

# XIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE

Granada 24-25 octubre, 2003

## TALLERES

### ADOLESCENTES Y CONSUMO DE DROGAS

**Luis Rodríguez Fernández**

Psicólogo. Master en Drogodependencias y Sida. Coordinador del Plan Municipal sobre Drogodependencias del Ayuntamiento de Alicante. Profesor Asociado del Dpto. de Psicología de la Salud. de la Universidad Miguel Hernández de Elche

Una aproximación cuantitativa al problema: epidemiología  
Una aproximación metodológica al trabajo con adojóvenes consumidores  
Una aproximación a un rito: el botellón  
Una aproximación a un hito: la marihuana

### EPIDEMIOLOGÍA DEL USO DE DROGAS

#### Sistemas de Vigilancia Epidemiológica

##### *1. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT/EMCDDA)*

El OEDT se crea con el objetivo de facilitar a los estados miembros información objetiva, fiable y comparable a nivel europeo sobre el fenómeno de la droga y la toxicomanía, así como sus consecuencias. Sus ámbitos de actuación se centran en la epidemiología y el estudio de la reducción de la demanda y entre sus actividades y servicios cabe destacar:

- o La red REITOX de puntos focales nacionales.
- o El sistema EDDRA de intercambio de información sobre actividades de reducción de la demanda.
- o El sistema de alerta rápida sobre las nuevas drogas de síntesis.
- o La definición de indicadores epidemiológicos clave: demanda, mortalidad relacionada, patología infecto-contagiosa en inyectores, uso de drogas en población general y estimaciones de la prevalencia del uso problemático de drogas.
- o Un Centro de Documentación (biblioteca virtual) vinculado a REITOX.
- o Publicación del informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea.

La información relativa al OEDT (EMCDDA, European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) está disponible en la web: [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org) (información disponible en castellano).

##### *2. El Observatorio Español de las Drogas (OED)*

El sistema español de vigilancia epidemiológica, integrado en la estructura del Plan Nacional sobre Drogas (PND), en lo que a los fenómenos relacionados con el uso de drogas se refiere, está compuesto por:

- o El Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD) que integra los indicadores del antiguo Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) e incorpora los que proceden de otras fuentes informantes.
- o Teléfonos de Información de Alerta Inmediata que recogen información puntual relativa a eventos que por su interés, gravedad, novedad o inusualidad tuvieran que valorarse de manera inmediata.
- o Sondas de Información Rápida que constituyen una red de centros e informantes clave que remiten de manera periódica información protocolizada al Plan Nacional sobre Drogas.

El OED aporta, entre otros, los siguientes servicios:

- o Estudios y encuestas. Debiendo subrayarse las Encuestas Domiciliarias sobre Población General de los años 1995 y 1997 y las Encuestas sobre Población Escolar de 1996 y 1998.
- o Artículos científicos de interés.
- o Informes del OED números 1, 2, 3 y 4 (este último informe incluye los datos de la última encuesta sobre población general del año 1999).

A los servicios del OED se puede acceder a través de la web del Ministerio del Interior: [www.mir.es](http://www.mir.es), por medio del link con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (<http://www.mir.es/pnd/index.htm>) o directamente en la dirección: <http://www.mir.es/pnd/doc/observat/observat.htm>.

## DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Se presentan a continuación datos relativos a los informes sobre uso de drogas de los observatorios español y europeo, con especial atención a las drogas de mayor prevalencia. Los datos han sido extraídos de los informes anuales del OED y del OEDT y están disponibles en las referencias señaladas más arriba. A nivel nacional, los datos corresponden a las encuestas sobre población general de 15 a 65 años (1999) y población escolar de 14 a 18 años (2000). El OED realiza la encuesta sobre población general los años impares y la encuesta sobre población escolar los años pares. A nivel europeo, nos remitimos al Informe 2002 del OEDT/EMCDDA.

### 1. Patrones y pautas de consumo extraídos de la encuesta sobre uso de drogas en población escolar entre 14 y 18 años (PND, 2000).

- ❖ Se ha quebrado la expansión de los consumos de alcohol. En el período 1998-2000, ha decrecido hasta un 12% el número de bebedores habituales y ha crecido hasta un 10% el número de abstemios.
- ❖ Se ha estabilizado el consumo de psicoestimulantes. En el período 1998-2000, ha decrecido el consumo habitual de cocaína, anfetaminas y alucinógenos, mientras ha aumentado el consumo de éxtasis.
- ❖ Continúa creciendo el consumo de cannabis. En el período 1998-2000, ha aumentado un 9% el número de personas que lo han consumido en alguna ocasión.
- ❖ Se han estabilizado las edades de inicio para el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, retrasándose la edad de iniciación para el resto de las drogas.
- ❖ Existe una intensa asociación entre los consumos de alcohol, tabaco y cannabis.
- ❖ Sigue apreciándose una baja percepción de riesgo asociado al consumo de alcohol y cannabis.
- ❖ El primer contacto con las drogas se produce en edades tempranas: 13,2 años para el tabaco como edad promedio, 13,6 para el alcohol y 14,8 para el cannabis. La cocaína es la droga con la que se experimenta más tardíamente (15,7 años de promedio).
- ❖ No hay diferencias significativas por sexos en cuanto a las edades medias de inicio en el consumo de drogas.
- ❖ El patrón de consumo dominante es el experimental u ocasional en contextos lúdicos.
- ❖ El alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas (76% y 34,4% respectivamente, lo han consumido en alguna ocasión).
- ❖ El 31,2% ha consumido cannabis en alguna ocasión.
- ❖ Sólo 1 de cada 20 ha probado algún psicoestimulante.
- ❖ Los consumos habituales se dan con el alcohol (58%), el tabaco (30,5%) y el cannabis (19,4%).
- ❖ El consumo de alcohol se concentra en el fin de semana (el 42,9% sólo bebe alcohol los fines de semana).
- ❖ El 29% fuma tabaco actualmente (34% mujeres, 24% hombres).
- ❖ 1 de cada 5 (20%) consume cannabis habitualmente.
- ❖ Las motivaciones para el consumo de drogas se relacionan con la diversión y la experimentación.
- ❖ Ha disminuido la continuidad (persistencia en el consumo tras haber experimentado) en el consumo de alcohol, tranquilizantes, cocaína y éxtasis y ha aumentado en tabaco y cannabis.

**2. Prevalencias de uso de las diferentes sustancias en población escolar entre 14 y 18 años (PND, 2000).** Los datos reflejan porcentajes de consumo en distintos momentos: probado alguna vez, consumido a lo largo del último año y consumido en el último mes previo a la realización de la encuesta. Entre paréntesis los datos de la encuesta de 1998.(Tabla I)

**3. Evolución de las edades medias de inicio en el uso de las diferentes sustancias a través de datos de 1994, 1996, 1998 y 2000 para población escolar entre 14 y 18 años (PND, 2000).** Los datos expresan edad promedio de la primera ocasión en que se probó cada sustancia. (Tabla II)

**4. Prevalencias de uso de drogas en población general de la unión europea (OEDT/EMCDDA, 2002).**

#### Consumo de Cannabis

- ❖ En el conjunto de la población adulta, el consumo experimental (consumido en alguna ocasión) se sitúa entre el 10% (Finlandia) y el 25-30% (Dinamarca, Reino Unido). Países como Bélgica, Francia, Alemania, Irlanda, Países Bajos y España señalan prevalencias en torno al 20%.
- ❖ El consumo reciente (durante el último año) se sitúa entre el 1% y el 10% (promedio 5-10%) para el conjunto de la población adulta y entre el 5% y el 18 % (1-2% en Suecia) para adultos jóvenes (15-34 años).

#### Consumo de psicoestimulantes

- ❖ En el conjunto de la población adulta el consumo experimental de anfetaminas se sitúa en el 1-6% (11% en Reino Unido).
- ❖ El consumo reciente (últimos 12 meses) de anfetaminas, cocaína y éxtasis es inferior al 1% en el conjunto de la población adulta (en Irlanda y Reino Unido la prevalencia es algo superior para las tres sustancias, en Dinamarca y Noruega algo superior en anfetaminas, en España es superior el consumo de cocaína).
- ❖ El consumo reciente de anfetaminas en jóvenes adultos es del 0,5-6%.
- ❖ En el conjunto de la población adulta, el consumo experimental de cocaína y éxtasis es de 0,5-4,5%.
- ❖ El consumo reciente en jóvenes adultos de cocaína es de 0,5-3,5% y de 0,5-5% el de éxtasis.

#### Consumo de heroína

- ❖ El consumo experimental de heroína en el conjunto de la población adulta europea es inferior al 1% (2-3% de los jóvenes adultos de algunos países de la CEE).

**5. Prevalencias y patrones de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en población general española (15-65 años) extraídos de la encuesta domiciliaria del año 1999 (PND, 1999).** Los datos reflejan porcentajes de consumo en distintos momentos: probado alguna vez (AV), consumido en el último año (UA), en el último mes (UM) y a diario (D). Entre paréntesis datos de la encuesta de 1997. (Tabla III)

**6. Consumo abusivo de alcohol en España (PND, 1999).** Se presentan las prevalencias de consumo de alcohol diferenciadas entre consumo en semana laboral y consumo en tiempo de fin de semana y en relación con las tipologías de bebedores. Las tipologías se relacionan con la frecuencia y cantidad de la ingesta comunicada respecto al consumo durante el último mes, la cantidad consumida se expresa en “unidades básicas estándar” (UBE) para hombres y mujeres (H/M). Las equivalencias corresponden a 1 UBE = 1 cerveza o vino o aperitivo, 2 UBE = 1 consumición con destilados. Se han aglutinado las prevalencias de los patrones de consumo altos (A), excesivos (E) y de gran riesgo (GR), para población general (pg), jóvenes entre 15 y 19 años y jóvenes adultos entre 20 y 24 y entre 25 y 29 años, así como se han significado los grupos de edad que exhiben los patrones de consumo de más riesgo (A+E+GR máx.). Se observa como el consumo abusivo de alcohol entre jóvenes y jóvenes adultos se manifiesta de manera aguda en el tiempo de ocio (fin de semana). (Tabla IV)

En resumen, si bien las prevalencias de uso de tabaco, alcohol y cannabis siguen siendo muy elevadas, los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas de 1999 subrayan la ruptura de la tendencia expansiva del consumo de drogas, fundamentalmente explicado por:

- o La estabilización de las edades de inicio para el consumo de las diferentes drogas.
- o La reducción de los niveles de experimentación.

- o La desaceleración del ritmo de incorporación de la población femenina al consumo de drogas y la tendencia en los varones a mejorar sus hábitos de consumo.

En esta última encuesta se aprecia también una reducción del número de consumidores abusivos de alcohol y de los usuarios de heroína.

## **PREVENCIÓN CON ADOJÓVENES QUE CONSUMEN DROGAS**

El amplio espectro de estrategias que aglutina el concepto de reducción de la demanda, nos brinda el contexto en el que enmarcar lo que denominaremos estrategias de prevención secundaria, refiriéndonos a distintas actuaciones y programas que han recibido las denominaciones de “programas selectivos o indicados”, “programas de gestión de riesgos” o “programas de prevención secundaria”.

En relación con la “prevención primaria”, “inespecífica” o con los “programas universales”, se caracteriza por dirigirse a subgrupos poblacionales específicos, en los que concurren determinados factores que se consideran de riesgo en relación con el consumo y la adicción a drogas o en los que el uso de drogas está presente y definido en sus pautas y patrones (experimental, ocasional, recreativo, habitual) y que utiliza metodologías de intervención que difieren de aquellas que resultan adecuadas en la prevención primaria.

Su fundamentación teórica tiene muy en cuenta el modelo de vulnerabilidad subyacente en la investigación etiológica sobre factores de riesgo. Concretamente, se subrayan aquellos factores que tienen que ver con las características individuales y los entornos de referencia más cercanos (familia y grupo de iguales).

A nivel metodológico, los objetivos de la prevención secundaria se dirigen a detectar situaciones de riesgo y reducir el riesgo de sobre-implicaciones en el consumo y el estilo de vida relacionado. En último extremo, se trata de evitar las progresiones desde los usos experimentales u ocasionales a los consumos habituales y de evitar las consecuencias relacionadas sobre el proceso madurativo y socializador del joven.

Las poblaciones diana son adolescentes y jóvenes en diferentes niveles de riesgo respecto al consumo de drogas. Las intervenciones pueden dirigirse directamente a ellos, a sus familias o a determinados mediadores relevantes (educadores) o paralelamente a todos ellos o alguna combinación de ellos.

La prevención secundaria y las estrategias de gestión de riesgos tratan de aportar respuestas a conflictos relacionados con los consumos de drogas en diferentes contextos, como pueden ser:

- Conflictos relacionados con los usos de drogas en contextos recreativos: fenómenos como el del “botellón”, las fiestas “raves”, la asociación entre el fin de semana y las drogas para la “marcha” y los conflictos relacionados con las pautas del ocio juvenil en su interacción con la convivencia ciudadana y las medidas dirigidas a reducir la disponibilidad y la accesibilidad de las drogas.
- Conflictos relacionados con los usos de drogas en contextos normativos o de integración: usos de drogas y conflictos en el aula, padres y educadores ante el uso de drogas de sus hijos y educandos, extensión del consumo de cannabis en población adolescente y juvenil.
- Conflictos relacionados con los usos de drogas en contextos asistenciales y situaciones de alto riesgo: contextos de servicios sociales (familias multiproblemáticas y barrios desfavorecidos), menores en riesgo (institucionalizados y en medidas judiciales), hijos de drogodependientes, “comorbilidades” en los niveles personales (trastornos de personalidad antisocial, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno límite de la personalidad, trastornos del control de impulsos,...) y familiares.

## **Conceptos básicos. Prevención, Salud, Educación para la Salud (EpS), Reducción de la Demanda (RD), Reducción de la Oferta (RO) y Reducción de Daños (Rd).**

Algunas definiciones del concepto de prevención de las drogodependencias:

- “Un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (Martín, 1995).

- “Intentos de reducir los problemas derivados del abuso de drogas antes de que comiencen, a través de una diversidad de estrategias” (NCAP, 1997).
- “Aquel entramado dinámico de estrategias que tienen como objetivo eliminar o reducir al máximo la aparición de problemas relacionados con el uso indebido de drogas” (Plan Nacional sobre Drogas, 1997).
- “Conjunto diverso de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o bien que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social” (Ley 3/97, Generalitat Valenciana).
- “Acción y efecto de medidas y actuaciones intencionadas que tienen como objetivo evitar o reducir la aparición de problemas o de situaciones consideradas como problemáticas derivadas del consumo, abuso o uso indebido de drogas” (Alvira, 1999).
- “Conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable la probabilidad de que en su seno aparezcan problemas relacionados con los consumos de drogas” (Comas y Arza, 2000).

Sobre la Salud, la EpS y la Prevención, la OMS nos dice:

- Salud. “Estado de completo bienestar físico, psíquico y social (no sólo ausencia de enfermedad)”.
- Educación para la salud. “Cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantener la salud y busquen ayuda cuando lo necesiten”.
- Prevención de las drogodependencias. “Conjunto de acciones encaminadas a promover la salud de las personas, para reducir la probabilidad de que aparezcan problemas relacionados con el consumo de drogas”.

Sobre la reducción de la demanda (RD), de la oferta (RO) y de los daños (Rd), encontramos también varias aproximaciones. Estudios de conceptualización organizados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT-EMCDDA, 1997) refieren:

- “Cualquier medida preventiva puede ser dividida en tres categorías: programas que apuntan a la reducción de la oferta (RO), proyectos que dirigen sus actividades a la reducción de la demanda (RD) y programas que estudian la disminución de las posibles consecuencias negativas relativas a los afectados (reducción de daños, Rd)”.
- “La RD abarca la totalidad de los conceptos relativos a prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños...cualquier intervención dirigida al consumidor de drogas al objeto de que ponga punto final a prácticas perjudiciales se enmarcaría en la RD”.
- “La reducción de daños es el objetivo principal y la estrategia marco: el equilibrio ideal no consiste en disminuir progresivamente el número de consumidores, sino en reducir al mínimo los riesgos para la salud y el perjuicio a la sociedad”.

En función de las poblaciones objetivo, el *Bureau of Justice (USA)* conceptualiza la RD como:

- Prevención primaria. Pretende prevenir el consumo inicial de alcohol u otras drogas. Normalmente, se desarrolla en términos de educación.
- Prevención secundaria. Su objetivo son los consumidores ocasionales o regulares que no han experimentado aún trastornos serios en relación con sus respectivos ámbitos laborales o de estudios. Su objetivo consistiría en prevenir que estas personas continúen consumiendo drogas.
- Prevención terciaria. Dirigida a los drogodependientes. Se traduce en términos de rehabilitación y tratamiento.

En virtud de los objetivos que le son propios, la OMS conceptualiza la RD en los siguientes términos:

- Medidas dirigidas a la reducción de la aceptación social del consumo no facultativo de drogas.
- Medidas referentes a la disminución del consumo no facultativo de droga y a la asistencia proporcionada a los consumidores basada en el uso de estrategias alternativas y el control de sus efectos.
- Medidas relativas a la oferta de alternativas positivas al consumo recreativo de drogas.

En función de las estrategias, programas y actividades dirigidas a combatir el abuso de drogas, el OEDT clasifica las actuaciones dirigidas a reducir la demanda de drogas:

- Programas generales de prevención
- Programas escolares
- Organizaciones juveniles y deportivas
- Programas destinados a la comunidad
- Actividades en medio abierto y de bajo umbral
- Reducción de daños
- Facilitación de tratamientos
- Programas específicos dirigidos a mujeres
- Minorías étnicas

Becoña (2000) presenta las diferencias entre las conceptualizaciones tradicional y actual de la prevención de las drogodependencias:

Tradicional:

- Prevención primaria. Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema. Prevención Secundaria. El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de la prevención primaria. Prevención terciaria. Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.

Actual:

- Programas universales. Dirigida a todos los adolescentes sin distinción.
- Programas selectivos. Dirigida a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de adolescentes de su edad (grupos de riesgo). Programas indicados. Dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento (individuos de alto riesgo).

## **FUNDAMENTOS. MODELO ETIOLÓGICO DE FACTORES DE RIESGO**

Los estudios de investigación etiológica (Gorsuch y Butler, 1976; Bry, 1983; Hawkins y cols., 1986; Newcomb, 1988; Cloninger, 1988; Schuckit, 1987 y Pickens y Svikis, 1988) apoyan la idea de que varias vías conducen al uso y abuso de drogas y que no existe una sola razón simple por la cual los jóvenes son vulnerables al uso y abuso de estas sustancias (Jones y Battjes, 1985).

Existe un acuerdo general sobre los principales predictores del consumo de drogas y las revisiones de los aspectos relacionados con ese consumo son numerosas (Gorsuch y Butler, 1976; Hawkins et al., 1985; Johnston et al., 1982; Kandel, 1982; Kandel et al., 1978; Murray y Perry, 1985; Wingard et al., 1980). Hawkins y colaboradores (1985) han suministrado la más completa de ellas.

La investigación etiológica sugiere que la investigación en prevención debe tener en cuenta factores de riesgo de, al menos, cuatro niveles: individual, familiar, del grupo de compañeros y comunitario (escuela, lugar de trabajo y vecindario local).

Los factores de riesgo individuales incluyen (Newcomb et al., 1986):

- uso temprano de drogas
- personalidad no convencional
- red social inadecuada
- comportamiento desviado
- uso de drogas por personas que han jugado un papel modélico como padres, adultos relevantes o hermanos mayores
- búsqueda de nuevas sensaciones
- factores de personalidad tales como signos de agresividad y/o comportamiento no sumiso
- baja religiosidad

- pobre rendimiento académico
- alteraciones psicológicas o depresión
- bajo autorendimiento o autoaceptación

Además, la investigación de campo subraya otros dos importantes factores de riesgo (Johnston, 1985):

- falta de percepción por la juventud de las consecuencias dañinas del abuso de drogas
- falta de percepción por la juventud del rechazo social del uso de drogas

Los factores familiares incluyen (NIDA, 1987):

- existencia de una historia de alcoholismo y comportamiento antisocial
- uso de drogas entre los padres y hermanos mayores
- influencias familiares poco efectivas
- falta de mutua correspondencia
- carencia de ambiente cálido entre padres e hijos

Los factores relacionados con los compañeros incluyen (Newcomb et al., 1986; Oetting y Beauvais, 1987 y Brown et al., 1986):

- uso de drogas por parte de los compañeros
- interacción social a través del propio grupo
- presión social por parte del grupo

Los factores comunitarios incluyen:

- disponibilidad de drogas y alcohol
- refuerzo de las leyes de tráfico contra la conducción bajo los efectos del alcohol
- el precio del alcohol
- las leyes que indican cuál es la edad mínima de comienzo de consumo de alcohol
- normas socio-culturales
- estrés social
- falta de movilidad económica
- carencia de apoyos sociales
- pobreza

En resumen, varios investigadores han revisado los estudios etiológicos que identifican factores asociados o que parecen predecir el consumo de drogas en adolescentes y adultos (Hawkins et al., 1985; Murray y Perry, 1985; Perry y Jessor, 1985). La tabla V presenta de manera sucinta los resultados de la revisión.

En la investigación epidemiológica se han identificado como sujetos de mayor riesgo, aparte de los subgrupos definidos en relación con su edad, aquellos subgrupos definidos en relación con el individuo u otras características, lo cual ayuda a definir el objetivo de los esfuerzos de las intervenciones; por ejemplo:

- los que abandonan tempranamente la escuela.
- los que tienen bajo rendimiento escolar o absentismo frecuente.
- los más problemáticos.
- aquellos que están frecuentemente fuera de casa, especialmente en horas nocturnas.
- aquellos con pocas vinculaciones religiosas.

Aunque la mayoría de estos subgrupos pueden variar sus comportamientos y estilos de vida, han permanecido con los mismos patrones durante los últimos años (Bachman et al., 1986). Sin embargo, una de las características que fue relevante en su momento en relación con los estilos de vida de los grupos en alto riesgo, pertenecer a la contracultura, ha dejado de serlo, debido al declive generalizado de este estilo de vida.

También se ha encontrado una poderosa asociación entre el consumo de drogas legales e ilegales: una de las características más predictivas de riesgo de consumir drogas ilegales durante la adolescencia sería el consumo de tabaco en los jóvenes. Parece haber evidencias de que el consumo temprano de drogas legales podría ser utilizado como indicio de riesgo.

Una de las contribuciones más importantes de la investigación epidemiológica ha sido evidenciar que el grado de riesgo percibido en asociación al consumo de drogas parece ser un importante determinante del consumo de drogas por parte de los jóvenes. Los trabajos de Johnston subrayan que el riesgo percibido juega un papel central en el uso de drogas; sus conclusiones acerca de la importancia del riesgo percibido fueron radicalmente opuestas a la opinión general existente en el campo de la preventivo convencional, que interpretaba los datos al revés, deduciendo que las “tácticas basadas en el miedo” no eran efectivas y, por lo tanto, la percepción del riesgo era relativamente poco importante. Par este autor, el problema que hubo con los esfuerzos iniciales de advertir a los jóvenes sobre los peligros del consumo de drogas, consistía en que estos peligros no fueron creíbles para ellos, es decir, probablemente no tuvieron éxito en conseguir el cambio de percepción del riesgo entre esta población. El autor también sugiere que en los años 70 la gente joven rechazaba los consejos de los mayores o del “sistema”, especialmente cuando aquellas precauciones parecían exageradas o incluso falsas y, sobre todo, cuando se dirigían a algunos consumos que eran simbólicos para el movimiento contracultural.

Los jóvenes suelen tener una noción exagerada respecto a la proporción de sus amigos u otros grupos importantes de referencia que consumen unas drogas determinadas (o que están de acuerdo con su consumo). Se ha sugerido que una forma de usar los datos epidemiológicos puede ser diseñando programas que desmientan tales mitos, reflejo de una situación de “ignorancia colectiva” (Johnston, 1985). También puede existir una percepción errónea sobre el uso y la aceptación de drogas en importantes grupos sociales que actúan como modelos de estilos de vida (atletas, músicos, presentadores de TV,...). Tales interpretaciones podrían corregirse usando datos epidemiológicos recogidos de estas “poblaciones modélicas” para tratar de afectar a las actitudes y normas de la gente joven.

Reconociendo la complejidad del problema del abuso de drogas, Newcomb y Bentler (1988) han reunido cuatro campos de variables que influyen y son influenciadas por el consumo de drogas: biológico (proceso fisiológico), intrapersonal (dentro del propio individuo), interpersonal (social) y sociocultural (sistemas comunitarios). La mayoría de las intervenciones ensayadas se han enfocado hacia el campo de las variables interpersonales. Como han subrayado Newcomb y Bentler (1988): “Tener como simple objetivo el manejo de la presión de los compañeros a través de los métodos como por ejemplo “simplemente di no”, puede complacer a padres ingenuos, a profesores y a patrocinadores de programas, pero es insuficiente para enfrentarse a la tarea de prevenir el consumo de drogas en el conjunto de la juventud”.

Las investigaciones (Informe, NIDA, 1997) han revelado que son numerosos los factores de riesgo, que todos ellos suponen un desafío al correcto desarrollo psicológico y social del individuo, y que producen un impacto diferente en función de la fase de maduración en que éste se encuentre. Por estas razones, los factores familiares que afectan al desarrollo temprano son probablemente los más decisivos:

- Ambientes familiares desestructurados, especialmente aquellos en los que los padres o las madres abusan de ciertas sustancias o padecen enfermedades mentales.
- Incapacidad parental para el control y la educación de los adolescentes, especialmente de los que presentan problemas temperamentales y desórdenes de conducta.
- Falta de afecto mutuo y de atención.

Otros factores de riesgo son los referentes a las relaciones del niño/a con agentes sociales externos a la familia, concretamente con la escuela, los compañeros/as y la comunidad. Algunos de estos factores son:

- conducta introvertida y agresiva en clase
- fracaso en el rendimiento escolar
- problemas para relacionarse socialmente
- relación o proximidad con compañeros/as que muestren conductas marginales
- percepción por parte del niño/a de actitudes de aprobación hacia el consumo de drogas en la escuela, entre sus amistades y en el entorno social

También han sido identificados algunos factores de protección, no siempre opuestos, a los factores de riesgo. Su impacto, al igual que en el caso de estos últimos, varía a lo largo del proceso de desarrollo:

- fuertes lazos de unión con la familia
- experiencia de los padres y madres en tareas de control y educación de sus hijos/as, implicación en sus vidas y establecimiento por su parte de reglas claras de comportamiento dentro de la unidad familiar
- éxito en el rendimiento escolar
- fuertes lazos con núcleos de socialización, tales como la familia, la escuela y organizaciones comunitarias
- actitudes ajustadas a la norma ante el consumo de drogas

Otros factores también influyen en el número de jóvenes que se inicia en el consumo de drogas:

- accesibilidad a las drogas
- patrones a los que responde el tráfico
- creencia de que el consumo es generalmente tolerado

En relación a cuáles son los períodos de mayor riesgo de consumo de drogas en la juventud, cabe destacar que los estudios han demostrado que, para la mayoría de los individuos, los períodos más problemáticos son los correspondientes a las transiciones de una etapa del desarrollo a otra. Esto es, el riesgo de iniciarse en el consumo de drogas se acentúa en las fases de transición del desarrollo:

- La primera gran etapa de transición en la infancia se produce cuando se abandona la seguridad familiar y se inicia la vida escolar.
- En el paso de la enseñanza primaria a la secundaria se debe hacer frente a nuevos desafíos sociales, como por ejemplo aprender a relacionarse con un grupo más amplio de compañeros/as. Es en esta etapa, durante los primeros años de la adolescencia, cuando mayor es la probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas.
- Más adelante, en los últimos cursos de la enseñanza secundaria, cuando ya comienzan a prepararse para el futuro, las personas se enfrentan a retos sociales, psicológicos y educativos que pueden conducirle al consumo y al abuso de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Cuando los jóvenes ingresan en la universidad, se casan o se incorporan al mercado laboral, vuelven a enfrentarse a ese riesgo.

Por lo tanto, debido a que el riesgo se acentúa en cada fase de transición desde la infancia hasta el comienzo de la edad adulta, los planes de prevención deben incorporar programas que proporcionen los apoyos necesarios en cada uno de estos períodos.

Respecto a cuándo comienza el consumo de drogas y cómo sucede, los estudios indican que los niños/as comienzan a consumir drogas hacia los 12/13 años y muchos investigadores han apuntado que los jóvenes adolescentes pasan del consumo ilícito de sustancias legales (tabaco, alcohol e inhalantes) al consumo de drogas ilegales (entre las cuales el cannabis suele ser la primera). La secuencia del consumo de tabaco y alcohol al de cannabis y, posteriormente, a medida que la persona va creciendo, a otras drogas (modelo evolutivo de Kandel, 1973 y 1975), ha sido demostrada en la mayoría de los estudios de seguimiento realizados. El orden de las drogas consumidas en esta progresión coincide en gran medida con actitudes y normas sociales, por un lado, y con la mayor o menor accesibilidad de aquéllas por otro. Sin embargo, no se puede decir que fumar y beber a edades tempranas derive, necesariamente, en un posterior consumo de drogas.

Tampoco implica esta secuencia la inevitabilidad de dicha progresión. Simplemente indica que el riesgo de pasar al consumo de marihuana en una persona que haya fumado o bebido alguna vez es 65 veces más alto que el de una persona que nunca lo haya hecho. Del mismo modo, el riesgo de pasar a la cocaína en una persona que haya fumado marihuana al menos una vez en su vida es 104 veces más alto que en una persona que nunca la haya fumado.

#### **Elementos metodológicos. Objetivos. Poblaciones diana. Estrategias preventivas.**

En cuanto a las estrategias preventivas, Llivina e Higuera (2000) apuntan una perspectiva de amplio espectro: Todo tipo de actividades encaminadas a la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas

capaces de crear problemas de carácter individual o social (a través de su uso o de su abuso), entre ellos la capacidad de generar dependencia o adicción.

- Todo tipo de intervenciones encaminadas a reducir los daños individuales o sociales relacionados con las drogas. Tales daños pueden estar vinculados al uso de drogas, a su uso inadecuado o indebido o relacionados con factores que interactúan con el uso de drogas (desestructuración familiar, emigración, psicopatología, exclusión social,...).

Estas mismas autoras, proponen una graduación de objetivos preventivos a corto, medio y largo plazo:

A largo plazo:

- Fomentar el mantenimiento de la abstinencia del consumo de alcohol entre los no consumidores.
- Promover el consumo moderado de alcohol entre los consumidores.
- Reducir drásticamente el consumo de tabaco.
- Reducir drásticamente el consumo extramédico de fármacos psicotropos.
- Evitar el uso de sustancias químicas inhalables fuera de su uso industrial.
- Reducir significativamente las prevalencias de uso de drogas ilegales.

A corto y medio plazo:

- Aumento progresivo de la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco.
- Reducción significativa de los consumos de riesgo de alcohol.
- Reducción significativa de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo indebido de alcohol.
- Reducción drástica de la actual prevalencia del consumo de tabaco.
- Desmitificación social de las creencias relacionadas.
- Reducción de la actual prevalencia de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).
- Reducción del número de UDVP infectados por el VIH.
- Reducción del número de jóvenes que consumen de manera habitual drogas sintéticas.

En cuanto a las poblaciones objetivo de las actuaciones preventivas, Calafat (2000) llama la atención sobre la heterogeneidad, entendiéndolo que las propuestas deben ajustarse a los diferentes tipos de destinatarios o auditorios:

- Los que ni usan ni usarán.
- Los que no usan, pero pueden experimentar, aunque probablemente nunca abusarán.
- Los que no usan, pero pueden experimentar y llegar a abusar.
- Los que usan y pueden llegar a abusar.
- Los que usan y ya abusan o pueden llegar a hacerlo.
- Los que usan o abusan y quieren dejar de hacerlo.
- Los que lo han dejado.

### **Experiencias desde la perspectiva de la prevención secundaria.**

Campañas informativas con propuestas de gestión y reducción de riesgos relacionados con el consumo de drogas. En general, las estrategias informativas tratan de dirigirse a jóvenes consumidores con patrones recreativos y a escenarios de consumo relacionados con las pautas de ocio juvenil de fin de semana. Recomendando y reforzando la abstinencia, ante la intención de consumir plantean al destinatario la conveniencia de conocer los riesgos que asume con el consumo y de adoptar medidas que reduzcan los posibles daños que se derivan del mismo.

Algunos estudios (Irefrea, 1997; Calafat, 2000) advierten de las posibles consecuencias contrapreventivas relacionadas con la divulgación más o menos indiscriminada de estos mensajes. La advertencia se fundamenta en la contrastación de que los consumidores habituales de drogas para la "marcha" se preocupan poco por los peligros relacionados con el consumo, están muy interesados en los efectos buscados en las drogas y les interesan poco los mensajes preventivos. Al contrario, los no consumidores se muestran poco interesados en los efectos de las drogas, perciben sus peligros y se interesan en los mensajes de prevención. Paradójicamente, los mensajes dirigidos a los consumidores podrían ser atendidos casi exclusivamente por los no consumidores, generando confusión respecto a su

posicionamiento apriorístico (podrían entender que no son tan peligrosas como pensaban, que son más interesantes de lo que creían y que sus posibles consecuencias negativas pueden ser fácilmente controladas).

Debemos realizar esfuerzos por reducir todo lo posible este nivel de incertidumbre: dirigiendo adecuadamente los mensajes a las poblaciones diana, utilizando canales y agentes más efectivos (iguales consumidores, actores relevantes del ocio nocturno) y reforzando la postura de los pares no consumidores.

Intervenciones con jóvenes usuarios en contextos de integración. Los contextos educativos son los escenarios seleccionados habitualmente para la acción preventiva. Prevención, educación para la salud y formación (capacitación, competencia) se solapan. Los programas de prevención escolar parecen obtener buenos resultados en términos de incremento de conocimientos, en el modelado de valores y actitudes pro-salud y anti-drogas y en la adquisición de competencias de interacción social. No obstante, estos logros, superadas las edades en que la abstinencia se garantiza por el control social y familiar (restricción de escenarios), no son incompatibles con la experimentación en el uso de drogas y, eventualmente, el consumo habitual de algunas de ellas. Las prevalencias de consumo habitual de tabaco, alcohol y cannabis en escolares españoles entre 14 y 18 años son del 30%, 60% y 20% respectivamente (Observatorio Español sobre Drogas, 2000).

La prevención basada en el paradigma educativo y en el modelo de competencia social (incrementar conocimientos y conformar actitudes y valores para una integración y participación social normativa) no funciona adecuadamente en prevención de las drogodependencias con adolescentes y jóvenes. Carrasco (2000) nos descubre algunas claves:

- La adolescencia se caracteriza por la aparición de un cuerpo adulto pendiente de adquirir un repertorio comportamental adulto. Uno de los componentes de ese repertorio (socialmente competente) es la conducta de fumar o la de beber.
- Enseñar a decir ¡NO! como respuesta a la presión de grupo resulta ineficaz, ya que tal presión social no es la norma (la posible presión al consumo viene precedida de la selección que realiza el propio joven de su grupo de amigos).
- Se ha abandonado precozmente el recurso al “miedo” moderado, a la información clara y a la exposición de las consecuencias negativas del consumo.
- A menudo, el docente no representa un modelo atractivo para los jóvenes y resulta un agente poco eficaz para implantar los programas de prevención (particularmente con subgrupos de mayor riesgo). La presencia en los centros de formación mediada por la implantación de los programas universales de prevención escolar (programas Órdago y Barbacana en el caso de los centros de educación secundaria de la Comunidad Valenciana) y las actuaciones de coordinación con los referentes educativos (tutores, direcciones y jefaturas de estudios, departamentos de orientación y asociaciones de padres), deben generar las condiciones para una detección de casos-riesgo que habilite intervenciones específicas.

Intervenciones con jóvenes usuarios de alto riesgo en programas de intervención socio-rehabilitadora. Si bien es cierto que cualquier persona puede llegar a desarrollar una adicción, no es menos cierto que rara vez una dependencia obedece a un proceso azaroso o a un accidente desafortunado. Condiciones de vulnerabilidad (personal, familiar y ambiental) se encuentran sobre-representadas en las personas que desarrollan una adicción.

En lo que se refiere a drogas ilegales (alcohol y tabaco implican otras consideraciones), la población general se encuentra en unos aceptables (cuando no óptimos) niveles de protección en relación con los procesos adictivos. Muchos de los problemas relacionados con los consumos de drogas (accidentes, alteración de la convivencia, urgencias hospitalarias, violencia,...) son “efectos colaterales” que se explican mejor en términos de permisividad, disponibilidad y sistema socio-económico de referencia (promoción comercial del ocio-consumo organizado) que recurriendo a las “temibles garras de la droga”. Son los adolescentes y jóvenes vulnerables o en situación de riesgo social (no integrados o con dificultades de integración) los destinatarios prioritarios de la prevención.

Las intervenciones desde la red sociosanitaria (equipos sociales de base, equipos técnicos de sistemas de protección y reforma del menor, centros de salud y unidades de salud mental) habilitan la posibilidad

de diagnosticar situaciones de riesgo en relación con el consumo de drogas que permitan intervenir preventivamente.

Intervención con familias. En la medida en que nos referimos a situaciones en las que el consumo de drogas ya está presente y en las que lo relevante tiene que ver con elementos pronósticos (como va a evolucionar la implicación del joven con las drogas en el tiempo), la familia se constituye en el contexto de referencia determinante para poder hablar de una intervención con ciertas garantías de éxito.

Las unidades de prevención deberían estar en condiciones de responder ante la demanda de familias que presentan conflictos relacionados con la sospecha de consumo en un hijo adolescente, el descubrimiento de un consumo incipiente en un joven integrado, el consumo de drogas asociado a problemas comportamentales o el abuso de drogas con renuencia a acudir a tratamiento.

Intervenciones de información, orientación y asesoramiento a padres deben poder complementarse (allí cuando sea necesario) con intervenciones de carácter terapéutico dirigidas a la familia con problemas.

Desde la perspectiva del modelo teórico de los factores de riesgo, un evidente ámbito de trabajo familiar en prevención de las drogodependencias lo constituyen los hijos de personas adictas. Existen experiencias consolidadas en el trabajo con hijos de alcohólicos (Programa Alfil de Socidrogalcohol, 1996), no así en el caso de hijos de drogodependientes a drogas ilegales, en el que las actuaciones están todavía en niveles experimentales.

### *SOBRE EL "BOTELLÓN"*

En la dirección [www.lanzadera.com/botellon/](http://www.lanzadera.com/botellon/) (un dominio gratuito de Ya.com), una joven extremeña comenta el origen, desarrollo y consecuencias del botellón en Extremadura:

En los últimos años ha ido incrementando el número de personas que, hartos de los precios de las copas en los bares y discotecas, optan por comprar previamente la bebida en supermercados y concentrarse masivamente cerca de la zona de marcha para consumirla. Darwin situaría el origen de esta tendencia en el llamado por nuestros padres (y hermanos muy mayores) "guateque", que era su método de reunión con los amigos. No hay que olvidar que nuestros antepasados también fueron unos borrachuzos, lo cual debemos agradecerles.

Todos los fines de semana miles de jóvenes por las noches nos reunimos en lugares determinados para estar con los amigos y beber durante toda la noche. Durante esas horas, pasan muchísimas cosas: conoces a gente nueva, aprendes cosas de los demás que no sabías, cotilleas, etc, etc. Son noches propias para estar con los amigos y conocer gente nueva, conectar con los demás y establecer relaciones que posiblemente durante la semana no se establezcan.

Para los jóvenes, botellón es sinónimo de amistad, diversión, pasar un buen rato con los amigos,...también es una forma de ahorro ya que en la discoteca es mas caro que comprando una botella entre unos cuantos y beber hasta llegar al límite.

En la dirección [www.nodo50.org](http://www.nodo50.org) una coordinadora "antifascista" nos presenta noticias relacionadas con la acción organizada por la Agrupación de Estudiantes por la Toma de la Plaza del 2 de Mayo (a raíz de la disolución por parte de la policía de las concentraciones de jóvenes para la realización de botellones). Carlos, un joven de 18 años que se presenta como "militante" del botellón aporta un manifiesto "en defensa de la cultura del botellón" en el que podemos leer:

El castellano es la única lengua que se puede decir, con sentido, "me voy a la calle". El pueblo español se ha caracterizado por ser dueño de la calle, al igual que otros pueblos caribeños y mediterráneos. Y de eso debemos estar orgullosos. La tradición y la cultura de nuestro pueblo se ha basado en la dialéctica, los foros, las discusiones en lugares públicos (plazas, parques,...), en algunas ocasiones aliñadas graciosamente con un poco de alcohol. La cultura del botellón forma parte de la idiosincrasia del pueblo español.

Soy un practicante de la cultura del botellón... . El botellón auténtico es una reunión de jóvenes en al calle, que tiene como objetivo principal divertirse y relacionarse con otras personas. La función del alcohol, en el auténtico botellón, es la desinhibición controlada a modo de catalizador de relaciones, aumentando la comunicación. Los que defendemos el auténtico botellón, preferimos la tranquilidad del aire libre al chunda-chunda de las discotecas. Porque allí, no se puede hablar ni respirar. Yo si fuera

padre, estaría más preocupado si mi hijo fuera a una discoteca que a un botellón. Se podría decir, sin exageración, que más del 35% de jóvenes que van a discotecas consumen éxtasis o cocaína.

Las páginas de educación de la publicación electrónica del rotativo inglés The Guardian ([www.education.guardian.co.uk](http://www.education.guardian.co.uk)), recogen el fenómeno español del botellón:

*En Sevilla la plaza del Salvador reúne cientos de jóvenes los viernes y sábados por la noche. En verano el destino más popular es junto al río Guadalquivir. Los jóvenes van en coche, abren la puerta trasera donde están las bebidas y ponen música. "El botellón es una reunión de amigos que compra bebidas para beber en la calle" (JM, 19 años). "Al botellón vas con los amigos, llevas música, estás hasta las cuatro de la mañana, o las cinco, y luego a la discoteca o a casa" (R, 17 años). La periodista expone las opiniones y comentarios de un grupo de jóvenes cuestionados sobre el botellón:*

¿Por qué beben los jóvenes en la calle? ¿Crees que es peligroso?

JM (19 años): Se quedan en la calle porque por nueve euros la noche pueden beber un grupo de cinco o seis amigos. Ahora cualquier chaval puede pagar esto. Pero se abusa demasiado de la vida. Y los que más abusan son los menores de edad, pues no se dan cuenta del peligro.

MJ (17 años): En la calle es donde hay más espacio y menos ruido. Algunos no beben pero otros abusan y es peligroso.

JC (17 años): Porque hay mucha gente que no sabe disfrutar sin emborracharse.

A (17 años): Las bebidas son demasiado caras en las discotecas. Pero es peligroso porque empiezan a los catorce años.

J (16 años): Algunos van para imitar a los mayores.

M (16 años): Porque el cubata tiene un precio excesivo. En el botellón creas tu propio ambiente y puedes pasarlo mejor.

R (17 años): Ir a la discoteca cada semana cuesta mucho dinero.

M (16 años): Los fines de semana voy a un pueblo. Hay pubs pero las copas son muy caras. No tenemos casa para reunirnos. El "botellón" es lo único que tenemos.

¿Haces botellones? ¿Qué es lo que más te gusta? ¿Y lo que menos?

JM: Yo voy una o dos veces al mes. Lo mejor es la relación con los amigos. Lo peor es el abuso de alcohol.

MJ: Algunas veces pero no me gusta beber. Por suerte no soporto ni el olor del alcohol. A un amigo lo llevaron al hospital. Le dieron inyecciones y le salvaron por los pelos de un coma etílico.

JC: Voy dos o tres veces al mes. Me gustan para desconectar de la semana. Bebo un poco, no mucho. Me gusta estar con los amigos.

A: Voy a veces para charlar pero no me gusta el alcohol. Prefiero ir directamente a la discoteca. Quedo allí con mis amigos y ellos primero van al botellón.

J: Yo voy una o dos veces al mes. Prefiero ir a la discoteca.

M: Algunas veces. No está nada mal. Me gusta estar con los colegas, a tu rollo. Allí nadie molesta y no hay peleas.

R: Voy poco y bebo poco. Me gusta estar con los amigos. En algunas zonas molesta a los vecinos. Y al día siguiente está todo sucio.

M: Hay gente que no se sabe controlar y esto no me gusta.

¿Estás a favor de prohibir el botellón?

JM: No. Los cines y teatros deberían ser más baratos. Y abrir centros culturales y deportivos por la noche.

MJ: Prohibir no, pero controlar sí.

JC: Prohibir no pero controlar más. Y ofrecer alternativas. Por ejemplo, más zonas verdes para ir durante el día. Quizás entonces tendríamos menos necesidad de salir por la noche.

A: Sí. Y promocionar otras formas de diversión.

J: No. Deberían bajar el precio de las bebidas en las discotecas a la mitad. Un whisky vale entre seis y ocho euros, y una cerveza tres euros. Es demasiado.

M: No, porque hay que salir y divertirse. El que bebe lo mismo lo hará en una discoteca que en un botellón. Los jóvenes no somos tan irresponsables como se dice. Hay de todo.

R: Estoy a favor del botellón. Pero también de poner más control. Los jóvenes empiezan a beber a los trece o catorce años y es demasiado pronto. Se convierten en adictos al fin de semana para emborracharse con los amigos. En cambio otros beben y lo pasan bien.

M: Si lo quitan ¿qué nos quedará? Algunos menores controlan más que otros de veinte.

### **Análisis del botellón**

El botellón se define en virtud de unos espacios públicos (parques, plazas y calles) o privados (garajes, solares,...), unos tiempos (noches de los fines de semana), unos actores (jóvenes de entre 15 y 24 años), unas actividades (beber alcohol, charlar, escuchar música,...) y unos objetivos relacionados con “estar” (juntos: con otros jóvenes) y “ser” (jóvenes: divertirse y experimentar).

**Los tiempos.** La semana tiene un punto de inflexión espacio-temporal que escinde dos mundos: de lunes a jueves, el mundo “adulto”, el de la ocupación (trabajo-estudio), encadenado, aislado y monótono; de viernes a domingo, el mundo “joven”, liberado, compartido y divertido (Conde, 1999). Hay un tiempo normativo, el de los días laborables o de estudio y un tiempo de fiesta, pretendidamente no normativo (realmente, se traslada la normativa familiar, escolar o laboral a la del grupo de iguales y a la del mercado de modas, marcas y consumos).

El 65% de los jóvenes de 15 a 24 años sale todos o casi todos los fines de semana. Los y las jóvenes de 19 a 24 años tienen como hora promedio de regreso a sus casas cuando salen los sábados las dos y media de la madrugada. En el conjunto de la población juvenil, la mitad no regresa a su casa antes de las cuatro de la madrugada.

Son las propias personas jóvenes, quienes en su mayoría manifiestan que éste es el único tiempo y que esas son las únicas ocasiones, en las que se concentran las oportunidades de logro y gratificación. Actualmente, muy pocos jóvenes vinculan sus experiencias laborales con el descubrimiento de sus propias capacidades. Y prácticamente, han desaparecido quienes encuentran en el trabajo o en el estudio, un alivio para la juvenil ansiedad por el futuro (Martín Serrano, 2000).

**Los espacios.** Si bien ya estamos observando un creciente uso de espacios no públicos (garajes, segundas residencias familiares, solares, naves industriales,...), el espacio por antonomasia del botellón es la plaza, la calle, el parque,...Este escenario donde pueden “estar” los jóvenes (sin adultos) para poder “ser” (expresarse) como tales, ofrece:

1º. La seguridad del grupo de referencia (los amigos, la pandilla,...), aquellos con los que el joven acude y con quienes se siente identificado.

2º. La oportunidad, desde esa seguridad, de establecer nuevas relaciones con otros, de tener nuevas experiencias, de significarse y exhibirse.

Para Martín Serrano (2000), la ocupación colectiva de un espacio, que se perciba geográficamente como próximo y emocionalmente como propio, tiene una importancia simbólica para los grupos juveniles que no debería de pasar desapercibida. Porque esa apropiación de un espacio responde a la necesidad de “hacerse un sitio”. En esta medida, cabe plantearse que tal ocupación de espacios públicos guarde relación con la carencia de infraestructuras adecuadas para los jóvenes.

Por otro lado, esta ocupación de espacio tiene, al menos, las siguientes posibles connotaciones (distintos lectores, distintas lecturas):

- Económica: el botellón es barato.
- Cultural: es una expresión específicamente juvenil.
- Contracultural: es una expresión específicamente juvenil y antisistema.

Personalmente, no encuentro elementos culturales (ni contraculturales) en el escenario del botellón. Sí los encuentran los organizadores de las fiestas “raves”.

**Los jóvenes.** Hemos asistido a un cambio en la definición del “ser joven”: desde un tránsito (al adulto) a casi un estado indefinido en el tiempo, en el que “ser joven” se reduce a “expresarse como joven” (lo que no dice nada) y que, en gran medida, se caracteriza por la ausencia de participación social efectiva. Ese estado de juventud se reivindica cada vez antes (a los 12 ó 13 años) y se prolonga cada vez más (hasta los 30 ó 35 años). Empieza a haber hombres y mujeres de 30 años que no han respondido todavía a la pregunta “¿qué quieres ser de mayor?”, entre otras razones por que todavía nadie se lo ha preguntado. Además, parece existir un pacto implícito entre adultos y jóvenes, en virtud del cual esa negación de una participación social íntegra (necesariamente ligada a responsabilidades) se intercambia por la oportunidad de “expresar su juventud” de manera ilimitada (y sin responsabilidades). Eso sí, esto deberá hacerse en determinados espacios y tiempos (fines de semana y por la noche) y mientras no se generen conflictos graves en los espacios para la efectiva participación social que se les niega (entre semana y a la luz del día). Estos conflictos parece que finalmente han emergido.

La situación social que se deriva de estos argumentos presenta, además, no pocas paradojas: los valores que motivan las actitudes de adultos y jóvenes son comunes y adaptados a una sociedad de consumo, individualista y presentista; sin embargo, se atribuyen casi con exclusividad a los jóvenes, a los que como únicos rasgos diferenciales se les reconoce una mayor vinculación con valores relacionados con la solidaridad, el ecologismo, la sinceridad,...(Megías y otros, 2000).

Si nos aproximamos más a esa expresión juvenil que denominamos “botellón”, observamos como materializa esa fracturación entre el mundo adulto y el joven, entre el tiempo de producción y el tiempo de ocio, entre el mundo en que no tienen nada que decir y aquel en que pueden decir lo que sea. En este escenario, el alcohol (la etilización) actúa diferencialmente (aunque siempre como un amplificador) en distintos grupos de jóvenes: mientras dispone para la diversión y la experimentación (distintivos del “ser joven”) con el objeto de incrementar las opciones de integración entre iguales de un grupo mayoritario de jóvenes, dispara la expresión de subgrupos juveniles violentados por una suerte de sentimiento-vivencia de “no future” que creíamos propio de décadas pretéritas.

**Las actividades.** Estar con los amigos, desconectar de la rutina semanal, charlar, relacionarse con otros (jóvenes), escuchar música, bailar, beber y fumar, son las actividades relacionadas con el ocio del fin de semana, también con el botellón. Mientras hacen estas cosas, no hacen otras. Y lo que es peor: no las van a hacer al día siguiente. Y lo que es paradójico: no las van a hacer aunque, supuestamente, se identifiquen (idealmente) mucho con ellas. En términos de Elzo (2002) “una especie de autismo social, aderezado de fusión orgiástica de pares, que los deja tirados al día siguiente e incapacitados para hacer algo de lo que dicen que es fundamental en la vida y que solamente puede llevarse a cabo en condiciones físicas aceptables y durante las horas diurnas”. Se refiere el autor a que los ideales relacionados con pacifismo, tolerancia, ecología, exigencia de lealtad,..., que se atribuyen específicamente al “ser joven”, no son acompañados por actividades que les distinguan con un contenido real (participación política, asociacionismo, actividades en la naturaleza, deporte, ...).

Si bien es cierto que en las reuniones-botellón también participan jóvenes abstemios y que el objetivo principal es divertirse y estar con amigos, el **consumo de alcohol** es la actividad definitoria del botellón (hoy por hoy, no es pensable la organización de una reunión similar con los mismos objetivos, pero sin alcohol). Las motivaciones que los jóvenes refieren a la hora de explicar su consumo de alcohol tienen que ver con lo placentero (“por que les gusta, por diversión o placer”). En términos generales, no hay que buscar razones del ámbito de lo carencial (problemas de comunicación, ansiedad, déficits de competencia social,...). Existe, además, una rutinización y ritualización del beber adolescente y joven (Elzo, 2002): “Se hace lo que se hace porque se hace así entre los suyos”.

También es un vector relevante la cuestión de que el botellón requiere una disposición física, emocional y mental receptiva. El joven debe estar “a tope”, en términos de Martín Serrano (2000): “La persona joven tiene que estar expuesta, en todos los sentidos del término: para seducir y ser seducida; para probarse y ser probado. Puesto que no hay identidad juvenil que se haga sin experimentación, los experimentos se llevan a cabo con lo que en estas ocasiones puede ser sometido a prueba: el aguante del cuerpo, el atrevimiento para comportarse con imprudencia, arriesgándose contra el instinto de conservación. Todo ello en un contexto de relaciones intra e intergrupales, muy competitivo; y en ocasiones, por estar tan inseguros de ellos mismos, muy agresivo. Dicen: “sin quedarse atrás, ni por debajo”; “si tu puedes yo puedo”.

Muchos jóvenes han asumido esta pauta compulsiva de diversión, que les obliga a que el estado anímico y la disposición física no decaigan durante toda la noche. En este contexto, el alcohol y otras sustancias de abuso (1 de cada 5 jóvenes entre 15 y 19 años consume cannabis de manera habitual) se consumen no tanto por placer (como fin en sí), sino más por el placer que se espera conseguir mediante la desinhibición eufórica que producen (como medio para).

### **Problemas y riesgos**

Los problemas y los riesgos relacionados con este tipo de prácticas son, básicamente, de tres tipos:

1. Los relacionados con su realización en espacios públicos. Problemas de ruidos, suciedad, inseguridad, destrucción de mobiliario urbano, ...
2. Los “accidentes” relacionados con la embriaguez. Accidentes de tráfico, lesiones relacionadas con peleas, intoxicaciones (hasta el coma etílico), relaciones sexuales no planificadas (incluidas relaciones no deseadas, incluidos embarazos no deseados),...
3. Las sobre-implicaciones con las drogas. Los encuentros “felices” (individuos vulnerables que encuentran en el alcohol y otras drogas respuestas inesperadas, paraísos artificiales, efectos ansiolíticos, mitigación del dolor o la ira,...), los procesos de habituación/adicción (incremento en las dosis, frecuencia de uso, sustancias de abuso,..., el consumo más como fin en sí que como medio para), ...

Con el objeto de atajar estas consecuencias negativas, estamos asistiendo a la promulgación de leyes y normativas. Uno de los mayores obstáculos con los que han de bregar las leyes y normativas destinadas a reducir el consumo de alcohol y prevenir los problemas relacionados con el mismo (las denominadas “leyes antibotellón”) es el escepticismo que, respecto a su cumplimiento y consecuencias, despierta en una gran parte de la población. Tal escepticismo se sustenta básicamente en los siguientes argumentos:

- Para muchos, la ausencia de participación de los jóvenes en un pretendido “pacto anti-botellón” anuncia su fracaso de antemano. Entienden que los jóvenes desaparecerán de las calles temporalmente, convencidos de que se ha emprendido una política cosmética de “arrancada de caballo y parón de burro”, para poco después reclamar nuevamente sus espacios y sus prácticas.
- No son pocos los que piensan que quienes salen ganando son las grandes empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas y los establecimientos dedicados a la venta y consumo: paradójicamente, mientras más se quejan éstos del trato recibido (más de un comerciante ha referido sentirse tratado como un traficante), más son vistas como verdaderas favorecidas al ser las subsidiarias de recoger en sus establecimientos al remiso consumidor callejero.
- La confusión respecto a la yuxtaposición de intereses o finalidades, es otro de los elementos distorsionadores: regulación de la convivencia civil, incremento de la seguridad ciudadana, protección del menor, prevención del alcoholismo, disminución de la siniestralidad vial, control social,...
- Finalmente y partiendo de una lectura del “botellón” en clave de nueva expresión cultural juvenil, están presentes los discursos que subrayan la injerencia en las libertades individuales y el atentado contra la libertad de expresión, reunión y el sin par “modus vivendi” latino-mediterráneo.

Una de las cuestiones más llamativas del actual discurso social sobre los jóvenes, el ocio y el consumo de drogas, consiste en que habiendo un acuerdo generalizado en relación con los objetivos (reducir o acabar con los problemas y riesgos arriba señalados), las cosas no están tan claras respecto a como hacerlo. Parece que los adultos españoles nos atenemos a la máxima de “prohibido prohibir”: medidas relacionadas con la reducción de los horarios de los locales y las “zonas de copas” son permanentemente criticadas. En nuestro país no está bien visto madrugar, ni para levantarse, ni para comer, ni para ir a un concierto o al teatro, ni para acostarse. Nos burlamos de la falta de “aje” de los centroeuropeos y nos felicitamos de nuestra capacidad para la marcha y la fiesta (cuando nos visitan ellos también lo celebran).

### **MÁS ALLÁ DEL BOTELLÓN**

En líneas generales, cabe decir que los preadolescentes y adolescentes beben en la calle, mientras que al aumentar la edad aumenta también el consumo en bares, pubs y discotecas. La mayoría de encuentros juveniles no se realizan en la calle en contra de lo que se supone. Se reúnen los en establecimientos

donde se paga y se consume. En este sentido, “la diversión juvenil es ocio monetarizado” (Laespada y Pallarés, 2000).

Los escenarios del ocio juvenil son los macro-centros comerciales y las zonas de ocio-consumo organizado (en nuestra ciudad: los centros Gran Vía, Panoramis y las Zonas del Barrio Antiguo y del Puerto). Lo que se identifica es ocio, consumo y participación social (integración). El consumo de drogas se inscribiría actualmente en el espacio simbólico más normalizado del consumo (Conde, 1999): se consume ropa, discos, motos, drogas,...El consumo de drogas es un gasto más dentro del presupuesto de gastos del fin de semana y, desde luego, está sujeto como el resto de los objetos de consumo a las modas (“se llevan las pastis o se lleva la coca”).

Respecto a la pretendida contraposición adulto/joven, no puedo sino encontrar cada vez más ejemplos de sintonía: una especie de juego absurdo en el que los jóvenes quieren ser adultos y los adultos quieren ser jóvenes y en el que se imitan y terminan pareciendo. La disociación de valores entre los socialmente reconocidos (derechos humanos, tolerancia, solidaridad, justicia,...) y los personalmente perseguidos (éxito social, seguridad, bienestar económico,...) son tan propios de unos como de otros (una suerte de “ande yo caliente,...”). La ausencia de valores instrumentales (esfuerzo, compromiso, participación, responsabilidad, abnegación,...) criticada en los jóvenes, se reproduce en el mundo adulto. La falta de identificación con el trabajo, la apatía política y social, la búsqueda ansiosa del tiempo de ocio, la obsesión por la moda y el aspecto físico, la compra compulsiva, la falta de resonancia ante la injusticia y el padecer ajeno, la huida de la realidad (de lo real que es el dolor, la muerte, la soledad, la propia vida, lo que tiene de renuncia), el dopaje (en el deporte, en el trabajo, en la vida), la falta de credibilidad respecto a ideales, políticas e instituciones,..., ¿son sólo características de los jóvenes?, ¿no es más que comparten nuestras características, nuestras actitudes y hábitos?

Un número muy importante de los jóvenes que participan en los botellones no hacen sino gestionar lo más coherentemente que pueden sus recursos disponibles (dinero, espacios y tiempos) y deseos (diversión, intimidad respecto al mundo adulto e integración con su grupo de iguales), de una manera muy sintonizada con el contexto socioeconómico y cultural de la sociedad en la que están integrados. En términos muy al uso hoy en día, los accidentes relacionados con las pautas de ocio-consumo son “efectos colaterales” de nuestra organización socioeconómica.

## **MÁS ALLÁ DE LA PREVENCIÓN**

Desde luego, son necesarias las aportaciones técnicas. Los programas de prevención de las drogodependencias y de educación para la salud en los ámbitos escolares y comunitarios empiezan a dar sus frutos. Los programas de ocio alternativo que ponen a disposición de los jóvenes infraestructuras y actividades para competir con el ocio-consumo a través de una propuesta de ocio-actividad gozan de una buena aceptación entre jóvenes y adultos.

No obstante, creo que serían necesarias políticas más finalistas dirigidas a promover oportunidades de participación social efectiva a los jóvenes (oportunidades para empezar a vislumbrar qué tipo de adulto quieren y pueden ser), más allá de la estrechez de su rol como estudiantes y consumidores, para habilitar su función productiva (de cultura, de riqueza económica, de organización social,...). Deben habilitarse los espacios para el ocio y la vinculación social de los jóvenes, pero también de éstos con los adultos. Debemos responder a algunas preguntas relativas a los escenarios y tiempos de ocio que se proponen como alternativos: ¿necesariamente de noche y los fines de semana?, ¿necesariamente alejados de donde se debe convivir?, ¿necesariamente reducidos al control económico del ocio-consumo? Las experiencias han puesto de manifiesto que si se les ofrecen espacios de participación, la respuesta de los adolescentes y jóvenes es creativa.

## **MARIHUANA**

La cannabis sátiva ha alcanzado un estatus privilegiado en los discursos y representaciones sociales sobre las drogas. En el conjunto de las sustancias de abuso, la marihuana es la que goza de un mayor número de adjetivos positivos asociados. Paralelamente (está claramente relacionado con lo anterior), si bien es cierto que sigue existiendo una tendencia a sobrevalorar los indicadores de consumo (prevalencia e incidencia) y aunque no sea cierto que “casi todo el mundo” fume hash, sí lo es que mucha gente fuma hash (prevalencias de hasta el 20-25 % en determinadas franjas de edad).

Los argumentos de los diferentes sectores promotores y defensores del consumo de las diversas variedades cannábicas, pueden resumirse en la siguiente proposición: "La marihuana es una planta con propiedades enterógenas y terapéuticas interesantes, cuando no beneficiosas, para el usuario; que no conlleva riesgos de dependencia física y que es injustamente tratada en relación con las drogas legalmente promocionadas como el alcohol y el tabaco".

Particularmente en los discursos juveniles y como consecuencia de la importante campaña divulgativa de las organizaciones pro-cannabis, las virtudes de la marihuana no se fundamentan tanto en sus características propias, sino más bien en sus ventajas respecto a otras drogas de elección: es "mejor que", es "menos malo que".

Semánticamente, la marihuana se presenta siempre apuntando al polo positivo de un sin fin de opciones bipolares "bueno/malo":

*Natural/artificial.* Respecto a las diferentes variedades de presentación de los derivados del cannabis, la marihuana representa la quintaesencia de lo "natural": es una planta, cuyo producto resultado no se somete a cortes ni adulteraciones ni tratamientos químicos y en el que el usuario ha sido un agente activo del sorprendente devenir de la vida vegetal. El producto aglutina las características de ecológico-natural (que hoy en día se aproximan mucho a lo que entendemos por "sano") e introduce la fascinación a través del elemento autogestión-participación ("yo me lo guiso, yo me lo como"), diferenciándolo de los productos manipulados por "inhumanos" procedimientos químicos.

*Blando/duro, inocuo/tóxico, curativo/patológico.* La marihuana se nos presenta como la opción más razonable si se compara con las otras drogas de abuso (legales o ilegales). Item más, esta "elección razonable" se fundamenta en presuntas evidencias científicas: a la negación de su capacidad para inducir dependencia (física) se suman las propiedades terapéuticas (antihemética, analgésica, motivacional) encontradas en su aplicación a los abordajes multivariados de determinadas enfermedades para mejorar parámetros relacionados con la asimilación de la alimentación y el umbral del dolor. Con el soporte "científico", al potencial usuario ( y al usuario) le resulta fácil despejar la paradoja de que algo pueda ser al mismo tiempo bueno y malo, beneficioso y contraproducente.

*Antisistema/prosistema, ilegal/legal.* Sobre todo para el joven usuario, resulta muy interesante que la marihuana esté situada en el bando "antiglobalización", antisistema, en oposición a las drogas del "sistema (económico) adulto" (alcohol y tabaco). Más todavía cuando esa ilegalidad no pasa de una "alegalidad", posibilitando un posicionamiento estético sin arriesgar gran cosa (una sanción administrativa a la que no es difícil recurrir).

*Libertad/manipulación.* Todas las características antes relacionadas se aglutinan en el polo de las "decisiones libres", conscientemente motivadas por la "información científica" y paracientífica (que tanto gusta al consumidor ilustrado), por oposición a la manipulación de las consciencias a la que se nos somete desde el sistema por medio de la desinformación, la información sesgada y la promoción (bajo la dirección de las poderosas multinacionales) de otras alternativas de consumo (alcohol y tabaco). Todo esto funciona incluso cuando lo más frecuente sea que el cannábico-usuario resulte ser también un (precoz y habitual) nicotín-usuario y alcohol-usuario y aún cuando crezcan exponencialmente las organizaciones, publicaciones y cadenas de establecimientos pro-cannabis que utilizan imaginativas y eficaces técnicas de marketing.

Así las cosas, se nos ocurre matizar la proposición pro-cannábica con unos cuantos paréntesis para la reflexión, quedándonos la cosa como sigue:

"La marihuana es una planta (*como la vid, el opio, la coca, el tabaco*) con propiedades enterógenas y terapéuticas (*como la mayoría de los fármacos-droga*) interesantes (*como todas las drogas*), cuando no beneficiosas (*como la morfina en su aplicación en la terapéutica del dolor, como las anfetaminas en su aplicación terapéutica en los TDAH*), para el usuario (*competente: no abusador, adulto, sano, consciente, responsable,...*); que no conlleva riesgos de dependencia física (*psicosocial sí; divídase Vd. mismo, si puede*) y que es injustamente tratada de ilegal (*aunque no perseguida: no se investiga a un presunto consumidor de cannabis; aunque no explícitamente legislada: las leyes sobre drogodependencias no prohíben el consumo de cannabis en vía pública a los menores de 18 años, como sí ocurre con el alcohol*) en relación con las drogas legalmente promocionadas como el alcohol y el tabaco (*con explícitas legislaciones de talante cada vez más prohibicionista sobre el consumo, la publicidad y la promoción; lo*

que no ocurre con publicaciones y establecimientos pro-cannabis, que empiezan a incluir publicidad de multinacionales de la moda juvenil)".

El cannabis es una droga cuyo potencial adictivo no es comparable al del tabaco, la heroína o la cocaína y cuyas consecuencias, en caso de abuso, son difícilmente comparables a las que puede provocar el alcohol, la cocaína o la heroína. Esto no la convierte per se en una "buena droga". Su consumo precoz está relacionado con mayores probabilidades de sobreimplicación con otras drogas y con dificultades de rendimiento académico y laboral. No podemos considerar normal e inocuo que jóvenes de 14, 15 y 16 años fumen cannabis de manera habitual.

### PND. Encuesta Escolar 2000

Substancias	Alguna vez	Último año	Último mes
Tabaco	34,4 (34,7)	-	30,5 (28,3)
Alcohol	76,0 (84,2)	75,2(81,9)	58,0 (65,8)
Cannabis	31,2 (28,5)	26,8 (25,1)	19,4 (17,2)
Tranquilizantes	6,8 (6,4)	4,8 (4,7)	2,5 (2,4)
Cocaína	5,4 (4,8)	4,0 (4,1)	2,2 (2,4)
Speed/Anfetaminas	4,1 (4,6)	3,1 (3,8)	1,8 (2,3)
XTC	5,7 (3,5)	4,6 (2,5)	2,5 (1,6)
Alucinógenos	5,2 (5,4)	3,7 (4,1)	1,9 (2,2)
Inhalantes	4,1 (4,1)	2,5 (2,7)	1,4 (1,8)

Tabla I

### PND. Encuesta Escolar 1998

Substancias	1994	1996	1998	2000
Alcohol	13,4	13,7	13,6	13,6
Alcohol semanal	-	-	14,9	14,8
Tabaco	13,8	13,3	13,1	13,2
Tabaco diario	-	-	14,4	14,4
Tranquilizantes	14,1	13,8	13,8	14,1
Cannabis	15,1	15,0	14,8	14,8
XTC	15,6	14,9	14,8	15,6
Alucinógenos	15,4	15,4	15,1	15,4
Speed/Anfetaminas	15,5	15,5	15,2	15,5
Cocaína	15,6	15,7	15,4	15,7

Tabla II

**PND . Encuesta Domiciliaria 1999.  
Población General (15-65 años)**

	<b>AV</b>	<b>UA</b>	<b>UM</b>	<b>D</b>
<b>Tabaco</b>	65,1	43,7	39,8	32,6 (32,9)
<b>Alcohol</b>	87,1	74,6	61,7	13,7 (12,9)
<b>Cannabis</b>	19,5	6,8	4,2	1,1 (0,9)

Tabla III

**Consumo Abusivo de Alcohol**

<b>Tipologías</b>	<b>UBE (H/M)</b>	<b>Laborables</b>	<b>FS</b>
Abstinentes	0/0	46,0 (44,5)	8,3 (3,2)
Ligeros	1-2	29,9 (30,2)	59,2 (58,4)
Moderados	3-6/3-4	18,1 (15,5)	24,8 (27,3)
Altos	7-8/5-6	2,5 (2,9)	4,0 (4,8)
Excesivos	9-12/7-8	2,0 (2,6)	2,0 (3,4)
Gran Riesgo	>13/>8	1,5 (4,4)	1,7 (2,9)
	<b>A+E+GR (pg)</b>	6,0 (9,9)	7,7 (10,1)
	A+E+GR (15-19)	4,3	11,8
	A+E+GR (20-24)	5,8	16,2
	A+E+GR (25-29)	7,3	12,2
	<b>A+E+GR (m áx)</b>	25-29a 30-34	20-24a 25-29a

Tabla IV

Factores de comportamiento individual:

- fracaso académico
- comportamiento antisocial prematuro
- temprana experimentación con drogas
- temprano consumo de drogas
- falta de habilidades de comportamiento

Factores psicológicos individuales:

- baja autoestima
- bajo rendimiento
- búsqueda de sensaciones

Factores del medio comunitario:

- privación social y económica
- desorganización comunitaria
- comunidad favorable a permitir conductas inadecuadas
- disponibilidad de drogas
- amigos/compañeros consumidores de drogas

**Tabla V. Variables que los estudios etiológicos consideran como de mayor riesgo para el consumo de drogas entre niños y adolescentes**

Factores de actitudes individuales:

- rebeldía contra la autoridad
- bajo compromiso con la escuela
- actitudes favorables hacia conducta inadecuada
- actitudes favorables hacia comportamientos adultos (propenso a la transición temprana)

Factores del medio familiar:

- historia familiar de consumo de drogas y/o de comportamientos antisociales
- problemas de manejo familiar (padres con pocas habilidades sociales)
- padres con gran tolerancia ante comportamientos inadecuados
- desorganización familiar

# ASMA EN EL ADOLESCENTE. EXPLORACIÓN FUNCIONAL

Juan J. Morell Bernabé.

Pediatra. Centro de Salud de Barcarrota (Badajoz)

Miembro del Grupo de Vías Respiratorias de la AEPAP

## INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es una enfermedad común también en la adolescencia. Datos recientes derivados del estudio ISAAC, sitúan la prevalencia de asma actual (sibilancias en el año anterior) en España y en el grupo de edad de 13-14 años en torno al 10%. Estudios basados en diagnóstico médico cifran la prevalencia de asma activo en la adolescencia en un rango entre el 4,5 y el 8%.

A esta edad podemos encontrarnos tres grupos de adolescentes con asma:

- ✓ aquellos con síntomas de asma en la infancia y que, tras un periodo variable libres de síntomas, reaparecen en la adolescencia
- ✓ aquellos que iniciaron síntomas en la infancia y persisten desde entonces
- ✓ y un tercer grupo que inicia síntomas por primera vez en la adolescencia

El diagnóstico de asma a cualquier edad es fundamentalmente clínico y, sin embargo, no es un diagnóstico sencillo. En el adolescente la clínica puede ser aún más insidiosa y solapada; la naturaleza transitoria e intermitente del asma y la mejoría aparente durante éste período refuerzan la tolerancia de los síntomas respiratorios. Asimismo, la sensación de invulnerabilidad y el rechazo o indiferencia hacia la enfermedad, propias de esta edad, les lleva al no reconocimiento de los síntomas y a una pobre percepción de su severidad, sobre todo en aquellos casos con asma de larga evolución. Todo ello conduce a un tratamiento inadecuado y a un mal control del proceso asmático, con deterioro progresivo de su función pulmonar.

No obstante, estos síntomas “menores” no dejan de afectar a su vida diaria. La tos nocturna persistente puede interferir con el sueño e inducir un menor rendimiento escolar, limitar su actividad e impedir una buena relación interpersonal.

La medición objetiva de la función pulmonar es, junto a la historia clínica, el pilar básico del diagnóstico de asma en el niño mayor y adolescente.

El propósito de este taller es desarrollar los aspectos más prácticos de la espirometría, tratando de estimular al personal médico y de enfermería que trabaja con niños y adolescentes a que incorporen a su práctica diaria dicha técnica, con la seguridad de los inestimables beneficios que su realización aportará a sus pacientes con asma.

## DIAGNÓSTICO FUNCIONAL DE ASMA

La **espirometría** es la prueba de referencia para efectuar estudios de función pulmonar en el adolescente con asma; siendo útil:

1. En el diagnóstico de asma, demostrando un patrón obstructivo reversible
2. En la valoración, manejo y seguimiento de la crisis de asma
3. Permite clasificar la gravedad de asma, junto a otros parámetros clínicos
4. Y en el seguimiento longitudinal del proceso asmático

## Conceptos Generales

La espirometría es una técnica de exploración de la función pulmonar que mide volúmenes y flujos pulmonares, poniéndolos en relación entre sí (Curva flujo-volumen) y/o con el tiempo necesitado para la realización de la prueba (Curva volumen-tiempo).

El espirómetro es el instrumento que permite medir la capacidad de aire de los pulmones y el flujo con que éste es expulsado. Existen dos tipos:

- de volumen o cerrados (de campana, pistón o fuelle), basados en el desplazamiento volumétrico, almacenan y miden el volumen de aire expulsado;
- y de flujo, abiertos o neumotacógrafos (de Fleisch, de malla, de alambre caliente, de turbina o ultrasónicos) que miden los flujos instantáneos sin almacenar volúmenes. Por su sencillez y capacidad de transporte son los que están presentes en la mayoría de Centros de Salud en Atención Primaria.

La **espirometría forzada** es la maniobra de exploración funcional más utilizada. Consiste en hacer que el sujeto, tras una inspiración máxima, expulse el aire de sus pulmones lo más fuerte, rápido y prolongado que le sea posible (expiración forzada, la de mayor interés en el asma); en ocasiones, esta maniobra se sigue de una inspiración también máxima y forzada (que puede ser útil para diferenciar una obstrucción bronquial intra- o extrapulmonar).

De los parámetros obtenidos, los de mayor utilidad en la evaluación del asma son:

La **Capacidad vital forzada (FVC)**: es el máximo volumen de aire que puede ser espirado de forma forzada partiendo de una inspiración también máxima. Se encuentra disminuida en patologías no-obstructivas (restrictivas).

**Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV<sub>1</sub>)**: es el volumen de aire espirado en el primer segundo de la FVC. Está disminuido en la patología obstructiva, siendo el parámetro espirométrico de más valor y mayor reproducibilidad en la evaluación del asma. Este parámetro refleja la afectación de las vías aéreas de mayor calibre.

**Relación FEV<sub>1</sub>/FVC**. Es la relación porcentual entre los dos parámetros anteriores. Expresa el volumen de aire expulsado durante el primer segundo (FEV<sub>1</sub>) respecto al máximo volumen que puede ser expulsado durante la maniobra de espirometría forzada (FVC). Está disminuida en las patologías obstructivas, y normal o aumentado en patologías no-obstructivas.

**FEF<sub>25%-75%</sub>**. Flujo espiratorio forzado entre el 25% y el 75% de la FVC; mide la parte central de la curva flujo-volumen y, por tanto, no considera el 25% inicial que es esfuerzo dependiente. Es un parámetro muy sensible a la obstrucción de vías aéreas pequeñas.

Al realizar una espirometría también pueden tenerse en cuenta:

**FEF máximo (FEM o PEF)** o Flujo espiratorio máximo. Es un parámetro esfuerzo-dependiente; puede estar disminuido en la patología obstructiva.

**FET**. Expresa el tiempo requerido para alcanzar la FVC o duración del esfuerzo espiratorio expresado en segundos. En términos prácticos, ayuda a demostrar que la duración de la maniobra espirométrica es aceptable.

El **patrón obstructivo**, característico del asma, viene definido por: una disminución marcada del FEV<sub>1</sub> y de la relación FEV<sub>1</sub>/FVC (menor de 0,80), permaneciendo la FVC normal o ligeramente disminuida. Y en el asma evolucionado, además, un FEF<sub>25-75%</sub> bajo (menor del 70%).

	<b>Patrón obstructivo</b>	<b>Patrón restrictivo</b>
<b>FVC</b>	Normal o Disminuido	Disminuido
<b>FEV<sub>1</sub></b>	Disminuido	Normal o Disminuido
<b>FEV<sub>1</sub>/FVC</b>	Disminuido	Normal o Aumentado
<b>FEF<sub>25-75</sub></b>	Disminuido	Cualquier situación

### **Ejecución de la espirometría**

Aunque la técnica de la espirometría es sencilla de realizar es importante tener en cuenta una serie de consideraciones para garantizar la fiabilidad de la prueba.

### Equipamiento necesario

- Ambiente agradable y temperatura adecuada; sin prisas
- Espirómetro activo y calibrado, según normativa internacional y en condiciones BTPS
- Jeringa de calibración; adaptador pediátrico y boquillas pediátricas desechables
- Báscula y tallímetro
- Beta2-agonista de acción corta; cámara de inhalación
- Hoja de recogida de datos del paciente
- Otros: papel de impresora, termómetro, barómetro, . . . .

### Condiciones previas

- Se puede hacer espirometría a niños mayores de 5 años y colaboradores
- Personal entrenado y cualificado
- Se debe informar al niño y su familia de la prueba a realizar
- Evitar la toma de medicamentos que puedan alterar la valoración de la prueba

MEDICACIÓN	TIEMPO DE SUSPENSIÓN
<b>Beta agonistas de acción corta</b>	<b>6 horas</b>
<b>Beta agonistas de acción larga</b>	<b>12 horas</b>
<b>Teofilinas</b>	<b>12 horas</b>
<b>Metilxantinas de acción retardada</b>	<b>24 horas</b>
<b>Preparados similares a la atropina</b>	<b>6 horas</b>

### Realización de la maniobra de espirometría forzada

- Rellenar la Hoja de datos del paciente
- Explicación y demostración del procedimiento
- Postura correcta: niño-adolescente sentado (o de pie) y erguido (con la barbilla elevada)
- Pinza de oclusión nasal (puede no ser necesaria si la maniobra es sólo de espiración forzada)
- Indicarle que haga varias respiraciones normales
- Efectuar una inspiración máxima. Pedirle que tome todo el aire que pueda (inspirar rápido pero no forzado, hasta inspiración máxima)
- Sujetar la boquilla con los dientes y sellarla con los labios (boquilla de tamaño adecuado e indeformable). Evitar una pausa excesiva en inspiración total
- Efectuar una espiración lo más fuerte, rápida y prolongada posible, hasta alcanzar una espiración máxima. Enfatizar la importancia de comenzar con un “soplido” fuerte y estimular al adolescente a conseguir un vaciamiento completo del aire contenido en los pulmones hasta alcanzar el VR; debe procurarse que no incline el cuerpo hacia delante (p.e.: poniendo una mano sobre su hombro)
- Se puede completar la prueba inspirando forzosamente hasta alcanzar la TLC
- Finalmente, es importante elogiar su esfuerzo y corregir defectos; para ello, el técnico debe estar atento a la realización de la maniobra. Se realizarán un mínimo de tres maniobras satisfactorias; para ello se podrán repetir hasta un máximo de ocho.

### Aceptabilidad de la prueba

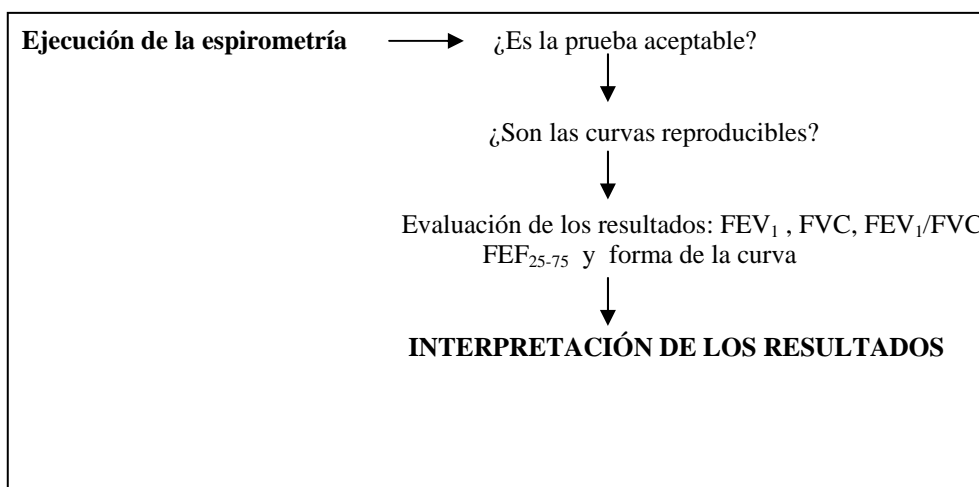
Para considerar una espirometría como aceptable deberá reunir los siguientes criterios:

- El técnico deberá considerar que el niño-adolescente realizó un esfuerzo satisfactorio.
- El inicio, trazado y finalización de la maniobra serán adecuados. Es fundamental valorar el trazado gráfico de la curva flujo-volumen. Debe tener una forma apropiada, libre de artefactos, sin tos ni fugas, sin inicio retrasado ni finalización prematura.
- La espiración deberá haber durado al menos 3 segundos, siendo lo ideal 6 o hasta que la curva volumen-tiempo sea plana (consiga una meseta). El parámetro que indica esta duración en las curvas de flujo-volumen es el FET (tiempo requerido para alcanzar el FVC equiparable al tiempo que dura el esfuerzo espiratorio, medido en segundos).

### Reproducibilidad de la prueba

En la actualidad los propios espirómetros seleccionan la mejor curva de las realizadas e informan de la reproducibilidad de la prueba.

Una espirometría es reproducible cuando los dos mejores valores de FVC y los dos mejores de FEV<sub>1</sub> no difieren entre sí más de 200 ml o más de un 5%.



El procedimiento más extendido para decidir cual son los mejores parámetros de la espirometría es el de tomar los mejores valores de FEV<sub>1</sub> y FVC, aunque no pertenezcan a la misma curva, y el resto de parámetros se obtienen de la curva con mejor suma de FVC y FEV<sub>1</sub>.

### Interpretación de resultados

Una vez considerada válida una prueba de espirometría, se procede a valorar:

1. Los parámetros obtenidos: FVC, FEV<sub>1</sub>, la relación FEV<sub>1</sub>/FVC y el FEF<sub>25%-75%</sub>. Estos valores deberán ser comparados con espirometrías anteriores del mismo paciente, de forma longitudinal, y cruzando esta información con los valores teóricos de referencia.
2. La forma o trazado de las curvas; que puede orientar hacia un patrón obstructivo cuando presenta una curva cóncava en su trazado descendente.
3. De forma general, se consideran dentro de la normalidad:
  - valores de FVC, FEV<sub>1</sub> y FEV<sub>1</sub>/FVC mayores del 80%;
  - y del 70% para FEF<sub>25%-75%</sub>.

### Utilidad de la espirometría. I.- En el diagnóstico de asma

La espirometría se puede aplicar al diagnóstico de asma, demostrando:

- ✓ Un patrón obstructivo
- ✓ Una afectación de vías aéreas pequeñas
- ✓ O una reversibilidad (mejora del FEV<sub>1</sub> tras un test de broncodilatación)

A.- La situación más frecuente con la que se encuentra un pediatra en su práctica diaria es que el niño o adolescente esté libre de síntomas en el momento de la exploración y, por tanto, tenga una espirometría normal.

	<b>Obtenido</b>	<b>Teórico</b>	<b>%</b>
<b>FVC</b>	2,58	2,89	89,2
<b>FEV<sub>1</sub></b>	2,22	2,38	93,1
<b>FEV<sub>1</sub>/FVC%</b>	86,0	93,3	
<b>FEF<sub>25-75</sub></b>	2,64	2,66	99,4
<b>FET</b>	3,2		

Si hay sospecha de asma deberemos hacer, no obstante, un test de broncodilatación y si resultara positivo, con mejora de la función pulmonar, nos indicaría que había obstrucción bronquial (aunque también podría ser normal). Esta situación no contradice el diagnóstico de asma, si bien convendría realizar una nueva espirometría cuando el paciente presente síntomas agudos.

B.- Podemos encontrarnos a un adolescente sin síntomas de asma al realizar la prueba pero en el que se detecta un patrón obstructivo clásico en la espirometría basal, con FVC normal, FEV<sub>1</sub> disminuido, FEV<sub>1</sub>/FVC <80% y FEF<sub>25-75%</sub> disminuido.

	<b>Obtenido</b>	<b>Teórico</b>	<b>%</b>
<b>FVC</b>	2,35	3,18	73,8
<b>FEV<sub>1</sub></b>	1,52	2,56	<b>59,4</b>
<b>FEV<sub>1</sub>/FVC%</b>	<b>64,7</b>	80,5	
<b>FEF<sub>25-75</sub></b>	0,93	2,58	<b>36,0</b>
<b>FET</b>	5,0		

En estos casos, se debe practicar un test de broncodilatación y realizar nueva espirometría a los 15-20 minutos para comparar resultados.

Un patrón obstructivo en presencia de síntomas es muy sugerente de asma; el test de broncodilatación positivo confirma el diagnóstico de asma.

C.- A veces, podemos encontrarnos a un adolescente con sospecha de asma y una espirometría basal en la que el único dato significativo es una disminución del FEF<sub>25-75%</sub>.

	<b>Obtenido</b>	<b>Teórico</b>	<b>%</b>
<b>FVC</b>	2,76	2,76	100,0
<b>FEV<sub>1</sub></b>	2,12	2,56	93,4
<b>FEV<sub>1</sub>/FVC%</b>	76,8	80,5	
<b>FEF<sub>25-75</sub></b>	1,72	2,55	<b>67,4</b>
<b>FET</b>	3,6		

Esta situación debe ser evaluada con cautela y realizar un test de broncodilatación para evaluar una posible mejoría del FEV<sub>1</sub>, patrón oro del diagnóstico de asma.

En cualquier caso, un FEF<sub>25-75%</sub> menor del 70% del teórico debe considerarse patológico.

En el asma evolucionado, un  $FEF_{25-75\%}$  se relaciona con inflamación de las vías aéreas pequeñas, y en un adolescente con historia anterior de asma grave constituye un factor de riesgo de persistencia del asma hasta la edad adulta.

D.- En un adolescente con síntomas de asma, la evaluación de la reversibilidad (mejoría del  $FEV_1$  tras una prueba de broncodilatación) confirma el diagnóstico clínico de asma.

### Utilidad de la espirometría. II.- En la valoración y manejo de una crisis de asma

A priori todo adolescente con síntomas de asma y una  $FEV_1 < 80\%$  está con una crisis de asma. La valoración de la gravedad de una crisis de asma debe tener en cuenta, no sólo los signos clínicos sino también los parámetros de función pulmonar y, cuando es posible la saturación de oxígeno.

<b>Crisis leve</b>	$FEV_1 > 70\%$
<b>Crisis moderada</b>	$FEV_1 70-50\%$
<b>Crisis grave</b>	$FEV_1 < 50\%$

La respuesta al tratamiento con beta2-agonistas en el Centro de Salud o en la Unidad de Urgencias se basará, también, en la mejoría de los parámetros espirométricos, fundamentalmente  $FEV_1$  y FEM; siendo de gran utilidad para decidir sobre la necesidad de más medicación, el ingreso hospitalario o darle de alta a su domicilio.

Ante una crisis aguda de asma, nos puede servir para valorar el alta al domicilio:

- ✓ Una buena respuesta clínica al tratamiento
- ✓ Un FEM o  $FEV_1 > 70\%$  teórico mantenido tras 60' de la última dosis de broncodilatador
- ✓ Y una buena disponibilidad a cumplir el tratamiento

### Utilidad de la espirometría. III.- Para clasificar la gravedad de asma

La mayoría de los consensos sobre asma utilizan el valor del  $FEV_1$  basal y/o del FEM y la variabilidad de estos parámetros, asociados a los datos clínicos, para establecer la gravedad de la enfermedad asmática.

<b>Leve intermitente</b>	$FEV_1$ o FEM $\geq 80\%$ teórico Variabilidad FEM $< 20\%$
<b>Leve persistente</b>	$FEV_1$ o FEM $\geq 80\%$ teórico Variabilidad FEM 20-30%
<b>Moderado persistente</b>	$FEV_1$ o FEM 60-80% teórico Variabilidad FEM $> 30\%$
<b>Grave persistente</b>	$FEV_1$ o FEM $\leq 60\%$ teórico Variabilidad FEM $> 30\%$

### Utilidad de la espirometría. IV.- En el seguimiento longitudinal del niño-adolescente con asma

Cuando se carece de espirometrías previas, los resultados obtenidos se comparan con los valores teóricos de referencia que, normalmente, aporta el espirómetro; siendo importante conocer la procedencia de los mismos.

Son muy importantes las evaluaciones posteriores que permiten comparar al adolescente con asma consigo mismo de forma longitudinal y en especial con los mejores valores obtenidos hasta la realización de la siguiente espirometría, cruzando, si procede, esta información con los valores teóricos de referencia.

### TEST DE BRONCODILATACIÓN

El test de broncodilatación permite demostrar la reversibilidad de la obstrucción del flujo aéreo intrapulmonar.

Consiste en realizar una prueba funcional basal (maniobra de espirometría forzada) y repetir la misma un tiempo después de administrar medicación broncodilatadora. Y busca confirmar la existencia de una vía aérea con obstrucción reversible tras la administración de un fármaco broncodilatador. Debe realizarse:

- ✓ En la primera visita, tras una espirometría forzada para establecer el diagnóstico de asma y la valoración inicial del grado de obstrucción bronquial
- ✓ En el seguimiento del paciente, cuando la espirometría basal presenta un  $FEV_1 < 80\%$  del valor teórico
- ✓ Ante un adolescente con síntomas de asma, para valorar la respuesta a tratamiento

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los adolescentes y jóvenes asmáticos presentan un asma intermitente, con un test de broncodilatación muchas veces negativo, sin que ello descarte la existencia de asma.

#### **Para realizar un test de broncodilatación:**

1. Realizar una maniobra de espiración forzada; deben exigirse criterios de aceptabilidad y reproducibilidad
2. Administrar un beta2-agonista de acción corta (Salbutamol inhalador 2-4 puff de 100mcg o equivalente; mejor con cámara espaciadora)
3. Permanecer en reposo durante 15-20 minutos y realizar entonces una nueva maniobra de espiración forzada
4. Comparar los resultados pre- y post-broncodilatación y calcular los índices respecto de  $FEV_1$ . Puede calcularse de varias formas; las más utilizadas:

*Cambio porcentual respecto al valor inicial en  $FEV_1 = FEV_{1\text{ post}} - FEV_{1\text{ pre}} / FEV_{1\text{ pre}} \times 100$*

**Test positivo si variación > 12%**

*Cambio porcentual respecto al valor teórico en  $FEV_1 = FEV_{1\text{ post}} - FEV_{1\text{ pre}} / FEV_{1\text{ teórico}} \times 100$*

**Test positivo si variación > 9%** (sólo si valores teóricos de referencia son fiables)

En niños mayores y adolescentes la mejor manera de expresar la respuesta broncodilatadora es el cambio de  $FEV_1$  en porcentaje sobre el valor teórico, ya que éste índice no depende de la edad, talla ni del calibre bronquial. Se considera positivo un incremento del 12% de  $FEV_1$ , si bien estudios recientes evidencian que un incremento del 9% del  $FEV_1$  en relación al valor teórico puede considerarse positivo.

#### **TEST DE EJERCICIO**

En aquellos adolescentes en los que se sospecha asma y la espirometría basal y el test de broncodilatación no demuestran una obstrucción reversible del flujo aéreo puede realizarse un test de ejercicio, que es una prueba de bronco-provocación inespecífica. También, cuando hay sospecha de asma inducido por el ejercicio.

El test más utilizado es el de carrera libre constante; la metodología es la siguiente:

##### **Condiciones previas**

- a) El niño o adolescente deberá estar asintomático
- b) La exploración cardiorrespiratoria basal dentro de la normalidad
- c) Llevará ropa de deporte; no habrá realizado otro esfuerzo el mismo día
- d) No habrá tomado medicación broncodilatadora desde 12 horas antes
- e) Realizar espirometría basal; cifras de  $FEV_1$  y FVC > 80%
- f) Temperatura ambiente adecuada (18-20° C)

##### **Carrera libre**

- a) Carrera libre constante durante 6 minutos
- b) Incremento de la frecuencia cardíaca basal más del 80% o > 150 lpm
- c) Cese brusco del ejercicio
- d) La presencia de síntomas suspenderá la prueba; realizando, entonces, de inmediato la espirometría y ofreciendo un broncodilatador

### **Espirometría post-ejercicio**

- a) Repetir espirometrías a los 3, 5, 10, 15 y 20 (30) minutos
  - b) En cuanto una espirometría es positiva cesará la prueba y se dará un broncodilatador; para repetir la espirometría a los 15-20 minutos y comprobar la reversibilidad de la caída
  - c) La fórmula a aplicar es:  $FEV_{1\ pre} - FEV_{1\ post} / FEV_{1\ pre} \times 100$
- Se considera positiva un descenso de  $FEV_1 \geq 13\%$  del valor basal.

### **MEDICIÓN DEL FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO**

Cuando no disponemos de una espirometría o esta no es posible podemos usar la **medición del FEM** o Flujo Espiratorio Máximo para medir la obstrucción al flujo aéreo y su reversibilidad.

Aunque la espirometría proporciona una mejor y más completa información, el medidor de FEM permite, además:

- evaluar la variabilidad de la obstrucción al flujo aéreo como medida de asma, mediante monitorización domiciliaria
- y ayuda al manejo y autocontrol del asma por el propio adolescente

El FEM es el flujo máximo de salida de aire obtenido durante una espiración forzada a partir de una inspiración profunda (capacidad pulmonar total). Es un índice de obstrucción de la vía aérea de gran calibre y tiene una aceptable correlación con el Volumen espiratorio forzado en el primer segundo ( $FEV_1$ ); si bien la sensibilidad de estas variables es distinta según el lugar de la obstrucción y la gravedad del asma. Además, es un parámetro dependiente del esfuerzo voluntario, por lo que es menos reproducible que  $FEV_1$ , siendo importante el adiestramiento previo para realizar una técnica correcta.

Puede medirse con el medidor de FEM, un dispositivo sencillo, de pequeño tamaño (portátil) y bajo coste diseñado para monitorizar el asma en el domicilio. Aunque con muchas limitaciones, la medición del FEM puede ser útil en el manejo del asma del niño mayor y adolescente, especialmente en la medición de la variabilidad de la obstrucción al flujo aéreo como parámetro diagnóstico de asma.

En aquellos pacientes con síntomas de asma y espirometría normal se recomienda el registro domiciliario de los valores de FEM a lo largo de dos-tres semanas. El FEM tiene un ritmo circadiano con un valor mínimo por las mañanas; una variabilidad diurna igual o mayor al 20% con respecto al valor de la tarde se considera diagnóstica de asma y refleja una mayor inestabilidad de la vía aérea, asociada posiblemente a un empeoramiento de los síntomas y un incremento en la necesidad de medicación.

Con limitaciones, la monitorización del FEM permitiría, además:

1. Completar el diagnóstico de asma cuando la espirometría no es posible, mediante una prueba de broncodilatación (reversibilidad de la obstrucción al flujo aéreo)
2. Valorar la gravedad de las agudizaciones y la respuesta al tratamiento
3. Puede ayudar a confirmar el diagnóstico de sospecha de asma cuando la clínica es dudosa y permite valorar el asma inducido por el ejercicio
4. Permite la detección temprana de las reagudizaciones, especialmente en aquellos casos de adolescentes con asma moderado o grave y mala percepción de sus síntomas
5. En algunos casos, puede ser útil en los planes de educación y autocontrol del asmático

### **Técnica de manejo del medidor de FEM**

La técnica de manejo es sencilla y mejora con el aprendizaje. Es importante que cada individuo tenga su propio medidor de FEM.

- ✓ En posición de pie
- ✓ Colocar la aguja del medidor en la posición cero y sujetar el medidor en posición horizontal, cuidando que los dedos no interrumpen el carril de recorrido de la aguja
- ✓ Inspirar profundamente
- ✓ Colocar la boquilla en la boca, apretando los labios alrededor y procurando que ni los dientes ni la lengua interfieran con la salida de aire
- ✓ Soplar tan fuerte y rápido como sea posible
- ✓ Leer el valor señalado en la escala; repetir tres veces la prueba y anotar en hoja de registro el mejor valor obtenido

- Debe realizarse una limpieza regular (cada 15-20 días) del dispositivo medidor
- Al menos una vez al año, comparar los valores del medidor de FEM con los de la espirometría
- Se debe actualizar el mejor valor personal periódicamente

Son causas de error en la medición de FEM:

- No tomar suficiente aire
- Cierre incompleto de los labios
- Obstrucción de la boquilla por la lengua; también, ortesis dentarias
- Efecto cerbatana (no sopla, expulsa el aire inflando las mejillas)
- Efecto silbido
- Extracción rápida del medidor de la boca
- Obstruye el carril de la aguja con los dedos
- Medidor muy viejo u oxidado

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health. Bethesda, MD, U.S. NHLBI. Publication Number 02-3659, 2002. Disponible en: [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)
2. [Aguinaga I, Arnedo A, Bellido J, Guillén F, Morales M.](#) Prevalencia de síntomas relacionados con el asma en niños de 13-14 años de 9 poblaciones españolas. Estudio ISAAC (Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood). Med Clin (Barc) 1999; 112(5):171-175.
3. Cano A, Díaz CA, Montón JL y Grupo de Vías Respiratorias de AEPap. Asma en el niño y adolescente. Aspectos fundamentales para el pediatra de Atención Primaria. 1ª ed. Exlibris Ediciones S.L., 2001.
4. Díaz CA. Taller de espirometrías. En: RESPIRAR. El Portal sobre el Asma en los niños y adolescentes. <http://www.respirar.org>
5. American Thoracic Society. Standardization of spirometry-1994 Update. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 1107-1136.
6. Pardo Martínez C, Fuertes Fernández-Espinar J, Nerín de la Puerta I, González Pérez-Yarza E. Cuándo se considera positivo el test de broncodilatación. An Esp Pediatr 2002; 57(1): 5-11.
7. Sanchís J, Casan P, Castillo J, González N, Palenciano L, Roca J. Normativa para la práctica de la espirometría forzada. Arch Bronconeumol 1989; 25: 132-142.
8. Quanjer PH, Lebowitz MD, Gregg I, Miller MR, Pedersen OF. Peak expiratory flow: conclusions and recommendations of a Working Party of the European Respiratory Society. Eur Respir J 1997; 10: Suppl. 24, 2s-8s
9. Cobos Barroso N, Reverté Bover C, Linán Cortés S. Evaluación de dos medidores portátiles de flujo espiratorio máximo y valores de referencia para escolares de 6 a 16 años. An Esp Pediatr 1996; 45:619-625

## **EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD**

**Alfonso Antona Rodríguez**

Coordinador del Programa del Adolescente. Ayuntamiento de Madrid.

### **ALGUNAS CONSIDERACIONES PREVIAS.**

La educación es un proceso por el que, entre otras cosas, los sujetos aprenden y aprehenden lo que son y lo que se espera de ellos y ellas en un momento-contexto cultural. Se interiorizan (abstraen) un conjunto de normas y valores que posibilitan la adscripción a un grupo social. Por tanto, no es posible no hacer educación sexual, siempre existirán patrones que desarrollen la construcción de la sexualidad de la persona. De que tipo sean esos patrones dependerá una vivencia placentera o displacentera, saludable o insana de la sexualidad. No educar es una forma –por omisión– de educar y significa una dejación de las responsabilidades de los y las profesionales al privar de herramientas para el manejo del riesgo o la potenciación de los factores de protección necesarios para un adecuado desarrollo de los y las adolescentes.

No todos entendemos lo mismo cuando utilizamos el término sexualidad. Creo que hablar de sexualidad se convierte en muchas ocasiones en la elaboración de diversos discursos que apenas rozan el significado de la propia sexualidad y obvian una mirada clara científica al supuesto objeto de lo hablado. “Escuchamos hablar de los riesgos de la sexualidad, de la integración de la sexualidad, de la normalidad de la sexualidad, y de un nutrido grupo de apellidos que parecen obviar al propio lugar donde todos ellos encuentran su sentido. En definitiva, no es del todo descabellado procurar desenredar el asunto y tratar la sexualidad humana desde ella misma, haciéndola, como hecho biológico-psicológico-cultural, la verdadera y principal protagonista de nuestras reflexiones”.<sup>i</sup>

No todo vale, existen multitud de enfoques y modelos, que se construyen desde distintos paradigmas y modos de aproximarse a la educación, la salud y la sexualidad. Félix López menciona al menos cuatro: El modelo preventivo, dirigido a la evitación de riesgos; el moral o moralista, donde se promueve la educación moral desde una perspectiva de la promoción de la castidad; el modelo hedonista, o la búsqueda del placer; y el que considera de aplicación, la educación sexual profesional y profesionalizada, basada en la biografía de las personas, de carácter democrática y abierta.

Trascendiendo los reduccionismos, todos los modelos aportan algún elemento que se ha de incorporar a la salud sexual. Así, los modelos sanitaristas más tradicionales incidieron en la información científica “objetiva” en términos de hechos biológicos y de higiene o la educación moral, llamándonos la atención sobre la necesidad de la incorporación de valores en la educación sexual

El discurso que identifica sexualidad con reproducción, sigue vigente. En la práctica, aunque no formalmente, se trata de una conjunción no superada. Lo que condiciona que la educación sexual se aborde con una o varias charlas sobre anticonceptivos, reafirmando un modelo reduccionista y genitalista. La educación sexual ha de ajustarse a los desarrollos evolutivos, tanto cognitivos como anatómico-fisiológicos de cada adolescente.

No podemos seguir manteniendo los planteamientos que llegan a hablar de “órganos sexuales”, refiriéndose a los genitales, olvidándose que el principal órgano sexual es nuestro cerebro o de “relaciones sexuales completas”, para hacer mención en exclusividad al coito, como si todas las relaciones sexuales (deseo, caricias, miradas, etc.) tuvieran una esencia de incompletitud, de no ser nada sino en función del coito.

El cuerpo, permanentemente presente, es el gran ausente de la educación sexual. La corporalidad aparece como una suerte de fragmentos de anatomía y fisiología que es difícil distinguir del funcionamiento del aparato locomotor o circulatorio. Nos referimos al cuerpo en tanto que herramienta reproductora, pero ocultando la sensualidad corporal y su expresión erótica.

Hacer una educación sexual no sexista, no es solo utilizar un lenguaje no discriminatorio, denunciando estereotipos sociales o actitudes del mundo de la publicidad, de los medios de comunicación, etc., sino que hemos de desarrollar un trabajo de encuentro de la propia identidad y vivencia como seres sexuados, diferentes y propios. La “progresiva igualdad de sexos”, más que un proceso hacia la equidad, parece una absolutización del modelo masculino donde lo femenino no se busca a sí mismo y sólo parece mirarse en el espejo social, psicológico, moral, etc., del otro (masculino).

En un mundo donde la imagen, la apariencia y el mercado; son las varas de medir, la labor de los medios de comunicación no parecer ayudar, la mayor parte de chicas y de chicos engullen acríticamente los mensajes en torno a la sexualidad que se les brinda desde un sinnúmero de publicaciones, programas televisivos, etc. Es común en nuestra sociedad sustituir la búsqueda y la reflexión personal por la receta estereotipada y tranquilizadora. No todos los mensajes, está claro, son iguales, pero la mayoría de los productos multitudinarios en los medios de comunicación se balancean entre el simplismo pseudo científico de algunos programas divulgativos y el elogio a lo hortera y ridículo de los “reality sex show”

Probablemente el principal objetivo de la educación sexual sea la búsqueda de respuestas a las necesidades reales y percibidas de los y las adolescentes; preparándoles para poder establecer unas relaciones e interacciones afectivas y sexuales positivas y saludables, fomentando el desarrollo de capacidades personales para unas adecuadas relaciones interpersonales, creando un entorno abierto y seguro donde los jóvenes puedan exponer abiertamente sus propias ideas y sensaciones respecto a las relaciones y la sexualidad.

Educación en sexualidad significa ayudar a construir adolescentes competentes en la toma de decisiones, con una adecuada autoestima y sin culpa ni temores, donde los planteamientos sean plurales, animando a la crítica y al debate, examinando opciones y enfoques. Desde la perspectiva metodológica, un requisito a tener en cuenta es el uso de técnicas educativas específicamente dirigidas a fomentar la toma informal de decisiones, los métodos de clarificación de valores, métodos que generen capacidades y las técnicas de aprendizaje experimental y participativo. Muchas estructuras educativas y sanitarias no están acostumbradas a estas técnicas de educación.

#### A PROPÓSITO DE LOS FORMADORES Y EDUCADORES EN SEXUALIDAD.

La introducción de la educación sexual en el ámbito educativo<sup>ii</sup> o en otras estructuras como la sanitaria, requiere una estrategia coherente y coordinada. Estas pueden incluir diversos tipos de actividades como el desarrollo de investigaciones, de políticas o de contextos y procesos. Desde las estructuras sanitarias, la formación de los agentes y mediadores sociales (por ejemplo: los profesionales de la salud o profesorado) puede ser una parte importante de las estrategias de intervención.

No solo son necesarios métodos para mejorar el conocimiento de la educación sexual sino que los métodos que influyan en las actitudes y en los comportamientos de los alumnos (clarificación de valores y creación de capacidades) son también necesarios.

Los sanitarios, los profesores (y otros educadores) son generalmente inexpertos (cada vez menos) en la educación sexual. Por esta razón, la formación previa es crucial, dado que existen muy diferentes niveles de formación en materia de sexualidad y educación para la salud. Cuando trabajamos formación con profesionales, buscamos incrementar la concienciación, la confianza y las aptitudes de los formadores para que así puedan trabajar más eficazmente en lo referente a educación sexual y en el campo de la sexualidad y las relaciones personales de la gente joven. Cada situación requerirá su propio programa de formación, adaptado a las posibilidades y limitaciones de cada situación.

En muchas ocasiones la educación sexual sistematizada en los centros de salud y educativos no ha hecho más que empezar o todavía no ha comenzado. En éstos, en su mayoría, no hay un sistema consistente de educación para la salud y sexual. La educación sexual se limita habitualmente a la información que se proporciona: reparto de folletos, distribución de posters y charlas individuales. La formación de profesionales en educación sexual, como mínimo podría incluir preparación para facilitar información. Debiera tenerse cuidado con el mensaje: que fuera correcto y que se transmita de forma clara y entendible.

Antes de iniciar una intervención educativa es necesario que reflexionemos sobre nuestras intenciones, en última instancia, marcar los objetivos de salud antes que los educativos. Para ello tendremos que explorar los deseos y necesidades de los participantes, reflexionar sobre el diseño del curso y conocerse unos y otros, educandos y educadores.

En la formación de formadores, algunos objetivos pueden ser :

- Facilitar información sobre la sexualidad de los jóvenes y principios básicos de educación en sexualidad.
- Explorar valores, ideas, actitudes, conocimientos y comportamientos, relacionados con la sexualidad y la educación sexual, tanto propios como de los grupos a los que nos vamos a dirigir.
- Practicar y desarrollar las habilidades de comunicación que nos permitan optimizar la intervención educativa
- Idear programas de educación sexual para el propio ámbito de trabajo.
- Explorar el potencial y las posibles barreras existentes para la introducción y el desarrollo de la educación sexual.

El conocer permite al sujeto situarse ante las diversas opciones que tiene a su alcance, eligiendo la más adecuada a sus necesidades. Ahora bien, hablando de sexualidad el conocer no garantiza una conducta correcta, podemos tener un saber enciclopédico pero tener actitudes ambiguas y contradictorias y una vida sexual pobre o conflictiva. Por eso, aún cuando es imprescindible hacerlo, dar información no es lo más importante, sino que debemos hacer lo posible para que nuestra intervención contribuya al cambio de actitudes y conductas.

Buscaremos la adquisición de los conocimientos necesarios para vivir libremente la sexualidad, partiendo del análisis de propia sexualidad y las repercusiones que tiene sobre su desarrollo físico, psíquico y social, con el fin de eliminar falacias, mitos y temores. Para ello es preciso adquirir un lenguaje claro y correcto sobre los aspectos que hacen referencia a la sexualidad, así como el conocimiento de las diversas posibilidades y manifestaciones de la sexualidad humana.

Las actitudes y el comportamiento humano están configurados por factores cognitivos (ideas, creencias, etc), factores emocionales (sentimientos positivos o negativos), y factores conductuales (tendencia a actuar de determinado modo).

Para trabajar las actitudes, hemos de prestar atención al desarrollo de sistemas de valores basados en el respeto y la responsabilidad frente a la propia sexualidad y la de los demás. Hemos de valorar el propio cuerpo como fuente de expresión y comunicación. Tenemos que prestar atención a nuestras actitudes para combatir el sexismo en las relaciones. La defensa del derecho de todos los seres humanos a vivir la sexualidad como deseamos y desarrollar valores sexuales tendentes a una vivencia positiva y enriquecedora de su sexualidad.

Entendemos por comportamientos o conductas sexuales todo el conjunto de hábitos, acciones y realizaciones que se llevan a cabo en relación con la sexualidad. A través de la intervención educativa pretendemos desarrollar habilidades de interrelación con las demás personas. Las y los adolescentes han de poder elegir hábitos y patrones de conducta deseables, acordes con sus actitudes y valores, que les permitan adquirir hábitos de higiene y salud. Es intención de la educación sexual evitar comportamientos sexistas y de falta de respeto hacia cualquier manifestación de la sexualidad. En última instancia formamos para ser capaces de generar soluciones adecuadas a las necesidades y problemas que pueden encontrar.

Los métodos y ejercicios elegidos integrarán a todos estos elementos, pero el énfasis se pondrá sobre las actitudes y las aptitudes, de una manera adaptada, por los formadores en su propio marco intervención. De esta manera los participantes pueden experimentar el método en sí mismos antes de decidir si lo aplicará con sus propios alumnos.

A la hora de diseñar o programar una intervención educativa para formadores, es importante que tengamos en consideración algunos elementos:

- La formación es un proceso que trata de mejorar el nivel de conocimiento, a través de la clarificación de las ideas, creencias y valores de los propios educadores.
- Durante el periodo de formación, tiene lugar una reflexión sobre el estilo educativo del propio educador.
- La formación busca conseguir la formulación de una claras convicciones, de las posibilidades y deseos en relación con la educación sexual en todos los escenarios educativos.
- La formación ayuda a los participantes a transmitir lo aprendido y experimentado durante su formación cuando ellos sean los que tienen que impartir la enseñanza.
- Los métodos utilizados son varios, pudiendo variar desde los métodos tipo conferencias, para transmitir los conocimientos, hasta aquellos de tipo participativo experimental que incluyen un trabajo en grupo más dinámico.

### **ALGUNAS CONSIDERACIONES A LA HORA DE PROGRAMAR CURSOS DE FORMACIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL**

Los cursos de formación varían con el transcurso han de adaptarse al contexto –tiempo lugar y gente-, mientras que unos sólo necesitan uno o dos días, otros pueden ser mucho más largos, por lo que los programas de formación han de ser organizados de distinta manera, de igual modo, el carácter de la enseñanza impartida influye en el diseño del curso, en los métodos y en los temas escogidos.

Es de mucha ayuda que los participantes puedan recibir los objetivos del curso de formación antes del comienzo del mismo, eso les dará una idea de lo que se pueden encontrar y también puede ser utilizado en la prescriptiva evaluación

Un factor importante y no siempre cuidado es el entorno físico, que es conveniente se adapte a las necesidades de la intervención. Según sea el diseño del curso y los métodos que se utilicen, lo mejor es tener un aula suficientemente grande así como varias pequeñas que faciliten el trabajo en pequeños grupos. En las aulas debe haber un ambiente amable, que faciliten el proceso educativo, deben estar bien ventiladas, etc. Es muy importante el poder ser capaces de trabajar sin interferencias.

La intervención educativa no está al servicio de los materiales didácticos con los que contamos, muy al contrario, éstos deben ser elegidos y seleccionados en función de su utilidad y oportunidad. Como material habitual estarían: láminas desechables (para colocar sobre un caballete), bolígrafos, papel, textos, folletos, vídeos, películas, transparencias y diapositivas. Todos los materiales han de ser seleccionados y preparados con anterioridad, no es conveniente dejar nada a la improvisación. La mayoría de los participantes encuentran muy útil recibir, antes o durante el curso, algún tipo de lecturas que contengan artículos de interés. A veces también se facilita un informe sobre el curso de formación, con una descripción de los ejercicios allí utilizados.

En la educación para la sexualidad, como en todo proceso educativo, siempre que sea posible se ha de trabajar en equipo. Dependiendo de la experiencia de los formadores y de los participantes puede ser útil contar con un colaborador que proporcionará apoyo a lo largo de todo el curso,

El papel del profesional sería fundamentalmente el de dinamizar, cuestionar, abrir caminos y descentrar posturas. Cuando nos mostramos demasiado dirigistas o dogmáticos, en este terreno particular, difícilmente conseguimos hacer que el alumnado interiorice y descubra sus propias perspectivas. El problema surge entonces en cuestiones como: ¿Vale todo? ¿No hay nada que transmitir sin discusión? ¿En qué hay que educar entonces? No olvidemos a este respecto un elemento ya comentado, el profesional no actúa nunca de manera “aséptica”.

Las chicas y los chicos a quienes nos dirigimos, traen en sus actitudes y pensamientos, un importante bagaje normativo. Por tanto, en cuanto están en el aula, de manera organizada y precisa, las chicas y los chicos hablando abiertamente de sexualidad en todos sus aspectos, promovemos y damos forma, por la interrelación, la discusión y la puesta en cuestión, a conocimientos, valores y actitudes, que se asientan mucho más sólidamente que con cualquier otra metodología. En cualquier caso, hay ciertos papeles “directivos” que hay que desempeñar; como informar y aclarar, ateniéndonos a los conocimientos científicos del momento o establecer los mecanismos necesarios para salvaguardar la libertad, el respeto y la tolerancia.

Hay que dejar claro que una información correcta y veraz es absolutamente necesaria, sin embargo, no deberíamos centrar en eso el núcleo de nuestros “programas” de educación sexual. Incluso cuando hablamos de los contenidos relacionados con el conocimiento del cuerpo y la función sexual y reproductiva, que puede parecer la parte más “informativa”, es recomendable intentar conectar con las preocupaciones de los chicos y chicas con quienes trabajamos, y no intentar reducir estos temas a conocimientos científicos. Es absurdo hablar del orgasmo en términos fisiológicos sin hablar del placer físico y psíquico que produce, y que es distinto en cada persona, en cada circunstancia, etc. Esto, además nos liberará del peso de tener que saberlo “todo” sobre cada tema. Lo más importante será, no nuestra “sabiduría”, sino conseguir que los chicos y las chicas del grupo hablen de sus preocupaciones en relación a esos temas.

En algunas ocasiones, los y las adolescentes, sobre todo los más jóvenes planteará de forma provocativa, algunas preguntas con pretensiones científicas, como cuáles son las zonas erógenas o qué es lo que hay que hacer exactamente para que un hombre o una mujer tengan un orgasmo. Siempre hay que dar respuesta, pero es importante incidir sobre la dimensión subjetiva de lo sexual. Es muy útil devolver las preguntas a quien las hace o mejor aún, al grupo: así, “¿Cuáles son las zonas erógenas?” se convierte en: “¿qué zonas te excita que te toquen?”

Podemos encontrarnos en el caso de que una o más personas del grupo parezcan haber entendido la información sobre estos temas (reproducción, anticoncepción, etc.), no haciendo ningún comentario, y, sin embargo, no hayan modificado en absoluto sus concepciones erróneas de ciertos fenómenos. Por ejemplo, no es raro encontrar creencias sobre el modo de quedarse embarazada (“la primera vez nunca te quedas” o “te puedes quedar si un chico eyacula cerca de ti”) o sobre la menstruación (“no hay que lavarse la cabeza porque se te puede cortar y morirte” o “nunca se debe hacer el amor los días de la menstruación o “la menstruación en las chicas es equivalente a la eyaculación en los chicos, por eso las

chicas no necesitan masturbarse, porque ya sangran naturalmente todos los meses”). Estas creencias tienen un problema para ser cambiadas, y es que, generalmente, han sido adquiridas en un contexto muy cargado afectivamente (madres, hermanas u otras personas de la familia con una relación muy cercana y significativa), por lo que, nunca van a cambiar únicamente con una “charla” científica; un vídeo, un libro o métodos parecidos, sino que precisan de un nuevo contexto con significación emocional donde la nueva información adquiera también esa “significatividad”. Es como si a la información hubiera que añadirle “calor” o “energía positiva” para que pueda ser escuchada.

Nos estamos refiriendo a la empatía entre el monitor y el grupo como elementos indispensable para el proceso educativo. Lo que ellos puedan aprovechar de nuestro trabajo no vendrá dado tanto por lo que sabemos, como por que nos convirtamos en una figura que aporte confianza y calor a la información.

Cuando se trata de la influencia de los modelos sociales establecidos en nuestra forma de vivir la sexualidad, también tendremos que replantearnos las actitudes “científicas”, ya que lo más importante no es hacer un análisis completísimo del tema, sino de que puedan “digerirlo”. A veces no es agradable pensar hasta qué punto estamos influidos por el entorno en nuestro comportamiento y nuestro modo de pensar. Preferimos creer que somos nosotros quienes decidimos libremente sobre nuestras acciones; por eso, es fácil que encontrarse con adolescentes que no admitan que sus pautas y modelos sexuales están influidos desde muchos lugares (la familia, la televisión, la calle...) y sostengan que ellos sólo siguen sus propios impulsos. Es recomendable no pretender convencer a nadie, probablemente no lo consigamos. Lo mejor es apoyarse en el trabajo con el grupo.

Hay algunos temas sobre los que es posible que nos encontremos con un alto nivel de angustia (por ejemplo la primera relación sexual), que puede expresarse en multitud de preguntas del tipo: “¿Que hay que hacer para que la primera vez todo salga bien?”, a lo que posiblemente podamos sentirnos con dificultades para responder con coherencia. Una buena opción es dejar que entre ellos se contesten o se “aconsejen” sobre a que edad es mejor empezar y cosas así. Casi con seguridad que llegarán a la conclusión de que no hay una edad “ideal” para todos ellos y que nadie tiene una respuesta exacta para lo que están preguntando. Pretender dar respuestas “inequívocas” a preguntas como esas, contribuyen a remarcar la falta de autonomía propia sobre las cuestiones que afectan a su sexualidad.

La educación en valores tiene la dificultad de que nuestros propios valores personales tienden a interferir continuamente nuestra labor. A veces, no es fácil asumir efectivamente la libertad que todo ser humano tiene de construir sus propios valores, parecidos o diferentes a los nuestros. Si pensamos que el sexo debe darse en un contexto de *amor* única y exclusivamente puede que sea difícil admitir que el sexo motivado únicamente por la atracción de un momento es también aceptable para muchas personas y que nadie puede decir que no lo es mientras se respete la regla fundamental de no hacer sufrir a nadie y ser respetuoso con la libertad del otro. Creer en la libertad de los demás y no querer determinarles desde nuestra forma de ver el mundo es un trabajo que lleva, probablemente toda la vida, pero es muy importante, sobre todo cuando uno se plantea la tarea de educar a otros.

Los profesionales y formadores que quieran implicarse en educación sexual necesitarán tener una serie de aptitudes, algunas de las cuales enumeramos a continuación:

- Han de tener unas mínimas capacidades para la enseñanza y una base sobre los fundamentos de la sexualidad. Tener conocimientos tanto de sexualidad adulta como adolescente.
- Tener, o adquirir experiencia en educación, asesoramiento e información.
- Ser flexibles en sus prácticas educativas. Ser capaz de hacer frente a los conflictos.
- Estar al corriente de cómo evoluciona conceptual y metodológicamente la educación sexual.
- Tener o adquirir una buena aptitud comunicativa. Ser competentes al comunicar (teoría y capacidades). Sentirse cómodos con el lenguaje relativo a la sexualidad
- Tener o adquirir experiencia y conocer como trabajar en grupo. Ser capaz de crear un ambiente relajado y seguro.
- Poseer una actitud positiva hacia la sexualidad. Ser capaz de influir en el medio en el que se desenvuelven los y las adolescentes tanto educativo como extraeducativo.
- Ser capaces de motivar y reorientar, así como de proporcionar y recibir información.
- Tener o adquirir capacidades para trabajar con otro(s) formadore (s).

Los cursos de formación sobre educación sexual requieren las mismas técnicas de trabajo básicas ( grupos de discusión, role playing, estudio de casos, etc.) que cualquier otro grupo de trabajo, por lo que es importante estar familiarizados con ellas.

Cuando se trata de programar , hay dos formas de distribuir las actividades en el tiempo: una es trabajar poco tiempo durante muchas sesiones; tiene la ventaja de que hay más tiempo para que los chicos y chicas vayan elaborando mentalmente los temas y sus nuevas concepciones vayan apareciendo en las sesiones siguientes; además puedes mandarles “deberes” (trabajos o recogida de datos, etc.). La otra forma es concentrar todas las sesiones en un periodo corto de tiempo, que permite un trabajo “acumulativo”, con mayores dosis de concentración sobre la tarea. Es un trabajo más intenso con el que se pueden conseguir muy buenos resultados. Otra posibilidad es combinar las dos fórmulas dependiendo del tiempo de que se disponga.

Cada curso de formación o elemento del mismo deberá concluir con una evaluación, lo que dará a los instructores la oportunidad de reajustar su formación y averiguar que elementos no se han tenido en cuenta. A su vez, da también a los participantes la oportunidad de reflexionar sobre el valor del curso y cuales pudieran ser las necesidades futuras. Es bastante complicado hacerse una idea clara y ajustada de cómo funciona cualquier Proyecto Educativo. En qué se equivoca, qué ha conseguido, etc. Es necesario sistematizar la evaluación lo más posible, para contrastar el simple, subjetivo y personal juicio que la instructora o instructor se hace, con algo más tangible. Estos, son los distintos elementos evaluadores que proponemos a continuación Respecto al alumnado, son tres los niveles básicos a evaluar:

- ◆ Contenidos conceptuales o conocimientos. Es lo más fácil, y no tendría un tratamiento diferente de lo que podrían ser técnicas al uso en cualquier materia.
- ◆ Contenidos procedimentales o habilidades. Saber cómo se progresa o no en elaborar una idea, respetar o no una postura, admitir o no otro enfoque, sintetizar y analizar exposiciones, etc, ya no es tan fácil. Los únicos mecanismos, aparte de la observación sistemática, se desarrollarían a través de cuestionarios, textos personales, etc.
- ◆ Contenidos actitudinales o actitudes. Sin duda, es lo más difícil de evaluar. De nuevo, tenemos la observación sistemática, quizá acompañada de la toma de notas diaria de lo más significativo al respecto. Quizá el análisis inicial y final de los cuestionarios que se empleen, donde se puedan ver mejor reflejados estos aspectos, sea lo más apropiado.

Es muy útil hacer visitas informativas a los centros y equipos de salud u otros centros de información por lo que es conveniente disponer de guías en donde aparecen recursos a los que podemos acudir. Son útiles los teléfonos de información a los que cualquiera puede llamar anónimamente o cuando se encuentre con un problema que necesita resolver con urgencia. Es conveniente dárselos a los y las adolescentes, preferiblemente con nombres de personas de referencia. En cuanto a los recursos humanos, no es demasiado conveniente abusar de los “invitados” a clase, que pudieran distorsionar el proceso educativo

---

<sup>i</sup> Estas y otras reflexiones del Seminario Permanente Educación para la sexualidad” del CEP de Córdoba has sido recogidas en el presente documento debido a que nos presentan experiencias contrastadas en Centros de Educación Secundaria. La Unidad Didáctica fue elaborada por Pepa Martín Vico, Victoria Mena Bellón y José A. Nuevo Frias. Otro documento que se ha utilizado como referencia, partió de un curso de formación de formadores que se elaboró a iniciativa de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) Región Europea.

<sup>ii</sup> En el texto que les presento, hago referencia al ámbito educativo formal y como población diana, de forma prioritaria los y las adolescentes. Es importante que no perdamos la perspectiva de la necesidad de dirigirnos a poblaciones con necesidades específicas y especiales como pueden ser los y las alumnas que se encuentran fuera del entorno educativo, grupos con necesidades físicas o síquicas especiales, etc. Las madres y padres o los mediadores juveniles, entre otros, son también población objeto de nuestro trabajo en educación sexual.

---

## EDUCACIÓN VIAL

**Yolanda Quintero Rodríguez \*; Juan Madrid Gutiérrez \*\***

\*Diplomada en Enfermería. Centro Municipal de Salud Centro. Ayuntamiento de Madrid.

\*\*-Director del Programa del Adolescente. Ayuntamiento de Madrid.

### INTRODUCCIÓN

Los accidentes suponen hoy uno de los principales problemas de Salud Pública en los países desarrollados, constituyendo la primera causa de mortalidad, morbilidad e invalideces en niños y jóvenes. Al afectar principalmente a la población joven reducen de forma considerable los años potenciales de vida, por lo que originan un elevado gasto sanitario y social.

Se estima que por cada accidente mortal, se producen 45 lesiones lo suficientemente graves como para justificar el ingreso hospitalario, 1300 que requieren cuidados ambulatorios y un número muy elevado que se resuelven sin atención sanitaria.

Durante el año 2001, según datos de la Dirección General de Tráfico (DGT), alrededor de 43.000 conductores de entre 14 y 24 años se vieron involucrados en un accidente de tráfico. Casi 1000 jóvenes perdieron la vida y cerca de 44.000 resultaron heridos de diferente gravedad. Antonio Estrada, miembro de la Comisión Directiva del Instituto Mapfre, traduce muy claramente estas cifras: "*Cada fin de semana mueren 20 jóvenes en las carreteras españolas y 50, quedan parálíticos*". Los accidentes de tráfico ocupan el primer lugar en las tablas de causas de mortalidad (datos de ANESDOR- Asociación Nacional del Sector de Dos Ruedas- y UNESPA- patronal de las compañías aseguradoras-) entre los jóvenes, delante de enfermedades como cáncer o SIDA. Mientras que para la población adulta- por encima de los 44 años- los accidentes de tráfico se sitúan en el cuarto lugar, por detrás de las enfermedades del corazón, tumores, y enfermedades del aparato respiratorio.

Muchos accidentes se pueden evitar aplicando las medidas preventivas adecuadas, así la OMS afirma que "todo accidente puede ser evitable". En el artículo 129 del tratado de Maastricht, del que España es firmante, se dice: " La prevención de accidentes tiene sus pilares básicos en la educación y en la información.". Yes aquí donde se sitúa la Educación para la Salud ( EpS) como herramienta fundamental para la prevención de accidentes.

Las estrategias de EpS tienden cada vez más a dotar a los individuos de los elementos necesarios para que ejerzan su responsabilidad en su propia salud y en los cambios de conducta que pueden realizar para prevenir la aparición de enfermedades o lesiones.

Algunos valores y actitudes sociales como la competitividad, el éxito individual, roles de género , se consideran como factores facilitadores de conductas de riesgo. Aunque estos factores parecen siempre difíciles de modificar, esto no significa que se deba renunciar a la intervención. Es por ello que se ha elaborado desde el Ayuntamiento de Madrid este taller de prevención de accidentes dirigido a adolescentes.

Aunque el Programa de Prevención de Accidentes del Ayuntamiento de Madrid abarca otros aspectos; como los primeros auxilios y la RCP, hemos adaptado este taller para centramos en la prevención de los accidentes de tráfico.

Dicho taller se desarrollará en 3 sesiones de aproximadamente dos horas de duración cada una, con los siguientes contenidos:

### PRIMERA SESIÓN

Comenzaremos el taller con la presentación de los profesionales que impartiremos el curso y de la Institución de la que procedemos. Asimismo, daremos a conocer las características del taller: objetivos, contenidos, metodología y estructura.

---

Una vez aclaradas las normas de puntualidad, confidencialidad, respeto... daremos paso a la presentación de los asistentes al curso. Dado que el éxito de este taller se basa en la participación de sus asistentes, comenzaremos favoreciendo esta dinámica de participación con las presentaciones.

Proponemos dos formas de presentación en función del tamaño y características del grupo. Si el grupo es pequeño, cada participante tiene un minuto para entrevistar a su compañero, tras lo cual procede a presentarle ante los demás. Si el grupo es grande se propone que deambule por el aula llevando cada componente una ficha de presentación como guión (Ficha 4) que ha de cumplimentar. Después de unos minutos pasamos a comentar los resultados:

)En qué aspectos ha sido más fácil encontrar a las personas?, ) En cuáles más difícil?, etc...

Utilizaremos las propias experiencias de accidentes que han tenido los participantes para conocer las opiniones, actitudes y aptitudes que tienen ante los mismos. En este sentido merece la pena resaltar que en el trabajo que hemos venido realizando con adolescentes, dichas experiencias son numerosas y en buen número de ocasiones han tenido consecuencias graves. Es significativo como, con cierta frecuencia, manifiestan experiencias de accidentes relacionadas con situaciones de violencia: peleas, disputas entre grupos...apareciendo en escena lesiones por arma blanca.

Para esta actividad formaremos grupos de 6-7 personas con una ficha (Ficha 5) para cada grupo, en el que discutirán los aspectos propuestos y se rellenarán conjuntamente los datos, nombrándose un portavoz en cada grupo, que expondrá los resultados ante los demás. Los monitores recogeremos dichos resultados en la ficha 6 y haremos la devolución al grupo, argumentando e incorporando algunos conceptos básicos e ideas sobre seguridad y prevención de accidentes, abordando todos los elementos que intervienen en la producción de los mismos: huésped, agente y medio. Una vez una vez expuestos los contenidos básicos, abriremos un turno de preguntas y un debate.

La siguiente actividad trata de conseguir, a través de la reflexión y el análisis, que los participantes reconozcan los lugares y la gran variedad de situaciones de riesgo en las que se pueden ver involucrados.

Para ello utilizaremos las fichas 7 y 8, nuevamente formaremos los grupos y les pediremos que elaboren un listado en el que figuren las posibles situaciones de riesgo según el lugar (hogar, escuela, espacios públicos...), centrándonos fundamentalmente en los espacios públicos, que es donde se producen los accidentes de tráfico, según la causa y según el tipo de lesión que se puede producir (Ficha 7). El portavoz del grupo será de nuevo el encargado de exponer las aportaciones recogidas, que nosotros reflejaremos en la Ficha 8.

Para finalizar esta sesión presentaremos brevemente los datos de accidentes de tráfico referidos al año 2001.

## **SEGUNDA SESIÓN**

Al iniciar la segunda sesión, recordaremos brevemente los contenidos y las conclusiones de la sesión anterior y presentaremos los objetivos y actividades de ésta, para dar paso a la visualización de la película "Una lección de física".

Antes de presentar la película les pediremos que relaten alguna catástrofe natural que recuerden y que intenten establecer semejanzas y diferencias entre las mismas y los accidentes de circulación; o bien, que señalen alguna norma de circulación que piensen que esté relacionada o justificada por las leyes de física.

Durante la visualización de la película podemos detener la imagen en situaciones "clave" para después comentar con más detenimiento las diferencias y semejanzas que habían enunciado anteriormente, centrándonos en la importancia del movimiento y en los factores que se puedan controlar para que, de producirse el accidente, los efectos negativos sean mínimos. Por otra parte, también lanzaremos ideas que ayuden a relacionar las normas de sobre velocidad, distancia de seguridad y dispositivos de retención con las leyes de la física.

A continuación representarán algunas de las experiencias de accidentes que expresaron en la primera sesión mediante técnicas de rol playing o teatralización. Una vez representada cada escena o, a veces

---

durante su desarrollo, podemos trabajar sobre todas las situaciones que han aparecido. )Cómo se han sentido?

)Por qué piensan que se produjo el accidente? )Cómo se sintieron los personajes en los diferentes momentos? )Se podría haber evitado? Hacemos participar también a los observadores que han visto la escena pidiéndoles su opinión.

Aprovechando todos los contenidos que han aparecido hacemos una devolución recordando el triángulo de los accidentes e insistiendo en los factores personales que influyen en la producción de los mismos. Les pedimos que nos digan cuáles piensan que son las características de los adolescentes y que les diferencia de los otros grupos de edad. Después intentaremos analizar cuáles de esas características pueden contribuir a la producción de accidentes y las iremos discutiendo. Haremos hincapié en las diferencias de género entre los chicos y las chicas reflejando todo lo que salió en las escenas anteriores: quiénes conducen, quiénes asumieron la conducta de riesgo, las actitudes de exhibición, etc..

Para evitar generalizaciones, recurriremos al perfil del joven de riesgo recogido en el *Dossier sobre jóvenes y conducción*. Todos juntos intentaremos ver cuáles de estas características tenían los personajes de las escenas representadas.

### **EL PERFIL DEL JOVEN DE RIESGO**

Necesidad de autoafirmación, que le hace más competitivo, se involucra con facilidad en situaciones de riesgo y se enfrenta con las normas.

Sobrealora su capacidad conduciendo, por lo que minimiza los efectos que puede tener sobre su capacidad el alcohol, la fatiga, el sueño...

Conducta más exhibicionista en grupo, lo que explica que genere situaciones de mayor riesgo cuando está en pandilla.

Actitudes frente al tráfico no ajustadas. No ve la conducción como algo peligroso para él, aunque sí pueda serlo para los demás.

Cree que ejercerá un total control del vehículo, aún en las situaciones más extremas, en las que encuentra más placer y excitación.

Es muy sensible a los mensajes publicitarios. de riesgo que actúan para él como un modelo y un referente a imitar.

Es también muy útil el vídeo "Seguridad Vial y Conducción" de la Dirección General de Tráfico. Aparecen escenas realizadas por actores planteando diferentes situaciones. Se desencadena una situación y al final hay un desenlace. Podemos parar el vídeo antes que éste se produzca para analizarlo y recoger sus opinión/es sobre lo que va a pasar.

A continuación les propondremos trabajar la presión de grupo, de nuevo con la técnica del rol playing. Les pediremos que recuerden situaciones en las que se hayan sentido presionados a realizar alguna actividad que no deseaban y que la han hecho por no sentirse excluidos del grupo.

En grupo seleccionarán una escena y la representarán. Se analizará la escena invitándoles a buscar alternativas. Previamente se les habrán dado algunas pautas de cómo "decir no" para ayudarles a resistir la presión del grupo.

### **TERCERA SESIÓN**

Comenzaremos de nuevo recordando los contenidos de la sesión anterior y presentando los objetivos y las actividades de ésta.

---

Expondremos las estrategias que se siguen en la prevención de accidentes: medidas epidemiológicas, legislativas y educativas, así como las medidas preventivas que se consideran más importantes en salud pública.

Centraremos a continuación el taller en la influencia que el alcohol tiene en los accidentes de tráfico. Pediremos al grupo que cada miembro del mismo proponga un efecto del alcohol sobre el organismo y los recogeremos en la pizarra para pasar después a comentarios, afianzando algunas ideas y aclarando otras erróneas.

Visualizaremos la película "Alcohol y Conducción", que muestra de forma clara y contundente con imágenes reales las consecuencias de los accidentes de tráfico unidos al alcohol. Con él trabajamos información y sensibilización.

Otra de las actividades será calcular el grado de alcoholemia personalizado y poder así estimar los efectos físicos que pudiera tener el consumo personal en cada uno de ellos. Para ello se les dará una tabla y se les enseñará a calcular su propio consumo de alcohol. Se dará paso después a un debate.

Para finalizar la sesión se pedirá a cada participante que elabore algunas recomendaciones individualizadas para favorecer la prevención (ficha 13).

Cerraremos el taller exponiendo las principales conclusiones del mismo y les pediremos que cumplimenten un cuestionario de evaluación