



# Intervenir con adolescentes que consumen drogas y no son toxicómanos

**Juan Antonio ABEIJON**  
**M<sup>a</sup>. Jesús IRASTORZA**

Psiquiatras

Centro de Salud Mental Julían Ajuriagerra (Fika), Bilbao  
Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia  
Osakidetza. Servicio Vasco de Salud

La adolescencia es un periodo importante de la vida caracterizado por cambios y convulsiones en el individuo en su proceso de ingreso en el mundo adulto. Estos cambios se viven en distintos aspectos: físicos, hormonales y de crecimiento pero también psicológicos, afectivos, relacionales y de construcción del yo; en esta etapa se van a elaborar los procesos de autonomía y de acercamiento crítico al mundo adulto.

Los cambios se trasladan también a los grupos referenciales en los que vive el adolescente y de forma muy especial a la familia y a los grupos de pares. Estos grupos no son solo espectadores sino también agentes activos en este proceso.

Los rituales de paso escenifican estos cambios. Todas las sociedades a lo largo de su historia se han servido de determinados rituales, de forma más o menos consciente y consentida, para simbolizar el paso de una etapa a otra de la vida.

En la actualidad el consumo de sustancias se ha convertido en uno de estos rituales de paso para muchos adolescentes.

El consumo de drogas aparece actualmente como un fenómeno de gran difusión entre amplios segmentos de población. La apreciación del consumo de alcohol como la droga del mundo adulto y el consumo de derivados de cannabis en todas sus formas como la droga del mundo joven hace tiempo que ha desaparecido. Los datos de las últimas encuestas sociológicas nos revelan características interesantes en las formas de consumo y en su significado. A pesar de que la proporción de escolares que consume bebidas alcohólicas permanece estable desde 1994 (PNSD, 2005), alcanzar el estado de embriaguez alcohólica forma parte de los rituales de ocio y diversión de los adolescentes durante los fines de semana (Javier Pons Diez y Enrique Berjano Peirats, 1999).

En lo que respecta a las edades de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas las mayores



frecuencias se encuentran entre los 14 y 15 años en todas las bebidas bajando a 12 y 13 años para el vino y el cava (Javier Pons Diez y Enrique Berjano Peirats, 1999).

Las prevalencias de consumo de cocaína y cannabis se han incrementado notablemente, al igual que la disponibilidad percibida, mientras que la percepción del riesgo ha disminuido (PNSD, 2005). Entre 1994 y 2004 la percepción del riesgo es menor para todas las sustancias, tanto en los consumos esporádicos como en los habituales (PNSD, 2005).

Estos datos se traducen en un aumento del número de inicios de tratamiento en la CAPV según los datos recogidos en el Informe del SEIT (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, 2006) referidos a la Comunidad Autónoma. En este informe se constata un aumento de inicios de tratamiento por toxicomanías no alcohólicas (de 1135 en 1994 a 1894 en 2004), importante sobre todo en el consumo de cocaína (51 en 1994 a 902 en 2004) y cannabis (68 en 1996 a 177 en 2004). Así mismo hay una disminución del consumo de heroína (1068 en 1994 a 611 en 2004). En el mismo informe aparece como significativo el dato referido al grupo de edad 15 a 24 años en los casos de personas admitidas a tratamiento sobre todo por consumo de cannabis y estimulantes: *“Los inicios por alcohol se agrupan en las franjas de edades más altas, así como la heroína y otros opiáceos. En el caso de anfetaminas, speed y cannabis son más jóvenes (15 y 24) y en el caso de la cocaína, en los grupos de edad medios (entre 25 y 34)”*.

Con respecto a los episodios de urgencia hospitalaria registrados en el mismo informe del SEIT, 2006, en los que se menciona el consumo de drogas psicoactivas, se señala que: *«el grupo “Trastornos mentales y del Comportamiento” es el que presenta el mayor porcentaje, con casi el 62% y dentro de ellos “Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas” con un 42% del total de diagnósticos»*.

En la memoria del 2005 de la Comunidad Terapéutica Manuene de Osakidetza, de un total de 91 pacientes atendidos ese año, un 12,28% pertenece a la franja de edad de 16 a 23 años.

Todos los estudios señalan la importancia de la intervención precoz sobre los casos de consumos problemáticos de drogas en general y en adolescentes en particular, acortando la llamada “fase silenciosa de consumo”, lo que permite detectar los casos más graves ligados sobre todo a trastornos psicóticos y de comportamiento, para evitar el ingreso en fases de cronicidad y atajar las consecuencias del consumo a nivel familiar, escolar y laboral.

Según numerosos estudios los factores familiares de riesgo que se asocian con una mayor probabilidad de consumo de drogas en los hijos son, de forma resumida, los siguientes:

1. La conflictividad intrafamiliar, que genera un aumento del estrés en los miembros de la familia y que tiene que ver con un mayor consumo de drogas en los padres.
2. Baja frecuencia de realización de actividades conjuntas entre padres e hijos, que resulta en un menor aprendizaje de actividades sociales y un menor seguimiento de las actividades de los hijos.
3. Un estilo educativo inadecuado, caracterizado por una extrema permisividad o por autoritarismo.
4. Consumo de drogas y actitudes favorables hacia ellas en los padres.

El control y seguimiento de la conducta de los hijos es un factor de primer orden a la hora de analizar la influencia de la familia en el consumo de drogas de los hijos. Un estudio llevado a cabo en España sobre 19.191 estudiantes, de entre 14 y 18 años, encontró que el consumo de cannabis tiene una relación clara con la percepción que tienen los hijos del grado de control al que les someten sus padres cuando salen de casa. Este trabajo se basó en el análisis de la Encuesta Escolar del Plan Nacional sobre



Drogas y de la percepción que los jóvenes tienen del control paterno.

Las familias en las que los padres “están al tanto” de con quién están sus hijos presentan un 24,3% de casos de experimentación con cannabis. La cifra es del 42,9% en aquellas familias que parecen estar ajenas a las relaciones de los hijos. Esta relación inversa entre control familiar percibido y consumo de drogas se da en todas las sustancias (alcohol, tabaco, cocaína, éxtasis, cannabis, anfetaminas, LSD, etc.).

Hay que elaborar pautas de intervención precoz en el diagnóstico e intervención con adolescentes consumidores de drogas problemáticos y sus familias, evitando procesos de cronificación y actuando sobre algunas de las graves consecuencias que se presentan en este tipo de consumos, como son el fracaso escolar, los problemas de conducta y las crisis psicóticas.

Es imposible elaborar pautas de intervención sobre estos casos sin tener en cuenta dos cosas:

- Que la familia es el medio relacional donde se viven estas conductas y que la forma de actuar de cada uno de los miembros que componen este medio va a ser determinante en el significado y la evolución del problema.
- Que en algunos casos los Médicos de Atención Primaria y otros grupos en relación con adolescentes a nivel escolar y social son el primer frente en el que se desvelan estas situaciones y que la manera de actuación de estos profesionales va a ser determinante a la hora de elaborar un recorrido de actuación.

### Indicadores de riesgo

Tres grandes grupos:

1. Los que tienen que ver con los recursos yoicos, es decir, con las capacidades propias del adolescente:

- Antecedentes desde la infancia de dificultades en las distintas etapas del desarrollo, han precisado atención médica o psicológica continuada, han sufrido enfermedades orgánicas de larga evolución o que han generado algún tipo de discapacidad con percepción subjetiva de sí mismo ó de la familia de haber sido un niño con dificultades para ir madurando.
- Historia de fracaso escolar desde niño o en la última etapa tras haber sido un buen estudiante.
- Sintomatología orgánica crónica o cuadros psicopatológicos importantes en el momento actual.
- Comportamientos agresivos, que habría que diferenciar si sólo se dan en el entorno familiar en cuyo caso posiblemente tienen que ver con una disfunción en la dinámica familiar ó si se generalizan a todo su entorno que podría tratarse, si se mantiene, de un trastorno de descontrol de impulsos.
- Serias dificultades para ir adquiriendo progresivamente pautas de autonomía respecto de sus padres con comportamientos excesivamente dependenciales.
- Serias dificultades para *irse haciendo un hueco* entre sus iguales: dificultad para establecer relaciones o mantenerlas, no ser aceptado habitualmente en los grupos de pares, relaciones de excesiva dependencia o de sometimiento.
- Escasa o nula red social.

2. Los que tienen que ver con el entorno familiar:

- Graves disfunciones familiares, familias multiproblemáticas.
- Momentos de crisis en una familia hasta ese momento con dinámicas de funcionamiento adecuadas, muerte de algún familiar, separación de los padres, enfermedad de algún miembro, crisis económica.
- Incapacidad manifiesta de contención del adolescente por parte de la familia.



3. Los que tienen que ver con la historia de consumo de drogas:

- Edad del adolescente. En la 1ª fase de la adolescencia, cualquier consumo de alcohol u otras drogas es abusivo.
- Tipo de droga que consume. Con aquellas drogas de fuerte capacidad adictiva como heroína o cocaína, también cualquier consumo es abusivo.
- Patrón de consumo, detectar cambios importantes en la frecuencia o dosis de consumo.
- Consumos medicalizados, buscando calmar ansiedades o evitar conflictos que cuesta enfrentar.
- Consecuencias graves, tanto orgánicas como psiquiátricas, derivadas de cualquier tipo de consumo, comas etílicos, episodios de descompensación psicótica.

### **Características de una intervención eficaz**

La atención a población adolescente ha de caracterizarse por ser rápida, flexible y por crear un vínculo terapéutico sólido desde el principio.

La relación del adolescente con el mundo adulto, y en especial con los terapeutas, es ambivalente. Oscilan entre la demanda de ayuda y el rechazo a la misma alegando no necesitarla, por temor a la excesiva dependencia. Tiene que ver con aspectos infantiles (dependientes) junto a una necesidad de ser independiente (aun sin saber muy bien cómo conseguirlo).

Los profesionales que trabajan con este perfil de población saben bien lo difícil que es para un adolescente pedir ayuda y lo importante que es atender inmediatamente esa demanda. Y saben también “traducir” las ausencias del adolescente a la terapia, sin vivirlas como falta de adhesión al tratamiento y manejando las contratransferencias. Por esto, un Servicio de Atención para población adolescente ha de cuidar especialmente la acogida. Hay aspectos metodológicos que lo facilitan:

- La primera acogida, directa o telefónicamente, es preferible que la haga el profesional que vaya a ser la figura de referencia de dicho adolescente. Si no fuera siempre posible, al menos que sea un profesional entrenado en este rol. Se trata de evitar que el adolescente que acude por primera vez al servicio tenga que pasar por distintos profesionales y se pierda en el camino.
  - La relación ha de ser cercana, cálida, pero flexible, sin precipitarse en ofrecer propuestas de tratamiento hasta “escuchar” y entender la demanda del adolescente. Crear un vínculo terapéutico de “disponibilidad”.
  - Garantizar la confidencialidad, a no ser que esté en riesgo grave la seguridad del adolescente. Explicitarlo con él. Cuidar especialmente este aspecto en la primera recogida de datos.
  - Intentar, en la medida de lo posible, que este perfil de población no se mezcle con otros (adultos, toxicómanos, alcohólicos...), delimitando los espacios de acogida o delimitando los horarios.
- Si la primera demanda fuera de la familia, cuidar que el profesional que inicie un trabajo terapéutico con la familia no sea el mismo que atiende al adolescente, en caso de que esto fuera preciso más adelante. Explicitarlo a todo el sistema familiar.
- Adecuar un espacio diferenciado, que resulte acogedor para este tipo de pacientes.
  - Dicha estrategia será diferente en función de cómo llegue la demanda.
- Si la demanda llega desde la familia, tras la fase diagnóstica podrá definirse una propuesta de tratamiento con una o varias de las siguientes intervenciones:
- Sólo con los padres.
  - Con toda la familia.
  - Con atención directa al adolescente.
  - Incluyendo o no a otros referentes adultos que ayuden a tutelar el proceso (EISES, etc)
- Si la demanda llega desde el propio adolescente, tras la fase diagnóstica y siendo él el



principal protagonista de la intervención, se diseñará una propuesta de tratamiento que puede incluir una o varias de las siguientes intervenciones:

- Individual.
  - Familiar.
  - Dinámicas grupales de pares.
  - Coordinación con otros grupos socio-educativos del entorno relacional del adolescente.
- Si la demanda procede desde algún grupo socio-educativo, EISES, tutores escolares:
- Valoración conjunta del caso con dicho recurso, con posibilidad de seguimiento en supervisión del mismo.
  - Sólo en los casos en los que en el grupo de supervisión se considere indicado, intervención directa con el adolescente y/o la familia.

### Técnicas terapéuticas útiles

*Terapia individual*, a cargo de especialistas familiarizados en la psicoterapia con esta franja de edad.

*Terapia familiar*, con la unidad familiar, con la pareja parental, en grupos multifamiliares. Pero siempre después de un diagnóstico de cada sistema familiar y con una propuesta de tratamiento atendiendo a su especificidad.

*Grupo de Familiares*. Los padres son el referente adulto más cercano para el adolescente, identificándose con ellos, proyectando sus angustias con ellos, haciendo los duelos con ellos... Con ellos van a hacer este proceso hasta adquirir su propio ideal de YO. Para poder contener al hijo adolescente, los padres han de evitar proyectar su angustia por los duelos que a su vez están realizando. Por esto, el Objetivo de este grupo es ofrecer un espacio a estos padres para que puedan expresar sus dificultades y capacitarles para ser referentes adultos contenedores.

*Terapia de grupo de pares*. La adolescencia es un proceso evolutivo durante el cual se dan pautas de comportamiento que podrían ser consideradas prácticas de riesgo (relacionadas con las drogas, la sexualidad, la velocidad...), pero que en la mayoría de los casos se enmarcan dentro de este proceso de adquisición de una nueva identidad y que el mismo adolescente va dejando atrás aunque en algunos casos, sobre todo si se dan en un momento de mayor conflictiva individual o relacional que desborda al adolescente, pueden bloquear este proceso evolutivo. El Objetivo de este grupo es detectar y ayudar a aquellos adolescentes en los que estas prácticas de riesgo puedan dificultar este proceso hacia la adquisición de una identidad adulta utilizando las técnicas más adecuadas para esta edad (Técnicas Psicodramáticas, No Verbales, con objetos intermediarios,...) y con un cierto rodaje en el manejo de las dificultades habituales en estos grupos (contención de la agresividad, tendencia al acting,...).

No podemos mirar para otro lado, desde las instituciones públicas se deben de proponer mecanismos de intervención que sean una respuesta más entre otras que alivien el sufrimiento de aquellos que sufren y que prevengan el sufrimiento de los que se encuentren en situación de riesgo. Los profesionales de la salud intervenimos desde nuestro rol sin pretender invadir otros espacios de decisión, desde ahí están escritas estas reflexiones y estos análisis.

