

Intervención del pediatra de Atención Primaria en la prevención del consumo de sustancias de abuso

MR. Benítez Rubio^a, MI. Medranda de Lázaro^{a,b}, JL. Montón Álvarez^c

^aDoctora en Medicina. CS ISFAS, Cuatro Vientos, Madrid

^bPediatra. CS ISFAS, Cuatro Vientos, Madrid

^cPediatra, Doctor en Medicina, CS Mar Báltico, Servicio Madrileño de Salud (Área 4). Madrid

Rev Pediatría Aten Primaria. 2006; 8 Supl 3: S91-111

María del Rosario Benítez Rubio, charbenrub@hotmail.com

Resumen

El aumento del consumo de sustancias de abuso, el policonsumo, la baja percepción del riesgo por parte de los jóvenes y la consideración de estos consumos en el contexto de una cultura de ocio y diversión constituyen serios problemas para la salud actual y futura de nuestros adolescentes.

El pediatra de Atención Primaria (AP) goza de una posición privilegiada por los frecuentes contactos con el niño en crecimiento y su familia.

La prevención del consumo de sustancias de abuso debe realizarse de una forma integral e inespecífica, como prevención de conductas de riesgo, durante la infancia y adolescencia.

En este trabajo se plantean distintas posibilidades de intervención en la prevención del consumo de sustancias de abuso desde la AP.

Palabras clave: Adolescencia, Prevención, Sustancias de abuso, Atención Primaria.

Abstract

The increase of substance abuse consumption, polyconsumption, the low perception of risk by young people and the consideration of these consumptions in the context of a leisure culture and fun, constitute a serious problem for the present and future health of our adolescents.

Primary Care Paediatrician (AP) enjoys an exceptional position because of his/her frequent contacts with the growing child and his/her family.

Prevention of substance abuse consumption must be carried out in a comprehensive and unspecific way, as risk behaviour's prevention, during childhood and adolescence.

In this work, different possibilities of intervention on substance abuse prevention are considered from Primary Care Health.

Key words: Adolescence, Prevention, Substance abuse, Primary Care.

Introducción

Las estrategias preventivas frente al consumo de sustancias de abuso que se basan sólo en información, en el control de la oferta o en atemorizar a los posibles consumidores han fracasado o han tenido resultados mediocres^{1,2}.

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 ellas¹⁻³.

El pediatra debe aprovechar su situación privilegiada ya que, a menudo, conoce al niño desde el nacimiento y ha contactado con la familia en múltiples ocasiones. Los adolescentes prefieren a un médico conocido, accesible, al que pueden confiar sus problemas y que le reconozca su papel de adulto joven, aunque eso signifique compartir la sala de espera con lactantes o personas mayores^{2,4-6}.

Los autores desean plantear la intervención del pediatra de Atención Primaria (AP) en la prevención del consumo de sustancias de abuso como contestación a una serie de preguntas:

- ¿Qué se puede hacer?
- ¿Cómo se puede intervenir?
- ¿Qué se necesita?

¿Qué puede hacer el pediatra de AP en la prevención del consumo de sustancias de abuso?

Prevención primaria

La clave para disminuir el daño asociado al consumo de sustancias de abuso es la educación⁷⁻⁹, la formación de la persona para que sepa tomar decisiones inteligentes, que promuevan su desarrollo y su bienestar, y el del entorno en que vive. Para ello se requiere:

Información rigurosa de los efectos del consumo de sustancias de abuso: esta información debe llegar, de forma adecuada, a la infancia, juventud, madres y padres, personal docente, personas con responsabilidad política, etc. La eficacia de la prevención aumenta si, junto con el trabajo con los adolescentes, se desarrollan intervenciones dirigidas a las familias y a la comunidad^{3,10-12}.

*Fortalecer la capacidad de toma de decisiones fomentando*¹³⁻¹⁵: la autoestima, la capacidad crítica y autocrítica, la tolerancia, la actitud positiva para resolver dificultades, la disposición a trabajar en grupo, la capacidad de soportar frustraciones, la actitud solidaria, la capacidad de asumir responsabilidades, en definitiva, la resiliencia o capacidad de adaptación^{1,16-18} (anexo I).

*Salud y autocuidados, entre los que se pueden incluir*¹⁴: gestión de riesgos y daños, alimentación, higiene, actividad física, descanso, sexualidad, prevención de accidentes, etc.

Ocio y tiempo libre, con especial atención a^{3,14}:

- Ocio saludable: actividades en la naturaleza, artísticas, deportivas, culturales... Todas pueden ser importantes si permiten ampliar sus intereses.
- Recursos y su utilización.
- Integración de "lo lúdico y lo agradable" en la vida cotidiana.
- Promover el asociacionismo juvenil fomentando el canalizar sus necesidades de relación interpersonal.

Prevención secundaria

Detección precoz e intervención temprana de niños y adolescentes en situación de riesgo o que inician el consumo^{4,7,8,11}.

Cualquier sustancia utilizada por pre-adolescentes conlleva un extraordinario riesgo por la probabilidad de progresión al uso de otras sustancias más peligrosas y el efecto perjudicial de tal uso sobre el desarrollo físico, psicológico, neurológico y emocional⁵.

Es necesaria la intervención para cualquier paciente cuando⁵:

- El uso de sustancias tiene un efecto sobre el rendimiento académico, laboral o social.
- Se asocia a otras conductas de riesgo: conducción de vehículos, relaciones sexuales no protegidas, violencia.
- Se sospecha comorbilidad psiquiátrica: depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), fobia social, etc.^{20,21}

El trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, hace al adolescente muy vulnerable frente al consumo de sustancias psicoactivas, como consecuencia de la impulsividad y la sensación de fracaso personal⁷. El hecho de tomar una medicación específica para este trastorno disminuye el riesgo de consumo de sustancias de abuso en la adolescencia y juventud.

Los adolescentes pueden ser capaces de aceptar que necesitan ayuda cuando se les muestra la progresión que están haciendo en el consumo de sustancias de abuso⁵.

Antes de considerar la prevención terciaria, se deben repasar los principales factores de riesgo y de protección asociados al consumo de sustancias en la adolescencia (tablas I, II, III y IV)^{5,16,17,19}.

Prevención terciaria

*Incorporación de estrategias para mejorar el abordaje terapéutico de jóvenes con problemas de consumo de sustancias de abuso*²².

El objetivo del tratamiento, además

de la abstinencia total, será la reintegración de actitudes, valores y comportamientos socializantes, tanto a nivel familiar, como académico y vocacional^{4,20,21}.

En general, el tratamiento será plural, incluyendo terapia familiar, individual,

Tabla I. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de sustancias de abuso en la adolescencia. Personales

| Factores de riesgo | Factores de protección |
|--|--|
| Inicio precoz de consumo de sustancias | Inicio tardío de consumo de sustancias |
| Actitud favorable al consumo | Riesgo percibido del consumo |
| Baja autoestima/escasas habilidades sociales | Gran autoestima/asertividad/competencia social |
| Problemas psicopatológicos (depresión) | |
| Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) | Tratamiento farmacológico para el TDAH |
| Desórdenes en la conducta o comportamiento agresivo | |
| Búsqueda de sensaciones, impulsividad, distracciones | Temperamento resiliente |
| Complicaciones perinatales o daño cerebral | |
| Ausencia de creencia y práctica religiosas | Presencia de creencia y práctica religiosas |
| Rebelía frente a los valores dominantes y normas convencionales de la sociedad | Orientación social positiva con adopción de normas convencionales sobre el uso de sustancias |

Fuente: tomado y modificado de Kulig JW y Comité sobre Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. Pediatrics. 2005;115:816-21.

Tabla II: Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de sustancias de abuso en la adolescencia. Familiares

| Factores de riesgo | Factores de protección |
|---|--|
| Padres represivos (control sin apoyo) | Padres que ejercen autoridad y monitorizan las actividades (control y apoyo) |
| Padres sobreprotectores (apoyo sin control) | |
| Padres permisivos (ni apoyo ni control) | |
| Padres y adultos próximos que consumen tabaco, alcohol o drogas | No uso de sustancias y normas claras de conducta |
| Altos niveles de conflicto familiar | Buenas relaciones familiares: seguridad afectiva |
| Negligencias o abusos en la infancia/abuso sexual | Relaciones edificantes con adultos prosociales |

Fuente: tomado y modificado de Kulig JW y Comité sobre Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. Pediatrics. 2005;115:816-21.

de tipo cognitivo-conductual combinada con técnicas motivacionales y grupos de autoayuda, además del tratamiento psicofarmacológico. La intensidad del tratamiento dependerá de la gravedad del problema^{4,20,21}.

Puede establecerse un "contrato" entre el médico, el paciente y la familia para definir las reglas y pasos que se van a

seguir. La participación de un profesional sanitario próximo a la familia y con influencia sobre el paciente puede resultar útil y eficaz⁴.

El pediatra debe coordinar los distintos recursos disponibles (salud mental, recursos sociales, organizaciones oficiales de drogodependencias, etc.), informando a la familia y al paciente de di-

Tabla III. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de sustancias de abuso en la adolescencia. Pares y escuela

| Pares | |
|--|---|
| Factores de riesgo | Factores de protección |
| Amigos que beben, fuman o consumen sustancias | Amigos no "enganchados" en el consumo de sustancias |
| Uso de drogas admitido por pares | Uso de drogas no admitido por pares |
| Escuela | |
| Factores de riesgo | Factores de protección |
| Escaso rendimiento académico y fracaso escolar | Buen rendimiento académico y éxito escolar |
| Bajo interés y aprovechamiento escolar | Aspiraciones académicas elevadas |

Fuente: tomado y modificado de Kulig JW y Comité sobre Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. Pediatrics. 2005;115:816-21.

Tabla IV. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de sustancias de abuso en la adolescencia. Comunidad y factores socioculturales

| Comunidad | |
|--|--|
| Factores de riesgo | Factores de protección |
| Desorganización en la comunidad o vecindario | Buena organización e identificación étnica |
| Publicidad de tabaco/alcohol | Impuestos elevados para tabaco y alcohol |
| Accesibilidad para drogas legales e ilegales | Endurecimiento legal |
| Socioculturales | |
| Factores de riesgo | Factores de protección |
| Presencia de sustancias en nivel cultural bajo | Nivel cultural medio |
| Publicidad de sustancias legales | Programas educativos antidroga científicamente basados, comprensivos |

Fuente: tomado y modificado de Kulig JW y Comité sobre Abuso de Sustancias de la Academia Americana de Pediatría. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. Pediatrics. 2005;115:816-21.

chos recursos. Asimismo, debe conocer el programa de tratamiento para poder informar y resolver las dudas que tengan los padres^{21,23}.

Es aconsejable establecer un plan de seguimiento periódico, cada tres o seis meses, para reforzar la confianza, valorar la eficacia del tratamiento y mantener el apoyo a la familia^{20,23}.

¿Cómo puede intervenir el pediatra de AP en la prevención del consumo de sustancias de abuso?

Mediante:

1. Consejo/intervención breve.
2. Asesoramiento anticipatorio a la familia.
3. Educación para la salud individual y grupal.
4. Promoción de la salud.
5. Intervención ante el consumo ocasional recreativo de intensidad variable.
6. Utilización de recursos.

Consejo/intervención breve

El consejo o intervención breve puede realizarse, de forma individualizada, aprovechando la consulta a demanda o como parte de la guía anticipatoria de los controles en salud, para promover conductas protectoras frente a las de riesgo. Se debe también aconsejar a

los padres, como veremos más adelante. La anamnesis sobre el consumo de sustancias de abuso depende de la situación y madurez del chico y se puede iniciar a partir de los 10-11 años. La investigación del consumo y consejo al adolescente se realizará, idealmente, cada año^{4,6,7,11}.

El consejo debe llevar un mensaje 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. Es mejor orientar que aconsejar^{1,2}.

Lo más importante y efectivo es el consejo continuado, ofrecido por diferentes adultos abiertos y disponibles: padres/madres, profesores, médicos, personal de enfermería, etc., evitando el inicio o las recaídas. Intervenciones breves, pero pertinentes y repetidas a lo largo del tiempo, pueden ser eficaces y gratificantes, ya que potencian el sentimiento de autoeficacia del adolescente, la esperanza y el optimismo^{1,2,11,24}.

Las preguntas abiertas (por ejemplo, "Cuéntame más sobre esto", "¿Qué aspectos desearías modificar...?") ayudan a no amedrentar al adolescente, empezando por conocer su actitud hacia el consumo de sustancias dentro de su medio ambiente (casa, escuela, ami-

gos) antes que preguntar directamente por sus hábitos. Se debe cuidar la confidencialidad y privacidad en todo momento, a excepción de existir peligro para su vida o la de otros. La negociación acerca de qué información se compartirá con los padres potencia el sentimiento de confidencialidad con el adolescente y refuerza la vinculación terapéutica^{7,8,19}.

La técnica adecuada para entrevistar a los adolescentes resulta fundamental para acercarnos a ellos¹⁹. La entrevista motivacional es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente a quien, fundamentalmente, se le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o un hábito insano, para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. El médico no asume un rol autoritario: la responsabilidad para el cambio queda en manos de la persona. Son estrategias más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión, cuyo objetivo principal es aumentar la motivación intrínseca del paciente, que debe presentar sus propias razones para cambiar²⁵.

Las aproximaciones motivacionales efectivas son:

- Consejo, dado con claridad, para: identificar el problema o el área pro-

blemática, explicar por qué el cambio es importante y recomendar un cambio específico.

- Identificar y eliminar los obstáculos importantes que existen en los esfuerzos hacia el cambio.
- Ofrecer alternativas dentro de la elección personal.
- Disminuir la deseabilidad.
- Practicar la empatía, la escucha reflexiva, que puede ser muy útil para apoyar la autoestima de la persona.
- Ofrecer un feedback sobre la situación actual y sobre sus consecuencias o riesgos.
- Aclarar los objetivos, que deben ser realistas y alcanzables²⁵.
- Ofrecer ayuda activa. Cuando se trata de negociar cambios, hay que empezar con modificaciones ligeras respecto al comportamiento inicial.

Asesoramiento anticipatorio a la familia

Es importante hacer hincapié en una serie de aspectos¹⁴:

- Desarrollo psicoevolutivo. Contexto social actual de la adolescencia.
- Papel de padres, madres y familiares. Proyecto personal de vida.
- Relación educativa en esta etapa. En la medida en que seamos capaces de conjugar autoridad, razona-

miento, diálogo y, sobre todo, mucho afecto, podremos ofrecerles una respuesta clara y, al mismo tiempo, aceptable²⁶.

- Promoción de la salud de los hijos: salud, riesgos, traslado de responsabilidades, consumo de sustancias y prevención, etc.
- ¿Cómo hablar de consumo de sustancias de abuso en la familia?²⁷:
 - Tipo de información adaptada a la edad, personalidad, necesidades, etc.²⁸
 - Información objetiva y sin exageraciones: no dramatizar, deformar la realidad ni ofrecer verdades a medias.
 - Escuchar sus opiniones de forma atenta y respetuosa.
 - No censurar pensamientos ni que existan temas tabúes.
 - Evitar que los hijos perciban las conversaciones sobre el consumo de sustancias como un interrogatorio.
 - No hay por qué utilizar todos los “momentos clave” para hablar de drogas, ni intentar agotar el tema en un solo día.
 - El tratamiento del consumo de sustancias debe ser constante y no puntual.
- ¿Cuándo se debe hablar del consu-

mo de sustancias de abuso en la familia?²⁷

Siempre que pregunten y a iniciativa propia.

- Hasta los 10 años. No conviene hablar de las drogas de forma directa, salvo si lo preguntan. Algunos temas que pueden tratarse son:
 - Los venenos, como sustancias peligrosas que no se pueden consumir.
 - La diferencia entre uso controlado de golosinas y abuso, que puede producir indigestiones.
 - No tomar medicamentos o dárselos sin prescripción del médico y no tener una “farmacia” en casa.
- De los 10 a los 14 años. Hablar fundamentalmente de las drogas legales: alcohol y tabaco, cómo afectan al organismo, etc.
- A partir de los 14 años, o antes si lo preguntan, es conveniente empezar a hablar de sustancias ilegales. Además de los peligros de la dependencia, es importante informarles sobre las consecuencias legales de su posesión y sobre los peligros de la adulteración.

Educación para la salud individual y grupal

Se centra en la educación, con objetivos y contenidos más amplios que los del consejo/intervención breve, requiriendo el consenso entre las partes y un espacio y un tiempo específicos dedicados al trabajo educativo¹⁴.

La educación individual puede desarrollarse en una o varias consultas programadas, de 20 a 40 minutos de duración, personalizando al máximo los objetivos y contenidos educativos.

La educación para la salud grupal consiste en una serie de sesiones programadas, de alrededor de dos horas de duración cada una, que aprovecha el refuerzo y apoyo grupal, con utilización de métodos y técnicas pedagógicas que la educación individual no permite.

Ambos tipos de intervenciones se centran en el desarrollo de recursos y habilidades personales para la consecución de estilos de vida saludables o de menos riesgo.

Promoción de la salud

Son proyectos de base comunitaria que tienen en cuenta el contexto en que se desarrollan, animando a participar e integrando en el proyecto a los distintos recursos existentes en la comu-

nidad (grupos de jóvenes, centros y servicios, etc.)¹⁴.

Tienen diferentes puntos de partida. Unas veces son a iniciativa de una asociación juvenil, otras responden a un planteamiento de los servicios sociales, otras surgen de la oferta de un servicio por parte del centro de salud o de la coordinación centro de salud-centro escolar, etc.

En general, son proyectos con un planteamiento inicial que se va reelaborando a lo largo de su desarrollo y orientados hacia medidas que modifiquen las causas o factores relacionados con la situación de salud.

Intervención del pediatra ante el consumo ocasional recreativo de intensidad variable

Hasta ahora, se ha revisado una serie de técnicas o herramientas, de menor a mayor complejidad, especialmente útiles en la prevención del consumo de sustancias de abuso. Si se sospecha un consumo ocasional recreativo de intensidad variable, se debe profundizar en la intervención^{4,8,11,21,29,30}.

Anamnesis

Gravedad del consumo

Entre los parámetros que hay que valorar se encuentran²⁰:

- Tipo de sustancia. Vía de administración.
- Edad de comienzo.
- Frecuencia: consumo aislado, diario, etc.
- Situaciones de consumo: solo, con amigos, etc.
- Uso/abuso/dependencia.
- Motivación: sentirse bien, aliviar molestias físicas, facilitar las relaciones con otros o experimentar sensaciones.
- Análisis funcional. Destinado a valorar los estímulos o situaciones concretas que preceden a la conducta (antecedentes) y los acontecimientos que siguen típicamente a la conducta (consecuencias).

Síntomas/signos físicos

Cansancio; alteraciones del sueño; quejas físicas múltiples; adelgazamiento; ojos rojos/mirada perdida; rino-rea/ronquera; tos persistente/dolor torácico, etc.

Síntomas psicológicos/emocionales

Disminución del rendimiento escolar, faltas a clase; cambios en amistades; cambios en la manera de vestir y hablar; cambios de conducta en casa: se torna más huraño, irritable, comparte pocas actividades con la familia; cambios en

sus horarios y actividades; cambios en el patrón de sueño y alimentación; necesidad insaciable de dinero, incluso pueden recurrir a vender objetos de casa.

Factores de riesgo

Ver las tablas I, II, III y IV.

Presencia de enfermedades previas

Pueden influir en el tratamiento: hipertensión arterial, asma y otras enfermedades pulmonares, hepáticas, renales y cardíacas.

Riesgos añadidos

Cualquier conducta de riesgo: uso de vehículos de motor, violencia y relaciones sexuales no protegidas.

Exploración física

No siempre ofrece información valiosa. Los hallazgos dependerán del tipo de sustancia y del momento en que se realice: fase de intoxicación aguda o crónica. Atención a la higiene personal, estado nutricional, lesiones cutáneas, etc.

Valoración del estado mental

- Estado emocional: triste o eufórico, estabilidad o labilidad afectiva, y reactividad emocional.
- Visión que tiene de sí mismo, de sus experiencias en la vida y de la esperanza en el futuro.

- Alteraciones en el curso, la forma o el contenido del pensamiento.
- Alteraciones en la percepción como ilusiones, alucinaciones o sensaciones de no reconocerse.
- Ideación paranoide, delirio u otros signos psicóticos.

Cuestionarios

Son de utilidad para ayudar al diagnóstico en la consulta, pues la impresión clínica aislada puede ser insuficiente para descubrir a pacientes en situación de riesgo: test de dependencia a la nicotina de Fagerström (FTQ)^{28,31}, test de Cage y Audit para detección del consumo de alcohol³¹, etc.

Exámenes complementarios

Hemograma/velocidad de sedimentación globular. Bioquímica general. Serología de hepatitis/VIH. Investigación de infecciones de transmisión sexual. Test de embarazo.

Detección de tóxicos en orina. Indicado en:

- Pérdida de conciencia o síntomas físicos inexplicables.
- Diagnóstico diferencial de enfermedad psiquiátrica frente al consumo.
- Reafirmar al adolescente en tratamiento con negativa de consumo.
- Trastornos del comportamiento alimentario y consumo de sustancias.

- Madres adolescentes con síntomas de privación en el recién nacido.

Valoración del estado para cambiar

Estado interior que pasa por distintas fases y aparece en la persona cuando desea cambiar un comportamiento nocivo. Se reconocen una serie de fases (Prochaska y Di Clemente)^{25,32} (figura 1)

- Precontemplación: no considera el cambio, multitud de excusas. Necesita información y *feedback*, a fin de que pueda aumentar la conciencia del problema y la posibilidad de cambiar.
- Contemplación: ambivalencias para dejar o no. Empieza a considerar el cambio. Ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio.
- Determinación: dispuesto para cambiar. Recomendar el recurso terapéutico más adecuado, accesible y efectivo.
- Acción: aprendizaje de nuevas formas de comportamiento. Se puede colaborar para que se produzca el cambio.
- Mantenimiento: estabilidad en el nuevo comportamiento. Relaciones con no consumidores. Es importante ayudar al paciente a identificar y utilizar estrategias para prevenir una recaída.
- Recaída: vuelta al consumo. No debe vivirse como un fracaso. Se debe

ayudar al paciente a renovar los procesos de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

Este modelo resulta muy útil en Atención Primaria porque facilita un diagnóstico motivacional, una especie de estadiaje, y permite adaptar estrategias a cada persona según el grado de motivación que tenga para cambiar.

Utilización de recursos

El pediatra de AP debe conocer los recursos especializados disponibles ante consumos problemáticos, comorbilidad psiquiátrica, etc. Es recomendable

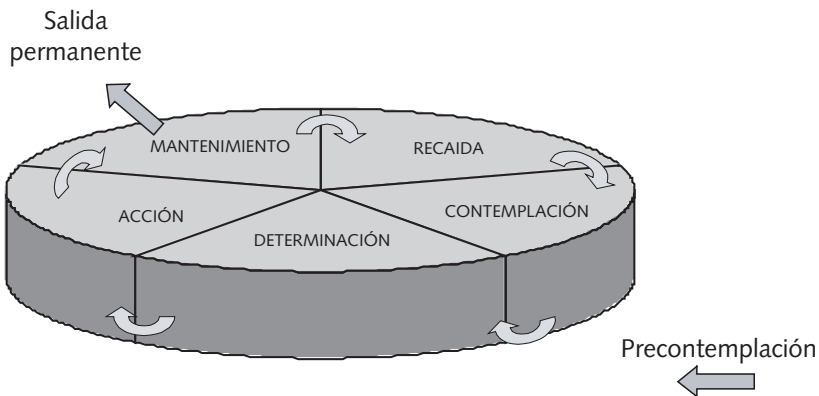
tener contacto con los grupos de profesionales dedicados a la atención de personas con problemas de consumo de sustancias de abuso, para orientar y dirigir a los pacientes que lo necesiten²¹.

La coordinación adecuada entre el pediatra y los distintos profesionales aumentará la eficacia de los recursos.

La accesibilidad del pediatra para seguir al adolescente tras un tratamiento adecuado es fundamental para prevenir recaídas⁵.

Podemos esquematizar en tres niveles las intervenciones de distintos profesionales que atienden a personas con problemas de consumo de sustancias^{4,7,8}:

Figura 1. Valoración del estado para cambiar.



Fuente: Prochaska JO, Di Clemente CC. *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1982;19:276-88.*

Primer nivel: intervención del pediatra de AP

- Profesional con conocimientos sobre el uso y abuso de sustancias.
- Uso de sustancias intermitente, experimental o no inusual para la edad y el grupo.
- Psicopatología no significativa, reacción de ajuste.
- Desarrollo adecuado de las actividades académicas y sociales.
- Ausencia de conducta antisocial.

Segundo nivel: interconsulta con servicio especializado

- Falta de experiencia del profesional de AP.
- Abuso significativo de sustancias.
- Alteraciones psicopatológicas.
- Falta de desarrollo de las actividades académicas y sociales.

Tercer nivel: programa específico, internamiento

- Abuso compulsivo de sustancias.
- Anormal desarrollo de las actividades educativas y sociales.
- Peligro inminente para la salud mental o física del paciente.
- Conducta antisocial persistente.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- Alteraciones psicopatológicas que

requieran control de conducta o medicación.

Las principales fuentes de recursos para la prevención son²⁶:

- Administración Central: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre la Droga (PNSD) dependiente del Ministerio de Sanidad. Ofrece:
 - Centro de Información y Documentación.
 - Observatorio Español sobre Drogas, que lleva a cabo el Programa de Encuestas Nacionales (domiciliaria y escolar), integra distintas fuentes de información y edita periódicamente informes que recogen distintos aspectos del problema (sociológicos, de prevención, asistenciales, etc.).
 - Convocatorias anuales para financiación de proyectos, tanto de investigación como de carácter aplicado.
- Administración Autónoma: Plan Autonómico sobre Drogas, dependiente de la Consejería de Salud o de Asuntos Sociales.
- Administración Local: algunas diputaciones, cabildos insulares y numerosos ayuntamientos de más de 20.000 habitantes disponen de planes locales o municipales sobre dro-

gas. Han sido los primeros impulsores de los programas de prevención de carácter escolar, familiar y comunitario.

- Organizaciones sociales: organizaciones de padres, juveniles, culturales, deportivas, específicas de lucha contra las drogas, etc. Por ejemplo: FAD (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción), Proyecto Hombre, etc.

Los recursos para la atención a personas con problemas de consumo de sustancias de abuso son de dos tipos²⁶:

- Generales. Son aquellos servicios en los que se pueden realizar las primeras intervenciones sobre el problema y recabar información sobre recursos más especializados:
 - Equipos Básicos de Salud.
 - Servicios Sociales Generales.
 - Teléfonos de Información sobre Drogodependencias (Por ejemplo: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción 900 16 15 15).
- Especializados. Son los recursos que se dedican de forma específica a la atención de los problemas derivados del consumo de sustancias de abuso, a través de programas de tratamiento llevados a cabo, en la mayo-

ría de los casos, por equipos de profesionales:

- Servicios de Salud Mental.
- Centros Ambulatorios de Atención a Drogodependientes.
- Centros de Día.
- Comunidades terapéuticas.
- Unidades de desintoxicación hospitalaria.
- Pisos de acogida y reinserción.
- Programas de mantenimiento con metadona.
- Centros de contacto y atención sociocomunitaria.

Direcciones de interés

A continuación se muestran direcciones postales, electrónicas y teléfonos que corresponden a los distintos recursos con los que se puede contar.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre la Droga: www.pnsd.msc.es y www.sindrogas.es
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción: www.fad.es
- Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la AEPap: www.medynet.com/usuarios/PrevInfad
- Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP: www.adolescenciasema.org
- MEDLINE en español para alcoh-

lismo y otros temas: www.nlm.nih.gov/medline/spanish/alcoholism.html

- NIDA (National Institute On Drug Abuse): www.drugabuse.gov/prevention/Spanish/principio.html
- Actijoven: www.madrid.org/juventud/actijoven.htm
- La Antidroga: www.laantidroga.com
- Proyecto Hombre: www.proyecto-hombre.org
- Organización no Lucrativa de Acción Social (Prevención de Drogodependencias): www.edex.es
- FERMAD: Federación Madrileña de Asociaciones de Ayuda contra la Drogadicción para la Asistencia y a su familia (Entidad de Asistencia a colectivos marginados): www.mundointegra.com/fermad
- UNAD: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (ONG dedicada a drogodependencias más grande de Europa): www.unad.org

¿Qué necesita el pediatra para la prevención del consumo de sustancias de abuso?

Entre las principales necesidades se pueden destacar^{33,34}:

- Formación. Es fundamental perfeccionar conocimientos y desarrollar

habilidades para trabajar adecuadamente en la prevención primaria, secundaria y el abordaje terapéutico desde la AP, cuando sea posible²². El desarrollo de habilidades debe entenderse de forma más amplia, como capacidad de entablar una entrevista motivacional con el adolescente, aprovechando una oportunidad que puede ser única.

- Disponibilidad de tiempo. La actual presión asistencial que sufren muchos pediatras de AP imposibilita la atención adecuada al adolescente en general y, sobre todo, a aquéllos con problemas de consumo de sustancias.
- Determinar con claridad los objetivos de la intervención del pediatra de AP en la prevención del consumo de sustancias.
- Conocimiento de los recursos específicos. Se debe insistir en la necesidad de detectar lo más precozmente posible los signos y síntomas sugestivos de trastornos psicológicos, como sucede con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad sin tratamiento adecuado, ya que hacen más vulnerable al adolescente frente al consumo de sustancias de abuso y conductas de riesgo.
- Programas de prevención. Se pueden clasificar en^{35,36}:

- Programas universales. Dirigidos a todos los adolescentes sin distinción.
- Programas selectivos. Dirigidos a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de adolescentes de su edad (grupos de riesgo).
- Programas indicados. Dirigidos a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento (grupos de alto riesgo).
- Protocolos de diagnóstico precoz/ guías de actuación ante problemas relacionados con el consumo de sustancias de abuso, adaptados a la Atención Primaria de salud²².
- Materiales específicos de apoyo (folletos, cuestionarios, etc.) que puedan ser utilizados con los adolescentes, sus familiares, en intervenciones escolares, etc. Pueden resultar especialmente útiles para apoyar el consejo en intervenciones breves, tanto en la consulta a demanda como en los controles de salud programados.
- Proyectos de investigación aplicada: clínica, epidemiológica y sociosanitaria²².

Conclusiones

Siguiendo las recomendaciones del Plan Nacional Sobre la Droga (PNSD), el Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (PrevInfad) y del National Institute on Drug Abuse (NIDA), hay que destacar las siguientes conclusiones:

- Los programas de prevención deben diseñarse para realzar los factores de protección y reducir los factores de riesgo conocidos.
- Los programas de prevención deben incluir el desarrollo de aptitudes generales para la vida y de técnicas para resistir las sustancias de abuso cuando sean ofrecidas, reforzar la actitud y los compromisos personales contra el uso de sustancias, y aumentar la habilidad social.
- Los programas de prevención para niños y adolescentes deben incluir métodos interactivos que se adapten a la edad, como grupos de discusión entre compañeros y solución de problemas y toma de decisiones en grupo, y no ofrecer sólo técnicas de enseñanza didáctica.
- Las actividades de prevención centradas en la familia tienen mayor re-

percusión que las estrategias que se centran en los padres o en los hijos por separado.

- Los programas comunitarios que incluyen campañas de medios de comunicación y modificación de políticas, como nuevos reglamentos que restringen el acceso a las sustancias de abuso, son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones escolares y familiares.
- Los programas de prevención deberían ser a largo plazo, con repetidas intervenciones para reforzar las metas preventivas originales.
- Los programas de prevención deben orientarse a grupos de edad específica, y ser apropiados a la etapa del desarrollo y sensibles a las diferencias culturales, étnicas, etc.
- La programación de la prevención debe adaptarse para atender la naturaleza específica del problema del abuso de sustancias en la comunidad local.
- Mientras más alto sea el nivel de riesgo de la población diana, más intenso ha de ser el esfuerzo de prevención y más temprano debe empezar.
- Los programas de prevención eficaces son rentables.
- Se debe establecer un registro internacional de intervenciones de prevención del consumo de sustancias de abuso, acordando criterios para calificar la intervención de prevención en términos de seguridad, eficacia y efectividad.
- No existen trabajos, en nuestro país, que evalúen la eficacia de la intervención breve, frente al consumo de sustancias, en el marco de la consulta de AP, tanto para adultos como para adolescentes¹.
- Hasta el momento actual, la contribución de la AP en la prevención del consumo de sustancias ha sido muy limitada. Sin embargo, tiene una gran potencialidad de intervención³⁶:
 - Desde las consultas de AP con los adolescentes y sus familias.
 - Participando de los programas de prevención en el medio escolar.
 - Mediante acciones comunitarias, promoviendo en su zona de salud los programas de prevención.

Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a Miguel A. Amorós e Isabel Ramos por su generosa colaboración.

Anexo I

Concepto y fuentes de resiliencia

Resiliencia: es una capacidad universal que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad y, a partir de ella, poder fortalecer el carácter de las personas.

Cada momento de la vida representa para la persona una etapa, con características propias e irrepetibles; por eso se habla de estar resiliente, en lugar de ser resiliente. Por ello, la resiliencia, si bien tiene una dimensión personal, es también resultado de la interacción con el entorno¹⁷.

Fuentes de la resiliencia. Parte del modelo "yo tengo, yo soy, yo estoy y yo puedo" de Edith Grotberg¹⁸.

Yo tengo. Es así que yo tengo personas que:

- me quieren,
- me ponen límites,
- me demuestran el camino a través

de su conducta,

- me ayudan,
- desean que avance para desenvolverse solo.

Yo soy. Yo soy una persona:

- por la que otros tienen aprecio y amor,
- feliz cuando hago algo bueno para los demás,
- respetuosa de mí misma y del prójimo.

Yo estoy. Yo estoy:

- dispuesto a asumir responsabilidades,
- confiado en el futuro.

Yo puedo. Yo puedo:

- hablar sobre mis inquietudes,
- buscar cómo resolver mis problemas,
- controlarme ante situaciones de peligro,
- buscar el momento adecuado para hablar o actuar,
- encontrar a alguien cuando lo necesite.

Bibliografía

1. Galbe Sánchez-Ventura J. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. En: Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y Adolescencia. Grupo de Trabajo de Prevención

en la Infancia y Adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Madrid: Exlibris; 2004; p. 387-401.

2. Hidalgo Vicario MI. Atención integral del adolescente. Revisión crítica. XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Ex-

trahospitalaria y Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2004;Vol Extra 7:76-84.

3. Paniagua Repetto H. El niño en la sociedad actual. Drogas en la calle. XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2003;Vol Extra 6:41-4.

4. Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2005;9:137-55.

5. Kulig JW. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics*. 2005;115:816-21.

6. Paniagua Repetto H. Consumo de tabaco y alcohol. En: Castellano G, Hidalgo MI y Redondo AM, editores. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. Madrid: Ergon; 2004. p. 194-9.

7. Cornellá Canals J. El adolescente y las drogas. *An Esp Pediatr*. 2000;52(Supl 5):317-22.

8. Cornellá Cana J, Llusent Guillamet A. Prevención de conductas de riesgo en la adolescencia: alcohol, tabaco y otras drogas. 32º Curso de Pediatría Extrahospitalaria (Prof. Prandi) [CD]. Barcelona; 2005.

9. Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Plan de Acción 2005-2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

10. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005. Número 2 Oxford: Update Software LTD. Disponible: [en línea] [consultado el 24/08/2006]. Disponible en www.update-software.com

11. Elster AB, Zuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GA-

PA). Recomendaciones y fundamentos. Versión española. Madrid: Díaz de Santos; 1995. p. 119-46.

12. Paniagua Repetto H, García Calatayud S, Castellano Barca G, Sarrallé Serrano R, Redondo Figuero C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An Esp Pediatr*. 2001;55:121-8.

13. Amador G. La prevención del consumo de drogas en la niñez y adolescencia en Costa Rica. En: Red Interamericana para la prevención de las drogas. [en línea] [consultado el 06/10/2005]. Disponible en www.ripred.org/dpna/resources/tendencias/crprevencion/htm

14. Pérez Jarauta MJ, Echaury Ozcoidi M. Educación para la salud aplicada a tabaco, alcohol y drogas. En: Castellano G, Hidalgo MI y Redondo AM, editores. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. Madrid: Ergon; 2004. p. 153-63.

15. Tierno Jiménez B. Claves para una educación inteligente. XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2003;Vol Extra 6:55-8.

16. Castellano Barca G. Factores de riesgo y factores protectores. XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2004;Vol Extra 7:62-4.

17. Girard GA. La adolescencia, edad de riesgo. Factores de protección. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM, editores. *Medicina de la adolescencia. Atención Integral*. Madrid: Ergon; 2004. p. 70-4.

18. Grotberg E. Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. Traducido por Suárez Ojeda. La Haya: Fundación Bernard Van Leer; 1996.

19. Cornellá Canals J, Llusent Guillaumet A. La entrevista al adolescente. XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría. Taller satélite. Cáceres; 2002.
20. Work Group On Quality Issues. Bukstein OG. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36 (Suppl 10):S140-56.
21. Payá B, Castellano G. Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores. Curso de Formación Continuada en Psiquiatría Infantil. *Pediatr Integral*. 2005;8:3-12.
22. Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Evaluación 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
23. Michigan Quality Improvement Consortium. Diagnosis and management of substance use disorders. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2003.
24. Rodríguez Fernández L. Los adolescentes, los adultos, nuestro mundo y las drogas. XV Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría [CD]. Sevilla; 2004.
25. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós; 1999.
26. Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga; 1996.
27. Programa de prevención de drogodependencias (PPD). Materiales de formación en prevención de drogodependencias. Módulo familias. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid; 1996.
28. Altet Gómez MN, Pascual Sánchez MT, Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo en la Infancia. Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr*. 2000;52:168-77.
29. Brañas Fernández P. Aspectos clínicos del comportamiento adictivo en adolescentes. Ponencia al XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría. [CD]. Albacete; 2005.
30. González-Meneses A, Durán de Vargas LE. Consumo de drogas: marihuana, drogas de síntesis y otras. En: Castellano G, Hidalgo MI y Redondo AM, editores. *Medicina de la adolescencia*. Atención Integral. Madrid: Ergon; 2004. p. 200-6.
31. Anexo 6. Test útiles. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM, editores. *Medicina de la adolescencia*. Atención Integral. Madrid: Ergon; 2004. p. 609-10.
32. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychother Theory, Res Practice*. 1982;19:276-88.
33. Megías E, Bravo MJ, Júdez J, Navarro J, Rodríguez E, Zarco J. La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2001.
34. Zarco J. Drogodependencias y Atención Primaria: ¿una relación reconducible? *Aten Primaria*. 2001;28:519-22.
35. Rodríguez Fernández L. Adolescentes y consumos de drogas. En: Libro de Ponencias del XIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría. Granada: AEP; 2003. p. 192-221.
36. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. El médico de familia y el adolescente. Detección e intervención en las conductas

de riesgo. En: El Médico Interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad. [en línea] [consultado el 24/08/2006]. Disponible en: www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema20/adolescentee6.htm

37. National Institute On Drug Abuse (NIDA). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los Adolescentes. EE. UU.: Departamento de Salud y Servicios Humanos. Institutos Nacionales de la Salud; 2004.

