



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Argos-Murcia: Programa de
Prevención y Atención del
Consumo de Alcohol y otras
Drogas para Atención Primaria**

D^a. Ana Belén Villar Lorenzo

2016

**ARGOS-MURCIA: PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y
OTRAS DROGAS PARA ATENCIÓN PRIMARIA.**



D^a ANA-MARÍA GONZÁLEZ CUELLO, DOCTORA por la Universidad de Murcia,
del Área de Enfermería en el Departamento de ENFERMERÍA, **AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “**Argos-Murcia: programa de prevención y atención del consumo de alcohol y otras drogas para Atención Primaria**”, realizada por **D^a ANA BELÉN VILLAR LORENZO**, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 3 de Junio de 2016

Dra. D^a Ana-María González Cuello

ARGOS-MURCIA: PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS PARA ATENCIÓN PRIMARIA.



D^a MARÍA DOLORES FLORES BIENERT, DOCTORA por la Universidad de Murcia, del Área de Enfermería en el Departamento de ENFERMERÍA, **AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “**Argos-Murcia: Programa de prevención y atención del consumo de alcohol y otras drogas para Atención Primaria**”, realizada por **D^a ANA BELÉN VILLAR LORENZO**, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 3 de Junio de 2016

Dra. D^a M^a Dolores Flores Bienert

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a aquellas personas que han permitido que este proyecto haya tenido un final feliz, como los cuentos infantiles.

A mi directora de tesis, la Dra. Ana María González Cuello, por todos sus consejos y sugerencias, así como por su esfuerzo y sacrificio en su tiempo libre.

A la Dra. M^a Dolores Flores Bienert, por su codirección, aportándonos todo su saber y experiencia en la dirección de esta tesis.

A D. Juan Jiménez Roset por depositar su confianza en mí y facilitar en todo lo posible que esta tesis sea una realidad.

A Dña. Consuelo Puerta Ortuño, compañera y amiga, por su conocimiento y apoyo incondicional en todas las esferas.

A Asensio, Berta y al resto de compañeros del Programa ARGOS-Murcia, por hacer posible el trabajo en equipo y poder obtener estos resultados.

A los profesionales sanitarios de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud, a los técnicos locales de los Planes y Programas Municipales de Prevención de Drogodependencias y a los profesionales docentes, sin ellos este programa no sería lo que es.

A María Falcón, Jaime Martínez y José Luis Molino que han dedicado su tiempo en pro de este trabajo de tesis con paciencia y cariño.

A mi familia por su ánimo, apoyo y amor siempre.

DEDICATORIA

A mi madre, mi gran apoyo, por su infinito amor, cariño y comprensión y a mi hijo que siempre está en mi corazón.

CITA

*“Sólo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible
una acción eficiente y permanente en salud”;*

*“nadie puede cuidar la salud de otra persona, si ésta no quiere
hacerlo por sí misma”*

(Briceño-León, 1996).

RESULTADOS PARCIALES DE LA PRESENTE TESIS DOCTORAL, DIFUNDIDOS Y PUBLICADOS EN LOS SIGUIENTES FOROS CIENTÍFICOS, JORNADAS Y CONGRESOS DE INTERÉS SANITARIO NACIONAL E INTERNACIONAL

Villar Lorenzo, A. B., Medina Infante, B. A., Jiménez Roset, J., López Santiago, A., Durán Iniesta, J. M. Proyecto ARGOS-Comunitario “Alcohol: Conciencia con ciencia” en XLII JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Logroño, del 12 al 14 de marzo, 2015.

Medina Infante, B. A., **Villar Lorenzo, A. B.**, Puerta Ortuño, C., Jiménez Roset, J., Cascales García, I. “Tomemos conciencia, nuestros pacientes tienen un consumo de alcohol de riesgo y no lo sabemos”, en XLII JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Logroño, del 12 al 14 de marzo, 2015.

Medina Infante, B. A., **Villar Lorenzo, A. B.**, Puerta Ortuño, C., García Ruiz, F. J., Alcaraz Velasco, A. “Postura de los profesionales de AP ante la intervención en alcohol y otras drogas en el CS”, en XLII JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Logroño, del 12 al 14 de marzo, 2015.

Jaimes Vega, D. C., Esquerdo Laib, M., Sánchez Saúco, M. F., Cánovas Conesa, C. A., **Villar Lorenzo, A. B.**, Ortega García, J. A. “Exposición ambiental fetal a drogas: Experiencia de una unidad de salud medioambiental pediátrica”, en XL JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Murcia, 18, 19 y 20 de Abril, 2013.

Jaimes Vega, D. C., Sánchez Saúco, M. F., Ortega-García, J. A., Delgado Marín, J. L., **Villar Lorenzo, A. B.**, Jiménez Roset, J. “Describir y analizar la evolución de la exposición a etanol entre las parejas embarazadas (2009-2012): Medio ambiente y Embarazo”, en LXII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, AEP. Sevilla, 6, 7 y 8 de Junio, 2013.

Jaimes Vega, D. C., Sánchez Saúco, M. F., Ortega García, J. A., Delgado Marín, J. L., **Villar Lorenzo, A. B.**, Jiménez Roset, J. “Exposición ambiental a drogas ilegales en el embarazo y su asociación con características sociodemográficas de las familias”, en LXII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, AEP. Sevilla, 6, 7 y 8 de Junio, 2013.

López Santiago, A., Medina Infante, B. A., **Villar Lorenzo, A. B.**, Puerta Ortuño, C., Jiménez Roset, J., Alcaraz Velasco, A. “¿Es posible mejorar la atención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol?”, en IX Congreso Regional de CALIDAD ASISTENCIAL SOMUCA. Murcia, 12 y 13 de Junio de 2013.

López Santiago, A., Medina Infante, B. A., **Villar Lorenzo, A. B.**, Puerta Ortuño, C., Jiménez Roset, J., Alcaraz Velasco, A. “Opinión de los profesionales de AP sobre la intervención en drogas en el CS”, en IX Congreso Regional de CALIDAD ASISTENCIAL SOMUCA. Murcia, 12 y 13 de Junio de 2013.

Medina Infante, B. A., **Villar Lorenzo, A. B.**, Puerta Ortuño, C., Jiménez Roset, J., López Santiago, A., Ataz Gómez, M. L. “Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta” en XL JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Murcia, 18, 19 y 20 de Abril, 2013.

Ortega García, J. A., Jiménez Roset, J., Delgado Marín, J. L., Esquerdo Laib, M., Jaimes Vega, D. C., Sánchez Saúco, M. F., **Villar Lorenzo, A. B.** “Disminución de las cardiopatías

congénitas en una población intervenida con un programa integral de prevención del consumo de alcohol durante el embarazo”, en XL JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Murcia, 18, 19 y 20 de Abril, 2013.

Sánchez Saúco, M. F., Jaimes Vega, D. C., Esquerdo Laib, M., Oñate Sánchez, M. D., **Villar Lorenzo, A. B.**, Jiménez Roset, J., Ortega García, J. A. “Circuito de detección y minimización de daño para parejas embarazadas con altos consumos de alcohol y drogas ilegales en la Región de Murcia”, en XL JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Murcia, 18, 19 y 20 de Abril, 2013.

Villar Lorenzo, A. B., Puerta Ortuño, C., Medina Infante, B. A., Jiménez Roset, J., López Santiago, A. “ARGOS-Murcia, consiguiendo el vellocino de oro”, en XL JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Murcia, 18, 19 y 20 de Abril, 2013.

Fernández García, J. M., García González, A., Ortega García, J. A., Martínez Aroca, M., Sánchez Saúco, M. F., Cánovas Conesa, A., **Villar Lorenzo, A. B.**, Jiménez Roset, J. “Alcohol y lactancia materna en España: Un cocktail muy peligroso”. XXXIX JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Tarragona, 28, 29, 30 y 31 de Marzo, 2012.

Martínez Aroca, M., Sánchez Saúco, M. F., **Villar Lorenzo A. B.**, Arteaga Moreno, A., Delgado Marín, J. L., López Santiago, A., Ortega García, J. A., Jiménez Roset, J. “La ‘bebedora social’ embarazada en la Región de Murcia: Perfil y resultados en la antropometría neonatal”. XXXIX JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Tarragona, 28, 29, 30 y 31 de Marzo, 2012.

Sánchez Saúco, M. F., **Villar Lorenzo A. B.**, Martínez Aroca, M., Arteaga Moreno, A., Delgado Marín, J. L., López Santiago, A., Ortega García, J. A., Jiménez Roset, J. “Drogas legales e ilegales en el primer trimestre de embarazo, experiencia con la ‘hoja verde’: Intervención breve y eficiente”. XXXIX JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Tarragona, 28, 29, 30 y 31 de Marzo, 2012.

Sánchez Saúco, M. F., **Villar Lorenzo A. B.**, Martínez Aroca, M., Delgado Marín, J. L., López Santiago, A., Ortega García, J. A., Jiménez Roset, J. P “Argos Nato: *Prevención, detección y minimización de daño por alcohol y otras drogas durante el embarazo y lactancia en la Región de Murcia*”. XXXIX JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Tarragona, 28, 29, 30 y 31 de Marzo, 2012.

Medina Infante, B. A., **Villar Lorenzo, A. B.**, Puerta Ortuño, C., López Santiago, A., Jiménez Roset, J., Hukelová, H. “Opinión de los profesionales de AP sobre la intervención en drogas en el CS”, en XXXVIII JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Madrid, 7, 8 y 9 de Abril, 2011.

Villar Lorenzo, A. B., Puerta Ortuño, C., Medina Infante, B. A., Alcaraz Velasco, A., Ruiz Ros, J. M., Martínez Carrillo, J. A. “Programa Argos: Prevención del consumo de alcohol desde AP”, en VII CONGRESO NACIONAL FAECAP y II CONGRESO REGIONAL SEAPREMUR de Enfermería de Familia y Comunitaria. Murcia, 11, 12 y 13 de Mayo, 2011.

OBTENCIÓN DE PREMIO:

El Programa ARGOS-Murcia ha sido reconocido por la Fundación para la Atención a las Toxicomanías de Cruz Roja Española (CREFAT), en la 20ª edición de los **Premios Reina Sofía contra las Drogas 2012** en la Edición Nacional, con "Mención Especial" en la modalidad de "Labor Social", por **"La implicación e integración del médico y enfermero de primaria y facilitar su participación en la red que atiende a personas afectadas, favoreciendo la integración a dichas personas en el Sistema Público de Salud"**, recibéndola D. Juan Manuel Ruiz Ros, Director General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias, de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, el día 6 de noviembre de 2012 en el Palacio de la Zarzuela, de manos de la Reina Dña. Sofía.

RESUMEN:

ARGOS-MURCIA: PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS PARA ATENCIÓN PRIMARIA.

OBJETIVO GENERAL: Capacitar a los Equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia en la realización de intervenciones sistematizadas para la prevención, detección precoz y tratamiento de los diferentes problemas asociados con el consumo de alcohol y otras drogas, en coordinación con el resto de los niveles asistenciales y con los recursos educativos y comunitarios de cada zona de salud.

METODOLOGÍA: Este programa consta de cuatro proyectos denominados:

1.- Proyecto ARGOS – AP: Actuaciones formativas, difundidas y apoyadas por las Gerencias de Atención Primaria, consistentes en: Formación de Formadores, Formación entre Iguales, Formación de Investigadores y Formación Continua, para la capacitación en cribado, entrevista motivacional y consejo breve de salud de médicos, enfermeros, pediatras y matronas, con el desarrollo de tres líneas de investigación.

2.- Proyecto ARGOS-Comunitario: Proyecto educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”, de prevención del consumo de alcohol, destinado a alumnos de 1º de Educación Secundaria Obligatoria, con la formación previa de los profesionales sanitarios, orientadores educativos y técnicos locales, para realizar tres Unidades Didácticas. Incluye un concurso con la obtención de un premio para un alumno por Centro Educativo.

3.- Proyecto ARGOS - Nato: Formación, entrenamiento e investigación para manejar las enfermedades relacionadas con el consumo de drogas legales e ilegales como riesgos ambientales, durante los periodos críticos del embarazo, la lactancia y las dos primeras décadas de vida, a los profesionales sanitarios que trabajan en torno a las disciplinas materno-infantiles.

4.- Proyecto ARGOS-Familias: Formación a profesionales sanitarios pediátricos para la intervención con preadolescentes y sus familias sobre factores de riesgo, para prevenir el consumo de drogas.

RESULTADOS/CONCLUSIONES:

Proyecto Argos-AP:

-**1032 profesionales sanitarios** formados con la Formación de Formadores I y la Formación entre iguales (primer 2+2) y **634** con la Formación de Formadores II e Investigadores y la Formación entre Iguales (segundo 2+2).

-**2.936 adolescentes, mujeres embarazadas y adultos**, recibieron consejo breve de salud en materia de drogodependencias, a través de las tres líneas de investigación que desarrollaron los profesionales sanitarios en todas las Áreas de Salud de la Región de Murcia.

Proyecto Argos-Comunitario:

- Curso Escolar 2014/2015: **10.528 alumnos** formados de 1º de Educación Secundaria Obligatoria mediante la aplicación de las tres Unidades Didácticas, con la participación de 121 Centros Educativos, 413 Docentes, 57 Centros de Salud, 132 Profesionales Sanitarios y

ARGOS-MURCIA: PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS PARA ATENCIÓN PRIMARIA.

31 Técnicos Locales de prevención de drogodependencias. Con 67 alumnos premiados en el concurso.

- **20.330 alumnos** formados en prevención del consumo de alcohol, en tres cursos escolares.

Proyecto Argos-Nato:

- **1865 mujeres embarazadas** de alto riesgo prenatal y **sus parejas**, recibieron exploración de tóxicos mediante el cribado de la “Hoja Verde” y consejo breve de salud sobre alcohol y otras drogas.

- **713 profesionales** de salud formados.

Proyecto Argos-Familias:

- **214 profesionales de pediatría** formados.

Los resultados obtenidos señalan la aceptación y la viabilidad de la prevención, detección precoz e intervención, en materia de alcohol y otras drogas en AP. El sistema de “*formación de formadores*”, “*formación entre iguales*” y la metodología de trabajo mediante *investigación-acción* son adecuados y eficaces para la formación de los profesionales sanitarios. La intervención en el consumo de alcohol de riesgo, con el cribado sistemático y el consejo breve de salud protocolizado, apoyado con la entrevista motivacional en adultos, adolescentes y embarazadas ha demostrado ser implementable con un mínimo entrenamiento, por los profesionales sanitarios en las condiciones habituales de sus consultas, poniendo en práctica la formación recibida.

La prevención del consumo de alcohol desde una perspectiva comunitaria con cobertura Regional, ha involucrado a profesionales del sector educativo y local (técnicos de los planes municipales-mancomunales de prevención de drogodependencias) permitiendo la formación de preadolescentes en los centros educativos y sanitarios sobre las repercusiones biopsicosociales, derivadas del consumo de alcohol.

La formación de los profesionales en el cribado y la atención en la exposición a alcohol durante el embarazo, aumenta la detección de mujeres consumidoras, la intervención y como consecuencia la disminución del consumo, repercutiendo positivamente en la salud del feto en desarrollo.

El asesoramiento de los padres por el pediatra, posibilita intervenciones preventivas complementarias entre el niño/adolescente y su familia, en materia de consumo de alcohol y otras drogas.

El apoyo institucional y económico del Plan Nacional sobre Drogas y la implicación del Servicio Murciano de Salud han sido claves para el éxito del Programa Argos-Murcia.

SUMMARY:

ARGOS-MURCIA: PREVENTION AND HEALTH PROGRAMME ON THE CONSUMPTION OF ALCOHOL AND DRUGS FOR PRIMARY HEALTH CARE.

OVERARCHING OBJECTIVE: To empower Primary Health Care Teams to carry out systematized interventions oriented towards the prevention, early detection and treatment of different problems connected with the consumption of alcohol and other drugs, in coordination with the remaining levels of attention and with the educational and community resources of each health area.

METHODOLOGY: This programme consists of four projects:

1. ARGOS – PHC Project: Educational actions disseminated and supported by the Primary Health Care Management consisting of: Trainers training, Equals training, Researchers training and Continue training for the training of screening, motivational interviewing and brief health advice abilities in doctors, nurses, paediatricians and midwives in three lines of research.
2. ARGOS – Community Project: Educational project "Alcohol: awareness with science" in prevention of the consumption of alcohol assigned to students of 1st year of Obligatory Secondary Education including the previous training of health professionals, educational guidance and local experts to carry out three Teaching Units. It includes a competition with one prize for one student in each Educational Centre.
3. ARGOS – Born Project: Actions to identify, assess and manage diseases related to the consumption of legal and illegal drugs as environmental risks during critical periods of pregnancy, lactation and the first two decades of life. Likewise actions to provide training, practice and research in the Paediatric Environmental Health to health professionals working on the maternal and child field.
4. ARGOS – Family Project: Paediatric health professionals training for the detection and the intervention on pre-adolescents and their family training on the risk factors to prevent the drug consumption.

RESULTS/CONCLUSIONS:

ARGOS – PHC Project:

-**1.032 health professionals** trained at the Trainers Training I and Equals training meeting (first 2+2) and **634** trained at the Trainers Training II and Researchers and Equals training (second 2+2).

-**2.936 adolescents, pregnant women and adults**, received brief health advice in the drug addiction matter through the three lines of research developed by Health Professionals in all the Health Areas of the Region of Murcia.

ARGOS – Community Project:

- Academic Year 2014/2015: **10.528 students** of 1st year of Obligatory Secondary Education trained with the implementation of the three Teaching Units, involving 121 Educational Centres, 413 Teachers, 57 Health Centres, 132 Health Professionals and 31 Local Experts in drug addiction prevention. 67 students were rewarded in the competitions.

- **20.330 students** trained in prevention of the consumption of alcohol in three Academic Years.

ARGOS – Born Project:

- **1.865 pregnant women** with high risk antenatal **and their couples** received a toxic test using the "Green Sheet" method and a brief health advice on the alcohol and drugs subject.

- **713 health professionals** trained.

ARGOS – Family Project:

- **214 paediatrics professionals** trained.

The results obtained point to the acceptance and viability of prevention, early detection and intervention in questions of alcohol and other drugs in Primary Attention. The "trainers' training" and "peer training" system, together with the research-action work method, are suitable and efficient in the training of health professionals. Intervention in risk alcohol consumption, together with systematic screening and protocolized brief health counselling based on with motivating interviews with adults, adolescents and pregnant women have proven implementable with a minimum of training by health professionals in the normal conditions obtaining in their surgeries, utilizing the training received.

The prevention of alcohol consumption from a community perspective with Regional coverage has implicated professionals from the educational and local sector (technicians from municipal-district drug-dependence prevention plans), permitting the education of pre-adolescents in educational and health centres as to the biopsychosocial consequences of alcohol consumption.

The training of professionals in screening and attention in the exposure to alcohol during pregnancy enhances the detection of consuming women, intervention and consequently decrease in consumption, with positive consequences for the health of the developing foetus.

Parent counselling by the paediatrician permits complementary preventive interventions between child/adolescent and family in questions relating to the consumption of alcohol and other drugs.

The institutional and economic support of the National Drugs Plan and the implication of the Murcia Health Service have been crucial in the success of the Argos-Murcia Programme.

ÍNDICE

RESULTADOS PARCIALES DE LA PRESENTE TESIS DOCTORAL, DIFUNDIDOS Y PUBLICADOS EN LOS SIGUIENTES FOROS CIENTÍFICOS, JORNADAS Y CONGRESOS DE INTERÉS SANITARIO NACIONAL E INTERNACIONAL	11
OBTENCIÓN DE PREMIO	13
RESUMEN-ABSTRACT TESIS	15
ABREVIATURAS	27
ÍNDICE DE FIGURAS	29
ÍNDICE DE TABLAS	33
1.- INTRODUCCIÓN:.....	35
2.- MARCO TEÓRICO:.....	43
2.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	45
2.1.1.- CRITERIOS DE DROGODEPENDENCIA	48
2.1.2.- FORMAS DE CONSUMO DE DROGAS	50
2.1.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS QUE PRODUCEN DEPENDENCIA	51
2.1.4.- ALCOHOL Y TIPOS DE CONSUMO.....	52
2.1.5.- MOTIVACIÓN Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	55
2.1.6.- EMPODERAMIENTO.....	56
2.1.7.- SÍNDROME Y ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL.....	56
2.2. MODELOS TEÓRICOS DEL PROGRAMA ARGOS-MURCIA.....	58
2.2.1.- MODELO DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS.....	58
2.2.1.1.- TIPOS DE PREVENCIÓN.....	59
2.2.1.1.1. PREVENCIÓN SEGÚN LA OFERTA Y LA DEMANDA	59
2.2.1.1.2. PREVENCIÓN SEGÚN LOS NIVELES DE INTERVENCIÓN	60
2.2.1.1.3. PREVENCIÓN SEGÚN LOS ÁMBITOS	60
2.2.1.1.3.1. La prevención en el ámbito comunitario	60
2.2.1.1.3.2. La prevención en el ámbito escolar	61
2.2.1.1.3.3. La prevención en el ámbito familiar.....	61
2.2.1.2.- FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	62
2.2.2. MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	68
2.2.2.1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	69
2.2.3. MODELOS SOCIOCOGNITIVOS.....	69

2.2.4. LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS	70
2.3. FORMACIÓN DE FORMADORES, FORMACIÓN ENTRE IGUALES E INVESTIGACIÓN-ACCIÓN EN SALUD	73
2.4. INTERVENCIONES BREVES DE SALUD Y CONSEJO BREVE DE SALUD	75
2.5. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	78
2.6. EMPODERAMIENTO	81
3.- JUSTIFICACIÓN	83
3.1. EL PROGRAMA ARGOS-MURCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA	85
3.2. EL PROGRAMA ARGOS-MURCIA: POBLACIONES DESTINATARIAS	87
3.3. EL PROGRAMA ARGOS-MURCIA: COMUNITARIO Y EFECTIVO	90
4.-HIPÓTESIS	93
5.-OBJETIVOS	97
5.1. OBJETIVO GENERAL	99
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	99
6.-METODOLOGÍA	101
6.1. TIPO DE ESTUDIO	103
6.2. EQUIPO DE TRABAJO	103
6.3. ENTORNO SOCIOSANTARIO	106
6.4. POBLACIÓN DESTINATARIA	110
6.5. TEMPORALIDAD DE LAS ACCIONES	112
6.6. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ARGOS-MURCIA	116
6.6.1.- CUESTIONARO DE OPINIÓN SOBRE INTERVENCIÓN EN DROGAS	116
6.6.2.- PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA	117
6.6.2.1. FORMACIÓN DE FORMADORES I	119
6.6.2.2. FORMACIÓN DE FORMADORES II	120
6.6.2.3. FORMACIÓN DE INVESTIGADORES	121
6.6.2.3.1. Proyectos de investigación	124
6.6.2.4. FORMACIÓN ENTRE IGUALES 2+2	134
6.6.2.5. CAMPAÑA DE INFORMACIÓN	135
6.6.2.6. FORMACIÓN CONTINUADA	137
6.6.2.7. INFORMACIÓN Y MATERIALES DE CONSULTA	138

6.6.3. PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO	138
6.6.3.1 CAMPAÑA “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”. CIRCUITO USUARIOS	139
6.6.3.2 PROYECTO EDUCATIVO “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”	141
6.6.3.2.1. Jornada de Coordinación “Alcohol: Conciencia con ciencia”.....	141
6.6.3.2.2. Metodología de las Unidades Didácticas.....	142
6.6.3.2.3. Concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia”.....	144
6.6.3.2.4. Evaluación Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”.....	146
6.6.3.2.5. Reunión de seguimiento e impulso del Proyecto Educativo en las Gerencias.....	147
6.6.3.2.6. Continuación del Proyecto Educativo.....	149
6.6.4.- PROYECTO ARGOS-NATO	149
6.6.4.1. INSTRUMENTO DE CRIBADO SISTEMÁTICO: HOJA VERDE	150
6.6.4.2. CONSEJO BREVE DE SALUD SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS A LA MUJER EMBARAZA	155
6.6.4.3. ACCIONES FORMATIVAS E INVESTIGADORAS	155
6.6.4.3.1. Programa “ELIJO más sano”.....	157
6.6.4.3.2. Atención especial a la mujer embarazada dependiente de alcohol y otras drogas.....	159
6.6.4.4. ACCIONES DE DIFUSIÓN	160
6.6.5.- PROYECTO ARGOS-FAMILIAS	162
6.6.5.1. HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO FAMILIARES DE LOS MENORES, EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: HOJA NARANJA	164
6.6.5.2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	167
6.7. MATERIALES DEL PROGRAMA ARGOS-MURCIA	167
6.7.1. MATERIALES DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA	167
6.7.2. MATERIALES DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO	169
6.7.3. MATERIALES DEL PROYECTO ARGOS-NATO	171
6.7.4. MATERIALES DEL PROYECTO ARGOS-FAMILIAS	172
7.-RESULTADOS	173
7.1. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA	175
7.1.1. CUESTIONARIO DE OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA INTERVENCIÓN EN DROGAS EN EL CENTRO DE SALUD	175
7.1.2. RESULTADOS DEL PILOTAJE DEL PROGRAMA ARGOS-MURCIA Y DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS ÁREAS DE SALUD II Y VIII	178
7.1.3. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS ÁREAS DE SALUD I, V, VI Y IX	180
7.1.4. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS ÁREAS DE SALUD III, IV Y VII	184

7.1.5. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS NUEVE ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA	186
7.1.5.1. Evaluación de las actividades formativas de Formación de Formadores II e Investigadores	191
7.1.6. RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DIANA ALCANZADA POR EL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS NUEVE ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA	194
7.1.7. OTROS RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA: FORMACIÓN CONTINUADA	198
7.2. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO	199
7.2.1. CAMPAÑA “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”, CIRCUITO USUARIOS	199
7.2.1.1. FASE 1 PILOTO: ÁREAS DE SALUD II Y VIII	199
• Evaluación cualitativa de la exposición para usuarios de la Campaña	
• “Alcohol: Conciencia con ciencia”.....	199
7.2.1.2. FASE 2: ÁREA DE SALUD I, V, VI Y IX	201
7.2.1.2. FASE 3: ÁREA DE SALUD III, IV Y VII	201
• Evaluación cualitativa de la exposición para usuarios de la Campaña	
• “Alcohol: Conciencia con ciencia”.....	202
7.2.2. CAMPAÑA “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”, CIRCUITO ADOLESCENTES	203
7.2.2.1. FASE 1 PILOTO: ÁREAS DE SALUD II Y VIII	203
• Jornada de Formación y Coordinación.....	203
• Implantación Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”.....	204
• Aplicación de las Unidades Didácticas.....	204
7.2.2.2. FASE 2: ÁREA DE SALUD VI Y CURSO ESCOLAR 2012/2013	204
• Jornada de Formación y Coordinación.....	204
• Aplicación de las Unidades Didácticas.....	205
• Curso Escolar 2012/2013	205
• Participación en el concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia”.....	205
7.2.2.3. FASE 3: ÁREAS DE SALUD I, V Y IX Y CURSO ESCOLAR 2013/2014	206
• Jornada de Formación y Coordinación.....	206
• Aplicación de las Unidades Didácticas.....	207
• Curso Escolar 2013/2014.....	207
• Participación en el concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia”.....	207
7.2.2.4. FASE 4: ÁREAS DE SALUD III, IV Y VII Y CURSO ESCOLAR 2014/2015	208

• Jornada de Formación y Coordinación.....	208
• Curso Escolar 2014/2015.....	208
7.2.2.5. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO EN LAS NUEVE ÁREAS	
DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	210
• Resultados de participación en las Jornadas de Formación y Coordinación de las	
• 4 fases.....	210
7.2.2.6. RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DIANA ALCANZADA RELACIONADA	
CON EL CURSO ESCOLAR.....	212
• Aplicación de las Unidades Didácticas.....	212
• Participación en el concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia”.....	214
7.2.2.7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO	
POR LOS PROFESIONALES PARTICIPANTES.....	215
7.2.3. IMPULSO DEL PROYECTO EDUCATIVO “ALCOHOL: CONCIENCIA CON	
CIENCIA”.....	218
7.3. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-NATO.....	219
7.3.1. RESULTADOS DE INTERVENCIÓN.....	219
7.3.1.1. Resultados del programa “ELIJO más sano”.....	221
7.3.2. RESULTADOS DE FORMACIÓN.....	223
7.3.3. RESULTADOS DE INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN.....	226
7.4. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-FAMILIAS.....	227
8.-DISCUSIÓN.....	231
8.1. DISCUSIÓN DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA.....	234
8.2. DISCUSIÓN DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO.....	245
8.3. DISCUSIÓN DEL PROYECTO ARGOS-NATO.....	251
8.4. DISCUSIÓN DEL PROYECTO ARGOS-FAMILIAS.....	254
9.-CONCLUSIONES.....	255
10.-BIBLIOGRAFÍA.....	261
11.-ANEXOS.....	281

ABREVIATURAS

AP:	Atención Primaria
AUDIT:	(Alcohol Use Disorders Identification Test) Cuestionario para la identificación de trastornos por consumo de alcohol.
AS:	Área de Salud
CAGE:	(Cuttingdown, Annoyed, Guilt, Eyeopen) Cuestionario sobre los problemas relacionados con la reducción de alcohol, molestarse por las críticas, sentimiento de culpa y consumo de alcohol por la mañana.
CS:	Centro de Salud
CESO:	Centro de Enseñanza Secundaria Obligatoria
DG:	Dirección General
EAP:	Equipo de Atención Primaria
ESAF:	Espectro Alcohólico Fetal
ESO:	Enseñanza Secundaria Obligatoria
HCUVA:	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OMI:	Oficina Médica Informatizada de Atención Primaria
PTSC:	Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad
SEMFYC:	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SAF:	Síndrome Alcohólico Fetal
USMP:	Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	<i>Cálculo de los gramos de ingesta etílica.....</i>	53
Figura 2:	<i>Rasgos Faciales característicos del Síndrome Alcohólico Fetal.....</i>	57
Figura 3:	<i>Mapa Sanitario de la Región de Murcia.....</i>	108
Figura 4:	<i>Temporalidad del Programa ARGOS-Murcia.....</i>	115
Figura 5:	<i>Carteles de la campaña de sensibilización para los usuarios de los Centros de Salud.....</i>	136
Figura 6:	<i>Cronograma de la evaluación del Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”.....</i>	147
Figura 7:	<i>“Hoja Verde” Instrumento de cribado sistemático.....</i>	151
Figura 8:	<i>“Hoja Verde de seguimiento” Historia ambiental pediátrica-alcohol y otras drogas durante el embarazo y la lactancia</i>	153
Figura 9:	<i>Programa “ELIJO más sano”.....</i>	157
Figura 10:	<i>Método del diagnóstico diferencial, la intervención y el seguimiento de los casos detectados en el Programa “ELIJO más sano”.....</i>	159
Figura 11:	<i>Díptico sobre el consumo de alcohol, embarazo y lactancia.....</i>	160
Figura 12:	<i>Díptico sobre la consulta de Salud Ambiental Reproductiva.....</i>	161
Figura 13:	<i>“Hoja Naranja” Herramienta para la detección de factores de riesgo familiares de los menores en la consulta de pediatría de Atención Primaria.....</i>	165
Figura 14:	<i>Opinión de los profesionales sanitarios expresada en porcentajes, sobre la adecuación de la Atención Primaria para la intervención en adicciones</i>	176
Figura 15:	<i>Barreras expresadas en porcentajes, encontradas en la intervención con pacientes con consumo de alcohol de riesgo.....</i>	177
Figura 16:	<i>Profesionales sanitarios formados en las tres modalidades de formación, según la fase correspondiente.....</i>	189
Figura 17:	<i>Centros de Salud que participan en los tres tipos de formación, según la fase correspondiente.....</i>	189

Figura 18:	<i>Profesionales sanitarios formados en investigación en materia de drogodependencias, que iniciaron y finalizaron alguna investigación.....</i>	193
Figura 19:	<i>Centros de Salud que participaron en la formación en investigación, que iniciaron y finalizaron alguna investigación.....</i>	194
Figura 20:	<i>Población adulta con CAGE camuflado positivo expresado en porcentajes y distribuido por sexo.....</i>	197
Figura 21:	<i>Población adulta con consumo semanal de alcohol de riesgo expresado en porcentajes y distribuido por sexo.....</i>	198
Figura 22:	<i>Participación de los profesionales sanitarios, educativos y técnicos municipales en las Jornadas de Formación y Coordinación, en cada fase y su totalidad.....</i>	211
Figura 23:	<i>Participación de las instituciones sanitarias, educativas y locales, en las Jornadas de Formación y Coordinación del Proyecto Argos-Comunitario, en cada fase y su totalidad.....</i>	212
Figura 24:	<i>Participación de los centros de salud, los centros educativos y los ayuntamientos (expresada en porcentajes) en la aplicación y coordinación de las tres Unidades Didácticas, según Curso Escolar.....</i>	213
Figura 25:	<i>Participación de los profesionales sanitarios, educativos y técnicos municipales en la aplicación y coordinación de las tres Unidades Didácticas, según Curso Escolar.....</i>	213
Figura 26:	<i>Alumnos de 1º de Educación Secundaria Obligatoria que reciben las tres Unidades Didácticas por curso escolar.....</i>	214
Figura 27:	<i>Centros de Educación Secundaria Obligatoria que participan en el concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia”, y alumnos de 1º de Educación Secundaria Obligatoria que reciben un premio, por curso escolar.....</i>	215
Figura 28:	<i>Porcentaje del grado general de aceptación de la actividad formativa...</i>	216
Figura 29:	<i>Porcentaje de la adecuación del trabajo conjunto entre el Centro Educativo y el Centro de Salud.....</i>	217
Figura 30:	<i>Porcentaje de la pertinencia de realizar programas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas con alumnos de 1º de ESO.....</i>	217
Figura 31:	<i>Porcentaje de la necesidad de recibir formación específica para desarrollar actividades de prevención del consumo de alcohol y otras drogas.....</i>	218
Figura 32:	<i>Mujeres embarazadas de alto riesgo prenatal y sus parejas, atendidas en la USMP del HCUVA, en el período 2010-2013.....</i>	221

Figura 33: *Resultados del Programa “ELIJO más sano”, consulta de USMP, del HCUVA, periodo 2009-2012..... 222*

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	<i>Cálculo del número de UBEs y gramos de alcohol consumidos.....</i>	54
Tabla 2:	<i>Tipo de consumo según el número de UBEs consumidas.....</i>	55
Tabla 3:	<i>Factores de Riesgo y Protección del consumo de drogas.....</i>	64
Tabla 4:	<i>Hospitales de referencia por Áreas de Salud.....</i>	109
Tabla 5:	<i>Datos regionales del Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Política Social. 31 de Diciembre de 2013.....</i>	110
Tabla 6:	<i>Población por Área de Salud. Elaboración a partir del Padrón 2014.....</i>	111
Tabla 7:	<i>Programa de la Jornada de Formación de Formadores.....</i>	120
Tabla 8:	<i>Programa de la Jornada de Formación de Formadores II y Formación de Investigadores.....</i>	123
Tabla 9	<i>Embarazadas, adolescentes y adultos, de las Áreas de Salud II y VIII, recogidos en cada línea de investigación y porcentaje de centros de salud y profesionales sanitarios que iniciaron y completaron las investigaciones.....</i>	180
Tabla 10	<i>Embarazadas, adolescentes y adultos, de las Áreas de Salud I, V, VI y IX, recogidos en cada línea de investigación y porcentaje de centros de salud y profesionales sanitarios que iniciaron y completaron las investigaciones.....</i>	183
Tabla 11:	<i>Embarazadas, adolescentes y adultos, de las Áreas de Salud I, II, V, VI, VIII y IX, recogidos en cada línea de investigación y porcentaje de centros de salud y profesionales sanitarios que iniciaron y completaron las investigaciones.....</i>	183
Tabla 12:	<i>Embarazadas, adolescentes y adultos, de las Áreas de Salud III, IV y VII, recogidos en cada línea de investigación y porcentaje de centros de salud y profesionales sanitarios que iniciaron y completaron las investigaciones.....</i>	186
Tabla 13:	<i>Profesionales sanitarios formados en las tres modalidades de formación.....</i>	188

Tabla 14:	<i>Profesionales sanitarios formados en investigación en materia de drogodependencias, que iniciaron y finalizaron alguna investigación.....</i>	192
Tabla 15:	<i>Embarazadas, adolescentes y adultos, que recibieron consejo breve de salud sobre consumo de alcohol de todas las Áreas de Salud.....</i>	195
Tabla 16:	<i>Participación de los ayuntamientos, los centros de salud y los centros educativos y sus profesionales, en las Jornadas de Formación y Coordinación, en cada fase y su totalidad.....</i>	210
Tabla 17:	<i>Alumnos de 1º de ESO que reciben las tres Unidades Didácticas en cada curso escolar y en su totalidad.....</i>	214
Tabla 18:	<i>Resultados de estimaciones por porcentajes de algunos “estigmas” del diagnóstico del Síndrome Alcohólico Fetal.....</i>	223

1.- INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas tanto legales como ilegales, es uno de los principales problemas para la Salud Pública en los países desarrollados, entendido este concepto en un sentido amplio, que incluye no sólo aspectos estrictamente sanitarios sino, también, aquellos otros que se refieren al bienestar personal de los afectados, y que tienen repercusiones de todo tipo en sus familias y en la sociedad en general.

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas producen cada año más muertes, enfermedades y discapacidades que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida. El coste económico que supone esta epidemia para todas las administraciones públicas es enorme, pero más importante aún es la mortalidad que conlleva. Dado que las técnicas de tratamiento no consiguen la eficacia que a todos nos gustaría, una opción más prometedora y con una mejor relación coste/beneficio es el desarrollo y la aplicación de programas de prevención, indispensables para evitar que el consumo de drogas se convierta en un problema social de gran magnitud.

Consumo de drogas ha habido en todas las culturas, habitualmente bajo un patrón de consumo socialmente regulado y aceptado, conocido como el Modelo Tradicional según la terminología propuesta por Edward y Arif y aceptada por la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS). El Modelo Tradicional se caracterizaba porque el consumo está regulado socialmente, se ejerce un fuerte control social y además suele estar ritualizado y, por tanto, circunscrito a determinadas situaciones de la vida social. Mientras que, el consumo que se da en las sociedades occidentales actuales, es el llamado Modelo Consumista², caracterizado porque se da un aumento importante de la demanda, el número de consumidores, los consumos entre las mujeres y las drogas disponibles, disminuyendo las edades de inicio. En esencia se rompe el equilibrio y la influencia social pierde capacidad en la limitación del consumo. Por lo que se dan patrones de abuso dando lugar a la aparición de numerosas dependencias. A este Modelo Consumista hay que aplicarle una gran cantidad de factores intervinientes, desde el Modelo

Biopsicosocial, en el que, para el abordaje de las drogodependencias, se propone la consideración de diferentes variables tales como: Personales, familiares, culturales, económicas, legales, políticas, etc. La dependencia a alcohol y otras drogas, por tanto se presenta como un problema muy complejo porque comprende dimensiones médicas, sociológicas, culturales, antropológicas, ideológicas, de política mundial, estatal y local, etc.

Los patrones de uso y abuso del alcohol han variado de forma muy importante en España. Las transformaciones y los cambios económicos, sociales y culturales han hecho que abandonemos el viejo «patrón mediterráneo»³ que limitaba la ingesta de alcohol a tan sólo pequeñas cantidades de vino en las comidas que se realizaban en la familia, reservadas a los adultos, quebrándose el proceso de acceso progresivo al consumo controlado y socialmente adaptado de alcohol. El inicio en el consumo de alcohol no sólo se produce hoy en el seno familiar, sino que de forma creciente y generalizada se produce en el grupo de amigos y compañeros, a edades muy tempranas, próximas a los trece años (fenómenos del “botellón” y de “atracones de alcohol”)³.

Si bien el uso de diversas drogas ha estado presente a lo largo de toda la historia de la Humanidad, con manifestaciones diversas en las diferentes culturas, es en el siglo XX donde ha cobrado caracteres especialmente relevantes, tanto por la extensión de la población afectada, como por las gravísimas consecuencias de carácter sanitario, social, económico y político que lleva aparejado.

En España y, en general, en los países desarrollados, un elevado número de personas son adictas a drogas ilícitas, pero un número mayor aún lo son a drogas lícitas: Tabaco, alcohol y medicamentos psicotrópicos. Tal es así que multitud de estados y organismos internacionales dedican una parte importante de sus esfuerzos y recursos a desarrollar actuaciones para intentar disminuir este consumo y los daños que produce.

Los problemas relacionados con el alcohol resultan alarmantes desde las perspectivas sanitaria, social y económica. La revisión publicada en Lancet⁴,

con gran impacto en la prensa general, señala al alcohol como la droga más dañina. Se estima que la mayoría de los daños relacionados con el alcohol son causados por personas que consumen alcohol en exceso, no por personas con graves dependencias de alcohol, estas personas representan un porcentaje importante de la población, aproximadamente un 5% de la población general española⁵ y un 12% de los estudiantes de 14-18 años⁶, que presentan un consumo de riesgo.

A través del empoderamiento de los profesionales sanitarios de los Centros de Salud (CS) de la Región de Murcia, mediante la formación, se va a facilitar la prevención, promoción y protección de la salud en relación al consumo de alcohol y otras drogas en Atención Primaria (AP), desde una perspectiva comunitaria. Esta descripción es la esencia del Programa ARGOS-Murcia concebido para implicar en la prevención e intervención, a los profesionales sanitarios de los Equipos de AP (EAP).

El Programa ARGOS-Murcia⁷ empodera al personal sanitario de los CS, actuando como mediadores para la prevención e intervención precoz en el consumo de alcohol y otras drogas en poblaciones susceptibles de modificar conductas de consumo, mediante intervenciones breves y la aplicación del consejo breve de salud, como son las mujeres embarazadas y en proceso de lactancia, adolescentes y usuarios con consumo de alcohol de riesgo, exponiéndose al establecimiento de dependencias al alcohol y otras drogas. A través del proceso formativo del programa se pretende un aumento de la confianza que el personal sanitario detenta en sus propias capacidades en la temática de las drogodependencias en el contexto de AP, que puede impulsar cambios positivos tanto en el tipo de atención que presta como en la propia comunidad.

Se integra la prevención, promoción y protección de la salud en relación a las drogodependencias en el primer escalón de los propios recursos sanitarios existentes, con ello se facilita la normalización de la problemática alcohólica en la comunidad. Los elementos diferenciadores de este programa se centran en las modalidades empleadas para implicar en la prevención al personal sanitario de los CS que describimos en la

metodología de esta tesis y es mediante la formación de formadores, la formación entre iguales, la realización de investigaciones y la docencia de Unidades Didácticas a alumnos de 1º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y próximamente a alumnos de 2º de ESO.

Los profesionales sanitarios de AP son los responsables del diagnóstico precoz y atención cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol es peligroso o perjudicial para su salud. La identificación e intervención breve ante el consumo de alcohol en ámbitos de AP brinda la oportunidad de asesorar a los pacientes sobre el consumo de riesgo y el consumo perjudicial de alcohol y minorar el mismo y los riesgos y consecuencias asociados. Además, la exploración de la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol ayuda a diagnosticar la situación clínica actual del paciente y alerta a los sanitarios en cuanto a la necesidad de brindar consejo a aquellos pacientes cuyo consumo de alcohol podría afectar de forma negativa el uso de medicamentos y otros aspectos de su tratamiento.

El programa difunde que, con motivación y atención apropiada, resulta mucho más fácil que las personas que no son dependientes del alcohol, disminuyan e incluso suspendan el consumo del mismo, de ahí la importancia de sistematizar un diagnóstico de consumo y una intervención breve, desarrollada por el personal sanitario de primera línea.

Las altas prevalencias de consumo de alcohol, nos presentan dos realidades: que existe una baja percepción de los problemas que arrastra el consumo de alcohol entre los usuarios de los CS y la necesidad de poner en marcha intervenciones proactivas desde el sistema sanitario que permitan una prevención y detección precoz de las consecuencias derivadas del consumo de alcohol.

Las poblaciones diana protagonistas en el Programa ARGOS-Murcia, son los adolescentes, adultos con consumos de riesgo y las mujeres embarazadas⁸, que hablaremos ampliamente durante este trabajo de tesis, aunque nos gustaría destacar en relación a las mujeres embarazadas, que los estudios científicos nos señalan que no hay dosis segura de consumo de

alcohol o tabaco u otras drogas, tanto durante el embarazo como en la fase de lactancia, por tanto, con el Programa ARGOS-Murcia se pretende que las mujeres embarazadas y en fase de lactación, tengan una exposición cero a bebidas alcohólicas, al tabaco y al resto de sustancias adictivas, mediante la sensibilización y el consejo breve de salud, desde una perspectiva motivacional.

Nuestro trabajo de tesis comienza con la *Introducción al problema de investigación*, explicando el fenómeno del consumo de alcohol y otras drogas, su repercusión en la Salud Pública de la Región de Murcia, así como el tema a estudio y la problemática de la que se deriva dicho estudio que es el intento de amortiguar dicho fenómeno mediante la prevención y atención del consumo de alcohol y otras drogas, y la promoción y protección de la salud con la aplicación del Programa ARGOS-Murcia.

A continuación exponemos el *Marco Teórico*, realizando un recorrido por los principales modelos teóricos que sustentan el Programa ARGOS-Murcia, pasando después a desarrollar conceptos que vamos a manejar a lo largo del desarrollo de este trabajo de investigación.

Después desarrollamos la *Justificación* del tema, es decir, el porqué hacemos este estudio, porqué la intervención en AP de salud, con las poblaciones diana seleccionadas, y como este programa, que da sentido a esta tesis, es comunitario y coste-efectivo.

Posteriormente exponemos los *objetivos* y la *hipótesis* que nos planteamos.

Seguidamente presentamos la *Metodología* utilizada en el desarrollo del Programa ARGOS-Murcia, definiendo el contexto sociosanitario, la población diana a la que va destinado el programa, el diseño del programa y los materiales del mismo.

Después exponemos los *Resultados* obtenidos durante el diseño, pilotaje e implantación del Programa ARGOS-Murcia.

Posteriormente ofrecemos la *Discusión* donde se aporta lo original de este estudio de investigación, contrastando los resultados obtenidos con las fuentes bibliográficas manejadas y otros estudios relacionados con el tema concreto de esta tesis, analizando las consonancias y divergencias así como otros aspectos que no podemos relacionar porque no se han estudiado o encontrado relación posible. También mostramos las limitaciones observadas y las aportaciones.

Con las *Conclusiones* intentamos dar respuesta a los objetivos que hemos planteado previamente.

Y para finalizar ofrecemos las *Referencias Bibliográficas* y los *Anexos* citados en el texto.

2.- MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO:

2.1.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ADICCIÓN: Trastorno del comportamiento caracterizado por el consumo de sustancias psicoactivas, que producen cambios psicofisiológicos a corto y largo plazo, especialmente en los circuitos cerebrales de refuerzo y placer⁹.

TRASTORNOS ADICTIVOS: Característica clínica crónica, con frecuentes recaídas, y deterioro progresivo de la salud física y mental del individuo⁹.

CICLO DE LA ADICCIÓN: Patrón de consumo compulsivo de una o varias sustancias psicoactivas que se convierte en una prioridad cada vez mayor en la vida de quien las consume⁹.

DROGA: Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones¹⁰.

DROGAS DE ABUSO: Sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada¹¹.

Otra definición de **DROGA:** Una sustancia que un individuo se autoadministra para conseguir determinados efectos como excitación o relajación, modificación de la percepción, los sentimientos o la conducta, o la eliminación del displacer ocasionado por la propia abstinencia de la droga¹².

En esta definición se resalta la relación entre individuo y sustancia basada en la intencionalidad de buscar efectos que modifiquen los estados de conciencia. Pasando a considerarse drogas, no todo el conjunto de medicamentos o sustancias que puedan también producir estos cambios, sino aquellas que son utilizadas específicamente con este propósito y así son reconocidas culturalmente.

Además el término “droga” o la consideración de lo que es droga y no lo es, viene dada por la cultura en la que esté inscrita, que etiqueta y reconoce a la sustancia y su uso o no uso como tal. La inscripción de las drogas en la

cultura es un aspecto esencial a tener en cuenta, pues a través de las diferentes culturas las sustancias que así se consideran alcanzan un estatus determinado a partir del cual se establecen varias de sus características y consecuencias como por ejemplo; su peligrosidad mediante la división entre duras y blandas, su forma de administración (fumadas, inyectadas, etc.) los usos y funciones de la misma, de la que se suele buscar lo que se considera su efecto principal¹³ y el etiquetamiento de los grupos de individuos que las consumen (hippies, yonkis, jupies, etc.). Creándose así, un conjunto de estereotipos sociales que modulan y organizan en buena medida la relación que los sujetos van a establecer con las sustancias consideradas drogas.

Es por ello por lo que en muchos países existen drogas aceptadas a nivel social, cuya producción, venta y consumo están legalmente permitidos; en nuestro país las drogas lícitas son el tabaco y el alcohol, que ocasionan cuantitativamente los mayores problemas sanitarios. Y otras que sin embargo son sancionadas legalmente, por ejemplo el hachís, la cocaína, heroína, etc.

USO: Consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia, que no produce efectos médicos, sociales o familiares.

ABUSO: Consumo de droga que perjudica la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, se trata de un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad.

DEPENDENCIA: Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por un deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, la tendencia a incrementar la dosis, la dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga y que produce efectos nocivos para el individuo y para la sociedad¹⁰.

Se completó esta definición indicando que debía contemplarse la **DEPENDENCIA** como el conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentales y fisiológicos que exigían la utilización de una serie de

criterios de referencia para su delimitación y diagnóstico, incluyendo entre estos criterios¹⁴:

1. La evidencia subjetiva de conductas compulsivas dirigidas a consumir la droga o drogas, mientras se hacen intentos de interrumpir o moderar su uso.
2. El deseo de cesar el consumo.
3. La presencia de conductas de administración muy estereotipadas.
4. La evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y abstinencia; el predominio de las conductas tendentes a la búsqueda de droga por encima de otras necesidades más prioritarias.
5. Una gran facilidad para la reinstauración del consumo compulsivo después de un período de abstinencia.

DEPENDENCIA de sustancias: Consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Y añade que existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a una clínica de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia¹⁵.

Por su parte, el sistema Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría¹⁵ DSM-IV-TR (APA) hace la siguiente descripción de la **DEPENDENCIA:** Se trata de un patrón desadaptativo de consumo, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los apartados siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

- Tolerancia: Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. El efecto de las mismas cantidades de la sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- Abstinencia: Se toma la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
- La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o suprimir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales, o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- Se continúa administrando la sustancia a pesar de tener la conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

2.1.1. CRITERIOS DE DROGODEPENDENCIA

El sistema de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión CIE-10¹⁶ define el **síndrome de dependencia** como un trastorno que presenta los siguientes aspectos:

1. Manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas características.
2. Se da máxima prioridad al consumo de la sustancia.

3. Hay un deseo de administración.

4. Las recaídas, después de un período de abstinencia, llevan a instaurar más rápidamente este síndrome que en los no dependientes.

Y las siguientes pautas diagnósticas: “Si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes”:

- Deseo o compulsión de consumir sustancias.
- Disminución de la capacidad de control del consumo: Para comenzar o para terminarlo.
- Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia específico cuando reduzca o cese el consumo.
- Tolerancia.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones.
- Persistencia en el consumo, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales.

Clásicamente, se han descrito dos tipos de dependencia: La física y la psicológica, en la actualidad se añade un tercer tipo: La social.

DEPENDENCIA FÍSICA O FISIOLÓGICA: NEUROADAPTACIÓN

La dependencia física, también denominada neuroadaptación¹⁷, es la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo:

TOLERANCIA: Disminución del efecto de una droga tras la administración repetida de la misma dosis, lo que obliga a incrementar la dosis para obtener el efecto inicial¹⁴.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: Cuando el consumo de la droga se suspende bruscamente o se administra una sustancia antagonista (abstinencia precipitada), se presenta un cuadro denominado agudo o de retirada, es un conjunto de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable, según la droga, los cuales ceden con la administración de la misma o con sustitutivos farmacológicos que amortigüen el vacío a nivel de neuroreceptores que se produce¹⁸.

La dependencia física es propia de las sustancias depresógenas como el alcohol, opiáceos, hipnóticos y sedantes y menos marcada entre las drogas estimulantes.

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA: Deseo irresistible (estado de ansia o anhelo, cuyo término anglosajón es **craving**) de consumir una droga para conseguir sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos y evitar el malestar que se siente en su ausencia¹⁰.

DEPENDENCIA SOCIAL: Necesidad de consumir una droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal.

2.1.2. FORMAS DE CONSUMO DE DROGAS

Se distinguen cuatro formas de consumo de drogas¹⁷:

Experimental: Es un consumo ocasional o durante un periodo de tiempo muy limitado o en cantidad muy reducida. La droga se puede probar una vez o incluso varias veces, pero ya no se vuelve a consumir. La elección de la droga suele ser bastante indiscriminada y determinada por la oferta de los compañeros. Es un patrón inicial y común a todas las drogodependencias. Los motivos de este consumo puede ser curiosidad, el sentirse adulto, etc.

Ocasional: Es un consumo recurrente de cantidades, a veces, importantes cuya principal motivación es la integración grupal, a través de

mayores niveles de desinhibición personal. También pueden darse propósitos concretos como el deseo de obtención de un mayor rendimiento deportivo, académico, resistencia física, goce sexual, etc. La persona discrimina cual es el tipo de droga que prefiere y donde quiere usarla. Si estas circunstancias se dan con frecuencia, aumenta el peligro de desarrollar una drogodependencia.

Habitual: Es un consumo prácticamente de todos los días, con el objetivo de aliviar el malestar psicorgánico (dependencia física y/o psicológica). La persona dedica gran parte de su tiempo a pensar en la sustancia psicoactiva, buscarla y autoadministrársela.

Compulsivo: Es un consumo muy intenso, de varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a una serie de consecuencias sociales. El consumidor tiene una incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria. El consumo de la droga le hace estar aislado de los demás y su propósito es mantener “su funcionamiento basal” y aliviar los síntomas de abstinencia que aparecen al dejar de consumir.

2.1.3. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS QUE PRODUCEN DEPENDENCIA

Esta clasificación, según los **efectos psicopatológicos** de las sustancias, conforma tres grupos¹⁵:

Drogas depresoras (psicolépticas): Retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales. A este grupo pertenece: Alcohol, heroína y los disolventes volátiles.

Drogas estimulantes (psicoanalépticos): Excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales. Comprende esta subclasificación la cocaína, las anfetaminas, las drogas de síntesis y el tabaco.

Drogas alucinógenas (psicodislépticos): Producen una alteración de la conciencia, distorsión de las cualidades perceptivas de los objetos y alucinaciones. La etilamida del Ácido Lisérgico (LSD), el cánnabis y las drogas de síntesis forman los psicodislépticos.

2.1.4. ALCOHOL Y TIPOS DE CONSUMO

ALCOHOL: Droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante.

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. Las bebidas alcohólicas pueden ser:

- **Fermentadas:** Vino, cerveza y sidra. Tienen una graduación entre los 4º y los 15º. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales.
- **Destiladas:** Son el resultado de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que tienen mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra tienen entre 40º y 50º. Esto supone que el 40% ó el 50% de lo que se bebe es alcohol puro.

Graduación alcohólica: Es la graduación de una bebida e indica aproximadamente el volumen de alcohol etílico que contiene¹⁹.

UNIDAD DE BEBIDA ESTÁNDAR (UBE): Las UBEs representan un sistema ideado para medir de forma rápida y estandarizada el consumo diario de alcohol de una persona²⁰.

Su fórmula es la siguiente:

UBE = volumen en litros por el porcentaje de alcohol que contiene la bebida por 0.8. Cada UBE representa unos 8 - 10 gr de etanol (siendo 10 gr la medida más práctica y utilizada)³. En España una unidad de bebida es igual a 10 gramos de etanol puro²¹ y en Gran Bretaña equivale a 8 gramos²², así en la figura 1, se especifica el cálculo del consumo de alcohol en gramos en Gran Bretaña.



CALCULO DE CONSUMO DE ALCOHOL

La formula sería:

$$\text{gramos alcohol} = \frac{\text{volumen (expresado en c.c.)} \times \text{graduación} \times 0,8}{100}$$

Es decir si una persona consume 100 c.c. de un vino de 13 grados, la cantidad de alcohol absoluto ingerida es:

$$\frac{100 \text{ c.c.} \times 13 \times 0,8}{100} = 10,4 \text{ gr alcohol puro}$$

Otro ejemplo, en una cerveza de cuarto (250 c.c.) y de graduación 4,8 grados, la cantidad de alcohol absoluto es:

$$\frac{250 \times 4,8 \times 0,8}{100} = 9 \text{ gr alcohol puro}$$

Figura 1: Cálculo de los gramos de ingesta etílica.

Esto puede variar en función de la cantidad de alcohol que se sirve en la bebida y de las diferentes cantidades de alcohol presentes en las distintas variedades de un mismo tipo de alcohol (vinos, cervezas, etc.)²³, como se muestra en la tabla 1:

EQUIVALENCIA DEL NÚMERO DE UBEs Y GRAMOS DE ALCOHOL COMSUMIDOS			
Tipo de bebida	Volumen	Nº de unidades UBEs	Nº de gramos
Vino	1 vaso (100 cc)	1	8
	1 litro	10	80
Cerveza	1 caña (200 cc)	1	8
	1 litro	5	40
Whisky, ron, coñac...	1 copa (50 ml)	2	16
	1 carajillo (25 ml)	1	8
	1 combinado (50 ml)	2	16
Jerez, vermut, cava	1 copa (50 ml)	1	8
	1 vermut (100 ml)	2	16
	1 litro	20	160

Tabla 1: Cálculo del número de UBEs y gramos de alcohol consumidos.

CONSUMO DE BAJO RIESGO O CONSUMO OBJETIVO: Es el inferior a 17 U/semana para hombres y 11 U/semana para mujeres, y cero en el caso de personas menores de 18 años¹⁹.

CONSUMO PELIGROSO: El considerado entre 17 y 28 U/semana en los hombres y entre 11 y 17 U/semana en mujeres, el consumo es peligroso¹⁹.

CONSUMO DE RIESGO: Consumo de alcohol igual o mayor a 28 U/semana para los hombres y 17 U/semana para las mujeres. También se considera consumo de riesgo la ingesta de 5 U en 2 horas con una frecuencia de al menos una vez al mes, aunque el consumo semanal sea menor del límite anteriormente descrito. Además se considera de riesgo cualquier grado de consumo en caso de antecedentes familiares de alcoholismo, menores, embarazo y lactancia¹⁹.

A continuación se presenta la tabla 2, a modo de cuadro resumen según la tipología de consumo de alcohol según el número de UBEs consumidas.

RIESGO EN EL CONSUMO	EN HOMBRE	EN MUJER
Consumo de bajo riesgo	Menos de 17 Unidades a la semana (U/s).	Menos de 11 U/s.
Consumo peligroso	Entre 17 y 28 U/s	Entre 11 y 17 U/s.
Consumo de riesgo	Mayor de 28 U/s.	Mayor de 17 U/s.
	Ingesta de 5 U en 24 horas con la frecuencia de al menos 1 vez al mes, aunque el consumo semanal sea menor del límite mencionado.	
	Cualquier grado de consumo en caso de: → Antecedentes familiares de alcoholismo. → Menores de 18 años. → Embarazo y lactancia.	

Tabla 2: Tipo de consumo según el número de UBEs consumidas.

EDAD DE INICIO: Edad del primer consumo de una sustancia psicoactiva en una persona.

EDAD MEDIA DE INICIO: Edad promedio del primer consumo de una sustancia psicoactiva en una población determinada.

BOTELLÓN: Término que describe la costumbre extendida en España desde finales del siglo XX, sobre todo entre los jóvenes, de consumir grandes cantidades de bebidas alcohólicas en la vía pública. En la Región de Murcia, se lo conoce como botelleo.

ATRACÓN: Consumo de gran cantidad de alcohol en poco tiempo, es decir 5 o más UBEs en una sola ocasión o en un periodo corto de tiempo (2 horas máximo). También llamado Binge Drinking.²⁴

2.1.5. MOTIVACIÓN Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La motivación es un estado de disposición para cambiar que fluctúa de un momento o situación a otro²⁵. Otra definición es la probabilidad de que una

persona comience y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio²⁵.

La entrevista motivacional es una técnica que pretende ayudar a los usuarios/pacientes a aumentar su motivación, mediante un estilo de entrevista y de relación terapeuta/paciente que favorece la exploración, el reconocimiento y el afrontamiento de sus posibles problemas, cuando están ambivalentes o no quieren hacer un cambio de comportamiento.

2.1.6. SÍNDROME Y ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL:

SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL (SAF): Problemas físicos, mentales y de crecimiento que se pueden presentar en un bebé cuando la madre toma alcohol durante el embarazo. El consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar los mismos riesgos del consumo de alcohol en general, pero plantea riesgos adicionales para el feto. Cuando una mujer embarazada toma alcohol, éste atraviesa fácilmente la placenta hacia el feto. Debido a esto, el consumo de alcohol le puede causar daño al desarrollo del bebé.

No se ha establecido ningún nivel "seguro" con el consumo de esta bebida durante el embarazo. Las cantidades mayores de alcohol parecen incrementar los problemas. El consumo excesivo de alcohol es más dañino que tomar pequeñas cantidades de esta bebida.

El momento del consumo de alcohol durante el embarazo también es importante. Beber alcohol probablemente es más dañino durante el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, tomar alcohol en cualquier momento de la gestación puede ser dañino.

Un bebé con síndrome de alcoholismo fetal puede tener los siguientes síntomas:

- Crecimiento deficiente mientras el bebé está en el útero y después de nacer.
- Disminución del tono muscular y mala coordinación.
- Retraso en el desarrollo y problemas en tres o más áreas mayores: pensamiento, lenguaje, movimiento o habilidades sociales.

- Anomalías cardíacas como la Comunicación Interventricular (CIV) o la Comunicación Interauricular (CIA).
- Problemas con la cara, como ojos pequeños y rasgados con pliegues epicánticos grandes, cabeza pequeña, maxilar superior pequeño, surco nasolabial liso y labio superior liso y delgado, según la figura 2.
-

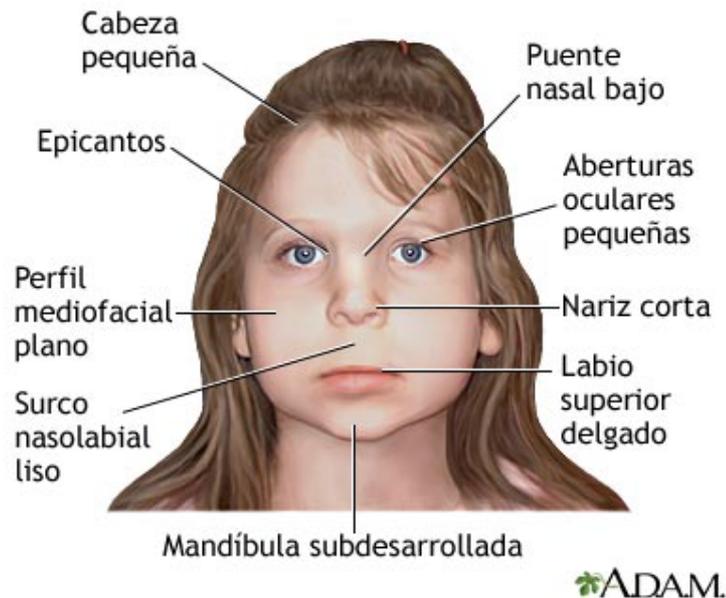


Figura 2: Rasgos Faciales característicos del Síndrome Alcohólico Fetal.

ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL (ESAF): Término que describe los diferentes efectos que puede sufrir una persona cuya madre haya tomado bebidas alcohólicas mientras estuvo embarazada, pueden ser discapacidades físicas o mentales, problemas de conducta o aprendizaje, memoria, déficit de atención e hiperactividad, resolución de problemas, habla y audición, a veces se presentan varios problemas a la vez. Hay un alto riesgo de que tengan problemas en la escuela, problemas con la ley, abuso de alcohol y otras drogas, así como trastornos de salud mental²⁷.

2.2. MODELOS TEÓRICOS DEL PROGRAMA ARGOS-MURCIA

A continuación vamos a desarrollar los principales modelos teóricos que sustentan el Programa ARGOS-Murcia, siendo el modelo de prevención de drogas, el modelo de promoción de la salud, el modelo de educación para la salud, el modelo sociocognitivo y los programas comunitarios.

2.2.1. MODELO DE PREVENCIÓN DE DROGAS

Los programas de prevención deben partir de una fundamentación teórica o lo que es lo mismo, de un marco teórico de referencia que será la base para conocer los factores relacionados con el consumo de drogas, analizar la realidad, establecer las necesidades y determinar los aspectos sobre los que intervenir²⁸.

La prevención debe ser la principal estrategia para abordar los riesgos que afectan al consumo de alcohol y otras drogas, prevenir los malos hábitos es más efectivo que modificarlos, este enfoque economiza recursos y potencia los resultados en términos de coste social y sufrimiento personal y familiar.

La prevención la podemos definir como la acción y el efecto de las estrategias, programas e intervenciones, diseñados con el objetivo de cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales que promueven el uso de drogas, tanto legales como ilegales, así como los problemas y daños relacionados con dicho uso que se experimentan, ya sea en el ámbito individual, familiar, escolar, comunitario, etc²⁹.

Por tanto la prevención de drogodependencias y de los problemas asociados pretende:

- Evitar o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.
- Evitar la progresión hacia un uso frecuente o regular.
- Evitar o minimizar los riesgos asociados al consumo.
- Prevenir o reducir los daños derivados del consumo de drogas.

La prevención de drogas se organiza normalmente a partir de un problema concreto, tratando de influir sobre la cadena causal a través de los factores de riesgo y protección identificados o asociados con el problema.

2.2.1.1. TIPOS DE PREVENCIÓN

El paradigma que basaba las intervenciones en drogodependencias en el modelo clásico de prevención primaria, secundaria y terciaria se ha modificado al aparecer los factores de riesgo y protección como determinantes, además de la evidencia científica marcando la eficacia de los modelos teóricos de referencia²⁹.

La prevención del consumo de drogas y de sus problemas asociados, la vamos a clasificar en base a los criterios de oferta y demanda, niveles de intervención y ámbitos de intervención:

2.2.1.1.1. PREVENCIÓN SEGÚN LA OFERTA Y LA DEMANDA

El objetivo es disminuir la incidencia y prevalencia del consumo de drogas en la población, actuando sobre la oferta, dificultando el acceso a la droga, ó sobre la demanda, modificando las motivaciones que llevan a las personas a consumirlas.

2.2.1.1.2. PREVENCIÓN SEGÚN LOS NIVELES DE INTERVENCIÓN

Se clasifica a su vez en tres tipos de prevención en relación con el nivel de riesgo de la población a la que va destinada y a los previsibles beneficios y costes asociados:

- **Prevención universal:** Destinada a población en general (nacional, regional, comunidad local, escuela, barrio, grupos familiares, etc.), de manera que se piensa que las intervenciones de no muy alta intensidad, y bajo coste, podrían reducir la probabilidad de aparición de los problemas o trastornos.

- **Prevención selectiva:** Tiene como objetivo a los grupos o partes de la población que tienen un elevado riesgo de presentar el trastorno o la conducta problema de consumo de alcohol y otras drogas.

- **Prevención indicada:** Aplicada a individuos que muestran una alta vulnerabilidad de presentar el problema o el trastorno.

Tanto la prevención selectiva como la indicada presuponen intervenciones más intensivas que las desarrolladas en la prevención universal, por lo que es probable que supongan costes mayores, aunque podrían obtener paralelamente mayores beneficios por el riesgo más elevado que presentan los grupos destinatarios³⁰.

2.2.1.1.3. PREVENCIÓN SEGÚN LOS ÁMBITOS:

La acción preventiva se clasifica según el contexto donde se realiza, distinguiendo el ámbito comunitario, la escuela, la familia y el laboral. Vamos a destacar todos los ámbitos, excepto el laboral, que son objeto de esta tesis.

2.2.1.1.3.1. La prevención en el ámbito comunitario:

Utiliza diversos canales sociales, políticos y económicos que influyen sobre las conductas que se relacionan con el riesgo del consumo de sustancias psicoactivas. En este ámbito es muy importante la coordinación de las políticas preventivas que se ejercen en niveles inferiores, para alcanzar los objetivos comunitarios preestablecidos.

Los programas preventivos para mejorar su efectividad deben contemplar el ámbito comunitario porque los problemas de consumo de alcohol y otras drogas son multicausales y se correlacionan con otros problemas de salud y sociales.

2.2.1.1.3.2. La prevención en el ámbito escolar:

Se realiza en el entorno educativo escolar y se dirige a los alumnos escolarizados. Algunos de sus objetivos son la difusión de la información, la educación afectiva, el fomento de conductas alternativas al consumo de drogas, el incremento de las habilidades de resistencia social y la mejora de la competencia para afrontar diversas dificultades personales.

La ventaja de la prevención escolar es que se dirige a una población en edad de riesgo y con un elevado acceso porque está escolarizada de forma obligatoria hasta los 16 años.

Asimismo, las técnicas de los programas de prevención, que se basan en la adquisición de aprendizajes y la modificación de actitudes, son similares a los procedimientos de instrucción escolar, por lo cual, suelen integrarse bien dentro del currículo formativo del alumno.

2.2.1.1.3.3. La prevención en el ámbito familiar:

Se realiza con las familias, normalmente dentro de un contexto comunitario o escolar. Agrupa numerosos factores de riesgo y protección y, por ello, se ha convertido en un campo de aplicación prioritario para la prevención. Existen pruebas crecientes de que la familia juega un papel relevante tanto en la prevención como en el tratamiento del consumo de drogas en jóvenes, mediante la reducción del riesgo o el incremento de la protección o la resiliencia³¹.

Los principales objetivos de la prevención familiar son facilitar los cuidados físicos y psicológicos adecuados a los niños en edades tempranas, mejorar el conocimiento que tienen las familias de las peculiaridades y características del desarrollo infantil, potenciar las oportunidades y habilidades familiares que faciliten las interacciones positivas con los hijos, mejorar la comunicación y la aplicación de la disciplina, reducir los conflictos intrafamiliares, y promover las habilidades que faciliten las actividades prosociales y las habilidades cognitivas y académicas de los hijos.

2.2.1.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN:

Las estrategias y los programas preventivos deben iniciarse de la forma más temprana posible, en el proceso evolutivo de desarrollo de las personas, antes de que se manifiesten conductas problemáticas o los resultados de las mismas³², porque la repercusión potencial de los factores de riesgo y protección varía con la edad de las personas y una intervención temprana para reducir los factores de riesgo tiene mayor impacto que actuaciones más tardías, de manera que se contemple el fomento y mantenimiento de actuaciones continuadas que aseguren la promoción de los factores de protección y la reducción de los factores de riesgo a lo largo de las etapas evolutivas de las personas.

Factores de riesgo: Son aquellas condiciones sociales, económicas, conductuales o biológicas que están asociadas con, o causan un incremento de la susceptibilidad para desarrollar un problema relacionado con la salud.

En relación al consumo de drogas, son aquellas condiciones individuales, sociales o ambientales que se presentan asociadas al consumo o al desarrollo de problemas relacionados con el mismo. Es importante resaltar que estos factores incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o que éste llegue a causar problemas importantes. La “asociación” de un factor al desarrollo de problemas, implica la constatación de una dinámica donde el peso potencial de un factor puede reforzarse o compensarse por otros y, por tanto, el efecto del conjunto²⁹.

Factores de protección: Son aquellas características individuales, ambientales o sociales que reducen la probabilidad de que una persona expuesta a factores de riesgo inicie o mantenga el consumo de una o varias drogas.

Esto explica porqué la mayoría de las personas expuestas a importantes factores de riesgo no acaben desarrollando problemas relacionados con las drogas^{32,33}.

Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son opuestos a los factores de riesgo, se trata de factores que atenúan la repercusión de los

factores de riesgo, haciendo a la persona resistente y capacitándola para salvar los factores de riesgo a los que se ve expuesta.

La prevención del consumo de alcohol y otras drogas, actualmente, se centra en promover estos factores de protección entre toda la población adolescente, haciendo hincapié en sectores más vulnerables, porque están expuestos a más factores de riesgo y con mayor magnitud que otros adolescentes menos vulnerables.

En este marco ya prefijado, el objetivo de la prevención es que los factores de protección puedan compensar de forma efectiva el peso de los factores de riesgo.

Los factores de riesgo se potencian unos a otros, es decir, cuantos más factores de riesgo confluyan, mayor será el riesgo resultante, lo mismo ocurre con los factores de protección.

Es relevante mencionar aquí, el concepto de la resiliencia, porque es la capacidad que tiene una persona de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando el futuro. En ocasiones las circunstancias difíciles o los traumas permiten desarrollar recursos que se encontraban latentes y que el individuo desconocía hasta el momento.

Pasamos a indicar los principales factores de riesgo y protección identificados^{34,32,35} sobre los que existe consenso en base a la extensa investigación en prevención de drogas, en la siguiente tabla 3:

FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO DE DROGAS

Valores sociales:

- Individualismo.
- Competitividad.
- Éxito.
- Imagen.
- Hedonismo.
- Presentismo.

Factores de riesgo de grupo:

- Actitudes permisivas hacia el consumo.
- Actitud permisiva hacia el consumo de alcohol.
- Consideración de transgresión de las normas en el consumo.
- Valoración del consumo de alcohol como expresión de ser adulto.
- Actitudes favorables a transgredir las normas.
- Valoración del consumo de alcohol como instrumento de ocio.
- Valoración del consumo de alcohol facilitador de las relaciones.
- Dependencia del grupo.
- Presencia de consumidores dentro del grupo.
- Presión de grupo.

Factores de riesgo asociados con el tiempo de ocio:

- Frecuencia en acudir a lugares de oferta.
- Número de actividades alternativas que se pueden realizar.
- Número de alternativas que realiza.
- Contenido significativo del tiempo de ocio.

Factores de riesgo relacionados con la familia:

- Un ambiente familiar caótico y desestructurado y, en especial, cuando las personas adultas de la familia (padre, madre, ambos, u otros allegados) consumen drogas o sufren algún trastorno mental.
- Deficiente educación normativa: un estilo de gestión familiar contradictorio e ineficaz, donde las normas no están claras, o no se aplican de forma coherente ni dentro de un marco de diálogo y escucha.
- Inexistencia de lazos afectivos fuertes entre padres e hijos.
- Percepción de permisividad y aprobación parental/familiar respecto al uso de drogas: falta de control y cuidado, consumo de drogas en el ambiente familiar o actitudes tolerantes de los padres hacia el consumo de estas sustancias.
- Baja cohesión familiar.
- Conflictos entre los padres, clima afectivo inestable, inseguro y/o inadecuado por algún otro problema.
- Falta de comunicación y apoyo entre las personas que integran la familia.

Factores de riesgo relacionados con la escuela:

- Problemas de rendimiento escolar.
- Falta de motivación para el aprendizaje.
- Insatisfacción en el centro.
- Ausencia de expectativas académicas.
- Presencia de actitudes rígidas por parte del profesorado.
- Ausencia de valoración de logros no relacionados con el rendimiento académico.
- Consumo de tabaco en presencia de los alumnos.
- Consumo de alcohol dentro del centro escolar.
- Presencia de valores enfocados al individualismo.
- Presencia de valores enfocados a la competitividad.
- Actitudes tolerantes hacia el consumo de determinadas sustancias.

Factores de riesgo individuales:

- Edad (adolescencia).
- Presencia de enfermedades.
- Estados coyunturales (embarazo, consumo de otras sustancias,..).
- Falta de autonomía en la toma de decisiones.
- Ausencia de responsabilidad en la toma de decisiones.
- Ausencia de autonomía en las relaciones.
- Dificultades en la resolución de conflictos.
- Escasa capacidad de autocontrol.
- Capacidad de manejo de situaciones estresantes.
- Capacidad de afrontar los estados de ansiedad.
- Escasa tolerancia a la frustración.
- Actitud tendente al hedonismo.
- Actitud tendente al pragmatismo.
- Actitud escéptica hacia cualquier dimensión trascendental de la existencia.
- Carencia de expectativas de futuro.
- Ausencia de proyecto de futuro.
- Vivencia de la existencia como algo esencialmente conflictivo.
- Vivencia de la existencia como algo carente de sentido.
- Falta de confianza en el futuro.
- Egocentrismo.
- Búsqueda de situaciones nuevas y excitantes.
- Búsqueda de situaciones de riesgo.
- Falta de información veraz respecto al consumo de drogas.

FACTORES DE PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Valores sociales:

- Colectivismo.
- Esfuerzo.
- Humanidad.
- Espiritualidad.

Factores de protección de grupo:

- Estar implicado en grupos de iguales con actividades y normas positivas.
- Compañerismo.

Factores de protección asociados con el tiempo de ocio:

- Número de actividades alternativas al consumo de drogas que se pueden realizar.
- Número de alternativas que realiza.
- Contenido significativo del tiempo de ocio.

Factores de protección relacionados con la familia:

- Buena capacidad de supervisión parental positiva en las conductas filiales en general: Reglas de conducta claras que se aplican de forma coherente y consistente, en relación con las amistades de los hijos, las normas de convivencia y colaboración en el hogar, la paga de los hijos y la forma en que se gasta, etc. (la supervisión parental es buen medidor de la influencia ejercida por el grupo de iguales).
- Relaciones ordenadas y estructuradas entre padres e hijos.
- Disciplina basada en la comunicación mutua y la supervisión parental.
- Expectativas y normas claras respecto a las responsabilidades de los hijos
- Participación de los hijos en tareas y eventos familiares (trabajos domésticos, promoción de apoyo y cooperación entre hermanos, participación y promoción de actividades y relaciones con la familia extensa, etc.).
- Conciencia parental de la importancia de su función modélica en lo relacionado con las drogas legales e ilegales.
- Promover el diálogo paternofilial sobre los riesgos del consumo de drogas de forma objetiva (no basada en juicios morales o aproximaciones tremendistas).
- Buena gestión de normas por los padres, entre las que se encuentran todos los aspectos relacionados con el uso de drogas.
- Implicación de los padres en los deberes escolares.
- Interés de los padres por las actividades relacionadas con la escuela.
- Contacto y coordinación con las tutorías y con el profesorado.
- Interés de los padres por otras actividades de crecimiento personal como deportes, actividades artísticas, aficiones, ...

Factores de protección relacionados con la escuela:

- Compromiso y motivación del centro educativo para acercarse a las familias (política general del centro educativo, tutorías, profesorado,...).
- Promoción por el centro educativo de vínculos emocionales positivos con el alumnado mediante la disponibilidad de cuidado y apoyo a sus necesidades.
- Consistencia normativa: en el centro educativo hay reglas claras de conducta y respeto explícito a la legislación vigente en relación con las drogas, tanto en las actitudes como en las conductas del profesorado y del centro.

- Clima escolar favorable: el centro trabaja activamente para la promoción y motivación del aprendizaje, manifiestan expectativas positivas sobre las capacidades de los alumnos, promueven la participación, implicación y responsabilidad de los alumnos en las tareas y decisiones escolares.
- Introducción en el marco curricular de contenidos de prevención de drogodependencias integrados en el marco de la promoción y la educación para la salud.
- Integración de contenidos de prevención de drogodependencias basados en la educación de habilidades para la vida desde los principios metodológicos de la educación activa, interactiva y participativa:
 - Contenidos sensibles a las etapas evolutivas del desarrollo vital.
 - Contenidos sensibles a las características socio-culturales del alumnado.

Factores de protección individuales:

- Adecuado desarrollo evolutivo tanto en habilidades cognitivas como motrices.
- Evolución y estabilidad emocional.
- Resiliencia o capacidad de una persona para desarrollarse positivamente y disfrutar de una vida normalizada y adaptada, a pesar de haber estado expuesta a vivencias adversas o traumáticas en su infancia.
- Autovaloración positiva.
- Flexibilidad y capacidad de adaptación.
- Percepción de autoeficacia.
- Autonomía.
- Disciplina personal.
- Locus de control interno.
- Bajos niveles de autodefensa.
- Expectativas positivas en relación al futuro y a la consecución de las propias metas (en lo personal, lo profesional...).
- Expectativas positivas hacia la propia salud.
- Buenas habilidades sociales.
- Adecuada sensibilidad social.
- Espíritu de cooperación.
- Buenas habilidades de comunicación.
- Sensibilidad, empatía, respeto y atención a las necesidades de las demás personas.
- Sentido del humor.
- Inclinación hacia la conducta pro-social.
- Adecuadas estrategias de resolución de problemas.
- Buenos resultados escolares.
- Independencia y tolerancia hacia las demás personas y sus peculiaridades.
- Tolerancia hacia situaciones sociales diversas.
- Interiorización normativa en relación con las conductas, normas y leyes que regulan la convivencia social y el uso de drogas.

Tabla 3: Factores de Riesgo y Protección del consumo de drogas.

2.2.2. MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La prevención de drogodependencias se enmarca en este modelo que considera que los estilos de vida de los distintos grupos sociales pueden mejorar si se crean y/o fomentan las condiciones necesarias para que las personas y los grupos poblacionales puedan incrementar el control y mejorar los factores que condicionan e influyen en su salud²⁹.

La Promoción de la Salud es definida por la OMS³⁶ como “el proceso por el cual las personas se capacitan para aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social completo, el individuo o grupo, debe ser capaz de conseguir sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o hacer frente al ambiente en el que vive”³⁷.

Este modelo es holístico porque agrega la participación de las poblaciones, favoreciendo las opciones personales y grupales e introduce la necesidad de la actuación intersectorial y el desarrollo comunitario.

Aplicando el Modelo de Promoción de Salud a la prevención del consumo de drogas y problemas asociados, se requiere el despliegue de acciones sociales multidimensionales, multisectoriales y multidisciplinarias de alcance comunitario. La comunidad, clave de la acción, implica estrategias de participación y coordinación de los diferentes actores de la sociedad civil organizada²⁹ (administraciones públicas, organizaciones sociales, redes, colectivos, y otros agentes).

La evidencia de la eficacia del Modelo de Promoción de Salud es amplia y procede de los resultados obtenidos de estudios epidemiológicos poblacionales, estudios sociales prospectivos, y diseños experimentales de la efectividad de intervenciones desarrolladas para promover cambios de estilos de vida y de actitudes^{11,38,39}.

2.2.2.1. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Es una herramienta al servicio de las estrategias del Modelo de Promoción de la Salud, se fundamenta en intervenciones diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con su salud, apoyándose en la motivación y las habilidades personales que la promueven, con la dirección de adoptar cambios del estilo de vida destinados a mejorar la salud. Se dirige a los individuos, los grupos, organizaciones y a la comunidad en general.

La Educación para la Salud supone la comunicación de información y el desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud⁴⁰.

En el ámbito escolar, este modelo pretende que el alumnado desarrolle hábitos saludables y pautas de comportamiento que conducen a la adquisición de su bienestar físico y mental^{41,42}.

2.2.3. MODELOS SOCIOCOGNITIVOS:

Son los modelos que han tenido la mayor influencia en la comprensión de los comportamientos relacionados con las drogodependencias.

Todos estos modelos han ido surgiendo a partir o en relación al modelo general sobre el aprendizaje social propuesto a mediados del siglo XX⁴³ ampliamente desarrollado desde los años 60⁴⁴.

El modelo explica el comportamiento humano como la resulta de una interacción continua entre influencias de carácter cognitivo, comportamental y ambiental. En el desarrollo evolutivo de cada persona, la observación de los comportamientos, las actitudes y las reacciones emocionales de otras personas relevantes en su entorno⁴⁵, va a ser determinante, de manera que una persona adopta una conducta por modelaje, cuanto más admiración tenga por la persona “modelo”.

Este marco conceptual ha servido de base para comprender diversos desórdenes comportamentales⁴⁶, así como su modificación⁴⁷, aportando igualmente la base teórica para las técnicas de modelado, ampliamente utilizadas en contextos educativos, así como para el desarrollo del concepto de la autoeficacia⁴⁸ definida como “un juicio personal, sobre las creencias en las capacidades de uno, para organizar y ejecutar cursos de acción requeridos, para gestionar probables situaciones futuras”.

Los Modelos Sociocognitivos, han constituido la base para un amplio número de propuestas teóricas en prevención del abuso de drogas y problemas asociados^{49,50}, siendo las más destacadas en relación con esta tesis:

- La Teoría Cognitiva Social⁵¹.
- El Modelo General Integrado del Uso de Drogas⁵².
- El Modelo de Desarrollo Social^{53,54}.
- La Teoría de la Socialización Primaria^{55,56,57,58,59}.
- La Teoría de la Influencia Triádica⁶⁰.

2.2.4. LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS

Diferentes estudios en la prevención del uso y abuso de drogas y los problemas asociados^{33,32}, señalan las amplias posibilidades de los programas de prevención comunitaria de probada eficacia para:

- Mejorar la comunicación y el conocimiento mutuo entre los distintos actores comunitarios (instituciones públicas, servicios socio-educativos y otras organizaciones).
- Conseguir cambios de actitudes frente al uso de drogas y los problemas asociados.
- Desmitificar creencias erróneas en relación a las drogas.
- Reducir los factores de riesgo en el marco comunitario.

La prevención comunitaria adopta un enfoque global porque considera los principales factores de riesgo, para el desarrollo de problemas relacionados con las drogas que existen en una comunidad local²⁹.

Un programa comunitario es un conjunto planificado de actividades realizadas en el entorno de la comunidad local que estimulan la participación, tanto de los representantes de la sociedad civil organizada (asociaciones juveniles, comunidades de vecinos, asociaciones de barrios, asociaciones de padres y madres, otro tipo de asociaciones, colegios profesionales, etc.), como de las instituciones (sistema educativo, sistema sociosanitario, centros juveniles, y otras instituciones públicas presentes en el ámbito local), a fin de intervenir en el entorno inmediato de las personas y facilitar su participación activa en el contexto social^{61,29}.

La prevención comunitaria en el ámbito de las drogodependencias, puede definirse como aquella estrategia de intervención preventiva, que busca comprometer a la propia comunidad en la búsqueda de soluciones a los problemas relacionados con el uso de drogas.

Los programas comunitarios ponen el énfasis en la coordinación; la formación de personas mediadoras en cada ámbito de intervención; el desarrollo, difusión y seguimiento del cumplimiento normativo; la promoción de sinergias entre los distintos ámbitos y la atención a evitar duplicidades.

El Plan Regional sobre Drogas de la C.A. de la Región de Murcia⁶², define la prevención comunitaria como una estrategia de intervención basada en la valoración de los recursos de la propia comunidad, para la prevención de las drogodependencias. Propone la integración y coordinación de los recursos existentes en la comunidad, dotándoles del enfoque preventivo de las drogodependencias, lo cual pretende minimizar los recursos y optimizar los resultados, mediante el efecto multiplicador de las intervenciones no solapadas. Se considera al municipio o comarca, el escenario natural comunitario, marco idóneo para realizar la intervención. Pero no sólo como el escenario, sino siendo fundamentalmente el vehículo de las intervenciones, a través de la implicación coordinada y corresponsable de

los técnicos y representantes comunitarios: Ayuntamientos, Mancomunidades, Organizaciones y Asociaciones No Gubernamentales, mediadores sociales²⁹, etc.

Los diferentes sectores sociales (población general, adulta, joven, adolescente y niña) son favorecidos desde esta intervención conjunta por promover a la vez una sensibilización de todos los sectores sociales implicados, que maximiza los recursos existentes en la comunidad.

En este complejo entorno económico, social, familiar y personal, los programas comunitarios deben intervenir para modificar aquellos factores que limitan las capacidades de las personas, para adoptar estilos de vida lo más críticos y lo más libres posible de las presiones a consumir drogas. La cultura del consumo de drogas como el alcohol, está totalmente normalizada en España y el consumo de alcohol y otras drogas ilegales entre los grupos más jóvenes, se asocia cada vez más al disfrute del tiempo de ocio y a la diversión.

Por otro lado, las bebidas alcohólicas difícilmente son consideradas drogas y sólo desde hace pocos años se está empezando a reconocer que su consumo genera graves problemas de mortalidad prematura y de incremento de la discapacidad debida a accidentes de tráfico o laborales.

Es igualmente reciente la identificación de las consecuencias del consumo de alcohol, como factores generadores de un gasto importante de los recursos sociosanitarios, que afecta a los presupuestos tanto de las Comunidades Autónomas como del estado Español, en términos de incremento de las consultas médicas, ingresos en servicios sanitarios de urgencias, hospitalizaciones y gastos en servicios y prestaciones sociales.

La falta de sensibilidad social para valorar la dimensión epidémica del abuso de las bebidas alcohólicas, es sólo uno de los síntomas que evidencian la existencia, en nuestro entorno comunitario, de una cultura “normalizada” del consumo de alcohol entre la población adulta, que es mimetizada y ampliada al consumo de otras drogas, mediante aprendizaje por modelado, por las generaciones más jóvenes (población infantil y adolescente).

Los programas comunitarios deben servir para reducir los factores que promueven el consumo, los factores de riesgo, así como para promover factores de protección³⁴: Proporcionar recursos, promover iniciativas basadas en la evidencia de efectividad y aunar esfuerzos para promover la educación en libertad, desarrollar medidas protectoras de control de los mercados (legales e ilegales), señalar referentes culturales alternativos a los actualmente imperantes, favorecer la adquisición de valores distintos a los que promueve la cultura del consumo por el consumo, favorecer la autonomía personal de niños-adolescentes para incrementar su capacidad de enfrentarse de forma autónoma a situaciones de presión e incorporar estrategias de reducción de riesgos para que quienes consumen drogas, lo hagan de la forma menos arriesgada y problemática posible.

Después de hacer un recorrido por los principales modelos que dan cuerpo al marco teórico de esta tesis, pasamos a desarrollar cuatro apartados imprescindibles y necesarios que comprenden los conceptos que vamos a manejar a lo largo del desarrollo de este trabajo de tesis, y son: La formación de formadores, formación entre iguales e investigación-acción en salud, las intervenciones breves de salud y el consejo breve de salud, la entrevista motivacional en AP y el empoderamiento.

2.3. FORMACIÓN DE FORMADORES, FORMACIÓN ENTRE IGUALES E INVESTIGACIÓN-ACCIÓN EN SALUD

Aprender es adquirir conocimientos, habilidades o, capacidades por medio del estudio, la experiencia o la enseñanza. Los resultados del aprendizaje son mejorar el rendimiento, adquirir nuevas habilidades, nuevos conocimientos y nuevas actitudes. El propósito de la formación de formadores en materia de drogodependencias consiste en mejorar la atención que prestan los profesionales sanitarios en esta materia en sus consultas de AP de salud y también poder transmitir los nuevos conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos, al resto del EAP mediante la formación entre iguales, para que a su vez, puedan mejorar las

intervenciones prestadas a los usuarios/pacientes, en la prevención y atención de los problemas causados por el consumo de alcohol y otras drogas.

Por ello, es de vital importancia “*formar a quienes forman*”, es decir, contribuir a la capacitación de los profesionales sanitarios que van a formar a sus compañeros del EAP.

La formación de formadores puede operar con una amplia gama de herramientas conceptuales y prácticas para la adquisición de conocimientos y el fortalecimiento de los mismos, como la alternancia de la presentación de distintos conceptos teóricos con distintas dinámicas y ejercicios para interiorizar y practicar las distintas capacidades adquiridas. En las exposiciones se comentarán distintos ejemplos de situaciones reales en las que han participado los docentes. Entre las técnicas prácticas empleadas estarán, la dinámica de grupos, las simulaciones, la tormenta de ideas, el estudio de casos, etc.

La investigación-acción fue descrita por el psicólogo social Lewin (1946) como una espiral de pasos: planificación, implementación y evaluación del resultado de la acción y un bucle recursivo y retroactivo de investigación y acción. Tiene un doble propósito, de acción para mejorar una organización o institución, y de investigación para generar conocimiento y comprensión⁶³.

La práctica en la investigación-acción son actividades que tienen en común la identificación de estrategias de acción que son implementadas en respuesta a un contexto presente, inmediato y problemático, y más tarde sometidas a observación, reflexión y cambio para poder determinar lo adecuado y resolver las situaciones en que tiene lugar la práctica⁶⁴. Se considera un instrumento que genera cambio y conocimiento sobre la realidad de un problemática de salud.

2.4. INTERVENCIONES BREVES DE SALUD Y CONSEJO BREVE DE SALUD.

El uso nocivo del alcohol contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad, y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. Se estima que en 2004 murieron en todo el mundo unos 2,5 millones de personas, incluidos 320.000 jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol. El uso nocivo del alcohol fue el responsable del 3,8% de la mortalidad mundial ese año, así como del 4,5% de la carga mundial de morbilidad expresada como pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad⁶⁵.

El alcohol es uno de los factores más importantes de morbi-mortalidad prevenible en la actualidad ya que causa múltiples enfermedades que podrían evitarse con la prevención del abuso de esta sustancia o con el tratamiento de los trastornos adictivos generados por la misma. El consumo de alcohol se asocia como causa en más de 60 patologías⁴⁰, estableciéndose generalmente una relación dosis-respuesta, es decir, cuanto más alcohol se consume, mayor es el riesgo de padecer la enfermedad atribuible al alcohol.

Aunque solo la mitad de la población mundial consume alcohol, a nivel mundial es la tercera causa de morbilidad y muerte prematura (5%), aproximándose al sexo inseguro (5%) y el bajo peso en recién nacidos (6%). En los países de mayor nivel económico, entre los que se encuentra España, el alcohol es el segundo factor de riesgo de morbi-mortalidad, solo superado por el tabaco. El 1,6% de la mortalidad y el 6,7% de los años de vida ajustados por discapacidad están producidos por el consumo de alcohol⁴⁰.

Con este escenario descrito en los anteriores párrafos, se hace necesario y justificado las intervenciones en AP mediante:

Las Intervenciones Breves de Salud:

Sobre alcohol y otras drogas, son intervenciones que se realizan en población que acude a centros sanitarios sin demandar ayuda a un problema relacionado con el alcohol, generalmente. Se utiliza alguna técnica rutinaria de detección (*screening*) y se interviene sobre aquellas personas en las que se detecta un consumo de alcohol abusivo o de riesgo, teniendo en cuenta que en mujeres embarazadas y lactando, así como en menores de edad, cualquier consumo de alcohol es de riesgo y por tanto precisa una intervención breve desde AP. Estas intervenciones pueden ser muy breves, 5 minutos en los que de forma estructurada se da un consejo de salud a la persona en la que se ha detectado el consumo problemático de alcohol y otras drogas, a esta forma de intervenir se le denomina “consejo simple”; o pueden llevar más tiempo 20-30 minutos con sesiones de refuerzo y seguimiento⁶⁶, a esta forma de intervenir se le denomina “consejo breve”.²³

El Consejo Breve de Salud:

Es una intervención destinada tanto a bebedores cuyo consumo habitual es superior a lo recomendado, como a bebedores con consumo de bajo riesgo y que presentan un alto riesgo de padecer patologías crónicas relacionadas con el consumo de alcohol, como aquellos que presenten episodios de intoxicación aguda con sus consiguientes riesgos. Utilizando los resultados del *screening* y apoyándose en material escrito, el profesional sanitario explica al paciente que su consumo de alcohol implica un riesgo y, de forma amable pero firme, le muestra ese riesgo y le anima a fijar unos límites de consumo que sean de bajo riesgo o a plantearse la abstinencia total temporal definitiva, dejando que el paciente escoja la opción que crea más conveniente (es necesario recordar que ante comorbilidad física o psíquica crónica o en mujeres embarazadas, lactando o menores, la abstinencia es la opción por la que debe abogar el clínico)²³.

Diseño de las Intervenciones Breves:

Tienen por objetivo identificar un problema de alcohol real o potencial y provocar cambios en el individuo. Se centran en personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol. Cuando hay dependencia de alcohol se requieren intervenciones más intensivas; en estos casos las intervenciones breves pueden facilitar la derivación de estos casos⁶⁶.

El diseño de las intervenciones breves es perfecto para su uso en AP por la elevada prevalencia del problema, la asociación familiar, la accesibilidad y la mayor aceptación de las intervenciones desde este nivel de atención. Se puede intervenir de forma oportunista al preguntar por el alcohol durante los nuevos registros de los pacientes, revisiones de salud general, seguimientos de una enfermedad específica, etc. Con las unidades de bebida por semana y la valoración clínica, se puede proporcionar consejo simple de 5 a 10 minutos, informar sobre el consumo de alcohol y los daños que provoca, identificar situaciones de consumo de mayor riesgo y proponer estrategias motivando la reducción del consumo de alcohol⁶⁷, así como intentar fijar una fecha para hacerlo y ofrecer algunos consejos personalizados. Se suele acompañar con material escrito.

Estas intervenciones breves, se basan en la Teoría Socialcognitiva desarrollada por Bandura⁴⁵, el modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente⁶⁸, la Teoría de la Disonancia Cognitiva de Festinger⁶⁹ y de la Entrevista Motivacional de Rollnick y Miller⁷⁰, entre otros autores.

La OMS se ha mostrado muy interesada en las intervenciones breves, el apoyo a los manuales prácticos dirigidos por Thomas F. Babor y John C. Higgins-Biddle, es una prueba de ello, desarrollados para ser utilizados por profesionales de AP tanto médicos como enfermeros. Se fundamentan en los modelos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades⁶⁶.

Estas intervenciones propuestas se basan en el sistema de screening, siendo el más recomendado el AUDIT⁷¹ (desarrollado por la OMS y validado en diferentes idiomas, países y dispositivos), seguido de una intervención breve. Se dirige no solo a quienes se espera que con mayor probabilidad

tengan problemas con la bebida, porque se perdería una cantidad importante de los casos. Se debe explicar la intervención dejando clara la intención de ayudar. Para evitar las etiquetas aplicadas a los bebedores con consumos excesivos, que asocian connotaciones muy negativas, conviene centrarse en describir el consumo de alcohol y las conductas asociadas en cada caso, para evitar una actitud defensiva por parte de los pacientes.

Las intervenciones breves son eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol, el número de episodios de consumo de riesgo y la frecuencia de consumos excesivos, en el ámbito de la AP de salud.

2.5. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Es una técnica para aumentar la motivación de los usuarios/pacientes, utilizando un tipo de entrevista inmerso en un clima de confianza y empatía, que facilita la exploración, el reconocimiento y el afrontamiento de sus posibles problemas, cuando están ambivalentes o no quieren hacer un cambio de comportamiento. Hemos de recordar que la motivación no es un rasgo estable o de la personalidad, sino un estado gradual de disposición para cambiar, que puede fluctuar en el tiempo y que puede ser influido por las interacciones con el entorno²⁵.

La técnica fue desarrollada por Miller y Rollnick²⁵ y estimula al paciente a avanzar a través de una serie de estadios de disposición motivacional, que fueron estudiados y teorizados con el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente⁷⁰:

- Precontemplación: No se tiene intención de cambiar. No hay conciencia de un problema o se desconocen las consecuencias a corto, medio o largo plazo de la conducta. Las *ventajas* de consumir superan a los *inconvenientes*.
- Contemplación: Consciencia de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio.
- Preparación o determinación: Pequeños cambios o pruebas en la conducta adictiva. Se habla de la posibilidad de cambiar. Intención y compromiso a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo. Los *inconvenientes* de dejar el consumo superan a los beneficios.
- Actuación o acción: Se realizan cambios notorios, en la conducta adictiva. Etapa inestable en ambivalencia entre la recaída o la progresión a la siguiente etapa de mantenimiento.
- Mantenimiento del cambio: Esfuerzo para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción. Aplicación de estrategias para prevenir posibles recaídas.

La validez de dichos estadios de cambio ha sido demostrada en personas con problemas relacionados con el consumo de alcohol^{72, 73}.

La entrevista motivacional es una intervención formal que puede constituir un pretratamiento para incrementar la motivación al cambio, una intervención independiente o también un componente de un tratamiento más amplio que incluye otras intervenciones, en su mayoría de naturaleza cognitiva conductual o terapéutico psico-educativa³⁷.

Estas intervenciones de entrevista motivacional proporcionan información, presentando otras posibilidades de comportamiento, proporcionando asesoramiento objetivo y reforzando la autoresponsabilidad y la autoeficacia, esta última entendida como la sensación de ser capaz de alcanzar los propios objetivos. De manera que la entrevista motivacional, podría y

debería iniciarse en todos los tratamientos psicosociales de abuso y dependencia alcohólica, con mayor o menor gravedad.

Cuando aplicamos la entrevista motivacional y nos equivocamos de fase, por ejemplo en una más avanzada de la que en realidad está, es probable que el usuario/paciente, rechace los objetivos que le proponemos y muestre su resistencia al cambio.

Los principios básicos de la entrevista motivacional son:

- Expresar empatía y comprensión.
- Desarrollar la discrepancia (tomar conciencia de las consecuencias).
- Evitar la argumentación (no discutir ni etiquetar).
- No confrontar la resistencia (rodearla).
- Apoyar la autoeficacia.

La **intervención motivacional breve** es una aplicación de la técnica de la entrevista motivacional, basada en una o dos sesiones. Los autores Miller y Rollnick²⁵, describen los ingredientes necesarios para la intervención motivacional breve:

- Ofrecer *feedback* al paciente sobre la evaluación de su estado.
- Hacer sentir al paciente que es responsable de su proceso.
- Ofrecer consejo, procurando que sea solicitado y no impuesto.
- Ofrecer un menú de opciones terapéuticas a realizar, considerando las ventajas y los inconvenientes de cada una.
- Discutir las situaciones de riesgo con sus alternativas conductuales.
- Mostrar empatía con el paciente, sobre todo.

2.6. EMPODERAMIENTO

Es el proceso por el cual se aumenta la fortaleza espiritual, política, social o económica de los individuos y las comunidades para impulsar cambios positivos de las situaciones en que viven. Generalmente implica el desarrollo en el beneficiario de una confianza en sus propias capacidades. Proceso en el que las personas trabajan juntas para lograr cambios en sus comunidades, ejerciendo más poder e influencia sobre aquellos temas que les importan. Hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido²⁶.

El empoderamiento personal es cuando la persona se siente con el poder de dirigir su vida, poder de decisión propia que le responsabiliza de sus acciones, partiendo de una gestión adecuada de sus emociones.

Está relacionado con el acceso y control de tres tipos de poderes: a) el social, entendido como el acceso a la base de riqueza productiva; b) el político, o acceso de los individuos al proceso de toma de decisiones, sobre todo aquellas que afectan a su propio futuro; y c) el psicológico, entendido en el sentido de potencialidad y capacidad individual⁷⁴, esta última acepción es la operativa para este trabajo de investigación, de manera que el empoderamiento que desarrollamos en el Programa Argos, está dirigido directamente a los profesionales sanitarios para que ellos, a su vez, en el desarrollo de la prevención y la intervención del consumo de alcohol y otras drogas, empoderen a sus pacientes/usuarios.

La idea de “**empoderamiento**” está en el núcleo de la Declaración de Ottawa³⁶, cuando se define que la Promoción de la Salud es “capacitar a la gente para que tome control de su salud”. Se parte de asumir que las personas pueden mejorar su salud, si toman conciencia del problema y tienen la capacidad necesaria para lograrlo.

Dentro del empoderamiento podemos incluir cuestiones como participar en las decisiones comunitarias, capacidad para establecer las prioridades, capacidad de comunicarse con otros grupos o con los responsables de tomar decisiones, el establecimiento de redes de personas, etc.

3.- JUSTIFICACIÓN

3. JUSTIFICACIÓN

Los profesionales de AP de salud disponían de escasa formación para la intervención en materia de sustancias de abuso; así como de pocos materiales de apoyo para el desarrollo de programas e igualmente una carencia generalizada de materiales sobre *counselling* para su aplicación en la práctica clínica de AP⁷⁵. En concreto, la cartera de servicios de AP contemplaba genéricamente las actividades de prevención de las conductas de riesgo⁷⁶. Aunque también de forma más expresa, pero de una manera irregular, incluye las actividades de prevención e intervención sobre las sustancias de abuso. Sin embargo, la realidad cotidiana de los CS indicaba que existía un gran predominio de la actividad curativa, con una escasa actividad dedicada a la prevención primaria, exceptuando en la atención a la infancia. Siendo insignificantes las actividades dirigidas a la promoción y protección de la salud⁷⁷.

3.1. EL PROGRAMA ARGOS-MURCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA:

El Programa se realizó en AP de salud, siendo el CS y el EAP sus pilares organizativos⁷⁸ y porque los profesionales sanitarios tienen acceso cuantitativamente a más población, ya que la AP de salud es la puerta de entrada al sistema sanitario, constituyendo el primer nivel, con cifras cercanas al 80% de personas que acuden a este nivel durante un año. Ofrece accesibilidad, continuidad y atención a procesos crónicos y agudos⁷⁹.

Además, los primeros profesionales de la salud que entran en contacto con poblaciones de riesgo en relación con el consumo de alcohol y otras drogas, son los EAP, por ello el Programa ARGOS-Murcia fundamentó en ello su planificación, desempeñando un papel fundamental en la intervención

precoz⁸⁰. Por tanto, se hace necesario que los profesionales del EAP dispongan de las herramientas necesarias para la prevención de drogodependencias y la promoción y protección de la salud, a través de la formación continuada sobre detección precoz y consejo breve de salud sobre alcohol con la utilización de la herramienta de la entrevista motivacional. El Programa ARGOS, se originó con esta finalidad crucial, que los profesionales de AP tomaran conciencia del importante papel que pueden desempeñar en la intervención precoz en consumo de alcohol y otras drogas y que dispusieran de las herramientas necesarias para lograrlo. Todo lo anteriormente descrito favorece el empoderamiento de los profesionales sanitarios para el abordaje con seguridad, de la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en sus consultas.

Los **profesionales sanitarios** de AP de salud son los responsables de identificar e intervenir cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol es peligroso o perjudicial para su salud. La identificación e intervención breve de salud ante el consumo de alcohol en ámbitos de AP brinda la oportunidad de asesorar a los pacientes sobre el consumo de riesgo y el consumo perjudicial de alcohol.

Toda exploración acerca de la cantidad y frecuencia de consumo ayuda a diagnosticar la condición actual del paciente y alerta a los clínicos en cuanto a la necesidad de brindar consejo de salud a aquellos pacientes cuyo consumo de alcohol podría afectar de forma negativa el uso de medicamentos y otros aspectos de su tratamiento.

Además, el Programa propone el empleo del consejo breve de salud sobre alcohol aplicando la entrevista motivacional, ya que resulta mucho más fácil que, las personas que no son dependientes del alcohol, disminuyan e incluso suspendan el consumo del mismo, mediante un diagnóstico de consumo y una intervención breve desarrollada por el personal sanitario de primera línea.

3.2. EL PROGRAMA ARGOS-MURCIA: POBLACIONES DESTINATARIAS

Tenemos identificado que nuestra población adulta tiene una baja percepción de riesgo ante el consumo de alcohol⁵, sabemos que un porcentaje de nuestros jóvenes tiene prácticas de alto riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente en los periodos recreativos y conocemos que durante el embarazo y la lactancia es necesaria la abstinencia absoluta, pues cualquier consumo de alcohol en este periodo propicia un importante riesgo para el feto y el futuro niño.

Es relevante la prevención de drogodependencias en las **poblaciones destinatarias** del Programa ARGOS-Murcia: la mujer embarazada y en período de lactancia, los adolescentes y los adultos con consumo de alcohol de riesgo, debido a la alta prevalencia de consumo de alcohol en la Región de Murcia y en España. Los datos facilitados por el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia y el Observatorio Nacional sobre Drogas sobre consumo de alcohol en población general⁵ y en población adolescente⁶ justifican sobradamente la necesidad de intervención desde todos los recursos sanitarios disponibles, principalmente los de la atención sanitaria normalizada y, la práctica basada en la evidencia científica, recomienda la conjugación de los recursos sanitarios, educativos y comunitarios disponibles.

Así mismo, la mujer embarazada y en período de lactancia, según los datos facilitados por la Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica (USMP) del Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca (HCVA) de Murcia, son notablemente alarmantes y muestran claramente la necesidad de intervención directa en esta población que, además, es altamente susceptible de recibir favorablemente el consejo breve de abstinencia a alcohol por parte del personal sanitario que cuida de la salud de la mujer y del feto.

La mayoría de los trastornos neurológicos funcionales asociados a la exposición a etanol durante el embarazo serían fácilmente prevenibles con intervenciones breves y bien diseñadas en los programas autonómicos de embarazo saludable.

El consumo de drogas legales e ilegales en la sociedad actual tiene graves repercusiones sociales, sanitarias, económicas y legales que afectan a todos los niveles de nuestra población en menor o mayor medida. Según las estadísticas⁵⁶ del Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia y el Observatorio Nacional sobre Drogas, aunque la prevalencia de consumo para todas las drogas es mayor en hombres que en mujeres, se observa la tendencia de una incorporación progresiva de la mujer a todas las conductas de consumo, con especial atención a las drogas de comercio legal como el tabaco, el alcohol y los hipnosedantes.

Según estos datos, estos problemas de salud, afectan de una forma especial a la mujer y tienen una importancia destacada durante el embarazo. Existen pocos trabajos sobre prevalencias del consumo de drogas durante la gestación, pero todos ellos apuntan a que el consumo ha sido infravalorado y que va aumentando paralelamente al incremento de consumo en la población femenina.

Desde un punto de vista sanitario dentro de los grupos de riesgo más sensibles a la acción tóxica del alcohol y otras drogas se encuentra la mujer gestante y más concretamente el embrión y el feto, ya que el alcohol y otras drogas traspasan la placenta desde el primer trimestre⁸¹, además, no tiene desarrollado el hígado y otros órganos como los riñones, para poder metabolizar y facilitar la eliminación de estos tóxicos. Esta situación de vulnerabilidad biológica hace necesario profundizar más en las repercusiones que la exposición a drogas produce en la salud del recién nacido.

La situación actual de consumo de alcohol por los menores de edad en los últimos años, ha generado una seria preocupación por este consumo, provocando que la Administración Pública, la industria del sector, las Organizaciones no Gubernamentales (ONG`s), las representaciones sociales, los partidos políticos y la sociedad en general, tomen conciencia de los riesgos sanitarios y sociales que conlleva el consumo de bebidas alcohólicas en unas poblaciones cuyo organismo se encuentra todavía en desarrollo y considerando que la adolescencia es una etapa de máxima vulnerabilidad. Es la adolescencia la edad crítica en relación al consumo de drogas, en ese periodo el individuo tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. La búsqueda de la autonomía e identidad son elementos consustanciales a la misma. El consumo de sustancias psicoactivas se va a ver favorecido o no por la historia previa del adolescente en cuanto a los factores de riesgo y de protección, de los cuales va a ser relevante el grado de apoyo y comprensión de su familia, la existencia o no de problemas en la misma, el tipo de grupo de amigos, etc. Hoy toda persona se va a tener que enfrentar, en ese periodo temporal de su vida, a la presencia de drogas y decidir si va a consumir o no. Son múltiples los factores que van a poder llevar a este consumo o no consumo como hemos visto. Lo que queda claro es que el consumo de drogas, y pasar al abuso o dependencia, no es casual y hay múltiples factores implicados en ello.

Por tanto, es relevante la intervención en la población adolescente debido a la alta prevalencia y al estilo de consumo que se está dando: el consumo juvenil se realiza sobre todo en fines de semana, en espacios públicos y, con la manifiesta motivación de divertirse, se busca intencionadamente la embriaguez; agravado por una gran tolerancia social y la escasa percepción de riesgo que su uso conlleva.

La estrategia de la Unión Europea para reducir los daños relacionados con el alcohol⁸² establece como prioridad controlar su consumo en menores,

mediante programas generales de prevención que empiecen en la primera infancia y pasa por la necesidad de una coordinación entre todos los agentes implicados.

Las adicciones se consideran trastornos del desarrollo dado su comienzo por lo general, en la adolescencia. Además, las adicciones se consideran trastornos prevenibles y tratables. La etiología y curso clínico de las adicciones depende de la interacción de múltiples factores ambientales y del desarrollo del individuo.

Las intervenciones de prevención primaria en relación con las adicciones en los adolescentes son una alta prioridad de Salud Pública. De hecho, la población adolescente es de particular interés porque el consumo de drogas suele comenzar durante esta etapa de la vida y puede avanzar rápidamente para convertirse en una adicción.

3.3. EL PROGRAMA ARGOS-MURCIA: COMUNITARIO Y EFECTIVO

Es un programa de Prevención Comunitaria porque coordina diferentes instituciones o estamentos de la sociedad civil como son los centros sanitarios de AP de salud, los Centros de Educación Secundaria Obligatoria (CESO) y los Ayuntamientos de cada comunidad. Se interviene con un despliegue de acciones sociales multidimensionales, multisectoriales y multidisciplinarias de alcance comunitario, actuando sobre factores promotores, actitudes y creencias sobre el uso y abuso del alcohol y sus efectos.

Cumple el principio de que un programa, si es comunitario, será más efectivo en términos preventivos que si no lo es. Porqué para intervenir de forma preventiva en la mejora de situaciones complejas, como son los problemas relacionados con el uso de drogas, no es eficaz la aplicación de soluciones

simplistas o mecanicistas, sino que se requieren acciones sociales multidimensionales, multisectoriales y multidisciplinarias, en definitiva de alcance comunitario.

Esta aproximación sitúa a la comunidad como elemento clave de la acción e implica la introducción de estrategias de participación y coordinación entre administraciones públicas y organizaciones sociales, redes, colectivos, y otros agentes que representan a la sociedad civil organizada.

El concepto de coste-efectividad describe la relación existente entre los resultados finales de un programa y el esfuerzo empleado, en términos económicos, humanos, materiales y temporales.

En el marco de la sociedad del bienestar, el principio filosófico de la eficiencia establece que los recursos públicos sólo deben ser empleados en la producción de aquellos bienes y en la prestación de aquellos servicios que produzcan el máximo beneficio poblacional y personal en relación a sus respectivos costes y comparados con otro tipo de actuaciones posibles²⁹.

Teniendo en cuenta estas dos perspectivas podemos añadir que la investigación disponible señala que los programas de prevención, cumplen requerimientos de calidad, por tanto pueden ser coste-efectivos^{32,83,84}. En Estados Unidos, el país donde más se ha analizado este aspecto, se ha comprobado que por cada dólar invertido en prevención, se pueden ahorrar hasta 10 dólares en el tratamiento de adicciones⁸³.

Por otro lado, las intervenciones breves aplicando el consejo de salud con una perspectiva motivacional, han demostrado ser coste-eficientes en la intervención con población adulta que tiene consumos de riesgo de alcohol, especialmente en el ámbito de la AP de la salud. Estas intervenciones breves son protagonistas en el Programa Argos. En uno de los estudios pioneros respecto a la rentabilidad de este tipo de intervención⁸⁵, comunican un ahorro de 5,6 dólares por cada dólar invertido en Estados Unidos. De

este ahorro, un 46% correspondería a economías generadas en el ámbito hospitalario y de urgencias, mientras que el 54% restante significaría ahorros de tipo social, como en delincuencia o en accidentabilidad de tráfico. Más recientemente⁸⁶, en otro estudio, sus autores obtienen un ahorro de costes sanitarios de 3,81 dólares por cada dólar gastado en detección e intervención breve. Al hilo del coste-beneficio de las intervenciones breves, varios autores realizan una revisión de estudios previos⁸⁷ en Inglaterra, y concluyen argumentando que generan un ahorro neto de 2.000 libras por cada año de vida ganado. Y por último, en términos de ratio coste-beneficio, las intervenciones breves muestran la mejor relación tanto respecto a costes sanitarios como sociales⁸⁸.

4.- HIPÓTESIS

4. HIPÓTESIS

El programa ARGOS-Murcia facilita la formación de los profesionales sanitarios de AP para la prevención y atención del consumo de alcohol y otras drogas, mediante el consejo breve de salud, en poblaciones susceptibles de modificar conductas de consumo, como son las mujeres embarazadas y lactando, población infanto-juvenil y adultos con consumo de alcohol de riesgo.

5.- OBJETIVOS

5. OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL

Capacitar a los Equipos de Atención Primaria de la Región de Murcia en la realización de intervenciones sistematizadas para la prevención, detección precoz y tratamiento de los diferentes problemas asociados con el consumo de alcohol y otras drogas, en coordinación con el resto de los niveles asistenciales y con los recursos educativos y comunitarios de cada zona de salud.

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Conocer la opinión de los profesionales sanitarios de Atención Primaria sobre la intervención en el consumo de alcohol y otras drogas en los Centros de Salud.
- 2.- Formar a los Equipos de Atención Primaria sobre las intervenciones más eficaces en materia de drogodependencias y sobre la realización de estudios de investigación, relacionados con el alcohol y otras drogas en Atención Primaria.
- 3.-Desarrollar investigaciones por los profesionales sanitarios de Atención Primaria de salud, para entrenar el cribado sistemático del consumo de alcohol de riesgo, en adultos, adolescentes y embarazadas; interviniendo mediante el empleo del consejo breve de salud y la entrevista motivacional.
- 4.- Conocer el consumo de alcohol en población adulta desde Atención Primaria.
- 5.-Impulsar dinámicas de trabajo de colaboración en prevención de drogodependencias, para la coordinación de los Equipos de Atención Primaria, los centros de Educación Secundaria Obligatoria de cada Zona de

Salud y los Planes y Programas locales de prevención de drogodependencias correspondientes.

6.-Facilitar conocimientos a los adolescentes sobre las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas en la salud física, psíquica y social, para promover la reflexión sobre el patrón de consumo de alcohol, alertando de la influencia que tiene el modelo social imperante de asociación “alcohol y tiempo libre”, en la conducta adolescente.

7.- Formar a los profesionales sanitarios que atienden el embarazo en Atención Primaria y Especializada en las intervenciones más eficaces, en materia de drogodependencias.

8.- Identificar las exposiciones a drogas legales e ilegales y a otros neurotóxicos medioambientales en las parejas embarazadas.

9.-Incrementar el número de embarazos saludables y abstemios tras el consejo breve de salud.

10.- Prevenir y disminuir el daño por exposición a alcohol y otras drogas del embrión y/o feto, durante el embarazo.

11.- Formar a pediatría de Atención Primaria sobre las intervenciones más eficaces en materia de drogodependencias y sobre investigación-acción con poblaciones en desarrollo infanto-juvenil y sus familias.

6.- METODOLOGÍA

6. METODOLOGÍA

Para lograr los objetivos planteados en el anterior apartado, vamos a exponer la metodología empleada en el Programa ARGOS-Murcia.

6.1. TIPO DE ESTUDIO:

Esta tesis consta de la descripción del diseño, despliegue e implantación de un programa de prevención y atención del consumo de alcohol y otras drogas en Atención Primaria de salud, en la Región de Murcia.

6.2 EQUIPO DE TRABAJO:

El equipo de trabajo se gesta en la Unidad de Coordinación Regional de Adicciones, perteneciente a la Dirección General (DG) de Salud Pública y Adicciones de la Consejería de Sanidad (anteriormente esta Unidad Técnica ha pertenecido a la DG de Atención al Ciudadano y Drogodependencias, posteriormente a la DG de Salud Pública y Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y Política Social):

- D. Juan Jiménez Roset, Coordinador Regional de Adicciones de la Región de Murcia, con rango de Subdirector. Con funciones en el Programa ARGOS-Murcia de coordinación con las Gerencias de las Áreas de Salud del Servicio Murciano de Salud y el Plan Nacional sobre Drogas. También ha llevado a cabo la dirección, supervisión, diseño, despliegue, ejecución y seguimiento de dicho programa.
- D. Asensio López Santiago, que perteneció al grupo de trabajo llamado Intervención en Drogas a nivel Nacional, que diseñó el originario Programa ARGOS como representante autonómico de la Región de Murcia, actualmente Director Médico del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, de Cieza, en Murcia. Ocupó el cargo de Coordinador de Programas Estratégicos, de la antigua DG de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, de la Consejería de Sanidad y Política Social. Con funciones en el Programa ARGOS-Murcia de coordinación, diseño, despliegue, ejecución y seguimiento. Además, tiene a su cargo el diseño metodológico y supervisión de las líneas de investigación y evaluación del Programa ARGOS-Murcia y la supervisión de los materiales elaborados.
- Dña. Consuelo Puerta Ortuño, Responsable del Área de Prevención de Drogodependencias del Plan Regional de Adicciones. Con funciones de coordinación, diseño, despliegue, ejecución y seguimiento del Programa ARGOS-Murcia, así como de responsable de su diseño metodológico y gráfico.

- Dña. Berta Almudena Medina Infante, Técnica de Apoyo a la Investigación en materia de Prevención de Adicciones. Con funciones de coordinación, diseño, despliegue, ejecución y seguimiento del Programa ARGOS-Murcia. Siendo responsable de las acciones de investigación realizadas en este Programa ARGOS-Murcia.
- D. Juan Antonio Ortega García y su equipo de la Unidad de Medicina Fetal y la USMP del HCUVA, encargados de la coordinación, diseño, despliegue, ejecución, investigación, elaboración de materiales y seguimiento del Proyecto Argos-Nato.
- Dña. Ana Belén Villar Lorenzo, autora de esta Tesis Doctoral, Responsable de Programas de Formación de la Coordinación Regional de Adicciones. Responsable de las actividades formativas realizadas en este Programa que presentamos, incluyendo las de coordinación, diseño, difusión, ejecución y seguimiento.

Financiación:

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Subvención con cargo al Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados (Concepto 458) para el desarrollo de programas en materia de drogodependencias; que cofinancia el Programa ARGOS-Murcia.
- Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

Colaboraciones:

- Gerencias de AP de las Áreas de Salud (AS) del Servicio Murciano de Salud mediante la coordinación de la Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias Sanitarias del Servicio Murciano de Salud.
- CS de la Región con sus profesionales sanitarios.
- El Servicio de Atención a la Diversidad, de la DG de Innovación Educativa y Atención a la Diversidad, de la Consejería de Educación y Universidades (anteriormente, Subdirección General de Calidad Educativa, DG de Planificación y Ordenación Educativa, de la Consejería de Educación, Formación y Empleo) y los Equipos de Orientación de los CESO de la Región de Murcia, del cual dependen.
- Planes y Programas Locales de Prevención de Drogodependencias de los 45 municipios de la Región.
- Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia.
- Universidad de Murcia.
- La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

6.3 ENTORNO SOCIOSANITARIO

Esta tesis se desarrolló en la Región de Murcia y concretamente en su Mapa Sanitario porque el Programa ARGOS-Murcia delimita sus intervenciones por AS, y dentro de las mismas por CS.

La ordenación territorial de los servicios de salud, definida por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se basa en el establecimiento de

dos tipos de demarcaciones territoriales: las AS y las Zonas Básicas de Salud. Esta ordenación se realiza a través del Mapa Sanitario.

La mencionada Ley General de Sanidad definió las AS como estructuras básicas del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar. Así mismo, establece que cada AS dispondrá, al menos, de un hospital general con los servicios que aconseje la población a asistir, como establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia. Igualmente, la citada Ley reconoce la competencia de las Comunidades Autónomas para delimitar y constituir en su territorio demarcaciones denominadas AS, con arreglo a unos principios básicos.

Con el objeto de maximizar la operatividad y eficacia de los servicios sanitarios, la Ley General de Sanidad establece la división de las AS en las Zonas Básicas de Salud y sus características fundamentales. Su desarrollo se aborda en el Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud quedando definida la Zona Básica de Salud como la demarcación poblacional y geográfica fundamental que delimita a una población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente. Establece la Zona Básica de Salud como el marco territorial de la AP, dentro del cual desarrollará su actividad el EAP. Al mismo tiempo encomienda su delimitación a las Comunidades Autónomas atendiendo a criterios geográficos, sociales y demográficos.

El Mapa Sanitario es una herramienta de planificación mediante la que se define la organización del sistema sanitario, con objeto de garantizar la mayor accesibilidad posible de los usuarios y la eficiencia del sistema. Ello implica una interrelación profunda con su entorno, permeable a sus cambios y, en especial, a las modificaciones ocurridas en la población.

La Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia, como se muestra en la figura 3.

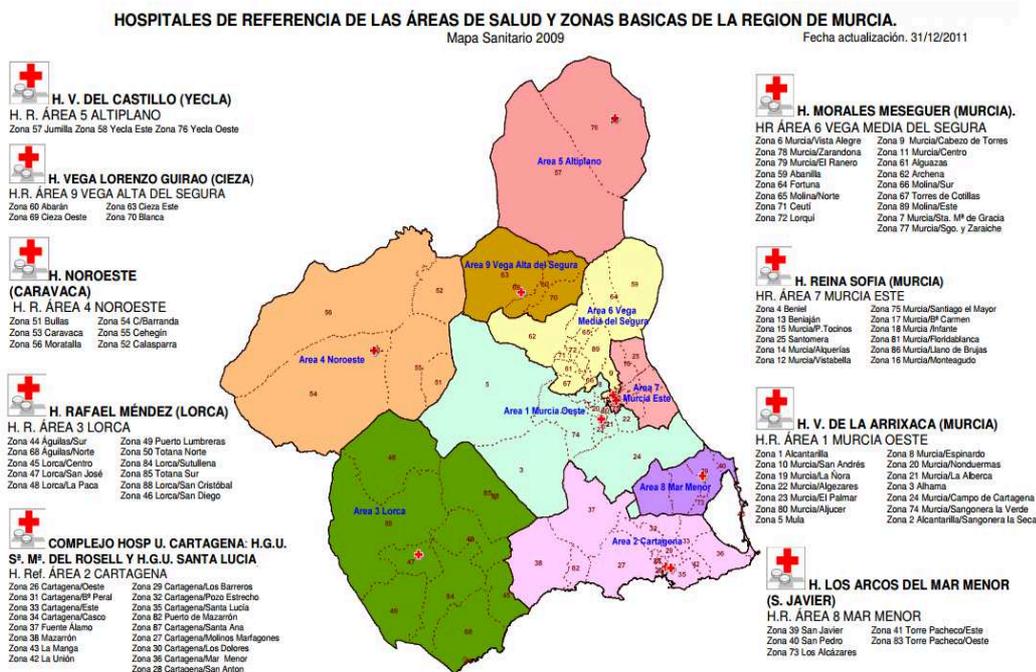


Figura 3: Mapa Sanitario de la Región de Murcia.

Como ya hemos mencionado que el mapa sanitario de la Región de Murcia consta de 9 AS, pasamos a definir algunas características sociosanitarias de las mismas:

Área de Salud I: Con 14 Zonas de Salud y 14 CS, sus ayuntamientos son Alcantarilla, Murcia, Alhama, Pliego, Librilla, Albudeite, Campos del Río y Mula.

Área de Salud II: Con 17 Zonas de Salud y 16 CS, sus ayuntamientos son Cartagena, Mazarrón, La Unión y Fuente Álamo.

Área de Salud III: Con 11 Zonas de Salud y 10 CS, sus ayuntamientos son Lorca, Águilas, Aledo, Puerto Lumbreras y Totana.

Área de Salud IV: Con 6 Zonas de Salud y 6 CS, sus ayuntamientos son Caravaca, Bullas, Cehegín, Moratalla y Calasparra.

Área de Salud V: Con 3 Zonas de Salud y 3 CS, sus ayuntamientos son Jumilla y Yecla.

Área de Salud VI: Con 17 Zonas de Salud y 15 CS, sus ayuntamientos son Murcia, Molina de Segura, Las Torres de Cotillas, Abanilla, Alguazas, Archena, Ojós, Ricote, Ulea, Villanueva del Río Segura, Ceutí, Fortuna y Lorquí.

Área de Salud VII: Con 12 Zonas de Salud y 12 CS, sus ayuntamientos son Murcia, Santomera, y Beniel.

Área de Salud VIII: Con 5 Zonas de Salud y 5 CS, sus ayuntamientos son Torre Pacheco, San Javier, San Pedro del Pinatar y Los Alcázares.

Área de Salud IX: Con 4 Zonas de Salud y 4 CS, sus ayuntamientos son Abarán, Blanca y Cieza.

Cada AS tiene un hospital general de referencia con los servicios de internamiento clínico, asistencia especializada y complementaria que requieran los usuarios que comprenden sus Zonas de Salud, como podemos observar en la tabla 4:

Área	Denominación	Hospital de referencia	Población
I	Murcia/Oeste	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca	El Palmar, Murcia
II	Cartagena	Hospital General Universitario Santa María del Rosell Hospital General Universitario Santa Lucía	Cartagena
III	Lorca	Hospital General Universitario Rafael Méndez	Lorca
IV	Noroeste	Hospital Comarcal del Noroeste	Caravaca de la Cruz
V	Altiplano	Hospital Virgen del Castillo	Yecla

VI	Vega Media del Segura	Hospital General Universitario Morales Meseguer	Murcia
VII	Murcia/Este	Hospital General Universitario Reina Sofía	Murcia
VIII	Mar Menor	Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor	San Javier
IX	Vega Alta del Segura	Hospital de la Vega Lorenzo Guirao	Cieza

Tabla 4: Hospitales de referencia por Áreas de Salud.

6.4 POBLACIÓN DESTINATARIA

Adjuntamos la siguiente tabla 5, que comprende el total del personal de AP según Estamento Profesional y Modelo Sanitario de la Región de Murcia, a fecha 2013, porque es la población total de profesionales sanitarios potencial para formar a través del Programa ARGOS-Murcia.

PROFESIONALES SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA			
MÉDICOS	ENFERMEROS	PEDIATRAS	MATRONAS
828	808	241	55

Tabla 5: Datos regionales del Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Política Social. 31 de Diciembre de 2013.

A continuación se presenta la tabla 6, que contiene el total de población por AS, así como el número de Zonas de Salud, el número de CS y el número de Consultorios Locales. Es el total de usuarios susceptibles de recibir el Programa ARGOS-Murcia, porque se destinó a toda la población a través de los cuatro proyectos.

ÁREA DE SALUD	POBLACIÓN	NZS*	NCS*	NCL*
Área 1 Murcia Oeste	257.856	14	14	33
Área 2 Cartagena	287.352	17	16	45
Área 3 Lorca	172.656	11	9	29
Área 4 Noroeste	73.042	6	6	21
Área 5 Altiplano	59.606	3	3	3
Área 6 Vega Media del Segura	260.404	17	15	23
Área 7 Murcia Este	197.703	12	11	18
Área 8 Mar Menor	103.572	5	5	10
Área 9 Vega Alta del Segura	54.627	4	4	3
Total Región de Murcia	1.466.818	89	83	185

Tabla 6: Población por Área de Salud. Elaboración a partir del Padrón 2014.

*Leyenda: NZS: Nº Zonas de Salud.

NCS: Nº Centros de Salud.

NCL: Nº Consultorios Locales.

El Proyecto Argos-Comunitario va destinado a los alumnos de 1º de ESO, el número de alumnos escolarizados en el curso 2014/2015 fue de 19.096, población total de niños susceptibles de recibir la formación en prevención del consumo de alcohol a través del proyecto educativo Argos-Comunitario "Alcohol: Conciencia con ciencia".

En cuanto al movimiento natural de la población, los datos provisionales de nacidos en 2014 son 8.469 niños y 7.796 niñas, con un total de 16.265 niños⁸⁹, este dato nos da una idea prácticamente exacta del número de mujeres embarazadas y en proceso de lactancia, restando el número de mujeres que tienen parto múltiple, población para recibir el consejo breve de salud sobre alcohol y otras drogas en AP y en Atención Especializada a través de la USMP del HCUVA.

En el Programa ARGOS-Murcia se pretendió que en cada CS existieran dos profesionales (un médico de familia y un enfermero de comunitaria) responsables del Programa ARGOS-Murcia y encargados de su difusión, coordinación y la formación de su propio EAP (Médicos de familia, Enfermería Comunitaria, profesionales de Pediatría y Matronas). Después de la formación se convertían en mediadores que dirigían sus esfuerzos a los verdaderos destinatarios, los usuarios de los CS:

- Adolescentes.
- Mujeres embarazadas y en proceso de lactancia.
- Adultos en situación de riesgo de abuso de alcohol.
- Familias con menores.

6.5 TEMPORALIDAD DE LAS ACCIONES:

El programa ARGOS-Murcia, se inspiró en la preocupación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas que buscaba una solución a las altas prevalencias de consumo de alcohol obtenidas en los estudios de investigación del Observatorio Nacional sobre Drogas. Por ello dicha Delegación priorizó la financiación de programas de prevención del alcoholismo en grupos de adolescentes y mujeres.

En este contexto, la SEMFYC con la coordinación del Dr. D. José Zarco Montejo, la inclusión en el grupo de trabajo del Dr. D. Asensio López

Santiago y la colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD), lanzó en 2007 la puesta en marcha de este Programa, dirigido a impulsar una mayor implicación de la AP de salud en relación a los problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas mediante el pilotaje de la incorporación de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) a la prevención de drogodependencias de manera conjunta con los centros escolares. Este grupo de trabajo desarrolló diversos materiales: “Actuar es posible. El papel de la AP ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas⁹⁰”, “Programa Argos. Prevención del consumo de drogas en el medio escolar⁹¹”, “Programa Argos. Actividades con profesionales sanitarios⁹²”, “Programa Argos. Actividades con padres y madres⁹³”, “Programa Argos. Actividades con alumnos⁹⁴” y “Sesiones clínicas en AP. Drogas y Familia: Prevención y orientación. Abordaje desde la AP⁹⁵”.

A posteriori y apoyado en estos materiales, se iniciaron reuniones de trabajo entre la Coordinación Regional sobre Drogas y la Unidad de Programas Estratégicos, unidad con amplia experiencia en implementación de programas en AP, ambas de la Consejería de Sanidad de Murcia. Así se fue gestando el Programa ARGOS-Murcia, que con estos materiales y otra bibliografía, además de la evidencia científica, completaron las bases para su diseño y planificación, a mediados de 2009. Este programa se diseñó como una actuación de largo alcance, planteando objetivos escalonados en el tiempo y que permitiera la asimilación progresiva del mismo, por los CS de la Región de Murcia, evitando generar reacciones de resistencia por parte del personal sanitario y de las instituciones sanitarias.

Durante esta planificación también se llevaron a cabo reuniones de coordinación con las Gerencias de las AS donde se pilotó el programa, la II y la VIII, y después con el resto.

El equipo de trabajo de la Unidad de Coordinación Regional de Adicciones elaboró el programa y organizó los materiales disponibles y de nueva creación para satisfacer las necesidades del programa.

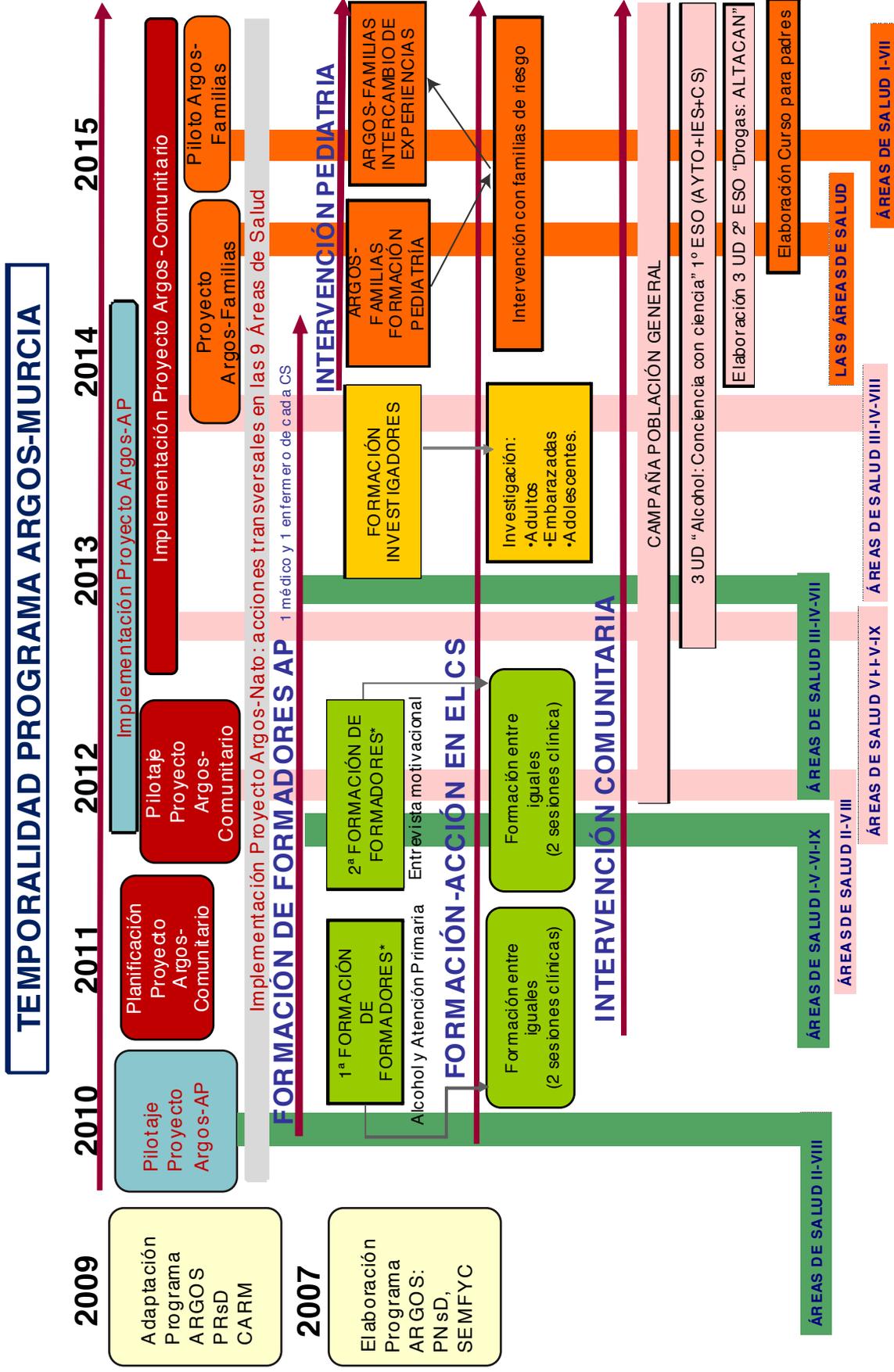
En 2010 se comenzó a pilotar en las AS II (Cartagena) y VIII (Mar Menor) del Servicio Murciano de Salud (SMS), se realizaron los ajustes necesarios en 2011, y continuó su implantación en las Áreas de Salud I (Murcia Oeste), V (Altiplano), VI (Vega Media del Segura) y IX (Vega Alta del Segura) en 2012, y finalizó su implantación en las Áreas de Salud III (Lorca), IV (Noroeste) y VII (Murcia Este) en 2014. La cobertura ha alcanzado a todos los profesionales de los EAP de la Región de Murcia al incluir en la formación a las nueve áreas de salud del SMS.

A la par se fue integrando y desarrollando el Proyecto Argos-Comunitario, siguiendo el mismo procedimiento: Pilotaje en las AS II y VIII y continuación con las restantes. El Proyecto Argos-Nato iniciado con el Proyecto Argos-AP, se implantó de forma transversal hasta nuestros días, principalmente en el AS I donde está su sede, en el HCUVA con la USMP y progresivamente se desarrollaron actuaciones, principalmente formativas en el resto de AS de la Región de Murcia.

El proyecto Argos-Familias se empezó a planificar y diseñar en 2013, a demanda del propio personal de pediatría de AP, comenzando su ejecución en 2014. Se ha pilotado en las AS I y VII en 2015 y a posteriori, en 2016 se ejecutará en el resto de AS del mapa sanitario de la Región de Murcia.

La figura 4 representa de forma gráfica todo lo explicado hasta ahora en relación al desarrollo y temporalidad del programa.

Figura 4: Temporalidad del Programa ARGOS-Murcia



6.6 EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ARGOS-MURCIA

El Programa Argos-Murcia es la herramienta de intervención para prevenir y disminuir las altas prevalencias de consumo de alcohol con la población diana propuesta (adolescentes, embarazadas, adultos con consumo de alcohol de riesgo y población infanto juvenil y sus familias) a través de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud y algunos profesionales de Atención Especializada (USMP del HCUVA) que actúan como mediadores para lograr este objetivo.

El Programa ARGOS-Murcia ha ido creciendo en base a **cuatro proyectos**: Proyecto Argos-AP, Proyecto Argos-Comunitario, Proyecto Argos-Nato y Proyecto Argos-Familias.

Dichos proyectos, comprenden jornadas de formación de formadores para los profesionales sanitarios, formación de sus EAP mediante la formación entre iguales, implicación de estos sanitarios formados en tres líneas de investigación, jornadas de coordinación del área comunitaria (sanitarios, profesorado y técnicos locales), jornadas de formación especializada (pediatras y matronas), edición de materiales en papel y descargables en el portal web www.e-drogas.es, así como una intensa labor de coordinación de los diferentes entes implicados, como vamos a ir exponiendo con su estructura metodológica y cronográfica.

6.6.1. CUESTIONARIO DE OPINIÓN SOBRE INTERVENCIÓN EN DROGAS

Antes de comenzar las actividades formativas de Formación de Formadores, se pasó a los profesionales sanitarios de todas las AS, una encuesta de opinión sobre la intervención en drogas en el CS, situada en el anexo III de este trabajo de tesis. En este cuestionario se preguntaba si los profesionales sanitarios habían recibido formación sobre drogas; si sentían que tenían formación suficiente para atender a un paciente dependiente a alcohol y

otras drogas, el número de pacientes recibidos en su consulta en el intervalo de un mes con problemas con alcohol, cánnabis y otras drogas; a qué recursos especializados podía derivar a pacientes con drogodependencias; la coordinación entre su CS y el recurso asistencial en drogodependencias; influencia de la falta de tiempo en la consulta, la dificultad de coordinación con atención especializada, la insuficiente formación en la materia, la falta de apoyo de otros profesionales en el CS, la ausencia de protocolos específicos y la falta de iniciativas por parte de los responsables del Área, para atender a los pacientes con problemas de adicción.

En el cuestionario también se preguntaba la opinión de los profesionales sanitarios en cuanto a las actividades que deberían ofrecerse en el CS, como actividades de prevención primaria en la comunidad, información general y consejo médico, detección precoz de problemas de adicción y consejo, tratamientos de desintoxicación, tratamientos de la dependencia y derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia.

Por último se preguntaba por la posición del sanitario en relación con la intervención sobre adicciones de manera sistemática en el CS.

Este cuestionario es cerrado, de opinión, autoadministrado, dirigido a médicos de familia, pediatras y enfermeros de todos los Centros de Salud del Servicio Murciano de Salud, validado por estudios previos^{96,75,97,98}. Su análisis descriptivo se llevó a cabo con paquete SPSS 22.

6.6.2. PROYECTO ARGOS-AP

El Proyecto Argos-AP ha sido el primero en diseñarse y desarrollarse con el inicio del programa. Se fundamenta en dos pilares: la formación de formadores y la formación entre iguales, de los profesionales sanitarios y la investigación-acción en AP. Se lleva a cabo el cribado sistemático y el entrenamiento en habilidades necesarias para desarrollar el consejo breve de salud sobre alcohol en AP y la entrevista motivacional, apoyando con ello la toma de conciencia del personal sanitario sobre su capacidad de

intervención en prevención y atención del paciente con riesgo de consumo/abuso de alcohol y otras drogas, en población adolescente y joven, y embarazadas. La investigación-acción supone el ensayo del consejo breve de salud mediante el desarrollo de tres líneas de investigación, en el marco de la consulta de AP y el desarrollo de una forma de intervención ante problemas de consumo de alcohol y otras drogas.

Al inicio de las **acciones formativas** se tramitó la acreditación de la Comisión de Formación Continuada del Servicio Nacional de Salud (con créditos que van desde 2.4 a 0.4).

Un requisito para la acreditación era la realización de dos encuestas de evaluación y satisfacción de la formación recibida, una destinada a los alumnos y otra a los profesores. Se encuentran ubicadas en el anexo XIII, se aplicaron en todas las acciones formativas del Proyecto Argos-AP y se puntuaron con los ítems de respuesta tipo Likert desde 1 (Muy deficiente) a 5 (Muy bueno) de manera que la puntuación es: 1: Muy deficiente; 2: Deficiente; 3: Normal; 4: Bueno; 5: Muy bueno. Fueron analizadas por porcentajes.

A los profesionales que realizaron la formación entre iguales a sus EAP, se les incentivó con una pequeña cantidad económica, a cargo del Programa.

Las Gerencias de las AS facilitaron la asistencia a las actividades formativas con sustituciones de sus profesionales, financiadas por el Programa.

Dentro del Proyecto Argos-AP se desarrollaron las siguientes actuaciones:

6.6.2.1. FORMACIÓN DE FORMADORES I

Jornada de 8 horas de duración, en un solo día. Se convocó a un médico y un enfermero, responsables del Programa ARGOS-Murcia de todos los CS de las AS de la Región de Murcia, encargados de la difusión, coordinación y formación de su EAP sobre el Programa. Se procuró que se desarrollara dentro del horario de trabajo, contando los asistentes con sustitutos. Está incluida en la formación continuada de AP. Se les entrena y entrega material para que puedan realizar ellos mismos las sesiones de formación de su propio equipo.

Los contenidos son los siguientes:

- Conferencia 1: Presentación del Programa ARGOS-Murcia. Resultados* del proyecto piloto, a las AS I, III, IV, V, VI, VII y IX.

- Tres Talleres por los que rotarán todos los asistentes:

 - Taller A: Aspectos generales de las drogodependencias en AP.

 - Taller B: Intervención en AP sobre problemas relacionados con el alcohol.

 - Taller C: Sesiones clínicas.

- Conferencia 2: Metodología de los Proyectos de Investigación.

- Conferencia 3: Salud ambiental reproductiva: Consumo de alcohol, embarazo y lactancia, repercusiones en AP.

* En la Conferencia 1, se presentaron los resultados del proyecto piloto del AS II y VIII en las Jornadas de formación posteriores que se hicieron con las AS restantes (I, III, IV, V, VI, VII y IX).

En la tabla 7 se muestra el **Programa de la Jornada de Formación de Formadores I:**

HORARIO	CONTENIDOS		
9.00-10.00	Conferencia Inaugural Aplicación de cuestionario e indicación de aplicación al EAP Presentación de la metodología formativa y constitución de 3 grupos de trabajo		
	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
10.00-11.30	<u>Taller A:</u> Aspectos generales de las drogodependencias en AP.	<u>Taller B:</u> Intervención en AP sobre problemas relacionados con el alcohol.	<u>Taller C:</u> Sesiones clínicas.
11.30-12.00	DESCANSO		
12.00-13.30	<u>Taller B:</u> Intervención en AP sobre problemas relacionados con el alcohol.	<u>Taller C:</u> Sesiones clínicas.	<u>Taller A:</u> Aspectos generales de las drogodependencias en AP.
14.00-16.00	COMIDA DE TRABAJO		
16.00-17.30	<u>Taller C:</u> Sesiones clínicas.	<u>Taller A:</u> Aspectos generales de las drogodependencias en AP.	<u>Taller B:</u> Intervención en AP sobre problemas relacionados con el alcohol.
17.30-18.30	Conferencia: Salud ambiental reproductiva: Consumo de alcohol, embarazo y lactancia, repercusiones en AP.		
18.30-19.00	Conclusiones y propuestas de trabajo en cada CS.		

Tabla 7: Programa de la Jornada de Formación de Formadores I.

Esta actividad está acreditada con 2,4 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Servicio Nacional de Salud.

6.6.2.2. FORMACIÓN DE FORMADORES II

Jornada de 4 horas de duración, con las mismas características que la primera, dirigida a los profesionales sanitarios ya formados en la Jornada de Formación de Formadores I, al médico y enfermero responsables del

Programa ARGOS-Murcia de todos los CS de las AS de la Región de Murcia, encargados de la difusión, coordinación y formación de su EAP.

Contenidos:

- Conferencia: Aspectos generales del abordaje del consumo de alcohol en AP.

- Dos Talleres por los que rotarán todos los asistentes:

 - Taller A: Abordaje del paciente alcohólico.

 - Taller B: Abordaje del paciente con riesgo de abuso de alcohol.

6.6.2.3. FORMACIÓN DE INVESTIGADORES

Jornada de 4 horas de duración que se desarrolló el mismo día que la Jornada de Formación de Formadores II. Se dirigió a los profesionales sanitarios ya formados en la Formación de Formadores I y en la Formación entre Iguales (médicos y enfermeros de familia), inscritos en alguno de los tres proyectos de investigación propuestos, con la finalidad de aproximarlos a la práctica mediante la participación en talleres interactivos con simulaciones de entrevistas y consejo breve de salud sobre alcohol.

Para llevar a cabo esta jornada se elaboró los **guiones de tres vídeos**, que posteriormente se rodaron y grabaron, con el objeto de emplearlos en los talleres formativos como modelado de intervención de entrevista motivacional y consejo breve de salud sobre alcohol en AP para las poblaciones diana de embarazadas, adolescentes y adultos.

Contenidos:

- Conferencia: Desarrollo metodológico de los proyectos de investigación:

 - Investigación 1.- Eficacia del consejo breve de salud sobre alcohol en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo.

Investigación 2.- Evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes.

Investigación 3.- Estudio de la prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta.

La línea de investigación 2, cambió la metodología de aplicación y su título con relación al original, ya que se aplicó un cuestionario de intervención y no se desarrolló un grupo control con el cual intervenir 6 meses más tarde. Se aplicó el consejo breve de salud en prevención de drogas con la población adolescente, según los criterios de selección del diseño de la investigación.

- Tres Talleres en los que se practicó la entrevista motivacional con consejo breve de salud sobre alcohol para las tres poblaciones destinatarias de las investigaciones y del Programa, empleando como modelado los tres vídeos:

Taller C: Práctica de la entrevista motivacional y consejo breve de salud sobre alcohol en adolescentes.

Taller D: Práctica de la entrevista motivacional y consejo breve de salud sobre alcohol en embarazadas.

Taller E: Práctica de la entrevista motivacional y consejo breve de salud sobre alcohol en adultos.

En la tabla 8, se expone el programa completo de la Jornada de Formación de Formadores II y Formación de Investigadores:

HORA- RIO	CONTENIDOS			
12.00	<p>Presentación: D. José Oñorbe de Torre. Subdirector General de Información. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. D. Juan Manuel Ruiz Ros, Director General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo. Consejería de Sanidad y Consumo. D. José Miguel Mata de la Torre. Consejero Técnico. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. D. José Antonio García Córdoba, Director General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación. Consejería de Sanidad y Consumo. D. Manuel Ángel Moreno Valero. Director Gerente del Hospital Santa Lucía de Cartagena. D. Juan Jiménez Roset. Coordinador Técnico Regional de Drogodependencias. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo. Consejería de Sanidad y Consumo. D. Asensio López Santiago. Coordinador de Proyectos Estratégicos. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación. Consejería de Sanidad y Consumo.</p>			
12:30- 13:30	<p>Ponencia: Desarrollo metodológico de los proyectos de investigación: PROYECTO 1.- Eficacia del consejo médico en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo. PROYECTO 2.- Efecto de la intervención oportunista con consejo médico en adolescentes sobre comportamientos de riesgo relacionado con las drogas. PROYECTO 3.- Estudio de la Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta.</p>		<p>Ponentes: D. Asensio López Santiago.</p>	
13:30- 14:30	<p>Taller A-1: Práctica de la entrevista motivacional y consejo breve de salud en adolescentes. Coordinación: Dña. Ana B. Villar Lorenzo Dña. Consuelo Puerta Ortuño</p>	<p>Taller A-2: Práctica de la entrevista motivacional y consejo breve de salud en embarazadas. Coordinación: D. Juan A. Ortega García D. Miguel F. Sánchez Saúco</p>	<p>Taller A-3: Práctica de la entrevista motivacional y consejo breve de salud en adultos. Coordinación : D. Juan Jiménez Roset Dña. Pilar Galindo Piñana</p>	
14:30- 15:30	<p>Ponencia: Aspectos generales del abordaje del consumo de alcohol en Atención Primaria. Ponente: D. Asensio López Santiago.</p>			
15:30- 16:30	Comida de trabajo.			
16:30- 17:45	<p>Taller B-1: Abordaje del paciente alcohólico Coordinación: Dña Isabel Peñalver Garcerán</p>	<p>Taller C-1: Abordaje del paciente alcohólico Coordinación: D. José Mª García Bastarrechea</p>	<p>Taller D-1: Abordaje del paciente con riesgo de abuso de alcohol Coordinación: D. Juan Jiménez Roset</p>	<p>Taller E-1: Abordaje del paciente con riesgo de abuso de alcohol Coordinación: D. Ricardo Ortega García</p>
17:45- 18:15	Descanso y café.			
18:15- 19:30	<p>Taller B-2: Abordaje del paciente con riesgo de abuso de alcohol Coordinación: D. Juan Jiménez Roset</p>	<p>Taller C-2: Abordaje del paciente con riesgo de abuso de alcohol Coordinación: D. Ricardo Ortega García</p>	<p>Taller D-2: Abordaje del paciente alcohólico Coordinación: Dña Isabel Peñalver Garcerán</p>	<p>Taller E-2: Abordaje del paciente alcohólico Coordinación: D. José Mª García Bastarrechea</p>

Tabla 8: Programa de la Jornada de Formación de Formadores II y Formación de Investigadores.

La Jornada de Formación de Formadores II e Investigadores, está acreditada con 2,4 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Servicio Nacional de Salud.

- Con esta Jornada se pretendió facilitar los recursos metodológicos necesarios para llevar a cabo las investigaciones diseñadas y concienciar a los profesionales sanitarios asistentes, de la importancia de la implantación en los EAP de la Región de Murcia de protocolos de intervención (investigación-acción) sobre consumo de drogas, dedicando especial atención a la prevención de comportamientos de riesgo en la adolescencia, así como en mujeres embarazadas y en período de lactancia, para el abordaje integral de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas desde AP. Al desarrollar las investigaciones, los profesionales sanitarios de AP, ensayaban y sistematizaban protocolos de cribado e intervención en drogodependencias, que después generalizarían con el resto de la población.

6.6.2.3.1. Proyectos de Investigación

Vamos a detallar cada uno de los tres proyectos de investigación propuestos a los EAP, según su objetivo, procedimiento de reclutamiento, administración de cuestionarios, actividades con el grupo intervención y el grupo control, en el proyecto de casos control, la aplicación del consejo breve de salud, el registro de la información, etc.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN 1: EFICACIA DEL CONSEJO BREVE DE SALUD EN EMBARAZADAS PARA LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO

Objetivo: Conocer la eficacia de una intervención en embarazadas sobre la percepción de riesgo y la disminución del consumo de alcohol.

Metodología:

A.- PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO:

Cada investigador debe reclutar **10 embarazadas:**

- 5 embarazadas en la primera visita (Grupo Intervención)
- 5 embarazadas en el tercer trimestre de embarazo (Grupo Control)

El médico terminará el periodo de reclutamiento una vez entren a consulta las 10 embarazadas. El periodo de trabajo de campo termina cuando la última embarazada que acuda a la primera visita (Grupo Control) vuelva en el tercer trimestre de embarazo.

A. 1 GRUPO
INTERVENCIÓN.

- A) Se identificará al paciente mediante la fecha de nacimiento.
- B) Se reclutará y registrará sistemáticamente a TODA EMBARAZADA que entre a consulta que cumpla los siguientes **criterios de inclusión:**

- Mujer embarazada que asista a la 1ª revisión del embarazo.

- A) Así mismo quedan excluidos de este estudio los pacientes que presenten los siguientes **criterios de exclusión:**

- Embarazadas que rechacen la intervención

A.1.2.- ACTIVIDADES CON EL GRUPO INTERVENCIÓN:

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** En primer lugar se informará a la embarazada del estudio, debiendo el paciente dar consentimiento verbal del estudio.

- Se han de recoger los siguientes **datos personales:**

- Edad.
- Resumen Historia Obstétrica y anamnesis de interés.
- Cuantificación de consumo de alcohol por unidades de la embarazada.
- Cuantificación de consumo de tabaco de la embarazada.
- Actividad laboral de la embarazada.
- Cuantificación de consumo de alcohol y tabaco de la pareja.
- Actividad laboral de la pareja.

- **APLICACIÓN DE CUESTIONARIO:** Tras dar el consentimiento y recogida de datos generales de la embarazada, el investigador le entregará el **cuestionario** sobre conocimientos, actitudes y consumo de alcohol para que lo conteste en la sala de espera.

- **APLICACIÓN DEL CONSEJO DE SALUD:** A continuación se lleva a cabo una **breve intervención en la consulta (10 min.). Consejo breve de no consumo:**

- Será personalizado, basado en los datos de la entrevista previa.

- Se centrará en los beneficios de la abstinencia a cualquier consumo de alcohol durante el embarazo.

- Se Informará sobre los riesgos de la ingesta para el hijo.

Tras la recomendación, se genera una cita programada para el séptimo mes de embarazo con el recuerdo de la nueva medición (del consumo y cuestionario) 🔔

7º mes de embarazo (tercer trimestre)

- **2ª APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO:** En la revisión al **séptimo mes de embarazo** se le volverá a pedir que complete el cuestionario sobre conocimientos, actitudes y consumo de alcohol.

- Cuantificación de consumo de alcohol por unidades de la embarazada.

A. 2 GRUPO CONTROL.

A) Se identificará al paciente mediante la fecha de nacimiento.

B) Se reclutará y registrará sistemáticamente a TODA EMBARAZADA que entre a consulta que cumpla los siguientes **criterios de inclusión:**

- Mujer embarazada que asista en el tercer trimestre de embarazo.

C) Así mismo quedan excluidos de este estudio los pacientes que presenten los siguientes **criterios de exclusión:**

- Embarazadas que rechacen la intervención

A.1.2.- ACTIVIDADES CON EL GRUPO CONTROL:

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** En primer lugar se informará a la embarazada del estudio, debiendo la paciente dar consentimiento verbal del estudio.
- Se han de recoger los siguientes **datos personales**:
 - Edad.
 - Resumen Historia Obstétrica y anamnesis de interés.
 - Cuantificación de consumo de alcohol por unidades de la embarazada.
 - Cuantificación de consumo de tabaco de la embarazada.
 - Actividad laboral de la embarazada.
 - Cuantificación de consumo de alcohol y tabaco de la pareja.
 - Actividad laboral de la pareja.
- **APLICACIÓN DE CUESTIONARIO:** Tras dar el consentimiento y recogida de datos generales de la embarazada, el investigador le entregará el cuestionario sobre conocimientos, actitudes y consumo de alcohol para que lo conteste en la sala de espera.

B. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

- Existirá una carpeta- cuaderno para cada embarazada, distinguiendo entre grupo control y grupo intervención.
- El investigador marcará en el cuaderno los datos personales requeridos de la embarazada y archivará el primer cuestionario. En el caso del grupo intervención archivará también el segundo cuestionario.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN 2: EFECTO DE LA INTERVENCIÓN OPORTUNISTA CON CONSEJO BREVE DE SALUD EN ADOLESCENTES SOBRE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO RELACIONADOS CON LAS DROGAS

OBJETIVO: Evaluar el efecto de una intervención oportunista con consejo médico sobre adolescentes en relación al consumo de drogas.

METODOLOGÍA:

1.- PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO:

Cada investigador debe reclutar **20 jóvenes:**

- 10 jóvenes serán reclutados para GRUPO INTERVENCIÓN:
- 10 para el GRUPO CONTROL

El médico dispone de **5 semanas** para reclutar y registrar a los **20 pacientes.**

- A) Se identificará al paciente mediante la fecha de nacimiento y el sexo.
- B) Se reclutará y registrará sistemáticamente desde el primer paciente que entre a consulta que cumpla los siguientes **criterios de inclusión:**

- Jóvenes que acudan a consulta como pacientes con alguno de sus padres.
- Edad entre 14 y 21 años.

- A) Así mismo quedan excluidos de este estudio los pacientes que presenten los siguientes **criterios de exclusión:**

- Los que no cuenten con el consentimiento paterno.
- Los que acudan como acompañantes.
- Pacientes que estén muy enfermos (fiebre alta, diarrea, etc.)

Reclutamiento de sujetos: Se reclutará a **2 PACIENTES por día (1 CONTROL, 1 INTERVENCIÓN).** Se reclutarán **los martes y jueves** de la siguiente forma:

Sistemáticamente se inicia la selección de pacientes desde el primero que entra en la consulta, siendo INTERVENCIÓN el primero que entre cumpliendo los criterios de inclusión y CONTROL el siguiente que cumpla

los requisitos. En el caso de que ese día no se haya podido completar los 2 pacientes, se continuará el miércoles o viernes respectivamente.

1.1.- ACTIVIDADES CON EL GRUPO INTERVENCIÓN:

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** En primer lugar se informará al joven del estudio, debiendo el paciente dar el consentimiento por escrito. En el caso de que el joven sea menor de edad, el padre o la madre deberá firmar el consentimiento informado permitiéndole participar.
- **APLICACIÓN DE CUESTIONARIO:** Tras dar el consentimiento, el paciente debe rellenar el **cuestionario** sobre conocimientos, actitudes y consumo de alcohol y otras drogas en la sala de espera. En caso de consulta por enfermedad que incapacite, se dará otra cita con enfermería o medicina.
- **APLICACIÓN DEL CONSEJO DE SALUD:** A continuación se lleva a cabo una breve intervención en la consulta (10 min.) Utilizando las técnicas practicadas en la jornada de formación. **CONSEJO BREVE:**

- Será personalizado, basado en el conocimiento del adolescente.
- Se centrará en los beneficios de la abstinencia (en el menor de 18 años) o en el consumo moderado (en los mayores de edad).
- Se Informará sobre los riesgos de la ingesta: intoxicación etílica, sexo no seguro, violencia, etc. adaptados a la edad y nivel de estudios.

1.2.- ACTIVIDADES CON EL GRUPO CONTROL:

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** En primer lugar se informará al joven del estudio, debiendo el paciente dar el consentimiento por escrito. En el caso de que el joven sea menor de edad, el padre o la madre deberá firmar el consentimiento informado permitiéndole participar.

- **APLICACIÓN DE CUESTIONARIO:** Tras dar el consentimiento, el paciente debe rellenar el cuestionario sobre conocimientos, actitudes y consumo de alcohol y otras drogas en la sala de espera.

En caso de consulta por enfermedad que incapacite, se dará otra cita con enfermería o medicina.

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

- Existirá una carpeta para cada paciente.
- El médico deberá recoger el consentimiento informado, el primer cuestionario cumplimentado y la ficha con los datos básicos, el teléfono y e-mail de contacto y guardarlo en la carpeta que será recogida posteriormente.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN 3: PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO EN POBLACIÓN ADULTA

CUADERNO DE INSTRUCCIONES

Periodo de trabajo de campo: 6 semanas.

Fecha de inicio:

Fecha de fin:

Prórroga del trabajo de campo en caso necesario:

OBJETIVO: Conocer la prevalencia de conductas de riesgo de la población adulta que acude al CS.

METODOLOGÍA:

1.- PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO:

Cada investigador debe reclutar **48 pacientes** distribuidos de la siguiente forma:

	HOMBRE	MUJER
18 – 30 Años	8	8
31 – 45 Años	8	8
46 – 65 Años	8	8

El médico dispone de **6 semanas** para reclutar y registrar a los **48 pacientes**.

- A) Se identificará al paciente mediante la fecha de nacimiento y el sexo.
- B) Se reclutará y registrará sistemáticamente desde el primer paciente que entre a consulta. Y que cumpla los siguientes **criterios de inclusión:**

- Pacientes que asistan a consulta en el CS.
- Edad de 18 a 65 años.
- Acepta su participación en el estudio

- C) Así mismo quedan excluidos de este estudio los pacientes que presenten los siguientes **criterios de exclusión:**

- Pacientes alcohólicos
- Pacientes con enfermedades concurrentes graves
- Pacientes en estudio de otra patología de gravedad

Reclutamiento de sujetos: Se reclutará a **4 PACIENTES por día**. Se reclutarán **los martes y jueves** de la siguiente forma:

Dos en el primer turno del día (Ejemplo. 9.30h a 11.30h) y **dos** en el segundo turno (Ejemplo. 11.30 -14:00). Cogiendo los 2 primeros pacientes de cada turno que cumplan los criterios de inclusión.

En el caso de que en el primer turno no se haya recibido a 2 pacientes con el criterio de inclusión se reclutarán en el siguiente turno acumulándose a los 2 de dicho turno. En el caso de que ese día no se haya podido completar los 4 pacientes, se continuará el miércoles o viernes respectivamente. Se anota en la cuadrícula los que se van completando por grupos de edad y sexo.

2.- HISTORIA CLÍNICA del paciente. Registro de los siguientes datos:

- Hipertensión Arterial - Hipercolesterolemia - Hipertrigliceridemia - Sobrepeso / Obesidad - Fumador: (Cigarros/Día, Paquetes/año)	- Consumo de otros tóxicos (Cannabis, Cocaína, Otros) - Prescripción de psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos, neurolépticos, otros) - Otras patologías de interés
---	--

3.- APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO CAGE-Camuflado. (Cuttingdown, Annoyed, Guilt, Eyeopen) Se considera consumo de riesgo: mayor o igual a 2 respuestas positivas de las preguntas sobre alcohol.

4.- PREGUNTAS SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL: consumo durante la última semana. Considerando el fin de semana desde el viernes tarde-noche hasta el domingo, con la comida del mediodía.

RIESGO EN EL CONSUMO	EN HOMBRE	EN MUJER
Consumo de bajo riesgo	Menos de 17 Unidades* a la semana (U/s).	Menos de 11 U/s.
Consumo de riesgo	Entre 17 y 28 U/s	Entre 11 y 17 U/s.
Consumo de alto riesgo	Mayor de 28 U/s.	Mayor de 17 U/s.
	Ingesta de 5 U en 24 horas con la frecuencia de al menos 1 vez al mes, aunque el consumo semanal sea menor del límite mencionado.	
	Cualquier grado de consumo en caso de: <ul style="list-style-type: none"> → Antecedentes familiares de alcoholismo. → Menores de 18 años. → Embarazo y lactancia. 	

5.-PETICIÓN DE ANALÍTICA y se **citará para la siguiente semana** a aquellos pacientes que cumplan alguna de estas condiciones:

- Que el resultado del CAGE CAMUFLADO sea positivo
Se considera consumo de riesgo en el CAGE-camuflados: Mayor o igual a 2 respuestas positivas de las preguntas sobre alcohol.
- Que su consumo la última semana sea considerado de riesgo.
- Que haya sospecha de no veracidad.

A aquellos que no cumplan dichas condiciones **se les dará un consejo breve** sobre el consumo de alcohol.

Dicha analítica ha de recoger los siguientes parámetros relacionados con el consumo de alcohol:

• ácido úrico	• cociente GOT/GPT mayor de 1
• triglicéridos	• hematocrito
• fosfatasa alcalina	• hemoglobina
• GGT	• glucosa
• GPT	• volumen corpuscular medio (VCM)
• glutámico-oxalacético transaminasa (GOT)	

6.- SEGUNDA CITA: En esta segunda cita, en la que se tendrán los resultados de la analítica, se le aplicará otro cuestionario de confirmación de consumo de riesgo, el **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test, es un cuestionario para la identificación de trastornos por consumo de alcohol) en la consulta o en una sala diferente, por el médico o enfermero/a.

Con ello finaliza la parte de investigación.

Se recomienda el seguimiento y la intervención con aquellos pacientes con consumo de riesgo, citándoles al mes para otra analítica.

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Existirá una Hoja de Recogida de Datos para cada paciente. Se han de anotar:

En una cara

- ☞ ① Fecha de recogida, CS, código investigador
- ☞ ① Datos del paciente
- ☞ ① CAGE camuflado
- ☞ ① Cuantificación del consumo de alcohol semanal por unidades

En la otra cara (Correspondiente a la segunda visita)

- ☞ ① Motivo de solicitud de la analítica (opción múltiple)
- ☞ ① Resultados de la analítica
- ☞ ① Audit
- ☞ ① Decisión a cerca de la intervención

Además, cuenta con una Plantilla con el total de pacientes que ha de reclutar para ir anotando los pacientes que se van reclutando.

- Las tres líneas de investigación son un estudio multicéntrico descriptivo transversal, cuyo análisis es descriptivo y multivariable con paquete SPSS 22, actualmente se están analizando para poder emitir el informe de resultados, excepto la tercera línea de investigación “Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta”, que tiene resultados parciales con 1715 adultos (de los 2387 adultos recogidos en las nueve AS), que acuden a la consulta de AP, de las AS I, II, V, VI, VIII y IX y de 12 CS.

6.6.2.4. FORMACIÓN ENTRE IGUALES 2+2

Cada médico y enfermero formado en las Jornadas de Formación de Formadores I y II, desarrolló dos acciones formativas de 2 horas cada una en su CS, para formar a su propio EAP sobre el Programa ARGOS-Murcia. Fueron acreditadas con 0,5 créditos por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Con los siguientes contenidos:

Primer 2+2

- Aspectos generales de las drogodependencias en AP.
- Intervención en AP sobre problemas relacionados con el alcohol.
- Sesiones clínicas.

Segundo 2+2

- Abordaje del paciente alcohólico.
- Abordaje del paciente con riesgo de abuso de alcohol.
- Práctica de la entrevista motivacional y consejo breve de salud sobre alcohol para desarrollar la/s investigación/es que los sanitarios decidieron desarrollar.

6.6.2.5. CAMPAÑA DE INFORMACIÓN

Dirigida a los usuarios de los CS, mediante carteles para las puertas de las consultas de AP, versó sobre los riesgos que entraña el consumo de alcohol en relación con los usos sociales que se le da: ¿una cerveza perjudica en el embarazo?, ¿una copa de vino beneficia la salud?, ¿abusar sólo los fines de semana crea problemas?, indicándoles que lo relacionado con el consumo de alcohol pertenece a la esfera de la salud (pregunta a tu médico, enfermero o matrona porque nos preocupa), como se muestra en la figura 5.

A la vez, se facilitó una pequeña guía de intervención para los médicos y enfermeros en forma de polidiptico “Intervención breve de salud sobre alcohol en Atención Primaria”, colocado en el Anexo VI de esta tesis, como recordatorio del Proyecto Argos-AP, con un resumen de los pasos a seguir para una exploración sistemática del consumo de alcohol del paciente, adaptando la intervención a las poblaciones de mujeres embarazadas y en fase de lactación, a adolescentes y adultos con consumo de alcohol de riesgo, priorizadas en el Programa ARGOS-Murcia, para trabajar desde la prevención, el diagnóstico precoz y la intervención propiamente dicha.

Por último, también recibieron una alfombrilla para el ratón del ordenador, que les recordaba a los profesionales sanitarios de los CS la investigación-acción.

Esta campaña se aplicó después de haber formado a los EAP de las AS I, II, V, VI, VIII y IX, para informar a la población usuaria de estos CS y a modo de recordatorio del Proyecto Argos-AP a los profesionales sanitarios, para que siguieran realizando la prevención y atención de los problemas del consumo de alcohol y otras drogas, aplicando el consejo breve de salud mediante la entrevista motivacional. Las AS III, IV y VII reciben la campaña más tarde porque son las AS formadas en la última fase. El AS III, se dejó para la tercera fase porque el terremoto ocurrido en Lorca, en mayo de 2011, impidió que se implantara el Programa ARGOS-Murcia con anterioridad, ya que algunos CS se vieron afectados y cambiaron de dirección, así como los profesionales tenían la prioridad de atender a su población después de un fenómeno de este calibre.

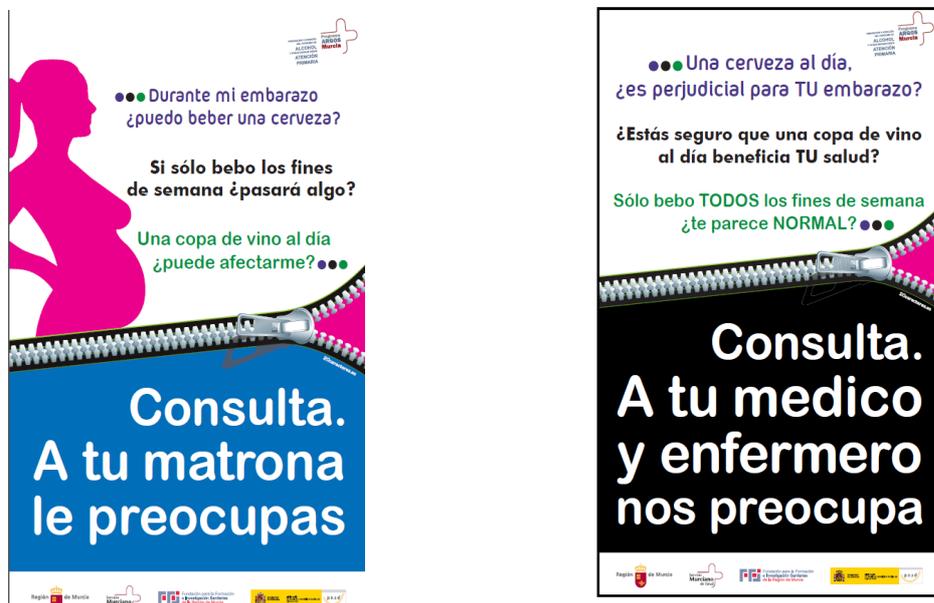


Figura 5: Carteles de la campaña de información para los usuarios de los Centros de Salud.

Consta de cuatro materiales (dos carteles, un polidiámetro y una almohadilla para ordenador):

- Cartel 1: “Sobre el alcohol... Pregunta a tu médico o enfermero”.
- Cartel 2: “Sobre el alcohol... Pregunta a tu matrona”.
- Polidíptico: “Intervención breve de salud sobre alcohol en Atención Primaria”, dirigido a médicos y enfermeros del CS.
- Alfombrilla para el ratón del ordenador para los sanitarios con un esquema recordatorio de “Intervención breve de salud sobre alcohol en Atención Primaria”.

El objetivo de esta campaña era informar de la utilización de los recursos sanitarios existentes, facilitando la accesibilidad de las poblaciones destinatarias y permitiendo contar con personal sanitario formado en el Programa ARGOS-Murcia, como referente para consultas de salud en relación con el consumo de alcohol.

6.6.2.6. FORMACIÓN CONTINUADA

Para reforzar la formación recibida por los profesionales sanitarios de AP, de las AS I, II, V, VI, VIII y IX en prevención e intervención en los problemas del consumo de alcohol y otras drogas, se les ofreció participar en la Jornada “- Alcohol, + Salud: Actualización del abordaje del consumo de alcohol desde AP”. Esta Jornada fue acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Servicio Nacional de Salud con 0.3 créditos.

Complementario a esta Jornada se desarrolló el Taller de Formación de Formadores de 4 horas de duración, “Intervención breve sobre alcohol: Mójate sobre el Alcohol” en dos ediciones, una en Murcia y otra en Cartagena. Dichos talleres fueron impartidos por dos profesionales de la SEMFYC y se acreditaron por la Comisión de Formación Continuada del Servicio Nacional de Salud con 0.4 créditos.

De esta última actuación se derivó la Formación entre Iguales con el contenido: “Mójate con el Alcohol-Formación ARGOS-Teoría y práctica del consejo breve de salud”, acreditándose por la Comisión de Formación Continuada del Servicio Nacional de Salud con 0.5 créditos.

Las Áreas III, IV y VII, no recibieron esta formación porque habían terminado recientemente la formación de formadores y la formación entre iguales.

6.6.2.7. INFORMACIÓN Y MATERIALES DE CONSULTA

Los materiales para la atención a las consultas del Programa ARGOS-Murcia están en la Unidad Técnica de Coordinación Regional de Adicciones, de la DG de Salud Pública y Adicciones, de la Consejería de Sanidad, y se puede contactar a través de:

- e-mail: coordinacion.drogodependencias@carm.es

Además, estos materiales están a disposición de los profesionales sanitarios y otros profesionales interesados, en el portal web: www.e-drogas.es.

6.6.3. PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO

Se diseñó y desarrolló a posteriori del proyecto Argos-AP, cuando los EAP se habían formado en prevención e intervención del consumo de alcohol y otras drogas. Con este Proyecto se primó el acercamiento a la comunidad de la prevención de la problemática alcohólica, con la participación y coordinación de los profesionales de la sanidad pública y los técnicos de prevención de drogodependencias de los Ayuntamientos.

6.6.3.1. CAMPAÑA “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”. CIRCUITO USUARIOS

Para la información de la comunidad se diseñó una **campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia”** para los usuarios de los Centros de Salud (“Circuito usuarios”) con cartelería itinerante, que consiste en la rotación de 10 carteles con información sobre efectos, riesgos y mitos sobre el alcohol, sobre todo relacionados con el consumo juvenil. Tuvo una duración de 2 semanas en cada CS, iniciándose al finalizar las acciones formativas de los sanitarios, por orden de implicación. Incluyó una hoja informativa del Programa ARGOS-Murcia para el CS, un cuestionario de bolsillo para los usuarios, que se puede encontrar en el Anexo VIII de esta tesis, con preguntas sobre el consumo de alcohol e instrucción de preguntar al personal sanitario si desean saber más y un cuestionario de opinión de los sanitarios, para evaluar la campaña.

Para la elaboración de los materiales se hizo una petición de autorización al Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Murcia (Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Murcia) para utilizar unos carteles editados por ellos en otras campañas. Después se desarrollaron los contenidos técnicos de los diez carteles con información científica sobre los riesgos y consecuencias del consumo de alcohol para población usuaria de los CS: adolescentes y embarazadas.

La cartelería consta de diez juegos de carteles: Uno de presentación de la campaña, otro sobre los riesgos del consumo de alcohol en el embarazo y lactancia y ocho carteles dispuestos en un formato de aspa de 1,60 cm de diámetro y 1,70 cm de alto. El formato de los carteles se modificó y adaptó a las necesidades y espacios de cada CS, de forma que actualmente se pueden poner individuales, de dos en dos o de cuatro en cuatro en formato biombo. Los carteles se pueden visualizar en el Anexo VII de esta tesis.

Esta cartelería se ha dejado de forma permanente en 83 CS (falta la colocación en los 2 CS de Totana porque no pudieron asistir a la Jornada de

Coordinación propuesta por este Proyecto Argos-Comunitario, y se llevarán próximamente) desde mediados del año 2014, permitiendo que pueda ser visitada sin restricciones temporales en el “Circuito usuarios” y a la vez flexibiliza las visitas en el “Circuito adolescentes” de los alumnos de primero de ESO que pueden recibir la Segunda Unidad Didáctica del proyecto a lo largo de todo el curso escolar (antes debían comprimir las visitas de las clases escolares al CS de referencia, durante dos/tres semanas, lo que complicaba la intervención de los sanitarios con los escolares).

Se llevó a cabo una evaluación cualitativa de la exposición para usuarios de la campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia”, a través de encuestas de opinión a los profesionales sanitarios de los CS, de manera que la distribución de los resultados fue por puesto de trabajo y análisis de resultados por porcentajes, quedando organizada de esta forma:

ENFERMERÍA	MEDICINA DE FAMILIA	PEDIATRÍA	TOTAL

Distribución de los encuestados por sexo: Análisis de los resultados en porcentajes.

HOMBRE	%
MUJER	%

Respuestas conforme a la escala likert:

Totalmente en desacuerdo (1) - Totalmente de acuerdo (5).

De manera que se analizan por porcentajes la puntuación 1-2 junta, la 3 individual y la 4-5 también junta.

1-2	3	4-5
%	%	%

6.6.3.2. PROYECTO EDUCATIVO “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”

A la vez, se ha desarrollado un **proyecto educativo: “Alcohol: Conciencia con ciencia”**, para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes, con una estrategia comunitaria de intervención, en el que participan los Orientadores de los CESO (centros educativos públicos, concertados y privados), los Sanitarios de los Centros de Salud formados en el Proyecto Argos-AP y los Técnicos de los Planes/Programas Municipales de Prevención de Drogodependencias. Este proyecto se dirigió a los alumnos de primero de ESO porque la edad media del primer consumo de alcohol se da en torno a los 13-14 años⁶, lo que justifica una intervención educativa al inicio de la ESO. Se emplearon los diez carteles informativos que de nuevo se instalaron en el CS (“Circuito adolescentes”) mientras dura la intervención educativa. Para ello se elaboraron tres Unidades Didácticas “Alcohol: Conciencia con ciencia”, dirigidas a los alumnos de primero de ESO de la Región de Murcia. En los Anexos IX y X de esta tesis se alberga una síntesis de estas Unidades Didácticas y el formato CD de las mismas, respectivamente.

6.6.3.2.1. Jornada de Coordinación “Alcohol: Conciencia con ciencia”

El proyecto educativo: “Alcohol: Conciencia con ciencia” comenzó su implantación con una Jornada de Coordinación, de 4 horas de duración, en horario laboral y con sustitución para los profesionales sanitarios. Su finalidad es que los Técnicos Locales de los Planes de Prevención de Drogodependencias puedan organizar las visitas de los CESO a los Centros de Salud, para que los alumnos realizaran la Segunda Unidad Didáctica. Participaron los Técnicos Locales, los Orientadores de primero de ESO de muchos de los Centros de Enseñanza Secundaria de cada AS (convocados por la Consejería de Educación, Formación y Empleo) y los sanitarios responsables del Proyecto Argos-AP en su CS (convocados por sus Gerencias del Servicio Murciano de Salud).

6.6.3.2.2. Metodología de las Unidades Didácticas

Para llevar a cabo este proyecto educativo se elaboraron y editaron Tres Unidades Didácticas, mediante las cuales, desde el Modelo de Promoción de la Salud y Sociocognitivo para la prevención del consumo de alcohol, con una prevención universal, se actuó sobre factores de riesgo promotores del uso de bebidas alcohólicas – presión de grupo, baja percepción del riesgo de consumo de alcohol, percepción de aprobación del consumo de bebidas alcohólicas en la familia, amigos, escuela y comunidad – y actitudes y creencias sobre el alcohol y sus efectos. Todo ello, mediante la incorporación de conocimientos sobre los efectos y riesgos asociados al uso de bebidas alcohólicas, el entrenamiento en resistencia a la presión de grupo y el desarrollo de valores saludables, con una intervención en y desde el entorno inmediato de los alumnos, mediante una coordinación educativa, sanitaria y comunitaria.

Una vez elaboradas la Unidades Didácticas de la Campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia” fueron revisadas por profesores especializados del Servicio de Atención a la Diversidad de la DG de Planificación y Ordenación Educativa de la Consejería de Educación, Formación y Empleo, considerándolas adecuadas para la población destinataria y que cumplían los objetivos marcados para la prevención del consumo de alcohol en esta población púbere y adolescente.

Posteriormente las Tres Unidades Didácticas fueron editadas en formato papel, DVD interactivo y descargables en el portal www.e-drogas.es y en www.orientamur.es, empleándose como material de trabajo en las cuatro Jornadas de Formación y Coordinación con las nueve Áreas de Salud.

El desarrollo de las tres Unidades Didácticas “Alcohol: Conciencia con ciencia⁹⁹”, gira en torno a la visita de líneas o clases de alumnos (de una en una), de primero de ESO a la exposición de carteles sita en su CS de referencia, acompañados por el Orientador, el Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad (PTSC) y otros profesores. La primera Unidad Didáctica se

realiza por el profesorado en el CESO, la segunda los alumnos se desplazan al CS, y son los profesionales sanitarios los que la imparten. La tercera Unidad Didáctica se aplica en clase en el CESO, de nuevo por el profesorado.

Antes del inicio de la primera Unidad Didáctica, los alumnos realizan un cuestionario de diez preguntas que se denominó ¿Qué sabes sobre el alcohol?, situado en el Anexo XII de esta tesis, a modo de prueba pretest, después de realizar la tercera Unidad Didáctica los alumnos lo vuelven a hacer, como prueba postest en el portal www.e-drogas.es, participando a su vez en un concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia”. Estas pruebas están en fase de análisis y sus resultados serán expresados en porcentajes.

La **metodología y contenidos** de las **Tres Unidades Didácticas** es la siguiente:

La **Primera Unidad Didáctica**, de una hora de duración, se llevó a cabo por el profesorado en clase y pretendió que los alumnos reflexionaran sobre los diferentes puntos de vista establecidos socialmente en torno al consumo de bebidas con alcohol, utilizando técnicas de trabajo en grupo, consenso, debate, reflexión y clarificación de ideas.

La **Segunda Unidad Didáctica** se desarrolló por los profesionales sanitarios formados en el Proyecto Argos-AP, dura una hora y gira en torno a la visita de cada clase de alumnos de 1º de ESO, a su CS de referencia, de los centros educativos participantes. Pretendió aportar información suficiente, veraz, no alarmista y adaptada a su edad sobre los efectos del consumo de bebidas alcohólicas, prestando especial atención a los mitos sociales contruidos en torno al alcohol y sensibilizar ante los riesgos asociados a su consumo, como la conducción de vehículos, los embarazos adolescentes, las enfermedades de transmisión sexual, los efectos en el organismo especialmente de las mujeres, etc., mediante la exposición de contenidos, reflexión y clarificación de ideas, de forma interactiva y con la participación de los alumnos.

La **Tercera Unidad Didáctica** tuvo lugar de nuevo en clase, tiene una hora de duración y se desarrolló por el profesorado (Orientador u otros profesores interesados). Se pretendió que los alumnos confrontaran las expectativas que los adolescentes tienen cuando se decide consumir alcohol, con las consecuencias objetivas del consumo de alcohol, expuestas en la anterior sesión y también identificar situaciones de presión de grupo en relación al consumo de alcohol. La metodología empleada para el desarrollo de esta Unidad Didáctica ha sido el trabajo en grupo, el consenso, la confrontación y la clarificación de ideas.

Con este proyecto se pretendió que el alumno consiguiera:

- Información realista sobre los efectos y consecuencias derivadas del consumo de bebidas alcohólicas.
- Reflexión sobre los distintos puntos de vista en relación con el alcohol y sobre las diferencias entre lo que se espera conseguir al beber y lo que ocurre realmente.
- Cada alumno habrá formado una opinión propia, individual, sobre las consecuencias de consumir bebidas con alcohol, sustentada en la reflexión y en la información objetiva.
- Como resistencia a la presión de grupo, se remarcó que la última decisión sobre beber o no hacerlo siempre es individual.

6.6.3.2.3. Concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia”

Los alumnos que recibieron las tres Unidades Didácticas, pudieron participar en el **concurso** “Alcohol: Conciencia con conciencia”, contestando el cuestionario de diez preguntas ¿Qué sabes sobre el alcohol?, relacionadas con información y mitos sobre los efectos de las bebidas alcohólicas, localizado en el portal www.e-drogas.es. Cada alumno debe contestar al cuestionario que se le presenta y registrar sus datos sobre localidad, instituto, clase, nombre y apellidos, fecha de nacimiento y país de origen. Para optar al premio, que le correspondió a su centro educativo, fue

necesario haber contestado correctamente un mínimo del 70% de las preguntas del cuestionario. El premio fue un producto tecnológico por centro educativo, asignándolo por sorteo a uno de los alumnos de dicho centro que hubiera cumplido los requisitos mínimos: terminar el test, introducir los datos requeridos y contestar correctamente un mínimo del 70% de preguntas.

Una vez finalizado el test, los alumnos confirmaron sus respuestas e inmediatamente supieron las respuestas correctas, mejorando la información sobre los riesgos del consumo de alcohol en la edad adolescente y conocieron su nivel de conocimientos y puntuación.

La información necesaria sobre los efectos y riesgos del consumo de las bebidas alcohólicas y aspectos relacionados con la prevención de la presión del grupo de amigos y social hacia el consumo, la obtuvieron a través de su participación en las tres Unidades Didácticas del Proyecto.

El premio para el ganador fue una tablet y un diploma, que entregó el Director del Centro Educativo en un Acto Público, a la vez que leyó un discurso sobre la campaña y la prevención del consumo de alcohol, generalmente aprovechando la fiesta escolar de fin de curso, en presencia del resto de alumnos del centro, como ejemplo de participación y esfuerzo. A los padres se les entregó una carta con contenidos de prevención familiar en relación con el consumo de alcohol y otras drogas, a través del niño ganador.

La realización del “Cuestionario sobre los riesgos del consumo de alcohol en población adolescente”, es un recurso para que los alumnos investiguen sobre los riesgos del alcohol, motivándolos a través del Concurso. Este cuestionario o prueba pretest los alumnos lo llevaron al CS donde participaron de forma interactiva al recibir la Segunda Unidad Didáctica por los profesionales sanitarios.

Después de finalizar el proyecto educativo Argos-Comunitario, algunos profesionales participantes: docentes, sanitarios y técnicos locales realizaron el cuestionario cualitativo de Evaluación del proyecto educativo Argos-

Comunitario: “Alcohol: Conciencia con ciencia”¹⁰⁰, en el cual se evaluaron aspectos como el grado de aceptación general de la actividad formativa, el grado de participación del alumnado en la actividad, si los objetivos del proyecto se han cumplido satisfactoriamente, la consideración adecuada o no de la organización y coordinación del proyecto, la pertinencia de realizar programas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en alumnos de primero de ESO, la adecuación de los contenidos para estos alumnos, la adecuación del trabajo conjunto entre el centro educativo y el centro sanitario de referencia del mismo, si la duración y la metodología de la actividad es la adecuada para conseguir los objetivos preestablecidos, si tendrá interés en participar en futuros programas de prevención de alcohol y otras drogas y si considera necesario recibir formación específica para seguir desarrollando actividades de prevención de drogodependencias.

El cuestionario se analiza en una escala likert que va de bastante a nada, pasando por mucho, suficiente y poco; que se registra en excell y se representa en diagrama de anillos según porcentajes.

El **proyecto educativo: “Alcohol: Conciencia con ciencia”**, se implantó desde finales del año 2014 en todas las Áreas de Salud de la Región de Murcia, se pretendió replicar todos los años con los nuevos alumnos de primero de ESO en las nueve Áreas de Salud y todos los centros educativos que deseen participar, ya sean públicos, concertados o privados, pudiendo iniciarse el desarrollo de las Unidades Didácticas con el curso escolar en septiembre y finalizándolo a principios de mayo del siguiente año.

6.6.3.2.4. Evaluación del Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”

A lo largo del curso escolar 2014-2015 se llevó a cabo una evaluación de resultados de la aplicación de las Tres Unidades Didácticas “Alcohol: Conciencia con ciencia” para alumnos de primero de ESO, mediante un estudio multicéntrico por clusters apareados pre y post con grupos control e intervención sobre actitudes, conocimientos y consumos de los alumnos.

Se seleccionaron para participar en la evaluación 20 Centros Educativos (tanto públicos como concertados) de 9 Ayuntamientos, existiendo representatividad tanto de los municipios grandes como pequeños, así como rurales y urbanos. Para evitar el sesgo intracentro se requiere a los centros seleccionados que participen y se pase el cuestionario a todas las clases de primero de la ESO. Esta explicación se apoya con la figura 6, que describe el cronograma de realización de la evaluación.



Figura 6: Cronograma de la evaluación del Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”.

Acompañando a los cuestionarios, se repartió una carta informativa para los padres, así como las instrucciones para llevar a cabo la evaluación conforme a la metodología propuesta para los orientadores. Se registraron los datos que están en fase de análisis.

6.6.3.2.5. Reunión de seguimiento e impulso del Proyecto Educativo con las Gerencias

Esta reunión fue realizada por el equipo de trabajo del Programa ARGOS-Murcia, con las Gerencias de las AS II, V, VI, VIII y IX, como una actuación de impulso, seguimiento y coordinación, para mejorar el Proyecto Educativo en las AS donde ya se había implantado. A la reunión a parte del equipo organizador, acudieron los dos sanitarios responsables del Programa ARGOS-Murcia de cada CS y de la implantación y desarrollo del Proyecto

Educativo Comunitario, con el objetivo de reforzar la continuidad del proyecto. Las reuniones tenían la siguiente direccionalidad:

- Se presentó el material de apoyo elaborado para permitir la homogeneidad de la aplicación de la Segunda Unidad Didáctica así como se facilitó la metodología participativa en la sesión: En formato Power Point que apoya la participación de los alumnos y pretende evitar clases magistrales impartidas por los profesionales sanitarios de los CS.
- Se desarrolló las bases teóricas de la prevención aplicadas en el proyecto, con el objetivo de transmitir la consistencia teórica sobre la que se justificó esta intervención.
- Se expuso por parte de los sanitarios las dificultades, barreras y propuestas de mejora, ante la experiencia propia, al impartir la Segunda Unidad Didáctica.
- Se entregó el material de apoyo en formato Power Point, y se les instó a convocar una reunión con su EAP con el objetivo de facilitar la implicación del resto de sanitarios en la formación de los alumnos.
- Se comunicó que estos materiales están a disposición de los sanitarios en el portal web www.e-drogas.es.

-En el AS I quedó pendiente la reunión en la Gerencia con los profesionales sanitarios de sus CS responsables de Programa ARGOS-Murcia, por la carga asistencial y la dificultad de cuadrar agendas.

-En las AS III, IV y VII no se realizó esta reunión porque hacía muy poco tiempo que se había llevado a cabo la Jornada de Formación y Coordinación que daba inicio al Proyecto Educativo Comunitario “Alcohol: Conciencia con ciencia”.

6.6.3.2.6. Continuación del Proyecto Educativo

Durante este año se diseñaron acciones de prevención escolar para **alumnos de segundo de ESO**, con la edición de Tres Unidades Didácticas para la prevención del consumo de tabaco, cánnabis y alcohol, relacionando el consumo de tabaco y cánnabis por una parte y recordando los riesgos del consumo de alcohol. Se va a utilizar la misma metodología que la campaña “Alcohol: Conciencia con conciencia” destinada a los alumnos de primero de ESO, que se inicia con una **Jornada de Coordinación** para que, los Técnicos Locales de los Planes de Prevención de Drogodependencias, puedan organizar las visitas de los CESO a los CS. Participan los Técnicos Locales, los Orientadores de 2º de ESO de todos los CESO de cada AS (convocados por la Consejería de Educación y Universidades) y los sanitarios responsables del Proyecto Argos-AP en su CS (convocados por las Gerencias del Servicio Murciano de Salud).

6.6.4. PROYECTO ARGOS-NATO

Las actuaciones del Proyecto Argos-Nato se dirigieron a reconocer, evaluar y manejar las enfermedades relacionadas con las drogas legales e ilegales como riesgos ambientales, durante los periodos críticos del embarazo, lactancia y las dos primeras décadas de vida del individuo, así como proporcionar educación, entrenamiento e investigación, en salud medioambiental en general y pediátrica en particular, a los profesionales que trabajan en torno a las disciplinas materno-infantiles, a través de la USMP del HCUVA.

El Proyecto Argos-Nato pretendió la protección del neonato y lactante, a través de la reducción de la exposición a etanol y el diagnóstico temprano en fetos y niños con SAF o con trastornos asociados al consumo de alcohol para la disminución de daños, mediante la información y formación en detección, registro e intervención durante los períodos críticos del desarrollo en embarazadas y mujeres lactantes, a través de un despliegue transversal

dentro del Programa ARGOS-Murcia en población susceptible de embarazo. Se pretendió la prevención de la ingesta de etanol durante el embarazo para disminuir o prevenir el SAF y su Espectro (ESAF) así como otras enfermedades del neonato relacionadas directa o indirectamente con el consumo de alcohol de la madre, a través de las distintas acciones que se realizaron.

6.6.4.1. INSTRUMENTO DE CRIBADO SISTEMÁTICO: HOJA VERDE

Este proyecto pretendió que las mujeres embarazadas y lactando conocieran los riesgos del uso de bebidas alcohólicas en el presente (desarrollo embrionario y fetal) y futuro de sus hijos (SAF, ESAF y dificultades en el aprendizaje, conductuales, intelectuales, etc.), a través de la consulta especializada, mediante la aplicación de una herramienta de cribado, la Hoja Verde, para la detección del consumo de alcohol y otras drogas durante el embarazo, así como otros riesgos medioambientales, como se muestra en la figura 7. Su análisis de datos se realizó por porcentajes.

También se elaboró la hoja verde de seguimiento para completar y vigilar la historia ambiental pediátrica de alcohol y otras drogas, como se expresa en la figura 8, durante el embarazo y la lactancia, en próximas intervenciones.

Se pretende que esta herramienta sea utilizada en AP a través de su inclusión de manera transversal en la formación del Proyecto Argos-AP y a posteriori en las consultas.

Figura 7: “Hoja Verde” Instrumento de cribado sistemático.

Teléfono móvil:	E-mail:	Fecha atención: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Semana gestación actual:	FUR:	
Edad embarazada:	Nivel estudios:	Fecha nacimiento:
Nombre padre:	Edad padre:	Nivel estudios padre:
Raza:	Ingresos netos mensuales:	
Blanca nativa <input type="checkbox"/> Eslava <input type="checkbox"/> Latinoamericana <input type="checkbox"/>	< 800€ <input type="checkbox"/> 800-1.500€ <input type="checkbox"/> 1.500-2.000€ <input type="checkbox"/>	
Magrebí/árabe <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Gitana <input type="checkbox"/>	2.000-2.500€ <input type="checkbox"/> 2.500-3.500 € <input type="checkbox"/> > 3.500€ <input type="checkbox"/>	
Asiática <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>		

Espacio reservado para la etiqueta

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Nº Embarazos previos a éste:

Aborto (espontáneo/IVF)	Año	RM (vivo/muerto)	SG	PN	Sex (F/M)	Semanas Lactancia	Malformación (sí/no)	Vive (sí/no)

Cuándo quedó embarazada, ¿lo está buscando?

Sí No No se lo había planteado Ns/Nc

¿Siguió algún tratamiento para conseguir el embarazo?

Sí No Ns/Nc ¿Cuál?: FIV ICSI Hormonal

Especificar: _____

Fecha de transferencia: _____

Uso previo de Anticonceptivos hormonales (indique fecha inicio y final) _____

Pruebas médicas de radiaciones ionizantes en la etapa periconcepcional: Sí No

¿Cuál prueba? (RX, TAC, otra): _____

Fecha de realización de la prueba: _____

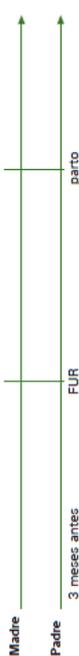
USO DE FÁRMACOS

¿Ha tomado alguna medicación de forma esporádica o habitual? (desde un mes antes del embarazo. Incluir herboristería / parafarmacia / suplementos vitamínicos o minerales).

Fármaco	Motivo	Posología	Fecha inicio	Fecha final o actual

EXPOSICIONES EN EL TRABAJO

Indicar ocupación de los padres 3 meses antes de la FUR y especificar en caso de cambio.



Riesgos asociados a las ocupaciones _____

¿Le preocupa alguna exposición a tóxicos medioambientales en el trabajo? Sí No No lo sé

¿Cuál? _____

Posible arrastre de trazas de químicos y tóxicos en la ropa del trabajo a casa: Sí No No lo sé

Tienen alguna afición que le exponga a algunas sustancias químicas/tóxicas: _____

Aeromodelismo Fotografía/revelado Maquetación Restauración muebles

Pintura Ninguna Otros: _____

CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

TABACO	Madre	Padre	Otro en domicilio
Fumaba algo antes del embarazo: (periconcepcional)	Sí/No		
¿Cuánto fumaba?	cigarrillos/día		
Edad inicio	años		
¿Cambió el consumo debido al embarazo?	Sí/No		
¿Cuándo cambió?	cigarrillos/día		
¿Cuánto fuma ahora?	Sí/No		
¿Le gustaría dejar de fumar?	Sí/No		
¿Ha pensando en hacerlo próximamente?	Sí/No		
Exposición a humo de tabaco de formas pasiva (amigos o familiares)	1. < 1/sem 2. 1/sem 3. 2-3 sem 4. + de 3 sem		
¿Ha podido estar expuesta a otros tóxicos en algún momento del embarazo?	(CN) Cannabis (CO) Cocaína (H) Heroína Otros (N) Ninguno		En caso afirmativo explique:

CONSUMO DE ALCOHOL

Por favor, indique el número de vasos o copas que bebía en cada etapa (señale debajo de donde correspondía...1-3 por mes, 1 por semana, 1 día, etc.).

Madre periconcepcional antes del embarazo	Nunca o <1 mes	1-3 mes	1 x sem	2-4 x sem	5-6 x sem	1 x día	2-3 x día	4-5 x día	+ 6 x día	gramos OH/día
Vino tinto, blanco, rosado, Jerez, vinos secos, vermu (1 vaso, 125 cc)	0	0,6	1,42	4,28	7,85	10	25	45	60	
Cerveza (1 carta o botellín 1/5, 200 cc)	0	0,6	1,42	4,28	7,85	10	25	45	60	
Licores (20-35%): de frutas (marañón), de crema (Catalana, Baileys) (1 copa, 50 cc)	0	0,75	2,1	6,43	11,78	15	37,5	67,5	90	
Brandy, ginebra, ron, whisky, vodka, aguardientes 40° (1 copa, 50 cc)	0	1,2	2,84	8,56	15,7	20	50	90	120	
Cerveza sin alcohol (200 cc)	0	0,13	0,28	0,85	1,57	2	5	9	12	

Media de gramos/día: _____ Número de atrazones (>= 5 UBE) desde FUR/ fecha actual: _____

¿Cambió el consumo debido al embarazo? 1. Sí 2. No 3. No consumen

¿Cuándo cambió? _____

1. Por el embarazo, antes de fecundación Indica cuándo _____

2. Durante el embarazo Indique las semanas: _____

Madre actualmente	Nunca o <1 mes	1-3 mes	1 x sem	2-4 x sem	5-6 x sem	1 x día	2-3 x día	4-5 x día	+ 6 x día	gramos OH/día
Vino tinto, blanco, rosado, Jerez, vinos secos, vermu (1 vaso, 125 cc)	0	0,6	1,42	4,28	7,85	10	25	45	60	
Cerveza (1 carta o botellín 1/5, 200 cc)	0	0,6	1,42	4,28	7,85	10	25	45	60	
Licores (20-35%): de frutas (marañón), de crema (Catalana, Baileys) (1 copa, 50 cc)	0	0,75	2,1	6,43	11,78	15	37,5	67,5	90	
Brandy, ginebra, ron, whisky, vodka, aguardientes 40° (1 copa, 50 cc)	0	1,2	2,84	8,56	15,7	20	50	90	120	
Cerveza sin alcohol (200 cc)	0	0,13	0,28	0,85	1,57	2	5	9	12	

El padre durante la espermiogénesis	Nunca o <1 mes	1-3 mes	1 x sem	2-4 x sem	5-6 x sem	1 x día	2-3 x día	4-5 x día	+ 6 x día	gramos OH/día
Vino tinto, blanco, rosado, Jerez, vinos secos, vermu (1 vaso, 125 cc)	0	0,6	1,42	4,28	7,85	10	25	45	60	
Cerveza (1 carta o botellín 1/5, 200 cc)	0	0,6	1,42	4,28	7,85	10	25	45	60	
Licores (20-35%): de frutas (marañón), de crema (Catalana, Baileys) (1 copa, 50 cc)	0	0,75	2,1	6,43	11,78	15	37,5	67,5	90	
Brandy, ginebra, ron, whisky, vodka, aguardientes 40° (1 copa, 50 cc)	0	1,2	2,84	8,56	15,7	20	50	90	120	
Cerveza sin alcohol (200 cc)	0	0,13	0,28	0,85	1,57	2	5	9	12	

EXPOSICIONES EN EL HOGAR

¿Antigüedad vivienda? _____ ¿tipo de vivienda? Piso (altura) Dúplex Casa de pueblo

¿Ha tenido problemas de plagas en casa (hormigas, cucarachas...)? 1. Sí 2. No

Indica el tipo y tratamiento que utiliza (spray, polvos, enchufe, otros): _____

¿Están preocupados por algunos riesgos ambientales en su casa o barrio? _____

Madre: _____ Observaciones: _____

Padre: _____ Responsable: _____

Figura 8: “Hoja Verde seguimiento” Historia ambiental pediátrica-alcohol y otras drogas durante el embarazo y la lactancia.

HOJA VERDE SEGUIMIENTO

**HISTORIA AMBIENTAL
PEDIÁTRICA-ALCOHOL
Y OTRAS DROGAS
DURANTE EL EMBARAZO
Y LACTANCIA**

Espacio reservado para la etiqueta

ANTECEDENTES PERINATALES

G. ___ P. ___ C. ___ A. ___ M. ___ Edad materna al embarazo: _____

Alteraciones del embarazo: _____

Medicación en el embarazo: (fármaco-semanas de gestación-duración) _____

Exposición a alcohol (g/d) _____ Atrazones (f) _____ Semana cambio consumo _____

Exposición a tabaco: SI No Cigarrillos día _____ Exposición pasiva _____

Exposición a otras sustancias: SI No Cuales y #/semana _____

Otras exposiciones en el trabajo: _____

Otras exposiciones en el hogar: _____

PARTO: Cesárea ___ Vaginal ___ EG ___ PN ___ (p___) Talla ___ (p___) PC ___ (p___) Appar _____

Complicaciones en el parto: _____

Malformaciones detectadas al nacer: SI No Cuales _____ Ictericia: SI No

Problemas con la lactancia: SI No Apnea: SI No Requerimiento O2: SI No

Convulsiones: SI No Infección neonatal: SI No

ALIMENTACIÓN

LM completa: _____ LM combinada: _____

Indique edad en meses que inicio el alimento: Leches de fórmula _____ Frutas _____ Verduras _____

Cereales _____ Carne roja _____ Huevo _____ Pescado _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Malformaciones: SI No Cual _____

Trastornos del neurodesarrollo: SI No Cual _____

Indique edad en meses que inicio el alimento: _____

Alteración previa en las curvas de crecimiento: SI No Percentiles _____ Edad _____

Le han realizado tomografía cerebral, ecografía, resonancia u otro examen para evaluar morfología cerebral:

SI No Hallazgos _____

Antecedente de trastornos del ánimo o comportamiento: SI No Cual _____

Otros patológicos: _____

Teléfono móvil:	E-mail:	Fecha atención: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Nombre madre:	Edad madre:	Nivel estudios madre:	
Nombre padre:	Edad padre:	Nivel estudios padre:	
Fecha nacimiento:	Edad niño:	Nivel estudios niño:	
Raza: Blanca nativa <input type="checkbox"/> Eslovaca <input type="checkbox"/> Latinoamericana <input type="checkbox"/> Magrebí/árabe <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Gitana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>			
Informante: IDUM: _____ (Alguna información puede ser diligenciada con base en la hoja verde del embarazo)			

Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica (PEHSU-Murcia) Servicio de Pediatría
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia España. Telf: 0034-968366031

PERCEPCIÓN DEL DESARROLLO

¿Ha notado problemas en el rendimiento escolar del niño? Si No Cual _____

¿Ha notado problemas en el aprendizaje del niño? Si No Cual _____

¿Ha notado problemas en el comportamiento y las relaciones sociales del niño? Si No Cual _____

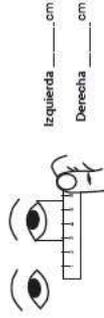
EXAMEN FÍSICO

FC _____ FR _____ Peso _____ P _____

Talla _____ P _____ PC _____ P _____

Cabeza y cuello: _____

LONGITUD FISURA PALPEBRAL



Labio superior (clasificar): _____

Surco nasolabial (clasificar): _____

Para evaluar el labio superior y el surco nasolabial sitúese frente a frente con el paciente, obteniendo una visión completa y en línea recta de la boca del paciente. Sostenga con su mano las fotografías de las clasificaciones indicadas a la izquierda y seleccione la categoría donde visualmente clasifica su paciente.

- Micrognatia
- Orejas displásicas: rotación del helix
- Nariz corta
- Blefarofimosis
- Estrabismo
- Pliegues epicanáticos

Cardiopulmonar: _____ Abdomen: _____

Extremidades: _____ Piel: _____

Neurólogo: _____

DESARROLLO PSICOMOTOR (aplicación escala Bayley anexo)

DIAGNÓSTICOS

CRECIMIENTO: _____

NEURODESARROLLO: _____

SAF: (Marque con una X según los hallazgos)

- Surco nasolabial fiso ($p \leq 10$)
- Labio superior fino (4-5)
- Fisura palpebral pequeña (4-5)
- Problemas del crecimiento ($p \leq 10$)
- Anormalidades estructurales SNC (PC $p \leq 10$, anormalidades imaginoológicas)
- Anormalidades neurológicas (Síntomas neurológicos que no pueden ser atribuidos a otra causa)
- Anormalidades funcionales (Deficiencias cognitivas, deficiencias en el funcionamiento ejecutivo, retrasos en el funcionamiento motor, problemas de atención o hiperactividad, problemas sociales, otros)

REMISIÓN A: _____

RECOMENDACIONES: _____

MÉDICO QUE ATENDIÓ LA CONSULTA _____

PRÓXIMO CONTROL: Día _____ Mes _____ Año _____

20Caracteres

6.6.4.2. CONSEJO BREVE DE SALUD SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS A LA MUJER EMBARAZADA

El consejo breve de salud se le dió a la mujer embarazada y su pareja, en una intervención directa, en la consulta de la USMP del HCVA, también se incluyó el análisis de los conocimientos y actitudes de las gestantes sobre el consumo de alcohol y otras drogas y sus efectos, todo a través del empleo de la herramienta de cribado la “Hoja Verde”, que incluye el cálculo del consumo de alcohol, tabaco y otros tóxicos. Se pretendió la abstinencia de las madres embarazadas y en proceso de lactancia y así prevenir las repercusiones en sus hijos.

6.6.4.3. ACCIONES FORMATIVAS E INVESTIGADORAS

La propuesta de cesación y prevención en la ingesta de etanol durante el embarazo y la ayuda a los individuos con SAF y a sus familias para disminuir o prevenir las afecciones secundarias, se desplegó transversalmente dentro del Proyecto Argos-AP completando dicha intervención en población susceptible de embarazo a través de:

- La participación en la formación del personal sanitario y social de AP de salud, sobre los riesgos para el feto por el consumo de alcohol de la madre, en la Formación de Formadores, Formación de Investigadores y en la Formación entre Iguales, en materia de cuidados durante el embarazo, lactancia y desarrollo infanto-juvenil.

Se evaluó la actividad formativa de la “Jornada de Formación de Formadores II e Investigadores”, relacionada con alcohol, mediante encuestas de opinión recogidas y empleando una Escala tipo Likert con puntuación (1 mínimo - 5 máximo) y resultados en medias, en el Taller: Entrevista motivacional y consejo de salud en mujeres embarazadas Proyecto Argos-AP: Eficacia del consejo médico en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo.

-Instrucción de matronas y equipos de AP sobre el consejo breve de salud, para su implementación verbal y por escrito utilizando la “Hoja Verde”, en el programa de atención al embarazo, a través de acciones formativas, sobre los efectos del alcohol y otras drogas durante el embarazo y la lactancia y el entrenamiento para su prevención. Cada sesión ha tenido una duración de dos horas y se han llevado a cabo cinco en Murcia, una en Cartagena y una en Lorca.

- La inclusión de estudios en esta materia, en la oferta de investigaciones para profesionales de los EAP en los CS colaboradores del Proyecto Argos-AP (línea de investigación con mujeres embarazadas).

- Dentro del Proyecto Argos-Familias se realizaron acciones formativas como la conferencia “Crecer sin OH: Un programa para las ventanas de oportunidad del desarrollo cerebral”, que se desarrolló en la Jornada de intercambio de experiencias destinada a pediatras de los CS.

- Dentro del propio Proyecto Argos-Nato, se formó y asesoró a profesionales de la salud y sociales clave, en diferentes niveles, para la concienciación sobre la importancia de una intervención temprana en teratógenos y salud reproductiva, con especial énfasis en el consumo de alcohol y otras drogas en mujeres embarazadas y madres en período de lactancia, a través del “I Encuentro de Líderes Iberoamericanos en Pediatría Medioambiental: Abordaje del consumo de drogas legales e ilegales desde la etapa periconcepcional a la adolescencia”.

-En la USMP, a través de su grupo de trabajo, se desarrolló el estudio descriptivo para la implementación de la “Hoja Verde”, expresando los resultados en porcentajes.

- En el I Curso Regional de Matronas en Pediatría Medioambiental, sobre el formato inicial de la campaña “Bosques para la salud”, se pasó una encuesta de opinión a las matronas asistentes cuyas respuestas se expresan con una Escala tipo Likert donde 0 mínimo y 3 máximo, y los resultados se expresan en medias.

6.6.4.3.1 Programa “ELIJO más sano”

Se inició una Consulta de Seguimiento Infantil de alcohol y drogas durante el embarazo y la lactancia dentro del Programa “ELIJO más sano”, destinado a pacientes de alto riesgo medioambiental por exposición a alcohol y drogas ilegales, como incluye esta figura 9:



Figura 9: Programa “ELIJO más sano”

Se dirigió al cuidado y seguimiento de los hijos de las mujeres embarazadas que han sido diagnosticadas con embarazo de riesgo ambiental por ingesta de alcohol en el periodo concepcional, embarazo y lactancia. La mayoría de las cuales han sido identificadas en la consulta de embarazo y medioambiente, aunque también son derivadas por las matronas de AP, el paritorio, UCI Neonatal y medicina fetal.

La etiqueta de riesgo ambiental por exposición a etanol u otras drogas ilegales se adjudica cuando se cumplen los siguientes criterios:

- 1.- Al menos una exposición media > 20 g/día de etanol y/o 3 atracones de ≥ 40 g/día durante la etapa periconcepcional (hasta que se entera que está embarazada) o en cualquier otro periodo del embarazo o periodo de lactancia.
 - 2.- Posibilidad de exposición a cualquier droga ilegal: de forma directa al menos una vez al mes durante el embarazo o lactancia o de forma indirecta al menos una vez a la semana en presencia de la mujer embarazada o durante su lactancia.
- Una vez nacidos, a los 6 meses -1 año de vida del recién nacido expuesto, se le realizó un control expreso para la detección de enfermedades relacionadas con la ingesta de estos tóxicos durante el embarazo. La

consulta tenía 2 partes: una consulta médica de evaluación y una consulta diagnóstica de psicología infantil. En la Consulta Médica se evaluó:

- Historia pediátrica medioambiental
 - Antropometría: Peso, talla, PC.
 - Examen facial: longitud bipalpebral, análisis de grosor labio superior y surco nasolabial con la escala de la Universidad de Washington.
 - Examen físico completo.
 - Valoración neurológica.
 - Tamizaje del desarrollo: Escala abreviada de desarrollo¹⁰¹.
- Este Programa “ELIJO más sano”, mostró la estimación en porcentajes de las alteraciones detectadas y de algunos signos considerados “estigmas” del diagnóstico de SAF, que se obtuvieron en la consulta sobre los casos atendidos.
- La figura 10, muestra el método para llevar a cabo el diagnóstico diferencial, la intervención y el seguimiento de los casos detectados:

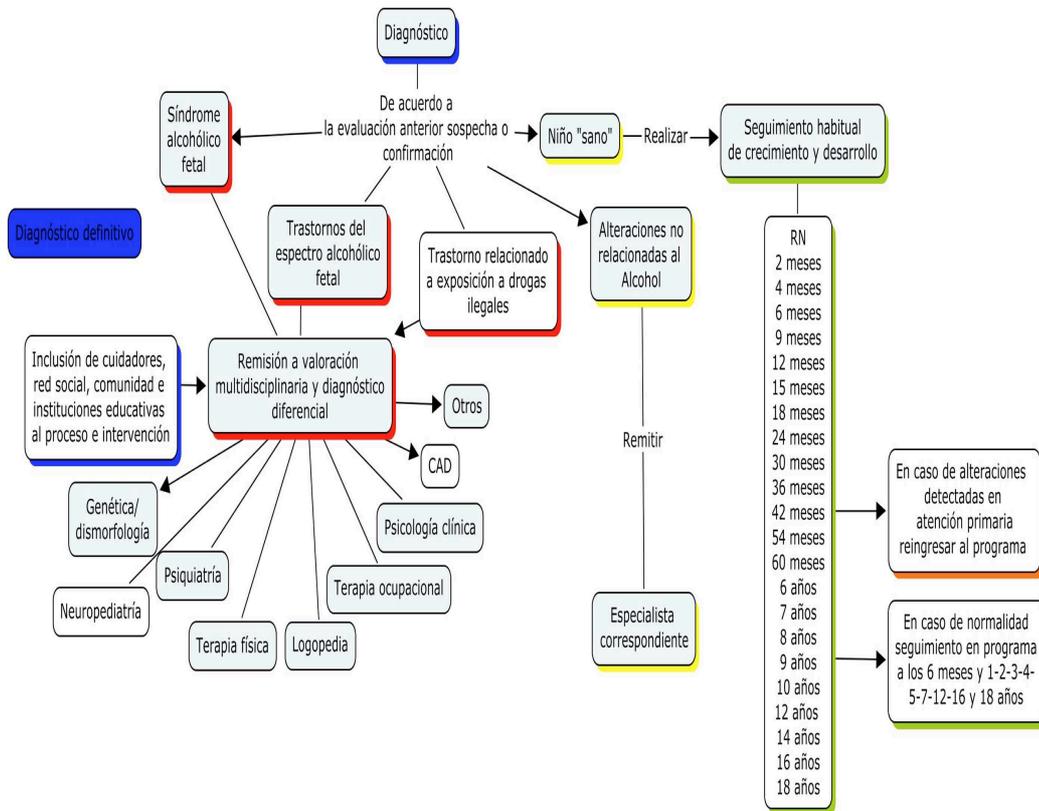


Figura 10: Método del diagnóstico diferencial, la intervención y el seguimiento de los casos detectados en el Programa “ELIJO más sano”.

6.6.4.3.2 Atención especial a la mujer embarazada dependiente a alcohol y otras drogas

Colaboración con el Centro de Neurocultura-Valderas, mediante este proyecto innovador que se dirigió a la minimización del daño en los futuros hijos y el uso del vínculo materno como refuerzo en la deshabitación y reajuste familiar. Incluye la posibilidad de ingreso en esta Comunidad Terapéutica, adaptada para la mujer embarazada y lactante garantizando una abstinencia total de tóxicos legales e ilegales, durante los meses de estancia. Hasta ahora cuatro mujeres han sido ingresadas, dando a luz un recién nacido sin signos de exposición a alcohol y otras drogas ilegales. Se incluye en el Programa “Elijo más sano”. Secundariamente, y con valor añadido se consiguió una mejora de la situación social y el refuerzo de anillos familiares.

6.6.4.4. ACCIONES DE DIFUSIÓN

Mediante la elaboración y distribución de materiales como los que se describen a continuación:

- Se elaboró un díptico sobre los riesgos del consumo de alcohol de la madre para el hijo nonato, para la madre y familiares. Con la entrega de estos trípticos en la canastilla del recién nacido, se informa a todas las madres al alta de maternidad, en el HCVA, sobre los riesgos de la ingesta de cualquier cantidad de alcohol en el embarazo y durante la lactancia, como muestra la figura 11:



Figura 11: Díptico sobre la prevención del consumo de alcohol, en el embarazo y la lactancia.

- Se elaboró un díptico sobre los riesgos del consumo de alcohol de la madre y el feto destinado a los profesionales sanitarios (matronas, médicos de familia, obstetras, pediatras, enfermeros, etc.), como muestra la figura 12, dando a conocer el teléfono de la consulta de Salud Medioambiental Pediátrica del HCVA (34) 676 534745 y (34) 968 369031 y la intranet

recorrido por el bosque cercano al hospital, señalizado para el evento. Contó con un Punto de Información donde se distribuyeron folletos de prevención del consumo de alcohol durante el embarazo y la lactancia y una carpa donde se desarrollaron otras acciones de difusión.

-Globalmente se planteó la posibilidad de transferencia de la experiencia al Sistema Nacional de Salud para la difusión de dicha práctica; así como la extensión del conocimiento mediante cooperación entre América Latina y la Unión Europea.

6.6.5. PROYECTO ARGOS-FAMILIAS:

El Proyecto Argos-Familias se llevó a cabo con la colaboración de la Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias Sanitarias del Servicio Murciano de Salud y la Coordinadora de Pediatría de la Región. Con su apoyo se desarrollaron las siguientes acciones novedosas:

- Las actividades formativas en este proyecto se comenzaron en el año 2014, concretamente en la Jornada “- Alcohol, + Salud”, donde se desarrolló un taller para el inicio de la formación a los profesionales de pediatría en prevención del consumo de alcohol y otras drogas y concretamente en la detección de factores de riesgo individuales y familiares. Se desarrolló un taller en la Jornada, en Murcia, y el mismo se duplicó en Cartagena al día siguiente, para facilitar la asistencia a los profesionales de pediatría.

- El pasado año 2015, se realizaron actividades formativas con más profundidad en el ámbito de las drogodependencias, convocando a la pediatría por AS porque en la primera actuación formativa se observó que tuvimos que ir más despacio en la facilitación de conocimientos sobre prevención de drogas. Se desarrollaron dos Jornadas:

1. Jornada de Formación para pediatras y enfermeros pediátricos, para dotar de herramientas y entrenar a los sanitarios en la detección de factores de

riesgo y protección familiares de los menores en relación al consumo de alcohol y otras drogas. Se inició con las Áreas de Salud I y VII porque se consideraron prioritarias para el proyecto. Tuvo una duración de 6 horas.

- Se editó y difundió a los profesionales sanitarios de pediatría de AP, un vídeo como **modelo de entrevista motivacional** con consejo breve de salud sobre alcohol y drogas para ser aplicado con familias y sus menores, que se trabajó en la Jornada de Formación.

2. Jornada de intercambio de experiencias, que tuvo una duración de 6 horas. Se hizo en dos días, en dos semanas consecutivas para facilitar la asistencia a todos los profesionales de pediatría de las AS I y VII.

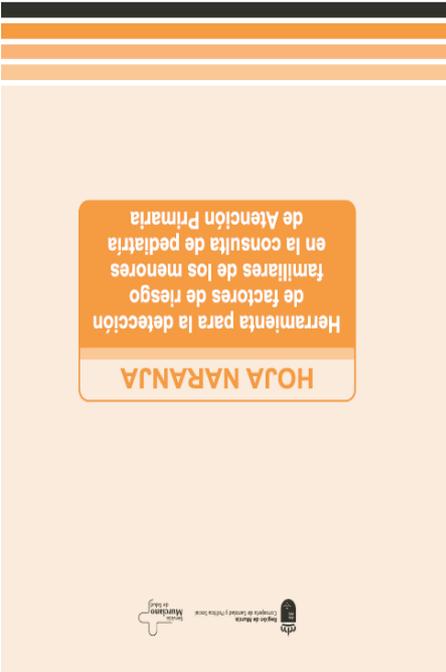
Desarrolló una metodología mixta teórico-práctica, con una primera parte expositiva con la conferencia “Crecer sin OH: Un programa para las ventanas de oportunidad del desarrollo cerebral”, incluida en la formación del Proyecto Argos-Nato, y seguida de un espacio de intercambio de experiencias donde se trataron los casos clínicos realizados por los asistentes en la fase de investigación-acción, de la que hablamos en las siguientes páginas, que trabajaron en los meses previos, basados en intervención familiar en prevención de drogodependencias desde pediatría. Después se dividieron a los asistentes en dos grupos y se desarrollaron dos talleres sobre:

- Manejo de conflictos en la familia, problemas de adaptación de los niños/as y herramientas de comunicación.
- Estilo motivacional para la intervención desde pediatría.

6.6.5.1. HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO FAMILIARES DE LOS MENORES EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: HOJA NARANJA

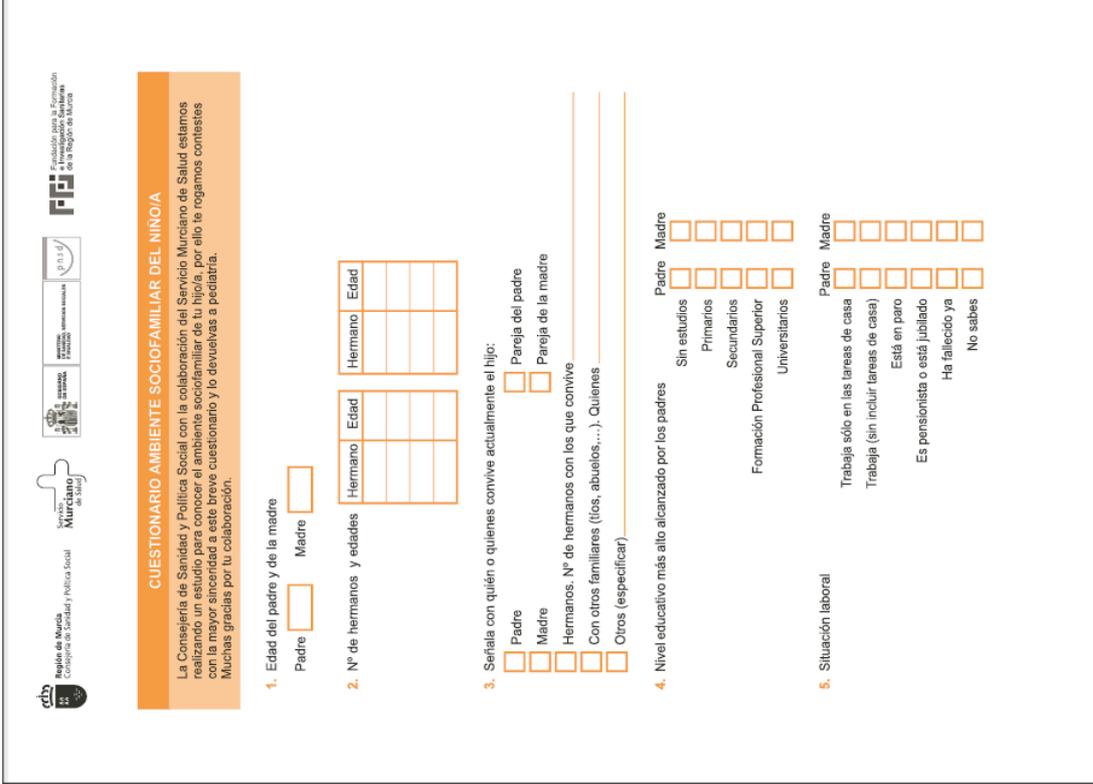
Se adaptó y editó el cuestionario “Prevalencia de familias de preadolescentes con factores de riesgo, para el consumo de alcohol y otras drogas” (elaborado ad-hoc basándonos en los factores de riesgo y protección de Moncada, 1997³⁵ y en el cuestionario utilizado en la encuesta ESTUDES¹⁰²), para su conversión en lo que llamamos la “**Hoja Naranja**”: Herramienta para la detección de factores de riesgo familiares de los menores, en la consulta de pediatría de AP, como se muestra en la figura 13.

Figura 13: "Hoja Naranja" Herramienta para la detección de factores de riesgo familiares de los menores en la consulta de pediatría de Atención Primaria.



HOJA NARANJA

Herramienta para la detección de factores de riesgo familiares de los menores en la consulta de pediatría de Atención Primaria



HOJA NARANJA

Herramienta para la detección de factores de riesgo familiares de los menores en la consulta de pediatría de Atención Primaria



6.6.5.2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

- Se pidió a los profesionales sanitarios de pediatría de las AS I y VII, que realizaran dos intervenciones en sus consultas a modo de investigación-acción, con 4 familias por profesional (dos familias sin posibles riesgos en relación con el consumo de alcohol y otras drogas y otras dos con posibles riesgos, atendiendo a la perspectiva de género con selección niño/niña), con aplicación del cuestionario (Hoja Naranja) en intervención oportunista, con entrega de un folleto (favorece el cuestionamiento y la reflexión sobre la educación adecuada o no, en la familia) y posterior cita programada para aplicación de consejo breve de salud sobre alcohol a la familia y entrega de otro folleto con consejos básicos sobre habilidades y capacidades de comunicación de los padres para poder mejorar la educación de sus hijos.
- Elaboración de un **Curso on-line para padres**, de formación útil para la prevención universal de drogodependencias de los hijos. Para proponer la posibilidad de complementarlo con sesiones presenciales locales en las que se trabajen los contenidos prácticos del curso. Se pilotará próximamente.
- Se realizaron reuniones para incorporar la **Hoja Naranja** para la detección de factores de riesgo familiares de los menores, en el **OMI-AP** (sistema de información de la red de AP del Servicio Murciano de Salud).

6.7. MATERIALES DEL PROGRAMA ARGOS-MURCIA

6.7.1. MATERIALES DEL PROYECTO ARGOS-AP

- Actuar es posible. El papel de la AP ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Plan Nacional sobre Drogas y SEMFYC. A. López Santiago, J. Zarco Montejó, F. Caudevilla Galligo y otros. 2007.
- Programa Argos. Prevención del consumo de drogas en el medio escolar. Actividades con profesionales sanitarios. Actividades con padres y madres.

Actividades con alumnos. A. López Santiago, J. Zarco Montejó, M. Villanueva Bañuls y F. Caudevilla Galligo. SEMFYC. 2008.

- Sesiones clínicas en AP. Drogas y Familia: Prevención y orientación. Abordaje desde la AP. A. López Santiago, J. Zarco Montejó, M. Villanueva Bañuls y F. Caudevilla Galligo. Plan Nacional sobre Drogas y SEMFYC. 2008.

-Trípticos con los programas de las diferentes Jornadas Formativas.

-Hojas de evaluación de cada acción formativa, situadas en el anexo XIII de esta tesis.

-Dossier de apoyo para los profesionales de los CS que han sido formados como formadores, con los contenidos de las sesiones de formación que se han de impartir en los EAP en la Formación entre Iguales (descargable en portal [www.e-drogas](http://www.e-drogas.es)).

- Pendrive con los contenidos didácticos para abordar la Formación entre Iguales.

- DVD con vídeo didáctico sobre consejo breve de salud sobre alcohol en AP con tres ejemplos de entrevista breve con enfoque motivacional sobre alcohol en embarazada, adolescente y adulto en riesgo de abuso de alcohol. Portal web www.e-drogas.es

-Vídeo didáctico con casos clínicos de entrevista motivacional con consejo breve de salud sobre alcohol para mujer embarazada, descargable en <http://www.youtube.com/watch?v=PZs8BEOe8Zk>

- Mantenimiento de portal web www.e-drogas.es para la divulgación y consulta de sanitarios, en la que se publicaron las investigaciones de los EAP.

-Dossier para Proyecto de investigación 1: Eficacia del consejo breve de salud en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo.

- Dossier para Proyecto de investigación 2: Evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes.
- Dossier para Proyecto de investigación 3: Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta.
- Folleto “Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales de AP”. SEMFYC y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Diseño, edición y distribución de carteles recordatorio: “Sobre el alcohol... Pregunta a tu médico o enfermero”.
- Diseño, edición y distribución de carteles recordatorio: “Sobre el alcohol... Pregunta a tu matrona”.
- Diseño, edición y distribución de polidíptico “Intervención breve de salud sobre alcohol en AP”, situado en el Anexo VI de esta tesis.
- Diseño, edición y distribución de alfombrilla para ordenador recordatorio: “Prevención del consumo de alcohol en AP. Adolescentes, embarazadas y adultos: Completar historia clínica,... entrevista motivacional y consejo breve de salud sobre alcohol y otras drogas”.
- Diseño y edición de póster tamaño A3: “Consumo de alcohol, embarazo y lactancia”. Prevención del consumo de alcohol en embarazadas para entregar en las consultas de enfermería, medicina de familia y matronas de los CS.

6.7.2. MATERIALES DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO

“Circuito Usuarios”

- Cartelería antes itinerante y ahora permanente en los CS que consta de ocho carteles dispuestos en forma de biombo, pudiéndose poner también de dos en dos o en formato individual, más otros dos carteles individuales uno que es la presentación de la campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia” y el

otro cartel es sobre la abstinencia del consumo de alcohol en la mujer embarazada y las consecuencias de su consumo si lo hubiera. Con las siguientes dimensiones: 80 centímetros de ancho y 1.70 centímetros de alto. Esta cartelería está en el anexo VII de esta tesis.

-Díptico con cuestionario de la campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia”. Se puede observar en el anexo VIII.

-Respuestas del cuestionario on line en www.e-drogas.es.

-Hojas informativas de la campaña "Alcohol: Conciencia con ciencia" para sanitarios de los CS.

Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”

- Se emplea la cartelería descrita en el “circuito usuarios” para realizar la 2ª Unidad Didáctica en la visita al CS por los alumnos de primero de ESO, en el Anexo VII.

-Unidades Didácticas denominadas “Alcohol: Conciencia con ciencia”⁹⁹.

-Libro electrónico interactivo “Alcohol: Conciencia con ciencia. Tres Unidades Didácticas” y aplicación descargable desde portal www.e-drogas.es

-DVD interactivo de las Unidades Didácticas, situado en el Anexo X.

-Presentación en Power Point de la parte expositiva interactiva de la aplicación de la Segunda Unidad Didáctica que incluye los ocho carteles, descargable desde el portal www.e-drogas.es, para el desarrollo por parte de los profesionales sanitarios de la Segunda Unidad Didáctica, de la Campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia”, para los alumnos de primero de ESO.

- Alquiler de autobuses para el desplazamiento a los CS de los adolescentes desde los CESO que están alejados, para realizar la Segunda Unidad Didáctica.

-Aplicación y bases para el Concurso on line “Alcohol: Conciencia con ciencia”, con un cuestionario interactivo, para los adolescentes de primero de ESO, participantes en la campaña, en el que refuerzan la información

recibida sobre los efectos, mitos y riesgos de su uso y abuso del consumo de alcohol. Albergado en www.e-drogas.es. Cuestionario situado en el anexo XI.

-Aplicación para el Cuestionario de Evaluación del programa educativo: “Alcohol: Conciencia con ciencia” destinado a orientadores, sanitarios y técnicos locales, para evaluar el proyecto educativo, albergado en el portal e-drogas.

6.7.3. PROYECTO ARGOS-NATO

-Trípticos de prevención del consumo de alcohol en el embarazo y la lactancia, difusión del teléfono de la consulta de USMP del HCVA, para entregar en la consulta de las matronas de AE y AP; descargable en: http://pehsu.org/wp/wp-content/uploAS/folleto_alcohol.pdf

- Trípticos para la prevención del consumo de alcohol en el embarazo y la lactancia para entregar en la consulta de la matrona y dentro de la canastilla al alta de la mujer puérpera; descargable en: http://www.pehsu.org/reproductive/pdf/ambiental_reproductiva.pdf.

-Diseño e impresión en papel “Hoja Verde”, cuestionario de cribado para el diagnóstico de riesgo de alcohol y otros tóxicos ambientales. Creando ambientes más saludables durante el embarazo y la lactancia” descargable: http://pehsu.org/wp/wpcontent/uploAS/HojaVerde_fetal_lactancia.pdf.

-Lactarrinet: Espacio de comunicación para consulta de profesionales de la salud de la Región de Murcia (intranet sanitaria) sobre tóxicos, alcohol y otras drogas ilegales.

- Materiales para el pilotaje de la campaña “Bosques para la salud”, con vídeo de la campaña “Bosques para la salud” y elaboración, marketing y edición de materiales del proyecto “Ambioma”, incluido en la campaña.

6.7.4. PROYECTO ARGOS-FAMILIAS

-Vídeo didáctico en CD para pediatras y enfermería pediátrica, con modelo de entrevista motivacional con consejo breve de salud sobre alcohol y drogas, para familias desde pediatría de AP.

-Cuestionario sobre “Prevalencia de familias de preadolescentes con factores de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas” que es la “**Hoja Naranja**”: Herramienta para la detección de factores de riesgo familiares de los menores, en la consulta de pediatría de AP.

-Folleto que se da en la consulta de pediatría para favorecer la reflexión sobre la educación adecuada, en la familia receptora del mismo, para crear una consulta de pediatría donde se pueda aplicar el consejo breve de salud con una entrevista con perspectiva motivacional, sobre la prevención o reducción del consumo de alcohol y otras drogas en la familia.

-Folleto con consejo sobre habilidades y capacidades de comunicación de los padres, para mejorar la educación de sus hijos, reduciendo posibles factores de riesgo y aumentando los factores de protección en relación con el uso y abuso de alcohol y otras drogas en el entorno familiar.

7.- *RESULTADOS*

7. RESULTADOS

Se dió respuesta a los objetivos específicos que se propusieron en esta tesis en función de cada uno de los proyectos que integran el Programa ARGOS-Murcia, mediante los resultados del pilotaje e implantación que obtuvimos en el Programa.

7.1 RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-AP

La exposición de los resultados de este proyecto se inició con el desarrollo de un cuestionario, para conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre la intervención en drogas desde sus CS, así como las dificultades que pudieran encontrar a la hora de abordarlas, fue obtenida a través de un cuestionario de opinión, que desarrollamos en el Proyecto ARGOS-AP y que aplicamos progresivamente en las nueve Áreas de Salud de la Región de Murcia.

7.1.1. OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA INTERVENCIÓN EN DROGAS EN EL CENTRO DE SALUD

Dicho cuestionario se realizó en el CS y estuvo dirigido a médicos de familia, pediatras y enfermeros de todos los Centros de Salud de la Región de Murcia, aunque lo llevaron a cabo 54 CS. Estaba validado por estudios previos^{96,75,97,98}, obteniéndose los siguientes resultados:

- Respondieron 586 profesionales sanitarios de 1932 (30,3%).
- El 34,18% (27,3% Enfermería, 44,3% Médicos, 6% Pediatría) recibió al menos un paciente en el último mes con problemas relacionados con alguna droga. Prevalencia que aumenta con el alcohol (49,3% Enfermería, 84,0% Médicos, 12% Pediatría).
- De los profesionales sanitarios que respondieron, el 77,1% de las mujeres y el 70,6% de los hombres aumentaría su implicación, considerando la posibilidad de intervenir sistemáticamente sobre adicciones; lo que

supeditan a un cambio en las condiciones el 32,1% de los hombres y el 40,5% de las mujeres.

- La sustancia en la que se consideran más formados para su abordaje (48,8%) es en el tabaco, seguida por el alcohol (34,1%) y cánnabis y cocaína (ambas 14,8%). Por sexo, la formación de los hombres es ligeramente superior en todas las sustancias a la de las mujeres. Según profesiones, los médicos de familia refirieron haber recibido más formación en todas las sustancias que enfermeros y pediatras.

- El 66,51% no se siente con formación suficiente para afrontar situaciones relacionadas con las drogas de abuso.

- Se sintieron capacitados para intervenir en alcohol (32,2%), tabaco (48,3%), cánnabis (14,3%) y cocaína (14,5%).

- Consideraron que debería ofrecerse desde AP: Información general y consejo médico (91,8%), detección precoz de problemas de adicción (91,0%), y actividades de prevención primaria en la comunidad (90,6%), como se muestra en la figura 14.

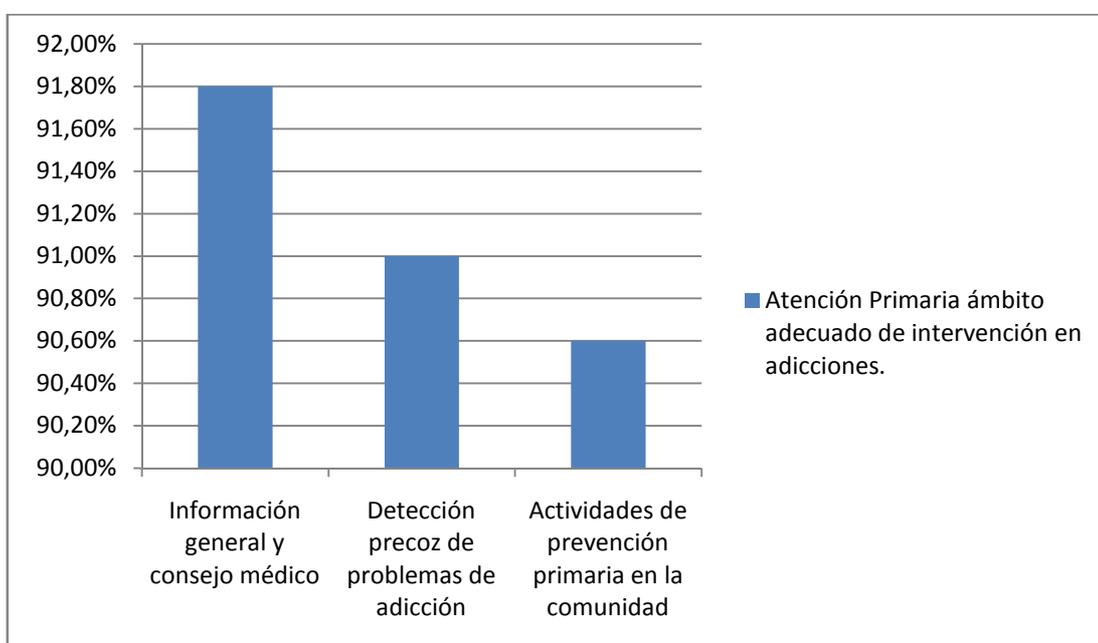


Figura 14: Opinión de los profesionales sanitarios expresada en porcentajes, sobre la adecuación de la Atención Primaria para la intervención en adicciones.

Según los resultados obtenidos en este cuestionario de opinión, para los profesionales sanitarios de AP, el CS es el lugar adecuado para intervenir en adicciones, dando información, aplicando el consejo de salud, detectando problemas de adicción y realizando acciones de prevención primaria en la comunidad, con unos porcentajes de opinión por encima del 90%.

- Sin embargo, vieron al CS como el ámbito adecuado para ofrecer tratamiento para la dependencia o la desintoxicación el 55,8%, y un 68,3% opinó que hay que derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia.

- Los recursos especializados más conocidos son el CS Mental (76,6%), seguido del Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) (68,8%). La coordinación con el CS Mental y el CAD la valoraron como buena por el 27,5% y mala el 39,2%.

- Los principales problemas que encontraron al ofrecer atención desde el CS a estos pacientes fueron: Falta de tiempo en consulta (55,1%), ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP (48,0%), insuficiente formación (46,6%) y la dificultad de coordinación con atención especializada (45,2%).

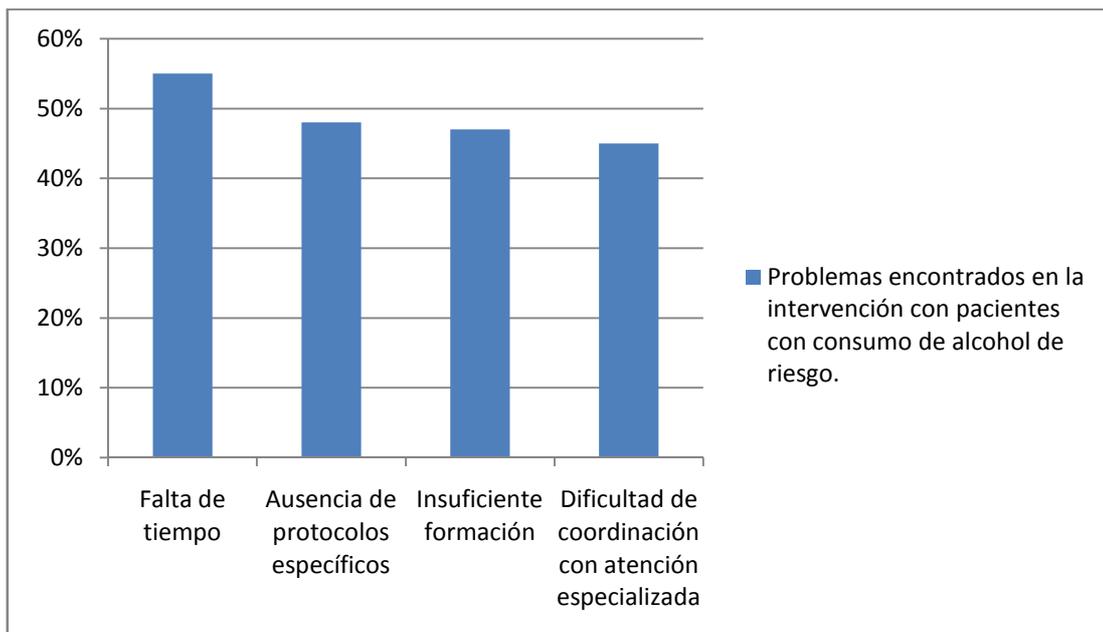


Figura 15: Barreras expresadas en porcentajes, encontradas en la intervención con pacientes con consumo de alcohol de riesgo.

7.1.2. RESULTADOS DEL PILOTAJE DEL PROGRAMA ARGOS-MURCIA Y DEL PROYECTO ARGOS-AP EN LAS ÁREAS DE SALUD II y VIII:

Presentamos los resultados a través de un análisis descriptivo en porcentajes:

- CS de AP que recibieron **información**: 21 (100%).
- De los 21 CS convocados 17 CS asistieron a la **Jornada de Formación de Formadores I**:
 - CS que participaron en la Jornada de Formación de Formadores: 17 (81%).
 - Profesionales participantes en la Jornada de Formación de Formadores: 34 (81%).
 - Del Área II participaron 11 CS de 15 CS totales (73%) y 22 profesionales.
 - Del Área VIII: 6 CS de 6 CS totales (100%) y 12 profesionales.
- De los 17 CS con 34 sanitarios formados, una amplia mayoría transfirió los contenidos aprendidos sobre alcohol e intervención desde AP a su propio EAP, a través de lo que llamamos el **primer 2+2 de la Formación entre iguales**:
 - EAP formados en la Jornada de Formación entre Iguales en su CS: 15 (88%).
 - Profesionales formados que imparten Jornada Formación entre Iguales en su CS: 30 (88%).
 - Profesionales formados entre iguales: 211 (57%).
 - **Profesionales formados en total: 245 (66%)**.
- 47 profesionales sanitarios participaron en la **Jornada de Formación de Investigadores** y en la **Jornada de Formación de Formadores II** en la cual se incluyó un módulo (segundo 2+2) de contenidos específicos para intervención sobre alcohol desde AP:

- Del Área II participaron 12 CS y 30 profesionales.

- Del Área VIII participaron 5 CS y 17 profesionales.

- Estos 17 CS correspondieron a los que inicialmente asistieron a la Jornada de Formación de Formadores I, con lo que no hubo ninguna pérdida de los CS que se formaron desde el inicio.

• De los 17 CS formados, 6 CS impartieron los contenidos aprendidos a su EAP, a través de lo que llamamos el **segundo 2+2 de la Formación entre iguales**, con los siguientes resultados:

-EAP formados en la Jornada de Formación entre Iguales en su CS: 6 (35%).

-Profesionales formados entre iguales: 96 (26%).

-Profesionales formados total: 143 (39%).

• 13 CS se adhirieron a líneas de investigación, es decir un 62% de los CS formados.

• El número de investigadores total es de 76 profesionales sanitarios, de los cuales 45 son médicos de familia, 27 enfermeros, 3 pediatras y 1 matrona.

• En cuanto a las tres investigaciones propuestas, la implicación en cada una de ellas es la siguiente:

A) Eficacia del consejo médico en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo: 4 CS desarrollaron la investigación con 30 profesionales sanitarios.

B) Evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes: 6 CS desarrollaron la investigación con 15 profesionales sanitarios investigadores.

C) Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta: 7 CS desarrollaron la investigación, con 31 profesionales sanitarios implicados en la investigación.

Además, en 4 CS se desarrollaron dos investigaciones a la vez.

- Tras la aplicación del consejo breve de salud empleando la entrevista motivacional, para la prevención e intervención en el consumo de alcohol en adolescentes, embarazadas y en población adulta, a través de las tres líneas de investigación, se recogieron los cuadernillos en las Áreas de Salud II y VIII, los datos registrados de la línea de investigación 1 (embarazadas) y 2 (adolescentes), están en fase de análisis y los datos registrados de la línea de investigación 3 (adultos con consumo de alcohol de riesgo) se sumaron a los resultados de las demás AS para su posterior análisis.

Los casos recogidos dentro de cada una de las líneas de investigación se muestran en la tabla 9 así como los centros de salud y los profesionales sanitarios que completaron cada una de las tres investigaciones:

INVESTIGACIONES ARGOS-AP, AREAS DE SALUD II y VIII.	
Datos Totales	Población diana que recibió consejo: 382 54% de CS que iniciaron investigación y la completaron. 24% de profesionales sanitarios que iniciaron la investigación y la completaron.
Eficacia del consejo breve de salud sobre alcohol en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo .	Nº embarazadas que recibieron consejo: 49
Evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes .	Nº adolescentes que recibieron consejo: 36
Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta .	Nº adultos que recibieron consejo: 297

Tabla 9: Embarazadas, adolescentes y adultos de las Áreas de Salud II y VIII, recogidos en cada línea de investigación y porcentaje de centros de salud y profesionales sanitarios que iniciaron y completaron las investigaciones.

7.1.3. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-AP EN LAS ÁREAS DE SALUD I, V, VI y IX:

- CS de AP que recibieron **información**: 36 (100%).
- De los 36 CS convocados 34 CS asistieron a la **Jornada de Formación de Formadores I**:
 - CS que participaron en la Jornada de Formación de Formadores: 34 (94%).

- Profesionales participantes en la **Jornada de Formación de Formadores I**: 66 de 72 convocados (92%).

- Del Área I participaron 14 CS de 14 CS totales (100%) y 27 profesionales.

- Del Área V: 3 CS de 3 CS totales (100%) y 6 profesionales.

- Del Área VI: 13 CS de 17 CS totales (77%) y 26 profesionales.

- Del Área IX: 4 CS de 4 CS totales (100%) y 7 profesionales.

• 82 % de los CS impartieron Formación entre Iguales, **el primer 2+2**, a sus Equipos de AP (28 CS formaron a su EAP de 34 CS formados en la Jornada de Formación de Formadores I).

- Profesionales que se formaron en la Jornada de Formación de Formadores I y que impartieron las sesiones clínicas de la Formación entre Iguales en sus CS: 30 de 66 profesionales formados (45%).

- Profesionales formados entre iguales: 396

- **Total de profesionales formados: 462**

• 58 profesionales sanitarios participaron en la **Jornada de Formación de Investigadores** y en la **Jornada de Formación de Formadores II** de 72 convocados (81 %) profesionales sanitarios:

- Del Área I participaron el 100 % de CS (14 CS) y 24 profesionales sanitarios.

- Del Área V: 3 CS de 4 CS totales (75 %) y 7 profesionales sanitarios.

- Del Área VI: 11 CS de 17 CS totales (65 %) y 21 profesionales sanitarios.

- Del Área IX: 3 CS de 4 CS totales (75 %) y 6 profesionales sanitarios.

- Estos 31 CS (91%) corresponden a los 34 CS que inicialmente asistieron a la Jornada de Formación de Formadores I, de modo que 3 CS menos se han formado del total de CS formados desde el inicio.

- De los 31 CS formados, 16 CS impartieron los contenidos aprendidos a su EAP, a través de lo que llamamos el **segundo 2+2 de la Formación entre iguales**:

- EAP que recibieron la Formación entre Iguales en su CS: 16 (52%).

- Profesionales formados entre iguales: 148

- **Profesionales formados total: 206**

- En la evaluación de la formación de estas Áreas de Salud I, V, VI y IX, se obtuvo una puntuación media de 3,8 en la opinión de los asistentes a la Formación de Formadores I y II (valoración de 1 a 5).

- 22 CS se adhirieron a líneas de investigación, es decir un 71%.

- El número de investigadores total es de 97 profesionales sanitarios, de los cuales 52 son médicos de familia, 28 enfermeros, 16 matronas y 1 pediatra.

- En cuanto a las tres investigaciones propuestas:

A) Eficacia del consejo médico en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo: 18 CS desarrollaron la investigación con 34 profesionales sanitarios.

B) Efecto de la intervención oportunista con consejo médico en adolescentes sobre comportamientos de riesgo relacionado con las drogas: 8 CS desarrollaron la investigación con 20 profesionales sanitarios investigadores.

C) Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta: 10 CS desarrollaron la investigación, con 43 profesionales sanitarios implicados en la investigación.

Además, en 6 CS se desarrollaron las tres investigaciones a la vez y en 4 CS se desarrollaron dos investigaciones a la vez.

- Después del entrenamiento en entrevista motivacional y consejo breve de salud para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes, embarazadas y en población adulta, a través de las tres líneas de

investigación a las que se adhirieron los profesionales sanitarios formados, se llevó a cabo la recogida de cuadernillos con los datos de las tres investigaciones iniciadas en las Áreas de Salud I, V, VI y IX, por la coordinación del Proyecto para su análisis y posterior emisión de informe.

Los casos recogidos dentro de cada una de las líneas de investigación son los que se presentan en la tabla 10 y también los porcentajes de los centros de salud y sanitarios que completaron cada una de las investigaciones:

INVESTIGACIONES ARGOS-AP, AREAS DE SALUD I, V, VI y IX.	
Datos Totales	Población diana que recibió consejo: 1610 73% CS que iniciaron la investigación y la completaron. 82% de profesionales sanitarios que iniciaron la investigación y la completaron.
Eficacia del consejo breve de salud sobre alcohol en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo .	Nº de embarazadas que recibieron consejo: 76
Evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes .	Nº de adolescentes que recibieron consejo: 88
Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulto .	Nº de adultos que recibieron consejo: 1446

Tabla 10: Embarazadas, adolescentes y adultos, de las Áreas de Salud I, V, VI y IX, recogidos en cada línea de investigación y porcentaje de centros de salud y profesionales sanitarios que iniciaron y completaron las investigaciones.

● Tras la exposición de todos los casos obtenidos de la primera y la segunda fase (Áreas de Salud I, V, VI, IX, II y VIII), hacemos un sumatorio de los mismos y exponemos los CS que iniciaron y completaron la investigación, así como los investigadores que terminaron su investigación, expresado en porcentajes, como se muestran en la tabla 11:

INVESTIGACIONES ARGOS-AP DE LAS ÁREAS DE SALUD I, II, V, VI, VIII y IX	
Eficacia del consejo breve de salud sobre alcohol en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo.	72.2% de CS que iniciaron investigación y la completaron. 58.1% de investigadores que iniciaron investigación y la completaron. Nº embarazadas que recibieron consejo: 125

Evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes.	66.6% de CS que iniciaron investigación y la completaron. 58.8% de investigadores que iniciaron investigación y la completaron. Nº de adolescentes que recibieron consejo: 124
Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta.	90.1% de CS que iniciaron investigación y la completaron. 65.1% de investigadores que iniciaron investigación y la completaron. Nº de adultos que recibieron consejo: 1.743

Tabla 11: Embarazadas, adolescentes y adultos, de las Áreas de Salud I, II, V, VI, VIII y IX, recogidos en cada línea de investigación y porcentaje de centros de salud y profesionales sanitarios que iniciaron y completaron las investigaciones.

7.1.4. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-AP EN LAS ÁREAS DE SALUD III, IV y VII:

- CS de AP que recibieron **información**: 26 (100%).
- Se realizó la **Jornada de Formación de Formadores I**, en la cual participaron 44 sanitarios de 22 CS (85% de CS participantes, 22 CS de 26 convocados).
- 82 % de los CS impartieron la Formación entre Iguales, **el primer 2+2**, a sus EAP (18 CS formaron a su EAP de 22 CS formados en la Jornada de Formación de Formadores I).
- Profesionales sanitarios formados entre iguales: 281
- **Profesionales sanitarios formados en total: 325**
- 45 profesionales sanitarios participaron en la **Jornada de Formación de Investigadores** y en la **Jornada de Formación de Formadores II** de 52 convocados (86 %):
- Estos 24 CS (109%) correspondieron a los 22 CS (71%) que inicialmente asistieron a la Jornada de Formación de Formadores I, con lo que se ganaron 2 CS del total que se formaron desde el inicio.

- De los 24 CS formados, 17 CS formaron a su EAP, a través de lo que llamamos el **segundo 2+2 de la Formación entre iguales**:

-EAP que reciben la Formación entre Iguales en su CS: 17 (71%).

-Profesionales sanitarios formados entre iguales: 240

-Profesionales sanitarios formados en total: 285

- 15 CS se adhirieron a líneas de investigación, concretamente un 62%, lo cual nos permitió colegir que más de la mitad de los EAP formados estaban dispuestos a atender de forma diferente los problemas de sus pacientes relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.

- El número de investigadores total fue de 53 profesionales sanitarios.

- En cuanto a las tres investigaciones propuestas:

A) Eficacia del consejo médico en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo: 5 CS desarrollaron la investigación con 4 profesionales sanitarios, se llegó a más CS que profesionales porque una matrona trabajaba en dos CS, por lo que aplicó la investigación en ambos.

B) Evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes: 8 CS desarrollaron la investigación con 21 profesionales sanitarios investigadores.

C) Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta: 10 CS desarrollaron la investigación, con 28 profesionales sanitarios implicados en la investigación.

Además, en 2 CS se desarrollaron las tres investigaciones a la vez y en 4 CS se desarrollaron dos investigaciones a la vez.

- Tras la capacitación en consejo breve de salud y empleando la entrevista motivacional para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes, embarazadas y en población adulta, se desarrollaron las tres investigaciones

en las Áreas de Salud III, IV y VII, con la recogida de datos en los cuadernillos, que una vez completados se llevaron a la coordinación del Proyecto para su análisis y posterior emisión del informe.

Las investigaciones iniciadas a las que se han ido adhiriendo los diferentes CS y los profesionales sanitarios, así como las finalizadas, se expresan en porcentajes en la tabla 12, así como el número de embarazadas, adolescentes y adultos recogidos en cada una de las líneas de investigación:

INVESTIGACIONES ARGOS-AP, ÁREAS DE SALUD III, IV, VII.	
Datos Totales	Población diana que recibe consejo: 944 93% de CS que iniciaron investigación y la completaron. 64% investigadores que iniciaron investigación y la completaron.
Eficacia del consejo breve de salud sobre alcohol en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo .	100% de CS que iniciaron investigación y la completaron. 66.6% de investigadores que la iniciaron y la completaron. Nº de embarazadas que recibieron consejo: 60
Evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes .	100% de CS que iniciaron investigación y la completaron. 95.2% de investigadores que la iniciaron y la completaron. Nº de adolescente que recibieron consejo: 240
Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulto .	100% de CS que iniciaron investigación y la completaron. 85.7% de investigadores que la iniciaron y la completaron. Nº de adultos que recibieron consejo: 644

Tabla 12: Embarazadas, adolescentes y adultos, de las Áreas de Salud III, IV y VII, recogidos en cada línea de investigación y porcentaje de centros de salud y profesionales sanitarios que iniciaron y completaron las investigaciones.

7.1.5. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS NUEVE ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

Vamos a emitir los resultados sumados de todas las Áreas de Salud de la Región de Murcia y a compararlos por fases, según la fidelidad al proyecto:

- CS de AP que recibieron **información**: 83 (100%). Llegamos a todos los CS de la Región excepto a dos que cuando se realizó la Jornada de Formación de Formadores I, el municipio que tenían esos dos CS celebraba la fiesta patronal y no acudió ningún profesional sanitario para poder recibir la formación. Está previsto formar a estos EAP próximamente con el mismo sistema de Formación de Formadores y Formación entre Iguales.
- La relación de los **municipios** en los que se aplicó fue en todos excepto en el anteriormente señalado.
- De los 83 CS convocados 73 CS asistieron a la **Jornada de Formación de Formadores I**:
 - CS que participaron en la Jornada de Formación de Formadores: 73 (88%).
 - Profesionales participantes en la Jornada de Formación de Formadores I: 144 de 166 convocados (87%).
- De los 73 CS con 144 sanitarios formados, una amplia mayoría transfirió los contenidos aprendidos sobre alcohol e intervención desde AP a su propio EAP, a través de lo que llamamos el **primer 2+2 de la Formación entre iguales**:
 - EAP formados en la Jornada de Formación entre Iguales en su CS: 61 (84%).
 - Profesionales formados entre iguales: 888
 - **Profesionales formados total: 1032.**
- 150 profesionales sanitarios participaron en la **Jornada de Formación de Investigadores** y en la **Jornada de Formación de Formadores II** de 72 CS. Estos 72 CS corresponden a los que inicialmente asistieron a la Jornada de Formación de Formadores I, con lo que solo ha habido una pérdida de los CS formados desde el inicio.

• De los 72 CS formados, 39 CS impartieron los contenidos recibidos anteriormente, a su EAP, a través de lo que llamamos el **segundo 2+2 de la Formación entre iguales**:

- EAP formados en la Jornada de Formación entre Iguales en su CS: 39 (54%).

- Profesionales formados entre iguales: 484.

- **Profesionales formados en total: 634.**

• La tabla 13, contiene los profesionales sanitarios de AP que se formaron en este proyecto, en los dos tipos de formación e investigación, según pertenezcan a la primera fase (AS II y VIII), a la segunda fase (AS I, V, VI y IX) o a la tercera fase (AS III, IV y VII).

	Formación de Formadores I		Formación de Formadores II y de Investigadores		Formación entre iguales (primer 2+2)		Formación entre iguales (segundo 2+2)	
	Sanitarios	CS	Sanitarios	CS	Sanitarios	CS	Sanitarios	CS
1ª fase (AS II y VIII)	34	17	47	17	211	15	96	6
2ª fase (AS I, V, VI y IX)	66	34	58	31	396	28	148	16
3ª fase (AS III, IV y VI)	44	22	45	24	281	18	240	17
TOTALES	144	73	150	72	888	61	484	39

Tabla 13: Profesionales sanitarios formados y centros de salud participantes en las tres modalidades de formación y por fases.

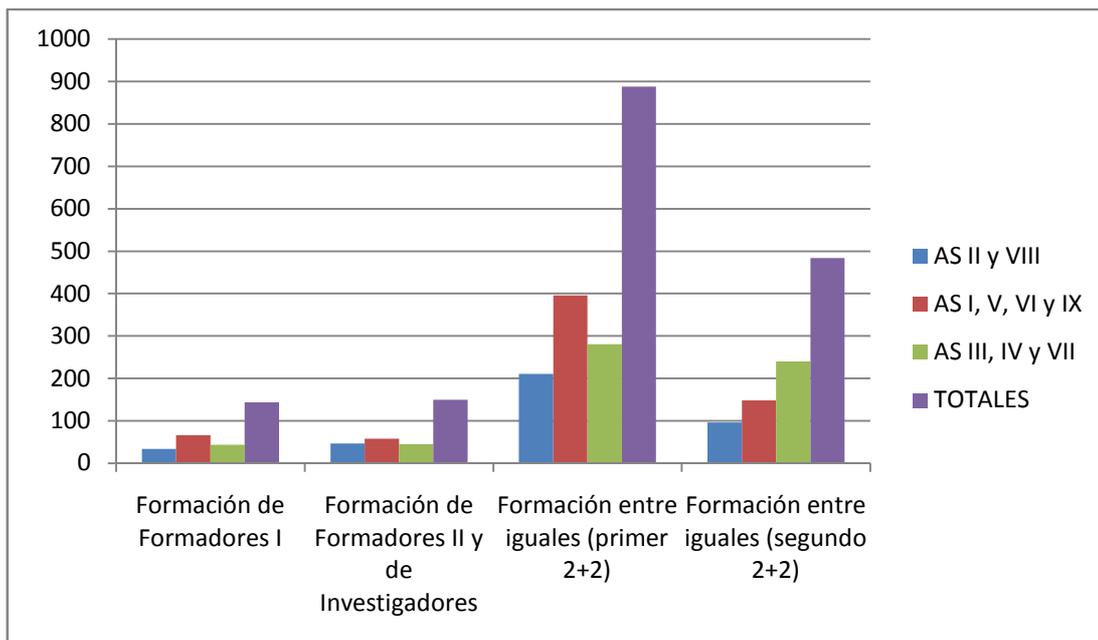


Figura 16: Profesionales sanitarios formados en las tres modalidades de formación, según la fase correspondiente.

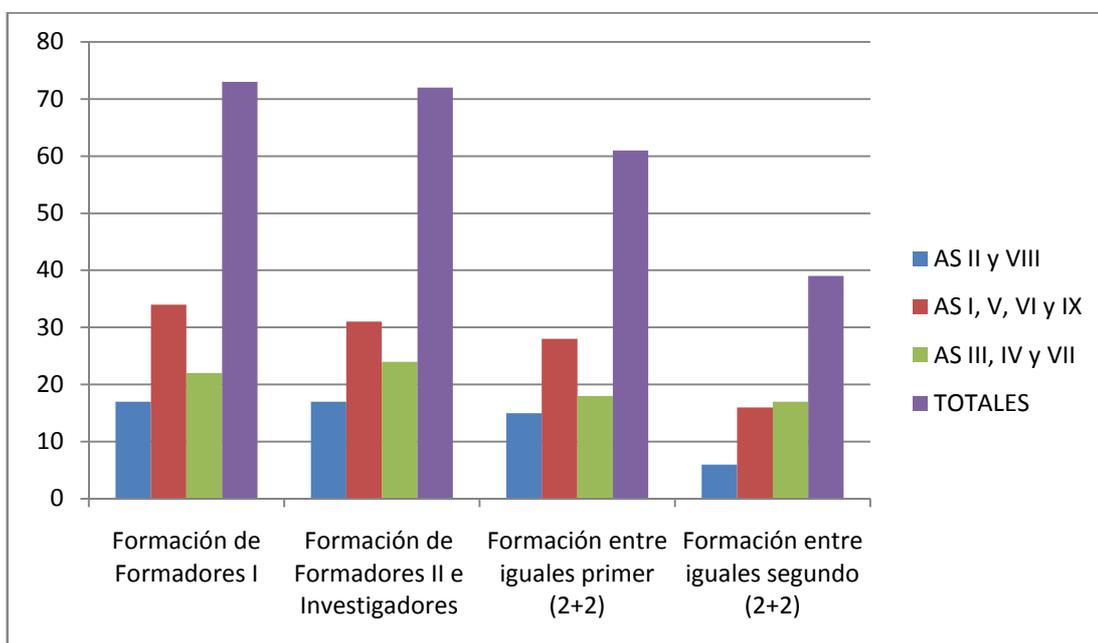


Figura 17: Centros de Salud que participan en los tres tipos de formación, según la fase correspondiente.

- En relación con los resultados de formación que obtuvimos, un 87% de los profesionales sanitarios recibieron al menos una modalidad de formación y el 88% de los CS de todas la AS de la Región de Murcia, participaron al

menos en un tipo de formación que incluyó el Programa, de manera que resaltamos los resultados de participación sorprendentemente altos.

-En cuanto a los resultados de los profesionales sanitarios que acudieron a la formación, se observó cómo se mantuvo la asistencia en la fase uno, aumentó en la fase tres y descendió en la fase dos, lo que pretendíamos es que aumentara la asistencia de los sanitarios a la Jornada de Formación de Formadores II e Investigadores como se logró en la tercera fase, para que aumentara la formación de formadores y como no, la de investigadores para que el máximo número de profesionales sanitarios realizaran las investigaciones que se propusieron en la Jornada y así poder aplicar el consejo breve de salud con el apoyo de la entrevista motivacional, al mayor número de usuarios adolescentes, embarazadas o adultos, según la línea de investigación elegida.

-En la primera fase se mantuvieron los CS que participaron en ambas formaciones de formadores y en la formación de investigadores.

-En la segunda fase los CS que enviaron un médico y un enfermero para formarse en la primera y la segunda Jornada de Formación de Formadores e Investigadores, descendieron en 3 CS.

-En la tercera fase se adhirieron dos CS de la Formación de Formadores I a la Formación de Formadores II y Formación de Investigadores, debido a que se aumentó la difusión de la segunda Jornada llamando a los CS de forma exhaustiva.

-En la formación entre iguales observamos como el número de CS descendió del primer 2+2 al segundo, en la primera y segunda fase, y sorprendentemente en la fase tres sólo bajó en un CS, de igual forma el número de profesionales sanitarios formados en la formación entre iguales (primer 2+2 y segundo 2+2) bajó en las dos primeras fases más de la mitad y en la tercera fase la cifra bajó muy poquito, con lo cual el compromiso adquirido en las Áreas III, IV y VII de formar a sus EAP en prevención y atención en drogodependencias se mantuvo en el tiempo y también en el número de profesionales sanitarios. Los EAP formados a través de la

primera y segunda formación entre iguales fueron 100, mediante 61 sesiones clínicas del primer 2+2 y 39 sesiones clínicas del segundo 2+2.

-Para obtener los resultados totales de profesionales formados, los combinamos según se formaran en la Jornada de Formación de Formadores I y en la Formación entre iguales (primer 2+2), de manera que resulta un total de **1032 profesionales sanitarios** formados (médicos de familia, enfermeros de comunitaria y pediatría, pediatras y matronas).

-De igual forma combinamos los profesionales sanitarios formados en la Formación de Formadores II e Investigadores y la Formación entre Iguales (segundo 2+2) resultando **634 profesionales sanitarios** (médicos de familia, enfermeros de comunitaria y pediatría, pediatras y matronas) formados. Se formó a las matronas a través de la primera línea de investigación para aplicar el consejo breve de salud con embarazadas y a los pediatras con la segunda línea de investigación destinada a población adolescente, para pediatría adolescentes no mayores de 14 años.

-No se pudo mezclar el número de profesionales formados en los dos párrafos anteriores porque no todos los profesionales que asistieron a la Jornada de Formación de Formadores I, asistió a la II e Investigación, de igual modo hay profesionales sanitarios que acudieron a la Jornada de Formación de Formadores II e Investigación que no acudió a la I. Igualmente ocurre con la Formación entre Iguales primer 2+2 y segundo 2+2, ya que hay profesionales que se formaron en el primer 2+2 y no en el segundo y viceversa.

7.1.5.1. Evaluación de las actividades formativas de Formación de Formadores II e Investigadores

Nº de **encuestas de opinión** recogidas: **271** (puntuación 1 mínimo - 5 máximo, resultados en medias):

1. Conferencia: Alcohol y AP: 3.79

2. Taller: Entrevista motivacional y consejo médico en mujeres embarazadas Proyecto Argos-embarazadas: Eficacia del consejo médico en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo: 4.12

3. Taller: Entrevista motivacional y consejo médico en población adolescentes. Proyecto Argos-adolescentes: 3.87

4. Taller: Entrevista motivacional y consejo médico en población adulta. Proyecto Argos- adultos: 3.73

- En la tabla 14 y en la figura 18, se expusieron los profesionales sanitarios que se formaron en alguna investigación sobre la prevención e intervención del consumo de alcohol y los que se adhirieron y finalizaron alguna investigación de las tres líneas de investigación propuestas, así como los CS que participaron en la Formación de Investigadores e iniciaron y finalizaron alguna de las tres líneas de investigación:

	Formación de Formadores II y de Investigadores		Formación entre iguales (segundo 2+2)		Inician Investigaciones		Finalizan Investigaciones	
	Sanitarios	CS	Sanitarios	CS	Sanitarios	CS	Sanitarios	CS
1ª fase (AS II y VIII)	47	17	96	6	76	13	18	7
2ª fase (AS I, V, VI y IX)	58	31	148	16	97	22	80	16
3ª fase (AS III, IV y VI)	45	24	240	17	53	15	34	14
TOTALES	150	72	484	39	226	50	132	37

Tabla 14: Centros de salud participantes y profesionales sanitarios formados en investigación en materia de drogodependencias, que iniciaron y finalizaron alguna investigación.

- 132 profesionales finalizaron alguna investigación de 226 que las iniciaron, expresadas en porcentajes el 58% de los investigadores completaron la investigación iniciada.

- El 35% de los sanitarios formados inician alguna de las tres investigaciones propuestas, es decir 226 sanitarios se adhirieron a proyectos de investigación de 634 sanitarios formados en investigación, en la Jornada de Formación de Formadores e Investigadores y en la Formación entre iguales.

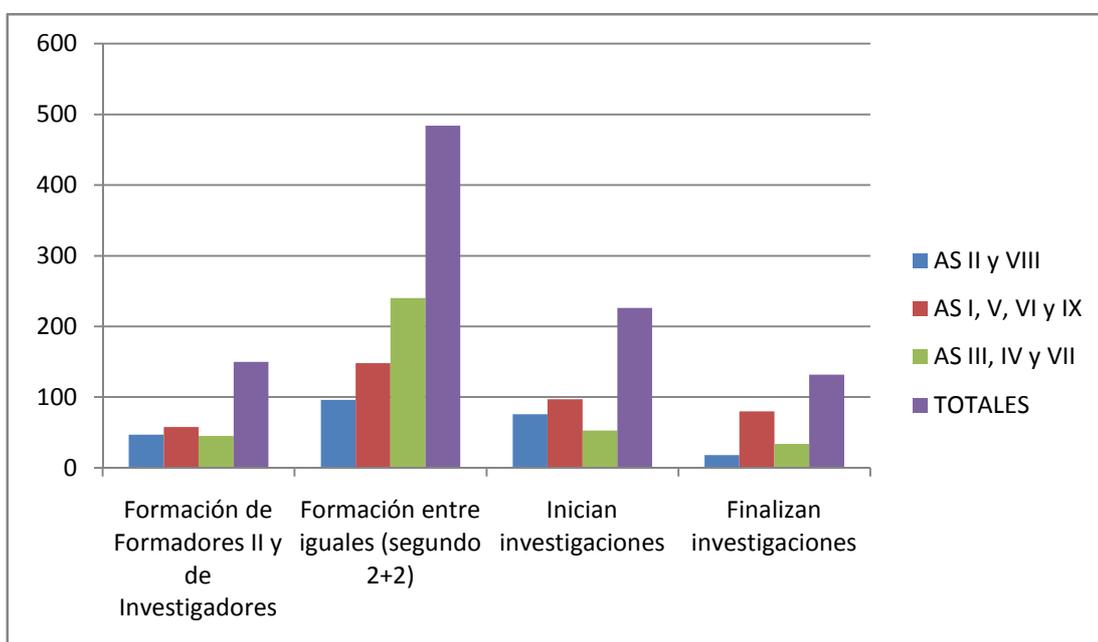


Figura 18: Profesionales sanitarios formados en investigación en materia de drogodependencias, que iniciaron y finalizaron alguna investigación.

- En la figura 19 se representa los centros de salud que participaron en la formación de investigadores y los que iniciaron y finalizaron alguna investigación, de manera que 37 CS finalizaron las investigaciones de los 50 que las iniciaron, es decir, 74% de los CS que iniciaron investigaciones las terminaron.

- El 69% de los CS formados en la Jornada de Formación de Formadores II e Investigadores (50 de 72) se adhirieron a una o más líneas de investigación, de manera que 4 CS de cada una de las tres fases se

adhirieron a 2 líneas de investigación a la vez y 6 CS de la segunda fase y 2 CS de la tercera fase se adhieren a las 3 líneas de investigación, resultando que 12 CS ó un 24% de los CS que inician las investigaciones, entrenan el consejo breve de salud a través de dos líneas de investigación, y 8 CS ó un 16% de los CS, inician las tres líneas de investigación propuestas, aplicando el consejo breve de salud con embarazadas, adolescentes y adultos.

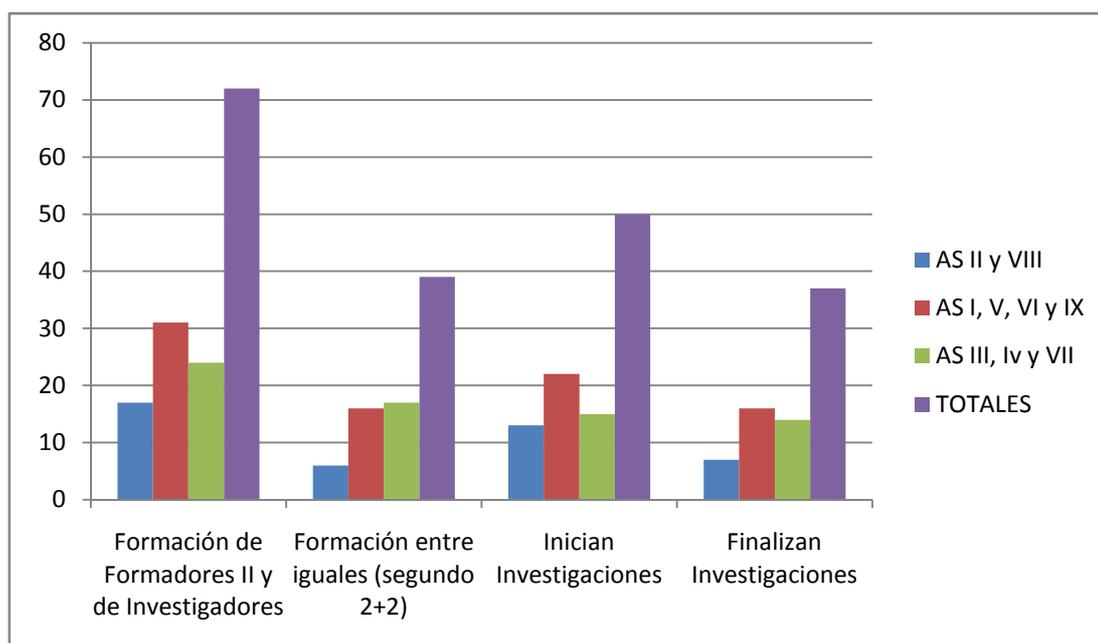


Figura 19: Centros de salud que participaron en la Formación de Formadores II e Investigadores, que iniciaron y finalizaron alguna investigación.

7.1.6. RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DIANA ALCANZADA POR EL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS NUEVE ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

- En la tabla 15, señalamos los resultados del número de embarazadas, adolescentes y adultos que se han registrado en cada línea de investigación. Las líneas de investigación sobre la eficacia del consejo breve de salud sobre alcohol en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo y la evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes, están en fase de

análisis para emitir el informe de resultados obtenidos; y la línea de investigación que versó sobre la prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta, se analizó con 1715 adultos recogidos en las Áreas de Salud I, II, V, VI, VIII y IX, de la cual se presentarán los resultados en los párrafos siguientes. Con los 2387 adultos recogidos en las nueve AS no se ha emitido informe de resultados porque está en fase de análisis.

-2.936 embarazadas, adolescentes y adultos con consumo de alcohol de riesgo, recibieron consejo breve de salud en materia de drogodependencias, a través de las tres líneas de investigación que desarrollaron los profesionales sanitarios (Médicos de familia, enfermeros de familia y pediatría, pediatras y matronas) en todas las AS de la Región de Murcia.

INVESTIGACIONES ARGOS-AP, TODAS LAS ÁREAS DE SALUD.	
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	Nº CASOS TOTALES
Eficacia del consejo breve de salud sobre alcohol en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo .	185
Evaluación de conocimientos, actitudes y consumos de alcohol y otras drogas en adolescentes .	364
Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta .	2387
Nº CASOS TOTALES DE LAS TRES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	2936

Tabla 15: Embarazadas, adolescentes y adultos, que recibieron consejo breve de salud sobre consumo de alcohol de todas las Áreas de Salud.

- El número de casos recogidos en la línea de investigación 3: Prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta, es de 2387, el mismo número de usuarios que han recibido consejo breve de salud con el apoyo de la entrevista motivacional por parte de un profesional sanitario que se entrenó en esta forma de atender a sus pacientes mediante cribado y registro en los cuadernillos de las investigaciones y probablemente en la historia clínica también.

Con estos resultados pudimos inferir que la mayor participación en las tres líneas de investigación, se produjo en el proyecto que registró la prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta, coincidiendo con que su diseño de investigación es el más sencillo de aplicar y la población más sencilla de reclutar; a diferencia de la línea de investigación con población embarazada, en la que menos casos se registraron.

En la investigación sobre adolescentes se modificó su diseño para salvar las dificultades en el reclutamiento y seguimiento de esta población desde AP, desde su modificación el registro de casos aumentó considerablemente, sin poder llegar a los resultados de la investigación que reclutó adultos, ya que los CS no son frecuentados por un número elevado de adolescentes.

- Los resultados de la línea de investigación 3, sobre la prevalencia del consumo de alcohol de riesgo en población adulta, reclutó **1715 adultos** de las AS I, II, V, VI, VIII y IX (primera y segunda fase de la formación de formadores e investigadores) y de 12 CS. En el reclutamiento participaron 47 profesionales sanitarios (28 médicos y 19 enfermeros). La edad media de estos 1715 adultos fue de 42 años, con una distribución por grupo de edad de: 18-30 años, 35 adultos (28,3%), 31-45 años, 48 adultos (32 %) y 46-65 años, 46 (37 %). La distribución por sexo fue de 44,7 % hombres y 51 % mujeres

Se obtuvo un resultado positivo en **CAGE** camuflado en 131 adultos, de los 1715 recogidos, expresado en porcentajes con un 8,2 %. Con 93 hombres (12 %) y 38 mujeres (4,3 %), como muestra la figura 20.

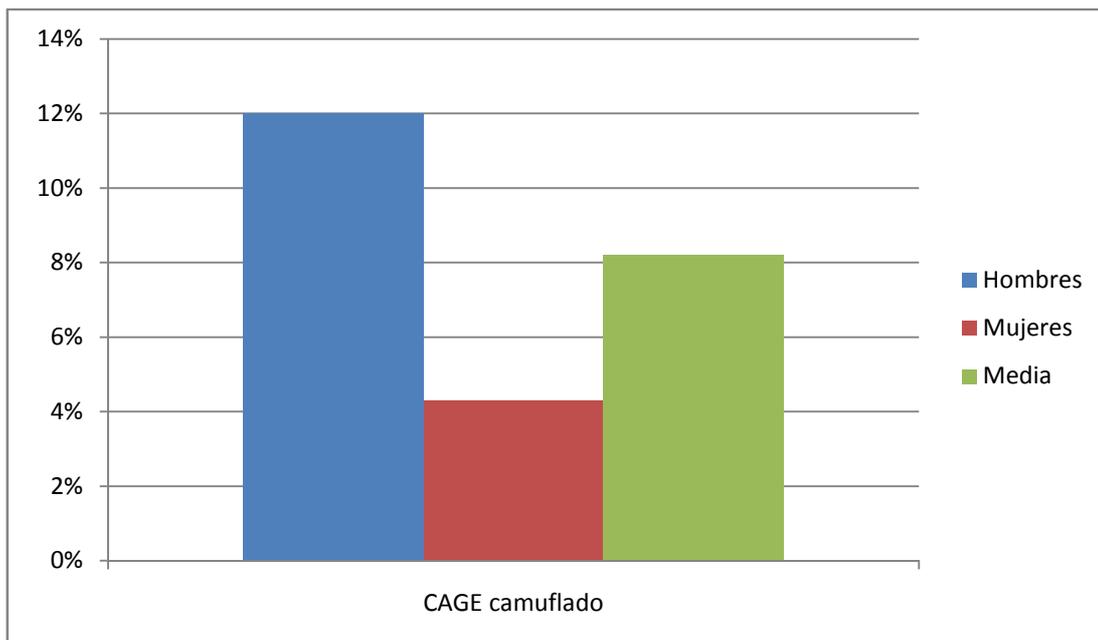


Figura 20: Población adulta con CAGE camuflado positivo expresado en porcentajes y distribuido por sexo.

- También se obtuvo el **consumo semanal de alcohol** de **999 adultos** (58,3 %) del total de los 1715 adultos, el resto, es decir 41,7 %, no aportó su consumo semanal de alcohol. Por grupos de edad: 18 adultos de 18 a 30 años (6,6 %), 38 adultos de 31 a 45 años (12,4 %) y 62 adultos de 46 a 65 años (16,7 %); de los cuales tuvieron un consumo semanal considerado de riesgo 119 adultos, es decir un 12 %¹⁰³, de los cuales 45 mujeres (10,2 %) reconocieron un consumo mayor de 11 unidades de alcohol semanales y 74 hombres (14,4 %) reconocieron un consumo mayor de 17 unidades de alcohol semanales, como representa la figura 21.

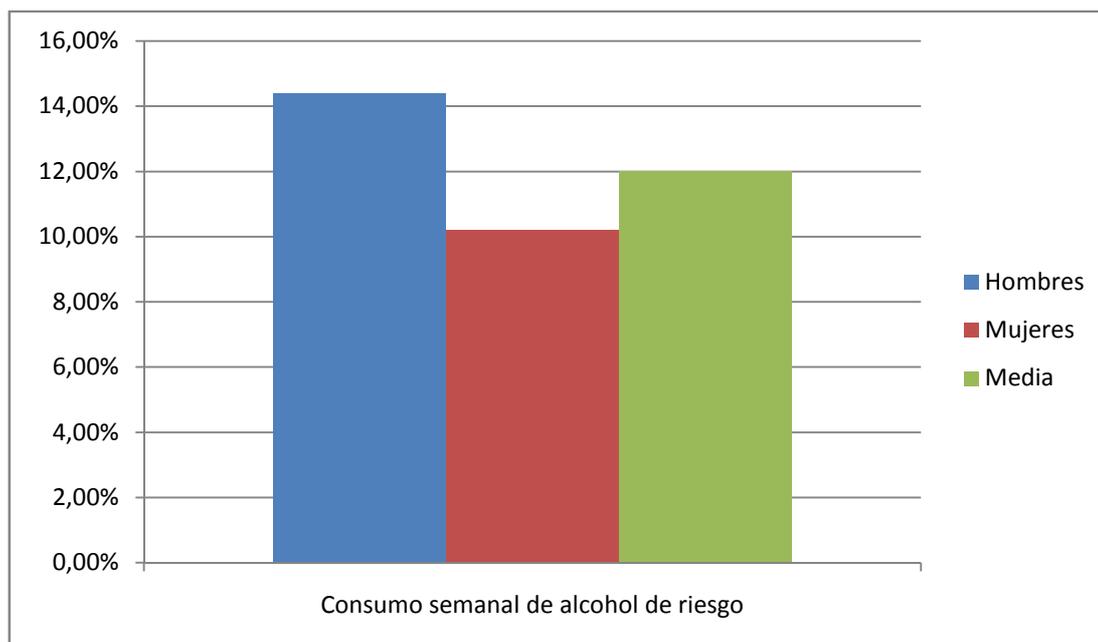


Figura 21: Población adulta con consumo semanal de alcohol de riesgo expresado en porcentajes y distribuido por sexo.

Estos resultados obtenidos mediante el consumo semanal de alcohol y el CAGE camuflado, contrastaron con el bajo número de pacientes que acudieron a consulta por problemas relacionados con el consumo de alcohol y como dichos consumos se hubieran quedado ocultos y sin poder ser diagnosticados y tratados, si no se hubieran recogido en la línea de investigación 3 del Programa ARGOS-Murcia.

7.1.7. OTROS RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA: FORMACIÓN CONTINUADA

- Los sanitarios de las Áreas de Salud I, V, VI, IX, II y VIII, participantes en la Jornada “-Alcohol, + Salud: Actualización del abordaje del consumo de alcohol desde AP”, fueron 105 sanitarios.

- Complementario a esta Jornada, se desarrolló el Taller de Formación de Formadores “Intervención breve sobre alcohol: Mójate sobre el Alcohol”, en el cual participaron 50 médicos de familia y enfermeros, de 32 CS.

- De esta última actuación se derivó la Formación entre Iguales en 15 CS (46,8%) con el contenido: “Mójate con el Alcohol-Formación ARGOS-Teoría y práctica del consejo breve de salud”, en las que se formaron 231 sanitarios.

7.2 RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO

7.2.1. CAMPAÑA “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”, CIRCUITO USUARIOS

- CAMPAÑA COMUNITARIA “Alcohol: Conciencia con ciencia”, “**Circuito usuarios**”: Consistió en una exposición de carteles itinerantes que desde el año 2014 se dejaron de forma permanente expuestos en los Centros de Salud, también incluyó un díptico para usuarios, con un cuestionario cuyas respuestas acertadas se encuentran en el portal www.e-drogas.es y se puede observar en el Anexo VIII de esta tesis.

7.2.1.1. FASE 1 PILOTO: ÁREAS DE SALUD II Y VIII

Con 390.924 destinatarios potenciales, usuarios de los 21 CS de 8 municipios. El 100% de los 21 CS participaron. Se colocó la cartelería durante dos semanas en cada CS y se distribuyeron 8.000 dípticos con preguntas para los usuarios sobre los mitos del alcohol con indicación de consultar al profesional sanitario que le corresponda o en el portal www.e-drogas.es si querían saber más, al respecto.

7.2.1.1.1. Evaluación cualitativa de la exposición para usuarios de la Campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia”

Se realizó esta evaluación con una encuesta de opinión situada en el anexo XI de esta tesis, a los profesionales sanitarios de los CS de estas dos AS, obteniéndose los siguientes resultados:

Distribución de los encuestados por puesto de trabajo:

ENFERMERÍA	MEDICINA DE FAMILIA	PEDIATRÍA	TOTAL
70	96	16	182

Distribución de los encuestados por sexo:

HOMBRE	42,9%
MUJER	57,1%

Respuestas conforme a la escala likert:

Totalmente en desacuerdo (1) - Totalmente de acuerdo (5).

1. Los usuarios han prestado atención a la campaña:

1-2	3	4-5
39,2%	40,3%	20,0%

2. El mensaje de los carteles se entendía con facilidad:

1-2	3	4-5
16,1%	23,8%	60,2%

3. Este tipo de actuaciones son de utilidad:

1-2	3	4-5
31,4%	29,8%	38,7%

4. Este tipo de actuación mejora la imagen del CS que tienen los usuarios:

1-2	3	4-5
20,5%	30,4%	49,1%

5. Tengo interés en participar en actuaciones parecidas:

1-2	3	4-5
30,9%	33,7%	35,4%

6. Han surgido molestias específicas derivadas del desarrollo de la campaña:

1-2	3	4-5
66,3%	15,5%	17,2%

7. Durante el tiempo que ha durado la exposición, he encontrado un mayor interés por los temas relacionados con el consumo de alcohol, por parte de los pacientes que han acudido a consulta:

1-2	3	4-5
56,9%	27,1%	16,0%

7.2.1.2. FASE 2: ÁREAS DE SALUD I, V, VI Y IX

En esta segunda fase de la Campaña participaron el 97% (35 de 36 CS) de los CS de los 17 municipios, alcanzando a unos 632.493 potenciales usuarios. Se instaló la cartelería y se distribuyeron 20.000 dípticos con preguntas para los usuarios.

7.2.1.3. FASE 3: ÁREAS DE SALUD III, IV Y VII

Se inició la Campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia” con el “Circuito usuarios” de los 26 CS de las AS III, IV y VII. En ella participaron el 100% de los CS de los 12 municipios, alcanzando a unos 443.401 potenciales usuarios. Se instaló la cartelería de manera permanente en cada CS y se distribuyeron 2.850 dípticos con preguntas para los usuarios con la posibilidad de consultar a los profesionales sanitarios o en el portal www.e-drogas.es.

7.2.1.3.1. Evaluación cualitativa de la exposición para usuarios de la Campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia”

En estas AS, se aplicó la encuesta de opinión a los profesionales sanitarios de los CS, alcanzando los siguientes resultados:

Distribución de los encuestados por puesto de trabajo:

ENFERMERÍA	MEDICINA DE FAMILIA	PEDIATRÍA	TOTAL
31	40	14	85

Distribución de los encuestados por sexo:

HOMBRE	26%
MUJER	59%

Indicamos la media de las respuestas conforme a la escala likert:

Totalmente en desacuerdo (1) - Totalmente de acuerdo (5).

1. Los usuarios han prestado atención a la campaña: 2,72.
2. El mensaje de los carteles se entendía con facilidad: 3,78.
3. Este tipo de actuaciones son de utilidad: 3,33.

4. Este tipo de actuación mejora la imagen del CS que tienen los usuarios: 3,48.
5. Tengo interés en participar en actuaciones parecidas: 3,41.
6. Han surgido molestias específicas derivadas del desarrollo de la campaña: 2,22.
7. Durante el tiempo que ha durado la exposición, he encontrado un mayor interés por los temas relacionados con el consumo de alcohol, por parte de los pacientes que han acudido a consulta: 2,27.

7.2.2. CAMPAÑA “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”, CIRCUITO ADOLESCENTES

7.2.2.1. FASE 1 PILOTO: ÁREAS DE SALUD II y VIII

- **Jornada de Formación y Coordinación** del Programa Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”:

Contando con un total de 21 Centros de Salud, 49 CESO y 8 Ayuntamientos con Planes Locales de Prevención de Drogodependencias, y todos convocados a la Jornada, la asistencia en porcentajes fue la siguiente:

- El 81% de los CS convocados (17 CS de 21) con 38 sanitarios.
- El 87% de las Entidades locales participaron (7 de 8), con 10 Técnicos locales de los Planes y Programas de Prevención de Drogodependencias.
- El 59% de los CESO participaron (29 CESO de 49 CESO totales), con 32 Profesores y/o Orientadores asistentes.
- Se evaluó el Proyecto educativo de las AS II y VIII pilotadas, a través de un Cuestionario de opinión que se pasó a los EAP, a las entidades locales y a los profesores participantes en esta Jornada de coordinación, obteniéndose estos resultados:
 - El 100% de los Ayuntamientos opinaron favorablemente.
 - El 50% de los CESO opinaron favorablemente.
 - El 100% de los CS opinaron favorablemente.

- Implantación del Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”

Participación por AS:

- Área II:

El 46.6% de los CS (7 CS de 15).

El 41% de los CESO (13 CES de 32).

El 100% de los Ayuntamientos (Cartagena, La Unión y Mazarrón).

- Área VIII:

El 100% de los CS (6 CS).

El 70,5% de los CESO (12 CESO de 17).

El 100% de los Ayuntamientos (5: San Javier, San Pedro del Pinatar, Los Alcázares, Fuente Álamo y Torre Pacheco).

El Área VIII presenta porcentajes de participación más elevados en los CS y en los Centros educativos. La participación de los Ayuntamientos es máxima en las dos Áreas de Salud.

- Aplicación de las Unidades Didácticas:

El 73.3% de los CS formaron a los alumnos (13 CS de 21).

El 51% de los CESO formaron a sus alumnos (25 CESO de 49).

El 100 % de los Ayuntamientos coordinaron (8 Ayuntamientos) la Campaña y el Proyecto Educativo.

7.2.2.2. FASE 2: ÁREA DE SALUD VI Y CURSO ESCOLAR 2012/2013

- **Jornada de Formación y Coordinación** Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”:

Asisten 14 Centros de Salud, 40 CESO y 9 Ayuntamientos con Planes Locales de Prevención de Drogodependencias:

- El 100% de los CS asistentes (14 CS de 14) con 24 sanitarios de 28 convocados (86%).

- El 100% de las Entidades locales participaron (9 de 9), con 11 Técnicos de los Planes y Programas de Prevención de Drogodependencias locales.

- El 40% de los CESO participaron (16 CESO de 40 CESO propuestos), con 17 orientadores y/o profesores asistentes.

- **Aplicación de las Unidades Didácticas:**

El 64% de los CS formaron a sus alumnos (9 CS de 14).

El 40 % de los CESO formaron a sus alumnos (16 CESO de 40).

El 100% de los Ayuntamientos coordinaron las visitas de los Centros Educativos a sus CS de referencia: 9 Ayuntamientos que son Alguazas, Archena, Ceutí, Lorquí, Las Torres de Cotillas, Murcia, Molina de Segura, Fortuna y Abanilla.

- **Curso Escolar 2012/2013:**

Fase 1 piloto, Áreas de Salud II y VIII y Fase 2, Área de Salud VI: En la implantación del Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”, en relación a la aplicación de las Unidades Didácticas, en las Áreas de Salud II, VIII y VI, en el Curso Escolar 2012/2013: se formaron aproximadamente **3.000 alumnos** de 1º de ESO, el 83% de los CS han participado en la formación de los alumnos que visitaron el CS, impartiendoles la segunda Unidad Didáctica incluida en la Campaña (29 CS de 35), el 46% de los CESO formaron a sus alumnos en el centro educativo (41 de 89 CES) y el 100% de los Ayuntamientos coordinaron las visitas (17 Ayuntamientos).

-Participación en el Concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia” de los alumnos de 1º de ESO, de la Fase 1 piloto y Fase 2, que recibieron las Tres Unidades Didácticas, contestando a un cuestionario en la Web www.e-drogas.es, con opción a un premio por CESO. Dicho cuestionario está ubicado también en el Anexo XII de esta tesis.

La totalidad de la participación de los CESO en el concurso, es el 61% (los alumnos de 25 CESO concursaron, de 41 que participaron en la formación).

Fase 1 piloto: Áreas de Salud II y VIII: El 64% de los CESO, sus alumnos participaron en el concurso (16 CESO de 25).

Fase 2: AS VI: El 56.2% de los CESO, sus alumnos participaron en el concurso (9 CESO de 16).

-25 alumnos ganaron un premio que consistió en un producto tecnológico, un alumno por CESO participante en el concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia”. De manera que se entregaron 25 productos tecnológicos que consistieron en una tablet, a los alumnos ganadores participantes en el concurso, aprovechando la fiesta escolar de fin de curso.

7.2.2.3. FASE 3: ÁREAS DE SALUD I, V Y IX Y CURSO ESCOLAR 2013/2014

- Jornada de Formación y Coordinación Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”:

Asistieron 18 CS, 37 CESO y 10 Ayuntamientos con Planes Locales de Prevención de Drogodependencias:

- El 86% de los CS asistentes (18 CS de 21 convocados) con 25 sanitarios de 42 convocados (60%).

- El 91% de los Ayuntamientos participaron (10 entidades locales de 11 convocadas), con 19 técnicos locales.

- El 60% de los Centros Educativos (37 de 62 CESO), con 69 Orientadores.

Fase 1 piloto, Áreas de Salud II y VIII, Fase 2, AS VI y Fase 3, Áreas de Salud I, V y IX: Llevaron a cabo el Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”, aplicando las tres Unidades Didácticas, de manera que se implantó en las Áreas de Salud I, V y IX y se replicaron en las Áreas de Salud II, VIII y VI; todo durante el Curso Escolar 2013/2014.

-Aplicación de las Unidades Didácticas:

- El 77% de los CS formaron a los alumnos (40 CS de 52) con una participación de 91 profesionales sanitarios.
- El 53 % de los CESO formaron a sus alumnos (80 CESO de 151) con una participación de 308 docentes. Del total de 265 clases de 1º de ESO, de los CESO participantes, se realizó en 256 (97% de las clases).
- El 84 % de los Ayuntamientos coordinaron las visitas de los Centros Educativos a sus CS de referencia (26 de 31 Entidades Locales.).

- **Curso Escolar 2013/2014**

Obteniéndose los siguientes resultados

- Han sido formados **6.802 alumnos** adolescentes de 1º de ESO.
- El 53% de los Centros Educativos formaron a sus alumnos.
- El 77% de los CS participaron en la formación, desarrollando la Segunda Unidad Didáctica.
- El 84% de las Entidades Locales coordinaron esta visita, organizando el orden de visitas en función de la disponibilidad y la participación de sanitarios y orientadores.
- **Participación en el Concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia”** los alumnos de 1º de ESO que recibieron las Tres Unidades Didácticas, contestando a un cuestionario en la Web www.e-drogas.es, con opción a un premio por CESO.

- El total de Centros Educativos participantes en el concurso fue 42 de 80 que recibieron la formación de las tres Unidades Didácticas (52%).

- Se entregaron 42 tablets a los alumnos ganadores de los 42 CESO participantes en el concurso, aprovechando la fiesta escolar de fin de curso.

7.2.2.4. FASE 4: ÁREAS DE SALUD III, IV Y VII Y CURSO ESCOLAR 2014/2015

- **Jornada de Formación y Coordinación** del Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”:

Asistieron 24 CS, 28 CESO y 7 Ayuntamientos con Planes Locales de Prevención de Drogodependencias:

- El 91% de los CS asistieron (21 CS de 23 convocados) con 35 profesionales sanitarios de 46 convocados (76%).

- 13 técnicos locales del 100% de los Ayuntamientos (7 entidades locales), con Planes y Programas Municipales/Mancomunales de Prevención de Drogodependencias. En el Ayuntamiento de Totana se ha optado por aplazar su implantación debido al desdoblamiento de su CS.

- El 44% de los Centros Educativos asisten (28 de 63 CESO), con 34 orientadores.

- **Curso Escolar 2014/2015**

En la Aplicación de las tres Unidades Didácticas, se obtuvieron los siguientes resultados de formación, coordinación y participación:

-Se formaron **10.528 alumnos** adolescentes de 1º de ESO, de **19.096 escolarizados**, es decir expresado en porcentajes: un 55% de la población escolarizada de 1º de ESO, se formó mediante la aplicación de las tres Unidades Didácticas del Proyecto Educativo.

- 121 Centros Educativos formaron a sus alumnos de 1º de ESO en habilidades para retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol y otras

drogas, de los 110 participantes en las 4 Jornadas de Formación y Coordinación (110%), con una participación de 413 docentes y 351 clases o líneas de 1º de ESO.

- 57 CS participaron en la formación en prevención del consumo de alcohol a alumnos de 1º de ESO desarrollando la Segunda Unidad Didáctica, de los 70 CS formados en las 4 fases en las que se llevaron a cabo las cuatro Jornadas de Formación y Coordinación (81%), con una participación de 132 profesionales sanitarios.

- 33 Entidades Locales coordinan esta visita de 33 participantes (100%) en las cuatro Jornadas de Formación y Coordinación, llegando así a formar a todas las Entidades Locales que tienen Centro Educativo. 31 Técnicos Locales, 2 Técnicos Locales menos, porque algunos desarrollan sus funciones en más de una Entidad Local, organizaron las visitas al CS de referencia de los alumnos de 1º de ESO.

- El 56% de los Centros de Educación Secundaria Obligatoria aplicaron las Unidades Didácticas “Alcohol: Conciencia con ciencia” para la formación de sus alumnos (121 CESO de 214 totales en la Región de Murcia).

- El 72% de los CS acogieron a los alumnos de 1º de ESO, impartiendo la Segunda Unidad Didáctica (57 CS de 79 CS que tienen CESO, asignados geográficamente).

- El 89 % de los Ayuntamientos con Centros Educativos de Secundaria han coordinado las visitas de los alumnos a los CS (33 Ayuntamientos de 37 totales en la Región de Murcia)

- **La participación en el Concurso** de la Campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia” de los alumnos de 1º de ESO que recibieron las Tres Unidades Didácticas, contestaron a un cuestionario en la Web www.e-drogas.es, con opción a un premio por CESO.

-Se entregaron 67 tablets a los alumnos ganadores de los 67 CESO participantes en el concurso, en un Acto Público en la fiesta de final de curso.

- El 55% de los CESO (67 participó y obtuvo premio de 121 formados) uno de sus alumnos participó en el Concurso Escolar “¿Qué sabes sobre el alcohol?”, realizando el 70% o más respuestas acertadas del cuestionario situado en la página web www.e-drogas.es.

7.2.2.5. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO EN LAS NUEVE ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

- **Resultados de la participación en las Jornadas de Formación y Coordinación de las 4 fases**, que equivale a toda la Región de Murcia. Se desarrolló el Proyecto Educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia”, aplicando las tres Unidades Didácticas, de manera que se implantaron en las AS II, VIII y VI, se replicaron en las AS I, V y IX, y se triplicaron en las AS III, IV y VII, alcanzando las nueve AS que comprende esta Comunidad Autónoma.

Se exponen los resultados de la participación de los Ayuntamientos, los CS y los CESO y sus profesionales, en las Jornadas de Formación y Coordinación en las 4 fases y su totalidad, en la tabla 16, en la cual, el numerador determina los centros o profesionales asistentes a las Jornadas y el denominador los convocados.

JORNADAS DE DE FORMACIÓN Y COORDINACIÓN															
ORGANIZACIÓN	FASE 1			FASE 2			FASE 3			FASE 4			TOTAL		
	A	CS	CESO	A	CS	CESO									
CENTROS	7/8	17/21	29/49	9/9	14/14	16/40	10/11	18/21	37/62	7/7	21/23	28/63	33	70	110
	87%	81%	59%	100%	100%	40%	91%	86%	60%	100%	91%	44%			
PROFESIONALES	10/8	38/42	32/49	11/9	24/28	17/40	19/11	25/42	69/62	13/7	35/46	34/63	53	122	152
	125%	90%	65%	122%	86%	42.5%	173%	60%	111%	186%	76%	54%			

Tabla 16: Participación de los ayuntamientos, los centros de salud y los centros educativos y sus profesionales, en las Jornadas de Formación y Coordinación, en cada fase y su totalidad.

Se representan los resultados de la participación de los Ayuntamientos, los CS y los CESO y sus profesionales, en las Jornadas de Formación y Coordinación en las 4 fases anteriormente descritas y su totalidad en las figuras 22 y 23:

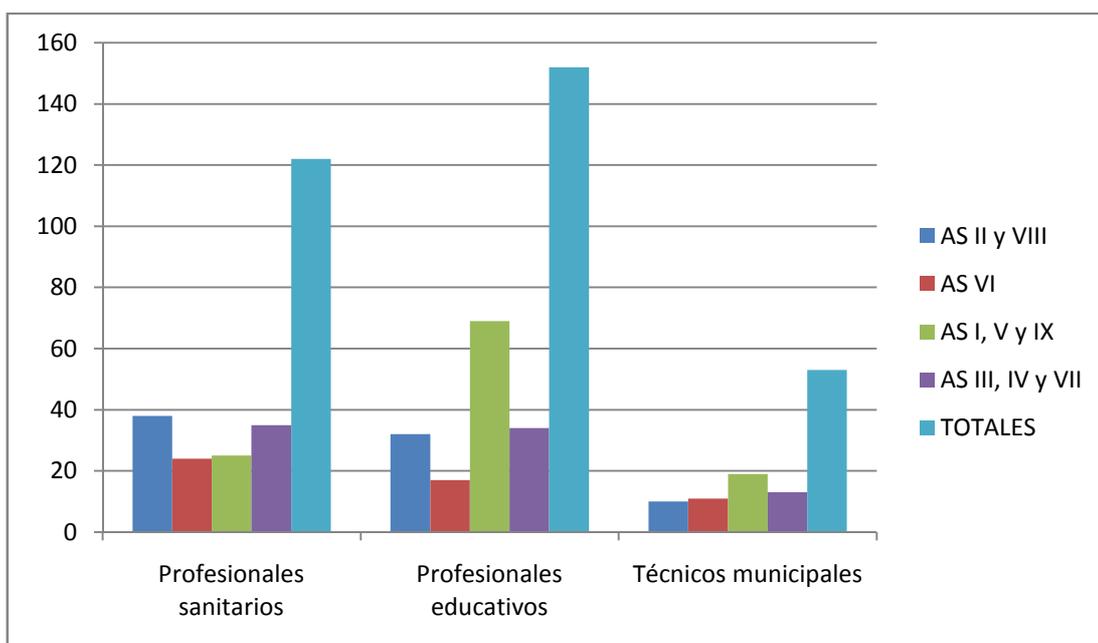


Figura 22: Participación de los profesionales sanitarios, educativos y técnicos municipales en las Jornadas de Formación y Coordinación, en cada fase y su totalidad.

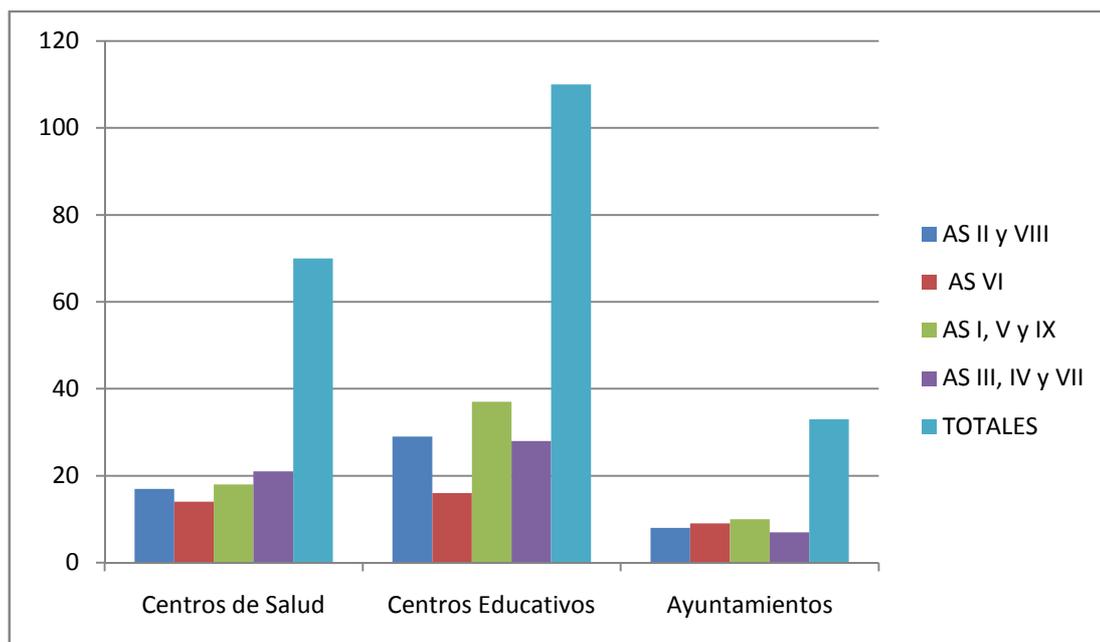


Figura 23: Participación de las instituciones sanitarias, educativas y locales, en las Jornadas de Formación y Coordinación del Proyecto Argos-Comunitario, en cada fase y su totalidad.

7.2.2.6. RESULTADOS DE LA POBLACIÓN DIANA ALCANZADA RELACIONADA CON EL CURSO ESCOLAR

La aplicación de las Unidades Didácticas se estableció por la participación de las tres instituciones implicadas en el Proyecto Argos-Comunitario fue ascendente, de manera que en cada Curso Escolar se incorporan más AS en la realización y coordinación de las tres Unidades Didácticas que formaron parte del Proyecto Educativo Argos-Comunitario, hasta completar todas las AS de la Región de Murcia, como se observa en la figura 24, expresada esta participación en porcentajes.

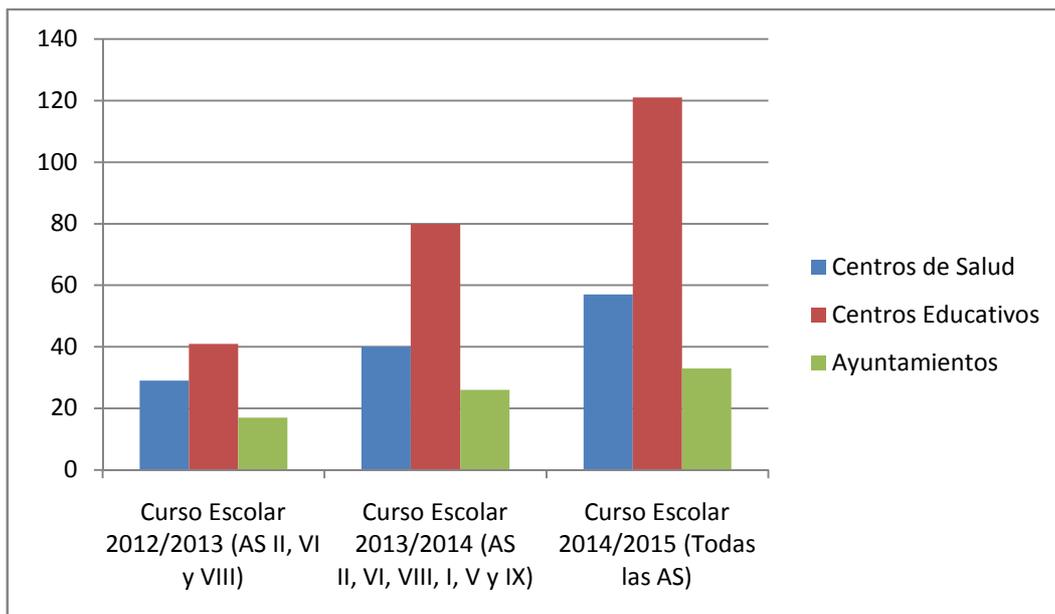


Figura 24: Participación de los Centros de Salud, los Centros Educativos y los Ayuntamientos (expresada en porcentajes) en la aplicación y coordinación de las tres Unidades Didácticas, según Curso Escolar.

La aplicación y coordinación de las tres Unidades Didácticas por los profesionales sanitarios, docentes y por los técnicos municipales fue aumentando según se fueron incorporando las AS al Proyecto Educativo Argos-Comunitario y en cada Curso Escolar como se relaciona en la figura 25.

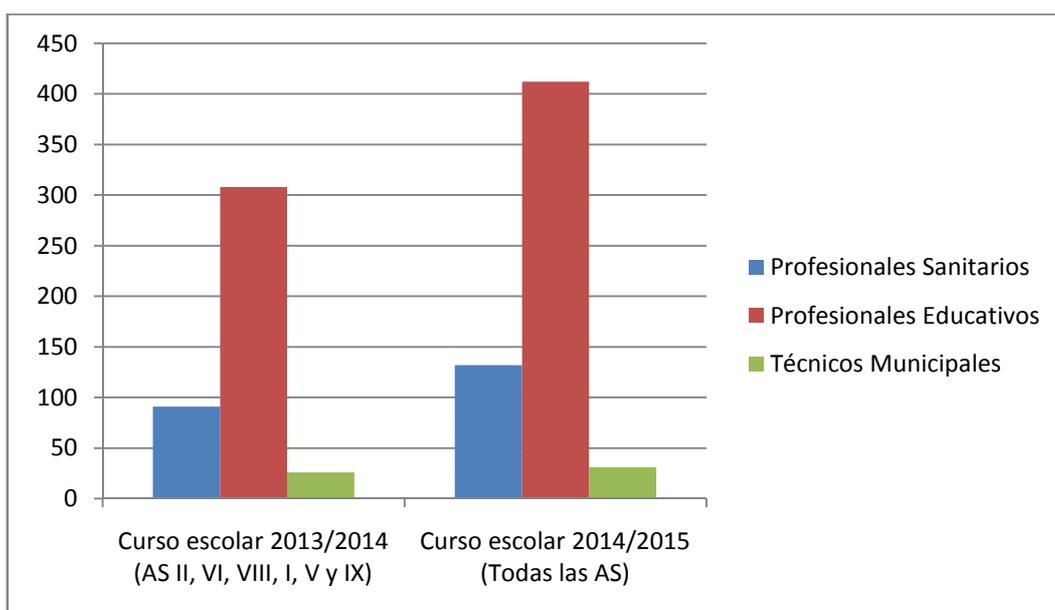


Figura 25: Participación de los profesionales sanitarios, educativos y técnicos municipales en la aplicación y coordinación de las tres Unidades Didácticas, según Curso Escolar.

La siguiente tabla 17 muestra el número de alumnos que recibieron las tres unidades didácticas, llegando a un total de **20.330 alumnos** de 1º de ESO en tres cursos escolares:

CURSO ESCOLAR	ALUMNOS DE 1º DE ESO
2012/2013	3.000
2013/2014	6.802
2014/2015	10.528
TOTAL	20.330

Tabla 17: Alumnos de 1º de ESO que reciben las tres unidades didácticas en cada curso escolar y en su totalidad.

Los resultados de la figura 26 presentaron el número de alumnos formados en prevención del consumo de alcohol, dicho número fue creciendo notablemente por Curso Escolar, teniendo en cuenta que había 19.096 alumnos matriculados en 1º de ESO, en el Curso Escolar 2014/2015.

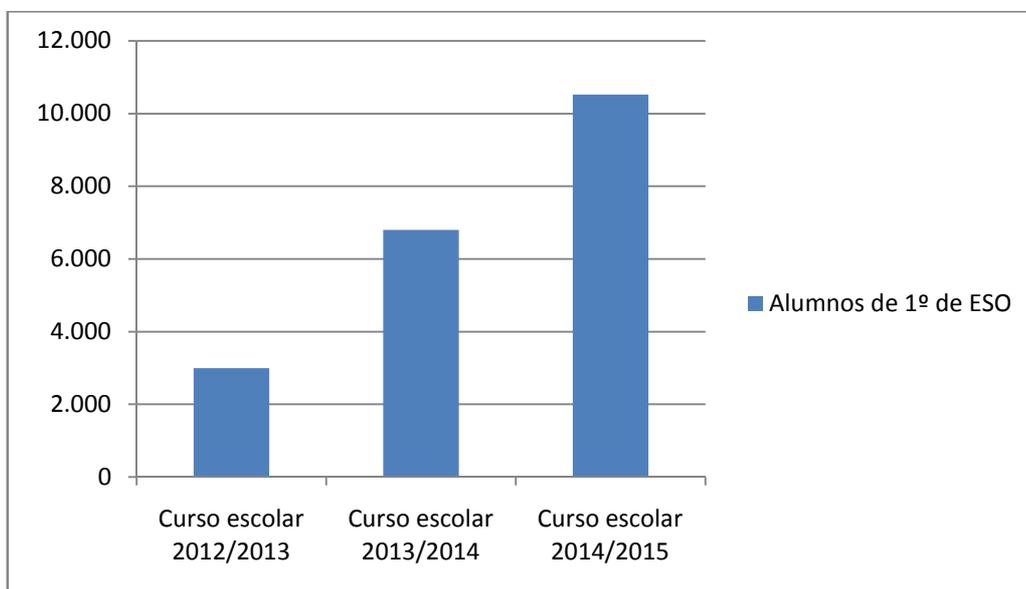


Figura 26: Alumnos de 1º de Educación Secundaria Obligatoria que reciben las tres Unidades Didácticas por curso escolar.

La participación en el concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia” en cada curso escolar y en cada CESO, aumentó progresivamente, aunque el objetivo ideal sería que todos los CESO que realizaron el Proyecto Educativo

Argos-Comunitario, hayan participado en el concurso y consigan un premio por CESO, de manera que se incentive la participación y el esfuerzo en el aprendizaje. En el curso escolar 2012/2013, el 61%; en el curso escolar 2013/2014, el 52% y en el curso escolar 2014/2015, el 55%, respectivamente de los CESO participaron, de manera que uno de sus alumnos de 1º de ESO recibió el premio que consistió en un producto tecnológico, como se representa en la figura 27.

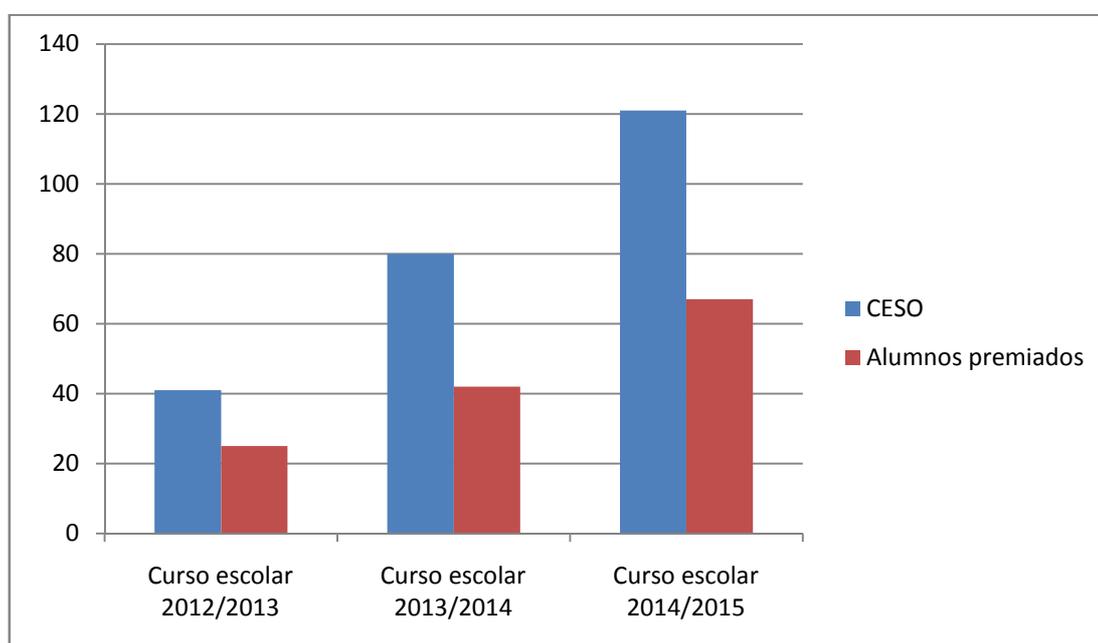


Figura 27: Centros de Educación Secundaria Obligatoria que participan en el concurso “Alcohol: Conciencia con ciencia”, y alumnos de 1º de Educación Secundaria Obligatoria que reciben un premio, por curso escolar.

7.2.2.7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO POR LOS PROFESIONALES PARTICIPANTES

Después de realizar el Proyecto Argos-Comunitario Educativo completo, se realizó una evaluación del Proyecto Educativo Argos-Comunitario: “Alcohol: Conciencia con ciencia”¹⁰⁰, por profesionales docentes, sanitarios y técnicos locales, contestando un cuestionario de opinión albergado en el portal www.e-drogas.es. Desde el inicio del Proyecto educativo en el curso escolar 2012/2013, **90 profesionales** respondieron a dicho cuestionario,

obteniéndose los siguientes resultados expresados en porcentajes, que se muestran en los diagramas de anillos de las figuras 28, 29, 30 y 31, en los que se recogieron los resultados de los tres cursos escolares en los que se realizó el Proyecto Educativo:

- El 58% de los profesionales que contestaron el cuestionario de evaluación del Proyecto Educativo Argos-Comunitario, aceptaban bastante o mucho la actividad formativa como se representa en el diagrama de anillos de la figura 28.

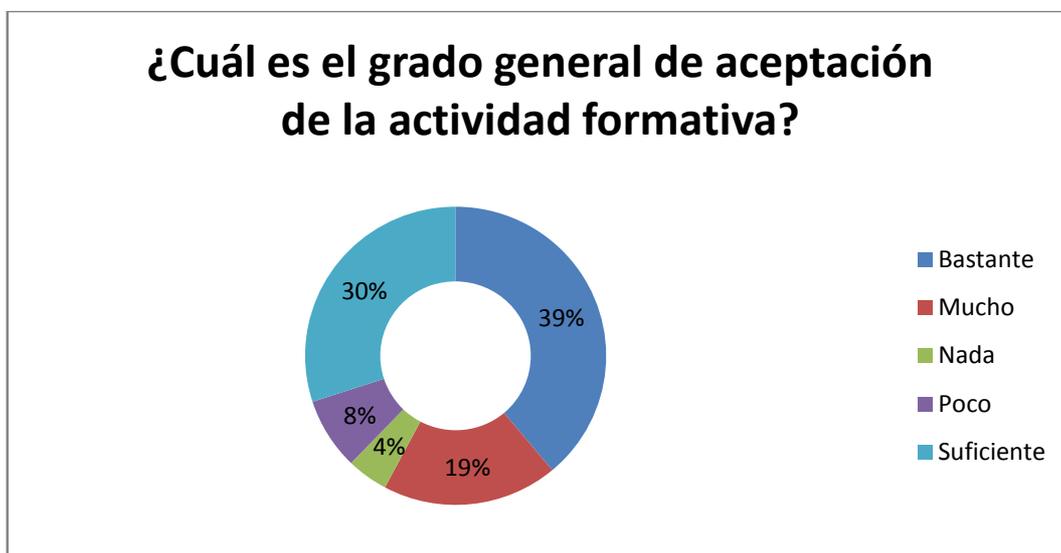


Figura 28: Porcentaje del grado general de aceptación de la actividad formativa.

- Al 68% de los profesionales que realizaron y evaluaron el Proyecto Educativo Argos-Comunitario, les parece bastante y muy adecuado el trabajo conjunto entre el Centro Educativo y el Centro de Salud, como se muestra en la figura 29.

¿Le parece adecuado el trabajo conjunto entre el Centro Educativo y el Centro de Salud de Atención Primaria?

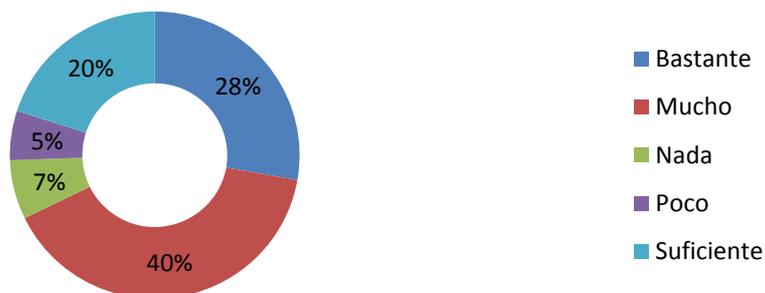


Figura 29: Porcentaje de la adecuación del trabajo conjunto entre el Centro Educativo y el Centro de Salud.

- El 72% de los profesionales que contestaron el cuestionario de evaluación del Proyecto Educativo Argos-Comunitario, considera bastante y muy pertinente realizar programas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas con alumnos de 1º de ESO, como se observa en la figura 30.

¿Considera pertinente realizar programas de prevención de consumo de alcohol y otras drogas con alumnos de 1º de la ESO?

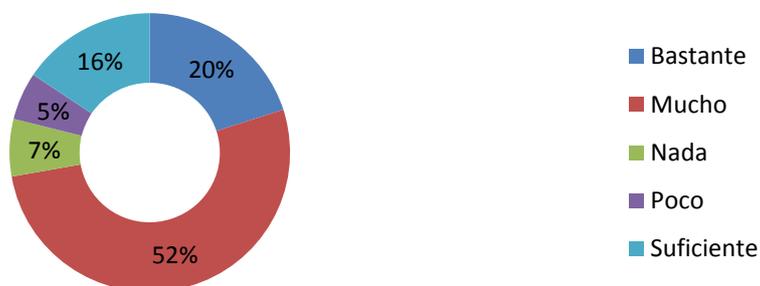


Figura 30: Porcentaje de la pertinencia de realizar programas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas con alumnos de 1º de ESO.

- El 62% de los profesionales que evaluaron el Proyecto Educativo Argos-Comunitario, considera bastante y muy necesario recibir formación específica para seguir desarrollando actividades de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, como vemos en la figura 31.

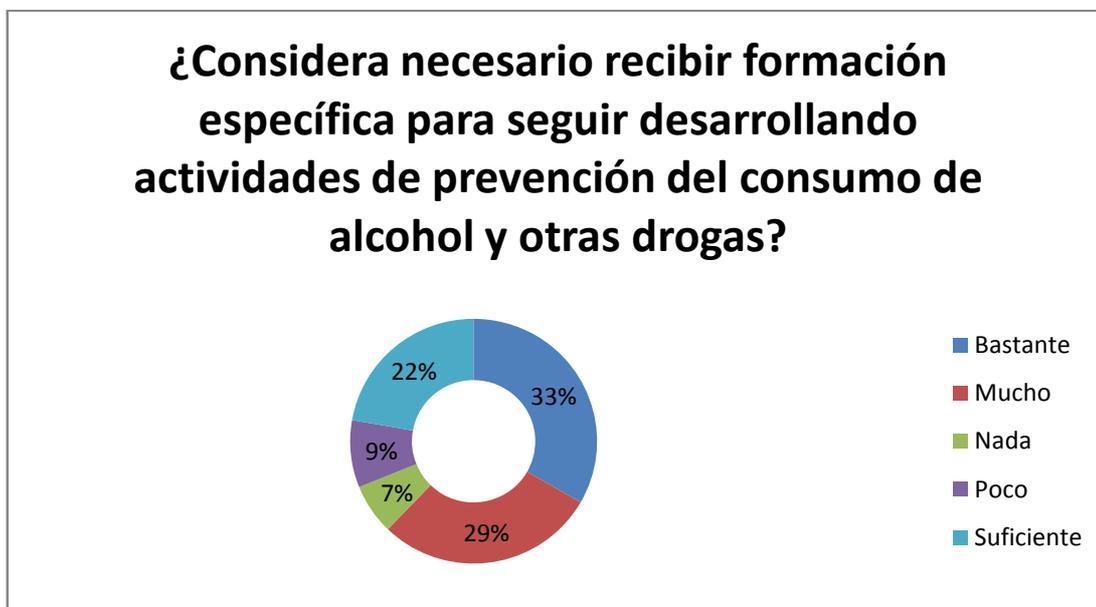


Figura 31: Porcentaje de la necesidad de recibir formación específica para desarrollar actividades de prevención del consumo de alcohol y otras drogas.

7.2.3. IMPULSO DEL PROYECTO EDUCATIVO “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”

Para reforzar la continuación del “Circuito adolescentes” de la campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia”, se organizaron las reuniones con los responsables del Programa ARGOS-Murcia de cada CS, convocando a un médico y un enfermero de familia, en cada Gerencia del AS, obteniéndose los siguientes resultados de participación:

- 25 sanitarios asistieron, de 14 CS de 16 totales, del Área II: 87% de los CS asistieron a la reunión con un 78% de asistencia de profesionales sanitarios.
- 11 sanitarios asistieron, de los 5 CS del Área VIII: 100% de los CS asistieron, con un 110% de asistencia de médicos y enfermeros de familia.

- 24 sanitarios asistieron, de los 15 CS del Área VI: 100% de los CS asistieron con un 80% de asistencia de profesionales sanitarios.
- 7 sanitarios de 3 CS asistieron, de los 3 CS del Área V: 100% de los CS asistieron con un 112% de asistencia de profesionales sanitarios.
- 7 sanitarios de 4 CS asistieron de los 4 CS del Área IX: 100% de los CS asistieron con un 87 % de asistencia de profesionales sanitarios.
- En el AS I quedó pendiente la reunión en la Gerencia con los profesionales sanitarios de sus CS responsables del Programa ARGOS-Murcia, por la carga asistencial de este AS y la dificultad de cuadrar la agenda con la Gerencia.
- En las AS III, IV y VII no se realizó esta reunión porque hacía muy poco tiempo que se había realizado la Jornada de Formación y Coordinación que daba inicio al Proyecto Educativo Comunitario “Alcohol: Conciencia con ciencia”.

7.3. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-NATO

7.3.1. RESULTADOS DE INTERVENCIÓN

El proyecto Argos-Nato parte de los resultados obtenidos por el equipo de trabajo de la USMP del HCVA. La metodología utilizada fue la entrevista y el cribado, utilizando la “Hoja Verde” seguidas del consejo terapéutico.

A lo largo del proyecto se obtuvieron los siguientes resultados:

- En 2010 se entrevistaron a **533 mujeres embarazadas** y sus parejas, a las que se dio consejo breve de salud para la abstinencia de consumo de bebidas con alcohol y otras drogas:
 - 100% de las mujeres embarazadas recibieron consejo breve de salud.
 - Más del 90% desconocían los efectos reales del alcohol sobre el Sistema Nervioso y sus posibles consecuencias en el hijo que esperan.
 - 150 (28 %) mujeres embarazadas no habían bebido alcohol durante el período periconcepcional.

- 383 mujeres embarazadas sí bebieron alcohol (72%).
- De este 72%, 49 mujeres (13%) bebían más de 2 cervezas al día (>20 gramos/día), es decir, tenían un consumo de bajo riesgo, pero al límite de pasar a ser un consumo peligroso de alcohol (más de 17 U/semana), categorías utilizadas en mujeres, que al tratarse de mujeres embarazadas, todo consumo de alcohol es definido de riesgo porque una mujer en estado de gestación debe abstenerse de consumir alcohol. Estas mujeres mantuvieron la atención y el seguimiento en la consulta de embarazo de riesgo por consumo de alcohol. El 59% fueron derivadas a su ginecólogo con informe de la intervención realizada para la recomendación de atención por consumo de alcohol durante el embarazo.
- Durante 2011 y 2012 se atendieron en la consulta a **958 mujeres embarazadas** y sus parejas, con los siguientes resultados:
 - El 100% de las parejas entrevistadas mostraron un alto grado de participación y satisfacción.
 - El 95% de las embarazadas bebedoras abandonaron su consumo de alcohol tras el consejo breve de salud en la consulta de salud medioambiental pediátrica del HCUVA.
 - Las mujeres embarazadas de nuestra Región, tenían una baja percepción de riesgo en relación con el consumo de sustancias adictivas, durante el embarazo, resultados que se obtuvieron a través del cribado con la “Hoja Verde” en la consulta de USMP del HCUVA en el periodo 2010-2011, de manera que 1 de cada 4 mujeres embarazadas a las que se preguntó en el primer trimestre, afirmó que “probablemente consumirá alcohol a lo largo de los nueve meses del embarazo”, de manera que el 25% de las mujeres embarazadas encuestadas consumirían alcohol; el 22,4% dice que es muy probable que fumen tabaco y el 6% que consumirían cánnabis.
 - 17 Mujeres embarazadas politoxicómanas se atendieron y derivaron a atención psicológica para deshabituación.

- Detección de 3 casos con diagnóstico de SAF prenatal y 1 caso con diagnóstico de SAF postnatal.
- Se realizaron 4 derivaciones a la Comunidad Terapéutica especializada “Neurocultura”, para la atención a estas policonsumidoras embarazadas y conseguir la abstinencia de sustancias psicoactivas.
- Las mujeres embarazadas de alto riesgo prenatal y sus parejas, que recibieron exploración de tóxicos mediante la utilización del cribado de la “Hoja Verde” y consejo breve de salud sobre alcohol y otras drogas dentro del Proyecto Argos-Nato (aprovechando la consulta para realizar la ecografía del primer trimestre de gestación) hasta finales del año 2013, fueron un total de **1865** como expresa la figura 32:

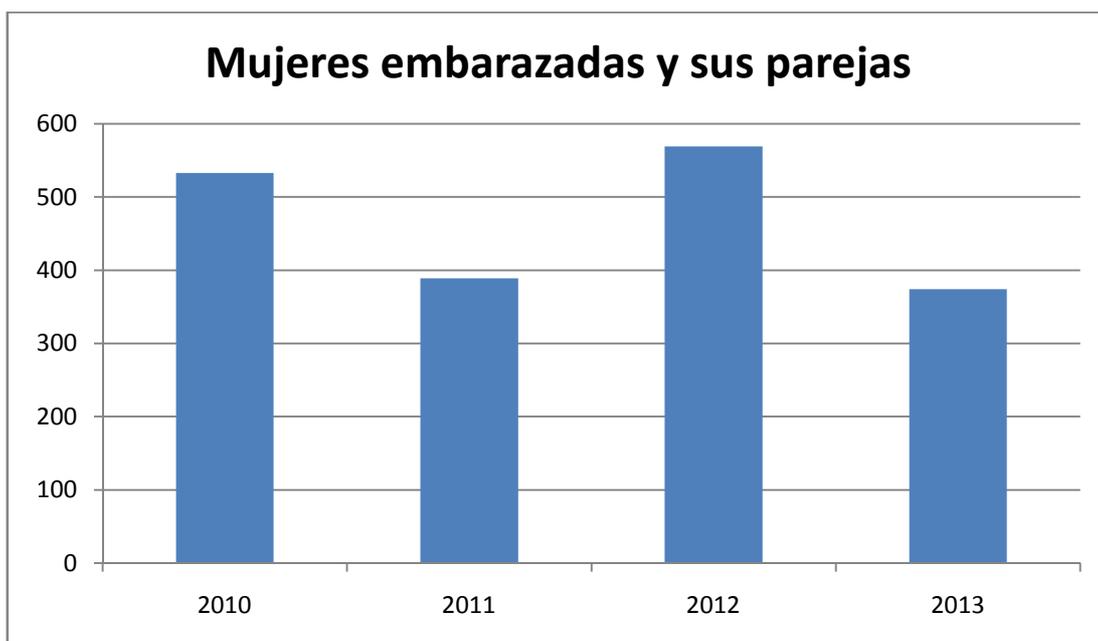


Figura 32: Mujeres embarazadas de alto riesgo prenatal y sus parejas, atendidas en la USMP del HCUVA, en el período 2010-2013.

7.3.1.1. RESULTADOS DEL PROGRAMA “ELIJO MÁS SANO”

El Programa “ELIJO más sano”, se diseñó dentro del Proyecto Argos-Nato para el seguimiento de niños diagnosticados por la exposición a alcohol y otras drogas ilegales de sus madres.

-Los resultados de este programa se pudieron visualizar en la figura 33: La población de estudio desde dic. 2009 hasta dic. 2012, fue de 1.500 parejas embarazadas y sus hijos recién nacidos, en los que se realizó el cribado medioambiental. Para su selección, se valoraron criterios de alto riesgo medioambiental por exposición a alcohol intraútero/lactancia y drogas ilegales. Cumplieron estos criterios de selección 250 parejas, a las que se envió por correo postal una citación, para realizar una evaluación a sus hijos. De las 250 familias convocadas, completaron esta 1ª evaluación de “ELIJO más sano” 105 niños y sus familias:

- Cribado medioambiental de 1.500 parejas embarazadas e hijos Recién Nacidos.
- El 16,6% de las parejas cumplían criterios de alto riesgo medioambiental por exposición intrauterina/lactancia a alcohol y drogas ilegales, (250 parejas de riesgo).
- El 42% completaron la evaluación y el seguimiento tras la cita por correo, (105 parejas).
- De estas 250 madres embarazadas, con consumos de riesgo de alcohol y otras drogas, 139 consumieron alcohol (56%), 24 alcohol y otras drogas (1%) y 111 (44%) drogas ilegales.



**Descripción de la población
Diciembre 2009 / Diciembre 2012**



Figura 33: Resultados del Programa “ELIJO más sano”, consulta de USMP, del HCUVA, periodo 2009-2012.

Las 105 parejas diagnosticadas de riesgo de abuso de alcohol y otras drogas, siguieron la evaluación, y los resultados que se obtuvieron de este estudio longitudinal (2009-2012), fueron los siguientes:

- Detección de 4 casos de SAF, es decir, un 3,8%, de los cuales, 3 tuvieron un diagnóstico intrauterino sospechado. Esto permitió una intervención temprana psicosocial, que ayudó a disminuir la morbilidad asociada y mejoró la calidad de vida de las familias.
- Un 33% de los niños que pasaron por la consulta tenían un trastorno neurológico asociado en el primer año de vida.
- 1 de cada 9, es decir un 11% de estos niños, asoció una malformación mayor, relacionada con la exposición a etanol.
- La tabla 18 muestra la estimación en porcentajes de la alteración de algunos signos considerados como “estigmas” del diagnóstico de SAF, que se obtuvieron en la consulta del Programa, sobre la n=105 casos atendidos, que fueron de interés:

EFEECTO	% ALTERADO
Bajo peso al nacer	23.1
Microcefalia	10.6
Surco nasolabial liso	5.3
Labio superior fino	10.6
Disminución fisura palpebral	12.3
Malformaciones mayores	12.3

Tabla 18: Resultados de estimaciones por porcentajes de algunos “estigmas” del diagnóstico del Síndrome Alcohólico Fetal.

7.3.2. RESULTADOS DE FORMACIÓN:

Este apartado recogió la formación que se impartió desde el Proyecto Argos-Nato, a través de cursos, jornadas, encuentros y la difusión del conocimiento a través de la participación en diferentes eventos formativos organizados por la USMP y la Unidad Técnica de Coordinación Regional de Adicciones:

-Todos los sanitarios que se formaron en el Proyecto Argos-AP en la Jornada de Formación de Formadores I, se formaron en Salud Ambiental Reproductiva: Consumo de alcohol, embarazo y lactancia, repercusiones en AP, a través de una Conferencia que forma parte del Proyecto Argos-Nato, y son un total de **144** profesionales sanitarios.

- Los profesionales sanitarios formados en la Jornada de Formación de Formadores II e Investigadores, también se han formado en Consejo Breve de Salud y Entrevista Motivacional sobre alcohol en embarazadas, mediante un taller que se inició desde el Proyecto Argos-Nato, con una totalidad de **150** profesionales sanitarios formados.

Se evaluó la actividad formativa de la Jornada de Formación de Formadores II e Investigadores relacionada con alcohol y embarazo con un total de **271 encuestas de opinión** recogidas con puntuación (1 mínimo - 5 máximo) y resultados en medias, en el Taller: Entrevista motivacional y consejo de salud en mujeres embarazadas Proyecto Argos-AP: Eficacia del consejo médico en embarazadas para la disminución del consumo de alcohol durante el embarazo, en la cual se obtuvo un resultado de 4.12 puntos.

- En la **Jornada de intercambio de experiencias** que recibieron los pediatras y enfermeros pediátricos de los CS, perteneciente al proyecto Argos-Familias, se formaron **49** profesionales de pediatría con la conferencia "Crecer sin OH: Un programa para las ventanas de oportunidad del desarrollo cerebral"

- Instrucción de matronas y equipos de AP en la prevención e intervención del problema del consumo de alcohol y otras drogas, mediante el consejo breve de salud, para su implementación verbal y por escrito en el Programa de embarazo, mediante 7 acciones formativas, sobre los efectos del alcohol y otras drogas durante el embarazo y la lactancia y el entrenamiento para su prevención. Cada sesión tuvo una duración de dos horas y se han llevado a cabo cinco en Murcia, una en Cartagena y una en Lorca, formándose **36** matronas.

- Primer “Encuentro Iberoamericano de líderes en Pediatría Medioambiental”, que formó a **33** profesionales sanitarios, oriundos de Brasil, Chile, Colombia, EE. UU., México, Nicaragua, Portugal y España.
- Curso online Iberoamericano en “Medio Ambiente y Salud Reproductiva: Taller sobre la “Hoja Verde” de embarazo y lactancia”, con **57** sanitarios formados.
- “I Curso Regional de Matronas en Pediatría Ambiental: Herramienta para prevenir y disminuir los factores de riesgo medioambiental en el embarazo y la lactancia” utilizando la “Hoja Verde”: 81% matronas de AP y especializada de la Región (**67** asistentes de 83 convocadas).
- Los **resultados de la encuesta de opinión** de las matronas asistentes al I Curso Regional de Matronas en Pediatría Medio ambiental, sobre el formato inicial de la campaña “Bosques para la salud” (0 mínimo - 3 máximo) son los que se detallan a continuación de un total de **59** encuestas recogidas:

- Opino que la campaña presentada puede ser adecuada como factor de protección de la salud del hijo durante el embarazo frente al uso de alcohol y otras drogas de la madre: 2,59
- La estrategia de difusión y los medios a utilizar (pulsera y folleto distribuidos en el seguimiento normalizado del embarazo, con consejo breve de salud sobre alcohol y otras drogas durante el embarazo y la lactancia) pueden aumentar la protección medioambiental del hijo: 2,50
- Estoy dispuesto/a a desplegar esta campaña desde mi consulta con las mujeres embarazadas y sus parejas: 2,38
- Considero factible incorporar esta campaña desde la consulta de la matrona en la primera visita de la embarazada: 2,27.
- Con la simbología de la pulsera se puede implicar al padre para favorecer un ambiente más saludable para la madre y el hijo durante el embarazo: 2.15
- En la actualidad considero que es suficiente la información que facilitamos a la mujer embarazada y su pareja en la consulta, para la prevención de los riesgos del uso del alcohol y otras drogas para el feto: 1,20

- Curso: “Creando un embarazo saludable, prevención de drogas legales e ilegales en el embarazo”, en el cual se formaron **11** profesionales sanitarios.
 - Curso: “Innovación, valores y liderazgo en Salud Medioambiental Pediátrica”, formó a **20** profesionales sanitarios.
 - Curso: “Itinerario Formativo Curso online. Creando ambientes más saludables para la infancia: Embarazo, lactancia y crianza más natural”, con **30** profesionales sanitarios que se formaron.
 - Curso: “Salud Medioambiental Pediátrica aplicación en la práctica clínica diaria”: Itinerante por las Áreas de Salud I, VI, VII y IX, que formó a **60** sanitarios.
- De todas estas actividades formativas presenciales y on line anteriormente expuestas: 419 profesionales sanitarios se formaron en el Proyecto Argos-Nato y otros 294 también en este proyecto, formando parte del Proyecto Argos-AP (En la Jornada de Formación de Formadores I y la Jornada de Formación de Formadores II e Investigadores). La suma de los dos conceptos hace un total de **713 profesionales de salud** que fueron formados.

7.3.3. RESULTADOS DE INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN

- Se distribuyeron 5.000 “trípticos azules” a los profesionales sanitarios en los CS cuando se ha dejado la Exposición de Carteles del Proyecto Argos-Comunitario de manera permanente y también entre los profesionales que se formaron en este Proyecto y a otros profesionales del HCUVA.
- Se distribuyeron 5.300 “trípticos morados” a las mujeres embarazadas y sus parejas en la consulta de USMP del HCUVA y en todos los CS de la Región de Murcia cuando se llevó la Exposición de Carteles para dejarla de forma permanente.
- Se distribuyeron “trípticos morados” a las mujeres puérperas a través de la “Canastilla del recién nacido”, al alta del HCUVA, de forma que

aproximadamente 8.000 mujeres puérperas/año recibieron el tríptico, resultando unos 32.000 trípticos distribuidos, entre originales y fotocopias de calidad.

- Se comenzó la elaboración de **una herramienta App** para dispositivos móviles que tiene como objeto ofrecer una información de calidad que ayude a las parejas que estén buscando el embarazo, embarazadas y mujeres durante la lactancia y crianza, a establecer ambientes más saludables. Se llevó a cabo el diseño y elaboración de los contenidos basados en la experiencia acumulada en este Proyecto Argos-Nato, con la evaluación de riesgos medioambientales durante los períodos críticos de la vida.
- Se desarrolló el mantenimiento de Lactarrinet: Espacio de comunicación para consulta de profesionales de la Salud de la Región de Murcia (Intranet Sanitaria) sobre tóxicos, tabaco, alcohol y otras drogas ilegales: <http://arrinet.carm.es/lactarrinet.htm>.
- Actividades de información como la que se realizó en el entorno del HCUVA, en la Semana Verde que coincide con el día Mundial del Medio Ambiente, el 5 de Junio de 2014, con la Campaña “Bosques para la vida”, con una participación de **100 niños con sus familias**.

7.4. RESULTADOS DEL PROYECTO ARGOS-FAMILIAS:

- Las actividades formativas en este proyecto se comenzaron en el año 2014, concretamente en la Jornada “- Alcohol, + Salud”. Se desarrolló un taller en Murcia, y el mismo se duplicó en Cartagena al día siguiente, al primero asistieron 29 pediatras y enfermeros de pediatría y al segundo 17 profesionales de pediatría, haciendo un total de **46 profesionales de pediatría** formados, de **35 CS**.
- El pasado año 2015, se realizaron actividades formativas con más profundidad en el ámbito de las drogodependencias, convocando a la pediatría por AS, se desarrollaron dos Jornadas:

- **Jornada de Formación para pediatras y enfermeros pediátricos**, para dotar de herramientas y entrenar a los sanitarios en la detección de factores de riesgo y protección familiares de los menores, en relación al consumo de alcohol y otras drogas. Se ha iniciado con las Áreas de Salud I y VII, con **83** profesionales de pediatría formados.

- **Jornada de intercambio de experiencias** que desarrolla una metodología mixta teórico-práctica, en la que se formaron **85** profesionales sanitarios de pediatría. Se pidieron previamente, a modo de investigación-acción, dos intervenciones en consulta de pediatría con 6 familias por profesional sanitario pediátrico (tres familias sin posibles riesgos y otras tres con posibles riesgos, atendiendo a la perspectiva de género con selección niño/niña), con aplicación del cuestionario (“Hoja Naranja”) en intervención oportunista, con entrega de folleto (favorece el cuestionamiento y la reflexión sobre la educación adecuada o no, en la familia) y posterior cita programada con consejo breve de salud sobre alcohol a la familia y entrega de folleto con consejo (consejos básicos sobre habilidades y capacidades de comunicación de los padres, y así mejorar la educación de sus hijos): Se realizaron **10 casos clínicos** mediante la “Hoja Naranja” enviados por e-mail a la Coordinación del Proyecto en la Unidad Técnica Regional de Coordinación de Adicciones y **27 casos clínicos** mediante la “Hoja Naranja”, que se entregaron a la Coordinación del Proyecto en esta Jornada de intercambio de experiencias.

- Se elaboró un **Curso on-line para padres**, para la prevención universal de drogodependencias de los hijos. Con la posibilidad de complementarlo con sesiones presenciales locales. Se pretendió iniciar su pilotaje próximamente.

- Se adaptó y editó el cuestionario “Prevalencia de familias de preadolescentes con factores de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas” para el desarrollo de la “**Hoja Naranja**”: Herramienta para la detección de factores de riesgo familiares e individuales de los menores, en la consulta de pediatría de AP.

- Se realizaron dos reuniones para poder incorporar la “**Hoja Naranja**”, en el **OMI-AP** (Oficina Médica Informatizada para Atención Primaria), del Servicio Murciano de Salud.
- Se editó y facilitó a los profesionales de pediatría de AP, un vídeo como **modelo de entrevista motivacional** con consejo breve de salud sobre alcohol y otras drogas para ser aplicado con familias y sus hijos menores, en la Jornada de intercambio de experiencias.

8.- *DISCUSIÓN*

8. DISCUSIÓN:

El Programa ARGOS-Murcia se enmarca en el Modelo de Promoción de la Salud y Sociocognitivo que, siguiendo las directrices de la OMS^{36,104}, se despliega transversalmente en la red de AP y Especializada, atendiendo a la necesidad de intervención temprana para la prevención del consumo de alcohol, detectadas en poblaciones vulnerables como son las mujeres embarazadas y lactando, población infanto-juvenil, adolescentes y adultos con consumo de alcohol de riesgo, que despliega acciones de alcance comunitario.

La estrategia de la Unión Europea⁸² para reducir los daños relacionados con el alcohol establece como prioridad, controlar su consumo en menores, mediante programas generales de prevención que empiecen en la primera infancia y pasa por la necesidad de una coordinación entre todos los agentes implicados, en consonancia con el Programa ARGOS-Murcia, que mediante sus proyectos: Argos-Comunitario, Argos-Familias, Argos-AP y Argos-Nato, desarrolla la prevención y atención del consumo de alcohol y otras drogas desde que la mujer empieza a planificar su embarazo hasta que la persona que ha nacido se hace adulta, teniendo en cuenta su desarrollo evolutivo y sus etapas vulnerables como son la adolescencia, el embarazo y la lactancia, si es mujer, y si es un varón, para que sea un apoyo incondicional de ese futuro bebé. Para el funcionamiento adecuado de este programa se ha necesitado la coordinación de todos los agentes implicados, como son los profesionales educativos, los profesionales sanitarios y los profesionales de las corporaciones locales, principalmente.

El fomento de las condiciones preventivas, ha requerido el esfuerzo institucional para el diseño, despliegue y posteriores apoyos del programa, que reorienta los servicios sanitarios y crea un entorno que apoya la salud, fortaleciendo la acción comunitaria y desarrollando habilidades personales para la adopción de estilos de vida saludables¹⁰⁴. Fue propuesto por Green y colaboradores a partir del marco conceptual desarrollado por la Salud Pública, al que se le añade el concepto de la existencia de unos procesos

sociales y comunitarios que pueden favorecer el control de los individuos y de los grupos de población sobre las variables que condicionan su propia salud y, en consecuencia, sobre las políticas con impacto en la salud^{105,106,107}. Pocos años después de su formulación teórica fue adoptado por la OMS, siendo refrendado por los estados que la integran³⁶.

8.1. DISCUSIÓN DEL PROYECTO ARGOS-ATENCIÓN PRIMARIA

Los profesionales sanitarios son muy relevantes en el abordaje de la prevención y atención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas en la AP de salud, algunos estudios reflejan las dificultades que encuentran al abordarlos, como puede ser la no identificación del problema, la posibilidad de que distorsionen su consumo o el rechazo de tratamientos formales para cambiar su consumo y la falta de tiempo durante la consulta para abordar este problema, son algunas de las barreras que identifican los profesionales sanitarios^{108,109}, aunque el 97% de los sanitarios perciben que la identificación e intervención con bebedores problemáticos es muy importante¹¹⁰.

En consonancia con estos estudios y sus resultados están los obtenidos en el Programa ARGOS-Murcia, concretamente en el Proyecto Argos-AP, que en el cuestionario de opinión localizado en el anexo 3, obtenemos un elevado porcentaje de profesionales sanitarios, sobre el 70%, que aumentaría su implicación considerando la posibilidad de intervenir sistemáticamente sobre adicciones y si las condiciones de trabajo en AP se modifican, para favorecer estas intervenciones. Los principales problemas al ofrecer atención a estos pacientes observan que es la ausencia de protocolos específicos, para tratamientos desde AP y la falta de formación para su abordaje. Según profesiones, los médicos de familia refieren haber recibido más formación en todas las sustancias que enfermeros y pediatras. Además los profesionales sanitarios ven el CS el lugar adecuado para intervenir en adicciones, dando información, aplicando el consejo de salud,

detectando problemas de adicción y realizando acciones de prevención primaria en la comunidad, con unos porcentajes de opinión por encima del 90%, sin embargo, vieron al CS como el ámbito adecuado para ofrecer tratamiento para la dependencia o la desintoxicación el 55,8%, y un 68,3% opinó que hay que derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia⁹⁸.

Los EAP pueden ser resistentes porque aumenta su carga de trabajo, tienen escaso tiempo disponible y personal limitado, y además porque tienen la sensación de que los problemas de alcoholismo son refractarios y no responden a los tratamientos.

Mediante un diseño cualitativo, Aalto y otros autores¹¹¹, han estudiado en 2003 con grupos focales, los posibles obstáculos para llevar a cabo estas intervenciones en los centros de AP. Se dirigieron a médicos y enfermeros de estos centros para conocer sus percepciones subjetivas. Las conclusiones a las que llegaron fueron:

- Persiste en muchos casos una visión dicotómica entre dependientes de alcohol y bebedores moderados sin considerar los conceptos de bebedores de riesgo y bebedores que están sufriendo daño, porque realizan un consumo perjudicial.
- Sienten que les falta preparación y que las intervenciones que realizan no resultan eficaces a pesar de las evidencias sobre su utilidad.
- Falta tiempo y guías claras para desarrollar las intervenciones.
- Dudan sobre la justificación para iniciar un *screening* oportunista centrado en el alcohol a los pacientes, en controversia con esta conclusión la reticencia a preguntar a los pacientes/usuarios sobre sus ingestiones alcohólicas no parece demasiado consistente, dado que consideran correcto que el médico les interroge sobre su consumo étílico¹¹².
- Por último concluyen que las acciones más urgentes para promover las intervenciones breves en la AP son formar a los profesionales en los distintos grados de consumo de alcohol y problemas asociados para que

puedan centrarse en las fases tempranas del bebedor excesivo y proporcionarles guías, en consonancia con estas conclusiones, la Guía Nice aporta que los programas deben ser apoyados con recursos adecuados que incluyan adiestramiento y apoyo¹¹³.

McCormick y otros autores¹¹⁴, han intentado trasladar las evidencias a la práctica clínica habitual mediante tres estudios en distintas regiones: Reino Unido, Nueva Zelanda y Cataluña. En los tres casos se han dirigido a los profesionales implicados, en una estrategia de abajo arriba, pero sin olvidar la importancia de los apoyos institucionales, de arriba abajo, en consonancia con el procedimiento de nuestro programa que ha sido apoyado por el Plan Nacional sobre Drogas y las Gerencias de las AS. Las conclusiones de este y otros estudios previos son similares:

- Se ha puesto en entredicho la propuesta de realizar el *screening* de forma indiscriminada por el temor a como afecte a la relación terapéutica. Sería interesante desarrollar mejores técnicas para detectar los consumos de riesgo.
- Conviene empezar por las preocupaciones de los propios pacientes y negociar el cambio más que imponerlo o recetarlo.
- Es necesaria una formación adecuada implicando al equipo multidisciplinar.

Los profesionales de AP, están dispuestos a aumentar su implicación en las intervenciones en alcohol y otras drogas en el CS⁹⁶, aunque consideran que tienen escasa formación y encuentran como problema principal la falta de tiempo, en consonancia con las conclusiones de Varela⁹⁷ y Aubá⁷⁹. Manifiestan que las funciones del CS son: dar información general y consejo, así como llevar a cabo la detección precoz y la prevención primaria en la comunidad. También consideran que hay una mala coordinación con los recursos asistenciales, en relación con la atención de las drogodependencias, el Centro de Salud Mental y el Centro de Atención a Drogodependientes, igualmente afirma Aubá Llambrich, J., 2015, que los obstáculos que tienen los profesionales sanitarios estarían relacionados con falta de tiempo, escasa formación o dificultades de coordinación con otros

recursos sanitarios⁷⁹. En consonancia con lo anteriormente expuesto otro investigador añade que las actuaciones deberían integrar diferentes elementos: formación continuada, evaluación y retroalimentación del estado del tema, mayor implicación a todos los niveles de la administración sanitaria, introducción de incentivos a los profesionales (económicos o de otro tipo), y coordinación con servicios específicos de apoyo en Salud Mental¹¹¹, de acuerdo con estas conclusiones, otro estudio añade que es posible apoyar la práctica de estas intervenciones mediante la construcción de protocolos sistemáticos, la difusión de manuales y guías, la formación, y el impulso de investigaciones orientadas a la acción¹¹⁵.

La guía NICE¹¹³ en relación a las intervenciones breves concluye que la revisión de la evidencia no identifica mayor eficacia de intervenciones más extensas sobre otras más breves y por eso se recomienda que el *screening* sea continuado por un consejo breve estructurado como primera medida. Si no hay respuesta a esta intervención, entonces se puede proporcionar una intervención breve más extendida como una entrevista motivacional o una terapia motivacional. En relación a estas evidencias, otros estudios recientes consideran que en AP la intervención breve es más efectiva que una intervención breve de larga duración o un consejo motivacional⁷⁹.

Las intervenciones breves son eficaces para reducir el consumo excesivo de alcohol, el número de episodios de consumo de riesgo y la frecuencia de consumos excesivos, en el ámbito de la AP de salud. El personal sanitario debería ser adiestrado para poder utilizar las técnicas de la entrevista motivacional cuando tienen que intervenir con pacientes que se encuentran en estadios de precontemplación o contemplación.

Teniendo en cuenta estos estudios, en el Programa ARGOS-Murcia, se emplean las intervenciones breves con consejo de salud en el proyecto Argos-AP, Argos-Nato y Argos-Familias, con población embarazada, adolescente, adulta y familias. Las dos primeras poblaciones con consejo de consumo cero alcohol y en población adulta (a partir de dieciocho años), dependiendo de los resultados obtenidos en el *screening* oportunista o programado.

El cribado del consumo de bebidas alcohólicas es una actividad relacionada con los estilos de vida de las personas que merece una atención especial por parte de los profesionales de AP y también de las autoridades sanitarias considerando que los beneficios de la disminución del riesgo, tanto individual como colectivo son evidentes⁷⁹, en consonancia con la filosofía del Programa ARGOS-Murcia.

El *screening* utilizado en la investigación-acción llevada a cabo por los profesionales sanitarios que desarrollan la primera línea de investigación, propuesta tras la II Jornada de Formación de formadores (que incluye formación de Investigadores) es el cuestionario CAGE Camuflado¹¹⁶, se utiliza el AUDIT en una segunda visita, cuando el paciente/usuario da 2 o más respuestas positivas en el CAGE Camuflado, que su consumo la última semana sea considerado de riesgo y que haya sospecha de no veracidad. Otros estudios difieren en que utilizan como primera prueba de screening el AUDIT, aportando nueva evidencia sobre las bondades del mismo, como instrumento de primera elección para realizar un cribado sistemático de los bebedores de riesgo en el marco de la AP de salud^{117,118}, a lo cual se añadió que en la Investigación-Acción realizada en el Proyecto Argos-AP, se consideró iniciar la intervención breve sobre alcohol con el cuestionario CAGE Camuflado porque es una forma menos directa de comenzar el cribado sobre alcohol, y más si se trata de una intervención oportunista como es el ejemplo de esta investigación, además preserva más la relación terapéutica profesional sanitario y paciente/usuario.

Siendo el alcohol el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura e incapacidad y su uso nocivo factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, generando una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad¹¹⁹, llevar a cabo de manera sistemática la intervención oportunista sobre consumo de alcohol desde AP es imprescindible, como recoge la Cartera de Servicios de AP⁷⁶.

La efectividad de las intervenciones breves en la AP en casos de consumo de riesgo y perjudicial está bien establecida por las investigaciones. No hay evidencias para el uso de las intervenciones breves en casos de dependencia de alcohol⁷⁹, aunque en los individuos con dependencia alcohólica leve, se puede tratar y acompañar en la reducción de riesgo, aunque precisaremos derivar a servicios especializados en casos con mayor dependencia u otras circunstancias⁷⁹. Tanto los pacientes que presentan dependencia del alcohol, como los que presentan comorbilidad médica, psiquiátrica o adictiva, como aquellos en los que la intervención breve ha resultado ineficaz, deberían ser derivados a un centro especializado en el tratamiento del alcoholismo. Estos centros deben disponer del personal y los medios adecuados para tratar a unos pacientes con numerosa comorbilidad médica, psiquiátrica y adictiva; debiendo mantener una estrecha relación con la AP, para agilizar las derivaciones, garantizar los seguimientos y el tratamiento de las posibles patologías físicas que presenten los pacientes.

En relación con la efectividad de las intervenciones breves, en un metanálisis de 22 estudios sobre la aplicación de intervención motivacional breve y utilizando mediante 12 criterios, un análisis de su calidad y del tamaño de efecto de su eficacia, concluye que es efectiva para reducir el consumo de alcohol en bebedores no dependientes tanto si buscan tratamiento como si la intervención es oportunista^{120,121}. En consonancia con lo que añade la OMS⁶⁵ en su Estrategia Mundial para reducir el consumo de alcohol, esta problemática supone uno de los tres primeros problemas de Salud Pública en los países desarrollados, por lo cual es de absoluta necesidad desarrollar técnicas para llevar a cabo un diagnóstico precoz de los consumos de alcohol problemáticos e intervenir, lo antes posible para reducirlos. Estas intervenciones, deben ser efectivas, con gran cobertura poblacional y optimizar los recursos, adaptándose a las diferencias culturales, para encajar en las circunstancias locales, también siendo flexibles y aceptables clínicamente⁷⁹, con una visión realista. Con la práctica habitual terminan adquiriendo una mayor variabilidad de forma válida¹¹⁴. Para dotar de éxito, este tipo de actuaciones, se suele requerir un trabajo

conjunto de administraciones, expertos, y sociedades profesionales, y también un esfuerzo continuado¹¹⁵.

Hace muchos años que autores como Heather¹²² o Wallace¹²³ demostraron la eficacia y efectividad del cribado e intervención breve en AP. Se acepta que el grado de efectividad es del 25%, por lo que constituye una medida sanitaria con alta eficiencia⁷⁹. En términos de ratio coste-beneficio, las intervenciones breves muestran la mejor relación tanto respecto a costes sanitarios como sociales⁸⁸, este aspecto se ha tratado en la justificación de este trabajo de tesis y por autores ya referenciados.

En cuanto al coste-efectividad de la entrevista motivacional, el metanálisis “Mesa Grande”¹²⁴ calcula que la entrevista motivacional es la segunda técnica con más tamaño de efecto en su eficacia, detrás de las intervenciones breves. Esta técnica ha demostrado su eficacia en numerosos estudios controlados en intervenciones breves^{114,25,21}, y como la duración de la entrevista motivacional es más breve que otras terapias y su efecto se desvanece en el tiempo más lentamente, la conclusión es que la entrevista motivacional tiene una relación muy coste-efectiva. Finalmente señalan que la severidad de la dependencia no influye en el tamaño del efecto y, sí en una mayor duración de la intervención. En otro metaanálisis de 72 ensayos clínicos aleatorizados sobre la entrevista motivacional en distintas enfermedades¹²⁵, incluido el abuso de alcohol, encuentran que en el 80% de los 28 estudios sobre alcohol, la entrevista motivacional tiene un efecto significativamente superior en la disminución del consumo de alcohol frente al consejo tradicional.

Teniendo en cuenta estos aspectos de efectividad y coste sociosanitario, avalados por la evidencia científica, el Programa ARGOS-Murcia y concretamente los proyectos de AP, Familias y Nato utilizan el consejo breve de salud apoyado con la entrevista motivacional como intervenciones breves en sus consultas sanitarias.

Ballesteros y otros autores¹²³ estudiaron la eficacia de las intervenciones breves en nuestro medio en la AP, en 2002: apreciaron reducciones de hasta 80 a 100 gramos por semana, obteniendo resultados más moderados en 2004, en un metanálisis más extenso¹²⁶, sin embargo, el efecto de la intervención motivacional breve parece desvanecerse con el tiempo, tal como encuentra Wutzke¹²⁷ en que la disminución de la cantidad y el consumo peligroso a los 9 meses no se mantiene, aspectos conocidos pero no medidos en el proyecto Argos-AP.

El cribado de consumo de riesgo de alcohol y la intervención desde la AP se valoran como una acción prioritaria por su eficacia y factibilidad. Sin embargo, a pesar de las evidencias señaladas, su implantación efectiva en nuestro país no es bien conocida, aunque se han difundido algunas iniciativas prometedoras en los últimos años¹¹⁵. Las intervenciones breves no parecen de momento que se realicen con la frecuencia deseada, ni estar implantadas como parte de la rutina habitual en los centros de AP, es decir, la información recogida sugiere que el cribado y la intervención breve sobre el consumo de riesgo de alcohol en la AP no están actualmente implantados de forma sistemática en la praxis profesional. Esta situación se repite en muchos países, lo que sugiere que el objetivo es motivar y empoderar a los profesionales de AP, como señala el Programa ARGOS-Murcia, para que realicen estas intervenciones en su práctica diaria en la consulta de AP.

Según algunos estudios la prevalencia de consumo de riesgo en AP oscilaría en 20% en varones y 2% en mujeres, con valores medios cercanos al 5%⁷⁹, obtenemos resultados similares en el Programa Argos, en el cual en una muestra de 1715 pacientes, se obtiene un resultado positivo en CAGE camuflado de 8,2 %, 12 % del total de hombres y 4,3% del total de mujeres, de estos 1715 pacientes, 999 indicaron su consumo semanal, considerado de riesgo el 12 %; de manera que pacientes que acuden a consulta de AP por otro motivo, tienen un consumo de alcohol de riesgo sin diagnosticar¹⁰³, datos obtenidos de los resultados de la línea de investigación número tres, sobre prevalencia de consumo de alcohol en adultos en el proyecto Argos-AP.

La respuesta adecuada ante estos resultados es que el nivel de la AP le corresponde la prevención secundaria, identificando personas con consumo de riesgo y ofreciendo consejo de salud para reducirlo⁷⁹, con similares conclusiones se posiciona el Programa ARGOS-Murcia, porque la AP de salud como nivel inicial de atención, requiere que sus profesionales tomen conciencia de su capacidad para desarrollar la prevención e intervención con el paciente que consume/abusa del alcohol y la importancia de llevar a cabo el cribado sistemático, para la detección de la dependencia alcohólica¹²⁸. Para ello ha de ser consciente del volumen de población que acude a consulta con este tipo de problema y que no ha sido detectado.

Por lo cual, los profesionales de AP, médicos de familia y enfermería, que incorporan de manera escasa a sus actividades habituales el cribado de alcohol y el consejo breve⁷⁹, resultados obtenidos del Proyecto-AP del Programa ARGOS-Murcia, deberán aumentar el nivel de cribado del consumo de bebidas alcohólicas, y ofrecer intervenciones de efectividad reconocida a los individuos con criterios de consumo de riesgo. Un número significativo de estos individuos reducirá su ingesta de alcohol y así el riesgo asociado¹¹¹.

Las intervenciones para favorecer el cribado y la intervención precoz en el consumo de alcohol y otras drogas en España, como ya sabemos por lo expuesto anteriormente, no está establecido en AP de salud, de forma sistemática, aunque sí se han desarrollado iniciativas y acciones como la capacitación a los profesionales sanitarios mediante formación, e integración de esta actividad en los sistemas de información de la AP como en (Garijo García, J.-2015)¹¹², que tras seis años de programa como el Programa ARGOS-Murcia, han formado a más de 240 médicos residentes de medicina familiar y comunitaria, dos promociones de enfermeros internos residentes, cuatro promociones de formación de tutores y ocho sesiones clínicas en centros de salud y una en especializada, en sinergia con estos resultados, pero con datos más numerosos, podemos añadir que nuestro programa ha formado a 1032 profesionales de AP (médicos de familia, enfermeros de familia, profesionales de pediatría y matronas, incluyendo también médicos y

enfermeros residentes que se encontraban en los CS cuando se llevó a cabo las sesiones clínicas de formación entre iguales), en la I Jornada de Formación de Formadores y en la formación entre iguales. En la II Jornada de Formación de Formadores e Investigadores y en la formación entre iguales, 634 profesionales sanitarios de AP formados, con el mismo perfil profesional que el anteriormente descrito entre paréntesis. La formación entre iguales (primer y segundo 2+2) también llamadas sesiones clínicas se desarrolló en la gran parte de los 73 CS participantes en el programa, con un total de 100 sesiones clínicas. Por otro lado se han formado 713 profesionales de salud de AP y especializada, en el cribado y consejo breve de salud con mujeres embarazadas y en proceso de lactancia a través del Proyecto ARGOS-Nato, y 214 profesionales de pediatría en el Proyecto ARGOS-Familias, consejo breve de salud en familias.

Cabe mencionar otros programas formativos para los profesionales sanitarios como instrumento de cribado sistemático y consejo breve de salud sobre alcohol, como son *Beveu menys*¹²⁹ y Programa Cantabria¹³⁰, con más de diez años de evolución. Todos los programas de formación de los profesionales de AP de salud e intervención breve sobre alcohol mencionados y analizados en estas discusiones, incluido el Programa ARGOS-Murcia, difunden que, con motivación y atención apropiada, resulta mucho más fácil que las personas que no son dependientes del alcohol y otras drogas, disminuyan e incluso suspendan su consumo, por ello la importancia de sistematizar un diagnóstico de consumo y una intervención breve desarrollada por el personal sanitario de primera línea.

Probablemente hasta ahora se han desarrollado iniciativas con una difusión y alcance limitados que en algunos casos se podrían considerar ejemplos de buena práctica, bien desde alguna sociedad profesional o desde algunas Comunidades Autónomas (sea desde el Plan Autonómico de Drogas o desde el Servicio Autonómico de Salud). Para alcanzar una mayor implantación y unificación de estos programas, desde el Plan Nacional sobre Drogas y concretamente desde la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016¹³¹, se trabaja en la Acción 8, en el “Proyecto de mejora de los procesos

de detección precoz e intervención breve en bebedores de riesgo en Atención Primaria y en Urgencias Hospitalarias (especial atención a jóvenes)”, que está en la fase de implementación de dos pruebas piloto, una en AP y otra en urgencias hospitalarias, para evaluar la implementación de un protocolo de detección precoz e intervención breve de bebedores de riesgo, con especial mirada en los jóvenes. Se lidera desde Cataluña y Murcia participa en los proyectos pilotos. El desarrollo de esta acción facilitará la mejora del trabajo que estamos llevando a cabo en nuestro país en relación a la identificación precoz e intervención breve del bebedor de riesgo. Política priorizada, además de en nuestro Plan de Acción 2013-2016 de la Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016 del Ministerio de Sanidad, en los Planes de Acción en alcohol de la OMS.

El desarrollo de programas de investigación aplicada en este campo podría también ayudar a progresar¹¹⁵, en concordancia está el Programa ARGOS-Murcia para lograr estos objetivos, concebido para implicar en la prevención de drogodependencias a los profesionales sanitarios de los EAP de Salud de la Región de Murcia, implantando de manera progresiva un modelo de intervención integral, mediante formación, investigación-acción y empoderamiento, realizado en coordinación con el resto de los niveles asistenciales, de manera que integra un ambicioso programa, que permite desarrollar prevención, diagnóstico precoz, tratamiento e investigación clínica en el ámbito del uso, abuso y dependencia de alcohol y otras drogas desde AP, pretendiendo alcanzar el aumento de registros en la historia clínica a través del OMI-AP, intervención no evaluada en este programa, pero sí prevista de cara al futuro.

Consideramos que una de las razones de la acogida favorable del Programa Argos-Murcia fue el apoyo económico del Plan Nacional sobre Drogas, que ha permitido liberar a los profesionales sanitarios en horas de formación, proporcionando sustitutos a su cargo, para facilitar la asistencia a las diferentes jornadas. Los profesionales que se comprometían con impartir las actividades de formación entre sus compañeros (“formación entre iguales”) han percibido una compensación económica correspondiente a la

tarifa que tiene asignada el Servicio Murciano de Salud de manera oficial para cualquier otra actividad formativa en horario laboral. Todas las acciones formativas han tenido acreditación desde la Comisión de Formación Continuada del Servicio Nacional de Salud.

Las gerencias de las Áreas de Salud han apoyado el programa con la difusión y convocatoria de los profesionales sanitarios de los centros de salud a las diferentes jornadas, facilitándoles su asistencia y asistiendo a la presentación de las mismas.

8.2. DISCUSIÓN DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO

El alcohol es la droga más consumida por nuestros adolescentes y jóvenes¹⁰², con lo cual es relevante y necesaria la intervención en esta población debido a la alta prevalencia y al estilo de consumo que se está realizando: el consumo juvenil es sobre todo en fines de semana, en espacios públicos y, con la manifiesta motivación de divertirse, se busca intencionadamente la embriaguez, agravado por una gran tolerancia social y la escasa percepción de riesgo que su uso conlleva, en consonancia con estas afirmaciones presentamos algunos datos⁶ que muestran la gravedad del problema al que nos enfrentamos:

- Más de 8 adolescentes de cada 10 de la Región de Murcia (81,7%) ha probado alguna vez el alcohol, el 39,1% el tabaco y un 10,5% de menores ha probado el cánnabis.
- Destaca la superioridad de las prevalencias en las mujeres con respecto a los varones en todas las modalidades de consumo en las drogas legales: Consumo habitual de alcohol de chicas 75.4% y de chicos 68.9%, de tabaco 25.1% de chicas y 20.4% de chicos.
- Realizan botellón al menos una vez a la semana un 12,2% de chicas y un 10,7% de chicos.
- Más de la mitad de los adolescentes se han emborrachado alguna vez en la vida (mujeres 57.44% y hombres 48.64%).

- El 38,7% de los alumnos de Secundaria y Bachiller realizaron en el último mes “Bingedrinking” (5 ó más vasos o copas en un intervalo de 2 horas), siendo mayor el consumo en las niñas de 14 a 16 años que el de los chicos con estas edades.

Las estrategias preventivas son efectivas cuando se inician en el momento más temprano posible del proceso evolutivo, de desarrollo de la persona, antes de manifestar conductas problemáticas o los resultados de dichas conductas⁷⁶, en consonancia con los principios que deben responder los programas preventivos. La edad media de inicio del consumo de alcohol es 13,8⁶ años, por ello este proyecto educativo y comunitario interviene al inicio de 1º de ESO con alumnos de 12-13 años, para anticiparse a los primeros consumos. Deben desarrollarse partiendo de la integración de los sistemas de protección social, educación y AP de salud, para asegurar ofertas integrales, complementarias, continuadas y coordinadas. Este proyecto implica tres ámbitos: educativo, sanitario y local, con lo cual es una estrategia preventiva comunitaria, que aplica uno de los principios de efectividad preventiva⁶. Cumpliendo estos principios preventivos, desarrollamos el Proyecto Argos-Comunitario “Alcohol: Conciencia con ciencia”, cuyo objetivo general y último es disminuir el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes durante el empleo de su tiempo libre, así como los riesgos para su salud.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la Encuesta sobre drogas a profesores de Educación Secundaria¹³², en cuanto a que consideran que los profesores están motivados y tienen clara la orientación de la prevención en la escuela, aunque consideran que tienen escasez de conocimientos y uso de ideas preconcebidas e inexactas sobre las drogas, así como déficit formativo sobre sustancias, causas del inicio del consumo y formas de abordaje de la prevención, concluyendo en que consideran que falta tiempo y formación para realizar actividades preventivas en clase¹³³. En consonancia con estos resultados, en el cuestionario cualitativo: Evaluación del proyecto educativo Argos-Comunitario: “Alcohol: Conciencia con ciencia¹⁰⁰”, realizado por profesionales docentes, hemos obtenido similares

resultados (en torno al 70 %, en todas las cuestiones comentadas próximamente, han respondido bastante y mucho, siendo otras opciones de respuesta poco, nada y suficiente que no se han valorado para este porcentaje) con las respuestas, en cuanto a que consideran pertinente realizar programas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en alumnos de 1º de ESO, que tienen interés en participar en futuros programas de prevención de drogas y que consideran necesario recibir formación específica para seguir desarrollando actividades de prevención del consumo de alcohol y otras drogas; después del desarrollo del proyecto Argos-Comunitario, lo cual nos hizo plantearnos el aumento de conocimiento sobre drogas de los profesionales educativos, a parte de la formación llevada a cabo durante las Jornadas de Formación y Coordinación que se realizaron al inicio del proyecto, convocando un orientador y un PTSC de cada centro educativo, para lo cual hemos preparado unas jornadas y un curso presencial, de cara al futuro para formar a los profesores de Educación Secundaria en la prevención de adicciones y su abordaje desde el ámbito educativo, tratando de ser fieles en el cumplimiento de uno de los principios de los programas preventivos que es formar especialistas en prevención, basándonos en la evidencia científica, para asegurar que otros mediadores sociales no especializados, puedan ejercer una función preventiva desde sus respectivos campos de actuación²⁹.

Pensamos que estas acciones formativas van a favorecer el empoderamiento de los profesionales educativos, para la realización de actuaciones de prevención de drogas con sus alumnos y consideren que es una prioridad para los mismos, dedicándoles el tiempo pertinente a este tema.

En otros trabajos se ha planificado la formación y el asesoramiento en prevención de drogas al profesorado de centros de Educación Secundaria y la sensibilización al alumnado en relación con los riesgos y daños de las drogas¹³², en consonancia con el plan de trabajo que se ha llevado en el Proyecto Argos-Comunitario, propio de estudio de esta tesis, donde la implicación de los profesionales educativos ha sido fundamental para el

desarrollo de las Unidades Didácticas (la primera y la tercera), en el centro educativo, con los alumnos de 1º de ESO, tras la formación de estos profesionales educativos en las Jornadas de Formación y Coordinación, demostrando la posibilidad real de llevar a cabo estas actuaciones de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, de forma integral, complementaria, continuadas y coordinadas¹³⁴.

En este trabajo¹³² se concluyó que los profesores de Educación Secundaria creen que las charlas informativas por parte de expertos no son una solución, pero si un complemento en la labor de prevención del profesorado, en lo cual estamos de acuerdo, porque las charlas de forma aislada tienen poca efectividad preventiva²⁹. Aportamos que la impartición de Unidades Didácticas integradas dentro de un programa comunitario como es el Programa ARGOS- Murcia, si es preventivo y con efectividad preventiva, ya que dispone de materiales de apoyo de calidad para la implementación del mismo y asegura que otros mediadores no especializados, como los profesores de Educación Secundaria, puedan ejercer una función preventiva desde sus respectivos campos de actuación⁴⁹. También por la participación y coordinación con los centros de AP de salud, donde los niños de 1º de ESO se han desplazado para recibir la formación en relación con los riesgos y daños que produce el consumo de alcohol, con la segunda Unidad Didáctica, de forma interactiva (más efectiva que la transmisión de conocimientos de forma tradicional en dirección vertical). Esta última actuación creemos determinante e innovadora porque los alumnos acompañados por sus profesores, acuden al CS como si de una excursión se tratara produciendo una experiencia emocional que favorece la retención de los conocimientos adquiridos durante más tiempo y sedimentación de los mismos a nivel cognoscitivo, en esto difiere del trabajo anteriormente mencionado¹³², ya que la formación sobre los daños y riesgos del uso y abuso del alcohol y otras drogas se va a llevar a cabo en el centro educativo. En consonancia con estas afirmaciones podemos añadir que a los profesionales docentes le parece adecuado el trabajo conjunto entre el CESO y el CS de AP¹⁰⁰.

Este grupo de trabajo opina que este modelo de cooperación podría extenderse a otros centros educativos de forma que la AP sirva de apoyo a los profesionales educativos que se han de enfrentar a diario a una realidad para la que en muchas ocasiones no tienen las herramientas necesarias¹³², ante lo cual podemos añadir que el Proyecto Argos-Comunitario, integrado dentro del Programa ARGOS-Murcia, y en coordinación con el Proyecto Argos-AP, ha hecho realidad lo anteriormente comentado porque nuestros CS son el referente de los profesores y de los alumnos cuando aparezcan problemas en relación con el consumo de alcohol y otras drogas, gracias a la coordinación conseguida.

Se ha mantenido una elevada participación y coordinación de los tres sectores implicados en el Proyecto Argos-Comunitario, con un interés común: Los centros de salud, los centros educativos y los Ayuntamientos, para llevar a cabo el desarrollo de dicho Proyecto Educativo, que además es innovador ya que aborda la educación de los menores para la prevención de drogodependencias, desde una perspectiva comunitaria con una cobertura regional, involucrando a profesionales de tres sectores comunitarios primordiales:

- Del ámbito educativo: Profesorado de 1º de ESO (orientadores, PTSC, tutores y otros profesores).
- Del ámbito sanitario de AP: médicos, enfermeros, pediatras y matronas.
- Del ámbito de las corporaciones locales: Técnicos de los Planes Municipales/Mancomunales de Prevención de Drogodependencias.

Han participado 70 CS de toda la Región de Murcia de los 79 posibles convocados, que tienen CESO de referencia, en las Jornadas de Formación y Coordinación. Hay 4 CS que formados en el Proyecto Argos-AP no tienen CESO. Esta participación en las Jornadas por parte de los CS ha sido muy elevada no bajando del 80%, lo cual determinó la adherencia al Proyecto, por parte de AP. Los profesionales sanitarios que asistieron son elevados, con porcentajes no menores del 75% en todas las fases excepto en la fase 3 (AS I, V y IX) con un 60%. Esta asistencia tan elevada se debió a la potente

difusión del Proyecto Argos-Comunitario y de las Jornadas de Formación y Coordinación, mediante al apoyo de las gerencias de cada AS.

Se formaron 33 Ayuntamientos de los 35 convocados posibles de la Región de Murcia, para coordinar las visitas de los CESO a los CS, siendo su asistencia a las Jornadas de Formación y Coordinación por parte de los Ayuntamientos muy elevada, en dos de las cuatro Jornadas acuden todos los Ayuntamientos convocados y en las otras dos sólo falta un Ayuntamiento del total de los convocados. En cuanto a los profesionales que asisten, en las cuatro Jornadas asisten más de uno por Ayuntamiento, con lo cual se obtienen porcentajes de participación de hasta un 186%. Esta elevada participación está relacionada con la habitual forma de trabajo de los Planes y Programas Municipales de Prevención de Drogodependencias con la Unidad Técnica de Coordinación Regional de Adicciones y los compromisos comunes. Esta elevada participación y motivación facilita la coordinación entre los CS y los CESO, siendo responsable en muchos casos de los resultados tan positivos, obtenidos en el Proyecto Argos-Comunitario.

La participación y asistencia por parte de los CESO y de los profesionales de educación es más baja que la de los CS y la de los Ayuntamientos, porque es más complicada la coordinación entre diferentes Consejerías y Direcciones Generales. La Consejería de Educación realizó la difusión del Programa ARGOS-Murcia y el Proyecto Educativo Argos-Comunitario a los Orientadores y PTSC, para su asistencia a las Jornadas de Formación y Coordinación y posterior participación en la Campaña “Alcohol: Conciencia con ciencia”. Participaron en la formación un total de 110 CESO, destacando la tercera fase con la mayor participación con un 60% de CESO y un 111% de profesionales educativos, lo cual deriva en la alta participación posterior de los alumnos de 1º de ESO en las Áreas de Salud: I, V y IX.

El Proyecto educativo “Alcohol: Conciencia con ciencia” cuenta con una alta participación aunque se espera en los próximos cursos escolares aumentarla¹³³, de hecho este último curso escolar (2014/2015) ha aumentado considerablemente el número de alumnos de 1º de ESO que han recibido las tres Unidades Didácticas, porque se ha implantado en toda la

Región, de manera que el curso escolar anterior fueron formados 6.579 alumnos y este han sido 10.528 alumnos, llegando a un total de 20.330 alumnos de 1º de ESO en tres cursos escolares desde que se inició este proyecto educativo. No hemos encontrado ningún trabajo o estudio para comparar en relación a estos resultados tan concretos.

8.3. DISCUSIÓN DEL PROYECTO ARGOS-NATO

En los últimos años el estudio de los efectos teratógenos del alcohol ha puesto de manifiesto que no existe un límite de consumo de alcohol seguro durante el embarazo y por tanto la recomendación es la abstinencia^{135, 136,137}. A pesar de estas recomendaciones el consumo de alcohol en la mujer embarazada sigue siendo frecuente¹³⁸. Muchas mujeres embarazadas saben que el consumo de alcohol puede perjudicar la salud de su hijo pero creen que consumos moderados son aceptables y no suponen un riesgo para el desarrollo del feto por lo que siguen bebiendo durante la gestación¹³⁹. Los resultados obtenidos en el Proyecto Argos-Nato coinciden con estas afirmaciones porque un 90% de las mujeres embarazadas desconocían los efectos negativos del alcohol para sus hijos y en general tienen una baja percepción de riesgo en relación con el consumo de sustancias adictivas.

Los porcentajes de consumo de alcohol detectados en la muestra son altos, mayores del 50%, pero se apreció una disminución del consumo de alcohol, en el número de mujeres que consumían alcohol al inicio del embarazo, en un 13% (del 72% al 59%) comparando los datos obtenidos en el año 2010 con la muestra de 533 mujeres embarazadas y la muestra de 2011 y 2012 que suman 958 mujeres embarazadas. Estos resultados que son muy elevados tienen que ver con los patrones de consumo de nuestra población, aunque en nuestro país, los estudios que recogen la información sobre el consumo de alcohol durante el embarazo y sus efectos son escasos, sabemos que las mujeres en edad fértil actualmente consumen alcohol de forma frecuente, por ello vamos a mencionar los datos referentes a la encuesta nacional domiciliaria en la población femenina con edades

comprendidas entre 15-44 años que establece una prevalencia de consumo en los últimos 30 días superior al 57% de la población encuestada⁵. Recientemente en Barcelona se realizó un estudio de marcadores de exposición a alcohol en meconio encontrando que el 45% presentaban elevados niveles de marcadores directos de consumo de alcohol¹³⁸. Concretamente en la Región de Murcia un 77% de las mujeres que interrumpieron voluntariamente su embarazo en el primer trimestre referían consumir alcohol con al menos 4 bebidas al mes¹⁴⁰.

Fruto del cribado con la “Hoja Verde”, se detectaron y trataron 17 mujeres embarazadas politoxicómanas, 4 casos de SAF y 4 mujeres embarazadas derivadas a una comunidad terapéutica. La prevalencia del SAF varía notablemente en los distintos países dependiendo de los patrones de consumo de alcohol y se ha establecido entre 0.2- 8.5 por 1000 RN vivos, la prevalencia del ESAF es mucho más alta, 8.5 por 1000 RN vivos, aunque su diagnóstico es más complejo y está mucho más infradiagnosticado¹⁴¹. De hecho pensamos que el número tan alto de casos detectados de consumo de alcohol en mujeres embarazadas y las consecuencias en sus hijos, se debe a los esfuerzos en formación realizados en este proyecto. Aunque es en Estados Unidos y Canadá donde más estudios se han realizado sobre el ESAF, aún en estos países el personal sanitario percibe déficits de formación para abordar el diagnóstico de estas patologías con éxito^{142,143}. Profesionales de Australia, Israel, Italia y España reconocen la falta de formación y la necesidad de entrenamiento para adquirir las destrezas necesarias para tratar este problema en la práctica clínica^{144,145,146,147}. Recientemente en un estudio conjunto entre España e Italia se analizaron los conocimientos de neonatólogos y pediatras sobre el ESAF, poniéndose de manifiesto la importancia de la formación en el cribado de consumo de alcohol durante el embarazo como punto de partida para poder realizar la intervención adecuada en la gestante¹⁴⁷. La metodología utilizada en el Programa ARGOS-Murcia mediante la Formación de Formadores y la Formación entre Iguales, así como la Formación Continuada, ha servido para aumentar la formación de médicos y enfermeros de familia, matronas,

pediatras y ginecólogos en la prevención, la detección precoz, la intervención y el tratamiento del consumo de alcohol durante el embarazo, complementándose con los trípticos difundidos a todo el Servicio Murciano de Salud y a las mujeres embarazadas y puérperas.

La consulta prenatal en Atención Primaria alberga un entorno ideal para la identificación y la aplicación del consejo breve de salud a la embarazada consumidora de alcohol⁷⁸. Además, sabemos que las intervenciones breves sobre alcohol en la mujer embarazada en AP, son útiles para reducir el consumo de alcohol en 3-9 unidades/semana y este efecto dura de 6 a 12 meses¹³⁷ y pueden conseguir la abstinencia cuando no hay problemas de dependencia, en la mayoría de las mujeres embarazadas.

Aunque en la práctica asistencial se indaga sobre el consumo de alcohol, esta información no se recoge de forma estandarizada y protocolizada, siguiéndose en cada institución una metodología distinta, las guías clínicas^{148,149} diseñadas para la detección, prevención y tratamiento del ESAF basan el éxito de estos protocolos en la instrucción del personal sanitario para recoger y detectar el consumo de alcohol en la gestación.

Hemos de tener en cuenta que el éxito de estas intervenciones depende de las creencias y actitudes de los profesionales sanitarios encargados del cribado y el consejo breve de salud a la mujer embarazada y puérpera, con lo que la puntuación media obtenida en la encuesta de opinión de las matronas asistentes al “I Curso Regional de Matronas en Pediatría Medioambiental: Herramienta para prevenir y disminuir los factores de riesgo medioambiental en el embarazo y la lactancia” fue de 2,38 (Medida con Escala Likert donde 0 mínimo y 3 máximo).

Por otro lado la utilidad del cribado con la herramienta de la “Hoja Verde”, además de la abstinencia de la mujer embarazada, es la detección de niños que han estado expuestos a alcohol en el útero de su madre, para hacer un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, lo que se logró con el programa “ELIJO más sano”.

8.4. DISCUSIÓN DEL PROYECTO ARGOS-FAMILIAS

La atención familiar y comunitaria es el elemento de intervención nuclear de la AP de salud⁷⁸. La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016¹³¹, que reconoce que la comunidad educativa constituye junto a la familia la instancia más importante para la socialización de las personas: "*para optimizar los resultados de la educación sobre drogas es imprescindible la implicación... de la comunidad educativa, alumnado, familia y profesorado*", objetivo que persigue y pone en práctica este proyecto junto con el Proyecto Argos-Comunitario, porque valora estos factores de protección en la prevención de los problemas del uso y abuso de alcohol.

Los programas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas más efectivos, según la evidencia científica, son los de prevención familiar que combinan la formación de los padres y la formación de los hijos¹⁵⁰, siguiendo estas recomendaciones el Proyecto Argos-Familias ha previsto la formación de los padres a través de los pediatras de AP y de un curso on line, esta formación se complementa con el Proyecto Argos-Comunitario, centrado en la formación de los niños de 11-12 años. La adquisición de conocimientos en prevención de drogodependencias por parte de los padres y de los hijos a través de los profesionales sanitarios y además con una forma interactiva justifica el Programa ARGOS-Murcia y su metodología, como un programa preventivo que cumple criterios de efectividad.

El Proyecto Argos-Familias se ha diseñado siguiendo los criterios que avalan las intervenciones conjuntas con los padres y los hijos^{151,152}, y al mismo tiempo aprovecha los recursos de la consulta de pediatría⁷⁸, mejorando el desarrollo de habilidades de la familia que según Kumpfer y Alvarado (2003) podría conseguir un efecto de dos a nueve veces mayor que las intervenciones de prevención centradas únicamente en la formación de los niños¹⁵³.

9.- *CONCLUSIONES*

9. CONCLUSIONES

Primera. Los profesionales sanitarios de los CS Opinan que la AP es el lugar idóneo para ofrecer a los usuarios información sobre drogas, prevención, detección precoz y la aplicación del consejo breve de salud. Así mismo reconocen disponer de escasa formación para la detección precoz e intervención en materia de sustancias de abuso y pocos materiales de apoyo.

Segunda. El programa ARGOS-Murcia ha formado al 53,4% (n=1032), del total de médicos, enfermeros, pediatras y matronas, que integran las plantillas de los EAP de la Región de Murcia en intervenciones en materia de drogodependencias que han demostrado efectividad, como son el cribado sistemático y el consejo breve de salud protocolizado. El sistema de *“formación de formadores”*, *“formación entre iguales”* y la metodología de trabajo por proyectos de *investigación/formación/acción* son adecuados y eficaces para la formación de los profesionales sanitarios.

Tercera. El apoyo institucional y económico del Plan Nacional sobre Drogas y la implicación de la Gerencias de las nueve Áreas de Salud han sido claves para el éxito del Programa ARGOS-Murcia.

Cuarta. El 35% de los sanitarios y el 69% de los centros de salud participantes en el Programa ARGOS-Murcia desarrollaron alguna línea de investigación. Un tercio de los EAP que han recibido formación, han aplicado directamente los conocimientos adquiridos y están en mayor disposición para cambiar la forma de abordar los problemas de sus pacientes relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. El 74% de los centros de salud finalizaron las investigaciones. Podemos afirmar que la metodología utilizada en este Programa, produce una alta adherencia ya que empodera a los profesionales sanitarios que a través de la investigación-acción aplican las intervenciones más eficaces en materia de drogodependencias.

Quinta. El cribado sistemático y la intervención con el consumo de alcohol de riesgo, en adultos, niños/adolescentes y embarazadas ha demostrado ser implementable en Atención Primaria de Salud, con un mínimo entrenamiento. Los profesionales han intervenido en condiciones habituales de la consulta, poniendo en práctica la formación recibida sobre intervenciones sistematizadas para la prevención, detección precoz y tratamiento de los diferentes problemas asociados con el consumo de alcohol y otras drogas.

Sexta. En la intervención de investigación / acción realizada con población adulta que acudía de manera espontánea a las consultas de los Centros de Salud, se han detectado elevadas prevalencias de consumo de alcohol considerado de riesgo. Estas cifras contrastan con el bajo número de pacientes que acuden por problemas relacionados con dichos consumos. La metodología utilizada permite detectar el consumo de alcohol de riesgo sin diagnosticar. Es de esperar que un impacto directo del Programa ARGOS-Murcia sea la detección progresiva en las consultas de los Centros de Salud de personas que presentan consumos de alcohol de riesgo, que de otra manera no se podrían detectar.

Séptima. La prevención desde una perspectiva comunitaria con cobertura Regional, involucrando a profesionales de los sectores educativo (profesorado de 1ª ESO), sanitario (médicos y enfermeros) y local (técnicos de los planes municipales-mancomunales de prevención de drogodependencias) ha permitido implantar este programa de formación en los centros de Educación Secundaria Obligatoria sobre las repercusiones físicas, psíquicas y sociales derivadas del consumo de alcohol; proporcionando a los adolescentes herramientas para manejar la presión de grupo.

Octava. La formación de los profesionales en el cribado e intervención de exposición a alcohol durante el embarazo aumenta la detección de mujeres consumidoras, la intervención y como consecuencia la disminución del consumo. Estas intervenciones repercuten positivamente en la salud del feto en desarrollo.

Novena. Las intervenciones realizadas en Atención Primaria y Especializada con las mujeres embarazadas han permitido un aumento de la formación y difusión del Proyecto Argos-Nato y de la necesidad de intervenir en prevención neonatal hasta la adolescencia, creándose una línea de investigación-acción longitudinal de casos de niños de madres consumidoras durante el embarazo. La investigación activa de los niños expuestos a alcohol durante el embarazo permite un diagnóstico precoz del ESAF y su seguimiento facilita la minimización de sus consecuencias biopsicosociales.

Décima. El asesoramiento de los padres a través del pediatra de Atención Primaria en materia de drogodependencias, posibilita intervenciones preventivas complementarias entre el niño/adolescente y su familia.

10.- *BIBLIOGRAFÍA*

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Edwards, G. y Arif, A. Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1981.
2. García Rodríguez, J. A. y López Sánchez, C. Manual de estudios sobre alcohol. EDAF, S.A. Madrid. 2001.
3. Moya García, C. Informe sobre Consumo de Alcohol. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para El Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 2007. 167 pp.
4. Nutt, D. J., King, L. A. y Phillips, L. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet. United Kingdom. 2010. 376(9752)1558–65 p.
5. Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia. Unidad Técnica Regional de Coordinación de Adicciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Sanidad. Encuesta Domiciliaria EDADES (15-64 años). Murcia. 2013.
6. Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia. Unidad Técnica Regional de Coordinación de Adicciones. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Sanidad. Encuesta sobre uso de drogas en estudiantes de Enseñanza Secundaria ESTUDES (14-18 años). Murcia. 2012.
7. Villar Lorenzo, A. B., Puerta Ortuño, C., Medina Infante, B. A., Jiménez Roset, J. y López Santiago A. “ARGOS-Murcia, consiguiendo el vellocino de oro”. XL Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Murcia. 2013.
8. Villar Lorenzo, A. B., Puerta Ortuño, C., Medina Infante, B. A., Alcaraz Velasco, A., Ruiz Ros, J. M. y Martínez Carrillo, J. A. “Programa Argos: Prevención del consumo de alcohol desde AP”. VII Congreso Nacional FAECAP y II Congreso Regional SEAPREMUR. Murcia. 2011.
9. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004.

10. Informe sobre farmacodependencia. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1969.
11. Promoción de la Salud. Una discusión de conceptos y principios, a discusión. Organización Mundial de la Salud. Copenhage. 1984.
12. Monturiol, F. y Silva, A. Los usos de drogas y su impacto en la cultura: El caso gitano. 1998.
13. Oughorlian, J. La persona del toxicómano. Herder. Barcelona. 1977. 215 pp.
14. Edwards, G. Nomenclatura y clasificación de drogas y alcohol y problemas relacionados. Memorandum de la Organización Mundial de la Salud. Génova. 1981.
15. (APA). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Barcelona. 2002.
16. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud. Madrid. 1992.
17. Caudevilla, F. Drogas: Conceptos Generales, epidemiología y valoración del consumo. Grupo de intervención de drogas SEMFYC. Barcelona. 2013.
18. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Organización Mundial de la Salud. 2004.
19. Guía sobre drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 2007.
20. Griffith, E., Marshall, E. J. y Cook C. C. The Treatment of Drinking Problems a guide for the helping professions. Fourth. Cambridge University Press. Cambridge. 2003.
21. Saunders, J. B., Babor, T. F., Aasland, O. G., Amundsen, A. et al. The structure and correlates of alcohol dependence: WHO collaborative project on the early detection of persons with harmful alcohol consumption--III. 1993;88(12):1627–36 p.
22. Altisent, R., Cordoba, R. y Martín-Moros, J. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. Medicina Clínica. Barcelona. 1992;99: 584–8 p.

23. Pereiro Gómez, C. Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. Madrid. 2010. 780 pp.
24. Informe sobre alcohol. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 2007.
25. Bennett, G., Miller, W. R. y Rollnick, S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. Nueva York: Guilford Press. 1991. 348 pp.
26. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Vigésima tercera edición. Madrid. 2014.
27. Cortés, M., Climent, B., Flórez, G., Torrens, M., Giménez, J. A., Rossi, P. et al. Consecuencias bio-psicosociales derivadas del consumo agudo y crónico del alcohol. Alcoholismo: Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. 2013. 35-98 p. Available from: www.cdc.gov/ncbddd
28. Becoña Iglesias, E. La necesidad de partir de un modelo teórico: teorías y modelos explicativos en la prevención de las drogodependencias. Bases científicas de la prevención de drogodependencias. Capt. 4. Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 159-188 p.
29. Salvador Llivina, T., de Silva Rivera, A., Puerta Ortuño, C., Jiménez Roset, J., Alcaraz Velasco, A. y Villar Lorenzo, A. B. Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2011.
30. Gordon, R., Steingberg, J. A. y Silverman, M. An operational classification of disease prevention. Preventing mental disorders. Rockville MD: U. S.: Department of health and Human Services. 1987. 20-26 p.
31. Diputación de Barcelona. Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos. 2011.
32. National Institute on Drug Abuse. Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. 2003.

33. Catalano, R. F., Hawkins, J. D., Berglund, M. L., Pollard, J. A. y Arthur M. Prevention science and positive youth development: Competitive or cooperative frameworks. *Adolesc Health*. 2002. 31: 230–9 p.
34. Becoña Iglesias, E. Factores de riesgo y protección. Bases científicas de la prevención de drogodependencias. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. Capt 5: 189-226. p.
35. Moncada, S. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. Prevención de las drogodependencias, análisis y propuestas de actuación. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 1997. 85–101 p.
36. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ottawa (Canadá). 1986.
37. Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. Manual de Trastornos adictivos. 2ª ed. Barcelona. 2011. 501 pp.
38. Green, L. W. y McAlister, A. L. Macro-intervention to support health behaviour: some theoretical perspectives and practical reflections. 11: *Health Education & Behavior*. 1984. 323-39 p.
39. Green, L. W., Kreuter, M. W. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Palo Alto C. M. 1991.
40. Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud. Madrid. 1999.
41. Ganar Salud en la Escuela. Ministerio de Educación y Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009. 182 pp.
42. Nieda, J. Transversales. Educación para la Salud. Educación sexual. Madrid. 1992.
43. Miller, N. y Dollard, J. *Social Learning and Imitation*. Yale University Press. New Haven. 1941.
44. Bandura, A. *Principles of Behavior Modification*. Holt, Rinehart, & Winston. Oxford, England. 1969. 677 pp.
45. Bandura, A. *Social Learning Theory*. General Learning Press. New York. 1977.
46. Bandura, A. *Prentice-Hall Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs, N.J. Oxford, England. 1973. 390 pp.

47. Bandura, A. Principles of Behavior Modification. Holt, Rinehart & Winston. New York. 1969.
48. Bandura, A. et al. The exercise of control. Self-Efficacy. New York. 1997.
49. Becoña Iglesias, E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 1999.
50. Becoña Iglesias, E. La necesidad de partir de un modelo teórico: teorías y modelos explicativos en la prevención de las drogodependencias. Bases científicas de la prevención de drogodependencias. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. Capt. 4: 159-188 p.
51. Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. y Botvin, E. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: Results of a 3-year study. Journal of consulting and clinical psychology. 1990. 58, 437-446 p.
52. Botvin, G. J., Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. Drug abuse. Origins and interventions. Washington. 1999. 285-308 p.
53. Catalano, R. F. y Hawkins, D. The social development model: A theory of antisocial behavior. Delinquency and crime. Current theories. Press. JDHCU. New York. 1996. 198-235 p.
54. Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D. et al. Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. 1996. 429-55 p.
55. Oetting, E. R. y Donnermeyer, J. Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. Substance Use & Misuse. 1998. 33: 995-1026 p.
56. Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L. y Donnermeyer J. Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. Substance Use & Misuse. 1998. 33: 1629-1665 p.

57. Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F. y Deffenbacher J. Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. III. Substance Use & Misuse. 1998. 33: 1629-1665 p.
58. Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., Trimble, J. E. y Beauvais F. Primary socialization theory: Culture, ethnicity and cultural identification. The links between culture and substance use IV. Substance Use & Misuse. 1998. 33: 2075-2107 p.
59. Oetting, E. R. Primary socialization theory. Developmental stages, spirituality government institutions, sensation seeking and theoretical implication. V. Substance Use & Misuse. 1999. 34: 947-982 p.
60. Flay, B. R., Petraitis J. y Albrecht. G. The theory of triadic influence: a new theory of health behaviour with implications for preventive interventions. Advancesin. 1994. 19-44 p.
61. Alonso Sanz, C., Salvador Llivina, T., Suelves Janxich, J. et al. Prevención de la A a la Z. Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Madrid. 2004.
62. Jiménez Roset, J., Puerta Ortuño, C., Villar Lorenzo, A. B. et al. Plan Regional sobre Drogas 2007-2010. 1ª Edición. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo. Unidad Técnica Regional de Coordinación de Drogodependencias. Murcia. 2010. 183 pp.
63. Rodríguez García, S. La investigación acción. 2011. 2010–17 p.
64. Vidal Ledo, M. y Rivera Michelena, N. Investigación Acción. Educación Médica Superior. Ciudad de la Habana. 2007.
65. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Organización Mundial de la Salud. 63ª Asamblea General de Salud. 2010. 2–3 p. Available from: www.who.org
66. Babor, T. F. y Higgins-Biddle, J. Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Un Manual para su utilización en Atención Primaria. Valencia. 2001.
67. Anderson, P., Gual, A. y Colom, J. Alcohol y Atención Primaria de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2008. 3-148 p.

68. Cabrera, A. y Gustavo, A. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultativa Nacional de Salud Pública*. 2000. 18(2): 129–38 p. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12020109.pdf>
69. Ovejero, A. *La teoría de la disonancia cognoscitiva*. Madrid. 1975. Available from: <http://www.psicothema.com/pdf/873.pdf>
70. Prochaska, J. y DiClemente, C. Transactional therapy: toward a more integrative model of change. *Psichoterapy: theory, research and practice*. New York. 1982. 19: 276-288 p.
71. Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. *Audit. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Valencia. Organización Mundial de la Salud. 2001.
72. DiClemente, C. C., Bellino, L. E. y Neavins, T. Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*. 1999. 23(2): 86–92 p.
73. Carbonari, J. P. y DiClemente, C. Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. 68(5): 810–7 p.
74. Friedman, J. *Empowerment. The politics of alternative development*. Cambridge, Massachusetts and Blackwell. 1992. Available from: <https://www.blm.gov/adr/adrpublications.html>
75. Zarco Montejo, J. *El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. SEMFYC. Barcelona. 2007.
76. *Cartera de Servicios de Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud*. 2010.
77. *Cartera de Servicios del Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad*. 2007. 1–714. Available from: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153131-cartera_sms.pdf
78. Martín Zurro, A. M. y Jodar Solá, G. J. *Atención Primaria de Salud y Atención Familiar y Comunitaria*. S.L. España: Elsevier. 2011. 14 pp. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00024-7>

79. Aubá Llambrich, J. Cribado del consumo de riesgo e intervención breve en Atención Primaria: Revisión de su efectividad y factibilidad. XLII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Logroño. 2015.
80. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. 320 pp.
81. Morini, L., Falcón, M., Pichini, S., García-Algar, O., Danesino, P., Groppi, A. y Luna, A. Ethyl-glucuronide and ethyl-sulfate in placental and fetal tissues by liquid chromatography coupled with tandem mass spectrometry. *Analytical Biochemistry*. 2011. 30–6 p.
82. Estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol. Organización Mundial de la Salud. Bruselas. 2006.
83. Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R. y Abbott, R. Preventing adolescent health risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 1999. 153: 226–34 p.
84. Chisholm, D., Doran, C., Shibuya, K. y Rehm, J. Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug Alcohol Rev*. 2006. 25(6): 253–65 p.
85. Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. et al. Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. 2002. 26: 36–43 p.
86. Gentilello, L. M., Ebel, B. E., Wickizer, T. M., Salkever, D. S. y Rivara, F. P. Alcohol interventions for trauma patients treated in emergency departments and hospitals: a cost benefit analysis. *Annals of surgery*. 2005. 241(4): 541–550 p.
87. Ludbrook, A., Godfrey, C., Wyness, L. et al. Effective and cost-effective measures to reduce alcohol misuse in Scotland. Edinburgh: Scottish Executive Health Department. 2002.
88. Popova, S., Mohapatra, S., Patra, J. et al. A literature review of cost-benefit analyses for the treatment of alcohol dependence. 2011. 8(8): 3351–64 p.

89. Instituto Nacional de Estadística. 2014.
90. Zarco Montejo, J. M., Caudevilla Galligo, F., López Santiago, A., Álvarez Mazariegos, J. P. y Martínez Osorio, S. Actuar es posible. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Plan Nacional sobre Drogas y SEMFYC. Madrid. 2007.
91. López Santiago, A., Zarco Montejo, J., Villanueva Bañuls, M. y Caudevilla Galligo, F. Programa Argos. Actividades con alumnos. Prevención del consumo de drogas en el medio escolar. Plan Nacional sobre Drogas y SEMFYC. Madrid. 2008.
92. López Santiago, A., Zarco Montejo, J., Villanueva Bañuls, M. y Caudevilla Galligo, F. Programa Argos. Actividades con profesionales sanitarios. Plan Nacional sobre Drogas y SEMFYC. Madrid.; 2008.
93. López Santiago, A., Zarco Montejo, J., Villanueva Bañuls, M. y Caudevilla Galligo, F. Programa Argos. Actividades con padres y madres. Plan Nacional sobre Drogas y SEMFYC. Madrid. 2008.
94. López Santiago, A., Zarco Montejo, J., Villanueva Bañuls, M. y Caudevilla Galligo, F. Programa Argos. Actividades con alumnos. Plan Nacional sobre Drogas y SEMFYC. Madrid. 2008.
95. López Santiago, A., Zarco Montejo, J., Galve Sánchez-Ventura, J., Nebot Adell y M., Mascort Roca, J. Sesiones clínicas en Atención Primaria. Drogas y Familia: Prevención y orientación. Abordaje desde la Atención Primaria. Plan Nacional sobre Drogas y SEMFYC. Madrid. 2008.
96. Megías Valenzuela, E. La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Madrid. 2001.
97. Varela Veiga, M. Percepciones y opiniones del médico de Atención Primaria sobre el consumo de alcohol. 2003.
98. Medina Infante, B. A., Villar Lorenzo, A. B., Puerta Ortuño, C., García Ruiz, F. J. y Alcaraz Velasco A. Postura de los profesionales de Atención Primaria ante la intervención en alcohol y otras drogas en el

- Centro de Salud. Logroño: XLII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. 2015.
99. Puerta Ortuño, C., Medina Infante, B. A., Villar Lorenzo, A. B., Alcaraz Velasco, A. y Durán Hiniesta, J. M. Unidades Didácticas: "Alcohol: Conciencia con ciencia." Primera edición. Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia. 2012. 1-35 pp.
100. Villar Lorenzo, A. B., Puerta Ortuño, C., Jiménez Roset, J., Medina Infante, B. A. y López Santiago, A. Evaluación del proyecto educativo Argos-Comunitario: "Alcohol: Conciencia con ciencia." Murcia. 2015.
101. Ortiz Pinilla, N. Escala Abreviada de Desarrollo. Únete por la Infancia (UNICEF). Colombia. 1999.
102. Encuesta Nacional sobre uso de Drogas en estudiantes de Enseñanza Secundaria: ESTUDES (14-18 años). Observatorio Nacional sobre Drogas. Madrid. 2014.
103. López Santiago, A., Medina Infante, B. A., Villar Lorenzo, A. B., Puerta Ortuño, C., Jiménez Roset, J., et al. "¿Es posible mejorar la atención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol?". IX Congreso Regional de Calidad Asistencial, SOMUCA. Murcia. 2013.
104. Cuarta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Organización Mundial de la Salud. Yakarta (Indonesia). 1997. 1-50 p. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf
105. Green, L. Toward cost-benefice evaluations of health education: Some concepts, methods and examples. Health Education Monographs. Suplemento. 1974. 34-64 p.
106. Green, L. W., Wilson, A. L. y Lovato, C. Y. What changes can health promotion achieve and how long do these changes last? The trade-offs between expediency and durability. Preventive medicine. 1986. 15 (5), 508-21 p.
107. Green, L. W., Kreuter, M. W. Health program planning: An educational and ecological approach. 4^a edition. Nueva York. 2005.

108. Fankhanel, T., Julia, L., Stephanie, P., Karen, V. y Andreas, K. Screening and brief intervention in primary care: barriers against an early intervention for patients with alcohol misuse. *Psychother Psychosom Medizinische Psychol.* 2014. 64(9-10): 373–7 p.
109. Tsai, Y.F., Tsai, M.C., Lin, Y.P., Weng, C.E., Chen, C.Y. y Chen M.C. Facilitators and barriers to intervening for problem alcohol use. *J Adv. Nursing.* 2010. 66(7): 1459–68 p.
110. Mrozowicz-Gaudyn, D., Carballo, J. L., Coloma Carmona, A. y Zazo Menargues, J. M. Barreras para la identificación e intervención breve con bebedores problemáticos en Atención Primaria. XLII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Logroño. 2015.
111. Aalto, M., Petteri, P. y Seppa, K. Obstacles to carrying out brief interventions for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug Alcohol Rev.* 2003. 22 (2): 169–73 p.
112. Garijo García, V., Camarena Soler, F. y Giménez Milán, A. Formación en Trastornos por consumo de alcohol y Tabaquismo. XLII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Logroño. 2015.
113. Guidelines National Institute for Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. 2010. Available from: www.nice.org.uk/guidance/PH24
114. McCormick, R., Docherty, B., Segura, L., Colom, J., Gual, A., Cassidy, P. et al. The research translation problem: Alcohol screening and brief intervention in primary care—real world evidence supports theory. *Drugs: Education, prevention and policy.* 2010. 17(6): 732–48 p.
115. Villalbí, J. Intervenciones para favorecer el cribado y la intervención precoz: Situación en España. XLII Socidrogalcohol. Logroño. 2015.
116. Díez, S., Martín, J. M., Altisent, R., Aznar, P., et al. Cuestionarios breves para la detección precoz de alcoholismo en Atención Primaria. *Atención Primaria.* 1991.8(5): 367–70 p.
117. Gual, A. y Colom, J. Papel de la Atención Primaria de la salud frente a los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. *Revista de Medicina Clínica.* 2001. 116: 136–7 p.

118. Gómez, A., Conde, A., Aguiar, J.A., Santana, J.M., Jorrín, A. y Betancor P. Utilidad diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en Atención Primaria. *Revista de Medicina Clínica*. Barcelona. 2001. 116: 121–4 p.
119. Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud. Organización Mundial de la Salud. 2014.
120. Hillsdon, M. Motivational Interviewing. *Health Promotion Practice*. 2006. 41:74–85 p.
121. Vasilaki, E. I., Hosier, S. G. y Cox, W.M. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, PubMed. 2006. 328–35 p. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16547122>
122. Heather, N., Champion, P. D., Neville, R. G. y Maccabe, D. Evaluation of a controlled drinking minimal intervention for problem drinkers in general practice (the DRAMS scheme). *J. R. Coll Gen Pract*. 1987. 37(301): 358–63 p.
123. Wallace, P., Cutler, S. y Haines, A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *Br. Med. Journal*. 1988. 297(6649): 663–8 p.
124. Miller, W.R. y Wilbourne, P. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials or treatments for alcohol use disorders. *Addiction*. 2002. 93(3): 265–77 p.
125. Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. y Christensen, B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *Br. J. Gen Pract*. 55(513): 305–12 p.
126. Ballesteros, J., Duffy, J. C., Querejeta, I., Ariño, J. y González-Pinto, A. Efficacy of Brief interventions for hazardous drinkers in Primary Care: Systematic review and meta-analyses. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2004. 28 (4): 608–18 p.
127. Wutzke, S. E., Conigrave, K. Saunders, J. B. y Hall, W. D. The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction*. 2002. 97(6): 665–75 p.

128. Medina Infante, B. A., Villar Lorenzo, A. B., Puerta Ortuño, C., Jiménez Roset, J., et. al. Tomemos conciencia, nuestros pacientes tienen un consumo de alcohol de riesgo y no lo sabemos. XLII Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. 2015.
129. Gual, A., Contel, M. y Colom, J. Guía didáctica para el abordaje del alcohol en la Atención Primaria de salud. Programa Beveu Menys. Programa de Drogues i Sida. Barcelona. 1999.
130. Díez Manrique, J.F. y García Usieto, E. Programa Cantabria Intervención Breve. Santander. 1999.
131. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
132. Díaz Gallego, P., Poblet Montells, L., Bou Barba, V., Aubá Llambrich, J. et al. Encuesta sobre drogas a profesores de educación secundaria. Logroño. XLII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. 2015.
133. Suelves, J.M., Romero, R. y Sánchez-Turet, M. Prevención del Abuso de Drogas en la Escuela Secundaria tras la Reforma Educativa. Implantación de Diversos Programas en la Ciudad de Barcelona. Gaceta Sanitaria. 2000. 14(2): 131–8 p.
134. Villar Lorenzo, A. B., Medina Infante, B. A., Jiménez Roset, J., López Santiago, A. et al. Proyecto ARGOS-Comunitario “Alcohol: Conciencia conciencia”. Logroño. XLII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. 2015.
135. Albéniz J. Psicofármacos en el embarazo y la lactancia. Barcelona. 2009.
136. Alcantud Marín, F., Alonso Esteban, Y. y Jiménez Pina, E. Trastornos del desarrollo asociados con la exposición al alcohol durante el embarazo y la lactancia. Nau Llibres. Valencia. 2012.
137. Córdoba, R., Cabezas, C., Camarelles, F., Gómez, J., Díaz Herráez, D., López Santiago A et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria. 2012. 44(1): 16–22 p. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(12\)70011-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(12)70011-2)
138. Garcia-Algar, O., Kulaga, V., Gareri, J., Koren, G., Vall, O., Zuccaro, P., Pacifici, R. y Pichini, S. Alarming prevalence of fetal alcohol

- exposure in a Mediterranean city. Therapeutic drug monitoring. 2008. 249–54 p.
139. Raymond, N., Beer, C., Glazebrook, C. y Sayal, K. Pregnant women's attitudes towards alcohol consumption. *BMC Public Health*. 2008. 9(1). 175 pp.
140. Falcon, M., Valero, F., Pellegrini, M., Rotolo, M. C., Scaravelli, G., Joya, J., Pichini, S. et al. Exposure to psychoactive substances in women who request voluntary termination of pregnancy assessed by serum and hair testing. *Forensic Science International*. 2010. 22–6 p.
141. May, P., Gossage, J. P., Kalberg, W. O., Robinson, L. K., Buckley, D., Manning, M., et al. Prevalence and epidemiologic characteristics of Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) from various research methods with an emphasis on recent in school studies. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2009. 176–92 p.
142. Nevin, A. C., Parshuram, C., Nulman, I. Koren, G. y Einarson, A. A survey of physicians knowledge regarding awareness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS. *BMC family practice*. 2002. 3(1), 2 pp.
143. Gahagan, S., Sharpe, T.T., Brimacombe, M., Fry-Johnson, Y., Levine, R., Mengel, M., et al. Pediatricians' Knowledge, Training, and Experience in the Care of Children With Fetal Alcohol Syndrome. *Pediatrics*. 2006. 657–68 p. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2005-0516>
144. Senecky, Y., Inbar, D., Diamond, G., Basel-vanagaite, L., Rigler, S. y Chodick, G. Fetal alcohol spectrum disorder in Israel. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2009. 619–22 p.
145. Payne, J., Elliott, E., D'Antoine, H., O'Leary, C., Mahony, A., et al. Health professionals' knowledge, practice and opinions about fetal alcohol syndrome and alcohol consumption in pregnancy. *Public Health*. 2005. 558–64 p. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16366068>
146. Elliott, E. J., Payne, J., Haan, E. y Bower, C. Diagnosis of foetal alcohol syndrome and alcohol use in pregnancy: A survey of paediatricians'

- knowledge, attitudes and practice. *Journal of paediatrics and child health*. Australia. 2006. 42(11), 698–703 p.
147. Vagnarelli, F., Palmi, I., Garcia-Algar, O., Falcon, M., Memo, L., Tarani, L., Pichini, S. et al. A survey of Italian and Spanish neonatologists and paediatricians regarding awareness of the diagnosis of FAS and FASD and maternal ethanol use during pregnancy. *BMC pediatrics*. 2011. 11(1), 51 pp. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/51>
148. *Guide Clinical of Fetal Alcohol Exposure*. National Institute on Alcohol Abuse (NIAA). 2003.
149. Koren, G. y Nulman, I. *The Motherisk Guide to Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)*. Canadá. 2006. 39 pp.
150. Koning, I. M., Vollebergh, W.A., Smit, F. et al. Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addict* 104. 2009;(10): 1669–78 p.
151. *World drug report. Methodology*. Oficina de Naciones Unidas para las drogas y el crimen. 2009.
152. Spoth, R., Greenberg, M., et al. Preventive interventions addressing underage drinking: state of the evidence and steps toward public health impact. *Estados Unidos*. 2008.
153. Kumpfer, K. L. y Alvarado, R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*. 2003. 58(6/7):457–65 p.

ENLACES WEB DE INTERÉS:

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016:

<http://www.pnsd.msc.es/novedades/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

Plan de Acción sobre Drogas España 2013-2016:

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlanAccion2013_2016.pdf

http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es/index.html

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/ganarSaludEscuela.pdf>

11.- ANEXOS

11.-ANEXOS:

ANEXO I: EJES, OBJETIVOS GENERALES, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ACTUACIONES DEL PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS (2016-2020, EN PROCESO) EN RELACIÓN CON EL PROGRAMA ARGOS-MURCIA.....283

ANEXO II: OTROS RESULTADOS PARCIALES DE LA PRESENTE TESIS DOCTORAL, DIFUNDIDOS Y PUBLICADOS EN LOS SIGUIENTES FOROS CIENTÍFICOS, JORNADAS Y CONGRESOS DE INTERÉS SANITARIO NACIONAL E INTERNACIONAL.....287

ANEXO III: CUESTIONARIO DE OPINIÓN SOBRE INTERVENCIÓN EN DROGAS.....289

ANEXO IV: TRES VÍDEOS PARA MODELADO DE INTERVENCIÓN CON ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y CONSEJO BREVE DE SALUD SOBRE ALCOHOL EN EMBARAZADAS, ADOLESCENTES Y ADULTOS.....291

ANEXO V: POLIDÍPTICO: “INTERVENCIÓN BREVE DE SALUD SOBRE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA”.....293

ANEXO VI: CUESTIONARIOS AUDIT Y CAGE-CAMUFLADO.....295

ANEXO VII: CARTELES DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO DE LA CAMPAÑA “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”.....297

ANEXO VIII: CUESTIONARIO UTILIZADO EN EL CIRCUITO USUARIOS DE LA CAMPAÑA “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA” DENTRO DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO.....299

ANEXO IX: SÍNTESIS DE LAS UNIDADES DIDÁCTICAS DEL PROYECTO EDUCATIVO ARGOS-COMUNITARIO: “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”.....301

ANEXO X: UNIDADES DIDÁCTICAS DEL PROYECTO EDUCATIVO ARGOS-COMUNITARIO: “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA” EN FORMATO DVD

.....303

ANEXO XI: CUESTIONARIO DE OPINIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE EL “CIRCUITO USUARIOS” DE LA CAMPAÑA: “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”, DENTRO DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO

.....305

ANEXO XII: CUESTIONARIO DEL CONCURSO ESCOLAR “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”

.....307

ANEXO XIII: ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN PARA ALUMNOS Y PROFESORES

.....309

ANEXO I: EJES, OBJETIVOS GENERALES, OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ACTUACIONES DEL PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS (2016-2020, EN PROCESO) EN RELACIÓN CON EL PROGRAMA ARGOS-MURCIA:

EJE 1.- COHESIÓN Y COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

OBJETIVO GENERAL Nº 1: Optimizar la cohesión y coordinación institucional en el ámbito de las Drogodependencias en el marco de la Región de Murcia.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 3:** Que los profesionales de la sanidad, servicios sociales, docentes, ONG`s y colectivos de voluntarios, dispongan de mayor oferta formativa en drogodependencias.

Actuación nº 6: Desarrollo de un plan de formación en drogodependencias, para profesionales y otras poblaciones de interés.

EJE 2. PREVENCIÓN DE ADICCIONES.

OBJETIVO GENERAL Nº 2: Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, daños y costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 8:** Que la población en general tome conciencia de las consecuencias de los problemas derivados del consumo de drogas.

Actuación nº 10: Desarrollo de un plan de comunicación en prevención de drogodependencias, a través del uso de las Nuevas Tecnologías (webs, redes sociales, App`s, etc.).

Actuación nº 12: Desarrollo de campañas prioritariamente en los ámbitos sanitario y educativo.

OBJETIVO GENERAL Nº 3: Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 9:** Fortalecer el papel de AP de Salud en la prevención de drogodependencias.

Actuación nº 13: Implementación de un Programa de prevención, detección precoz e intervención comunitaria en drogodependencias, en AP de Salud.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 10:** Acrecentar la implementación de Programas educativos de prevención de drogodependencias acreditados.

Actuación nº 14: Implementación del desarrollo de las estrategias educativas en prevención de drogodependencias, a través de la coordinación con la Consejería de Educación y Universidades.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 11:** Promover proyectos integrales de prevención comunitarios.

Actuación nº 15: Impulso de la coordinación entre la Consejería de Sanidad, a través de la DG de Salud Pública y Adicciones y la Administración Local, para el desarrollo de Planes Locales de Prevención de Drogodependencia a través del apoyo técnico y de financiación pública a las estrategias comunitarias de intervención en el ámbito local.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 12:** Impulsar la prevención familiar a través de Programas acreditados.

Actuación nº 17: Desarrollo de un Programa universal, selectivo e indicado de prevención familiar, que implique a los ámbitos sanitario (pediatría de AP de Salud), educativo y comunitario, para mejorar las competencias de los padres como agentes de prevención de drogodependencias de sus hijos.

OBJETIVO GENERAL Nº 4: Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales y reducir los riesgos asociados.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº16:** Que la población en general y las mujeres en particular, tomen conciencia de las consecuencias del consumo de drogas durante la gestación y la lactancia.

Actuación nº 22: Elaboración de un Programa de prevención de trastornos neuro-comportamentales asociados con la exposición prenatal al alcohol y otras drogas.

EJE 3- ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL

OBJETIVO GENERAL Nº 7: Normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes en base a la evidencia científica, incorporando a la Cartera de Servicios del Servicio Murciano de Salud dichas prestaciones sanitarias.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 27:** Fortalecer el papel de la AP en la intervención de los trastornos por consumo de drogas.

Actuación nº 36: Incorporación a la Cartera de Servicios de AP, del tratamiento de la dependencia alcohólica, tabaco-cánnabis y cocaína.

Actuación nº 37: Elaboración y desarrollo de un Programa de reducción de daño en dependencia alcohólica, y su incorporación a la Cartera de Servicios de AP.

ANEXO II: OTROS RESULTADOS PARCIALES DE LA PRESENTE TESIS DOCTORAL, DIFUNDIDOS Y PUBLICADOS EN LOS SIGUIENTES FOROS CIENTÍFICOS, JORNADAS Y CONGRESOS DE INTERÉS SANITARIO NACIONAL E INTERNACIONAL:

Jaimes Vega, D.C., Umelino De Freitas, C., García, A. K., Sánchez Saúco, M. F., Ortega García J. A., Jiménez Roset, J., Mora Albarracín, Q. J. y Upegui L. D. "SAMBI: Trabajando para la prevención del consumo de alcohol en jóvenes de América Latina" en XL JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Murcia, 18, 19 y 20 de Abril, 2013.

Jaimes Vega, D. C., Calvo, D. y Ortega García, J. A. "Historia clínica medioambiental pediátrica en la pubertad adelantada" en XII CONGRESO ESPAÑOL DE SALUD AMBIENTAL y VIII CONFERENCIA NACIONAL DE DISRUPTORES ENDOCRINOS. Granada, 12, 13 y 14 de Junio, 2013.

Jaimes Vega, D. C., Mora Albarracín, Q. J., García, K., Osorio, S. y Freitas, C. "Trabajo en Red de salud ambiental infantil: Una experiencia de pensamiento grupal" en LXII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, AEP. Sevilla, 6, 7 y 8 de Junio, 2013.

Jaimes Vega, D. C., Upegui, L. D., Mora Albarracín, Q. J., Raysth, R. y Acevedo, C. P. "Factores de riesgo medioambientales modificables detectados en la consulta de pediatría" en LXII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, AEP. Sevilla, 6, 7 y 8 de Junio, 2013.

Jaimes Vega, D. C., Upegui, L. D., Mora Albarracín, Q. J., Raysth, R. y Helga Lineth Ramirez. Validación de historia clínica pediátrica medioambiental: validación facial y de contenido en LXII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, AEP. Sevilla, 6, 7 y 8 de Junio, 2013.

Jaimes Vega, D. C., Ortega García, J. A., Delgado Marín, J. L., Guía Torrent, J. M., De Paco Matallana, C. y Sánchez Saúco, M. F. "Evolución de las cardiopatías congénitas como 'resultado en salud' de un Programa de prevención regional sobre el efecto teratogénico del alcohol" en LXII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, AEP. Sevilla, 6, 7 y 8 de Junio, 2013.

Sánchez Saúco, MF.; Jaimes Vega, DC.; Ortega García, JA.; Esquerdo Laib, M.; Jiménez Roset, J. "La hoja verde como una herramienta clínica para el tamizaje de factores de riesgo ambientales en la consulta prenatal" en XII CONGRESO ESPAÑOL DE SALUD AMBIENTAL y VIII CONFERENCIA NACIONAL DE DISRUPTORES ENDOCRINOS. Granada, 12, 13 y 14 de Junio, 2013.

Sánchez Saúco M. F., Jaimes Vega, D. C., Esquerdo Laib, M. M., Pastor Torres, E., Ortega García, J. A. y Gil del Castillo, M. L. "Abuso de drogas legales e ilegales y embarazo: Experiencia de 4 casos clínicos desde una perspectiva medioambiental" en XL JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Murcia, 18, 19 y 20 de Abril, 2013.

Sánchez Saúco, M. F., Esquerdo Laib, M., Jaimes Vega, D. C., Martínez Aroca, M., Martínez Romero, C. y Ortega García, J. A. "Intervención integral para la prevención del consumo de alcohol a parejas embarazadas en una consulta de salud medioambiental reproductiva en Murcia" en XL JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL. Murcia, 18, 19 y 20 de Abril, 2013.

ANEXO III: CUESTIONARIO DE OPINIÓN SOBRE INTERVENCIÓN EN DROGAS

1. ¿Ha recibido alguna formación específica sobre drogas en los últimos cinco años (excluido el periodo de la especialidad)?

- Alcohol Sí No
- Tabaco Sí No
- Cannabis Sí No
- Cocaína y otras drogas de abuso Sí No

2. En caso de recibir a un paciente con dependencia en alguna de las siguientes sustancias, ¿se siente Vd. con formación suficiente para realizar...? (1 totalmente en desacuerdo; 5 totalmente de acuerdo):

- **Alcohol:**
 - Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas: 1 2 3 4 5
 - Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia: 1 2 3 4 5
 - Realizar un tratamiento de desintoxicación: 1 2 3 4 5
 - Realizar un tratamiento de la dependencia: 1 2 3 4 5
- **Cannabis:**
 - Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas: 1 2 3 4 5
 - Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia: 1 2 3 4 5
 - Realizar un tratamiento de desintoxicación: 1 2 3 4 5
 - Realizar un tratamiento de la dependencia: 1 2 3 4 5
- **Cocaína:**
 - Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas: 1 2 3 4 5
 - Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia: 1 2 3 4 5
 - Realizar un tratamiento de desintoxicación: 1 2 3 4 5
 - Realizar un tratamiento de la dependencia: 1 2 3 4 5
- **Otras drogas de abuso:**
 - Diagnóstico y tratamiento de patologías orgánicas asociadas: 1 2 3 4 5
 - Diagnóstico y valoración de la situación de dependencia: 1 2 3 4 5
 - Realizar un tratamiento de desintoxicación: 1 2 3 4 5
 - Realizar un tratamiento de la dependencia: 1 2 3 4 5

3. Pensando en su práctica profesional, y en referencia en el ÚLTIMO MES, nos podría decir cuántos pacientes ha recibido, aproximadamente, con problemas relacionados con alguna de las siguientes sustancias:

- **Alcohol:**
Ninguno 1 a 5 (media 1 por semana) 6 a 10 11 a 15 Más de 15 (media 3 por semana)

- **Cannabis:**
Ninguno 1 a 5 (media 1 por semana) 6 a 10 11 a 15 Más de 15 (media 3 por semana)

- **Cocaína:**
Ninguno 1 a 5 (media 1 por semana) 6 a 10 11 a 15 Más de 15 (media 3 por semana)

- **Otras drogas de abuso:**
Ninguno 1 a 5 (media 1 por semana) 6 a 10 11 a 15 Más de 15 (media 3 por semana)

4. Indique los recursos especializados a los que usted puede derivar pacientes con problemas de drogodependencias en su AS (puede señalar varios):

- Centro de Atención a Drogodependientes
 CS Mental
 Programas de metadona
 Asociaciones de alcohólicos
 Comunidades Terapéuticas

5. Valore la coordinación que existe para el seguimiento de los pacientes entre su CS y el recurso asistencial en drogodependencias (1 muy mala; 5 muy buena):

- Centro de Atención a Drogodependientes: 1 2 3 4 5
 ○ CS Mental: 1 2 3 4 5
 ○ Programas de metadona: 1 2 3 4 5
 ○ Asociaciones de alcohólicos: 1 2 3 4 5

6. Señale cómo influyen para usted (pensando en su centro de trabajo) los siguientes aspectos para ofrecer atención a los pacientes con problemas de adicción (1 nada, 5 completamente)

- Falta de tiempo en la consulta 1 2 3 4 5
 ○ Dificultad de coordinación con atención especializada 1 2 3 4 5
 ○ Insuficiente formación en la materia 1 2 3 4 5
 ○ Falta de apoyo por otros profesionales en el CS 1 2 3 4 5
 ○ Ausencia de protocolos específicos para tratamientos desde AP 1 2 3 4 5
 ○ Falta de iniciativas por parte de los responsable del Área 1 2 3 4 5

7. Según su opinión, ¿cuáles de las siguientes actividades deberían ofrecerse desde los centros de salud?

- | | Alcohol | | Cánnabis | | Cocaína | |
|--|---------|----|----------|----|---------|----|
| ○ Actividades de prevención primaria en la comunidad | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| ○ Información general y consejo médico | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| ○ Detección precoz de problemas de adicción y consejo | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| ○ Ofrecer tratamientos de desintoxicación | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| ○ Ofrecer tratamientos de la dependencia | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| ○ Derivar siempre a especializada ante un diagnóstico de dependencia | Sí | No | Sí | No | Sí | No |

8. En relación a la posibilidad de intervenir sobre las adicciones de manera sistemática desde el CS, ¿cuál es su posición?

- Soy partidario de aumentar mi implicación
 Estaría dispuesto a aumentar la implicación si cambian algunas condiciones
 Sólo estoy dispuesto a participar en condiciones excepcionales
 No soy partidario de tener más participación

9. Le rogamos anote todos los comentarios y sugerencias que le parezcan oportunos:

SEXO: Hombre Mujer

CS: Urbano Rural

TRABAJO: Médico de Familia Pediatra Enfermera/o

EDAD: < 35 36-44 45-54 >55

ANEXO IV: TRES VÍDEOS PARA MODELADO DE INTERVENCIÓN CON ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y CONSEJO BREVE DE SALUD SOBRE ALCOHOL EN EMBARAZADAS, ADOLESCENTES Y ADULTOS.



Consejo breve de salud sobre alcohol en Atención Primaria
Tres ejemplos de entrevista con enfoque motivacional en adolescente, embarazada y adulto.

Plan Regional Sobre Drogas

Programa ARGOS Murcia

Región de Murcia
Consejo de Sanidad y Consumo

Sanidad Murcia

Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia

ONCO

Programa ARGOS Murcia

Este DVD contiene tres ejemplos de entrevista en la que se desarrolla, con un enfoque motivacional, el consejo breve de salud sobre alcohol en las tres poblaciones a las que se dirige el programa:

- Prevencción del consumo de alcohol de riesgo en población adulta.
- Prevencción de todo consumo de alcohol en mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- Prevencción de todo consumo de alcohol en adolescentes y de comportamientos de riesgo en jóvenes.

Plan Regional Sobre Drogas

ANEXO VI: CUESTIONARIOS AUDIT Y CAGE-CAMUFLADO

Fecha de registro / / 201.....

Motivo 2ª Cita (Respuesta Múltiple) CAGE SOSPECHA DE NO VERACIDAD CONSUMO RIESGO

AUDIT

	Nunca	1 o menos veces al mes	2 ó 4 veces al mes	2 ó 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 ó 2 <input type="text" value="0"/>	3 ó 4 <input type="text" value="1"/>	5 ó 6 <input type="text" value="2"/>	7 a 9 <input type="text" value="3"/>	10 o más <input type="text" value="4"/>
	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	No <input type="text" value="0"/>	Si, pero no en el curso del último año <input type="text" value="2"/>		Si, en el último año <input type="text" value="4"/>	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?	No <input type="text" value="0"/>	Si, pero no en el curso del último año <input type="text" value="2"/>		Si, en el último año <input type="text" value="4"/>	

> 8 AUDIT POSITIVO

Puntuación AUDIT

ANEXO VII: CARTELES DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO DE LA CAMPAÑA “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”.

Si todos tus amigos se tiran a un pozo...

Alcohol: conciencia con ciencia

El alcohol es la droga más consumida
tanto por **adultos** como por **adolescentes y jóvenes**

El consumo de alcohol en España en 2012 se ha reducido un 10% respecto al año anterior, pasando de 12,5 litros por persona y año a 11,2 litros. Este descenso se debe a una menor ingesta de alcohol por parte de los jóvenes, que han pasado de consumir 14,5 litros a 12,5 litros.

¿Cómo te ves o como te ven los demás?

El alcohol afecta a la salud y a la imagen. El consumo excesivo puede provocar problemas de salud y afectar a la apariencia física.

¿Cuánto tarda el alcohol en quemarse?

El alcohol tarda en quemarse entre 15 y 20 minutos, dependiendo de la cantidad consumida.

¿Diversión o rutina?

El alcohol puede ser una forma de diversión, pero también puede convertirse en una rutina que afecta a la salud.

¿Respetamos las decisiones de los demás y hacemos respetar las nuestras?

El alcohol puede afectar a la capacidad de tomar decisiones y respetar las de los demás.

¿Cuál es la primera causa de muerte de los jóvenes?

El alcohol es la primera causa de muerte de los jóvenes, debido a su consumo excesivo.

¿"Atrazar" de alcohol influye en tener un embarazo saludable?

El alcohol puede afectar a la salud del feto y provocar problemas de desarrollo.

¿Cómo te ves o como te ven los demás?

El alcohol afecta a la salud y a la imagen. El consumo excesivo puede provocar problemas de salud y afectar a la apariencia física.

¿Cuánto tarda el alcohol en quemarse?

El alcohol tarda en quemarse entre 15 y 20 minutos, dependiendo de la cantidad consumida.

¿Diversión o rutina?

El alcohol puede ser una forma de diversión, pero también puede convertirse en una rutina que afecta a la salud.

¿Respetamos las decisiones de los demás y hacemos respetar las nuestras?

El alcohol puede afectar a la capacidad de tomar decisiones y respetar las de los demás.

¿Cuánto tarda el alcohol en quemarse?

El alcohol tarda en quemarse entre 15 y 20 minutos, dependiendo de la cantidad consumida.

¿Diversión o rutina?

El alcohol puede ser una forma de diversión, pero también puede convertirse en una rutina que afecta a la salud.

¿Respetamos las decisiones de los demás y hacemos respetar las nuestras?

El alcohol puede afectar a la capacidad de tomar decisiones y respetar las de los demás.

¿Cuánto tarda el alcohol en quemarse?

El alcohol tarda en quemarse entre 15 y 20 minutos, dependiendo de la cantidad consumida.

¿Diversión o rutina?

El alcohol puede ser una forma de diversión, pero también puede convertirse en una rutina que afecta a la salud.

¿Respetamos las decisiones de los demás y hacemos respetar las nuestras?

El alcohol puede afectar a la capacidad de tomar decisiones y respetar las de los demás.

¿Cuánto tarda el alcohol en quemarse?

El alcohol tarda en quemarse entre 15 y 20 minutos, dependiendo de la cantidad consumida.

¿Diversión o rutina?

El alcohol puede ser una forma de diversión, pero también puede convertirse en una rutina que afecta a la salud.

¿Respetamos las decisiones de los demás y hacemos respetar las nuestras?

El alcohol puede afectar a la capacidad de tomar decisiones y respetar las de los demás.

¿Cuánto tarda el alcohol en quemarse?

El alcohol tarda en quemarse entre 15 y 20 minutos, dependiendo de la cantidad consumida.

¿Diversión o rutina?

El alcohol puede ser una forma de diversión, pero también puede convertirse en una rutina que afecta a la salud.

¿Respetamos las decisiones de los demás y hacemos respetar las nuestras?

El alcohol puede afectar a la capacidad de tomar decisiones y respetar las de los demás.

¿Cuánto tarda el alcohol en quemarse?

El alcohol tarda en quemarse entre 15 y 20 minutos, dependiendo de la cantidad consumida.

¿Diversión o rutina?

El alcohol puede ser una forma de diversión, pero también puede convertirse en una rutina que afecta a la salud.

¿Respetamos las decisiones de los demás y hacemos respetar las nuestras?

El alcohol puede afectar a la capacidad de tomar decisiones y respetar las de los demás.

¿Cuánto tarda el alcohol en quemarse?

El alcohol tarda en quemarse entre 15 y 20 minutos, dependiendo de la cantidad consumida.

¿Diversión o rutina?

El alcohol puede ser una forma de diversión, pero también puede convertirse en una rutina que afecta a la salud.

¿Respetamos las decisiones de los demás y hacemos respetar las nuestras?

El alcohol puede afectar a la capacidad de tomar decisiones y respetar las de los demás.

Alcohol, conciencia con ciencia

El 70% de los consumidores de alcohol no sabe cuánto alcohol consume al día. El consumo excesivo puede provocar problemas de salud y afectar a la apariencia física.

EMBARAZO Y LACTANCIA SALUDABLES • 0 ALCOHOL

El alcohol puede afectar a la salud del feto y provocar problemas de desarrollo.

¿Cuánto tarda el alcohol en quemarse?

El alcohol tarda en quemarse entre 15 y 20 minutos, dependiendo de la cantidad consumida.

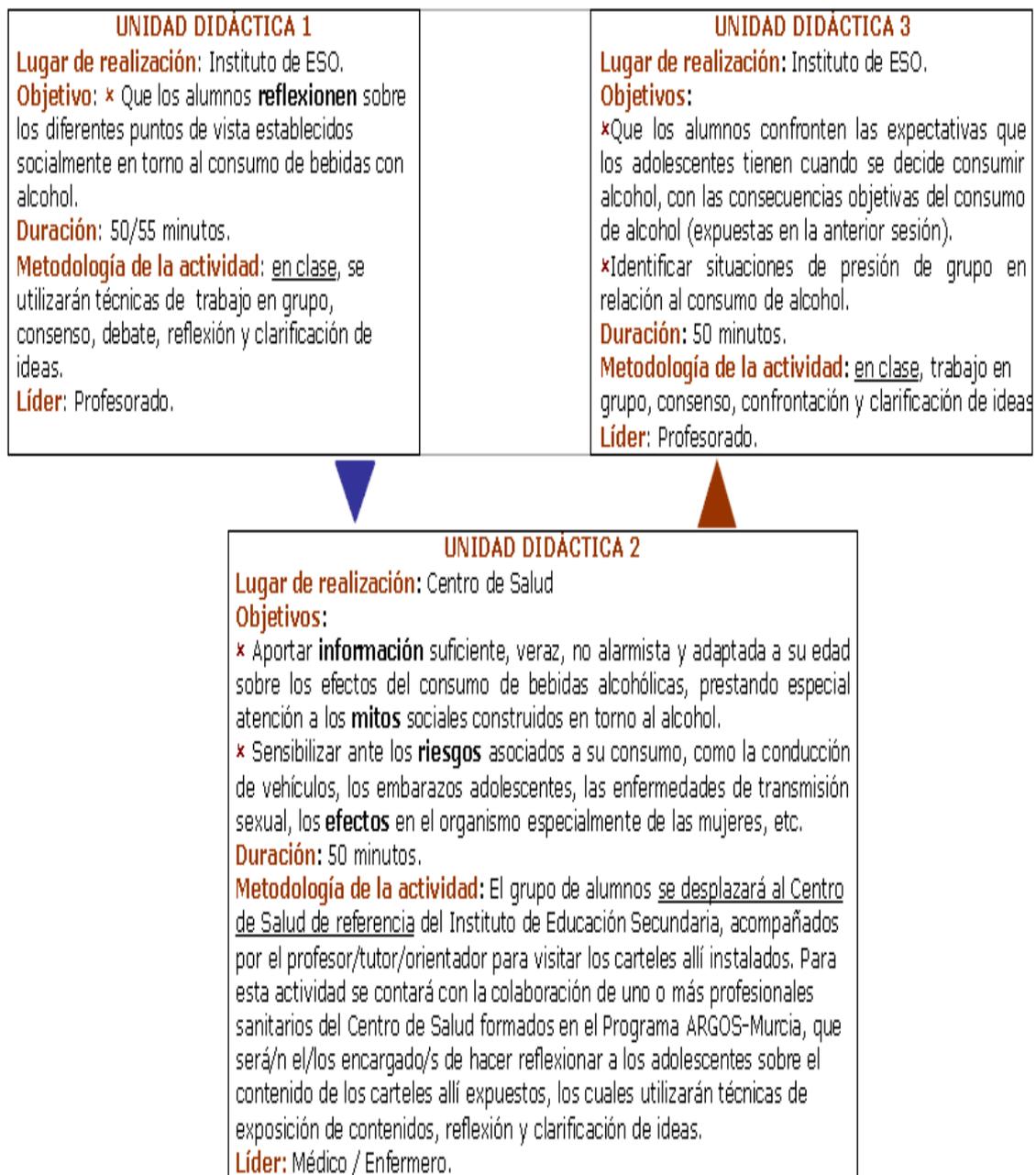
¿Diversión o rutina?

El alcohol puede ser una forma de diversión, pero también puede convertirse en una rutina que afecta a la salud.

¿Respetamos las decisiones de los demás y hacemos respetar las nuestras?

El alcohol puede afectar a la capacidad de tomar decisiones y respetar las de los demás.

ANEXO IX: SÍNTESIS DE LAS UNIDADES DIDÁCTICAS DEL PROYECTO EDUCATIVO ARGOS-COMUNITARIO: “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”.



ANEXO X: UNIDADES DIDÁCTICAS DEL PROYECTO EDUCATIVO ARGOS-COMUNITARIO: “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA” EN FORMATO DVD.



La Dirección General de Atención al Ciudadano y Dependencia y la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Política Social, siguiendo las directrices del Plan Regional sobre Drogas, han desarrollado el presente material para la prevención de los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas "ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA", enmarcado en el Programa ARGOS de intervención comunitaria, en el que colaboran los Centros de Salud, los Centros de Estudios Secundarios y los Planes Locales de Prevención de Dependencias de la Región de Murcia.

Las actividades con los alumnos de 1º de Educación Secundaria Obligatoria persiguen la salud mental del primer consumo de alcohol de la vida en torno a los 12-14 años (ESADOS 2016), lo que justifica una intervención educativa al inicio de la ESO. La lección a cabo el profesorado de los Centros Educativos (Docentes, Profesores Intervenidos) y los profesionales sanitarios (Médicos y Enfermeros) de los Centros de Salud. Coordinan las acciones los Técnicos de los Planes Locales de Prevención de Dependencias.

En este DVD interactivo se presentan tres UNIDADES DIDÁCTICAS mediante las cuales, desde el Modelo de Prevención de la Salud y Sobrecapítulo para la prevención del consumo de alcohol, con un programa preventivo, se evita reduciendo el riesgo primario del consumo de bebidas alcohólicas y evita el inicio del consumo de alcohol, prevención de aparición del consumo de bebidas alcohólicas en la familia, amigos, escuela y comunidad; actividades y charlas sobre el alcohol y sus efectos. Todo ello, mediante la incorporación de conocimientos sobre los efectos y riesgos asociados al uso de bebidas alcohólicas, el entrenamiento en habilidades a la presión de grupo y el desarrollo de valores relacionados con una intervención en y desde el entorno inmediato de los alumnos mediante una combinación educativa, sanitaria y comunitaria.

Unidades Didácticas

Módulo conceptual

Unidad 1

Unidad 2

Unidad 3

La primera Unidad Didáctica es la lección sobre el profesorado en clase. Se desarrolla por el profesorado de primer curso de ESO en una exposición interactiva de cartelas expuestas en el Centro de Salud de referencia de cada centro educativo, lo que ocurre acompañado por el profesorado y se desarrolla por los profesionales sanitarios. La lección tiene lugar de nuevo en clase por el profesorado.

La implicación de los Centros de Salud permite contar con personal sanitario formado en el Programa ARGOS-Murcia, como referencia para consultas de salud en relación con el consumo de alcohol, y reflexiva que, el adolescente y su entorno, acerca el consumo de alcohol a un problema de salud personal y social.

Las objetivos que se pretenden conseguir son los siguientes:

- Facilitar conocimientos sobre las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas a los adolescentes, en cuanto a los riesgos para la salud física, psíquica y social que se derivan del consumo.
- Promover la reflexión sobre el actual patrón de consumo de alcohol, evitando de la influencia que tiene, en las conductas de los adolescentes, el medio social inmediato de asociación "alcohol y tiempo libre".

ANEXO XI: CUESTIONARIO DE OPINIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE EL “CIRCUITO USUARIOS” DE LA CAMPAÑA: “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”, DENTRO DEL PROYECTO ARGOS-COMUNITARIO.

Distribución de los encuestados por puesto de trabajo:

ENFERMERÍA	MEDICINA DE FAMILIA	PEDIATRÍA	TOTAL

Distribución de los encuestados por sexo:

HOMBRE	
MUJER	

Respuestas conforme a la escala:

Totalmente en desacuerdo (1) - Totalmente de acuerdo (5).

1. Los usuarios han prestado atención a la campaña:

1-2	3	4-5

2. El mensaje de los carteles se entendía con facilidad:

1-2	3	4-5

3. Este tipo de actuaciones son de utilidad:

1-2	3	4-5

4. Este tipo de actuación mejora la imagen del CS que tienen los usuarios:

1-2	3	4-5

5. Tengo interés en participar en actuaciones parecidas:

1-2	3	4-5

6. Han surgido molestias específicas derivadas del desarrollo de la campaña:

1-2	3	4-5

7. Durante el tiempo que ha durado la exposición, he encontrado un mayor interés por los temas relacionados con el consumo de alcohol, por parte de los pacientes que han acudido a consulta:

1-2	3	4-5

ANEXO XII: CUESTIONARIO DEL CONCURSO ESCOLAR “ALCOHOL: CONCIENCIA CON CIENCIA”.**ANEXO II: CUESTIONARIO PARA EL ALUMNO****¿QUÉ SABES SOBRE EL ALCOHOL?**

Rodea con un círculo la opción que creas correcta.

- | | |
|--|-------|
| 1. El alcohol es una droga. | V / F |
| 2. Sólo se convierten en alcohólicas las personas débiles de carácter. | V / F |
| 3. Beber en soledad es malo, si bebes en grupo no pasa nada. | V / F |
| 4. La persona que más aguanta es la que más controla. | V / F |
| 5. Beber alcohol sólo los fines de semana también produce daños en el organismo. | V / F |
| 6. Después de beber alcohol es necesario esperar al menos una hora para conducir. | V / F |
| 7. El consumo de alcohol está íntimamente vinculado con problemas en los estudios. | V / F |
| 8. Beber alcohol mientras el organismo todavía no ha terminado con el desarrollo (adolescencia) es especialmente nocivo. | V / F |
| 9. Ante la borrachera de un amigo, me marchó. | V / F |
| 10. El consumo de bebidas alcohólicas afecta más a las chicas que a los chicos. | V / F |

ANEXO XIII: ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN PARA ALUMNOS Y PROFESORES

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN – ALUMNOS

DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA:

FECHA DE IMPARTICIÓN:

Señala con una "X" la opción que consideres en consonancia con tu grado de acuerdo o desacuerdo respecto a los ítems que se presentan a continuación:

1: Muy deficiente; 2: Deficiente; 3: Normal; 4: Bueno; 5: Muy bueno

Pertinencia / Aprendizaje	1	2	3	4	5
1. El contenido del curso ha respondido a mis necesidades formativas					
2. El contenido del curso es aplicable a mi puesto de trabajo					
3. La valoración de lo aprendido es					
Temporalidad / Materiales	1	2	3	4	5
4. Considero que la duración del curso y la distribución de tiempo es					
5. Mi valoración del material utilizado (presentación, documentos de trabajo...) es					
Metodología	1	2	3	4	5
6. La metodología utilizada me ha permitido una asimilación de los contenidos					
7. La metodología utilizada me ha permitido participar activamente					
Condiciones ambientales / Infraestructura	1	2	3	4	5
8. Mi valoración de las condiciones ambientales (luz, temperatura...) es					
9. Mi valoración de las características del aula (equipamiento...) o soporte técnico/telemático es					

Expresa algunas sugerencias respecto a la acción formativa

¿Qué otros cursos crees que sería pertinente organizar en relación al tema de esta acción formativa?

Valoración profesorado	Etiqueta 1					Etiqueta 2				
	Habilidades de comunicación					Dominio de la materia				
Nombre profesor/a	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN –PROFESORES

DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA:

FECHA DE IMPARTICIÓN:

Señala con una "X" la opción que consideres en consonancia con tu grado de acuerdo o desacuerdo respecto a los ítems que se presentan a continuación:

1: Muy deficiente; 2: Deficiente; 3: Normal; 4: Bueno; 5: Muy bueno

Contenidos curso / Organización	1	2	3	4	5
1. Los objetivos se ajustan a las necesidades profesionales de los alumnos que han asistido					
2. Los contenidos se ajustan a las necesidades profesionales de los alumnos que han asistido					
Temporalidad	1	2	3	4	5
3. La relación tiempo / desarrollo de contenidos ha sido					
Valoración grupo	1	2	3	4	5
4. La valoración de la composición del grupo es					
5. La valoración del nivel de comprensión de las materias por parte de los alumnos es					
6. La valoración del grado de motivación, interés y participación por parte de los alumnos es					
Condiciones ambientales / Infraestructura	1	2	3	4	5
7. Mi valoración de las condiciones ambientales (luz, temperatura...) es					
8. Mi valoración de las características del aula (equipamiento...) o soporte técnico/telemático es					
Relación coordinador/a actividad	1	2	3	4	5
9. La relación con el coordinador/proveedor (información y apoyo recibidos) ha sido					

Propuestas de mejora

Aspectos a suprimir