

# Prevención del consumo de tóxicos (2.ª parte): intervención del profesional de Atención Primaria



M. R. Benítez Rubio

Pediatra. CS Rosa de Luxemburgo. San Sebastián de los Reyes, Madrid. España.

En el primer artículo repasábamos las sustancias de abuso que, con mayor frecuencia, consumen nuestros adolescentes y jóvenes, haciendo referencia a los datos más relevantes de la última encuesta ESTUDES publicada en 2008. En esta segunda parte planteamos el papel del profesional de Atención Primaria (AP) en la prevención y el manejo precoz del consumo de dichas sustancias.

### PUNTOS CLAVE

- Las actividades de prevención deben dirigirse a realizar los factores de protección y reducir los factores de riesgo conocidos.
- Deben incluir el desarrollo de aptitudes generales para la vida y de técnicas para resistir el consumo de tóxicos cuando estos sean ofrecidos.
- Son más eficaces cuando implican conjuntamente a la familia, la escuela y la comunidad.
- Deben plantearse a largo plazo, con repetidas intervenciones para reforzar las metas preventivas originales.
- Cuanto más alto sea el nivel de riesgo de la población, más intenso ha de ser el esfuerzo de prevención y más temprano debe empezar.
- Las actividades preventivas deben ser realistas, objetivas y ajustadas a la evidencia científica disponible, huyendo siempre de enfoques alarmistas y exagerados<sup>1</sup>.
- La prevención del consumo de tóxicos debe incluirse en el Programa de Salud Infantil con guías anticipatorias y consejos adecuados.
- Es imprescindible establecer una buena relación de confianza con el adolescente, aprovechando cualquier situación para hablar del tema.

- Tanto la prevención como el tratamiento de muchos de los problemas derivados del consumo de tóxicos pueden ser abordados desde AP de una forma eficaz, complementando el papel de los recursos especializados<sup>1</sup>.

Las **motivaciones** que conducen al adolescente a consumir tóxicos son variadas y, en ocasiones, se superponen<sup>2</sup> (tabla 1).

Existen una serie de **factores de riesgo y de protección** que rodean al adolescente, a distintos niveles, como vamos a ver a continuación. La prevención será tanto más efectiva cuanto más se desarrollen los factores protectores<sup>2-4</sup> (tablas 2 y 3)<sup>5</sup>.

Planteamos la intervención del profesional sanitario de AP en la prevención del consumo de tóxicos en la adolescencia en forma de cuatro interrogantes:

- ¿Qué puede hacer?
- ¿Cómo puede intervenir?
- ¿En qué momentos puede intervenir?
- ¿Qué necesita?

Tabla 1. Motivaciones para el consumo de tóxicos

- Curiosidad
- Consumo por parte de padres, amigos y compañeros
- Búsqueda de mayor aceptación social
- Desafío a la autoridad
- Baja autoestima
- Forma de vencer la timidez
- Alivio de una situación estresante
- Combatir el aburrimiento
- Combatir el malestar psíquico (ansiedad, depresión...)
- Como facilitador de relaciones sexuales
- Como respuesta a los mensajes publicitarios

Tomado de: Cornellá J. Prevención de conductas de riesgo en la adolescencia: alcohol, tabaco y otras drogas.

Tabla 2. Factores de riesgo individuales y sociales

Individuales	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes favorables hacia el consumo de drogas</li> <li>• Búsqueda de sensaciones como factor de personalidad</li> <li>• Actitudes antisociales y falta de respeto a normas</li> <li>• Inicio temprano en el consumo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de drogas por los amigos</li> <li>• Consumo de alcohol y otras drogas por los padres</li> <li>• Baja supervisión familiar</li> <li>• Actitudes parentales favorables hacia el consumo de drogas</li> <li>• Fracaso escolar</li> <li>• Facilidad para conseguir drogas</li> <li>• Creencias, normas y leyes favorables hacia el consumo de drogas</li> </ul>

Tomado de: Programa de Prevención Familiar de la Agencia Antidroga + familia. Guía para padres y madres. Salud Madrid. Comunidad de Madrid<sup>5</sup>.

## ¿QUÉ PUEDE HACER?

La prevención debe realizarse de una forma integral e inespecífica, como prevención de conductas de riesgo, durante la infancia y adolescencia: el verdadero problema no son las drogas en sí mismas, sino cómo nos relacionamos con ellas. Consideramos tres niveles:

### Prevención primaria o universal

A través de la educación: formación de la persona para que sepa tomar decisiones inteligentes, que promuevan su desarrollo y su bienestar, y el del entorno en que vive.

- Información rigurosa de los efectos del consumo de tóxicos: no se ha demostrado que informar estimule el consumo.
- Fortalecer la capacidad de toma de decisiones fomentando: autoestima, capacidad crítica y autocrítica, tolerancia, actitud positiva para resolver dificultades, disposición a trabajar en grupo, actitud solidaria, capacidad de soportar frustraciones y de asumir responsabilidades. En definitiva: el temperamento resiliente.

- Salud y autocuidados, entre los que podemos incluir: alimentación, higiene, actividad física, descanso, sexualidad, prevención de accidentes, etc.
- Uso saludable del ocio y tiempo libre.
- Reforzar la prevención que se hace en la familia y el colegio.

### Prevención secundaria o reducción de riesgos

Detección precoz e intervención temprana para niños y adolescentes en situación de riesgo o que inician el consumo. Es importante valorar:

- Efecto sobre el rendimiento académico, laboral o social.
- Otras conductas de riesgo: conducción de vehículos, relaciones sexuales no protegidas, violencia, etc.
- Comorbilidad psiquiátrica: depresión, trastorno por déficit de atención (TDAH), fobia social, etc. El TDAH hace al adolescente muy vulnerable frente al consumo de sustancias psicoactivas, como consecuencia de la impulsividad y la sensación de fracaso personal. El hecho de recibir un tratamiento adecuado para este trastorno disminuye el riesgo de consumo de tóxicos en la adolescencia y la juventud<sup>6</sup>.

Tabla 3. Factores de protección individuales y sociales

Individuales	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades sociales</li> <li>• Actitudes negativas hacia el consumo de drogas</li> <li>• Autoconcepto positivo</li> <li>• Presencia de valores prosociales</li> <li>• Implicación tardía en el consumo de drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entorno de amor y aprobación, donde encuentre apoyo para enfrentarse a los problemas</li> <li>• Entorno familiar y social que transmita valores como la salud, el esfuerzo, la amistad, la lealtad, el respeto, etc.</li> <li>• Entorno que ofrezca oportunidad de ocupar el tiempo libre de forma saludable y divertida</li> <li>• Ambiente social constructivo, que facilite las relaciones humanas solidarias, alejado de la violencia, individualistas, etc.</li> <li>• Interés en el ámbito escolar, no sólo las tareas, sino otras actividades relacionadas con la escuela</li> <li>• Participación solidaria en actividades que tengan interés para la comunidad</li> <li>• Habilidad para relacionarse de forma adecuada y satisfactoria</li> </ul>

Tomado de: Programa de Prevención Familiar de la Agencia Antidroga + familia. Guía para padres y madres. Salud Madrid. Comunidad de Madrid<sup>5</sup>.

### Prevención terciaria o reducción de daños

Incorporación de estrategias para mejorar el abordaje terapéutico de jóvenes con problemas de consumo de tóxicos:

- Reducir el consumo/búsqueda de la abstinencia.
- Abordaje de problemas psiquiátricos y de conducta.
- Problemática familiar.
- Problemática de relación interpersonal.
- Rendimiento en el área académico-laboral.
- En general, el tratamiento será plural, incluyendo terapia individual, grupal y familiar, además del tratamiento psicofarmacológico. La intensidad del tratamiento dependerá de la gravedad del problema<sup>3</sup>.
- La participación de un profesional sanitario próximo a la familia y con influencia sobre el paciente puede resultar útil y eficaz. Deberá coordinar los distintos recursos disponibles (Salud Mental, recursos sociales, organizaciones oficiales de drogodependencias, etc.), informando a la familia y al paciente de dichos recursos<sup>3</sup>.

### ¿CÓMO PUEDE INTERVENIR?

- Lo más adecuado es hacerlo a través de la entrevista motivacional<sup>8-11</sup>, intentando:
  - Trabajar la conexión con el adolescente sin juzgar, exigir ni intentar cambiar.
  - Aceptación incondicional al joven que refiere consumo de tóxicos, para lograr una relación empática.
  - Asegurar la confidencialidad mientras no signifique compromiso vital, actividad criminal o maltrato.
  - En definitiva: crear vínculo terapéutico de interacción recíproca, generar posibilidad de cambio y convertirle en protagonista de su mejora.
- Los pasos a seguir en la entrevista motivacional son:
  - Dejarle hablar libremente y atenderle, con las mínimas interrupciones.
  - Hacer aflorar y reforzar sus deseos y proyectos vitales.
  - Desarrollar las discrepancias entre sus deseos y proyectos y la conducta actual.
  - Dar información adecuada a las circunstancias.
  - Evitar discusiones-argumentaciones (“echar la charla”).
  - No etiquetar al adolescente con diagnósticos de inmediato.

- “Rodar con la resistencia” puesta por el adolescente, es decir, reconocer y reflejarle sus propias objeciones a la intervención, le moviliza a criticarlas y buscar soluciones al respecto.
- Apoyar la autoeficacia: no tratar de persuadirle, sino de ayudarlo a decidir por sí mismo.
- Crear un vínculo terapéutico de disponibilidad. Si hemos establecido buena conexión con el adolescente, podemos programar futuras visitas que refuercen su autoeficacia.

### ¿EN QUÉ MOMENTOS PUEDE INTERVENIR?

- Asesoramiento anticipatorio a la familia.
- Consejo/intervención breve.
- Intervención ante el consumo ocasional recreativo de intensidad variable.
- Educación para la salud individual y grupal.
- Promoción de la salud.

#### Asesoramiento anticipatorio a la familia

La familia es un marco único para educar desde el nacimiento a sus hijos en valores y protección, aprovechando la convivencia y el ejemplo diarios. Nuestro asesoramiento depende de la edad y madurez del niño o adolescente<sup>3,5,6</sup>:

- Hasta los 5 años: respuestas inmediatas y sencillas a sus preguntas (por ejemplo: el consumo de tabaco y alcohol es perjudicial para la salud).
- De 6 a 11 años:
  - Suelen interesarse por sustancias legales: tabaco/alcohol. De las ilegales podemos hablar solo si preguntan.
  - Aprovechar circunstancias cotidianas: noticia en la televisión, consumo de tabaco o alcohol por parte de algún adulto de la familia o cuando toman un medicamento, explicando la importancia de un uso adecuado.
  - Ofrecer una respuesta a sus demandas, evitando que las busquen en otras fuentes, como sus amigos o Internet.
  - Información veraz y objetiva, intentando que sea clara, sencilla y solo la necesaria.
  - Información en positivo: hacer hincapié en la importancia de no consumir y plantear comportamientos saludables.

- De 12 a 16 años:
  - Comienzo de la curiosidad y riesgo de inicio del consumo de tóxicos.
  - Abordar el tema en casa, no banalizando ni dramatizando.
  - Es importante conocer las sustancias, sus consecuencias negativas, aspectos legales, utilizando al hablar un tono sencillo, razonable y directo.
  - Escuchar sus opiniones de forma atenta y respetuosa: crear espacio de comunicación.
  - Hablar cuando se pueda aunque las condiciones no sean las óptimas.
  - El tratamiento del consumo de sustancias debe ser constante y no puntual a lo largo del desarrollo del adolescente.
  - Mostrar siempre una actitud clara y firme de rechazo hacia el consumo, evitando ambigüedades e imprecisiones.

### Consejo/intervención breve

- Aprovecharemos las consultas a demanda y las programadas para promocionar conductas protectoras en general frente a las de riesgo<sup>7,12</sup>.
- En el intervalo de los 11 a los 14 años, según el nivel de desarrollo del chico o de la chica.
- Periodicidad ideal: anual.
- Mensaje positivo/continuado. Positivo, ya que a los adolescentes no les motiva hablar de salud y menos a largo plazo. Habrá que utilizar estrategias como aspectos estéticos, deportivos o económicos. Y continuado, ofrecido por diferentes adultos abiertos y disponibles: padres/madres, profesores, médicos, personal de enfermería, etc., evitando el inicio o las recaídas.
- A través de preguntas abiertas: ¿qué drogas conoces?, ¿qué peligros ves en el consumo?, ¿conoces a alguien que consuma?
- Ofrecer confidencialidad y privacidad.
- Entrevista de tipo motivacional, como hemos visto en el apartado anterior.

### Intervención ante el consumo ocasional recreativo de intensidad variable

En este caso, deberemos profundizar en nuestra intervención y empezamos, como siempre, por una buena historia clínica<sup>3,4,6,11,12</sup>.

1. Historia clínica.
  - Gravedad del consumo que va a depender de una

- serie de factores: tipo de sustancia / vía de administración; edad de comienzo; frecuencia: consumo aislado, diario; situaciones de consumo: con amigos, en soledad; motivación(es), etc.
  - Síntomas/signos físicos: cansancio; alteraciones del sueño; quejas físicas múltiples; adelgazamiento; ojos rojos, mirada perdida; rinorrea, ronquera; tos persistente, dolor torácico, etc.
  - Síntomas psicológicos/emocionales: disminución del rendimiento escolar; faltas a clase; cambios de amistades, en la manera de vestir o hablar; cambios de conducta en casa: huraño, irritable, comparte pocas actividades con la familia; cambios de horarios y actividades, en los patrones de sueño y alimentación; necesidad insaciable de dinero, etc.
  - Factores de riesgo/protección (Tablas 2 y 3).
  - Presencia de enfermedades previas: asma, hipertensión, enfermedades renales, hepáticas y cardíacas.
  - Riesgos añadidos: conducción de vehículos, relaciones sexuales, violencia, etc.
2. Tras la anamnesis, la exploración física no siempre ofrece información valiosa. Depende de la sustancia y el momento en que exploramos. Debemos prestar atención a: higiene personal, estado nutricional, lesiones cutáneas, etc.
  3. Como herramientas auxiliares contamos con:
    - Criterios DSM-IV-TR para abuso y dependencia (ver primera parte).
    - Exámenes complementarios según los datos de anamnesis y exploración física: hemograma y VSG, bioquímica general, serología de hepatitis/VIH, investigación de infecciones de transmisión sexual, test de embarazo y detección de tóxicos en orina si proceden. La **detección de tóxicos**<sup>11</sup> en orina:
      - No aporta información sobre la frecuencia de consumo ni el grado de adicción.
      - Un resultado negativo no excluye el uso de tóxicos.
      - Indicado en la valoración del paciente intoxicado y para descartar debut de trastornos psiquiátricos.
      - Para desenmascarar el consumo tiene efectos negativos y es éticamente discutible.
      - En la **tabla 4** mostramos el tiempo de cobertura de las pruebas de detección de metabolitos en orina de diferentes sustancias psicotrópicas. El

Tabla 4. **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
Cannabis	21 a 30 días
Cocaína	4 a 7 días
Anfetaminas y "éxtasis"	48 horas
Benzodiazepinas	3 días

Tomado de: Ruiz PJ. Consumo de sustancias en la infancia y en la adolescencia. En: Tratado de Pediatría Extrahospitalaria (SEPEAP)<sup>11</sup>.

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 aun así dar positivo en una prueba de detección en orina.

4. Finalmente, con los datos de la historia clínica, exploración física y exámenes complementarios, si se han solicitado, podemos hacer **una valoración del estado para cambiar** o estado interior que pasa por distintas fases y aparece en la persona cuando desea cambiar un comportamiento nocivo. Siguiendo a Prochaska y Di Clemente<sup>8,9</sup>, reconocemos una serie de fases (**figura 1**).

- **Precontemplación:** no considera el cambio, multitud de excusas. Nuestra tarea como terapeutas es generar dudas y aumentar la percepción del menor de los riesgos y problemas de su consumo actual.
- **Contemplación:** ambivalencias para dejar o no. Empezamos a considerar el cambio. Podemos intervenir evocando las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar, así como potenciar la autoeficacia del menor para el cambio de conducta.
- **Determinación:** dispuesto para cambiar. El terapeuta le ayuda a determinar el mejor curso de acción a seguir para lograr el cambio.
- **Acción:** aprendizaje de nuevas formas de comportamiento.
- **Mantenimiento:** estabilidad en el nuevo comportamiento. Relaciones con no consumidores.
- **Recaída:** vuelta al consumo. No hay que considerarlo como un fracaso, sino motivar para entrar de nuevo en la rueda.

#### Educación para la salud individual y grupal

- Tiene como objetivo el desarrollo de recursos y habilidades personales para conseguir estilos de vida más saludables.
- Educación con objetivos y contenidos más amplios que la intervención breve, requiriendo el consenso entre las partes y un espacio y un tiempo específicos dedicados al trabajo educativo.
- Educación individual: una o varias consultas programadas, de 20 a 40 minutos de duración, personalizando al máximo los objetivos y contenidos educativos.

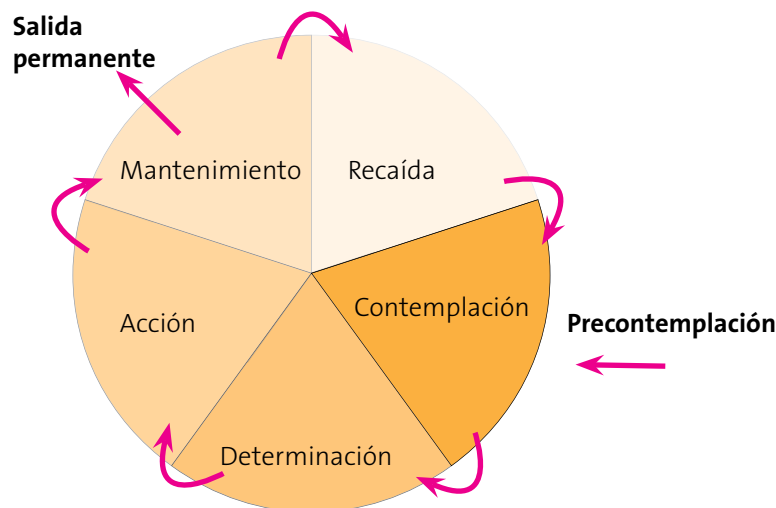


Figura 1. **Valoración del estado para cambiar: fases (Prochaska y Di Clemente)**

Tomado de: Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas delictivas<sup>8</sup>.

- Educación grupal: serie de sesiones programadas, de alrededor de dos horas cada una que aprovecha el refuerzo y apoyo grupal, con utilización de métodos y técnicas pedagógicas que la educación individual no permite.

#### Promoción de la salud

- Son proyectos de base comunitaria, a través de asociaciones juveniles, servicios sociales, coordinación centro de salud-centro escolar, etc.
- Desarrollo de medidas que modifiquen las causas o factores relacionados con la situación de salud.
- Parte de un planteamiento inicial que se reelabora a lo largo de su desarrollo.

#### ¿QUÉ NECESITA?<sup>1,3,6,13</sup>

- **Formación:** es fundamental perfeccionar conocimientos y desarrollar habilidades, que incluye la capacidad de entablar una entrevista motivacional con el adolescente, aprovechando una oportunidad que puede ser única.
- **Disponibilidad de tiempo:** siempre escaso para los profesionales de AP. Pero, por escaso que sea nuestro tiempo, siempre es mejor intentarlo, ofreciendo nuestra disponibilidad para otras consultas que programemos con más tranquilidad.
- También es importante:
  - Determinar con claridad los objetivos de la intervención en la prevención del consumo de tóxicos.
  - Conocimiento de la red de recursos específicos o apoyos externos especializados.
  - Programas de prevención: universales, selectivos, indicados.
  - Protocolos de diagnóstico precoz/Guías de actuación adaptadas a la AP de salud.
  - Materiales específicos de apoyo: folletos, cuestionarios, etc.
  - Proyectos de investigación aplicada: clínica, epidemiológica, sociosanitaria.

Por consiguiente, la intervención preventiva y terapéutica podría seguir un modelo ecológico que tiene en cuenta factores individuales (biológicos, psicológicos, etc), relacionales, comunitarios y sociales para buscar adolescentes resilientes en contextos sociales sostenibles sobre el consumo de tóxicos.

Los contextos sociales sostenibles<sup>11</sup> sobre el consumo de tóxicos son espacios sociales que favorezcan y fortalezcan el no consumo de tóxicos y, a la vez, canalicen un uso adecuado y protegido de la sustancia cuando este ocurra.

Algunas propuestas para la construcción de espacios sociales sostenibles son:

- Solicitar la ampliación del horario de utilización de infraestructuras sociales, educativas, culturales y deportivas para la realización de actividades de ocio y tiempo libre.
- Ofrecer 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 tóxicos y sobre desarrollo de alternativas de ocio y tiempo libre se realicen necesariamente con la participación de los jóvenes.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Caudevilla F. Intervención en el adolescente consumidor de drogas. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010:237-44.
2. Cornellá J, Llusent A. Prevención de conductas de riesgo en la adolescencia: alcohol, tabaco y otras drogas. En: 32º Curso de Pediatría Extrahospitalaria. Coloquios con especialistas (Grindope). Barcelona: Estudi 6- Arts Gràfiques Ediciones; 2005:277-95.
3. Hidalgo MI, Redondo AM. Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2009; 13 (3):352-74.
4. Payá B, Castellano G. Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores. En: Compendio del Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil (Pediatría Integral). Madrid: Ergón Ediciones; 2008:261-74.
5. Programa de Prevención Familiar de la Agencia Antidroga + familia. Guía para padres y madres. Salud Madrid. Comunidad de Madrid. Madrid: Ancares Gestión Gráfica Ediciones; 2010.
6. Benítez MR, Medranda MI, Montón JL. Intervención del pediatra de Atención Primaria en la prevención del consumo de sustancias de abuso. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 supl 3:S91-111.
7. Galbe J. Consumo de alcohol y drogas. En: Cortés O, Esparza MJ (eds). Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia (PREVIN-FAD-AEPap). Madrid: Exlibris Ediciones; 2011:73-84.
8. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas delictivas. Barcelona: Paidós Ediciones; 1999.

9. Hidalgo MI, Júdez J. Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatr Integral*. 2007;11(10):895-910.
10. Ruiz PJ. Dos herramientas para entrevistar adolescentes: la entrevista motivacional y el consejo sociosanitario participativo. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009;11:155-9.
11. Ruiz PJ. Consumo de sustancias en la infancia y en la adolescencia. En: *Tratado de Pediatría Extrahospitalaria (SEPEAP)*. Madrid: Ergón Ediciones; 2011:1487-94.
12. Zarco J. Drogas: ¿Cómo actuar? *Bol Pediatr*. 2007;45(Supl. 1):45-8.
13. De la Rosa V, González MP. La falta de tiempo y de formación son las principales dificultades de los profesionales sanitarios para identificar el consumo de sustancias en los jóvenes. *Evid Pediatr*. 2007;3:67.