

significa recomendar y promover políticas y en ningún caso implementar políticas, ya que para eso están los gobiernos soberanos que le otorgan su mandato. En este caso, vale mencionar que la Asamblea Mundial de la Salud, a la que asisten los ministros de Salud de los Estados Miembros, en el año 2004 requirió a la OMS que desarrollara un Código de Práctica Internacional de Reclutamiento para Personal Sanitario<sup>2</sup>. En respuesta a eso se inició un proceso de consulta global, cuyo producto fue la adopción de dicho código por la Asamblea Mundial de 2010<sup>3</sup>. Uno de sus puntos básicos es que «Los Estados Miembros deben satisfacer sus necesidades de personal de salud con sus propios recursos humanos en la medida de lo posible y por lo tanto adoptar medidas para educar, conservar y mantener su fuerza laboral de salud, así como los derechos de los trabajadores migrantes están consagrados de igual manera a los trabajadores de salud capacitados en el país».

## Bibliografía

1. Bernardini Zambrini DA, Barengo NC, Bardach A, Hanna M, Macias Núñez J. ¿Migrar o no migrar? ¿Qué pasará con

nuestra próxima generación de médicos? Estudio sobre causas y motivos en estudiantes avanzados de medicina en 11 universidades de España». *Aten Primaria*. 2011;43: 222–6.

2. The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, WHO 2010. Accesible: 3 Mayo 2011: [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf).
3. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Report by the Secretariat. WHO 2010. Accesible: 3 Mayo 2011: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63.8-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63.8-en.pdf).

Diego A. Bernardini Zambrini<sup>1</sup>

*Organización Pan Americana de la Salud (OPS/OMS), Washington DC, Estados Unidos*

*Correo electrónico: bernardd@Paho.Org*

<sup>1</sup> Las opiniones y juicios vertidos en este escrito, corresponden a la opinión del autor y no representa la posición de la institución a la que pertenece.

doi:10.1016/j.aprim.2011.05.009

## La importancia de incorporar la opinión del adolescente a las actividades contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas

### The importance of including the opinion of adolescents in activities against the use of alcohol, tobacco and drugs

*Sr. Director:*

He leído con interés el estudio cualitativo de Carreter et al.<sup>1</sup> sobre el consumo de tóxicos en adolescentes, pero sobre todo con alegría. Si en algún momento de la vida de los pacientes podemos ser más eficaces en las actividades preventivas y de promoción de la salud es en la adolescencia. Esta etapa de la vida, a caballo entre pediatría y medicina de familia, pasa desapercibida en gran cantidad de ocasiones y por eso se agradece el esfuerzo por salir del entorno asistencial propio y buscar a esta población en su lugar preferente de socialización: el instituto. Es necesaria una visión holística de este problema de salud pública, y para ello los sanitarios debemos conocer las motivaciones de los adolescentes para el consumo de tabaco, alcohol y drogas. En los resultados ofrecidos por los investigadores sería muy útil ordenar las motivaciones que inducen a los jóvenes al consumo, dado que no todas tienen el mismo peso en las conductas de los adolescentes. Diversión, experimentación y socialización se configuran, posiblemente, como las categorías de mayor peso para una conducta de riesgo<sup>2</sup>. Los valores dominantes de la sociedad favorecen los nuevos patrones de consumo de drogas juveniles basados en la diversión y el placer, lo que se relaciona con el incremento del tiempo dedicado al ocio, de modo muy especial entre los jóvenes<sup>3,4</sup>. Otro aspecto fundamental es la normalización social del con-

sumo, sobre todo en el caso del alcohol. La aceptación social y cultural de que han disfrutado las bebidas alcohólicas en nuestro país ha facilitado la consolidación de unas actitudes frente a los consumos de alcohol determinadas por una enorme tolerancia social hacia los mismos<sup>4</sup>, sobre todo a nivel familiar<sup>5</sup>. Pese a este dato, entre los adolescentes parece tener más importancia la mejora de la socialización que la imitación de modelos sociales<sup>5</sup>. Otros factores, como la edad o el sexo, deben ser tenidos en cuenta, siendo necesaria la incorporación del discurso de los adolescentes menores de 14 años, ya que el inicio del consumo de alcohol y tabaco se sitúa en esa franja etaria y será (con alta probabilidad) la puerta de entrada para el consumo de drogas ilegales<sup>2,5</sup>. Así, la idea de «beber para olvidar» o «parecer mayor al fumar» es más frecuente en la primera etapa de la adolescencia, mientras que la susceptibilidad a la presión de los iguales es un factor que determina el consumo de alcohol de forma más intensa en hombres frente a mujeres<sup>5</sup>.

Como indican los autores, es necesario diseñar intervenciones preventivas a partir del discurso de los adolescentes, teniendo en cuenta edad y sexo de los adolescentes y potenciando los factores protectores que la familia puede desarrollar (el modelado, la relación de afecto y la comunicación abierta)<sup>2</sup>. Los jóvenes también demandan la existencia de mediadores en salud de edad joven que favorezcan una transmisión de valores y vivencias que refuerce la capacidad crítica de decisión del adolescente<sup>5</sup>. Además de la promoción de actividades de ocio constructivo y saludable, dirigidas fundamentalmente a la prevención del consumo, los sanitarios podemos y debemos incorporar elementos motivacionales en la intervención sobre adolescentes consumidores. Así, hemos encontrado disonancias cognitivas que se asocian al cese del tabaquismo tras una intervención motivacional<sup>6</sup> y se relacionan con factores

como el sexo, la dependencia de la nicotina y la motivación para el abandono del consumo. El conocimiento y empleo de las motivaciones de los adolescentes para el consumo pueden ayudar a eliminar obstáculos con esta población, ofrecer alternativas y disminuir la deseabilidad del consumo al tiempo que se ofrece ayuda activa para el cese del mismo.

## Bibliografía

1. Carreter Parreño J, García Castillo O, Ródenas Aguilar JL, Gómez Saldaña A, Bermejo Cacharrón Y, Villar Garrido I. Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Aten Primaria*. 2011;43:435-9.
2. García Averaturi L, López Díaz C, Egea Molina E. Sustancias adictivas y adolescencia. Valoraciones, experiencias y recomendaciones de jóvenes, progenitores y educadores canarios sobre el consumo de drogas en los adolescentes. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria 2008 [consultado 22/6/2011]. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/20080925adolesmaqueta.pdf>.
3. Megías E, Elzo J, Comas D, Rodríguez E, Megías I, Navarro J, et al. Valores sociales y drogas. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2001.
4. Sánchez Pardo L, Navarro Botella J, Valderrama Zurián JC. Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura (proyecto GENACIS). Sociedad Española de Toxicoma-

- nías, Alicante 2004 [consultado 22/6/2011]. Disponible en: <http://www.documentacion.edex.es/docs/1104SANest.pdf>
5. Pérez Milena A, Redondo Olmedilla M, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Aten Primaria*. 2010;42:604-11.
  6. Pérez-Milena A, Pérez-Fuentes C, Navarrete-Guillén AB, Mesa-Gallardo MI, Leal-Helming FJ, Martínez Pérez R. Disonancias cognitivas en la intervención antibabaco motivacional en adolescentes. *Semergen*. 2011;37:188-94.

Alejandro Pérez Milena<sup>a,\*</sup>, Manuel Redondo Olmedilla<sup>b</sup> y Ana Belén Navarrete Guillén<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud el Valle, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España. Grupo de Trabajo del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*

<sup>b</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud el Valle, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España*

<sup>c</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Torredonjimeno, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alpemi@gmail.com](mailto:alpemi@gmail.com) (A. Pérez Milena).

doi:10.1016/j.aprim.2011.09.010

## Réplica de los autores

### Author's reply

Sr. Director:

Los autores del estudio compartimos y aplaudimos la reflexión efectuada por Pérez Milena et al.<sup>1</sup> acerca de la importancia de la prevención y la promoción de la salud en la población adolescente. La adolescencia es una etapa madurativa clave en el proceso de desarrollo de las capacidades cognitivas, culminación del proceso de transformación del niño en adulto. Resulta fundamental para el desarrollo en esta etapa la adquisición de habilidades en la competencia social, la capacitación de las facultades individuales y la toma responsable de decisiones, mediante la participación activa de los padres en la autorregulación y la crianza de los hijos<sup>2</sup>.

Un mayor conocimiento del entorno motivacional del adolescente resulta el marco base para incorporar una red de acción independiente capaz de implementar maniobras preventivas eficaces<sup>3</sup>, dirigidas específicamente al desarrollo de nuestros jóvenes desde un abordaje multidisciplinario<sup>4</sup>. Sin una intervención activa y específica en esta etapa crítica de la vida estaríamos, y estamos, renunciando a nuestro objetivo principal como médicos, mejorar la salud de la población.

Como médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria deberíamos encontrarnos a caballo entre la rica y diversa cotidianeidad de la práctica asistencial y el concepto abstracto de medicina comunitaria, más cercano a

la salud pública que a nuestra actividad en la consulta. Es esta vertiente comunitaria de la especialidad la clave del cambio de los grandes problemas de salud que arrastra nuestra sociedad, tan arraigados culturalmente que incluso la sociedad confunde en ocasiones la práctica de malos hábitos con cuestiones identitarias, preservados eficazmente por los fuertes intereses económicos que les subyacen.

Resulta complicado desde el sector sanitario llevar a cabo actividades preventivas cuando la política de recortes llevada a cabo por las administraciones gubernamentales no propicia el clima idóneo para el desarrollo de estas iniciativas. Mientras la revisión de las actividades sanitarias se realice con lupa y tijera, poco se podrá trabajar por la mejora en cualquier área de acción, en un sistema sanitario que se encuentra atado de pies y manos. Es cierto que la excepcionalidad de la crisis económica actual condiciona gravemente la situación, pero el hecho de que se ponga el énfasis de los recortes presupuestarios en las áreas de educación y sanidad revela la miopía grave con la que se visualiza la planificación de nuestro futuro.

Uno de los preceptos básicos de la bioética es el principio de justicia, piedra angular de la práctica médica, así como lo son la autonomía del paciente y los principios de beneficencia y no maleficencia. Por justicia debemos preservar una distribución adecuada de los recursos, asegurando la equidad en su reparto, asegurando así que los intereses de la comunidad son preservados y que el ejercicio de la medicina se dirige hacia los resultados deseados, la mejora de la salud. Por desgracia, este precepto ético no parece ser universal, ya que la justicia de los recortes sanitarios llevados a cabo por las administraciones es bastante dudosa