

## Consumo de sustancias en la infancia y la adolescencia

P. José Ruiz Lázaro

### LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las drogas son aquellas sustancias que introducidas en el cuerpo, y en función de la persona y la dosis, pueden distorsionar la percepción del mundo y de cada cual. Modifican la actividad mental, las sensaciones, los comportamientos. Puesto que pueden producir sensaciones de placer y de satisfacción personal, ayudar a integrarse en un grupo,... es posible que haya el deseo de repetir el consumo. Algunas son muy adictivas (su uso controlado es difícil) pero hay otras que no tanto. En todo caso, su consumo entraña riesgos para la salud y puede tener consecuencias sociales en la vida cotidiana de los consumidores y su entorno.

Provocan efectos muy variados sobre el organismo según las propiedades de cada droga, así como la frecuencia y duración del consumo (los efectos positivos sobre el estado de ánimo encontrados en una sustancia, producen un efecto rebote de signo contrario a largo plazo, en un intento del organismo por equilibrar las funciones distorsionadas por la sustancia ingerida). En las tablas I, II y III se exponen los principales efectos de las drogas estimulantes, depresoras del sistema nervioso central y alucinógenas, respectivamente.

### ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Según los datos de la Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias del año 2006 (ESTUDES

2006), auspiciada por el Plan Nacional sobre Drogas, el alcohol, el tabaco, el *cannabis* y la cocaína son las sustancias más consumidas por los adolescentes de entre 14 y 18 años: el 58% consume habitualmente alcohol; el 27,8%, tabaco, el 20,1%, *cannabis* y el 2,3%, cocaína. Después los tranquilizantes y pastillas para dormir, anfetaminas, alucinógenos, éxtasis e inhalables volátiles con una prevalencia entre el 1 y el 2 %. La edad media de inicio de estos consumos se sitúa en los 13 años para las sustancias legales y los 14-15 para las ilegales. Aunque se ha estancado algo en los últimos 4 años, el incremento del consumo de *cannabis* en los últimos 10 años es importante, sobre todo en el rango de los 14 a 15 años, en que se ha disparado a casi el doble.

Según ESTUDES 2006, las conductas de consumo de drogas que los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años asociaban a un menor riesgo eran tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente, y tomar tranquilizantes o somníferos esporádicamente. Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo eran el consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de heroína, éxtasis o cocaína. El riesgo percibido por las mujeres era superior al percibido por los hombres, especialmente para el consumo de alcohol y el consumo de *cannabis*.

En cuanto a consumo de drogas en el grupo de iguales, en ESTUDES 2006, un 54,9% de los estudiantes afirmaba que

**TABLA I.** Efectos de las drogas estimulantes.

Sustancia	Efectos inmediatos	Efectos por uso crónico y severo	Vía de consumo
Nicotina	Duran entre 1/4 de hora y 2 horas. Placer, relajación. Reducción de la ansiedad y del estrés. Disminución del hambre	Enfermedades cardiovasculares, Cáncer, presión arterial alta, bronquitis y dificultades respiratorias	Fumada
Cafeína	Duran ente 2 y 4 horas. Aumenta la alerta. Altas dosis pueden dificultar el sueño	Excitación, dolor de cabeza. Puede ser perjudicial para personas con problemas cardíacos	Oral
Anfetaminas	Duran de 4 a 8 horas. Alta estimulación. Excitación, aumento de la actividad, y disminución del apetito. Altas dosis pueden dificultar el sueño	Dificultad para dormir. Insomnio, dolor de cabeza y posible agresión. Puede causar severos trastornos mentales y emocionales	Inhalación/aspiración, Oral Inyectada
Cocaína	Pueden durar hasta 4 horas. Sentimiento de autoconfianza y poder. Aumento de energía y disminución del apetito	Pérdida de concentración, y motivación. Agresividad y trastornos emotivos. Puede causar complicaciones psiquiátricas. La inhalación/aspiración puede causar daños del tabique nasal	Inhalación/aspiración, Oral Inyectada
Éxtasis	Duran hasta 6 horas. Aumento de la presión arterial y la confianza, y un sentimiento de cercanía con los otros. Sensación de flotar, ansiedad. Náusea y paranoia pueden ocurrir	Sensación de flotar y otras distorsiones de la percepción. Puede causar convulsiones, golpes de calor, insomnio, y depresión	Oral

**TABLA II.** Efectos de las drogas depresoras del Sistema Nervioso Central.

Sustancia	Efectos inmediatos	Efectos por uso crónico y severo	Vía de consumo
Alcohol	Dificultad para el habla, pérdida de inhibiciones, relajación, sentimientos de felicidad y bienestar o depresión. Altas dosis pueden causar inconsciencia y vómitos	Puede resultar en daños cerebrales, del sistema nervioso central, del corazón, el páncreas, estómago e hígado. Incluso puede causar la muerte. La abstinencia puede causar sudoración, temblor, convulsiones y delirios	Oral
Tranquilizantes (benzodiazepinas, barbitúricos, hipnóticos)	Duran de 12 a 24 horas. Calman la ansiedad y la tensión. Pueden provocar sueño, falta de coordinación muscular y visión confusa. En algunos casos excitabilidad.	Depresión, falta de coordinación muscular y del habla. Síndrome de abstinencia con ansiedad, insomnio, temblores. Pueden ocurrir convulsiones estando en una dosis estable	Oral Inyectada
Opiáceos (morfina, heroína, codeína)	Calma el dolor y la ansiedad. Sentimientos de bienestar. Baja conciencia del mundo exterior. Vómitos y sueño en algunos casos. Altas dosis pueden causar inconsciencia y muerte	Alto riesgo de sobredosis. Contagio de HIV y hepatitis si se comparte jeringuilla infectada. Síndromes de abstinencia con ansiedad, sudoración, dolor muscular, vómitos e insomnio.	Oral Inyectada Fumada
Solventes (nafta, pegamento, cola)	Duran de 1 a 3 horas. El efecto de la nafta puede durar hasta 6 horas. Sentimientos de alegría, relajación y mareo. Altas dosis pueden causar muerte súbita	Posibles daños cerebrales y al sistema nervioso central. Hígado. Posible sofocación causada por las bolsas de plástico y por aspiración del vómito	Inhalación

**TABLA III.** Efecto de las drogas alucinógenas.

Sustancia	Efectos inmediatos	Efectos por uso crónico y severo	Vía de consumo
Alucinógenos (LSD, hongos, etc.)	Duran entre 6 y 12 horas. Escuchar, sentir, ver o pensar cosas que realmente no existen. Posibles sentimientos de ansiedad y pánico. Posibles náuseas	Puede aumentar el riesgo de ocurrencia de trastornos mentales. Puede causar <i>flashbacks</i>	Oral
Cannabis (marihuana, <i>hachís</i> )	Pueden durar hasta 5 horas. Relajación, risa fácil, aumento de apetito, percepción mas lenta del tiempo, pérdida de concentración, disminución de la coordinación, ojos inyectados. Agudización perceptual (auditiva y visual). Desinhibición. Locuacidad	Posibles complicaciones respiratorias. Puede disminuir la concentración y la memoria. Posibles problemas psiquiátricos en personas con una condición preexistente. Síndrome amotivacional	Fumada Oral

**TABLA IV.** Conductas de consumo de drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según la proporción de amigos que tuvieron la misma conducta en el mismo periodo (porcentaje). Fuente: ESTUDES 2006.

Tipo de conducta	La mayoría o todos los amigos tuvieron la misma conducta en el mismo período	Sólo unos pocos amigos o ninguno tuvieron la misma conducta en el mismo período
Borracheras (alcohol) en los últimos 30 días	60,8	16,3
Consumo de tabaco en los últimos 30 días	56,7	13,5
Consumo de cannabis en los últimos 30 días	66,1	12,1
Consumo de cocaína en polvo en los últimos 30 días	36,5	1,4

todos o la mayoría de sus amigos habían tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días; un 33,2%, tabaco y un 14,7%, *cannabis*. Las prevalencias de consumo de drogas de los estudiantes en que todos o la mayoría de sus amigos las consumían eran muy superiores a las de los estudiantes en que sólo unos pocos amigos las consumían (Tabla IV).

Más de las tres cuartas partes de los iniciados en el consumo de alcohol devienen en consumidores habituales, y dos tercios de los iniciados en el consumo de tabaco, en fumadores habituales. En el caso del *cannabis*, alrededor de la mitad de quienes se inician en su consumo terminan siendo consumidores habituales de *hachís* o marihuana.

El consumo de drogas puede complicarse cuando el mismo menor consume varias sustancias, bien sea por el uso regu-

lar de varias drogas en la vida cotidiana o del consumo de varias sustancias en un mismo momento. En ambos casos se habla de policonsumo. En adolescentes, existe una correlación altamente positiva entre el consumo de alcohol y tabaco y el consumo de *cannabis* y otras drogas ilegales (cocaína, anfetaminas,...), y también una correlación positiva entre el consumo de *cannabis* y el consumo de otras drogas ilícitas.

#### FACTORES DETERMINANTES

Catalogar los consumos de drogas en la infancia y adolescencia a partir de las sustancias psicoactivas sería muy simplista. No hay que perder de vista otras variables que definen también el consumo de estos menores. Ya es clásica la triada

**TABLA V.** Factores de riesgo para el abuso de drogas.

<i>Individuales</i>	<i>Familiares</i>	<i>Entorno</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo varón</li> <li>• Altos niveles de andrógenos</li> <li>• Predisposición genética</li> <li>• Inicio precoz en el consumo</li> <li>• Inicio asincrónico de la pubertad</li> <li>• Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad</li> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Trastornos de conducta</li> <li>• Baja tolerancia a la frustración</li> <li>• Impulsividad</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Dificultad para las relaciones interpersonales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilo educativo permisivo o autoritario</li> <li>• Consumo por parte de los padres</li> <li>• Conflictos familiares</li> <li>• Mala relación padres-hijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mala adaptación escolar</li> <li>• Presión grupal</li> <li>• Tener amigos consumidores</li> <li>• Percepción sobreestimada del consumo de otros iguales</li> <li>• Insuficientes alternativas prosociales</li> </ul>

propuesta por Claude Olievenstein, que sirve para analizar y entender el tipo de consumo de drogas:

- **Persona** (¿quién consume?): características biológicas (peso, sexo,...) y psicológicas (personalidad, déficit en el control de los impulsos, estado emocional, creencias disfuncionales respecto al consumo de drogas,...), la tendencia a consumir de una forma u otra, las expectativas que se tienen antes de consumir.
- **Sustancia** (¿Qué consume?): cuál es y qué características tiene, la cantidad y la forma como se toma.
- **Ambiente, contexto o pauta temporal sociocultural** (¿Dónde y cuándo consume?): condiciones sociales y culturales dentro de las cuales entra en contacto con la sustancia (se toma en grupo o solo/a, en casa o de fiesta, en un barrio desfavorecido,...), el momento en el que se consume (en fin de semana, en horario lectivo,...).

En definitiva, el consumo de drogas es un fenómeno multifactorial en el que intervienen factores individuales, familiares y del entorno (véase tabla V).

### TIPOS DE CONSUMO

Se distinguen tres tipos de comportamientos de consumo, independientemente de que la sustancia sea lícita o ilícita (los riesgos derivados de estas tres formas de consumo son diferentes):

- **Uso:** modalidad de consumo en la que, por el tipo de sustancia consumida, por la cantidad, o por las circunstancias en las que se produce el consumo, no son probables consecuencias negativas inmediatas sobre la persona o sobre su entorno. Esta es la situación más habitual entre los adolescentes y los jóvenes que experimentan con drogas por curiosidad, por diversión o para imitar a los demás. Con frecuencia su consumo no llega más lejos, ni presentan riesgo de un posible interés por sustancias o formas de consumo de mayor riesgo.
- **Abuso o uso problemático o consumo perjudicial:** uso inadecuado susceptible de comprometer física, psíquica y/o socialmente la evolución de la persona o de su entorno. Los riesgos del abuso están relacionados con la peligrosidad específica del producto, con los daños para la salud (cuando provoca el deterioro del estado físico del consumidor o agrava determinados trastornos) y con las consecuencias sociales del consumo (situaciones en que puede

acarrear daños para el consumidor y para quienes le rodean). A efectos prácticos, se habla de abuso o consumo perjudicial cuando se da al menos una de las siguientes circunstancias durante al menos un año:

- Se usa una sustancia en situaciones en que tal consumo puede favorecer riesgos añadidos (como accidentes por disminución de la atención).
- Se producen infracciones repetidas de las normas de convivencia en relación con el consumo de una sustancia (como actos violentos bajo los efectos de la droga).
- Por los efectos de la sustancia sobre la conducta, se agravan problemas personales o sociales (como deterioro de las relaciones familiares).
- Se presentan dificultades y/o incapacidad para cumplir sus obligaciones en la escuela o la familia (ausencias repetidas, absentismo escolar, bajo rendimiento académico, malos resultados, fracaso escolar, exclusión, abandono de responsabilidades en casa,...).
- No es capaz de prescindir de las drogas durante varios días.
- Implica peligrosidad para el equilibrio biopsicosocial de otros.
- **Dependencia:** la vida cotidiana del menor gira prioritaria o exclusivamente en torno a la búsqueda y al consumo de la sustancia (se prioriza la relación con las drogas frente a otras conductas consideradas más importantes con anterioridad), existe adicción (compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio a pesar de las consecuencias perjudiciales); se produce, durante al menos 1 año, abstinencia (síntomas que siguen a la privación brusca del consumo) y tolerancia (necesidad de consumir más dosis de la sustancia para conseguir el mismo efecto deseado). La dependencia puede ser física (el organismo reclama la sustancia mediante la aparición de síntomas físicos que traducen un estado de carencia) o psíquica (la privación de la droga provoca una sensación de malestar y ansiedad que puede llegar a la depresión). En la práctica, los síntomas característicos de la dependencia son:
  - El menor es incapaz de resistirse a la necesidad de consumir.
  - Aumento de la tensión interna o ansiedad ante el consumo habitual.
  - Experimenta alivio cuando se produce el consumo.

**TABLA VI.** Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de abuso de sustancias.

Un patrón maladaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa
  2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso
  3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
  4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia
  5. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias
- Sentimiento de pérdida del autocontrol respecto al consumo (intenta disminuir el consumo y no puede, consume más de lo que quisiera,...).
  - Deja de hacer actividades importantes debido al consumo.
  - Sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que el consumo de la sustancia exacerba.

En las tablas VI y VII se pueden consultar los criterios diagnósticos DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría para el diagnóstico de abuso y de dependencia de sustancias.

### VALORACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

La mejor forma de identificar el uso y abuso de sustancias por un menor es la historia clínica. Dentro de ella, se pueden incluir instrumentos como el Índice de Gravedad de la Adicción para Adolescentes (T-ASI, *Teen Addiction Severity Index*), entrevista estructurada diseñada para recoger información importante sobre aspectos de la vida del menor que pueden contribuir al abuso y/o dependencia de sustancias.

Existen señales o indicadores que, aunque inespecíficos, pueden hacernos sospechar que un menor está consumiendo drogas:

- Cambios de humor inesperados.
- Modificación en los patrones de sueño.
- Bajada en el rendimiento escolar.
- Faltar a la escuela.
- Uso de incienso, ambientadores o perfumes (para esconder los olores).
- Uso de lenguaje “en clave” con sus amigos; se vuelve más reservado.
- Pide dinero prestado con mayor frecuencia.
- Cambios en su círculo de amistades.
- Presencia de accesorios relacionados con las drogas (pipas, papeles para enrollar cigarrillos, bolsas de papel o trapos para inhalar,...).
- Uso de gotas para los ojos (para disimular los ojos enrojecidos o las pupilas dilatadas), enjuagues bucales o caramelos de menta (para encubrir el aliento).
- Desaparición de medicamentos.

Los tests de detección de metabolitos de drogas en orina son poco útiles dado que no aportan información sobre la frecuencia de consumo y grado de adicción. Además, un resul-

**TABLA VII.** Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de dependencia de sustancias.

Un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce meses.

1. Tolerancia, definida por:
  - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o,
  - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems:
  - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia o
  - b. Se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej.: visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej.: fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos
6. Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia (p. ej.: consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión rebote)

**TABLA VIII.** Tiempo de cobertura de las pruebas de detección de metabolitos en orina de diferentes sustancias psicotrópicas.

Sustancia	Tiempo de detección
Alcohol	12 a 24 horas
<i>Cannabis</i>	21 a 30 días
Cocaína	4 a 7 días
Anfetaminas y “éxtasis”	48 horas
Benzodiazepinas	3 días

tado negativo no excluye el uso de drogas. En la tabla VIII se presenta el tiempo de cobertura de las pruebas de detección de metabolitos en orina de diferentes sustancias psicotrópicas, es decir, el tiempo en que el resultado de la prueba puede permanecer positivo tras el último episodio de consumo de la sustancia. El significado clínico de este resultado es que el menor ha consumido la sustancia al menos una vez en algún momento durante el tiempo de cobertura de la prueba. El tiempo de cobertura para la detección de metabolitos en orina no es equivalente al tiempo que dura el efecto de la sustancia sobre el cerebro. El primero tiende a ser más largo que el segundo; un menor puede estar completamente libre de efectos de la sustancia y aún así dar positivo en una prueba de detección en orina.

### ABORDAJE DEL CONSUMO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Ante el adolescente que nos refiere consumo de drogas, lo primero es aceptar al joven incondicionalmente (con el fin de lograr una relación empática) y asegurarle la confidencia-



lidad mientras esto no signifique compromiso vital (riesgo para su vida o para los demás), actividad criminal o maltrato. Se trata de crear un vínculo terapéutico de interacción recíproca, generar posibilidad de cambio y convertir al menor en protagonista de su mejora. La entrevista motivacional, el consejo sociosanitario participativo, el modelo transteórico de cambio y el *mindfulness* (o práctica del “estar atento”) son cuatro herramientas de intervención útiles para estos propósitos.

La “entrevista motivacional” tiene en cuenta los siguientes principios:

1. Expresar empatía. Se debe aceptar sin condiciones al adolescente, sin rechazos ni estigmatizaciones, para lo cual se le debe “escuchar reflexivamente”, asegurándole al adolescente que su ambivalencia (en torno a dejar o no o moderar el consumo) es normal y que se le ayudará a resolver sus dudas.
2. Hacer aflorar y reforzar sus deseos y proyectos vitales. El deseo es el mayor motor de cambio y de desarrollo personal. Trabajar con adolescentes es ser cultivadores de deseos.
3. Desarrollar las discrepancias. Es útil propiciar que el adolescente se dé cuenta de sus contradicciones, mostrándole la discrepancia entre la conducta actual de consumir y las metas importantes que desea conseguir en su vida (sus deseos y proyectos vitales).
4. Evitar las discusiones-argumentaciones. Los adolescentes esperan que les “echemos la charla”. Son contraproducentes.
5. No etiquetar al adolescente de inmediato con diagnósticos. El proceso posterior de evaluación determinará si existe o no dependencia, el grado de ésta y daños asociados que el adolescente presenta. Se debe intentar lograr con el adolescente un “compromiso de colaboración” inicial para explorar los problemas (VER) y pasar así a las etapas de evaluación (JUZGAR) e intervención (ACTUAR).
6. “Rodar con la resistencia”. Las percepciones del adolescente pueden cambiarse, para lo cual más que imponer estrictamente una visión al adolescente, se le debe apoyar o invitar a mirar sus problemas desde una nueva perspectiva que hasta el momento no había considerado. A veces “rodar con la resistencia” puesta por el adolescente, es decir reconocer y reflejarle sus propias objeciones a la intervención, lo moviliza a criticarlas y buscar soluciones al respecto.
7. Apoyar la autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambio es un elemento motivador, siendo importante que el adolescente se haga responsable de realizar lo necesario para lograr el cambio. Se debe inyectar esperanza dentro del rango de alternativas disponibles e invitarlo a un trabajo conjunto, pero sin crear falsas expectativas que posteriormente no podamos cumplir.

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

En la 1ª fase (VER u observación), se explora su visión particular de realidades concretas basadas en sus propias experiencias hasta descubrir los problemas de una manera más global y objetiva.

En la 2ª fase (JUZGAR), se construye un “juicio diagnóstico” de los hechos observados mediante una reflexión crítica, para tratar de comprender y explicar esa realidad, lo que conlleva el autoconocimiento de las creencias y actitudes de salud.

En la 3ª fase (ACTUAR) se trata de poner en marcha una acción para mejorar la realidad observada. Para ello es imprescindible la colaboración de otros profesionales y de la propia comunidad. El diálogo es el mejor instrumento.

La 4ª fase es EVALUAR: el mejor indicador es el resultado conseguido (modificación de hábitos) ya sea en términos de eficacia, efectividad o eficiencia.

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

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

Las condiciones para que el consejo sociosanitario sea eficaz son:

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

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

El modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente sostiene que el cese del consumo de drogas es un proceso dinámico en 5 etapas de cambio:

- Precontemplación: el consumidor de drogas no tiene conciencia de problema y no piensa en el cambio. Los efectos reforzadores de las drogas son inmediatos y seguros, y las consecuencias negativas del consumo son probables y a largo plazo. Nuestra tarea como terapeutas es generar duda y aumentar la percepción del menor de los riesgos y problemas de su consumo actual.
- Contemplación: con el paso del tiempo surgen problemas; el menor va tomando conciencia de ello y va considerando abandonar el consumo de drogas en los siguientes 6 meses. El menor piensa que no puede seguir así (“algún día tengo que dejar las drogas”), pero se muestra ambivalente; se debate entre desear los efectos de las drogas y querer evitar las consecuencias negativas de su consumo. La tarea

del terapeuta es evocar las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar (se puede usar una hoja de balance entre pros y contras de cambiar y no cambiar), así como potenciar la autoeficacia del menor para el cambio de conducta (apoyar la creencia de que el cambio es posible).

- Determinación y preparación para la acción: el menor toma la decisión de cambiar y emprende pequeños cambios conductuales que le ayudarán para el cese definitivo del consumo. El terapeuta le ayuda a determinar el mejor curso de acción a seguir para lograr el cambio.
- Acción: el menor abandona el consumo. Para mantener la abstinencia, el menor realiza importantes cambios cognitivos y conductuales. Es una etapa inestable, que dura entre 1 y 6 meses. Hay un alto riesgo de recaída por la presencia de *craving* (deseo intenso, irrefrenable, de consumir) y síntomas de abstinencia agudos y/o tardíos. El terapeuta ayuda al menor a dar los pasos hacia el cambio.
- Mantenimiento: el menor debe consolidar los cambios ya realizados en su estilo de vida, con una actitud activa, permaneciendo alerta ante las señales de alarma de recaída. El terapeuta ayuda al menor a identificar y a utilizar estrategias para prevenir recaídas.

En este proceso, suelen producirse recaídas. No deben interpretarse como fracaso en el objetivo de dejar de consumir drogas. Cuando sucedan, ayudaremos al menor a renovar el proceso de contemplación y acción, superando el bloqueo y/o la desmoralización que pueden aparecer tras la recaída.

El "*mindfulness*" es una psicoterapia de tercera generación que puede entenderse como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual. Pretende que la persona se centre en el instante presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento. Como procedimiento terapéutico busca que los aspectos emocionales y otros procesos de carácter no verbal sean observados, aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados o intentar controlarlos, pues el control sobre sucesos incontrolables, sujetos a procesamiento automático, requiere de la mera experimentación y exposición natural con la menor interferencia posible.

El *mindfulness* enseña:

- A centrar la atención en lo que se hace en cada momento o allá donde se quiera, percibir qué se siente o piensa, sin que esas sensaciones, preocupaciones o cualquier contenido mental le desubiquen a uno del momento presente.
- A rechazar automatismos.
- Y a desarrollar un estilo de vida autoconsciente.

Practicar *mindfulness* ayuda a reducir la impulsividad y a soportar el *craving* (ganas imperiosas de consumir) porque posibilita al adolescente ponerse en contacto con esos estados internos de tensión que le atemorizan, sin dejarse arrastrar por ellos. El menor llega a comprender cómo se relaciona con su consumo problemático y aprende a potenciar sus propios mecanismos de regulación. Se hace cargo de su presente con plena conciencia, observa el deseo de consumir y, al observarlo, éste se debilita y no llega a hacerlo. Abrirse a las sensaciones físicas que se están experimentando, con la intención de no luchar contra ellas, sino de aceptarlas tal como son provoca el efecto de relajar la tensión interna que lleva al consumo. Los

**TABLA IX.** Niveles de prevención. Clasificación del NIDA (*National Institute of Drug Abuse*) según la población a la que se dirige la acción.

Nivel	Grupo destinatario
Prevención universal	Población general
Prevención selectiva	Grupos de riesgo
Prevención indicada	Subgrupos concretos con conductas problemáticas y donde es frecuente que ya se haya establecido una relación problemática con las drogas

pasos en la técnica del *mindfulness* centrado en los síntomas físicos son:

- Identificar la sensación física ("ansiedad") y la parte del cuerpo donde más intensa es ("en la tripa").
- Reconocer los pensamientos que la acompañan ("qué ansioso estoy").
- Aceptación radical de la sensación ("Es una sensación que tengo ahora mismo").
- Respiración centrada en la sensación ("Al inhalar cojo aire, al exhalar dejo salir el aire de la tripa").
- Decidir si puede tolerar la sensación y va a aplicar cualquiera de las técnicas de cambio que conoce (¿Puedo hacer algo para cambiar las cosas?).

## HACIA UNA PREVENCIÓN EFICAZ

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

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

En este contexto, con independencia del nivel de prevención (véase en tabla IX la clasificación propuesta por el *National Institute of Drug Abuse*), se propone una prevención basada en nuevos paradigmas: adolescentes resilientes (paradigma 1) en contextos sociales sostenibles sobre la utilización de las drogas (paradigma 2).

## RESILIENCIA

Resiliencia es un término derivado del concepto de física "resiliente", que es la capacidad de un material para recuperar su forma original después de ser sometido a una presión deformadora. Las ciencias sociales han adoptado este término para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y

vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos. En este sentido, la resiliencia es la capacidad de resistir, demostrar fuerza y no deformarse a pesar de las adversidades. La construcción de la resiliencia es el instrumento básico para hacer frente a las situaciones de riesgo (Rew y Horner 2003) y debe ser un objetivo prioritario en la promoción de la salud de la adolescencia y juventud.

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

1. Competencia social: responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las otras personas; están listos para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto, y tener comportamientos prosociales; tienen la habilidad de lograr alivio al reírse de las propias desventuras y mirar las cosas buscando el lado cómico.
2. Resolución de conflictos: habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente, intentar soluciones nuevas para problemas cognitivos y sociales, jugar con ideas y sistemas filosóficos.
3. Autonomía: fuerte sentido de independencia y de identidad personal, control interno y de impulsos, poder interno, autodisciplina, habilidad para separarse psicológicamente de un entorno disfuncional.
4. Sentido de propósito y de futuro: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos (éxito en lo que emprenda), motivación para los logros, fé en un futuro mejor y sentido de la anticipación y de la coherencia.
5. Confianza en sí mismo y en el entorno.

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

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

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

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

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

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

La resiliencia tiene una asociación positiva con atributos de la persona y con condiciones del entorno (véase tabla X).

**TABLA X.** Atributos y condiciones asociadas a la resiliencia.

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

Cada atributo o condición puede concebirse como un punto clave para la intervención, tal y como se hace en los programas de promoción de la salud de adolescentes del Centro de Salud Manuel Merino de Alcalá de Henares (<http://adolescentes.blogia.com>).

### CONTEXTOS SOCIALES SOSTENIBLES SOBRE LA UTILIZACIÓN DE DROGAS

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

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

Algunas propuestas para la construcción de contextos sociales sostenibles son:

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

### BIBLIOGRAFÍA

- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós; 2007.
- Becoña E, Cortés M. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Valencia: Socidrogalcohol; 2008.

- Blum RW. Riesgo y resiliencia. Conceptos básicos para el desarrollo de un programa. Adolescencia Latinoamericana. 1997; 1(1): 16-9.
- Bobes J, Bascarán MT, Bobes-Bascarán MT, Carballo JL, et al. Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Madrid: Socidrogalcohol y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2007.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.
- Dryden W, Matweychuk W. Cómo superar las adicciones. Barcelona: Editorial Hispano Europea; 2003.
- Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64(10): 1145-52.
- García-Campayo J. La práctica del “estar atento” (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. Aten Primaria. 2008; 40(7): 363-6.
- Henderson N, Milstein MM. Resiliency in schools. Making it happen for students and educators. California: Corwin Press; 2003.
- Macià D. Drogas, ¿por qué? Educar y prevenir. Madrid: Ediciones Pirámide; 2003.
- Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós; 1999.
- Olievenstein C. Las drogas: Drogados y toxicómanos. Madrid: Studium; 1971.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross J. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. American Psychologist. 1992; 47: 1102-14.
- Rew L, Horner SD. Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. Journal of Pediatric Nursing. 2003; 18(6): 379-88.
- Ruiz-Lázaro PJ, Bosques D, Cozar G, González B. Promoción de la salud del adolescente en Atención Primaria: el modelo Alcalá de Henares. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7: 451-61.
- Ruiz-Lázaro PJ. La atención primaria ante el consumo de *cannabis* en adolescentes: nuevos paradigmas en su abordaje y prevención. En: Arias-Horcajadas F, Ramos-Atance JA, eds. Aspectos psiquiátricos del consumo de *cannabis*: casos clínicos. Madrid: Sociedad Española de investigación en cannabinoides (SEIC); 2008. p. 27-44.
- Ruiz-Lázaro PJ. Dos herramientas para entrevistar adolescentes: la entrevista motivacional y el consejo sociosanitario participativo. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009; 41: 155-9.
- Silber TJ. Adolescencia: factores protectores en una época de riesgo. An Esp Pediatr. 1994; Suplemento (Ponencias de la V Reunión Nacional de la Sección de Medicina del Adolescente de la AEP): 47-8.