

mesa redonda

Mesa redonda 4. El adolescente. ¿Un problema? Un futuro

Moderador: Félix Suárez González

Introducción

Félix Suárez González

Médico de familia. Experto en temas de adolescencia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un período de cambios rápidos que afectan las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la persona. La Medicina del adolescente es relativamente joven; en el último medio siglo se han ido desarrollando las técnicas clínicas y de investigación en este campo de la Medicina, y se han ido definiendo las características de su atención específica.

Para atender adolescentes no basta con tener unos conocimientos sobre las características de su desarrollo, su forma de enfermar y los recursos terapéuticos de que se dispone, sino que también es necesaria una capacidad para "sentirse a gusto" delante del adolescente y cierta experiencia en el trato con la gente joven.

La Society for Adolescent Medicine ha definido las 7 características que deben configurar la atención a este grupo de edad. De su aplicación derivará una atención satisfactoria tanto para el adolescente como para el médico. Estas características son:

- Disponibilidad.
- Visibilidad.
- Calidad.
- Confidencialidad.
- Satisfacción.
- Flexibilidad.
- Coordinación.

El adolescente se encuentra en un largo proceso de crecimiento y maduración, con unas tareas muy concretas, cuyo objetivo final debe ser la adquisición de las siguientes capacidades: identidad, intimidad, integridad, independencia psicológica, e independencia física.

Durante estos últimos años, los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes se han hecho más complejos: *dificultades adaptativas y alteraciones en la salud mental, dificultades escolares, consumo de alcohol y drogas, inicio precoz de relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual*. De la misma manera se han ido complicando las barreras que obstaculizan el acceso de los adolescentes a los servicios de promoción de salud.

–La burocratización de nuestros sistemas de atención a la salud, que impiden el sentimiento de confidencialidad, que es la base para una buena relación entre el médico y el adolescente.

–El tipo específico de atención que precisa el adolescente: más tiempo disponible y más proximidad de la consulta en una etapa de la vida en que existen más dificultades de comunicación verbal.

–La falta de conocimientos sobre los recursos sanitarios a los que puede acudir.

–La misma etapa del desarrollo psicológico del adolescente ("pensamiento mágico") que le lleva a negar o a infravalorar un problema.

–La amenaza para la autoestima que le supone admitir la posibilidad de problemas en su salud física o mental.

De la consideración de estas barreras se ha derivado el interés que tiene la atención específica al adolescente, la educación para la salud, y la organización de unos servicios primarios básicos de atención a su salud física y mental. Muchos de los problemas de salud que hoy en día son objeto de grandes desembolsos económicos tienen su origen en conductas iniciadas durante la adolescencia y juventud (*consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales que aumentan el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, consumo de tabaco, actividad física insuficiente, malos hábitos nutritivos, trastornos en la conducta alimentaria...*).

De ahí la trascendencia de que debatamos en este Congreso sobre esta etapa tan importante, decisiva, e interesante de la vida.

Prevención de los trastornos alimentarios en la adolescencia

Francisco José Vaz Leal

Especialista en Psiquiatría. Experto en trastornos alimentarios. Profesor Titular de Psicología y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Badajoz.

La prevención de las enfermedades mentales y de los trastornos del comportamiento es una tarea complicada, ya que es difícil aislar factores de riesgo específicos. La génesis de este grupo de enfermedades es, por lo general, multifactorial, lo que complica el diseño de los programas de prevención. Los trastornos del comportamiento alimentario son un claro ejemplo de ello, al incorporar elementos causales pertenecientes a diferentes niveles, que exigen para su articulación modelos de una alta complejidad.

FACTORES DE RIESGO

Existen diversos factores que han sido identificados como elementos de riesgo para la aparición de los trastornos de la alimentación.

En primer lugar, parece fuera de dudas que existen *factores genéticos* que predisponen a determinados individuos a padecer un trastorno de la alimentación. En este sentido, el análisis de la concordancia en gemelos monoizigóticos y dizigóticos pone de manifiesto tasas de concordancia en monoizigóticos que alcanzan en algunos casos el 65%, mientras que en dizigóticos apenas llega al 10%. El hecho, por otra parte, de tener un hermano con un trastorno de la alimentación multiplica por 6 el riesgo de padecerlo, y lo mismo sucede en lo referente a la asociación con otros trastornos psiquiátricos (como el trastorno obsesivo-compulsivo en familiares de pacientes anoréxicos o de trastornos depresivos en el caso de familiares de pacientes con bulimia nerviosa). Aunque todavía no hay resultados concluyentes, se ha visto que el gen 5HT_{2A} podría estar implicado parcialmente en la génesis de la anorexia nerviosa, lo que no es extraño, ya que este gen está regulado por estrógenos (recuérdese que la anorexia nerviosa aparece en la pubertad y fundamentalmente en el sexo femenino) y está implicado en la regulación del apetito.

La *personalidad* es otro factor de riesgo identificado, existiendo estudios que ligan el perfeccionismo y determinados rasgos del temperamento a la aparición de la anorexia y la bulimia nerviosas.

En relación con la anorexia nerviosa, por otra parte, la existencia de una *baja autoestima* parece multiplicar por 8 el riesgo de padecer el trastorno.

Junto a estos elementos individuales existen otros *factores ligados al ambiente*, que tienen que ver con el aprendizaje en el seno de la familia de comportamientos del control del peso (dietas), con la existencia de traumas en la infancia (discriminación o burlas por parte de compañe-

ros, agresiones sexuales...), con el contexto cultural (adolescentes pertenecientes a sociedades industrializadas) o falta de relaciones sociales apropiadas.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Junto a los factores de riesgo han sido detectados algunos factores que podrían actuar protegiendo frente a la aparición de los trastornos alimentarios, tales como la práctica de deportes, una adecuada autoestima, los sentimientos de eficacia personal o la capacidad del adolescente para resolver problemas.

MODELOS DE VULNERABILIDAD

Existen básicamente dos tipos de modelos en este ámbito. Los primeros intentan explicar la aparición de los trastornos alimentarios a través de la adición de la vulnerabilidad biológica a la vulnerabilidad psicológica, apareciendo la realización de dietas como elemento desencadenante específico. Los segundos se basan en la vulnerabilidad general encontrada para los trastornos psiquiátricos (que incluye factores ligados al temperamento, relaciones en el seno de la familia, falta de apoyo y cuidados parentales, y acontecimientos vitales estresantes), a la que se añaden factores específicos, como la insatisfacción corporal o la realización de dietas, lo que determina que el trastorno que aparece tenga que ver con la alimentación.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Los programas preventivos dirigidos a la población de riesgo deben tener unas *características básicas*, que incluyan: a) un adecuado conocimiento de los factores biológicos y fisiológicos relacionados con la aparición de los trastornos alimentarios; b) un conocimiento apropiado de la naturaleza de los cambios físicos que se producen en la pubertad; c) la información sobre la naturaleza y los peligros asociados a los trastornos alimentarios; d) el desarrollo de una actitud de rechazo de las dietas innecesarias; e) el conocimiento de los peligros de la modificación arbitraria del peso, especialmente en fases críticas del desarrollo, como la adolescencia; f) el desarrollo de una actitud crítica frente a la presión social; g) el desarrollo de la aceptación de sí mismo y del propio cuerpo; y h) el incremento de la autoestima y del sentimiento de eficacia.

La *inclusión de los padres* en los programas de prevención es un elemento fundamental, pues favorece la adquisición de conocimientos sobre los trastornos alimentarios y el desarrollo de actitudes positivas (favorecimiento de la autonomía de los hijos y eliminación de comentarios críticos sobre el peso y el aspecto corporal).

Dado el papel del *deporte* como elemento de protección, la potenciación de prácticas deportivas sanas (no ligadas a la intención de perder peso) podría ser otro elemento importante.

Finalmente, y en relación con la prevención secundaria y terciaria, el desarrollo de programas y unidades asistenciales específicas podría ser un elemento básico de cara a la atención precoz y la prevención de las secuelas de este grupo de trastornos.

La anticoncepción de emergencia. Conocimientos, accesibilidad y uso

M^a Teresa Peinado Rodríguez

Centro Joven. Centro de Orientación Familiar. Badajoz.

“La mayoría de nuestras equivocaciones en la vida nacen de que cuando debemos pensar, sentimos, y cuando debemos sentir, pensamos”

J. CHURTON

INTRODUCCIÓN

La intercepción postcoital (IPC) es una actuación que hace posible la prevención primaria del embarazo no deseado cuando no se ha utilizado anticoncepción adecuada; es pues la segunda oportunidad de evitar un embarazo accidental, tras la oportunidad perdida de haber usado dicha anticoncepción adecuada.

La anticoncepción de emergencia (AE) se ha rodeado siempre de una cierta controversia en relación sobre todo con tres elementos: su supuesto efecto antiimplantativo, abortivo para determinados sectores, su posible relación con una mayor liberalización de las prácticas sexuales y su presumible inducción al abandono o al mal uso de métodos eficaces y seguros. Si a ello le unimos que tal como ya se puso de manifiesto, a comienzos de la década de los ochenta, en un informe de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) su demanda potencial es enorme y que sus principales usuarias son adolescentes y mujeres jóvenes, se comprenden las importantes repercusiones sanitarias y sociales que conlleva.

En el caso de que se haya producido fecundación, el objetivo de la IPC es prevenir la implantación del blastocisto en el útero (momento que marca el inicio de la gestación).

Aunque la AE se basa tanto en el uso de preparados hormonales como de dispositivos o implantes intrauterinos (DIU) utilizados postcoitalmente dentro de un plazo limitado de tiempo, en este documento se hará referencia sólo a la anticoncepción de emergencia hormonal por ser la más ampliamente difundida.

Las primeras noticias sobre el uso de anticoncepción postcoital datan de 1966, cuando se publicaron experiencias clínicas con estrógenos en mujeres que habían sido violadas (Morris)^{1,2}. Este mismo autor y sus colaboradores también presentaron sus experiencias durante la celebración de la 8^a Conferencia Internacional de la IPPF. Sin embargo fue a partir de 1980 cuando su uso empezó a tomar-

se en consideración en muchos servicios de planificación familiar del mundo, incluido en países donde no estaban totalmente disponibles otros métodos anticonceptivos. En 1981 la IPPF publicó sus primeras recomendaciones al respecto y en 1984 recopiló información sobre el manejo práctico de esta forma de anticoncepción en 20 países europeos³.

La exposición a un embarazo no deseado se da en todas las edades, pero de manera especial en los jóvenes, dadas las características propias del proceso de maduración típica de los adolescentes. Por ello, una gran parte de la experiencia mundial en AE se relaciona con este grupo de edad. Varios elementos contribuyen a este alto uso de la AE por parte de las jóvenes; los primeros relacionados con el propio comportamiento juvenil y los siguientes relacionados con el método en sí mismo:

–Relaciones sexuales escasamente planificadas con un alto componente de riesgo.

–Rechazo de los métodos de abstinencia y ciertas resistencias frente a los métodos de alta eficacia que requieren vigilancia médica.

–Método sencillo, seguro, eficaz y cómodo y por tanto altamente popular.

–Relativamente accesible fuera de los circuitos sanitarios convencionales.

Para muchos profesionales sanitarios esta forma de anticoncepción es también una novedad a la que se enfrentan con reparos; a ello varios elementos contribuyen.

–Método de fácil manejo clínico que de algún modo cuestiona el papel de los diferentes sanitarios en su prescripción.

–Es una intervención de urgencia, ya que requiere la actuación inmediata y eficaz de un médico, pero al no ser una urgencia clínica en el sentido convencional origina confusión respecto a la responsabilidad que corresponde a los diferentes niveles de la atención (primaria, ambulatoria, hospitalaria, servicios de urgencia).

–Es una atención muy demandada por la población adolescente. Ello podría tener implicaciones jurídico-legales poco definidas.

LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN DIVERSOS PAÍSES EUROPEOS Y EN EE.UU.

Mientras que en España se ha popularizado su uso en los últimos años, en muchos países europeos, en EE.UU., en Sudáfrica, en Nueva Zelanda y en China se conocía su uso desde bastante tiempo atrás.

Dentro de Europa, existen varios países, que han incorporado su uso desde hace muchos años. Varias publicaciones permiten presentar una breve información sobre la aceptación de la AE en diversos países europeos³⁻⁵.

Alemania abrió las puertas a esta práctica cuando en 1976 promulgó una ley que establecía que todos los métodos anticonceptivos que actuaran *antes de la implantación*

no eran abortivos. Se posibilitó así que la Asociación de Planificación Familiar (PF) PROFAMILIA pusiera en marcha programas específicamente dirigidos a atender esta demanda. En 1986, el laboratorio Schering comercializó un preparado combinado a base de estrógenos y gestágenos (E+G) como anticonceptivo de emergencia.

Holanda, país con gran experiencia en el uso de anticonceptivos de alta eficacia, ha publicado tasas de uso desde 1972, observándose un uso decreciente probablemente en relación con la altísima tasa de utilización de anticonceptivos hormonales orales (AHO). Este país comercializó un preparado basado en estrógeno sintético etinodiol de alta dosis que durante mucho tiempo fue utilizado con fines de AE. En 1983 se informó que al 33% de las usuarias de AE se les habían prescrito altas dosis de estrógenos solos, mientras que al 66% restante se le habían prescrito preparados combinados E+G. Más recientemente se ha comercializado en ese país el preparado Nor-Levo®, que contiene G solo.

Hungría presenta otras peculiaridades ya que desde 1981 dispone del preparado Postinor®, a base de gestágeno solo (tratamiento de una sola pastilla), habiéndose vendido en 1983, 303.000 envases que contienen 10 pastillas. El método estaba limitado a jóvenes mayores de 16 años, debiendo ser prescrito por un médico o ginecólogo. Posteriormente, en 1996 se comercializó un preparado combinado.

Reino Unido ha sido también un país pionero en la comercialización de un preparado específico. Desde 1994 está disponible la pauta combinada (PC4®) y posteriormente ha comercializado la pauta basada en gestágeno solo.

Francia sembró la polémica en 1999 al introducir la pauta de gestágeno solo (levo-norgestrel) sin necesidad de prescripción médica y al permitir su distribución en los institutos. Previamente se usó la pauta combinada pero sin una presentación específica, sino mediante el uso de AHO convencionales en la dosis adecuada.

Esta última ha sido la pauta seguida en los países con fuerte influencia de la iglesia católica como son Italia, Irlanda y España aunque en Italia está ya comercializado el Nor-Levo®. Suiza, Suecia, Finlandia y otros países escandinavos tienen comercializado desde hace bastante tiempo el preparado combinado Tetragynon®.

Por último, Estados Unidos de donde proceden las primeras publicaciones clínicas sobre la AE no ha dispuesto de preparados específicos comercializados hasta recientemente cuando la Food and Drug Administration (FDA) ha autorizado su uso. Anteriormente todas las experiencias se basaban en el uso de estrógenos conjugados equinos solos, o pautas diversas que combinaban E+G a partir de AHO convencionales. En 1998 se autorizó el uso de Preven®, primer producto combinado con indicación expresa para AE y en 1999 el preparado Plan B® a partir de levo-norgestrel.

La magnitud de esta pauta anticonceptiva se demuestra porque la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) ha agregado oficialmente el levo-norgestrel (0,75 mg, paquete de dos pastillas) a su Lista de Drogas Esenciales, un-

décima edición de 1999 y porque hoy en día existe una amplia y completísima documentación relacionada con la AE.

La AE se enmarca dentro de los revolucionarios cambios surgidos en la vida reproductiva de las personas, y en especial de las mujeres, a partir del momento en que los métodos anticonceptivos eficaces están disponibles.

El ya citado informe de IPPF (1984) indicaba que estos cambios podían explicar las nuevas actitudes de la población ante el embarazo no deseado. Las usuarias de métodos modernos tienen mayores perspectivas de prevención del embarazo que las que emplean los métodos tradicionales. En consecuencia, cuando estos métodos modernos fallan, tienen mayor conciencia de embarazo no deseado y menor tolerancia hacia él.

En este marco la existencia de un método de emergencia que venga a restablecer la confianza en la prevención que conllevan los métodos modernos que coyunturalmente no han sido fiables, es muy bien aceptado, siendo de hecho, aunque parezca una paradoja, más utilizado por las usuarias de métodos eficaces (preservativo y AHO) que por las usuarias de métodos tradicionales. Quizá esto explique su mayor aceptación en países socialmente más avanzados.

LA EXPERIENCIA DE ESPAÑA

La primera publicación española que recogió un artículo sobre AE fue, en 1982, *Progresos en Obstetricia y Ginecología*. Posteriormente se han producido otros, la mayoría de ellos, de revisión. Son muy escasos los artículos publicados en revistas científicas que recopilan experiencias de uso en nuestro medio, siendo más común la presentación de experiencias en Jornadas y Congresos relacionados con planificación familiar y anticoncepción.

Sobre experiencias de uso, se empiezan a conocer datos a partir de los noventa, destacando las siguientes:

–Tejerizo y sus colaboradores presentaron una primera revisión sobre anticoncepción postcoital comparando varias pautas hormonales en 1988. Después este autor presentó otros estudios como el realizado en 107 mujeres que acudieron solicitando AE, publicado en 1992^{6,7}.

–Estudio de la Sociedad Vasca de Contracepción (Lete) sobre 244 mujeres que demandaron AE publicado en 1995⁸.

–Estudio PRE-VEN (1996) de la Federación de Planificación Familiar de España que recopiló información sobre 4.958 atenciones llevadas a cabo en 9 comunidades del estado español, durante 6 meses⁹.

–Estudio realizado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, que recoge la atención a 483 mujeres¹⁰.

El estudio PRE-VEN, el más amplio realizado en nuestro país hasta el momento, muestra información sobre las características sociodemográficas de la población que usa AE y aporta algunos datos sobre su práctica clínica.

Proyecto PRE-VEN. Estudio sobre anticoncepción postcoital en España. Resultados de 4.958 atenciones

Del conjunto de estas experiencias se puede concluir que:

–Hay un uso creciente de la AE, especialmente en la población joven. Reducido porcentaje de *repetidoras*.

–La pauta más utilizada es la de Yuzpe modificada, consistente en 2 comprimidos de un preparado combinado (E+G) seguido, 12 horas después, de una segunda toma de otros 2 comprimidos.

–Para la prescripción de la AE se considera suficiente con la realización de una anamnesis, no siendo habitual la revisión ginecológica rutinaria, ni la realización de prueba de embarazo previo.

–Es práctica habitual en la mayoría de los servicios de planificación familiar entregar en consulta las pastillas adecuadas. En otros centros se entrega la receta del AHO con las indicaciones concretas de uso.

–La respuesta del sistema sanitario es desigual sin que por el momento se haya incorporado mayoritariamente esta práctica en los protocolos de anticoncepción.

–La popularidad del método hace previsible que el nivel de autoadministración sea elevado, a partir del consejo de otras usuarias.

–Al no existir un preparado comercial específicamente autorizado, hasta hace poco no es posible conocer, salvo aproximaciones poco fiables, la tasa de uso en nuestro país.

–No obstante, las encuestas generales sobre uso de anticonceptivos (1997, 1999) indican una baja tasa de uso entre las mujeres de 15 a 49 años¹¹. Se desconoce la tasa de uso entre jóvenes.

–Determinados sectores religiosos y políticos, tradicionalmente opuestos al uso de anticonceptivos modernos, ejercen fuerte presión social contra la AE.

PRINCIPALES OBSTÁCULOS PARA EL USO DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

La AE es un método conocido desde hace más de 30 años y accesible teóricamente en todas las partes del mundo donde se dispone de anticonceptivos hormonales dada la posibilidad de distribuir cada envase de 21 pastillas en 5 tratamientos de emergencia. Sin embargo, la mayoría de las publicaciones referentes a ella muestran que aún existen múltiples impedimentos para su distribución y uso.

La falta o insuficiencia de conocimientos sobre la propia existencia de la AE, su mecanismo de acción, su forma de uso o sus beneficios constituyen la principal barrera. La segunda es no disponer de suficiente accesibilidad para conseguirla, ya que el conocimiento sirve de muy poco si no se acompañan de la posibilidad de recurrir a un servicio o a un profesional sanitario donde recibir atención.

A la hora de revisar los obstáculos que han hecho posible que la AE se haya mantenido en la oscuridad científica y social se describen un conjunto de factores que se pueden agrupar en:

Obstáculos relacionados con el producto

–Al ser un método eficaz solo si se administra dentro de un plazo limitado de tiempo, la primera limitación es que por motivos médicos, sociales o de diversa índole muchas mujeres no podrán cumplir ese plazo. El vivir por ejemplo en un medio rural con servicios sanitarios limitados en los que es más difícil mantener la confidencialidad puede suponer no solo una barrera para acceder a la AE sino también una importante desigualdad sanitaria y social.

–La eficacia del método es menor que la de otros anticonceptivos. De hecho, aún utilizando una pauta correcta se sabe que fracasa en la prevención de un 25 % de los embarazos que se producirían si no se recurriera a la AE.

–La dosis recomendada puede ocasionar, según las características individuales de cada usuaria, efectos secundarios menores pero molestos: la aparición de náuseas, cefaleas o dolor mamario frecuentemente se asocia a su uso. No es fácil disponer de preparados no usados por vía oral lo que podría ser otro obstáculo para mujeres con intolerancia gástrica.

–En muchos países la no disponibilidad de un preparado hormonal comercializado expresamente para AE hace que muchas mujeres se resistan a utilizar un medicamento que se les prescribe con una pauta y una indicación alejada de lo que oficialmente se refiere en él.

Obstáculos relacionados con las usuarias

Su nivel de conocimientos suele ser el principal escollo para su uso. Por lo general es alto el porcentaje de mujeres que han oído hablar de la AE pero es bajo el porcentaje de mujeres que conocen su uso correcto y el lugar donde poder conseguirla.

Una encuesta realizada en el Reino Unido en 1994 citada en la revista *Entre Nous*¹² indicaba que el 79% de la mujeres entre 16 y 50 conocían su existencia pero solo el 15% sabían exactamente en qué consistía.

Después de los esfuerzos realizados en Escocia mediante campañas de difusión sobre la AE encaminadas a reducir la incidencia de embarazo adolescente, una encuesta realizada en Edimburgo entre adolescentes escolarizados de 14 a 16 años mostraba que el 93% habían oído hablar de la AE y el 31 % ya la habían usado alguna vez.

Aunque a nivel mundial existen múltiples publicaciones referentes al grado de conocimiento, accesibilidad y uso de la AE, en España sólo existen estudios parciales sobre uso, por lo que será necesario emprender nuevas investigaciones.

Obstáculos relacionados con los profesionales sanitarios

–En la mayoría de los países existe una controversia sobre qué tipo de profesionales sanitarios son los más adecuados para atender estas demandas. Mientras en algunos como por ejemplo el Reino Unido son los médicos generales (*General Practitioners*) los que más tratamientos dan, en otros países los ginecólogos tienen un papel más relevante. Por ello, una primera barrera puede encontrarse cuando se realizan derivaciones a otros profesionales o servicios, cuando el tiempo es limitado.

–Para informar y prescribir la AE se necesita un determinado tiempo de consulta, ya que es una práctica muy especial que solo tendrá un valor preventivo si se usa adecuadamente. No todos los profesionales disponen de ese tiempo, lo que puede crear resistencias a recibir esas demandas.

–Algunos profesionales defienden realizar una exploración y una prueba de embarazo previo a su prescripción, lo que puede ser una nueva barrera, especialmente para las jóvenes, cuando no existe justificación médica para su realización, salvo casos especiales.

–En países donde existe una importante influencia religiosa, muchos profesionales sanitarios pueden alegar motivos de conciencia para no atender en AE, lo que además de retrasar el proceso de atención puede ocasionar indirectamente resistencias a su uso por parte de las usuarias al percibir, con determinados mensajes, que se está actuando incorrectamente.

Obstáculos relacionados con el sistema de salud y los servicios sanitarios

–Los servicios de Atención Primaria y especializada, regidos por lo general por la *cita previa*, no están en condiciones de responder a las demandas de AE con la agilidad y calidad que se requiere. Sólo los centros de planificación familiar y de jóvenes, generalmente insuficientes, responden adecuadamente.

–Al no saber exactamente adonde acudir, muchas personas se ven obligadas a recurrir a servicios de urgencia, hospitalarios y no hospitalarios, donde la respuesta es aún si cabe, más insuficiente.

–Salvo excepciones, la cartera de servicios de los servicios regionales de salud no han incorporado protocolos de atención en AE, tendiendo a derivar cada caso a centros de planificación familiar, donde termina por haber una sobresaturación y, en última instancia, también ciertas resistencias.

–Los servicios sanitarios, siendo la primera referencia para esta atención, no son la única. En ocasiones, la actitud de los farmacéuticos puede suponer otra barrera al uso de la AE. En Washington, con objeto de ir eliminando barreras, por ejemplo, se ha establecido la posibilidad de que los propios farmacéuticos puedan hacer la prescripción.

–Los horarios y períodos de apertura de los servicios sanitarios conllevan también trabas. Salvo las urgencias hospitalarias disponibles permanentemente, la mayoría de los servicios de salud están cerrados en fines de semana y en períodos vacacionales. Un reciente estudio realizado en Inglaterra y Gales¹³, publicado en el año 2000, muestra que la mayor parte de las demandas se producen en sábado, domingo y lunes, y en los meses de junio y julio. Si tenemos en cuenta que la demanda potencial es relativamente alta (3 por 1.000 mujeres/mes) se comprenderá que muchas mujeres no puedan beneficiarse de esta práctica que evita embarazos no deseados y por tanto interrupciones voluntarias de los mismos.

–Por último sería conveniente analizar si la existencia de servicios telefónicos que reciben demandas de AE, con el

objetivo fundamental de acelerar su correcta derivación a los servicios correspondientes, restan o añaden barreras para su accesibilidad. Un estudio sobre la experiencia de la línea *Emergency Contraception Hotline* incluida en *Reproductive Health Technologies Project* que presta atención en Washington¹⁴, muestra que estas nuevas formas de atención mejoran la accesibilidad a la AE.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

La llamada píldora postcoital o la AE con hormonas, ¿se podría considerar un método abortivo?

Esta pregunta es claramente contestada por el Consorcio Internacional para la Anticoncepción de Emergencia¹⁵ del que forman parte instituciones tan influyentes como la OMS, *Population Council*, *Pathfinder International*, Federación Internacional de Planificación Familiar y otras. Con los conocimientos científicos disponibles hasta el momento se puede decir que no es un tratamiento abortivo. Es importante aclarar esto, sobre todo, porque muchas mujeres que desean interrumpir un embarazo ya existente, pueden, guiadas por esa mala información, usar la AE con fines abortivos, sin conseguir nada y con cierto riesgo por utilizar el producto inadecuadamente, fuera del plazo en que es eficaz y seguro.

¿Hay alguna diferencia entre esta píldora y la RU-486?

Si, hay diferencias básicas aunque algunos estudios hablan de la eficacia de la RU-486 como anticonceptivo postcoital, con un resultado similar, si se utiliza inmediatamente después de un coito desprotegido. La principal diferencia es que la AE, por el momento en que tiene que ser utilizada y por su mecanismo de acción, no es abortiva. La RU-486 es una molécula con acción antiprogestinaria, hormona que mantiene el embarazo en sus primeros estadios, y por tanto es abortiva. En cuanto al manejo clínico y presentación del producto, también hay diferencias, sin olvidar que, según las normativas vigentes en nuestro país, la RU-486 sólo puede ser administrada en los centros sanitarios acreditados legalmente para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) mientras que la anticoncepción postcoital (APC) se puede administrar en cualquier centro sanitario, igual que se prescriben otros métodos anticonceptivos.

¿Qué diferencias hay entre las pautas que se venían utilizando hasta ahora en España y la que se utilizará cuando esté comercializado un producto específico para AE?

Se podrían resumir en:

–Eficacia similar, aunque existen estudios que indican que la pauta comercializada, a base de levo-norgestrel, es un poco más eficaz que la pauta anterior. Se considera que esta nueva pauta tiene aún menos efectos secundarios.

–La pauta de administración varía un poco: utilizando píldoras anticonceptivas convencionales hay que usar 4 píldoras en total y con el preparado nuevo se adminis-

tran 2. Respecto al tiempo de administración, aunque el máximo permitido en ambas presentaciones es de 72 horas después del coito no protegido, en el caso de la nueva píldora parece que es más eficaz claramente cuanto antes se administre, de tal modo que conviene recomendar su uso dentro del plazo máximo de 24-48 horas post-coito.

—Otra diferencia es que a partir de ahora se evitará que las mujeres tengan que adquirir una caja con un número de píldoras muy superior al que realmente necesitan. De esta manera, tanto las mujeres como el personal sanitario, disponen de una presentación ajustada a sus necesidades, en cuyo prospecto se explica claramente la indicación de anticoncepción de emergencia, cosa que hasta hora no existía.

¿Por qué en la mayoría de las ocasiones los servicios de urgencia de los hospitales remiten a un Centro de Planificación familiar o a un servicio telefónico en vez de darla en el momento, sabiendo que así es más efectiva?

La respuesta del sistema sanitario ante la demanda de AE es por lo general irresponsable, ya que muchas veces incumple su deber de facilitar el uso de un método anticonceptivo de emergencia eficaz y seguro para la salud. Para mejorar las deficiencias existentes hasta ahora sería importante que los responsables de los servicios regionales de salud establecieran protocolos de atención claros y concisos en este campo. De esa manera se podría garantizar que ninguna mujer o joven que pidiera la píldora postcoital no pudiera prevenir un embarazo no deseado por demora en el tiempo de atención o por cualquier otra negligencia.

¿Cuáles son los principales problemas que va a encontrar una adolescente a la hora de acceder a la nueva píldora de emergencia?

Si el sistema sanitario no mejora, van a enfrentarse a los mismos problemas existentes hasta ahora: dependerá de la buena voluntad del profesional que les atienda. Sería necesario para hacerlo accesible a las mujeres, y sobre todo a los jóvenes, que pueda prescribirse con receta de la seguridad social y que los centros sanitarios, especialmente los relacionados con los programas de planificación familiar y de atención a la mujer y a jóvenes, dispongan de este producto en las consultas para entregarlos a las usuarias como medicación de urgencia, sin coste alguno para ellas, de manera similar a como se administran, por ejemplo, las vacunas.

¿La AE debe ser prescrita obligatoriamente con receta médica?

Es un tema controvertido: desde el punto de vista clínico es un producto tan eficaz y tan poco peligroso para la salud, si se usa bien, que podría darse, según algunas opiniones sin receta médica. El problema es que la falta de educación sexual existente en nuestro país puede traer como consecuencia su mal uso e incluso su utilización de manera continuada.

Las referencias relativas a la experiencia en Francia deben servir para la reflexión. La estructura educativa y sanitaria francesa es diferente a la española porque llevan mucho más tiempo preocupándose por prevenir embarazos no deseados y especialmente el embarazo adolescente. Por tanto, en nuestro país, en la actualidad, los institutos no están preparados para afrontar esta demanda, ya que ni siquiera desarrollan programas de educación sexual. Además, esta posibilidad requeriría la existencia de personal sanitarios dentro de los mismos, lo que hoy por hoy parece impensable.

¿Existe peligro de que la población adolescente utilice esta píldora de manera continuada? ¿Qué se debería hacer para evitar esa posibilidad?

No hay motivo para pensar que las y los adolescentes actúen contra su propia salud, salvo cuando no disponen de la información adecuada o cuando los servicios sanitarios no responden a sus necesidades. Si los adolescentes reciben la educación sexual que necesitan, tienen donde acudir, se les atiende bien y tienen acceso a los métodos anticonceptivos, no es razonable que prefieran utilizar, como norma, un método que es menos eficaz que los habituales y que a la larga podría crearle problemas para su salud que hoy en día aún no conocemos del todo.

¿Es posible recetar la AE a una adolescente menor de edad sin que los padres den su consentimiento?

La prescripción de AE es similar a la de cualquier otro anticonceptivo, ya que no se trata de un método abortivo. Por tanto, si el profesional considera que la adolescente está actuando con sentido común y no existen contraindicaciones médicas, no existe razón alguna para no darla. La irresponsabilidad sería no atender una demanda que puede evitar que un embarazo no deseado y de alto riesgo psicosocial se produzca.

¿Pueden los médicos y/o los farmacéuticos objetar recetarla/dispensarla por motivos de conciencia?

No se puede obligar a que un médico haga algo contra su voluntad. Eso es diferente a poder alegar objeción de conciencia, que es una opción, que para ser respetable debe ser rigurosa, para cualquier cosa. Así se podría llegar al absurdo de que un profesional sanitario alegara lo mismo para no atender, por ejemplo, a una persona con sida o que consume drogas que no aprueba.

Al no ser un método abortivo, no sería lícito alegar objeción de conciencia para no prescribir la AE. Aunque desde este punto de vista las autoridades sanitarias correspondientes podrían obligar a ese profesional a guiarse solo por los conocimientos científicos y a seguir los protocolos establecidos al respecto, lo mejor sería desarrollar programas de formación en este campo de los sanitarios que lo necesiten y garantizar que ninguna persona se queda sin atención por el posicionamiento individual de un profesional sanitario determinado.

¿Sería conveniente acompañar la píldora AE con campañas informativas dirigidas sobre todo a los adolescentes y jóvenes?

Sí. La eficacia de un método está en relación directa con su buen uso. Por tanto, sin información es imposible aprovechar al máximo los verdaderos beneficios de cualquier medida preventiva. Lo realmente necesario en nuestro país es desarrollar unas políticas decididas y eficaces de prevención del embarazo no deseado y especialmente del embarazo adolescente. Esta prevención pasa por incorporar la educación sexual al medio escolar, por facilitar el acceso de los jóvenes a los servicios y a los métodos anticonceptivos, por normalizar la comunicación en este campo entre los jóvenes y los adultos que les rodean y por mejorar la información que reciben a través de los medios de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morris JM, et al. Compounds interfering with ovum implantation and development. Role of estrogens. *Am J Obstet and Gynecol*. 1966.
2. Morris JM, et al. Postcoital oral contraception. En: *Proceedings of the Eight International Conference of the IPPF*. Chile, 1967.
3. Regional Information Bulletin. *Europe International Planned Parenthood Federation (IPPF)*. Vol. 13, nº 2. Autumn 1984.
4. A study-tour Report on Emergency Contraception in seven european countries. *Reproductive Health Technologies Project*. 1994. Documento traducido y publicado por la Federación de Planificación Familiar de España. 1994.
5. Reading on Emergency Contraception. *Family Planning Perspectives 1992-1996*. The Alan Guttmacher Institute, USA. 1996.
6. Tejerizo LC, et al. Anticoncepción postcoital. Estudio clínico comparativo entre la administración de una dosis alta de estrógenos y una dosis baja de EE y norgestrel. *Prog Obst Gyn*. 1988; 31.
7. Tejerizo LC, et al. La Anticoncepción Postcoital precoz. *Clin Invest Gyn Obst*. 1993; 20.
8. Lete I, et al. Contracepción postcoital con baja dosis de estro-progétágenos. *Prog Obs Gyn*. 1995; 85.
9. Proyecto PRE-VEN. Estudio sobre anticoncepción postcoital en España. Federación de Planificación Familiar de España. 1996.
10. Espinós JJ, et al. Safety and effectiveness of hormonal postcoital contraception: a prospective study". *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 1999; 4.
11. Encuesta Schering. Anticoncepción en España. 1997 y 1999.
12. Van Look PFA. Anticoncepción Postcoital: ¿Un futuro más prometedor? *ENTRE NOUS*. 1998; 39.
13. Ineichen J, et al. Patterns of prescription of PC4 by general practitioners in England and Wales. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2000; 5.
14. Trussell J, et al. Acces to Emergency Contraception. *Obstetric & Gynecology*. 2000; 95.
15. Emergency Contraceptive Pills. A Resource Packet for Health Care Providers and Programme Managers. Consortium for Emergency Contraception. Agosto 1996.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Atención Postcoital: Una atención de Emergencia. *Revista Cariatides. Formación continuada en Ginecología* 1996; nº 1.
- Anticoncepción Postcoital. Ponencias de la Jornada "Anticoncepción Postcoital: Presente y futuro" organizada por la APFM en Diciembre de 1994. *Publicaciones de la FPFE*, 1996.
- Anticoncepción postcoital: Una guía para la prestación de servicios. Organización Mundial de la Salud (OMS). 1998.
- Contracepción Postcoital precoz y tardía. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 1993; 17.
- Declaración sobre Anticoncepción de Emergencia. Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) 2000.

WEB RECOMENDADAS

Consorcio para la Anticoncepción de Emergencia. <http://www.path.org/cec.htm>
 Reproductive Freedom & Choice. NARAL. <http://www.naral.com>
 Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid. <http://www.centrojoven.org>

Drogas en la juventud: uso frente abuso

José Miguel Zoido Ramos

Médico de la UCA CEDEX de Badajoz. Especialista en Alcoholismo.

Una parte considerable de la mortalidad prematura en España se relaciona con el uso / abuso de sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas de uso no institucionalizado, como cannabis, cocaína, heroína y otras drogas estimulantes.

La morbilidad durante la adolescencia es el resultado, fundamentalmente, de determinadas conductas de riesgo. Estas conductas surgen a edades más tempranas que en generaciones anteriores y se acentúan ya en las etapas iniciales de la adolescencia.

La adolescencia es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas. Se trata del período en el que tiene lugar la experimentación inicial con el tabaco y el alcohol, y durante su curso se perfilan las actitudes ante las drogas de uso ilegal o no institucionalizado.

En la actualidad, se observa que los adolescentes contactan de forma precoz con el tabaco, el alcohol y las drogas no legales, y muchos de ellos presentan un alto consumo de estas sustancias. Hábitos como los señalados, en muchas ocasiones no solo se mantienen durante la adolescencia, sino que se prolongan el resto de la vida ocasionalmente una adicción a la sustancia e importantes consecuencias negativas para la salud pública.

El término droga se utiliza para referirse a aquellas sustancias que provocan una alteración del estado de ánimo, del sensorio y/o del comportamiento y que se consumen con este fin, de tal forma que existe una evidente inclinación al uso continuado de esta sustancia siendo capaces de producir adicción. Con este término se incluyen no solo las sustancias que popularmente son consideradas como drogas por su condición de ilegales, sino también diversos psicofármacos y sustancias de consumo legal como el tabaco, el alcohol o las bebidas que contienen xantinas como el café; además también se las considera como tales algunas sustancias de uso doméstico o laboral como las colas, los pegamentos, algunos tipos de pinturas y los disolventes volátiles.

Según su acción sobre el sistema nervioso central (SNC) y su comportamiento psicológico, las podemos clasificar en:

–Drogas depresoras: alcohol, tranquilizantes, analgésicos e hipnóticos, barbitúricos y anestésicos, inhalantes,

narcóticos de origen natural (codeína, morfina, heroína) y narcóticos de origen sintético (metadona).

–Drogas estimulantes: anfetaminas y metanfetaminas (éxtasis, píldora del amor), antidepresivos, cocaína, cafeína y nicotina.

–Drogas psicodélicas: cannabis y alucinógenos (naturales y sintéticos).

Hay tres conceptos importantes en el mundo de las drogodependencias:

–*Dependencia física*: es cuando la droga se ha incorporado al metabolismo del sujeto y el organismo se ha habituado a la presencia constante de esa sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en la sangre para funcionar con normalidad; cuando este nivel desciende por debajo de un cierto umbral, aparece el síndrome de abstinencia característico de cada droga.

–*Dependencia psicológica*: es la compulsión a consumir periódicamente la droga de que se trate para experimentar un estado afectivo positivo (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o librarse de un estado afectivo negativo (aburrimiento, timidez, estrés, etc.). Esta dependencia es lo realmente difícil de superar en el proceso de tratamiento de una adicción; para ello es necesario propiciar cambios en la conducta y emociones de la persona que le permitan funcionar psicológicamente (obtener satisfacciones, superar el aburrimiento, afrontar la ansiedad, tolerar la frustración, establecer relaciones sociales, etc.) sin necesidad de recurrir a la droga.

–*Tolerancia*: se produce cuando es necesario ir aumentando la cantidad de droga consumida para experimentar los mismos efectos que al principio; o lo que es lo mismo, cuando los efectos de una misma cantidad son cada vez menores. La tolerancia es un indicio de alteración metabólica, debido a un consumo crónico del que el organismo intenta defenderse.

Podemos afirmar que *adicción* o *toxicomanía* es un estado de intoxicación periódica o crónica, producido por el consumo de una droga natural o sintética y caracterizada por:

1. Un deseo irresistible (compulsión) a continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio.
2. Presencia de dependencia psíquica y/o física con respecto a la droga en cuestión.
3. Tendencia a incrementar la dosis
4. Daño para el individuo y/o la sociedad y la familia.

Como todos sabemos, el hábito de fumar se asocia al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, enfisema y cáncer de pulmón y de laringe, ocasiona ingentes gastos al sistema sanitario español y es la causa de muerte preventible más importante en el mundo desarrollado.

El inicio del consumo de tabaco se relaciona, en buena parte, con su presencia en el entorno social y con presiones externas hacia su consumo. Alrededor del 74% de la

población escolar entre 14 y 18 años manifiesta haber fumado tabaco en el último mes, según la encuesta del PNSD del año 2000. El uso del tabaco, tradicionalmente mayor en los varones, ha aumentado notablemente entre las mujeres durante la última década.

El alcohol es la droga más consumida por los adolescentes (superior al 75% es la cifra obtenida de la encuesta realizada a la población escolar en el año 2000, donde refieren haber consumido alcohol en el último mes) y presenta un patrón de consumo esporádico, intensivo, fuera del hogar y con sus pares de iguales (en grupos). El uso de alcohol por parte de los adolescentes muestra, en España, un patrón complejo que incluye un frecuente uso social tradicional en el medio familiar, pero también un patrón distinto de uso en espacios de ocio y de relación social.

Los patrones patológicos de consumo de alcohol en el adulto, iniciados en muchos casos durante la adolescencia, pueden ocasionar cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares y neurológicas e intensos trastornos en la convivencia en la familia y en la sociedad. También está implicado en más de la mitad de las muertes de jóvenes por accidentes de circulación. Además, la conducta desinhibida que induce el consumo de alcohol (y quizás junto con otras drogas de tipo ilegales), facilita las relaciones sexuales precoces, y sin protección, y en consecuencia las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

En los últimos años se ha producido entre los adolescentes un cambio en el concepto de ocio y tiempo libre, lo cual, unido a desajustes afectivos, psicosociales y educativos propios de esta edad, podría tener relación con el desarrollo de conductas de riesgo. En España, la edad media del primer contacto con el alcohol es de 13-14 años, y en esta franja hay más chicas que chicos.

¿Por qué beben tanto los adolescentes? Quizás sea por varias causas:

1. Por imitación, ya que un niño ve que los mayores beben, y se divierten, y pueda asociar el alcohol con la diversión.
2. En la adolescencia pueden beber para tener sentimiento de grupo.
3. Puede haber chavales que lo pasan mal en la vida y beben para huir de la realidad.

El patrón de consumo juvenil de alcohol presenta unas características propias que lo diferencian del patrón tradicional de consumo de la población general:

–Reducción del número de bebedores entre los adolescentes españoles entre los años 1986 hasta 1995 (74,1% y 48,8%).

–El que aumentara el número de abstemios no significa que los jóvenes beban menos; la cantidad de alcohol consumida por los que siguen bebiendo se ha incrementado en una gran proporción: más peligroso en términos de salud pública.

–El número de consumidores de alcohol, así como la cantidad ingerida, es mayor en los varones que en las mujeres

Tabla 1. problemas asociados al consumo de alcohol**Problemas de índole física**

- Síndrome de dependencia alcohólica
- Enfermedades cardiovasculares: miocardiopatías
- Trastornos neurológicos por accidentes y traumatismos
- Cirrosis hepática y otras alteraciones hepáticas
- Pancreatitis aguda y crónica de origen enólico

Problemas de índole psicológica

- Intoxicación alcohólica aguda o embriaguez
- Síndrome de abstinencia alcohólica
- Demencia asociada al alcoholismo
- Trastornos depresivos
- Suicidio

Problemas de índole social

- Problemas familiares
 - Cónyuge alcohólico/a
 - Ruptura de la pareja
 - Hijos en el sistema familiar alcohólico
- Problemas laborales
 - Absentismo y pérdida de empleo
 - Bajas por enfermedad y accidentes laborales
- Accidentes de tráfico
- Violencia y conductas delictivas

—La cerveza es la bebida preferida por los adolescentes, y los combinados están más ligados a los jóvenes por razones de tipo económico.

El consumo de alcohol está asociado a un mayor riesgo de padecer problemas de salud y enfermedades, tanto de índole física, como psicológica y social siendo éste de forma puntual o regular, tanto en bebedores ocasionales como en habituales, en grandes bebedores como en alcohólicos (tabla 1).

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Bobes Garcia J, Casas Brugué M, Gutierrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Ed Ars Medica 2003.
- Casas Anguita J, López Lizana JP. Patrón de consumo juvenil de alcohol y problemas asociados. *Med Clin* 1996;107(14):54.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español, Informe 2. Madrid, 2000.
- Donats Burac S. Protección, riesgo y vulnerabilidad. Adolescencia Latinoamericana 1.999;1:222-30.
- Elzo J. Los jóvenes y su relación con las drogas. Vitoria: Publicaciones del Gobierno Vasco, 1989.
- Gradillas V. Trastornos de la personalidad en la práctica médica. Ed Masson, 2002.
- Lager Brancolini F, López Montoro F. Manual de Drogodependencias para profesionales de la Salud. Ed Librería Universitaria, 2002.
- Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias 2001. Ed Médica Panamericana.
- Paniagua Repetto H, García Calatayud S, Serrallé Serrano R, Redondo Figuero C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An Esp Pediatr* 2002;121-8.
- Rodes J. Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol. Barcelona Ed Espaxs. 1999.
- Rubio G, Ponce G, Jiménez MA. Manejo de problemas clínicos en toxicomanías. *Trast Adict* 2000;2:243-56.
- Salcedo F, Palacios ML, Rubio M, del Olmo E, Gadea S. Consumo de alcohol en escolares: motivaciones y actitudes. *Aten Primaria* 1995;15:8-14.
- Santo-Domingo J. Problemas relacionados con el alcohol en niños y adolescentes. *Anales Españoles de Pediatría* 1990;269-72.
- Santo-Domingo J, Alonso F, Valenciano L. Estudio epidemiológico sobre el alcoholismo en España. *Rev San e Hig Pública* 1996;40:1-45.
- Santo-Domingo J, Rodríguez-Vega B. Evolución de los hábitos de consumo de alcohol y de la dependencia alcohólica en España. *Rev Esp Drogodependencias* 1989;14:16-175.
- Silber TJ, Munit M, Maddaleno M, Suárez Ojeda E. Manual de medicina de la adolescencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992.
- Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas. *Med Clin* 1995;104(20):784-8.

—El consumo de alcohol está muy relacionado con la edad, siendo la finalización de la ESO la que marca el inicio del consumo masivo por los jóvenes mayores de edad (época de las “litronas” y posteriormente “botellón”).

—Los jóvenes que comienzan a beber alcohol más tempranamente presentan un patrón de consumo más elevado que los que comienzan más tarde y sufren más problemas posteriores como consecuencia de dicho consumo.

—La distribución por días de la semana tiene un perfil característico: el día de mayor consumo es el sábado, seguido del viernes, el jueves y el domingo.

—Los más jóvenes beben alcohol básicamente las tardes del fin de semana, y es a partir de los 17 años cuando consumen alcohol en las noches del viernes y sábado.

—El consumo de alcohol, predominantemente en fiestas familiares se produce hasta los 14 años, y es a partir de los 15-16 años cuando comienza el predominio del consumo de alcohol en “ocasiones sociales” y con los amigos.

—Se suele buscar, en muchos casos y sobre todo en los más jóvenes, los efectos psicoactivos del alcohol.

—El consumo de alcohol se produce, principalmente, en el contexto de las relaciones sociales del grupo de iguales (apenas hay consumo en solitario).