

# La atención primaria ante el consumo de cannabis en adolescentes: nuevos paradigmas en su abordaje y prevención

## 2

P.J. Ruiz-Lázaro

### 2.1. Presentación de casos

Desde 1998, se desarrolla en el centro de salud Manuel Merino de Alcalá de Henares, complementando programas grupales y comunitarios de promoción de la salud mental y desarrollo personal de adolescentes (Ruiz 2000, 2004, 2005), la consulta joven “Espacio 12-20”, una consulta de promoción de la salud para adolescentes de 12 a 20 años, atendida por un pediatra, donde el adolescente puede acudir sólo o acompañado de personas de su confianza (amigos, pareja,...) y expresar sus necesidades, dudas o temores sobre afectividad, sexualidad, VIH / SIDA, alimentación, drogas, desarrollo físico, deporte, estudios, aspectos de su personalidad y relaciones interpersonales (familia, pareja, amigos...). La confidencialidad, la entrevista motivacional, el consejo sanitario participativo (se le informa y orienta al adolescente o al joven para que encuentre sus propias soluciones), la accesibilidad y un mismo profesional de referencia son elementos clave en esta consulta. Se presentan a continuación, como ejemplos, dos casos de adolescentes atendidos en dicha consulta y en los que el consumo de cannabis se asoció a problemática biopsicosocial.

*Caso 1 (“Es algo horrible lo que estoy pasando desde el verano en que consumía porros”):*

Adolescente varón de 16 años que acude a la consulta joven refiriendo “tener paranoias en la cabeza, pensamientos repetitivos, ruidosos” desde hace 2 meses; piensa que está “mal de la cabeza”, trastornado por algo, le cuesta entender

las cosas, dificultad para concentrarse y memorizar, se imagina conversaciones con amigos donde se bloquea (“estoy cogiendo miedo a relacionarme con la gente”), se encuentra todo el día cansado, triste, confuso, inseguro, se acuesta más de la mitad de los días a las 4 de la mañana y se levanta a las 13-14 horas, hay días que no come, le cuesta sacar las palabras para expresarse. No le gusta su trabajo (jardinería), se aburre. Ha dejado a la novia, pero dice que es lo que menos le influye en cómo está. Relaciona lo que le sucede con “no hacer nada en el día”, con descontrol, y con que hará dos meses y medio participó en un “submarino” (“gran fumada” de porros durante 2 horas en una habitación cerrada, sin control) y le dio un “amarillo” (se sintió abobado mirando a un sitio fijo, atontado, sin enterarse de nada, no podía articular palabra ni razonar y no fue capaz de conciliar el sueño en toda la noche). Al día siguiente, por la tarde ya sintió la “tontez” que siente ahora y poco a poco se fueron instaurando los pensamientos repetitivos sobre cómo se relaciona con la gente y sobre que no se va a acordar de las cosas. Los pensamientos obsesivos se hicieron más intensos al leer “La naranja mecánica”. Desde entonces, ya apenas fuma un par de caladas de porros o de marihuana cada tres días, con amigos, nunca solo. Antecedentes personales: malas relaciones con su padre, “desde siempre” (“nunca he recibido un elogio de él”, “todo lo que hago le parece mal”); fracaso escolar (abandono a los 15 años y medio en 3º de Secundaria, “me siento impotente frente a los estudios”), cociente intelectual medio-alto, dificultades en el procedimiento léxico implicado en la recuperación directa de la forma ortográfica de las palabras; hábito tabáquico desde los 13 años (en momento de entrevista, 20 cigarrillos/día), consumo de alcohol los fines de semana (por término medio, tres cervezas, medio litro de calimocho y un cubata de whisky), el año anterior durante borrachera (siete cubatas de whisky) terminó “enrollándose” con chica que no era su pareja y luego se sintió culpable. Su padre presenta ludopatía y su madre cuadros de ansiedad.

*Caso 2 “Me gustaría ir a Jamaica”:*

Adolescente varón de 14 años, hijo de familia acomodada, que acude a los talleres grupales de desarrollo personal y promoción de la salud del adolescente del centro de salud,

apuntado por sus padres. Engañó a sus padres falsificando las notas y cuando le descubrieron se escapó de casa un día. En el instituto, le dicen a sus padres que “no es mal chico, pero no se somete a disciplina, falta a clase, chilla, es agresivo, amenaza; es el líder de la clase, se lleva a todas las niñas de calle, porque es el malote; va de chulo”. Paralelamente a los talleres grupales, a los que se “engancha”, comienza a acercarse a la consulta joven. Inquieto, despistado y mal estudiante desde pequeño, repitió 4º curso de Primaria (“En 3º de Primaria iba mal, me aburría, me daba por dibujar o hablar con compañeros en lugar de atender, pero no pude repetir; en 4º, el aburrimiento era muchísimo y la profesora me ponía al final de la clase porque no hacía nada”) y 1º de Secundaria. Desde que se acuerda, le es difícil activarse para trabajar, concentrarse y esforzarse (“Lo he intentado en todos los cursos, pero estoy una semana bien, sacando buenas notas y luego comienzo a distraerme y hablar...”, “media página me cuesta aprenderla 1 hora”); se ha llegado a dormir en clase; refiere poseer una pobre memoria de trabajo (“Cuando leo el párrafo siguiente ya se me ha olvidado el anterior”) y resultarle cansado leer (“He intentado muchas veces leer libros de Warhammer o de Historia, que me gustan, pero me canso enseguida”). No deseos o proyectos vitales claros (“Quizás trabajar modelando maquetas de Warhammer y vivir con su novia en Zaragoza o Sevilla, porque ahí hay muchos raperos”, “me planteo el futuro de aquí a mañana o dentro de una semana o como mucho dentro de 1 mes”). Fuma porros desde los 12 años, a diario, uno antes de dormir (“si no, no me duermo”) y cuando “se raya”, para relajarse. Consumo actual: 7-8 porros / día. Lo hace a escondidas de su familia. El dinero lo obtiene trapicheando con cannabis (“lo corto con aceite y así obtengo más cantidad para vender”). Si no está con sus amigos o fuma porros o hace algo que le gusta, está aburrido e insatisfecho. Dificultad para adaptarse (“Con casi todo el mundo me siento diferente; sólo normal con los amigos, aunque sean bakalas”). No alteraciones del estado de ánimo. Su padre fuma marihuana para relajarse, que cultiva él mismo y que tiene prohibido consumir a sus hijos hasta que se hagan mayores.

## 2.2. Encuadre de partida

El consumo de cannabis en adolescentes es muy frecuente. En la Encuesta Estatal sobre Abuso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2004 (Observatorio Español sobre Drogas 2005), un 42,7% había consumido cannabis alguna vez en la vida; un 36,6% en los últimos 12 meses, un 25,1 % alguna vez en los últimos 30 días y un 1,3% 20 días o más en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo fue mucho más alta en los hombres que en las mujeres, cualquiera que sea el indicador que se considere, aunque las desigualdades intersexuales relativas se amplían conforme el consumo se hace más intenso. Así, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue un 45,3% en los hombres frente a un 40,2% en las mujeres, la prevalencia en los últimos 30 días de un 28,2% frente a un 22%, respectivamente, y la prevalencia de consumo 20 días o más en los últimos 30 días de un 2,1% frente a un 0,6%. Pese a la extendida percepción, entre los adolescentes, del bajo riesgo que supone el consumo de cannabis, una proporción importante de los estudiantes indicó que había sufrido consecuencias negativas atribuibles al consumo de cannabis alguna vez en la vida, siendo las más frecuentes pérdidas de memoria (24%), dificultades para trabajar o estudiar (15,8%), tristeza, ganas de no hacer nada, depresión (14,3%) y faltar a clase (10%).

Desde la consulta joven "Espacio 12-20", tenemos la impresión que el consumo por los adolescentes de cannabis (al igual que el de alcohol y otras drogas), aumenta con la presencia y/o concurrencia de irritabilidad, inadaptación, problemas de salud mental, agresividad, dificultades en el ámbito escolar, cercanía con pares con problemas conductuales y otras desventajas psicosociales. Al contrario, aquellos adolescentes que perciben a sus padres y/o sus familias cercanos y preocupados por ellos, que perciben a las drogas como sustancias que les podrían "traer problemas", que creen firmemente en aquellas actividades deportivas, socioculturales y prosociales que promueven su desarrollo de forma saludable, suelen consumir menos cannabis y de forma más controlada.

### 2.3. Abordaje del consumo en la consulta joven

Ante el adolescente que nos refiere consumo de cannabis, lo primero es aceptar al joven incondicionalmente (con el fin de lograr una relación empática) y asegurarle la confidencialidad mientras esto no signifique compromiso vital (riesgo para su vida o para los demás), actividad criminal o maltrato. Se trata de crear un vínculo terapéutico de interacción recíproca. La entrevista motivacional y el consejo sociosanitario participativo son dos herramientas de intervención útiles para este propósito.

La "entrevista motivacional" tiene en cuenta los siguientes principios:

- 1) Expresar empatía. Se debe aceptar sin condiciones al adolescente, sin rechazos ni estigmatizaciones, para lo cual se le debe "escuchar reflexivamente", asegurándole al adolescente que su ambivalencia (en torno a dejar o no o moderar el consumo) es normal y que se le ayudará a resolver sus dudas.
- 2) Hacer aflorar y reforzar sus deseos y proyectos vitales. El deseo es el mayor motor de cambio y de desarrollo personal. Trabajar con adolescentes es ser cultivadores de deseos.
- 3) Desarrollar las discrepancias. Es útil propiciar que el adolescente se dé cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual de consumir y las metas importantes que desea conseguir en su vida (sus deseos y proyectos vitales).
- 4) Evitar las discusiones-argumentaciones. Los adolescentes esperan que les "echemos la charla". Son contraproducentes.
- 5) No etiquetar al adolescente de inmediato con diagnósticos. El proceso posterior de evaluación determinará si existe o no dependencia, el grado de ésta y daños asociados que el adolescente presenta. Se debe intentar lograr con el adolescente un "compromiso de colaboración" inicial para explorar los problemas (VER) y pasar así a las etapas de evaluación (JUZGAR) e intervención (ACTUAR).
- 6) "Rodar con la resistencia". Las percepciones del adolescente pueden cambiarse, para lo cual más que imponer estricta-

mente una visión al adolescente, se le debe apoyar o invitar a mirar sus problemas desde una nueva perspectiva que hasta el momento no había considerado. A veces "rodar con la resistencia" puesta por el adolescente, es decir reconocer y reflejarle sus propias objeciones a la intervención, lo moviliza a criticarlas y buscar soluciones al respecto.

- 7) Apoyar la autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador, siendo importante que el adolescente se haga responsable de realizar lo necesario para lograr el cambio. Se debe inyectar esperanza dentro del rango de alternativas disponibles e invitarlo a un trabajo conjunto, pero sin crear falsas expectativas que posteriormente no podamos cumplir.

El "consejo sociosanitario participativo" es la concreción individual del modelo participativo de Educación para la Salud grupal, cuya metodología tiene 4 fases: VER-JUZGAR-ACTUAR-EVALUAR.

- En la 1ª fase (VER u observación), cada uno aporta su visión particular de realidades concretas basadas en sus propias experiencias hasta descubrir los problemas de una manera más global y objetiva.
- En la 2ª fase (JUZGAR), se realiza un "juicio diagnóstico" de los hechos observados mediante una reflexión crítica, para tratar de comprender y explicar esa realidad, lo que conlleva conocer nuestras creencias y actitudes de salud a base de confrontar las opiniones de los miembros del grupo hasta transformar la subjetividad de cada uno en algo objetivo, contrastado, socializado y documentado a lo largo del proceso mediante lecturas críticas.
- En la 3ª fase (ACTUAR) se trata de poner en marcha una acción para mejorar la realidad observada. Para ello es imprescindible la colaboración de otros profesionales y de la propia comunidad. El diálogo es el mejor instrumento.
- La 4ª fase es EVALUAR: el mejor indicador de la educación es siempre el resultado conseguido (modificación de hábitos) ya sea en términos de eficacia, efectividad o eficiencia. La evaluación debe ser periódica a lo largo de todo el proyecto, haciendo una evaluación final que incluya la opinión del grupo sobre el proceso educativo y una autoevaluación del educador.

La finalidad del “consejo sociosanitario participativo” en la consulta joven es lograr adolescentes operativos, capaces de tomar decisiones propias. Las pautas a seguir son:

- Ayudar al adolescente a determinar claramente su problema
- Ayudarle a descubrir las causas y condicionantes del problema
- Alentarlo a examinar posibles soluciones
- Ayudarlo a que elija la más adecuada

Las condiciones para que el consejo sociosanitario sea eficaz son:

- Buena relación profesional-adolescente
- Dejarle hablar libremente (con las interrupciones mínimas necesarias)
- Atender a lo que dice el adolescente
- Desarrollar empatía (comprensión y aceptación) con él
- Darle la información adecuada a sus circunstancias
- No tratar de persuadirle sino de ayudarlo a decidir por sí mismo

En el contexto del consejo sociosanitario participativo, se busca que el adolescente sea él mismo el que identifique la frecuencia del consumo y el que se autoexplora la sintomatología biopsicosocial asociada a ese consumo: rendimiento escolar y/o laboral, conflictos familiares y/o sociales, problemas emocionales y/o psicopatológicos, consumo descontrolado, dificultad para realizar y/o mantener actividades, aumento de accidentes por descuidos,... Se busca ayudar al adolescente a evaluar las conductas y/o factores de riesgo y a la vez entregarle herramientas de trabajo en conjunto realistas, que no creen falsas expectativas, de autoimagen y autoeficacia.

#### **2.4.Hacia una prevención eficaz**

La vida cotidiana del adolescente, no está cargada de planificación de lo que se quiere hacer, sí de acción, experiencia o utilización de la oferta que hay a su alrededor. El adolescente en este contexto es inestable, anclado en lo provisional, flexible, abierto a lo que surge. Será difícil la aceptación por el adolescente de los mensajes preventivos si tratamos de “inocular” valores inamovibles, mensajes unívocos referidos estrictamente a la salud como valor.

Los adolescentes están sometidos a los contextos y entornos en que se mueven: la sociedad de consumo y la estructura social existente, que se concreta en contextos, servicios y mercados ejerce una influencia sobre los adolescentes que los obliga a una negociación permanente con lo que hay o se les ofrece. Los adolescentes son capaces de elegir, pero eligen en lo que hay... no por la intención, necesariamente, de quien crea la oferta, sino por otros elementos de difícil aprehensión como inmediatez y novedad. Por esto, es fundamental ofrecer escenarios distintos a los existentes para generar en los adolescentes nuevas actitudes y comportamientos ante el cannabis.

En este contexto, proponemos una prevención basada en nuevos paradigmas: adolescentes resilientes (paradigma 1) en contextos sociales sostenibles sobre la utilización de cannabis (paradigma 2).

## **2.5. Resiliencia**

Resiliencia es un término derivado del concepto de física “resiliente”, que es la capacidad de un material para recuperar su forma original después de ser sometido a una presión deformadora. Las ciencias sociales han adoptado este término para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. En este sentido, la resiliencia es la capacidad de resistir, demostrar fuerza y no deformarse a pesar de las adversidades. La construcción de la resiliencia es el instrumento básico para hacer frente a las situaciones de riesgo (Rew y Horner 2003) y debe ser un objetivo prioritario en la promoción de la salud de la adolescencia y juventud.

Los adolescentes resilientes son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad (expuestos a factores de riesgo) tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a ella, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables. El perfil de los adolescentes resilientes se caracteriza por:

1. Competencia social: responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las



otras personas; están listos para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos prosociales; tienen la habilidad de lograr alivio al reírse de las propias desventuras y mirar las cosas buscando el lado cómico.

2. Resolución de conflictos: habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, intentar soluciones nuevas para problemas cognitivos y sociales, jugar con ideas y sistemas filosóficos.
3. Autonomía: fuerte sentido de independencia y de identidad personal, control interno y de impulsos, poder interno, autodisciplina, habilidad para separarse psicológicamente de un entorno disfuncional.
4. Sentido de propósito y de futuro: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor y sentido de la anticipación y de la coherencia.
5. Confianza en si mismo y en el entorno.

Para la construcción de esta resiliencia, según Blum (1997), son elementos clave:

1. Las personas: durante la adolescencia se necesita la figura de un adulto que cuide de sus necesidades globales y con quien pueda identificarse; se necesita también la proximidad y el acceso a un grupo de personas adultas comprometidas con su vida y sus problemas; el referente del adulto es un elemento clave para la autoafirmación personal.
2. Las colaboraciones: quien quiera planificar actividades preventivas para la salud integral de la adolescencia deberá ser capaz de aprovechar todas las oportunidades para comprometer en el proyecto a las familias, la vecindad y las estructuras sociales.
3. Las actividades: habrá que promover actividades en los institutos y en el entorno social para que adolescentes y jóvenes puedan desarrollar el sentido de pertenencia.
4. El lugar: se precisan lugares físicos que sean lugar de reunión para adolescentes y jóvenes, donde puedan compartir inquietudes y desarrollar relaciones de amistad, con supervisión por parte de los adultos

Para Silber (1994), 6 son los elementos educativos que fortalecen la resiliencia en adolescentes y jóvenes:

1. Promover el conocimiento de la realidad: aumenta la resiliencia en los y las adolescentes que han desarrollado el hábito de preguntar y obtienen respuestas honestas, ya que adquieren la capacidad para el discernimiento y la intuición, y pueden tener una percepción más transparente de los hechos que suceden a su alrededor; este conocimiento genera capacidad para entender lo que les sucede a si mismos y lo que sucede a los demás, y desarrolla la tolerancia. Para ello, precisan disponer de personas adultas, cercanas, a quienes dirigir sus preguntas.
2. Avanzar hacia la independencia y la autonomía: sólo puede conseguirse desde la capacidad de los adultos para reconocer la capacidad que tienen adolescentes y jóvenes para orientarse según sus necesidades.
3. Ampliar las posibilidades para conectar y establecer relaciones positivas con el entorno social: crece la resiliencia en los y las adolescentes que no se quedan encerrados en su entorno y salen a conocer la riqueza de posibilidades que les ofrece el mundo que les rodea. Así se puede completar aquello que la familia no puede dar; la posibilidad de establecer una buena red de contactos sociales, a muy diversos niveles, potencia los factores de protección ante las situaciones de riesgo; el objetivo será establecer unas relaciones interpersonales que generen mutua gratificación, con equilibrio entre dar y recibir, y con un respeto maduro hacia el bienestar propio y de los demás.
4. Potenciar la capacidad de explorar todo el entorno, animando a experimentar las posibilidades que se le ofrecen: se trata de una forma de lucha activa contra los sentimientos de impotencia que muchas familias transmiten a sus hijos; el objetivo final es completar los proyectos y adquirir la capacidad para abordar problemas difíciles.
5. Mantener la capacidad de jugar, como método para incrementar la creatividad y actualizar el sentido del humor: los y las adolescentes que saben jugar son capaces de imponer orden, belleza y objetivos concretos en el caos diario de experiencia y sentimientos dolorosos; a través del sentido del humor, es posible contemplar lo absurdo de los problemas que nos acongojan y relativizar los complejos cotidianos.

6. Educar la capacidad de juzgar y desarrollar el sentido crítico: adolescentes y jóvenes necesitan una educación ética de calidad para juzgar la bondad o la malicia de los mensajes que les llegan; necesitarán, también, reelaborar los valores que recibieron de sus padres, considerando el servicio a los demás como forma de compromiso social; el objetivo debe ser la educación de una conciencia informada.

Henderson y Milstein (2003) proponen la “rueda de la resiliencia”, que dividen en 6 sectores en los que se centrará un educador que promueva la resiliencia:

1. Enriquecer los vínculos prosociales.
2. Fijar límites claros y firmes.
3. Enseñar “habilidades para la vida”.
4. Brindar afecto y apoyo.
5. Establecer y transmitir expectativas elevadas.
6. Proporcionar oportunidades de participación significativa.

La resiliencia tiene una asociación positiva con atributos de la persona y con condiciones del entorno (ver tabla 2.1). Cada atributo o condición puede concebirse como un punto clave para la intervención, tal y como hacemos en los programas de promoción de la salud de adolescentes del *Centro de Salud Manuel Merino de Alcalá de Henares*.

<i>Atributos de la persona</i>	<i>Condiciones del entorno (familia, escuela, comunidad, grupo de pares)</i>
Competencia Social Capacidad de resolver problemas Control de las emociones y los impulsos Autonomía Sentido del humor Alta autoestima Empatía Capacidad de comprensión y análisis Competencia cognitiva Capacidad de atención y concentración	Recibe afecto Aceptación incondicional de un adulto significativo Redes informales de apoyo

Tabla 2.1. Atributos y condiciones asociadas a la resiliencia

## **2.6. Contextos sociales sostenibles sobre la utilización de cannabis**

Llamamos contextos sociales sostenibles sobre la utilización de cannabis a espacios sociales:

- que integren unas condiciones sociales que permitan una convivencia saludable con el consumo de cannabis y un equilibrio en su utilización;
- que fortalezcan y favorezcan el no consumo de cannabis y, a la vez, canalicen un uso adecuado y protegido de la sustancia cuando éste ocurra.

Algunas de nuestras propuestas para la construcción de contextos sociales sostenibles son:

- Solicitar la ampliación del horario de la utilización de infraestructuras sociales, educativas, culturales y deportivas para la realización de actividades de ocio y tiempo libre, que compitan con las referidas a la diversión relacionada con el consumo de cannabis.
- Ofertar alternativas saludables de ocio y tiempo libre a los adolescentes, que amplíen la experiencia de relacionarse con otras personas y que favorezcan la ruptura de la asociación ocio-consumo de sustancias.
- Que las actividades de prevención sobre cannabis y sobre desarrollo de alternativas de ocio y tiempo libre se realicen necesariamente con participación de jóvenes.

## **2.7. Nuestra experiencia**

En 1998, el centro de salud Manuel Merino emprende el *Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes "Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes"* (Ruiz 2000) como respuesta a las carencias detectadas en adolescentes de la zona básica de salud (falta de adaptación, pobre autoconcepto, baja autoestima, asertividad insuficiente) y de las demandas de padres y profesionales del centro de salud. Con una metodología activa y participativa, el proyecto pretende dotar de recursos efectivos a los jóvenes para aumentar su autoestima, tener criterios propios y autónomos acerca de sí mismos, sus capacidades y limitaciones, siendo capaces de autoafirmarse frente a los posicionamientos de los demás y controlar la influencia del entorno

mediante un análisis crítico del mismo, capacitándolos para afrontar situaciones de riesgo psicosocial. Para ello, profesionales sociosanitarios (pediatra, enfermeras, auxiliar de enfermería, trabajadora social) realizan tanto en el centro de salud como en instituciones de educación secundaria y socioprofesional:

- Talleres de desarrollo personal para adolescentes (10 sesiones de 1,30 horas, con periodicidad semanal), donde aprenden a conocerse y comprenderse mejor (a sí mismos y a los demás), tener una visión realista de su cuerpo y de sus propias posibilidades, comunicar mejor lo que sienten y lo que desean, resistir a las presiones de los demás, afrontar bien los conflictos interpersonales, planificarse para lograr sus metas y saber tomar decisiones.
- Talleres para padres sobre pautas preventivas (4 sesiones de 1,30 horas, con periodicidad semanal), donde se les enseña a los padres los factores de desarrollo y deterioro del adolescente, cómo mejorar sus habilidades de diálogo con sus hijos y cómo ayudarles a aceptarse, comunicarse y resolver los conflictos.
- Seminarios de formación y coordinación entre sociosanitarios y educadores donde analizar casos concretos y coordinar actuaciones para trabajar relaciones interpersonales, autoconcepto y autoestima, autocontrol, habilidades sociales, pensamientos erróneos y creencias irracionales en el aula en las horas de tutoría.
- Consulta joven "Espacio 12-20": Consulta de promoción de la salud para adolescentes de 12 a 20 años, atendida por un pediatra, donde el adolescente puede acudir sólo o acompañado de personas de su confianza (amigos, pareja,...) y expresar sus necesidades, dudas o temores sobre afectividad, sexualidad, VIH / SIDA, alimentación, drogas, desarrollo físico, deporte, estudios, aspectos de su personalidad y relaciones interpersonales (familia, pareja, amigos...). La confidencialidad, la entrevista motivacional, el consejo sanitario participativo (se le informa y orienta al adolescente o al joven para que encuentre sus propias soluciones), la accesibilidad y un mismo profesional de referencia son elementos clave en esta consulta.
- Otras actividades complementarias: reuniones de planificación, asesoramiento a otros profesionales (Servicios Socia-

les, Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica) y a padres, evaluación continuada de los adolescentes, formación práctica en promoción de la salud mental de adolescentes a estudiantes de enfermería,...

La entrada de adolescentes en el proyecto se produce por cinco canales:

- Desde la consulta joven, donde se les propone la posibilidad de incorporación a los talleres.
- Desde diferentes instituciones educativas, sociales y sanitarias de Alcalá, que derivan chavales.
- Directamente, como respuesta a la publicidad institucional.
- Apuntados por sus familias.
- A través de los propios adolescentes que van trayendo a sus amigos.

La mesa de salud escolar (órgano de coordinación interinstitucional en el que participa Educación y Sanidad) incluye desde 2001 las actividades del proyecto dentro de su guía de oferta de recursos a todos los centros educativos del área (Alcalá de Henares y localidades próximas).

En junio de 2002, el Ministerio de Sanidad y Consumo reconoce la excelencia del proyecto presentándolo ante el grupo de trabajo de Promoción de la Salud del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Fruto de este reconocimiento se publica en el año 2004 por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo el libro "Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes" (Ruiz 2004) (descargable en <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/adolescentes.htm>). En 2007, el Ministerio de Educación Pública de Costa Rica, adapta dicho libro (Ruiz 2007). Tras aplicarlo en varias regiones, considera el material muy valioso, útil y de fácil manejo, y decide extender la experiencia al 100 % de sus instituciones educativas.

Durante el verano de 2002, fruto del trabajo en grupo de adolescentes (que han desarrollado en el proyecto de 1998 la motivación para ser protagonistas) y profesionales (educadores, técnicos de juventud municipales, terapeutas familiares, trabajadores sociales y sanitarios), surge el *Proyecto de participación comunitaria de adolescentes y jóvenes "Aprendiendo entre todos a relacionarse de forma saludable"* (Ruiz 2005) donde, sin dejar de desarrollar la consulta joven y los talleres para adolescentes, padres y educadores (del proyecto de 1998), se

prioriza que los jóvenes se conviertan en agentes de salud mediante actividades como:

- Participación junto con técnicos en una comisión de coordinación y seguimiento del proyecto, encargada de coordinar los recursos, diseñar y supervisar el desarrollo de las actividades y estudiar las propuestas surgidas desde la comunidad.
- Encuentros trimestrales de fin de semana en albergues juveniles (para planificación del trimestre); estancia subvencionada por el Instituto de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.
- Elaboración, con apoyo de profesionales, de materiales educativos y audiovisuales destinados a otros jóvenes: folleto sobre las relaciones de pareja, videos (“Denunciatronic joven”, Aprendiendo a relacionarnos de forma saludable”), cortometraje (“IN-EX-CULPA-DOS”), maqueta hiphop sobre los adolescentes y sus problemas, informe y propuestas de mejora a folleto de anticonceptivos del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid,...
- Jornadas de convivencia en institutos de educación secundaria obligatoria (incluyendo concierto de grupo hiphop de adolescentes y micro abierto).
- Organización por los adolescentes de actividades lúdicas para los sábados por la noche (dentro del programa municipal de ocio alternativo “Otra forma de moverte”): taller de autoestima y sexualidad, gran ginkana sobre la sexualidad, taller de hip hop y funky,...
- Mesas redondas “Cómo hablar con los hijos sobre...” destinadas a padres de alumnos de institutos de educación secundaria obligatoria. Los ponentes son adolescentes. Su intervención parte de sus experiencias personales y colectivas y se centra en aconsejar a los padres sobre cómo hablar con sus hijos adolescentes sobre distintos temas: drogas, sexo, violencia, inmigración, estudios, amistades, roles y reparto de responsabilidades en casa, forma de divertirse, respeto a la intimidad,... promocionando estilos relacionales saludables.
- Espectáculo de teatro sobre problemática adolescente escrito e interpretado por adolescentes: “CINCO ADOLESCENTES.TK (Monólogos sobre la adolescencia)”.
- Cineforum para adolescentes “Oxidadas herramientas”.
- Participación en certamen creativo del centro social Seco.

- Intervenciones de los adolescentes en espacios radiofónicos locales sobre salud.
- Taller sobre interculturalidad para adolescentes “Todos iguales. Todos diferentes” en colaboración con Cruz Roja.
- Sección “Diálogos con adolescentes” dentro del boletín del centro de información, documentación y asesoramiento juvenil del ayuntamiento, donde se tratan temas de promoción de la salud mental y difunden actividades del proyecto.
- Web <http://adolescentes.blogia.com>, en cuya bitácora principal se publican noticias sobre el proyecto y artículos de promoción de la salud (escritos por adolescentes y profesionales) y se enlaza con una consulta joven virtual (<http://patriciojose.blogia.com>) y con weblogs de adolescentes y sociosanitarios, formando todas parte de una comunidad de bitácoras dentro del paraguas del proyecto de participación comunitaria.
- Grupos de autoayuda de adolescentes, supervisados por técnicos.
- Jornadas de convivencia consistentes en salidas grupales de los adolescentes y técnicos a centros jóvenes, museos, parques u otros lugares de interés de la ciudad y poblaciones cercanas.
- Escuela para profesionales “Aprendiendo a ser comunidad”: sesiones formativas dirigidas a profesionales sociosanitarios del centro de salud de Meco (localidad próxima a Alcalá) con objeto de difundir el proyecto, establecer cauces de comunicación y generar experiencias similares de participación comunitaria en promoción de la salud mental de los adolescentes.
- Participación de los adolescentes en la organización de las Jornadas sobre “La participación de los adolescentes en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunidad de Madrid) en 2003 y el XVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia en 2006.

En septiembre de 2005, se pone en marcha una investigación participativa para conocer el grado de satisfacción de jóvenes y técnicos sociosanitarios con la marcha de la experiencia comunitaria, con su pasado y presente, sus demandas, motivaciones y críticas a su actual funcionamiento, así como sus de-



seos y aspiraciones (lo que les gustaría que fuera en el futuro). Un sociólogo, contratado por la Consejería de Sanidad, realiza grupos de discusión con los jóvenes, entrevistas abiertas a los técnicos y observación participante sobre el conjunto de actividades de la experiencia de educación para la salud. El análisis del discurso extraído mediante estas técnicas (grupos de discusión, entrevistas en profundidad y observación participante) se plasmó en un informe que sirvió de documento para la reflexión participativa de jóvenes y técnicos sobre la que plantearse estrategias y actuaciones futuras. Durante y a partir de dicha reflexión:

- a) se expresa la necesidad de mayor capacitación para el fomento del desarrollo saludable de las y los jóvenes en la propia comunidad, venciendo el miedo a ser agentes de salud entre otros jóvenes en “la anomia y la violencia de la calle” y no sólo en los espacios de educación para la salud “reglados y seguros” del centro de salud, ampliando y reactivando alianzas dinámicas y efectivas con jóvenes de otras instituciones y asociaciones locales, y
- b) se decide emprender un proceso de empoderamiento para la salud, durante el cuatrienio 2006-2010, que facilite la creación de una red comunitaria de jóvenes dirigida a la promoción del desarrollo biopsicosocial de la juventud de la localidad y a la participación en la prevención de la violencia entre jóvenes (problema de salud vivenciado por técnicos y jóvenes como prioritario a trabajar en la actualidad).

Surge así en el segundo semestre de 2006, en alianza con C.A.J.E. (Colectivo de Acción para el Juego y la Educación), el *Proyecto de empoderamiento para la salud y creación de una red comunitaria de Jóvenes Agentes en Mediación y Prevención de la Agresión “Jóvenes en red por su desarrollo saludable y contra la violencia: Programa J.A.M.P.A.”*.

Durante los consecutivos proyectos de 1998, 2002 y 2006, hasta ahora han participado más de 800 adolescentes y 200 padres.

**Bibliografía**

- Blum RW (1997). Riesgo y resiliencia. Conceptos básicos para el desarrollo de un programa. *Adolescencia Latinoamericana*; **1**(1):16-19.
- Henderson N, Milstein MM (2003). Resiliency in schools. Making it happen for students and educators. California: Corwin Press.
- Observatorio Español sobre Drogas (OED) (2005). Informe 2004: Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rew L, Horner SD (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*; **18**(6):379-388
- Ruiz PJ, Puebla R, Cano J, Ruiz PM (2000). Proyecto de educación para la salud "Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes". *Aten Primaria*; **26**:51-57.
- Ruiz PJ(2004). Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes. Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ruiz PJ, Bosques D, Cozar G, González B (2005). Promoción de la salud del adolescente en Atención Primaria: el modelo Alcalá de Henares. *Rev Pediatr Aten Primaria*; **7**:451-461.
- Ruiz PJ (2007). 10 Estrategias para Padres y Tutores "Vivamos los valores en nuestra familia". San José: Ministerio de Educación Pública.
- Silber TJ (1994). Adolescencia: factores protectores en una época de riesgo. *An Esp Pediatr*; Suplemento (Ponencias de la V Reunión Nacional de la Sección de Medicina del Adolescente de la A.E.P.): 47-48.