

PLANES INTEGRALES DE PROMOCIÓN DE SALUD: PREVENCIÓN DE ALCOHOLISMO, TABAQUISMO Y OBESIDAD EN JÓVENES.

JAVIER GONZÁLEZ RIERA

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA. MÁSTER EN INTERVENCIÓN PSICOPEDAGÓGICA. MÁSTER EN TERAPIA FAMILIAR. ASESOR TÉCNICO EN PROMOCIÓN DE SALUD. DISTRITO SANITARIO JAÉN. CONSEJERÍA DE SALUD. JUNTA DE ANDALUCÍA.



“Adquirir desde jóvenes tales o cuales hábitos no tiene poca importancia: Tiene una importancia absoluta”

Aristóteles. (S. IV A.C.)

LA VISIÓN POSITIVA DE LA SALUD EN LAS FASES Y CONTEXTOS MÁS IDÓNEOS DEL DESARROLLO VITAL, COMO LA INFANCIA Y/O LA ADOLESCENCIA, OFRECERÁ MEJORES RESULTADOS SI SE DIRIGE A ETAPAS SITUACIONES CLAVE EN LAS QUE SE PUEDE APRENDER A VIVIR.

Desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se apuesta por la intervención, prevención y promoción de salud a través de Planes Integrales que intervienen distintos programas para atender problemas que afectan a los jóvenes, potenciando el trabajo en red de profesionales sanitarios, educativos y sociales, en los centros de salud, pero también en centros educativos y recursos comunitarios.

Nuestra actuación parte del modelo de *Desarrollo Comunitario Basado en Activos* -en inglés *ABCD (Asset Based Community Development)*- utiliza como herramienta fundamental la definición de un mapa de activos asociados a la población diana. Hernán (2011) categoriza los activos en seis niveles: 1. Individuos, 2. Asociaciones y organizaciones, 3. Instituciones, 4. Economía local, 5. Cultura local, y 6. Infraestructura física y espacios. Además, la visión positiva de la salud en

las fases y contextos más idóneos del desarrollo vital, como la infancia y/o adolescencia, ofrecerá mejores resultados si se dirige a etapas o situaciones clave en las que se puede aprender a vivir de forma más saludable (Lindstrom, y Eriksson, 2009).

La meta es promover la salud mediante prácticas personales y culturales, que contemplen necesidades sociales básicas y de recreación, tanto comunes en la comunidad en general, como en cada uno de los miembros (Principios de Prevención. OMS, 2002). Entre los factores de riesgo y de protección que deben guiar los programas de prevención en niños y adolescentes destacamos que deben estar dirigidos a todas las sustancias por separado o en conjunto, además deben contextualizarse en la comunidad a la que van dirigida, tratar riesgos y factores protectores específicos de la población según su edad, sexo y cultura. (NIDA, 2004).

Nuestra situación es que durante el pasado 2011, siguió existiendo una alta prevalencia en la población andaluza de factores de riesgo, como consumo de alcohol, tabaco u obesidad relacionados con las principales causas de morbimortalidad en las sociedades desarrolladas. En general estos datos se explican por las condiciones de vida de los distintos grupos sociales: el nivel de renta, de estudios o la clase social. Así algunos determinantes en salud se definen por los siguientes datos (EASP, 2012).

ALCOHOL, TABACO Y OBESIDAD

Desde 2003 existe un aumento en el consumo de alcohol en la población andaluza, desde el 38,8% hasta el 45,9% en 2011. Los mayores porcentajes, por encima del 50%, se alcanzan entre los 16 y 54 años. Este consumo aumenta con el nivel de renta y el de estudios. Desde 1999 disminuía la edad de inicio al consumo de alcohol hasta 2007, tendencia que se rompe en 2011. Un 1,5% de la población andaluza, especialmente entre 16 a 24 años y entre 55 y 64 años tenía un consumo excesivo de alcohol en 2007. En 2011 la edad media de inicio al consumo de alcohol es 17,9 años.

De forma similar en el caso del tabaco desde 1999, se venía produciendo un descenso en la edad media de inicio en el consumo. No obstante en 2011, la edad media de inicio se produce un año más tarde que en 2007 (17,1 años vs. 16,3 años). El inicio del tabaquismo en edades más jóvenes es menos frecuente en población con un mayor nivel de renta o estudios.

En 2011, el 58,2% de la población andaluza presenta sobrepeso u obesidad (19%). En los últimos años ha aumentado el exceso de peso en la población andaluza, especialmente en edades adultas.

Otros determinantes en salud a tener en consideración son el ejercicio físico y el consumo de frutas y verduras. La práctica de ejercicio físico regular, es más frecuente entre los jóvenes, disminuyendo con la edad. En 2011, el sedentarismo durante el tiempo libre ha descendido al 28,5% de la población. Respecto al consumo de frutas y verduras, en 2007, el consumo aumenta con la edad, duplicándose entre los mayores de 75 años (67,7% frutas y 33,3 verduras) con respecto al grupo de 16 a 24 años (34% frutas y 13,1% verduras). En 2011 aumentó el consumo de estos alimentos respecto a 2007. El 81,3% y 70% de la población andaluza manifiesta consumir al menos 3 veces a la semana fruta fresca y verduras, respectivamente.

PLANES Y PROGRAMAS

FORMA JOVEN

Estrategia de prevención y promoción de la salud dirigida a potenciar ambientes y conductas saludables en los entornos donde conviven los jóvenes andaluces a través de la información, asesoramiento y/o orientación sobre estilo de vida saludable, sexualidad y relaciones afectivas, salud mental y convivencia. Se basa en la acción intersectorial de ámbitos sociales, de la salud, educación además de otras instituciones y agentes sociales (p.e. ayuntamientos, asociaciones, etc.). Esta acción se dinamiza desde los "Puntos Forma joven" ubicados en institutos, universidades, espacios de ocio, etc. a través de profesionales de educación y salud así como de mediadores/as entre iguales.

La población diana tiene edades entre 12 y 25 años y responde a características muy heterogéneas en variables socio-demográficas. No obstante, comparten el proceso de cambio inherente a su etapa vital que requiere de adaptaciones continuas no carentes de obstáculos que pueden conllevar importantes consecuencias para la salud entre las que destaca la obesidad, el tabaquismo o el abuso de alcohol y/o otras sustancias. Este grupo de personas que ocupan aproximadamente el 25% de la población andaluza son a priori personas sanas y por tanto consultan poco los servicios sanitarios, sin embargo su vulnerabilidad ante los problemas citados requieren de actuaciones prioritarias.

PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO DE ANDALUCÍA (PITA)

La OMS describe el consumo de tabaco como la segunda causa mundial de muerte tras la hipertensión, y es la primera causa de muerte y enfermedad evitable, de hecho afecta alrededor del 30% de la población andaluza, por ello se creó el *Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía* puesto en marcha en el *Distrito Sanitario de Jaén*, (en adelante D.S.J), desde el año 2006. Dicho plan desarrolla la deshabituación tabáquica a demanda en los centros de salud, además contempla programas de prevención y promoción de la salud en contextos educativos (programa "A no fumar me apunto") y/o laborales (programa "Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo"). También da apoyo a servicios hospitalarios, y otras entidades (como prisión, asociaciones, etc.). Produce investigación y formación acreditada por la *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)*. Dirige especial atención a colectivos con necesidades especiales de intervención como son la población inmigrante, privados de libertad, mujeres embarazadas e infancia, así como con enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Por otro lado, existe un programa específico para colectivos modélicos: profesionales educativos y sanitarios.

PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL (PIOBIN)

En España el exceso de peso afecta al 45,2% de los niños y niñas de entre 6 y 9 años. El sobrepeso afecta al 26% de esta población mientras que la obesidad llega al 19%. (Estudio *ALADINO*, 2011). Andalucía, sólo superada por Canarias en prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y juvenil, está por encima de la media española: Sobrepeso más obesidad es de 29.4%, vs. 26, 3% en España y obesidad de 15.6%, vs. media española 13, 9% (Estudio *EnKid*, 1988-2000:). Los chicos de 11 a 17 años, presentan mayor obesidad que las chicas. (Estudio *HBSC*, 2006, datos de Andalucía).

Conscientes de las necesidades derivadas de esta situación y desde las recomendaciones citadas, desde el DSJ se aplica el *PIOBIN* para la prevención, intervención, investigación y promoción de la salud en la población infantil y/o adolescente, desde el contexto de un cambio en el estilo de vida que incluya intervención dietética, ejercicio físico, apoyo psicológico y abordaje familiar. El proceso asistencial se articula a través de las denominadas *Intervención Avanzada Individual y Grupal en Obesidad Infantil* dirigidas a tratar el sobrepeso u obesidad, tras el oportuno diagnóstico clínico realizado por nuestros profesionales sanitarios formados específica y previamente. Se unen también pro-

**LA META ES PROMOVER LA SALUD
MEDIANTE PRÁCTICAS PERSONALES
Y CULTURALES; QUE CONTEMPLAN
NECESIDADES SOCIALES BÁSICAS
Y DE RECREACIÓN, TANTO COMUNES
EN LA COMUNIDAD EN GENERAL,
COMO EN CADA UNO DE
LOS MIEMBROS.**



Debemos promover estilos de vida saludables entre los niños y sus familias (American Dietetic Association, 2006; American Psychological Association 2008) mediante la práctica de actividad física (De Meester et al., 2009; U.S. Department of Health and Human Services, 2008), en la escuela y la comunidad (NICE, 2009) que incluyan intervenciones combinadas en dietas efectivas (OMS, 2009) e intervención ambiental y su correcto uso o combinado con intervención nutricional (NICE, 2008). Todo ello desde una perspectiva integrada desde la promoción de salud (Adair et al., 2008, Mc Vey et al., 2007).

gramas de sensibilización y potenciación de la adquisición de hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico. Transversalmente al desarrollo de los planes integrales se completan otras iniciativas comunitarias como el programa “Por un millón de pasos” para promover la actividad física. También aplicamos diferentes programas dirigidos a la comunidad educativa en colaboración con la Delegación Provincial de Salud: *Programa de Alimentación Saludable en la escuela*, *Plan de consumo de frutas en la escuela*, *Plan de promoción de la actividad física y alimentación equilibrada*. ■