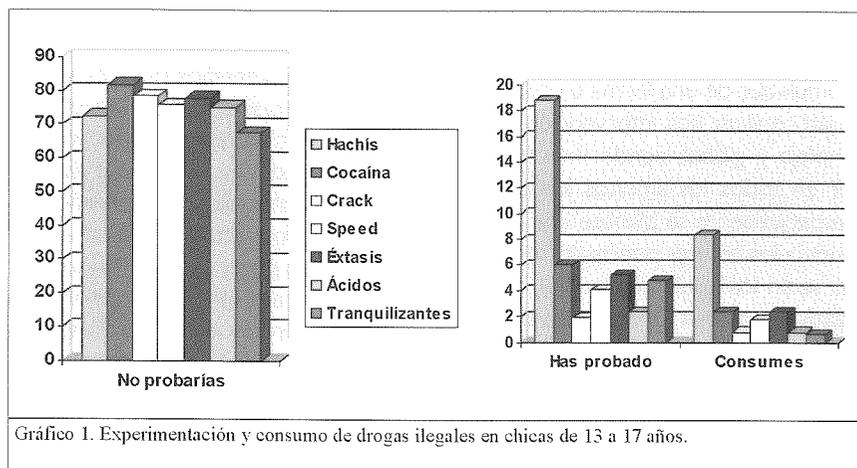


Gráfico 1. Experimentación y consumo de drogas ilegales en chicas de 13 a 17 años.

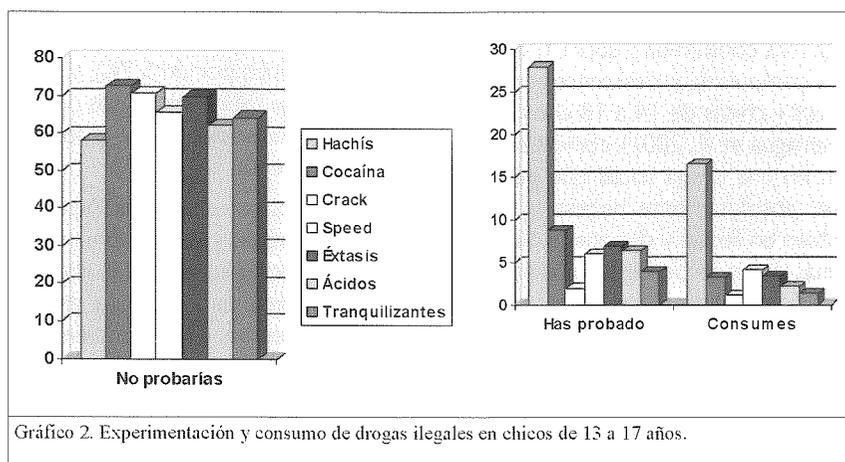


Gráfico 2. Experimentación y consumo de drogas ilegales en chicos de 13 a 17 años.

iguales y se inicia el proceso de emancipación de la familia. También aparece un cambio de características del grupo, pasando de ser de un solo sexo a mixto, estrechándose los lazos entre ellos. El grupo socializa, para bien o para mal, y permite practicar conductas, habilidades y roles generando un marco seguro y de autoafirmación, en general, contribuye a la construcción de la identidad como adulto.

Desde una perspectiva de la educación para la Salud, el centro docente debe contribuir al desarrollo y la aceptación de la identidad propias, a nivel del propio cuerpo, de la autoestima, la resistencia a la presión del grupo, promover valores y hábitos saludables, creando un clima de confianza y de capacidad de orientación en temas importantes en su vida como la sexualidad, el grupo de amigos, el tiempo libre, el consumo de drogas y alcohol, etc. (Lopez et al., 2001).

DROGAS Y ADOLESCENCIA

El Informe del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2003) indica que a pesar de las noticias alarmantes que se han dado a conocer, es preciso comentar que el consumo de drogas y alcohol entre los adolescentes no es mayor que entre los adultos, aunque si debe alarmar el momento del inicio en el consumo y el modo en cómo se consumen. Tanto el consumo de MDMA (mal denominado éxtasis), como el de heroína, de cocaína y el aumento significativo de consumo de alcohol se producen a partir de los 20 años. Debemos destacar que el consumo de tóxicos más habitual entre la población escolar a la que nos referimos es en primer lugar el tabaco y alcohol, hachís a continuación y en tercer lugar de MDMA, debiéndose centrar por tanto cualquier intervención de forma específica en estas cuatro sustancias. Las edades de los primeros consumos de cigarrillos se establecen en los 13,5 años,



alcohol a los 14,5 años de alcohol y hachís y a los 16 años de MDMA.

La droga más consumida y sobre todo de forma más compulsiva y descontrolada entre los chicos y chicas de 14 a 18 años es el alcohol (Paniagua et al., 2001), convirtiéndose además en una droga social que parece pasar a ser absolutamente necesaria para pasárselo bien en fiestas y discotecas. Se calcula que más de un tercio de los adolescentes beben habitualmente, siendo el mayor incremento de consumo entre los 14 y los 15 años, produciéndose este consumo durante las noches de fines de semana y vísperas de festivos y manteniendo la abstinencia el resto de los días de la semana. El tipo de bebida varía dependiendo de las regiones y tiene un valor cultural muy importante, así como la aceptación de este consumo por sus congéneres y familiares y la presión que ejercen los amigos/as para que todos los miembros del grupo beban alcohol.

La segunda droga más consumida es el tabaco, uno de cada tres adolescentes son consumidores habituales, siendo en estos momentos más extendido su consumo entre las chicas que entre los chicos, situándose la edad de inicio mayoritariamente a los 14 años. También se observa un patrón de mayor consumo en fin de semana, como en el caso del alcohol.

La siguiente droga más consumida es el hachís y marihuana, consumiéndola con cierta frecuencia uno de cada ocho adolescentes. En este aspecto cabe destacar el importante incremento en su uso entre los 14 y los 18 años, pasándose del 3,5% al 23% (gráfico 1 y 2 sobre consumo de drogas ilegales. Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar: Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2000).

En cuanto a otras sustancias no tan extendidas, pero que debemos tener en especial consideración, encontramos los tranquilizantes (consumidos por un 5,9%), y el MDMA, anfetaminas y LSD consumidos por un 3% a un 4,5% de los adolescentes de forma más o menos frecuente.

Los últimos datos del Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías (2003), el cannabis continua siendo la droga que se consume con más frecuencia en la Unión Europea, observándose también un incremento del mismo, especialmente en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 25 años. La estimación de consumo entre el grupo de jóvenes se sitúa entre un 20% y un 30%, siendo más alto en los varones. El éxtasis o las anfetaminas son la droga más consumida después del cannabis en la Unión Europea.

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES

Hay un amplio consenso y reconocimiento de la importancia de la educación para la salud como instrumento de promoción de la salud y prevención. No obstante, según el estudio realizado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2003), se calcula que aproximadamente el 50% de los jóvenes en edades entre 13 y 17 años han recibido educación para la prevención del consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol, observándose importantes diferencias entre comunidades y centros educativos. En esta misma encuesta estos jóvenes afirman que en caso de tener un problema de drogas acudirían a sus padres (31,7%, aunque desearían hacerlo el 40%), a sus amigos o pareja (23,2% y desearían ha-



cerlo solo el 13,7%) y acudirían a un centro de drogodependencias (15% y desearían hacerlo el 19,9%).

Entre los adolescentes que han recibido formación al respecto de las drogas en los centros educativos, se valora positivamente esta actividad y la consideran de utilidad ya que se crea un clima de mayor confianza ante posibles problemas o dudas lo que genera una mayor probabilidad de "hablar" sobre el tema cuando tengan o sientan necesidad.

No debemos olvidar que esta educación solo la reciben la mitad de los jóvenes, a pesar de que no existe duda alguna sobre su eficacia. En determinados contextos aun existen reticencias sobre estas actividades puesto que se considera que pueden despertar inquietudes ante un campo desconocido, argumento que carece de fundamento cuando no hay duda de que tanto las drogas legales como las ilegales pueden encontrarse fácilmente en los foros donde suelen acudir los adolescentes de una forma, por desgracia, ya muy habitual y accesible. En otras ocasiones, no existe el acceso a la EpS por una falta de planificación y de priorización por parte de los responsables educativos y de sanidad, por lo que este planteamiento preventivo se genera a partir de iniciativas o de las inquietudes de profesores, de responsables de centros educativos, de asociaciones de padres y madres, de ayuntamientos o de los centros de atención primaria.

La EpS debería ser una estrategia de actuación enfermera prioritaria desde diferentes ámbitos: la Atención Primaria, la Atención Especializada y como actividad comunitaria de promoción de la salud desde la que se puede conseguir una detección precoz, un abordaje del problema, facilitar un consejo al adolescente y/o a la familia y promover hábitos y estilos de vida saludables en los centros docentes.

INTERVENCIONES

En primer lugar no debemos olvidar que una buena intervención debe de ser adecuada al contexto, siendo preciso conocer cual es la situación en el ámbito comunitario puesto que una misma intervención puede ser eficaz en una comunidad o grupo y no serlo en otra. Además, en la contextualización debemos de tener presente las características culturales de la población en el que se actúa, la situación familiar; factores como las características sociales y grupales, factores de riesgo y protectores, así como también los recursos existentes. Puede ser absurdo plantear una formación y modificación de actitudes ante problemas inexistentes en esa realidad social que sin un análisis de situación no se podrá descubrir.

También es importante plantear la intervención teniendo en cuenta además de los adolescentes, los diferentes recursos que intervienen, como por ejemplo la familia, el profesorado y otros de la comunidad.

Hay que tener en cuenta dada la edad del grupo y en general el buen estado de salud de que gozan, que se deberán plantear las intervenciones o actividades que consideremos mayoritariamente fuera del centro de salud. Los profesionales debemos de acercarnos al grupo, en espacios que frecuentan: centros docentes, centros sociales o recreativos, clubes, etc., y también plantear un trabajo desde una perspectiva intersectorial y comunitaria (Acero, Moreno, Moreno y cols. 2002). Cuando hablamos de intersectorialidad queremos decir en colaboración con profesionales de otros sectores por ejemplo: docentes, psicólogos/as, policías, monitores/as, etc.



En cuanto a la metodología que puede utilizarse ha de ser variada, participativa y adaptada a las necesidades y características del grupo.

De las diferentes actividades que pueden llevarse a cabo podemos comentar algunas en los centros docentes y en los centros de salud:

- Actividades educativas en los centros docentes con los estudiantes, con grupos de padres y madres y con profesores.
- Organización de exposiciones de materiales elaborados por el propio grupo o por profesionales.
- También pueden realizarse actividades de información: campañas, charlas informativas, distribución de folletos y otros materiales, envío de cartas personalizadas, etc.
- Actividades educativas en los centros de salud en forma de consejo individualizado dirigido a la persona joven o a sus padres.
- Educación en habilidades sociales y asertividad que mejoren la seguridad en el adolescente y aporten estrategias y herramientas para ser capaces de mantener su postura ante las presiones grupales.

Independientemente del lugar donde realicemos las intervenciones hemos de tener en cuenta algunos aspectos relacionados con el diseño de las actividades: deben estar orientadas a los objetivos planteados, planificadas y es preciso prever su evaluación.

Para ello es importante conocer las características del grupo con el que trabajaremos: la edad, hábitos, habilidades, información previa del tema y las características del entorno.

Un elemento que se ha mostrado eficaz en EpS, ha sido el de la educación entre iguales, por tanto es positivo conseguir que un adolescente o grupo de adolescentes sean los inductores en la prevención de consumo de drogas y formas de vida responsables.

Definir objetivos específicos operativos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002), ya que orientaran las actividades necesarias para conseguir cada uno de ellos, también nos ayudaran a ordenar el tipo y la secuencia de actividades y podremos diseñar la forma de evaluar la intervención o el programa.

CONCLUSIONES:

Los programas de prevención de drogodependencias deben de partir de un conocimiento previo de la situación del grupo, de las necesidades detectadas o de la identificación de la población de riesgo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, 1997), que sustente la justificación, pertinencia y adecuación de la intervención. Todo ello redundará en poder planificar adecuadamente la intervención.

El conocimiento del grupo incluye el conocer de forma profunda la cultura del entorno y la subcultura de los grupos, así como las costumbres habituales de éstos.

Es preciso diseñar y realizar la evaluación incluyendo aspectos de resultados conseguidos a corto, medio y largo plazo, así como del proceso realizado, con el objetivo de identificar los aspectos que han funcionado correctamente y proceder a la corrección de los que sea preciso. En alguna situación podrá ser por ejemplo introducir elementos de consumo seguros cuando veamos que es realmente difícil modificar ciertas conductas arraigadas.



Dadas las características del grupo relacionado con las drogas, es importante implicar y trabajar con profesionales de otros ámbitos o sectores, el trabajo intersectorial sin duda alguna nos conducirá a conseguir mayores y mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Acero, A.; Moreno, G.; Moreno, J.; Sánchez, L. (2002): "La prevención de las drogodependencias en el tiempo de ocio". Asociación Deporte y vida. Madrid.

2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2000). Ministerio del Interior. Encuesta Sobre Drogas a Población Escolar 2000. En: <http://www.mires/pnd/publica/pdf/oed-5.pdf> (consultado el 14 de enero de 2004).

3. Fábregas, J.; Ros, R. (1999): "Estudi del comportament dels joves estudiants de Barcelona".. Generalitat de Catalunya. Departament de Presidència, Secretaria General de la Joventut. Barcelona.

4. Gobierno de Navarra (1998): "Riesgos y estilos de vida saludables. Educar en salud I". Fondo de Publicaciones. Pamplona.

5. Lopez, J.R.; Antolín, N.; Barceló, M.V.; Ballesteros, A.M.; García, A.L. (2001): "Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias". Atención Primaria 3: 159-165.

6. Martínez, J.; García, J.; Domingo, M.; Machín, A.J. (1996): "Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes".. Atención Primaria 18: 383-395.

7. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2002): "Salud Pública, promoción de la salud y epidemiología. Ganar salud con la juventud". Ministerio de sanidad y consumo, servicio de publicaciones. Madrid.

8. Ministerio del Interior. (1997): "Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de intervención". Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.

9. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2003): "Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea". En: <http://www.emcdda.org> (consultado el 14 enero de 2004).

10. OMS/FNUAP/UNICEF (1999): "Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes". OMS, serie de informes técnicos n° 886. Ginebra: OMS.

11. Paniagua, H.; García, S.; Castellano, G.; Sarrallé, R.; Redondo, C. (2001): "Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno". Anales de Pediatría 55: 121-128.