

Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas



M.I. Hidalgo Vicario, J. Júdez Gutiérrez*

*Pediatra. Doctora en Medicina y Cirugía. Acreditada en Medicina de la Adolescencia. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. *Médico. Magister en Bioética. Magister en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios. Jefe de Área de Investigación, Innovación y Desarrollo. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia*

Resumen

La adolescencia constituye un fenómeno cultural cuyo período de tiempo es impreciso. En los últimos años, ha ido aumentando debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del tiempo hasta que el joven se incorpora a la vida adulta. A lo largo de los siglos, se ha manifestado como una época difícil, complicada y llena de peligros.

En este artículo, se realiza una revisión sobre las conductas de riesgo durante la adolescencia y su posible evolución a conductas problemáticas y delictivas. Se presentan los factores de riesgo y de protección para el adolescente, las consecuencias clínicas que originan las conductas problemáticas, cuál debe ser la actuación médica, así como las medidas preventivas. Igualmente, se realiza una valoración bioética de cómo se puede ayudar a los adolescentes y al entorno en la toma de decisiones responsables, respecto a los diferentes riesgos a los que están expuestos. Se hace especial hincapié en el importante papel del pediatra de Atención Primaria para prevenir y actuar ante estos problemas.

Palabras clave

Adolescencia; Drogas; Violencia; Delito; Conductas delictivas; Bioética; Menor maduro.

Abstract

HIGH RISK ADOLESCENCE. DRUG CONSUMPTION AND CRIMINAL BEHAVIORS

Adolescence constitutes a cultural phenomenon whose period of time is vague. In the last years it has been increasing due to the precocious beginning of puberty and to the prolongation of the time until the young person gets up itself to the adult life. Throughout centuries it has been showed like a difficult time, complicated and full of dangers. In this article, a revision is made on the risk conducts during the adolescence and its possible evolution to problematic and criminal behaviors. The factors of risk and protection for the adolescent are shown, as well as the clinical consequences that originate the problematic behaviors, what should be the medical performance, and what the preventive measures to be adopted. Also, a bioethics assessment is made of how is it possible to help adolescents and their next-of-kin, in the responsible decision making, with respect to the different risks to which they are exposed. Special emphasis is made in the important role of primary care pediatricians to prevent and to face these problems.

Key words

Adolescence; Drugs; Violence; Crime; Criminal behavior; Bioethics; Mature minor.

Pediatr Integral 2007;XI(10):895-910

INTRODUCCIÓN

“Nuestros jóvenes de ahora aman el lujo, tienen pésimos modales y desdeñan la autoridad, muestran poco respeto por sus superiores, pierden el tiempo yendo de un lado para otro, y están siempre dispuestos a contradecir a sus padres y tiranizar a sus maestros...”

Sócrates, siglo V a de JC

Desde los tiempos más antiguos se han venido registrando quejas sobre los adolescentes y se constata que esta etapa de la vida es difícil, complicada y llena

de peligros. Debido a los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que se producen, aparecen más conflictos con los progenitores, con resistencia a su autoridad, cambios en el estado de ánimo y aparición de conductas arriesgadas.

La adolescencia es un fenómeno cultural producto de la civilización occidental, es como una ceremonia de iniciación del paso de la infancia a la edad adulta. Constituye un período de tiempo impreciso, cuya duración ha ido aumentando en los últimos tiempos, debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolon-

gación del período de formación escolar y profesional. El final de la adolescencia no está claramente delimitado, variando en función de los criterios físicos, mentales, afectivos, sociales y culturales que se adopten para definir al adulto. El proceso puede ser muy corto en áreas donde el joven comienza a trabajar pronto (rural, marginales, etc.) y va prolongándose en áreas desarrolladas debido al mayor tiempo que usa el joven para preparar su inserción sociolaboral.

Durante esta época de la vida, se logra un importante crecimiento y desarro-

llo físico y se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del adolescente a la edad adulta, como son: adquirir una independencia respecto a los padres, tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación de su cuerpo, relación con los amigos y adopción de estilos de vida, y establecer una identidad sexual, vocacional, moral y del yo.

La naturaleza de los adolescentes no ha cambiado a lo largo de los siglos, enfrentándose a obstáculos similares. Lo que sí ha cambiado es el ambiente en el que viven; por ello, en la actualidad aparecen nuevos problemas y riesgos. Los medios de comunicación nunca han estado tan llenos de violencia, ni han sido tan explícitos e irresponsables desde el punto de vista sexual, ha aumentado la oferta y disponibilidad de las drogas, la infección por virus de la inmunodeficiencia humana y el SIDA han hecho la actividad sexual más arriesgada que nunca, ha aumentado la accesibilidad a las armas, y ha disminuido de forma muy importante la influencia de la familia, entre otros. Todo ello influye en que durante esta época se produzcan con mayor frecuencia conductas de riesgo, que en la mayoría de los casos van a ir disminuyendo y desapareciendo con el crecimiento y desarrollo del joven; pero, en determinadas situaciones derivarán hacia conductas delictivas y antisociales.

El profesional sanitario de Atención Primaria ocupa una posición estratégica para poder actuar tanto en la prevención primaria (educación sanitaria), secundaria (detección precoz de las conductas de riesgo) y también la terciaria, colaborando en el tratamiento multidisciplinar, que variará según el problema de que se trate y la situación del joven.

CONDUCTAS DE RIESGO

Durante la adolescencia se establecen las conductas de riesgo que se pueden extender a la edad adulta. Es preciso distinguir entre las que son transitorias y facilitan el desarrollo del joven, de las que pueden llegar a ser problemáticas.

Cuando se atiende a adolescentes, se debe tener presente el concepto de riesgo, es decir, la probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable. Los ries-

gos se interrelacionan con una compleja red de factores e intereses sociales, culturales económicos y ambientales.

El conocimiento de estos riesgos debe ayudarnos a demostrar la necesidad de realizar programas preventivos, organizar mejores sistemas asistenciales y actuar de forma adecuada, pero debemos distinguir entre factores, situaciones y conductas de riesgo.

Factores de riesgo: "Aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de originar o asociarse al desencadenamiento de un hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir". Pueden ser la causa de un daño o actuar como moduladores del mismo si influyen en él. P. ej.: el alcohol y la conducción.

Situaciones de riesgo: "Aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social". P. ej.: permisividad en el uso de drogas; las exigencias que se imponen a la práctica de determinados deportes, o excesivo culto a la imagen corporal.

Conductas de riesgo (CR): "Actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura". El adolescente sin experiencia, o con ésta muy limitada, se compromete en conductas destructivas, sin conocer los riesgos a corto y largo plazo. Las conductas de riesgo son: uso y abuso de tabaco, alcohol y otras drogas, conducta sexual arriesgada, hábitos dietéticos alterados, sedentarismo, conductas de violencia e inseguridad que conducen a los accidentes y a la delincuencia.

Es muy importante **la edad de inicio y la madurez**, lo que puede ser una CR para una adolescente joven puede ser una conducta normativa para otro mayor. P. ej.: en una adolescente de 13 años las relaciones sexuales completas constituyen una conducta de mucho riesgo, pero si tiene 19 se considera "normativa" con sólo el riesgo inherente a la conducta. También, es importante **la intensidad**, si se repiten con excesiva frecuencia o exceden los límites del comportamiento social aceptable.

Estas conductas son voluntarias, **se establecen durante la adolescencia y juventud**, extendiéndose a la edad adul-

ta. Siguen la trayectoria del desarrollo del adolescente por lo que son predecibles; así, el uso de tabaco, alcohol y la actividad sexual aumentan con la edad en la adolescencia.

Se encuentran **relacionadas entre sí, influenciadas por el ambiente** en que se vive y evolucionan de una forma predecible: un adolescente sexualmente activo es más probable que consuma tabaco y alcohol precediendo a la marihuana y otras drogas. De esta forma, la participación en conductas de riesgo (abuso de drogas) predice otras concurrentes como actividad sexual insegura con el riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual, conducta delincuente y antisocial, violencia, problemas psiquiátricos y fracaso en la escuela.

El inicio precoz conlleva un peor pronóstico. Se ha visto que los adolescentes que se inician en CR antes de los 15 años tendrán más problemas en la edad adulta que los que se inician posteriormente, por ello en cierta manera son prevenibles.

Suele existir conciencia del peligro que se corre, pero prima un sentimiento de **invulnerabilidad** y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma.

Diversos autores, como Jessor y Baumrind, exponen que los problemas de conducta son parte del normal desarrollo del adolescente, juegan un papel en la transición a la edad adulta, ya que pueden ser instrumentos para ganar el respeto y aceptación de los compañeros, establecer la autonomía de los padres, repudiar las normas y valores de la sociedad tradicional, y luchar contra la ansiedad y frustración, entre otras. El desafío para el médico es distinguir entre conductas de riesgo transitorias que facilitan el desarrollo del joven y aquellas mismas conductas que por su frecuencia e intensidad pueden llegar a ser conductas patógenas.

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Es importante conocer los factores de riesgo y protección que afectan a un individuo, ya que según predominen unos u otros, pueden hacer a un sujeto más vulnerable o más resistente a los diferentes riesgos.

El consumo de drogas y las conductas delictivas constituyen un fenómeno complejo y multifactorial y es preciso tener en cuenta los aspectos propios del desarrollo del adolescente, los comportamientos de riesgo a los que se exponen, así como los factores de riesgo y de protección. Lo que hace a los individuos más vulnerables a la experimentación, abuso, o a una determinada conducta patógena, es la combinación de varios factores de riesgo. Por el contrario, la presencia de factores de protección puede condicionar su inhibición, reducción o modulación.

Los factores de riesgo pueden dividirse en los siguientes.

Factores socioculturales y ambientales presentes en una determinada cultura y momento histórico

- Leyes y normas sociales favorables. En el caso del uso de drogas, aunque la sociedad no acepte, sí puede ser aceptado y estimulado dentro del grupo en el cual el joven se relaciona.
- Disponibilidad y presencia de drogas o armas. A mayor disponibilidad de drogas, mayor consumo. La estrategia de aumentar el precio de una sustancia se acompaña de una disminución del consumo. En EE.UU., los adolescentes tienen 5 veces mayor probabilidad de morir de suicidio si hay un arma de fuego en casa. En los niños, el ser testigos de violencia aumenta el riesgo de que reaccionen con violencia más tarde en la vida y se asocia con problemas emocionales, sociales, de conducta y de atención.
- Baja percepción del riesgo del uso de drogas o del uso de la violencia. Los jóvenes que piensan que el consumo de drogas tiene efectos negativos consumen menos que los que no piensan así. Exposición a ambientes violentos conduce al uso de la violencia.
- Comunidad con alto grado de deprivación social y económica. Estas comunidades constituyen un riesgo de consumo de drogas y conductas delictivas, ya que se asocia a unas pobres relaciones sociales, desempleo y educación limitada.
- Elevada movilidad con cambios de residencia, colegio, etc., se asocia a un

mayor riesgo de uso de drogas y conductas violentas.

- Medios de comunicación. Actualmente, existe una exposición continua de las drogas sin hacer mención a los efectos secundarios. Además, su uso lo equiparan al *glamour*, éxito social, diversión, deporte, atractivo y deseo. Es necesario enseñar a los adolescentes a ser críticos con el consumo y la publicidad engañosa. De igual forma, la difusión a través de los medios de comunicación, de contenidos violentos y agresivos, conduce en los jóvenes a la tolerancia social, al aprendizaje de conductas agresivas, a la desinhibición y a asumir lo frecuente como normal. Sobre todo si es exhibido por personajes públicos, famosos de gran influencia para ellos.

Factores individuales y de relaciones interpersonales

Biológicos

- Susceptibilidad heredada: los hijos de alcohólicos tienen mayor probabilidad de abuso de alcohol que los hijos de no alcohólicos. Los hijos de padres con problemas psicopatológicos, igualmente tendrán más problemas.
- La adolescencia debido al afán de experimentar, a la inmadurez, la inexperiencia y al sentimiento de omnipotencia, es un período de extrema vulnerabilidad para conductas de riesgo.
- El sexo varón se asocia a un mayor riesgo de abuso de drogas y violencia.
- Edad. En el caso de las drogas, el inicio del uso de éstas antes de los 15 años aumenta el riesgo de abuso para el futuro. El riesgo disminuye a partir de los 20 años.
- Inicio asincrónico de la pubertad. Las mujeres con desarrollo puberal temprano y los varones con desarrollo retrasado tienen más baja su autoestima y más riesgo de desarrollar conductas de riesgo.
- El uso de alcohol y drogas aumenta el riesgo de violencia y otras conductas problemáticas.

Factores psicológicos y cognitivos

- Las creencias y expectativas hacia las drogas están directamente relaciona-

das con el uso de éstas. Los consumidores valoran positivamente las consecuencias del consumo a diferencia de los que no consumen. A medida que el individuo considera más probable su consumo, minimiza los efectos adversos y valora más los positivos. Igualmente ocurre con las creencias que apoyan la violencia.

- Problemas psiquiátricos como: ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, personalidad antisocial, trastornos de la conducta y esquizofrenia, conducen a un mayor riesgo de abuso de drogas y conductas delictivas.
- Baja inteligencia y autoestima, inmadurez, rebeldía, impulsividad, dificultad para relacionarse, fracaso escolar y agresividad temprana en la vida, conllevan un mayor riesgo.
- La falta de empatía (ponerse en el lugar del otro) conduce a una mayor inclinación para resolver los conflictos de forma violenta.

Factores familiares

- Educación paterna: padres permisivos que no establecen límites claros o con estilo autoritario, que no ofrecen espacio para el desarrollo del joven, tienen hijos con mayor riesgo de uso de drogas y conductas problemáticas. El tener padres antisociales y con una interacción disfuncional puede conducir a un aislamiento del niño/joven y asociarse con grupos violentos y conductas antisociales.
- Actitudes positivas de los padres hacia las drogas o el consumo abusivo de éstas, influyen en la opinión de los hijos y aumenta la posibilidad de consumir. Además, si los hijos colaboran con los padres (poner un vaso de vino, encender un cigarrillo, comprar tabaco) tienen mayor riesgo. A veces, actúa de repelente para el hijo al haber visto los efectos negativos de la adicción.
- Los conflictos familiares, abuso físico y sexual y la mala relación padres-hijos, más que la estructura familiar, han sido asociados con el abuso de drogas y conductas delictivas. La invalidación de la figura paterna, que con frecuencia se observa en varones con

TABLA I. Factores protectores

Factores dependientes de la comunidad y sociedad

- Servicios de salud, recreativos y sociales
- Conexión con instituciones culturales, religiosas y de otros tipos
- Vecindario seguro sin tolerancia a las drogas y sin violencia

Factores individuales

- Inteligencia y autoestima altas
- Habilidades para afrontar la adversidad, empatía
- Opinión optimista del futuro
- Alto grado de motivación para obtener logros y el futuro
- Ausencia de antecedentes familiares de drogadicción y violencia
- Tener normas y valores convencionales, religiosidad
- Ausencia y/o correcto tratamiento de los trastornos psiquiátricos

Factores familiares

- Buenas relaciones padres-hijos. Hogar estable
- Disciplina y supervisión de los padres
- Mensajes apropiados sobre las drogas y la violencia

Factores dependientes de la escuela

- Buena relación de los jóvenes con la escuela
- Escuelas de calidad que ofrezcan oportunidades para el éxito y la participación

Factores dependientes de los amigos

- Amigos que no abusan de las drogas ni presentan conductas delictivas
- Amigos con valores convencionales e intereses compartidos

estos problemas, puede explicar la dificultad de los hijos para asumir la autoridad y el valor de la ley y las normas.

Factores escolares

- El fracaso escolar, una mala adaptación y el déficit de atención, son también factores importantes.
- Falta de compromiso y mala relación con la escuela. El abuso de drogas y la delincuencia se han relacionado con el absentismo escolar, el rechazo y fracaso escolares. Igualmente, se deben considerar las actitudes de rechazo que surgen en la escuela hacia los alumnos problemáticos, que van a condicionar más conductas de riesgo en el joven y más rechazo hacia los estudios, un sentimiento de exclusión y mayor vulnerabilidad hacia las conductas delictivas.

Factores relacionados con el grupo de amigos

- Presiones del grupo, aunque los estudios realizados no son concluyentes.
- Tener amigos consumidores de drogas es el predictor más fuerte de consumo de drogas en el adolescente.

Igualmente sucede al tener amigos con conductas delictivas.

- Percepción sobreestimada del consumo de drogas de otros compañeros.

Los factores protectores son los inversos a los de riesgo, los contrarrestan y además potencian otros factores de protección y pueden verse en la tabla I.

CONSUMO DE DROGAS

El profesional sanitario debe conocer las razones de los jóvenes para el consumo de drogas, la situación epidemiológica actual, distinguir entre uso, abuso y dependencia a una droga y las distintas fases de progresión desde la curiosidad hasta la adicción y destrucción por una droga. Igualmente, los efectos que una droga origina en la vida del joven.

El consumo de drogas en la adolescencia constituye un problema de salud pública y una gran preocupación para los padres, profesionales de la salud, profesores y la sociedad en general. Ningún otro problema de salud, a esta edad, conduce a tan trágicos efectos en términos de mortalidad, morbilidad, afectación del potencial futuro y los devastadores efectos en la familia del joven.

Las razones que dan los jóvenes para el consumo son: sentirse mayor, ser aceptados, socialización, experimentar, sentir placer, por rebeldía, para satisfacer la curiosidad, aliviar la ansiedad, la depresión, el estrés o el aburrimiento y resolver problemas personales.

En los adolescentes, a menudo, la distinción entre uso, abuso y dependencia es difusa. Se han descrito una serie de etapas del consumo de drogas por los adolescentes (Tabla II). Muchos jóvenes que experimentan con tabaco, alcohol o drogas ilegales, no progresarán hasta la adicción, pero muchos otros que se inician de forma casual irán avanzando hacia un consumo cada vez más problemático. El tema es que de entrada no se sabe quiénes pasarán a un consumo problemático. Son cruciales la detección e intervención precoz.

Datos epidemiológicos

En nuestro país, desde el año 1994, se realiza de forma bianual la encuesta sobre drogas a la población escolar de 14-18 años, y sus datos indican que la prevalencia de los consumos están aumentando en casi todas las sustancias, especialmente el de *cannabis* y cocaína, aunque siguen siendo las drogas legales (alcohol y tabaco) las de uso más prevalente que, como sabemos, constituyen la puerta de entrada a otras drogas (Tabla III).

Los primeros contactos con drogas suelen producirse a lo largo de la segunda década de la vida y la edad de inicio al consumo de las sustancias, tanto legales como ilegales, ha permanecido bastante estable durante los últimos años.

Actualmente, se mantiene el patrón de consumo característico de los jóvenes, en ambientes lúdicos con amigos, durante el fin de semana, y el porcentaje de consumo va aumentando con la edad. Se ha producido una creciente presencia femenina y el policonsumo constituye una característica esencial. Además, ha ido disminuyendo la percepción del joven del riesgo asociado al uso de drogas.

El alcohol es, con mucha diferencia, la droga más utilizada entre los jóvenes. La edad media de inicio es de 13,7 años. Un 65,6% de los estudiantes refieren haber consumido bebidas alcohólicas en el último mes y un 34,8% han sufrido into-

TABLA II.
Etapas del consumo de drogas por los adolescentes

Etapa 0 - Curiosidad

Siempre alguien le ofrecerá una droga. Si su autoestima es baja es probable que se decida y no sepa decir NO. Al consumir se encuentra bien sin consecuencias desagradables. Hay jóvenes que lo dejarán aquí y no volverán a consumir

Etapa 1 - Aprendizaje

El consumo tiene lugar dentro de las actividades del grupo, y su presión es muy importante. Experimenta sobre todo durante los fines de semana. Al usar la sustancia tiene sensaciones positivas y pocas adversas. Con el uso de drogas encuentra un alivio temporal a los problemas que puedan surgir

Etapa 2 - Búsqueda

Busca el estado de ánimo que produce. Se siente orgulloso de ser experto, aunque a veces tiene cierto sentido de culpabilidad. Aumenta el consumo. Empieza a usar la droga de forma individual, sin tener que estar dentro de las actividades grupales. Empieza la modificación de su conducta, del rendimiento escolar y bajan las notas, tiene cambios bruscos de humor, altercados con los padres y tendencia al aislamiento

Etapa 3 - Preocupación

Obsesión por la sustancia y por los cambios psicológicos que ocasiona. Pierde el control de su vida. Cambios emocionales marcados (desde euforia a profunda depresión, pasando por las ideas suicidas). Absentismo, fracaso y abandono escolar. Llegar a cometer robos, empezar peleas y mentiras patológicas, distanciamiento de los amigos que no consumen drogas, y hasta a perder el empleo, si lo tiene. Uso diario y habitual el policonsumo de sustancias. Empieza la venta de drogas, llegando al comercio sexual para conseguir la dosis que desea

Etapa 4 - Destrucción

Necesita, a cualquier precio, la sustancia para no llegar al síndrome de abstinencia, físico o psicológico, pero la droga ya no le produce euforia. Con frecuencia sufren depresión y tienen sentimientos de culpa, remordimiento y vergüenza. El deterioro afecta a su salud física y mental, y el abuso amenaza su vida, y los cambios que sufre irán en relación con la sustancia y la frecuencia de consumo. El uso es diario, y la sobredosis, usual

Conceptos

- **Uso:** es un consumo esporádico, sin llegar a afectarles ni a sus relaciones sociales, pudiéndose llegar al abandono si se desea
- **Abuso:** es el uso excesivo de una droga cuando se consume regularmente. Afecta al rendimiento escolar, al trabajo, o a sus relaciones familiares y sociales. Puede convertirse en adicto
- **Intoxicación:** es el estado patológico provocado por la acción de las drogas
- **Adicción:** según la OMS es un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, caracterizada por una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos, así como por tener unas consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad
- **Tolerancia:** es la necesidad de consumir una cantidad notablemente superior de la sustancia a fin de conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- **Abstinencia:** conjunto de síntomas que se presentan cuando se deja de tomar, total o parcialmente, una sustancia que se ha ido consumiendo de forma reiterada, prolongada y a dosis elevadas
- **Dependencia:** manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el que el consumo de drogas adquiere la máxima prioridad para el individuo

xicaciones etílicas (borracheras). En general, el uso de bebidas alcohólicas de alta graduación (combinados, cubatas y licores) es más frecuente que el de bebidas como el vino, la cerveza o la sidra. En los últimos 10 años (1994-2004), la prevalencia de intoxicaciones etílicas en los 30 días previos a la encuesta pasó de un 20,7% en 1994 al 34,8% en 2004 y la proporción de bebedores de riesgo en esos 30 días, del 8,6% en 1996 al 12,3% en 2004. Diversos estudios han observado que el alcohol está relacionado con los accidentes de tráfico en un 40%.

Respecto al tabaco, la edad media de inicio es de 13,2 años. Uno de cada cuatro jóvenes entre 14 y 18 años fuma diariamente. La prevalencia de consumo de tabaco se ha mantenido prácticamente

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Alcohol	83,7	83,6	84,2	76,1	75,7	80,6
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4
<i>Cannabis</i>	20,8	26	28,5	31,2	36,9	42,7
Cocaína	2,4	3,2	4,8	5,4	7,4	8,5
Éxtasis	3,5	5,1	3,5	5,7	6,1	4,6
Tranquilizantes	5,9	5,9	6,4	6,8	6,5	6,6
<i>Speed</i> , anfetetas	3,3	5,1	3,5	5,7	6,1	4,6
Alucinógenos	4,7	6,5	5,4	5,2	4,3	4,5

Fuente: Encuesta escolar sobre drogas 1994-2004.

estable entre 1994 y 2004, aunque se aprecia un leve descenso de la misma entre los jóvenes de 14-16 años. Es la causa más importante de enfermedad y muerte prevenible. La OMS en 1999 afirmaba que más del 60% de los jóvenes habían pro-

bado el tabaco a la edad de 15 años, y casi la tercera parte de todos ellos serían fumadores activos antes de cumplir los 18 años. En general, las prevalencias de consumo de las drogas legales e ilegales son más elevadas en hombres que en muje-

TABLA III.
Consumo de drogas en la población escolar. Prevalencia del consumo de drogas, alguna vez, entre los estudiantes de 14-18 años. España 1994-2004

TABLA IV.
Síntomas del
abuso de drogas
en adolescentes

<i>Datos físicos</i>	<i>Hábitos personales</i>	<i>Aspectos académicos</i>	<i>Aspectos de conducta</i>
Pérdida de peso	Uso gotas oculares	Alt. de la memoria	Riesgo
Hipertensión arterial	Alteraciones sueño	Juicio inadecuado	Oscilaciones estado ánimo
Enrojecimiento ojos	Alteraciones apetito	Falta a clase	Depresión
Irritación nasal	Menos higiene	Fallo rendimiento escolar	Reacciones de pánico
Resfriado/alergia	Cambio forma de vestir	Problemas con profesores	Psicosis agudas
Ronquera	Pérdida interés	Expulsión escolar	Paranoia
Tos crónica	Nuevos amigos		Problemas con compañeros
Hemoptisis	Nuevos intereses		Problemas con familia
Dolor retroesternal	Nuevos gustos musicales		Robos
Dific. respiración			Promiscuidad
Hepatomegalia			Problemas legales
Huellas de inyecciones			

res, pero no ocurre igual con el consumo de tabaco en población escolar, donde se aprecia que un 32% de las chicas entre 14 y 18 años fuman habitualmente, frente al 25% de los chicos. Esto puede tener importantes efectos sanitarios en el futuro.

Las drogas ilegales de consumo más frecuente en la población escolar son los derivados del *cannabis*. En 2004, un 42,7% de los escolares había consumido hachís o marihuana alguna vez en la vida frente al 20,8% en 1994. Su uso se ha duplicado y tres de cada cuatro escolares manifiestan que conseguir hachís o marihuana es fácil o muy fácil. El uso de cocaína se ha multiplicado por cuatro en el período 1994-2004. Su uso ocasional ha pasado del 2,4% en 1994 al 8,5% en 2004. El uso en el último mes, que se acostumbra a correlacionar con el uso habitual, ha pasado del 1,1% en 1994 al 3,4% en 2004.

No existen datos epidemiológicos acerca del uso de “nuevas sustancias” como la ketamina, el GHB o los nuevos alucinógenos de síntesis. Sin embargo, estudios de campo, informes de organismos oficiales, datos de incautaciones policiales y ONGs que trabajan en espacios recreativos sugieren que, al menos en ciertos entornos, su uso también está creciendo.

Consecuencias clínicas del uso y abuso de drogas

Los adolescentes se consideran a sí mismos invulnerables al daño originado por sus elecciones de conductas y estilos de vida.

Aunque cada droga produce síntomas y complicaciones médicas singula-

res, en general su consumo provoca importantes alteraciones físicas, psicológicas y sociales (Tabla IV) que, tanto padres como profesionales, deben tener en cuenta. Además de su asociación con accidentes de tráfico, homicidios y suicidios, también se las relaciona con una actividad sexual temprana, fracaso escolar, trastornos mentales y delincuencia, además de las posibles consecuencias en la edad adulta, como las enfermedades cardiovasculares, las alteraciones psiquiátricas y los cánceres.

Se debe tener presente que la adolescencia tiene unas características especiales. Cuanto antes se empieza con el uso de una sustancia, mayor es la probabilidad de aumentar la cantidad y la variedad de uso; los jóvenes son menos capaces que los adultos en limitar el uso y atribuyen a la droga la solución a todos sus problemas; además, en la actualidad la experiencia es muy distinta a décadas anteriores: el número de los que prueban es mayor y aparecen nuevas sustancias y combinaciones cuya sintomatología se confunde. Incluso las sustancias conocidas son diferentes, la marihuana de los años 70 contenía menos del 0,2% de THC (delta-9-tetrahydro-cannabinol) y en la actualidad se ha aumentado entre 5-15 veces. Igualmente, al iniciar el consumo, no hay señales ni síntomas que les haga a los jóvenes acudir a la consulta médica, sólo acuden generalmente al servicio de urgencia como consecuencia del abuso y de la dependencia. Por ello, al inicio es difícil que acudan a la consulta médica y que acepten ayuda.

Aunque la mayoría de los jóvenes que experimentan con drogas no avanzan a

niveles graves, el tabaco y el alcohol se consideran las drogas de entrada hacia drogas ilegales. Se ha observado que los adolescentes que fuman tabaco tienen 16 veces más probabilidades de consumir grandes cantidades de bebidas alcohólicas y 11,4 veces más probabilidades de consumir drogas ilegales.

El abuso de drogas altera la dinámica de las relaciones sociales y conduce a la toma de decisiones violentas. Además, se asocia a un aumento del riesgo de exposición a violencia, llevar armas, y mayor posibilidad de homicidio entre los adolescentes y bandas callejeras. Un inicio precoz del uso de alcohol y drogas aumenta el riesgo de abuso de la violencia que suele continuar en la edad adulta.

El uso de drogas tiene una gran relación con la violencia juvenil. Determinadas formas de beber pretenden una pérdida rápida del control, y de esta forma es fácil que se instauren entretenimientos destructores de grupo, sin ninguna inhibición ni norma. Algunos usos de pastillas y de sustancias de diseño hacen sentir al joven una mayor potencia y ganas de acción, sin límites y sin inhibición.

CONDUCTAS DELICTIVAS

La conducta delictiva juvenil es un fenómeno de ámbito mundial, vinculado al tipo de sociedad. Técnicamente, se considera delincuente juvenil a aquella persona que no posee la mayoría de edad penal y que comete un hecho castigado por las leyes.

La agresividad puede considerarse que es una característica de la naturaleza humana y ha sido esencial en la evo-

lución y supervivencia de la especie (defensa, búsqueda de alimento). Existe un pico de la misma a los dos-tres años de edad y en la mayoría de los sujetos va disminuyendo, hasta un nuevo pico en la adolescencia, aunque el porcentaje de violentos en esta edad es escaso. Este comportamiento "normal" suele ser temporal, condicionado a la situación (cultura, momento histórico, valores sociales) y forma parte de la experiencia adolescente. Algunos pueden evolucionar hacia conductas violentas antisociales.

La violencia es toda acción u omisión intencional que, dirigida a una persona, tiende a causarle daño físico, psicológico, sexual o económico y, dirigida a objetos o animales, tiende a dañar su integridad.

Incluyen agarrar, empujar, golpear con el puño u objeto, y amenazar con armas, entre otras. Hay varios tipos de violencia (Tabla V). Puede existir una evolución entre agresividad y violencia: agresión verbal, lenguaje hostil, agresión física, violencia letal. Hay que tener en cuenta que no todo comportamiento agresivo es antisocial o criminal, no todo comportamiento antisocial es violento, pero la violencia siempre es un comportamiento antisocial.

Hay diversos factores que tratan de explicar el comportamiento violento (factores biológicos, genéticos, del entorno y psicológicos). Son teorías complementarias, que explican el comportamiento humano (estímulos, procesos biológicos, y consecuencias de nuestra conducta). Definen la violencia como la agresividad descontrolada e hipertrofiada y, de alguna manera, defienden que el agresivo nace y el violento se hace. Más de 3.000 estudios han demostrado que los niños aprenden actitudes y conductas violentas de verlo en la TV. El 57% de los programas contienen algún grado de violencia. La relación entre la violencia en los medios y la conducta agresiva es casi tan fuerte como la relación del tabaco con el cáncer de pulmón.

La **conducta delictiva juvenil** es un fenómeno de ámbito mundial. Algunos países lo definen en relación con el Código Penal (infracciones por menores de edad) y en otros por una variedad de actos añadidos y relacionados con las leyes de fondo, por lo que las cifras pueden ser muy

- **Maltrato físico:** acciones que, voluntariamente realizadas, provocan o pueden provocar daño o lesiones físicas
- **Maltrato emocional:** acciones (normalmente de carácter verbal) o actitudes que provocan o pueden provocar daños psicológicos
- **Negligencia:** abandono o dejación de las obligaciones en los cuidados de una persona
- **Abuso sexual:** cualquier comportamiento en el que una persona es utilizada como medio para obtener estimulación o gratificación sexual
- **Maltrato económico:** utilización ilegal o no autorizada de los recursos económicos o de las propiedades de una persona
- **Vandalismo:** violencia dirigida a propiedades con la intención de provocar su deterioro o destrucción

diferentes. La delincuencia es un fenómeno estrechamente vinculado a cada tipo de sociedad y es un reflejo de las principales características de la misma. Herrero Herrero la define como: "el fenómeno social constituido por el conjunto de las infracciones, contra las normas fundamentales de convivencia, producidas en un tiempo y lugar determinados". Por su parte, López Rey ofrece un concepto conjunto de delincuencia y criminalidad como fenómeno individual y socio-político, que afecta a toda la sociedad, cuya prevención, control y tratamiento requieren de la cooperación de la comunidad al mismo tiempo que un adecuado sistema penal. Técnicamente, el delincuente juvenil es aquella persona que no posee la mayoría de edad penal y que comete un hecho que está castigado por las leyes.

Actualmente, y teniendo en cuenta nuestro Código Penal, la responsabilidad penal de los menores y las leyes orgánicas de nuestro país, podemos definir la delincuencia juvenil como el fenómeno social constituido por el conjunto de las infracciones penales cometidas por los mayores de 14 años y menores de 18.

Situación epidemiológica

En los últimos años, se ha producido un importante aumento de la violencia, delincuencia y de las conductas delictivas en la adolescencia.

El 10% de los niños americanos son objeto de acoso escolar. El homicidio (lesiones y accidentes de tráfico) y suicidio son las 2ª y 3ª causas de muerte entre los adolescentes. Muchos jóvenes han sido víctimas de violencia o testigos de ella. En el estudio *Youth Risk Behavior* (2003), 1/3 de los estudiantes de 14-18 años manifestaban haber participado en una pelea

durante el último año. La mayoría de la violencia sucedía entre amigos, conocidos, compañeros íntimos y la distinción entre víctima y agresor no estaba siempre clara.

El análisis de la delincuencia juvenil en España, según los datos estadísticos proporcionados por el Ministerio del Interior, nos muestra que, en el año 2005, el número de detenidos fue de 248.426 dentro de la delincuencia en general, siendo los detenidos, dentro de la delincuencia juvenil, 22.573 para ese mismo año; por lo que, los delincuentes juveniles representarían en torno al 10% de la delincuencia total.

Por lo que respecta al tipo de delitos cometidos, se pueden ver en la tabla VI. Las infracciones más significativas son los delitos contra las personas (homicidios, lesiones y delitos contra la libertad sexual); los delitos contra la salud pública (tráfico de estupefacientes); y los delitos más frecuentes contra el patrimonio (robos con violencia o intimidación, robos con fuerza, sustracciones en interior de vehículos, tirones, sustracción de vehículos, etc.).

El cuarto motivo de ingreso en los centros de reforma de menores es por maltrato y/o violencia doméstica, habiéndose producido una subida de un 2% entre los años 2005 y junio de 2006.

Respecto a la procedencia social de los delincuentes juveniles no está totalmente aclarada.

Otra de las cuestiones importantes al hablar de conductas delictivas es la reincidencia. En este sentido, los datos procedentes de la investigación realizada en los Tribunales de Justicia reflejan que los porcentajes de reincidencia son muy pequeños; en la jurisdicción de menores, se mueven entre el 16,7% para los de 12-13 años, el 18,1 para los de entre 14 y 15

TABLA VI.
Tipo de delitos
cometidos por
menores.
De “Anuario
estadístico del
Ministerio del
Interior”, 2005

Motivo de la detención	Menores de 13	13	14	15	Total de 13 a 15	16	17	Total de 16 a 17	Total menores	De 18 a 20
Robos con fuerza en las cosas	33	23	497	840	1.360	1.071	1.089	2.160	3.553	3.796
Robos con violencia o intimidación	21	24	565	862	1.451	1.013	1.016	2.029	3.501	2.684
Tirones	3	6	48	95	149	120	132	252	404	401
Sustracción en interior de vehículos	9	9	150	285	444	339	425	764	1.217	1.545
Sustracción de vehículos	15	31	422	713	1.166	862	863	1.725	2.906	2.352
Hurtos	341	187	276	418	881	595	6.323	1.227	2.449	2.507
Otros contra el patrimonio	28	21	187	299	507	394	510	904	1.439	2.216
Homicidio/asesinato	0	0	6	12	18	42	40	82	100	137
Lesiones	6	5	134	227	366	356	441	797	1.169	1.840
Otros contra las personas	5	2	52	106	160	170	201	371	536	1.333
Estupefacientes	4	1	42	77	120	155	313	468	592	1.905
Contra la libertad sexual	1	0	68	91	159	97	90	187	347	411
Otros en general	83	38	361	835	1.234	1.332	1.711	3.043	4.360	21.076
Total	549	347	2.808	4.860	8.015	6.546	7.463	14.009	22.573	42.203

años y un 2,4% para los de 16 y 17 años; si bien, éstos son los datos que hacen referencia a los antecedentes penales de estos jóvenes, esto es, sujetos sobre los que previamente ha recaído una sentencia penal firme y ejecutada.

Se observan diferencias en las conductas delictivas entre varones y mujeres. Las diferencias fundamentales son la más baja participación de estas últimas, que se inician más tarde y que la prevalencia comienza a decrecer a una edad más temprana. Algunas de las razones que explican por qué las mujeres se muestran menos propensas a comportarse de forma problemática se encuentran en algunas variables psicosociales, como el control familiar, estilo de vida o las relaciones afectivas.

Manifestaciones clínicas

Existen una serie de características del joven delincuente como son: impulsividad, agresividad, baja autoestima, falta de afectividad, poco equilibrio emocional, inadaptación, frustración, afán de protagonismo, falta de habilidades sociales, clase social baja, familia desestructurada con fracaso escolar y consumidor de drogas.

Según Herrero Herrero, se pueden distinguir 3 tipologías de delincuencia:

1. Menores con psicopatología con trastorno y alteración de la personalidad que tiende a realizar actos antisociales.
2. Menores con alteración de la socialización primaria. Ha existido una alteración del vínculo familiar, con si-

tuaciones de abandono, que les hace estar enfadados con la sociedad y les conduce a la delincuencia. Otros optan por la huida, abandonan la casa y son reclutados por los responsables de la delincuencia organizada.

3. Menores con personalidad normal en situaciones disfuncionales que no perturban de manera anormal la conciencia, la capacidad espontánea de decisión, ni la emotividad o la afectividad. Esta categoría englobaría a la mayor parte de los menores delincuentes, entre los que podemos incluir: actos de vandalismo (ataques al mobiliario urbano), como consecuencia de las perturbaciones biopsicosociales que se producen en la preadolescencia y adolescencia por motivos de desarrollo y cambio. Los que cometen pequeños hurtos, robos o fraudes por motivos de autoafirmación personal frente a compañeros, creyendo producir en ellos la admiración, delitos contra el patrimonio o la indemnidad sexual por puro placer, siendo incapaces de resistir a sus estímulos seductores y los que delinquen para satisfacer meras apetencias.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Se realiza una valoración bioética de cómo se puede ayudar al adolescente y a su entorno, en el manejo de los valores y en la toma de decisiones responsables respecto a los distintos riesgos a los que van a ser expuestos, sobre todo al uso de drogas y a las conductas delictivas.

En otros trabajos de este número monográfico, a los que remitimos, se ha abordado: una introducción a la bioética junto a una metodología para tomar decisiones en la relación clínica; un análisis del consentimiento y la capacidad para decidir de los menores, centrándose en el menor maduro; una discusión de los aspectos éticos y legales sobre la investigación clínica con menores; además de un abordaje del tema de la sexualidad y la anticoncepción; y dos trabajos sobre la discapacidad y sobre el proceso de morir en niños y adolescentes.

Especialmente complementarios son los trabajos sobre la introducción de la Bioética, sobre el consentimiento y la capacidad y sobre el manejo de la sexualidad y la anticoncepción, para entender bien este apartado y contextualizarlo adecuadamente. En relación a las drogas y conductas delictivas, hay que visitar los temas característicos del manejo de valores, de deliberación prudencial sobre principios, consecuencias y excepciones, de búsqueda del fomento de la responsabilidad y el “empoderamiento”, de toma de decisiones informadas y de valoración de la capacidad y madurez del menor, así como al tema de la confidencialidad en la atención al menor, buscando promover soluciones integradas en lo posible en los contextos sociales educativos naturales del adolescente (escuela y familia, principalmente). Con el fin de presentar un marco de análisis sin repetir el enfoque de los otros trabajos, traemos aquí como propuesta la síntesis de un trabajo previo.

Marco ético general de los consumos de drogas (Júdez, Marijuán, 2004):

"1. Proponemos un discurso ético que entendemos como fértil para hablar de los consumos de drogas. En él:

- a) Se apuesta por la deliberación más allá del maniqueísmo del dilema;
 - b) Se distinguen niveles de la vida moral (mínimos y máximos) en los que se articulan el análisis de principios y consecuencias;
 - c) No se pierde de vista la relevancia de la clarificación de fines aunque pese la urgencia de manejar unos medios;
 - d) Se sitúa el énfasis en los procesos como mejor garantía para obtener resultados;
 - e) Se toma conciencia de los distintos planos en que se imbrica el análisis de cada situación, desde las estructuras (macroética, eje legislativo-judicial), pasando por los contextos y las instituciones (mesoética, eje político-social) y aterrizando en los aspectos más individuales y relacionales (microética, eje individual).
 - f) Se persigue la promoción y ejercicio de la responsabilidad que permite navegar entre el Scila de la mejor decisión deseable, y el Caribdis de la decisión menos mala posible, no renunciando a la primera, antes bien dando pasos para hacerla posible ya, aunque todavía no sea plenamente.
2. Situamos las consideraciones sobre algunos aspectos éticos de los consumos de drogas en el doble marco de la ética de máximos y la ética de mínimos, articuladas entre sí por criterios de coherencia.
 3. El orden de los máximos es el orden del bien articulado por cada persona, el terreno de los proyectos privados de felicidad, el campo de la exhortación y la propuesta.
 4. En este sentido, ingerir, inhalar o inyectarse una sustancia, el uso y consumo de la misma es, en principio, un acto personal.
 5. El uso y consumo de las sustancias que denominamos drogas permite al ser humano cambiar su vida psíquica, estado de ánimo o percepción de la realidad, lo que en sí mismo no entraña un juicio intrínsecamente negativo.

6. Se abre así el enorme campo del juego de la libertad y de la autonomía con todas sus paradojas. Disciplinas como la filosofía, la ética y más concretamente la bioética proponen algunas herramientas para analizar los contextos de toma de decisiones considerables como autónomas: voluntad, información, competencia, intencionalidad, validez y autenticidad. Las opciones de máximos deben perseguir promover a sujetos responsables, reflexivos y prudentes que se sitúen ante las sustancias (drogas) que de hecho existen en la realidad. En nuestro contexto socioeconómico eso incluye fomentar a ciudadanos consumidores lúcidos, autónomos, prudentes, que no por buscar su proyecto felizante, deben ignorar la necesidad de posicionarse ante la justicia en un mundo global.
7. Sin embargo, con frecuencia esta gestión intransitiva del uso y consumo de drogas puede producir efectos negativos para el propio proyecto personal, para las relaciones con terceros y para la sociedad.
8. Respecto a las repercusiones sobre el propio proyecto personal, además de lo ya dicho, puede ser útil rescatar elementos de las virtudes clásicas, como la templanza, entre la renuncia y el exceso, bien que pasándolo por el tamiz de la modernidad que, a menudo, presenta hoy las virtudes como habilidades enseñadas o motivadas bajo consejo técnico, para fomentar el autocontrol o la responsabilidad. Esta necesidad de "formarse" o "entrenarse" cuando el propio desarrollo personal de cada uno demuestra carencias o áreas necesitadas de mejora se aplica, no sólo a los problemas de las drogas, sino a todos los ámbitos de la vida personal.
9. El impacto sobre terceros y sobre la sociedad en general nos traslada al orden de los mínimos, el terreno de lo exigible a todos (incluso coercitivamente). En este ámbito, se persigue también promover la responsabilidad, proteger a personas vulnerables, prevenir riesgos a terceros. En definitiva, gestionar los límites y ordenar las conductas. Canalizar los distintos ele-

mentos de los diversos controles sociales.

10. En resumen, el temple moral de una sociedad se medirá por su capacidad para, primero, contribuir a la formación de sujetos autónomos, responsables y que ejerzan su ciudadanía; segundo, prevenir los potenciales efectos negativos de algunos consumos; y tercero, controlar esos efectos negativos, minimizando el impacto de los mismos y corrigiéndolos en la medida de lo posible. Esto exige articular la prevención, el uso ni compulsivo ni abusivo, y la reintegración personal y social cuando éste se produce; es también el terreno de la educación, de la cultura, del fomento de la responsabilidad, articulando mínimos dignos para la construcción de una sociedad de ciudadanos, junto con el respeto de los proyectos de vida de cada individuo; en suma, un terreno para la deliberación."

Drogas, delincuencia, adolescencia, relación clínica y ética

Sobre este marco general, qué decir sobre la ética en situaciones de consumo de drogas en adolescentes, así como de las manifestaciones delictivas.

En el caso de las drogas, en una época de la vida que es, por definición, etapa de transiciones y desarrollo físico, cognitivo y emocional, lo sustantivo tiene que ver con la promoción de máximos. Se trata de transitar del modo más adecuado posible por esta etapa de "autonomía en vías de desarrollo". En efecto, como afirman Gracia y cols. en un trabajo citado en varios de los artículos de este monográfico, "nunca ha resultado fácil dar una respuesta clara y contundente al tema de cuándo comienzan los seres humanos a ser moral y jurídicamente responsables de sus actos". Son conocidas las distintas fases en las que se divide el desarrollo en la infancia, desde distintos puntos de vista (cognitivo, físico, psicosocial, afectivo, etc.). En el orden del desarrollo moral, los trabajos de Piaget y Kohlberg son clásicos, distinguiendo el nivel preconvencional, el convencional y el postconvencional, cada uno con un par de estadios: desde la moralidad heterónoma, pasando por la moralidad individualista e

instrumental, a la moralidad normativa interpersonal, a la moralidad del sistema social, a la moralidad de los derechos humanos y el bienestar social, hasta la moralidad de principios éticos universalizables, reversibles y prescriptivos. Este desarrollo psicológico y moral tiene su correlato en las doctrinas normativas del menor maduro y de la emancipación. Quedan marcadas pues unas etapas (hasta los 7, hasta los 12, hasta los 16, hasta los 18, siempre aproximativamente, y analizando a cada niño en concreto) y una tendencia a promover la autonomía como sujetos de los menores, incluso como mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia (Exposición de motivos de la LO 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor). Con todo, el desarrollo moral propuesto por Kohlberg no termina, ni mucho menos, en un gran número de personas en el nivel postconvencional. Por tanto, el tema no es madurez o inmadurez. Estamos hablando de procesos en los que la mentalidad sería identificar la madurez existente en cada momento, reconocerla, fortalecerla, mientras se ofrece acompañamiento, escucha, acogida y comprensión frente a las incertidumbres y complejidades de la vida. En este sentido, con todo lo peculiar de la transición de la adolescencia, habida cuenta que el proceso no tiene garantías de culminar en el nivel postconvencional, la madurez de los adolescentes remite al reto de la madurez de los adultos (familiares, educadores, profesionales, etc.). Reto de manejar la libertad de elegir, no sólo para ser diferente (proyecto de vida personal), sino también para identificarse con lo semejante (convivencia social), trasunto de un sínfin de pensadores a lo largo de la historia del pensamiento. Libertad como disponibilidad para actuar de acuerdo con los propios deseos o proyectos (dimensión ejecutiva). Pero también libertad para querer lo que quiero (dimensión volitiva). Incluso la libertad paradójica de querer lo que no queremos y de no querer lo que de hecho queremos, según las clásicas constataciones de Ovidio (*"video meliora proboque, deteriora sequor"*), veo lo que es mejor y lo apruebo, pero sigo haciendo lo peor) o de San Pablo (*"¿por qué hago el mal que aborrezco y no el bien*

que quiero?"). ¿Cuánto de esto no hay en el mundo del consumo abusivo de drogas y la delincuencia? No en vano, el propio uso y consumo de drogas implica la alteración de la vida psíquica, el estado de ánimo y la percepción de la realidad, lo que hace más compleja su valoración. ¿Qué decir, además, de todas las influencias sociales de nuestras sociedades de consumo y bienestar? También los filósofos han propuesto claves éticas para el consumo, como Adela Cortina (consumo autónomo, justo, prudente –corresponsable–, y felicitante). Y aún más allá de la madurez, los profesionales afrontan el reto de la formación, para entablar relaciones abiertas, respetuosas y eficaces, en este entorno de máximos, propuestas, promoción de la autonomía y clarificación de los proyectos personales de vida buena. Pero esto lo retomaremos un poco más abajo. Vamos a ver antes, brevemente, alguna reflexión en torno a los mínimos, para lo cual hablamos de las conductas delictivas.

En este caso de las conductas delictivas, las reflexiones tienen más que ver con el respeto de unos mínimos en el orden de la vida social. Aquí el juicio moral no es indiferente, de rechazo del perjuicio a terceros. Se persigue promover la responsabilidad (derecho a la educación como mínimo), proteger a las personas vulnerables, proteger de los riesgos a terceros y gestionar los controles (límites). Sin embargo, el problema no está en juzgar condenable una conducta o calificarla de reprochable. El problema es que la mera prohibición (control legal penal) se ha demostrado insuficiente siempre. Los controles sociales, psicológicos, morales e incluso normativos no penales, complementarios y más básicos que aquél, son cruciales. Más tarea para educadores, familias, etc. Si en el ámbito de los máximos, apuntamos al refuerzo de la autonomía y al fomento de la responsabilidad, en éste de los mínimos, atendemos a la dimensión universalizable del fenómeno moral, a los deberes exigibles en justicia a cualquier ser racional.

Ahora bien, más allá de estas consideraciones generales de máximos y de mínimos, el gran reto de la clínica no es ya de marco general, sino de abordaje de casos concretos que exigen toma de de-

cisiones específicas en situaciones de incertidumbre. No hay adolescencia en general, sino adolescentes, aunque sea útil agruparlos en patrones (p. ej.: Megías, Elzo, 2006). Es este escenario de trabajo el que obliga a no olvidar que la asistencia sólo cabe vehicularla a través de la relación clínica, generando espacios de confianza y confianza, entornos en los que se pueda acudir en épocas de zozobra para dirimir cuestiones importantes sobre la gestión del propio cuerpo y la propia salud. Relaciones que acogen a la persona, aunque no compartan sus acciones. Relaciones que traslucen un talante respetuoso pero que, lejos de resultar indiferente, deviene interpelante, pues confronta con la posibilidad de tomar mejores decisiones si son el resultado de un proceso colaborativo donde se favorece un cuestionamiento (por virtud y por necesidad, pues los seres humanos nos engañamos fácilmente) y un auto-cuestionamiento que fomenta la tolerancia, la responsabilidad y la deliberación prudencial, más allá del "estilo sentimental" de cada sujeto.

¿Cómo puede apuntarse este enfoque con casos como el de la madre de Enrique o el de la consulta de Coral?

La madre de Enrique

Aunque la cita viene a nombre de Enrique, adolescente de 14 años, acude a consulta su madre. Está muy preocupada porque su hijo se le "escapa de las manos". Va mal en los estudios y parece haber tirado la toalla, además de haber tenido problemas disciplinares por peleas y enfrentamientos. Fuma, los fines de semana ha llegado varias veces bastante bebido, tras algún botellón. Va con unas compañías "nada recomendables" y sospecha que puede consumir algunas pastillas o marihuana. Plantea si sería posible hacerle un análisis de tóxicos en orina para confirmar sus temores.

En el caso de la madre de Enrique, se presenta un familiar que acude angustiado buscando orientación. En este contexto, la adecuada sintonización y control de la reactividad suele jugar un papel importante para la evolución de la entrevista. Una vez más hay que estar atentos a identificar las dos demandas que se producen, la del "problema" del hijo y la de la angustia que eso genera en la madre,

para intentar abordarlas sin mezclarlas. Si ambas demandas se presentaran juntas en la consulta (hijo “arrastrado” por la madre), sería un reto añadido. Si la actitud del profesional no está truncada por una alta reactividad hacia el problema o hacia la persona (no se prejuzga, no se siente ofendido, identifica el “problema” de la madre, etc.), se facilitará el progreso en la entrevista hacia una fase resolutoria con un desenlace constructivo.

La entrevista supone acoger la preocupación de la madre, escucharla y explorar el problema, así como, sólo después de lo anterior, confrontar sobre la “conveniencia” de un análisis como el requerido, así como sobre los límites a la confidencialidad que plantea.

La consulta de Coral (inspirado en el caso 17 de Stimmel, 1998)

Coral L. es una chica de 15 años que acude un día a “atención continuada” para que le hagan un test de embarazo (de confirmación de uno que se ha hecho ella de farmacia). Si está, en efecto, embarazada, quiere abortar.

Será discutido al final en el caso clínico.

EVALUACIÓN DEL ADOLESCENTE EN RIESGO. DETECCIÓN

Realizar una completa historia clínica, y hablar a solas con el adolescente en un clima de confianza y asegurando la confidencialidad constituyen la mejor forma de detectar y diagnosticar conductas de riesgo.

La mejor forma de detectar y diagnosticar un trastorno por uso y abuso de sustancias, así como las situaciones de violencia y las conductas delictivas, es realizar una completa historia clínica en los exámenes de salud en un ambiente de confianza y asegurando la confidencialidad. También, se deben aprovechar las consultas por problemas agudos. En el caso de los delincuentes, es más complicado; ya que, en muchos casos, suelen estar fuera del sistema y no acuden a las consultas.

La actitud del pediatra y profesional de la salud debe ser abierta, cordial, comprensiva y tolerante, evitando el autoritarismo y los prejuicios. Es importante

- El abordaje del paciente adolescente o joven-adolescente tiene especial interés tanto por los elementos de prevención primaria como secundaria. Precisa de algunas consideraciones específicas útiles para los problemas de consumo y abuso de drogas
- El recibimiento debe ser cordial. Inicialmente nos dirigiremos a todos los que acuden a la consulta, ya que de entrada no sabemos nada acerca del problema. Asegure un ambiente de privacidad y cree un clima de conversación
- Si el médico atendió al adolescente durante la infancia y tiene el recuerdo de que la última vez que lo vio *era todavía un niño*, debe esforzarse por mostrar al adolescente un cambio en su actitud dirigiéndose a él *como a un adulto*
- Comenzaremos las preguntas dirigiéndonos al hijo/a e intentando que sea éste/a quien verbalice la razón de la visita o aclare las circunstancias relacionadas con la misma. Muestre interés genuino por conocer “su versión”. Comience con preguntas abiertas. Tras un diálogo podrá utilizar preguntas más directas
- Hay que dejar claro al adulto que damos por hecho que su hijo/a es nuestro paciente y que esperamos de él/ella que se responsabilice de su propio tratamiento. Utilice la empatía como hilo conductor
- En adolescentes, se recomienda orientar mejor que aconsejar. Evite juicios y sermones. En caso necesario se puede mostrar una actitud abierta de discrepancia y crítica, resaltando modelos de comportamientos positivos y apoyándolos en modelos de identificación valorados por los adolescentes
- A los adolescentes no suelen preocuparles los efectos a largo plazo (por ejemplo, en el caso de recomendaciones preventivas). Hay que insistir sobre los efectos a corto plazo
- Cuando se trata de negociar cambios, hay que empezar con modificaciones ligeras respecto del comportamiento inicial. Cuando vaya a abordar temas delicados cree un contexto facilitador. Reformule lo que ha entendido que le han contado para verificar. Ante conductas perjudiciales para su salud, animele a que verbalice los motivos, mostrándole posibles incoherencias y contraponiendo información
- La negociación acerca de qué información se compartirá con los padres potencia el sentimiento de confidencialidad con el adolescente y refuerza nuestra vinculación terapéutica
- La reunión conjunta final con el adolescente y su progenitor o acompañante nos permite planificar con ambos las medidas a seguir para resolver el problema que originó la demanda
- La entrevista con adolescentes suele requerir más tiempo de lo habitual

Estas pistas deben encarnarse en la relación clínica con adolescentes. Apoyan la evaluación y detección (fase exploratoria), así como las propuestas terapéuticas (fase resolutoria).

crear un clima de confianza y empatía para poder realizar una completa historia y preguntar acerca de toda su actividad diaria, además de sobre el uso y abuso de drogas y sobre si están o han estado envueltos en conductas violentas y delictivas; para ello, se debe hablar a solas con el adolescente sin la presencia de los padres/cuidadores. También, se debe valorar el funcionamiento familiar, ambiental y la accesibilidad a drogas y armas. En la tabla VII, se dan algunas pinceladas sobre la entrevista con adolescentes que, aunque centrada en el contexto de las drogas, en realidad es aplicable a cualquier entrevista con adolescentes.

Es necesario realizar una exploración detallada y, en ocasiones (abuso de drogas), la utilización de determinadas pruebas complementarias. Como parte de su

actividad el pediatra ofrecerá guías anticipadas y consejo.

El profesional debe sospechar y saber reconocer las manifestaciones médicas y psicológicas de un abuso de drogas, así como la presencia de ambientes de violencia; y cuando identifique un problema, obtener información de los padres, de la escuela y del entorno. También, es preciso identificar las drogas que se usan, y en qué etapa de consumo se encuentra el joven. La dificultad principal está en que, *a priori*, no se sabe quiénes no pasarán de la experimentación o del consumo ocasional, y cuáles irán más lejos.

Por otro lado, hay que tener presente que existen una serie de barreras de los propios profesionales para realizar una adecuada detección y atención a los jóvenes que se inician o abusan de drogas, así como ante conductas delictivas: falta de tiem-

TABLA VII.
La entrevista con adolescentes en el contexto de las drogas (DAP, 2002; Gracia et al., 2004)

TABLA VIII.
La prueba de
detección de
RAFFT

- R** ¿Bebes o tomas drogas para relajarte (R), sentirte mejor contigo mismo o para integrarte?
- A** ¿Alguna vez bebes o tomas drogas si estás sólo (*Alone*)?
- F** ¿Alguno de tus amigos (*Friends*) más cercanos consumen bebidas alcohólicas o drogas?
- F** ¿Algún miembro de tu familia (*Family*) cercana tiene problemas con alcohol o drogas?
- T** ¿Te has metido en problemas (*Trouble*) por consumir bebidas alcohólicas o drogas?

Bastiaens L, Francis G, Lewis K. The RAFFT as a screening tool for adolescent substance use disorders. Am J Addict 2000 Winter; 9 (1): 10-6.

po, de entrenamiento para manejar de forma adecuada la presencia de problemas, la dificultad para reconocer los síntomas clínicos, la poca familiaridad con los factores individuales, familiares y sociales que influyen en las conductas problemáticas, la poca colaboración familiar, el no conocer las herramientas de detección, el pesimismo acerca del pronóstico tras el tratamiento de estas conductas y el no saber dónde buscar ayuda para la evaluación y el tratamiento de los pacientes. Un estudio realizado por Academia Americana de Pediatría en 1995 constató que menos del 50% de los pediatras investigaban el abuso de drogas y otras conductas problemáticas en su consulta.

El uso de determinadas pruebas complementarias en el caso de las drogas (análisis de orina) nunca será rutinario, y se realizará con el conocimiento y consentimiento del joven. Los padres, en ocasiones, acuden al médico para que este realice un test urinario para drogas sin que lo sepa el joven. Deben conocer que esto no es ético y que se pone en peligro la relación médico-paciente; la obligación del médico será averiguar porqué están preocupados los padres y ofrecer una evaluación del paciente. La Academia Americana de Pediatría en 1996 estableció que *“No es apropiado realizar un test involuntario en adolescentes con capacidad de decisión, incluso con el consentimiento de los padres y debe ser realizado sólo si hay fuertes razones médicas o legales”*.

Respecto a los tests de detección de metabolitos de drogas en orina, hay que tener en cuenta que un resultado “negati-

vo” no excluye la posibilidad de uso de drogas, y que puede haber falsos “positivos”, más frecuentes cuando más rápidos y baratos son. Estos tests no aportan nada acerca de la frecuencia del consumo, del daño que está ocasionando, ni de la posibilidad de dependencia de la sustancia.

Los adolescentes que fracasan o dejan el colegio, que se pelean y usan drogas, presentan aproximadamente 7 veces más riesgo de conductas violentas y de lesiones relacionadas con la violencia.

La prueba de detección de RAFFT sirve para identificar los adolescentes que inician un consumo problemático de drogas (Tabla VIII). Igualmente, para detectar conductas violentas y delictivas puede ser de utilidad unas simples preguntas al adolescente: ¿tiene expectativas de futuro?, ¿ha sido expuesto a la violencia en casa, otros ambientes o los medios de comunicación?, ¿cómo reacciona al enfado?, ¿es normal para él pelearse?, ¿se siente seguro en casa y en la escuela?, ¿ha sido alguna vez herido en una pelea?, ¿ha estado en la cárcel?, etc.

TRATAMIENTO-PREVENCIÓN DEL ADOLESCENTE EN RIESGO

El mejor tratamiento para el abuso de sustancias y las conductas delictivas es la prevención. Ésta se realizará en la consulta de forma oportunista y durante los controles de salud. Igualmente, trabajando en los diferentes ambientes del joven: familia, escuela y sociedad.

El tratamiento del consumo de drogas y de las conductas delictivas es multidisciplinar y dependerá de la etapa del consumo o de la situación de la conducta delictiva, del apoyo familiar con que cuenta el joven, del apoyo social y de la experiencia de los diferentes profesionales.

En el caso de las drogas, hay que tener presente que se consumen por una serie de efectos positivos (relajación, estimulación, desinhibición, creatividad, etc.) que actúan de refuerzo para su consumo. Para que una persona cambie su actitud frente al consumo de una sustancia, habrá de convencerse de que los elementos positivos buscados no compensan los posibles efectos negativos, darse cuenta de ello y motivarse a cambiar la conducta aprendida.

Para poder cambiar una conducta problemática, así como el consumo de drogas, es necesario conocer en qué etapa cognoscitiva se encuentra el joven, según el modelo establecido por Diclemente y Prochaska. Se distinguen: **precontemplación**, el joven admite el consumo (o la conducta delictiva) pero niega preocupación respecto a ella. La estrategia del médico será sembrar la duda y aumentar el conocimiento de los problemas de las drogas y las conductas problemáticas. En la etapa de **contemplación** el joven comienza a considerar el consumo de drogas o la conducta delictiva como un problema potencial. El médico revisará los riesgos del abuso y de la delincuencia y los beneficios del cambio de conducta; es clave en esta etapa fortalecer la autoeficacia del joven. En la fase de **determinación** el joven está motivado y tiene necesidad de hacer algo, el médico debe ayudar al joven a establecer una actuación razonable y alcanzable. Durante la etapa de **acción** el joven sigue el plan para cambiar la conducta problemática. Los desafíos durante la etapa de **mantenimiento** serán mantener el plan y prevenir la recaída. Si sucede esto último, el médico trabajará para guiar al joven de regreso a la etapa de contemplación y reiniciar la etapa del ciclo del cambio.

El mejor tratamiento para el abuso de sustancias y las conductas delictivas es la prevención. Ésta se realizará en la consulta durante los controles periódicos de salud y también de forma oportunista, trabajando en los diferentes entornos sociales: familia, escuela y sociedad. Las intervenciones tienen más éxito cuando se dan de forma continuada y se implican todos los profesionales. Es necesario analizar las situaciones y factores de riesgo, y promocionar los factores protectores.

Actualmente, la prevención debe realizarse de una forma integral e inespecífica, como prevención de conductas de riesgo durante la adolescencia. Las técnicas a utilizar son, sobre todo, el consejo en la consulta y programas de prevención en la escuela (PPE).

El pediatra debe actuar en la consulta desde la visita prenatal revisando la historia familiar y aconsejando a los padres en la educación de sus hijos, durante la infancia temprana los padres deben ser

modelo y hablar con sus hijos sobre los medios de comunicación, la violencia y las drogas. En la edad escolar, además de información, se les debe enseñar a contrarrestar la presión de los amigos. En la infancia tardía, inicio de la adolescencia, es cuando comienza la experimentación y el pediatra debe hablar e investigar de forma confidencial sobre estos temas. El consejo se dará de forma positiva y adaptado a la edad, madurez y personalidad del joven.

En la escuela se pueden realizar programas preventivos (PPE) basados en un modelo de aprendizaje social, actuando sobre la capacidad de resistencia a la presión, habilidades sociales, resolución de problemas, así como el aumento de la autoestima, para intentar evitar la violencia y retrasar la edad del primer contacto con drogas (los programas de prevención primaria dirigidos a evitar que los jóvenes prueben el tabaco son más efectivos que los que se centran en dejar de fumar). El enfoque debe ser participativo y multidimensional, es decir, que incluya también actividades dirigidas a los padres y participación comunitaria.

Respecto a la evidencia científica para niños y adolescentes, en cuanto al consejo en la consulta y las intervenciones para prevenir y tratar el uso y la dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas, es insuficiente en la actualidad, no habiendo estudios acerca de la eficacia de las intervenciones realizadas en la consulta (Evidencia III-2, Recomendación I según *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF)). Si se ha demostrado evidencia en el consejo antitabaco y antialcohol de forma breve y oportunista (en menos de 3 minutos) a los adultos realizado en la consulta de Atención Primaria. Se ha visto que es efectivo al aumentar el número de fumadores o bebedores que lo dejan y siguen sin usar la droga un año después (USPSTF, Recomendación A).

En relación a los PPE dirigidos a niños y adolescentes entre 6 a 18 años, se ha observado que aumentan los conocimientos y las actitudes negativas sobre el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas, respecto a los niños y adolescentes que no realizan esa intervención (Evidencia II, Recomendación B según la USPSTF). Igual sucede con el consumo

1. Prevención antes que represión: la mejor forma de prevenir la delincuencia juvenil es la de impedir que surjan delincuentes juveniles, para ello son necesarios programas de asistencia social, económica, educacional y laboral
2. Disminuir el uso del sistema de justicia ordinaria tradicional: emplear otras vías y medios para resolver los conflictos generados con la delincuencia juvenil antes de que intervenga el Juez. Esto implica:
 - Disminuir la intervención estatal, dando mayor intervención a otros grupos de la vida social en la solución del conflicto y en la búsqueda de alternativas viables, como la familia, la escuela, la comunidad
 - Disminuir el encarcelamiento o medidas de internamiento en régimen cerrado de los menores, limitándolo a aquellas circunstancias excepcionales
3. Flexibilizar y diversificar la reacción penal: medidas flexibles, que se puedan ajustar y adaptar periódicamente a las circunstancias y necesidades del menor, según las condiciones, el avance y el progreso en el tratamiento o en la ejecución de la medida puesta
4. Aplicar a los menores infractores todos los derechos reconocidos a los adultos
5. Profesionalizar y especializar a la Policía en materia de menores, así como a los Jueces, Fiscales y Abogados: una mejora en el aspecto técnico de estos profesionales, permitirá una mayor efectividad y eficacia en la reforma de los jóvenes delincuentes. Afortunadamente, en España se está funcionando en esta línea

de otras drogas (Evidencia I, Recomendación A ,según la USPSTF) aunque desafortunadamente, esto no se traduce en un menor consumo de éstas.

A pesar de la evidencia actual, los éxitos obtenidos en el consejo breve en la consulta a los adultos para el tabaco y alcohol, así como los beneficios que se pueden obtener de prevenir la adicción a las diferentes drogas, se debe seguir aconsejando en la consulta a la población infantojuvenil y establecer estrategias para evitar o disminuir el consumo de drogas, así como los daños y consecuencias asociados al uso de éstas. Son necesarios estudios posteriores para demostrar la evidencia de la intervención.

En cuanto a la prevención de la violencia, incluyendo el maltrato, no hay estudios que demuestren la eficacia del consejo breve en la consulta. Es posible que las intervenciones en la comunidad, que incluyen visitas domiciliarias, pudiesen tener algún efecto. La USPSTF concluye que no hay suficiente evidencia científica (Recomendación C) para incluir o excluir el consejo clínico sobre la violencia juvenil como medida preventiva en adolescentes asintomáticos y adultos.

La familia es un marco único para educar desde el nacimiento a sus hijos en valores y protección, aprovechando la convivencia y el ejemplo diario. Es la unidad central encargada de la integración social del niño. El gobierno y la sociedad tienen la obligación de ayudar a la familia a cui-

dar y proteger al niño y asegurar su bienestar físico y mental. Deberán prestarse servicios apropiados acorde con sus necesidades. Una intervención preventiva en política sanitaria para regular la publicidad, la violencia y la disponibilidad de sustancias, ayudaría a mantener la distancia entre los jóvenes y el riesgo.

La prevención de la delincuencia juvenil es parte esencial de la prevención del delito en la sociedad; por ello, es necesario que ésta procure un buen desarrollo de sus jóvenes y que se aplique una política de prevención de la delincuencia. Es importante elaborar medidas que eviten criminalizar y penalizar al niño por una conducta que no causa graves perjuicios a su desarrollo ni perjudica a los demás.

Igualmente, es preciso reforzar medidas de apoyo comunitario a los jóvenes, incluido el establecimiento de centros de desarrollo, instalaciones y servicios de recreo, a fin de hacer frente a los problemas especiales de los menores expuestos a riesgo social, estableciendo servicios especiales para brindar alojamiento apropiado a los jóvenes que no puedan seguir viviendo en sus hogares o que carezcan de él.

Frente a la cada vez mayor cantidad de voces en nuestra sociedad, que claman por una mayor represión, violencia y radicalidad del sistema ante las conductas delictivas en los jóvenes (que se ha comprobado que no constituyen medidas eficaces para disminuirlas), en la tabla IX se han esquematizado las medidas y di-

TABLA IX.
Medidas y directrices elaboradas por Naciones Unidas y diversos profesionales para prevenir y tratar las conductas delictivas

rectrices elaboradas por Naciones Unidas y diversos profesionales (criminólogos, psicólogos, educadores, sociólogos, abogados, etc.) para prevenir y tratar estas conductas delictivas.

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.*** Megías E, Elzo J. Jóvenes, valores y drogas. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD); 2006. Megías E. Hijos y padres: Comunicación y conflictos. Madrid: FAD; 2002.

Trabajos de la serie de investigaciones sociológicas sobre los valores y las drogas, de ámbito nacional de la FAD. El primero con jóvenes de 15 a 24 años, donde se deriva un ensayo de tipología de 5 *clusters* de jóvenes, en torno a dos ejes principales de activismo/pasividad e integración/no integración: a) "integrado/normativo" – 33%; b) "retraído" – 21%; c) "ventajista/disfrutador" – 20%; d) "alternativo" – 15%; e) "incívico/desadaptado" – 11%. El segundo, apunta una tipología de las familias españolas con hijos entre 13 y 19 años: endogámica (24%); conflictiva (15%); nominal (43%) y adaptativa (18%).

- 2.*** Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. www.mir.es/pnd

Se presenta la evolución del consumo de drogas de los jóvenes en los últimos 10 años en nuestro país. Encuesta bianual sobre drogas realizada a la población escolar de 14 a 18 años desde 1994 a 2004.

- 3.** Herrero Herrero C. Tipologías de delitos y de delinquentes en la delincuencia juvenil actual. Perspectiva criminológica. *Actualidad Penal* 2002; **41**: 1089-97.

El autor aborda los tipos de delitos y las características de los delinquentes juveniles.

- 4.*** Hidalgo I, Garrido G, Hernández M. Health status and risk behavior of adolescents in the North of Madrid, Spain. *J Adolesc Health* 2000; **27**: 351-60.

En este artículo se presentan los resultados de un estudio realizado en los adolescentes de Madrid sobre el estado de salud, actividad física, relaciones familiares y escolares, así como los comportamientos de riesgo: el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, las relaciones sexuales y los accidentes.

- 5.*** Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2005; **IX** (2): 1-19.

Los autores exponen la problemática del consumo de drogas en la adolescencia, cómo realizar el diagnóstico, el tratamiento y las medidas preventivas.

- 6.*** Hidalgo Vicario MI, González Rodríguez MP, Montón Álvarez JL. Protocolo de

Atención a la Adolescencia. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2006; **4**: 4-49.

Se aborda cómo debe realizarse la atención a la adolescencia y se hace especial hincapié en las actividades preventivas durante esta época, valorándose la evidencia científica de cada una de ellas disponible en la actualidad.

- 7.*** Igra V, Irwin Jr CE. Theories of adolescent risk-taking behavior. En: Diclemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press; 1996.

Excelente y completa revisión sobre todos los factores de riesgo que influyen en los diferentes comportamientos de riesgo de los adolescentes.

- 8.** Kulig JW. The Committee of Substance Abuse. Tobacco, alcohol and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification and management of substance abuse. *Pediatr* 2005; **115**: 816-21.

Se hacen recomendaciones a los pediatras para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los jóvenes con abuso de drogas.

- 9.** Morant Vidal J. La delincuencia juvenil. 2003. URL: <http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/>.

Se plantea el concepto de delincuencia juvenil y su distinción de otros conceptos afines, el perfil del delincuente juvenil, el volumen y tipología de delitos, la delincuencia juvenil femenina y su comparación con la masculina, la delincuencia juvenil y movimientos migratorios y las recomendaciones con respecto al problema de la delincuencia juvenil.

- 10.*** Naciones Unidas. Directrices para la prevención de la delincuencia juvenil "Directrices de Riad". Asamblea General de la ONU. Resolución 45/112, 14 de diciembre de 1990. URL: http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp47_sp.htm

Se exponen los principios fundamentales, las directrices a seguir, las medidas de prevención general y los procesos de socialización que incluyen a la familia, la educación, la comunidad, los medios de comunicación, la política social, la legislación y administración de justicia a menores; así como la investigación, la formulación de normas y la coordinación.

- 11.** Urra Portillo J. Siglo XXI. Legislación del joven infractor. En: Problemas criminológicos en las sociedades complejas. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2000.

Exposición detallada de los aspectos legislativos del adolescente que infringe la ley.

- 12.** US Preventive Services Task Force (USPSTF). *Guide to Clinical Preventive Services* 3ed ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. [En Línea]. [Fecha de consulta: 20 de octubre de 2007]. URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

- 13.*** Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós Ibérica; 1999.

Junto a los famosos Prochaska y DiClemente, autores de referencia en el desarrollo de los procesos de motivación en relación con las conductas adictivas. Presentan las bases, la práctica con casos aplicados y pistas para la enseñanza de la entrevista motivacional, fundamental para la asistencia socio-sanitaria.

- 14.* Júdez J, Marijuán M. Ética de los consumos de drogas. En: VV.AA. Consumo y control de drogas. Reflexiones desde la ética. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud/Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2004.

Reflexión interdisciplinaria sobre los consumos y los controles de drogas. Aproximación desde la fundamentación de la bioética como deliberación prudencial y responsable, en un marco general, no aplicado al análisis de casos concretos.

- 15.*** Stimmel B. Utilizing standardized patient protocols. To improve clinical skills in identifying tobacco, alcohol and other drug use. A manual of cases. New York: Josiah Macy, Jr. Foundation; 1998.

Material docente con 29 casos para caracterizar a pacientes que acuden a consulta con problemas de consumo de drogas, con el fin de entrenar y mejorar las habilidades de detección y manejo de dichos problemas. Los casos 4, 9, 15, 17, 28 son de adolescentes y el 12, 13 y 25, de jóvenes de 18-25 años.

- 16.* Karnik NS, McMullin MA, Steiner H. Disruptive behaviors: conduct and oppositional disorders in adolescents. *Adolesc Med* 2006; **17**: 97-114.

Artículo sobre los comportamientos disruptivos (desde el trastorno negativista desafiante hasta el trastorno de personalidad anti-social), con pistas para detectarlos y orientarlos en la consulta externa, desde una perspectiva de desarrollo y proceso.

- 17.*** Megías E, Júdez J. DAP. Programa de Formación y Consulta "Drogas y Atención Primaria". Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud/Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2002.

Programa de formación y material de consulta que incluye un Manual clínico (CD-1) y un Manual de Entrevista Clínica (CD-2) con 8 vídeos facilitadores para trabajar las habilidades de comunicación en Atención Primaria y drogas, 3 de los cuales incluyen situaciones típicas con adolescentes.

- 18.*** Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones con el paciente menor de edad. En: Gracia D, Júdez J, eds. Ética en la práctica clínica. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2004. p. 127-60.

Libro esencial para la toma de decisiones éticas con el paciente menor de edad.

Caso clínico

LA CONSULTA DE CORAL (inspirado en el caso 17 de Stimmel, 1998):

Coral L. es una chica de 15 años que acude un día a “atención continuada” para que le hagan un test de embarazo (de confirmación de uno que se ha hecho ella de farmacia). Si está, en efecto, embarazada, quiere abortar.

Primer minuto de la entrevista: el primer minuto de una entrevista puede condicionar todo el desarrollo de la misma. Se establece el clima de comunicación en el que contribuyen los aspectos de proxémica (disposición y uso del espacio) del lugar en el que se realice el encuentro, se realiza el saludo, identificación del motivo de consulta y de la “agenda” de los temas que preocupan a pacientes y familiares. El profesional tiene que hacerse una composición de lugar para progresar en la siguiente fase de recogida de información desde la que se pasa a plantear la intervención que sea precisa.

En circunstancias como las de esta entrevista, en las que el comienzo puede resultar “violento” (embarazo en adolescente de 15 años que demandaría un aborto), el profesional tiene que estar alerta en el control de su reactividad para no escalar la situación hacia una ruptura. Especialmente clave es este papel de los profesionales sanitarios cuando son “enganche” de personas que se mueven en el eje de la “no-integración” social.

Transición entre la fase de recogida de información y la fase de educación o discusión de la intervención recomendada:

la distinción entre las distintas fases de una entrevista semi-estructurada es, por supuesto, convencional y funcional. Suele haber una cierta secuencia natural que tampoco viene mal “disciplinar” aún más practicando, para aumentar el rendimiento de nuestras entrevistas mediante la mejora de nuestras intervenciones, la estructura de las mismas, etc. Un motivo de consulta como el del caso de Coral puede ser un buen ejemplo de cómo se puede obtener información (parte exploratoria) y, a la vista de su demanda, se está en disposición de ir co-

mentando éstas y otras preocupaciones que se han podido detectar (parte resolutiva). En la obtención de información permiten un intercambio más fluido: el uso de preguntas abiertas, las técnicas de apoyo narrativo, la validación y normalización de la inquietud de la madre, el despliegue de una actitud empática, etc. El profesional permanece abierto a dar oportunidades a la adolescente y lo explicita.

LA CONSULTA DE CORAL (2), tras una buena fase exploratoria:

toca en una banda de rock duro como solista. Su nombre artístico es “Dirty Sue”. Cree que el padre será su novio, el batería de la banda. No le ha dicho nada. Tuvo la regla a los 13, y es sexualmente activa desde los 14. Ha tenido alguna infección urinaria y candidiasis. Los estudios “no me hacen”. Se ha peleado varias veces en el colegio. Fuma un paquete al día. Fuma porros, toma algunos “tripis” y diversas pastillas. Alguna raya de coca de vez en cuando. “Me ofrece, yo no pillo”. Bebe cerveza y “calimochos” cuando está de botellón. De concierto, sobre todo cubatas. “Mi madre es alcohólica, de cogorzas. Mi padre, bebe, pero es más fuerte, aunque es un cafe. Paro poco por casa”. Tiene brotes de asma que trata con Ventolín. Va con sus colegas a zonas ultra a partidos de baloncesto y fútbol. Ha tenido alguna detención por hurtos en centros comerciales. Come sólo 1 vez al día. Pesa 47 kg y mide 1,62. Ha perdido 8 kilos en los últimos 3 meses, pero no le preocupa. Al contrario, “quiere llegar a 45”.

Funciones de la entrevista: las funciones de una entrevista lógicamente se entremezclan y expresan de mayor o menor manera a lo largo de las distintas fases de la misma. En este punto de la entrevista, de cara a abordar la fase plenamente resolutiva con el plan de acción o intervención que corresponda, se ha recogido información, se ha conectado con la adolescente. El profesional está en disposición de ir haciendo balance de la preocupación inicial y de otras que él ha detectado a lo largo de la fase exploratoria (historia bastante completa sexual y de consumos, así como antecedentes médicos –asma, posible trastorno de la alimentación a explorar– y exploración del entorno familiar, escolar y social), para su-

gerir un plan de acción. Esto es especialmente significativo en la relación con una joven-adolescente que ha podido rebajar sus resistencias al ver cómo era tratada como una persona “adulta”, respetada y escuchada. Si el médico atendió a la joven-adolescente durante la infancia y tiene el recuerdo de que la última vez que la vio era todavía una niña, debe esforzarse por mostrar el cambio en su actitud, dirigiéndose a él como a un adulto.

Compromiso para el próximo contacto:

es importante que quede claro cuál es el punto de “salida” de la entrevista y qué perspectivas de seguimiento hay sin amenazar la capacidad de decisión “autónoma” de la adolescente. La atribución de responsabilidad a la joven-adolescente, que ella en este caso reclama o reivindica, suele generar o reforzar de hecho la responsabilidad.

La situación de Coral está lejos de ser ideal. Quizá se encuentra en ese 11% de jóvenes que los trabajos de Megías y Elzo han denominado como “incívicos/desadaptados”. Ya se llega tarde para la prevención primaria y quizá secundaria. Además de una posible “enfermedad biográfica”, en expresión de Marías, en relación a las adicciones, también es claro que hay un contexto social disfuncional, que requiere exploración e intervención de un equipo. Lejos de tirar la toalla, recordemos el último punto del marco ético apuntado: “...primero, contribuir a la formación de sujetos autónomos, responsables y que ejerzan su ciudadanía; segundo, prevenir los potenciales efectos negativos de algunos consumos; y tercero, controlar esos efectos negativos, minimizando el impacto de los mismos y corrigiéndolos en la medida de lo posible”. Hay mucho que hacer y es básico mantener el “enganche” con la adolescente. Vemos, en consecuencia, lo relevante que es en la práctica para afrontar nuestras obligaciones éticas el aprovechar la herramienta de la entrevista clínica y cuidar la relación, aun con estos “clientes” tan problemáticos. En la tabla VII, se exponen de modo sintético algunas pinceladas sobre la entrevista con adolescentes que, aunque centrada en el contexto de las drogas, en realidad es aplicable a cualquier entrevista con adolescentes.

**ALGORITMO:
EVALUACIÓN
DEL
ADOLESCENTE
EN RIESGO**

