



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES HACIA LA AUTOMEDICACIÓN:
ASOCIACIÓN CON CALIDAD DE VIDA RELACIONADA
CON LA SALUD, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y
ESTILOS PARENTALES**

Autora: Yolanda Ortega Latorre
Director: Rafael Jódar Anchía

Madrid
Noviembre 2015

Índice

Introducción	17
CAPÍTULO 1.- AUTOMEDICACIÓN	21
1. Origen y desarrollo de la farmacología.....	23
2. Medicalización de la sociedad: factores influyentes.....	25
3. Automedicación y conceptos vinculados.....	38
3.1. Automedicación como estrategia de autocuidado	38
3.2. Automedicación responsable y sus beneficios	40
3.3. Automedicación no responsable y sus riesgos	42
3.4. Fármacos de prescripción y no prescripción más utilizados en automedicación y sus efectos adversos.....	44
3.5. Uso inadecuado o uso no médico	46
3.5.1. Uso no-médico de medicamentos de prescripción.....	48
3.5.2. Uso inadecuado de medicamentos que no requieren prescripción.	50
3.6. Factores influyentes en la automedicación.....	51
4. Automedicación en niños y adolescentes	53
4.1. Factores implicados en el uso de medicamentos en niños y adolescentes	55
4.2. Uso inadecuado de medicamentos por los adolescentes	61
5. Prevalencia de la automedicación.....	64
6. Medida de la actitud hacia la automedicación en adolescentes.....	71
CAPÍTULO 2.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	75
1. Origen y evolución del concepto calidad de vida.....	77
1.1. Aportaciones desde la psicología	81
1.2. El concepto calidad de vida en la actualidad.....	83
2. Calidad de vida relacionada con la salud.....	86

3.	Instrumentos utilizados en la valoración de la CVRS. Peculiaridades y dificultades para medir CVRS en población infantil y adolescente	89
4.	Datos de CVRS en población española	95
5.	CVRS en niños y adolescentes	97
5.1.	Diferencias en CVRS en función del sexo y edad del adolescente	99
5.2.	Diferencias en las dimensiones que componen la CVRS según sexo y edad del sujeto.....	100
6.	Medida de la CVRS en adolescentes	102
7.	CVRS y automedicación.....	105
CAPÍTULO 3.- CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		107
1.	Conceptos de droga y droga psicoactiva. Características y usos de las sustancias psicoactivas.....	109
1.1.	Diferencias entre el uso, habituación, adicción y dependencia. Etapas del proceso de desarrollo de una dependencia.....	110
1.2.	Papel que desempeñan las sustancias psicoactivas en la actualidad.....	112
2.	Clasificación de las sustancias psicoactivas y sus principales efectos	113
3.	Factores de riesgo y protección ante el consumo de sustancias psicoactivas.....	117
4.	Consumo de sustancias psicoactivas en España	122
4.1.	Prevalencia en población general. Edad media de inicio	122
4.2.	Sustancias psicoactivas de mayor consumo: alcohol y tabaco.....	123
4.2.1.	Riesgos asociados al consumo de alcohol.	124
4.2.2.	Riesgos asociados al consumo de tabaco.....	126
5.	La adolescencia como etapa clave en el consumo de sustancias psicoactivas	127
5.1.	Prevalencia del consumo adolescente.....	128
5.2.	Consumo diferencial por sexos y edad. Edad media de inicio del consumo adolescente.....	130
5.3.	Datos de policonsumo en los adolescentes.....	133

5.4.	Percepción de riesgo y de disponibilidad. Vías de información sobre las sustancias psicoactivas	135
5.5.	Alcohol como sustancia psicoactiva de mayor consumo en la adolescencia: efectos adversos asociados	137
6.	Asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y medicamentos	139
7.	Relación entre CVRS y consumo de sustancias psicoactivas.....	141
CAPÍTULO 4.- ESTILOS PARENTALES		145
1.	Los estilos parentales	147
1.1.	La familia como entorno de socialización	147
1.2.	Los antecedentes de la investigación sobre los estilos de socialización parental	150
1.3.	Tipologías de los estilos parentales	152
1.4.	Influencia del estilo parental en diferentes características y habilidades de los hijos	158
1.5.	Críticas al modelo de socialización parental y propuesta de un modelo integrador.....	160
1.6.	La investigación de los estilos parentales en la actualidad.....	165
2.	Estilos parentales y adolescencia.....	166
2.1.	La adolescencia como época de cambio.....	166
2.2.	Investigación sobre estilos parentales y adolescencia. La eficacia socializadora de los distintos estilos	169
3.	Estilos parentales y consumo de medicamentos en el adolescente.....	173
4.	Estilos parentales y CVRS del adolescente	175
5.	Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas por los adolescentes. Principales factores de influencia parental	176
5.1.	Influencia de la tipología de estilo parental en el consumo de sustancias psicoactivas.....	180

5.1.1.	Influencia de las dimensiones afecto y control del estilo parental sobre el consumo de sustancias psicoactivas.....	182
5.1.2.	Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en relación con la edad y sexo del adolescente y los diferentes contextos culturales.....	186
6.	CVRS, estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas.....	188
7.	Medición del estilo parental del adolescente	189
CAPÍTULO 5.- ESTUDIO EMPÍRICO		191
1.	Objetivos	193
1.1.	Objetivos preliminares.....	193
1.2.	Objetivos centrales	193
2.	Método.....	194
2.1.	Participantes.....	194
2.2.	Instrumentos	197
2.2.1.	Escala de Afecto y Escala de Normas y Exigencias (versión hijos).....	197
2.2.2.	Cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes.....	199
2.2.3.	Diseño y estructura de los indicadores Problemas de salud, Uso de medicación y Uso de medicación sin prescripción.	200
2.2.4.	Estructura de los indicadores Uso de tabaco y Uso de alcohol.....	201
2.2.5.	Escala Actitud hacia la automedicación.....	201
2.3.	Procedimiento	202
2.3.1.	Construcción de la escala.....	202
2.3.2.	Acceso a los centros.....	203
2.3.3.	Administración de los cuestionarios.	203
3.	Resultados.....	204
3.1.	Resultados correspondientes a los objetivos preliminares	204
3.1.1.	Problemas de salud más comunes y uso de medicamentos.	204
3.1.1.1.	Indicador Problemas de salud.....	204

3.1.1.2.	Indicador Uso de medicación.	211
3.1.1.3.	Indicador Uso de medicación sin prescripción.....	215
3.1.2.	Consumo de sustancias psicoactivas.....	220
3.1.2.1.	Indicador Uso de tabaco.....	220
3.1.2.2.	Indicador Uso de alcohol.....	221
3.1.3.	Indicadores de calidad de vida relacionada con la salud: posibles diferencias atendiendo a la edad y al sexo del sujeto.	223
3.1.4.	Correlaciones entre los indicadores de salud.	228
3.2.	Resultados de los objetivos centrales	234
3.2.1.	Escala de Actitud hacia la automedicación.....	234
3.2.1.1.	Consistencia interna y estructura factorial de la escala Actitud hacia la automedicación.....	234
3.2.1.2.	Validez convergente: asociación con el empleo de medicación sin prescripción.	240
3.2.1.3.	Valores de la actitud hacia la automedicación según el sexo y edad del sujeto.....	246
3.2.1.4.	Asociación de la actitud hacia la automedicación y la CVRS.....	249
3.2.2.	Relación entre la actitud hacia la automedicación y el empleo de fármacos sin prescripción con el consumo de tabaco y alcohol.....	251
3.2.3.	Influencia de los estilos parentales sobre los indicadores de salud.....	253
3.2.3.1.	Asociación entre los estilos parentales y la actitud hacia la automedicación y el consumo de fármacos. Diferencias según sexo y edad.....	253
3.2.3.2.	Asociación entre los estilos parentales y la CVRS. Diferencias según sexo y edad.	266
3.2.3.3.	Asociación entre estilos parentales y consumo de tabaco y alcohol. Diferencias según sexo y edad.	274
3.2.4.	Modelos de predicción de la actitud hacia la automedicación.....	281

3.2.4.1.	Variables con mayor capacidad predictiva en modelos de regresión múltiple.....	281
3.2.4.2.	Modelos de mediación.....	282
CAPÍTULO 6.-	DISCUSIÓN	295
1.	Discusión de los resultados correspondientes a los objetivos preliminares.....	297
1.1.	Objetivo 1: Descripción de las afecciones más comunes y de la frecuencia del uso de medicamentos, discriminando si éstos han sido o no prescritos por el médico. Exploración de las posibles diferencias en función de la edad y el sexo del adolescente.....	297
1.1.1.	Descripción de las afecciones más comunes. Diferencias según sexo y edad del sujeto.	297
1.1.2.	Descripción de la frecuencia del uso de medicamentos discriminando si éstos han sido o no prescritos por el médico. Exploración de las posibles diferencias en función de la edad y el sexo del adolescente.....	300
1.2.	Objetivo 2: Reflejo del consumo de tabaco y alcohol entre los sujetos que componen la muestra y determinación de las posibles diferencias por edad y sexo.....	303
1.3.	Objetivo 3: Descripción de los indicadores de CVRS atendiendo a la edad y el sexo del adolescente	305
1.4.	Objetivo 4: Análisis de las correlaciones entre los anteriores indicadores de salud.....	307
2.	Discusión de los resultados correspondientes a los objetivos centrales:	314
2.1.	Objetivo 1: Proposición de una escala de medida de la actitud hacia la automedicación.....	314
2.1.1.	Valoración de sus propiedades psicométricas.....	314
2.1.2.	Valores de la actitud hacia la automedicación según el sexo y edad.....	319
2.1.3.	Asociación de la actitud hacia la automedicación con los indicadores de CVRS.	319
2.2.	Objetivo 2: Relación entre la actitud hacia la automedicación y el empleo de medicamentos sin prescripción con el consumo de tabaco y alcohol.....	322

2.3.	Objetivo 3: Análisis de la influencia de los estilos parentales sobre los indicadores de salud.....	324
2.3.1.	Influencia de los estilos parentales sobre la actitud hacia la automedicación y el consumo de fármacos. Diferencias según el sexo y la edad del sujeto.	324
2.3.2.	Influencia de los estilos parentales sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Diferencias según el sexo y la edad del sujeto.	335
2.3.3.	Influencia de los estilos parentales sobre el consumo de tabaco y alcohol. Diferencias según el sexo y la edad del sujeto.....	340
2.4.	Objetivo 4: Examen de los modelos de predicción de la actitud hacia la automedicación.....	348
2.4.1.	Variables con mayor capacidad predictiva en modelos de regresión múltiple.	348
2.4.2.	Modelos de mediación de los estilos parentales sobre la actitud hacia la automedicación.	351
2.4.2.1.	Primer modelo mediacional: CVRS como mediadora del efecto del estilo parental sobre la actitud hacia la automedicación.	351
2.4.2.2.	Segundo modelo mediacional: Consumo de tabaco y alcohol como mediadora del efecto del estilo parental sobre la actitud hacia la automedicación.....	352
2.4.2.3.	Tercer modelo mediacional: Consumo de tabaco y alcohol como mediadora de la CVRS sobre la actitud hacia la automedicación.....	353
2.4.2.4.	Cuarto modelo mediacional: CVRS y consumo de tabaco y alcohol como mediadores del estilo parental sobre la actitud hacia la automedicación.....	354
2.4.2.5.	Conclusiones generales relativas a los modelos mediacionales.	356
3.	Limitaciones de la investigación.....	357
4.	Futuras líneas de investigación y conclusión.....	360
	Anexo 1: Cuestionario	365
	Referencias bibliográficas.....	377

Índice de tablas

Tabla 1	Medicamentos más utilizados en automedicación y sus principales efectos adversos.....	45
Tabla 2	Efectos adversos de los principales medicamentos de prescripción a los que se puede dar un uso no-médico.	49
Tabla 3	Datos porcentuales del consumo total de medicamentos por grupos de edad.	66
Tabla 4	Datos porcentuales del consumo de los distintos tipos de medicamentos por grupos de edad.....	67
Tabla 5	Datos porcentuales del consumo de los distintos tipos de medicamentos por grupos de edad y sexo.	68
Tabla 6	Datos porcentuales del consumo de diferentes grupos de medicamentos sin receta médica.	69
Tabla 7	Datos porcentuales del consumo de diferentes grupos de medicamentos sin receta médica diferenciado por sexos.	70
Tabla 8	Datos porcentuales de la capacidad de movilidad, autocuidado, realización de actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión en personas mayores de 15 años según el grupo de edad.....	96
Tabla 9	Clasificación de las sustancias psicoactivas.....	114
Tabla 10	Efectos y riesgos asociados al consumo de las sustancias psicoactivas.....	115
Tabla 11	Efectos y riesgos asociados al consumo de las sustancias psicoactivas (continuación).	116
Tabla 12	Tanto por ciento de consumidores de las principales sustancias psicoactivas y media de la edad de inicio de consumo.....	122
Tabla 13	Tendencias del consumo de alcohol y tabaco y de la edad media de inicio del consumo.	123
Tabla 14	Principales alteraciones asociadas al consumo de riesgo de alcohol.	125

Tabla 15	Porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas en el mes previo a la realización de la encuesta.....	129
Tabla 16	Porcentaje de consumidores de las principales sustancias psicoactivas en los 12 meses previos a la encuesta y media de edad de inicio del consumo.	131
Tabla 17	Porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas en los 12 meses previos a la encuesta según la edad.	132
Tabla 18	Porcentaje de consumo de una o más sustancias psicoactivas legales o ilegales en estudiantes de 14 a 18 años.....	134
Tabla 19	Porcentaje de las principales vías de información sobre sustancias psicoactivas y preferencias de los estudiantes sobre las mismas.....	136
Tabla 20	Tipologías de los Estilos parentales según Maccoby y Martin.	157
Tabla 21	Consecuencias en los hijos según el modelo de socialización empleado por los padres.	159
Tabla 22	Frecuencias y porcentajes de los participantes en el estudio por edad y sexo en la muestra total y en cada uno de los colegios.	197
Tabla 23	Incidencia de los Problemas de salud de los sujetos de la muestra.....	205
Tabla 24	Medias y desviaciones típicas (D.T.) para los ítems que forman el indicador Problemas de salud según sexo y edad de los participantes.....	206
Tabla 25	Resultados de MANOVA para los ítems que forman el indicador Problemas de salud en función del sexo y edad de los participantes.....	209
Tabla 26	Pruebas post hoc de Scheffe. Diferencias entre las medias (dif.med) y niveles de significación (p).	210
Tabla 27	Diferencias en el Uso de medicación en relación con el sexo del participante...	212
Tabla 28	Diferencias en el Uso de medicación en relación con la edad del participante. .	214
Tabla 29	Diferencias en el Uso de medicación sin prescripción en relación con el sexo del participante.....	216
Tabla 30	Diferencias en el Uso de medicación sin prescripción en relación con la edad..	219
Tabla 31	Datos porcentuales de la frecuencia de consumo de tabaco a la semana y el número de cigarrillos consumidos por semana.	220

Tabla 32	Datos porcentuales de la frecuencia de consumo de alcohol a la semana y efectos del consumo.	222
Tabla 33	Medias y desviaciones típicas (D.T.) para la puntuación total y la de los factores de la Escala CVRS según sexo y edad de los participantes.	224
Tabla 34	Resultados de MANOVA para los factores de la escala CVRS en función del sexo y edad de los participantes.	225
Tabla 35	Pruebas post hoc de Scheffe. Diferencias entre las medias (dif.med) y niveles de significación (p).	226
Tabla 36	Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la Escala de CVRS, el consumo de tabaco y alcohol y el Uso de medicación con y sin prescripción.	229
Tabla 37	Correlaciones entre los diferentes factores de la CVRS, y los Problemas de salud, el Uso de medicación, el Uso de medicación sin prescripción y el consumo de tabaco y alcohol en los chicos.	230
Tabla 38	Correlaciones entre los diferentes factores de la CVRS, y los Problemas de salud, el Uso de medicación, el Uso de medicación sin prescripción y el consumo de tabaco y alcohol en las chicas.	230
Tabla 39	Correlaciones entre CVRS y los Problemas de salud, el Uso de medicación, el Uso de medicación sin prescripción y el consumo de tabaco y alcohol en los sujetos de 14 años.	233
Tabla 40	Correlaciones entre CVRS y los Problemas de salud, el Uso de medicación, el Uso de medicación sin prescripción y el consumo de tabaco y alcohol en los sujetos de 17 años.	233
Tabla 41	AFE de la escala Actitud hacia la automedicación: Datos de comunalidades.	235
Tabla 42	AFE de la escala Actitud hacia la automedicación: Extracción de factores y porcentaje de explicación de la varianza.	236
Tabla 43	Saturaciones de los ítems del AFE en la Escala Actitud hacia la automedicación.	237
Tabla 44	Diferencias en la Actitud hacia la automedicación entre grupos con consumo y sin consumo de medicamentos.	241

Tabla 45	Diferencias de la Actitud hacia la automedicación en los grupos 1 (sin consumo), 2 (consumo con receta) y 3 (consumo sin receta).	242
Tabla 46	Pruebas post hoc de Scheffe para las diferencias de la Actitud hacia la automedicación en los grupos 1 (sin consumo), 2 (consumo con receta) y 3 (consumo sin receta).	243
Tabla 47	Contraste no paramétrico para comprobar diferencias de la Actitud hacia la automedicación en los grupos 1 (sin consumo), 2 (consumo con receta) y 3 (consumo sin receta).	245
Tabla 48	Correlaciones entre el total de la escala Actitud hacia la automedicación y los 3 factores que la constituyen y el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción.	246
Tabla 49	Medias y desviaciones típicas (D.T.) para la puntuación total y de los 3 factores componentes de la escala Actitud hacia la automedicación atendiendo al sexo y edad de los participantes.	247
Tabla 50	Resultados de MANOVA para la puntuación total y de los 3 factores componentes de la escala Actitud hacia la automedicación atendiendo al sexo y edad de los participantes.	248
Tabla 51	Correlaciones entre CVRS y la Actitud hacia la automedicación.....	250
Tabla 52	Correlaciones entre CVRS y los ítems 73 y 76 de la escala Actitud hacia la automedicación.	250
Tabla 53	Correlaciones entre el total de la escala Actitud hacia la automedicación y los 3 factores que la constituyen y el Uso de medicamentos sin prescripción con el consumo de tabaco y alcohol.	251
Tabla 54	Correlaciones entre los ítems 73 y 76 y el consumo de tabaco y alcohol, el Uso de medicación sin prescripción y la Actitud hacia la automedicación.	252
Tabla 55	Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales y la Actitud hacia la automedicación, el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción.	254
Tabla 56	Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales y los ítems 73 y 76 de la escala Actitud hacia la automedicación.	256

Tabla 57	Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales, y la Actitud hacia la automedicación, el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción en los chicos.	257
Tabla 58	Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales, y la Actitud hacia la automedicación, el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción en las chicas.....	258
Tabla 59	Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales y la Actitud hacia la automedicación, el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción en los sujetos de 14 años.....	262
Tabla 60	Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales y la Actitud hacia la automedicación, el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción en los sujetos de 17 años.....	263
Tabla 61	Correlaciones entre los Estilos parentales y la CVRS y sus dimensiones.	266
Tabla 62	Correlaciones entre Estilos parentales y CVRS en los chicos.	268
Tabla 63	Correlaciones entre Estilos parentales y CVRS en las chicas.....	269
Tabla 64	Correlaciones entre Estilos parentales y CVRS en el grupo de 14 años.....	271
Tabla 65	Correlaciones entre Estilos parentales y CVRS en el grupo de 17 años.....	272
Tabla 66	Correlaciones entre Estilos parentales y el consumo de tabaco y alcohol.....	275
Tabla 67	Correlaciones entre Estilos parentales y consumo de tabaco y alcohol en los chicos.....	276
Tabla 68	Correlaciones entre Estilos parentales y el consumo de tabaco y alcohol en las chicas.....	277
Tabla 69	Correlaciones entre Estilos parentales y consumo de tabaco y alcohol en el grupo de 14 años.....	279
Tabla 70	Correlaciones entre Estilos parentales y consumo de tabaco y alcohol en el grupo de 17 años.....	279
Tabla 71	Datos sobre las variables predictoras de la Actitud hacia la automedicación.....	282
Tabla 72	Efectos estandarizados directos e indirectos a través de la CVRS de los Estilos parentales sobre la Actitud hacia la automedicación.	284

Tabla 73	Efectos estandarizados directos e indirectos a través del consumo de tabaco de los Estilos parentales sobre la Actitud hacia la automedicación.	286
Tabla 74	Efectos estandarizados directos e indirectos a través del consumo de alcohol de los Estilos parentales sobre la Actitud hacia la automedicación.	287
Tabla 75	Efectos estandarizados directos e indirectos a través del consumo de tabaco y alcohol de la CVRS sobre la Actitud hacia la automedicación.	289
Tabla 76	Efectos estandarizados directos e indirectos a través de la CVRS y el consumo de tabaco de los Estilos parentales sobre la Actitud hacia la automedicación.	291
Tabla 77	Efectos estandarizados directos e indirectos a través de la CVRS y el consumo de alcohol de los Estilos parentales sobre la Actitud hacia la automedicación.	292

Índice de figuras

Figura 1.	Distribución de los sujetos de la muestra por cursos.	196
Figura 2.	Distribución de los sujetos de la muestra por edades.....	196
Figura 3.	Problemas de salud de los sujetos de la muestra por edades y sexo.	207
Figura 4.	Porcentajes de consumo de medicamentos por sexo.....	211
Figura 5.	Porcentajes de consumo de medicamentos por edades sobre el total de consumidores de cada grupo de medicamentos.	213
Figura 6.	Porcentajes de consumidores de medicamentos sin prescripción sobre el total de consumidores de cada grupo según el sexo.....	217
Figura 7.	Porcentajes de consumidores de medicamentos sin prescripción según la edad.	218
Figura 8.	Puntuaciones de la escala CVRS y sus factores según la edad y el sexo.....	227
Figura 9.	Gráfico de sedimentación.....	236
Figura 10.	Modelo sin mediación del Estilo parental sobre la Actitud hacia la automedicación y con mediación a través de la CVRS.....	283
Figura 11.	Efecto directo del Estilo parental y mediación del consumo de sustancias en la Actitud hacia la automedicación.	285
Figura 12.	Efecto directo de CVRS y mediación del consumo de sustancias en la Actitud hacia la automedicación.	288
Figura 13.	Efecto directo del estilo parental y mediación de la CVRS y el consumo de tabaco y alcohol en la actitud hacia la automedicación.....	290

Introducción

La automedicación realizada de forma no responsable constituye una conducta de riesgo cada vez más preocupante en las sociedades avanzadas, sobre todo cuando la llevan a cabo personas particularmente vulnerables, como es el caso de los niños y los adolescentes. Muchos factores, y no precisamente el aumento de patologías entre los jóvenes, pueden estar afectando a la mayor o menor propensión que el individuo tenga para recurrir a los medicamentos sin guiarse por los criterios de un facultativo.

Es precisamente en esta etapa de desarrollo, la adolescencia, en la que el despertar de la conducta autónoma se hace extensivo al uso que el joven hace de los medicamentos en ocasiones con la pretensión de manejar algunos de los aspectos que afectan a su calidad de vida y condicionan su salud, como son su bienestar físico y psíquico y sus relaciones con los amigos, compañeros, padres y entorno escolar. Pero también es, en esta edad de desarrollo y cambios, en la que se perfilan y consolidan hábitos que conformarán el estilo de vida del adolescente, algunos de ellos con marcado impacto en la salud entendida ésta en su sentido más integral, destacando por su importancia el consumo de sustancias psicoactivas, y más concretamente las de mayor uso en nuestro país entre los jóvenes, el alcohol y el tabaco.

Si para el adolescente gana importancia creciente, a medida que transita por esta fase, la aceptación por el grupo de amigos, la influencia de los padres lejos de extinguirse adquiere una relevancia crucial. En este sentido la forma que los padres tienen de ejercer su paternidad, su estilo de socialización, interactúa con el desarrollo interior del hijo y modula la manera que éste tiene de enfrentarse a los diferentes retos cotidianos. Las necesidades y problemas del hijo adolescente evolucionan de forma rápida y las respuestas de la familia a dichos cambios requieren una plasticidad no siempre fácil de conseguir. El progresivo alejamiento de la infancia no implica que el afecto y la supervisión de los padres se difuminen, pero tampoco que en franca contradicción con sus naturales cambios, les asfixie. El amor, la comprensión, la

comunicación fluida, el control de sus necesidades y conductas llevado a cabo sin opresión, y elevadas dosis de paciencia, son requisitos necesarios para entender al adolescente no como a un sujeto a medio hacer en tránsito hacia la adultez, desorientado, aturdido y egoísta, sino como al protagonista indiscutible de una etapa de la vida crucial, hermosa y llena de posibilidades para convertirse en un ser humano mejor.

Con referencia a la estructura del texto que se expone a continuación, destacar que en el primer capítulo se aborda el concepto de automedicación y los términos vinculados (automedicación responsable, no responsable y uso no médico), haciendo previamente un breve recorrido por los orígenes de la farmacología y los factores que influyen en la medicalización de nuestra sociedad. A continuación se recogerán los fármacos más consumidos en automedicación y los factores que influyen en la misma, centrándonos en la población de interés en este estudio, los adolescentes, para terminar este capítulo inicial con datos sobre la prevalencia de la automedicación y la medida de la actitud ante la misma. A continuación se tratará el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, iniciando el segundo capítulo con el origen y evolución del concepto hasta el significado actual. Consecutivamente se plantearán las características de los instrumentos utilizados para medirla y se ofrecerán datos de la calidad de vida relacionada con la salud tanto de población general como adolescente, indagando en posibles diferencias según el sexo y la edad de los jóvenes, para terminar con la relación entre la automedicación y la calidad de vida relacionada con la salud. En el tercer capítulo se indaga en el consumo de sustancias psicoactivas, comenzando con las características de las mismas y las diferencias entre conceptos relacionados (uso, hábito, adicción y dependencia) y estableciendo las principales etapas en el desarrollo de esta última. A continuación se realiza una aproximación al papel que las sustancias psicoactivas tienen hoy en día en nuestra sociedad, para continuar con una breve clasificación y la reseña de sus efectos más relevantes, así como los factores de riesgo y protección ante el consumo. Posteriormente

se recogen datos de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, tanto de población general como adolescente, y las diferencias según el sexo y la edad del sujeto, para continuar destacando la adolescencia como etapa clave en el consumo de este tipo de sustancias y finalizar con la relación entre dicho consumo y el de medicamentos, así como con la calidad de vida relacionada con la salud. En el cuarto capítulo se aborda la variable que completa la investigación, los estilos de socialización parental, empezando por perfilar a la familia como entorno de socialización primordial, para posteriormente pasar de los antecedentes en la investigación que perfilaron la tipología de los estilos parentales y avanzar hasta la investigación en la actualidad, recalcando la influencia de los mismos en los hijos, concretamente en los adolescentes, planteando la eficacia socializadora de los distintos tipos de socialización parental. Para finalizar el capítulo, se ponen en relación los estilos parentales con las demás variables abordadas, el consumo de medicamentos, la calidad de vida relacionada con la salud y el consumo de sustancias psicoactiva. En el capítulo 5 se plantea el estudio empírico realizado, concluyendo en el capítulo 6 con la discusión de la teoría sustantiva recogida y los resultados hallados en este estudio.

CAPÍTULO 1.-

AUTOMEDICACIÓN

1.	Origen y desarrollo de la farmacología.....	23
2.	Medicalización de la sociedad: factores influyentes.....	25
3.	Automedicación y conceptos vinculados.....	38
3.1.	Automedicación como estrategia de autocuidado	38
3.2.	Automedicación responsable y sus beneficios	40
3.3.	Automedicación no responsable y sus riesgos	42
3.4.	Fármacos de prescripción y no prescripción más utilizados en automedicación y sus efectos adversos.....	44
3.5.	Uso inadecuado o uso no médico	46
3.6.	Factores influyentes en la automedicación.....	51
4.	Automedicación en niños y adolescentes	53
4.1.	Factores implicados en el uso de medicamentos en niños y adolescentes	55
4.2.	Uso inadecuado de medicamentos por los adolescentes	61
5.	Prevalencia de la automedicación.....	64
6.	Medida de la actitud hacia la automedicación en adolescentes.....	71

1. Origen y desarrollo de la farmacología

La palabra griega *pharmakon* es un término de difícil y controvertida traducción. Según algunos autores (Gracia y Lorenzo, 2009), su significado es el de purgante o purificante, denotando las propiedades de las primeras sustancias empleadas como fármacos. Sin embargo para otros, el concepto encierra sentidos más complejos, antitéticos, expresando la idea de veneno, bebedizo y maleficio, y simultáneamente la de calmante, remedio y filtro (González-García, De la Puente y Tarragona, 2005; Peretta, 2005b).

Esta ambivalencia de significado se reconoce también en la palabra inglesa *drug* (droga), que en el lenguaje común se emplea tanto para las sustancias susceptibles de adicción como para los medicamentos con efecto beneficioso. Actualmente, mientras que en inglés los términos fármaco y droga son sinónimos, en nuestro idioma el término droga se reserva a sustancias con propiedades psicoactivas, psicotrópicas o estupefacientes, es decir, con efectos en el sistema nervioso central, generadoras de placer momentáneo y en la mayoría de los casos con efectos de tolerancia y dependencia tanto física como psíquica (Jiménez-Orozco y Mandoki, 2008). Por otra parte, fármaco tendría el sentido general de sustancia o grupo de sustancias químicas que producen una respuesta, beneficiosa o tóxica, al interactuar con un organismo vivo (Gracia y Lorenzo, 2009), sin atribuirle en principio ninguna propiedad para el tratamiento de una enfermedad, mientras que medicamento se reservaría para un fármaco de utilidad médica, es decir, el que se utiliza para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, síntomas o signos patológicos, o que es capaz de modificar los ritmos biológicos (Baños y Farré, 2002a; Gracia y Lorenzo, 2009). A pesar de la diferente connotación, actualmente los términos fármaco y medicamento se emplean indistintamente en nuestro país (Baños y Farré, 2002a).

La historia de los medicamentos es tan antigua como la de la propia humanidad (Gracia y Lorenzo, 2009). Para que un medicamento fuera eficaz, su composición o elaboración debía encerrar algún componente mágico, misterioso, que no estuviese al alcance de la gente común (González-García et al., 2005; Gracia y Lorenzo, 2009; Jácome, 2003; Peretta, 2005b). Desde la Grecia clásica hasta el Renacimiento, médicos y farmacéuticos describieron y clasificaron numerosas sustancias minerales, animales y sobre todo plantas medicinales, recogiendo en distintas farmacopeas (González-García et al., 2005; Jiménez-Orozco y Mandoki, 2008). Los crecientes conocimientos de la ciencia química, permitieron el aislamiento de numerosos principios activos procedentes de las plantas y también la creación de análogos sintéticos con propiedades terapéuticas cada vez más eficaces, iniciándose así el desarrollo de la industria farmacéutica (Baños y Farré, 2002b). En el siglo XIX, el desarrollo de la farmacología experimental termina por imponer la idea de que nada puede considerarse terapéutico si previamente no ha mostrado su eficacia a través de un experimento (Gracia y Lorenzo, 2009). En el siglo XX, y de forma más intensiva a partir de la Segunda Guerra Mundial, el avance tecnológico hizo posible la síntesis industrial de fármacos que no presentaban estructura similar a ninguna sustancia conocida hasta entonces, como el caso de los barbitúricos y las benzodiazepinas, produciéndose un desarrollo creciente de la farmacología (Cabral, 2008; Jiménez-Orozco y Mandoki, 2008) que no ha cesado en nuestros días.

Dominados por las leyes del mercado, el descubrimiento y elaboración de nuevos fármacos dejó de responder exclusivamente a propósitos sanitarios, convirtiéndose al menos en cierta medida, en artículos de consumo que para ser más atractivos a la población, tenían que ser publicitados y promocionados (Cabral, 2008). Según algunos autores, desde el comienzo del fulgurante desarrollo de la farmacología, no es infrecuente atribuir a los medicamentos propiedades y efectos que están por encima de los criterios objetivos y empíricamente comprobables (González-García et al., 2005). De esta forma, el testigo del

aspecto mágico que muchos atribuyen al medicamento en su origen, parece ser recogido siglos después por la ciencia médica y farmacéutica.

Actualmente no solo son las propiedades terapéuticas las que determinan la utilidad del medicamento, sino que ésta viene también condicionada por la raigambre cultural, el sistema de creencias y valores de los conceptos salud-enfermedad y la concepción de la calidad de vida imperantes en cada momento (González-García et al., 2005). Para que el fármaco sea eficaz, los “usuarios de la salud” tienen que “creer” en que el medicamento es el remedio para su mal. El probado efecto placebo de los fármacos (Bayés, 1984; Enck, Zipfel y Klosterhalfen, 2009; González, Benedetto y Ramírez, 2008), o el hecho de que muchos pacientes informen de una mejoría tras la ingesta de un fármaco mucho antes de que la farmacocinética haga posible su absorción (González-García et al., 2005), son ejemplos de esas posibles propiedades mágicas que hoy en día se les sigue concediendo.

En las sociedades desarrolladas, el medicamento aparece encumbrado y se constituye como el elemento necesario y muchas veces suficiente, para la curación de la mayor parte de los problemas del ser humano.

2. Medicalización de la sociedad: factores influyentes

A pesar de que el término *medicalización* es un neologismo no recogido en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (Orueta et al., 2011), en la literatura científica su utilización es frecuente, quizás por la enorme vigencia que tiene en las sociedades desarrolladas y los interesantes significados atribuidos a este concepto. Según los autores citados, el término medicalización hace referencia a la enorme expansión de la medicina moderna durante las últimas décadas y al incremento desmesurado del número de fármacos disponibles en el mercado, unido al extendido hábito de la prescripción por parte de los médicos para tratar cualquier tipo de afecciones. En este sentido, diferentes autores destacan los cambios

que se vienen produciendo en las sociedades modernas y que están estrechamente relacionadas con este fenómeno:

1. Creciente control por parte de los médicos y de una de sus principales herramientas, el medicamento, de las diferentes etapas de la vida a las que se otorgan riesgos propios (Cabral, 2008; Morell, Martínez y Quintana, 2009; Orueta et al., 2011), como son la adolescencia, el embarazo, la menopausia, el envejecimiento, etc.
2. Transformación de situaciones personales, sociales o interpersonales (por ejemplo, la tristeza por la pérdida de un ser querido, el síndrome postvacacional, el nerviosismo ante los exámenes), como problemas médicos (Cabral, 2008; González-Canalejo, 2002; Orueta et al., 2011; Osorio, 2006).
3. Consideración de características físicas (calvicie, sudoración, rasgos físicos alejados de los estándares imperantes de belleza) o psicológicas (timidez, actividad de los niños considerada como excesiva por algunos adultos), como problemas de salud que podrían derivar en dificultades emocionales, de integración laboral o social en comunidades humanas en las que son patentes la búsqueda del éxito y del bienestar a cualquier precio, así como el triunfo de la juventud y los cánones de la estética (Cabral, 2008; González-Canalejo, 2002; Morell et al., 2009; Vara, 2008).
4. Determinación de factores de riesgo como enfermedades consolidadas, como por ejemplo la hipercolesterolemia e hipertensión (factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares), la disminución de masa ósea (riesgo para osteoporosis), o la obesidad (riesgo para diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras) como patologías en sí mismas (Cabral, 2008; Orueta et al., 2011).
5. Consideración de cuadros poco frecuentes como patologías de gran prevalencia (desorden de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), fobia social, ansiedad social, disfunción eréctil, disfunción sexual femenina, etc.), para las que se dispone

de un amplio abanico farmacológico en el mercado (Orueta et al., 2011; Vara, 2008).

6. Síntomas o cuadros leves que en décadas anteriores no requerían tratamiento alguno (colon irritable, síndrome premenstrual, resfriado, gripe, etc.), actualmente precisan de fármacos que permitan restituir lo más rápido posible la funcionalidad (González-García et al., 2005; Morell et al., 2009; Orueta et al., 2011; Osorio, 2006; Vara, 2008). El trepidante ritmo de vida de las sociedades modernas y las serias dificultades para interrumpirlo o modificar sus pautas, más aún en la situación actual de inestabilidad laboral, puede ser el responsable de las consecuencias nefastas de enfermar. Según algunos autores (González-García et al., 2005) el desconocimiento y su uso cotidiano, unido a la creencia de que para todo problema o circunstancia existe un fármaco, son los responsables de la pérdida de temor ante los efectos secundarios y los riesgos que conllevan potencialmente el uso de medicamentos. Como consecuencia se produce una excesiva dependencia del producto químico que puede relajar o abandonar el autocuidado preventivo. Como alternativa al cuidado no farmacológico se produce un bombardeo publicitario de productos para sentirse más joven, recuperar la memoria, o el buen estado del cuerpo a través de, por ejemplo, complementos nutritivos y vitamínicos, en ausencia de manifestaciones clínicas y diagnósticos establecidos (González-García et al., 2005). Esta cultura del medicamento saludable se desarrolla de forma paralela en el mercado de los alimentos, en el que ya se encuentra una amplia gama de comestibles con bajo contenido de colesterol (o que ayudan a bajar su nivel), grasas, calorías, sal o lactosa, o por el contrario ricos en ácidos grasos poliinsaturados, fibra dietética, vitaminas, minerales, etc.

La creciente sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad, la disminución del umbral de tolerancia al malestar y el dolor, unido a la búsqueda de soluciones inmediatas tras los primeros indicios de alteración y la escasa consideración de estrategias alternativas al producto químico para afrontar problemas cotidianos, hace que abrir el botiquín casero o acudir a la farmacia no solo sean conductas integradas en el autocuidado personal, sino en muchas ocasiones imperantes en él (Morell et al., 2009). A este respecto, un estudio realizado en España, basado en sucesivas Encuestas de Salud, sobre la ingesta de analgésicos durante más de una década (Eumann, del Llano, Sánchez, Macoski y Aparecido, 2010), muestra el incesante y sustancial aumento del consumo de estos fármacos.

Para Orueta y colaboradores (2008), el proceso de medicalización comienza a instaurarse socialmente cuando una determinada situación es considerada de forma anómala o problemática por una parte de la sociedad con cierto poder de influencia (industria farmacéutica, profesionales sanitarios), quienes ofrecen a continuación la solución que supuestamente el problema precisa. Un resumen de los factores más influyentes en este complejo proceso y de las diversas piezas que lo constituyen se ofrece a continuación:

Consumismo

Las creencias y valores de la sociedad de la que los individuos forman parte y a la vez construyen, determinan en alguna medida las necesidades y perspectivas de la población en los diferentes ámbitos de la vida. El concepto salud/enfermedad está plenamente imbuido en el medio social, y por tanto sometido a sus vaivenes y modas, pudiendo llegar a considerarse como un bien de consumo demandado por los usuarios del sistema de salud (Orueta et al., 2011). El deseo de huir de la enfermedad y la muerte vuelca en la medicina, en sus avances, representantes y herramientas, grandes expectativas sobre su poder para solucionar todos los

problemas. Paradójicamente, una parte de la población considera, por el contrario, que todo lo que no es natural, es perjudicial, buscando terapias alternativas a la medicina tradicional y productos naturales en lugar de medicamentos. Esta idea llevada al extremo no deja de ser irracional, dificultando enormemente la atención farmacológica inmediata o el cumplimiento de los tratamientos prescritos cuando éstos son necesarios (González-García et al., 2005).

Vivir inmersos en una sociedad de consumo nos conduce al aumento de la adquisición de bienes en general y de productos para la salud en particular. Éstos, completamente integrados en el mercado y sustentados en él gracias a la publicidad (dirigida al público general y al especializado), forman parte de nuestros hábitos de salud. Actualmente tanto es así y tan grande es el poder y eficacia que se les otorga, que resulta cotidiano utilizar unas pastillas para dormir y otras para mantenerse despiertos, unas para estar activos y mejorar el rendimiento, otras para mantenernos tranquilos, unas para mejorar nuestro estado de nutrición, otras para adelgazar, fármacos para no perder la memoria y otros para olvidar aquello que provoca incomodidad o frustración (González-García et al., 2005).

Comparando el consumo farmacéutico en los diferentes países miembros de la OCDE, España junto con Eslovaquia, Hungría, Estados Unidos, Canadá y Francia, presentan un gasto farmacéutico por encima de la media (Viveros, Heredia y Lago, 2012). Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2008), excluyendo los envases clínicos y los medicamentos en formato hospitalario, el número de las distintas presentaciones o envases comerciales de medicamentos en España dispensables a través de oficinas de farmacia, ascendía a 12.030, de los cuales 10.397 eran fármacos de prescripción, correspondiendo el resto a medicamentos comercializados para la automedicación. Por otro lado, la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (2012) establece en su informe que el número de unidades de medicamentos dispensadas en las oficinas de farmacia en España durante el año 2011 fue superior a 1320 millones, de las cuales casi el 7% correspondieron a medicamentos

sin prescripción médica. Según esta misma fuente, entre los medicamentos más vendidos en España se encuentran los analgésicos, antibióticos y ansiolíticos.

Instituciones políticas y gestores sanitarios

Sobre ellos recae la responsabilidad de establecer el modelo de sanidad y las prioridades asignadas al gasto sanitario general, educación y promoción para la salud, entre otros aspectos importantes.

En nuestro país, de forma periódica, el Ministerio responsable en materia de Sanidad, en virtud de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Ministerio de la Presidencia, 2006), actualiza la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Entre los motivos para la exclusión del sistema de financiación de un medicamento, la Ley recoge el hecho de que el fármaco esté indicado para síntomas menores (a pesar de que frecuentemente éstos pueden afectar de forma crónica a una persona o acompañar a patologías graves), que medicamentos con el mismo principio activo no estén sujetos a prescripción en el entorno europeo, o que dejen de responder a las necesidades terapéuticas actuales. Atendiendo a este último motivo, se hace muy difícil entender que el fin de un medicamento que no responde a una necesidad terapéutica no sea simplemente la exclusión del sistema de financiación, sino del mercado, lo que deja entrever motivaciones económicas cuanto menos latentes en estas y otras decisiones tomadas por las autoridades sanitarias (Morell et al., 2009).

Desarrollo tecnológico

El desarrollo de la tecnología en el ámbito de la salud ha permitido una evidente mejora de los procedimientos de diagnóstico e identificación de enfermedades y del desarrollo de fármacos para su tratamiento, con cada vez mayores garantías de eficacia y seguridad. Lo que

quizás no sea tan justificable desde el punto de vista del beneficio para la salud de la población es el inmenso abanico de especialidades farmacéuticas comercializadas en la actualidad.

La población no es impermeable a este desarrollo tecnológico, ni a la enorme disponibilidad farmacológica del mercado. Estableciendo paralelismos entre calidad y precio, en muchas ocasiones el ciudadano cree que las pruebas y los fármacos de mayor precio son los más eficaces, y esos son los que de forma explícita o implícita demanda. Por eso no es infrecuente que se muestre decepcionado si el profesional sanitario no le prescribe pruebas clínicas, sino que por el contrario utiliza la mera observación, o peor aún, abandona la consulta sin un tratamiento farmacológico que confirme la relevancia de su problema (González-García et al., 2005).

Médicos

A pesar de que el concepto de salud ha evolucionado desde el ya superado modelo biomédico que establecía el origen estrictamente biológico de todo problema de salud, ignorando los procesos psicológicos y sociales subyacentes (León, 2004), y de que a los médicos se les reconoce la competencia profesional necesaria para determinar las pruebas de diagnóstico y el tratamiento individualizado que cada paciente requiere, sin que éste sea necesariamente farmacológico, la prescripción es el acto médico más extendido (Gómez, Latorre y Nel, 2007), hasta tal punto que en ocasiones el papel de este profesional queda relegado al de mero recetador, con el riesgo inherente de adoptar un papel peligrosamente burocrático (González-García et al., 2005)

Entre las razones de este fenómeno, pesan sin duda el modelo sanitario en el que el profesional de la salud desarrolla su labor, sus conocimientos adquiridos (dependientes a su vez de su formación e información) y sus propias actitudes (Gómez et al., 2007). Pero con todo, no deja de tener influencia la visión general de que el médico que no prescribe es aquel que no

puede identificar la causa que ha hecho acudir al paciente a su consulta. No menos importante es la sobrecarga de trabajo y la carencia del tiempo necesario para atender adecuadamente a los pacientes, lo que induce y presiona al profesional a la prescripción mecánica y sin la adecuada reflexión, o el hecho de que ante la falta de certidumbre sobre si el diagnóstico y tratamiento son los acertados, se amparen en una “medicina defensiva” que pueda desembocar en algunos casos en la iatrogenia o prescripción de pruebas o fármacos que puedan ser innecesario o perjudiciales (Organización Mundial de la Salud, 2010; Orueta et al., 2011; Osorio, 2006).

Por otra parte, no es desdeñable el hecho de que en nuestro país, la constante renovación de conocimientos farmacológicos que todo profesional que ejercite la medicina debe poseer, se realice principalmente a través de la información de los agentes comerciales de la industria farmacéutica o la asistencia a congresos y eventos médicos patrocinados en su mayor parte por ésta (Gómez et al., 2007; González-García et al., 2005; Morell et al., 2009; Organización Mundial de la Salud, 2010).

Farmacéuticos de oficina de farmacia

Sin duda importantes piezas dentro de las estrategias de autocuidado, no sólo por ser los profesionales sanitarios indicados para aconsejar sobre el uso de medicamentos adquiridos sin receta médica, sino también porque a menudo se muestran cercanos al paciente y disponen de mayor tiempo de dedicación por carecer de la presión de la asistencia sanitaria (González-García et al., 2005; Llanes, Aragón, Sillero y Martín, 2000). Por contrapartida, no se puede obviar que aunque las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios de interés público, su gestión es privada y los beneficios redundan en su propietario. Por otra parte, no siempre es un farmacéutico quien hace la dispensación del fármaco o aconseja sobre su uso, y lo que puede quizás ser más grave, no en todas las ocasiones se exige la receta para aquellos medicamentos

que la requieren (Barbero-González, Pastor-Sánchez, del Arco-Ortiz, Eyaralar-Riera y Espejo-Guerrero, 2006; Simó, Fraile, Sánchez y García-Algar, 2013).

Medios de comunicación

Los medios de comunicación mayoritarios (televisión, radio, prensa), son una de las principales fuentes de información sobre salud y difusión de noticias médicas y farmacológicas para la población general (Orueta et al., 2011). Las historias relacionadas con los conceptos de salud/enfermedad son un reclamo importante para la audiencia, por lo que no son pocos los programas que cuentan con expertos en salud con gran capacidad para influir en las creencias y expectativas de la misma (Morell et al., 2009). Pero si la información carece del suficiente rigor, es fácil que se sobreestimen prevalencias o se desvirtúen los datos reales, provocando de nuevo la desinformación y a menudo el desconcierto entre la población (Orueta et al., 2011).

Respecto a la publicidad de los medicamentos en televisión, algunos autores (González-García et al., 2005) ven a este medio como el más eficaz para este fin, aunque no dejan de percibir en los anuncios cierta incitación a su uso.

En relación a la actual utilización masiva de internet, no hay que obviar que la información sanitaria accesible desde este medio en muchas ocasiones carece de veracidad y rigor y está manifiestamente influida y sesgada (Morell et al., 2009), por lo que la desinformación y confusión que se genera, dificulta la capacidad de decisión del que consulta. Aún más preocupante resulta la posibilidad de comprar medicamentos por internet en nuestro país. Tal como se establece en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Ministerio de la Presidencia, 2006), la custodia y dispensación de medicamentos es competencia exclusiva de las oficinas de farmacia y los servicios de farmacia hospitalaria, prohibiéndose la venta por correspondencia y procedimientos telemáticos de medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción.

Respecto a los productos sin prescripción, la ley establece la posibilidad de la venta telemática, siempre que proceda de una oficina de farmacia autorizada y se produzca intervención de un farmacéutico y asesoramiento previo. A pesar de los requerimientos legales, el Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos (2012), establece que la práctica ilegal de comprar medicamentos a través de Internet, aunque de momento residual en nuestro país, está en claro ascenso, lo que facilita la introducción en España de copias falsificadas de medicamentos (declaraciones engañosas respecto a la composición, dosis, fabricante, etc.) o medicamentos de baja calidad (fabricados por laboratorios farmacéuticos que no cumplen los estándares mínimos de calidad exigidos por las autoridades sanitarias), con el consiguiente riesgo para la salud pública. Los datos reflejan que en el año 2008 se incautaron en España casi un millón de medicamentos falsificados (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2012).

Entre las razones esgrimidas por los compradores para la adquisición de medicamentos a través de internet (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2012) se encuentran la facilidad para hacerlo, la comodidad, el anonimato (especialmente importante en patologías estigmatizadas, como la disfunción eréctil), la posibilidad de obtener medicamentos sin receta (particularmente relevante en la adquisición de hipnosedantes, antidepresivos y anabolizantes) y el acceso a medicamentos no autorizados en España o incluso retirados por razones de seguridad.

Motivo de especial preocupación es la existencia en internet de páginas en las que se ofrece información sobre las “dosis activas recreativas” de fármacos que contienen dextrometorfano (Energy Control, 2012), detalladas más adelante (apartado 3.3.2). Las experiencias que pueden vivirse tras su uso no-médico y las recomendaciones de las dosis para mantener durante el máximo tiempo posible los supuestos efectos lúdicos, son frecuentes (Levine, 2007).

Industria farmacéutica

Presenta un incremento económico sostenido durante las últimas décadas, constituyéndose entre las más rentables del mundo (Gómez et al., 2007; Morell et al., 2009). Como ocurre en otros muchos sectores, también en éste se produce una dicotomía en su propia razón de ser: por una parte cumple una labor social, ya que es un elemento crucial para la asistencia sanitaria por llevar a cabo la investigación, desarrollo y fabricación de medicamentos y productos sanitarios seguros y eficaces para la salud; por otra, no deja de presentar como objetivos prioritarios la obtención de beneficios económicos, debido a su indudable naturaleza mercantil. Aunque el objetivo económico es lícito, si se llegan a traspasar a través de sus estrategias comerciales los límites establecidos por la legalidad y la ética profesional, podría haber repercusiones negativas de gran calado en la salud de la población. Entre los principales reproches a las farmacéuticas, destacan (Doran y Henry, 2008; Gómez et al., 2007; Morell et al., 2009; Moynihan, Doran y Henry, 2008; Orueta et al., 2011; Osorio, 2006):

1. El patrocinio de investigación sesgada para avalar la eficacia de sus propios productos en lugar de realizar estudios objetivos y de calidad.
2. La escasez de investigación en áreas que consideran poco rentables, bien por tratarse de enfermedades de baja incidencia (como por ejemplo la esclerosis lateral amiotrófica (ELA)), o aquellas que por afectar a países en desarrollo no se va a traducir en beneficios económicos (como el caso de la malaria), mientras que se produce una reorientación clara hacia prioridades demandadas socialmente en el mundo desarrollado (obesidad, disfunción eréctil, etc.).
3. La modificación de los límites de los intervalos de determinados parámetros bioquímicos (colesterol, glucosa, etc.) con el fin de que un mayor número de

personas salgan de los valores clínicos normales y entren en el grupo de enfermos, lo que permitiría un ascenso en las ventas de los fármacos correspondientes.

4. La invención y promoción de enfermedades inexistentes. El término “disease mongering” (Doran y Henry, 2008; Morell et al., 2009; Moynihan et al., 2008) fue acuñado en la década de los 90 para reflejar el fenómeno de elevar dolencias o síntomas comunes a la categoría de enfermedad con el fin último de obtener beneficios económicos. La estrategia se plantearía según algunos autores (Morell et al., 2009), como la creación de “conciencia de enfermedad” y solución farmacológica para la misma.
5. A pesar de que la innovación de fármacos es un proceso lento y costoso en el que de más de 5.000 moléculas ensayadas sólo una llega a ser comercializada (Gómez et al., 2007), algunos autores creen que la industria presenta una excesiva inversión en la promoción de sus medicamentos, dirigida el 80% de la misma a instituciones y profesionales. Aunque la promoción realizada para la población general no es la mayoritaria, su impacto es importante por el número de personas que siguen los medios de comunicación.
6. La existencia de una potente red de agentes comerciales con un papel crucial para cumplir los objetivos de venta preestablecidos. Sus prácticas inducen y condicionan en alguna medida la prescripción realizada por el médico, ya que la mayor parte de la información que tienen estos profesionales sobre un determinado fármaco, la adquieren a través del agente que promociona su producto, por lo que no puede valorarse como objetiva e imparcial.

Pacientes

Para algunas personas, la ausencia de prescripción por parte de su médico es considerada como un menosprecio a la dolencia que les lleva a la consulta, mientras que abandonar ésta receta en mano, les ofrece cierta garantía de que el facultativo reconoce la presencia e importancia de su patología y además refrenda la profesionalidad del médico (González-García et al., 2005). Siguiendo a los autores citados, en ocasiones puede ser difícil para un pediatra decir a unos padres que el único tratamiento para las anginas víricas de su hijo consiste en dejar que el tiempo pase, junto a un alivio sintomático. Muchos padres demandan un antibiótico con la creencia errónea de que es lo que el niño necesita, pudiendo ocurrir que el pediatra ceda a la presión a pesar de que sabe que la administración de un antibiótico no solo no va a acelerar en absoluto el proceso de curación, sino que además su uso innecesario tienen un riesgo inherente, como el de todo fármaco, y además contribuye al aumento de probabilidad de resistencia bacteriana en un futuro.

Aunque parece innegable que la adopción de un estilo de vida saludable puede ser determinante para evitar o mejorar el curso de numerosas patologías, al menos en gran parte, el consejo médico en esta línea es frecuentemente mal recibido y poco valorado (González-García et al., 2005), llegándose en ocasiones a exigir diagnósticos o tratamientos médicos para problemas que no los requieren (Morell et al., 2009; Orueta et al., 2011).

Por otra parte, tampoco es del todo infrecuente que algunos pacientes quieran hacer extensiva su experiencia positiva con un medicamento a personas de su círculo próximo, sugiriendo, aconsejando e incluso “convidando” a fármacos a sus allegados (González-García et al., 2005; Levine, 2007), con la consiguiente y cotidiana transformación del paciente en profesional de la salud con capacidad prescriptora.

3. Automedicación y conceptos vinculados

3.1. Automedicación como estrategia de autocuidado

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998) define el autocuidado como “todo aquello que las personas hacen por sí mismas con el propósito de restablecer y preservar la salud o prevenir y tratar las enfermedades”, algunos autores (Rojas y Zubizarreta, 2007; Tobón y García, 2004) puntualizan que no se trata de una mera ejecución de actividades, sino que el autocuidado implica también la búsqueda de un fin determinado por la situación y las necesidades reales o potenciales de la persona que se cuida, así como la inclinación, preocupación, desarrollo de habilidades personales, conocimiento e información para poder realizar las tareas de forma adecuada. Por tanto podría entenderse como una habilidad con componentes prácticos, pero también intelectuales.

Siendo el autocuidado inherente al ser humano, sin duda está influido por cada momento histórico y cultural: tradiciones, conocimientos acumulados a lo largo de generaciones, representaciones sociales, mitos, supersticiones, desarrollo tecnológico y científico, diferencias en las demandas sociales respecto al cuidado físico para hombres y mujeres, disponibilidad de recursos materiales, políticos y sociales (infraestructura sanitaria, adecuadas políticas sanitarias, redes sociales de apoyo, etc.), son algunos de los factores que influyen en el autocuidado (Sandoval, 2010; Tobón y García, 2004).

El autocuidado surge del medio interno o personal del individuo, de sus conocimientos y voluntad propia, pero también del medio externo familiar y social, y de la relación de todos estos factores entre sí, ejerciendo una influencia manifiesta en la calidad de vida de la persona (Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011; Tobón y García, 2004). El valor en alza de la salud y los conocimientos que el individuo posee como consecuencia de un más fácil acceso a la formación e información, determinan en buena medida la adopción de prácticas saludables. Por

otra parte, la voluntad propia influida por las creencias, valores y motivaciones, permite la adopción de determinados hábitos y no de otros y el replanteamiento de los mismos ante cambios vitales o influencias externas. Hoy día muchas personas son conscientes del impacto que determinados factores del estilo de vida (dieta saludable, práctica del ejercicio, consumo de sustancias, etc.) tienen sobre su salud (Organización Mundial de la Salud, 1998), sin que ello implique una necesaria coherencia entre lo que se sabe y desea para la salud propia, y lo que se hace o se está dispuesto a hacer para este fin (Tobón y García, 2004). Pero además, en ocasiones son los propios factores socioculturales los que condicionan un déficit de autocuidado, dificultando las prácticas enmarcadas en él, con el consiguiente impacto negativo en la salud (Rojas y Zubizarreta, 2007). La escasez de tiempo impuesta por el ritmo de vida de la sociedad actual implica en muchas ocasiones la imposibilidad de llevar a cabo una dieta saludable, la práctica de ejercicio o mantener adecuados hábitos de sueño.

Las prácticas de autocuidado forman parte de la resolución de un elevado porcentaje de los problemas de salud de las sociedades modernas (Orueta, Gómez-Calcerrada y Sánchez, 2008; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011). Hoy día en España, el autocuidado forma parte de la atención integral al paciente, objetivo prioritario del Sistema Nacional de Salud, que incluye, además de la atención primaria, la especializada y la prevención, destacado en este ámbito las actividades de Promoción de la salud, entendidas como las acciones dirigidas a nivel individual, social, ambiental y económico que permite a las personas incrementar el control de su propia salud, y la Educación para la salud, entendida como las oportunidades de aprendizaje y desarrollo de habilidades de la población para la mejora de su salud (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2003).

Las principales prácticas enmarcadas en el autocuidado establecidas por diferentes autores (Organización Mundial de la Salud, 1998; Rojas y Zubizarreta, 2007; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011; Sandoval, 2010; Tobón y García, 2004), son:

1. adecuada alimentación (tipo y calidad de la comida)
2. medidas de higiene personal y del entorno
3. adecuado manejo del estrés
4. habilidad para establecer relaciones sociales
5. habilidad para resolver problemas interpersonales
6. práctica de ejercicio, actividad física
7. manejo del tiempo libre y de ocio
8. condiciones de trabajo satisfactorias
9. descanso y sueño
10. conducta sexual responsable
11. no incurrir en hábitos poco saludables relacionados con el consumo de tabaco, alcohol, etc.
12. automedicación

Aunque sin duda el concepto de autocuidado es más amplio que el de automedicación, abarcando la adopción de estilos de vida saludables con implicaciones a largo plazo y cuyo objetivo principal es el cuidado general de la salud, la automedicación está considerada como una de las cada vez más frecuentes estrategias de autocuidado (Carrasco-Garrido, Jiménez-García, Hernández y Gil de Miguel, 2008; Carrasco-Garrido, Hernández-Barrera, López de Andrés, Jiménez-Trujillo y Jiménez-García, 2010; Pommier et al., 2002; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011).

3.2. Automedicación responsable y sus beneficios

Instituciones relevantes en materia de salud (Asociación Médica Mundial, 2012; Organización Mundial de la Salud, 1998), consideran la *automedicación responsable* como el uso de medicamentos autorizados que no requieren prescripción y de los que se puede

garantizar su calidad, seguridad y eficacia si se emplean de acuerdo a las indicaciones, por iniciativa propia de la persona, o por consejo de un profesional de la salud, siendo la persona el principal responsable del uso del producto. Además, la Asociación Médica Mundial (2012) establece que el individuo que se automedica debe reunir las siguientes competencias: reconocer los síntomas que padece, determinar si sus condiciones son apropiadas para la automedicación, elegir el producto adecuado y seguir las instrucciones descritas en la información que debe acompañar al fármaco.

La división de los productos medicinales en sujetos a prescripción y los que no la requieren, varía de un país a otro y dentro del mismo país, cambia a lo largo del tiempo. En España, los medicamentos destinados a la automedicación son aquellos que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios califica como *no sujetos a prescripción médica*, por ser adecuados para condiciones o procesos patológicos que no requieren un diagnóstico preciso y cuya evaluación toxicológica y vía de administración no hace imprescindible la prescripción por un médico (Ministerio de la Presidencia, 2006). Así mismo en la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Ministerio de la Presidencia, 2006), se establece que estos medicamentos, adquiridos en una oficina de farmacia y bajo el consejo profesional de un farmacéutico sobre su correcta utilización, pueden ser utilizados para el autocuidado de la salud.

Según diversos autores, la automedicación responsable presenta una serie de beneficios, tanto personales como sociales (Baos, 2000; Orueta et al., 2008; Stasio, Curry, Sutton-Skinner y Glassman, 2008). Por un lado, la independencia y comodidad que ésta aporta al paciente para tratarse síntomas conocidos sin necesidad de interrumpir su actividad cotidiana para acudir a los servicios sanitarios y la potenciación de la responsabilidad de la figura del cuidador familiar. Por otro, los beneficios sociales y sanitarios de la automedicación responsable son claros teniendo en cuenta las condiciones de masificación y escasez de recursos humanos de la

asistencia sanitaria actual. Si los servicios sanitarios tuvieran que ocuparse de todos aquellos problemas de salud que la población “resuelve” sin acudir a ellos, probablemente se colapsarían, además del enorme gasto sanitario implicado (González-Canalejo, 2002; James, Handu, Al Khaja, Ootom y Sequeira, 2006; Orueta et al., 2008; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011). No faltan autores (Orueta et al., 2008) que consideran que, por otra parte, la automedicación protege a las personas de otras formas de cuidado más peligrosas, como acudir a curanderos, sanadores, etc.

3.3. Automedicación no responsable y sus riesgos

Diversos autores (de Loyola, Lima-Costa y Uchôa, 2004; Orueta et al., 2008; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011; Vacas et al., 2009), enmarcan el consumo de fármacos de prescripción adquiridos sin receta, la reutilización de fármacos anteriormente prescritos que han sido almacenados en casa o que de nuevo son adquiridos cuando el paciente considera por propia iniciativa que debe tomarlos, el consumo de medicamentos conseguidos a través del círculo social (familia, vecinos, amigos, compañeros) y el incumplimiento por aumento o disminución de la posología prescrita y por acortamiento o prolongación del tratamiento, dentro de las prácticas de automedicación no responsable. En este sentido, la OMS (2010) informa de que aproximadamente la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o toman de forma incorrecta, destacando el uso no racional que se hace de los fármacos en el mundo, especialmente en lo que refiere al consumo excesivo de medicamentos en general y de antibióticos en particular, la prescripción no ajustada al problema clínico y la automedicación no responsable.

Dentro de las prácticas de automedicación no responsable destaca el uso de medicamentos sujetos a prescripción de forma autónoma y sin control médico. Según queda reflejado en la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos

sanitarios (Ministerio de la Presidencia, 2006), los requisitos para que un medicamento sea clasificado como *sujeto a prescripción médica* son:

1. que pueda presentar peligro, directo o indirecto, incluso en condiciones normales de uso, sin control médico
2. que se utilice de forma frecuente y considerable en condiciones anormales por parte de la población, de lo que podría derivar un riesgo para la salud pública
3. que contenga sustancias que por su actividad o sus posibles reacciones adversas aconsejen su estudio más en profundidad
4. que, salvo excepciones, se administre por vía parenteral

Según datos proporcionados por la OMS (2008), no existen los fármacos completamente exentos de riesgos. Las reacciones adversas a los medicamentos son una de las 10 principales causas de defunción, afectando a todos los países y siendo en la mayoría de los casos evitables. La automedicación, y mucho más si es no responsable, entraña riesgo, ya que se trata de una acción terapéutica no controlada por un especialista. Algunos autores (Carrasco-Garrido et al., 2008; González-Canalejo, 2002; González-García et al., 2005; James et al., 2006; Morales et al., 2009; Organización Mundial de la Salud, 2010; Orueta et al., 2008; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011; Stasio et al., 2008), destacan como principales peligros:

1. Elección incorrecta del medicamento, posología o adecuada duración del tratamiento, por desconocimiento o interpretación errónea de los síntomas. Las consecuencias pueden ser un agravamiento de la dolencia inicial o enmascaramiento de la patología.
2. Toxicidad por efectos secundarios, reacciones adversas y posibles interacciones medicamentosas si se consumen varios fármacos de forma simultánea. El empleo de medicamentos de los botiquines caseros que están caducados o que se

encuentran en mal estado por un incorrecto almacenamiento, puede agravar este problema potencial.

3. Riesgo de uso inadecuado y dependencia a algunos fármacos (ansiolíticos, hipnóticos).
4. Aumento de las resistencias microbianas por uso inadecuado de los antibióticos y su consiguiente pérdida de eficacia ante las enfermedades infecciosas.

3.4. Fármacos de prescripción y no prescripción más utilizados en automedicación y sus efectos adversos

Los medicamentos más utilizados en automedicación (Barbero-González et al., 2006; Carrasco-Garrido et al., 2010; de Loyola et al., 2004; Figueiras, Caamaño y Gestal-Otero, 2000; James et al., 2006; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011) y sus potenciales efectos adversos (Alcaraz, Ferrándiz y Payá, 2009; Barrachina y Calatayud, 2009; Gómez-Lus, Calvo y Prieto, 2009; Leza y Lizasoain, 2009; Morcillo y Cortijo, 2009; Nichols, 2003; Peretta, 2005a) se recogen en la tabla 1. Respecto al uso de los medicamentos referidos, constituye un motivo de especial preocupación por su frecuencia, la mala práctica del empleo de antibióticos, como prueban los diferentes estudios realizados en distintos países (Al-Azzam, Al-Husein, Alzoubi, Masadeh y Al-Horani, 2007; Berzanskyte, Valinteliene, Haaijer-Ruskamp, Gurevicius y Grigoryan, 2006; Bi, Tong y Parton, 2000; McNulty, Boyle, Nichols, Clappison y Davey, 2006; Muscat et al., 2006; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011). Entre las causas de la automedicación con antibióticos, destaca su disponibilidad en los botiquines caseros, ya que predispone al comienzo de un tratamiento por propia iniciativa del enfermo y sin consulta previa a un profesional, cuando aquel percibe síntomas que supuestamente justifican su uso. Además de los riesgos de un uso no responsable y del incremento de resistencias bacterianas, el almacenamiento de antibióticos en casa los sitúa al alcance de los niños, ya que estos

botiquines están frecuentemente en lugares de fácil acceso (González-Núñez, Orero y Prieto, 2006).

Tabla 1

Medicamentos más utilizados en automedicación y sus principales efectos adversos.

Medicamentos	Principales efectos adversos
<p>Antiinflamatorios no esteroideos (AINE): con acción analgésica, antipirética y antiinflamatoria (derivados del ácido salicílico, metamizol, ibuprofeno) o analgésica y antipirética (paracetamol).</p>	<p>Alteración de la función plaquetaria, gastropatías, riesgo cardiovascular (insuficiencia cardiaca, hipertensión), hipersensibilidad (rinitis, urticaria, asma, edema laríngeo) e insuficiencia renal.</p>
<p>Antibióticos</p>	<p>Resistencia bacteriana, hipersensibilidad, alteraciones gastrointestinales.</p>
<p>Anticatarrales/antigripales: combinan analgésicos, antipiréticos, descongestionantes y antihistamínicos.</p>	<p>Confusión, inquietud, insomnio, irritabilidad. En el caso concreto de antihistamínicos la reacción adversa más frecuente es la sedación con la interferencia en actividades de los pacientes. La ingesta conjunta con alcohol y/o depresores del sistema nervioso central, puede entorpecer funciones motoras y cognitivas.</p>
<p>Antitusígenos: opiáceos (principalmente codeína y dextrometorfano), no opiáceos y combinaciones de antitusígenos.</p>	<p>En función de su naturaleza, cefaleas, mareos, erupciones cutáneas, congestión nasal y malestar gastrointestinal. Los depresores del SNC pueden producir somnolencia. A dosis elevadas pueden producir alteraciones de la percepción, ataxia, disforia y convulsiones.</p>
<p>Antiácidos: compuestos inorgánicos de naturaleza variada, con capacidad de neutralizar el ácido gástrico.</p>	<p>A pesar de ser fármacos bastante seguros, pueden producir dolor de cabeza, mareos, náuseas, diarreas, vómitos y dolores abdominales.</p>

Elaboración propia basada en Alcaraz, Ferrándiz y Payá, 2009; Barbero-González et al., 2006; Barrachina y Calatayud, 2009; Carrasco-Garrido et al., 2010; de Loyola et al., 2004; Figueiras, Caamaño y Gestal-Otero, 2000; Gómez-Lus, Calvo y Prieto, 2009; James et al., 2006; Leza y Lizaosain, 2009; Morcillo y Cortijo, 2009; Nichols, 2003; Peretta, 2005a; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011.

En un estudio realizado en España por los autores anteriormente citados (González-Núñez et al., 2006) se muestra que la existencia de almacenes de medicamentos es una práctica generalizada en las familias españolas, siendo los antibióticos uno de los medicamentos mayoritarios en ellos. Comparando el almacenamiento de antibióticos en los hogares entre los distintos países, los investigadores llegan a la conclusión de que éste es muy inferior en países de Europa del norte, respecto a países de Europa del este o África, ocupando los países mediterráneos, Estados Unidos y América del Sur posiciones intermedias. El 37% de los hogares estudiados en España, tenían antibióticos almacenados en sus casas (frente al 84% de los hogares rusos, o el 4% de los países del norte de Europa (González-Núñez et al., 2006). Entre las principales razones que podrían explicar esa gran presencia de estos fármacos en los hogares, destacan el elevado nivel de prescripción médica junto con el consumo parcial por parte del paciente, bien por incumplimiento del tratamiento tras percibir una cierta mejoría de los síntomas, bien por el excesivo número de dosis que contienen los envases comercializados, lo que supone una grave inadecuación de éstos a los tratamientos para los procesos infecciosos comunes, imposibilitando su agotamiento para una patología concreta. Además también se encuentran entre las razones de su almacenamiento la utilización inadecuada, la relativa facilidad para adquirirlos sin receta, y la falta de información de la población general, o la mala calidad de la misma sobre su adecuado uso y sus indicaciones precisas.

3.5. Uso inadecuado o uso no médico

Aunque el uso inadecuado, no-médico y abuso de medicamentos fueron considerado por la OMS como términos sinónimos que reflejaban la utilización excesiva, de forma persistente o esporádica, de fármacos de forma incongruente o desvinculada de la práctica médica (Organización Mundial de la Salud, 2003), el glosario de términos sobre sustancias psicoactivas elaborado por la OMS y publicado posteriormente en España (Ministerio de

Sanidad y Consumo, 2009) recomienda la sustitución del término abuso por el de uso inadecuado o no médico. El uso intencional de mayor dosis de la establecida o con fines distintos al recogido en las indicaciones del fármaco, serían ejemplos de esta práctica. La prescripción errónea (por ejemplo de un antibiótico en caso de una infección vírica), o los errores accidentales en la toma de medicamentos, no se incluirían en este tipo de consumo.

Algunos medicamentos, por su particular composición, son más proclives a convertirse en sustancias a las que se da un uso inadecuado cuando son utilizados de forma diferente a aquella para la que fueron diseñados, a dosis distintas de las terapéuticas, o con la finalidad de lograr efectos que no tienen en cuenta la utilidad clínica que justifica su creación (Osorio, 2006). Aunque algunos fármacos psicoactivos utilizados sobre todo en tratamientos prolongados llevan asociado inherentemente un riesgo de uso-no médico, en ningún modo significa que su consumo bajo supervisión médica y de forma correcta pueda considerarse como tal.

Los límites entre la automedicación no responsable y el uso no-médico no están nítidamente establecidos. Por ejemplo, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), puntualiza como uso no-médico de fármacos de prescripción, el consumo de los mismos por personas a las que no les han sido prescrito, o su utilización por tiempo, formas o razones diferentes a los establecidos por un facultativo (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011). Por su parte el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (National Institute on Drug Abuse, 2012), identifica como formas de uso no-médico de los fármacos, la ingesta de medicamentos

1. recetados para otras personas, siendo lo más común aquellas que forman parte de su mismo círculo familiar o de amigos

2. en dosis superiores a las prescritas, o utilizando una vía de administración no establecida por el médico, como por ejemplo triturando y posteriormente inhalando o inyectando el polvo disuelto para acelerar la llegada del medicamento a sangre
3. para fines diferentes a los que provocaron su prescripción, como por ejemplo medicamentos recetados para el tratamiento de TDAH tomados para la estimulación de la agudeza mental y la concentración.

3.5.1. Uso no-médico de medicamentos de prescripción.

Las categorías de fármacos de prescripción a los que más comúnmente se les da un uso inadecuado y sus principales efectos adversos pueden consultarse en la tabla 2. Los medicamentos de prescripción no son los más utilizados en automedicación, pero su consumo es creciente y, a tenor de los principales efectos adversos asociados, su uso inadecuado puede acarrear problemas de gran relevancia. Los informes de los estudios realizados por el NIDA en Estados Unidos (2012) muestran que el 20% de las personas mayores de 12 años consumieron medicamentos de prescripción por razones no-médicas alguna vez en su vida.

A menudo las personas que dan a los medicamentos un uso indebido menosprecian sus potenciales efectos adversos y secundarios, su potencial adictivo y los riesgos para la salud, especialmente cuando se combinan con alcohol u otras drogas (National Institute on Drug Abuse, 2012).

Los daños consecuentes al incremento de consumo no se han hecho esperar, aumentando la implicación de los psicotropos en el índice de mortalidad, especialmente por sobredosificación, llegando en algunos casos a superar al número de muertes causadas por la heroína o la cocaína, así como los problemas por interacción de opioides con depresores del sistema nervioso, fundamentalmente alcohol y benzodiacepinas (Fischer, Bibby y Bouchard, 2010). Concretamente, el trabajo de Riggs (2008) informa de que un tercio de las visitas a

urgencias estaban relacionadas con el uso no-médico de fármacos, especialmente de antidepresivos, ansiolíticos, sedativos, hipnóticos, estimulantes y opioides.

Tabla 2

Efectos adversos de los principales medicamentos de prescripción a los que se puede dar un uso no-médico.

Medicamentos	Principales efectos adversos
Estimulantes para tratamiento de TDAH	Aumento de la presión arterial y la frecuencia cardiaca, elevación de la temperatura corporal, pudiendo llegar a provocar euforia, problemas de sueño. En altas dosis y de forma repetida pueda causar hostilidad o síntomas paranoides. Combinados con otros medicamentos puede provocar arritmias cardiacas y convulsiones.
Analgésicos opioides para tratamiento del dolor	Somnolencia, estreñimiento. Combinados con drogas o alcohol, especialmente cuando se inhalan o inyectan, puede producir depresión respiratoria. Usados durante tiempo prolongado pueden causar dependencia física y adicción. Junto con alcohol, antihistamínicos, benzodiazepinas y barbitúricos, pueden causar depresión respiratoria y coma.
Depresores del SNC para tratamiento de ansiedad y desórdenes del sueño	Somnolencia, falta de coordinación. Su uso continuado puede causar dependencia física y síndrome de abstinencia cuando se interrumpe su uso. Sus efectos pueden ser potenciados por otros medicamentos y alcohol, llegando a producir depresión cardiorrespiratoria.

Elaboración propia basada en Levine, 2007; National Institute on Drug Abuse, 2012; United Nations Office on Drugs and Crime, 2011.

3.5.2. Uso inadecuado de medicamentos que no requieren prescripción.

Se trata de un fenómeno relevante y con clara incidencia en la salud pública, para el que no hay aún suficiente grado de concienciación. Un claro ejemplo en el que no se busca la acción terapéutica del fármaco es el uso no-médico, sobre todo por población adolescente, de medicamentos que contienen como principio activo el dextrometorfano (Carrasco-Garrido et al., 2008; Eumann et al., 2010; Légaré, 2008; National Institute on Drug Abuse, 2012; Reissig et al., 2012), opioide sintético presente en diferentes preparaciones para la tos, gripes y resfriados que no requieren prescripción en nuestro país. A dosis terapéuticas actúa como depresor del centro de la tos situado en el sistema nervioso central, pero a dosis superiores puede producir deterioro de la función motora, confusión, mareo, visión borrosa, entumecimiento, náuseas, vómitos, incremento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial y diaforesis (sudoración profusa). Combinado con descongestionantes (mezcla frecuente en este tipo de medicamentos), puede llegar a producir depresión respiratoria. A altas dosis, produce hiperexcitabilidad, alucinaciones, dificultad para hablar y pérdidas de memoria. A dosis entre 10-20 veces las terapéuticas, el fármaco produce experiencias en diferentes estratos o “viajes”, comprendiendo desde distorsiones leves de los sentidos, hasta sensaciones disociativas extracorpóreas y disminución del control de la motricidad (Drug Enforcement Administration, 2008; Levine, 2007), con el consiguiente déficit de autocontrol que podría inducir a la realización, por ejemplo, de prácticas sexuales de riesgo o a la conducción temeraria, entre otras conductas lesivas. Son fármacos con perfil de uso inadecuado, ya que a muy altas dosis son potencialmente adictivos y presentan tolerancia (Levine, 2007; National Institute on Drug Abuse, 2012). A pesar de ello, según la Agencia Antidrogas Americana (DEA) (2008), más de la mitad de los adolescentes no consideran peligroso dar a estos productos un uso no-médico.

3.6. Factores influyentes en la automedicación

Debido al incremento del fenómeno de la automedicación en las últimas décadas, han sido objeto de estudio las razones que tienen las personas para tratar sus problemas de salud utilizando un medicamento, sin consulta previa a un profesional de la salud (Figueiras et al., 2000; González-Canalejo, 2002; González-García et al., 2005; Organización Mundial de la Salud, 1998; Orueta et al., 2008; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011), destacándose las siguientes:

1. Creciente conocimiento e interés de las personas por su propia salud y deseos de responsabilizarse de la misma, unido a la banalización de procesos patológicos crónicos o recurrentes (dolores de cabeza, gripes y resfriados, trastornos gastrointestinales, etc.) y a la comodidad y ahorro de tiempo que implica no acudir a un centro sanitario que, por otro lado, frecuentemente están masificados. Mientras que numerosas formas de diagnóstico y terapia exigen la presencia de un especialista, la administración de un fármaco no, dotando al paciente de una importante autonomía no siempre bien entendida. Algunos estudios (Martins et al., 2002; Muscat et al., 2006) relacionan el mayor nivel cultural de las personas con la mayor tendencia a automedicarse.
2. Desplazamiento de medicamentos que estaban sujetos a prescripción a la categoría de venta libre, lo que aumenta la disponibilidad para la obtención y almacenamiento en los botiquines caseros, lugares a los que a menudo cualquier miembro de la familia tiene acceso. En el estudio de Orueta y colaboradores (2008) se encontró que la media de medicamentos distintos encontrados en dichos botiquines era superior a la decena.

3. Enorme disponibilidad de medicamentos y su publicidad a través de medios de comunicación masivos. El riesgo inherente a la publicitación de fármacos guía a la Asociación Médica Mundial (2012) a instar a los fabricantes a que mediante su publicidad y comercialización se muestre el adecuado equilibrio entre beneficios y riesgos y no se estimule a la automedicación irresponsable.
4. Pérdida de credibilidad de los profesionales de la salud y en algunos casos existencia de barreras comunicativas con el paciente. Para algunas personas, el médico es un mero prescriptor de medicamentos, por lo que su conducta es muy fácil de imitar. De esta forma no es extraño que se reinicie un tratamiento anteriormente prescrito cuando aparece un episodio patológico que el propio paciente considera similar.
5. Influencia de las prácticas de autocuidado habituales en la familia. Ésta se constituye sin duda como el primer contexto de cuidado, por lo que la cultura y hábitos sanitarios imperantes en ella pueden influir a los hijos. La potencial influencia unida a la ignorancia de los efectos adversos inherentes a los medicamentos (Levine, 2007), constituye una combinación peligrosa para la salud. Por otra parte la influencia familiar en la regulación de las emociones, entre las que se encontraría la tolerancia al dolor o a la frustración se halla en diferentes estudios (Jabeen, Anis-ul-Haque y Riaz, 2013; Oliva, Parra y Arranz, 2008).
6. Mala praxis a la hora de dispensar en las oficinas de farmacia sin la correspondiente prescripción, medicamentos que están legalmente sujetos a ella. A este respecto, algunos autores (Baos, 2000; Barbero-González et al., 2006; Kregar y Filinger, 2005; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011) señalan que la demanda de medicamentos que requieren prescripción sin ella, es superior al 10%. Los usuarios alegan como motivos principales para acudir a una oficina de farmacia a adquirir

un medicamento de prescripción de esta forma, la necesidad de continuar con un tratamiento crónico o de iniciar un tratamiento urgente. Algunos de los autores citados señalan que fueron dispensados sin receta más del 80% de los psicotropos demandados. Por otra parte, entre los motivos esgrimidos por los farmacéuticos para llevar a cabo esta dispensación irregular están poder adelantar el medicamento a la entrega posterior de la receta (con el consiguiente riesgo de que el cliente pueda acumular medicamentos en su domicilio para un mal uso de los mismos) o conocer el historial terapéutico del paciente.

El concepto de automedicación no responsable que pretende abordarse en la presente investigación, reflejaría el consumo autoiniciado de medicamentos, tanto de aquellos sujetos a prescripción médica como de los que no requieren receta para su dispensación, siempre que no se cumpla algunos de los requisitos imprescindibles para constituir la práctica como responsable. Debido a la imprecisión en los límites entre automedicación no responsable y uso no médico, el aspecto que se perfila como más relevante para este estudio sería indagar en algunos de los factores que pueden subyacer en el consumo autónomo de medicamentos por parte de los adolescentes asociado a un riesgo para su salud.

4. Automedicación en niños y adolescentes

El inicio de la conducta de automedicación se produce entre los 9 y 16 años (Hersh y Hussong, 2009; Nabors, Lehmkuhl, Parkins y Drury, 2004; Stoelben, Krappweis, Rössler y Kirch, 2000) y se incrementa con la edad (Abahussain, Matowe y Nicholls, 2005; Morales et al., 2009; Nabors et al., 2004; Pommier et al., 2002; Stoelben et al., 2000), encontrándose una asociación positiva entre el desarrollo de la conducta autónoma y la automedicación, sin que el necesario desarrollo de la primera garantice que la segunda se realice correctamente y de forma segura (Nabors et al., 2004; Sloan y Vessey, 2001). Levine (2007) considera que

cuando los niños son muy pequeños, los padres son en general más conscientes del riesgo del acceso de éstos a los medicamentos almacenados en sus hogares, pero a medida que van creciendo, este control se relaja. Algunos estudios (Stoelben et al., 2000) afirman que la responsabilidad de autoadministrarse los fármacos es otorgada por los adultos a sus hijos a edades cada vez más tempranas, y que su conciencia sobre el mal uso que éstos puedan darle a este tipo de sustancias, es más bien escasa (Levine, 2007), lo cual resulta especialmente peligroso, ya que es el hogar el ámbito ideal para la detección temprana de las conductas de riesgo. Además algunos estudios (McCabe, West, Morales, Cranford y Boyd, 2007) indican que los individuos que comienzan a usar medicamentos de prescripción de forma no responsable antes de los 13 años tiene mayor predisposición a desarrollar posteriormente uso inadecuado de los mismos.

Son varios los autores (Abahussain et al., 2005; Pereira, Bucarechi, Stephan y Cordeiro, 2007; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011) que alertan del elevado nivel de automedicación entre poblaciones más vulnerables, entendiendo por tales ancianos, mujeres embarazadas o lactantes, niños y adolescentes.

Respecto al consumo de medicamentos por los adolescentes, a partir de la década de los 90 se viene produciendo un incremento del mismo sin que paralelamente se haya producido un aumento de patologías (Andersen, Holstein y Hansen, 2006; Morales et al., 2009). Algunos autores destacan que el consumo en general es mayor en el caso de las chicas (Abahussain et al., 2005; Du, Ellert, Zhuang y Knopf, 2012; Du y Knopf, 2009; McCauley et al., 2010; Osemene y Lamikanra, 2012), aunque algunas investigaciones encuentran diferencias sólo en determinados grupos terapéuticos, siendo por ejemplo superior en el caso de las chicas para los tranquilizantes (Opaleye, Ferri, Locatelli, Amato y Noto, 2014), o para los chicos en el caso de los estimulantes (McCauley et al., 2010). En algunos estudios se encuentra mayor uso inadecuado en las jóvenes (Kokkevi, Fotiou, Arapaki y Richardson, 2008; McCauley et al.,

2010), produciéndose una curiosa inversión del patrón de consumo, ya que el uso de drogas ilícitas es más común en el sexo masculino. Por último, algunos estudios no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos (Klemenc-Ketis, Hladnik y Kersnik, 2011).

4.1. Factores implicados en el uso de medicamentos en niños y adolescentes

De forma parecida a lo que ocurre en población general, el uso que los adolescentes hacen del sistema de salud del país en el que viven y de sus recursos, es el resultado de complejos factores que se interrelacionan entre sí, destacando sus propias creencias sobre la salud y su cuidado (por los demás y por uno mismo), las necesidades concretas de asistencia en cada momento de la vida, su concepción del funcionamiento de los distintos servicios de salud y las posibles dificultades para acceder a ellos, la credibilidad que otorgan a la eficacia del sistema sanitario, a los profesionales de la salud y a los propios medicamentos, y las fuentes de información tanto formales (profesionales sanitarios), como informales (publicidad a través de internet, consejos de amigos, familiares, etc.) de las que disponen (Pommier et al., 2002).

Entre los principales factores que pudieran influir en la decisión de un joven de automedicarse se encuentran:

Exposición temprana: aspectos de la cultura familiar sobre el uso de medicamentos

Como ocurre en otros muchos campos, la observación y exposición temprana en el núcleo familiar a un determinado fenómeno, influye en la posterior conducta del adolescente. En este sentido, especialmente dañino puede resultar que los hijos presencien como práctica habitual en su hogar el acto de “compartir” medicamentos por parte de los miembros adultos de su familia, de forma que uno se tome lo que a otro receten o aconsejen los profesionales de la salud, o incluso lo que su experiencia le dicte como favorable. Según algunos autores (González-García et al., 2005; Levine, 2007; Stoelben et al., 2000), la adquisición de la “cultura

del medicamento”, entendiendo por tal la forma en la que los hijos aprenden un patrón de consumo específico de fármacos ante determinadas dolencias, se transmite principalmente a través de la familia. Son los padres quienes mayoritariamente se encargan de adquirir los fármacos en las farmacias (Westerlund, Brånstad y Westerlund, 2008) y su consejo sobre el consumo de medicamentos es muy relevante para los hijos (McCauley et al., 2010; Pommier et al., 2002; Westerlund et al., 2008). De forma similar a lo que ocurre respecto a la imitación de los modelos de consumo de sustancias psicoactivas, la exposición desde la infancia a la costumbre de uso de medicamentos para atajar diferentes problema de salud o alteraciones del ánimo sin que medie consulta y prescripción médica, podría facilitar el aprendizaje de una conducta que posteriormente sería repetida por los adolescentes, comportamiento que se verá facilitado gracias a la existencia en los hogares de botiquines bien abastecidos a los que los diferentes miembros de la familia tienen acceso (Birchley y Conroy, 2002).

La mayor o menor disposición de los padres para medicar a sus hijos podría estar basada en su propio conocimiento (o lo que ellos creen saber) y sus propias actitudes hacia los medicamentos (Siponen, Ahonen, Kiviniemi y Hämeen-Anttila, 2013). Como principales cuidadores, es frecuente que se constituyan en evaluadores del estado de salud de sus hijos, y que reaccionen ante su malestar de forma acorde a su actitud, bien llevando a su hijo a un profesional de la salud para que se realice un diagnóstico, bien acudiendo a remedios caseros, o bien considerando la necesidad de administrarle un medicamento en función de sus criterios y experiencias.

La excesiva administración de medicamentos por parte de los padres a sus hijos, puede conllevar a un mal uso cuando éstos llegan a la edad adulta (Carrasco-Garrido, Jiménez-García, Hernández, López de Andrés y Gil de Miguel, 2009). En este sentido resultan interesantes los hallazgos de un estudio longitudinal (Stoelben et al., 2000) que indican que los adolescentes que habían sido tratados frecuentemente con medicamentos durante su infancia, eran más

susceptibles de tomarlos durante su adolescencia. Por el contrario, algunos autores (Levine, 2007) consideran que si los chicos aprenden a través de sus padres que los medicamentos son productos a los que se debe respetar por su inherente riesgo, y que merecen ser manejados de forma correcta y siempre bajo supervisión parental, será más fácil que el niño y posteriormente adolescente, asimile esta enseñanza y la aplique a lo largo de su vida, siendo menos vulnerables a prácticas de autoadministración no responsable o a usos no-médicos de los fármacos.

Percepción aminorada del riesgo asociado

A pesar del insuficiente conocimiento que la población general tiene sobre los medicamentos y su uso (Birchley y Conroy, 2002; Stoelben et al., 2000), la administración de medicamentos a los hijos sin la previa supervisión médica es una práctica común (Birchley y Conroy, 2002; Carrasco-Garrido et al., 2009; Trajanovska, Manias, Cranswick y Johnston, 2010).

La falta de conciencia por parte de algunos padres de la peligrosidad de la administración de fármacos sin prescripción a sus hijos, incluso cuando éstos son de corta edad, queda plasmada en algunos estudios (Birchley y Conroy, 2002) que muestran como es frecuente que los padres elijan por sí mismos, o tras la lectura de un prospecto o la consulta con un farmacéutico, pariente, vecino, o medio de comunicación (internet, revistas, televisión), el medicamento para tratar la patología de sus hijos, siendo en general poco conscientes de los potenciales efectos secundarios de los mismos, o los riesgos de no acertar con el “diagnostico” o “tratamiento” por ellos mismos realizados.

Los padres que medican a sus hijos infravaloran el riesgo de potenciales reacciones adversas, con el agravante de que son pocos los medicamentos que han sido testados en población infantil, siendo su posología extrapolada de los datos obtenidos en población adulta (Carrasco-Garrido et al., 2009). Entre los medicamentos más administrados a población infantil

(Trajanovska et al., 2010), se encuentran los analgésicos, antipiréticos, medicamentos para el tratamiento de úlceras e irritaciones de la mucosa bucal, productos para el resfriado y la gripe, expectorantes, antitusivos, mucolíticos, descongestivos, antihistamínicos, laxantes y antiinflamatorios. A pesar de que parece obvio que los medicamentos son sustancias diseñadas para afecciones muy concretas y nunca exentos de todo riesgo, algunos padres consideran que tienen la capacidad de aportar bienestar de forma indiscriminada, por lo que existe en algunos hogares el hábito familiar de administrar medicamentos a los niños (fundamentalmente analgésicos/antipiréticos) cuando estos se quejan de forma difusa de algún tipo de malestar (Pommier et al., 2002). Más alarmante puede resultar la administración de medicamentos sedativos, analgésicos o antihistamínicos por parte de algunos padres con la finalidad de mitigar conductas no deseadas en los niños, reducir su irritabilidad, inducirles el sueño, o como tratamiento previo o posterior a una vacunación, lo que indica el uso de medicamentos para situaciones no contempladas en las indicaciones de uso de los mismos (Trajanovska et al., 2010).

Respecto al conocimiento que tienen los adolescentes sobre los medicamentos, varios estudios muestra su precariedad (Stoelben et al., 2000; Vallerand, Fouladbakhsh y Templin, 2005; Westerlund et al., 2008). En el estudio de Stoelben y colaboradores (2000) inquieta ver que poco más de la mitad de los adolescentes encuestados, sabían que la píldora anticonceptiva era un medicamento, siendo incluso ignorado por algunas de las adolescentes usuarias, lo que conlleva una clara falta de concienciación sobre los efectos adversos de los fármacos y sus posibles interacciones con otras sustancias. También es elevado el porcentaje de adolescentes que ignoran cómo llega una píldora a su lugar de acción, o aquellos que ven algún riesgo en la ingesta conjunta de medicamentos y alcohol (Cabrerizo, Varela y Lutz, 2014). Asimismo, el porcentaje de sujetos que afirman leer el prospecto o seguir instrucciones de profesionales antes de tomar el medicamento no llega al 8%. El estudio muestra que los adolescentes sobreestiman sus conocimientos sobre los medicamentos y se sienten capaces de automedicarse sin consejo

médico. Respecto al uso de suplementos vitamínicos y productos a base de hierbas, su poco conocimiento conlleva a su utilización inadecuada y no siempre a las dosis correctas, ignorando posibles interacciones con otros medicamentos (Vallerand et al., 2005).

Facilidad de acceso a los medicamentos

Entre las fuentes de obtención de fármacos destacan como principales el círculo familiar y de amigos, las oficinas de farmacia, el mercado ilegal, los profesores y de forma preferencial los botiquines caseros (Levine, 2007; Pommier et al., 2002; Stoelben et al., 2000). Respecto a las fuentes de información sobre sus indicaciones y usos, la principal son los padres (Pommier et al., 2002; Stoelben et al., 2000; Westerlund et al., 2008), lo cual no resulta precisamente tranquilizador si tenemos en cuenta el escaso conocimiento que la mayor parte de la población general tiene sobre los fármacos y su adecuado uso (Levine, 2007). En el estudio de Westerlund y colaboradores (2008) se indican que las razones más comunes del fallo en la autoterapia son la inapropiada selección del medicamento, el uso de una dosis subterapéutica, o por el contrario, la sobredosificación por tener la sensación de que el efecto que había causado el fármaco era insuficiente, lo cual les animaba a tomar una nueva dosis antes de tiempo.

Algunos autores alertan del cada vez más frecuente “préstamo” o compra-venta entre compañeros y amigos (Beyene, Sheridan y Aspden, 2014; Goldsworthy y Mayhorn, 2009), incluso en el caso de medicamentos sujetos a prescripción médica, esgrimiendo como principal razón para llevar a cabo ésta práctica el poder evitar la visita al médico, experimentar nuevas sensaciones o sentirse más relajados. Las desventajas asociadas a esta conducta son, por un lado, el aumento del riesgo de aparición de efectos secundarios, reacciones adversas e interacciones con otras sustancias o medicamentos. Por otra parte, si lo que anima al adolescente a consumir un medicamento suministrado por uno de sus pares es un problema de

salud, en muchos casos éste no se resuelve satisfactoriamente, produciéndose un aplazamiento y un posible enmascaramiento del diagnóstico de la patología cuanto menos (Goldsworthy y Mayhorn, 2009).

Afrontamiento de un bajo bienestar psíquico

El número de niños y adolescentes que toman medicamentos para el tratamiento de problemas comportamentales y emocionales está creciendo de forma significativa (McCabe et al., 2007; Parns y Johnston, 2008). Los autores destacan que en tan solo 3 años, el uso de medicamentos para tratar el déficit de atención ascendió un 183%, los antidepresivos un 27% y los medicamentos para el tratamiento del autismo y algunos desórdenes de conducta, un 60%. Respecto a la automedicación de psicofármacos, algunos autores (Pommier et al., 2002; Stasio et al., 2008) destacan que los adolescentes no solo se automedican cuando están aquejados de un problema físico, sino que cada vez más jóvenes se autoadministran este tipo de medicamentos cuando tiene un problema emocional y/o relacional. El estudio de Pommier y colaboradores (2002) deja constancia de que los adolescentes suelen hablar con sus padres de sus problemas físicos, pero cuando se trata de problemas emocionales, eligen preferentemente compartirlos con sus amigos. Entre las razones para no acudir a un profesional que pueda tratar este tipo de problema, utilizan varios argumentos, como el no considerarlo serio, pensar que desaparecerá por sí mismo, creer que ellos mismos o las personas de su entorno tienen la clave para erradicarlo, sentir cierta hostilidad hacia los profesionales de la salud o entender el sistema sanitario como poco accesible (Pommier et al., 2002).

El uso de fármacos con propiedades de alterar el ánimo, pensamiento o comportamiento ha aumentado de forma preocupante desde la década de los 60 en las sociedades industrializadas, convirtiéndose, en el caso concreto de los ansiolíticos, en un fenómeno cultural que trasciende el tratamiento médico (Ledoux, Choquet y Manfredi, 1994; Stasio et

al., 2008). No es del todo infrecuente que algunos adolescentes acudan a la autoadministración de psicofármacos cuando están sometidos a situaciones de estrés (Levine, 2007; Stoelben et al., 2000), por ejemplo cuando viven las exigencias académicas de forma competitiva o con excesiva presión, o cuando tienen problemas para conciliar el sueño. Algunos trabajos (Trajanovska et al., 2010) establecen una relación entre el uso de psicotropos y el deseo de alcanzar bienestar psicológico, recalcando que la iniciación en el consumo de estos psicofármacos durante la adolescencia se perfila como un factor de riesgo para el consumo durante la vida adulta.

4.2. Uso inadecuado de medicamentos por los adolescentes

El informe desarrollado por el NIDA (2012) destaca que el uso de medicamentos de prescripción por razones no-médicas en el caso de los adolescentes, alcanza un nivel similar o incluso superior al de algunas drogas ilegales (Levine, 2007; McCauley et al., 2010). Según los datos recogidos, los medicamentos son las sustancias de las que más se abusa después de la marihuana y el alcohol. Por su parte la DEA (2008) advierte de que prácticamente uno de cada cinco jóvenes ha utilizado medicamentos de prescripción con fines no-médicos alguna vez en su vida, alegando alrededor del 40 % de los encuestados que este tipo de consumo es “mucho más seguro” que el de drogas ilícitas, y creyendo un tercio de ellos que “no hay nada de malo” en el consumo “de vez en cuando” de medicamentos de prescripción sin receta. En el caso concreto de psicotropos, tanto los resultados obtenidos por UNODC, como los que arrojan algunos estudios (Fischer et al., 2010; McCabe, Teter y Boyd, 2006; Riggs, 2008) advierten del preocupante aumento del uso no-médico de estos productos, fundamentalmente estimulantes (dextroanfentamina, metilfenidato entre otros), analgésicos opioides (hidrocodona, oxicodona, propoxifeno entre otros), barbitúricos (pentobarbital sódico) y tranquilizantes (diazepam, alprazolam entre otros), hasta el punto de constituir un verdadero

problema de salud pública mundial, con una especial prevalencia en Norte América, y de particular relevancia en población adolescente (Fischer et al., 2010; McCauley et al., 2010; Riggs, 2008).

Por otra parte los citados informes destacan la gran accesibilidad que tienen los jóvenes a este tipo de medicamentos, ya que se encuentran fácilmente en los botiquines de sus hogares y pueden obtener información del producto consultándola en el propio envase o utilizando internet, lo que paralelamente disminuye la percepción de la peligrosidad de uso (Drug Enforcement Administration, 2008; National Institute on Drug Abuse, 2012). Además hay que tener en cuenta que son productos asequibles por su bajo precio, y pueden adquirirse de forma relativamente sencilla en farmacias, a través de internet, o lo que es más común, por medio de sus pares o familiares (Drug Enforcement Administration, 2008; Levine, 2007), sin necesidad de tener que acudir a personas que se dedican al comercio de drogas ilegales. Para algunos investigadores (Fischer et al., 2010; Levine, 2007; United Nations Office on Drugs and Crime, 2011), el incremento del uso de estas sustancias podría erradicar, al menos en parte, en las particulares características de los medicamentos frente a las drogas ilícitas: los fármacos son producidos legalmente y distribuidos a través de farmacias, consultas médicas u hospitales, lo que les da un cariz de productos seguros que parece justificar su consumo no-médico y además carecen de la estigmatización que poseen las drogas, no requiriendo métodos de administración que pueden provocar el rechazo tanto del propio consumidor, como de posibles espectadores, como es el esnifado y la inyección.

Entre las razones esgrimidas por los adolescentes para recurrir al uso no-médico de los fármacos de prescripción (Drug Enforcement Administration, 2008; Ford, 2009), se encuentran el anhelo de escapar de la rutina y el aburrimiento, integrarse en un nuevo círculo de amistades o ser mejor aceptado por ellos, poder rendir mejor en las actividades escolares o tener lo que consideran un físico ideal, razones relacionadas con la presencia/ausencia de bienestar físico,

psíquico y relacional (pares, entorno escolar, padres), que son las dimensiones que configuran el constructo cada vez más en boga de calidad de vida relacionada con la salud.

Algunos estudios (Barrett, Darredeau, Bordy y Pihl, 2005; Franke et al., 2011; McCabe et al., 2006; McCauley et al., 2010) muestran que el consumo se produce en algunos casos para mejorar la capacidad cognitiva, y también con “propósitos recreativos” en un contexto de policonsumo, con alto uso de alcohol y otras drogas (Barrett et al., 2005; Fischer et al., 2010; McCabe et al., 2006; McCauley et al., 2010; United Nations Office on Drugs and Crime, 2011).

Respecto al aumento del uso no-médico de psicotropos, algunos autores (Fischer et al., 2010; McCabe et al., 2006; Parens y Johnston, 2008) establecen como una de sus posibles causas el elevado número de niños con tratamiento prescrito de estimulantes susceptibles de ser abordados por sus pares para que comercialicen o compartan sus fármacos. En este sentido la escuela, concretamente la secundaria, podría ser considerada un entorno especialmente relevante en el desvío de los medicamentos de prescripción hacia usos ilegales de alto riesgo (Fischer et al., 2010; United Nations Office on Drugs and Crime, 2011), ya que en muchas ocasiones los trastornos comportamentales y emocionales comienzan alrededor de los 14 años (Parens y Johnston, 2008). Por otra parte, también es elevado el número de adultos que almacenan psicotropos en sus botiquines caseros (Fischer et al., 2010). De hecho, la mayor parte de las personas que realizan un uso no-médico de estos fármacos los obtienen de fuentes informales, familia y amigos (Barrett et al., 2005; Fischer et al., 2010; McCauley et al., 2010; Riggs, 2008; United Nations Office on Drugs and Crime, 2011), siendo de menor relevancia otras vías de obtención como el hurto, la falsificación de recetas, la compra a distribuidores de drogas, la adquisición a través de internet, o la práctica de acudir a diferentes médicos presentando ante ellos síntomas, reales o fingidos, con la finalidad de obtener prescripciones múltiples convirtiéndose en usuarios finales de los medicamentos así conseguidos, o bien comerciar con ellos (Fischer et al., 2010). A pesar de que la compra a través de internet es aún

minoritaria (Inciardi et al., 2010), algunos estudios nos advierten de su potencial peligrosidad, ya que se está produciendo un incremento del número de páginas web en las que se pueden conseguir estos productos (Riggs, 2008).

5. Prevalencia de la automedicación

En la actualidad, un elevado número de los problemas de salud que padece la población no llega al conocimiento de los profesionales de este ámbito, sino que son tratados a través de mecanismos de automedicación no siempre responsable. Además de tratarse de un fenómeno en aumento, resulta particularmente llamativo el hecho de que se produzca en sociedades desarrolladas, con servicios de salud accesibles y regulación precisa sobre la prescripción y dispensación de fármacos (Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011).

En población general los diferentes estudios muestran una horquilla amplia de prevalencia entre el 20 y el 90%, (Barbero-González et al., 2006; de Loyola et al., 2004; Figueiras et al., 2000; Fuentes y Villa, 2008; Nabors et al., 2004; Orueta et al., 2008; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011), que además de reflejar diferencias sociales y culturales entre los países, podría estar justificada por la ausencia de una medida estándar de este fenómeno y por las diferentes perspectivas metodológicas adoptadas (Du y Knopf, 2009; Figueiras et al., 2000; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011).

A pesar de las divergencias, la mayoría de los estudios encuentran una mayor tendencia a la automedicación en el caso de las mujeres (Carrasco-Garrido et al., 2010; de Loyola et al., 2004; Ford, 2009; Obermeyer et al., 2004; Pommier et al., 2002; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011; Stasio et al., 2008; Westerlund et al., 2008), que además son más propensas a la polifarmacia, entendida como tal el consumo de 5 o más medicamentos en el mismo espacio temporal (Obermeyer et al., 2004).

También se aprecia una asociación positiva entre la conducta de automedicación y el mayor nivel educativo y económico (Du y Knopf, 2009; Obermeyer et al., 2004), destacando niveles superiores entre universitarios (Carrasco-Garrido et al., 2008; Guillem, Francés, Giménez y Sáiz, 2010) y personas con estudios o profesiones sanitarias, en los que los niveles llegan a alcanzar cifras superiores en algunos casos al 90% (Guillem et al., 2010; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011). Algunos trabajos (Carrasco-Garrido et al., 2008; Carrasco-Garrido et al., 2010; Secades-Villa, Fernández-Hermida y Vallejo-Seco, 2005) también encuentran mayor nivel de automedicación entre personas consumidoras de tabaco, alcohol y otras sustancias, combinándose el consumo de drogas legales e ilegales.

Según Obermeyer y colaboradores (2004), la mujer tiene un destacado papel en el manejo de la salud de las personas que comparten su hogar, siendo ellas las que mayoritariamente conocen qué medicamentos toman en cada momento los componentes de su familia, expresándose con más detalles sobre el estado de salud, mostrando una actitud más positiva a la hora de recibir la información de los profesionales de la salud e implicándose de forma más activa en la monitorización y cuidado de la misma. No es por tanto extraño que en ella recaiga principalmente la función de informar y aconsejar sobre el uso de medicamentos en su círculo familiar (Obermeyer et al., 2004). También son varios los estudios que indican el mayor conocimiento de las mujeres sobre los medicamentos respecto a los hombres (Nabors et al., 2004; Pommier et al., 2002; Stoelben et al., 2000), mostrando mayor interés por la información contenida en los prospectos de los fármacos desde la adolescencia (James et al., 2006).

En población infantil y adolescente, la prevalencia de la administración de medicamentos sin consejo médico a los niños o la automedicación cuando estos son más mayores, oscila entre un 38 y un 92% (Abahussain et al., 2005; Du y Knopf, 2009; Morales et al., 2009; Pommier et al., 2002; Trajanovska et al., 2010; Westerlund et al., 2008; Ylinen,

Hämeen-Anttila, Sepponen, Lindblad y Ahonen, 2010), siendo los más utilizados los medicamentos para combatir el dolor (Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011).

La Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12), realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INS), nos proporciona los datos más recientes sobre la información sanitaria relativa a la población residente en España. Se trata de una investigación de periodicidad quinquenal que permite conocer numerosos aspectos de la salud de los ciudadanos con el fin de planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria. Los datos sobre población menor de 15 años se obtienen a través de entrevista con la madre, padre o tutor.

Respecto a los medicamentos, la encuesta recoge datos de consumo de fármacos en las dos semanas previas a la misma. En las siguientes tablas (3 y 4) se presenta el consumo total de medicamentos (prescritos y no prescritos) y el consumo según el grupo de fármaco.

Tabla 3

Datos porcentuales del consumo total de medicamentos por grupos de edad.

Edad	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
0-4	39.3	38.7	39.0
5-14	28.0	29.2	28.5
15-24	34.1	50.7	42.2
25-34	38.4	54.4	46.3
35-44	46.5	61.1	53.7
45-54	53.6	67.6	60.5
55-64	65.6	75.1	70.5
65-74	76.5	83.8	80.4
75-84	83.1	87.7	85.8
>85	84.9	89.0	87.6

Elaboración propia basada en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12).

Tabla 4

Datos porcentuales del consumo de los distintos tipos de medicamentos por grupos de edad.

Medicamentos	Grupos de edad				
	0-14	15-24	25-44	45-64	>65
Para catarro, gripe, garganta, bronquios	48.2	33.3	20.4	14.1	13.9
Para el dolor	27.2	54.3	53.8	48.3	50.5
Para la fiebre	26.9	8.1	4.1	2.7	2.1
Reconstituyentes (vitaminas, minerales, tónicos)	6.8	7.2	9.3	7.3	8.9
Antibióticos	11.8	8.5	7.1	6.5	6.1
Tranquilizantes/relajantes/para dormir	2.3	3.7	11.3	19.6	28.7
Para la alergia	8.6	8.1	7.1	4.4	3.0
Para estómago/problemas digestivos	-	4.3	10.0	19.7	33.8
Antidepresivos estimulantes	-	1.0	3.8	9.1	10.0

Elaboración propia basada en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12). La Encuesta no aporta datos para las celdas vacías por no recogerse en la clasificación o por muestra insuficiente.

Por otra parte, en la tabla 5 se recogen datos sobre el consumo de los diferentes grupos de fármacos de forma diferenciada para hombre y mujeres y grupos de edad, mientras que en la tabla 6 puede consultarse información sobre el consumo de medicamentos que no han sido recetados.

82 Tabla 5

Datos porcentuales del consumo de los distintos tipos de medicamentos por grupos de edad y sexo.

	Hombres					Mujeres				
	0-14	15-24	25-44	45-64	>65	0-14	15-24	25-44	45-64	>65
Para catarro, gripe, garganta, bronquios	48.8	37.8	37.8	15.3	14.9	47.6	30.5	17.8	13.1	13.2
Para el dolor	25.4	50.0	49.5	37.9	37.0	29.1	58.0	57.0	5.6	59.9
Para la fiebre	28.7	11.5	4.1	2.6	2.3	25.2	5.8	4.1	2.8	1.9
Reconstituyentes (vitaminas, minerales, tónicos)	5.5	7.5	5.7	4.0	5.3	8.3	6.9	11.9	10.0	11.3
Antibióticos	12.0	8.6	6.5	6.6	6.3	11.5	8.4	7.6	6.4	6.0
Tranquilizantes/relajantes/para dormir	2.8	2.2	10.3	13.2	17.4	1.8	4.8	12.1	24.7	36.6
Para la alergia	10.2	9.7	7.4	3.1	2.4	7.0	7.0	6.9	5.6	3.4
Para estómago/problemas digestivos		4.0	11.1	29.9	32.0		4.5	9.1	18.7	35.1
Antidepresivos estimulantes		0.0	2.3	4.2	3.4		1.6	5.0	13.0	14.5
Píldoras anticonceptivas							16.7	11.8	0.5	0.0

Elaboración propia basada en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12). La Encuesta no aporta datos para las celdas vacías por no recogerse en la clasificación o por muestra insuficiente.

Tabla 6

Datos porcentuales del consumo de diferentes grupos de medicamentos sin receta médica.

Medicamentos	Grupos de edad				
	0-14	15-24	25-44	45-64	>65
Para catarro, gripe, garganta, bronquios	25.4	44.5	46.6	34.5	13.9
Para dolor	30.5	51.8	42.9	23.1	6.9
Para bajar la fiebre	22.8	24.0	33.3	16.0	12.6
Reconstituyentes, vitaminas, minerales,	18.6	38.9	36.3	30.1	11.4
Antibióticos	1.0	17.1	6.6	3.3	0.0
Tranquilizantes/relajantes/para dormir	0.0		7.7	4.0	0.7
Para estómago/alteraciones digestivas		26.4	13.3	3.3	0.5
Antidepresivos/estimulantes			0.0	0.1	0.0

Elaboración propia basada en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12). La Encuesta no aporta datos para las celdas vacías por no recogerse en la clasificación o por muestra insuficiente.

Por otro parte, en las dos tablas previas (5 y 6) se pueden observar los datos de consumo de los distintos grupos de medicamentos diferenciando por edad y sexo de los sujetos (tabla 5) y los porcentajes de los fármacos que se consumieron sin receta (tabla 6). Por último en la tabla 7 se recogen los datos en el caso de medicamentos sin receta atendiendo simultáneamente a la edad y el sexo del sujeto.

Tabla 7

Datos porcentuales del consumo de diferentes grupos de medicamentos sin receta médica diferenciado por sexos.

	Hombres					Mujeres				
	0-14	15-24	25-44	45-64	>65	0-14	15-24	25-44	45-64	>65
Para catarro, gripe, garganta, bronquios	24.9	51.1	55.0	39.5	10.1	25.8	38.6	38.0	29.8	17.0
Para dolor	28.8	58.1	47.8	26.7	6.4	32.0	48.0	39.6	21.1	7.0
Para bajar la fiebre	26.9	33.3	34.9	18.2	4.3	18.0	16.4	32.0	14.4	19.6
Reconstituyentes, vitaminas, minerales, tónicos	25.1		65.9	35.2	11.5	14.3		25.4	28.4	11.4
Antibióticos	4.5	0.8	5.3	5.0	5.5	1.2	15.7	7.7	1.6	0.0
Tranquilizantes/relajantes/para dormir			7.3	5.0	1.2			7.9	3.6	0.6
Para estómago/alteraciones digestivas			20.4	4.4	0.8			6.6	2.4	0.3
Antidepresivos/ estimulantes			0.0	0.0	0.0			0.0	0.2	0.0

Elaboración propia basada en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/12). La Encuesta no aporta datos para las celdas vacías por no recogerse en la clasificación o por muestra insuficiente.

6. Medida de la actitud hacia la automedicación en adolescentes

La idea central de esta investigación surge de la creencia de que existe en los adolescentes una actitud hacia la conducta autónoma del consumo de medicamentos. Por una parte en dicha actitud subyacen variables individuales (toma de decisiones, regulación de emociones negativas), familiares (disponibilidad de los fármacos en el hogar, cultura y hábitos familiares sobre el uso de medicamentos) y de relación con el entorno (influencia de los pares y los medios de comunicación), y por otra la misma podría relacionarse con variables que ocupan un papel central en la vida del adolescente, como es su calidad de vida, el consumo de sustancias y los estilos de socialización parental dominantes en su hogar.

En la búsqueda realizada sobre la disponibilidad de instrumentos que pudieran usarse con este objetivo, se encuentran diferentes cuestionarios que recogen el consumo de medicamentos, pero no la actitud subyacente. Las escalas más próximas a lo pretendido en esta investigación son la Escala BAMS de creencias sobre la medicación para adolescentes aquejados de enfermedades crónicas (Riekert y Drotar, 2002), la Escala SMS sobre creencias y comportamientos de automedicación ante enfermedades menores (resfriado, gripe, dolor de cabeza) desarrollada con jóvenes universitarios de la facultad de Farmacia (James y French, 2008) y un auto-informe sobre uso de medicamentos de prescripción entre adolescentes (Skurtveit, Selmer, Tverdal y Furu, 2008). En ninguno de los instrumentos consultados se recoge la actitud hacia la automedicación y sus posibles dimensiones en función de la teoría sustantiva recogida en el marco teórico de esta investigación, motivo por el cual se decide construir una escala. La construcción de la misma se basa en un concepto de automedicación muy inclusivo que no obliga al abordaje atomizado de cada tipo de fármaco concreto, sino que es entendido como el uso de medicamentos desde la toma de decisión autónoma como una

primera aproximación a un campo de estudio que no está suficientemente investigado, proporcionado una medida general que posibilita explorar la relación entre la actitud hacia la automedicación y otras variables de interés.

Los aspectos en los que se basó la construcción de la escala se recogen a continuación:

1. *Influencia de la opinión y criterio de los padres ante el consumo de medicamentos y su confianza en los profesionales de la salud.* Los padres se ocupan mayoritariamente no solo de la adquisición de los fármacos, sino del consejo a sus hijos sobre el consumo y las indicaciones de los mismos. Como en tantos otros aspectos, el aprendizaje que los hijos adquieren sobre el consumo de fármacos ante determinados problemas y situaciones de la vida se aprende en familia. Las prácticas de autocuidado y los hábitos en materia de salud se adquieren en un contexto familiar (Levine, 2007).
2. *Inicio de la conducta de automedicación en un periodo de la vida en el que se comienza a desarrollar notablemente la conducta autónoma.* El inicio de la conducta de automedicación coincide en el tiempo con la adolescencia temprana y media (Hersh y Hussong, 2009; Nabors et al., 2004; Stoelben et al., 2000) y aumenta de forma progresiva con la edad (Abahussain et al., 2005; Morales et al., 2009; Nabors et al., 2004; Pommier et al., 2002; Stoelben et al., 2000), de forma paralela a como lo hace el desarrollo de la conducta autónoma (Nabors et al., 2004; Sloan y Vessey, 2001).
3. *Conocimiento que los adolescentes creen tener sobre los medicamentos, sus propiedades y su toxicidad.* La precariedad de conocimiento que en general muestran los adolescentes ante el consumo de medicamentos y sus posibles efectos secundarios e interacciones con otras sustancias, aumenta el riesgo inherente a su consumo autónomo, especialmente en el caso de los medicamentos que requieren

prescripción médica (Stoelben et al., 2000; Vallerand et al., 2005; Westerlund et al., 2008).

4. *Utilización de los pares como fuente de obtención de fármacos.* Las principales fuentes de las que los adolescentes obtienen los fármacos que consumen son el círculo familiar y el de amigos. La práctica de “préstamo” o compra-venta entre compañeros y amigos de medicamentos sujetos a prescripción médica es cada vez más frecuente (Goldsworthy y Mayhorn, 2009).
5. *Disponibilidad de medicamentos en el botiquín casero.* La presencia generalizada de medicamentos en los botiquines caseros y su fácil acceso a los mismos podrían predisponer a su consumo inadecuado. Los jóvenes acostumbran a ver estos botiquines como un recurso más dentro del hogar para atender a sus problemas de salud, minimizando la percepción de sus potenciales riesgos (Drug Enforcement Administration, 2008; National Institute on Drug Abuse, 2012).

Respecto a la presencia del botiquín en casa, algunos estudios han establecido como principales fuentes de abastecimiento de medicamentos en el caso de los adolescentes los pares y el propio hogar (Ford, 2009; Kokkevi et al., 2008; Ross-Durow, McCabe y Boyd, 2013). A pesar de la peligrosidad que conlleva el consumo de determinados medicamentos, especialmente cuando son combinados con otras sustancias ilegales o legales como el alcohol, los hallazgos del estudio realizado por Ross-Durow y colaboradores (2013) muestran que la mayoría de los adolescentes con una media de edad en torno a los 14 años que habían recibido medicación de prescripción durante los meses antes del estudio, no tenían dificultad para acceder a las recetas, ni supervisión de los padres para llegar hasta los medicamentos, los cuales se localizaban en lugares de completa accesibilidad. La ausencia del control por parte de los padres facilitaba potencialmente su posible sustracción, tanto por

los jóvenes que vivían en el hogar, como por compañeros de éstos que pudieran encontrarse eventualmente en el mismo, con la finalidad del consumo propio o su desvío (préstamo o venta).

6. *Incremento del uso de psicofármacos para tratar de paliar el malestar emocional.*
Según se recoge en diferentes estudios (Ledoux et al., 1994; Pommier et al., 2002; Stasio et al., 2008; Stoelben et al., 2000; Trajanovska et al., 2010), las personas recurren cada vez con más facilidad y frecuencia a los psicofármacos cuando viven situaciones de malestar emocional y/o relacional, o simplemente para recuperar el ansiado bienestar que la tensión y los problemas cotidianos van menoscabando.

7. *Influencia de los medios de comunicación en el consumo de medicamentos.*
Algunos autores (González-García et al., 2005) no descartan cierta incitación al uso de medicamentos en los anuncios de los medios de comunicación. El acceso a la información sobre la utilización de determinados fármacos, no siempre veraz y segura, es especialmente fácil en el caso de internet (Morell et al., 2009), que es por otro lado el medio de información más utilizado por los adolescentes.

CAPÍTULO 2.-

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

1.	Origen y evolución del concepto calidad de vida.....	77
1.1.	Aportaciones desde la psicología	81
1.2.	El concepto calidad de vida en la actualidad.....	83
2.	Calidad de vida relacionada con la salud.....	86
3.	Instrumentos utilizados en la valoración de la CVRS. Peculiaridades y dificultades para medir CVRS en población infantil y adolescente.....	89
4.	Datos de CVRS en población española	95
5.	CVRS en niños y adolescentes	97
5.1.	Diferencias en CVRS en función del sexo y edad del adolescente	99
5.2.	Diferencias en las dimensiones que componen la CVRS según sexo y edad del sujeto.....	100
6.	Medida de la CVRS en adolescentes	102
7.	CVRS y automedicación.....	105

1. Origen y evolución del concepto calidad de vida

Aunque el interés por el término calidad de vida (CV) no es reciente, el concepto se ha ido desarrollando y perfilando en el transcurso de las distintas etapas a lo largo de la Historia. Su origen puede enmarcarse en las primeras civilizaciones (Moreno y Ximénez, 1996; Tuesca, 2005), las cuales dejan constancia de su preocupación e inclinación por la salud con abundantes referencias a la importancia de la higiene del cuerpo, la adecuada alimentación, la calidad en el agua y la eliminación de excretas entre otras cuestiones. Siguiendo a los autores citados, es probable que las primeras normas relacionadas con lo que hoy entendemos por Salud Pública aparecieran durante los siglos XII-XIII, pero estas serían de alcance e influencia muy limitada, no produciéndose hasta el siglo XIX el desarrollo de la disciplina y a partir de entonces su permanente enriquecimiento gracias, entre otros avances, a la comprensión de que en el bienestar humano incide un enorme mosaico de fenómenos no exclusivamente de naturaleza biológica, como por ejemplo el trabajo, el ocio, la vivienda, la escolarización, las relaciones sociales, etc. De forma paralela al desarrollo de la Salud Pública, el mundo occidental del siglo XIX comienza a sensibilizarse sobre la importancia del respeto a las libertades individuales de acción, asociación, creencia, opinión y expresión, extendiéndose el interés por el término CV al campo social y político (Moreno y Ximénez, 1996).

En el siglo XX, tras el impacto provocado por la Gran Depresión de los 30 y la extensión en el espacio y en el tiempo de las consecuencias de la 2ª Guerra Mundial, se produce una corriente de pensamiento que trata de reinstaurar el Estado de bienestar (Cardona y Agudelo, 2005). En este particular contexto, el término CV se asocia al desarrollo económico, entendiendo por tal el aumento de probabilidad de acumular y consumir bienes materiales, situación apoyada en el cada vez mayor auge del mercado de consumo (Moreno y Ximénez, 1996). Desde este ámbito, se desarrollan indicadores sociales y económicos que permitan diferenciar el grado de posesión de los individuos con el fin de determinar el bienestar de la

población (Ardila, 2003; Cardona y Agudelo, 2005; Lugo, García y Gómez, 2002; Schwartzmann, 2003). Uno de los primeros indicadores establecidos, la *renta per cápita*, es pronto criticado por sus importantes carencias, como el hecho de no considerar que las necesidades materiales no son las mismas para todas las personas, que la mayor o menor disponibilidad de los diferentes bienes afecta de forma diferencial al bienestar del individuo en función del contexto cultural en el que este vive (Camfield y Skevington, 2008; Cardona y Agudelo, 2005) o que la existencia de desigualdades manifiestas en la sociedad lleva asociada sistemáticamente un perjuicio de la CV de las personas más desfavorecidas (Camfield y Skevington, 2008).

Según indican Cardona y Agudelo (2005) la elaboración del indicador *nivel de vida* pretendía superar algunas de las limitaciones del anterior, tratando de captar el dominio que tiene el individuo de recursos que trascienden los materiales, como son la salud, el conocimiento, el empleo y la vivienda, entre otros, para además poder servir de base en la construcción de otros indicadores, como la *esperanza de vida al nacer* o el *grado de alfabetización*. Pero el indicador *nivel de vida* sigue presentando importantes limitaciones, como no tener en cuenta, tampoco, que los mismos recursos no tienen el mismo valor en todos los contextos culturales, o dejar de lado aspectos que hoy sabemos son de gran relevancia para el bienestar de los individuos, como la calidad del ambiente en el hogar y en el trabajo (Cardona y Agudelo, 2005). Aunque su pretensión era trascender los recursos materiales, algunos críticos le tildan de estar fuertemente relacionado con los ingresos y el consumo de los individuos, lo cual no deja de limitar su alcance ya que, sin negar que los recursos materiales juegan un papel en el bienestar humano, por sí solos no determinan el mismo, sino que constituyen uno de sus múltiples aspectos (García-Viniegras, 2005). Para algunos autores (García-Martín, 2002) este indicador mediría, en el mejor de los casos el bienestar objetivo, circunscribiéndose de nuevo a los aspectos puramente económicos. Y sin embargo la relación entre nivel de vida y CV no

es simple, no pudiéndose afirmar que un alto nivel de vida garantice una alta calidad de la misma.

Con la utilización del indicador *calidad de vida* en el ámbito socioeconómico, se pretendió enriquecer la medida del bienestar con aspectos hasta ahora no contemplados, como por el ejemplo el grado de libertad política y civil y la participación en las relaciones sociales (Cardona y Agudelo, 2005). Aunque la evolución del concepto no ha cesado en la actualidad, han conseguido perfilarse algunas ideas básicas de gran importancia (Cardona y Agudelo, 2005; García-Viniegras, 2005):

1. No todas las personas requieren la misma cantidad de bienes para satisfacer sus necesidades, luego la CV no depende exclusivamente de los mismos.
2. En la CV no influye tanto la mera posesión de los bienes, sino sus efectos sobre los individuos, a su vez condicionados por el valor que el propio sujeto y la sociedad les atribuyen en función del contexto concreto.
3. No es infrecuente que personas en situación de pobreza sufran además cierta manipulación social que dificulte el ejercicio de su derecho a mejorar su CV y aspirar a alcanzar un mayor grado de bienestar, fomentándose el enquistamiento de la situación.

Aunque en la actualidad gran parte de las políticas de desarrollo están basadas en el principio de la relación directa y en algunos casos única entre crecimiento económico y mejora de CV de las personas, cada vez se alzan más voces que defienden la importancia que tiene para el ser humano alcanzar el grado de libertad que le permita elegir el rumbo de su propia vida, lo que está íntimamente relacionado con la existencia de oportunidades sociales para tener y conservar la salud, satisfacer las demandas educativas, laborales, de participación ciudadana, etc. (Cardona y Agudelo, 2005).

Desde el punto de vista socioeconómico, la CV se identifica con el bienestar social, y estando este equiparado con el económico, el concepto CV aparece fuertemente ligado a aquellos otros indicadores macrosociales que reflejan la distribución de los recursos (García-Martín, 2002). Los indicadores sociodemográficos objetivos, como esperanza de vida, nutrición, acceso a los servicios de salud, mortalidad infantil, índice de alfabetismo, ingresos per-cápita, etc., pueden tener su relevancia a la hora de ayudar a comprender la realidad social, pero no son suficientes para determinar el complejo concepto de CV (García-Viniegras, 2005). En un intento de crear indicadores más holísticos, en la década de los 70 surge la Felicidad Interna Bruta (FIB) (Alaminos y López, 2009), con la que se pretende medir el grado de bienestar de una comunidad a través de nueve dimensiones: el bienestar psicológico de sus ciudadanos, entendido como grado de satisfacción y optimismo hacia la vida, la salud (nutrición, sueño, discapacidad, etc.), la gestión que hacen de su tiempo, la vitalidad comunitaria (evalúa relaciones e interacciones entre las comunidades), la educación (participación en la misma, desarrollo de capacidades), la cultura (tradiciones locales, eventos culturales), el medio ambiente (calidad del agua, aire, etc.) y la percepción que la comunidad tiene sobre su órgano de gobierno.

De forma paralela en el tiempo, el concepto CV lejos de abandonarse, alcanza su verdadero florecimiento desde el campo de la medicina, la psicología, la sociología y la educación (Cardona y Agudelo, 2005; Cummins, 2005; García-Viniegras, 2005; Moreno y Ximénez, 1996; Tuesca, 2005), aunque eso sí, dándosele en cada campo relevancia a distintitos aspectos: salud y funcionalidad, bienestar, felicidad, placer, satisfacción de necesidades, preferencias o deseos, integración social o educativa, etc. De forma progresiva, el concepto CV llega a englobar, por un lado, las condiciones materiales necesarias para llegar a tener una vida de buena calidad, y por otra la percepción subjetiva que el individuo tiene de dichas condiciones objetivas (García-Martín, 2002).

1.1. Aportaciones desde la psicología

Las aportaciones desde la psicología al constructo CV a través del estudio de la felicidad, el bienestar y la satisfacción, son innegables (García-Martín, 2002). En la revisión sobre las investigaciones en materia de bienestar llevada a cabo por Ryan y Deci (2001) se establecen dos claras líneas de abordaje: el punto de vista hedónico, en el que destaca la figura de Diener, quien aborda el estudio del *Bienestar subjetivo* considerando que se trata de un constructo complejo que posee tres claros aspectos: carácter subjetivo por estar basado en la experiencia del sujeto, debe incluir medidas positivas, no solo la ausencia de factores negativos, y por último debe incluir una evaluación global de los aspectos más relevantes de la vida de una persona (Diener, 1984). Desde esta perspectiva, el bienestar subjetivo se compone de la satisfacción con la vida, la presencia de emociones positivas, y la ausencia de emociones negativas, aunándose los tres aspectos en la idea de felicidad. Desde la visión hedónica, el individuo realiza una valoración de su propia vida desde dos aspectos: de forma cognitiva, lo que correspondería con la idea de *Satisfacción* con la vida, que puede estar representada por el balance que el propio sujeto hace de sus aspiraciones y sus logros en diferentes dominios (trabajo, relación de pareja, ocio, etc.), y de forma afectiva, haciendo una evaluación de sus sentimientos y sensación de agrado o desagrado experimentado en base a sus emociones y estados anímicos más frecuentes (Diener, Oishi y Lucas, 2003). Puede decirse que la satisfacción con la vida reflejaría una evaluación global de la vida en sus múltiples aspectos, mientras que el balance afectivo está más vinculado a eventos concretos experimentados por el sujeto (García-Martín, 2002).

Por otra parte, el punto de vista eudaimónico entiende el bienestar de forma más cercana a los planteamientos filosófico-religiosos del mismo (García-Martín, 2002), entendiendo que sólo se puede acceder a él a través de la virtud y los valores, lo cual conlleva a que no necesariamente esté ligado al concepto de felicidad como aquello que proporciona placer, sino

con la congruencia entre lo que uno hace y los valores más arraigados (Ryan y Deci, 2001). Desde esta visión nace el concepto de *Bienestar psicológico* (Ryff, 1989), basado en la idea del logro de bienestar a través del crecimiento psicológico y de encontrar un propósito en la vida.

Para Ryan y Deci (2001) los dos acercamientos, hedónico y eudaimónico del bienestar no son contrapuestos, sino complementarios, lo cual, según señalan los autores, queda patente en diferentes estudios empíricos, reflejando la naturaleza multidimensional de este complejo constructo.

Así pues los términos felicidad, satisfacción, bienestar y CV aparecen en la literatura no siempre de forma claramente delimitada. Mientras que muchos autores abordan sólo uno de los términos, algunos consideran que el bienestar subjetivo entendiéndolo como vivencia subjetiva relativamente estable, no como estado transitorio, es decir, como satisfacción de vida, es un componente de la CV (García-Viniegras, 2005). Sin embargo otros autores (Camfield y Skevington, 2008) tratan los conceptos CV y bienestar subjetivo como equiparables, mientras que consideran que la satisfacción con la vida está subordinada al concepto de CV. Por otra parte, hay quien considera que la satisfacción no es más que la percepción de la CV basada en las preferencias individuales en una serie de dominios relevantes para el sujeto (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach y Henrich, 2007). En boca de algunos investigadores (Lakić, 2012), CV es un viejo-nuevo concepto en el que permanece la esencia del bienestar de la persona teniendo en cuenta su ambiente, pero en el que se impone la visión subjetiva del sujeto a la hora de evaluar su CV.

Con respecto a la satisfacción de necesidades, algunos autores (Cummins, 2005) se muestran críticos estableciendo que bajos niveles de las mismas o altos niveles de déficit no están relacionados necesariamente con la CV. También el autor se muestra crítico con las

posibles analogías entre CV y oportunidades de vida, ya que éstas deben ser favorablemente valoradas por la persona en concreto para que tenga influencia positiva en su bienestar.

1.2. El concepto calidad de vida en la actualidad

Como el abordaje y desarrollo del concepto se realiza a través de distintas disciplinas, éste se va configurando cada vez de una forma más amplia, rica, compleja, abstracta, multidimensional y también con mayores dificultades para su medida (Cardona y Agudelo, 2005; Cummins, 2005; Lakić, 2012; Moreno y Ximénez, 1996; The KIDSCREEN Group Europe, 2006; Tuesca, 2005). Por su parte algunos autores piensan que la evolución del concepto le ha hecho llegar a ser más frágil (Moreno y Ximénez, 1996) e impreciso (Cardona y Agudelo, 2005). Lo que parece innegable es el considerable auge de su interés, tanto teórico como metodológico en las últimas décadas (Ardila, 2003; Cardona y Agudelo, 2005; Lugo et al., 2002; Schalock y Verdugo, 2003; Schwartzmann, 2003; Tuesca, 2005), existiendo en la actualidad más de 100 definiciones distintas (Schalock y Verdugo, 2003), figurando en la mayor parte de las mismas términos como grado de satisfacción personal, bienestar, nivel de funcionalidad, felicidad, propósito de vida, experiencia subjetiva, autopercepción, interpretación y valoración de la propia vida, etc., y haciendo muchas de ellas referencia a las condiciones ambientales y al marco social y cultural concreto en el que vive la persona (Ardila, 2003; Lakić, 2012; The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

A pesar de que no se puede hablar de absoluto consenso respecto al término, en la CV cada vez más cobra relevancia la interpretación y valoración que el individuo realiza de su vida familiar, social, de los aspectos físicos de la misma y del sentido que le atribuye (García-Viniegras, 2005; Lakić, 2012; Schalock y Verdugo, 2003; Schwartzmann, 2003). Es decir, en la esencia del concepto debe estar por una parte la autopercepción del sujeto, por otra los aspectos objetivos, entendiendo por tales lo que el individuo posee para satisfacer sus

necesidades y deseos y poder participar en las actividades que le permitan desarrollarse en sociedad, lo que a la vez engloba los aspectos relacionados con la vivienda, el trabajo, las posibilidades de ocio, las relaciones sociales, la salud, la eficacia del sistema sanitario y educativo, el grado de libertad social, etc., y por último la visión que el sujeto tiene de sí mismo, su evaluación e interpretación de sus condiciones de vida y consecución de metas y logros en las diferentes esferas (Moreno y Ximénez, 1996; Quiceno y Alpi, 2008). Para Ardila (2003) los elementos objetivos (bienestar material, relación armónica con el medio ambiente físico y social, etc.) y la evaluación subjetiva de los mismos (grado de seguridad percibido, expresión emocional, intimidad, etc.) interactúan, por lo que CV se convierte en un concepto inherente a la persona, más que al ambiente en el que se desarrolla.

Precisamente en un intento de búsqueda de consenso, la OMS (The WHOQOL Group, 1995) establece en la década de los 90 una concepción de CV que definitivamente se aparta del puro modelo biológico en el que el bienestar era determinado de forma exclusivamente somática, para acercarse a uno biopsicosocial basado en la comprensión de cómo las personas se sienten no sólo a nivel físico, sino también psicológicamente, y en cómo se relacionan con otras personas de su entorno, no olvidando la importancia de enmarcar la CV dentro de la perspectiva cultural (The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Para el Grupo WHOQOL, poder evaluar la CV de forma adecuada implica que las mediciones deben ser:

1. *Subjetivas*: aunque en el concepto de CV se pueden percibir condiciones *objetivas* (por ejemplo en lo que respecta a la disponibilidad de recursos), su medición debe conllevar necesariamente aspectos subjetivos sólo presentes en la conciencia de cada individuo y a los que únicamente se puede acceder a través de sus respuestas.
2. *Multidimensionales*: la medición debe incluir como mínimo las siguientes dimensiones: física (percepción del individuo de su estado físico), psicológica (percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo) y social (percepción

de sus relaciones interpersonales y sus papeles sociales en la vida). No obstante, el grupo WHOQOL establece que en la medición de CV pueden aparecer otras dimensiones, haciendo alusión concretamente al desempeño de funciones, nivel de independencia o la dimensión espiritual relativa a las creencias personales o el sentido atribuido a la vida.

3. *Incluir aspectos positivos* (capacidad de funcionar, alegría, etc.), pero también *negativos* (cansancio, dolor, etc.).
4. *Tener en cuenta la etapa vital que se atraviesa* (infancia, adolescencia, adultez, ancianidad) por las importantes diferencias entre las mismas con clara repercusión en la CV.

En base a estas premisas, el Grupo WHOQOL (1995) define CV como “la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. La definición abarca facetas físicas (dolor, malestar, energía, descanso), psicológicas (afecto positivo, reflexión, autoestima, sentimientos negativos), grado de independencia (actividades diarias, dependencia de los medicamentos, capacidad de trabajo), relaciones sociales (relaciones personales, actividad sexual, apoyo social), entorno (recursos económicos, sanitarios, sociales, de ocio, transporte, etc.) y espirituales, aunque sin olvidar que no todas las dimensiones que subyacen en el concepto tienen la misma influencia en él, y que la integración de las mismas depende de las circunstancias históricas y culturales que afectan a cada individuo (Cardona y Agudelo, 2005; Cummins, 2005; García-Viniegras, 2005; Urzúa, 2010). Es decir, se trataría de un constructo que reflejaría la interacción del sujeto en su entorno, ni individual, ni estrictamente social.

Debido a la complejidad del constructo, algunos autores como Cardona y Agudelo (2005) concluyen que en la actualidad no existe una única teoría que defina el concepto de CV,

ya que ésta está íntimamente unida al sistema de valores que varía de individuo a individuo y a las experiencias que de la propia vida tiene cada sujeto, lo cual dificulta enormemente su medición.

2. Calidad de vida relacionada con la salud

A lo largo del siglo XX el notable descenso, al menos en los países desarrollados, de los índices de mortalidad y morbilidad debidos a las enfermedades agudas, especialmente de aquellas de naturaleza infecciosa, y el cambio de los perfiles epidemiológicos de morbimortalidad de todas las enfermedades en general, en gran medida gracias a los relevantes avances científicos, tecnológicos y médicos, al mayor acceso a los bienes de consumo y más sustanciosas inversiones en salud, ha traído como consecuencia un incremento de la esperanza de vida y consecuentemente una importante variación en la epidemiología de las enfermedades crónicas (Quiceno y Alpi, 2008). El progresivo envejecimiento de la población unido a la adquisición de estilos de vida no siempre saludables, junto a los elevados niveles de estrés y angustia inherentes al ritmo de vida de las sociedades modernas, trae de la mano un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, muchas de las cuales implican un claro deterioro de la CV por su influencia en los aspectos emocionales y sociales (García-Viniegras y Rodríguez, 2007). El hombre de hoy vive más tiempo, lo cual no siempre quiere decir que viva mejor, llegando incluso a pensar algunos autores que el hombre actual paga un alto precio por su supervivencia (Armstrong y Caldwell, 2004).

Tradicionalmente, el estado de salud de los individuos se determinaba a través de marcadores (bioquímicos o fisiológicos), o de indicadores epidemiológicos (incidencia, prevalencia), práctica basada en el modelo biomédico, que explicaba el estado de salud-enfermedad a través de parámetros físicos, ignorando todo tipo de elementos psicosociales (Armstrong y Caldwell, 2004; García-Viniegras y Rodríguez, 2007; Schwartzmann, 2003), lo

cual se desvelaba como claramente insuficiente para determinar el bienestar subjetivo del paciente (Lakić, 2012; Ravens-Sieberer et al., 2006; Urzúa, 2010). En el contexto de las enfermedades crónicas, su tratamiento no puede reducirse a una mejora de los síntomas, ni a un alargamiento de la vida, sino al logro de una vida más satisfactoria para el enfermo (García-Viniegras y Rodríguez, 2007; Lakić, 2012). Desde esta perspectiva, a partir de la década de los 70 del pasado siglo, algunos investigadores empiezan a dar más importancia al concepto CV en el marco de la salud, hasta ahora relegado en beneficio de la cantidad de vida (The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un novedoso concepto acuñado a finales de los 80 principios de los 90 (Quiceno y Alpi, 2008; Schwartzmann, 2003) pero muy presente en la investigación actual (Armstrong y Caldwell, 2004; Michel, Bisegger, Fuhr y Abel, 2009), de naturaleza multidimensional (Lugo et al., 2002; Schwartzmann, 2003) y que trasciende al de la mera salud física valorada a través de los síntomas y diagnósticos objetivos, adentrándose en la percepción subjetiva del bienestar físico, pero también mental, emocional y social (Armstrong y Caldwell, 2004; García-Viniegras, 2005; Gaspar et al., 2009; Ravens-Sieberer et al., 2006; Urzúa, 2010). En la base del concepto está la premisa de que cada persona tiene una experiencia única en los diferentes momentos de su vida, haciendo el individuo una interpretación de su bienestar subjetivo en función de la percepción de su salud, estado psicológico, satisfacción de las necesidades, calidad de las relaciones sociales y elementos del entorno (laboral, educativo, político, etc.), estilo de vida, capacidad de actuación, estrategias de elaboración de planes y proyectos futuros, implicación en los mismos y afrontamiento de las consecuencias de no lograrlos o de tener que posponerlos, todo ello en base a sus experiencias pasadas y sus esperanzas futuras, es decir, del balance entre expectativas y logros (García-Viniegras, 2005; Michel et al., 2009; Schalock y Verdugo, 2003; Schwartzmann, 2003;

Tuesca, 2005), lo que podría explicar que personas con el mismo estado de salud “objetivo” posean percepciones bien distintas de su CVRS (Frisén, 2007).

Mientras que algunos investigadores no hacen distinción entre los conceptos CV y CVRS (Lakić, 2012), otros atribuyen a la primera un significado más global e identifican la segunda como estado de salud, estado funcional o evaluación de las necesidades (Schalock y Verdugo, 2003; Urzúa, 2010). Desde este punto de vista, CVRS se constituye como una parte de la CV general, aunque no limitada al campo médico, ya que recoge aspectos sociales con repercusión en el bienestar subjetivo (Urzúa, 2010). Para algunos autores (Quiceno y Alpi, 2008) la diferencia entre ambos conceptos puede parecer sutil, pero es importante, ya que CV está enfocada al bienestar social y subjetivo general, mientras que CVRS se refiere a la importancia que el individuo confiere a las posibles limitaciones que su particular situación de salud le imponen a nivel no solo biológico, sino también psicológico y social.

Actualmente no se pone en duda que aspectos que no entran a formar parte de los estrictamente físicos, influyen en la salud, entre otros el apoyo que cada persona tiene de su red social, las estrategias de afrontamiento individuales y colectivas ante las diferentes situaciones de la vida o el estado anímico, elementos todos relacionados con el concepto de CV. Por otro lado, el estado de salud también influye de forma relevante en otros ámbitos, como la autonomía, las relaciones sociales, el ocio, la capacidad de trabajo, etc. (Moreno y Ximénez, 1996). Ambos conceptos, CV y salud, se influyen y complementan (García-Viniegras, 2005; Urzúa, 2010), pero no son sustituibles uno por otro (Lakić, 2012; Moreno y Ximénez, 1996), mostrando una interdependencia que no implica indistinción.

La definición de CVRS que se va a utilizar en este estudio es la aportada por el Grupo Europeo KIDSCREEN (2006), como constructo multidimensional que incluye componentes físicos, emocionales, mentales, sociales y comportamentales del bienestar percibido por los sujetos, basada a su vez en la definición de salud establecida por la OMS (1946) y en su

definición de CV referida anteriormente (The WHOQOL Group, 1995). Son precisamente estas connotaciones físicas, psicológicas y sociales, contempladas en la actitud hacia la automedicación de esta investigación, las que hacen el constructo adecuado para la misma.

3. Instrumentos utilizados en la valoración de la CVRS.

Peculiaridades y dificultades para medir CVRS en población infantil y adolescente

Como ocurre en muchos otros ámbitos, de forma paralela a los avances teóricos surgen las dificultades metodológicas, manifestándose en las últimas décadas del siglo XX una carencia instrumental para medir la CVRS (Tuesca, 2005) de forma acorde a la definición de salud que ya había adoptado la OMS (1946) desde hacía décadas como “completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Para algunos investigadores (Ardila, 2003; Armstrong y Caldwell, 2004; Cardona y Agudelo, 2005), a pesar de las dificultades y de tratarse de un concepto relativamente reciente, el desarrollo de instrumentos para medir CVRS en los últimos años ha sido prolífico y con importante repercusión en el campo de la salud a nivel internacional, ya que ha influido en el desarrollo de políticas y prácticas sanitarias, permitiendo también la evaluación del impacto y eficiencia de determinadas intervenciones.

Estos instrumentos pueden dividirse en dos grandes grupos (Cummins, 2005; Lakić, 2012; Mareš y Neusar, 2010; Quiceno y Alpi, 2008; Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton y Alonso, 2001; Ravens-Sieberer et al., 2006; Tuesca, 2005; Urzúa, 2010):

1. Instrumentos genéricos: incluyen todas las dimensiones que componen la CVRS y son aplicables tanto a población general como a enfermos.
2. Instrumentos específicos: pretenden medir la CVRS en pacientes con un determinado problema de salud, evaluando el impacto que los síntomas concretos o la disminución de la capacidad funcional tienen en la vida del individuo. Desde

esta última perspectiva, la CVRS sería un componente de la CV, cuya pretensión es cuantificar las consecuencias subjetivas de padecer una determinada enfermedad, determinando la percepción que tiene el enfermo sobre sus condiciones de vida mediadas por su disfunción (Ardila, 2003; Lugo et al., 2002; Schwartzmann, 2003).

La utilización de este tipo de instrumentos específicos puede ser relevante para el diagnóstico o para establecer una terapia para una enfermedad concreta (Urzúa, 2010), pero no permiten medir el constructo global de CVRS del sujeto. Por otra parte, su principal crítica (Mareš y Neusar, 2010; Schalock y Verdugo, 2003) es que la mayoría de estos instrumentos tratan de medir CVRS basándose en las características negativas inherentes a la patología, por lo que parecerían estar diseñados para medir con más acierto, la calidad de vida relacionada con la enfermedad. Otras críticas recogidas por Urzúa (2010) en la medición de este concepto hacen referencia a que la determinación de las percepciones subjetivas y las expectativas individuales, no tienen por qué ser cercanas a un diagnóstico clínico. Tampoco se ignora el hecho de que al tratarse de determinaciones indirectas, existen múltiples errores de medición, o que incluso puede perderse de vista las metas terapéuticas cuando los resultados de la evaluación se centran en cambiar la CV del paciente. A pesar de las críticas, muchos investigadores siguen considerando a la CVRS un buen indicador para evaluar la CV de pacientes, sobre todo de aquellos afectados por una enfermedad de naturaleza crónica (Urzúa, 2010).

Sin negar la relevancia de las influencias de las diferencias socioeconómicas y culturales, la utilización de instrumentos genéricos se fundamenta en la idea de que en el concepto CVRS subyacen un conjunto de componentes básicos que son los mismos para todas las personas y como consecuencia, se pueden crear herramientas que se puedan emplear con cualquier grupo humano, independientemente de su situación particular (Cummins, 2005;

Ravens-Sieberer et al., 2006). Aunque en la actualidad existen cientos de instrumentos diferentes para medir CVRS (Armstrong y Caldwell, 2004; Cardona y Agudelo, 2005; Cummins, 2005), la mayoría de ellos están diseñados para patologías específicas, presentando apenas el 15% de ellos una definición del concepto (Cardona y Agudelo, 2005).

Respecto a las dimensiones que subyacen en él, a pesar de que los investigadores coinciden, tanto desde los enfoques teóricos como metodológicos, en que CVRS es multidimensional, no existe consenso sobre cuántas y cuáles lo constituyen (Armstrong y Caldwell, 2004; Rajmil et al., 2001; Schalock y Verdugo, 2003; Solans et al., 2008; Urzúa, 2010), variando tanto su número como la naturaleza de las mismas. Para algunos autores (Lugo et al., 2002; Rajmil et al., 2001; Schalock y Verdugo, 2003), la medición de la CVRS debe abarcar al menos las siguientes dimensiones:

1. *Funcionamiento físico y ocupacional*: incluye aspectos sobre fuerza o capacidad para realizar actividades habituales.
2. *Funcionamiento psicológico*: trata de determinar el estado de ánimo o presencia de ansiedad o depresión.
3. *Interacción social*: capacidad del individuo de mantener relaciones con las demás personas: familiares, grupo de amigos, compañeros de trabajo o escuela, y comunidad en general.
4. *Sensaciones somáticas*, que incluiría por ejemplo el dolor, náuseas, sensación de ahogo, etc.

Según Schalock y Verdugo (2003), no es tan importante el número de dominios, sino el reconocimiento de que cualquier medida de la CVRS debe estar enmarcada en aspectos múltiples que sean relevantes para el bienestar de la persona y que en su conjunto representen el constructo completo.

A medida que el concepto iba ganando relevancia y se abrían posibilidades de medición en la población adulta, el interés investigador fue aumentando, llegando a ocupar un lugar central en numerosos estudios.

En el caso de población infantil y adolescente, a pesar de que en los últimos años ha aumentado el interés investigador por su CVRS (The KIDSCREEN Group Europe, 2006), éste sigue siendo menor en comparación con el que suscita la población adulta (Gillison, Skevington y Standage, 2008; Mareš y Neusar, 2010; Michel et al., 2009; Palacio-Vieira et al., 2008; Quiceno y Alpi, 2008; Ravens-Sieberer et al., 2006; Solans et al., 2008). Por otra parte, la mayoría de los estudios que se realizan en población infantil y adolescente, siguen estando centrados en sujetos aquejados de enfermedades crónicas (Cumming, Gillison y Sherar, 2011; Frisé, 2007; Mareš y Neusar, 2010; Quiceno y Alpi, 2008; Ravens-Sieberer et al., 2006; Solans et al., 2008; The KIDSCREEN Group Europe, 2006). En la revisión instrumental realizada por Ravens-Sieberer y colaboradores (2006), detectan más de 50 instrumentos para medir CVRS en niños y adolescentes, de los cuales el 35% son aplicables a niños sanos y el resto están diseñados para utilizarse en patologías específicas, fundamentalmente epilepsia, cáncer, asma, artritis reumatoide juvenil, fibrosis quística, trastornos gastrointestinales, diabetes, trastornos alimentarios, SIDA y espina bífida.

Algunos investigadores (Mareš y Neusar, 2010; The KIDSCREEN Group Europe, 2006) consideran que para el adecuado desarrollo de instrumentos que sirvan para determinar la CVRS en población infantil y adolescente, es imprescindible tener en cuenta los contextos propios y particulares de estos sujetos con enorme influencia en su CVRS, siendo una de sus principales características precisamente la capacidad tan limitada que tienen para salir de ellos. Los contextos aludidos son concretamente la familia, la escuela, el grupo de pares y la comunidad de la que forman parte (Mareš y Neusar, 2010; The KIDSCREEN Group Europe, 2006). Por otro lado, el permanente cambio físico, psíquico y relacional asociado a la infancia

y adolescencia, remarca la importancia de no hacer un mero traslado de las mismas dimensiones consideradas en los instrumentos utilizados en población adulta, y menos aún establecer posibles paralelismos con los resultados obtenidos en los estudios con esta población (Mareš y Neusar, 2010). Para los autores, el punto de vista y el lenguaje adulto no es adecuado para reflejar aspectos propios de la vida de niños y adolescentes, por lo que un instrumento apropiado deberá necesariamente recoger su perspectiva y manera de entender la vida. Es decir, la CVRS en población infantil y adolescente es también un constructo multidimensional integrado por los aspectos físicos, psicológicos y sociales que constituyen ésta, cuya medición debe estar adaptada al grado de desarrollo físico de los sujetos y que debe ser capaz de recoger el particular contexto en la adquisición de competencias tanto emocionales como sociales de esta población específica (Frisén, 2007; Quiceno y Alpi, 2008; Rajmil et al., 2001; Ravens-Sieberer et al., 2006; Riley, 2004).

Entre las principales peculiaridades de la medición de la CVRS en población infantil y adolescente, Mareš y Neusar (2010) destacan:

1. Herramientas lingüísticas: las dificultades para manejar el lenguaje son normalmente mayores, especialmente en los niños más pequeños, lo cual debe ser tenido en cuenta a la hora de contestar a las preguntas relativas a su CVRS.
2. Dificultades para utilizar un mismo instrumento en diferentes ambientes socioculturales. Aunque la población adulta no está exenta de ellas, en el caso de los niños son aún mayores, por las notables influencias e implicaciones en la CVRS del particular estilo parental de crianza y educación, aplicación de cuidados de salud, administración del tiempo de ocio y de ejecución de tareas, etc.
3. Mayores dificultades para utilizar autoinformes, especialmente en niños más pequeños. Con el fin de soslayar este problema, es frecuente recoger la información

de padres, maestros, cuidadores u otros profesionales que los atienden, lo cual por otra parte genera problemas específicos de concordancia y acuerdo entre ellos.

Respecto a este último punto, la conveniencia de la utilización de autoinformes en los que los propios sujetos comuniquen sus percepciones, o por el contrario aceptar como más cercana a la realidad la medida de la CVRS percibida por sus padres o cuidadores, constituye un debate permanente en la literatura científica. Históricamente en la investigación de cuestiones relativas a la salud de población infantil y adolescente se recaba principalmente la información de los adultos (padres, profesores, tutores, médicos) en lugar del propio sujeto, aduciendo para ellos intereses de índole práctica (Frisén, 2007), sospechas sobre la fiabilidad de sus respuestas (Quiceno y Alpi, 2008; The KIDSCREEN Group Europe, 2006) y dudas sobre cuál es la edad más adecuada a partir de la cual una persona puede informar de forma veraz sobre su propia percepción (Lakić, 2012; Ravens-Sieberer et al., 2006). Algunos autores (Ravens-Sieberer et al., 2006; Riley, 2004) sostienen que siempre que el estado del niño lo permita y el cuestionario contemple de forma adecuada el grado de madurez y desarrollo cognitivo del sujeto al que se le aplica, la fiabilidad de las respuestas infantiles sobre la percepción de su estado de salud es alta a partir de los 8 años.

Reconociendo que el punto de vista de los adultos respecto a la CVRS de los jóvenes puede ser complementario y enriquecedor (Frisén, 2007), se debe tener en cuenta que la concordancia entre la percepción de la CVRS del hijo por parte de los padres y la autopercepción del propio hijo es baja o moderada en diferentes estudios (Cohen, Vowles y Eccleston, 2010; Frisén, 2007; Sheldrick, Neger, Shipman y Perrin, 2012; Urzúa, Julio, Páez, Sanhueza y Caqueo, 2013; Weitkamp, Daniels, Rosenthal, Romer y Wiegand-Grefe, 2013), por lo que no parece adecuado sustituir una percepción por la otra, más teniendo en cuenta que para algunos investigadores la verdadera finalidad del instrumento es poder determinar cómo los sujetos perciben su propio bienestar físico y psicológico y cómo es la participación en las

actividades que corresponden con su edad (Urzúa et al., 2013), permitiendo y justificando posibles tomas de decisiones e intervenciones en el campo sanitario (Gil et al., 2010; Gillison et al., 2008; The KIDSCREEN Group Europe, 2006).

4. Datos de CVRS en población española

Actualmente en España la infancia y la adolescencia son los periodos de la vida más saludables (Instituto Nacional de Estadística, 2013), siendo la incidencia de enfermedades y defunciones muy inferior a la de otras etapas de la vida (Instituto Nacional de Estadística, 2011). Sin embargo el estudio de la CVRS en dichos periodos reviste una especial relevancia, no solo por la potencial vulnerabilidad de niños y jóvenes (Costa y Bigras, 2007; Quiceno y Alpi, 2008) y la posible influencia negativa de una mala CVRS en etapas posteriores de la vida adulta (Mareš y Neusar, 2010), sino también porque la detección y evaluación de problemas a través de la medición de la CVRS en sujetos sanos, facilita su abordaje precoz, lo que estaría en línea del establecimiento de adecuadas políticas sanitarias y administración racional de recursos orientados hacia la promoción de la salud.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) realiza de forma periódica Encuestas Nacionales de Salud con el fin de obtener datos de su estado, así como de aquellos factores relacionados con ella. Aunque la edad sobre la que se recaba información (a partir de los 15 años) no se ajusta a la que es objeto de interés en este estudio y las dimensiones de la CVRS contempladas en la Encuesta (problemas de movilidad, autocuidado básico como lavarse y vestirse, realización de actividades cotidianas y presencia de dolor o malestar, ansiedad y depresión) no son las mismas que las consideradas en esta investigación, quizá si permita elaborar una idea de la percepción de la CVRS por parte de hombre y mujeres en los diferentes grupos de edad. Los datos relativos a la última Encuesta (2011-2012) están recogidos en la tabla 8:

Datos porcentuales de la capacidad de movilidad, autocuidado, realización de actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión en personas mayores de 15 años según el grupo de edad.

años	Sin problemas o con problemas leves de movilidad		Sin problemas o con problemas leves de autocuidado		Sin problemas o con problemas leves para realizar actividades cotidianas		Sin dolor o malestar o con leve dolor o malestar		Sin ansiedad o depresión o con leve ansiedad o depresión	
	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres
15-24	99.35	99.21	99.45	99.48	99.37	99.08	96.42	97.50	98.06	99.48
25-34	99.61	98.60	99.87	99.33	98.84	98.7	95.12	97.37	96.57	98.31
35-44	97.61	97.83	99.47	99.48	98.05	97.95	90.58	94.81	94.19	96.19
45-54	95.1	96.04	98.42	98.49	95.81	96.93	84.24	92.67	91.08	95.49
55-64	89.42	92.67	96.65	97.96	91.77	94.43	76.96	89.90	87.24	94.73
65-74	81.15	88.83	93.41	96.55	88.09	94.54	69.78	86.77	85.14	96.54
75-84	66.01	76.30	82.13	89.43	73.01	83.39	61.61	77.71	85.41	91.88
>85	41.41	53.18	55.3	70.81	46.67	60.09	50.24	62.77	81.18	89.86

Elaborada a partir de la información recogida en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (Instituto Nacional de Estadística, 2013).

Según la información recogida por el INE medida a través de estas dimensiones, la CVRS desciende a medida que avanzamos en años, siendo peor en general en mujeres que en hombres.

5. CVRS en niños y adolescentes

Aunque puedan existir algunas similitudes entre la CVRS de adolescentes y adultos, algunos autores piensa que hay razones suficientes para establecer diferencias entre ambas (Mareš y Neusar, 2010; Ravens-Sieberer et al., 2006):

1. El estado de salud es inherente a la etapa vital: durante la infancia y adolescencia el sujeto atraviesa en poco tiempo diferentes estadios de crecimiento y desarrollo que afectan y condicionan su CVRS, mientras que a su vez ésta condiciona el paso por las diferentes etapas. Durante la adolescencia puede producirse el inicio de determinadas conductas (sexual, desórdenes alimentarios, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias) con clara incidencia en la salud.
2. Los niños y adolescentes tienen su propia idea de lo que significa estar saludable o enfermo, de interpretar y evaluar los eventos estresores cotidianos o establecer cuáles son las causas de los problemas que merman su bienestar y cuáles son las mejores vías para la solución de los mismos en función de sus propias habilidades y estrategias de afrontamiento (frecuentemente más limitadas que en el caso de los adultos), sin que todo ello tenga por qué coincidir con la percepción y razonamiento empleado por éstos, tanto si se trata de sus familiares más cercanos, profesionales de la salud o de otros adultos de su entorno.
3. Existe una relativa inestabilidad de la personalidad durante el crecimiento y desarrollo. Para Goldbeck y colaboradores (2007) uno de los principales retos de la adolescencia es constituir una identidad propia y mantenerla estable, lo cual no

siempre resulta fácil teniendo en cuenta las limitaciones en la capacidad de toma de decisiones, actividad frecuentemente realizada por los adultos de su entorno, y en ocasiones ni siquiera consensuada con los adolescentes.

4. Las características sociales específicas tienen un alcance determinante en esta población. La influencia en la CVRS de niños y adolescentes de la familia, amigos, compañeros de clase, miembros de la comunidad, es más fuerte que en el caso de los adultos, a la vez que su capacidad para cambiar de contexto es inexistente o muy limitada.

Por otra parte, al igual que sucede en los adultos, la CVRS en niños y adolescentes deriva de la percepción por el propio individuo de la interacción de las esferas biológica, psicológica y social (Costa y Bigras, 2007; Friséñ, 2007; Goldbeck et al., 2007; Mareš y Neusar, 2010; Quiceno y Alpi, 2008), aunque con los elementos y matices propios de cada edad. En la infancia y adolescencia destacan como aspectos más importantes del ámbito biológico la capacidad para realizar las actividades físicas cotidianas, disponer de suficiente energía y vitalidad, la presencia de dolor o malestar y la percepción general que el individuo tiene de su propia salud. Dentro de los aspectos psicológicos destacan como relevantes las emociones y sentimientos positivos y negativos, la visión de uno mismo, la autoestima, el estado anímico y las habilidades cognitivas. Por último, los aspectos sociales se refieren a la relación del sujeto con su entorno familiar (grado de cohesión familiar, actividades familiares, comunicación entre los miembros, etc.), escolar, amigos y la disponibilidad de apoyo social (Mareš y Neusar, 2010; Quiceno y Alpi, 2008).

A pesar de que la adolescencia es considerada por algunos autores como un periodo de transición caracterizado por cambios físicos, psicológicos, cognitivos y sociales dramáticos, otros creen que la mayoría de los adolescentes transitan por este estadio evolutivo de forma exitosa y mostrando un alto nivel de bienestar (Buchanan y Hughes, 2009; de la Villa y Ruiz,

2011; Helseth y Misvær, 2010), sin negar que en determinados casos dichos cambios son fuente de estrés que afectan al bienestar emocional, volviendo al adolescente más vulnerable a posibles crisis anímicas (Benjet y Hernández-Guzmán, 2002; Goldbeck et al., 2007).

5.1. Diferencias en CVRS en función del sexo y edad del adolescente

En la actualidad no son muy abundantes los estudios sobre los posibles cambios respecto a la satisfacción de los sujetos con su vida a medida que avanzan por la adolescencia y de las diferencias entre chicos y chicas. Además, los hallazgos encontrados en la literatura no son siempre consistentes, quizá por los diferentes métodos de medición empleados o por la variación en las edades de las muestras utilizadas (Goldbeck et al., 2007). A pesar de estas limitaciones, la mayoría de los estudios establecen que son las chicas las que presentan peores puntuaciones generales de CVRS (Cavallo et al., 2006; Gaspar et al., 2009; Goldbeck et al., 2007; Michel et al., 2009; Palacio-Vieira et al., 2008), tanto en población sana como en aquella con dolencias crónicas (Goldbeck et al., 2007). Algunas de las explicaciones a esta diferencia entre los sexos apuntan a que durante la temprana adolescencia y coincidiendo con la pubertad, chicos y chicas maduran a diferente ritmo, siendo la evidencia de cambios fisiológicos más precoces en el caso de las niñas (Benjet y Hernández-Guzmán, 2002). Además las diferentes expectativas sociales de rol para cada uno de los sexos y el mayor control ejercido por los padres ante las más elevadas demandas de autonomía acordes al desarrollo de sus hijas, podrían estar en la base del menor grado de bienestar de las chicas y su peor CVRS (Benjet y Hernández-Guzmán, 2002).

Respecto a las diferencias en el nivel de esta variable de acuerdo con la edad, la investigación precedente muestra que, mientras los niños presentan más problemas de salud durante la infancia (Cavallo et al., 2006), la percepción de su CVRS decrece a medida que se avanza en la adolescencia (Cavallo et al., 2006; Frisén, 2007; Gaspar et al., 2009; Goldbeck et

al., 2007; Helseth y Misvær, 2010; Michel et al., 2009; Palacio-Vieira et al., 2008; Urzúa et al., 2013), deterioro que es moderado en los niños y más acusado en las niñas (Palacio-Vieira et al., 2008). Para Frisé (2007) la disminución de CVRS a medida que avanza la edad del adolescente podría explicarse porque al aumentar ésta el sujeto se vuelve más crítico y menos positivo, posiblemente por la mayor exposición a las presiones de la vida (estrés, mayores demandas por parte de los adultos, aumentos del reto académico, posibles dificultades de aceptación de pares, etc.) inherentes a su crecimiento.

De nuevo se aprecia una falta de consenso, ya que algunos autores interpretan que en la base de esta correlación negativa observada está actuando como factor de confusión el crecimiento y la maduración biológica, que aunque están relacionados con la edad, no siempre muestran una total correspondencia, por lo que niños de una misma edad cronológica pueden presentar notables diferencias de crecimiento y maduración (Cumming et al., 2011), mientras que otros creen, en contra de la opinión mayoritaria, que a falta de eventos importantes, la CVRS es relativamente estable durante la adolescencia (Gillison et al., 2008).

5.2. Diferencias en las dimensiones que componen la CVRS según sexo y edad del sujeto

En algunos estudios en los que se emplea el instrumento KIDSCREEN para la determinación de CVRS en las versiones de 52 y 27 ítems (Gaspar et al., 2009; Urzúa et al., 2013) se procede a una interesante disección sobre la valoración que los sujetos hacen de las distintas dimensiones que comprende el concepto.

La percepción de la CVRS en el caso de las niñas es peor en todas las dimensiones a excepción de *Entorno escolar* en la que es más favorable que en los chicos (Gaspar et al., 2009). Respecto a la edad, en este mismo estudio se comprueba que el grupo más mayor (a

partir de los 12 años) presenta una peor percepción de CVRS que el de los más jóvenes (10-11 años) en todas las dimensiones, excepto en *Recursos financieros* y *Aceptación social*.

En relación a la dimensión *Bienestar psicológico*, Urzúa y colaboradores (2013) encuentran que es mayoritariamente la dimensión peor valorada por los sujetos, interpretando que tanto preadolescentes como adolescentes están en un periodo de transición hacia un pensamiento abstracto y deductivo en el que resulta más natural preguntarse sobre su propio bienestar y satisfacción con la vida, no encontrando siempre respuestas favorables. Por otra parte, Gaspar y colaboradores (2009) defienden que las niñas muestran mayor tendencia a internalizar los problemas y dificultades y los chicos a externalizarlos, tendencia que puede repercutir de forma diferencial en la percepción de la CVRS.

La dimensión *Bienestar físico* está peor valorada por las chicas (Gaspar et al., 2009; Urzúa et al., 2013), pudiendo deberse en parte a la mayor importancia que dan los chicos a la actividad física y deportiva, mientras ellas se la otorgan a la actividad social y afectiva. Además algunos autores (Cavallo et al., 2006; Goldbeck et al., 2007; Urzúa et al., 2013) consideran que el desarrollo puberal provoca una alteración hormonal más acusada y con mayor repercusión en la salud física en el caso de las chicas.

La dimensión mejor evaluada, tanto por unos como por otras es *Apoyo social y pares* (Urzúa et al., 2013), lo que no parece extraño dada la enorme relevancia que este tipo de vínculo adquiere a partir de la preadolescencia (Frisén, 2007; Helseth y Misvær, 2010). Para Goldbeck y colaboradores (2007), el adolescente necesita crear su propia identidad, afianzarla y adquirir de forma simultánea una progresiva autonomía de los padres, lo cual podría explicar la decisiva orientación hacia el grupo de amigos y pares, así como a las actividades desarrolladas por ellos. Por otra parte, algunos estudios (Helseth y Misvær, 2010) destacan que existe una relación entre la habilidad para hacer amigos y la imagen positiva que el adolescente tiene de sí mismo.

Por su parte, en el estudio de Gaspar colaboradores (2009), no se aprecian diferencias entre los sexos en esta dimensión.

En cuanto a la dimensión *Relación con los padres y autonomía y Entorno escolar*, la valoración desciende al aumentar la edad en ambos sexos (Gaspar et al., 2009; Urzúa et al., 2013), resultados que han sido corroborados por otros estudios (Frisén, 2007; Goldbeck et al., 2007), distinguiéndose un periodo crítico entre los 15-16 años. A pesar de estos hallazgos, algunos autores (Helseth y Misvær, 2010) creen que los adolescentes otorgan un alto valor a la relación con los padres como aspecto integrante de su propia CVRS, de forma que los conflictos, siempre que éstos sean moderados, no menoscaban la calidad de las relaciones que se establecen entre padres e hijos. Por su parte el estudio de Gaspar y colaboradores (2009) recoge peores medidas en las chicas en la dimensión de *Autonomía*, mientras que en la dimensión de *Entorno escolar* ellas experimentan una mayor satisfacción con la escuela y aspectos relacionados con este ámbito (compañeros, profesores, capacidades de aprendizaje) que los chicos.

6. Medida de la CVRS en adolescentes

Según la revisión realizada por Solans y colaboradores (2008) sobre los instrumentos genéricos existentes para la determinación de CVRS en niños y adolescentes, de los 30 instrumentos identificados, la mayoría fueron desarrollados en países de habla inglesa. Por otra parte, la mayoría de las adaptaciones en castellano de instrumentos anglosajones destinados a medir CVRS en niños tanto enfermos como sanos, han sido desarrolladas por médicos y enfermeros (Quiceno y Alpi, 2008), dando a los mismos una perspectiva biomédica que otorga más relevancia a los aspectos biológicos que a los psicosociales, que sin duda deben estar presentes en cualquier instrumento que pretenda medir CVRS de forma integral.

Ateniéndonos a los instrumentos utilizados para la medición del constructo en España en los últimos años, casi la mitad de los estudios utilizan una de las tres versiones del KIDSCREEN (de 10, 27 y 52 ítems). En los restantes según la búsqueda efectuada, se utilizan instrumentos específicos para niños con enfermedades crónicas como la fibrosis quística (Groeneveld et al., 2012), enfermedades cardíacas (González-Gil et al., 2012), renales (Riaño-Galán et al., 2009), asma (Roncada, Mattiello, Pitrez y Sarria, 2013), etc., o instrumentos creados en otros países y posteriormente adaptados al español, como es el caso del VSP-A que ha mostrado su utilidad en Encuestas de salud realizadas en Francia, país en el que fue desarrollado (Rajmil et al., 2001).

El cuestionario KIDSCREEN para medir la CVRS fue desarrollado inicialmente en 13 países entre los que figuraba España, ampliándose posteriormente a otros. Está diseñado para medir esta variable específicamente en población de niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 8 y 18 años, y puede ser utilizado tanto en población sana como enferma, ya que recoge datos genéricos de CVRS, siendo compatible su administración junto con otros instrumentos más específicos.

Las tres actuales versiones de KIDSCREEN, una primera inicial de 52 ítems, una posterior de 27 ítems (utilizada en este estudio) y una reducida de tan sólo 10 ítems, fueron desarrolladas de forma secuencial con la finalidad de poder ser utilizadas en encuestas epidemiológicas de salud pública, estudios clínicos y proyectos de investigación (Ravens-Sieberer et al., 2014). La versión más extensa de 52 ítems comprende 10 dimensiones: *Bienestar físico, Bienestar psicológico, Estado de ánimo y emociones, Autopercepción, Autonomía, Relaciones con los padres y vida en el hogar, Apoyo social y pares, Entorno escolar, Aceptación social (bullying) y Recursos financieros*. Por su parte, la versión de 10 ítems es una escala unidimensional que representa una medida global de CVRS.

Los motivos para la elección de la escala de 27 ítems en este trabajo fueron:

1. Su longitud y tiempo previsible de cumplimentación eran adecuados teniendo en cuenta que junto con ella iban a administrarse otras dos escalas. La edad de los sujetos que compondrían la muestra (12-17 años) y la administración de la escala final en el aula, no aconsejaba que el tiempo total invertido en los autoinformes fuese excesivamente largo.
2. Proporcionaba información detallada sobre dimensiones que resultaban interesantes para confrontarlas con la automedicación y los estilos parentales, a diferencia de la escala de 10 ítems, que solo aportaba una medida general de la CVRS.
3. La restricción de la información respecto a la escala de 52 ítems era asumible teniendo en cuenta los objetivos de la presente investigación. La dimensión *Bienestar físico* está presente en ambas escalas. Por otra parte las dimensiones de *Bienestar psicológico*, *Estado de ánimo y emociones* y *Autopercepción* se podían ver contempladas en la dimensión *Bienestar psicológico* de la escala de 27 ítems, aunque la información recogida en esta última es necesariamente menor. Respecto a las dimensiones *Autonomía*, *Relaciones con los padres y vida en el hogar* y *Recursos financieros*, quedaban recogidas, aunque de forma más sintética, en la dimensión *Relación con los padres y autonomía* de la escala utilizada. Las dimensiones *Apoyo social y pares* y *Entorno escolar* son similares a las contempladas en el KIDSCREEN-27. Por último, la dimensión *Aceptación social (bullying)* de la escala de 52-ítems aun siendo de indudable interés, escapaba de los objetivos de la investigación por estar además expresamente enfocadas a las víctimas de acoso escolar.

7. CVRS y automedicación

La CVRS es, como ya se ha indicado, un constructo complejo que trata de compendiar el bienestar que el adolescente percibe respecto a su salud física y psíquica, la relación que establece con su grupo de iguales, con sus padres, con el colegio y el desarrollo de su conducta autónoma, todos ellos elementos clave en esta etapa de crecimiento. La automedicación responsable es una estrategia de autocuidado con beneficios ya señalados, mientras que la no responsable lleva implícita un riesgo que podría atentar contra ese bienestar considerado en la CVRS. Por otro lado las dimensiones que componen la CVRS podrían estar relacionadas con aspectos latentes de la actitud que tiene el joven para automedicarse.

A pesar de las posibles conexiones existentes entre estos dos constructos y el interés que éstas podrían tener en población adolescente, la literatura consultada focaliza la investigación en el paciente crónico afectado por enfermedades que claramente condicionan su calidad de vida como por ejemplo el asma, la epilepsia, la diabetes, la obesidad, el autismo, etc. , y a su relación con la medicación que éste toma como consecuencia de su trastorno, pero no se hallan referencias específicas que establezcan nexos de unión entre la automedicación que realiza el adolescente sano y su CVRS. Si se encuentra un estudio reciente (Skarstein et al., 2014), en el que se relaciona, aunque de forma tangencial, un mayor consumo por parte de adolescentes sanos de analgésicos que no requieren prescripción, con una peor calidad de vida concretada en la mayor autopercepción de dolor generalizado, peor estilo de vida, baja autoestima, bajo rendimiento escolar y más elevada percepción de presión emocional.

En población adulta también existe una investigación previa (Schepis y Hakes, 2014) que relaciona la CVRS con el uso no médico de psicotropos, hallando un descenso de la CVRS en aquellos sujetos que tomaban este tipo de medicamentos respecto a los que no realizaban dicho consumo.

Indagando en las dimensiones que componen la CVRS, algunos autores (Ford, 2009) encuentran que el vínculo positivo que el adolescente constituye con su centro educativo disminuye el riesgo ante el consumo de sustancias en general y de medicamentos en particular, ya que los jóvenes que se autoperciben como parte activa de su Escuela, participan de mejor grado en las actividades que allí se realizan. Por el contrario aquellos que no logran establecer una adecuada conexión, están menos protegidos ante el consumo, lo que provoca a su vez un deterioro del lazo de unión con el ámbito escolar.

CAPÍTULO 3.-

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1.	Conceptos de droga y droga psicoactiva. Características y usos de las sustancias psicoactivas.....	109
1.1.	Diferencias entre el uso, habituación, adicción y dependencia. Etapas del proceso de desarrollo de una dependencia.....	110
1.2.	Papel que desempeñan las sustancias psicoactivas en la actualidad.....	112
2.	Clasificación de las sustancias psicoactivas y sus principales efectos	113
3.	Factores de riesgo y protección ante el consumo de sustancias psicoactivas.....	117
4.	Consumo de sustancias psicoactivas en España	122
4.1.	Prevalencia en población general. Edad media de inicio	122
4.2.	Sustancias psicoactivas de mayor consumo: alcohol y tabaco.....	123
5.	La adolescencia como etapa clave en el consumo de sustancias psicoactivas	127
5.1.	Prevalencia del consumo adolescente.....	128
5.2.	Consumo diferencial por sexos y edad. Edad media de inicio del consumo adolescente.....	130
5.3.	Datos de policonsumo en los adolescentes.....	133
5.4.	Percepción de riesgo y de disponibilidad. Vías de información sobre las sustancias psicoactivas	135
5.5.	Alcohol como sustancia psicoactiva de mayor consumo en la adolescencia: efectos adversos asociados	137
6.	Asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y medicamentos	139
7.	Relación entre CVRS y consumo de sustancias psicoactivas.....	141

1. Conceptos de droga y droga psicoactiva. Características y usos de las sustancias psicoactivas

El concepto de droga lleva asociada cierta confusión por los distintos significados que se le han ido otorgando. En la farmacología clásica hacía referencia a la sustancia presente en un medicamento que podía encontrarse como tal en la naturaleza (Gracia y Lorenzo, 2009). Posteriormente se reservó el término para cualquier producto obtenido a través de manipulaciones químicas (Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 2009). Actualmente el término, recogido en el glosario elaborado por la OMS en 1994 y traducido en España por el Ministerio responsable en materia de sanidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009), especifica que, en el contexto médico, droga es cualquier sustancia con efectos potenciales para prevenir, curar o mejora la salud, tanto física como mental, mientras que en el farmacológico sería aquella sustancia química que modifica los procesos bioquímicos y fisiológicos de un tejido u organismo. También recoge el glosario la acepción popular del término droga como sustancia psicoactiva y concretamente como aquella que no es legal. Por su parte dentro de las drogas psicoactivas o sustancias psicoactivas se encontrarían todas aquellas, tanto legales como ilegales, capaces de afectar a los procesos mentales (cognitivos, afectivos) pudiendo producir cambios en la percepción, estado de ánimo, conciencia y comportamiento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Siguiendo a Lorenzo y colaboradores (2009), las características que debe tener una sustancia para que sea considerada droga psicoactiva podrían resumirse en las siguientes:

1. Capacidad de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas.
2. Capacidad de inducir a repetir su autoadministración por el placer que genera.
3. Producción de malestar somático y/o psíquico cuando cesa su consumo.

4. No implica necesariamente utilidad terapéutica, y si la tiene, puede usarse también sin perseguir este fin.

Según los autores citados (Lorenzo et al., 2009), por su propia naturaleza a estas sustancias se les pueden dar diferentes usos:

1. No aprobado o legalmente sancionado: hace referencia al consumo simultáneo de estas sustancias y el manejo de un vehículo o máquina peligrosa, la participación en una competición deportiva o ser portador de armas.
2. Peligroso con implicación de riesgo orgánico: en este sentido el consumo adquiere la naturaleza de una conducta de riesgo, y se refiere, entre otros, al consumo de alcohol por un enfermo con grave daño hepático o al consumo previo a la conducción.
3. Dañino: consumo por personas que por su situación especial de susceptibilidad constituyen grupos de riesgo (niños y jóvenes, embarazadas, ancianos y enfermos).
4. Asociado a una alteración del funcionamiento personal, tanto psicológica como social: se referiría a patrones desadaptativos de consumo ya sea por la importancia y prioridad que el sujeto le otorga, como por los excesos puntuales cometidos.

1.1. Diferencias entre el uso, habituación, adicción y dependencia. Etapas del proceso de desarrollo de una dependencia

La delimitación de los conceptos relacionados con el consumo de sustancias tampoco está exenta de complejidad y controversia. En primer lugar, el *uso* o *consumo* se entiende como la autoadministración de una sustancia psicoactiva (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009). Siguiendo a Lorenzo y colaboradores (2009), el uso se interpretaría como ocasional, aislado, sin repercusión clínica, familiar ni social. Por su parte el término *habituación* se reservaría para la costumbre en el consumo de sustancias psicoactivas. Para algunos autores (Lorenzo et al.,

2009), lo característico de la habituación es que el individuo siente deseo de volver a consumir la sustancia, pero no de forma imperiosa, por lo que no se produce manifestación de trastornos físicos o psicológicos graves cuando no se puede conseguir, y sin presentar aún los efectos de la tolerancia o necesidad de aumentar la dosis para replicar los efectos.

El citado glosario (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009) reconoce que aunque *adicción* es un término confuso, y por tanto no recomienda su utilización, su uso está ampliamente extendido. El vocablo haría referencia al consumo repetido de una o más sustancias psicoactivas hasta la intoxicación (periódica o continuada), caracterizado por el deseo compulsivo de consumo y grandes dificultades para cesar en él, lo que impulsa al sujeto a acceder a la sustancia por distintos medios, con grave alteración del resto de sus actividades y responsabilidades y con efectos perjudiciales tanto para él como para la sociedad. La adicción así entendida se presentaría asociada a los efectos de tolerancia y síndrome de abstinencia cuando el consumo cesa.

Aunque en 1957 un Comité de Expertos de la OMS estableció la definición de ambos términos (habituación y adicción) y sus importantes diferencias, de forma que la primera no estaba asociada a la dependencia física, la tolerancia, ni a la compulsión al uso, y la segunda sí, años más tarde en el glosario elaborado por la OMS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009) se propone la sustitución de ambos términos por el de *dependencia* como necesidad del consumo de dosis repetidas de la sustancia psicoactiva para no sentirse mal o para sentirse bien. El concepto conlleva la pérdida de control sobre el consumo y el deterioro del sujeto, con claras consecuencias adversas para la salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

El desarrollo de una dependencia es un proceso complejo que, siguiendo a Becoña y Cortés (2011), puede discurrir a través de distintas etapas o fases que se enumeran a continuación:

1. De predisposición: relacionada estrechamente con factores de riesgo y protección que aumentan y disminuyen respectivamente la probabilidad del consumo.
2. De conocimiento: vinculada con la presencia y disponibilidad de la sustancia en el entorno del individuo y con el conocimiento de sus propiedades psicoactivas. De la interacción de los factores emocionales, intelectuales, familiares, contextuales y sociales y como consecuencia de los mismos, puede ocurrir que el individuo se abstenga del consumo, o que por el contrario realice la transición a la siguiente fase.
3. De experimentación: suele tener lugar durante la adolescencia o adultez temprana.
4. De consolidación: paso del uso esporádico al hábito y de aquí a la dependencia. De nuevo en esta fase son determinantes los factores individuales, familiares y del contexto de iguales, así como su interrelación. En esta etapa no sólo puede producirse la consolidación del consumo de una determinada sustancia, sino también la transición a sustancias nuevas, habitualmente de mayor poder adictivo.
5. De abandono: esta fase puede sobrevenir por la presión del entorno (pareja, hijos, padres, compañeros, sociedad) o bien por concienciación propia de las consecuencias negativas del consumo. Es relevante para esta etapa que el individuo conozca tratamientos cuyo objetivo sea mantener la abstinencia del consumo a largo plazo.
6. De recaída: puede producirse incluso años después de abandonar el consumo de la sustancia psicoactiva.

1.2. Papel que desempeñan las sustancias psicoactivas en la actualidad

El consumo de drogas psicoactivas se viene produciendo en distintos lugares y culturas desde la antigüedad, apareciendo vinculado a la propia historia de la humanidad. Para algunos

autores (García-Martínez y Sánchez-Lázaro, 2005), la búsqueda del placer y la huida de situaciones adversas asociado al uso de sustancias, son conductas inherentes a la condición humana. Esto hace inviable la existencia de una sociedad sin drogas, sin “amortiguadores químicos” que permitan sobrellevar la angustia, el miedo, el hastío, o encontrar el bienestar inmediato, aunque muchas de las personas que las consumen no ignoran que este supuesto beneficio es inconsistente y no exento de importantes y graves peligros.

Con el establecimiento y desarrollo de las sociedades industriales, el fenómeno adquiere una relevancia extraordinaria por sus consecuencias sanitarias y sociales, convirtiéndose el empleo de sustancias psicoactivas en un problema de orden mundial por sus graves implicaciones individuales, familiares y comunitarias asociadas (Becoña y Cortés, 2011). La producción a gran escala, el desarrollo de nuevos métodos de síntesis, la variedad de formas para su consumo y su mayor disponibilidad, ha extendido su uso de forma alarmante. En la actualidad, se trata de un fenómeno de gran complejidad en el que participan y se interrelacionan aspectos psicológicos, sociológicos, ideológicos y políticos (Lorenzo et al., 2009).

Entre las diferentes funciones que desempeñan las drogas psicoactivas en las sociedades contemporáneas desarrolladas, se incluyen desde los beneficios económicos de las industrias implicadas, hasta el hecho de constituir un poderoso instrumento de marginalización de grupos. Pero sin duda, uno de los más destacables es el papel que desempeñan en las relaciones sociales de identificación simbólica, especialmente entre los jóvenes (García-Martínez y Sánchez-Lázaro, 2005).

2. Clasificación de las sustancias psicoactivas y sus principales efectos

Las sustancias psicoactivas se clasifican en tres grandes grupos, depresoras, estimulantes y alucinógenas, atendiendo a sus características dominantes. En la tabla 9 se

recogen las principales drogas psicoactivas y sus efectos, y en las tablas 10 y 11, un resumen de los potenciales efectos específicos de cada una de las sustancias sobre el sistema nervioso y los riesgos inherentes asociados a su consumo (Lorenzo et al., 2009):

Tabla 9

Clasificación de las sustancias psicoactivas.

	Depresoras	Estimulantes	Alucinógenas
Efecto	Retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales	Excitan la actividad nerviosa e incrementan el ritmo de las funciones corporales	Alteración de conciencia, distorsión de las cualidades perceptivas de los objetos (intensidad, forma, tono) y evocación de imágenes sensoriales sin entrada sensorial que las provoque
Droga psicoactiva	<ul style="list-style-type: none"> · alcohol · cannabis · tranquilizantes menores (hipnóticos y ansiolíticos) · tranquilizantes mayores (neurolépticos y antipsicóticos) · opiáceos (heroína) · disolventes volátiles 	<ul style="list-style-type: none"> · estimulantes mayores (cocaína, anfetaminas y derivados, drogas de síntesis (éxtasis) · estimulantes menores (nicotina y cafeína) 	<ul style="list-style-type: none"> · cannabis · LSD · mescalina · psilocibina · drogas de síntesis (éxtasis)

Elaboración propia basada en Lorenzo y colaboradores (2009).

Tabla 10

Efectos y riesgos asociados al consumo de las sustancias psicoactivas.

Sustancia	Efectos	Riesgos
Alcohol	En una primera fase excitación, euforia, desinhibición y descoordinación. Depresión del sistema nervioso. Alteración de la atención y del rendimiento intelectual	Alteraciones orgánicas (problemas cardiovasculares, digestivos, respiratorios, hepáticos, renales, etc.) y mentales (demencia, delirio, depresión, etc.)
Tabaco	Estimulante, euforizante y tranquilizante en fumadores crónicos	Problemas cardiovasculares y del aparato respiratorio. Cáncer de pulmón, laringe, esófago
Cannabis	Relajación, desinhibición, alivio de la ansiedad, ligero estado de euforia y alucinación sensorial y temporal, somnolencia	Trastornos orgánicos (bronquitis crónica, disminución de la fertilidad) y mentales (disminución de la atención y memoria, trastornos depresivos, disminución del impulso sexual).
Cocaína	Estimulante, excitante, disminución de sueño y fatiga, aumento de la percepción subjetiva de seguridad, agresividad	Rápida tolerancia. Alteraciones mentales (delirios, insomnio, depresión) y orgánicas (problemas gastrointestinales, hepáticos, endocrinos, mayor posibilidad de infartos y hemorragias cerebrales)
LSD	Trastorno de la realidad, alteración de los sonidos, colores y formas	Alteraciones mentales (insomnio, delirio, alucinaciones)

Elaboración propia basada en Lorenzo y colaboradores (2009).

Tabla 11

Efectos y riesgos asociados al consumo de las sustancias psicoactivas (continuación).

Sustancia	Efectos	Riesgos
Heroína	Relajación, disminución de dolor y ansiedad, disminución del estado de alerta y del funcionamiento mental	Trastornos neurológicos (somnolencia, convulsiones, miosis), problemas respiratorios (depresión respiratoria, edema agudo, broncoconstricción), alteraciones digestivas (estreñimiento pertinaz), metabólicas (acidosis), endocrinas (disminución de libido, amenorrea, trastornos en erección y eyaculación), cardiovasculares (bradicardia, hipotensión), hepáticos, etc.
Éxtasis	Estimulación, desinhibición, reducción del sueño	Alteraciones mentales (ansiedad, pánico, delirios, insomnio), riesgo de shock (golpe de calor)
Inhalables volátiles (colas, lacas)	Euforia, alucinaciones	Trastornos mentales y orgánicos, intoxicación
Fármacos estimulantes (sulfato de amfetamina, efedrina, etc.)	Estimulante, excitante, disminución de fatiga y apetito	Alteraciones mentales (delirios, alucinaciones, insomnio), cardio-circulatorias (hipertensión, infartos)
Fármacos depresores (barbitúricos, tranquilizantes, hipnóticos)	Tranquilizantes, somníferos, ansiolíticos	Alteraciones mentales (depresión, deterioro psicológico general) y neurológico (temblores, vértigos)

Elaboración propia basada en Lorenzo y colaboradores (2009).

3. Factores de riesgo y protección ante el consumo de sustancias psicoactivas

Debido a la trascendencia de ahondar en la fase de predisposición como medida clave en la intervención de las dependencias, algunos autores (Clayton, 1992; Pons, 2006) abordan el estudio de los factores de riesgo y protección ante el consumo de sustancias psicoactivas. Desde su perspectiva, un factor de riesgo es un atributo individual, condición situacional, contextual o ambiental que aumenta la probabilidad del uso indebido de un psicoactivo, o la transición al consumo de otra sustancia con mayor poder adictivo que la que se venía consumiendo, mientras que un factor de protección sería aquella variable (también de naturaleza individual o ambiental), que disminuye la probabilidad de aparición y desarrollo de la dependencia, siempre que dicho atributo no presente otros efectos no deseados. Los citados autores establecen las siguientes consideraciones a tener en cuenta sobre los factores de riesgo y protección:

1. Aunque en ocasiones un factor de riesgo es contrario a uno de protección, no siempre es así, tratándose en numerosas ocasiones de categorías independientes. Por ejemplo, si el deseo de búsqueda de nuevas sensaciones y emociones por parte de un adolescente podría constituirse como factor de riesgo ante el consumo de sustancias psicoactivas, el factor contrario (desmotivación ante la novedad) no sería un factor de protección ante el consumo, sino más bien factor de riesgo para otras alteraciones de la conducta.
2. La presencia de un único factor de riesgo no condiciona de forma ineludible el consumo, por no constituirse en condición necesaria ni suficiente, ni la presencia de un factor de protección es causa inexorable para que éste no se dé. La conducta final es el complejo resultado de un conjunto de factores y su interacción,

responsables del aumento o reducción de la probabilidad de desarrollar una dependencia.

3. Los factores de riesgo interactúan entre sí, pero también con las propias características de la sustancia psicoactiva y con las peculiaridades individuales y contextuales del sujeto.

Se recogen a continuación los principales factores de protección y de riesgo según algunos autores (Becoña, 2002; Becoña y Cortés, 2011; García-Martínez y Sánchez-Lázaro, 2005; Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004; Pons, 2006), clasificados en cinco grupos: individuales, familiares, relacionados con los iguales, escolares y comunitarios y sociales.

Factores de riesgo

Individuales:

- Sexo masculino
- Edad entre 15-34 años
- Problemas conductuales y psicológicos: depresión, ansiedad, dificultad para relacionarse
- Baja percepción de riesgo, deseo de búsqueda de nuevas sensaciones y emociones, intolerancia a situaciones repetitivas y monótonas
- Ausencia de valores éticos/morales
- Inadecuadas estrategias de afrontamiento, actitud evasiva ante los problemas
- Impulsividad, bajo autocontrol, dificultades para demorar la recompensa
- Desinhibición, extraversión social, rebeldía, no aceptación de reglas
- Baja tolerancia al dolor

- Intolerancia a la frustración
- Bajo nivel de autoestima, autoconcepto negativo
- Falta de autonomía en la acción y en la toma de decisiones

Familiares:

- Consumo de alcohol/drogas o actitudes favorables al consumo por parte de los miembros de la familia
- Bajo control y disciplina
- Presencia de conflictos familiares
- Bajas expectativas sobre el niño, sus capacidades o su éxito
- Conducta antisocial entre los miembros de la familia o actitudes parentales favorables a la misma
- Abuso físico

Compañeros e iguales:

- Consumo o actitudes favorables ante el consumo de drogas
- Conducta antisocial entre los iguales
- Altamente influenciable
- Rechazo por iguales

Factores escolares:

- Bajo rendimiento académico, fracaso escolar, abandono de la escuela
- Bajo apego a la escuela
- Precariedad de valores en el entorno escolar
- Clima de conducta antisocial en la escuela

Factores comunitarios y sociales:

- Privación económica y social, empleo precario, desempleo
- Discriminación, falta de integración por movilidad
- Bajo apego a la comunidad
- Mensajes pro-consumo desde los medios de comunicación
- Desorganización comunitaria
- Creencias, normas y leyes favorables al consumo o baja percepción social del riesgo
- Alta disponibilidad y accesibilidad de sustancias

Factores de protección

Individuales:

- Habilidades para adaptarse a circunstancias cambiantes
- Poseer aspiraciones de futuro
- Desarrollo de habilidades sociales
- Autoeficacia
- Orientación social positiva
- Aceptación del orden social
- Resiliencia
- Religiosidad

Familiares:

- Creencias saludables y estándares claros de conducta con respecto al consumo
- Dinámica familiar positiva
- Apego familiar

- Implicación de la familia en las actividades del niño
- Adecuadas expectativas parentales
- Confianza positiva en el niño

Compañeros e iguales:

- Baja capacidad para dejarse influenciar
- Resistencia a presiones negativas de los iguales
- Apego a iguales no consumidores
- Apego a iguales implicados en actividades recreativas, deportivas o religiosas

Factores escolares:

- Adecuado rendimiento académico
- Clima institucional positivo
- Cuidado y apoyo de profesores y personales del centro
- Oportunidades para la implicación pro-social, refuerzos y reconocimiento
- Claros estándares de conducta

Factores comunitarios y sociales:

- Mensajes disuasorios del consumo de drogas
- Redes sociales y sistemas de apoyo intracomunitarias y externas, formales e informales
- Baja disponibilidad de sustancias
- Oportunidades para participar como miembro activo de la comunidad
- Normas que facilitan las adecuadas expectativas para los jóvenes

4. Consumo de sustancias psicoactivas en España

4.1. Prevalencia en población general. Edad media de inicio

La delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, realiza sobre población española con edades comprendidas entre los 15 y 64 años encuestas bienales (EDADES) desde 1995. La más reciente es la realizada en los años 2011-2012, publicada en 2013 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). En la tabla 12 se recogen los datos, en tanto por ciento, del consumo de las principales drogas legales (entendiéndose por tal tabaco, alcohol e hipnosedantes, tanto por prescripción médica como sin ella) e ilegales (todas las demás consideradas), en los 12 meses previos a la encuesta, así como la edad media en años del inicio del mismo:

Tabla 12

Tanto por ciento de consumidores de las principales sustancias psicoactivas y media de la edad de inicio de consumo.

Droga	Hombres	Mujeres	Total	Edad de inicio
Alcohol	83.2	69.9	76.6	16.7
Tabaco	44.2	36.0	40.2	16.5
Hipnosedantes	7.6	15.3	11.4	34.5
Cannabis	13.6	5.5	9.6	18.7
Cocaína	3.6	0.9	2.3	22.4
Éxtasis	1.0	0.4	0.7	20.8
Anfetaminas/speed	0.9	0.3	0.6	20.2
Alucinógenos	0.6	0.2	0.4	20.5
Inhalables volátiles	0.1	0.1	0.1	19.7
Heroína	0.2	0.0	0.1	20.7

Elaboración propia basada en la encuesta EDADES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

Los datos revelan un importante cambio en el escenario de consumo de las drogas psicoactivas en comparación con los años previos, virando desde un uso más relacionado con la marginación, a otro integrado socialmente y relacionado con el ocio.

Otro dato destacable son las acusadas diferencias en el consumo entre ambos sexos, siendo éste mayoritario en el grupo de los hombres, con la excepción del uso de hipnosedantes, y de forma más marcada en el caso de determinadas drogas ilegales, como cannabis, cocaína, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas y heroína.

4.2. Sustancias psicoactivas de mayor consumo: alcohol y tabaco

Las dos drogas psicoactivas de mayor consumo son también las de inicio más temprano, concretamente en edad adolescente. Las tendencias de las últimas tres encuestas se recogen en la tabla 13, reflejándose una cierta estabilización del consumo:

Tabla 13

Tendencias del consumo de alcohol y tabaco y de la edad media de inicio del consumo.

Consumo	2007		2009		2011	
	Alcohol	tabaco	alcohol	tabaco	alcohol	tabaco
Alguna vez en la vida	88.0	68.5	94.2	75.0	90.9	71.7
En el año anterior a la encuesta	72.9	41.7	78.7	42.8	76.6	40.2
En el mes anterior a la encuesta	60.0	38.8	63.3	39.4	62.3	37.6
Diariamente durante el mes anterior a la encuesta	10.2	29.6	11.0	31.8	10.2	30.4
Edad media de inicio	16.8	16.5	16.7	16.5	16.7	16.5

Elaboración propia basada en la encuesta EDADES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

El elevado consumo de tabaco y alcohol reflejado en la encuesta EDADES es coherente con el uso extendido de estas drogas en todo el mundo, siendo concretamente el alcohol de uso

dominante en el mundo occidental (García-Martínez y Sánchez-Lázaro, 2005; Lorenzo et al., 2009). Reflejando la gravedad de las consecuencias sanitarias asociadas, hay que destacar que actualmente tras la hipertensión arterial, la segunda y tercera causas de aparición de enfermedades y muertes prematuras son respectivamente el consumo de tabaco y alcohol (Flórez, Sáiz y Cuello, 2010).

4.2.1. Riesgos asociados al consumo de alcohol.

En comparación con otras drogas psicoactivas capaces de desarrollar dependencia de forma precoz, el alcohol ejerce sus efectos de forma mucho más tardía, apareciendo normalmente entre los 40 y 45 años (Flórez et al., 2010). Y sin embargo, mucho antes de que se produzca la dependencia, el consumo de riesgo de alcohol provoca una serie de alteraciones físicas, psíquicas y sociales de gran envergadura. Para establecer los límites entre el consumo de riesgo bajo y los consumos nocivos y de alto riesgo de dependencia, se utiliza la unidad de bebida estándar (UBE), equivalente en España a 10 gramos de alcohol puro. Atendiendo a los criterios del Plan Nacional sobre Drogas (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007), el consumo de riesgo se establecería en cantidades iguales o superiores a 17 UBE/semana en el caso de mujeres, e iguales o superiores a 28 UBE/semana para los hombres. Para los grupos de menores de edad, mujeres embarazadas y otras personas con actividades, enfermedades y tratamientos que desaconsejen la ingesta de alcohol, el consumo de riesgo se establece para cualquier cantidad consumida del mismo. En la siguiente tabla (14) pueden verse las principales alteraciones asociadas a un consumo de alcohol de riesgo.

Tabla 14

Principales alteraciones asociadas al consumo de riesgo de alcohol.

Físicas	Neuropsiquiátricas	Sociales
Digestivas: gastritis, esofagitis, pancreatitis, hepatopatías, malnutrición	Episodios psicóticos	Problemas familiares: maltrato, abandono
Musculo esqueléticas: osteoporosis, miopatías, alteraciones articulares	Trastornos del comportamiento	Problemas laborales: absentismo, bajo rendimiento
Endocrinas: infertilidad, atrofia testicular, amenorrea	Trastornos del nivel de conciencia	Problemas judiciales por conducta violenta, conducción bajo sus efectos, etc.
Cardiovasculares: hipertensión, alteración del ritmo cardíaco, accidente cerebrovascular, cardiopatía	Trastornos cognitivos	
Metabólicas: cetoacidosis, hipoglucemia	Trastornos afectivos	
Hematológicas: anemia megaloblástica, alteraciones leucocitarias, alteración de las plaquetas	Síndrome amnésico	
Neurológicas: crisis convulsivas, síndrome de Wernicke-Korsakoff, pelagra, beriberi	Riesgo de suicidio	
Infecciones: neumonías, tuberculosis, hepatitis virales, infecciones cutáneas	Ansiedad, trastornos del sueño	
Neoplasias: tracto gastrointestinal, hígado, mama		

Elaboración propia basada en diferentes autores (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007; Flórez et al., 2010; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

4.2.2. Riesgos asociados al consumo de tabaco.

Con respecto a la segunda droga más consumida, la OMS (2011) establece que el tabaco es factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción, considerándolo responsable en alguna medida del 80% de las muertes en el mundo desarrollado, situación que podría agravarse por la tendencia creciente en el aumento del consumo en los países en vías de desarrollo, probablemente debido a las estrategias de comercialización allí empleadas. La organización le señala como causante de la muerte de casi 6 millones de personas cada año a través de diferentes enfermedades relacionadas con su consumo.

Como ocurre con la mayor parte de las sustancias psicoactivas, la gran mayoría de los consumidores de tabaco adquieren el hábito durante la adolescencia. La estimación de la OMS (2011) es que actualmente existen en el mundo 150 millones de jóvenes consumidores, la mitad de los cuales podrían morir de forma prematura como consecuencia del hábito tabáquico. Las principales alteraciones asociadas a dicho hábito son (Lorenzo et al., 2009; Plan Nacional sobre drogas, 2007b):

- Respiratorias: bronquitis crónica, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Cardiovasculares: bradicardia, hipertensión arterial, vasoconstricción periférica, angina, infarto de miocardio, trombosis, embolias, accidente cerebrovascular
- Digestivas: úlcera gastrointestinal, gastritis crónica
- Neoplasias: pulmón, laringe, bucofaríngeo, renal, de vías urinarias
- Otras: aumento de ácidos grasos en plasma, descenso de insulina, alteración parámetros bioquímicos, impotencia sexual masculina

5. La adolescencia como etapa clave en el consumo de sustancias psicoactivas

La adolescencia es la etapa de la vida en el que suele iniciarse el consumo de la mayor parte de las sustancias psicoactivas (Becoña y Cortés, 2011; Bisset, Markham y Aveyard, 2007; Fundación Pfizer, 2012; Secades-Villa et al., 2005; Williams y Hine, 2002). Las explicaciones varían de unos autores a otros. Según Estévez y colaboradores (2007), es en esta etapa en la que surgen con mayor frecuencia dificultades en el desarrollo, problemas y situaciones hasta ahora desconocidos a los que los adolescentes tienen que enfrentarse, precisando para ello de nuevas habilidades. Aunque la mayoría de los jóvenes salen bien parados de estos retos, en algunos casos puede provocar ciertos desajustes. Además según los autores, el consumo de sustancias en las sociedades modernas se relaciona en alguna medida con la búsqueda del placer, la diversión y la experimentación de nuevas sensaciones, lo que hace que ciertos comportamientos de riesgo como el consumo de drogas mezcladas, “en atracón”, combinado con la conducción peligrosa, las prácticas sexuales de riesgo o de deportes extremos, tengan cada vez más auge. Por otra parte, para Becoña y Cortés (2011) la falta de adecuadas estrategias en el repertorio conductual de un individuo para reducir el estrés emocional asociado al transcurso de los acontecimientos vitales, favorece el uso de sustancias como alternativa poco adaptativa para enfrentarlo.

Lo cierto es que a pesar de su dependencia legal y material y de las limitaciones que los adolescentes tienen en sus posibilidades de decisión y acción, en las sociedades contemporáneas no son pocas las exigencias sociales a las que se ven sometidos (García-Martínez y Sánchez-Lázaro, 2005). En numerosas ocasiones el adolescente se ve inmerso en dicotomías difíciles de dirimir incluso para personas con mayor grado de madurez y experiencia, como por ejemplo no renunciar a la autonomía propia de su edad, pero ajustándose a las conductas “normalizadas” de su sociedad, o hacer prevalecer su propia personalidad ante el abanico de elecciones que la vida les ofrece, pero adecuándose, a veces en exceso, a sus

referentes familiares y sociales. Una de las dicotomías más relacionadas con el consumo de sustancias y que gana preponderancia en la edad adolescente es la adaptación al grupo de pares con las innumerables ventajas que conlleva, pero a la vez rechazando las imposiciones que no resultan convenientes para su adecuado desarrollo personal (García-Martínez y Sánchez-Lázaro, 2005). En definitiva, la sociedad pide al adolescente que se comporte como un adulto sin ofrecerles muchas veces las herramientas adecuadas para poder hacerlo.

5.1. Prevalencia del consumo adolescente

En España la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, realiza desde el año 1994 encuestas bienales (ESTUDES) sobre población española adolescente, concretamente estudiantes con edades comprendidas entre los 14 y 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias (3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional en España). La última encuesta (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014), recoge información sobre 3 datos temporales: consumo alguna vez en la vida, en los 12 meses previos a la encuesta y en el mes previo.

La evolución del consumo de las principales drogas psicoactivas desde la primera encuesta hasta los últimos datos publicados se recogen en la tabla 15.

Tabla 15

Porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas en el mes previo a la realización de la encuesta.

Droga psicoactiva	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	31.1	32.5	31.9	32.1	29.4	37.4	27.8	32.4	26.2	29.7
Alcohol	75.1	66.7	68.1	60.2	56.0	65.6	58.0	58.5	63.0	74.0
Hipnosedantes							3.6	5.1	5.2	6.6
Hipnosedantes sin receta	2.6	2.2	2.3	2.5	2.4	2.4	2.4	2.9	3.0	3.4
Cannabis	12.4	15.7	17.2	20.8	22.5	25.1	20.1	20.1	17.2	16.1
Éxtasis	2.1	2.3	1.6	2.8	1.9	1.5	1.4	1.1	1.0	1.2
Alucinógenos	2.6	2.8	2.0	2.0	2.0	1.8	1.4	1.2	1.0	1.0
Anfetaminas	2.3	2.3	2.0	2.0	2.0	1.8	1.4	1.2	0.9	1.0
Cocaína	1.1	1.6	2.5	2.5	3.2	3.8	2.3	2.0	1.5	1.5
Heroína	0.2	0.3	0.4	0.3	0.2	0.4	0.5	0.6	0.5	0.6
Inhalables volátiles	1.1	1.2	1.8	1.5	1.1	1.1	1.1	0.9	0.8	0.8

Elaboración propia basada en datos de la encuesta ESTUDES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014). La Encuesta no aporta datos para las celdas vacías.

De los datos se pueden extraer algunas conclusiones importantes (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014):

1. El consumo de tabaco en el año 2010 es el más bajo de toda la serie, volviendo a repuntar su consumo en la siguiente encuesta.
2. El alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre los adolescentes. Las sucesivas encuestas muestran un consumo con cifras que fluctúan, habiéndose alcanzado el consumo mínimo de la serie en el año 2002. Los datos de las últimas encuestas reflejan la ruptura de la tendencia descendente iniciada en el 2004 en los tres indicadores temporales.

3. Sobre el uso de hipnosedantes (sedantes, hipnóticos y somníferos) sólo desde el 2006 se tienen información específica de su consumo sin receta médica. En las tres últimas encuestas el consumo de las dos categorías (total y sin receta médica) está en suave aumento.
4. Desde el 2008 se observa una tendencia descendente en el consumo de cannabis, aunque se mantiene como la droga ilegal más consumida por los adolescentes.
5. Se observan un mantenimiento de los niveles de consumo, o en algunos casos ligeros aumentos o descensos del mismo, en la mayor parte de las drogas ilegales: éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, cocaína e inhalables volátiles.
6. Aunque la heroína es la droga menos consumida por los adolescentes españoles, su consumo se mantiene estable en las tres últimas encuestas.

5.2. Consumo diferencial por sexos y edad. Edad media de inicio del consumo adolescente

El consumo diferencial por sexos y edades de inicio se recoge en la tabla 16. En las principales sustancias ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, inhalables volátiles y heroína), el consumo está más extendido en chicos. Por el contrario destaca el mayor uso de alcohol, tabaco e hipnosedantes en el caso de las chicas. Respecto a la edad media de inicio del consumo, los inhalables volátiles seguidos de cerca por tabaco, alcohol e hipnosedantes y heroína, son las de comienzo más temprano.

Tabla 16

Porcentaje de consumidores de las principales sustancias psicoactivas en los 12 meses previos a la encuesta y media de edad de inicio del consumo.

Droga psicoactiva	Chicos	Chicas	Edad de inicio
Alcohol	80.93	82.9	13.9
Borrachera	51.7	52.3	
Tabaco	33.1	37.5	13.6
Hipnosedantes con y sin receta	8.4	14.9	14.3
Hipnosedantes sin receta	4.4	7.3	14.6
Cannabis	29.7	23.3	14.9
Cocaína	3.4	1.6	15.5
Éxtasis	3.0	1.4	15.8
Anfetaminas/speed	2.4	1.1	15.5
Alucinógenos	2.9	1.1	15.4
Inhalables volátiles	1.6	0.8	13.4
Heroína	1.1	0.4	14.4

Elaboración propia basada en datos de la encuesta ESTUDES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014).

Otro dato de gran consistencia es el incremento en el consumo con la edad para prácticamente todas las drogas psicoactivas, como puede apreciarse en la tabla 17:

Tabla 17

Porcentaje de consumidores de sustancias psicoactivas en los 12 meses previos a la encuesta según la edad.

Droga psicoactiva	14 años	16 años	18 años
Tabaco	20.6	34.7	48.6
Alcohol	63.1	84.2	91.3
Hipnosedantes con y sin receta	7.8	11.6	15.0
Hipnosedantes sin receta	3.7	6.0	7.9
Cannabis	10.5	26.4	38.4
Éxtasis	0.9	2.1	3.8
Alucinógenos	0.9	1.9	3.5
Anfetaminas	0.7	1.5	2.8
Cocaína	1.0	2.2	4.8
Heroína	0.5	0.8	0.5
Inhalables volátiles	1.1	1.4	1.1

Elaboración propia basada en datos de la encuesta ESTUDES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014).

Destaca sin embargo la diferencia poco acusada por edades para la heroína y los inhalables volátiles, detectándose un consumo incluso superior a los 16 que a los 18 años.

Respecto a diferencias atendiendo a la edad y el sexo, la encuesta ESTUDES muestra de forma clara como aumenta el consumo con la edad para ambos sexos, siendo el dato congruente con el aumento de posibilidades de adquisición y uso inherente a la mayor autonomía, poder adquisitivo e importancia otorgada al grupo de iguales de los adolescentes más mayores. Sin embargo las diferencias entre chicos y chicas son pequeñas, aunque se aprecia un mayor consumo de sustancias legales por parte de las chicas y de ilegales por los chicos. A este respecto, resulta revelador la progresiva incorporación de las chicas al consumo de drogas legales, llegando a superar incluso a los chicos en determinados grupos de edad y

patrones de consumo. La encuesta también muestra claras relaciones entre la frecuencia de salidas nocturnas y el horario de regreso a casa (a su vez relacionados con la mayor edad del adolescente) y el consumo de drogas ilegales. Concretamente a partir de las 4 de la madrugada se produce una mayor frecuencia de episodios de *binge drinking* (consumo en atracón) y consumo de cocaína, sin que desde luego implique que las salidas nocturnas en esta franja horaria conlleven necesariamente dichas prácticas. Una clara minoría de encuestados (solamente un 11,8 % de los estudiantes consultados) declararon que no realizaban salidas nocturnas. Los datos de la encuesta también muestran una mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales a mayor frecuencia de salidas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

5.3. Datos de policonsumo en los adolescentes

Según los datos recabados en las encuestas ESTUDES Y EDADES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014), el policonsumo de drogas legales e ilegales, entendido como el consumo simultáneo o no, de más de un tipo de sustancia psicoactiva con dependencia de al menos una de ellas, constituye un patrón cada vez más prevalente tanto en población general como adolescente. En el grupo de adolescentes la consideración de policonsumo con la connotación de dependencia, es si cabe aún más compleja por su carácter episódico y claramente asociado al ocio. Y sin embargo el deseo de potenciar o a veces compensar los efectos de las drogas psicoactivas tomadas, junto con la búsqueda de nuevas sensaciones y de experimentación con diferentes productos, convierte a este grupo etario en especialmente proclive a la mezcla de estas sustancias. El patrón de policonsumo lleva asociado un incremento considerable de problemas sanitarios y sociales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014; Plan Nacional sobre drogas, 2007a), ya que la combinación de tranquilizantes

o cannabis y alcohol potencia los efectos sedantes de éste. El uso conjunto de alcohol y cocaína hace que en apariencia los efectos se contrarresten, pero la toxicidad de ambas sustancias juntas superan con creces la de cada una de ellas por separado (Plan Nacional sobre drogas, 2007a).

Los datos recogidos en la última encuesta ESTUDES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014) sobre policonsumo adolescente pueden consultarse en la tabla 18.

Tabla 18

Porcentaje de consumo de una o más sustancias psicoactivas legales o ilegales en estudiantes de 14 a 18 años.

Nº de sustancias	Año anterior a la encuesta	Mes anterior a la encuesta
1	38.9	41.8
2	20.1	19.8
3	17.5	11.6
4	3.9	1.6
5 o más	2.8	1.4

Elaboración propia basada en datos de la encuesta ESTUDES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014).

Según reflejan los datos de la encuesta, el consumo de alcohol es común en la mayor parte de los policonsumidores, especialmente en los casos de consumo “en atracón” y en los episodios de intoxicaciones etílicas. En el caso de consumo de tres sustancias, mayoritariamente son alcohol, tabaco y cannabis, y en el de cuatro, alcohol, tabaco, cannabis y cocaína. El uso de hipnosedantes ocupa una posición de prevalencia cuando se observan consumos independientes, pero la relevancia es menor en los casos de policonsumo.

5.4. Percepción de riesgo y de disponibilidad. Vías de información sobre las sustancias psicoactivas

A tenor de posibles intervenciones en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la encuesta ESTUDES recoge información relevante sobre la percepción del riesgo, la disponibilidad de las sustancias en el entorno de los jóvenes, la información que reciben y las vías por las que la reciben.

Respecto a la percepción de riesgo ante el consumo de drogas, la encuesta muestra la asociación entre mayor percepción y menor consumo. Las conductas de consumo que presentan para esta población menor riesgo son por orden: tomar 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 o 2 cañas/copas diariamente, seguidas aunque a distancia de tomar hipnosedantes habitualmente y fumar cannabis habitualmente. Se puede apreciar que la ingesta de alcohol, conducta de consumo más prevalente, es también la que menor percepción de riesgo suscita. Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo son el consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de heroína, cocaína y éxtasis y el consumo diario de tabaco (un paquete al día). De forma general, la edad presenta una correlación negativa con la percepción de riesgo.

Por otra parte, las sustancias que se perciben como más disponibles por los adolescentes son también las más consumidas (alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes). Destaca el hecho de que el 53.3% de los encuestados cree que le resultará fácil o muy fácil conseguir hipnosedantes. Teniendo en cuenta que estos medicamentos requieren legalmente prescripción médica, inquieta pensar en el elevado número de jóvenes que sin ella no encuentran excesivas dificultades para consumirlos, lo que inevitablemente nos lleva a preguntarnos dónde los consiguen.

Respecto a la información recibida sobre sustancias psicoactivas, la mayoría de los estudiantes (72.8%) se considera suficiente o perfectamente informado sobre los efectos

asociados al consumo. En la tabla 19 se recogen las principales vías de información y la preferencia de los estudiantes sobre las mismas:

Tabla 19

Porcentaje de las principales vías de información sobre sustancias psicoactivas y preferencias de los estudiantes sobre las mismas.

	vía	preferencia
Charlas y cursos	64.2	44.7
Profesores	55.2	21.5
Profesionales sanitarios	39.0	44.7
Organismos oficiales	28.8	30.0
Personas que han tenido contacto con las drogas	27.7	35.3
Madres	61.1	24.3
Padres	56.2	23.2
Hermanos	18.3	6.3
Amigos	43.5	10.1
Medios de comunicación	55.1	25.3
Internet	41.7	25.6

Elaboración propia basada en datos de la encuesta ESTUDES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014).

Destaca el hecho de que aunque un 43.5 % de los estudiantes declara haber recibido información sobre drogas a través de un amigo, sólo el 10.1% lo considera una fuente preferente. De forma análoga aunque el 41.7% utilizaron internet para informarse, sólo el 25.6% se fía de la calidad de esa información.

Cuando se les pregunta sobre medidas de prevención para evitar el consumo de alcohol (Fundación Pfizer, 2012), los adolescentes piensan que la principal es un mayor control familiar (43.5%), seguido de medidas de intervención de las administraciones públicas (28.2%) y actividad orientadora por parte de los centros escolares (25.1%). En el rango de edad de 16 a

18 años, casi el 70% de los chicos declaran que sus padres les permiten la ingesta de alcohol, aunque la mayoría (60.0%) nunca o casi nunca habla con ellos sobre el tema del consumo. La encuesta (Fundación Pfizer, 2012) también muestra un preocupante desconocimiento por parte de los padres sobre el consumo de sus hijos en el año previo al estudio (39.3% vs. 56.8%).

5.5. Alcohol como sustancia psicoactiva de mayor consumo en la adolescencia: efectos adversos asociados

Indagando en las circunstancias que rodean al consumo del alcohol por los jóvenes, el informe de la Fundación Pfizer (2012) refleja que los jóvenes prueban por primera vez alcohol de forma mayoritaria en la propia casa (23,7%), en la calle (22,3%) o en casa ajena (19,8%), y también principalmente acompañados de amigos (56,1%) o de sus padres (41,3%). Cuando se pregunta a los jóvenes por sus motivos para probar el alcohol, la mayoría esgrime el juego o deseo de vivir una nueva experiencia (37,1%), la celebración de un evento especial o familiar (23,6%), o el deseo de imitar lo que hacen sus amigos (16,3%). Una vez que el joven ya se ha iniciado en el consumo, los lugares en los que predominantemente bebe son la calle (41,5%) o la vivienda, propia o ajena (33,1%).

Los efectos del alcohol sobre el organismo varían, entre otros factores, en función de la edad. Según la información difundida por el Plan Nacional sobre drogas (2007a), los jóvenes son más sensibles que los adultos a los efectos del alcohol en actividades que tienen que ver con la planificación, memoria y aprendizaje, y menos a los efectos sedantes y a la descoordinación motora característica del consumo de esta sustancia psicoactiva. Teniendo en cuenta que el organismo de un adolescente se encuentra en pleno crecimiento, no es extraño pensar que los efectos nocivos de los tóxicos en general y del alcohol en particular son especialmente relevantes en lo que concierne al desarrollo cerebral, capacidad de memoria y aprendizaje, alteraciones de comportamiento, ansiedad, trastornos de sueño, cambios bruscos

de humor y aumento del riesgo de suicidio (Cadaveira, 2009; Flórez et al., 2010; García-Moreno, Éxposito, Sanhueza y Angulo, 2008; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Oliva, 2007; Parada et al., 2011). Por estos motivos, la ingesta de cualquier cantidad de alcohol por un menor de edad es considerada por la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007) como consumo de riesgo.

Resulta inquietante que a pesar de que gran parte de los jóvenes son conscientes de la asociación entre el consumo de alcohol y el mayor riesgo de padecer enfermedades del corazón, hígado, depresiones u otros trastornos mentales (Fundación Pfizer, 2012), un 22,2 % cree que el consumo en fin de semana no produce daño alguno al organismo, y casi el 30% no le atribuye capacidad adictiva, por lo que piensan que pueden dejar de consumirlo en cualquier momento y sin esfuerzo.

Según la información recabada por la OMS (2011), el porcentaje de muertes relacionadas con el alcohol en el grupo etario de 15-29 años es del 9%. Entre los daños causados a esta edad destacan la reducción del autocontrol y el aumento de conductas de riesgo, especialmente referidas a los accidente de tráfico, violencia, ingesta conjunta con otras drogas y medicamentos y alteraciones del comportamiento. Cuando el consumo se realiza en periodos cortos de tiempo y en grandes dosis (*binge drinking* o episodios “en atracón”), aumenta la probabilidad de sufrir alteraciones agudas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), como lesiones provocadas por un accidente o por violencia, conductas sexuales de riesgo, o problemas vasculares y cardiacos súbitos (fibrilación auricular y ventricular, accidente cerebrovascular o muerte repentina). Los efectos a largo plazo, menos conocidos en este patrón de consumo, parecen apuntar a un mayor riesgo de mortalidad, en particular por causas cardiovasculares (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

6. Asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y medicamentos

La diferente finalidad que se persigue con el uso de sustancias psicoactivas y de medicamentos son claras a simple vista. Mientras que las primeras carecen de utilidad clínica y a determinadas dosis no solo pueden alterar el funcionamiento normal del cuerpo sino que también presentan toxicidad, la función de los fármacos es el alivio o curación de síntomas y enfermedades. Y sin embargo, algunos medicamentos como sedantes y barbitúricos entre otros, están catalogados como drogas psicoactivas, pudiendo presentar tolerancia, dependencia, y en algunos casos síndrome de abstinencia con analogías al de otras sustancias adictivas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

A pesar de las desemejanzas, para algunos autores (Andersen et al., 2006; Kokkevi et al., 2008; Levine, 2007; Morales et al., 2009; Westerlund et al., 2008), la conexión entre el consumo de sustancias y medicamentos existe, considerando el consumo no-médico de fármacos de prescripción, en el caso concreto de los adolescentes, como parte de un conjunto de conductas de riesgo, hábitos no saludables y comportamientos problemáticos entre los que se incluirían el tabaquismo, la ingesta de alcohol, el consumo excesivo de alimentos ricos en azúcares y grasas saturadas, el desmesurado uso de la televisión y la negligencia en la utilización de medidas de seguridad, como el cinturón en vehículos y el casco en bicicletas y motos.

Varios son los trabajos que examinan las posibles asociaciones entre el uso no médico de medicamentos de prescripción y de sustancias legales e ilegales en adolescentes (Herman-Stahl, Krebs, Kroutil y Heller, 2007; Kokkevi et al., 2008; McCabe, Knight, Teter y Wechsler, 2005; McCauley et al., 2010; Sung, Richter, Vaughan, Johnson y Thom, 2005). En el trabajo de McCauley y colaboradores (2010) se establecen correlaciones positivas entre el consumo de medicamentos de prescripción para un uso no médico y el consumo excesivo de otras sustancias perjudiciales como alcohol y drogas psicoactivas ilícitas. Para los autores los

resultados no resultan sorprendentes, ya que el uso de varias sustancias que potencialmente pueden causar dependencia y su mezcla, es una práctica común entre algunos jóvenes.

El consumo conjunto de alcohol y medicamentos tiene serias implicaciones por las interacciones que se producen, siendo las más frecuentes la modificación de la actividad terapéutica del fármaco o el incremento de su toxicidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008), siendo especialmente grave la potenciación por parte del alcohol de los efectos depresores del sistema nervioso central cuando se consume junto a fármacos sedantes, con la consiguiente disminución del estado de vigilia, atención y reflejos, o la potenciación del efecto ulcerogénico cuando se consume con determinados analgésicos/antiinflamatorios.

Por su parte Ford (2009) establece una fuerte correlación entre el uso no médico de medicamentos de prescripción, las borracheras y el uso de drogas ilícitas, sugiriendo que el uso de estos fármacos puede ser entendido por los jóvenes como otra forma de uso de sustancias, lo cual resulta altamente preocupante dadas las consecuencias adversas para la salud de determinadas mezclas. Kokkevi y colaboradores (2008) también establecen asociaciones entre el uso de diferentes medicamentos de prescripción, la aparición de problemas de comportamiento en edad escolar, el uso de sustancias legales e ilegales y la conducción de un coche después de beber en exceso o de ser un pasajero con un conductor ebrio al volante.

Las razones que pueden llevar a un adolescente a consumir fármacos psicoactivos sin que le hayan sido recetados no son fáciles de determinar. Aunque son varias las investigaciones que sí han encontrado asociación entre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas psicoactivas con aspectos del ámbito emocional, como el afecto negativo, el apego inseguro, el autoconcepto negativo y el bajo nivel de inteligencia emocional (Hersh y Hussong, 2009; Kun y Demetrovics, 2010; Mason, Hitch y Spoth, 2009; McCauley et al., 2010; McNally,

Palfai, Levine y Moore, 2003), menos son los estudios que buscan posibles asociaciones respecto al consumo de medicamentos.

Y sin embargo pueden encontrarse aspectos comunes en ambas conductas, como sería la gran influencia de las circunstancias personales y sociales en las mismas, su clara conexión con ámbitos de la vida adulta y el uso que se da a las sustancias como forma inmediata de alivio del estrés y del afecto negativo (Hersh y Hussong, 2009; McCauley et al., 2010).

7. Relación entre CVRS y consumo de sustancias psicoactivas

Investigaciones realizadas sobre el efecto del consumo de sustancias sobre la CVRS en población sana y adulta (Okoro et al., 2004) muestran que los bebedores con consumo “en atracción” presentaban mayor incidencia de problemas de estrés, depresión y alteración emocional que el resto de los participantes. Por su parte jóvenes que declaran un consumo habitual de alcohol manifiestan tener una vida menos sana, mayores dificultades académicas, conflictos interpersonales y accidentes, mostrando una CVRS más precaria (Monahan, Bracken-Minor, McCausland, McDevitt-Murphy y Murphy, 2012).

Diferenciando por sexos, la disminución de la CVRS es atribuida por parte de los chicos a las consecuencias físicas del exceso de consumo (dificultad de atención y concentración), mientras que las chicas que mostraban un consumo habitual declaraban sentirse con más energía en mayor medida que las no bebedoras. Para ambos sexos, los consumidores informaban tener mayor cantidad de síntomas depresivos, lo que hacía descender su CVRS. A este respecto, el deterioro en las dimensiones física, mental y relacional asociado al consumo de alcohol puede manifestarse de forma rápida (estado de ánimo depresivo, problemas de sueño, insatisfacción), o años más tarde como ansiedad, depresión o ideaciones suicidas (Chen y Storr, 2006).

En relación con el consumo de tabaco, aunque han sido corroborados los efectos adversos del mismo sobre la salud física y más concretamente el aumento de la probabilidad de padecer enfermedades cardíacas, respiratorias y neoplásicas con el consiguiente descenso de la CVRS (de Miguel et al., 2010; Strine et al., 2005), poco se sabe de sus efectos sobre otras dimensiones que constituyen este complejo constructo. La dificultad es aún mayor en población adolescente, ya que se trata de un hábito instaurado desde hace un corto periodo de tiempo, requiriendo su abordaje centrar el foco de atención en los efectos sobre los diversos constituyentes de la CVRS a corto plazo (de Miguel et al., 2010).

A pesar de las dificultades, diferentes estudios (de Miguel et al., 2010; Monahan et al., 2012; Strine et al., 2005) han mostrado una asociación entre el consumo de tabaco y la disminución de la CVRS en sus dimensiones física y mental. Por una parte el uso del tabaco está asociado a una mayor probabilidad de consumo de alcohol y por otra a un descenso de la actividad física, deterioro en el patrón de sueño, tendencia a un menor consumo de frutas y verduras, mayor susceptibilidad ante los trastornos afectivos, mayor consumo de medicamentos tranquilizantes y antidepresivos y menor porcentaje de días sanos. En resumen, el consumo de tabaco se relacionaría con una constelación de hábitos no saludables modificables con intervenciones adecuadas de Educación para la salud en el ámbito escolar o a través de los medios de comunicación.

Para Becoña (2013) sin embargo, hay que tener en cuenta que la menor CVRS que presenta la población fumadora podría estar contaminada con las propias dolencias físicas de naturaleza crónica inherentes al consumo del tabaco por un lado, y a la mayor proporción de personas con trastornos mentales entre dicha población, lo que dificulta aún más las asociaciones.

El estudio de los efectos del consumo conjunto de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas por chicas adolescentes y su repercusión en la salud física y mental (Gerhardt, Britto,

Mills, Biro y Rosenthal, 2003) ha mostrado deterioros selectivos de la salud mental asociada al consumo conjunto de tabaco, alcohol y otras sustancias, y una peor salud física asociada al consumo de tabaco. Para los autores, las adolescentes se refugian en estos y otros comportamientos de riesgo para lidiar con problemas emocionales, lo que perpetúa y aumenta el riesgo de que estos se mantengan o incluso se intensifiquen.

CAPÍTULO 4.-

ESTILOS PARENTALES

1.	Los estilos parentales	147
1.1.	La familia como entorno de socialización	147
1.2.	Los antecedentes de la investigación sobre los estilos de socialización parental 150	
1.3.	Tipologías de los estilos parentales	152
1.4.	Influencia del estilo parental en diferentes características y habilidades de los hijos	158
1.5.	Críticas al modelo de socialización parental y propuesta de un modelo integrador	160
1.6.	La investigación de los estilos parentales en la actualidad.....	165
2.	Estilos parentales y adolescencia	166
2.1.	La adolescencia como época de cambio	166
2.2.	Investigación sobre estilos parentales y adolescencia. La eficacia socializadora de los distintos estilos	169
3.	Estilos parentales y consumo de medicamentos en el adolescente.....	173
4.	Estilos parentales y CVRS del adolescente	175
5.	Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas por los adolescentes. Principales factores de influencia parental	176
5.1.	Influencia de la tipología de estilo parental en el consumo de sustancias psicoactivas.....	180
6.	CVRS, estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas.....	188
7.	Medición del estilo parental del adolescente	189

1. Los estilos parentales

1.1. La familia como entorno de socialización

A lo largo del desarrollo de un niño, son varios los agentes de socialización que actúan de forma conjunta e interdependiente sobre su personalidad en formación, destacando la familia, la escuela, los amigos, el entorno vecinal y los medios de comunicación. Cada uno de estos agentes ejerce una influencia importante, en algunos casos decisiva, pero es la familia el entorno básico en el que el niño convive, aprende, construye su identidad y fragua sus expectativas, y también el contexto crucial en el que se resuelven las demás influencias socializadoras (Maccoby, 1992). El papel de la familia trasciende el afán de conseguir la supervivencia de los hijos, su cuidado físico, la atención a sus necesidades básicas y la protección frente a enfermedades y accidentes. En ella se produce la integración sociocultural, se desarrollan habilidades, se adquieren hábitos y valores y se despliega de forma permanente un gran abanico de posibilidades educativas (Palacios y Rodrigo, 1998).

La familia es actualmente un referente esencial para el individuo en todas las épocas de la vida, pero cobra una especial relevancia durante los primeros años (Estévez, Jiménez y Musitu, 2007; Palacios, 1999), ya que la gran mayoría de los niños y adolescentes viven en el hogar familiar y pasan gran parte de su tiempo con sus padres. Además de cuidarles, abastecerles y protegerles, los padres comparten un tiempo crucial en el desarrollo de la personalidad, permitiéndoles establecer, en la mayoría de los casos, una relación sólida y duradera en el tiempo, con enormes potencialidades para la transmisión de creencias, actitudes y emociones. Es por ello que entre las funciones parentales destaca la transmisión de la imagen del mundo que nos rodea a través de la educación y la integración en todos los ámbitos que conforman el contexto en el que nos ha correspondido vivir, constituyéndose como agentes socializadores primarios (Becoña y Cortés, 2011; Estévez et al., 2007; Hersh y Hussong, 2009).

Esto no quiere decir, por otra parte que la influencia de los padres en los hijos sea unidireccional, sino recíproca (Coley, Votruba-Drzal y Schindler, 2008; Estévez et al., 2007), ya que el comportamiento de éstos y su propia personalidad influye en el estilo parental de socialización de aquellos.

En la sociedad contemporánea, muchas familias han sufrido una importante reducción de sus apoyos sociales por la insuficiencia de gasto público y se han visto desbordadas a la hora de establecer pautas adecuadas de socialización, situando a sus miembros ante serias dificultades (Maestro, 2006; Palacios y Rodrigo, 1998; Palacios-Delgado y Andrade, 2008). Especiales complicaciones pueden plantearse en familias monoparentales, aquellas con graves dificultades económicas, con escaso apoyo de la red familiar por la distancia entre sus miembros impuesta por razones laborales o de otro tipo, con ritmos de vida que no favorecen la comunicación ni el ocio con los hijos, desestructuradas por la presencia en el hogar de miembros con algún tipo de dependencia, etc. Pero a pesar de los cambios y tensiones a los que está sometida la familia de hoy, su relevancia y peso en la formación de los hijos sigue siendo incuestionable. Además, la familia se constituye como la principal fuente de protección frente a factores de riesgo que puedan dificultar el adecuado desarrollo del niño y adolescente, exceptuando cuando es ella misma la que se constituye como tal (Palacios, 1999).

Sin obviar la delegación de responsabilidades educativas y socializadoras en otras instituciones de gran importancia, como la escuela, la responsabilidad adquirida por los padres es un compromiso de vida que ni se limita a la manutención, ni se restringe a los primeros años de existencia, sino que se extiende en el tiempo (Palacios y Rodrigo, 1998), estableciéndose en muchos casos de forma vitalicia un vínculo de afecto, apoyo y protección recíproca sin el que el bienestar afectivo y en muchas ocasiones material de sus componentes, ya no puede entenderse.

Entendidas en este contexto, las prácticas educativas o de socialización parental pueden definirse como un proceso de aprendizaje no formalizado y en gran medida no consciente, por el que los hijos asimilan no solo conocimientos, sino también costumbres, valores, actitudes, formas de sentir y expresarse, y otros patrones culturales, a través de un entramado conjunto de interacciones con su familia (Musitu, 2000).

En el ambiente del hogar los padres emplean distintas estrategias de socialización mediante la aceptación o el rechazo del comportamiento del niño, la expresión de su afecto o por el contrario su frialdad, la flexibilidad o rigidez en el establecimiento de las normas, el desarrollo de la autonomía o el control de su conducta, convirtiéndose en la transmisión más eficaz de actividades y herramientas características de la adaptación a la cultura en la que el niño está inmerso desde su nacimiento.

Según Bayot y Hernández (2008) una adecuada socialización parental debe incluir necesariamente el establecimiento de límites conductuales ajustados a la edad de los hijos y a sus necesidades cambiantes, así como impulsar de forma adecuada el desarrollo en las diferentes esferas de la vida, emocionales, culturales y sociales, con el fin de que se pueda garantizar el desarrollo autónomo de la persona. Estas prácticas socializadoras distan de ejecutarse del mismo modo en las diferentes culturas, ni de permanecen inalterables a lo largo de las distintas épocas. La interacción entre los ejes, tiempo-cultura, delimita lo que es deseable y lo que no lo es, qué variaciones individuales se admiten como “normales” y cuáles son consideradas como “desviadas” respecto a una conducta adecuada. Pero además de las diferencias manifiestas entre las culturas y las épocas, también se encuentran grandes variaciones en la forma en que las familias socializan a los hijos dentro de una misma cultura, por lo que puede entenderse que el imbricado conjunto de actividades socializadoras dominantes en el seno de un hogar, configura el estilo propio de cada núcleo familiar.

1.2. Los antecedentes de la investigación sobre los estilos de socialización parental

A pesar de que las primeras investigaciones sobre los estilos parentales realizadas por Diana Baumrind en la década de los 60 del pasado siglo (1966; 1967; 1968) marcaron un hito decisivo en el estudio y la investigación de este complejo constructo, el estudio del comportamiento de los padres con sus hijos y la influencia del mismo en su desarrollo, había sido objeto de interés durante las décadas anteriores desde diferentes enfoques y perspectivas (Darling y Steinberg, 1993).

En los años 30 y 40, las corrientes conductistas, psicoanalistas y psicodinámicas coincidían en destacar que las prácticas parentales influían en el desarrollo del niño, pero que los comportamientos paternos y maternos eran una de las muchas influencias que el niño recibía, siendo difícil disgregar y estudiar de forma separada el influjo de la familia y de otros entornos que el niño frecuentaba. Desde el convencimiento de que estudiando los comportamientos se puede acceder a conocer las actitudes, algunos investigadores trataron de evaluar las parentales, estudiando el ambiente que los padres establecían en el hogar del niño.

Los hallazgos de Baldwin (1948) sugieren que la atmósfera creada por los padres en el hogar, hace que aumente o disminuya las habilidades de los niños a la hora de comportarse activamente en su entorno. Si los padres establecen un ambiente de libertad, permisividad, ausencia de castigo cuando el niño explora su entorno, se fomenta el desarrollo de su autonomía. Además si el niño puede establecer contacto emocional con los padres y recibir su apoyo y afecto, el desarrollo será más favorable. Para Baldwin el estilo democrático de la crianza favorece la independencia de pensamiento y su curiosidad, siendo más provechoso en su desarrollo que la crianza autoritaria.

En la década de los 50 y desde la perspectiva del aprendizaje social, el estilo parental no era considerado como un concepto en sí mismo, sino como un compendio de prácticas parentales específicas (imposición de castigos, establecimientos de normas, etc.). Según este

enfoque, las diferencias en el desarrollo de los niños eran un reflejo de las propias características del entorno en el que habían aprendido sus comportamientos (Darling y Steinberg, 1993).

A pesar del enorme interés que ya suscitaba el estudio de las pautas educativas y los estilos parentales durante estas décadas y de que se había abordado desde diferentes perspectivas marcadas cada una de ellas por los modelos teóricos imperantes en la época, se pueden destacar tres aspectos relevantes comunes a los distintos enfoques (Ceballos y Rodrigo, 1998; Darling y Steinberg, 1993):

1. Las relaciones padres-hijos se entendían de forma unidireccional, destacándose la importancia de la influencia de los padres en el comportamiento de los hijos, pero ignorándose la posible influencia de los hijos sobre la práctica parental llevada a cabo.
2. Las características que subyacían en los diferentes modelos de socialización familiar convergían en dos dimensiones, una relacionada con el tono emocional y la comunicación (afecto/hostilidad, aceptación/rechazo, proximidad/distanciamiento, comunicación/aislamiento) y otra con el control de la conducta y el cumplimiento de normas y exigencias (autonomía/control, dominio/sumisión, permisividad/restricción).
3. La forma que los padres tienen de ejercer su función parental influye en el desarrollo del niño, perdurando dicha influencia en el tiempo.

La creencia de que existía cierta estructura subyacente en los estilos parentales cristalizó en los trabajos de Baumrind, iniciados en la década de los 60 y continuados hasta nuestros días (1966; 1967; 1968; 1971; 1978; 1980; 1991; 1996; 2010; 2012) . Con ella surge el primer modelo explicativo de socialización familiar que permitió clasificar a los padres en diferentes categorías (Jiménez y Muñoz, 2005). Para la investigadora, uno de los papeles

principales de los padres es la socialización, es decir, la transmisión a los hijos de su cultura, hábitos y valores a través de la educación, entrenamiento e imitación de las conductas observadas. Este proceso arranca siempre por iniciativa del adulto y su máxima expresión de complejidad la alcanza en su pretensión de que los niños se ajusten a las demandas del agente socializador, pero desarrollando su propia integridad personal, llegando a producirse la coexistencia de individualidad y responsabilidad social (Baumrind, 1978).

1.3. Tipologías de los estilos parentales

Desde sus primeros estudios Baumrind puso su foco de interés en la influencia que tenía en el desarrollo de los niños la autoridad parental articulada en el concepto de control. Para la autora, el ejercicio del control no es sinónimo de restricción o castigo físico, sino que refleja el afán de los padres para integrar a su hijo en la familia y en la sociedad a través de la demanda de un comportamiento adecuado. En este contexto, el control no se distribuye linealmente y de forma continua entre dos extremos (alto y bajo), sino que pueden distinguirse tres tipos de control parental cualitativamente diferentes, a los que Baumrind denominó autoritario, autoritativo y permisivo, cuyas características fueron detalladas en sus trabajos iniciales (1966; 1968) de la siguiente forma:

1. *Estilo autoritario*: caracterizado por bajos niveles de afecto y comunicación. Los padres autoritarios establecen normas que no pueden ser discutidas y que son formuladas por lo que ellos consideran una autoridad superior que posee el conocimiento, con el objetivo de que el comportamiento de sus hijos se ajuste a un conjunto de conductas estándar establecidas de forma rígida. Esta estructura de normas es valorada por sí misma y garantiza que el orden tradicional de las cosas se mantenga con poca o ninguna variación. Para los padres autoritarios la obediencia es una virtud y cuando la conducta del niño entra en conflicto con sus

estándares de comportamiento, recurren a la privación o al castigo, que puede llegar a ser severo. Para mantener al niño en su sitio, restringen su autonomía, pero se muestran muy exigentes con su madurez, distribuyéndoles responsabilidades para que aprenda a respetar el trabajo. No están inclinados a explorar los intereses y necesidades de sus hijos, por lo que su sensibilidad y responsividad a las demandas del niño son escasas, mostrándose distantes, poco afectuosos y estableciendo con su hijo un estilo de comunicación unidireccional.

2. *Estilo autoritativo o democrático*: presenta valores altos en la dimensión de afecto y comunicación, así como en la de exigencia y control. El control en este caso está orientado a la actividad del niño de forma racional, es decir, adaptada a sus posibilidades, y estableciendo normas explicadas y dialogadas con los niños en las que se tienen en cuenta las objeciones de éstos. No quiere decir que los padres se mantengan alejados de su propia perspectiva como adultos, sino que reconocen los propios intereses individuales del niño y los integran a su punto de vista. El poder empleado es razonado y las reglas establecidas son claras y coherentes, exigiendo su cumplimiento con firmeza pero no de forma completamente rígida. Cuando establecen una práctica disciplinaria, es más inductiva que coercitiva, se explican las consecuencias ante los problemas de conducta y se aportan alternativas. Pueden imponer castigos, pero verbales y razonados, no físicos. Dan importancia a la promoción de la autonomía, pero sin dejar de realizar un control ajustado a la etapa de desarrollo del niño. La comunicación es fluida y bidireccional, enriquecedora. No se muestran intrusivos y las manifestaciones de apoyo y afecto son frecuentes.
3. *Estilo permisivo*: presenta también altos niveles de comunicación y afecto, pero bajos de exigencia y control. Los padres permisivos aceptan las acciones, deseos e impulsos de sus hijos y no castigan su conducta, ni les imponen restricciones.

Pactan con ellos las normas y reglas familiares, siendo escasas las demandas de responsabilidad. Consideran que el propio niño debe regular sus actividades lo máximo posible, evitando el control excesivo y animándole a que no obedezca estándares impuestos externamente. Los padres no se consideran un modelo para ser imitados por sus hijos, sino la fuente de sus deseos. Se adaptan al niño y se preocupan de identificar sus necesidades y ayudarles a satisfacerlas.

Aunque la tipología de Baumrind estaba basada en el tipo de autoridad parental empleada, en sus trabajos empíricos comprobó que dicha autoridad se asociaba con otras dimensiones parentales (Baumrind, 1967). Por ejemplo, sus hallazgos mostraban que los padres permisivos y autoritarios tenían una comunicación menos efectiva y más unilateral que los democráticos, y eran menos demandantes de la madurez de los niños que éstos. Por otra parte, los padres autoritativos (con hijos maduros) y los autoritarios (con hijos menos ajustados) se diferenciaban fundamentalmente en la variable afecto, mientras que los autoritativos se diferenciaban de los permisivos (niños mal ajustados) en la variable control. (Baumrind, 1966).

Otra importante aportación del modelo de Baumrind (1967; 1971) que marca una distinción con las investigaciones previas, es la consideración de que los niños también influyen en sus padres, y que dicha influencia revierte en su propia socialización y desarrollo. Esto hacía concebir el estilo parental como una característica de las relaciones padres-hijos, y no como exclusiva de los padres, como hasta el momento.

Años después algunos investigadores cuestionaron las fortalezas del modelo de socialización parental dominante por estar excesivamente centralizado en el control parental (Lewis, 1981), aunque sin poner en duda la validez empírica del trabajo que asocia la parentalidad autoritativa con una mayor competencia de los niños. Para Lewis la inevitable intercorrelación de las características de los padres, hace difícil discernir los mecanismos que subyacen en el comportamiento de los niños criados en diferentes tipos de familias. La

investigadora cuestiona la validez del argumento defendido por Baumrind sobre el hecho de que un fuerte control llevado a cabo por los padres autoritativos permita que los niños internalicen los valores paternos. Opina sin embargo, que no es el alto control lo que permite que los niños sean autónomos y a la vez conformes a cumplir las reglas, sino la comunicación recíproca característica de las familias con estilo democrático. Es el éxito logrado por estos niños al modificar de forma racional y argumentada ciertas normas, lo que favorece su desarrollo autónomo.

El punto de vista de Lewis deja abierta la exploración a los procesos de fondo que subyacen en la idea bien establecida de que determinadas prácticas parentales se relacionan con ciertas características de los niños. Pero a pesar de las posibles lagunas explicativas, la tipología de Baumrind seguía siendo considerada la más adecuada para abordar el estudio de la influencia parental en el desarrollo de los hijos. Algunos investigadores se preguntaban si el modelo también permitiría explicar el comportamiento de familias diferentes a las estudiadas por ella (familias americanas de raza blanca, clase media y con estrategias de ajuste para adecuarse a las demandas de su entorno, necesidades y aspiraciones), y si el estilo autoritativo era el más adecuado también para familias con características distintas a las estudiadas predominantemente por la autora.

Años más tarde, el trabajo de Maccoby y Martin (1983) marca otro hito en el abordaje del estudio de la socialización parental. Los autores fusionan el modelo de Baumrind con modelos anteriores basados en dimensiones, logrando enriquecer de esta forma la tipología de los estilos de socialización parental. Apoyándose en su trabajo empírico, crearon constructos lineales que permitían medir los aspectos teóricamente más relevantes del estilo parental y posibilitaba generalizar el modelo en poblaciones con características diferentes a las estudiadas por Baumrind.

Uno de los aspectos más relevantes de la aportación de Maccoby y Martin (1983) fue establecer las dos dimensiones que en su opinión formaban la base estructural del concepto estilo parental, a las que llamaron *responsiveness* (traducida al castellano como afecto/comunicación) y *demandingness* (traducida como control/exigencia):

1. *Afecto/comunicación* refleja acciones de apoyo, atención e interés explícito a las demandas del niño y sensibilidad ante sus necesidades. El apoyo se entiende como contingente al comportamiento del niño, de forma que los padres muestran su aprecio y alaban al niño cuando consideran que lo merecen, pero no cuando realiza un comportamiento que ellos consideran no deseado.
2. *Control/exigencia* recoge las reclamaciones de los padres a los hijos con el fin de integrarlos en la familia. Dichas demandas van cambiando según lo hace la madurez del niño y conllevan la supervisión y la disciplina en el caso de que el niño desobedezca.

Desde el punto de vista de los autores, el afecto/comunicación es la dimensión que se encuentra en la base del reconocimiento por parte de los padres de la individualidad del niño, mientras que el control/exigencia refleja la voluntad de los padres de socializar a su hijo (Darling y Steinberg, 1993). Para Maccoby y Martin (1983) en el estilo parental subyacían dos procesos básicos que lo estructuraban: la cantidad y clase de demandas que los padres hacen a los hijos y la contingencia del refuerzo parental.

Basándose en las dimensiones citadas, los autores (1983) establecen un estilo autoritario y autoritativo (o democrático) con características muy similares a las definidas por Baumrind, mientras que el estilo permisivo definido por la autora lo desdoblaban en indulgente (padres muy afectuosos pero que ejercen poco control) y negligente o indiferente (mínimo nivel de control y de afecto y baja sensibilidad hacia las necesidades del niño).

Las tipologías de Maccoby y Martin se recogen en la tabla 20:

Tabla 20

Tipologías de los Estilos parentales según Maccoby y Martin.

		Afecto y comunicación	
		alto	bajo
Control y exigencias	alto	<i>Democrático</i>	<i>Autoritario</i>
		Altamente demandantes y responsivos Afecto manifiesto Apoyo explícito Sensibilidad ante las necesidades del niño e interés por sus cosas Promoción de las conductas deseables Disciplina inductiva: normas claras, razonables y estables en el tiempo Explicación de las normas y de las consecuencias de incumplirlas Control-guía No intrusivos ni restrictivos Raramente punitivos	Altamente demandantes, poco responsivos Afecto controlado y no explícito Baja sensibilidad ante los intereses del niño Frialdad en las relaciones, hostilidad o rechazo Control de conductas indeseables Disciplina coercitiva: imposición de las normas, sin explicaciones Afirmación de poder Control-imposición
	bajo	<i>Permisivo</i>	<i>Negligente</i>
		Más responsivos que demandantes Afecto manifiesto Sensibilidad ante las necesidades del niño e interés por sus cosas Aceptación, permiten la autorregulación del niño Escasas exigencias, ausencia de retos No demandan madurez Evitan la confrontación Escasa supervisión del cumplimiento de normas	Ni responsivos ni demandantes Nula expresión de afecto Frialdad en las relaciones, hostilidad o rechazo Insensibilidad incluso en aspectos básicos Inatención Control inconsistente: ausente o excesivo, supervisión colérica

Elaboración propia basada en diferentes autores (Baumrind, 1991; Ceballos y Rodrigo, 1998; Palacios, 1999).

1.4. Influencia del estilo parental en diferentes características y habilidades de los hijos

A partir del modelo de Maccoby y Martin (1983), el interés de los trabajos sobre socialización familiar comenzó a trascender el mero afán clasificatorio de los padres en función de su estilo educativo, estableciéndose como meta prioritaria la valoración de la eficacia de los distintos estilos y sus consecuencias en el desarrollo del niño y del adolescente. Concretamente, en las últimas décadas del siglo XX comienzan a ser prolíficos los estudios para evaluar los niveles de desarrollo psicosocial (autoconfianza, competencias sociales), competencia escolar, problemas internalizantes (síntomas psicológicos y somáticos) y externalizantes (consumo de sustancias, delincuencia, mal comportamiento en la escuela) en niños y adolescentes socializados en el seno de familias democráticas, autoritarias, indulgentes y negligentes (Day, Factor y Szkiba-Day, 1994; Fletcher y Jefferies, 1999; Ge, Best, Conger y Simons, 1996; Harralson y Lawler, 1992; Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1996; Steinberg, Lamborn, Darling y Mounts, 1994).

En el trabajo de Lamborn, Mounts, Steinberg y Dornbusch (1991) los hallazgos mostraron que los hijos de padres democráticos puntuaban más alto en competencias psicosociales y más bajo en medidas de disfunciones psicológicas y comportamentales que el resto de los adolescentes, mientras que los hijos de padres negligentes reflejaban la tendencia contraria. Hijos criados en ambientes autoritarios mostraban obediencia y conformidad con los estándares adultos, pero tenían peor autoconcepto que los otros jóvenes, mientras que los hijos de padres indulgentes presentaban elevado nivel de autoconfianza, pero estaban peor conectados con la escuela y su nivel de consumo de sustancias psicoactivas era más elevado.

Las consecuencias en los hijos según el modelo de socialización empleado por sus padres pueden observarse en la tabla 21.

Tabla 21

Consecuencias en los hijos según el modelo de socialización empleado por los padres.

	Estilo parental			
	Autoritario	Democrático/ autoritativo	Negligente	Indulgente
Competencia/ habilidades sociales	Escasa	Adecuada	Baja	Escasa
Autocontrol	Agresividad, impulsividad cuando el control no se ejerce desde fuera. Dificultad para posponer gratificaciones	Adecuado. Capacidad para posponer satisfacciones inmediatas y obtener recompensas a largo plazo	Pobre (heterocontrol). Propensión a conflictos personales y sociales	Bajo, impulsividad. Dificultad para posponer gratificaciones y persistir en las tareas
Motivación	Evitación de castigo	Fidelidad a compromisos personales	Escasa. No respeto a normas	Escasa, baja capacidad de esfuerzo
Autoestima	Baja	Elevada	Baja, inseguridad	Alta
Alegría/ espontaneidad	Poca, mayores niveles de depresión	Adecuada. Bajos niveles de depresión	Inestabilidad emocional, ansiedad, depresión	Alegres y vitales
Autoconcepto/ autoconfianza	Bajo	Realista	Débil	Sensibles a la presión de pares
Autonomía/ responsabilidad	Baja	Adecuada, iniciativa	Graves carencias en autorresponsabilidad	Inmadurez
Problemas comportamiento	Conductas delictivas, consumo de sustancias (resultados no consistentes)	Escasos	Delincuencia, agresividad, comportamiento antisocial	Consumo de sustancias
Rendimiento escolar	Moderado	Adecuado	Bajo	Bajo

Elaboración propia basada en diferentes autores (Baumrind, 1991; Ceballos y Rodrigo, 1998; Estévez et al., 2007; Lamborn et al., 1991; Torio López, Peña Calvo y Rodríguez Menéndez, 2008).

1.5. Críticas al modelo de socialización parental y propuesta de un modelo integrador

A mediados de la década de los 90 y durante la primera década del presente siglo, varias voces enjuician el modelo de socialización familiar vigente. Las principales críticas se cristalizan en los siguientes aspectos:

1. El modelo no ahonda en los mecanismos de la influencia parental sobre sus hijos (Jiménez y Muñoz, 2005) .
2. Adolece de excesiva rigidez (Palacios, 1999), ya que idealiza el estilo democrático sin reconocer ventaja alguna a los estilos autoritario y permisivo. Sin embargo para el autor, ciertas dosis de permisividad son beneficiosas en niños tímidos, como ciertas dosis de autoridad lo pueden ser para pequeños excesivamente intrépidos. No obstante coincide con la investigación precedente en que el estilo democrático es el que posee mayor potencial educativo, tanto para el desarrollo personal como para el social, radicando su éxito en sus altos niveles de afecto, sensibilidad, flexibilidad y comunicación, junto con dosis adecuadas de control y disciplina razonada.
3. La mayor parte de los investigadores están de acuerdo en la importante influencia que ejerce la familia en el desarrollo de la personalidad y la conducta de los hijos, pero algunos creen que el modelo imperante obvia la influencia de los otros contextos en los que el niño se mueve, especialmente el escolar y de pares. Posiblemente las relaciones que establecen los niños con sus iguales estén impregnadas por valores y actitudes aprendidos en casa, pero ni exclusiva, ni rígidamente determinadas por ellos (Palacios, 1999). Algunos autores (Harris, 1995) incluso niegan que las prácticas parentales tengan implicaciones a largo

plazo en el desarrollo de la personalidad de sus hijos, basándose en la idea de que es el contexto externo al hogar, y sobre todo el contexto de pares el determinante.

4. Consideración insuficiente de la bidireccionalidad en las relaciones padres-hijos (Ceballos y Rodrigo, 1998; Coley et al., 2008; Kerr, Stattin y Özdemir, 2012; Oliva et al., 2008; Palacios, 1999; Pettit y Arsiwalla, 2008). Desde esta perspectiva los padres influyen en los hijos, pero los comportamientos de los hijos influyen y modifican el estilo educativo de sus padres. Así, el hijo lejos de ser un mero receptor, tiene un papel decisivo en su propio desarrollo, ya que construye de forma activa el entorno que le rodea.
5. Excesiva simplicidad del modelo: algunos autores (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington y Bornstein, 2003) defienden la idea de que la influencia genética debe ser incorporada, ya que es capaz de explicar, o al menos moderar, el diferente comportamiento de jóvenes que han vivido experiencias altamente aversivas, como por ejemplo el maltrato por parte de los padres (Caspi et al., 2002). Desde esta perspectiva los factores ambientales no son los únicos que juegan un papel en el desarrollo de la personalidad humana. Las influencias genéticas no son en absoluto desdeñables, y menos aún las posibles interacciones de ambos aspectos. Estudios realizados en esta línea (McGuire et al., 1999) subrayan la influencia de las experiencias únicas que cada adolescente vive y su interrelación con sus características genéticas, lo que podría estar en la base de la explicación de las diferentes personalidades de los hermanos que comparten el mismo hogar. Desde este punto de vista la semejanza de los hermanos descansaría en el hecho de sus similitudes genéticas y sus experiencias compartidas, mientras que sus diferencias radicarían en sus experiencias no compartidas (Palacios, 1999), que pueden ser tanto o más importantes que las primeras.

Tratando de crear un modelo en el que tenga cabida la indudable complejidad de la socialización parental, Darling y Steinberg (1993) hacen una propuesta integradora basada en lo que para los autores son tres características fundamentales de los padres que determinan su influencia en el desarrollo de sus hijos: las metas de socialización, las prácticas que utilizan para alcanzarlas y las actitudes expresadas a sus hijos. El estilo parental estaría conformado para estos autores por un conjunto de actitudes de los padres hacia el niño, que le son comunicadas, y que constituyen un clima emocional en el que se pone de manifiesto los diferentes comportamientos de los padres, tanto los dirigidos a metas concretas derivadas del ejercicio de los propios deberes parentales, como aquellos otros sin meta específica, por ejemplo, una expresión de afecto espontánea, un gesto, un cambio en el tono de voz, etc. (Darling y Steinberg, 1993). Sin embargo, por prácticas parentales entienden conductas condicionadas por las metas de socialización, pero poseedoras de un contenido específico, es decir, aquellas estrategias específicas empleadas por los padres para conseguir una determinada meta. En este modelo, el estilo parental global se expresa a través de las prácticas parentales, pero se trata de conceptos distintos, abarcando los estilos un rango amplio de situaciones y circunscribiéndose las prácticas a situaciones más concretas. Por ejemplo, el estilo parental democrático se caracteriza por comunicación efectiva entre los padres y los hijos y un razonamiento conjunto de las normas establecidas, pero estas características propias del estilo socializador pueden ser expresadas en diferentes prácticas específicas. Como ejemplifican Darling y Steinberg (1993), padres democráticos que comparten la meta de que su hijo adquiera un adecuado nivel de competencia académica, podrían expresar a sus hijos la importancia de terminar los deberes antes de comenzar cualquier otra actividad, mientras que otros padres también democráticos podrían pensar que hacer ejercicio al aire libre antes de la realización de los deberes es una práctica más adecuada para el desarrollo del niño ya que de esta forma se enfrenta mejor a la tarea. En este sentido, los autores opinan que es el estilo

parental el que expresa las actitudes de los padres hacia el niño, no hacia su conducta concreta en un momento dado, mientras que las prácticas tienen un efecto directo sobre el desarrollo de conductas específicas del niño y sus características. Así entendido, el estilo parental es una variable que modera la relación entre las prácticas parentales y los resultados concretos del desarrollo (Darling y Steinberg, 1993).

En nuestro país, Palacios (1999) propone un modelo también integrador de construcción conjunta y de influencias múltiples. Coincide con el modelo de socialización tradicional en la enorme importancia de la influencia familiar en el desarrollo psicológico y social de los hijos, pero siempre que en los mecanismos explicativos se integren aspectos cuya influencia en la socialización son ineludibles (Ceballos y Rodrigo, 1998; Palacios, 1999):

1. Análisis de la situación concreta por parte de los padres: el mismo estilo educativo puede desencadenar prácticas educativas diferentes en función de la interpretación que los padres hacen de la situación. Por ejemplo, ante comportamientos desajustados que atenten contra los demás (externalizantes), los padres emplean prácticas más rígidas y coercitivas que ante problemas internalizantes con incidencia menos negativa sobre el entorno y otras personas.
2. Temperamento del niño: las propias características psicológicas del niño influyen en el trato dado por sus padres. Por ejemplo, la disciplina suave parece ser más efectiva en niños tímidos y miedosos que en aquellos que no son, lo que obliga a los padres a readaptar su estilo educativo. La conducta de los niños, mediada por su temperamento, da información a los padres, si estos tienen la suficiente sensibilidad, por lo que adecuarán su respuesta educativa, eso sí, en función de su estilo educativo propio. Algunos autores (Stright, Gallagher y Kelley, 2008) indican que los niños con temperamentos más difíciles (niños propensos a la manifestación de emociones negativas, con alto nivel de actividad y

simultáneamente bajo nivel de regulación emocional) son más afectados por una parentalidad de menor calidad.

3. Edad del niño: procedimientos eficaces cuando el niño es pequeño, dejan de ser válidos o son incluso contraproducentes en la transición hacia la adolescencia, y desde luego en la adolescencia misma. La edad de los hijos es uno de los principales elementos que contribuye a la construcción de las relaciones familiares. Ninguna práctica educativa será realmente eficaz si no está ajustada a las necesidades evolutivas del niño.
4. Percepción del niño de los mensajes educativos de sus padres: El papel activo del niño en su propio desarrollo es remarcado por Ceballos y Rodrigo (1998). Para los autores, los mensajes paternos que llegan a los niños forman parte del conjunto de mensajes procedentes de otros contextos, que los niños interpretan y construyen de forma activa en función de sus capacidades, de tal forma que únicamente el mensaje asimilado podrá tener un efecto socializador. Esta construcción activa por parte del niño tiene mucho que ver con su percepción de las intenciones de los padres y de que el mensaje sea pertinente, justo, y llegue en el momento oportuno. Su capacidad de interpretar el mensaje, su estado emocional y sus propios sesgos en la interpretación influirán en la misma. De nuevo emerge la importancia de la construcción conjunta, entre padres e hijos, de la socialización familiar.
5. Coherencia de las prácticas educativas de los padres y su mantenimiento en el tiempo: los estilos educativos no siempre se rigen por criterios de racionalidad. Numerosos aspectos del contexto familiar (presencia de otros hijos, problemas conyugales, enfermedades propias o de otros miembros, etc.) y extrafamiliares (ausencia de redes de apoyos, problemas laborales, etc.) pueden modificarlos.

1.6. La investigación de los estilos parentales en la actualidad

El interés por las prácticas educativas y su relación con aspectos cruciales del niño y adolescente, lejos de decaer continúa teniendo un papel importante en la investigación desarrollada durante la primera década del siglo XXI. En concreto se encuentra en la literatura científica estudios que relacionan el estilo parental con el rendimiento académico (Kazmi, Sajjid y Pervez, 2011; Kramer, 2012; Kristjansson y Sigfusdottir, 2009; Oliva et al., 2008; Wang, 2014; Watabe y Hibbard, 2014), con el desarrollo de la propia identidad (Beyers y Goossens, 2008; Kheiroddin, Esmaeili, Gholamzadeh y Mohammadpoor, 2012; Smits et al., 2008; Soenens, Berzonsky, Dunkel y Papini, 2011), con la autoestima (Bahreini, Akaberian, Ghodsbin, Yazdankhah y Mohammadi, 2012; Heaven y Ciarrochi, 2008; Oliva et al., 2008) con problemas internalizantes como la ansiedad (Akhter, Hanif, Tariq y Atta, 2011; Cortés y Sierra, 2011; Fletcher, Walls, Cook, Madison y Bridges, 2008; Lewis-Morrarty et al., 2012; McKinney y Renk, 2011) o la depresión (Greening, Stoppelbein y Luebbe, 2010; Hamza y Willoughby, 2011; Kakihara, Tilton-Weaver, Kerr y Stattin, 2010; Liem, Cavell y Lustig, 2010; Luyckx et al., 2011; Rothrauff, Cooney y An, 2009; Sher-Censor, Parke y Coltrane, 2011; Soenens, Park, Vansteenkiste y Mouratidis, 2012), o externalizantes como el comportamiento antisocial (Antolín, Oliva y Arranz, 2009; Berkien, Louwerse, Verhulst y Van der Ende, 2012; Buschgens et al., 2010; Hoeve, Dubas, Gerris, Van der Laan y Smeenk, 2011; Ma, Han, Grogan-Kaylor, Delva y Castillo, 2012; Rinaldi y Howe, 2012; SeyedMosavi, Ali y Ghanbri, 2008), el consumo de tabaco (Benchaya, Bisch, Moreira, Ferigolo y Barros, 2011; Choquet, Hassler, Morin, Falissard y Chau, 2008; Kazemi y Oreyzi, 2008; Yang y Schaninger, 2010), o de alcohol (Bahr y Hoffmann, 2010; Becoña et al., 2012; Mallett et al., 2011; Patock-Peckham, King, Morgan-Lopez, Ulloa y Filson, 2011; Suldo, Mihalas, Powell y French, 2008) o por su relación con los trastornos alimentarios (Enten y Golan, 2008; Enten y Golan, 2009; Haycraft y Blissett, 2010; Kimbrel, Cobb, Mitchell, Hundt y Nelson-Gray, 2008; Lobera, Ríos

y Casals, 2011; McEwen y Flouri, 2009; Rhee, 2008; Skouteris et al., 2012; Soenens et al., 2008).

Por otra parte, tampoco faltan las investigaciones que tratan de comparar la eficacia de los distintos estilos educativos en las diferentes culturas. Las bondades del estilo democrático son puestas en duda en algunos trabajos como el de García y Gracia (2010), en el que se defiende la mayor eficacia del estilo indulgente en nuestra cultura. Por otra parte, algunos estudios recientes realizados en China muestran mejores resultados académicos y de comportamiento en hijos de padres democráticos y autoritarios (Wang, 2014), mientras que otros (Watabe y Hibbard, 2014) muestran una gran influencia de estos dos estilos de crianza en los logros académicos de niños americanos, mientras que en niños japoneses la influencia es menor, ganando peso otros factores como la relación con pares y profesores, entrono escolar, etc. En muestra latina, el estudio de Jabaghourian y colaboradores (2014) rebela mejores resultados académicos, regulación emocional y competencias sociales en hijos de padres democráticos respecto a los demás.

2. Estilos parentales y adolescencia

2.1. La adolescencia como época de cambio

Durante la adolescencia tienen lugar cambios en la mayoría de las características biológicas, cognitivas, psicológicas y sociales del ser humano, produciéndose un descubrimiento más profundo del mundo interior y exterior, lo que en ocasiones puede provocar cierta inestabilidad emocional, conductas de riesgo y situaciones conflictivas con los padres (Oliva, 2007).

Las aficiones, gustos, deseos y conductas de los adolescentes varían respecto a edades previas y la influencia del contexto de pares aumenta de forma importante a la vez que la imagen de los padres deja de estar idealizada para ser más realista, y sus opiniones y actos

suscitan más críticas entre los hijos. Según varios estudios (Newman, Harrison, Dashiff y Davies, 2008; Rodrigo et al., 2004) los cambios que se producen en el joven a medida que transita por esta etapa de desarrollo se cristalizan de forma manifiesta en diferentes ámbitos: durante la temprana adolescencia los estilos de vida son más saludables (bajo o nulo consumo de alcohol y tabaco y mayor nivel de práctica deportiva fundamentalmente), la comunicación con los padres es más fluida y tienen mayor satisfacción con la escuela y con su rendimiento escolar. Sin embargo, a medida que avanza la adolescencia se produce un deterioro del estilo de vida y un empeoramiento de las relaciones con la familia y con la escuela, disminuyendo la satisfacción hacia esta institución, a la vez que se incrementa el tiempo y la calidad de las relaciones con sus iguales. Respecto a la percepción del afecto parental, disminuye, aunque se observa cierta estabilidad en las puntuaciones, es decir, los que presentan mayor nivel en los primeros años, siguen puntuando más alto a medida que se hacen más mayores (Parra y Oliva, 2006). En relación con el control conductual, éste va disminuyendo a la vez que el niño gana en autonomía (Parra y Oliva, 2006), produciéndose posiblemente un reajuste del estilo educativo para poder adaptarse a las necesidades cambiantes de los hijos.

Los cambios inherentes a la etapa adolescente, pueden provocar contradicciones en el proceso de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que el adolescente pertenece, así como conflictos intra e interpersonales (Rodrigo et al., 2004). Las principales fuentes de conflicto paterno-filial en esta etapa de desarrollo descansaría en diferentes aspectos (Galambos, Barker y Almeida, 2003):

1. Transición de la escuela primaria a la secundaria: este cambio implica mayores retos académicos y sociales que los jóvenes deben afrontar sin solución de continuidad.
2. Transformaciones físicas: incremento en el deseo y actividad sexual que choca frontalmente con el mantenimiento del control conductual por parte de los padres.

Esta confrontación puede generar conflictos en aspectos cotidianos como la forma de vestir, la hora de vuelta a casa, el tiempo dedicado a los estudios, etc.

3. Necesidad del joven de mayor autonomía: la mayor demanda de libertad puede oponerse al control conductual realizado por los padres. La atención a las necesidades cambiantes de los hijos exige un reajuste y cesión parcial de la supervisión de tareas y conductas y un incremento paralelo del nivel de autonomía, que no siempre los padres están dispuestos a hacer. El éxito de los padres para superar los retos planteados en este momento evolutivo puede influir en el ajuste que presentará su hijo en posteriores etapas de su vida.
4. Cambios cognitivos que favorecen la capacidad de utilizar argumentos más elaborados en las discusiones: esta competencia adquirida les anima a desafiar la autoridad parental, lo que no siempre es bien aceptado por los padres.
5. Mayor tiempo con el grupo de iguales: les permite aprender a desenvolverse en un ambiente en el que predominan las relaciones simétricas, a no ser dominado, a negociar, e incluso a tomar la iniciativa.

La respuesta del adolescente a estos conflictos varía a medida que progresa en su desarrollo (Oliva, 2006): en las primeras etapas es más frecuente la sumisión que la negociación o el enfrentamiento. En las etapas más avanzadas, el joven se somete menos, aumentando la probabilidad de retirada, negociación e incluso rebelión.

La imagen tradicionalmente negativa de la adolescencia (*Storm and Stress*) dibuja jóvenes conflictivos, indisciplinados y con valores antagónicos a los de los adultos. Pero aunque es cierto que en esta etapa de desarrollo es frecuente la aparición de más conflictos en las relaciones padre/hijo que en otras (Oliva, 2006), solo en muy pocos casos estas relaciones se pueden considerar como realmente conflictivas, siendo además más frecuentes en aquellos adolescentes que tuvieron una niñez problemática. Según Palacios y Rodrigo (1998), la ruptura

generacional que se producía entre los padres y los hijos adolescentes y que tanta literatura suscitó en las décadas de los 70 y los 80, se amortiguó en las posteriores. Incluso los autores hablan de que actualmente existe una mayor armonía en las relaciones, aunque no parezca tal por la influencia de la proyección que tienen comportamientos problemáticos de los jóvenes difundidos por los medios de comunicación. La explicación de los investigadores se centra en la existencia de estilos de socialización familiar más igualitarios y participativos acompañada de un retroceso de los comportamientos autoritarios de los padres. En cualquier caso, la adolescencia no está exenta de problemas y retos para el propio joven, su familia y el contexto escolar, coincidiendo además con una edad media en los padres (40-50 años) caracterizada por sus propios problemas y tensiones personales (Oliva, 2006).

2.2. Investigación sobre estilos parentales y adolescencia. La eficacia socializadora de los distintos estilos

Aunque los primeros estudios sobre los estilos parentales estaban centrados en población infantil, el interés se extendió más tarde a los adolescentes. Son distintas las razones que explicarían que en las últimas décadas se haya realizado una prolífica investigación con el objetivo de establecer relaciones entre los estilos parentales y determinadas características del desarrollo de esta población. Una primera sería de índole práctica (Delgado, Jiménez, Sánchez-Queija y Gaviño, 2007; Parra y Oliva, 2006), dada la mayor accesibilidad que tienen estos jóvenes para los investigadores por estar escolarizados y ser ellos mismos quienes pueden informar sobre el estilo de socialización parental que perciben en su hogar. Los padres son los protagonistas ineludibles cuando se estudian estilos de socialización en niños pequeños, ya que representan prácticamente la única fuente de información, pero la propia percepción de los adolescentes será, en principio, más objetiva y menos sesgada o afectada por la deseabilidad

social. Pero también y no menos importante, el interés en la adolescencia está basado en la enorme relevancia personal, familiar y social de esta etapa de desarrollo.

Siguiendo a Palacios (1999), la influencia del estilo socializador llevado a cabo durante la infancia de los hijos se mantiene durante la adolescencia. El autor destaca dos motivos y su posible interacción para justificar este efecto: por un lado la socialización parental constituye un contexto de desarrollo y crecimiento tan relevante y desde edades tan tempranas, que su propia naturaleza justifica su perduración. Por otro, la relativa estabilidad del estilo de socialización parental a lo largo de las etapas de desarrollo de los hijos garantiza esa continuidad en los años posteriores. En esta línea, el estudio longitudinal de Baumrind (1991) recoge información sobre competencias sociales, problemas internalizantes y externalizantes a las edades de cuatro, diez y quince años. Los resultados más destacables son la corroboración del mantenimiento de la influencia parental en el desarrollo de los hijos durante la adolescencia y el efecto protector del estilo democrático tanto en la adquisición y desarrollo de competencias sociales, como en la evitación del consumo de sustancias psicoactivas. Los niños que vivían en hogares con niveles de afecto y exigencia equilibrados (lo que la investigadora denominó democráticos y no autoritarios-directivos en este trabajo), presentaban niveles similares entre ellos. Sin embargo, los niños con padres autoritarios-directivos, eran menos competentes y presentaban mayor inadaptación y angustia. Según los hallazgos, la inadaptación de los hijos se podía atribuir a la intrusividad y al bajo apoyo parental, ambos aspectos propios de los padres autoritarios más estrictos.

Posteriormente para comprobar el posible efecto retardado a la adolescencia de los estilos educativos desplegados en la infancia, Baumrind y colaboradores (2010) realizan otro estudio longitudinal para evaluar el efecto de la socialización parental de niños preescolares en la etapa adolescente en competencia y salud emocional. Sus resultados una vez más confirmaron la superioridad del estilo democrático respecto a los otros tres en las competencias

de los jóvenes y su grado de ajuste. Por su parte, Parra y Oliva (2006) realizaron un estudio longitudinal que mostraba que, a pesar de las variaciones en el estilo parental a lo largo del tiempo, especialmente la declinación del control conductual de los padres a medida que el niño cumplía años, la estabilidad del estilo socializador se mantenía a lo largo de la adolescencia.

Aunque bien es cierto que durante la adolescencia se incrementa de forma relevante la importancia del juicio de los compañeros y amigos para la valoración que el joven hace de uno mismo y de los demás, y destaca el interés creciente en establecer nuevas relaciones sociales, de forma particularmente intensas con el grupo de iguales, no se produce la sustitución de unos vínculos por otros, siendo lo más común la integración de las diferentes personas y sus influencias en un todo (Estévez et al., 2007; Parra y Oliva, 2006; Pons y Berjano, 1997). Según algunos autores (Oliva, 2006; Parra y Oliva, 2006), la influencia materna y paterna durante el desarrollo del hijo adolescente existe, en algunos casos su peso es importante y su efecto parece dejar una huella en su ajuste posterior. En otras palabras, en consonancia con la relevancia cada vez más creciente, tanto en tiempo como en intensidad e importancia de las relaciones con los iguales, permanece la huella afectiva y socializadora originada en los primeros años de la vida en el seno familiar, lo cual, por otra parte puede hacer al joven menos vulnerable a la ineludible presión del grupo de pares. Además, aunque el grupo influye de forma clara en el comportamiento del adolescente, la selección de unos u otros deriva en alguna medida de la interacción entre el entorno social y las características personales de cada joven, adquiridas y modeladas en el seno de la familia (Burk et al., 2011; Piko y Balázs, 2012; Pons y Berjano, 1997). Es decir, la influencia familiar se constituye como un modulador que puede amplificar o reducir los efectos, tanto positivos como negativos, de los otros contextos (iguales, escuela, medios de comunicación, etc.) (Pons y Berjano, 1997).

Aunque en la mayoría de los casos la familia es el apoyo más importante con el que cuenta el adolescente y le proporciona la autoconfianza y competencias que requiere para

afrontar los nuevos retos asociados a su desarrollo, en otros puede convertirse en factor de riesgo para el desequilibrio de los jóvenes (Estévez et al., 2007). Según algunos estudios (Newman et al., 2008; Oliva et al., 2008; Palacios-Delgado y Andrade, 2008; Parra y Oliva, 2006; Rodrigo et al., 2004) una insuficiente presencia o accesibilidad de los padres, la deficiencia en la comunicación y la falta de control por parte de éstos, se asocian a una mayor tendencia a relacionarse con iguales conflictivos y a realizar conductas de riesgo o de carácter antisocial. Los autores encuentran asociación entre el escaso afecto y la propensión a la conducta delincuente del menor, pero también se percibe la asociación de esta conducta con la sobreprotección parental. Por su parte las relaciones conflictivas o el excesivo control unido al bajo apoyo parental, característico del estilo autoritario, se constituyen como factor de riesgo ante la tentativa suicida. Por el contrario vivir en un clima familiar positivo en el que se percibe el apoyo de la familia, actúa como factor de protección ante la tentativa suicida y el consumo de tabaco, alcohol y drogas, incluso cuando su grupo de iguales presenta alto consumo.

En las investigaciones realizadas sobre población adolescente, es abrumadora la evidencia empírica a favor del estilo democrático, relacionándolo con mayores niveles de competencia social e instrumental y menos problemas de comportamiento en chicos y chicas de todas las edades (Belsky et al., 2008; Cheung y McBride-Chang, 2008; Iglesias y Romero, 2009; Oliva et al., 2008; Steinberg et al., 1994). Algunos estudios avalan que el estilo democrático, y en concreto su dimensión de apoyo emocional a los hijos y la sensibilidad ante sus necesidades, se constituye como un fuerte predictor de la satisfacción vital y el bienestar del hijo adolescente (Suldo y Huebner, 2004), mientras que la falta de apoyo familiar aumenta el riesgo ante la ideación suicida, el uso de drogas y las peleas físicas (Springer, Parcel, Baumler y Ross, 2006). Los beneficios del estilo democrático y los perjuicios del estilo negligente se evidencian a edades muy tempranas y continúan a través de la infancia, adolescencia y temprana adultez. También coincide la investigación en el mayor desajuste de

los niños con padres negligentes, mientras que los hijos de autoritarios e indulgentes tendrían puntuaciones intermedias en las mediciones de los problemas emocionales y conductuales tanto externalizantes (impulsividad, conducta delictiva, uso de sustancias psicoactivas), como internalizantes (baja autoestima, problemas emocionales, depresivos, etc.) (Iglesias y Romero, 2009; Oliva et al., 2008; Parra y Oliva, 2006; Steinberg et al., 1994).

3. Estilos parentales y consumo de medicamentos en el adolescente

Aunque se ha llevado a cabo numerosa investigación sobre las influencias de los estilos parentales en las distintas características y actitudes de los adolescentes, actualmente poco se sabe de la posible relación entre parentalidad y automedicación del joven, a pesar de la potencial peligrosidad de muchos fármacos presentes en las casas en las que habitan niños y adolescentes.

Como se ha comentado en capítulos previos, en las últimas décadas se ha producido un aumento de la prescripción de fármacos, de la automedicación, y del uso no médico de los mismos, elevándose el número de asistencias a centros de urgencias motivadas por los efectos adversos y el número de muertes por sobredosificación (Ford, 2009; Kokkevi et al., 2008; Ross-Durow et al., 2013). En comparación con las drogas psicoactivas ilegales, los medicamentos de prescripción son en general más fáciles de obtener, se perciben como más seguros, su utilización está más aceptada socialmente y su adquisición, aunque no sea lícita, no se percibe como un delito por una buena parte de la población, lo que contribuye al hecho de que frecuentemente los medicamentos no sean considerados por los padres como productos con similar peligrosidad a la de otras sustancias potencialmente peligrosas (Ford, 2009).

En algunos estudios (Kokkevi et al., 2008) se establecen que el consumo de fármacos psicoactivos (sobre todo tranquilizantes y sedativos) puede estar relacionado con la necesidad del joven de reducir el afecto negativo causado por un problema cotidiano relacionado, entre

otros aspectos, con la falta de apoyo de los padres, las situaciones de conflicto familiar, o las relaciones poco satisfactorias entre padres e hijos, sin que se pueda discernir si es esta insatisfacción la impulsora de su conducta, o es que estos adolescentes presentan otro tipo de comportamientos junto con el consumo de fármacos que dificultan las buenas relaciones con los padres. Similares correlatos pueden encontrarse en la regulación del afecto negativo y el uso de sustancias psicoactivas (Marsh y Dale, 2005; Mason et al., 2009; Simons, Gaher, Correia, Hansen y Christopher, 2005; Stevens, Colwell, Smith, Robinson y McMillan, 2005), aunque son menos los estudios que incluyen las relaciones con los padres como variables que podrían mediar en este proceso (Hersh y Hussong, 2009; McCauley et al., 2010).

El estudio de McCauley y colaboradores (2010) encuentra asociación entre eventos traumáticos vividos por los jóvenes, concretamente el ser testigos de actos violentos, y el uso no médico de fármacos de prescripción. En el trabajo se muestra como aquellos jóvenes más expuestos a un entorno violento, bien porque los padres realicen un menor control de su comportamiento y éstos pasen más tiempo fuera con la consiguiente exposición u oportunidades para observar la violencia presente en la comunidad en la que viven, o bien porque sufran la propia violencia de sus padres, muestran un mayor consumo. También el autor explica éste por un afán del joven por reducir la angustia y el afecto negativo que le ha ocasionado el acontecimiento.

Por otra parte, los jóvenes con menos control parental tienen más facilidad para conseguir determinados fármacos, entre otros lugares de su propio botiquín casero, mientras que un adecuado nivel de control les disuade del consumo, ya que perciben a sus padres como más atentos a su comportamiento, lo que les permitiría detectar fácilmente sus conductas y conocer su entorno de amigos, reduciendo las posibilidades de consumo (Ford, 2009; McCauley et al., 2010). Siguiendo a McCauley y colaboradores (2010), la conveniencia de que los padres posean un mayor conocimiento sobre los efectos potenciales de los fármacos que

tienen en casa, los guarden en lugares no accesibles a sus hijos y conozcan el modo adecuado de enfrentarse al problema del consumo de sus hijos si este tiene lugar, es innegable.

Según algunos estudios (McCauley et al., 2010; Sung et al., 2005) y como ocurre con otros tipo de sustancias, la baja implicación de los padres en los asuntos de sus hijos se configura como un factor predictivo para el uso no médico de medicamentos de prescripción, concretamente de psicotropos, mientras que cuando el nivel de implicación aumenta, se convierte en un factor de protección. En el mismo sentido, la existencia de fuertes lazos afectivos con los padres y con el entorno escolar (Ford, 2009) actúa como factor de protección ante el uso no médico de los fármacos, lo cual está en consonancia con otras investigaciones que muestran que los vínculos sociales y familiares positivos son propicios para no incurrir en la conducta.

4. Estilos parentales y CVRS del adolescente

A pesar de que el interés por el estudio de la CVRS no han dejado de crecer en los últimos años y que es prolífico el número de investigaciones que abordan la influencia del estilo parental en la CVRS de los hijos con enfermedades crónicas de tipo oncológico, diabetes, obesidad, psicopatologías, enfermedades congénitas, etc., hasta la fecha son escasos los estudios llevados a cabo con adolescentes, y menor aún aquellos centrados en adolescentes sanos (Chen y Storr, 2006; de Miguel et al., 2010; Jiménez-Iglesias, Moreno, Granado-Alcón y López, 2012).

Aunque es innegable la relevancia de la influencia de las numerosas enfermedades crónicas en la salud física, mental y social del afectado, también sería de gran utilidad preventiva considerar la gran influencia que los factores psicosociales tienen en la CVRS de la población adolescente que no presenta patología diagnosticada (Gerhardt et al., 2003), y dentro de estos y por su incuestionable relevancia, la del estilo parental.

La relación entre los estilos parentales y algunas dimensiones específicas de la CVRS, sí ha sido abordada en algunas investigaciones, aunque no muy numerosas. En la revisión realizada por Becoña y colaboradores (2012) se indica que algunos estudios (Schucksmith, Hendry y Glendinning, 1995) muestran clara asociación positiva entre el bienestar psicológico (una de las dimensiones de la CVRS) y el estilo parental autoritativo, el cual se perfila como el de influencia más favorable en población no clínica residente en sociedades industrializadas.

Por otro lado, otros investigadores (Parra y Oliva, 2006) focalizan el estudio en la asociación entre el afecto parental y el menor consumo de sustancias y la mayor satisfacción vital de los hijos, mientras que otros establecen la relación entre el afecto y el éxito académico y la adecuada integración en la escuela (Becoña et al., 2012; Schucksmith et al., 1995), siendo de nuevo el estilo autoritativo el que se perfila como más adecuado.

También la relación que el adolescente establece con los padres y los pares (ambos aspectos contemplados en la CVRS) y la comunicación que establece con ellos influido por estilo parental, ha sido abordado (Bednar y Fisher, 2003). El estudio muestra que los adolescentes, independientemente del estilo parental percibido en el hogar, suelen compartir con sus pares aquellos aspectos y decisiones relacionados con asuntos sociales, mientras que los temas o asuntos relacionados con la moral o con informaciones recibidas eran comunicados con preferencia a padres o pares según el estilo parental del hogar, de tal forma que si este era autoritativo, el adolescente se comunicaba más con los padres que cuando el estilo imperante era cualquier otro.

5. Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas por los adolescentes.

Principales factores de influencia parental

De la indiscutible importancia socializadora de la familia nace el gran interés por el estudio de su influencia en el comportamiento de los adolescentes y, de forma particular en el

consumo de sustancias psicoactivas (Becoña y Cortés, 2011; Cava, Murgui y Musitu, 2008; Latendresse et al., 2008; Secades-Villa et al., 2005), ya que el inicio de esta conducta, al menos en lo que a determinadas sustancias se refiere, se sitúa en la adolescencia, según datos recogidos en la última encuesta (EDADES) llevada a cabo por el Plan Nacional sobre drogas en población española (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Varios son los autores que afirman que los factores familiares tienen repercusión en el inicio y desarrollo del consumo de drogas psicoactivas, tanto legales como ilegales, por los adolescentes (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Alati et al., 2010; Becoña et al., 2012; Becoña et al., 2013; Burk et al., 2011; Coley et al., 2008; Estévez et al., 2007; Hersh y Hussong, 2009; Latendresse et al., 2008; Martínez, Fuentes, García y Madrid, 2013; Montgomery, Fisk y Craig, 2008; Piko y Balázs, 2012; Pons y Berjano, 1997; Secades-Villa et al., 2005). Aunque algunos autores (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001) destacan la relevancia de los factores interpersonales frente a los intrapersonales en el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, otros (Hersh y Hussong, 2009; Piko y Balázs, 2012) puntualizan que mientras que la influencia que ejerce el grupo de pares en dicho consumo tiene abundante evidencia, la influencia parental es más latente y controvertida, ya que poco se sabe del mecanismo que subyace en la misma.

Entre los principales factores de influencia parental investigados en la literatura consultada, se encuentran el estilo educativo, las relaciones entre los padres y la de estos con los hijos, y el modelo conductual seguido por aquellos. Empezando por este último, diferentes autores (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Alati et al., 2010; Becoña et al., 2012; Burk et al., 2011; Estévez et al., 2007; Freire, 2008; Latendresse et al., 2008; Pons y Berjano, 1997; Secades-Villa et al., 2005) señalan que cuando los padres son modelo de consumo de sustancias psicoactivas existe mayor probabilidad de que los hijos imiten este comportamiento, conducta que además se verá facilitada por el más fácil acceso a las mismas, de forma particular si los padres consumen en el hogar. Pero además de la modelización del comportamiento de aquellos

que se tiene más cerca y con los que se interactúa de forma cotidiana, la actitud de los padres, tanto explícita como encubierta y sus opiniones sobre el consumo en general o en particular de una sustancia psicoactiva, puede tener una influencia potencial en el comportamiento de los hijos (Latendresse et al., 2008). La actitud favorable por parte de los padres, no mostrarse claros y contundentes en su rechazo hacia la conducta de consumo, o caracterizarse por cierta laxitud en las normas relativas a la conducta, son según algunos autores (Burk et al., 2011) factores de riesgo, mientras que la comunicación fluida con los hijos y el establecimiento de ideas y criterios claros que traten de disuadir al joven utilizando argumentos sólidos, se perfilan como factores protectores (Freire, 2008).

En cuanto a la relación existente entre los padres, para algunos autores (Estévez et al., 2007; Secades-Villa et al., 2005), no es tan relevante la presencia inexcusable de dos figuras parentales, sino que estos mantengan buenas relaciones entre ellos y con los demás miembros presentes en el hogar, sea cual sea la estructura familiar, así como que realicen un adecuado control de la conducta del joven, lo cual puede resultar más complejo en el caso de que haya un solo progenitor por meras cuestiones prácticas. El incumplimiento de las responsabilidades parentales o la inconsistencia a la hora de hacer cumplir las reglas establecidas, también se constituye como un factor de riesgo para el consumo de los jóvenes (Latendresse et al., 2008). Sí resulta de gran importancia que cuando hay más de un agente socializador, se mantenga la coherencia en los aspectos trascendentales de la educación de los hijos. Es decir, no es tanto el tipo de familia el que tiene influencia en el consumo de los hijos, sino la calidad del clima familiar presente. Por su parte algunos autores (Kliewer y Murrelle, 2007; Latendresse et al., 2008; Pons y Berjano, 1997) constatan la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas por parte de los jóvenes y la existencia a su alrededor de un ambiente familiar deteriorado en el que prima la pobreza afectiva de las relaciones, la incomprensión mutua y las dificultades tanto prácticas como emocionales. Estos jóvenes no solo carecen del apoyo necesario para

lidar con las situaciones desestabilizantes cotidianas, sino que además tienen que soportar el afecto negativo que los conflictos vividos en casa les aportan. Las prácticas parentales carentes de afecto y la deficiencia de conexión entre los padres y entre éstos y los hijos, favorece el acercamiento a pares con conductas poco apropiadas, lo que a su vez aumenta la probabilidad de que el joven incurra en ellas (Coley et al., 2008). En estos casos el consumo de sustancias psicoactivas, como por ejemplo el alcohol, constituye una doble trampa para el adolescente con indudables atractivos, ya que por un lado le permite evadirse de su entorno familiar y por otro le facilita la integración en un grupo de pares en el que, imitando su comportamiento, pueda sentirse más integrado, más valorado y querido, supliendo de forma engañosa las carencias afectivas que tiene en casa. Por el contrario, el mantenimiento de rutinas familiares positivas, son un factor de prevención contra el uso de sustancias (Coley et al., 2008), ya que dichas actividades son normalmente las situaciones ideales para promover la consolidación de las relaciones familiares creando oportunidades de comunicación y disfrute de lo compartido, incluyendo también los valores y las normas y las estrategias para regular el afecto negativo. Por su parte los adolescentes que perciben más cohesión familiar y menos conflicto entre sus componentes tienen más tendencia a participar en actividades familiares y reducir las estrategias de afrontamiento ante retos y dificultades basadas en el alivio de emociones (Hersh y Hussong, 2009). Para los recién citados autores, el consumo de sustancias psicoactivas es una forma poco adaptativa que tiene el adolescente de vivir sus experiencias de afectos negativos o angustias resultantes de los retos diarios socioemocionales, intrapersonales e interpersonales (dificultad en las relaciones con los pares, con los padres, malos resultados académicos, baja autoestima, etc.). Todos estos cambios exigen que el joven tenga cierto grado de flexibilidad, adaptación y acomodación que no siempre es fácil de conseguir. Para los citados investigadores, la pieza clave en la influencia de los estilos parentales en el consumo de los hijos adolescentes, es la forma en la que los padres entrenan al niño en la regulación de sus

propias emociones. Los autores destacan la existencia de dos polos en el comportamiento parental de entrenamiento de emociones negativas de sus hijos: el apoyo y facilitación de la experiencia y expresión emocional, o el bloqueo, negación, trivialización e ignorancia de las emociones negativas de sus hijos. La adopción de una u otra forma tiene impacto en el desarrollo social y emocional de los hijos, de forma que aquellos hijos de padres con habilidades de entrenamiento de emociones, tendrán más probabilidad de aprender a manejarlas, aumentando su competencia social, mientras que un inadecuado entrenamiento estaría más relacionado con la aparición tanto de problemas internalizantes como externalizantes en los hijos. Por esta razón, la relación con los padres puede hacerse crucial en esta etapa, ya que el adolescente sigue requiriendo alto nivel de apoyo familiar, pero de naturaleza diferente a la que hasta ahora había recibido, lo cual no siempre es bien entendido por los padres. También el control sobre la conducta del joven sigue siendo determinante en esta edad, pero sin duda modificado por las demandas de creciente autonomía asociadas al desarrollo (Hersh y Hussong, 2009).

5.1. Influencia de la tipología de estilo parental en el consumo de sustancias psicoactivas

Son varios los estudios que han tratado de establecer relaciones entre los diferentes estilos parentales y la mayor o menor probabilidad de consumos entre los adolescentes. Según algunos investigadores (Estévez et al., 2007; Secades-Villa et al., 2005), los estilos permisivos y autoritarios son los que se relacionan con un mayor consumo, ya que la laxitud de las normas en el primer caso y la excesiva rigidez de las mismas en el segundo, se perfilan como menos efectivas para dotar al adolescente de los mecanismos psicológicos necesarios para eludirlo. Para algunos autores (Burk et al., 2011) no está claro el papel del estilo parental autoritario en el consumo de alcohol durante la adolescencia, ya que los resultados son controvertidos,

mientras que para Martínez y colaboradores (2013) el autoritario y el democráticos son perfilan como estilos protectores, e indulgente y negligente podrían ser considerados como de riesgo. Por otro lado, en la revisión realizada por Becoña y colaboradores (2012), los estilos autoritario y permisivo no muestran resultados muy concluyentes, quizás, como apuntan los autores porque en estos estilos contribuye de forma especialmente significativa otras variables familiares, como el uso que los padres hacen de las drogas, el nivel de apoyo y cohesión familiar, la estructura de la familia y la influencia de la cultura en la que la familia vive inmersa. Para Hersh y Hussong (2009) el alto nivel de control conductual y psicológico que muestran algunos padres autoritarios puede constituirse en factor de riesgo que aumente la probabilidad de uso de sustancias en un intento del joven de manejar su estrés diario.

Mayor grado de consenso se encuentra en el papel que juega el estilo democrático, erigiéndose en la mayoría de los estudios como importante factor protector, ya que por un lado favorece el desarrollo de la conducta autónoma del hijo pero manteniendo las relaciones afectivas (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Becoña et al., 2012; Burk et al., 2011; Estévez et al., 2007; Hersh y Hussong, 2009; Martínez et al., 2013; Montgomery et al., 2008; Piko y Balázs, 2012). En la revisión antes mencionada (Becoña et al., 2012), aunque los autores comprueban que en los últimos 30 años la mayor parte de los estudios coinciden en que el estilo democrático está relacionado con un menor consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales por parte de los hijos, algunos estudios o bien no encuentran diferencias relevantes en el papel preventivo de los estilos democrático, autoritario y permisivo, o bien sugieren que los dos últimos pueden incluso llegar a ser más apropiados en determinados contextos socioculturales que el democrático.

Respecto al estilo negligente, en diferentes estudios se encuentra que los hijos de padres en los que predomina este estilo de socialización tienen mayor probabilidad de consumir alcohol y otras sustancias tanto legales como ilegales durante la adolescencia, respecto a los

hijos de padres autoritarios, siendo además aquellos los que presentan un inicio de consumo más temprano (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Becoña et al., 2012; Hersh y Hussong, 2009; Martínez et al., 2013; Montgomery et al., 2008). Para algunos autores (Hersh y Hussong, 2009), el bajo nivel de responsabilidad y sensibilidad ante las circunstancias y problemas de sus hijos que presentan los padres negligentes, produce un desacoplamiento afectivo. Estos jóvenes comprueban a menudo que sus emociones son ignoradas y que el apoyo familiar no está disponible cuando ellos sienten que es necesario, lo que les puede hacer inclinarse hacia el consumo para tratar de paliar el afecto negativo asociado a esta experiencia.

5.1.1. Influencia de las dimensiones afecto y control del estilo parental sobre el consumo de sustancias psicoactivas.

En relación a la influencia del estilo parental en el consumo de sustancias, su abordaje se centra mayoritariamente en los pilares afecto-comunicación y control conductual. Durante la adolescencia y de forma compatible con el natural desarrollo de la personalidad del joven, puede haber un cierto distanciamiento entre padres e hijos. Aunque en la mayoría de los casos las relaciones continúan siendo positivas y los padres siguen ejerciendo un papel protector, puede aumentar el número de conflictos familiares, o producirse cierto enquistamiento de los mismos, siendo una de las posibles causas la disminución de la comunicación y la falta de apoyo a las nuevas demandas del hijo (Piko y Balázs, 2012). Por el contrario, si afecto y cercanía siguen formando parte de forma clara y consistente de las dinámicas familiares, constituyéndose como emoción dominante en el clima del hogar, los jóvenes no sólo experimentan mayor grado de satisfacción vital, sino que el propio ambiente familiar actúa como factor protector ante la aparición de problemas conductuales y el consumo de sustancias psicoactivas (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Becerra y Castillo, 2011; Burk et al., 2011; Coley et al., 2008; Hersh y Hussong, 2009; Latendresse et al., 2008; Parra y Oliva, 2006;

Piko y Balázs, 2012; Pons y Berjano, 1997; Reimuller, Shadur y Hussong, 2011; Secades-Villa et al., 2005). Según algunos estudios (Piko y Balázs, 2012), la identificación positiva con los padres a través de la aceptación de sus valores y el respeto mutuo, se configura como un factor claro de protección ante el tabaquismo. Los posibles mecanismos que avalarían los resultados están basados en varios casos en la regulación de las emociones: según Coley y colaboradores (2008) el apoyo proporcionado por los padres actúa como ancla emocional que permite al adolescente anticiparse o desviarse de las conductas de riesgo. Para Hersh y Hussong (2009), el apoyo parental permite que el joven acepte sus sentimientos y emociones y le provee de estrategias de afrontamiento para sobrellevar los retos, tensiones y angustias diarias. El conocimiento por parte del adolescente de que en su familia existe la disposición de escucharle, aconsejarle y apoyarle, actúa como amortiguador para los efectos negativos derivados de sus experiencias cotidianas.

Otros autores (Burk et al., 2011; Latendresse et al., 2008; Secades-Villa et al., 2005) establecen que, mientras que los estilos parentales caracterizados por el afecto y el apoyo favorecen el desarrollo de la autoestima, autoconfianza y autocontrol del joven, ocurre el efecto contrario con aquellos basados en la crítica, el rechazo, la coerción y el castigo físico. La parentalidad sin sólidas bases afectivas y comunicativas con los hijos, la negligencia en el cuidado, la precariedad del tiempo compartido, las relaciones conflictivas entre los miembros de la familia y la disciplina severa, son factores influyentes en el posterior consumo del niño. Respecto a la influencia de niveles moderados de disciplina, los resultados en la investigación son ambiguos, aunque predomina la creencia de que están asociados a la reducción de riesgo de consumo de sustancias (Coley et al., 2008; Latendresse et al., 2008). Por otra parte, la comunicación entre los padres y los hijos, cuando esta es fluida y bilateral, mejora el clima familiar, ayuda a exteriorizar dudas, temores y afectos y reafirma el autoconcepto del menor, configurándose como un factor de protección ante el consumo de sustancias (Adalbjarnardottir

y Hafsteinsson, 2001; Cava et al., 2008; Coley et al., 2008; Pons y Berjano, 1997; Reimuller et al., 2011). Sin embargo la ausencia o bloqueo de los canales de comunicación familiares propicia la aparición de conflictos, situación que puede empujar al adolescente a adoptar conductas que le permitan la integración en otro grupo, aunque éstas sean nocivas a medio y largo plazo (Kliewer y Murrelle, 2007), lo que se verá a su vez modelado en función de las características del grupo, del grado de presión que ejerza y de la fortaleza de personalidad del adolescente.

Respecto al papel protector del moderado control conductual ante el consumo de sustancias psicoactivas, algunos autores (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Alati et al., 2010; Becerra y Castillo, 2011; Freire, 2008; Galambos et al., 2003; Latendresse et al., 2008; Piko y Balázs, 2012) lo destacan siempre que éste adecuadamente adaptado al nivel de autonomía requerido por la edad y personalidad del joven y le permita su participación en la toma de decisiones (Latendresse et al., 2008). El éxito de los padres para superar los retos planteados en la transición de la infancia a la adolescencia y la cesión progresiva de mayor nivel de autonomía y menor supervisión de sus tareas y obligaciones, pero manteniendo la monitorización no invasiva, puede ser decisivo en el ajuste que presentará su hijo en posteriores etapas de su vida, incluyendo el consumo de sustancias. La escasez de control aparece como uno de los factores predisponentes para el consumo del alcohol y otras sustancias en los adolescentes en diversos estudios (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Burk et al., 2011; Clark, Thatcher y Maisto, 2005; Coley et al., 2008; Dick et al., 2007; Latendresse et al., 2008; Montgomery et al., 2008). Según Secades-Villa y colaboradores (2005) los adolescentes consumidores de sustancias se perciben a sí mismos, en comparación con sus pares no consumidores, como menos controlados por sus padres, destacando la ausencia de normas y límites claros por parte de estos en referencia al consumo. Por el contrario, los adolescentes no consumidores perciben en sus padres actitudes más claras y contrarias ante el consumo de

drogas, así como el establecimiento de normas con potencial efecto preventivo. En el estudio de Kliewer y Murrelle (2007) se establece una interesante relación entre la comunicación y el control, siendo frecuente que aquellas familias con comunicación deficiente no lleven a cabo un adecuado control del adolescente, bien por ser este excesivo o insuficiente.

La concordancia respecto al papel protector del control conductual no es total en la literatura, mientras que para algunos autores (Becoña et al., 2013) el control parental actúa como factor de prevención en el uso de drogas y alcohol y retrasa la edad de inicio de consumo, para otros (Den Exter, Hale, Meeus y Engels, 2007) la relación entre bajo control e inicio del tabaquismo en el adolescente es claro, pero no lo es tanto en la continuidad del consumo o en el incremento del número de cigarrillos. Algunos autores (Becerra y Castillo, 2011) incluso determinan un efecto diferencial de la monitorización parental en chicos y chicas, siendo las adolescentes las que mayor efecto reductor del consumo muestran ante el control parental.

Las respuestas parentales ante el conocimiento del consumo de sustancias también han sido objeto de investigación. Siguiendo a Coley y colaboradores (2008), tal respuesta no siempre se produce, ya que en ocasiones la conducta es ignorada o interpretada por los padres como parte del afán exploratorio natural de los hijos. Y sin embargo algunos padres reaccionan ante esta conducta de forma similar a como lo hacen cuando los hijos muestran un comportamiento antisocial, con deterioro de la relación y comunicación paterno-filial que puede desembocar en una respuesta fría y sin afecto por parte de los padres, lo cual puede impulsar aún más a los jóvenes a la repetición de la conducta. En otros casos los padres reaccionan imponiendo un mayor grado de control y disciplina para disuadir del consumo, pudiendo resultar a la larga una estrategia difícil de mantener y no siempre eficiente. De nuevo la conjunción de adecuados niveles de afecto, apoyo, comunicación y control se perfilan como aspectos claves en el manejo y desarrollo de la situación.

5.1.2. Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en relación con la edad y sexo del adolescente y los diferentes contextos culturales.

Varios son los estudios que indagan en la influencia de las diferencias en edad, sexo, contexto cultural y su interacción, en la asociación entre los estilos parentales y el consumo de sustancias psicoactivas por los adolescentes.

Respecto a la edad, aunque son muchos los estudios que muestran una clara disminución del control parental a medida que la adolescencia transcurre, la investigación de Piko y Balázs (2012) muestra como el control de los padres, aunque adaptado a las nuevas demandas, continua funcionando como un factor de protección ante el consumo de los chicos. La importancia de la interacción entre la edad y el contexto sociocultural se hace patente en algunas investigaciones. En un estudio realizado en población Islandesa (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001), sociedad caracterizada por su bajo índice de criminalidad y alto nivel de autonomía en los adolescentes en comparación con sus pares de otras regiones de Europa, los jóvenes hijos de padres democráticos y autoritarios estaban más protegidos ante el consumo de sustancias psicoactivas que los hijos de permisivos, y estos más que los hijos de negligentes. Sin embargo prestando atención a las diferencias en las edades de los jóvenes, los hijos de autoritarios en la adolescencia media presentaban mayor índice de consumo que los de democráticos de edades análogas. Una posible explicación radicaría en que un excesivo control de los padres autoritarios podría ejercer un efecto contraproducente en una sociedad caracterizada por otorgar un gran nivel de autonomía a sus jóvenes, pudiendo rebelarse ante la rigidez del control parental, demasiado elevada en comparación con la que tienen sus pares, lo que podría influir en el inicio de la conducta de consumo a edades tempranas. Con respecto a los hijos de padres indulgentes, el patrón se invierte, es decir, en la adolescencia temprana y media parecen estar protegidos gracias al patrón característico de este estilo parental (elevado nivel de afecto, pero no de control), pero al llegar a la adolescencia tardía, la carencia de

monitorización de la conducta incidiría en un aumento de la probabilidad de consumo, llegando a igualar a la de los hijos de padres negligentes. Quizás lo más relevante de este estudio es la constatación de que un determinado estilo parental puede mostrar su eficacia a una determinada edad pero no a otra, lo que redundaría en la necesidad de adaptación de los padres a las propias demandas cambiantes de los hijos.

Respecto a las diferencias por sexo, Hersh y Hussong (2009) señalan que a pesar de la escasez de información y de la dificultad en la interpretación de los datos, parece que las chicas adolescentes son más susceptibles a responder con el uso de sustancias psicoactivas ante afectos negativos que sus pares varones. Una posible interpretación podría ser la peor reacción de los padres ante las emociones negativas de sus hijas, aunque las incógnitas al respecto aún no pueden ser despejadas. En esta misma línea, Becoña (2013) encuentra efectos diferenciales para las chicas y los chicos. En el caso de ellas, es el control de la madre el que juega un papel principal como factor protector ante el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, mientras que el paterno no tiene efecto significativo. En el caso de los chicos, son las variables paternas las que juegan un papel relevante, en concreto la menor percepción de afecto paterno se constituye como un factor protector contra el consumo de sustancias para los hijos varones.

Por su parte, el estudio de Becerra y Castillo (2011) realizado con jóvenes mexicanos, muestra la asociación entre los niveles de apoyo-control y el consumo de determinadas sustancias psicoactivas de forma diferencial para los dos sexos en un contexto particular. Los resultados muestran cómo un alto grado de apoyo parental tiene un efecto protector significativo para el consumo de tabaco en los varones y de cannabis en las chicas, mientras que el control presenta un potente efecto protector sobre las chicas, pero en el caso de los chicos es solo moderado. En parte la explicación podría radicar en las fuertes restricciones de la sociedad mejicana a determinadas conductas realizadas por mujeres que sin embargo no están tan mal vistas en el caso de los hombres.

La relevancia de la influencia del contexto cultural en que se produce la socialización en el consumo de sustancias psicoactivas por los adolescentes queda manifiesta en el texto de Martínez y colaboradores (2013), el cual muestra cómo en algunos países asiáticos y en estudios llevados a cabo con minorías étnicas en Estados Unidos, el estilo autoritario se muestra como más apropiado para prevenir el consumo en esta etapa de la vida. Sin embargo, otros estudios realizados en España reflejan cómo el estilo permisivo arroja resultados similares o incluso más favorables que el estilo democrático (García y Gracia, 2010).

El contraste entre estos hallazgos y los encontrados de forma mayoritaria con muestra caucásica son notorios, ya que en ésta los estilos negligentes y permisivos se constituían como factor de riesgo, mientras que democrático y autoritario lo eran de protección para el consumo de sustancias. Las posibles concordancias dentro de las divergencias podrían hallarse en la importancia crucial del afecto y la comunicación fluida entre padres e hijos como factores protectores, ambos presentes en mayor medida tanto en el estilo democrático como en el permisivo, por encima del control, cuya eficacia es más controvertida (Martínez et al., 2013), por lo que el estilo autoritario perdería eficacia protectora frente al permisivo.

6. CVRS, estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas

Hasta la fecha, la investigación que pretendía relacionar la CVRS del adolescente y el estilo parental percibido, asociaba el conocimiento de los padres sobre las actividades realizadas por sus hijos con los posibles problemas de comportamiento de estos, mientras que el cuidado parental y la comunicación padres-hijos, se relacionaba más con la aparición de problemas de corte emocional (Jiménez-Iglesias et al., 2012). Los autores citados pretenden establecer asociaciones entre el afecto de los padres, su forma de obtener conocimiento sobre las experiencias y actividades durante el tiempo de ocio de sus hijos, el grado de conocimiento adquirido por aquellos, el consumo de sustancias (concretamente alcohol, tabaco y cannabis)

de los jóvenes y su CVRS. En la investigación se confirman los hallazgos de otros estudios en los que se muestra como la percepción que tiene el adolescente del conocimiento de sus padres sobre sus actividades en tiempo de ocio y experiencias, se asociaban negativamente con el uso de sustancias psicoactivas, siendo el efecto de la percepción del conocimiento materno superior al paterno, aunque ambas tendencias seguían el mismo patrón, mientras que la falta de comunicación bidireccional tenía un efecto de riesgo ante el consumo. El hallazgo no carece de relevancia teniendo en cuenta que es precisamente en el transcurso de la adolescencia cuando en términos generales disminuye el conocimiento que los padres tienen sobre las actividades de sus hijos.

También se perfila como relevante el hecho de que los cuidados parentales en estas edades influyan en la CVRS del adolescente de forma más decisiva que en el propio consumo de sustancias. Además cuando se observan dichos cuidados como variable moderadora entre el conocimiento parental sobre las actividades de los hijos y la CVRS, el efecto parece potenciado, lo cual es interpretado por los autores como una influencia positiva del cuidado y atención parental en la aceptación de los hijos del conocimiento sobre sus experiencias.

Por otro lado, la fuente por la que los padres adquieren el conocimiento no es irrelevante sobre la CVRS, siendo la interacción bidireccional la más eficaz y la que mayores beneficios reporta, en detrimento de la falta de comunicación o la unilateral, con la pasividad implícita de alguno de los miembros.

7. Medición del estilo parental del adolescente

Para la medición de los estilos parentales en esta investigación se utilizó la Escala de Afecto y la Escala de Normas y Exigencias (versión hijos) (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001).

En dichas escalas se recoge información sobre el estilo parental de la madre y del padre. La elección del instrumento se realiza por estar diseñado específicamente para la etapa

adolescente, concretamente al rango de edad comprendido entre los 12 y 17 años, el cual se ajusta al de la muestra de este estudio. Por otra parte goza de buenas propiedades psicométricas y los ítems que la componen son claros, cortos, concisos, fáciles de comprender. En todos los casos hacen referencia a conductas concretas, no a opiniones generales, procediéndose de esta forma a un mayor control de la discapacidad social.

CAPÍTULO 5.-

ESTUDIO EMPÍRICO

1.	Objetivos	193
1.1.	Objetivos preliminares.....	193
1.2.	Objetivos centrales	193
2.	Método.....	194
2.1.	Participantes.....	194
2.2.	Instrumentos	197
2.3.	Procedimiento.....	202
3.	Resultados.....	204
3.1.	Resultados correspondientes a los objetivos preliminares	204
3.2.	Resultados de los objetivos centrales	234

1. Objetivos

En la presente investigación se establecen dos tipos de objetivos, preliminares y centrales.

1.1. Objetivos preliminares

Este primer conjunto de objetivos hace referencia al análisis descriptivo de los indicadores de salud de la muestra, concretándose en las afecciones más comunes, el uso de medicamentos (con y sin prescripción), el consumo de tabaco y alcohol y la CVRS de los adolescentes:

1. Descripción de las afecciones más comunes y de la frecuencia del uso de medicamentos, discriminando si éstos han sido o no prescritos por el médico. Exploración de las posibles diferencias en función de la edad y el sexo del adolescente.
2. Reflejo del consumo de sustancias (tabaco y alcohol) entre los sujetos que componen la muestra y determinación de las posibles diferencias por edad y sexo.
3. Descripción de los indicadores de CVRS atendiendo a la edad y el sexo del adolescente.
4. Análisis de las correlaciones entre los anteriores indicadores de salud.

1.2. Objetivos centrales

Por otro lado, los objetivos centrales de la presente investigación son:

1. Proposición de una escala de medida de la actitud hacia la automedicación y valoración de sus propiedades psicométricas:
 - a. Consistencia interna y estructura factorial

- b. Validez convergente: asociación con el empleo de medicación sin prescripción
 - c. Valores de la actitud hacia la automedicación según el sexo y edad
 - d. Asociación con los indicadores de CVRS
- 2. Relación entre la actitud hacia la automedicación y el empleo de medicamentos sin prescripción con el consumo de alcohol y tabaco.
- 3. Análisis de la influencia de los estilos parentales sobre los indicadores de salud. Diferencias según el sexo y la edad del sujeto
 - a. Actitud hacia la medicación y consumo de fármacos sin prescripción
 - b. Calidad de vida relacionada con la salud
 - c. Consumo de alcohol y tabaco
- 4. Examen de los modelos de predicción de la actitud hacia la automedicación
 - a. Variables con mayor capacidad predictiva en modelos de regresión múltiple
 - b. Modelos de mediación de los estilos parentales sobre la actitud hacia la automedicación

2. Método

2.1. Participantes

El estudio se llevó a cabo entre jóvenes escolarizados en tres Centros ubicados en la Comunidad de Madrid en los que se imparte Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato. Los tres centros poseen diferente titularidad: uno de ellos pública, situado en un pueblo del suroeste de la comunidad, otro localizado en un pueblo en la zona sur de titularidad concertada, y un tercero privado, situado en la zona centro de la capital. En el colegio concertado (40,5% de la muestra total) se accedió a doce clases: cinco de tercero de la ESO,

cinco de cuarto de la ESO y dos de primero de Bachiller. A las clases de segundo de Bachiller no se permitió el acceso por la escasez de tiempo de los alumnos de este curso, según informaron los responsables del centro. En el centro público (16,4% de la muestra total) se pudo entrar a un total de seis clases, una de tercero de la ESO, dos de cuarto de la ESO, dos de primero de Bachiller y una de segundo de Bachiller. Por último, en el Instituto privado (43,2% de la muestra total) se accedió a un total de dieciséis clases: cuatro de tercero de la ESO, cuatro de cuarto de la ESO, cuatro de primero de Bachiller y cuatro de segundo de Bachiller.

La elección de la edad de los participantes (entre 14 y 17 años) se realizó considerando que, según la literatura revisada previamente, es en la adolescencia media y tardía cuando se produce el máximo desarrollo de la conducta autónoma, así como el inicio de la conducta de automedicación y del consumo de sustancias. Además esta edad también se caracteriza por la posible aparición de circunstancias que puedan afectar a su CVRS y a la relación con sus padres. Se informó a los responsables del intervalo de edad objeto de interés para la investigación, no administrándose los mismos a alumnos menores y mayores de este rango.

Se administraron un total de 690 cuestionarios, de los cuales 25 fueron descartados por no estar cumplimentados en su totalidad, registrándose finalmente las respuestas de un total de 665 sujetos con edades comprendidas entre los 14 y 17 años, siendo la media de edad de 15.5 años (D.T = 1.1). Los alumnos que componen la muestra están cursando en el momento del estudio 3º de la ESO (31.1 %), 4º de la ESO (33.1%) y 1º o 2º de Bachiller (35.8 %). Del total de la muestra, el 52.9% son chicas, con media de edad 15.5 años (D.T = 1.0) y el 47.1 % son chicos, con media de edad de 15.6 años (D.T = 1.1). Un resumen de la información se recoge en las siguientes figuras de sectores (figura 1 y 2):

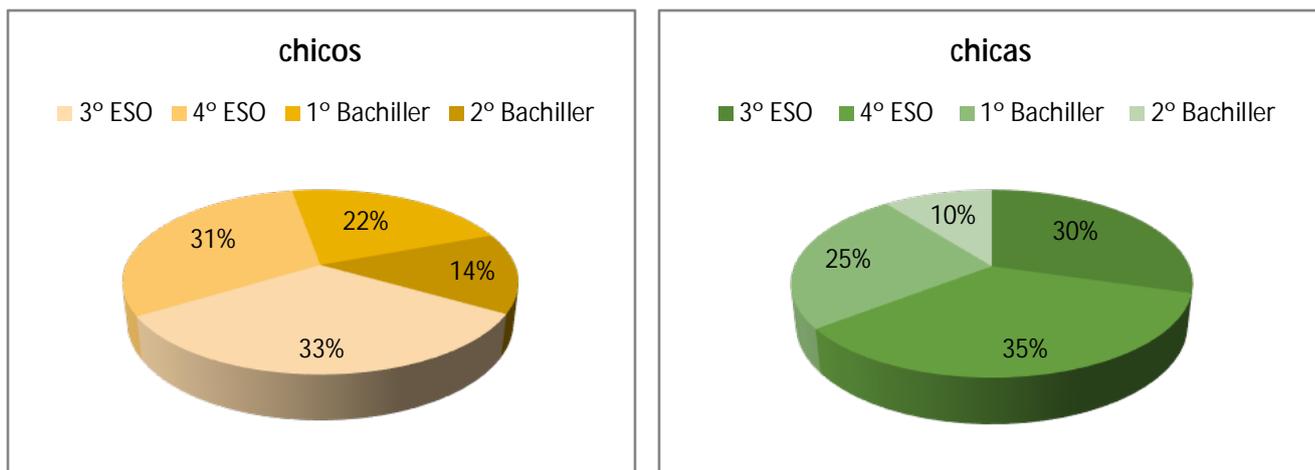


Figura 1. Distribución de los sujetos de la muestra por cursos.

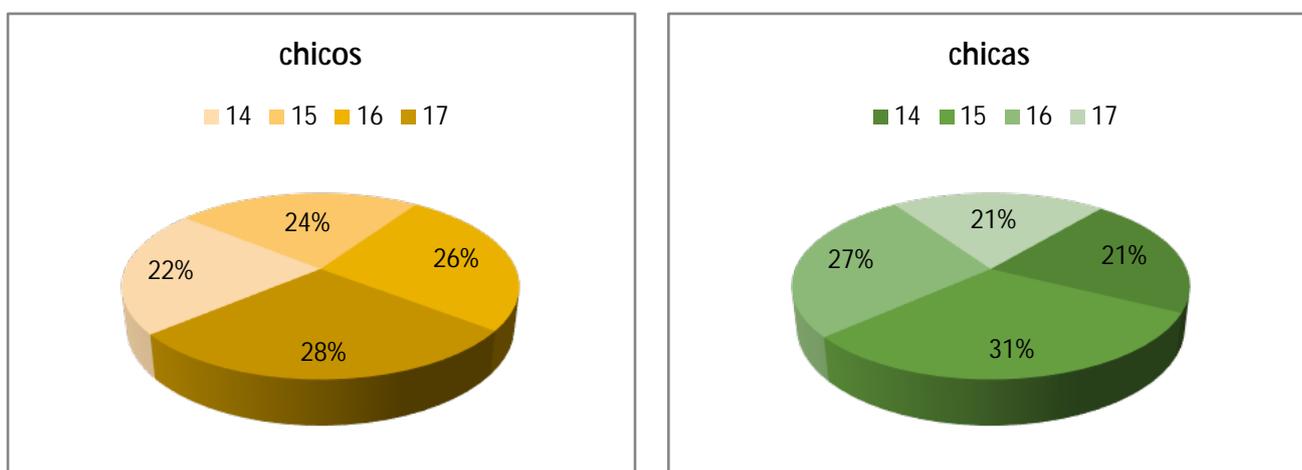


Figura 2. Distribución de los sujetos de la muestra por edades.

La distribución de los sujetos por colegios se recoge en la tabla 22.

Tabla 22

Frecuencias y porcentajes de los participantes en el estudio por edad y sexo en la muestra total y en cada uno de los colegios.

	edad	chicos	chicas
Muestra total (N= 665)	14	69 (10.37)	75 (11.28)
	15	74 (11.13)	109 (16.39)
	16	81 (12.18)	95 (14.28)
	17	89 (13.38)	73 (10.98)
Colegio 1 Titularidad concertada (N= 269)	14	47 (17.47)	40 (14.87)
	15	38 (14.13)	45 (16.73)
	16	36 (13.38)	37 (13.75)
	17	16 (5.95)	10 (3.72)
Colegio 2 Titularidad pública (N= 109)	14	4 (3.67)	1 (0.92)
	15	7 (6.42)	19 (17.43)
	16	19 (17.43)	27 (24.77)
	17	16 (14.68)	16 (14.68)
Colegio 3 Titularidad privada (N= 287)	14	18 (6.27)	34 (11.85)
	15	29 (10.10)	45 (15.68)
	16	26 (9.06)	31 (10.80)
	17	57 (19.86)	47 (16.38)

Los porcentajes (se muestran entre paréntesis) están calculados sobre el total de los sujetos.

2.2. Instrumentos

El cuestionario utilizado en la presente investigación (Anexo 1) está constituido por instrumentos creados por otros autores y por indicadores y escalas construidos a propósito de este trabajo. A continuación se describen las propiedades psicométricas de los instrumentos:

2.2.1. Escala de Afecto y Escala de Normas y Exigencias (versión hijos) (Bersabé, Fuentes y Motrico, 2001).

Este instrumento está formado por dos subescalas:

1. **Escala de Afecto**, versión hijos (EA-H): Escala tipo likert compuesta por dos factores, *Afecto-comunicación* (factor I), en el que se refleja el cariño e interés que establecen los padres con sus hijos y la comunicación entre ambos, y *Crítica-rechazo* (factor II), que pretende recoger la desconfianza, la crítica e incluso el rechazo de los padres hacia sus hijos. Cada factor está formado por 10 ítems con cinco alternativas de respuesta (desde “nunca” a “siempre”). La consistencia interna medida como alfa de Cronbach es elevada para cada factor en investigaciones previas (Bersabé et al., 2001): Factor I-padre $\alpha = 0.90$; Factor II-padre $\alpha = 0.83$; Factor I-madre $\alpha = 0.87$; Factor II-madre $\alpha = 0.81$. Los índices de homogeneidad de los ítems (correlación ítem-puntuación total corregida) están por encima de 0.45, lo que indica un buen comportamiento psicométrico. En el presente estudio la consistencia interna presenta valores adecuados: Factor I-padre $\alpha = 0.91$, Factor II-padre $\alpha = 0.89$, Factor I-madre $\alpha = 0.90$ y Factor II-madre $\alpha = 0.89$. Por otro lado las correlaciones entre las puntuaciones de los dos factores resultó significativamente negativa ($r = -0.63$ para los padres y $r = -0.68$ para las madres; $p < 0.001$).
2. **Escala de Normas y Exigencias**, versión hijos (ENE-H): Escala tipo likert formada por tres factores que tratan de evaluar la forma en las que los padres establecen y exigen el cumplimiento de las normas. El Factor I Normas inductivas refleja la explicación por parte de los padres de las normas y su adaptación a las necesidades y posibilidades de los hijos. El Factor II Normas rígidas refleja la imposición de las normas y el mantenimiento de un nivel de exigencias demasiado alto y/o inadecuado para el niño. Por último el Factor III Normas indulgentes trata de reflejar la laxitud en la imposición de normas y límites a la conducta de los hijos. Los dos primeros factores se compone de 10 ítems cada uno, y el tercer factor de

8. La consistencia interna de cada factor en las investigaciones previas (Bersabé et al., 2001) es aceptable: Factor I-padre $\alpha = 0.85$; Factor II-padre $\alpha = 0.73$; Factor III-padre $\alpha = 0.60$; Factor I-madre $\alpha = 0.80$; Factor II-madre $\alpha = 0.72$; Factor III-madre $\alpha = 0.64$. Los índices de homogeneidad de los ítems se encontraron por encima de 0.4, lo que indica un buen comportamiento psicométrico. En esta muestra, la consistencia interna muestra también valores adecuados: Factor I-padre $\alpha = 0.86$; Factor II-padre $\alpha = 0.77$; Factor III-padre $\alpha = 0.74$; Factor I-madre $\alpha = 0.82$; Factor II-madre $\alpha = 0.78$; Factor III-madre $\alpha = 0.70$.

2.2.2. Cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes (The KIDSCREEN Group Europe. 2006).

Escala de 27 ítems formada por las siguientes 5 dimensiones:

1. Factor I (5 ítems): *Bienestar físico*. Su pretensión es indagar sobre la actividad física, energía y calidad de la salud del niño/adolescente.
2. Factor II (7 ítems): *Bienestar psicológico*. Examina las emociones positivas, la satisfacción con la vida y la ausencia de sentimientos de soledad y tristeza.
3. Factor III (7 ítems): *Relación con los padres y autonomía*. Explora la calidad de la interacción entre los chicos y los padres, haciendo hincapié en el afecto y apoyo que recibe de ellos. En esta misma dimensión se examina el nivel de autonomía y su percepción sobre los propios recursos financieros.
4. Factor IV (4 ítems): *Apoyo social y pares*. Indaga sobre la calidad de la interacción entre el sujeto y sus pares, así como el apoyo recibido por ellos.
5. Factor V (4 ítems): *Entorno escolar*. Recoge la percepción del niño/adolescente sobre su aprendizaje cognitivo, concentración en las tareas escolares y sus sentimientos hacia la escuela y sus profesores.

Las alternativas de respuesta son en todos los ítems 5, pero aquilatadas a la naturaleza de la pregunta, es decir reflejando la cantidad (desde “nada” a “muchísimo”) la frecuencia (desde “nunca” a “siempre”) o la calidad (desde “mala” a “excelente”). El coeficiente α de Cronbach fue superior a 0.70 para todas las dimensiones. En la muestra presente la fiabilidad correspondiente a los cinco factores también muestra valores adecuados: Factor I (0.84), Factor II (0.82), Factor III (0.75), Factor IV (0.75) y Factor V (0.74).

Por otro lado, los instrumentos creados a propósito de la investigación son los indicadores de *Problemas de salud*, *Uso de medicación* y *Uso de medicación sin prescripción*, los indicadores de *Uso de tabaco* y *Uso de alcohol* y la escala de *Actitud hacia la automedicación*.

2.2.3. Diseño y estructura de los indicadores Problemas de salud, Uso de medicación y Uso de medicación sin prescripción.

Para su elaboración se consultaron las preguntas relativas a salud y uso de medicamentos contenidas en la Encuesta Nacional de Salud de España (2011/12) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, llevada a cabo por el INE (ENSE 2011/12), las cuales sirvieron de orientación en la redacción de los ítems específicos de cada indicador.

El indicador *Problemas de salud* está formado por 7 ítems en los que se indaga si el adolescente ha tenido determinadas afecciones de salud (dolor de cabeza, de espalda, alergia, nerviosismo, insomnio, gripe, etc.). Las respuestas posibles son “no” o “sí”, en cuyo caso el sujeto indica el grado en el que se ha sentido perjudicado en cuatro opciones de respuesta (“poco”, “algo”, “bastante” y “mucho”).

El indicador *Uso de medicación* está constituido por 12 ítems de respuesta dicotómica (sí/no) para indagar sobre el uso de medicamentos con diferentes propiedades terapéuticas (analgésicos y/o antipiréticos, antiinflamatorios, antibióticos, tranquilizantes, antidepresivos,

etc.). En el indicador *Uso de medicación sin prescripción* se recoge información del uso sin receta médica de los medicamentos del grupo anterior. Por otra parte algunos autores (Ledoux et al., 1994) recalcan la conveniencia de preguntar por el uso de medicamentos aludiendo a los síntomas (medicamentos para dormir, para estar tranquilos, etc.) y no por los nombres de los principios activos, en muchas ocasiones no conocidos u olvidados por los sujetos, recomendación seguida en la elaboración de estos dos indicadores del presente estudio.

2.2.4. Estructura de los indicadores Uso de tabaco y Uso de alcohol.

Para explorar esta variable se formulan dos ítems. En el primero se le pregunta al adolescente si fuma, siendo las alternativas de respuesta “no”, “un día a la semana”, “dos o tres días a la semana”, “más de tres días a la semana” y “todos los días”. En el segundo ítem se le pide al sujeto que indique el número de cigarrillos que consume a la semana.

Respecto al consumo de alcohol, se indaga sobre este hábito mediante dos ítems: el primero es análogo al de consumo de tabaco, en el que se pide que indique si toma alcohol (“no”, “una vez a la semana”, “2 o 3 veces a la semana”, “más de 3 veces a la semana, “diariamente”), y el segundo trata de valorar los efectos que dicha sustancia produce en el adolescente (“Cuando bebo alcohol...”, “bebo poco, no noto los efectos”, “bebo hasta que me noto mareado o alegre”, “bebo hasta que noto náuseas o pierdo el conocimiento”).

2.2.5. Escala Actitud hacia la automedicación.

Como ya ha sido explicado en el capítulo 1 de la presente investigación, varios fueron los aspectos detectados en la literatura consultada que inspiraron la estructura de la escala y la posterior redacción de los ítems, principalmente la influencia de la opinión de los padres sobre los medicamentos y sus criterios de consumo, la adquisición de una progresiva autonomía característica de la etapa adolescente, el conocimiento que el adolescente tiene, o cree tener sobre las indicaciones de los fármacos y sus posibles efectos secundarios, la disponibilidad de

medicamentos en las propias casas, sus propios pares como fuente de obtención de fármacos, la influencia de los medios de comunicación en el consumo de medicamentos y la medicalización de la sociedad reflejada en la tendencia a buscar en el este tipo de sustancias la solución a problemas emocionales, relacionales, de malestar generalizado o de insatisfacción vital.

La escala queda finalmente conformada por 42 ítems (Anexo 1) con 5 posibilidades de respuesta graduadas desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. Sus propiedades psicométricas quedan reflejadas en el apartado Resultados.

2.3. Procedimiento

2.3.1. Construcción de la escala.

El proceso de construcción estuvo secuenciado en distintas etapas resumidas a continuación.

1. *Redacción de los ítems.* En la construcción del instrumento se pretendió abordar cada una de las dimensiones consideradas a través de la redacción de más de un ítem con el fin de tener ciertas garantías de recoger la información deseada.
2. *Consulta a profesionales expertos en la materia.* Se busca el asesoramiento sobre la pertinencia de las dimensiones de la escala y la redacción de los ítems que conforman la misma entre profesionales compañeros psicólogos, enfermeros, médicos y farmacólogos, recogiendo sus aportaciones y puntos de vista.
3. *Aplicación de la escala a un grupo de 5 adolescentes de edades comprendidas entre los 14 y los 17 años.* El objetivo de esta práctica es la comprobación de que el lenguaje empleado en la redacción de los ítems puede comprenderse sin dificultad, así como cotejar que la inversión del tiempo que se tarda en cumplimentar la escala no es excesiva, teniendo en cuenta que la misma forma

parte de un cuestionario más amplio, lo cual puede provocar un efecto de cansancio que se traduzca en una deficiente recolección de datos. La experiencia permitió comprobar que el grupo entendía los ítems y tardaban en completar la escala no más de diez minutos.

2.3.2. Acceso a los centros.

A través de contactos laborales y personales se estableció comunicación con los responsables de cinco centros de la Comunidad de Madrid a los que se les explicó por escrito los objetivos de la investigación. Uno de los Centros denegó su participación por motivos de normativa interna y otro excusó su colaboración por falta de tiempo del alumnado para la participación en el estudio. En los otros tres casos las personas de contacto mostraron su interés, concertándose entrevistas con los responsables del centro y los orientadores para dar una explicación más exhaustiva de la investigación, sus pretensiones y finalidad y el tipo de información que se recogería en los cuestionarios. En dichas entrevistas se facilitó la información y se ofrecieron garantías de confidencialidad en el manejo de los datos. En los tres casos los centros se hicieron absolutos responsables en la tramitación de la obtención de los permisos pertinentes de los padres de los menores.

2.3.3. Administración de los cuestionarios.

La administración de los cuestionarios se realizó durante los meses de enero y febrero del año 2012.

Antes de proceder a la administración de los mismos, se explicó a los participantes que se trataba de una actividad voluntaria y que al participar estaban colaborando en la realización de una investigación concerniente a la adolescencia. También se les pidió que fueran cuidadosos para no dejar ninguna frase sin responder por olvido o error.

Se confeccionaron diferentes modelos de cuestionarios variando el orden de las escalas con el fin de evitar que el cansancio acumulado recayera siempre sobre los mismos ítems finales.

Durante el proceso la investigadora estuvo presente en las aulas con la finalidad de poder resolver cualquier duda que surgiese en el curso del proceso, las cuales se limitaron a la comprensión del significado puntual de alguna palabra, y por otra parte garantizar que la información expresada en los cuestionarios era tratada de forma confidencial. En la mayoría de las ocasiones también se encontraba en el aula el tutor o la tutora del grupo o el profesor/a de la materia que había cedido su hora de clase para la actividad.

3. Resultados

3.1. Resultados correspondientes a los objetivos preliminares

Se recogen a continuación los resultados correspondientes a los objetivos preliminares para tratar de establecer los indicadores de salud de la muestra.

3.1.1. Problemas de salud más comunes y uso de medicamentos.

3.1.1.1. *Indicador Problemas de salud.*

A través de este indicador se le pide al sujeto que exprese si ha presentado alguna de las alteraciones de salud incluidas en el cuestionario, y en caso afirmativo, que refleje el nivel de perjuicio que le ha causado, concretando en las siguientes posibles respuestas para cada ítem “No”, “Sí y me ha perjudicado...” “poco”, “algo”, “bastante” o “mucho”. Los datos obtenidos se recogen en la tabla 23.

Tabla 23

Incidencia de los Problemas de salud de los sujetos de la muestra.

¿Has tenido en los últimos meses?	Sí, y me ha perjudicado				
	No	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Dolor de cabeza	22.0	29.3	31.7	13.7	3.3
Dolor de espalda/cuello/articulaciones	25.1	25.1	29.3	14.6	5.9
Alergia	78.9	8.1	6.3	4.7	2.0
Nerviosismo/insomnio	48.7	20.0	15.5	11.1	4.7
Tos/ catarro/gripe	27.8	24.4	26.3	17.1	4.4
Problemas de estómago	59.5	19.2	14.6	5.1	1.5
Otros	80.3	8.3	5.7	4.1	1.7

Los datos representan el tanto por ciento sobre el total de la muestra.

Como se puede apreciar en la tabla 23, el problema de salud más frecuente fue el dolor de cabeza (78.0 %), seguido de dolor de espalda/cuello/articulaciones (74.9 %) y de tos/catarro/gripe (72.2 %). También destaca la alta incidencia del nerviosismo/insomnio (51.3 %) y problemas digestivos (40.5 %).

Un análisis teniendo en cuenta el sexo y edad de los participantes de aquellos sujetos que declararon sí tener los problemas consultados puede observarse en la tabla 24 y en la figura 3.

Tabla 24

Medias y desviaciones típicas (D.T.) para los ítems que forman el indicador Problemas de salud según sexo y edad de los participantes.

Edad	14		15		16		17	
	chicos	chicas	chicos	chicas	chicos	chicas	chicos	chicas
	N= 69	N= 75	N= 74	N= 109	N= 81	N= 95	N= 89	N= 73
	Media (D.T)							
Dolor de cabeza	2.16 (0.949)	2.48 (0.991)	2.26 (1.159)	2.65 (1.003)	2.26 (1.070)	2.72 (1.108)	2.39 (1.007)	2.71 (1.219)
Dolor de espalda/ cuello/articulaciones	2.13 (1.083)	2.28 (1.008)	2.47 (1.337)	2.65 (1.134)	2.37 (1.229)	2.80 (1.154)	2.56 (1.261)	2.79 (1.105)
Alergia	1.30 (0.692)	1.29 (0.731)	1.34 (0.864)	1.50 (1.102)	1.59 (1.034)	1.47 (0.988)	1.36 (0.801)	1.49 (1.120)
Nerviosismo/insomnio	1.72 (0.968)	1.75 (1.140)	1.74 (1.111)	2.06 (1.196)	1.69 (1.045)	2.29 (1.279)	2.30 (1.409)	2.55 (1.291)
Tos/ catarro/gripe	2.14 (1.154)	2.25 (1.067)	2.55 (1.240)	2.58 (1.249)	2.44 (1.214)	2.79 (1.262)	2.33 (1.126)	2.44 (1.041)
Problemas de estómago	1.42 (0.736)	1.63 (0.912)	1.77 (1.200)	1.75 (1.090)	1.79 (0.958)	1.79 (1.030)	1.56 (0.878)	1.82 (1.018)
Otros	1.45 (0.963)	1.39 (0.943)	1.45 (0.995)	1.28 (0.708)	1.31 (0.769)	1.44 (0.872)	1.36 (0.843)	1.45 (1.106)

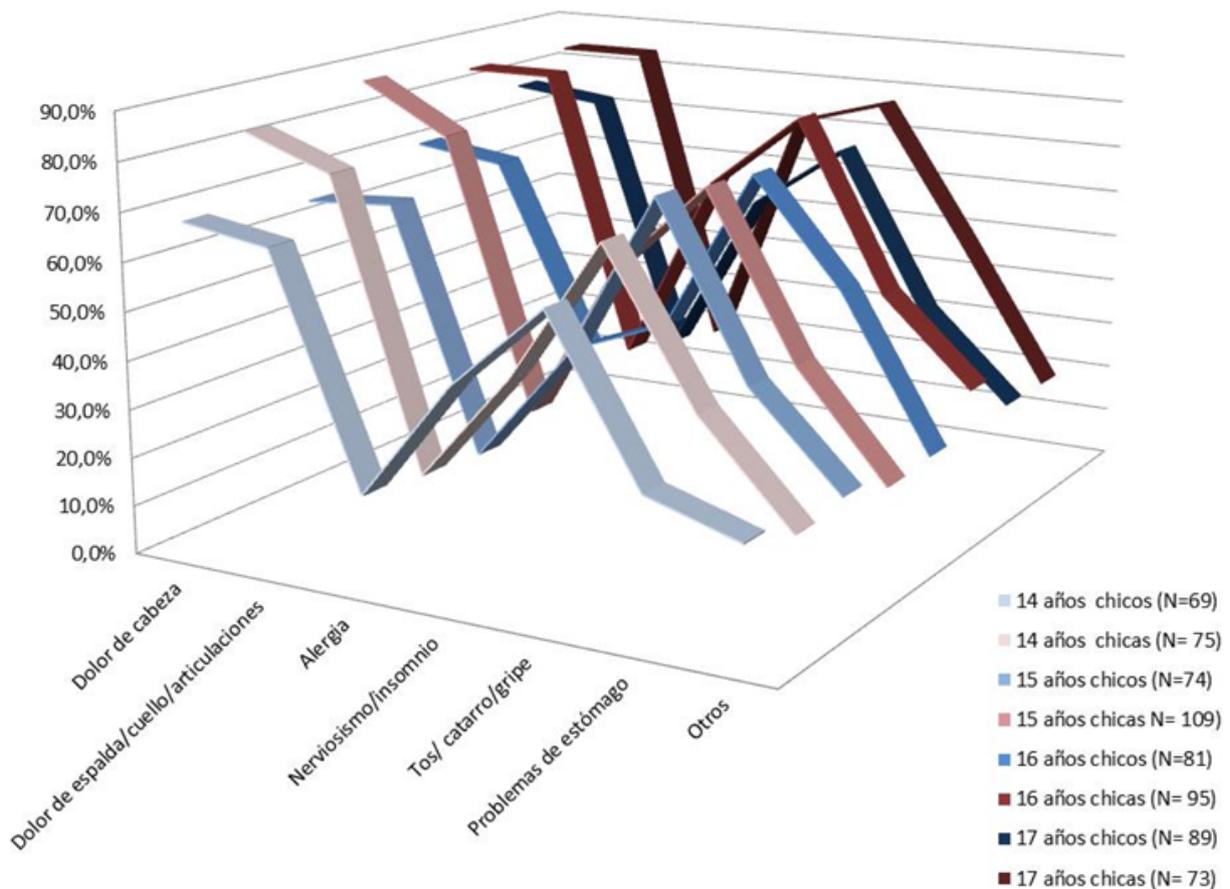


Figura 3. Problemas de salud de los sujetos de la muestra por edades y sexo.

Con la finalidad de evaluar de forma conjunta los ítems que constituyen el indicador y comprobar posibles interacciones entre las variables criterio sexo y edad, se procede a realizar un análisis multivariante de la varianza (MANOVA). Los resultados del MANOVA para la variable sexo (Lambda de Wilks = 0.959, $F(7, 651) = 4.016$, $p < 0.001$, Eta al cuadrado parcial = 0.041) y para la variable edad (Lambda de Wilks = 0.9189, $F(21, 1869.87) = 2.697$, $p < 0.001$, Eta al cuadrado parcial = 0.028), mostraron diferencias estadísticamente significativas en los *Problemas de salud* en función del sexo y la edad, no ocurriendo así en el caso de la interacción de las dos variables (Lambda de Wilks = 0.973, $F(21, 1869.87) = 0.844$, $p = 0.667$, Eta al cuadrado parcial = 0.009), pudiéndose interpretar la ausencia de la misma en el sentido de que el aumento de afecciones de salud que se produce con la edad no difiere en relación con el sexo. Un resumen de los resultados del análisis realizado puede observarse en la tabla 25,

recogiéndose en la siguiente (tabla 26) los contrastes post-hoc de Scheffe para la variable edad en aquellos ítems que sí mostraron diferencias estadísticamente significativas. En estos contrastes puede apreciarse que se encuentran dichas diferencias en *Dolor de espalda/cuello/articulaciones* entre las edades de 14 y 16 años ($p < 0.05$) y entre las edades de 14 y 17 años ($p < 0.001$). En *Tos/catarro/gripe* se observan diferencias estadísticamente significativas entre las edades 14 y 16 años ($p < 0.05$). Por último se hallan también diferencias en *Nerviosismo/insomnio* entre las edades de 14 y 17 años ($p < 0.001$) y entre 15 y 17 años ($p < 0.01$).

Es decir, según lo revelado en los análisis, puede apreciarse más *Problemas de salud* en las chicas respecto de los chicos en la mayoría de las categorías, y también un incremento de dichos problemas en los sujetos de mayor edad con relación a los más jóvenes.

Tabla 25

Resultados de MANOVA para los ítems que forman el indicador Problemas de salud en función del sexo y edad de los participantes.

	sexo					edad					sexo*edad				
	Media cuadrática	gl	F	p	η^2 parcial	Media cuadrática	gl	F	p	η^2 parcial	Media cuadrática	gl	F	p	η^2 parcial
Dolor de cabeza	22.60	1	19.96	0.000***	0.029	1.45	3	1.28	0.280	0.006	0.18	3	0.16	0.924	0.001
Dolor de espalda/ cuello/articulaciones	8.05	1	5.88	0.016*	0.009	6.29	3	4.60	0.003**	0.021	0.10	3	0.73	0.534	0.003
Alergia	0.26	1	0.30	0.585	0.000	1.45	3	1.64	0.180	0.007	0.72	3	0.81	0.487	0.004
Nerviosismo/ insomnio	14.43	1	10.08	0.002**	0.015	13.51	3	9.44	0.000***	0.041	2.31	3	1.61	0.185	0.007
Tos/ catarro/gripe	3.54	1	2.55	0.111	0.004	5.68	3	4.08	0.007**	0.018	0.83	3	0.60	0.618	0.003
Problemas de estómago	2.04	1	2.07	0.151	0.003	2.19	3	2.22	0.085	0.010	0.83	3	0.84	0.471	0.004
Otros	0.00	1	0.00	0.995	0.000	0.10	3	0.13	0.946	0.001	0.80	3	1.01	0.389	0.005

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Tabla 26

Pruebas post hoc de Scheffe. Diferencias entre las medias (dif.med) y niveles de significación (p).

Edad	14-15		14-16		14-17		15-16		15-17		16-17	
	dif. med	p										
Dolor de cabeza	-0.17	0.584	-0.18	0.120	-0.21	0.122	-0.01	0.112	-0.05	0.115	-0.03	0.116
Dolor de espalda/cuello/articulaciones	-0.31	0.129	-0.39*	0.030	-0.46**	0.009	-0.08	0.929	-0.15	0.713	-0.06	0.968
Nerviosismo/insomnio	-0.20	0.530	-0.28	0.226	-0.68***	0.000	-0.08	0.934	-0.48**	0.003	-0.40*	0.027
Tos/ catarro/gripe	-0.37	0.051	-0.43**	0.015	-0.18	0.641	-0.06	0.969	0.19	0.518	0.25	0.271

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

3.1.1.2. Indicador Uso de medicación.

Para poder explorar en el *Uso de medicación* que hacen los sujetos que componen la muestra teniendo en cuenta el sexo y la edad de los participantes, se crea una variable que refleje el número de tipos de medicamentos tomados por cada individuo y se realiza un análisis de varianza factorial, con sexo y edad como variables independientes (ANOVA), cuyos resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los sexos ($F(1, 657) = 10.106, p < 0.01, \eta^2 \text{ al cuadrado parcial} = 0.015$), pero no entre las edades ($F(3, 657) = 2.384, p = 0.068, \eta^2 \text{ al cuadrado parcial} = 0.011$), ni en la interacción de ambas variables, sexo y edad ($F(3, 657) = 1.076, p = 0.358, \eta^2 \text{ al cuadrado parcial} = 0.005$).

El consumo de los distintos grupos de fármacos recogidos en el cuestionario y las posibles diferencias teniendo en cuenta el sexo se pueden apreciar en la figura 4 y en la tabla 27.

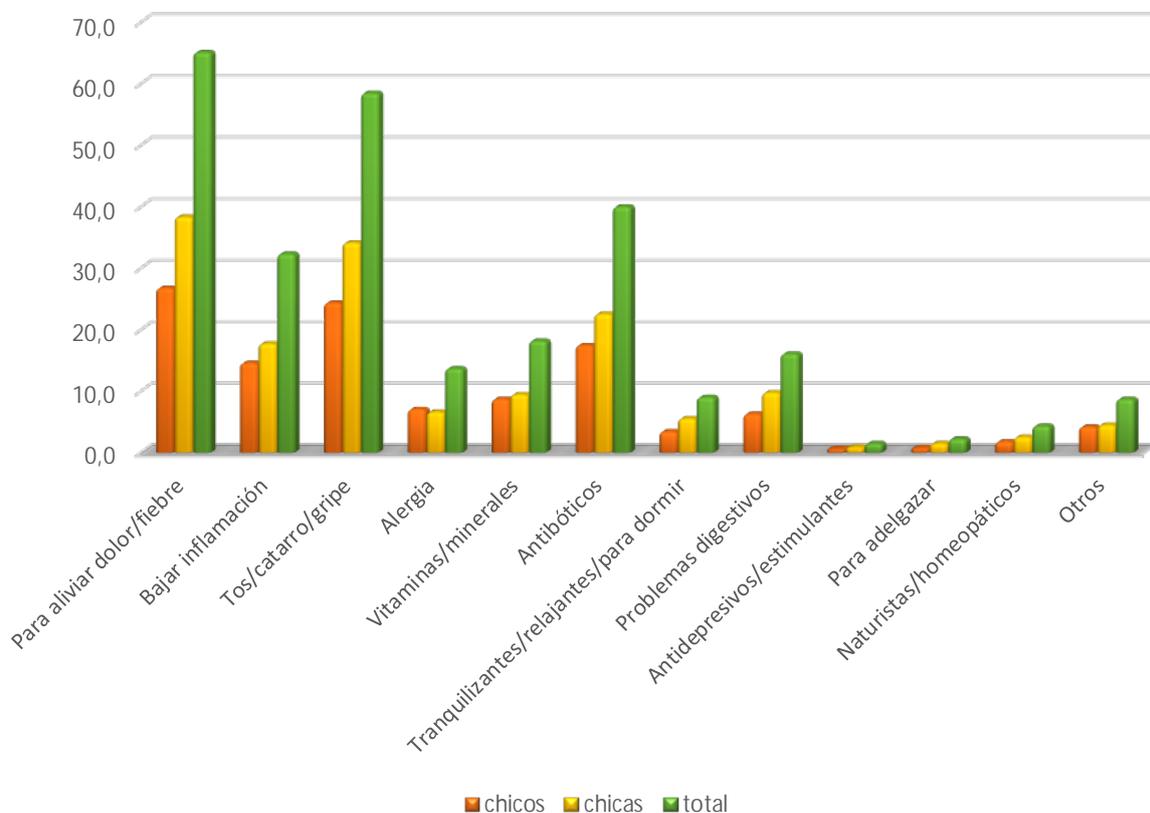


Figura 4. Porcentajes de consumo de medicamentos por sexo.

Tal como queda constatado en la figura anterior, las chicas presentan un consumo más elevado en la mayor parte de los grupos terapéuticos.

Tabla 27

Diferencias en el Uso de medicación en relación con el sexo del participante.

Medicamento	chicos	chicas	χ^2	gl	p
	N	N			
	%	%			
Para aliviar dolor/ fiebre	178 41.11	255 58.89	17.69	1	0.000***
Bajar inflamación	97 45.12	118 54.88	0.486	1	0.486
Tos/catarro/gripe	162 41.65	227 58.35	11.061	1	0.001***
Alergia	47 51.65	44 48.35	0.888	1	0.346
Reconstituyentes (vitaminas/minerales)	58 47.98	63 52.06	0.045	1	0.833
Antibióticos	116 43.61	150 56.39	2.129	1	0.145
Tranquilizantes/ relajantes/para dormir	23 38.34	37 61.66	2.019	1	0.155
Para estómago o problemas digestivos	42 39.26	65 60.74	3.126	1	0.077
Antidepresivos/ estimulantes	4 40.00	6 60.00	0.204	1	0.652
Para adelgazar	5 33.34	10 66.66	1.162	1	0.281
Naturistas/ homeopáticos	12 41.38	17 58.62	0.394	1	0.530
Otros	28 48.26	30 51.74	0.037	1	0.847

*Nota: * p<0.05; ** p< 0.01; *** p< 0.001.*

La comprobación de la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos sexos se realizó mediante un análisis de ji cuadrado, cuyos resultados quedan reflejados en la tabla anterior (tabla 27), en la que puede comprobarse que únicamente existen estas diferencias en el caso de los medicamentos *Para aliviar dolor/ fiebre* y los medicamentos para *la Tos/catarro/ gripe*. Sin embargo en los fármacos para la *Alergia*, *Reconstituyentes* y en la categoría de *Otros*, los consumos son muy similares.

Pueden observarse en la figura 5 los niveles de utilización de los distintos grupos de fármacos para los cuatro grupos de edades que constituyen la muestra.

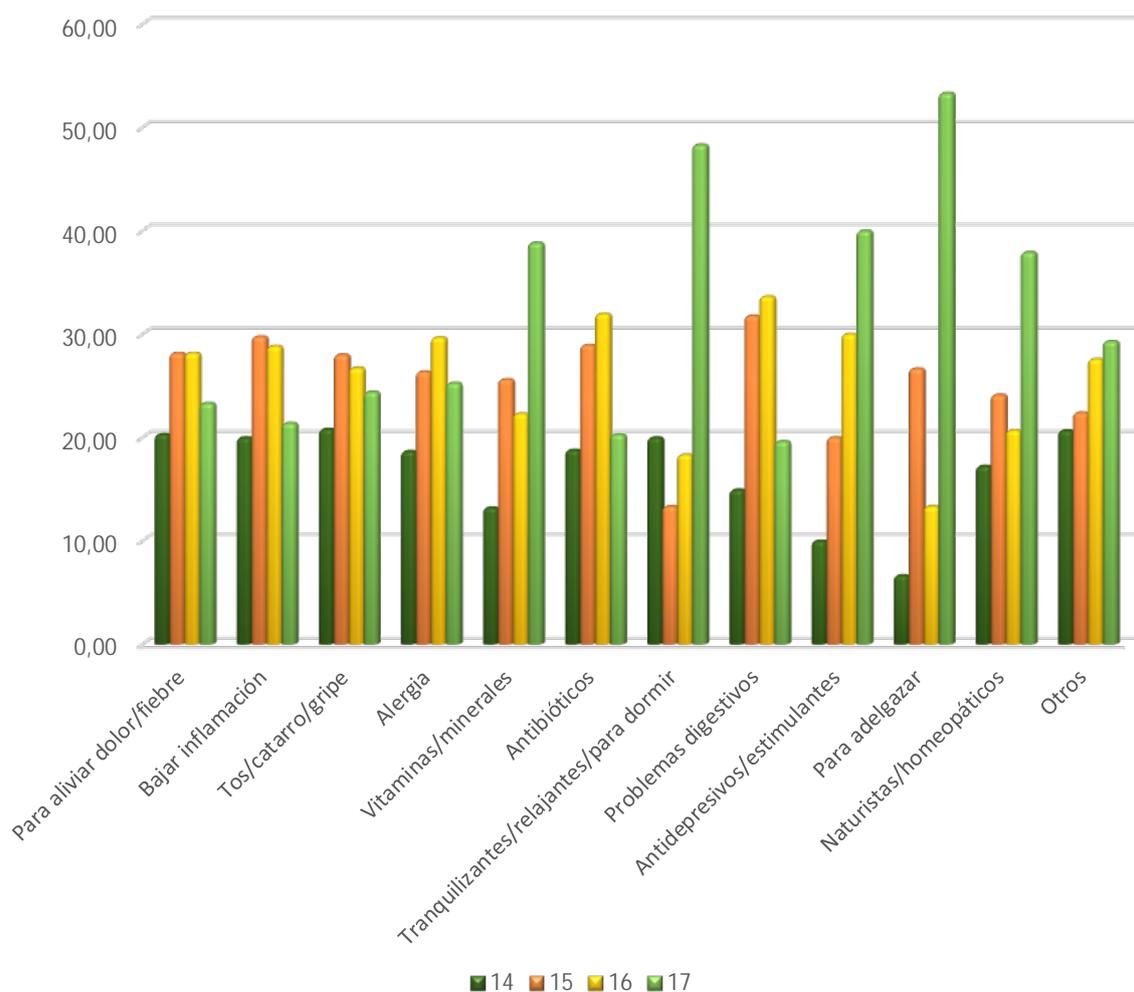


Figura 5. Porcentajes de consumo de medicamentos por edades sobre el total de consumidores de cada grupo de medicamentos.

Aunque el ANOVA no reveló diferencias en el número total de tipos de medicamentos consumidos según la edad del sujeto, se procede a analizar si existen diferencias en el consumo considerando ahora de forma independiente cada tipo de medicamento según la edad, recogiendo los resultados en la tabla 28.

Tabla 28

Diferencias en el Uso de medicación en relación con la edad del participante.

Medicamento	Edad				χ^2	gl	p
	14	15	16	17			
	N	N	N	N			
	%	%	%	%			
Para aliviar dolor/ fiebre	88 61.11	122 66.67	122 69.32	101 62.35	3.126	3	0.373
Bajar inflamación	43 29.86	64 34.97	62 35.23	46 28.39	2.807	3	0.422
Tos/catarro/gripe	81 56.25	109 59.56	104 59.09	95 58.64	0.412	3	0.938
Alergia	17 11.81	24 13.11	27 15.34	23 14.20	0.926	3	0.819
Reconstituyentes/vitaminas/minerales	16 11.11	31 16.94	27 15.34	47 29.01	18.747	3	0.000***
Antibióticos	50 34.72	77 42.08	85 48.30	54 33.33	10.046	3	0.018*
Tranquilizantes/relajantes/para dormir	12 8.33	8 4.37	11 6.25	29 17.90	22.112	3	0.000***
Para estómago o problemas digestivos	16 11.11	34 18.58	36 20.45	21 12.96	7.140	3	0.068
Antidepresivos/estimulantes	0.69 10.00	2 1.09	3 1.70	4 2.47	1.913	3	0.591
Para adelgazar	1 0.69	4 2.19	2 1.13	8 4.94	7.884	3	0.048*
Naturistas/homeopáticos	5 3.47	7 3.83	6 3.41	11 6.80	3.073	3	0.381
Otros	12 8.33	13 7.10	16 9.09	17 10.49	1.298	3	0.730

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$. Tanto por ciento calculado respecto al grupo etario.*

Como puede apreciarse en la tabla anterior, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en *Reconstituyentes/vitaminas/minerales*, *Antibióticos*, *Tranquilizantes/relajantes /para dormir* y medicamentos *Para adelgazar*.

3.1.1.3. Indicador Uso de medicación sin prescripción.

Siguiendo un procedimiento similar a lo realizado en el indicador anterior, se efectúa un análisis de varianza para comprobar posibles diferencias en el consumo total de medicamentos tomados sin prescripción teniendo en cuenta la edad y sexo de los participantes. Los resultados del análisis no reflejan diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ($F(1, 657) = 1.629$, $p = 0.202$, η^2 al cuadrado parcial = 0.002), ni en la interacción de las variables edad y sexo ($F(3, 657) = 0.901$, $p = 0.440$, η^2 al cuadrado parcial = 0.004), pero sí se encuentran diferencias en función de la edad ($F(3, 657) = 4.079$, $p = 0.007$, η^2 al cuadrado parcial = 0.018), por lo que se procede al análisis post-hoc, apreciándose una diferencia de medias estadísticamente significativa entre los 14 y 17 años ($D_{I-J} = -0.5424$; $p = 0.013$).

Para comprobar la existencia de posibles diferencias entre los dos sexos en cada uno de los grupos de medicamentos considerados, se procede a un análisis de ji cuadrado cuyos resultados quedan reflejados en la tabla 29, en la que puede comprobarse que no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en ninguno de los grupos de medicamentos cuando se toman sin prescripción.

Tabla 29

Diferencias en el Uso de medicación sin prescripción en relación con el sexo del participante.

Medicamento	chicas	chicos	χ^2	gl	p
	N %	N %			
Para aliviar dolor/ fiebre	149 58.20	107 41.80	0.123	1	0.726
Bajar inflamación	56 54.90	46 45.10	0.000	1	0.996
Tos/catarro/gripe	108 55.38	87 44.62	1.419	1	0.234
Alergia	9 37.50	13 62.50	0.644	1	0.422
Reconstituyentes (vitaminas/minerales)	39 46.99	44 53.84	2.731	1	0.098
Antibióticos	47 52.81	42 47.19	0.698	1	0.404
Tranquilizantes/ relajantes/para dormir	24 63.16	14 36.84	0.097	1	0.755
Para estómago o problemas digestivos	32 57.14	24 42.86	0.640	1	0.424
Antidepresivos/ estimulantes	4 66.67	2 33.33	0.278	1	0.598
Para adelgazar	7 70.00	3 30.00	0.150	1	0.699
Naturistas/ homeopáticos	13 61.90	8 38.10	0.338	1	0.561
Otros	11 45.83	13 54.17	0.569	1	0.451

Tanto por ciento de personas que han tomado el medicamento sin receta respecto al total que lo ha tomado para cada sexo.

El consumo de fármacos sin receta en función del sexo puede observarse en la figura 6, en la que destaca el elevado consumo de fármacos sin prescripción, siendo superior al 40% en la mayor parte de los grupos. Así mismo la figura nos muestra el consumo superior de las chicas respecto a los chicos en la mayoría de los grupos de medicamentos, a excepción de los medicamentos para la *Alergia*, *Reconstituyentes/vitaminas/minerales*, y la categoría designada como *Otros*.

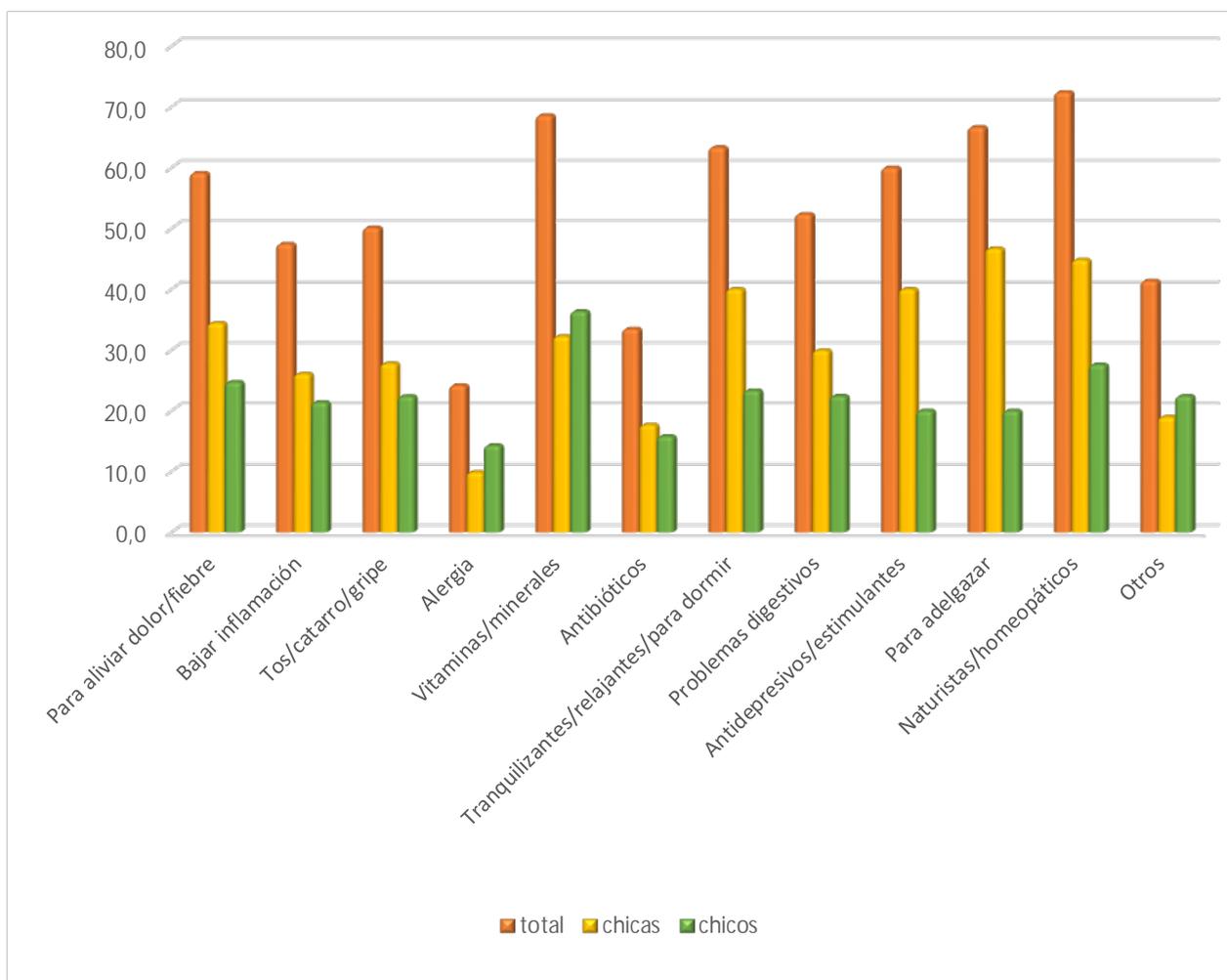


Figura 6. Porcentajes de consumidores de medicamentos sin prescripción sobre el total de consumidores de cada grupo según el sexo.

Los porcentajes de consumidores de fármacos sin prescripción según la edad se representan en la figura 7.

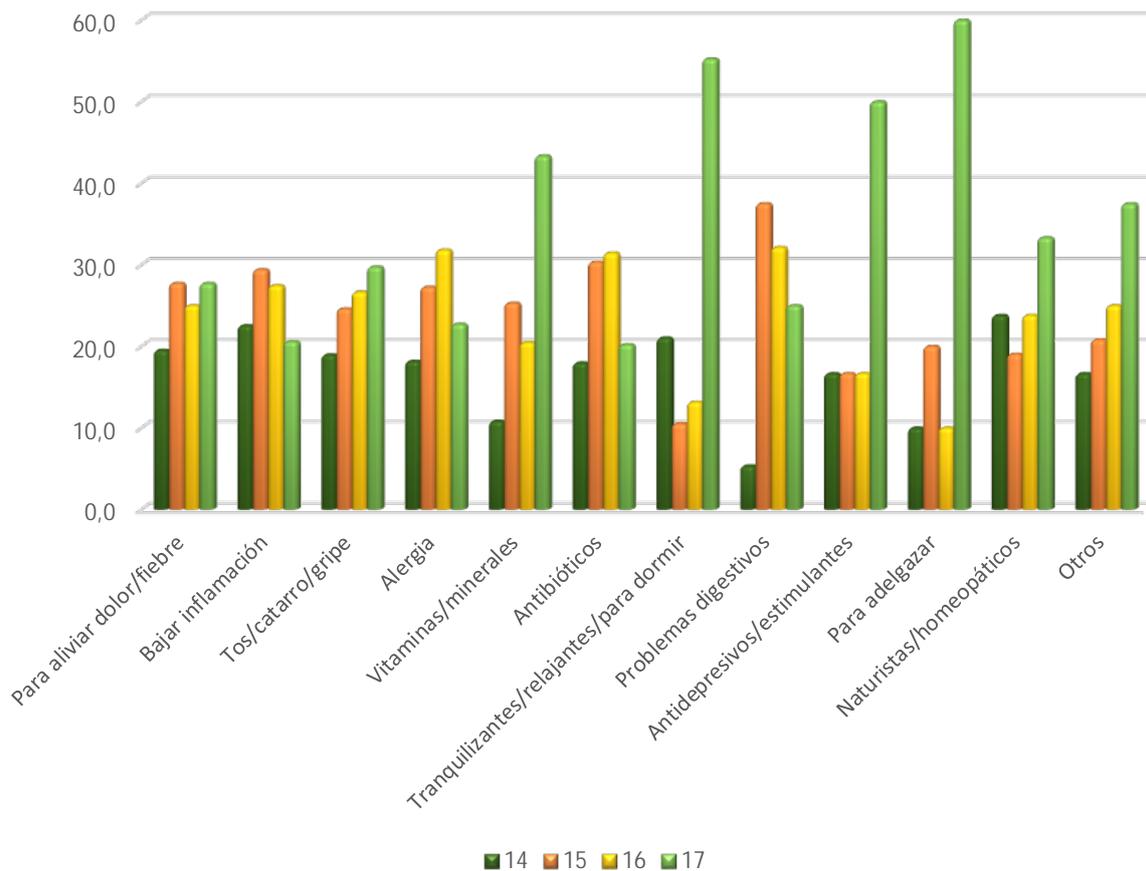


Figura 7. Porcentajes de consumidores de medicamentos sin prescripción según la edad.

En esta figura se puede observar que para algunos grupos de medicamentos las edades de mayor consumo sin prescripción son las centrales (15-16 años), como ocurre en el caso de medicamentos *Para baja una inflamación*, para la *Alergia* y *Antibióticos*. En otros sin embargo destaca el consumo creciente de medicamentos sin receta médica, siendo su uso a la edad de 17 años bastante superior que en la otras, como en el caso de *Reconstituyentes/vitaminas/minerales*, *Tranquilizantes/relajantes/para dormir*, medicamentos para *Adelgazar* y *Antidepresivos/estimulantes*.

Para comprobar si las diferencias en el consumo de fármacos sin prescripción de los diferentes grupos de medicamentos, teniendo en cuenta la edad de los sujetos, son estadísticamente significativas, se procede a un análisis de ji cuadrado resumido en la tabla 30.

Tabla 30

Diferencias en el Uso de medicación sin prescripción en relación con la edad.

	Edad				χ^2	gl	p
	14	15	16	17			
Medicamento	N	N	N	N			
	%	%	%	%			
Para aliviar dolor/ fiebre	50 34.72	71 38.80	64 36.36	71 43.83	7.696	3	0.053
Bajar inflamación	23 15.97	30 16.39	28 15.91	21 12.96	0.827	3	0.843
Tos/catarro/gripe	37 25.69	48 23.23	52 29.55	58 35.80	6.795	3	0.079
Alergia	4 2.78	6 3.28	7 3.98	5 3.09	0.132	3	0.988
Reconstituyentes/vitaminas/ minerales	9 6.25	21 11.48	17 9.66	36 22.22	2.937	3	0.402
Antibióticos	16 11.11	27 14.75	28 15.91	18 11.11	0.148	3	0.986
Tranquilizantes/relajantes/ para dormir	8 5.56	4 2.19	5 2.84	21 12.96	3.214	3	0.360
Para estómago o problemas digestivos	3 2.08	21 11.48	18 10.23	14 8.64	10.254	3	0.017*
Antidepresivos/estimulantes	1 0.69	1 0.55	1 0.57	3 1.85	2.014	3	0.570
Para adelgazar	1 0.69	2 1.09	1 0.57	6 3.70	1.500	3	0.682
Naturistas/homeopáticos	5 3.47	4 2.19	5 2.84	7 4.32	3.504	3	0.320
Otros	37 25.69	48 26.23	52 29.55	58 35.80	1.402	3	0.705

*Nota: * p<0.05; ** p< 0.01; *** p< 0.001. Tanto por ciento calculado respecto al grupo etario.*

A la vista de los resultados de la tabla anterior, se aprecia la existencia de diferencia estadísticamente significativa en el grupo de medicamentos *Para el estómago o problemas digestivos* en función de la edad de los adolescentes consultados.

3.1.2. Consumo de sustancias psicoactivas.

3.1.2.1. Indicador Uso de tabaco.

En relación con esta sustancia, en la muestra total el 18.9 % declara su consumo, de los cuales el 3.0 % lo hacen “*un día a la semana*”, 3.0 % “*2 o 3 días a la semana*”, 2.1 % “*más de 3 días a la semana*” y el 10.8 % “*todos los días*”. El consumo medio de cigarrillos a la semana es de 5.6. En la tabla 31 se recogen datos diferenciados por sexo y edades.

Tabla 31

Datos porcentuales de la frecuencia de consumo de tabaco a la semana y el número de cigarrillos consumidos por semana.

	chicos				chicas				
	14	15	16	17	14	15	16	17	
Frecuencia									
No	92.8	87.8	81.5	63.3	86.7	84.4	76.8	75.3	
1 día	4.3	0.0	1.2	2.2	4.0	5.5	4.2	1.4	
2 - 3 días	0.0	0.0	2.5	2.2	5.3	5.5	3.2	4.1	
> 3 días	1.4	0.0	3.7	2.2	4.0	0.9	4.2	0.0	
Diaria	1.4	12.2	11.1	27.0	0.0	3.7	11.6	19.2	
Media									
cigarros/semana	1.0	5.7	5.6	13.3	0.9	1.9	5.4	11.3	
(D.T.)	(6.3)	(18.9)	(15.6)	(1.8)	(4.2)	(5.5)	(18.2)	(26.9)	

Los datos están calculados sobre el subgrupo correspondiente de edad y sexo. El dato correspondiente a media cigarrillos/semana se calcula sobre el total de sujetos consumidores de tabaco.

Para comprobar posibles diferencias en el número de cigarros consumidos en relación con el sexo y la edad, se procede a realizar un análisis de varianza que no arroja diferencias estadísticamente significativas para el sexo ($F(1, 657) = 1.261, p = 0.262$, Eta al cuadrado parcial = 0.002) ni para la interacción de ambas variables ($F(3, 657) = 0.430, p = 0.732$, Eta al cuadrado parcial = 0.002), pero sí para la edad ($F(3, 657) = 12.717, p = 0.000$, Eta al cuadrado parcial = 0.055), por lo que se procede al análisis post-hoc de Scheffe, apreciándose diferencias de medias estadísticamente significativas entre los 14 y 16 años ($D_{I-J} = -0.45; p = 0.021$), 14 y 17 años ($D_{I-J} = -0.85; p = 0.000$), 15 y 17 años ($D_{I-J} = -0.66; p = 0.000$) y 16 y 17 años ($D_{I-J} = -0.40; p = 0.045$).

Al no cumplirse los supuestos⁽¹⁾, se procede a realizar la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, corroborándose que existen diferencias estadísticamente en el consumo de tabaco en relación con la edad del sujeto ($\chi^2(3) = 26.584; p < 0.001$), confirmándose un mayor consumo por parte de los adolescentes más mayores respecto a los más jóvenes.

3.1.2.2. Indicador Uso de alcohol.

Con respecto al alcohol, el 49.9 % de los sujetos de la muestra declara consumir alcohol, haciéndolo “una vez a la semana” el 46.0 %, “2 o 3 veces a la semana” el 2.6 %, “más de tres veces a la semana” el 0.8% y “diariamente” el 0.6 %. Entre aquellos que afirman consumir alcohol, el 20.8 % declara “bebo poco, no noto los efectos del alcohol”, el 28.3 % “bebo hasta que me noto mareado o alegre” y el 0.9 % declara “bebo hasta que noto nauseas o pierdo el conocimiento”. Los datos diferenciados por sexo y edad se recogen en la tabla 32.

(1) La significación estadística de la prueba de Levene ($p < 0.001$) refleja que en este caso y a diferencia de los análisis previos, el análisis de varianza no cumple el supuesto de homocedasticidad.

Tabla 32

Datos porcentuales de la frecuencia de consumo de alcohol a la semana y efectos del consumo.

		chicos				chicas			
		14	15	16	17	14	15	16	17
consumo	No	65.2	64.9	46.9	27.0	66.7	57.8	43.2	32.9
	1 vez a la semana	34.8	32.4	46.9	61.8	30.7	41.3	54.7	61.6
	2 - 3 veces a la semana	0.0	1.4	3.7	5.6	2.7	0.9	2.1	4.1
	Más de 3 días a la semana	0.0	0.0	0.0	4.5	0.0	0.0	0.0	1.4
	Diariamente	0.0	1.4	2.5	1.1	0.0	0.0	0.0	0.0
efectos	Bebo poco, no noto los efectos	58.3	46.1	41.9	30.8	44.0	47.8	42.6	36.7
	Bebo hasta que me noto mareado/alegre	37.5	50.0	55.8	66.1	56.0	52.2	55.6	63.3
	Bebo hasta que noto nauseas/pierdo conocimiento	4.2	3.9	2.3	3.1	0.0	0.0	1.8	0.0

Los datos están calculados sobre el subgrupo correspondiente de edad y sexo.

Para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de consumo de alcohol en relación con el sexo y la edad se realiza un análisis de varianza que no muestra diferencias estadísticamente significativas para el sexo ($F(1, 657) = 0.905$, $p = 0.342$, Eta al cuadrado parcial = 0.001), ni para la interacción entre sexo y edad ($F(3, 657) = 0.842$, $p = 0.471$, Eta al cuadrado parcial = 0.004), pero sí para la edad ($F(3, 657) = 18.598$, $p = 0.000$, Eta al cuadrado parcial = 0.078), por lo que se procede al análisis post-hoc de Scheffe, apreciándose diferencias de medias estadísticamente significativas entre los 14 y 16 años ($D_{I-J} = -0.26$; $p = 0.003$), 14 y 17 años ($D_{I-J} = -0.48$; $p = 0.000$), 15 y 16 años ($D_{I-J} = -0.19$; $p = 0.035$), 15 y 17 años ($D_{I-J} = -0.41$; $p = 0.000$) y 16 y 17 años ($D_{I-J} = -0.22$; $p = 0.015$). Respecto a los efectos del consumo, no hay diferencias estadísticamente significativas para el sexo ($F(1, 657) = 0.052$, $p = 0.820$, Eta al cuadrado parcial = 0.000), para la edad ($F(3, 657) = 1.506$, $p = 0.213$, Eta al cuadrado parcial = 0.014), ni para la interacción entre sexo y edad ($F(3, 657) = 0.400$, $p = 0.753$, Eta al cuadrado parcial = 0.004).

3.1.3. Indicadores de calidad de vida relacionada con la salud: posibles diferencias atendiendo a la edad y al sexo del sujeto.

A continuación, en la tabla 33 pueden consultarse los datos obtenidos con la escala *CVRS* según la edad y sexo de los sujetos.

Por otra parte, con la finalidad de esclarecer posibles interacciones entre las variables criterio sexo y edad, se procede a realizar un análisis multivariante de la varianza (MANOVA). Los resultados del MANOVA para la variable sexo (Lambda de Wilks = 0.777, $F(5, 653) = 37.421$, $p < 0.001$, Eta al cuadrado parcial = 0.223) y para la variable edad (Lambda de Wilks = 0.935, $F(15, 1083.47) = 2.950$, $p < 0.001$, Eta al cuadrado parcial = 0.022), mostraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la escala *CVRS* en función del sexo y la edad, no ocurriendo así en el caso de la interacción de las dos variables (Lambda de Wilks = 0.975, $F(15, 1083.4) = 1.101$, $p = 0.350$, Eta al cuadrado parcial = 0.0089), pudiéndose interpretar la ausencia de la misma en el sentido de que el deterioro de *CVRS* que se produce con la edad no difiere en relación con el sexo. Un resumen de los resultados del análisis realizado puede observarse en la tabla 34, recogándose en la tabla 35 los contrastes post-hoc de Scheffe para la variable edad en aquellos componentes de la *CVRS* que sí mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 33

Medias y desviaciones típicas (D.T.) para la puntuación total y la de los factores de la Escala CVRS según sexo y edad de los participantes.

Edad	14		15		16		17	
	chicos	chicas	chicos	chicas	chicos	chicas	chicos	chicas
	N= 69	N= 75	N= 69	N= 109	N= 81	N= 95	N= 89	N= 73
	Media (D.T)							
Puntuación total de la escala	4.08 (0.493)	3.98 (0.455)	4.08 (0.493)	3.89 (0.471)	4.05 (0.511)	3.81 (0.508)	3.94 (0.462)	3.72 (0.526)
Bienestar físico	3.95 (0.706)	3.48 (0.662)	3.95 (0.706)	3.23 (0.770)	3.95 (0.812)	3.18 (0.810)	3.62 (0.904)	2.93 (0.769)
Bienestar psicológico	4.16 (0.606)	3.98 (0.594)	4.16 (0.606)	3.94 (0.665)	4.06 (0.687)	3.80 (0.747)	3.99 (0.661)	3.81 (0.648)
Relación con los padres y autonomía	4.18 (0.583)	4.06 (0.595)	4.18 (0.583)	3.94 (0.682)	4.13 (0.650)	3.97 (0.610)	4.02 (0.641)	3.81 (0.776)
Apoyo social y pares	4.12 (0.654)	4.42 (0.603)	4.12 (0.654)	4.45 (0.545)	4.31 (0.682)	4.34 (0.673)	4.37 (0.554)	4.27 (0.778)
Entorno escolar	3.89 (0.728)	4.05 (0.545)	3.89 (0.728)	4.03 (0.541)	3.79 (0.809)	3.84 (0.705)	3.67 (0.754)	3.82 (0.619)

Tabla 34

Resultados de MANOVA para los factores de la escala CVRS en función del sexo y edad de los participantes.

	sexo					edad					sexo*edad				
	Media cuadrática	gl	F	p	η^2 parcial	Media cuadrática	gl	F	p	η^2 parcial	Media cuadrática	gl	F	p	η^2 parcial
Puntuación total de la escala	4.66	1	19.12	0.000***	0.028	1.09	3	4.49	0.004**	0.020	0.20	3	0.83	0.476	0.004
Bienestar físico	68.17	1	111.06	0.000***	0.145	5.42	3	8.83	0.000***	0.039	0.61	3	0.99	0.395	0.005
Bienestar psicológico	6.69	1	15.31	0.000***	0.023	1.04	3	2.38	0.068	0.011	0.08	3	0.18	0.911	0.001
Relación con los padres y autonomía	3.08	1	7.16	0.008**	0.011	1.16	3	2.70	0.045*	0.012	0.15	3	0.35	0.788	0.002
Apoyo social y pares	1.45	1	3.48	0.063	0.005	0.27	3	0.65	0.586	0.003	1.13	3	2.70	0.045*	0.012
Entorno escolar	4.59	1	9.24	0.002**	0.014	1.35	3	2.72	0.044*	0.012	0.50	3	1.02	0.385	0.005

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Tabla 35

Pruebas post hoc de Scheffe. Diferencias entre las medias (dif.med) y niveles de significación (p).

Edad	14-15		14-16		14-17		15-16		15-17		16-17	
	dif. med	p										
Puntuación total de la escala	0.09	0.689	0.11	0.355	0.19**	0.004	0.18	1.000	0.11	0.294	0.09	0.637
Bienestar físico	0.22	0.085	0.18	0.270	0.41***	0.000	-0.04	1.000	0.19	0.149	0.23*	0.046
Bienestar psicológico	0.05	1.000	0.15	0.282	0.16	0.216	0.09	1.000	0.11	0.849	0.01	1.000
Relación con los padres y												
autonomía	0.15	0.246	0.07	1.000	0.18	0.083	-0.08	1.000	0.04	1.000	0.11	0.704
Apoyo social y pares	-0.11	0.772	-0.51	1.000	-0.05	1.000	0.06	1.000	0.06	1.000	0.00	1.000
Entorno escolar	0.07	1.000	0.15	0.339	0.24*	0.023	0.08	1.000	0.16	0.188	0.08	1.000

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

En los contrastes anteriores puede apreciarse que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de la escala entre las edades de 14 y 17 años ($p < 0.001$) en la dimensión *Bienestar físico* entre las edades 14 y 17 ($p < 0.01$) y 16 y 17 años ($p < 0.05$) y en la dimensión *Entorno escolar* entre las edades de 14 y 17 años ($p < 0.05$).

En la siguiente figura también pueden apreciarse los valores de CVRS según el sexo y edad del adolescente.

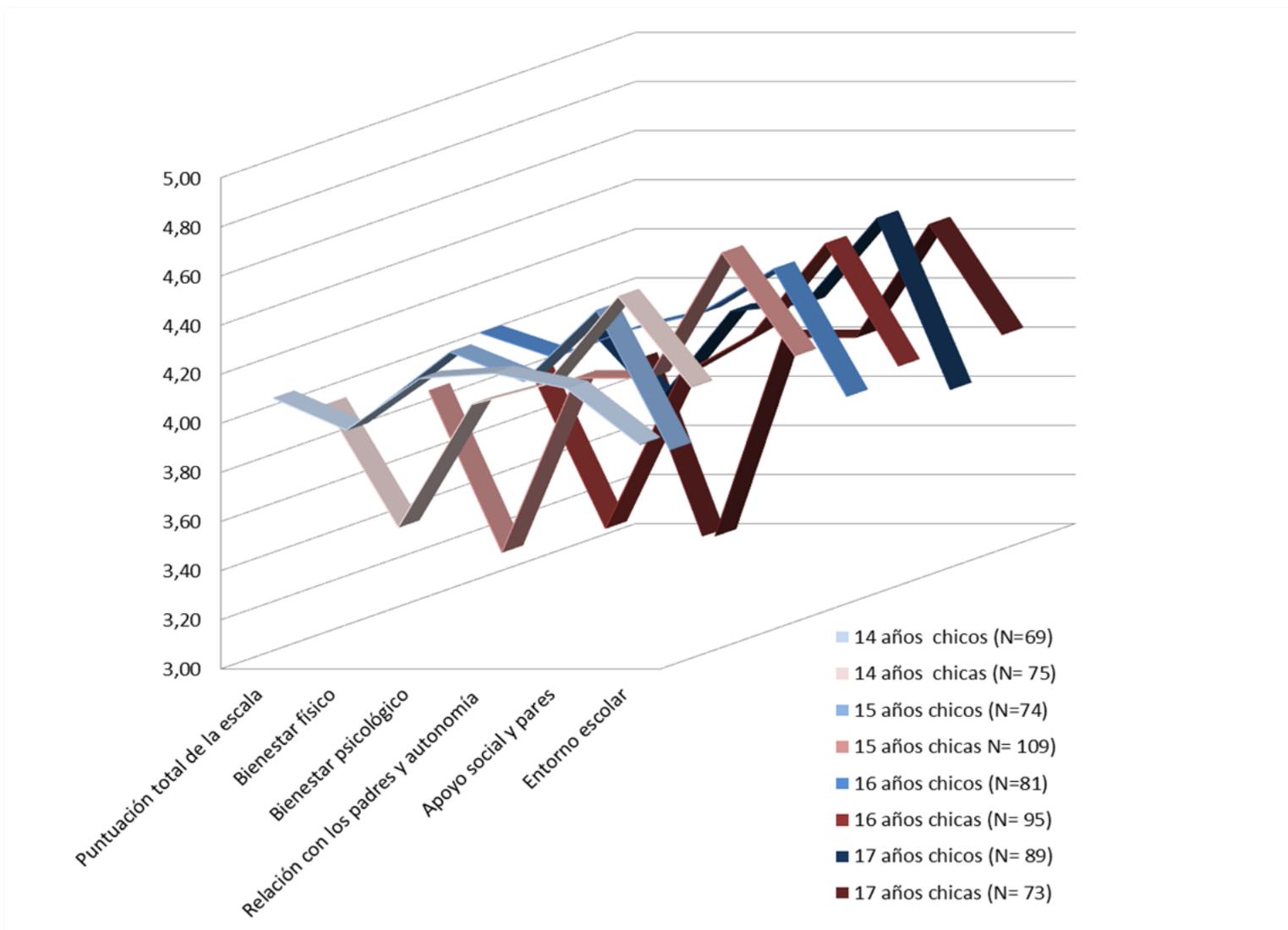


Figura 8. Puntuaciones de la escala CVRS y sus factores según la edad y el sexo.

Como puede observarse, las puntuaciones son menores para las chicas respecto a sus compañeros en el total de la escala y en sus factores, excepto en *Entorno escolar*, presentando ellas puntuaciones superiores, y en *Apoyo social y pares*, que también las presentan excepto en la edad de 17 años. Con respecto a la edad, se observa un patrón de descenso de la puntuación a medida que el sujeto cumple años en lo que respecta a la puntuación total de la escala, el *Bienestar físico* y el *Entorno escolar* en el grupo de las chicas, y del *Bienestar psicológico* en el de los chicos, mientras que éstos puntúan más alto en el factor *Apoyo social y pares* cuanto más mayores son.

Tratando de resumir brevemente los resultados obtenidos hasta el momento se puede apreciar, por un lado, que el grupo de las chicas tiene más *Problemas de salud*, peor *CVRS* y realizan un mayor *Uso de medicamentos sin prescripción*, mientras que por otro lado, los adolescentes de mayor edad presentan más *Problemas de salud*, menor *CVRS*, mayor *Uso de tabaco* y *Uso de alcohol* y más elevado *Uso de medicamentos sin prescripción*.

3.1.4. Correlaciones entre los indicadores de salud.

A continuación se procede al análisis de las correlaciones entre la puntuación total en la escala *CVRS* y los factores que la componen con los *Problemas de salud*, el consumo de tabaco y alcohol y el uso que los jóvenes hacen de los medicamentos (con y sin prescripción), cuyos resultados pueden consultarse en la tabla 36.

Tabla 36

Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la Escala de CVRS, el consumo de tabaco y alcohol y el Uso de medicación con y sin prescripción.

CVRS	Consumo de sustancias			Medicación	
	Problemas de salud	Tabaco	Alcohol	Uso	Sin prescripción
Total	-.405**	-.173**	-.142**	-.186**	-.206**
Bienestar físico	-.397**	-.187**	-.142**	-.243**	-.157**
Bienestar psicológico	-.328**	-.108**	-.097*	-.158**	-.152**
Padres/autonomía	-.272**	-.064	-.080*	-.097*	-.157**
Apoyo social y pares	-.097*	.024	.076*	-.009	-.096*
Entorno escolar	-.269**	-.284**	-.242**	-.095*	-.157**

*Nota: * p<0.05; ** p< 0.01; *** p< 0.001.*

Como cabría esperar, la mejor CVRS correlaciona negativamente con los *Problemas de salud*. También, como puede observarse, tanto la puntuación total de la escala como la de las dimensiones *Bienestar físico*, *Bienestar psicológico* y *Entorno escolar*, correlacionan de forma negativa y estadísticamente significativa con el *Uso de tabaco* y *Uso de alcohol*, así como con el consumo de medicamentos. Por su parte la dimensión *Padres/autonomía* sigue el mismo patrón, excepto en lo que respecta al consumo de tabaco. Por último, el factor *Apoyo social y pares* se asocia positivamente con el *Uso de alcohol* y negativamente con los *Problemas de salud* y el *Uso de medicación sin prescripción*, aunque en todos los casos débilmente.

Los resultados de un análisis diferenciado por sexos se recogen en las tablas 37 y 38.

Tabla 37

Correlaciones entre los diferentes factores de la CVRS, y los Problemas de salud, el Uso de medicación, el Uso de medicación sin prescripción y el consumo de tabaco y alcohol en los chicos.

CVRS	Problemas de salud	Consumo de sustancias		Medicación	
		Tabaco	Alcohol	Uso	Sin prescripción
Total	-.415**	-.304**	-.180**	-.239**	-.287**
Bienestar físico	-.346**	-.279**	-.194**	-.215**	-.201**
Bienestar psíquico	-.312**	-.182**	-.104	-.178**	-.202**
Padres/autonomía	-.333**	-.214**	-.130*	-.181**	-.242**
Apoyo social y pares	-.116*	-.034	.085	-.090	-.171**
Entorno escolar	-.299**	-.334**	-.249**	-.149**	-.180**

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Tabla 38

Correlaciones entre los diferentes factores de la CVRS, y los Problemas de salud, el Uso de medicación, el Uso de medicación sin prescripción y el consumo de tabaco y alcohol en las chicas.

CVRS	Problemas de salud	Consumo de sustancias		Medicación	
		Tabaco	Alcohol	Uso	Sin prescripción
Total	-.369**	-.098	-.124**	-.107*	-.127*
Bienestar físico	-.402**	-.149**	-.156**	-.213**	-.104
Bienestar psíquico	-.317**	-.064	-.114*	-.113*	-.100
Padres/autonomía	-.197**	.005	-.040	-.003	-.078
Apoyo social y pares	-.101	-.018	.077	.046	-.037
Entorno escolar	-.288**	-.166**	-.218**	-.071	-.149**

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Tanto en el grupo de los chicos como en el de las chicas, todas las correlaciones estadísticamente significativas entre el total de *CVRS* y sus dimensiones y las variables relacionadas con la salud son negativas. Con respecto a la puntuación global de la escala, en el caso de los chicos ésta se asocia con las demás variables contempladas, mientras que en el de las chicas se asocia con todas excepto con el consumo del tabaco. La única diferencia estadísticamente significativa en las correlaciones de ambos grupos se encuentra entre la puntuación global de la escala *CVRS* y el *Uso de medicación sin prescripción*, siendo superior en los chicos ($z = 2.147$; $p = 0.032$). Respecto al *Bienestar físico*, en el grupo de los chicos se asocia con todas las variables, mientras que en el de las chicas lo hace con todas excepto con *Uso de medicación sin prescripción*, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Por su parte, el *Bienestar psíquico* correlaciona en el grupo de los chicos con todas las variables excepto con el *Uso de alcohol*, mientras que en el de las chicas se asocia con *Problemas de salud*, el *Uso de medicación* y el *Uso de alcohol*, no apreciándose tampoco diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. La dimensión *Padres/autonomía* se asocia con todas las variables observadas en el grupo de los chicos y únicamente con *Problemas de salud* en el de las chicas, sin diferencias de nuevo. Por último la variable *Entorno escolar* se asocia con todas las variables en el caso de los chicos, y con todas excepto el *Uso de medicación* en el de las chicas, presentando diferencia estadísticamente significativa entre chicos y chicas la correlación entre el *Uso de tabaco* y el *Entorno escolar*, siendo superior en el caso de los chicos ($z = 2.303$; $p = 0.021$).

Siguiendo con el patrón establecido en los análisis previos, ahora se procede al análisis de las correlaciones según la de edad de los sujetos. Debido al estrecho rango de edades que tiene la muestra, se decide realizar el análisis utilizando los grupos más extremos, es decir, los grupos de 14 y 17 años, para poder apreciar diferencias más notorias, si las hubiera, en los

indicadores de salud de los participantes en el estudio. En las tablas 39 y 40 se muestran los datos de dichas correlaciones.

Se observa en primer lugar que en todos los casos las asociaciones estadísticamente significativas entre la *CVRS* y sus dimensiones con las variables consideradas son negativas.

Respecto a las puntuaciones totales de la escala *CVRS*, para los adolescentes de 14 años de la presente investigación, una peor *CVRS* se asocia con más *Problemas de salud*, mayor *Uso de medicamentos sin prescripción* y mayor consumo de alcohol, mientras que en de 17 años la peor *CVRS* se asocia a más *Problemas de salud* y mayor *Uso de medicamentos* y *Uso de medicamentos sin prescripción*. Haciendo una disgregación por dimensiones, en el grupo de 17 años, *Apoyo social y pares* es la única que no se asocia a ninguna de las variables consideradas, mientras que en el de 14 años se asocia con el *Uso de medicación sin prescripción*. Mientras que el *Bienestar físico* en el grupo de los más pequeños solo se asocia con los *Problemas de salud* y el *Uso de medicación*, en el otro grupo lo hace con todas las variables excepto con el consumo de alcohol. Por su parte el *Bienestar psíquico* se asocia con todas las dimensiones excepto con el consumo de tabaco en el grupo de 14 años, mientras que en el de 17 años no se asocia ni con el consumo de tabaco ni con el de alcohol. Respecto a la dimensión *Padres/autonomía*, únicamente se asocia a un mayor número de *Problemas de salud* en los más pequeños, mientras que en el grupo de los mayores también se asocia al *Uso de medicamentos* y *Uso de medicamentos sin prescripción*. Por último, la dimensión *Entorno escolar* se asocia de forma estadísticamente significativa con los *Problemas de salud* y el consumo de tabaco y alcohol en los más pequeños y con todas las variables consideradas en el grupo de los más mayores. En ninguno de los casos las diferencias entre ambos grupos presentan significación estadística.

Tabla 39

Correlaciones entre CVRS y los Problemas de salud, el Uso de medicación, el Uso de medicación sin prescripción y el consumo de tabaco y alcohol en los sujetos de 14 años.

CVRS	Problemas de salud	Consumo de sustancias		Medicación	
		Tabaco	Alcohol	Uso	Sin prescripción
Total	-.389**	-.144	-.180*	-.159	-.188*
Bienestar físico	-.346**	-.118	-.160	-.226**	-.133
Bienestar psíquico	-.431**	-.115	-.166*	-.170*	-.168*
Padres/autonomía	-.221**	-.098	-.111	-.070	-.072
Apoyo social y pares	-.045	-.005	.075	-.036	-.218**
Entorno escolar	-.344**	-.203*	-.297**	-.048	-.140

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Tabla 40

Correlaciones entre CVRS y los Problemas de salud, el Uso de medicación, el Uso de medicación sin prescripción y el consumo de tabaco y alcohol en los sujetos de 17 años.

CVRS	Problemas de salud	Consumo de sustancias		Medicación	
		Tabaco	Alcohol	Uso	Sin prescripción
Total	-.542**	-.152	-.079	-.305**	-.294**
Bienestar físico	-.458**	-.246**	-.140	-.270**	-.167*
Bienestar psíquico	-.454**	-.023	-.004	-.260**	-.255**
Padres/autonomía	-.380**	-.041	-.010	-.202*	-.221**
Apoyo social y pares	-.148	-.008	.076	-.090	-.136
Entorno escolar	-.315**	-.233**	-.199*	-.165*	-.209**

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

3.2. Resultados de los objetivos centrales

3.2.1. Escala de Actitud hacia la automedicación.

3.2.1.1. Consistencia interna y estructura factorial de la escala Actitud hacia la automedicación.

En primer lugar se determina la consistencia interna de la escala *Actitud hacia la automedicación* formada originalmente por 42 ítems ($\alpha = 0.83$), procediéndose a continuación a realizar un análisis factorial exploratorio (AFE) con la finalidad de indagar en su estructura y comprobar el número de dimensiones que subyacen en ella.

Para el análisis se emplea rotación Varimax ya que se busca la independencia de las dimensiones. Tras comprobar que los datos reflejaban una buena adecuación muestral (KMO = 0.87; prueba de Bartlett $p < .001$), se continuó realizando el AFE utilizando como método de extracción el de componentes principales. En la tabla 41 pueden consultarse los datos de las comunalidades.

Utilizando la regla de Kaiser, se extraen 11 factores que, explican el 55.3 % de la varianza, de forma que el primer factor explica el 17,9 % y el segundo el 6,9 %, revelando cierta unidimensionalidad (tabla 42). Sin embargo, dichos factores son de difícil interpretación, por lo que se recurre al gráfico de sedimentación (figura 9), para seleccionar una solución de seis factores, recogiendo las saturaciones de los ítems en la tabla 43.

Tabla 41

AFE de la escala Actitud hacia la automedicación: Datos de comunalidades.

ítem	extracción	ítem	extracción
36	.559	57	.526
37	.543	58	.634
38	.494	59	.688
39	.484	60	.558
40	.535	61	.549
41	.556	62	.542
42	.472	63	.538
43	.470	64	.582
44	.586	65	.594
45	.445	66	.677
46	.506	67	.656
47	.511	68	.530
48	.509	69	.585
49	.362	70	.687
50	.640	71	.539
51	.509	72	.645
52	.651	73	.527
53	.554	74	.544
54	.399	75	.705
55	.529	76	.653
56	.466	77	.474

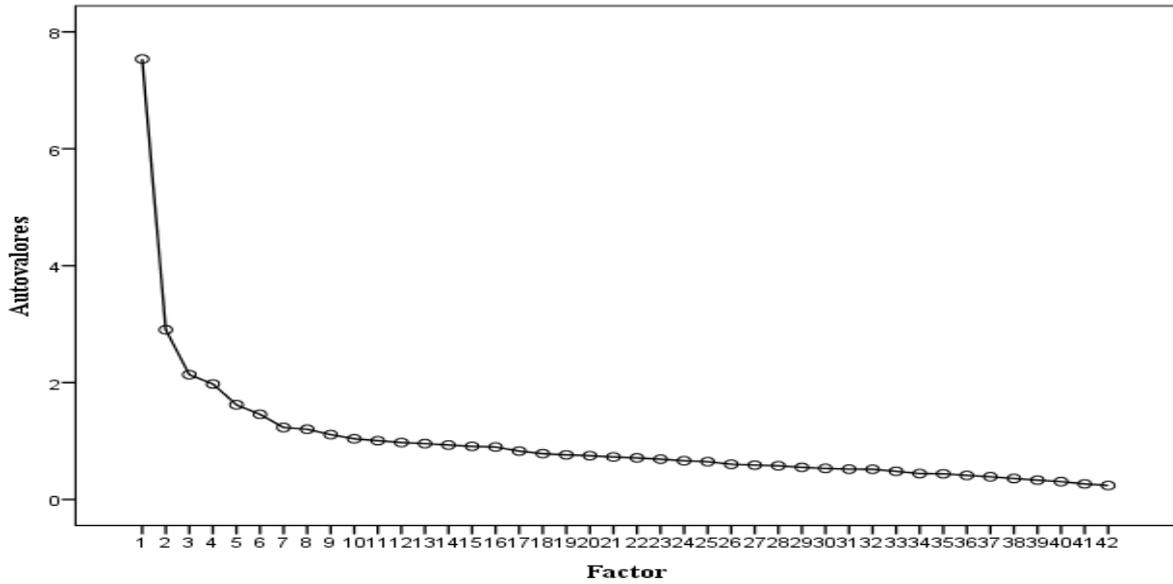


Figura 9. Gráfico de sedimentación.

Tabla 42

AFE de la escala Actitud hacia la automedicación: Extracción de factores y porcentaje de explicación de la varianza.

factor	Autovalores iniciales		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7.536	17.942	17.942
2	2.903	6.912	24.854
3	2.135	5.083	29.937
4	1.976	4.705	34.642
5	1.620	3.857	38.500
6	1.456	3.467	41.967
7	1.232	2.933	44.900
8	1.202	2.862	47.762
9	1.110	2.643	50.405
10	1.038	2.472	52.877
11	1.005	2.394	55.271

Tabla 43

Saturaciones de los ítems del AFE en la Escala Actitud hacia la automedicación.

Ítem	Factor					
	1	2	3	4	5	6
70	.804	.078	-.025	.013	.065	.055
67	.781	.154	.110	.084	.021	.027
66	.778	.094	.168	.059	.048	.041
72	.753	.195	.130	.068	.050	.066
65	.748	.090	.018	.056	.050	.018
69	.718	.134	-.016	.046	.065	.024
64	.716	.158	-.001	.061	.172	.016
63	.690	.096	.037	.152	.072	.003
68	.656	.083	.049	.000	-.145	.063
59	.247	.757	.154	.105	.116	.026
58	.245	.701	.196	.147	.035	-.012
61	.157	.598	.004	-.094	.135	.093
60	.338	.581	.159	.169	-.003	.101
56	.207	.547	.075	.004	.105	-.014
52	.088	.065	.695	.029	.182	-.004
53	.184	.212	.671	.082	.050	-.068
51	.092	.272	.622	.111	-.016	-.026
36	.062	.025	.183	.662	.110	-.038
47	.108	.018	.171	.646	.125	.152
54	.196	.136	-.105	.542	-.069	.079
77	.089	.150	.065	.398	-.186	.143
41	.096	-.009	.132	-.061	.659	.230
40	.096	.228	.054	.123	.646	-.054
45	.039	.024	-.091	.015	.484	.224
49	.197	.182	.093	.035	.421	-.035
44	.049	.089	-.050	.030	.019	.715
42	.063	-.044	.057	.030	.258	.598
46	.120	.091	-.140	.323	-.023	.560

Los ítems que forman los seis factores se detallan a continuación:

Factor I *Automedicación y regulación de emociones negativas* ($\alpha = 0.90$), formado por 9 ítems:

Ítem 63: Los medicamentos me ayudan a superar la tristeza

Ítem 64: Tomando un medicamento me siento más seguro de mí mismo/a

Ítem 65: Hay días que me levanto de la cama gracias a los medicamentos

Ítem 66: Los medicamentos me ayudan a escapar de la realidad

Ítem 67: Los medicamentos me ayudan a aliviar problemas personales o familiares

Ítem 68: Mi vida sería horrible sin medicamentos

Ítem 69: Los medicamentos hacen que me sienta más relajado/a

Ítem 70: Mis pensamientos son más claros cuando tomo medicamentos

Ítem 72: Me siento más integrado cuando tomo medicamentos

Factor II: *Automedicación basada en pares y publicidad* ($\alpha = 0.74$), formado por 5 ítems:

Ítem 56: Pido consejo a mis amigos antes de tomar un medicamento

Ítem 58: Utilizo medicamentos que me dan mis amigos

Ítem 59: Mis compañeros me enseñan qué medicamentos debo tomar en cada situación

Ítem 60: Conozco páginas web donde conseguir medicamentos

Ítem 61: Los anuncios me ayudan a escoger el medicamento que me conviene

Factor III: *Automedicación por decisión propia* ($\alpha = 0.67$), formado por 3 ítems:

Ítem 51: Si necesito un medicamento, sé dónde encontrarlo sin que se enteren mis padres

Ítem 52: Si estoy enfermo, yo sé lo que tengo que tomar

Ítem 53: Tomo medicación por decisión mía

Factor IV: ($\alpha = 0.59$), formado por 5 ítems:

Ítem 36: Hay que seguir las instrucciones del médico para que el medicamento haga efecto

Ítem 47: Es importante leer el prospecto antes de tomar un medicamento

Ítem 54: Tomo medicamentos sólo cuando estoy enfermo/a

Ítem 57: Los únicos que saben de medicamentos son los profesionales de la salud

Ítem 77: Mis padres confían plenamente en la opinión de los médicos

Factor V: ($\alpha = 0.51$), formado por 4 ítems:

Ítem 40: Si un medicamento es bueno para otra persona, también lo será para mí

Ítem 41: Los medicamentos son seguros siempre, por eso los venden

Ítem 45: Los medicamentos que anuncian en la tele no tienen efectos secundarios

Ítem 49: Tomando medicamentos puedo prevenir caer enfermo

Factor VI: ($\alpha = 0.47$), formado por 3 ítems:

Ítem 42: Algunos medicamentos crean adicción

Ítem 44: Los medicamentos pueden ser peligrosos a largo plazo

Ítem 46: Puede ser malo tomar varios medicamentos a la vez

El resto de los potenciales factores, o presentan fiabilidades muy bajas, o está formados sólo por dos ítems. Así mismo los factores IV, V y VI presentan fiabilidades bajas como para ser tenidos en cuenta en la escala final. Por ellos se opta por una escala final formada por 17 ítems agrupados en 3 factores, siendo la consistencia interna de la escala total final de 0.87.

En la redacción de los ítems de la escala *Actitud hacia la automedicación* estaba la pretensión de abordar, además de la regulación de emociones negativas, la autonomía de las decisiones y la influencia del grupo de pares y publicidad, aspectos relacionados directamente con la familia, en concreto la presencia de botiquín casero (ítem 73: “*En el botiquín de casa*

encuentro el medicamento que necesito”) y la imitación de la conducta de automedicación en el seno familiar (ítem 76: “*Si un medicamento le va bien a alguien de la familia, lo usamos los demás si nos pasa algo parecido*”). Aunque el análisis de la escala ha mostrado que estos dos ítems no forman parte de los factores finales, con el afán de indagar en la posible relación entre las variables contempladas en la investigación y esos aspectos recogidos en el marco teórico, en los análisis posteriores y solo con fines exploratorios, se expresarán los valores de las correlaciones entre estos dos ítems y el resto de las variables del estudio.

3.2.1.2. Validez convergente: asociación con el empleo de medicación sin prescripción.

La validez de criterio de la escala se comprueba a través de la realización de tres análisis. En primer lugar se calculan las diferencias en la *Actitud hacia la automedicación* entre las personas que sí han consumido medicamentos y los que no lo han hecho, recogándose los resultados en la tabla 44, en la que se pueden observar diferencias estadísticamente significativas en dicha actitud en algunos de los grupos de medicamentos investigados.

Tabla 44

Diferencias en la Actitud hacia la automedicación entre grupos con consumo y sin consumo de medicamentos.

	Con consumo			Sin consumo			Valor de t	d Cohen (p<.05)
	N	Media	DT	N	Media	DT		
Aliviar dolor/fiebre	433	27.72	8.68	232	25.81	6.71	3.17**	0.25
Bajar inflamación	215	28,62	9.58	450	26,31	7.17	3.14**	0.27
Tos/catarro/gripe	389	27.92	8.99	276	25.83	6.45	3.49**	0.27
Alergia	91	27.86	8.72	574	26.93	7.99	1.02	0.11
Reconstituyentes	121	28.51	9.67	544	26.73	7.67	2.19*	0.20
Antibióticos	266	28.23	8.16	399	26.28	7.96	3.07**	0.24
Tranquilizantes/ relajantes/para dormir	60	33.02	13.19	605	26.47	7.15	3.79**	0.62
Problemas digestivos	107	28.75	10.40	558	26.73	7.54	1.91	0.22
Antidepresivos/ estimulantes	10	46.30	18.19	655	26.76	7.50	3.39**	1.40
Para adelgazar	15	38.53	23.07	650	26.79	7.24	1.97	0.69
Naturistas/ homeopáticos	29	29.86	13.46	636	26.93	7.75	1.16	0.27
Otros	58	29.15	11.50	607	26.86	7.67	1.49	0.23

*Nota: * p<0.05; ** p< 0.01; *** p< 0.001.*

En segundo lugar se procede a realizar un ANOVA para comprobar posibles diferencias de la *Actitud hacia la automedicación* en tres grupos, uno formado por los sujetos que no han consumido el medicamento (grupo 1), otro constituido por aquellos que sí lo han tomado, pero recetado por el médico (grupo 2) y un tercero formado por los adolescentes que han tomado el medicamento sin prescripción facultativa (grupo 3). Los resultados del análisis pueden consultarse en la tabla 45.

Tabla 45

Diferencias de la Actitud hacia la automedicación en los grupos 1 (sin consumo), 2 (consumo con receta) y 3 (consumo sin receta).

Medicamentos	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	gl	Media cuadrática	F	p	η^2 parcial
	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)					
Para aliviar dolor/ fiebre	n ₁ = 232 25.81 (6.71)	n ₂ = 177 26.94 (7.79)	n ₃ = 256 28.27 (9.22)	2	370.860	5.742	0.003**	0.017
Bajar inflamación	n ₁ = 450 26.31 (7.17)	n ₂ = 113 27.52 (8.03)	n ₃ = 102 29.83 (10.95)	2	530.511	8.276	0.000***	0.024
Tos/catarro/gripe	n ₁ = 276 25.83 (6.45)	n ₂ = 194 27.12 (7.81)	n ₃ = 195 28.73 (9.97)	2	479.314	7.459	0.001***	0.022
Alergia	n ₁ = 574 26.93 (7.99)	n ₂ = 69 27.46 (6.79)	n ₃ = 22 29.09 (13.20)	2	55.819	0.852	0.427	0.003
Reconstituyentes/vitaminas/minerales	n ₁ = 544 26.73 (7.67)	n ₂ = 38 26.92 (7.91)	n ₃ = 83 29.24 (10.34)	2	226.767	3.488	0.031*	0.010
Antibióticos	n ₁ = 399 26.27 (7.96)	n ₂ = 177 27.86 (7.47)	n ₃ = 89 28.95 (9.38)	2	339.794	5.253	0.005**	0.016
Tranquilizantes/relajantes/para dormir	n ₁ = 605 26.47 (7.15)	n ₂ = 22 29.09 (5.81)	n ₃ = 38 35.29 (15.62)	2	1438.820	23.449	0.000***	0.066
Para estómago o problemas digestivos	n ₁ = 558 26.73 (7.54)	n ₂ = 51 28.20 (6.87)	n ₃ = 56 29.25 (12.85)	2	197.038	3.026	0.049*	0.009
Antidepresivos/estimulantes	n ₁ = 655 26.76 (7.50)	n ₂ = 4 45.00 (18.71)	n ₃ = 6 47.17 (19.58)	2	1885.337	31.417	0.000***	0.087
Para adelgazar	n ₁ = 650 26.79 (7.25)	n ₂ = 5 22.00 (3.94)	n ₃ = 10 46.80 (24.36)	2	2035.634	34.18	0.000***	0.094
Naturistas/homeopáticos	n ₁ = 636 26.93 (7.75)	n ₂ = 8 24.62 (5.70)	n ₃ = 21 31.86 (15.06)	2	270.783	4.173	0.016*	0.012
Otros	n ₁ = 607 26.86 (7.67)	n ₂ = 34 26.94 (7.24)	n ₃ = 24 32.29 (15.33)	2	341.229	5.276	0.005**	0.016

*Nota: * p<0.05; ** p< 0.01; *** p< 0.001.*

Como puede observarse en la tabla anterior, los grupos de medicamentos que presentan más altos tamaños del efecto son los fármacos para *Adelgazar*, los *Antidepresivos/estimulantes* y el grupo de *Tranquilizantes/relajantes/para dormir*.

A continuación se realizan los contrastes post-hoc de Scheffe en aquellos grupos de medicamentos que sí han presentado diferencias estadísticamente significativas, es decir en todas las categorías a excepción de los medicamentos para la *Alergia*. Los resultados pueden consultarse en la tabla 46.

Tabla 46

Pruebas post hoc de Scheffe para las diferencias de la Actitud hacia la automedicación en los grupos 1 (sin consumo), 2 (consumo con receta) y 3 (consumo sin receta).

Grupos	3-2		3-1		2-1	
	Diferencia medias	p	Diferencia medias	p	Diferencia medias	p
Para aliviar dolor/ fiebre	1.32	0.241	2.46	0.003**	1.14	0.366
Bajar inflamación	2.31	0.108	3.52	0.000***	1.21	0.356
Tos/catarro/gripe	1.61	0.142	2.89	0.001***	1.28	0.232
Reconstituyentes/vitaminas/minerales	2.32	0.341	2.51	0.031*	0.19	0.990
Antibióticos	1.09	0.580	2.68	0.018*	1.59	0.092
Tranquilizantes/relajantes/para dormir	6.20	0.013*	8.82	0.000***	2.62	0.304
Para estómago o problemas digestivos	1.05	0.796	2.52	0.085	1.46	0.464
Antidepresivos/estimulantes	2.17	0.910	20.40	0.000***	18.23	0.000***
Para adelgazar	24.80	0.000***	20.01	0.000***	-4.79	0.385
Naturistas/homeopáticos	7.23	0.098	4.93	0.023*	-2.30	0.724
Otros	5.35	0.045*	5.43	0.005**	0.08	0.998

*Nota: * p<0.05; ** p< 0.01; *** p< 0.001.*

Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) entre los sujetos que han tomado medicamentos para *Adelgazar* sin receta médica respecto a los que los han tomado

con receta o no los han tomado. También se aprecian ($p < 0.001$) entre aquellos sujetos que han tomado el fármaco sin receta respecto a los que no los han tomado, en los grupos de medicamentos *Para bajar una inflamación*, medicamentos para la *Tos/catarro/gripe*, *Tranquilizantes/relajantes/para dormir* y *Antidepresivos/estimulantes*, encontrándose en este último grupo también diferencias entre los que los han tomado con receta y no los han tomado. También se pueden observar diferencias estadísticamente significativa ($p < 0.01$) en el caso de las categorías *Para aliviar dolor/fiebre* y *Otros* entre los sujetos que han tomado los fármacos sin receta y los que no los han tomado. Por último existen también diferencias ($p < 0.05$) entre los grupos que han tomado los medicamentos con y sin prescripción en *Tranquilizantes/relajantes/para dormir* y *Otros*, y entre los grupos que no han tomado el medicamento y lo han hecho sin receta en las categorías de *Reconstituyentes/vitaminas/minerales*, *Antibióticos* y *Naturistas/homeopáticos*.

A excepción de los fármacos para la *Tos/catarro/gripe*, los *Reconstituyentes/vitaminas/minerales* y los *Antibióticos*, el análisis de varianza realizado no cumple el supuesto de homocedasticidad, por lo que se recurre a un análisis no paramétrico de Kruskal-Wallis con la pretensión de comprobar las potenciales diferencias, pudiéndose apreciar los resultados en la tabla 47. La realización del contraste no paramétrico permite corroborar la coincidencia de resultados en la mayoría de los grupos, a excepción de los medicamentos *Para el estómago o problemas digestivos* y el grupo de *Naturistas/homeopáticos*, presentando en el ANOVA tamaños de efecto muy bajos.

Tabla 47

Contraste no paramétrico para comprobar diferencias de la Actitud hacia la automedicación en los grupos 1 (sin consumo), 2 (consumo con receta) y 3 (consumo sin receta).

	χ^2	gl	p
Para aliviar dolor/ fiebre	9.322	2	0.009**
Bajar inflamación	10.901	2	0.004**
Tranquilizantes/ relajantes/para dormir	19.937	2	0.000***
Para estómago o problemas digestivos	3.588	2	0.166
Antidepresivos/estimulantes	19.694	2	0.000***
Para adelgazar	9.472	2	0.009**
Naturistas/homeopáticos	1.927	2	0.382
Otros	2.978	2	0.226

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Como tercer y último análisis para comprobar la validez de criterio, se calcula la correlación de la puntuación total de la escala *Actitud hacia la automedicación* y el indicador *Uso de medicación sin prescripción* ($r = 0.295$, $p < 0.01$).

Los resultados más completos de las asociaciones entre los factores que componen la escala *Actitud hacia la automedicación* y los indicadores *Uso de medicación* y *Uso de medicación sin prescripción*, pueden consultarse en la tabla 48. Como puede observarse, las asociaciones son en todos los casos positivas y estadísticamente significativas.

Tabla 48

Correlaciones entre el total de la escala Actitud hacia la automedicación y los 3 factores que la constituyen y el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción.

Medicación	Total Actitud hacia automedicación	Factor I Regulación emociones negativas	Factor II Pares y publicidad	Factor III Decisión propia
Uso	.276**	.271**	.165**	.158**
Sin prescripción	.295**	.228**	.167**	.299**

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

3.2.1.3. Valores de la actitud hacia la automedicación según el sexo y edad del sujeto.

En la tabla 49 se exponen las puntuaciones en la escala *Actitud hacia la automedicación*, tanto la global como la de cada uno de los tres factores que la conforman, teniendo en cuenta el sexo y la edad del sujeto. Para comprobar posibles diferencias en dichas puntuaciones, se procede a realizar un MANOVA utilizando como variable dependiente los 3 factores de la escala *Actitud hacia la automedicación*. Los resultados no son estadísticamente significativos para la variable sexo (Lambda de Wilks = 0.998, $F(3, 655) = 0.372$, $p = 0.773$, Eta al cuadrado parcial = 0.002) ni para la interacción sexo y edad (Lambda de Wilks = 0.988, $F(9, 1594.248) = 0.852$, $p = 0.569$, Eta al cuadrado parcial = 0.004), pero sí aparecen diferencias estadísticamente significativas en la *Actitud hacia la automedicación* respecto a la variable edad (Lambda de Wilks = 0.962, $F(9, 1594.248) = 2.813$, $p = 0.003$, Eta al cuadrado parcial = 0.013). Se puede consultar un resumen de los resultados de los análisis realizados en la tabla 50.

Tabla 49

Medias y desviaciones típicas (D.T.) para la puntuación total y de los 3 factores componentes de la escala Actitud hacia la automedicación atendiendo al sexo y edad de los participantes.

Edad	14		15		16		17	
	chicos N=69	chicas N= 75	chicos N= 74	chicas N= 109	chicos N= 81	chicas N= 95	chicos N= 89	chicas N= 73
	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)	Media (D.T)
Total	26.06 (7.037)	26.41 (7.174)	25.92 (6.114)	26.23 (6.405)	27.43 (8.447)	27.31 (7.662)	26.84 (8.233)	29.58 (7.975)
Factor I: regulación								
emociones negativas	1.41 (0.509)	1.47 (0.500)	1.38 (0.480)	1.44 (0.476)	1.49 (0.606)	1.42 (0.542)	1.43 (0.673)	1.54 (0.681)
Factor II: pares y								
publicidad	1.46 (0.589)	1.39 (0.459)	1.39 (0.466)	1.40 (0.448)	1.51 (0.526)	1.54 (0.522)	1.53 (0.678)	1.65 (0.728)
Factor III: decisión								
propia	2.02 (0.758)	2.07 (0.917)	2.17 (0.790)	2.07 (0.787)	2.16 (0.823)	2.26 (0.8)	2.40 (0.922)	2.48 (0.959)

Tabla 50

Resultados de MANOVA para la puntuación total y de los 3 factores componentes de la escala Actitud hacia la automedicación atendiendo al sexo y edad de los participantes.

	sexo					edad					sexo/edad				
	Media cuadrática	gl	F	p	η^2 parcial	Media cuadrática	gl	F	p	η^2 parcial	Media cuadrática	gl	F	p	η^2 parcial
Total	61.12	1	0.940	0.333	0.001	225.15	3	3.46	0.016*	0.016	32.67	3	0.50	0.681	0.002
Factor I: regulación emociones negativas	0.31	1	1.01	0.316	0.002	0.15	3	0.48	0.694	0.002	0.26	3	0.84	0.474	0.004
Factor II: pares y publicidad	0.07	1	0.23	0.633	0.000	1.25	3	4.05	0.007**	0.018	0.25	3	0.82	0.48	0.004
Factor III: decisión propia	0.22	1	0.31	0.578	0.000	4.56	3	6.35	0.000***	0.028	0.35	3	0.49	0.691	0.002

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Los contrastes post-hoc de Scheffe revelan diferencias de medias estadísticamente significativas en el Factor II (*Automedicación basada en pares y publicidad*) entre los 17 y 15 años ($D_{I-J} = 0.18$; $p = 0.028$), siendo las puntuaciones superiores en el grupo de 17, y en el Factor III (*Automedicación por decisión propia*) entre los 17 y 14 años ($D_{I-J} = 0.39$; $p = 0.001$) y los 17 y 15 años ($D_{I-J} = 0.32$; $p = 0.006$), siendo también en los dos casos las puntuaciones superiores en el grupo de 17 años.

3.2.1.4. Asociación de la actitud hacia la automedicación y la CVRS.

Con la finalidad de abordar la posible relación entre la CVRS y la *Actitud hacia la automedicación*, se realizan análisis de correlaciones cuyos resultados se pueden consultar en la tabla 51, observándose que una mejor CVRS correlaciona de forma negativa con la *Actitud hacia la automedicación* ($r = -0.243$; $p < 0.01$) y sus tres factores, siendo el de mayor tamaño el de *Regulación de emociones negativas* ($r = -0.267$; $p < 0.01$). Analizando las dimensiones que constituyen la CVRS, todas a excepción de *Apoyo social y pares*, que únicamente correlaciona con la dimensión *Regulación de emociones negativas* ($r = -0.102$; $p < 0.01$), correlacionan de forma negativa con el total de la escala de *Actitud hacia la automedicación*. Además el *Bienestar físico* se asocia de forma estadísticamente significativa con los factores *Regulación de emociones negativas* ($r = -0.237$; $p < 0.01$) y *Automedicación basada en pares y publicidad* ($r = -0.146$; $p < 0.01$). Las dimensiones de CVRS *Bienestar psicológico* y *Relación con los padres y autonomía*, se asocian de forma negativa con la *Regulación de emociones negativas* ($r = -0.207$; $p < 0.01$ y $r = -0.182$; $p < 0.01$) y la *Automedicación por decisión propia* ($r = -0.090$; $p < 0.05$ y $r = -0.138$; $p < 0.01$). Por último la dimensión *Entorno escolar* correlaciona negativamente y de forma estadísticamente significativa con los tres factores de la escala de *Actitud hacia la automedicación*.

Tabla 51

Correlaciones entre CVRS y la Actitud hacia la automedicación.

CVRS	Actitud hacia la automedicación			
	Total	Factor I Regulación emociones	Factor II Pares y publicidad	Factor III Decisión propia
Total	-.243**	-.267**	-.085*	-.146**
Bienestar físico	-.224**	-.237**	-.146**	-.066
Bienestar psicológico	-.172**	-.207**	-.042	-.090*
Padres/autonomía	-.178**	-.182**	-.060	-.138**
Apoyo social y pares	-.049	-.102**	.033	.012
Entorno escolar	-.207**	-.189**	-.115**	-.157**

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Con afán meramente exploratorio, se realizan las correlaciones entre los dos ítems centrados en la presencia de botiquín en el hogar y el uso de medicamentos por los demás miembros de la familia, recogiéndose los resultados en la tabla 52, en los que se puede observar un pequeño tamaño del efecto.

Tabla 52

Correlaciones entre CVRS y los ítems 73 y 76 de la escala Actitud hacia la automedicación.

	Ítem 73 ("botiquín")	Ítem 76 ("uso en familia")
Total	.047	-.082*
Bienestar físico	-.014	-.101**
Bienestar psicológico	-.010	-.053
Padres/autonomía	.062	-.036
Apoyo social y pares	.099*	-.036
Entorno escolar	.071	-.062

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$. Ítem 73: En el botiquín de casa encuentro el medicamento que necesito. Ítem 76: Si un medicamento le va bien a alguien de la familia, lo usamos los demás si nos pasa algo parecido.*

3.2.2. Relación entre la actitud hacia la automedicación y el empleo de fármacos sin prescripción con el consumo de tabaco y alcohol.

Los resultados de las correlaciones entre la actitud y la conducta de automedicación y el consumo de tabaco y alcohol pueden consultarse en la tabla 53. Como puede observarse, existen correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre el *Uso de medicación sin prescripción* y el *Uso de tabaco* ($r = 0.174$; $p < 0.01$) y entre la conducta de automedicación y el *Uso de alcohol* ($r = 0.198$; $p < 0.01$). Por otro lado también se observan asociaciones entre la *Actitud hacia la automedicación* y los tres factores que componen esta escala y el consumo de las sustancias psicoactivas investigadas, presentando los valores más altos para ambas sustancias el total de la escala con el consumo de tabaco y alcohol respectivamente ($r = 0.230$; $p < 0.01$ y $r = 0.280$; $p < 0.01$).

De forma similar a lo realizado anteriormente, en la tabla 54 se exponen los resultados de las correlaciones con los dos ítems que no forman parte de los factores de la escala.

Tabla 53

Correlaciones entre el total de la escala Actitud hacia la automedicación y los 3 factores que la constituyen y el Uso de medicamentos sin prescripción con el consumo de tabaco y alcohol.

Actitud hacia automedicación	Tabaco	Alcohol
Total escala	0.230**	0.280**
Factor I: regulación emociones negativas	0.186**	0.212**
Factor II: pares y publicidad	0.183**	0.194**
Factor III: decisión propia	0.158**	0.255**
Uso de medicación sin prescripción	0.174**	0.198**

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Tabla 54

Correlaciones entre los ítems 73 y 76 y el consumo de tabaco y alcohol, el Uso de medicación sin prescripción y la Actitud hacia la automedicación.

	Ítem 73 ("botiquín")	Ítem 76 ("uso en familia")
Tabaco	-.016	.028
Alcohol	-.006	.106**
Total escala Actitud hacia automedicación	.062	.246**
Factor I: regulación emociones negativas	-.017	.172**
Factor II: Pares y publicidad	-.001	.199**
Factor III: Decisión propia	.231**	.222**
Uso de medicación sin prescripción	.108**	.206**

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$. Ítem 73: En el botiquín de casa encuentro el medicamento que necesito. Ítem 76: Si un medicamento le va bien a alguien de la familia, lo usamos los demás si nos pasa algo parecido.*

Aunque con reducido tamaño de efecto, se observan asociaciones positivas entre la presencia de un botiquín familiar en el que el joven encuentra los medicamentos que busca (ítem 73) y el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = 0.108$; $p < 0.01$) y el factor *Automedicación por decisión propia*, así como entre la utilización de medicamentos por varios miembros de la familia para combatir síntomas parecidos (ítem 76) con el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = 0.206$; $p < 0.01$), la *Actitud hacia la automedicación* ($r = 0.246$; $p < 0.01$) y sus tres factores y con el *Uso de alcohol* por parte del adolescente ($r = 0.106$; $p < 0.01$).

3.2.3. Influencia de los estilos parentales sobre los indicadores de salud.

3.2.3.1. Asociación entre los estilos parentales y la actitud hacia la automedicación y el consumo de fármacos. Diferencias según sexo y edad.

Se recogen a continuación (tabla 55) las correlaciones entre las dimensiones que componen la escala de Afecto (*Afecto-comunicación* y *Crítica-rechazo*) y la de Normas y exigencias (*Normas inductivas*, *Normas rígidas* y *Normas indulgentes*), tanto del padre como de la madre, con la puntuación total de la escala *Actitud hacia la automedicación* y sus tres factores y el uso de medicamentos con y sin prescripción.

En dicha tabla puede apreciarse que la dimensión *Afecto-comunicación*, tanto del padre como de la madre, correlaciona de forma negativa con la *Actitud hacia la automedicación* ($r = -0.116$; $p < 0.01$ y $r = -0.153$; $p < 0.01$) y los factores *Regulación de emociones negativas* y *Automedicación por decisión propia*. En el caso de las *Normas inductivas* del padre y la madre, las correlaciones también son negativas y estadísticamente significativas con el total de la escala ($r = -0.148$; $p < 0.01$ y $r = -0.152$; $p < 0.01$) y con los tres factores que la constituyen.

Por su parte la dimensión *Crítica-rechazo* muestra asociaciones positivas para el padre y la madre con el total de la escala ($r = 0.197$; $p < 0.01$ y $r = 0.227$; $p < 0.01$) y sus tres factores. Las *Normas indulgentes* del padre y de la madre presentan un patrón similar a la anterior dimensión ($r = 0.179$; $p < 0.01$ y $r = 0.197$; $p < 0.01$), mientras que las *Normas rígidas* únicamente presentan una débil correlación positiva en el caso del padre con el total de la escala *Actitud hacia la automedicación* ($r = 0.086$; $p < 0.05$) y con el factor *Automedicación basada en pares y publicidad* ($r = 0.096$; $p < 0.05$).

Tabla 55

Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales y la Actitud hacia la automedicación, el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción.

	Actitud hacia automedicación			Medicación		
	Total	F I Emociones negativas	F II Pares y publicidad	F III Decisión propia	Uso	Sin prescripción
Estilos parentales						
Afecto-comunicación padre	-.116**	-.094*	-.061	-.114**	-.085*	-.131**
Afecto-comunicación madre	-.153**	-.129**	-.065	-.159**	-.054	-.124**
Crítica-rechazo padre	.197**	.161**	.126**	.167**	.139**	.177**
Crítica-rechazo madre	.227**	.190**	.134**	.196**	.091*	.161**
Normas inductivas padre	-.148**	-.134**	-.093*	-.102*	-.078*	-.131**
Normas inductivas madre	-.152**	-.129**	-.095*	-.121**	-.008	-.139**
Normas rígidas padre	.086*	.053	.096*	.062	.110**	.040
Normas rígidas madre	.075	.054	.063	.062	.078*	.015
Normas indulgentes padre	.179**	.128**	.130**	.171**	-.003	.040
Normas indulgentes madre	.197**	.161**	.146**	.146**	.047	.095*

*Nota: * p<0.05; ** p< 0.01; *** p< 0.001.*

En la tabla 55 también se recogen las asociaciones negativas entre la dimensión *Afecto-comunicación* del padre y el *Uso de medicación* ($r = -0.085$; $p < 0.05$) y el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = -0.131$; $p < 0.01$), mientras que para la madre solo presenta significación estadística el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = -0.124$; $p < 0.01$). Un patrón similar rige

en las *Normas inductivas*, siendo en el caso del padre estadísticamente significativos tanto el *Uso de medicación* ($r = -0.078$; $p < 0.05$) como el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = -0.131$; $p < 0.01$), mientras que para la madre solo lo es el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = -0.139$; $p < 0.01$). Asociaciones positivas se observan en la dimensión *Crítica-rechazo* tanto del padre como de la madre para *Uso de medicación* ($r = 0.139$; $p < 0.01$ y $r = 0.091$; $p < 0.05$) y *Uso de medicación sin prescripción* ($r = 0.177$; $p < 0.01$ y $r = 0.161$; $p < 0.01$). Por su parte las *Normas rígidas* presentan asociación positiva con el *Uso de medicación* tanto para el padre como para la madre ($r = 0.110$ $p < 0.01$ y $r = 0.078$; $p < 0.05$), mientras que las *Normas indulgentes* solo presentan una débil asociación positiva con el *Uso de medicación sin prescripción* en el caso de la madre ($r = 0.095$; $p < 0.05$).

De forma similar a lo realizado en el análisis anterior, en la tabla 56 se detallan los resultados de las correlaciones entre los ítems 73 y 76 y las dimensiones de los estilos parentales. Como puede observarse, sólo el ítem que pretendía recoger la influencia de la automedicación de la familia en el joven (ítem 76) muestra asociación negativa con el *Afecto-comunicación* de la madre ($r = -0.097$; $p < 0.05$) y las *Normas inductivas* de la madre ($r = -0.094$; $p < 0.05$), siendo ambas de magnitud poco relevante.

Tabla 56

Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales y los ítems 73 y 76 de la escala Actitud hacia la automedicación.

	Ítem 73 ("botiquín")	Ítem 76 ("uso en familia")
Afecto-comunicación padre	-.010	-.076
Afecto-comunicación madre	.020	-.097*
Crítica-rechazo padre	-.061	-.020
Crítica-rechazo madre	-.040	.066
Normas inductivas padre	.000	-.058
Normas inductivas madre	.022	-.094*
Normas rígidas padre	.018	.019
Normas rígidas madre	-.014	.042
Normas indulgentes padre	-.003	.016
Normas indulgentes madre	.008	.050

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$. Ítem 73: En el botiquín de casa encuentro el medicamento que necesito. Ítem 76: Si un medicamento le va bien a alguien de la familia, lo usamos los demás si nos pasa algo parecido.*

Correlaciones entre los estilos parentales y la actitud hacia la automedicación y el uso de medicamentos con y sin prescripción, teniendo en cuenta el sexo del sujeto.

A continuación se procede al análisis de las correlaciones entre las dimensiones consideradas en los estilos parentales y la *Actitud hacia la automedicación* y el uso que los jóvenes hacen de los medicamentos, pero teniendo en cuenta el sexo de los participantes en la investigación, recogiendo los resultados en las tablas 57 y 58.

Tabla 57

Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales, y la Actitud hacia la automedicación, el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción en los chicos.

Estilos parentales	Actitud hacia automedicación			Medicación		
	Total	F I Emociones negativas	F II Pares y publicidad	F III Decisión propia	Uso	Sin prescripción
Afecto- comunicación padre	-.144*	-.128*	-.093	-.101	-.116**	-.193**
Afecto- comunicación madre	-.125*	-.130*	-.062	-.071	-.057	-.109
Crítica-rechazo padre	.245**	.197**	.173**	.194**	.210**	.273**
Crítica-rechazo madre	.255**	.220**	.165**	.192**	.156**	.225**
Normas inductivas padre	-.177**	-.173**	-.100	-.108	-.166**	-.184**
Normas inductivas madre	-.155**	-.175**	-.082	-.053	-.058	-.135*
Normas rígidas padre	.081	.036	.112	.063	.139*	.091
Normas rígidas madre	.082	.063	.072	.057	.145*	.086
Normas indulgentes padre	.243**	.167**	.179**	.245**	.044	.087
Normas indulgentes madre	.254**	.182**	.180**	.249**	.062	.097

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Tabla 58

Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales, y la Actitud hacia la automedicación, el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción en las chicas.

	Actitud hacia automedicación			Medicación		
	Total	F I Emociones negativas	F II Pares y publicidad	F III Decisión propia	Uso	Sin prescripción
Afecto-comunicación padre	-.093	-.064	-.038	-.123*	-.041	-.083
Afecto-comunicación madre	-.185**	-.137*	-.071	-.233**	-.078	-.147**
Crítica-rechazo padre	.157**	.130*	.086	.145**	.081	.098
Crítica-rechazo madre	.203**	.165**	.102	.203**	.045	.104
Normas inductivas padre	-.122*	-.099	-.087	-.096	-.011	-.085
Normas inductivas madre	-.151**	-.090	-.107*	-.178**	-.029	-.145**
Normas rígidas padre	.091	.070	.082	.062	.086	-.003
Normas rígidas madre	.072	.051	.055	.067	.033	-.046
Normas indulgentes padre	.118*	.092	.081	.103	-.036	.001
Normas indulgentes madre	.145**	.143**	.114*	.057	.041	.096

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

A la vista de los resultados recogidos en las dos tablas anteriores se puede apreciar cómo en todos los casos la dirección de las correlaciones entre las dimensiones de los estilos parentales y las demás variables consideradas (conducta y actitud hacia automedicación), son las mismas para chicos y para chicas.

Por lo que respecta a la dimensión *Afecto-comunicación* del padre y de la madre, ésta se asocia negativamente con la puntuación total de la escala en el grupo de chicos ($r = -0.144$; $p < 0.05$ y $r = -0.125$; $p < 0.05$), aunque sólo lo hace la de la madre en el grupo de las chicas ($r = -0.185$; $p < 0.05$), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($z = 0.788$; $p = 0.431$). Atendiendo a los factores, en el grupo de chicos el de *Regulación de las emociones negativas* se asocia tanto con la dimensión paterna como con la materna ($r = -0.128$; $p < 0.05$ y $r = -0.130$; $p < 0.05$), mientras que en el grupo de las chicas es el factor de *Automedicación por decisión propia* el que presenta significación estadística para ambos progenitores ($r = -0.123$; $p < 0.05$ y $r = -0.233$; $p < 0.01$). Respecto a la correlación con el consumo de medicamentos, en el caso de los chicos es el *Afecto-comunicación* del padre el que se asocia de forma negativa con el *Uso de medicación* ($r = -0.116$; $p < 0.01$) y el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = -0.193$; $p < 0.01$), mientras que en el grupo de las chicas únicamente el *Afecto-comunicación* de la madre muestra asociación negativa con el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = -0.147$; $p < 0.01$), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($z = -1.029$; $p = 0.303$).

Las *Normas inductivas* paternas y maternas siguen un patrón similar, asociándose negativamente con el total de la escala en el grupo de chicos ($r = -0.177$; $p < 0.01$ y $r = -0.155$; $p < 0.01$) y en el de chicas ($r = -0.122$; $p < 0.05$ y $r = -0.151$; $p < 0.01$), no encontrándose diferencias entre estas correlaciones en ninguno de los dos casos ($z = -0.721$; $p = 0.470$ y $z = -0.052$; $p = 0.958$). Por factores, en el grupo de los chicos las *Normas inductivas* paternas y maternas únicamente se asocian con el de *Regulación de emociones negativas* ($r = -0.173$; $p < 0.01$ y $r = -0.175$; $p < 0.01$), mientras que en el grupo de las chicas la asociación de mayor tamaño se produce entre las normas maternas y el factor *Automedicación por decisión propia* ($r = -0.178$; $p < 0.01$). Respecto a las correlaciones entre las *Normas inductivas* paternas y el consumo de medicamentos, son estadísticamente significativas sólo para los chicos, tanto en el

Uso de medicación ($r = -0.166$; $p < 0.01$) como en el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = -0.184$; $p < 0.01$). En el caso de la madre, las asociaciones sólo presentan significación estadística en el *Uso de medicación sin prescripción*, tanto en el grupo de los chicos ($r = -0.135$; $p < 0.05$) como en el de las chicas ($r = -0.145$; $p < 0.01$), sin que se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre dichas correlaciones ($z = 0.131$; $p = 0.896$).

Respecto a la dimensión *Crítica-rechazo* en el grupo de los chicos, se asocia positivamente, tanto en el caso del padre como de la madre, con el total de la escala ($r = 0.245$; $p < 0.01$ y $r = 0.255$; $p < 0.01$), con un patrón similar en el grupo de las chicas ($r = 0.157$; $p < 0.01$ y $r = 0.203$; $p < 0.01$), sin que se encuentren diferencias entre los dos grupos ($z = 1.177$; $p = 0.239$ y $z = 0.704$; $p = 0.481$). Haciendo el análisis por factores, en el grupo de los chicos las mayores correlaciones se encuentran con el factor *Regulación de emociones negativas* ($r = 0.197$; $p < 0.01$ y $r = 0.220$; $p < 0.01$), mientras que en el de las chicas son con la *Automedicación por decisión propia* ($r = 0.145$; $p < 0.01$ y $r = 0.203$; $p < 0.01$), no hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las dimensiones coincidentes. Respecto al consumo de medicamentos, la *Crítica-rechazo* del padre y de la madre se asocian de forma positiva tanto con el *Uso de medicación* ($r = 0.210$; $p < 0.01$ y $r = 0.156$; $p < 0.01$) como con el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = 0.273$; $p < 0.01$ y $r = 0.225$; $p < 0.01$) en el grupo de chicos, mientras que no muestra asociación en el de las chicas.

Las *Normas rígidas* del padre y de la madre no presentan correlaciones estadísticamente significativas con la *Actitud hacia la automedicación* ni sus factores en ninguno de los dos grupos. Con respecto al *Uso de medicación*, correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa en el caso de los chicos, tanto para el padre ($r = 0.139$; $p < 0.05$) como para la madre ($r = 0.145$; $p < 0.05$).

Por lo que respecta a las *Normas indulgentes* del padre y de la madre, se asocian de forma positiva con el total de la escala de *Actitud hacia la automedicación* en el grupo de los

chicos ($r = 0.243$; $p < 0.01$ y $r = 0.254$; $p < 0.01$) y en el de las chicas ($r = 0.118$; $p < 0.05$ y $r = 0.145$; $p < 0.01$), no encontrándose diferencias entre los grupos ($z = 1.659$; $p = 0.097$ y $z = 1.457$; $p = 0.145$). Analizando por factores, el grupo de los chicos presenta asociaciones positivas y estadísticamente significativas con los mismos, siendo el de mayor tamaño el de *Automedicación por decisión propia* ($r = 0.245$; $p < 0.01$ y $r = 0.249$; $p < 0.01$). En el grupo de las chicas son, sin embargo, las normas maternas las únicas que muestran asociación con el factor de *Regulación de emociones negativas* ($r = 0.143$; $p < 0.01$). Por lo que respecta a las asociaciones con el *Uso de medicación*, las *Normas indulgentes* no muestran correlaciones estadísticamente significativas ni para los medicamentos prescritos ni para aquellos que se consumieron sin receta médica en ninguno de los dos grupos.

Correlaciones entre los estilos parentales y la actitud hacia la automedicación y el uso de medicamentos con y sin prescripción, teniendo en cuenta la edad del sujeto.

Se procede a realizar a continuación un análisis similar al anterior, pero dividiendo la muestra en los dos grupos extremos del rango de edad, es decir, los 14 y 17 años. Los resultados se recogen en las siguientes tablas (59 y 60).

Tabla 59

Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales y la Actitud hacia la automedicación, el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción en los sujetos de 14 años.

	Actitud hacia automedicación			Medicación		
	Total	F I Emociones negativas	F II Pares y publicidad	F III Decisión propia	Uso	Sin prescripción
Afecto- comunicación padre	-.072	-.035	-.002	-.138	-.139	-.072
Afecto- comunicación madre	-.102	-.039	-.006	-.212*	-.052	-.100
Crítica-rechazo padre	.268**	.213*	.152	.211*	.236**	.146
Crítica-rechazo madre	.184*	.134	.076	.196*	.067	.095
Normas inductivas padre	-.075	-.068	.046	-.138	-.114	-.067
Normas inductivas madre	-.034	.023	.048	-.186*	.062	-.056
Normas rígidas padre	.171*	.097	.208*	.087	.225**	.108
Normas rígidas madre	.035	.042	.046	-.025	.121	.075
Normas indulgentes padre	.100	.021	.084	.155	.034	.056
Normas indulgentes madre	.122	.108	.001	.147	.128	.099

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Tabla 60

Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de Estilos parentales y la Actitud hacia la automedicación, el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción en los sujetos de 17 años.

	Actitud hacia automedicación			Medicación		
	Total	F I Emociones negativas	F II Pares y publicidad	F III Decisión propia	Uso	Sin prescripción
Afecto-comunicación padre	-.196*	-.263**	-.089	-.037	-.179*	-.202*
Afecto-comunicación madre	-.242**	-.317**	-.097	-.081	-.037	-.112
Crítica-rechazo padre	.274**	.295**	.184*	.136	.256**	.336**
Crítica-rechazo madre	.222**	.271**	.122	.078	.097	.226**
Normas inductivas padre	-.156	-.211**	-.090	-.002	-.062	-.137
Normas inductivas madre	-.184*	-.254**	-.094	-.010	-.009	-.138
Normas rígidas padre	.044	.042	.057	-.001	.108	.134
Normas rígidas madre	-.012	-.015	-.004	-.006	.075	.046
Normas indulgentes padre	.216**	.210**	.140	.164*	.005	.042
Normas indulgentes madre	.344**	.325**	.254**	.245**	.020	.094

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Una comparación pormenorizada de los resultados recogidos en las tablas 59 y 60 se expone a continuación:

Para la dimensión *Afecto-comunicación* en el grupo de 14 años, únicamente se observa una asociación negativa con significación estadística entre la dimensión materna y el factor *Automedicación por decisión propia* ($r = -0.212$; $p < 0.05$). Sin embargo, en el grupo de 17 años se observan correlaciones negativas entre la dimensión paterna y materna y el total de la escala *Actitud hacia la automedicación* ($r = -0.196$; $p < 0.05$ y $r = -0.242$; $p < 0.01$) y con el factor *Regulación de las emociones negativas* ($r = -0.263$; $p < 0.01$ y $r = -0.317$; $p < 0.01$). Respecto al consumo de medicamentos, únicamente el grupo de 17 años y para el *Afecto-comunicación* del padre, presenta correlaciones negativas estadísticamente significativas con el *Uso de medicación* ($r = -0.179$; $p < 0.05$) y el *Uso de medicación sin prescripción* ($r = -0.202$; $p < 0.05$).

Atendiendo ahora a las *Normas inductivas*, las del padre correlacionan de forma negativa únicamente con el factor *Regulación de emociones negativas* en el grupo de 17 años ($r = -0.211$; $p < 0.01$). Respecto a las de la madre, se asocian de forma negativa con el factor *Automedicación por decisión propia* en el grupo de 14 años ($r = -0.186$; $p < 0.05$), mientras que en el de 17 años lo hacen con el total de la escala ($r = -0.184$; $p < 0.05$) y también con el factor *Regulación de emociones negativas* ($r = -0.254$; $p < 0.01$). Respecto a las correlaciones entre las *Normas inductivas* y el *Uso de medicación*, no se obtienen resultados estadísticamente significativos en ninguno de los dos grupos.

Para la dimensión *Crítica-rechazo* se encuentran asociaciones positivas, tanto para el padre como para la madre con el total de la escala en el grupo de 14 años ($r = 0.268$; $p < 0.01$ y $r = 0.184$; $p < 0.05$) y en el de 17 ($r = 0.274$; $p < 0.01$ y $r = 0.222$; $p < 0.01$), sin que se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($z = -0.056$; $p = 0.955$ y $z = -0.343$; $p = 0.732$). Atendiendo a los factores de la escala, la *Crítica-rechazo* del padre presenta una asociación positiva con el factor de *Regulación de emociones negativas*, tanto en el grupo de 14 años ($r = 0.213$; $p < 0.05$), como en el de 17 años ($r = 0.295$; $p < 0.01$), sin que las diferencias presenten significación estadística ($z = -0.758$; $p = 0.448$). Esta misma dimensión

del padre presenta asociación con el factor *Automedicación por decisión propia* en el grupo de 14 años ($r = 0.211$; $p < 0.05$) y con el de *Automedicación basada en pares y publicidad* en el de 17 ($r = 0.184$; $p < 0.05$). Por su parte la *Crítica-rechazo* de la madre en el grupo de 14 años correlaciona de forma estadísticamente significativa con el factor de *Automedicación por decisión propia* ($r = 0.196$; $p < 0.05$), mientras que en el grupo de 17 años lo hace con el factor de *Regulación de emociones negativas* ($r = 0.271$; $p < 0.01$). Respecto al consumo de fármacos, la dimensión *Crítica-rechazo* del padre presenta una correlación positiva y estadísticamente significativa con el *Uso de medicación* tanto en el grupo de 14 años ($r = 0.236$; $p < 0.01$) como en el de 17 ($r = 0.256$; $p < 0.01$), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($z = -0.184$; $p = 0.854$), mientras que con el *Uso de medicación sin prescripción* únicamente presenta asociación en el grupo de 17 años ($r = 0.336$; $p < 0.01$). Respecto a la *Crítica-rechazo* de la madre, presenta correlación estadísticamente significativa con el *Uso de medicación sin prescripción* en el grupo de 17 años ($r = 0.226$; $p < 0.01$).

En el grupo de 14 años únicamente las *Normas rígidas* del padre se asocian de forma positiva con la *Actitud hacia la automedicación* ($r = 0.171$; $p < 0.05$) y el factor *Automedicación basada en pares y publicidad* ($r = 0.208$; $p < 0.05$), no encontrándose ninguna correlación con significación estadística en el grupo de 17 años. Así mismo, tampoco hay correlaciones significativas en el caso de la madre en ninguno de los dos grupos de edad. Respecto al *Uso de medicación*, son las *Normas rígidas* del padre las que presentan una correlación positiva en el grupo de 14 años ($r = 0.225$; $p < 0.01$).

Por último, las *Normas indulgentes* no muestran ninguna asociación en el grupo de 14 años. Por el contrario, en el de 17 años, las normas paternas y maternas se asocian positivamente con el total de la escala *Actitud hacia la automedicación*, tanto con la puntuación total de la escala ($r = 0.216$; $p < 0.01$ y $r = 0.344$; $p < 0.01$), como con sus factores, siendo los valores de mayor magnitud los que presenta en la correlación con el factor *Regulación de*

emociones negativas ($r = 0.210$; $p < 0.01$ y $r = 0.325$; $p < 0.01$). Por lo que respecta a las asociaciones con el consumo de medicamentos con y sin prescripción, las *Normas indulgentes* del padre y de la madre no muestran correlaciones estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos.

3.2.3.2. Asociación entre los estilos parentales y la CVRS. Diferencias según sexo y edad.

Se realiza a continuación un análisis de correlaciones para comprobar la naturaleza y magnitud de las asociaciones entre las dimensiones de los estilos parentales y las de CVRS, presentándose los resultados en la tabla 61.

Tabla 61

Correlaciones entre los Estilos parentales y la CVRS y sus dimensiones.

	Calidad de vida relacionada con la salud					
	Total	Bienestar físico	Bienestar psicológico	Padres/ autonomía	Apoyo social y pares	Entorno escolar
Afecto-com. padre	.454**	.302**	.261**	.510**	.197**	.271**
Afecto- com. madre	.445**	.216**	.263**	.497**	.245**	.339**
Crítica-rechazo padre	-.478**	-.261**	-.337**	-.510**	-.137**	-.380**
Crítica-rechazo madre	-.488**	-.249**	-.333**	-.505**	-.166**	-.436**
N. inductivas padre	.450**	.296**	.252**	.494**	.194**	.310**
N. inductivas madre	.388**	.206**	.210**	.443**	.201**	.294**
Normas rígidas padre	-.208**	-.058	-.207**	-.213**	-.068	-.157**
Normas rígidas madre	-.248**	-.054	-.212**	-.234**	-.145**	-.141**
N. indulgentes padre	.074	.001	.107**	.087*	.056	-.018
N. indulgentes madre	.040	-.034	.054	.061	.059	.002

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Los resultados de la tabla muestran una clara asociación positiva entre el total de la escala *CVRS* y el *Afecto-comunicación* del padre ($r = 0.454$; $p < 0.01$) y de la madre ($r = 0.445$; $p < 0.01$), y todas sus dimensiones, observándose las magnitudes más elevadas en la dimensión *Padres/autonomía* tanto del padre ($r = 0.510$; $p < 0.01$), como de la madre ($r = 0.497$; $p < 0.01$).

Un patrón idéntico se observa en las *Normas inductivas* del padre y la madre, con asociaciones positivas con el total de la escala ($r = 0.450$; $p < 0.01$ y $r = 0.388$; $p < 0.01$) y todas las dimensiones, de nuevo presentando los valores más altos *Padres/autonomía* ($r = 0.494$; $p < 0.01$ y $r = 0.443$; $p < 0.01$).

Respecto a la *Crítica-rechazo*, la asociación es negativa y estadísticamente significativa para el padre y la madre con el total de la escala ($r = -0.478$; $p < 0.01$ y $r = -0.488$; $p < 0.01$) y todas las dimensiones, de nuevo con valores más elevados en *Padres/autonomía* ($r = -0.510$; $p < 0.01$ y $r = -0.505$; $p < 0.01$).

En el caso de las *Normas rígidas*, el patrón no es tan consistente, presentando asociación negativa con el total de la escala, tanto en el caso del padre como de la madre ($r = -0.208$; $p < 0.01$ y $r = -0.248$; $p < 0.01$), y con las dimensiones *Bienestar psicológico* ($r = -0.207$; $p < 0.01$ y $r = -0.212$; $p < 0.01$), *Padres/autonomía* ($r = -0.213$; $p < 0.01$ y $r = -0.234$; $p < 0.01$), *Entorno escolar* ($r = -0.157$; $p < 0.01$ y $r = -0.141$; $p < 0.01$) y *Apoyo social y pares* sólo en el caso de la madre ($r = -0.145$; $p < 0.01$).

Por último las *Normas indulgentes* del padre presentan asociación positiva y estadísticamente significativa con las dimensiones *Bienestar psicológico* ($r = 0.107$; $p < 0.01$) y *Relación con los padre y autonomía* ($r = 0.087$; $p < 0.05$).

Correlaciones entre las diferentes dimensiones de los estilos parentales y la CVRS teniendo en cuenta el sexo del sujeto.

Se realiza ahora el análisis de las correlaciones entre las dimensiones consideradas en los estilos parentales y aquellas contempladas en la CVRS considerando el sexo de los participantes en la investigación. Los resultados pueden consultarse en las tablas 62 y 63.

Tabla 62

Correlaciones entre Estilos parentales y CVRS en los chicos.

	Calidad de vida relacionada con la salud					
	Total	Bienestar físico	Bienestar psicológico	Padres/ autonomía	Apoyo social y pares	Entorno escolar
Afecto-com. padre	.456**	.205**	.292**	.509**	.216**	.352**
Afecto- com. madre	.456**	.217**	.286**	.491**	.193**	.388**
Crítica-rechazo padre	-.576**	-.267**	-.462**	-.569**	-.189**	-.481**
Crítica-rechazo madre	-.566**	-.270**	-.378**	-.607**	-.185**	-.496**
N. inductivas padre	.449**	.244**	.287**	.446**	.184**	.398**
N. inductivas madre	.454**	.214**	.275**	.473**	.216**	.408**
Normas rígidas padre	-.212**	.023	-.235**	-.226**	-.147*	-.155**
Normas rígidas madre	-.275**	-.005	-.226**	-.302**	-.200**	-.241**
N. indulgentes padre	.060	-.074	.105	.107	.091	-.028
N. indulgentes madre	.026	-.083	.006	.125*	.045	-.007

*Nota: * p<0.05; ** p< 0.01; *** p< 0.001.*

Tabla 63

Correlaciones entre Estilos parentales y CVRS en las chicas.

	Calidad de vida relacionada con la salud					
	Total	Bienestar físico	Bienestar psicológico	Padres/ autonomía	Apoyo social y pares	Entorno escolar
Afecto-com. padre	.441**	.335**	.221**	.506**	.205**	.259**
Afecto- com. madre	.484**	.329**	.281**	.531**	.278**	.273**
Crítica-rechazo padre	-.406**	-.293**	-.243**	-.466**	-.096	-.288**
Crítica-rechazo madre	-.448**	-.329**	-.321**	-.428**	-.138**	-.344**
N. inductivas padre	.440**	.314**	.208**	.523**	.217**	.270**
N. inductivas madre	.349**	.252**	.169**	.427**	.186**	.170**
Normas rígidas padre	-.209**	-.137**	-.188**	-.204**	-.001	-.169**
Normas rígidas madre	-.252**	-.168	-.225**	-.187**	-.084	-.228**
N. indulgentes padre	.069	.027	.094	.057	.030	.013
N. indulgentes madre	.045	-.015	.089	.000	.076	.021

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

A la vista de los resultados recogidos, se puede apreciar cómo el *Afecto-comunicación* del padre y de la madre, muestran asociaciones positivas con el total de la escala CVRS en el grupo de los chicos ($r = 0.456$; $p < 0.01$ y $r = 0.456$; $p < 0.01$) y en el de las chicas ($r = 0.441$; $p < 0.01$ y $r = 0.484$; $p < 0.01$), sin que se hallen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($z = 0.241$; $p = 0.810$ y $z = -0.460$; $p = 0.645$). También esta dimensión del estilo parental presenta asociaciones positivas con las de la escala de CVRS, siendo la de mayor magnitud la de *Padres/autonomía* tanto para los chicos ($r = 0.509$; $p < 0.01$ y $r = 0.491$; $p < 0.01$), como para las chicas ($r = 0.506$; $p < 0.01$ y $r = 0.531$; $p < 0.01$), de nuevo sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($z = 0.052$; $p = 0.959$ y $z = -0.694$; $p = 0.488$).

Respecto a las *Normas inductivas* paternas y maternas, se asocian de forma positiva en los dos grupos, tanto con el total de la escala para los chicos ($r = 0.449$; $p < 0.01$ y $r = 0.454$;

$p < 0.01$) como para las chicas ($r = 0.440$; $p < 0.01$ y $r = 0.349$; $p < 0.01$), presentando únicamente diferencias estadísticamente significativas ($z = 3.351$; $p = 0.000$) en el caso de las normas maternas con la dimensión *Entorno escolar* ($r = 0.408$; $p < 0.01$ vs. $r = 0.170$; $p < 0.01$), siendo superior la asociación en el grupo de los chicos.

Las correlaciones entre las *Normas rígidas* de ambos progenitores son, en el caso de los chicos, negativas y estadísticamente significativas con el total de la escala ($r = -0.212$; $p < 0.01$ y $r = -0.275$; $p < 0.01$) y con todas las dimensiones de *CVRS* excepto con *Bienestar físico*, mientras que en el grupo de las chicas el patrón es similar, presentando también asociaciones negativas con el total de la escala ($r = -0.209$; $p < 0.01$ y $r = -0.252$; $p < 0.01$), sin que se observen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($z = -0.040$; $p = 0.968$ y $z = -0.317$; $p = 0.751$). En el análisis por dimensiones, en el grupo de las chicas no se observa asociación con la dimensión *Apoyo social y pares*. Para el resto de las dimensiones no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

La dimensión *Crítica-rechazo* del padre y de la madre, muestra en el grupo de los chicos asociaciones negativas y estadísticamente significativas con el total de la escala ($r = -0.576$; $p < 0.01$ y $r = -0.566$; $p < 0.01$) y todas las dimensiones de la *CVRS*, y en el de las chicas también con el total ($r = -0.406$; $p < 0.01$ y $r = -0.448$; $p < 0.01$) y las dimensiones, excepto para *Apoyo social y pares* en el caso del padre. En esta dimensión de *Crítica-rechazo* sí se encuentran algunas diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de chicos y chicas. Para el padre, el valor de las correlaciones es mayor en el grupo de los chicos respecto a la puntuación total de la escala ($r = -0.576$; $p < 0.01$ vs. $r = -0.406$; $p < 0.01$), ($z = -2.891$; $p = 0.004$), la dimensión *Bienestar psicológico* ($r = -0.462$; $p < 0.01$ vs. $r = -0.243$; $p < 0.01$), ($z = -3.227$; $p = 0.001$) y la dimensión *Entorno escolar* ($r = -0.481$; $p < 0.01$ vs. $r = -0.288$; $p < 0.01$), ($z = -2.920$; $p = 0.003$). Para la madre, los valores de las asociaciones son también superiores en todos los casos en el grupo de los chicos, tanto en el total de la escala ($r = -0.566$; $p < 0.01$

vs. $r = -0.448$; $p < 0.01$), ($z = -2.043$; $p = 0.041$), como en la dimensión *Padres/autonomía* ($r = -0.607$; $p < 0.01$ vs. $r = -0.428$; $p < 0.01$), ($z = -3.161$; $p = 0.001$) y *Entorno escolar* ($r = -0.496$; $p < 0.01$ vs. $r = -0.344$; $p < 0.01$), ($z = -2.375$; $p = 0.017$).

Por último, las *Normas indulgentes* no muestran asociaciones, a excepción de la que se encuentra en el grupo de los chicos entre las normas maternas y la dimensión de *CVRS Padres/autonomía* ($r = 0.125$; $p < 0.05$).

Correlaciones entre las diferentes dimensiones de los estilos parentales y la CVRS teniendo en cuenta la edad del sujeto.

Se procede a realizar a continuación un análisis similar al anterior, pero dividiendo la muestra en los dos grupos extremos del rango de edad, es decir, 14 y 17 años. Los resultados se recogen en las tablas 64 y 65.

Tabla 64

Correlaciones entre Estilos parentales y CVRS en el grupo de 14 años.

	Calidad de vida relacionada con la salud					
	Total	Bienestar físico	Bienestar psicológico	Padres/ autonomía	Apoyo social y pares	Entorno escolar
Afecto-com. padre	.402**	.321**	.364**	.375**	.133	.225**
Afecto- com. madre	.364**	.154	.299**	.375**	.241**	.261**
Crítica-rechazo padre	-.490**	-.427**	-.424**	-.371**	-.130	-.435**
Crítica-rechazo madre	-.500**	-.274**	-.458**	-.452**	-.177**	-.452**
N. inductivas padre	.393**	.290**	.309**	.413**	.173*	.216**
N. inductivas madre	.268**	.091	.261**	.319**	.120	.147
Normas rígidas padre	-.326**	-.287**	-.214**	-.269**	-.192*	-.253*
Normas rígidas madre	-.270**	-.164*	-.168*	-.249**	-.183*	-.259**
N. indulgentes padre	.124	.070	.105	.185*	.023	.029
N. indulgentes madre	.059	-.068	.062	.127	.009	.075

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Tabla 65

Correlaciones entre Estilos parentales y CVRS en el grupo de 17 años.

	Calidad de vida relacionada con la salud					
	Total	Bienestar físico	Bienestar psicológico	Padres/ autonomía	Apoyo social y pares	Entorno escolar
Afecto-com. padre	.383**	.175*	.198*	.446**	.298**	.153
Afecto- com. madre	.415**	.131	.137	.560**	.359**	.235**
Crítica-rechazo padre	-.440**	-.165*	-.302**	-.490**	-.236**	-.257**
Crítica-rechazo madre	-.393**	-.144	-.203**	-.506**	-.144	-.300**
N. inductivas padre	.433**	.184*	.226**	.489**	.368**	.192*
N. inductivas madre	.383**	.136	.113	.511**	.341**	.218**
Normas rígidas padre	-.077	.105	-.185*	-.084	-.060	-.038
Normas rígidas madre	-.163*	.080	-.194*	-.185*	-.093	-.183*
N. indulgentes padre	.100	.020	.208**	-.008	.155	-.017
N. indulgentes madre	.024	-.040	.067	.006	.050	.012

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

En las tablas anteriores se puede apreciar que la dimensión *Afecto-comunicación* paterno y materno, se asocia de forma positiva con el total de la escala tanto en el grupo de 14 años ($r = 0.402$; $p < 0.01$ y $r = 0.364$; $p < 0.01$), como en el de 17 ($r = 0.383$; $p < 0.01$ y $r = 0.415$; $p < 0.01$), sin que se observen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($z = 0.194$; $p = 0.846$ y $z = -0.520$; $p = 0.603$). Respecto a las dimensiones de CVRS, también el *Afecto-comunicación* se asocia positivamente con ellas excepto en el caso de la dimensión paterna con *Apoyo social y pares* en el grupo de 14 años y con el *Entorno escolar* en el de 17 y en el de la materna con *Bienestar físico* en el de 14 años y con *Bienestar físico* y *Bienestar psicológico* en el de 17, mostrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos únicamente en la dimensión *Padres/autonomía* ($r = 0.375$; $p < 0.01$ vs. $r = 0.560$; $p < 0.01$), ($z = -2.063$; $p = 0.039$), siendo superior en el grupo de 17 años.

Las *Normas inductivas* de ambos progenitores se asocian positivamente con el total de la escala *CVRS* en el grupo de 14 años ($r = 0.393$; $p < 0.01$ y $r = 0.268$; $p < 0.01$) y en el de 17 ($r = 0.433$; $p < 0.01$ y $r = 0.383$; $p < 0.01$), sin que se observen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($z = -0.417$; $p = 0.677$ y $z = -1.114$; $p = 0.265$). Respecto a las correlaciones con las dimensiones que componen la escala, en el caso del padre éstas son positivas en ambos grupos, aunque no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los casos, mientras que en el de la madre lo son únicamente con *Bienestar psicológico* y *Padres/autonomía* en el de 14 años y con *Padres/autonomía*, *Apoyo social y pares* y *Entorno escolar* en el de 17, hallándose diferencias estadísticamente significativas solamente en la dimensión *Padres/autonomía* ($r = 0.319$; $p < 0.01$ vs. $r = 0.511$; $p < 0.01$), ($z = -2.019$; $p = 0.043$), siendo superior en el grupo de 17 años.

Situando el punto de interés en la dimensión *Crítica-rechazo* de los estilos parentales, se observa una asociación negativa con el total de la escala, tanto para el padre como para la madre en el grupo de 14 años ($r = -0.490$; $p < 0.01$ y $r = -0.500$; $p < 0.01$) y en el de 17 ($r = -0.440$; $p < 0.01$ y $r = -0.393$; $p < 0.01$), sin que se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($z = -0.552$; $p = 0.581$ y $z = -1.158$; $p = 0.2475$). Haciendo un análisis por dimensiones, la *Crítica-rechazo* paterna únicamente no presenta asociación con *Apoyo social y pares* en el grupo de 14 años, encontrándose entre ambos grupos diferencias estadísticamente significativas en la dimensión *Bienestar físico* ($r = -0.427$; $p < 0.01$ vs. $r = -0.165$; $p < 0.05$), ($z = -2.504$; $p = 0.012$), siendo la asociación de mayor magnitud en el grupo de 14 años. Por su parte la dimensión materna se asocia con todas las dimensiones de *CVRS* excepto con *Bienestar físico* y *Apoyo social y pares* en el grupo de 17 años, presentado solamente diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la dimensión *Bienestar psicológico* ($r = -0.458$; $p < 0.01$ vs. $r = -0.203$; $p < 0.01$), ($z = -2.497$; $p = 0.013$), de nuevo de mayor magnitud la asociación en el grupo de 14 años.

Las *Normas rígidas* paternas y maternas se asocian también de forma negativa con el total de la escala *CVRS* en el grupo de 14 años ($r = - 0.326$; $p < 0.01$ y $r = -0.270$; $p < 0.01$) y sólo las maternas en el de 17 ($r = - 0.163$; $p < 0.05$), sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($z = - 0.972$; $p = 0.331$). Por dimensiones, las paternas se asocian con todas ellas en el grupo de los más pequeños y únicamente con *Bienestar psicológico* en el de 17, no mostrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, mientras que las maternas siguen idéntico patrón en el grupo de 14 años y se asocian con las dimensiones *Bienestar psicológico*, *Padres/autonomía* y *Entorno escolar* en el de 17 años, no hallándose tampoco ninguna diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Para terminar, las *Normas indulgentes* del padre únicamente se asocian de forma positiva con la dimensión *Padres/autonomía* en el grupo de 14 años ($r = 0.185$; $p < 0.05$) y con el *Bienestar psicológico* en el de 17 años ($r = 0.208$; $p < 0.01$), mientras que las de la madre no se asocian de forma estadísticamente significativa con ninguna de las dimensiones de los dos grupos.

3.2.3.3. Asociación entre estilos parentales y consumo de tabaco y alcohol. Diferencias según sexo y edad.

Los resultados de las asociaciones entre las dimensiones de los estilos parentales y el consumo de tabaco y alcohol quedan reflejados en la tabla 66, pudiendo apreciarse correlaciones negativas entre el *Afecto-comunicación* del padre y de la madre para el *Uso de tabaco* ($r = - 0.080$; $p < 0.05$ y $r = - 0.168$; $p < 0.01$) y el *Uso de alcohol* ($r = - 0.143$; $p < 0.01$ y $r = - 0.140$; $p < 0.01$).

Un patrón similar presenta la asociación entre las *Normas inductivas* del padre y la madre con el *Uso de tabaco* ($r = - 0.097$; $p < 0.05$ y $r = - 0.148$; $p < 0.01$) y el *Uso de alcohol* ($r = - 0.184$; $p < 0.01$ y $r = - 0.192$ $p < 0.01$).

Por otro lado y como cabría esperar, se aprecian asociaciones positivas entre el estilo parental y el consumo de estas sustancias en la dimensión *Crítica-rechazo* tanto del padre como de la madre, siendo los resultados ($r = 0.210$; $p < 0.01$ y $r = 0.286$; $p < 0.01$) para el *Uso de tabaco* y ($r = 0.260$; $p < 0.01$ y $r = 0.264$; $p < 0.01$) para el *Uso de alcohol*.

Un patrón similar siguen las *Normas indulgentes* del padre y la madre con el *Uso de tabaco* ($r = 0.104$; $p < 0.01$ y $r = 0.100$; $p < 0.05$) y el *Uso de alcohol* ($r = 0.119$; $p < 0.01$ y $r = 0.135$; $p < 0.01$).

En el caso de *Normas rígidas*, la asociación positiva es estadísticamente significativa únicamente en el caso de la madre, tanto para el *Uso de tabaco* ($r = 0.090$; $p < 0.05$) como para el *Uso de alcohol* ($r = 0.078$; $p < 0.05$).

Tabla 66

Correlaciones entre Estilos parentales y el consumo de tabaco y alcohol.

Estilos parentales	Tabaco	Alcohol
Afecto-comunicación padre	-.080*	-.143**
Afecto-comunicación madre	-.168**	-.140**
Crítica-rechazo padre	.210**	.260**
Crítica-rechazo madre	.286**	.264**
Normas inductivas padre	-.097*	-.184**
Normas inductivas madre	-.148**	-.192**
Normas rígidas padre	.019	.052
Normas rígidas madre	.090*	.077*
Normas indulgentes padre	.104**	.119**
Normas indulgentes madre	.100*	.135**

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Correlaciones entre los estilos parentales y el consumo de tabaco y alcohol teniendo en cuenta el sexo del sujeto.

A continuación se procede al análisis de las correlaciones entre las dimensiones consideradas en los estilos parentales y el consumo de las sustancias psicoactivas contempladas en este estudio, pero teniendo en cuenta el sexo de los participantes en la investigación, recogiéndose los resultados en las tablas 67 y 68.

Tabla 67

Correlaciones entre Estilos parentales y consumo de tabaco y alcohol en los chicos.

Estilos parentales	Tabaco	Alcohol
Afecto-comunicación padre	-.227**	-.182**
Afecto-comunicación madre	-.220**	-.205**
Crítica-rechazo padre	.356**	.316**
Crítica-rechazo madre	.384**	.298**
Normas inductivas padre	-.231**	-.233**
Normas inductivas madre	-.242**	-.230**
Normas rígidas padre	.049	.015
Normas rígidas madre	.082	.045
Normas indulgentes padre	.063	.151**
Normas indulgentes madre	.116*	.158**

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Tabla 68

Correlaciones entre Estilos parentales y el consumo de tabaco y alcohol en las chicas.

Estilos parentales	Tabaco	Alcohol
Afecto-comunicación padre	.014	-.135*
Afecto-comunicación madre	-.109*	-.059
Crítica-rechazo padre	.079	.207**
Crítica-rechazo madre	.167**	.210**
Normas inductivas padre	.004	-.157**
Normas inductivas madre	-.056	-.151**
Normas rígidas padre	-.009	.095
Normas rígidas madre	.091	.110*
Normas indulgentes padre	.141**	.070
Normas indulgentes madre	.080	.107*

*Nota: * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001.*

A la vista de los resultados recogidos en las dos tablas anteriores se puede apreciar cómo la dimensión *Afecto-comunicación* tanto del padre como de la madre, se asocia negativamente con el *Uso de tabaco* ($r = -0.227$; $p < 0.01$ y $r = -0.220$; $p < 0.01$) y con el *Uso de alcohol* ($r = -0.182$; $p < 0.01$ y $r = -0.205$; $p < 0.01$) en el grupo de los chicos, apreciándose solo asociación entre la dimensión del padre y el consumo de alcohol ($r = -0.135$; $p < 0.05$) y la de la madre y el consumo de tabaco ($r = -0.109$; $p < 0.05$) en el grupo de las chicas, no presentando diferencias estadísticamente significativas las correlaciones entre ambos grupos.

En el caso de las *Normas inductivas* paternas y maternas, son negativas y estadísticamente significativas en el grupo de los chicos, tanto para el *Uso de tabaco* ($r = -0.231$; $p < 0.01$ y $r = -0.242$ $p < 0.01$), como para el *Uso de alcohol* ($r = -0.233$; $p < 0.01$ y $r = -0.230$ $p < 0.01$), mientras que en el grupo de las chicas sólo lo son en el caso del consumo de

alcohol tanto para el padre ($r = -0.157$; $p < 0.01$), como para la madre ($r = -0.151$; $p < 0.01$), igualmente sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Fijándonos ahora en la dimensión *Crítica-rechazo* de ambos progenitores, observamos que se asocia de forma positiva con el *Uso de tabaco* ($r = 0.356$; $p < 0.01$ y $r = 0.384$; $p < 0.01$) y con el *Uso de alcohol* ($r = 0.316$; $p < 0.01$ y $r = 0.298$; $p < 0.01$) en el grupo de los chicos, mientras que para las chicas la paterna sólo se asocia con el consumo alcohol ($r = 0.207$; $p < 0.01$) y la materna con ambos, el de tabaco ($r = 0.167$; $p < 0.01$) y el de alcohol ($r = 0.210$; $p < 0.01$). La única diferencia estadísticamente significativa que se halla entre ambos grupos es para la *Crítica-rechazo* materna y el *Uso de tabaco*, siendo la magnitud superior en el grupo de los chicos ($r = 0.384$; $p < 0.01$ vs. $r = 0.167$; $p < 0.01$), ($z = 3.026$; $p = 0.002$).

Las *Normas rígidas* sólo en el caso materno, presentan una débil asociación positiva con el *Uso de alcohol* de las chicas ($r = 0.110$; $p < 0.05$).

Por último las *Normas indulgentes* se asocian con el *Uso de tabaco* de forma estadísticamente significativa en el caso de la madre para los chicos ($r = 0.116$; $p < 0.05$) y para el padre en el caso de las chicas ($r = 0.141$; $p < 0.01$), mientras que para el *Uso de alcohol* dichas normas sólo son estadísticamente significativas en el caso del padre para los chicos ($r = 0.151$; $p < 0.01$), en tanto que en el caso de la madre lo son tanto para los chicos ($r = 0.158$; $p < 0.01$), como para las chicas ($r = 0.107$; $p < 0.05$), no encontrándose diferencias entre estas correlaciones ($z = 0.665$; $p = 0.506$).

Correlaciones entre los estilos parentales y el consumo de tabaco y alcohol teniendo en cuenta la edad del sujeto.

Se realiza a continuación un análisis similar al anterior, pero dividiendo la muestra en los dos grupos extremos del rango de edad, 14 y 17 años, con la pretensión de comprobar si

existen diferencias en las asociaciones entre las dimensiones del estilo parental y el consumo de tabaco y alcohol en los dos grupos, recogiéndose los resultados en las tablas 69 y 70.

Tabla 69

Correlaciones entre Estilos parentales y consumo de tabaco y alcohol en el grupo de 14 años.

Estilos parentales	Tabaco	Alcohol
Afecto-comunicación padre	-.092	-.240**
Afecto-comunicación madre	-.140	-.213*
Crítica-rechazo padre	.212*	.321**
Crítica-rechazo madre	.279**	.270**
Normas inductivas padre	-.004	-.166*
Normas inductivas madre	-.180*	-.166*
Normas rígidas padre	.120	.123
Normas rígidas madre	.201*	.062
Normas indulgentes padre	-.106	.028
Normas indulgentes madre	.146	.148

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Tabla 70

Correlaciones entre Estilos parentales y consumo de tabaco y alcohol en el grupo de 17 años.

Estilos parentales	Tabaco	Alcohol
Afecto-comunicación padre	-.104	-.011
Afecto-comunicación madre	-.196*	-.139
Crítica-rechazo padre	.248**	.222**
Crítica-rechazo madre	.298**	.277**
Normas inductivas padre	-.047	-.089
Normas inductivas madre	-.113	-.185*
Normas rígidas padre	-.041	-.035
Normas rígidas madre	.000	-.006
Normas indulgentes padre	.131	.198*
Normas indulgentes madre	.134	.186*

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Para la dimensión *Afecto-comunicación* solo se encuentra asociación negativa tanto para el padre como para la madre para el *Uso de alcohol* ($r = - 0.240$; $p < 0.01$ y $r = - 0.213$; $p < 0.05$) en el grupo de 14 años, mientras que en el de 17 sólo para el *Uso de tabaco* en el caso de la madre ($r = - 0.196$; $p < 0.05$).

Con relación a las *Normas inductivas*, sólo las de la madre se asocian negativamente con el *Uso de tabaco* en el grupo de 14 años ($r = - 0.180$ $p < 0.05$), mientras que tanto las paternas como las maternas lo hacen con el *Uso de alcohol* en este mismo grupo ($r = - 0.166$; $p < 0.05$ y $r = - 0.166$; $p < 0.05$). En el grupo de 17 años, únicamente las normas maternas se asocian con el *Uso de alcohol* ($r = - 0.185$ $p < 0.05$), no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($z = 0.169$; $p = 0.865$).

La dimensión *Crítica-rechazo* del padre y la madre se asocian de forma positiva con el *Uso de tabaco* tanto en el grupo de 14 años ($r = 0.212$; $p < 0.01$ y $r = 0.279$; $p < 0.01$) como en el de 17 ($r = 0.248$; $p < 0.01$ y $r = 0.298$; $p < 0.01$), sin que se hallen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($z = -0.329$; $p = 0.742$ y $z = -1.179$; $p = 0.858$). Respecto al *Uso de alcohol*, también se encuentran asociaciones positivas entre la dimensión paterna y materna en el grupo de 14 años ($r = 0.321$; $p < 0.01$ y $r = 0.270$; $p < 0.01$) y en el de 17 años ($r = 0.222$; $p < 0.01$ y $r = 0.277$; $p < 0.01$), no hallándose tampoco diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($z = 0.925$; $p = 0.355$ y $z = -0.065$; $p = 0.948$).

Para las *Normas rígidas*, solamente las de la madre se asocian positivamente con el consumo de tabaco en el grupo de 14 años ($r = 0.201$; $p < 0.05$).

Para terminar, las *Normas indulgentes* tanto del padre como de la madre, únicamente se correlacionan de forma positiva con el *Uso de alcohol* en el grupo de 17 años ($r = 0.198$; $p < 0.05$ y $r = 0.186$; $p < 0.05$).

3.2.4. Modelos de predicción de la actitud hacia la automedicación.

3.2.4.1. Variables con mayor capacidad predictiva en modelos de regresión múltiple.

Con el objetivo de realizar una estimación de la capacidad predictiva de las variables del estudio en la actitud hacia la automedicación (variable criterio), se realiza un análisis de regresión lineal múltiple siguiendo el método de pasos sucesivos. Se toman como variables predictoras la edad, las diferentes dimensiones de las escalas de *CVRS*, *Afecto-comunicación*, *Crítica-rechazo*, normas parentales (inductivas, rígidas e indulgentes), el *Uso de tabaco* y *Uso de alcohol* y los *Problemas de salud*. El análisis de los resultados de la muestra completa revela como variables predictoras de la *Actitud hacia la automedicación*, el *Uso de alcohol*, la *CVRS*, las *Normas indulgentes* de la madre, los *Problemas de salud*, el *Uso de tabaco* y las *Normas indulgentes* del padre ($F(6, 631) = 24.6$; $p < 0.0001$, $R^2_{\text{corr}} = 0.19$). Por su parte el estadístico Durbin-Watson arroja un valor de 2.08, lo que indica la independencia de los residuos de las variables incluidas en el modelo. En la tabla 71 se presentan en detalle los estadísticos de las seis variables incorporadas al modelo.

Tabla 71

Datos sobre las variables predictoras de la Actitud hacia la automedicación.

	Constante	Alcohol	CVRS	Normas indulgentes madre	Problemas salud	Tabaco	Normas indulgentes padre
R		.287	.364	.402	.420	.430	.436
R ²		.082	.132	.162	.177	.185	.190
R ² corregido		.081	.130	.158	.171	.178	.182
Error típico estimación		7.84	7.63	7.50	7.44	7.41	7.40
Cambio en R ²		.082	.050	.030	.015	.008	.005
Sig. cambio en F		.000	.000	.000	.001	.013	.045
B	25.08	2.17	-2.95	1.51	.26	.60	.140
Error típico	3.37	.51	.65	.70	.08	.25	.70
Beta		.17	-.18	.10	.13	.10	.10
t	7.44	4.28	-4.52	2.17	3.32	2.42	2.01
Sig	.000	.000	.000	.030	.001	.016	.045

Nota: cada columna incorpora el valor de la variable anterior.

3.2.4.2. Modelos de mediación.

Para abordar el último objetivo planteado en esta investigación, el análisis siguiente pretende comprobar si algunas de las variables contempladas en el estudio actúan como mediadoras en la *Actitud hacia la automedicación*.

Primer modelo mediacional: CVRS como mediadora del efecto del estilo parental sobre la actitud hacia la automedicación.

Comenzando con el modelo reflejado en la figura 1, se analizan las dimensiones del estilo parental (tanto del padre como de la madre) designadas como *Afecto-comunicación* y *Crítica-rechazo*, contempladas en la *Escala de afecto*, y las *Normas inductivas* y las *Normas indulgentes* incluidas en la *Escala de normas y exigencias*. Para las *Normas rígidas* no se realiza el análisis por no presentar asociación estadísticamente significativa con la *Actitud hacia la automedicación* en el caso de la madre, o por ser esta muy débil en el caso del padre ($r = 0.086$). Los resultados del análisis se muestran en la tabla 72.

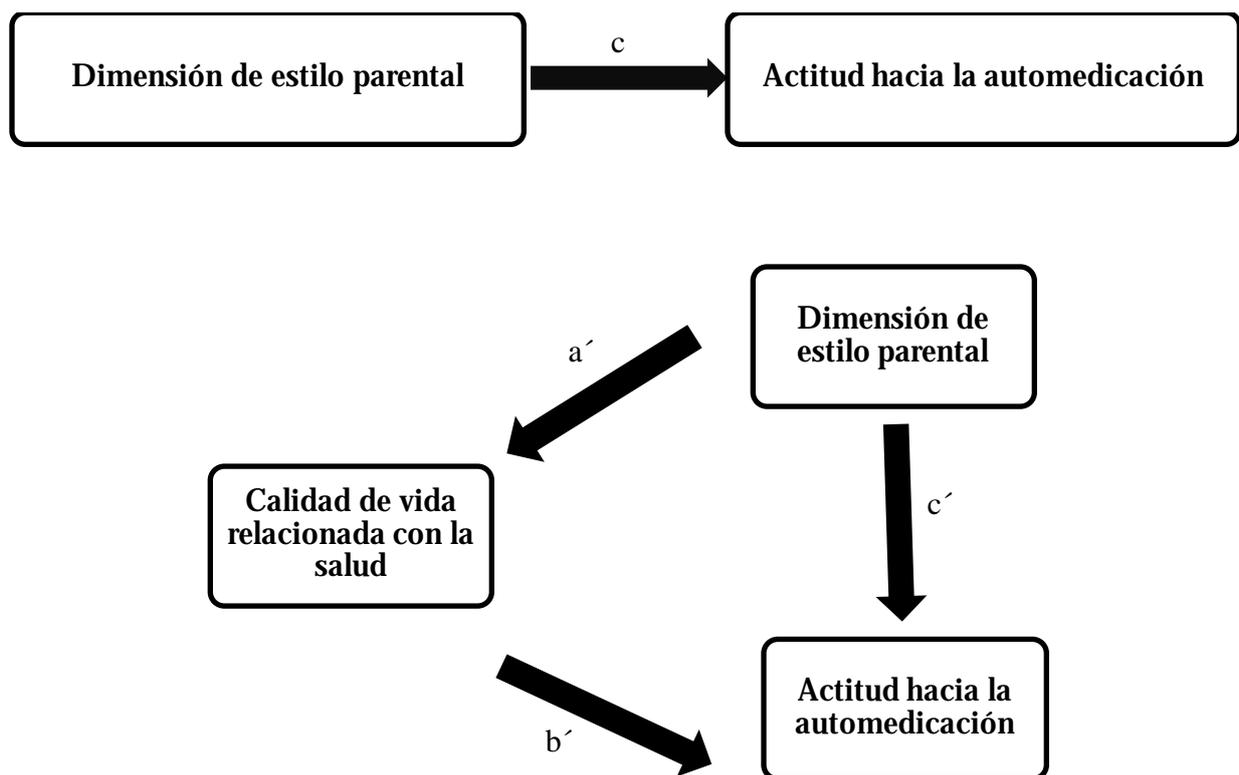


Figura 10. Modelo sin mediación del Estilo parental sobre la Actitud hacia la automedicación y con mediación a través de la CVRS.

Nota: las designaciones a' , b' y c' se utilizan para los coeficientes implicados en el modelo mediacional.

Tabla 72

Efectos estandarizados directos e indirectos a través de la CVRS de los Estilos parentales sobre la Actitud hacia la automedicación.

	padre					madre				
	c	c'	a'	b'	z	c	c'	a'	b'	z
Afecto- comunicación	-1.042**	0.028	0.250***	-4.279***		-1.621***	-0.569	0.292***	-3.606***	
Crítica-rechazo	2.272***	1.082*	-0.338***	-3.519***	4.67***	2.730***	1.678***	-0.364***	-2.895***	4.01***
Normas inductivas	-1.505***	-0.396	0.279***	-3.969***		-1.652***	-0.717	0.261***	-3.579***	
Normas indulgentes	2.552***	2.834***	0.063	-4.491***	-1.80	2.819***	2.966***	0.036	-4.127***	-1.02

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

z: valor obtenido de la realización del test de Sobel que establece la significación estadística de la mediación del efecto.

Como puede observarse en la tabla anterior, para las dimensiones *Afecto-comunicación* y *Normas inductivas*, paternas y maternas, el efecto sobre la *Actitud hacia la automedicación* se explica completamente a través de la *CVRS*, es decir, estos datos son consistentes con la interpretación de que el estilo parental afecta a la *Actitud hacia la automedicación* por cómo dicho estilo influye en la *CVRS* del hijo adolescente. Sin embargo en el caso de la dimensión *Crítica-rechazo* del padre y de la madre, la mediación es parcial. Por otra parte, las *Normas indulgentes* maternas y paternas, afectan a la *Actitud hacia la automedicación* sin que por ello modifiquen la *CVRS*.

Segundo modelo mediacional: Consumo de tabaco y alcohol como mediadora del efecto del estilo parental sobre la actitud hacia la automedicación.

Como segundo modelo de mediación se plantea el reflejado en la figura 11, pudiendo consultarse los resultados en las tablas 73 y 74.

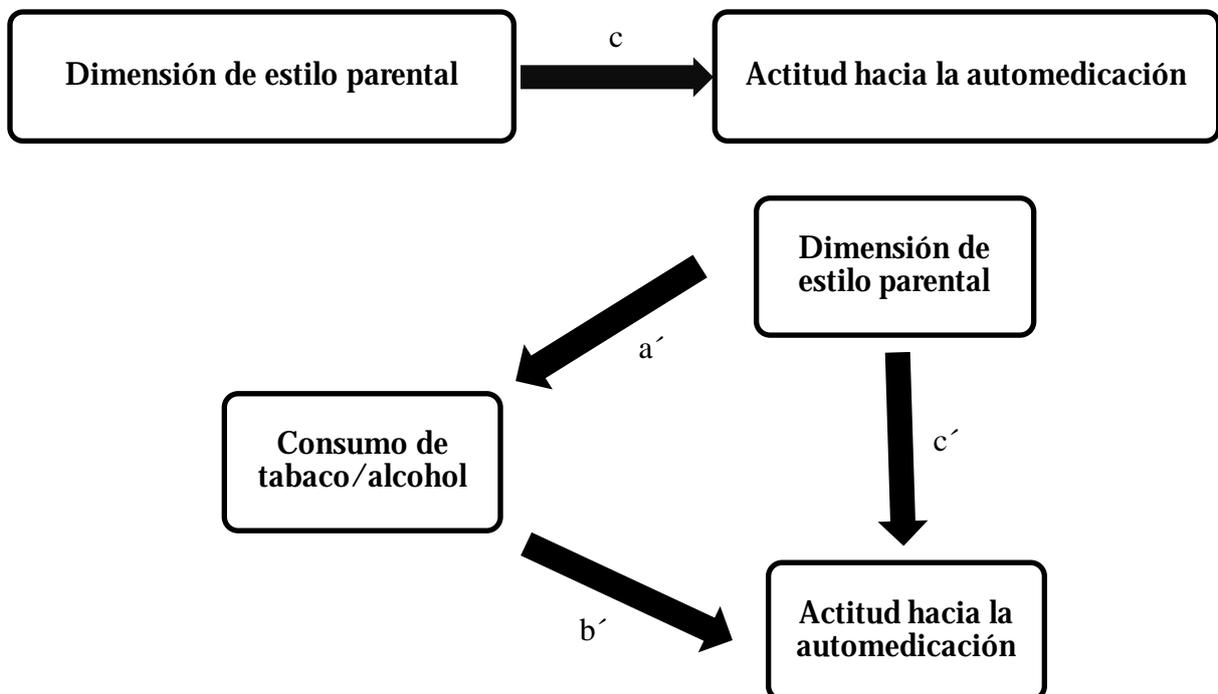


Figura 11. Efecto directo del Estilo parental y mediación del consumo de sustancias en la Actitud hacia la automedicación.

Tabla 73

Efectos estandarizados directos e indirectos a través del consumo de tabaco de los Estilos parentales sobre la Actitud hacia la automedicación.

	padre					madre				
	c	c'	a'	b'	z	c	c'	a'	b'	z
Afecto- comunicación	-1.042**	-0.834*	-1.546*	0.135***	-2.33*	-1.621***	-1.131**	-3.787***	0.129***	-2.65**
Crítica-rechazo	2.272***	1.631***	5.162***	0.124***	2.41*	2.730***	1.872***	7.336***	0.117***	3.44***
Normas inductivas	-1.505***	-1.225***	-2.113*	0.133***	-2.94**	-1.652***	-1.206**	-3.424***	0.130***	-2.74**
Normas indulgentes	2.552***	2.141***	3.138**	0.131***	3.51***	2.819***	2.425***	3.036**	0.130***	3.93***

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

z: valor obtenido de la realización del test de Sobel que establece la significación estadística de la mediación del efecto.

Tabla 74

Efectos estandarizados directos e indirectos a través del consumo de alcohol de los Estilos parentales sobre la Actitud hacia la automedicación.

	padre					madre				
	c	c´	a´	b´	z	c	c´	a´	b´	z
Afecto- comunicación	-1.042**	-0.687*	-0.102***	3.470***	-1.92	-1.621***	-1.232***	-0.118***	3.308***	-2.84**
Crítica-rechazo	2.272***	1.520***	0.237***	3.177***	3.00**	2.730***	1.979***	0.253***	2.967***	3.53***
Normas inductivas	-1.505***	-1.003**	-0.149***	3.378***	-2.42*	-1.652***	-1.108**	-0.166***	3.266***	-2.50*
Normas indulgentes	2.552***	2.100***	0.133**	3.388***	3.43***	2.819***	2.321***	0.154***	3.237***	3.69***

*Nota: * p<0.05; ** p< 0.01; *** p< 0.001.*

z: valor obtenido de la realización del test de Sobel que establece la significación estadística de la mediación del efecto.

Como puede apreciarse en la tabla 73, en todos los casos la mediación del *Uso de tabaco* es parcial y estadísticamente significativa. En el caso de la mediación del *Uso alcohol* en la *Actitud hacia la automedicación* (tabla 74), ésta es parcial en todas las dimensiones observadas de los estilos parentales materno y paterno, salvo para el *Afecto-comunicación* del padre, la cual no presenta significación estadística.

Tercer modelo mediacional: Consumo de tabaco y alcohol como mediadora de la CVRS sobre la actitud hacia la automedicación.

En este modelo se pretende comprobar los efectos, tanto directos como indirectos, que tiene la *CVRS* sobre la *Actitud hacia la automedicación* utilizando como variables mediadoras el consumo de tabaco y alcohol. Del análisis se excluye la dimensión de *Apoyo social y pares* de la *CVRS* por no mostrar asociación con la *Actitud hacia la automedicación*. El modelo estructural sobre el que se indaga (figura 12) y los resultados (tabla 75), se ofrecen a continuación.

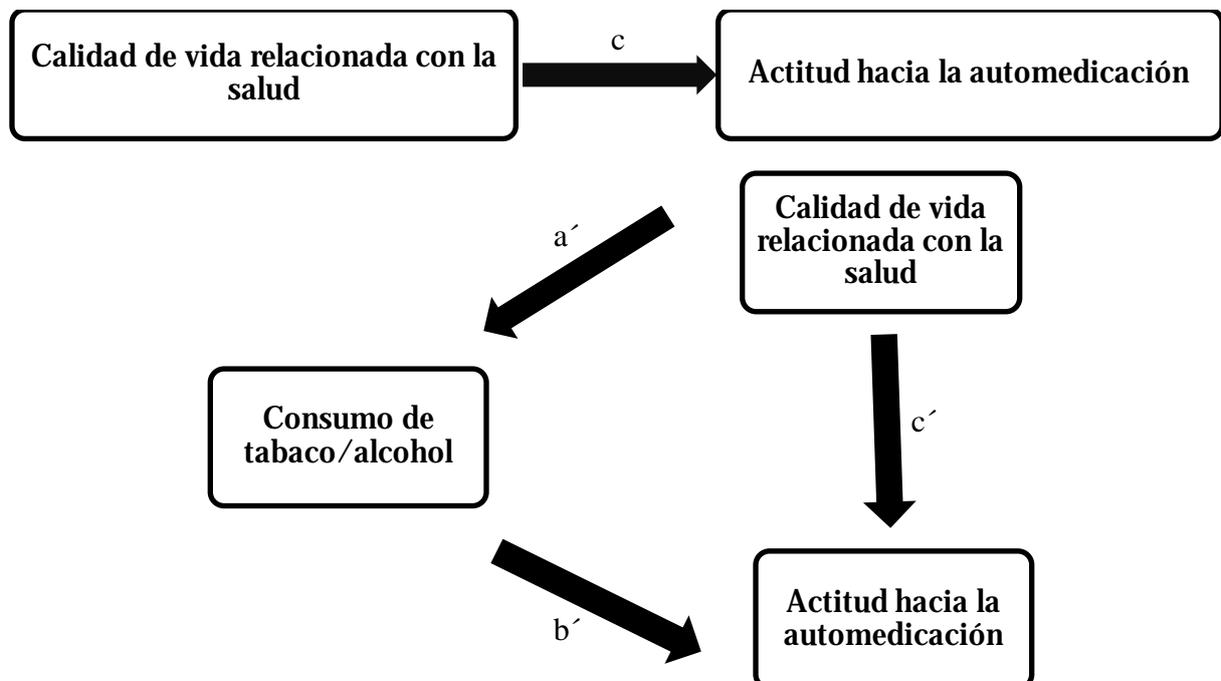


Figura 12. Efecto directo de CVRS y mediación del consumo de sustancias en la Actitud hacia la automedicación.

Tabla 75

Efectos estandarizados directos e indirectos a través del consumo de tabaco y alcohol de la CVRS sobre la Actitud hacia la automedicación.

	tabaco					alcohol				
	c	c'	a'	b'	z	c	c'	a'	b'	z
Total CVRS	-3.905***	-3.130***	-6.388***	0.121***	-4.04***	-3.905***	-3.335***	-0.181***	3.145***	-3.25**
Bienestar físico	-2.111***	-1.673***	-3.537***	0.124***	-3.90***	-2.111***	-1.772***	-0.107***	3.179***	-3.25**
Bienestar psicológico	-2.083***	-1.711***	-2.836**	0.131***	-2.68**	-2.083***	-1.770***	-0.094*	3.335***	-2.40*
Padres y autonomía	-2.183***	-1.859***	-2.461*	0.132***	-2.33*	-2.183***	-1.920***	-0.078*	3.356***	-1.97*
Entorno escolar	-2.355***	-1.579***	-6.409***	0.121***	-4.88***	-2.355***	-1.685***	-0.219***	3.064***	-4.55***

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

z: valor obtenido de la realización del test de Sobel que establece la significación estadística de la mediación del efecto.

Los datos reflejan que tanto el consumo de alcohol como de tabaco median parcialmente de forma estadísticamente significativa en el efecto de la CVRS sobre la *Actitud hacia la automedicación*.

Cuarto modelo mediacional: CVRS y consumo de tabaco y alcohol como mediadores del estilo parental sobre la actitud hacia la automedicación.

Se plantea como último análisis el contemplado en la figura 13, en el que se calculan los pesos estimados de regresión de los efectos directos e indirectos:

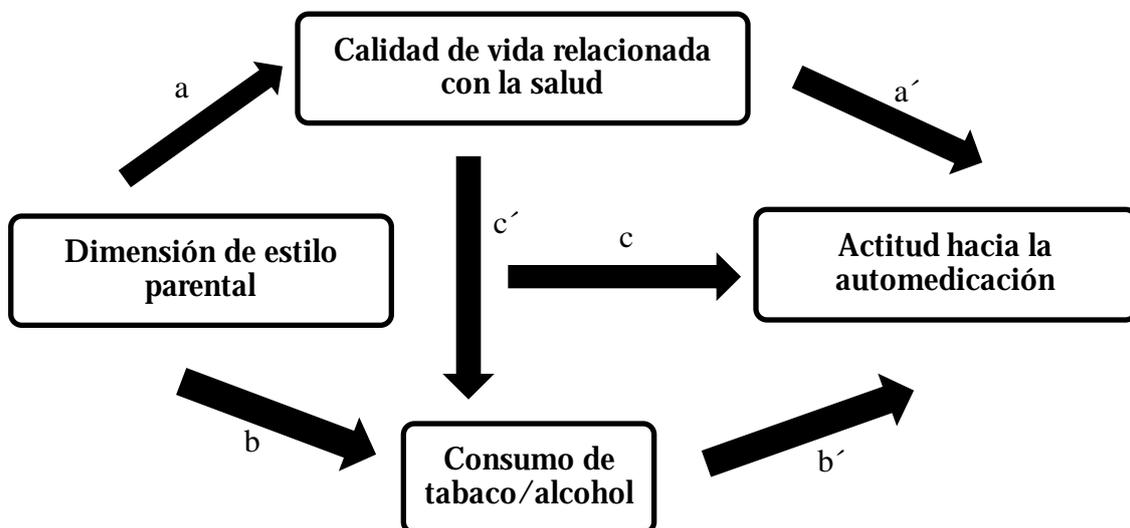


Figura 13. Efecto directo del estilo parental y mediación de la CVRS y el consumo de tabaco y alcohol en la actitud hacia la automedicación.

En este caso sí se considerarían las *Normas rígidas* en el análisis, al tratarse de un modelo más complejo en el que se pretende contemplar todas las variables estudiadas.

Los resultados se recogen en la tabla 76 cuando la sustancia es el tabaco y 77 cuando se trata del alcohol.

Tabla 76

Efectos estandarizados directos e indirectos a través de la CVRS y el consumo de tabaco de los Estilos parentales sobre la Actitud hacia la automedicación.

	padre						madre					
	c	a	a'	b	b'	c'	c	a	a'	b	b'	c'
Afecto-comunica.	.017	.250***	-3.494***	.096	.120***	-6.566***	-.289	.292***	-3.019***	-2.347*	.119***	-4.935***
Crítica-rechazo	.633	-.338***	-3.070***	3.857**	.116***	-3.857*	.943	-.364***	-2.639***	6.511***	.113***	-2.269
Normas inductivas	-.351	.279***	-3.227***	-.377	.119***	-6.213***	-.477	.261***	-2.943***	-2.204*	.119***	-5.363***
Normas rígidas	.451	-.152***	-3.345***	-.560	.120***	-6.652***	.033	-.177***	-3.197***	1.125	.120***	-6.138***
Normas indulgentes	2.442***	.083	-3.746***	3.564*	.110***	-6.783***	2.604***	.036	-3.388***	3.274**	.111***	-6.678***

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

Tabla 77

Efectos estandarizados directos e indirectos a través de la CVRS y el consumo de alcohol de los Estilos parentales sobre la Actitud hacia la automedicación.

	padre						madre					
	c	a	a'	b	b'	c'	c	a	a'	b	b'	c'
Afecto-comunica.	.250	.250***	-3.849***	-.069*	3.223***	-.134*	-.320	.292***	-3.206***	-.080*	3.103***	-.129*
Crítica-rechazo	.384	-.338***	-3.401***	.224**	3.115***	-.038	.960	-.364***	-2.826***	.245***	2.934***	-.023
Normas inductivas	-.014	.279***	-3.638***	-.120***	3.193***	-.104	-.287	.261***	-3.261***	-.139***	3.086***	-.103
Normas rígidas	.325	-.152***	-3.554***	.019	3.189***	-.185***	.040	-.177***	-3.404***	.041	3.131***	-.169***
Normas indulgentes	2.408***	.063	-3.901***	.146***	2.916***	-.202***	2.514***	.036	-3.590***	.161***	2.816***	-.191***

*Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.*

A la vista de los resultados recogidos en las tablas anteriores, se puede observar que el efecto de todas las dimensiones del estilo parental, tanto paterno como materno, desaparece sobre la *Actitud hacia la automedicación* cuando se introduce la *CVRS* y el consumo de tabaco y alcohol, excepto en el caso de las *Normas indulgentes*, que es la única dimensión que mantiene un efecto directo sobre la *Actitud hacia la automedicación*. Es decir, las *Normas indulgentes* paternas y maternas ejercen sobre dicha actitud una influencia que no aparece explicada ni por los valores de *CVRS* ni por el *Uso de tabaco* y el *Uso de alcohol*.

Todas las dimensiones de los estilos parentales, excepto las *Normas indulgentes* tienen por tanto un impacto en la *CVRS*, la cual a su vez tiene efecto sobre la *Actitud hacia la automedicación*. El *Afecto-comunicación* aumenta la *CVRS*, disminuyendo la actitud hacia el consumo de medicamentos sin prescripción médica. Por su parte, la *Crítica-rechazo* de los padres disminuye la *CVRS* y aumenta la *Actitud hacia la automedicación*. Respecto a las *Normas inductivas*, mejoran la *CVRS* del adolescente, lo cual tiene como efecto una disminución de la *Actitud hacia la automedicación*, mientras que las *Normas rígidas* menoscaban la *CVRS*, produciendo un incremento de dicha actitud.

Por otra parte el modelo también nos muestra los efectos mediadores del consumo de las sustancias psicoactivas contempladas en esta investigación. Con respecto a la influencia del estilo parental en el *Uso de tabaco*, las dimensiones *Crítica-rechazo* y las *Normas indulgentes*, tanto del padre como de la madre, aumentan su consumo, lo cual se traduce en un aumento en la *Actitud hacia la automedicación*. Para las dimensiones del estilo materno, todas ellas salvo las *Normas rígidas*, influyen en el consumo. El *Afecto-comunicación* y las *Normas inductivas* lo disminuyen mientras que la *Crítica-rechazo* y las *Normas indulgentes* lo aumentan. En todos los casos un mayor *Uso de tabaco* se asocia a un incremento en la *Actitud hacia la automedicación*.

Con relación al alcohol, todas las dimensiones de los estilos parentales, del padre y de la madre, salvo las *Normas rígidas*, impactan en su consumo. De nuevo el *Afecto-comunicación* y las *Normas inductivas* lo reducen, mientras que la *Crítica-rechazo* y las *Normas indulgentes* lo aumentan. En todos los casos el *Uso de alcohol* se asocia de forma positiva con la *Actitud hacia la automedicación*.

CAPÍTULO 6.-

DISCUSIÓN

1.	Discusión de los resultados correspondientes a los objetivos preliminares.....	297
1.1.	Objetivo 1: Descripción de las afecciones más comunes y de la frecuencia del uso de medicamentos, discriminando si éstos han sido o no prescritos por el médico. Exploración de las posibles diferencias en función de la edad y el sexo del adolescente.....	297
1.2.	Objetivo 2: Reflejo del consumo de tabaco y alcohol entre los sujetos que componen la muestra y determinación de las posibles diferencias por edad y sexo.....	303
1.3.	Objetivo 3: Descripción de los indicadores de CVRS atendiendo a la edad y el sexo del adolescente	305
1.4.	Objetivo 4: Análisis de las correlaciones entre los anteriores indicadores de salud.....	307
2.	Discusión de los resultados correspondientes a los objetivos centrales:	314
2.1.	Objetivo 1: Proposición de una escala de medida de la actitud hacia la automedicación.....	314
2.2.	Objetivo 2: Relación entre la actitud hacia la automedicación y el empleo de medicamentos sin prescripción con el consumo de tabaco y alcohol.....	322
2.3.	Objetivo 3: Análisis de la influencia de los estilos parentales sobre los indicadores de salud.....	324
2.4.	Objetivo 4: Examen de los modelos de predicción de la actitud hacia la automedicación.....	348
3.	Limitaciones de la investigación.....	357
4.	Futuras líneas de investigación y conclusión.....	360

1. Discusión de los resultados correspondientes a los objetivos preliminares

1.1. Objetivo 1: Descripción de las afecciones más comunes y de la frecuencia del uso de medicamentos, discriminando si éstos han sido o no prescritos por el médico. Exploración de las posibles diferencias en función de la edad y el sexo del adolescente

1.1.1. Descripción de las afecciones más comunes. Diferencias según sexo y edad del sujeto.

Según los resultados obtenidos en la presente investigación sobre los *Problemas de salud* consultados, el más frecuente fue el *Dolor de cabeza*, declarando el 78.0 % de los sujetos que lo experimentaron en los meses previos a la administración del cuestionario. Destaca también la elevada incidencia del *Dolor de espalda/cuello/articulaciones* (74.9%) y de *Problemas de estómago* (40.5%). En la reciente investigación llevada a cabo por Swain y colaboradores (2014) realizada en 28 países entre los que se encuentra España, estas tres alteraciones de la salud eran también frecuentes. Utilizando los resultados promedio, la citada investigación encuentra que los adolescentes padecieron dolor de cabeza en el mes anterior a la encuesta en un 54.1%, siendo la afección más frecuente. Por su parte el dolor de estómago (49.8%) y el dolor de espalda (37.0%) fueron también recurrentes problemas de salud. En la muestra total, el 74.4% de los sujetos experimentó al menos uno de los tres dolores en el mes previo a la investigación. Entre las causas que pueden explicar las discrepancias entre estos resultados y los de la presente investigación, además de las debidas a posibles diferencias en la incidencia de problemas de salud en los distintos países, estarían el periodo de tiempo aludido en los dos cuestionarios (“el mes antes” en la citada investigación y “los meses previos” en la presente), y a la propia descripción de los problemas, ya que en este estudio se incluye en un

mismo ítem el *Dolor de espalda/cuello/articulaciones*, y en el referente al estómago, se abordan de forma general sus problemas, no solo el dolor.

Otras afecciones de salud, además del dolor, han sido abordadas en una muestra de adolescentes suecos (Wiklund, Malmgren-Olsson, Öhman, Bergström y Fjellman-Wiklund, 2012). Los resultados, extrapolables al resto de Europa y América del Norte en opinión de los investigadores, muestran que a pesar del elevado porcentaje de adolescentes que declaran presentar ansiedad, estrés e insomnio, la mayoría de ellos (83.6%) hace una valoración positiva de su estado general de salud. El desconocimiento de los efectos negativos sobre la salud a medio y largo plazo de estos problemas por parte de los jóvenes, podría explicar su desvinculación con la propia percepción de su estado físico.

Respecto a las diferencias en *Problemas de salud* según sexo y edad, algunos estudios (Haraldstad, Sørum, Eide, Natvig y Helseth, 2011; Hoftun, Romundstad, Zwart y Rygg, 2011; Ledoux et al., 1994; Swain et al., 2014), encuentran mayor percepción de dolor en las chicas y en los adolescentes de mayor edad respecto a los más jóvenes, correspondiéndose estos hallazgos con los encontrados en la presente investigación. La mayor prevalencia de dolor abdominal, de cabeza y muscular de las chicas podría tener diferentes interpretaciones, desde aquella relacionada con las molestias propias de la menstruación hasta, como defienden algunos autores (Haraldstad et al., 2011), la mayor tendencia de las chicas a somatizar los problemas y dificultades inherentes a la adolescencia.

Por otra parte también los resultados de este estudio muestran mayor prevalencia de *Nerviosismo/insomnio* en las chicas y en los adolescentes de mayor edad, siendo el grupo etario de 16 a 18 años el que muestra valores mayores (37.0% de las chicas vs. 22.0% de los chicos). En la presente investigación, el 51.3% del total de la muestra manifestó haber experimentado problemas de *Nerviosismo/insomnio* en los meses previos, siendo el porcentaje de chicas de 16

y 17 años que declararon que el perjuicio había sido significativo (“algo”, “bastante” o “mucho”) del 42.3%, mientras que en el caso de los chicos fue del 30.6%.

Entre las posibles explicaciones de estas diferencias de género y edad, Wiklund y colaboradores (2012) encuentran que el porcentaje de chicas que perciben con mayor frecuencia las demandas académicas como estresantes es superior al de los chicos (63.6% vs. 38.5%). La distinta percepción e implicación en las tareas y obligaciones cotidianas de forma diferencial por ambos sexos, las cuales aumentan en número y dificultad a medida que el adolescente avanza en su trayectoria escolar, podría ser uno de los factores que explicase las diferencias en la incidencia de estas afecciones. Por otra parte los autores detectan en las chicas un mayor nivel de exigencia autoimpuesta, presión interior, e impotencia ante la falta de éxito, que se ven traducidos en un aumento del nerviosismo y dificultades para conciliar el sueño. Otros autores (Obermeyer et al., 2004) encuentran también estas diferencias en población adulta que justifican con el argumento de que las mujeres realizan una mayor monitorización de su salud y además son más prolíficas a la hora de dar detalles sobre la misma, lo cual sería coherente con la interpretación de otros autores (Carrasco-Garrido et al., 2010) de la mayor sensibilidad de las mujeres a la hora de percibir problemas de salud (Carrasco-Garrido et al., 2010).

La posible explicación de estas diferencias lejos de ser simple es, probablemente, multifactorial y con una poderosa raigambre en las costumbres sociales. Las mayores exigencias con las que culturalmente se enfrenta la mujer, la necesidad de tener que demostrar su valía, la latente y a veces patente desigualdad de poder entre ambos sexos, el rechazo a la debilidad y a la enfermedad que la sociedad asigna al rol masculino, las peculiaridades en las manifestaciones de afectividad asociadas culturalmente a ambos sexos, la llegada a la pubertad a distinta edad y con matices propios, todo ello en una etapa vital caracterizada por la búsqueda, el cambio, en muchos casos la desorientación, el desapego con algunos de los valores previos

y la aceptación de nuevos referentes, con demandas siempre crecientes en la escuela y el hogar, pueden manifestarse en la distinta autopercepción de la salud y la manifestación de síntomas. En este contexto, el apoyo social del adolescente, y de forma determinante de su familia, se vuelve una vez más pieza clave de su bienestar.

1.1.2. Descripción de la frecuencia del uso de medicamentos discriminando si éstos han sido o no prescritos por el médico. Exploración de las posibles diferencias en función de la edad y el sexo del adolescente.

En relación con la cantidad y tipo de medicamentos consumidos por los sujetos y la prescripción o no de los mismos, el presente estudio detecta porcentajes altos de uso, especialmente de analgésicos y antipiréticos (65.1%), de los cuales el 59.1% fueron consumidos sin prescripción médica. Los datos de automedicación recogidos en población infantil y adolescente varía entre un 38 y un 92% según la literatura consultadas (Abahussain et al., 2005; Du y Knopf, 2009; Ledoux et al., 1994; Morales et al., 2009; Pommier et al., 2002; Trajanovska et al., 2010; Westerlund et al., 2008; Ylinen et al., 2010). La amplia horquilla recoge sin duda diferencias culturales, pero también desigualdades metodológicas entre los distintos estudios (Du y Knopf, 2009; Figueiras et al., 2000; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011).

En lo que sí coinciden diferentes investigaciones es en que los grupos terapéuticos más utilizados son analgésicos y antipiréticos (Carrasco-Garrido et al., 2010; Morales et al., 2009; Pereira et al., 2007; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011), lo cual queda corroborado en el presente estudio. Por otro lado el desconocimiento generalizado sobre los efectos y usos recomendados de los medicamentos, complica la recogida de datos, favoreciendo la confusión entre los distintos grupos terapéuticos consultados. Concretamente las categorías *Para aliviar*

dolor/ fiebre y para *Bajar una inflamación* pueden ser confundidas por los adolescentes, cuando además existen principios activos que cubren ambas funciones.

La adecuada administración de antibióticos acordes al agente causal de la enfermedad, aún queda lejos de estar clara en gran parte de la población, la cual sigue desconociendo la inutilidad y los efectos contraproducentes del consumo de estos medicamentos para combatir enfriamientos o enfermedades víricas. A pesar de que este grupo terapéutico responde a indicaciones muy precisas y que exigen para su dispensación receta médica, destaca el alto porcentaje de jóvenes que los consumieron (40.0%), una tercera parte de ellos sin prescripción médica, siendo los datos consistentes con estudios realizados en otros países (Holstiege y Garbe, 2013; Koller et al., 2012; Scicluna et al., 2009).

Aunque mucho menor fue el uso de *Tranquilizantes/relajantes/para dormir* (9.0%), resulta alarmante que un 63.3% (corresponde a 38 sujetos de la muestra de este estudio) los tomase sin prescripción médica previa. Los datos no difieren excesivamente de los encontrados en estudios realizados con población infantil y adolescente (Acquaviva et al., 2009; Ledoux et al., 1994; McCabe et al., 2006), siendo las principales razones esgrimidas por los adolescentes para su consumo la ansiedad y los problemas de sueño. El consumo de hipnosedantes (grupo en el que se encuentran los tranquilizantes, sedantes y somníferos) recogido en la última encuesta ESTUDES realizada en población adolescente (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014) fue del 6.6 %, el 51.5 % sin receta médica.

Respecto al uso de *Antidepresivos/estimulantes* y medicamentos *Para adelgazar*, aunque mucho más reducido que otros grupos terapéuticos (1.5% y 2.3 % respectivamente), es reseñable el alto consumo sin previa prescripción, siendo en ambos casos superior al 60.0% (6 y 10 sujetos respectivamente en la muestra de esta investigación). En un estudio anterior (McCabe et al., 2006), más de un 8.0 % de los adolescentes consultados usaron estimulantes de forma ilícita en alguna ocasión, siendo sus principales fuentes de obtención los pares.

Respecto a las diferencias en el consumo según el sexo de los sujetos, los resultados de la presente investigación reflejan la variedad de lo encontrado en la literatura. En este estudio se observa un mayor consumo de las chicas en la mayor parte de los grupos terapéuticos, siendo sólo estadísticamente significativas las diferencias en aquellos que se toman *Para aliviar dolor/fiebre* y para la *Tos/catarro/gripe*, lo que coincide con los resultados obtenidos en investigaciones anteriores (Abahussain et al., 2005; Du et al., 2012; Du y Knopf, 2009; Ledoux et al., 1994; McCauley et al., 2010; Osemene y Lamikanra, 2012), no observándose diferencias significativas en otras investigaciones (Klemenc-Ketis et al., 2011).

En el caso de los medicamentos tranquilizantes, al igual que en diferentes estudios realizados en otros países (Baumann, Spitz, Predine, Choquet y Chau, 2007; Kokkevi et al., 2008; Ledoux et al., 1994; Opaleye et al., 2014) y en el llevado a cabo en población adolescente española a través de la encuesta ESTUDES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014), la presente investigación también encuentra un mayor consumo en las chicas. Según algunos autores (Kokkevi et al., 2008) las conductas de uso de sustancias legales se ajustan más al estereotipo social femenino por diferentes razones: por un lado los medicamentos psicótropos son más disponibles que las sustancias psicoactivas ilegales, pudiendo encontrarse en gran parte de los hogares. En segundo lugar, su consumo no está tan estigmatizado como el de otras sustancias psicoactivas, lo que puede resultar más acorde con espíritus menos transgresores de las normas y convencionalismos sociales. Además al ser los hipnosedantes más consumidos por mujeres adultas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013), propicia que las jóvenes encuentren en las de su familia un patrón de consumo imitable.

Respecto a las diferencias por sexo en el *Uso de medicamentos sin prescripción*, en la presente investigación se detecta que, aunque no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en ninguno de los tipos de medicamentos, el uso también es

superior en el caso de las chicas para la mayor parte de los grupos terapéuticos (excepto en el caso de medicamentos para la *Alergia, Reconstituyentes/vitaminas/minerales y Otros*). El aumento del consumo de medicamentos en relación con la edad del adolescente no se ve confirmado en la presente investigación de forma lineal para todos los grupos terapéuticos. En la mayoría de ellos (*Para aliviar dolor/fiebre, para Bajar una inflamación, para Tos/catarro/gripe, para la Alergia, Antibióticos, Para el estómago o problemas digestivos*) las edades de mayor consumo son las centrales (15-16 años), quizás coincidiendo con el periodo vital de mayor inestabilidad emocional y presiones (grupales, escolares, familiares) ante las que no siempre se reacciona de forma adaptativa. En otros grupos de fármacos (*Tranquilizantes/relajantes/para dormir, Antidepresivos/estimulantes, medicamentos Para adelgazar y Otros*) el aumento de consumo con la edad se percibe de forma más lineal, como también queda reflejado en investigaciones previas (Ledoux et al., 1994). Respecto al incremento de consumo de fármacos sin prescripción asociado a la edad encontrado en la literatura revisada (Abahussain et al., 2005; Morales et al., 2009; Nabors et al., 2004; Pommier et al., 2002; Stoelben et al., 2000), se ve reafirmado en la presente investigación, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes de 14 y 17 años.

1.2. Objetivo 2: Reflejo del consumo de tabaco y alcohol entre los sujetos que componen la muestra y determinación de las posibles diferencias por edad y sexo

Los datos relativos al consumo de tabaco en el presente estudio (18.9%) son sensiblemente menores a los obtenidos en la última encuesta ESTUDES (29.7%) (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014). Sin olvidar que la muestra del presente estudio no es representativa, la discrepancia entre los resultados podría estar influida por la pregunta realizada en ambas investigaciones: consumo en los 30 días previos a la encuesta (ESTUDES) y consumo semanal en los meses previos (presente investigación). Otra diferencia

en los resultados de ambos estudios muestra un consumo superior en el caso de las chicas en todos los grupos de edad (ESTUDES), frente a un consumo superior en los chicos, a excepción del grupo de 17 años (presente investigación), aunque no se aprecian diferencias estadísticamente significativas según el sexo, ni en la interacción sexo y edad.

Respecto al uso de estas sustancias psicoactivas diferenciado por edades, al igual que ocurre en la encuesta ESTUDES, se observa un incremento del consumo con la edad, tanto en chicos como en chicas, siendo en la presente investigación las diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a la ingesta de alcohol, los resultados de ESTUDES muestran un consumo del 74.0% en la muestra cuando se les pregunta por los 30 días previos a la encuesta, mientras que en la presente investigación el 49.9% declara consumirlo cuando se le pregunta por su ingesta semanal, siendo el patrón mayoritario (46.0%) el de uso en un único día a la semana. También se aprecian diferencias cuando se pregunta por el consumo diario (en los últimos 30 días en el caso de ESTUDES), siendo del 2.7% y del 0.6% en la presente investigación en la que solo se pregunta por el consumo diario de alcohol sin hace otra acotación temporal. Por otra parte el 52.0% de los sujetos encuestados responden haber experimentado borracheras en el año previo a la investigación (ESTUDES), frente a un 29.2% de sujetos que dicen haber bebido notando efectos (desde “mareado o alegre” hasta “sentir nauseas o perder el conocimiento”), en la presente investigación.

Los datos diferenciados por sexo reflejan en la encuesta ESTUDES un consumo similar o superior en el caso de las chicas en todos los grupos de edad. En la presente investigación, aunque en ningún caso se aprecian diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo ni en la interacción sexo y edad, los datos son mayores para uno de los dos sexos según la frecuencia semanal indicada. Este acercamiento en el consumo entre los sexos, ya había sido observado como tendencia en investigaciones previas (Palacios-Delgado y Andrade, 2008). Sin

embargo sí se aprecian diferencias estadísticamente significativas en relación con la edad, produciéndose un más elevado consumo a medida que el sujeto es más mayor, lo que también se recoge en los resultados de la encuesta ESTUDES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014).

A la vista de los resultados recogidos en ESTUDES sobre tabaco, alcohol, hipnosedantes, y otras sustancias psicoactivas como cannabis, cocaína, éxtasis, heroína, anfetaminas, alucinógenos, etc., resulta interesante destacar que son las sustancias consideradas “legales” (tabaco, alcohol e hipnosedantes) las que son más consumidas por las chicas, mientras que el resto tienen un consumo mayoritario masculino. Aunque en el caso del tabaco y el alcohol está prohibida su venta a menores de 18 años y la utilización de hipnosedantes debe hacerse siempre bajo prescripción y supervisión médica, su fácil disponibilidad y su uso extendido reviste a estas sustancias de una falsa seguridad en su empleo. En el caso de los medicamentos es posible que su fabricación y venta en establecimientos sanitarios y su consumo asociado a alteraciones de la salud les confiera una engañosa apariencia de sustancias inocuas. Además, la encuesta ESTUDES asegura que son estos medicamentos, junto con el tabaco y el alcohol, las sustancias psicoactivas que registran un aumento en su utilización, y que su mayor ingesta por parte de las chicas, en el caso de los medicamentos, se mantiene en la población general en las mujeres de 15 a 64 años de edad, según queda recogido en la encuesta EDADES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

1.3. Objetivo 3: Descripción de los indicadores de CVRS atendiendo a la edad y el sexo del adolescente

Acorde a la literatura consultada (Buchanan y Hughes, 2009; de la Villa y Ruiz, 2011; Helseth y Misvær, 2010), los resultados de esta investigación muestran por término medio valores elevados en los adolescentes, tanto en el total de la escala de CVRS (puntuaciones entre

3.72 en chicas de 17 años y 4.08 en chicos de 14 años, sobre un máximo de 5.0) como en sus dimensiones (valor mínimo de 2.93 en chicas de 17 años en la dimensión *Bienestar físico* y máximo de 4.45 en chicas de 15 años en *Apoyo social y pares*, sobre un máximo de 5.0).

Respecto a las posibles diferencias según el sexo, de nuevo los hallazgos de este estudio son congruentes con la mayor parte de los estudios previos realizados (Cavallo et al., 2006; Gaspar et al., 2009; Goldbeck et al., 2007; Instituto Nacional de Estadística, 2013; Michel et al., 2009; Palacio-Vieira et al., 2008), observándose un detrimento de la *CVRS* para el sexo femenino respecto al masculino, que se mantiene después en edad adulta (Instituto Nacional de Estadística, 2013). Los cambios fisiológicos más precoces en las niñas y el impacto de las variaciones hormonales consecuentes (Benjet y Hernández-Guzmán, 2002; Cavallo et al., 2006; Goldbeck et al., 2007; Urzúa et al., 2013), unido a un mayor control parental fundamentado en los modelos culturales y sociales dominantes (Benjet y Hernández-Guzmán, 2002) y la menor importancia que las chicas conceden a la actividad deportiva (Gaspar et al., 2009; Urzúa et al., 2013) podría explicar en parte estas diferencias, mostrando ellas peores puntuaciones en las dimensiones *Bienestar físico*, *Bienestar psicológico* y *Padres/autonomía* que sus compañeros. En lo que respecta al *Bienestar psicológico*, algunos autores (Gaspar et al., 2009) piensan que las diferencias podrían estar fundamentadas en la mayor prevalencia que se encuentra en las chicas de problemas internalizantes mientras que ellos mostrarían mayor predisposición a la externalización de los conflictos. Mientras que en la dimensión *Apoyo social y pares* las diferencias entre los sexos no son estadísticamente significativas, para *Entorno escolar* las magnitudes son superiores en las chicas, hallazgos que resultan coherentes con los encontrados en otros estudios en los que los investigadores justifican las mayores puntuaciones en *Entorno escolar* de las chicas por la mayor satisfacción que éstas experimentan con elementos propios de este ambiente (Gaspar et al., 2009).

Respecto a las diferencias según la edad, de nuevo los resultados de esta investigación coinciden con los previos (Cavallo et al., 2006; Frisé, 2007; Gaspar et al., 2009; Goldbeck et al., 2007; Helseth y Misvær, 2010; Michel et al., 2009; Palacio-Vieira et al., 2008; Urzúa et al., 2013), apreciándose un descenso de la CVRS a medida que se avanza en la adolescencia. De acuerdo con algunos autores (Frisé, 2007) las crecientes demandas y presiones grupales, escolares, familiares y sociales que experimentan la mayoría de los adolescentes en su desarrollo, podrían justificar su peor percepción de la CVRS global y algunas de sus dimensiones, como el *Bienestar físico* (fundamentalmente en las chicas), el *Entorno escolar y Padres/autonomía*, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en *Apoyo social y pares* y *Bienestar psicológico*.

1.4. Objetivo 4: Análisis de las correlaciones entre los anteriores indicadores de salud

Las relaciones entre los *Problemas de salud* de los sujetos de esta investigación y la CVRS se ponen de manifiesto en los resultados que correlacionan de forma negativa ambas variables. Aunque las magnitudes son marcadamente más elevadas para el total de la escala y para el *Bienestar físico* que, por ejemplo, para el *Apoyo social y pares*, la coherencia en la dirección de las asociaciones confirman que la reduccionista delimitación del concepto de salud exclusivamente al estado físico actualmente no es sostenible.

Respecto a las relaciones entre CVRS y el consumo de sustancias psicoactivas, los resultados muestran consistencias en las asociaciones entre el total de la escala, el *Bienestar físico*, el *Bienestar psicológico* y el *Entorno escolar*, relación que ya se vislumbró en estudios previos (Monahan et al., 2012) que vinculaban el consumo de alcohol con la percepción de una vida menos saludable, mayor número de conflictos personales y sociales y dificultades académicas. En lo que respecta al consumo de tabaco, también algunos estudios (de Miguel et al., 2010; Monahan et al., 2012; Strine et al., 2005) habían manifestado la asociación entre éste

y la reducción de la *CVRS*, reflejando la concienciación social, ya desde edad juvenil y mucho antes de que se manifiesten los síntomas ligados a su consumo, respecto a que el hábito tabáquico forma parte del conjunto de conductas enmarcadas en un estilo de vida no saludable, concienciación que no siempre se ve reflejada en una conducta congruente de renuncia de consumo. Concretamente el ambiente escolar aparecía asociado de forma negativa al consumo de sustancias psicoactivas en investigaciones precedentes (Gerhardt et al., 2003).

Para la dimensión *Padres/autonomía*, los resultados de esta investigación muestran una débil asociación negativa con el *Uso de alcohol*, pero no con el *Uso de tabaco*. Interesante también resulta la correlación positiva (la única de toda la serie) y estadísticamente significativa entre el *Apoyo social y pares* y el consumo de alcohol, reflejando de alguna forma la interpretación socio-cultural que desde nuestro entorno se da al uso de esta sustancia psicoactiva y que explica tanto la extensión de su utilización como su vinculación a reuniones y celebraciones familiares y con el grupo de iguales.

Respecto a las correlaciones entre la *CVRS* y el consumo de medicamentos prescritos y no prescritos, son negativas en todos los casos, lo que resulta coherente con la idea de que aquellos jóvenes que gozan de una adecuada *CVRS* recurren en menor medida al consumo de medicamentos, aunque cabría destacar que la dimensión *Apoyo social y pares* no se asocia (con *Uso de medicación*), o la hace débilmente (con *Uso de medicación sin prescripción*).

Los datos recogidos según el sexo arrojan información interesante y no siempre fácil de interpretar. Lo más destacable es la diferencia de magnitudes entre ambos sexos en las correlaciones entre la *CVRS* y sus dimensiones y el consumo de tabaco y alcohol. Respecto a la primera sustancia psicoactiva, en el grupo de los chicos se observan correlaciones negativas (que no se manifiestan en el de las chicas), con el total de la escala, el *Bienestar psíquico* y *Padres/autonomía*, reflejando el mayor deterioro de la *CVRS* que en los chicos está asociado con el hábito tabáquico. Es decir, mientras que en los chicos una más deficiente *CVRS* está

asociada al *Uso de tabaco* (excepto para la dimensión *Apoyo social y pares*), en el grupo de las chicas la peor *CVRS* solo se asocia al *Bienestar físico* y el *Entorno escolar*. Respecto al *Uso de alcohol*, el patrón de correlaciones también difiere en ambos sexos: en lo que respecta al *Bienestar psíquico*, muestra asociación negativa con el consumo de éste en el grupo de las chicas, pero no en el de los chicos, mientras que la dimensión *Padres/autonomía* se asocia negativamente pero solo en el grupo de los chicos. Esta asociación diferencial según el sexo y la dimensión de la *CVRS* considerada ya se encuentra en la literatura precedente (Gerhardt et al., 2003), relacionándose negativamente, en el grupo de las chicas, el hecho de sentirse bien físicamente con el consumo de tabaco y alcohol, mientras que sentirse bien psicológicamente se asoció únicamente con el consumo de alcohol. Por otra parte, la mayor asociación entre una peor *CVRS* y un mayor consumo de tabaco y alcohol que se observa entre los chicos, podría estar parcialmente basada en la diferente percepción que tienen ante el uso de sustancias psicoactivas respecto a sus compañeras. Investigaciones previas (Chen y Storr, 2006) establecían que los chicos vinculaban el mayor consumo de dichas sustancias con una peor *CVRS*, mientras que las chicas que se reconocían como consumidoras habituales de alcohol declaraban sentirse con más energía. Respecto a la dimensión *Bienestar físico*, aunque las diferencias entre chicos y chicas no son estadísticamente significativas, los valores de las asociaciones con el consumo de tabaco y alcohol son superiores en el grupo de los chicos. Quizás una de las posibles razones radique en el concepto que ellos tienen de la salud y del bienestar asociado con la misma, con connotaciones más claras respecto a la práctica regular de deporte y de actividad física y su importancia en la adopción de un estilo de vida saludable. Según los datos recogidos en la última Encuesta nacional de salud (Instituto Nacional de Estadística, 2013), se observan diferencias relevantes en la práctica de ejercicio físico según el sexo en todos los grupos etarios: en el de 10 a 14 años, un 7.6% de los niños son sedentarios frente a un 19.7% de las niñas, mientras que en el grupo de 15 a 24 años el porcentaje de chicos

sedentarios es del 21.4%, ascendiendo el de las chicas a un 49.54%. Más sencilla de interpretar podría ser la ausencia de asociación en la dimensión *Apoyo social y pares* con ambos consumos en los dos grupos, ya que, especialmente a estas edades, el contexto de iguales es el predominante en lo que respecta al uso de tabaco y alcohol.

Con respecto a esta dimensión de *Apoyo social y pares*, de nuevo se observan diferencias entre los grupos, ya que no se asocia con ninguna de las magnitudes en el grupo de las chicas, pero sí lo hace con *Problemas de salud y Uso de medicación sin prescripción* en el de sus compañeros, lo que podría indicar una asociación más consolidada entre los indicadores de salud elegidos en esta investigación y la *CVRS* en el grupo de los chicos. También es destacable que mientras para los chicos la dimensión *Padres/autonomía* se asocia negativamente con todas las variables consideradas, en el caso de las chicas exclusivamente lo hace con *Problemas de salud*.

Respecto a las correlaciones con la utilización de medicamentos son, tanto en chicos como en chicas, negativas con el total de la escala *CVRS*, presentando solamente diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos el *Uso de medicación sin prescripción*. La correlación es en este caso de mayor magnitud en el grupo de los chicos, lo que sería coherente con los resultados ya reseñados sobre la mayor conducta de automedicación del sexo femenino. La idea podría verse en parte corroborada, ya que en todas las dimensiones de la *CVRS* las chicas presentan menor asociación con la variable *Uso de medicación sin prescripción*. De hecho, en el grupo de ellas únicamente el total de la escala y la dimensión *Entorno escolar* muestran significación estadística. Es decir, en el grupo de las chicas no se producen asociaciones, o estas son de menor magnitud, entre el uso de medicamentos sin intervención de un médico y una peor *CVRS*, a pesar de que el *Uso de medicación sin prescripción* es superior en ellas. Poder esclarecer en futuras investigaciones los aspectos que subyacen en estas

diferencias entre los sexos aportaría posiblemente herramientas de intervención para el fomento de la automedicación responsable entre los adolescentes.

Atendiendo ahora a las posibles disimilitudes entre las edades, se encuentran de nuevo correlaciones todas ellas negativas, entre la *CVRS* y las variables consideradas. El indicador *Problemas de salud* muestra un perfil similar en ambos grupos con asociaciones negativas para el total de la escala *CVRS* y todas sus dimensiones excepto *Apoyo social y pares*. Sin embargo respecto al *Uso de tabaco*, solo el *Entorno escolar* se asocia con él en el grupo de 14 años, mientras que en el de 17 lo hace además de con esta dimensión, también con *Bienestar físico*, quizás mostrando que cuanto más prolongado es el tiempo de consumo, mayores son sus efectos negativos que se evidencian, sobre todo, en la práctica de la actividad física. Sin embargo respecto al *Uso de alcohol*, se asocia negativamente con el total de la escala *CVRS* y las dimensiones *Bienestar psíquico* y *Entorno escolar* en el grupo de 14 años, pero únicamente con *Entorno escolar* en el de 17 años. La perspectiva de que un buen ambiente escolar correlacione de forma negativa con el consumo de ambas sustancias es por un lado esperanzadora, pero debe servir como acicate para que los actores implicados (políticos, gestores, docentes) tomen conciencia de la enorme relevancia que dicho entorno tiene para la práctica de la Educación para la salud del estudiante de secundaria. Por otro lado resulta también revelador la escasa asociación en los adolescentes de mayor edad que se produce entre *CVRS* y *Uso de alcohol*, que no en vano es la sustancia psicoactiva de mayor consumo en nuestro país, tanto en población general (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013), como en adolescente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Respecto al *Uso de medicación*, también resulta interesante comprobar que en el grupo de los más pequeños solamente está asociado con el *Bienestar físico*, mientras que en el de 17 años lo está con todas las magnitudes excepto con *Apoyo social y pares*. Para el *Uso de medicación sin prescripción*, las diferencias entre ambos grupos son notorias, ya que en el

grupo de 14 años se manifiestan asociaciones con el total de la escala *CVRS*, el *Bienestar físico* y el *Apoyo social y pares* y en el de 17 también con todas excluyendo *Apoyo social y pares*. Resulta significativo que los más pequeños se automediquen menos cuando se perciben con mejores relaciones de iguales, mientras que este efecto queda anulado en el grupo de los más mayores.

Las diferencias entre las asociaciones de la *CVRS* y el consumo de alcohol y de medicamentos en el grupo de adolescentes de 17 años merecen ser comentadas de forma paralela. Mientras que en el caso del alcohol éstas son mínimas (solo con *Entorno escolar*), para los medicamentos de prescripción se manifiestan asociaciones con el total de la escala *CVRS* y todas sus dimensiones excepto, como ya se ha dicho, con *Apoyo social y pares*. El hecho de que una gran mayoría de adolescentes declare un consumo de alcohol, tal como recoge la encuesta ESTUDES realizada con estudiantes de secundaria (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014), puede hacer de éste un hábito estandarizado e interiorizado como una más de las conductas propias de la etapa vital, sin que establezcan la asociación con una *CVRS* más precaria. Sin embargo el *Uso de medicamentos sin prescripción* podría suponer un peldaño superior en la escala de consumo de sustancias psicoactivas, con vinculaciones más claras con el malestar físico, psíquico, de relaciones con la familia y con el ámbito escolar. Esta diferencia en la “normalización” en el consumo de alcohol respecto a la conducta de automedicación, podría verse reflejada en la edad media en el inicio de consumo de medicamentos hipnosedantes, más tardía que en el caso del tabaco y el alcohol (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

Diferencias también destacables se observan en la dimensión *Padres/autonomía*, solo relacionada con *Problemas de salud* en los más jóvenes, y con *Problemas de salud*, *Uso de medicación* y *Uso de medicación sin prescripción* en los mayores, mientras que *Apoyo social y pares* únicamente aparece asociada de forma estadísticamente significativa a un mayor

consumo de medicamentos sin prescripción en el grupo de 14 años, pero no en de 17. La falta de apoyo de los pares parece jugar un efecto más decisivo sobre el consumo de medicamentos sin receta médica en los más pequeños. Investigaciones previas (Parens y Johnston, 2008) alertan de que muchos trastornos psicosociales aparecen antes de los 14 años, aumentando el consumo de estimulantes y psicotropos en adolescentes y por tanto la mayor disponibilidad para su uso, siendo los institutos entornos potenciales para el desvío de medicamentos de prescripción hacia usos no médicos (Fischer et al., 2010; United Nations Office on Drugs and Crime, 2011). Por último no menos interesante resultan las asociaciones negativas entre la dimensión *Entorno escolar y Problemas de salud* y el consumo de tabaco y alcohol en los menores de 14 años y la asociación con todas las variables en el de 17 años. Un pobre o deteriorado ambiente escolar hace más factible el consumo de tabaco y alcohol en los más pequeños, mientras que en los mayores la influencia se extiende al consumo de medicamentos. Es interesante destacar que pese a los hallazgos de investigaciones previas (Newman et al., 2008; Rodrigo et al., 2004) que muestran cómo la satisfacción con la escuela decrece a medida que la adolescencia avanza, en la presente investigación la influencia del entorno escolar frente a otras variables como el apoyo de los pares, es superior en el grupo de 17 años. El papel de la escuela lejos de extinguirse a medida que el adolescente cumple años, se refuerza, al menos en las variables consideradas en esta investigación. El estudio de Rodrigo y colaboradores (2004) ya encontró una relación entre la falta de implicación en la vida escolar y las relaciones de afecto y apoyo que en ella se establecen y un deterioro del bienestar físico y psicológico con mayor predisposición al consumo de tabaco y alcohol.

2. Discusión de los resultados correspondientes a los objetivos centrales:

2.1. Objetivo 1: Proposición de una escala de medida de la actitud hacia la automedicación

2.1.1. Valoración de sus propiedades psicométricas.

La revisión realizada por Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta (2011), establece que el concepto de automedicación presente en las investigaciones previas, llevadas a cabo en diferentes contextos geográficos e indagando acerca de distintos grupos farmacológicos, dificulta enormemente las comparaciones epidemiológicas, pudiendo apreciarse un amplio rango de prevalencias y de inclusión, en los instrumentos de medida, de potenciales factores relacionados con el fenómeno. Esta disparidad puede explicarse sin duda en parte por las características propias de las poblaciones y momentos socioculturales estudiados, pero sin duda también por la ausencia de claridad en el establecimiento de los conceptos y términos a medir.

Por otro lado, los motivos de los adolescentes para el consumo de fármacos sin prescripción aún no han sido profusamente investigados, aunque ya algunos autores establecen como principales la pretensión del alivio del estrés y del afecto negativo (Ford, 2009; Hersh y Hussong, 2009; McCauley et al., 2010), o el deseo de mejorar la concentración y el rendimiento ante los estudios (Ford, 2009).

El presente estudio propone una escala para medir la *Actitud hacia la automedicación* en población adolescente. La pretensión es crear un instrumento que no recoja consumo, sino la actitud que en él subyace, y que además sirva de forma específica para población adolescente, intentando recoger en los ítems algunas particularidades de esta etapa vital, como puede ser la confianza o no en el conocimiento de los distintos agentes (padres, profesionales de la salud) sobre el uso conveniente de los medicamentos (*“Mis padres saben lo que me tienen que dar cuando estoy enfermo”*, *“Hay que seguir las instrucciones del médico para que el*

medicamento haga efecto”), el progresivo desarrollo de la conducta autónoma (“*Sé lo que me pasa sin tener que ir al médico*”, “*Si estoy enfermo, yo sé lo que tengo que tomar*”), los conocimientos que creen tener sobre los medicamentos (“*Los medicamentos pueden ser peligrosos a largo plazo*”, “*Puede ser malo tomar varios medicamentos a la vez*”), los pares como fuente de obtención de fármacos e información sobre los mismos (“*Utilizo medicamentos que me dan mis amigos*”, “*Pido consejo a mis amigos antes de tomar un medicamento*”), la presencia de medicamentos en el hogar (“*En el botiquín de casa encuentro el medicamento que necesito*”, “*Si a algún miembro de la familia le sobra antibiótico es mejor guardarlo por si lo necesitamos después*”), el uso de fármacos como mecanismo para la resolución de problemas y regulación de emociones negativas (“*Hay días que me levanto de la cama gracias a los medicamentos*”, “*Los medicamentos me ayudan a superar la tristeza*”), o la influencia de la publicidad en la elección del medicamento (“*Los anuncios me ayudan a escoger el medicamento que me conviene*”).

La pretensión de crear este instrumento era por un lado tratar de encontrar esas dimensiones subyacentes en la *Actitud hacia la automedicación* y por otro poder establecer posteriormente posibles asociaciones entre dicha actitud en el adolescente, y la propia conducta de medicación, indagando además en las relaciones con el consumo de tabaco y alcohol, la valoración que el joven hace de su calidad de vida relacionada con la salud y el estilo de socialización que emplean sus padres tal como él lo percibe.

El instrumento propuesto ha manifestado buenas propiedades de fiabilidad y validez. Los factores encontrados tras la realización del AFE reflejan la existencia de diferentes contenidos latentes en la *Actitud hacia la automedicación*, a pesar de lo cual se percibe cierta unidimensionalidad. El primer factor de la escala (*Automedicación y regulación de emociones negativas*), establece la asociación entre la propensión del joven a automedicarse y la regulación de los afectos negativos, evidenciando una conexión ya observada previamente

entre la conducta de automedicación y las emociones (Abahussain et al., 2005; Pommier et al., 2002; Stoelben et al., 2000; Westerlund et al., 2008). El segundo factor (*Automedicación basada en pares y publicidad*), indaga en la influencia que tiene el grupo de iguales y la publicidad en la actitud que subyace en la toma de medicamentos. El influjo de los pares en el consumo de medicamentos que realiza adolescente, sobre todo cuando éste se siente afectado de un problema emocional y/o relacional, ya había sido constatado por los autores anteriormente citados. Respecto a la publicidad, también se conoce su influencia en la automedicación, al menos en población general (Figueiras et al., 2000; Morales et al., 2009). El tercer factor de la escala (*Automedicación por decisión propia*), examina el peso que tiene la autodeterminación del adolescente en su actitud a la hora de automedicarse, aspecto claramente entroncado con la aparición y evolución de la conducta autónoma característica de esta etapa de crecimiento (Sloand y Vessey, 2001). Como ya señalan algunos autores (Stoelben et al., 2000; Westerlund et al., 2008), el positivo y deseable desarrollo de la autonomía no viene siempre acompañado de una adquisición de conocimientos en materia de medicación. Los estudios muestran cómo los jóvenes sobreestiman sus conocimientos sobre el mecanismo de acción de los fármacos y sus potenciales peligros, lo que se pone de manifiesto en la falsa creencia de algunos adolescentes sobre la inocuidad de la ingesta conjunta de fármacos y alcohol, o la ignorancia de que los anticonceptivos orales son fármacos. A pesar de estas carencias manifiestas de conocimientos, son una minoría los jóvenes que declaran leer el prospecto o seguir las instrucciones del médico antes de tomar un medicamento (Stoelben et al., 2000).

Respecto a la pretensión de los factores cuarto, quinto y sexto de recoger información, respectivamente, acerca de la influencia en la actitud hacia la automedicación del joven del criterio profesional (“*Hay que seguir las instrucciones del médico para que el medicamento haga efecto*”, “*Es importante leer el prospecto antes de tomar un medicamento*”), la percepción

de seguridad por sus supuestas cualidades (“*Los medicamentos son seguros siempre, por eso los venden*”, “*Tomando medicamentos puedo prevenir caer enfermo*”) y los potenciales efectos secundarios, adversos o adictivos de los mismos (“*Algunos medicamentos crean adicción*”, “*Los medicamentos pueden ser peligrosos a largo plazo*”), no ha podido lograrse ya que su baja fiabilidad ha justificado su eliminación del estudio.

La idea ya contrastada en una investigación previa (Siponen et al., 2013) de que dos aspectos centrales en la determinación de la administración de medicamentos de los padres a los hijos pequeños son, por una parte, lo que aquellos creen saber acerca de los fármacos y la conveniencia de su uso, y por otra sus propias actitudes ante la automedicación, suscitó el interés en esta investigación por probar que cierta “cultura” de la medicación se adquiere en el hogar, facilitando la imitación por parte de los adolescente de la conducta de automedicación observada en su entorno. Esta interesante hipótesis pretendió ser abordada en la escala a través de diversos ítems (“*Si un medicamento le va bien a alguien de la familia, lo usamos los demás si nos pasa algo parecido*”, “*Si a algún miembro de la familia le sobra antibiótico es mejor guardarlo por si lo necesitamos después*”), aunque sin éxito. También estaba en el afán investigador indagar en el interesante aspecto ya recogido por Pommier y colaboradores (2002) de que entre las principales razones que exponen los adolescentes para automedicarse están la disponibilidad del medicamento en su entorno y la desconfianza hacia los profesionales de la salud. La escala incluyó para ello ítems como “*En el botiquín de casa encuentro el medicamento que necesito*” o “*Sé lo que me pasa sin tener que ir al médico*”. Las razones por las que estos aspectos no han podido estudiarse en la presente investigación estriban probablemente en no haberse tenido en cuenta en el diseño de la escala un número suficiente de ítems para cada una de dichas cuestiones. El hecho de que el cuestionario final presentado a los adolescentes estuviera formado por un total de 203 ítems actuó como condicionante para no alargarlo más, considerándose que aumentar el número de ítems y consecuentemente el

tiempo invertido en su cumplimentación, podía poner en riesgo la obtención de cuestionarios completados en su totalidad, teniendo en cuenta la naturaleza de la muestra y el contexto escolar en el que se realizó su aplicación.

A pesar de las limitaciones, la fiabilidad final de la escala es de 0.87, presentando por otra parte una aceptable validez de criterio.

Por otro lado y como cabría esperar, la Actitud hacia la automedicación y los tres factores que forman la escala, correlaciona de forma positiva con el Uso de medicación y el Uso de medicación sin prescripción. Aunque en ambos casos los valores más altos son para el total de la escala, cabría destacar que el factor con asociación más alta para el primer indicador (Uso de medicación) es el de Regulación de emociones negativas (0.271), mientras que el segundo (Uso de medicación sin prescripción) presenta valores más elevados con el factor de Automedicación por decisión propia (0.299). La somatización de los afectos negativos que pueden llegar a ser intensos y difíciles de manejar sin adecuadas estrategias de afrontamiento, podría traducirse en una mayor tendencia al consumo de medicamentos, lo que trataba de recogerse en algunos de los ítems que componen este primer factor (*“Hay días que me levanto de la cama gracias a los medicamentos”*, *“Mi vida sería horrible sin medicamentos”*). Por otro lado, la decisión de consumir medicamentos sin acudir previamente a un profesional de la salud que realice un diagnóstico y, en caso necesario, una prescripción, podría tener más que ver con la seguridad del joven sobre su conocimiento de qué le pasa y qué remedio requiere su problema, como una expresión mal entendida de su autonomía que excluye la intervención de profesionales y padres, lo que se contempla en los ítems constituyentes del factor (*“Si necesito un medicamento, sé dónde encontrarlo sin que se enteren mis padres”*, *“Si estoy enfermo, yo sé lo que tengo que tomar”*, *“Tomo medicación por decisión mía”*).

2.1.2. Valores de la actitud hacia la automedicación según el sexo y edad.

Aunque los resultados de la medición de la *Actitud hacia la automedicación* teniendo en cuenta el sexo del participante, muestra en la mayoría de las magnitudes comparadas un valor más elevado para las chicas, el MANOVA realizado no mostró diferencias estadísticamente significativas ni para el sexo ni para la interacción entre el sexo y la edad. Se observa en este sentido algo similar a lo ocurrido con la conducta de automedicación recogida con la variable *Uso de medicación sin prescripción*, que arrojaba también valores superiores para las chicas en la mayor parte de la tipología de medicamentos consultada, aunque sin que los resultados revelaran diferencias estadísticamente significativas.

Sin embargo cuando el análisis se hace teniendo en cuenta la edad, los hallazgos muestran que a medida que el joven avanza por la adolescencia experimenta un aumento de su actitud para automedicarse que se ve representada en las mayores puntuaciones en los factores *Automedicación basada en pares y publicidad* y *Automedicación por decisión propia*. Las mayores puntuaciones en la actitud que condiciona la conducta a automedicarse en los adolescentes más mayores también se observaron respecto al indicador *Uso de medicación sin prescripción* para algunos de los tipos de medicamentos considerados en esta investigación, como por ejemplo *Tranquilizantes/ relajantes/para dormir*, *Antidepresivos/estimulantes* y medicamentos para *Adelgazar*.

2.1.3. Asociación de la actitud hacia la automedicación con los indicadores de CVRS.

En la mayor parte de la literatura consultada, las investigaciones que se plantean pretenden establecer relaciones entre la *CVRS* y el uso de medicamentos del paciente crónico que, consecuente a su enfermedad y en muchas ocasiones al tratamiento que la acompaña, presenta importantes mermas en su calidad de vida. Muy poca es la información para el

adolescente sano, y ninguna tratando de establecer conexiones con su *Actitud hacia la automedicación*, lo que por un lado promueve el interés en esta investigación, pero por otro hace más compleja la interpretación de los resultados.

En la presente investigación los hallazgos muestran asociaciones negativas y estadísticamente significativas entre la puntuación total de la escala de *CVRS* y todos los factores que la componen (*Bienestar físico, Bienestar psicológico, Padres/autonomía y Entorno escolar*) excepto *Apoyo social y pares*, y las puntuaciones totales en la escala *Actitud hacia la automedicación*. En trabajos previos (Baumann et al., 2007) se pone de manifiesto que aquellos adolescentes que se definen como solitarios, fácilmente irritables, preocupados, o mal organizados y que declaran en general un bajo grado de bienestar, mostraban mayor riesgo ante el consumo de psicotropos que aquellos que no presentaban estas características. Por otra parte el estudio de Skarstein y colaboradores (2014), también establece una asociación negativa entre algunos de los componentes de la calidad de vida del adolescente y el mayor consumo de analgésicos.

Por otro lado resulta interesante comprobar cómo la dimensión *Apoyo social y pares* que permite ver la percepción que el adolescente tiene de su contexto de iguales y lo respaldado que se siente por ellos, sea la única que no se asocie con la *Actitud hacia la automedicación*, resultados que recuerdan a las diferencias que mostraba también esta dimensión respecto al consumo de tabaco y alcohol, desmarcándose de las otras dimensiones de la *CVRS* y haciendo pensar en posibles asociaciones entre la propensión al consumo de sustancias psicoactivas y una mayor *Actitud hacia la automedicación* en el adolescente. También parece relevante que esta dimensión, *Apoyo social y pares*, únicamente se relacione con el factor *Regulación de emociones negativas*, marcando una vez más la importancia que el contexto de iguales tiene a estas edades para el bienestar emocional del joven. Respecto a la relevancia de la dimensión *Entorno escolar*, estudios previos (Ford, 2009) ya establecieron la influencia positiva ante la

reducción en el consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo los medicamentos, de las buenas relaciones entre el adolescente y su entorno educativo. Por el contrario, adolescentes que no podían establecer esa conexión y que por tanto no se sentían integrados dentro del ámbito escolar, estaban menos protegidos ante el consumo, lo cual redundaba en un mayor debilitamiento de los lazos entre el joven y el centro. También destaca la asociación de la dimensión *Padres/autonomía* con la puntuación global de la *Actitud hacia la automedicación* y de los factores *Regulación de emociones negativas* y *Automedicación por decisión propia*. En este sentido, las buenas relaciones con los padres y la adquisición de la conducta autónoma propicia que el adolescente sea menos propenso a automedicarse no solo por tener un mejor dominio de sus emociones, sino también por las decisiones autónomas de no incurrir en el consumo de medicamentos no prescritos.

Intentando hacer un análisis teniendo en cuenta no solo los factores de la escala de *CVRS* sino también los que conforman la escala *Actitud hacia la automedicación*, se puede observar que estos tres últimos se asocian de forma negativa con el total de la escala de *CVRS*, pero lo hacen de forma diferencial con sus factores: mientras que el factor *Automedicación y regulación de emociones negativas* muestra asociaciones negativas y estadísticamente significativas con todos los factores de *CVRS*, el factor *Automedicación basada en pares y publicidad* solo lo hace con *Bienestar físico* y *Entorno escolar*, mientras que el de *Automedicación por decisión propia*, se asocia con *Padres/autonomía*, *Entorno escolar* y en menor medida *Bienestar psicológico*. La *CVRS* es un constructo complejo formado por aspectos que, aunque complementarios a la hora de dar una visión global de la calidad de vida, son diversos, lo cual podría explicar que sus asociaciones con los factores que subyacen en la automedicación también sean diferenciales. Cuando centramos la atención en la forma en la que el joven regula sus afectos negativos, todos los aspectos que conforman su calidad de vida están relacionados con ella. Sin embargo la *Actitud hacia la automedicación* basada en el grupo

de iguales o en las influencias publicitarias tiene que ver con el bienestar físico y el entorno educativo, más que con la relación con los padres o el propio bienestar psíquico. Por último, cuando lo que subyace en la *Actitud hacia la automedicación* es la propia decisión del joven, los factores de su CVRS con mayor relevancia son la relación con la escuela, con sus padres y su propia autonomía.

2.2. Objetivo 2: Relación entre la actitud hacia la automedicación y el empleo de medicamentos sin prescripción con el consumo de tabaco y alcohol

A pesar de las diferencias existentes entre el consumo de medicamentos y sustancias psicoactivas, algunas investigaciones ya se interesaron por la potencial asociación entre el uso no médico que algunos jóvenes hacen de los medicamentos de prescripción y la adopción de conductas de riesgo o no saludables, entre las que se encuentran el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol (Andersen et al., 2006; Baumann et al., 2007; Carrasco-Garrido et al., 2008; Carrasco-Garrido et al., 2010; Ford, 2009; Herman-Stahl et al., 2007; Kokkevi et al., 2008; Levine, 2007; McCabe et al., 2005; McCauley et al., 2010; Morales et al., 2009; Sung et al., 2005; Westerlund et al., 2008), estableciéndose en algunos de estos estudios correlaciones positivas entre ambos consumos. En la presente investigación las correlaciones entre la *Actitud hacia la automedicación* y el consumo de tabaco y alcohol son, en todos los casos, positivas y estadísticamente significativas, tanto en lo que respecta al total de la escala como en cada uno de los tres factores que la constituyen. Aunque la correlación de mayor magnitud se da en ambos casos con el total de la escala, se podría destacar que, haciendo un análisis por factores, el *Uso de tabaco* correlaciona más con los de *Automedicación y regulación de emociones negativas* y *Automedicación basada en pares y publicidad*, mientras que el *Uso de alcohol* presenta una mayor correlación con el factor de *Automedicación por decisión propia*. Así

mismo se encuentran correlaciones positivas entre el consumo de tabaco y alcohol y el *Uso de medicamentos sin prescripción*.

Algunos investigadores (Ford, 2009; Kokkevi et al., 2008; McCauley et al., 2010) manifiestan que la asociación positiva entre el uso no médico que los jóvenes hacen de algunos medicamentos de prescripción y el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, no es del todo infrecuente en algunos sujetos, especialmente en el entorno de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, elevado consumo de alcohol, problemas de comportamiento externalizantes, o conductas de riesgo, como por ejemplo la conducción temeraria. Para algunos autores, los adolescentes pueden entender el consumo de determinados medicamentos como una posibilidad más de alcanzar el estado emocional por ellos buscado, o por pura experimentación (Ford, 2009), ignorando o desestimando los riesgos que la mezcla incontrolada de diferentes sustancias psicoactivas puede ejercer sobre su salud a corto, medio y largo plazo.

Actualmente profesionales de la salud y educadores son cada vez más conscientes de la necesidad de expresar de forma explícita a los adolescentes, tanto en la escuela como en el hogar, los efectos y consecuencias nefastas del consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol o el cannabis entre otras. Pero aunque varios son los investigadores que ya alertan del excesivo consumo de medicamentos sin prescripción tanto por la población general como infantil y adolescente (Barbero-González et al., 2006; de Loyola et al., 2004; Figueiras et al., 2000; Fuentes y Villa, 2008; Levine, 2007; Obermeyer et al., 2004; Ruíz-Sternberg y Pérez-Acosta, 2011), aún no ha calado en los diferentes agentes sociales la conveniencia de educar a los jóvenes en la prevención de los riesgos asociados al mal uso de los medicamentos. Los resultados alcanzados en otras intervenciones avalan el beneficio de diseñar programas de Educación para la salud de la población infantil y adolescente en los que se devolviese al medicamento su entidad de sustancia diseñada para procurar alivio y curación, siempre que se

administre acorde a sus indicaciones, posología y circunstancias del paciente, lo cual en muchas ocasiones no puede hacerse sin la supervisión de un profesional de la salud. Fuera de este ámbito de utilización, el empleo de medicamentos entraña riesgos, en ocasiones graves, no suficientemente ponderados por la sociedad en su conjunto.

2.3. Objetivo 3: Análisis de la influencia de los estilos parentales sobre los indicadores de salud

2.3.1. Influencia de los estilos parentales sobre la actitud hacia la automedicación y el consumo de fármacos. Diferencias según el sexo y la edad del sujeto.

Aunque en la actualidad es muy escasa la investigación que trata de establecer asociaciones entre las distintas dimensiones que constituyen los estilos parentales y el consumo de medicamentos por los adolescentes, algunos autores (Baumann et al., 2007) ya ponen de manifiesto la asociación entre el ambiente familiar tenso o con dificultades, la debilidad de los lazos familiares, la deficiencia del apoyo paterno-filial y la ausencia o precariedad de un nivel razonable de autoridad, con el mayor consumo de medicamentos psicotrópicos por parte de los adolescentes. Algunos investigadores (Hersh y Hussong, 2009; Kokkevi et al., 2008; McCauley et al., 2010) establecen la conexión entre el uso de determinados medicamentos de prescripción, tranquilizantes y sedativos fundamentalmente, para tratar de paliar el afecto negativo que el adolescente tiene ante problemas cotidianos o en ocasiones más concretas, frente a eventos traumáticos que pueda sufrir. En la base de estas vivencias pueden hallarse relaciones poco satisfactorias con el entorno más próximo en el que los padres juegan un papel fundamental, tanto en los aspectos del afecto y comunicación, como en el de control conductual hacia el hijo.

Comenzando por la dimensión *Afecto-comunicación*, la presente investigación encuentra correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre la dimensión paterna y materna y el total de la escala *Actitud hacia la automedicación*. Mientras que en algunos estudios (Reimuller et al., 2011; Rodrigo et al., 2004) se establece que el apoyo característico del estilo parental democrático y el establecimiento de normas adaptadas a cada edad y respetuosas con el desarrollo de la conducta autónoma, proveerán a los hijos adolescentes de estrategias de afrontamiento eficaces y actuarán como un factor de protección de los estilos de vida saludables, en concreto aquellos que evitan el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y otras drogas), en otros (Kokkevi et al., 2008) ya se halló una clara asociación entre la falta de apoyo familiar y el uso no médico de medicamentos de prescripción. Según algunas investigaciones (McCauley et al., 2010; Sung et al., 2005), un insuficiente grado de apoyo y comunicación con los hijos adolescentes aumenta las posibilidades de uso inadecuado o uso no médico de determinados medicamentos de prescripción, de forma similar a lo que ocurre con el consumo de otras sustancias psicoactivas. Por el contrario la implicación de los padres en los asuntos relevantes de sus hijos, la comunicación bilateral y los lazos afectivos, se configuran como factores de protección (Ford, 2009). Haciendo una distinción de los factores que componen la escala de *Actitud hacia la automedicación* utilizada en esta investigación, se encuentra asociación negativa en los factores de *Automedicación y regulación de emociones negativas* y *Automedicación por decisión propia*, pero no en el factor de *Automedicación basada en pares y publicidad*. Una posible explicación al respecto sería que el afecto y la comunicación entre padres e hijos adolescentes, asienta las bases del joven respecto a su adecuada canalización de afectos negativos y su autonomía en la toma de decisiones, pero sin mostrar un efecto tan claro en la influencia que ejercen otros entornos sociales como los pares o la publicidad. Por otra parte también cabe destacar que los valores de la asociación son superiores en el caso de la madre. De forma congruente, las asociaciones entre la dimensión

Afecto-comunicación y los indicadores *Uso de medicación* y *Uso de medicación sin prescripción*, también son negativas, presentando valores más altos, como cabría esperar, en el caso del segundo indicador.

En lo que respecta al control característico del estilo democrático, las *Normas inductivas* de ambos, padre y madre, se correlacionan de forma negativa con el total de la escala y con los tres factores que la constituyen. De nuevo pueden percibirse los efectos positivos de un adecuado control parental ya mostrado en estudios previos (Ford, 2009; McCauley et al., 2010; Ross-Durow et al., 2013). Respecto a las asociaciones con los indicadores *Uso de medicación* y *Uso de medicación sin prescripción*, de forma similar a lo que ocurría con la dimensión *Afecto-comunicación*, las *Normas inductivas* también muestran asociaciones negativas, superiores en el caso del *Uso de medicamentos sin prescripción*.

En la presente investigación se encuentran asociaciones positivas entre la dimensión *Crítica-rechazo* (del padre y la madre) con la *Actitud hacia la automedicación*, presentando valores superiores en el caso de la madre, tanto para el total de la escala como en los tres factores relacionados con la regulación de emociones negativas, los pares y la publicidad, y la decisión propia. Estudios previos (Hersh y Hussong, 2009; Kokkevi et al., 2008) muestran que los adolescentes con tendencia al consumo de fármacos no prescritos declaran tener relaciones poco satisfactorias con los padres, que lejos de permitir trazar una línea de efecto-causa en ninguno de los sentidos (el joven que regula mal sus afectos podría tener mayor probabilidad de presentar problemas relacionales con sus padres y por otra parte los problemas familiares pueden incidir en una deficiente regulación de las emociones de los hijos) pone el foco de interés en este campo poco investigado. Respecto a las correlaciones con los indicadores *Uso de medicación* y *Uso de medicación sin prescripción*, se mantiene la coherencia de correlaciones positivas que resultan ser superiores con el indicador que recoge la conducta del

consumo de fármacos no prescritos. Aunque en el caso de la actitud los valores son superiores para la madre, en el caso de la conducta lo son para el padre.

Por otra parte el efecto de las *Normas rígidas* no resulta tan claro en la presente investigación, no mostrando en algunos casos las asociaciones con la *Actitud hacia la automedicación* significación estadística, o mostrando en otros valores positivos de pequeña magnitud. Algo similar ocurre en las correlaciones con los indicadores *Uso de medicación* y *Uso de medicación sin prescripción*, presentando asociaciones débilmente positivas únicamente respecto al primero de los dos indicadores. Las características inherentes al estilo parental autoritario (pobre en afecto y comunicación y alto en control) podrían ejercer fuerzas contrapuestas en la actitud y conducta de automedicación que se manifiesta en las débiles asociaciones halladas.

Con respecto a las *Normas indulgentes* (caracterizadas por una ineficacia o insuficiencia de control, baja responsividad y establecimiento de límites), muestran correlaciones positivas con la *Actitud hacia la automedicación* superiores en el caso de la madre a excepción del factor *Automedicación por decisión propia*, lo que podría presentar cierta coherencia con el estudio de Oliva y colaboradores (2008), en el que los hallazgos muestran que los jóvenes con más conductas problemáticas son aquellos con madres indulgentes. Por otro lado, las asociaciones entre las *Normas indulgentes* y la conducta de automedicación recogida a través de los indicadores *Uso de medicación* y *Uso de medicación sin prescripción*, no son estadísticamente significativas, excepto en el caso de la madre y el uso sin prescripción, siendo esta positiva pero de bajo valor.

Resulta revelador que el rechazo o la crítica que le llega al joven a través de sus padres se asocie con una mayor actitud hacia al consumo de medicamentos sin prescripción, de forma similar a como lo hace la indulgencia en el trato. Además los valores de asociación son superiores en el caso de la madre, y sin embargo la asociación entre las *Normas indulgentes* y

el factor de la escala *Automedicación por decisión propia*, presenta un valor superior para la dimensión paterna. Los efectos en la *Actitud hacia la automedicación* de la falta de control propia de las *Normas indulgentes*, encuentra precedente en el estudio de Ross-Durow y colaboradores (2013) en el que se mostraba cómo el menoscabo de supervisión por parte de los padres facilita que los jóvenes accedan a recetas o a fármacos con mayor facilidad, aumentando el riesgo del autoconsumo o de su derivación hacia otros jóvenes (préstamo o venta). Por otra parte el estudio de McCauley y colaboradores (2010) también encuentra correlaciones entre la falta de control y la mayor exposición a situaciones con impacto negativo en el joven, especialmente en entornos con alto grado de violencia, y el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas que el joven utiliza para reducir su malestar y su angustia, entre las que se encuentran varios fármacos de prescripción. Abundando en los efectos relacionados con el control parental, algunos estudios previos (Ford, 2009; McCauley et al., 2010) establecen que a los jóvenes con una deficiente supervisión se les incrementan las probabilidades de conseguir determinados fármacos, bien en su propia casa, o bien en su entorno de iguales. La ausencia o insuficiencia en el control impide a los padres por añadidura, detectar efectos de este consumo y por tanto adoptar las medidas preventivas y protectoras oportunas. La exposición del joven a experiencias negativas cotidianas ante las que no posee el adecuado apoyo de sus padres, podría empujarle al consumo de sustancias psicoactivas como estrategia evitativa, entre las que podrían encontrarse algunos medicamentos.

Relaciones de los estilos parentales con la actitud hacia la automedicación y el consumo de fármacos sin prescripción teniendo en cuenta el sexo del sujeto.

Aunque en estudios previos (Parra y Oliva, 2006), ya se aborda la diferente percepción que tienen los adolescentes, según sean chicos o chicas, de los estilos parentales, y en otras investigaciones (Springer et al., 2006) se encuentran diferencias en la influencia de dichos

estilos según el sexo del adolescente en algunas de sus características o conductas (propensión a las peleas, uso de sustancias psicoactivas, ideaciones suicidas), no se hallan referencias específicas que relacionen el influjo de los estilos parentales y el consumo de medicamentos analizando posibles diferencias de sexo en los jóvenes.

Respecto a lo hallado en la presente investigación, se encuentra que la dirección de las correlaciones entre los estilos parentales y el *Uso de medicación*, el *Uso de medicación sin prescripción* y la *Actitud hacia la automedicación*, es la misma para chicos y chicas y que, por otro lado, en general no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en lo que respecta a la asociación entre los estilos parentales y la puntuación total de la escala.

Realizando un acercamiento más detallado a los resultados de las asociaciones entre los estilos parentales y los tres factores que conforman la escala de *Actitud hacia la automedicación* y la conducta de automedicación por sexos, observamos que en lo que respecta a la dimensión *Afecto-comunicación* tanto del padre como de la madre, los chicos únicamente presentan asociación significativa con el factor *Automedicación y regulación de emociones negativas*. En el caso de las chicas el *Afecto-comunicación* del padre únicamente se asocia con el factor *Automedicación por decisión propia*, mientras que el de la madre lo hace con el de *Regulación de emociones negativas* y el de *Automedicación por decisión propia*, siendo este segundo de mayor magnitud. Respecto a la conducta reflejada en los indicadores *Uso de medicación* y *Uso de medicación sin prescripción*, también resulta curioso observar que en el caso de los chicos es el *Afecto-comunicación* del padre el que se asocia de forma negativa con el uso de medicamentos con y sin prescripción, mientras que para las chicas únicamente el *Afecto-comunicación* de la madre muestra asociación negativa con el *Uso de medicamentos sin prescripción*.

Respecto a las *Normas inductivas* del padre y la madre, en el caso de los chicos es solamente el factor de *Automedicación y regulación de emociones negativas* el que presenta

significación estadística, mientras que para las chicas de nuevo es el factor *Automedicación por decisión propia* el que muestra mayor asociación con las *Normas inductivas* de la madre. Poniendo el interés en la conducta de automedicación, el uso de medicamentos con y sin prescripción en el caso de los chicos se asocia de forma negativa únicamente con las *Normas inductivas* paternas, mientras que para las chicas la asociación sólo se produce con las maternas y únicamente para el uso sin prescripción. Los hallazgos parecerían mostrar que las asociaciones entre las dimensiones constituyentes del estilo democrático (*Afecto-comunicación* y *Normas inductivas*) y las variables relacionadas con la medicación se establecen a través de mecanismos que pueden no ser comunes en ambos sexos de los adolescente, en las que también parece influir el sexo e inherentemente el roll, de cada uno de los progenitores.

Por su parte las *Normas rígidas* paternas y maternas no se asocian con la *Actitud hacia la automedicación* en ninguno de los grupos, mientras que el *Uso de medicación* solo lo hace en el grupo de los chicos. De nuevo el efecto de esta dimensión del estilo parental muestra más tibieza en sus efectos en comparación con las otras dimensiones contempladas.

Con respecto a la dimensión *Crítica-rechazo*, de nuevo para los chicos es el factor *Automedicación y regulación de emociones negativas* el que presenta mayor magnitud, mientras que para las chicas es el de *Automedicación por decisión propia*. Solo los chicos muestran asociaciones positivas y significativas con el consumo de medicamentos (con y sin prescripción) con la *Crítica-rechazo* del padre y la madre, siendo superior en el caso de los medicamentos sin prescripción.

En las dimensiones hasta ahora analizadas se subraya el mayor peso en la asociación entre los estilos parentales y el factor *Automedicación y regulación de las emociones negativas* en el caso de los chicos y *Automedicación por decisión propia* en el de las chicas, quizás relacionado con el adelanto que ellas tienen de la llegada de la pubertad respecto a sus compañeros. Llama sin embargo la atención que a pesar del predominio de problemas

internalizantes asociados al sexo femenino, la asociación con los estilos parentales de la deficiente regulación de las emociones negativas sea más evidente en los chicos.

Por último, un análisis de las *Normas indulgentes* del padre permite comprobar que únicamente el grupo de los chicos muestra asociaciones positivas y estadísticamente significativas con los factores que componen la escala *Actitud hacia la automedicación*, siendo el de mayor tamaño el de *Automedicación por decisión propia*. En el caso de las normas de la madre se produce una inversión de los patrones vistos hasta ahora, ya que el factor de mayor tamaño para los chicos es el de *Automedicación por decisión propia*, mientras que para las chicas es el de *Automedicación y regulación de emociones negativas*. Este estilo caracterizado por mayores desequilibrios y deficiencias en el control que el democrático, se relaciona de forma diferente con la propensión que tenga el joven a automedicarse en función el sexo respecto a lo observado hasta aquí. Es probable que la falta de control por parte del padre o de la madre aumente la asociación entre la mayor autonomía del joven y la *Actitud hacia la automedicación*. En el caso de las chicas el patrón es más complejo, ya que responde de forma distinta según la indulgencia venga del padre o de la madre. Respecto a la conducta de automedicación, las *Normas indulgentes* no muestran correlaciones estadísticamente significativas ni para los medicamentos prescritos ni para aquellos que se consumieron sin receta médica en ninguno de los dos grupos.

Relaciones de los estilos parentales con la actitud hacia la automedicación y el consumo de fármacos sin prescripción teniendo en cuenta la edad del sujeto.

En este caso también estudios previos (Oliva, 2006; Rodrigo et al., 2004) establecen una relación entre la variación de los estilos parentales a medida que el adolescente cumple años, y la influencia de dichos estilos según la edad en el comportamiento adolescente o el desarrollo de la conducta autónoma, pero de nuevo no se encuentran referencias específicas

que aborden la influencia de los diferentes estilos parentales en la medicación del adolescente atendiendo a la edad de éste.

Para comprobar posibles relaciones entre las diferentes dimensiones de los estilos parentales y la *Actitud hacia la automedicación* y el consumo de medicamentos con o sin prescripción según la edad del sujeto, el análisis de los resultados en esta investigación se realiza utilizando únicamente los dos grupos de edad extremos, 14 y 17 años. Respecto a la dimensión *Afecto-comunicación*, las diferencias entre los adolescentes de 14 y los de 17 años son notables. Aunque en todos los casos considerados (dimensión paterna y materna, puntuación total de escala y de sus factores y las dos edades de los adolescente) las correlaciones entre *Afecto-comunicación* y la *Actitud hacia la automedicación* tiene un valor negativo, en los adolescentes de 14 años únicamente presenta un valor estadísticamente significativo la dimensión de la madre y el factor *Automedicación por decisión propia*, mostrando una posible relación entre el cariño y la fluida comunicación materno-filial y el más adecuado desarrollo de la autonomía. Sin embargo, en el grupo de 17 años, la asociación es estadísticamente significativa tanto en el caso del padre como de la madre para el total de la escala y el factor *Automedicación y regulación de emociones negativas*, presentando los valores más altos la dimensión materna. Respecto a la conducta de automedicación, únicamente en el grupo de 17 años el *Afecto-comunicación* del padre tiene efectos sobre el consumo de fármacos con y sin prescripción.

En cuanto a las *Normas inductivas*, en el grupo de 14 años el patrón se repite, presentando correlación negativa las de la madre y el factor *Automedicación por decisión propia*, mientras que en el grupo de 17 años, las normas paternas correlacionan negativamente con el factor de *Regulación de emociones negativas*, mientras que las maternas lo hacen con este mismo factor y con el total de la escala. Respecto a la conducta de automedicación, en ninguno de los dos grupos se encuentran correlaciones estadísticamente significativas. Resulta

interesante destacar que estas dos dimensiones propias del estilo democrático se asocian de forma más clara y más temprana con la actitud que con la propia conducta de automedicación, lo que podría ser utilizado con fines preventivos en adecuados programas de educación y promoción de la salud.

Las *Normas rígidas* no presentan asociación ni con la actitud ni con la conducta de automedicación en el grupo de los adolescentes mayores, mientras que en el de los menores son las del padre las que se asocian de forma positiva con el total de la escala *Actitud hacia la automedicación* y el factor *Automedicación basada en pares y publicidad*, así como con el indicador *Uso de medicación*. Resulta reveladora la influencia diferencial del sexo del progenitor y el mayor efecto de la rigidez de las normas a tenor de la edad del adolescente. La menor autonomía de los adolescentes de 14 años les puede hacer más vulnerables a la convivencia con un padre rígido, presentando mayor tendencia al consumo de medicamentos en general y a la actitud hacia el consumo de medicamentos no prescritos.

Respecto a la *Crítica-rechazo*, en todos los casos las asociaciones son positivas. En el grupo de los más pequeños, la dimensión tanto paterna como materna, se asocia con el total de la escala y con el factor *Automedicación por decisión propia*, relacionándose además en el caso del padre con el factor *Automedicación y regulación de emociones negativas*. En el grupo de los mayores, la asociación se produce en ambos progenitores con el total de la escala y con el factor que recoge la regulación de emociones negativas, relacionándose además en el caso del padre con el factor *Automedicación basada en pares y publicidad*. En cuanto a la conducta de automedicación, en el grupo de 14 años la asociación se produce entre la *Crítica-rechazo* del padre y el *Uso de medicación*, mientras que en el de 17 años tiene lugar en el caso del padre con el uso de medicamentos con y sin prescripción, y en el de la madre con el *Uso de medicación sin prescripción*. Resulta interesante recalcar que mientras que en la dimensión *Afecto-comunicación* parecía tener más peso la influencia materna, la *Crítica-rechazo* del padre

juega un papel más decisivo en el consumo de fármacos. También podemos destacar que mientras que las *Normas rígidas* no parecen tener efecto en los adolescentes de 17 años, la *Crítica-rechazo* tanto del padre como de la madre se relaciona con una mayor actitud y conducta de medicación.

En relación a las *Normas indulgentes* no parecen jugar un papel en la actitud y conducta de automedicación en los más pequeños, mientras que en el grupo de los mayores se asocia de forma positiva en todos los casos, siendo estadísticamente significativa en el caso de la madre la correlación con el total de la escala y los tres factores, y en el del padre con el total y los factores *Automedicación y regulación de emociones negativas* y *Automedicación por decisión propia*. Aunque la edad media en el inicio del consumo de hipnosedantes en la población de estudiantes de secundaria es temprana (14.4 años) según se recoge en la última encuesta ESTUDES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2014), la ausencia de control se hace más manifiesta en edades más avanzadas, en las que el porcentaje de adolescentes que consumen sustancias psicoactivas es mayor, duplicándose concretamente en el caso de estos fármacos.

Para terminar, se observa como en el grupo de los adolescentes de 17 años, las dimensiones relacionadas con los sentimientos afectivos (*Afecto-comunicación*, *Crítica-rechazo*) se asocian tanto con la *Actitud hacia la automedicación* como con la conducta, mientras que las relacionadas con el control (*Normas inductivas* y *Normas indulgentes*) lo hacen solo con la primera. Aunque los dos pilares de los estilos parentales son el afecto y el control, sobre el problema del excesivo uso de medicamentos por parte de los jóvenes parece tener un mayor peso aquellas dimensiones que tienen que ver con el clima afectivo y comunicativo que impera en el hogar, jugando la monitorización de la conducta un papel con cierto efecto en la actitud que precedería al consumo de medicamentos.

2.3.2. Influencia de los estilos parentales sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Diferencias según el sexo y la edad del sujeto.

Aunque la relación entre la *CVRS* de los niños y jóvenes con enfermedades crónicas y los estilos parentales ha ido ganando interés entre los investigadores, aún son escasos los estudios que tratan de ver la relación en adolescentes sanos (Chen y Storr, 2006; de Miguel et al., 2010; Jiménez-Iglesias et al., 2012). La relación entre los estilos parentales y lo que podría entenderse como algunas dimensiones específicas de la *CVRS*, sí ha sido abordada en determinadas investigaciones, aunque no muy numerosas. En la revisión realizada por Becoña y colaboradores (2012) se indica que algunos estudios (Schucksmith et al., 1995) muestran una clara asociación positiva entre el bienestar psicológico y el estilo parental democrático, el cual se perfila como el de influencia más favorable en población no clínica residente en sociedades industrializadas. También recientes estudios (Raboteg-Saric y Sakic, 2014) muestran que los adolescentes que atribuyen a sus padres un estilo parental democrático o permisivo, reportan mayor felicidad, satisfacción con la vida y autoestima que aquellos hijos de autoritarios.

Por otro lado, algunos investigadores (Parra y Oliva, 2006) focalizan el estudio en la asociación entre el afecto parental y el menor consumo de sustancias psicoactivas y la mayor satisfacción vital de los hijos, mientras que otros establecen la relación entre el afecto parental y el éxito académico y la adecuada integración en la escuela (Becoña et al., 2012; Schucksmith et al., 1995), siendo de nuevo el estilo autoritativo el que se perfila como más adecuado.

También la relación que el adolescente entabla con los padres y los pares (ambos aspectos contemplados en la *CVRS*) y la comunicación que establece con ellos determinada por el estilo parental, han sido abordadas (Bednar y Fisher, 2003). El estudio muestra que los adolescentes, independientemente del estilo parental percibido en el hogar, suelen compartir con sus pares aquellos aspectos y decisiones relacionados con asuntos sociales, mientras que los temas relativos a la moral o las informaciones recibidas en otros entornos, eran

comunicados con preferencia a padres o pares según el estilo de socialización dominante en el hogar, de tal forma que si este era democrático, el adolescente se comunicaba más con los padres que cuando el estilo era cualquier otro.

Recientemente, la investigación de Ossa y colaboradores (2014) establece una asociación positiva entre el estilo democrático y la calidad de vida familiar, concepto que trata de aunar la calidad de vida individual con aquella percibida por el grupo que constituye la familia.

En la presente investigación, el *Afecto-comunicación* y las *Normas inductivas*, tanto del padre como de la madre, se asocian de forma positiva con la *CVRS* y todas sus dimensiones, siendo los resultados congruentes con los recogidos en la literatura consultada.

De forma coherente con lo hallado para el *Afecto-comunicación* y las *Normas inductivas*, la dimensión *Crítica-rechazo* se asocia de forma negativa con el total de la escala y todas las dimensiones de la *CVRS*. La falta de apoyo y el rechazo de los padres provocan un deterioro del bienestar físico y psíquico, así como de la progresiva adquisición de la autonomía y las relaciones con los entornos más importantes del adolescente junto con el familiar: el grupo de iguales y la escuela.

Las *Normas rígidas* de la madre se asocian de forma negativa con el total de la escala de *CVRS* y con todas las dimensiones exceptuando el *Bienestar físico*, como si el elevado nivel de control materno propio del estilo parental autoritario pudiera menoscabar el bienestar psíquico y relacional del joven aunque no el meramente físico. En el caso de las normas del padre, no se asocian ni con el *Bienestar físico* ni con el *Apoyo social y pares*, pero sí con las restantes puntuaciones de la escala.

Por último, las *Normas indulgentes* de la madre no se relacionan con ninguno de los valores contemplados, mientras que las del padre presentan asociación positiva únicamente con las dimensiones *Bienestar psicológico* y *Padres/autonomía*. Una relajación de las normas del

padre podría jugar un papel favorecedor en las relaciones paterno-filiales, la adquisición de autonomía y el bienestar mental.

Relaciones de los estilos parentales con la CVRS teniendo en cuenta el sexo del sujeto.

Centrándonos ahora en un análisis por sexos, la dimensión *Afecto-comunicación* del padre y de la madre se asocia positivamente con el total de *CVRS* y sus dimensiones, sin que se aprecien diferencias entre ambos sexos. Como cabría esperar, el valor más alto de correlación de esta dimensión de estilo parental lo presenta con *Padres/autonomía* del padre para el grupo de los chicos y de la madre para las chicas, siendo ambas superiores a 0.5. Respecto a la otra dimensión representativa del estilo democrático, las *Normas inductivas*, de nuevo se asocian positivamente en ambos grupos sin diferencias estadísticamente significativas, exceptuando en el caso de las normas maternas con la dimensión *Entorno escolar*, siendo superior para los chicos. Curiosamente para esta dimensión de estilo parental, los valores más altos de correlación se encuentran de nuevo con *Padres/autonomía*, pero en este caso son las normas maternas para los chicos y las paternas para las chicas. Los resultados permiten vislumbrar complejos procesos que subyacen en la relación paterna y materno-filial según el sexo del hijo, condicionados sin duda por los esquemas personales y socioculturales vigentes.

Respecto a la dimensión *Crítica-rechazo* el patrón presentado es el inverso al de *Afecto-comunicación*, es decir, presenta asociaciones negativas con todas las dimensiones de la *CVRS*, con una única excepción para la dimensión paterna y el *Apoyo social y pares* en el grupo de las chicas. En este caso sí aparecen algunas diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas complejas de interpretar: el grupo de los chicos presenta valores superiores en las asociaciones de la dimensión paterna y el total de la escala de *CVRS*, el *Bienestar psicológico* y el *Entorno escolar*, mientras que en el caso de la dimensión materna, también muestra valores

superiores en el grupo de los chicos, de nuevo con el total de la escala y el *Entorno escolar* y también con *Padres/autonomía*, mientras que únicamente la dimensión *Bienestar físico* muestra valores de asociación más elevados en las chicas (aunque sin diferencias estadísticamente significativas con el otro grupo). De forma similar a lo que se apreciaba en la asociación entre la *CVRS* y el consumo de sustancias psicoactivas, los chicos presentan un mayor impacto en su calidad de vida en función de las malas relaciones con sus progenitores, a pesar de que son ellas las que arrojan peores valores de *CVRS*, lo que suscita el interés de preguntarnos dónde podría radicar esta mayor precariedad de la salud detectada en el sexo femenino.

Las *Normas rígidas* no siguen un patrón tan sólido como la dimensión anterior, ya que en el grupo de los chicos se asocian negativamente con el total de la escala y todas las dimensiones excepto *Bienestar físico*, mientras que en el grupo de las chicas no se asocia con *Apoyo social y pares*.

Por su parte para las *Normas indulgentes* la única correlación detectada es entre la norma materna y *Padres/autonomía* exclusivamente en el grupo de los chicos.

Relaciones de los estilos parentales con la CVRS teniendo en cuenta la edad del sujeto.

Indagando en las diferencias según la edad del adolescente, el *Afecto-comunicación* tanto del padre como de la madre se asocia positivamente con la puntuación global de *CVRS* tanto en el grupo de 14 años como en el de 17, sin que se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Sin embargo, la dimensión paterna no se asocia con *Apoyo social y pares* en el grupo de 14 años y con *Entorno escolar* en el de 17, mientras que la materna no lo hace con *Bienestar físico* en el de 14 años y con *Bienestar físico* y *Bienestar psicológico* en el de 17. En este caso de análisis por dimensiones, si se encuentra

una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en la dimensión *Padres/autonomía*, de mayor magnitud en el grupo de 17 años.

Mientras que las *Normas inductivas* del padre se asocian positivamente con todas las magnitudes en el grupo de 14 años, las de la madre sólo lo hacen con la puntuación global de la escala, el *Bienestar psicológico* y *Padres/autonomía*. En el grupo de 17 años las normas paternas se asocian de nuevo con todos los valores, mientras que las de la madre no lo hacen con el bienestar ni físico ni psicológico. En este caso, independientemente de la edad del hijo, el sexo de los padres parece jugar un valor diferencial en la *CVRS* del adolescente. Mientras que para la dimensión paterna no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en la materna se encuentra un valor superior en la asociación con *Padres/autonomía* en el de 17 años, reflejando probablemente la valoración positiva que los más mayores otorgan al moderado control maternal respecto a los más pequeños.

Para la dimensión *Crítica-rechazo* se encuentran asociaciones negativas mayoritariamente con significación estadística, excepto la paterna para *Apoyo social y pares* en el grupo de 14 años y la materna con *Bienestar físico* y *Apoyo social y pares* en el grupo de 17 años. Interesante comprobar cómo las reprobaciones y el desapego de los padres se relaciona de forma contundente con todas las dimensiones de la calidad de vida, pero lo hace de forma diferencial según el sexo del padre y la edad del joven, con aquella que determina la integración del adolescente en su grupo de iguales, quizás congruentemente con la idea de que en ocasiones el joven se refugie entre sus pares para tratar de evadirse de un entorno familiar poco favorable, preservando al menos este aspecto de su *CVRS* de dicho ambiente. Las únicas diferencias estadísticamente significativas se encuentran entre la dimensión paterna y el *Bienestar físico*, hallándose una asociación superior en el grupo de los más pequeños, y con la materna y el *Bienestar psicológico*, también con asociación superior en el grupo de 14 años de forma estadísticamente significativa.

La dimensión *Normas rígidas*, paternas y maternas, se asocian también de forma negativa con el total de la escala *CVRS* en ambos grupos, sin encontrarse diferencias entre ellos. Observando las dimensiones de la *CVRS*, las normas de ambos progenitores se asocian con todas ellas en el grupo de los pequeños, pero únicamente las paternas lo hacen con el *Bienestar psicológico* y las maternas con el total de la escala, el *Bienestar psicológico*, *Padres/autonomía* y *Entorno escolar* en el de los mayores. Los resultados parecen reflejar el mayor impacto de las *Normas rígidas* en el bienestar del adolescente en edades más tempranas, ocupando un lugar no tan relevante a edades más avanzadas.

Por último, las *Normas indulgentes* de la madre no se asocian con ninguno de los valores de la *CVRS* en ambos grupos, mientras que las del padre únicamente lo hacen y de forma positiva con *Padres/autonomía* en el grupo de 14 años y con *Bienestar psicológico* en el de 17 años.

2.3.3. Influencia de los estilos parentales sobre el consumo de tabaco y alcohol.

Diferencias según el sexo y la edad del sujeto.

A pesar de que los mecanismos que subyacen en la posible relación entre la influencia familiar y el consumo de sustancias psicoactivas han sido objeto de una prolífica investigación (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Alati et al., 2010; Becoña et al., 2013; Burk et al., 2011; Cava et al., 2008; Coley et al., 2008; Estévez et al., 2007; Hersh y Hussong, 2009; Latendresse et al., 2008; Martínez et al., 2013; Montgomery et al., 2008; Piko y Balázs, 2012; Pons y Berjano, 1997; Secades-Villa et al., 2005), en la actualidad siguen siendo complejos, latentes y controvertidos (Hersh y Hussong, 2009; Piko y Balázs, 2012).

La adolescencia, como etapa vital en la que el inicio del consumo de sustancias psicoactivas es más frecuente, se caracteriza por la encrucijada de influencias de diferentes orígenes y calado, que a menudo son divergentes respecto a la adquisición de determinados

hábitos y conductas. El peso innegable de la influencia familiar, sumado a la del grupo de amigos y compañeros, la Escuela y sus integrantes, los medios de comunicación y el propio entorno socio-cultural, forman un intrincado tapiz en el que el joven tiene que construir su propia personalidad y tomar diariamente decisiones, algunas de ellas determinantes para su futuro inmediato.

En la presente investigación se encuentran asociaciones negativas entre las dimensiones de los estilos parentales propias del estilo democrático (*Afecto-comunicación y Normas inductivas*), tanto del padre como de la madre, con el consumo de tabaco y alcohol. Los hallazgos son coherentes con el papel protector que el estilo democrático parece tener en el consumo de sustancias ya encontrado en la investigación previa (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Becerra y Castillo, 2011; Burk et al., 2011; Coley et al., 2008; Estévez et al., 2007; Fletcher y Jefferies, 1999; Hersh y Hussong, 2009; Latendresse et al., 2008; Martínez et al., 2013; Montgomery et al., 2008; Oliva et al., 2008; Palacios-Delgado y Andrade, 2008; Parra y Oliva, 2006; Piko y Balázs, 2012; Pons y Berjano, 1997; Reimuller et al., 2011; Steinberg et al., 1994), aunque en otros estudios (Becoña et al., 2012; García y Gracia, 2010; Martínez et al., 2013) el consenso respecto al mayor papel protector de este estilo con respecto a los otros no es completo, destacando la relevancia del contexto sociocultural a la hora de establecer la forma de socialización familiar más conveniente.

Sin embargo, la mayoría de los estudios están de acuerdo en que el apoyo, afecto y negociación en la instauración de las normas básicas de convivencia, característicos de los estilos parentales no opresivos, favorece el desarrollo de la autoestima, el autocontrol y la autoconfianza (Burk et al., 2011; Latendresse et al., 2008; Palacios-Delgado y Andrade, 2008; Secades-Villa et al., 2005), y restringe la utilización de estrategias basadas en el refugio en el consumo de sustancias psicoactiva con la pretensión de aminorar el impacto de los afectos negativos sobre el joven (Hersh y Hussong, 2009). Por otra parte, la comunicación fluida,

bilateral y sin tensiones entre padres e hijos actúa como espita para la reducción de presiones, temores, dudas e incomprensiones inherentes a los cambios interiores y exteriores propios de esta etapa (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Cava et al., 2008; Coley et al., 2008; Latendresse et al., 2008; Pons y Berjano, 1997; Reimuller et al., 2011).

En lo que respecta al control conductual, siempre y cuando sea no invasivo ni sobreprotector, sino moderado y explicado de forma que pueda ser entendido, adaptado a la etapa evolutiva del joven y respetuoso con su creciente autonomía y capacidad para la toma de decisiones, parece poseer un efecto protector frente al consumo de sustancias (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Alati et al., 2010; Becerra y Castillo, 2011; Freire, 2008; Galambos et al., 2003; Latendresse et al., 2008; Palacios-Delgado y Andrade, 2008; Parra y Oliva, 2006; Piko y Balázs, 2012).

En la presente investigación las *Normas rígidas* no presentan asociación, o bien ésta es muy baja (en el caso de la madre) con el consumo de tabaco y alcohol. Los resultados en esta dimensión de los estilos parentales son similares a los ya observados en el consumo de medicamentos. La literatura consultada refleja un menor nivel de consenso respecto al papel protector del control conductual más riguroso, distinguiendo algunos autores entre un posible efecto protector de retraso de la edad de inicio en el consumo, pero no en la continuidad del hábito (Den Exter et al., 2007). Mientras que para algunos investigadores el estilo autoritario caracterizado por *Normas rígidas* está relacionado con un mayor consumo de sustancias que el democrático (Estévez et al., 2007; Hersh y Hussong, 2009; Secades-Villa et al., 2005), para otros se trataría de un estilo protector de eficacia similar a éste (Martínez et al., 2013), mientras que un tercer grupo (Becoña et al., 2012; Burk et al., 2011) destaca la falta de resultados concluyentes, recalcando la importancia del peso que tendrían otras variables familiares y sociales, como son el grado de cohesión del entorno, el tipo de estructura familiar, el contexto

sociocultural y la actitud de los padres hacia el consumo de sustancias, pudiendo éstas solaparse e incluso sobreimponerse al efecto de los estilos parentales.

La dimensión *Crítica-rechazo*, tanto del padre como de la madre muestra una asociación positiva con el consumo de alcohol, presentando los valores más altos de estas asociaciones entre estilos parentales y consumo. La literatura precedente (Burk et al., 2011; Latendresse et al., 2008; Palacios-Delgado y Andrade, 2008; Secades-Villa et al., 2005) ya muestra que la falta de afecto y la crítica o coerción por parte de los padres tienen un claro efecto negativo sobre la autoestima y el autocontrol del joven, pudiendo favorecer el consumo de sustancias perjudiciales para su salud (Oliva et al., 2008). Por otra parte, la precariedad en la comunicación entre los padres e hijos puede actuar como propulsor para la introducción del joven en grupos en los que el consumo y otro tipo de conductas poco ajustadas sean habituales, quizás en alguna medida buscando en los pares el afecto y la aceptación que no encuentra en casa (Kliewer y Murrelle, 2007).

Por último las *Normas indulgentes* caracterizadas por la laxitud en la imposición de normas y límites a la conducta de los hijos, también muestran asociaciones positivas con el consumo de tabaco y alcohol, tanto en el caso de la madre como del padre, lo cual es coherente con los resultados de investigaciones previas (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001; Burk et al., 2011; Clark et al., 2005; Coley et al., 2008; Dick et al., 2007; Estévez et al., 2007; Latendresse et al., 2008; Montgomery et al., 2008; Oliva et al., 2008; Secades-Villa et al., 2005). Las interpretaciones son de nuevo variadas a la hora de explicar este fenómeno. Algunos estudios (Secades-Villa et al., 2005) muestran una clara asociación entre el consumo y la propia percepción del adolescente de la falta de control conductual por parte de sus padres. Es decir, el adolescente consumidor se percibe como menos controlado que sus otros pares. Para otros investigadores (Fletcher y Jefferies, 1999; Oliva et al., 2008) la indiferencia de los padres hacia las conductas de sus hijos puede provocar problemas emocionales y de instauración de hábitos

poco saludables como el uso de sustancias psicoactivas. Para Hersh y Hussong (2009), la negligencia en el cuidado parental se traduce en una potente sensación en el joven de falta de atención y apoyo cuando lo necesita, lo que propicia la búsqueda de estrategias poco adaptativas para tratar de aminorar el afecto negativo asociado a diversas experiencias cotidianas. Por el contrario, en la revisión realizada por Becoña y colaboradores (2012) el estilo permisivo caracterizado por un bajo control conductual no muestra, de forma similar a lo expresado para el autoritario, resultados concluyentes. Tampoco es desdeñable, como recalcan algunos autores (Oliva et al., 2008; Pons y Berjano, 1997; Reimuller et al., 2011), que las influencias paterno-filiales son bidireccionales, y que el papel activo de los hijos en los aspectos socializadores de la familia, modula, varía y perfila el estilo educativo de los padres, pudiéndole imprimir cambios sustanciosos a través de las propias modificaciones de sus conductas y afectos en la transición por la adolescencia.

Relaciones de los estilos parentales con el consumo de tabaco y alcohol teniendo en cuenta el sexo del sujeto.

Analizando las posibles diferencias entre los sexos, se observa cómo los resultados obtenidos en esta investigación muestran una asociación negativa entre la dimensión *Afecto-comunicación* del padre y la madre y el consumo de tabaco y alcohol en los chicos. Sin embargo, en el grupo de las chicas la asociación solo se encuentra para el alcohol en el caso del padre y para el tabaco en el caso de la madre. En una investigación previa realizada con jóvenes mexicanos (Becerra y Castillo, 2011), también se encuentra una asociación entre el apoyo parental y el consumo diferencial de tabaco en el caso de los chicos y cannabis en el de las chicas. Los resultados no corroboran la investigación previa de Becoña (2013) en la que los mayores efectos predictivos para el consumo de las chicas están asociados con las variables de la madre y en el caso de los chicos con las del padre.

Por lo que respecta a las *Normas inductivas*, también se asocian de forma diferente en ambos sexos, correlacionando de forma negativa para las chicas sólo en el caso del alcohol (tanto las normas del padre como las de la madre), mientras que para los chicos lo hacen con ambas sustancias y progenitores, y en mayor medida que en el grupo de las chicas, aunque la diferencia no presenta significación estadística. De nuevo las dos dimensiones que conforman el estilo democrático (afecto y control moderado) presentan un patrón similar, siendo su efecto beneficioso en cuanto a la reducción del consumo, más marcado en el caso de los chicos.

Por lo que respecta a las *Normas rígidas*, sólo se produce asociación en el caso de la madre y el consumo de alcohol para el grupo de las chicas. En este caso los resultados no son congruentes con la investigación de Becoña (2013), quien encuentra un efecto beneficioso de protección ante el consumo de sustancias psicoactivas en el caso de la madre, pero no en el del padre. Becerra y Castillo (2011) encuentran un efecto diferencial del control parental según el sexo del joven, actuando como reductor del consumo de forma más marcada en las chicas que en los chicos. Por su parte la investigación de Parra y Oliva (2006) destaca que aunque el nivel de control conductual de los padres es equivalente en niños y niñas durante los primeros años de la adolescencia, a medida que el joven avanza a través de esta etapa, las chicas se sienten más controladas que los chicos en la adolescencia media y tardía. Las razones que podrían explicar este fenómeno son complejas, pero la creencia socialmente aceptada sobre la mayor vulnerabilidad de ellas y su maduración más precoz respecto a sus compañeros, podrían ser dos factores influyentes (Parra y Oliva, 2006). Por otra parte los estereotipos sociales ligados al sexo pueden jugar un papel decisivo en el control de los hijos adolescentes de forma diferencial según se trate de chicos o chicas. El consumo de alcohol por una joven tiene probablemente peor aceptación social que el de sus compañeros masculinos.

Respecto a la dimensión *Crítica-rechazo*, la asociación es positiva en todos los casos (padre, madre, chico, chica, tabaco y alcohol). En el grupo de los chicos, todas las asociaciones

son estadísticamente significativas, alcanzando los valores más altos de la serie. En el caso de la dimensión materna, la asociación es mayor de forma estadísticamente significativa en el caso de los chicos para el consumo de tabaco. Respecto a la dimensión paterna, las diferencias no son significativas para el *Uso de alcohol*. La influencia de la crítica y el desapego que los hijos puedan sentir de sus padres en el consumo de sustancias psicoactivas no está suficientemente estudiada y en muchos casos en la interpretación de los datos hay una gran dificultad fundamentada en la complejidad del fenómeno y la heterogeneidad de los estudios (Hersh y Hussong, 2009). La presente investigación no parece corroborar la hipótesis contemplada en algunas investigaciones (Gerhardt et al., 2003) de que las chicas adolescentes responden con un mayor consumo de sustancias psicoactivas ante el afecto negativo en comparación con sus compañeros varones. Cierta influencia en estos resultados puede tener el hecho de que el patrón de consumo de las principales sustancias psicoactivas en España está cambiando en los últimos años: mientras que tradicionalmente ha sido superior para los chicos, los últimos estudios realizados en España muestran el aumento en el consumo de alcohol y tabaco en el grupo de las chicas, igualando e incluso superando en algunos grupos etarios al de sus compañeros (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). También es posible que los afectos negativos producidos por la reprobación y la falta de afecto de los padres se manifiesten en mayor medida, en el caso de las jóvenes, con problemas internalizantes, mientras que en ellos la canalización pueda ser mayor hacia las conductas externalizantes.

Por último respecto a las *Normas indulgentes* de la madre, presentan asociación positiva y estadísticamente significativa con el consumo de tabaco y alcohol de los chicos y sólo con el de alcohol para las chicas. Respecto a las del padre, con el alcohol en el grupo de los chicos y con el tabaco en el de las chicas. Ya investigaciones pioneras (Steinberg et al., 1994) destacan las claras ventajas de que los hijos crezcan en hogares democráticos y las evidentes desventajas

de que lo hagan en ambientes negligentes, adquiriendo puntuaciones intermedias los hijos de padres indulgentes y autoritarios.

Relaciones de los estilos parentales con el consumo de tabaco y alcohol teniendo en cuenta la edad del sujeto.

Respecto a las diferencias en el consumo de tabaco y alcohol entre las edades extremas de los sujetos de esta investigación, el *Afecto-comunicación*, tanto del padre como de la madre, se asocia de forma negativa con el consumo de alcohol en los jóvenes de 14 años. Sin embargo, en el grupo de 17 años la asociación solo es estadísticamente significativa para la dimensión materna y en el caso del tabaco. Resulta interesante que esta dimensión del estilo parental sólo parezca jugar algún papel en la protección ante el consumo de alcohol a las edades más tempranas. Las *Normas inductivas* de nuevo se perfilan como asociadas a la prevención del consumo de tabaco y alcohol en el grupo de 14 años, mostrando asociaciones negativas con el alcohol (padre y madre) y con el tabaco (madre), mientras que en el grupo de 17 años solo hay asociación estadísticamente significativa en el caso de las normas maternas y el consumo de alcohol. En la investigación realizada con adolescentes islandeses (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001) ya se apreciaba que un determinado estilo parental puede mostrar eficacia protectora ante el consumo a una determinada edad pero no a edades superiores.

Respecto a las *Normas rígidas*, hay asociación negativa en el caso de la madre y el consumo de tabaco para los más pequeños, y ninguna asociación en el grupo de los mayores. El estudio anteriormente citado (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001) muestra que el control excesivo puede ser interpretado por el joven como un intento de atenazarlo, lo cual puede provocar su rebeldía y el inicio del consumo de sustancias psicoactivas a edades más tempranas en sociedades en las que los jóvenes mayoritariamente gozan de un elevado nivel de autonomía. Quizás la sociedad española no caracterizada por el nivel tan elevado de ésta en comparación

con la islandesa, pero en la que los estilos parentales dominantes son el democrático y el permisivo, la aplicación de normas más estrictas por parte de los padres autoritarios podría tener un papel poco relevante en el consumo de sustancias.

En cuanto a la dimensión *Crítica-rechazo*, de nuevo muestra en todos sus valores asociaciones positivas y estadísticamente significativas, constituyendo los resultados de mayor magnitud en esta serie. Las diferencias entre el grupo de 14 y 17 años no muestran significación estadística, lo que podría indicar que el desprecio de los padres o la reprobación sistemática de la conducta del joven genera, a lo largo de su adolescencia, afectos negativos que trata de aminorar con el consumo de sustancias psicoactivas, quizás en una pretensión de mostrar su rebeldía o también con el afán de sentirse más integrado y aceptado por sus pares realizando este tipo de conductas con marcado tinte grupal.

Por último, respecto las *Normas indulgentes* tanto del padre como de la madre, sólo muestran asociación positiva para el consumo de alcohol en el grupo de 17 años. También el estudio de Adalbjarnardottir y Hafsteinsson (2001) muestra como este patrón caracterizado por el afecto, pero la falta de control, no parece inducir a los más jóvenes al consumo, mientras que al avanzar hacia las últimas etapas de la adolescencia, la ausencia de control se asocia de forma más clara con el mayor consumo de los hijos, de forma similar a lo que ocurre con los padres negligentes.

2.4. Objetivo 4: Examen de los modelos de predicción de la actitud hacia la automedicación

2.4.1. Variables con mayor capacidad predictiva en modelos de regresión múltiple.

La existencia de estudios previos (Ledoux et al., 1994) que a través de un análisis de regresión logística tratan de comprobar el efecto predictor del sexo, edad, depresión, quejas

somáticas y uso de psicotropos durante la niñez en el consumo de psicotropos en la adolescencia, condicionan de algún modo el interés en esta investigación por estudiar las variables predictivas de la *Actitud hacia la automedicación*. Los resultados de Ledoux y colaboradores muestran que tanto el humor depresivo como la medicación con psicotropos durante la infancia, estuvieron asociados a su consumo en la adolescencia. Las conclusiones que los autores hacen de sus resultados son sin duda interesantes, y permiten el planteamiento de diferentes interrogantes: ¿los niños que presentan problemas afectivos o emocionales y que son tratados farmacológicamente por ello, continúan su tratamiento en la adolescencia por no haber sido posible su cura?, ¿se debe a la propia naturaleza de los problemas, o la incapacidad del tratamiento para eliminarlos?, ¿el uso temprano de medicamentos, especialmente de fármacos para el tratamiento de desórdenes emocionales, acostumbra a la adopción de estrategias de resolución de problemas basadas en el consumo de sustancias, atrofiando en cierta forma el desarrollo de otras técnicas de afrontamiento?

En la presente investigación, los resultados del análisis realizado con el objetivo de determinar la capacidad predictiva que las variables que intervienen en ella tienen sobre la *Actitud hacia la automedicación*, muestran como variables predictoras el *Uso de alcohol*, peor *CVRS*, las *Normas indulgentes* de la madre, los *Problemas de salud*, el *Uso de tabaco* y las *Normas indulgentes* del padre. De todas ellas, las que presentan un mayor coeficiente beta son la *CVRS* y el *Uso de alcohol*, seguidas de los *Problemas de salud*, y con el mismo valor de coeficiente, del *Uso de tabaco* y las *Normas indulgentes*. En este modelo se perfilan por tanto como potenciales variables aquellas que componen los principales pilares contemplados en este estudio: el consumo de sustancias psicoactivas, la *CVRS* entendida en sus dimensiones física, mental y relacional y alguna dimensión de los estilos parentales. A este respecto, el estilo parental indulgente, caracterizado por la laxitud en la imposición de las normas y en la ausencia de consecuencias derivadas de su incumplimiento, se traduce a menudo en un deficiente control

conductual por parte de los padres. El adolescente requiere autonomía, pero también afecto, protección, comunicación, por lo que el insuficiente control por el percibido podría ser interpretado como un cierto desinterés por sus hábitos, sus problemas, las actividades que realiza dentro y fuera del hogar, las personas de las que se rodea y con las que se comunica, la calidad y naturaleza de las relaciones interpersonales que mantiene, la atención a sus obligaciones académicas y domésticas, los autocuidados que se dispensa, y todos aquellos aspectos relevantes en esta etapa vital. Esa deficiencia, que a la larga podría ser afectiva, podría marcar una mayor predisposición al consumo de medicamentos. Por otro lado, en pioneras investigaciones sobre la relación de los estilos parentales y el comportamiento de los adolescentes (Lamborn et al., 1991) se muestra que los hijos de padres indulgentes presentaban un mayor nivel de autoconfianza en comparación con aquellos cuyos padres eran excesivamente rígidos, lo cual podría traducirse en la incursión de conductas con tintes de mayor autonomía, fomentando la propensión al consumo de medicamentos por decisión propia. Además, los hijos educados en este estilo parental, estaban peor conectados con la escuela, lo que podría deteriorar por otra parte esta dimensión componente de la CVRS. Otro aspecto interesante de la investigación aquí referida, era el mayor consumo de sustancias psicoactivas por parte de los hijos de padres indulgentes, lo cual a su vez podría redundar en la autopercepción de un bienestar físico más precario. Es interesante resaltar que las *Normas indulgente*, que no se relacionaban con las otras variables investigadas en los análisis de correlaciones, en el modelo de regresión aporten efectos distintivos con respecto a las demás dimensiones de los estilos parentales.

En conclusión, las variables aquí contempladas parecen relacionarse entre sí en una red imbricada y compleja en la que las influencias son radiales y bidireccionales, mostrando la riqueza, siempre por descubrir, de los componentes que determinan las actitudes humanas.

2.4.2. Modelos de mediación de los estilos parentales sobre la actitud hacia la automedicación.

2.4.2.1. Primer modelo mediacional: CVRS como mediadora del efecto del estilo parental sobre la actitud hacia la automedicación.

Los resultados obtenidos en este modelo muestran los efectos de los estilos parentales sobre la *Actitud hacia la automedicación* a través del efecto mediador de la *CVRS*. Tanto en este modelo como en el siguiente, no se realizaron los análisis para las *Normas rígidas*, ya que la asociación entre esta dimensión del estilo parental y la *Actitud hacia la automedicación* no presentaba significación estadística (madre) o era muy baja (padre).

En las dimensiones *Afecto-comunicación* y *Normas inductivas*, tanto del padre como de la madre, el efecto está completamente explicado a través de la *CVRS* de los hijos. La influencia⁽²⁾ que el estilo parental democrático tiene sobre la *Actitud hacia la automedicación* del joven se ejerce a través de una mejora de su calidad de vida, entendida ésta en su sentido más holístico, es decir, teniendo en cuenta las dimensiones que la componen.

En lo que respecta a la dimensión *Crítica-rechazo* para ambos progenitores, la mediación es parcial, explicada en parte por la *CVRS*. El desapego y las censuras por parte de los padres hacen a los adolescentes más proclives a la automedicación, en parte por el perjuicio que esta conducta parental provoca en la calidad de vida de los hijos.

Los resultados de este modelo también muestran cómo las *Normas indulgentes* maternas y paternas afectan a la *Actitud hacia la automedicación*, apreciándose correlaciones

(2) En la discusión de los modelos mediacionales se toma la licencia de hablar de influencia en el sentido causa-efecto aún a sabiendas de que se trata únicamente de una interpretación de los resultados.

positivas con el total de la escala y sus factores, y sin embargo no lo hacen a través de la *CVRS* del joven. Resulta interesante comprobar que esta particular forma de establecer las normas y las exigencias al hijo adolescente, es la única dimensión de los estilos parentales, tal como han sido abordados en esta investigación, que no se asocia con el total de la escala *CVRS* ni con la mayor parte de sus dimensiones. Los hallazgos podrían hacer pensar en un efecto larvado de esta dimensión del estilo parental, es decir, la indulgencia de los padres no afecta de forma significativa a su calidad de vida relacionada con la salud, pero sí hace más probable su tendencia a la automedicación.

2.4.2.2. Segundo modelo mediacional: Consumo de tabaco y alcohol como mediadora del efecto del estilo parental sobre la actitud hacia la automedicación.

Este segundo modelo muestra la mediación parcial del consumo de tabaco en todas las dimensiones de los estilos parentales contempladas sobre la *Actitud hacia la automedicación*. Por su parte, el consumo de alcohol sigue un patrón similar al observado con el tabaco, pero teniendo en cuenta que el *Afecto-comunicación* del padre no presenta significación estadística.

Atendiendo a las dimensiones relacionadas con el estilo democrático (*Afecto-comunicación* y *Normas inductivas*), ambas reducen tanto la *Actitud hacia la automedicación* como el consumo de tabaco y alcohol, estando parcialmente mediada la primera por el segundo. Es decir, la parentalidad democrática disminuye la *Actitud hacia la automedicación* del hijo adolescente, mediado en parte por el efecto de la disminución del consumo de tabaco y alcohol.

Por el contrario la *Crítica-rechazo* y las *Normas indulgentes* aumentan tanto la *Actitud hacia automedicación* como el consumo de estas sustancias psicoactivas, de nuevo con mediación parcial de éste sobre la actitud. De forma coherente a lo visto en análisis previos, tanto la falta de afecto por parte de los padres como la deficiencia en el control conductual,

favorece la predisposición al consumo de medicamentos sin prescripción por parte de joven, en parte explicado por la inducción al consumo de tabaco y alcohol que ejercen estos comportamientos parentales sobre los adolescentes.

2.4.2.3. Tercer modelo mediacional: Consumo de tabaco y alcohol como mediadora de la CVRS sobre la actitud hacia la automedicación.

Con el tercer modelo se pretenden comprobar los efectos directos e indirectos, de la CVRS sobre la *Actitud hacia la automedicación* a través del consumo de tabaco y alcohol, excluyéndose del análisis la dimensión *Apoyo social y pares* de la CVRS por no mostrar asociación estadísticamente significativa con la *Actitud hacia la automedicación*.

Los resultados muestran que una mayor puntuación en la escala de CVRS y sus factores se asocia con una menor *Actitud hacia la automedicación*, comportándose el consumo de tabaco y alcohol como mediadores parciales. Es decir, una mejor CVRS reduce la predisposición a automedicarse, explicada en parte por el descenso que también produce en el consumo de las mencionadas sustancias.

Investigaciones previas (Becoña y Cortés, 2011; Hersh y Hussong, 2009) ya mostraban la tendencia de algunos jóvenes a refugiarse en el consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, cannabis, determinados medicamentos...) ante la deficiencia de adecuadas estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas, con distintos orígenes y características, pero todos ellos con potencial impacto reductor de la CVRS. Y sin embargo también cabría esperar que las personas que beben y fuman de forma habitual presenten una peor CVRS: ¿se trata de un efecto bidireccional?, ¿las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas son tan inmediatas como para que un joven de 14 a 17 años ya muestre un deterioro objetivable de su CVRS?, ¿o es que el mero hecho de ser consumidores les hace sentirse deficitarios en salud?

El consumo de sustancias psicoactivas disminuye la puntuación total de CVRS, el bienestar físico, psíquico y la integración en el entorno escolar, pero sus efectos no van en la misma línea respecto a la autonomía y el apoyo que perciben de su grupo de iguales, no siendo las asociaciones estadísticamente significativas o siendo débiles y de signos contrarios. En la adolescencia se inicia el consumo de la mayor parte de las sustancias psicoactivas y con impacto perjudicial en la salud, precisamente en la etapa de la vida en la que la idea de enfermedad, deterioro y muerte ni siquiera se vislumbra en el horizonte. Quizás de ahí la dificultad de instaurar hábitos saludables con proyección de futuro a una edad en la que prima el sentido de pertenencia al grupo o la búsqueda del placer inmediato. La sociedad en la que vivimos se vuelve cada vez más intolerante ante el consumo de tabaco, lo que entre otros factores posiblemente haya contribuido a su tendencia de consumo descendente, pero ¿cómo nos mostramos ante la inexorable presencia del alcohol en eventos familiares y sociales de cualquier naturaleza?, ¿es nuestra sociedad igual de intransigente ante su uso?, ¿lo es ante el consumo irracional y desmedido de medicamentos? Los datos de las encuestas realizadas en nuestro país (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) están lejos de mostrar un descenso en el consumo de alcohol e hipnosedantes. Tal vez entre las respuestas que explican estas tendencias se encuentren la ausencia de percepción de una amenaza real, la falta de efectivas actividades de prevención y promoción de la salud y cómo no, los intereses económicos de diversos agentes sociales.

2.4.2.4. Cuarto modelo mediacional: CVRS y consumo de tabaco y alcohol como mediadores del estilo parental sobre la actitud hacia la automedicación.

Por último, este modelo pretende comprobar los efectos y las mediaciones de los estilos parentales, la CVRS y el consumo de tabaco y alcohol en la *Actitud hacia la automedicación*.

Al tratarse del modelo más complejo y más completo, se deciden incluir las *Normas rígidas* excluidas de los modelos 1 y 2.

Los resultados del análisis muestran que las *Normas indulgentes*, tanto del padre como de la madre, aumentan la *Actitud hacia la automedicación* del adolescente sin que las variables CVRS y consumo de tabaco y alcohol expliquen este efecto.

Con respecto al efecto mediador de la CVRS, se manifiesta en el resto de las dimensiones de los estilos parentales. Las dimensiones propias del estilo democrático (*Afecto-comunicación* y *Normas inductivas*), aumentan la CVRS, disminuyendo la actitud hacia el consumo de medicamentos sin prescripción, mientras que las dimensiones *Crítica-rechazo* y *Normas rígidas* ejercen el efecto contrario.

En el análisis de los efectos del consumo de tabaco y alcohol, los resultados siguen un patrón más peculiar. En las dimensiones *Crítica-rechazo* y *Normas indulgentes* del padre, el consumo de tabaco actúa como mediador en la *Actitud hacia la automedicación*. Es decir, la mayor actitud asociada a la falta de afecto y control del padre es explicada en parte a través del aumento en el consumo de tabaco. En el caso de la madre, la *Crítica-rechazo* y las *Normas indulgentes* siguen un patrón idéntico al del padre, pero además se observa un efecto mediador en las dimensiones *Afecto-comunicación* y *Normas inductivas*, de forma que estas variables de estilo democrático disminuyen la *Actitud hacia la automedicación* mediado por la disminución en el consumo de tabaco.

Con relación al alcohol, todas las dimensiones de los estilos parentales, del padre y de la madre, salvo las *Normas rígidas*, afectan a la *Actitud hacia la automedicación* a través de la mediación en su consumo. De nuevo el *Afecto-comunicación* y las *Normas inductivas* lo reducen, mientras que la *Crítica-rechazo* y las *Normas indulgentes* lo aumentan. Es decir, mientras que las *Normas rígidas* paternas y maternas no consiguen predecir el consumo del alcohol, el resto de las dimensiones de los estilos parentales para ambos progenitores sí lo

hacen. En el caso del consumo de tabaco, el poder predictivo de los estilos del padre desciende (sólo la *Crítica-rechazo* y las *Normas indulgentes*) mientras que los estilos de la madre (todos menos las *Normas rígidas* de nuevo) siguen prediciendo su consumo.

2.4.2.5. Conclusiones generales relativas a los modelos mediacionales.

1. La *CVRS* claramente impacta en la automedicación de forma directa, de tal manera que una deficiente calidad de vida se asocia con un aumento en la actitud hacia la toma de medicamentos sin prescripción. Esto se puede apreciar en todos los modelos analizados en los que se contemplan distintos tipos de estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas, lo que podría reforzar el modelo de automedicación como afrontamiento ante una baja *CVRS*.
2. La autopercepción que el joven tiene de su propia calidad de vida relacionada con la salud explica completamente el impacto de determinados estilos parentales en la *Actitud hacia la automedicación*.
3. Tanto el consumo de tabaco como de alcohol están asociados con la *Actitud hacia la automedicación*, lo que podría reforzar la idea de que el consumo de determinadas sustancias psicoactivas asociadas a un estilo de vida poco saludable, puede predisponer o actuar como factor de riesgo para la automedicación del joven. Por otro lado es razonable entender que aunque el consumo de sustancias psicoactiva aumenta la automedicación, hay una parte de la actitud que no se explica por dicho consumo y que es afectado por los estilos parentales.
4. Las *Normas indulgentes* están aportando una explicación independiente de las otras variables (*Uso de tabaco, Uso de alcohol, CVRS, o Problemas en la salud*) en la predicción de la automedicación del adolescente.

3. Limitaciones de la investigación

Se comentan a continuación las limitaciones más relevantes detectadas en esta investigación:

1. Se trata de un estudio transversal, por lo que no permite comprobar la evolución de la conducta y la *Actitud hacia la automedicación* en función de las variables consideradas. Como ya apuntan algunos autores, los estudios longitudinales son largos, laboriosos y experimentan frecuentemente pérdida de sujetos (Secades-Villa et al., 2005), lo que los hace complejos para una investigación de esta naturaleza.
2. Como consecuencia del diseño utilizado, no se han podido establecer relaciones causales entre las variables, sin descartar la posible existencia de cierta bidireccionalidad en las asociaciones establecidas (Oliva et al., 2008; Pons y Berjano, 1997; Reimuller et al., 2011).
3. La muestra implicada en esta investigación es no probabilística, lo que impide conocer si presenta las características de la población objeto de estudio, limitando la generalización de los resultados.
4. Se utiliza una única fuente de información, la percepción de los hijos sobre su *CVRS* y el estilo parental dominante en el hogar, sin que haya sido tomada en cuenta ninguna otra (padres, tutores, maestros). Aunque algunos investigadores (Oliva et al., 2008) afirman que la percepción de los hijos es más objetiva y no está tan afectada por la deseabilidad social presente en los informes de los padres, y en otras investigaciones (Reimuller et al., 2011; Secades-Villa et al., 2005) se destaca la baja correlación entre ambos informes (de padres e hijos) en la percepción del apoyo parental, entre otras razones porque aquellos incluyen en él el esfuerzo por

conectar con sus hijos, aunque éste sea infructuoso, podría ser conveniente completar la información con la percepción de los adolescentes de su propio estilo de socialización o de su CVRS. Por otra parte, debido a la naturaleza de esta investigación y sus condicionantes, se tuvo en cuenta la mayor accesibilidad de los adolescentes por estar escolarizados, lo cual favorecía la aplicación del cuestionario. Por otra parte, algunos investigadores (Andersen, Krolner, Holsteine, Due y Hansen, 2007; Ledoux et al., 1994) sí defienden el uso de un autoinforme en adolescentes como un buen instrumento de medida.

5. Tras la obtención de los resultados, los investigadores se percataron de que dos aspectos a priori importantes de la *Actitud hacia la automedicación*, como son la influencia de la presencia de un botiquín en casa como fuente de obtención de los medicamentos y el influjo de la conducta de automedicación de los padres en la actitud de los hijos, estaban insuficiente recogidos en el cuestionario. El que este fuera largo y que estuviera destinado a una muestra de adolescentes, condicionó en gran medida la restricción en el número de ítems.
6. En lo que respecta a la utilización de los indicadores *Problemas de salud*, *Uso de medicación* y *Uso de medicación sin prescripción*, también se pusieron de manifiesto algunas deficiencias que se tratan de resumir a continuación:
 - a. De nuevo la limitación de tiempo para la ejecución del cuestionario, aconsejaba a una concreción del número de ítems que impedía hacer un barrido amplio de todas las categorías de medicamentos posibles, lo que condicionó a la pretensión de querer obtener más información con menos preguntas. Además de esas limitaciones insoslayables, se puede apreciar que algunos de los ítems incluyen diferentes categorías (medicamentos para la *Tos/catarro/gripe*), incluso categorías en principio contrapuestas

(*Antidepresivos/estimulantes*), lo cual ha podido actuar como factor de confusión en algunas respuestas.

- b. La imprecisión en la referencia temporal (“*Piensa en los últimos meses...*”) que se establece al principio del cuestionario y que afecta a los indicadores *Problemas de salud, Uso de medicación y Uso de medicación sin prescripción*, puede tener como consecuencia que el adolescente no tenga una percepción clara del tiempo al que se refieren los ítems. La pretensión de los investigadores era por una parte no establecer una restricción a un periodo tan corto de tiempo (la semana previa, el mes previo), que quizás no fuese representativo de su estilo de vida, ni tan amplio (doce meses previos), que dificultase su recuerdo.
7. El cuestionario no permite conocer si los jóvenes hacen un uso inadecuado o uso no médico de los fármacos que consumen, ya que la toma de antitusivos, analgésicos o psicotropos con un fin “lúdico” no sería reseñado en el cuestionario como un consumo de un fármaco para la tos, para el insomnio, o para cualquier otro problema de salud. Aunque son muchas las investigaciones que recogen la relevancia del fenómeno y el insuficiente grado de concienciación social del mismo (Carrasco-Garrido et al., 2008; Drug Enforcement Administration, 2008; Eumann et al., 2010; Fischer et al., 2010; Légaré, 2008; Levine, 2007; McCabe et al., 2006; McCauley et al., 2010; National Institute on Drug Abuse, 2012; Reissig et al., 2012; Riggs, 2008), su abordaje escapaba a la pretensión de la presente investigación.
 8. Por último, no se han abordado en este estudio variables que podrían estar implicadas en la *Actitud hacia la automedicación* (estrategias de afrontamiento, imitación de la conducta adulta, eventos estresantes a los que se enfrenta el joven, adopción estilos de vida saludables, etc.). Su consideración en futuras

investigaciones podría arrojar más luz sobre este importante aspecto de la salud de los adolescentes.

4. Futuras líneas de investigación y conclusión

En el análisis de las líneas teóricas que sustentan esta investigación, emergieron dos potenciales aspectos que se perfilaban como relevantes para entender la actitud hacia la automedicación de los adolescentes sin que se pudiera corroborar su papel, a pesar de haberse intentado su abordaje: por un lado la influencia en dicha actitud de la existencia de un botiquín en casa surtido de medicamentos que aumentase su disponibilidad para el niño y adolescente, y en segundo lugar la propia disposición de los padres a utilizar los medicamentos sin seguir los criterios de un facultativo, por decirlo de alguna forma, la “cultura” de automedicación vivida en casa. La posibilidad de aclarar en futuras investigaciones la probable influencia de ambos factores en la actitud, y en su reflejo, la conducta de automedicación, permitiría un conocimiento del fenómeno más completo.

Por otra parte, aunque en este estudio se han encontrado algunas diferencias atendiendo a las variables sociodemográficas edad y sexo, sería interesante tener en cuenta en próximas investigaciones otros factores que podrían afectar a la actitud hacia la automedicación, como el nivel socioeconómico que tiene la familia del adolescente, la composición del hogar, el número de hijos, etc. Por otro lado la posible influencia de la existencia de enfermos crónicos en el entorno del adolescente o de las estrategias de afrontamiento ante la adversidad que éste utiliza, son aspectos que podrían requerir un futuro abordaje por su potencial peso en el fenómeno. Así mismo las propias experiencias de los jóvenes respecto al uso de los medicamentos podrían jugar un papel a tener en cuenta en la actitud hacia la automedicación. Posiblemente los jóvenes tendrán predisposiciones diferentes al consumo de fármacos en el caso de una utilización previa de medicamentos que ha sido infructuosa para aliviar su

enfermedad, o incluso les ha causado malestar, que aquellos que han encontrado en los medicamentos una ayuda rápida y eficaz para la solución de un problema, pudiendo extrapolar con más facilidad la bonanza del producto haciéndola extensiva a otras situaciones. El hecho de que sean considerados el remedio por excelencia para numerosos problemas y que constituyan una solución sencilla y cómoda, muy demandada por nuestra sociedad, les otorga un poder que en muchas ocasiones es excesivo cuando no arriesgado.

Quizás también resultaría interesante comparar, en futuros estudios, la actitud hacia la automedicación de adolescentes sanos con la de otros con enfermedades crónicas, obligados por sus circunstancias vitales a llevar, en muchos casos, rígidos tratamientos médicos, acostumbrados a la fuerza a la convivencia con los síntomas de su enfermedad, a pruebas, pautas y sacrificios mantenidos a lo largo del tiempo. ¿Mostrarían mayor grado de actitud hacia la automedicación que sus pares sanos, o la relación forzada con el fármaco disminuiría su predisposición a tomarlo sin prescripción? Y si el adolescente sano presenta mayor actitud, ¿qué factores subyacerían en esta diferencia?, ¿es la automedicación no responsable un mecanismo de defensa ante situaciones que trascienden los meros problema de salud? Los resultados obtenidos en esta investigación parecen apuntar en esta dirección.

Las diferencias encontradas en el presente estudio según el sexo y la edad del sujeto abren también nuevas perspectivas de investigación. Las chicas tienen más problemas de salud, toman más medicamentos y poseen peor CVRS, ¿las diferencias son exclusivamente fisiológicas o por el contrario, o de forma complementaria, la distinta educación y roles asignados a chicos y chicas podría explicar estas discrepancias en los indicadores de salud y en la relación con los medicamentos? Respecto a la progresión de los problemas de salud, el deterioro de la CVRS, el consumo de sustancias psicoactivas y de medicamentos a medida que el joven avanza por la adolescencia, ¿no se vería reducida con adecuados programas de Educación para la salud?, ¿cuál sería la eficacia real de estas intervenciones? Sin duda un

estudio longitudinal, dotado de mayor poder de explicación, podría mostrarnos cómo la actitud hacia la automedicación se modifica a lo largo del desarrollo del adolescente y, probablemente también, su relación con otros aspectos relevantes de la vida del joven, arrojando luz sobre esta cuestión.

Los estudios ya realizados constatan los riesgos de la automedicación no responsable y del uso no médico de los fármacos, pero en la población la concienciación es aún insuficiente. A los jóvenes se les enseña en el hogar y en la Escuela, en mayor o menor medida y con más o menos acierto, los efectos de diferentes conductas de riesgo, entre otras el consumo de sustancias psicoactivas, el abuso de las nuevas tecnologías, la exposición excesiva en las redes sociales, la dieta inadecuada, la insuficiente actividad física, la aceptación de comportamientos sexistas en el entorno cercano, o una inadecuada educación vial. La Educación es probablemente la intervención más eficiente y, correctamente llevada a cabo en el marco de las medidas de prevención, la que evita más víctimas. No valernos de ella para que los jóvenes aprendan que los medicamentos son productos con propiedades restringidas para aliviar o curar a una persona concreta que tiene una dolencia específica y a los que se les debe dar una utilización responsable para evitar que sus potenciales beneficios se conviertan en riesgo seguro, no parece lo más conveniente.

La adolescencia no debería ser considerada como una etapa de conflictos, sino de soluciones. El afecto, el diálogo, el empeño que acompaña a muchos padres cuando educan a sus hijos pequeños, no debe cejar cuando estos entran en esta etapa prodigiosa que permite una mirada distinta de la familia, del entorno, de la relevancia de las cosas, pero sobre todo de uno mismo.

Para finalizar, destacar que el presente estudio, con sus limitaciones y carencias muestra la utilidad de medir la actitud hacia la automedicación superando las barreras conceptuales y metodológicas que derivan de la medición de la conducta, sondeando los factores

motivacionales que subyacen en ella y permitiendo que dicha actitud se ponga en relación con aspectos fundamentales de la vida del adolescente.

Anexo 1: Cuestionario



Mientras contestas al cuestionario recuerda que:

- Ø Es anónimo y confidencial por lo que te rogamos contestes con sinceridad. Ninguna persona que te conozca tendrá acceso a los datos.
- Ø No es un test ni un examen. Todas las respuestas son válidas.
- Ø Por favor, **NO dejes ninguna pregunta sin contestar**. Si en alguna pregunta no encuentras la respuesta que se ajuste exactamente a lo que tú piensas o sientes, marca aquello que más se aproxima.
- Ø Señala una sola respuesta en cada pregunta y repasa cuando hayas terminado para no dejarte nada sin contestar.
- Ø Si tienes alguna pregunta o cualquier duda, por favor, levanta la mano para resolverla.

1. ¿Eres un chico o una chica?

- Chico
 Chica

2. ¿En qué curso estás?

- 3º ESO
 4º ESO
 1º BACHILLER
 2º BACHILLER

3. ¿En qué mes y año naciste?

mes año

--	--	--	--	--	--

<i>Piensa en los últimos meses...</i>					
¿Has tenido alguno de estos problemas?:	NO	SI, y me ha perjudicado...			
		Poco	Algo	Bastante	Mucho
Dolor de cabeza	○	○	○	○	○
Dolor de espalda/cuello/articulaciones	○	○	○	○	○
Alergia	○	○	○	○	○
Nerviosismo/insomnio	○	○	○	○	○
Tos/catarro/gripe	○	○	○	○	○
Problemas de estómago	○	○	○	○	○
Otros	○	○	○	○	○

<i>Piensa en los últimos meses...</i>	¿Has tomado alguno de estos medicamentos?		¿Te los ha recetado el médico?	
	SI	NO	SI	NO
Para aliviar el dolor/fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bajar una inflamación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tos/catarro/gripe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconstituyente (vitaminas/minerales)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibióticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranquilizantes/relajantes/para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para el estómago o problemas digestivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidepresivos/estimulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para adelgazar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturistas/homeopáticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<i>Fumo...</i>	No	Un día a la semana	2 ó 3 días a la semana	Más de 3 días a la semana	Todos los días
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Cuántos cigarros a la semana?

<i>Tomo alcohol...</i>	No	Una vez a la semana	2 ó 3 veces a la semana	Más de 3 veces a la semana	Diariamente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Contesta a la siguiente pregunta sólo si bebes alcohol

<i>Cuando bebo alcohol...</i>	Bebo poco, no noto los efectos del alcohol	Bebo hasta que me noto mareado o alegre	Bebo hasta que noto náuseas o pierdo el conocimiento
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ahora dime tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones

<i>Dime en qué medida estás de acuerdo con...</i>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Hay que seguir las instrucciones del médico para que el medicamento haga efecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los remedios naturales son más eficaces que los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es antinatural estar controlado por la medicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algunos medicamentos sirven para mejorar el rendimiento en los estudios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si un medicamento es bueno para otra persona también lo será para mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los medicamentos son seguros siempre, por eso los venden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Algunos medicamentos crean adicción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los medicamentos hacen más mal que bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los medicamentos pueden ser peligrosos a largo plazo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los medicamentos que anuncian en la tele no tienen efectos secundarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puede ser malo tomar varios medicamentos a la vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es importante leer el prospecto antes de tomar un medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<i>Y tu opinión sobre...</i>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Sé lo que me pasa sin tener que ir al médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomando medicamentos puedo prevenir caer enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si estoy enfermo espero a que se me pase sin tomar nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si necesito un medicamento, sé dónde encontrarlo sin que se enteren mis padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si estoy enfermo, yo sé lo que tengo que tomar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomo medicación por decisión mía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomo medicamentos sólo cuando estoy enfermo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis padres saben lo que me tienen que dar cuando estoy enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pido consejo a mis amigos antes de tomar un medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los únicos que saben de medicamentos son los profesionales de la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo medicamentos que me dan mis amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis compañeros me enseñan qué medicamento debo tomar en cada situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conozco páginas web donde conseguir medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los anuncios me ayudan a escoger el medicamento que me conviene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<i>Y hasta qué punto estás de acuerdo con...</i>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Si no puedes dormir lo mejor es tomarte algo que te ayude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los medicamentos me ayudan a superar la tristeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomando un medicamento me siento más seguro de mí mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hay días que me levanto de la cama gracias a los medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los medicamentos me ayudan a escapar de la realidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los medicamentos me ayudan a aliviar problemas personales o familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi vida sería horrible sin medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los medicamentos hacen que me sienta más relajado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis pensamientos son más claros cuando tomo medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es mejor evitar tomar productos químicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me siento más integrado cuando tomo medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<i>Y tu opinión respecto a...</i>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
En el botiquín de casa encuentro el medicamento que necesito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En mi familia sólo se va al médico para enfermedades graves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si a algún miembro de la familia le sobra antibiótico es mejor guardarlo por si lo necesitamos después	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si un medicamento le va bien a alguien de la familia, lo usamos los demás si nos pasa algo parecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mis padres confían plenamente en la opinión de los médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor continúa respondiendo con sinceridad	MI PADRE					MI MADRE				
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
Tiene en cuenta las circunstancias antes de castigarme	<input type="radio"/>									
Intenta controlar mi vida en todo momento	<input type="radio"/>									
Me dice que sí a todo lo que le pido	<input type="radio"/>									
Me dice que en casa manda él/ella	<input type="radio"/>									
Si desobedezco, no pasa nada	<input type="radio"/>									
Antes de castigarme escucha mis razones	<input type="radio"/>									
Me da libertad total para que haga lo que quiera	<input type="radio"/>									
Me explica lo importantes que son las normas para la convivencia	<input type="radio"/>									
Me impone castigos muy duros para que no vuelva a desobedecer	<input type="radio"/>									
Llorando y enfadándome consigo siempre lo que quiero	<input type="radio"/>									
Me explica las razones por las que debo cumplir las normas	<input type="radio"/>									
Me exige que cumpla las normas aunque no las entienda	<input type="radio"/>									
Hace la vista gorda cuando no cumplo las normas, con tal de no discutir	<input type="radio"/>									
Me explica muy claro lo que se debe y no se debe hacer	<input type="radio"/>									
Por encima de todo tengo que hacer lo que dice, pase lo que pase	<input type="radio"/>									
Le da igual que obedezca o desobedezca	<input type="radio"/>									
Razona y acuerda las normas conmigo	<input type="radio"/>									

Por favor continúa respondiendo con sinceridad	MI PADRE					MI MADRE				
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
Me exige respeto absoluto a su autoridad	<input type="radio"/>									
Me explica las consecuencias de no cumplir las normas	<input type="radio"/>									
Me dice que los padres siempre llevan la razón	<input type="radio"/>									
Consiente que haga lo que me gusta en todo momento	<input type="radio"/>									
Si alguna vez se equivoca conmigo lo reconoce	<input type="radio"/>									
Me trata como si fuera un/a niño/a pequeño/a	<input type="radio"/>									
Con tal de que sea feliz me deja que haga lo que quiera	<input type="radio"/>									
Le disgusta que salga a la calle por temor a que me pase algo	<input type="radio"/>									
Me anima a hacer las cosas por mí mismo/a	<input type="radio"/>									
Me agobia porque siempre está pendiente de mí	<input type="radio"/>									
A medida que me hago mayor me da más responsabilidades	<input type="radio"/>									

Ahora me gustaría saber cómo estás, cómo te sientes.

En general, ¿cómo dirías que es tu salud?	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
	<input type="radio"/>				

<i>Piensa en la última semana...</i>	Nada	Un poco	Moderada-mente	Mucho	Muchísimo
¿Te has sentido bien y en forma?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido físicamente activo/a (por ejemplo, has corrido, trepado, ido en bici)?	<input type="radio"/>				
¿Has podido correr bien?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido lleno/a de energía?	<input type="radio"/>				
¿Has disfrutado de la vida?	<input type="radio"/>				
¿Has estado de buen humor?	<input type="radio"/>				

<i>Piensa en la última semana...</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Te has divertido?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido triste?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido solo/a?	<input type="radio"/>				
¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	<input type="radio"/>				
¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="radio"/>				
¿Has podido hacer las cosas que querías hacer en tu tiempo libre?	<input type="radio"/>				
¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	<input type="radio"/>				
¿Tus padres te han tratado de forma justa?	<input type="radio"/>				
¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	<input type="radio"/>				
¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	<input type="radio"/>				
¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?	<input type="radio"/>				

<i>Piensa en la última semana...</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	<input type="radio"/>				
¿Te has divertido con tus amigos/as?	<input type="radio"/>				
¿Tus amigos y tú os habéis ayudado entre vosotros?	<input type="radio"/>				
¿Has podido confiar en tus amigos/as?	<input type="radio"/>				
¿Te has sentido feliz en el colegio/instituto?	<input type="radio"/>				
¿Te ha ido bien en el colegio/instituto?	<input type="radio"/>				
¿Has podido prestar atención en clase?	<input type="radio"/>				
¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	<input type="radio"/>				



Por favor, comprueba que has contestado todas las frases.

Gracias por tu colaboración.

Referencias bibliográficas

- Abahussain, E., Matowe, L. K. y Nicholls, P. J. (2005). Self-reported medication use among adolescents in Kuwait. *Medical Principles and Practice: International Journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 14(3), 161-164.
- Acquaviva, E., Legleye, S., Falissard, B. B., Auleley, G. R., Deligne, J. y Carel, D. (2009). Psychotropic medication in the French child and adolescent population: Prevalence estimation from health insurance data and national self-report survey data. *BMC Psychiatry*, 9(1), 72. doi:10.1186/1471-244X-9-72
- Adalbjarnardottir, S. y Hafsteinsson, L. G. (2001). Adolescents' perceived parenting styles and their substance use: Concurrent and longitudinal analyses. *Journal of Research on Adolescence*, 11(4), 401-423. doi:10.1111/1532-7795.00018
- Akhter, N., Hanif, R., Tariq, N. y Atta, M. (2011). Parenting styles as predictors of externalizing and internalizing behavior problems among children. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 26(1), 23-41.
- Alaminos, A. y López, B. (2009). La medición del desarrollo social. *OBETS. Revista De Ciencias Sociales*, 4, 11-24. doi: 10.14198/OBETS2009.4.02
- Alati, R., Maloney, E., Hutchinson, D. M., Najman, J. M., Mattick, R. P., Bor, W. y Williams, G. M. (2010). Do maternal parenting practices predict problematic patterns of adolescent alcohol consumption? *Addiction*, 105(5), 872-880. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02891.x
- Al-Azzam, S., Al-Husein, B., Alzoubi, F., Masadeh, M. M. y Al-Horani, A. S. (2007). Self-medication with antibiotics in Jordanian population. *International Journal of*

Occupational Medicine and Environmental Health, 20(4), 373-380. doi:10.2478/v10001-007-0038-9

Alcaraz, M. J., Ferrándiz, M. L. y Payá, M. (2009). Histamina y fármacos antihistamínicos. Farmacología de otros mediadores inflamatorios. En P. Lorenzo, A. Portolés, I. Lizasoain, J. C. Leza, M. A. Moro y A. Portolés (Eds.), *Velázquez. Farmacología básica y clínica*. (18ª ed., pp. 487-500). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Andersen, A., Holstein, B. E. y Hansen, E. H. (2006). Is medicine use in adolescence risk behavior? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 362-366. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.12.023.

Andersen, A., Krolner, R., Holsteine, B. E., Due, P. y Hansen, E. H. (2007). Medicine use among 11- and 13- years-olds: Agreement between parents' reports and children's self-reports. *The Annals of Pharmacotherapy*, 41(4), 581-586. doi: 10.1345/aph.1H579

Antolín, L., Oliva, A. y Arranz, E. (2009). Contexto familiar y conducta antisocial infantil. *Anuario De Psicología*, 40(3), 313-327.

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 35(2), 161-164.

Armstrong, D. y Caldwell, D. (2004). Origins of the concept of quality of life in health care: A rhetorical solution to a political problem. *Social Theory y Health*, 2, 361-371. doi:10.1057/palgrave.sth.8700038

Asociación Médica Mundial. (2012). Declaración de la AMM sobre la automedicación. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/s7/index.html>

- Bahr, S. J. y Hoffmann, J. P. (2010). Parenting style, religiosity, peers, and adolescent heavy drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(4), 539-543. doi: 10.15288/jsad.2010.71.539
- Bahreini, M., Akaberian, S. H., Ghodsbin, F., Yazdankhah, M. R. y Mohammadi, M. (2012). The effects of parental bonding on depression and self-esteem in adolescence. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*, 10(1), 6-10.
- Baldwin, A. L. (1948). Socialization and the parent-child relationship. *Child Development*, 19, 127-136.
- Baños, J. E. y Farré, M. (2002a). Conceptos generales de biofarmacia y vías de administración. En J. E. Baños y M. Farré (Eds.), *Principios de farmacología clínica* (1ª ed., pp. 15-31). Barcelona: Masson.
- Baños, J. E. y Farré, M. (2002b). Historia de la terapéutica farmacológica. En J. E. Baños y M. Farré (Eds.), *Principios de farmacología clínica* (1ª ed., pp. 1-15). Barcelona: Masson.
- Baos, V. (2000). Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Información Terapéutica Del Sistema Nacional De Salud*, 24(6), 147-152.
- Barbero-González, A., Pastor-Sánchez, R., del Arco-Ortiz, J., Eyaralar-Riera, T. y Espejo-Guerrero, J. (2006). Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. *Atención Primaria*, 37(2), 78-87.
- Barrachina, M. D. y Calatayud, S. (2009). Farmacología de las secreciones gastrointestinales. En P. Lorenzo, A. Moreno, I. Lizasoain, J. C. Leza, M. A. Moro y A. Portolés (Eds.), *Velázquez. farmacología básica y clínica* (18ª ed., pp. 569-582). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Barrett, S. P., Darredeau, C., Bordy, L. E. y Pihl, R. O. (2005). Characteristics of methylphenidate misuse in a university student sample. *Canadian Journal of Psychiatry.Revue Canadienne De Psychiatrie*, 50(8), 457-461.
- Baumann, M., Spitz, E., Predine, R., Choquet, M. y Chau, N. (2007). Do male and female adolescents differ in the effect of individual and family characteristics on their use of psychotropic drugs? *European Journal of Pediatrics*, 166(1), 29-35. doi:10.1007/s00431-006-0203-3
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907. doi:10.2307/1126611
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43-88.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*, 3(11), 255-272.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1-103. doi:10.1037/h0030372
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9(3), 239-276.
- Baumrind, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35(7), 639-652. doi:10.1037/0003-066X.35.7.639
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95. doi:10.1177/02724316911111004

- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revisited. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 45(4), 405-414. doi:10.2307/585170
- Baumrind, D. (2012). Differentiating between confrontive and coercive kinds of parental power-assertive disciplinary practices. *Human Development*, 55(2), 35-51. doi:10.1159/000337962
- Baumrind, D., Larzelere, R. E. y Owens, E. B. (2010). Effects of preschool parents' power assertive patterns and practices on adolescent development. *Parenting: Science and Practice*, 10(3), 157-201. doi:10.1080/15295190903290790
- Bayés, R. (1984). Análisis del efecto placebo. *Quaderns De Psicologia*, 1, 161-183.
- Bayot, A. y Hernández, J. V. (2008). En Bayot A., Hernández J. V. (Eds.), *Evaluación de la competencia parental*. Madrid: Cepe.
- Becerra, D. y Castillo, J. (2011). Culturally protective parenting practices against substance use among adolescents in Mexico. *Journal of Substance Use*, 16(2), 136-149. doi:10.3109/14659891.2010.518199
- Becoña, E. (2002). En Ministerio del Interior (Ed.), *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid:
- Becoña, E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Juan, M., Sumnall, H., Mendes, F. y Gabrhelík, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 25(3), 292-298. doi:10.7334/psicothema2012.294

- Becoña, E., Martínez, Ú, Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R. y Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: Education, Prevention y Policy*, 19(1), 1-10. doi:10.3109/09687637.2011.631060
- Bednar, D. E. y Fisher, T. D. (2003). Peer referencing in adolescent decision making as a function of perceived parenting style. *Adolescence*, 38(152), 607-21.
- Belsky, J., Booth-LaForce, C., Bradley, R., Brownell, C.A., Burchinal, M., Campbell, S. B. . . Weinraub, M. (2008). Mothers' and fathers' support for child autonomy and early school achievement. *Developmental Psychology*, 44(4), 895-907.
- Benchaya, M. C., Bisch, N. K., Moreira, T. C., Ferigolo, M. y Barros, H. M. T. (2011). Non-authoritative parents and impact on drug use: The perception of adolescent children. *Jornal De Pediatria*, 87(3), 238-244.
- Benjet, C. y Hernández-Guzmán, L. (2002). A short-term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological well-being of Mexican early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 429-442. doi:10.1023/A:1020259019866
- Berkien, M., Louwse, A., Verhulst, F. y Van der Ende, J. (2012). Children's perceptions of dissimilarity in parenting styles are associated with internalizing and externalizing behavior. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 21(2), 79-85. doi:10.1007/s00787-011-0234-9
- Bersabé, R., Fuentes, M. J. y Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684.

- Berzanskyte, A., Valinteliene, R., Haaijer-Ruskamp, F., Gurevicius, R. y Grigoryan, L. (2006). Self-medication with antibiotics in Lithuania. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19(4), 246-253. doi:10.2478/v10001-006-0030-9
- Beyene, K. A., Sheridan, J. y Aspden, T. (2014). Prescription medication sharing: A systematic review of the literature. *American Journal of Public Health*, 104(4), 15-26. doi:10.2105/AJPH.2013.301823
- Beyers, W. y Goossens, L. (2008). Dynamics of perceived parenting and identity formation in late adolescence. *Journal of Adolescence*, 31(2), 165-184. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.04.003
- Bi, P., Tong, S. y Parton, K. A. (2000). Family self-medication and antibiotics abuse for children and juveniles in a Chinese city. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1445-1450. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00304-4
- Birchley, N. y Conroy, S. (2002). Parental management of over-the-counter medicines. *Paediatric Nursing*, 14(9), 24-28.
- Bisset, S., Markham, W. A. y Aveyard, P. (2007). School culture as an influencing factor on youth substance use. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), 485-490. doi:10.1136/jech.2006.048157
- Buchanan, C. M. y Hughes, J. L. (2009). Construction of social reality during early adolescence: Can expecting storm and stress increase real or perceived storm and stress? *Journal of Research on Adolescence*, 19(2), 261-285. doi:10.1111/j.1532-7795.2009.00596.x

- Burk, L. R., Armstrong, J. M., Goldsmith, H. H., Klein, M. H., Strauman, T. J., Costanzo, P. y Essex, M. J. (2011). Sex, temperament, and family context: How the interaction of early factors differentially predict adolescent alcohol use and are mediated by proximal adolescent factors. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 1-15. doi:10.1037/a0022349
- Buschgens, C. J. M., van Aken, M.A.G., Swinkels, S. H. N., Ormel, J., Verhulst, F. C. y Buitelaar, J. K. (2010). Externalizing behaviors in preadolescents: Familial risk to externalizing behaviors and perceived parenting styles. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 19(7), 567-575. doi: 10.1007/s00787-009-0086-8
- Cabral, J. A. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência Y Saúde Coletiva*, 13, 579-587.
- Cabrerizo, S., Varela, S. y Lutz, M. I. (2014). Survey on alcohol and medicine abuse among adolescents at four schools in Greater Buenos Aires. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 112(6), 504-510. doi: 10.1590/S0325-00752014000600005
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21(1), 9-14.
- Camfield, L. y Skevington, S. M. (2008). On subjective well-being and quality of life. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 764-775. doi:10.1177/1359105308093860
- Cardona, D. y Agudelo, H. B. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 23(1), 79-90.
- Carrasco-Garrido, P., Hernández-Barrera, V., López de Andrés, A., Jiménez-Trujillo, I. y Jiménez-García, R. (2010). Sex-differences on self-medication in Spain. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 19, 1293-1299. doi.org/10.1002/pds.2034

- Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Hernández, V. y Gil de Miguel, A. (2008). Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 17(2), 193-199. doi:10.1002/pds.1455
- Carrasco-Garrido, P., Jiménez-García, R., Hernández, V., López de Andrés, A. y Gil de Miguel, A. (2009). Medication consumption in the Spanish pediatric population: Related factors and time trend, 1993-2003. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 68(3), 455-461. doi:10.1111/j.1365-2125.2009.03449.x
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., . . . Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854. doi:10.1126/science.1072290
- Cava, M. J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395.
- Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Raven-Sieberer, U., Torsheim, T. y Lemma, P. (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 15(10), 1577-1585. doi: 10.1007/s11136-006-0037-5
- Ceballos, E. y Rodrigo, M. J. (1998). Las metas y estrategias de la socialización entre padres e hijos. En M. J. Rodrigo y J. Palacios-González (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 225-243). Madrid: Alianza.
- Chen, C. y Storr, C. L. (2006). Alcohol use and health-related quality of life among youth in Taiwan. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 39(5), 752.e9-752.e16. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.04.019

- Cheung, C. S. y McBride-Chang, C. (2008). Relations of perceived maternal parenting style, practices, and learning motivation to academic competence in Chinese children. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of Developmental Psychology*, 54(1), 1-22. doi: 10.1353/mpq.2008.0011
- Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Falissard, B. y Chau, N. (2008). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: Gender and family structure differentials. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 43(1), 73-80. doi: 10.1093/alcalc/agm060
- Clark, D. B., Thatcher, D. L. y Maisto, S. A. (2005). Supervisory neglect and adolescent alcohol use disorders: Effects on AUD onset and treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1737-1750. doi:10.1016/j.addbeh.2005.07.017
- Clayton, R. R. (1992). Vulnerability to drug abuse. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, L. L., Vowles, K. E. y Eccleston, C. (2010). Adolescent chronic pain-related functioning: Concordance and discordance of mother-proxy and self-report ratings. *European Journal of Pain*, 14(8), 882-886. doi:10.1016/j.ejpain.2010.01.005
- Coley, R. L., Votruba-Drzal, E. y Schindler, H. S. (2008). Trajectories of parenting processes and adolescent substance use: Reciprocal effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 613-625. doi:10.1007/s10802-007-9205-5

- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M. y Bornstein, M. H. (2003). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. En M. E. Hertzig y E. A. Farber (Eds.), (pp. 125-153). New York, NY US: Brunner-Routledge.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007). *Alcohol*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/salud/contenidos/BibliotecaVirtual/Informes/informesobrealcohol/1180603415123_informealcohol-2007.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2008). *Utilización de medicamentos en el sistema nacional de salud*. Recuperado de <https://platinoulloa.files.wordpress.com/2009/12/utilizaciondemedicamentos2008.pdf>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2012). *Medicamentos e internet*. Recuperado de http://www.cofpo.org/tl_files/Docus/Puntos%20Farmacologicos%20CGCOG/20120131%20INFORME%20CONSEJO%20MEDICAMENTOS%20E%20INTERNET.pdf
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2003). *Formación en promoción y educación para la salud*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>
- Cortés, A. N. y Sierra, A. V. (2011). Relación de la violencia familiar y la impulsividad en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Colombiana De Psicología*, 14(2), 121-128.

- Costa, M. C. O. y Bigras, M. (2007). Personal and collective mechanisms for protecting and enhancing the quality of life during childhood and adolescence. *Ciência y Saúde Coletiva*, 12(5), 1101-1109.
- Cumming, S. P., Gillison, F. B. y Sherar, L. B. (2011). Biological maturation as a confounding factor in the relation between chronological age and health-related quality of life in adolescent females. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 20(2), 237-242. doi:10.1007/s11136-010-9743-0
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 699-706. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496. doi:10.1037/0033-2909.113.3.487
- Day, D. M., Factor, D. C. y Szkiba-Day, P. (1994). Relations among discipline style, child behaviour problems, and perceived ineffectiveness as a caregiver among parents with conduct problem children. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 26(4), 520-533. doi:10.1037/0008-400X.26.4.520
- de la Villa, M. J. y Ruiz, C. S. (2011). Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. *International Journal of Psychology y Psychological Therapy*, 11(1), 33-56.
- de Loyola, A. I., Lima-Costa, M. F. y Uchôa, E. (2004). Bambuí project: A qualitative approach to self-medication. *Cadernos De Saúde Pública*, 20(6), 1661-1669.

de Miguel, J., Esteban, M. M., Puente, L., Hernández V., Carrasco-Garrido, P., Alvarez-Sala W. L., A. y Jiménez, R. (2010). Relationship between tobacco consumption and health-related quality of life in adults living in a large metropolitan area. *Lung*, 188(5), 393-399. doi:10.1007/s00408-010-9256-1

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2014). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2012-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3218>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2013). *Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES 2011-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES2011.pdf>

Delgado, A. O., Jiménez, A. P., Sánchez-Queija, I. y Gaviño, F. L. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales De Psicología*, 23(1), 49-56.

Den Exter, E., Hale, W., Meeus, W. y Engels, R. (2007). Parental support and control and early adolescent smoking: A longitudinal study. *Substance use y Misuse*, 42(14), 2223-2232. doi:10.1080/10826080701690664

Dick, D. M., Viken, R., Purcell, S., Kaprio, J., Pulkkinen, L. y Rose, R. J. (2007). Parental monitoring moderates the importance of genetic and environmental influences on adolescent smoking. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 213-218. doi:10.1037/0021-843X.116.1.213

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-25. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Doran, E. y Henry, D. (2008). Disease mongering: Expanding the boundaries of treatable disease. *Internal Medicine Journal*, 38(11), 858-861. doi:10.1111/j.1445-5994.2008.01814.x
- Drug Enforcement Administration. (2008). Receta para el desastre: Como los adolescentes abusan de los medicamentos. Recuperado de <http://permanent.access.gpo.gov/gpo22638/6%5B1%5D.pdf>
- Du, Y., Ellert, U., Zhuang, W. y Knopf, H. (2012). Analgesic use in a national community sample of German children and adolescents. *European Journal of Pain*, 16(6), 934. doi: 10.1002/j.1532-2149.2011.00093.x
- Du, Y. y Knopf, H. (2009). Self-medication among children and adolescents in Germany: Results of the national health survey for children and adolescents (KiGGS). *British Journal of Clinical Pharmacology*, 68(4), 599-608. doi:10.1111/j.1365-2125.2009.03477.x
- Enck, P., Zipfel, S. y Klosterhalfen, S. (2009). The placebo effect in medicine. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 52(6), 635-642. doi:10.1007/s00103-009-0849-x

- Energy Control. (2012). Dextrometorfano (DXM). Recuperado de <http://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/resultados/adulterantes/362-dextrometorfano-dxm.html>
- Enten, R. S. y Golan, M. (2008). Parenting styles and weight-related symptoms and behaviors with recommendations for practice. *Nutrition Reviews*, 66(2), 65-75. doi: 10.1111/j.1753-4887.2007.00009.x
- Enten, R. S. y Golan, M. (2009). Parenting styles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787. doi:10.1016/j.appet.2009.02.013
- Estévez, E., Jiménez, T. y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes* (1ª ed.). Valencia: Nau Llibres.
- Eumann, A., del Llano, J., Sánchez, I., Macoski, M. y Aparecido, M. (2010). Tendencia y factores asociados al uso de analgésicos en España entre 1993 y 2006. *Medicina Clínica*, 137(2), 55-61.
- Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles. (2012). *Observatorio del medicamento*. Recuperado de <http://static.correofarmaceutico.com/docs/2012/06/28/obsemayo2012.pdf>
- Figueiras, A., Caamaño, F. y Gestal-Otero, J. (2000). Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *European Journal of Epidemiology*, 16(1), 19-26.
- Fischer, B., Bibby, M. y Bouchard, M. (2010). The global diversion of pharmaceutical drugs non-medical use and diversion of psychotropic prescription drugs in North America: A review of sourcing routes and control measures. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(12), 2062-2070. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03092.x

- Fletcher, A. C. y Jefferies, B. C. (1999). Parental mediators of associations between perceived authoritative parenting and early adolescent substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 19(4), 465-487. doi:10.1177/0272431699019004003
- Fletcher, A. C., Walls, J. K., Cook, E. C., Madison, K. J. y Bridges, T. H. (2008). Parenting style as a moderator of associations between maternal disciplinary strategies and child well-being. *Journal of Family Issues*, 29(12), 1724-1744. doi: 10.1177/0192513X08322933
- Flórez, G., Sáiz, J. y Cuello, L. (2010). Alcohol. En C. Pereiro (Ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (pp. 309-421) Socidrogalcohol.
- Ford, J. A. (2009). Nonmedical prescription drug use among adolescents: The influence of bonds to family and school. *Youth y Society*, 40(3), 336-352. doi: 10.1177/0044118X08316345
- Franke, A. G., Bonertz, C., Christmann, M., Huss, M., Fellgiebel, A., Hildt, E. y Lieb, K. (2011). Non-medical use of prescription stimulants and illicit use of stimulants for cognitive enhancement in pupils and students in Germany. *Pharmacopsychiatry*, 44(2), 60-66. doi:10.1055/s-0030-1268417
- Freire, K. E. (2008). *Influence of parental socialization on adolescent alcohol misuse*. Recuperado de <https://cdr.lib.unc.edu/indexablecontent/uuid:5a1605f8-89fa-4b8c-b53b-1609602f6dab>
- Frisén, A. (2007). Measuring health-related quality of life in adolescence. *Acta Paediatrica*, 96(7), 963-968. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00333.x

- Fuentes, K. y Villa, L. (2008). Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in Southern Chile. *Pharmacy World y Science: PWS*, 30, 863-868. doi:10.1007/s11096-008-9241-4
- Fundación Pfizer. (2012). Juventud y alcohol. Recuperado de http://www.fundacionpfizer.org/docs/pdf/Foro_Debate/Estudio_Juventud_Alcohol.pdf
- Galambos, N. L., Barker, E. T. y Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 74(2), 578-594. doi:10.1111/1467-8624.7402017
- García, F. y Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia Y Aprendizaje / Journal for the Study of Education and Development*, 33(3), 365-384. doi:10.1174/021037010792215118
- García-Martín, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos De Psicología*, 6, 18-39.
- García-Martínez, A. y Sánchez-Lázaro, A. M. (2005). *Drogas: Sociedad y educación* (1ª ed.). España: Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones.
- García-Moreno, L. M., Éxposito, J., Sanhueza, C. y Angulo, M. T. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20(3), 271-280.
- García-Viniegras, C. R. V. (2005). El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 8(2), 18/7/2013-20.
- García-Viniegras, C. R. V. y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera De Ciencias Médicas*, 6(4), 20/7/2013-9.

- Gaspar, T., Matos, M. G., Pais, R., José, L., Leal, I. y Ferreira, A. (2009). Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(1), 33-48.
- Ge, X., Best, K. M., Conger, R. D. y Simons, R. L. (1996). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of adolescent depressive symptoms and conduct problems. *Developmental Psychology*, 32(4), 717-731. doi:10.1037/0012-1649.32.4.717
- Gerhardt, C. A., Britto, M. T., Mills, L., Biro, F. M. y Rosenthal, S. L. (2003). Stability and predictors of health-related quality of life of inner-city girls. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 24(3), 189-194. doi: 10.1097/00004703-200306000-00010
- Gil, N., Jiménez, M., Martínez, R., Sánchez, N., Trescastros, S., Vives, E. y Wodak, O. E. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en alumnos de educación primaria. *Investigación y Cuidados*, 8(18), 29-34.
- Gillison, F., Skevington, S. y Standage, M. (2008). Exploring response shift in the quality of life of healthy adolescents over 1 year. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 17(7), 997-1008. doi:10.1007/s11136-008-9373-y
- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P. y Henrich, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 16(6), 969-979. doi: 10.1007/s11136-007-9205-5

- Goldsworthy, R. C. y Mayhorn, C. B. (2009). Prescription medication sharing among adolescents: Prevalence, risks, and outcomes. *Journal of Adolescent Health, 4*(6), 634-637. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.06.002.
- Gómez, A. I., Latorre, C. y Nel, J. (2007). Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de salud. *Persona y Bioética, 11*(28), 23-38.
- Gómez-Lus, M. L., Calvo, A. y Prieto, J. (2009). Antibióticos y quimioterápicos. generalidades. En P. Lorenzo, A. Moreno, I. Lizasoain, J. C. Leza, M. A. Moro y A. Portolés (Eds.), *Velázquez. Farmacología básica y clínica* (18ª ed., pp. 791-804). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- González, P., Benedetto, M. A. y Ramírez, I. (2008). El arte de curar: El médico como placebo. *Atención Primaria, 40*(2), 93-95.
- González-Canalejo, D. (2002). La automedicación e hipermedicación. Su prevención. En M. I. Serrano (Ed.), *La educación para la salud del siglo XXI* (2ª ed., pp. 444-446). Madrid: Díaz de Santos.
- González-García, G., de la Puente, C. y Tarragona, S. (2005). *Medicamentos: salud, política y economía*. (1ª ed.). Buenos Aires: Isalud. Instituto universitario.
- González-Gil, T., Mendoza-Soto, A., Alonso-Lloret, F., Castro-Murga, R., Pose-Becerra, C. y Martín-Arribas, M. C. (2012). The Spanish version of the health-related quality of life questionnaire for children and adolescents with heart disease (PedsQL(TM)). *Revista Española De Cardiología (English Ed.), 65*(3), 249-257. doi:10.1016/j.recesp.2011.10.010

- González-Núñez, J., Orero, A. y Prieto, J. (2006). Storage of antibiotics in Spanish households. *Revista Española De Quimioterapia*, 19(3), 275-285.
- Gracia, D. y Lorenzo, P. (2009). Historia de la farmacología: conceptos, clasificación. En P. Lorenzo (Ed.), *Velázquez. Farmacología básica y clínica*. (18ª ed., pp. 1-10). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Greening, L., Stoppelbein, L. y Luebbe, A. (2010). The moderating effects of parenting styles on African-American and Caucasian children's suicidal behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 357-369. doi: 10.1007/s10964-009-9459-z
- Groeneveld, I. F., Sosa, E. S., Pérez, M., Fiuza-Luces, C., Gonzalez-Saiz, L., Gallardo, C., . . . Lucia, A. (2012). Health-related quality of life of Spanish children with cystic fibrosis. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 21(10), 1837-1845. doi:10.1007/s11136-011-0100-8
- Guillem, P., Francés, F., Giménez, F. y Sáiz, C. (2010). Estudio sobre automedicación en población universitaria española. *Revista Clínica De Medicina De Familia*, 3(2), 99-103.
- Hamza, C. A. y Willoughby, T. (2011). Perceived parental monitoring, adolescent disclosure, and adolescent depressive symptoms: A longitudinal examination. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(7), 902-915. doi: 10.1007/s10964-010-9604-8
- Haraldstad, K., Sørum, R., Eide, H., Natvig, G., Karin y Helseth, S. (2011). Pain in children and adolescents: Prevalence, impact on daily life, and parents' perception, a school survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 27-36. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00785.x

- Harralson, T. L. y Lawler, K. A. (1992). The relationship of parenting styles and social competency to type a behavior in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(7), 625-634. doi:10.1016/0022-3999(92)90052-4
- Harris, J. R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102(3), 458-489. doi: 10.1037/0033-295X.102.3.458
- Haycraft, E. y Blissett, J. (2010). Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite*, 54(1), 221-224. doi:10.1016/j.appet.2009.11.009
- Heaven, P. y Ciarrochi, J. (2008). Parental styles, gender and the development of hope and self-esteem. *European Journal of Personality*, 22(8), 707-724. doi:10.1002/per.699
- Helseth, S. y Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: What it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1454-1461. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03069.x
- Herman-Stahl, M., Krebs, C. P., Kroutil, L. A. y Heller, D. C. (2007). Risk and protective factors for methamphetamine use and nonmedical use of prescription stimulants among young adults aged 18 to 25. *Addictive Behaviors*, 32(5), 1003-1015. doi:10.1016/j.addbeh.2006.07.010
- Hernández-Guzmán, L. y Sánchez-Sosa, J. J. (1996). Parent-child interactions predict anxiety in Mexican adolescents. *Adolescence*, 31(124), 955-963.
- Hersh, M. A. y Hussong, A. M. (2009). The association between observed parental emotion socialization and adolescent self-medication. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 493-506. doi:10.1007/s10802-008-9291-z

- Hoeve, M., Dubas, J. S., Gerris, J. R. M., Van der Laan, P. H. y Smeenk, W. (2011). Maternal and paternal parenting styles: Unique and combined links to adolescent and early adult delinquency. *Journal of Adolescence*, 34(5), 813-827. doi:10.1016/j.adolescence.2011.02.004
- Hoftun, G. B., Romundstad, P. R., Zwart, J. A. y Rygg, M. (2011). Chronic idiopathic pain in adolescence - high prevalence and disability: The young HUNT study 2008. *Pain*, 10, 2259-66. doi: 10.1016/j.pain.2011.05.007
- Holstiege, J. y Garbe, E. (2013). Systemic antibiotic use among children and adolescents in Germany: A population-based study. *European Journal of Pediatrics*, 172(6), 787-795. doi:10.1007/s00431-013-1958-y
- Iglesias, B. y Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 14(2), 63-77.
- Inciardi, J. A., Surratt, H. L., Cicero, T. J., Rosenblum, A., Ahwah, C., Bailey, J. E., . . . Burke, J. J. (2010). Prescription drugs purchased through the internet: Who are the end users? *Drug and alcohol*, 10(1-2), 21-29. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.01.015
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Defunciones según la causa de muerte*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Encuesta nacional de salud 2011-2012*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.
- Jabaghourian, J. J., Sorkhabi, N., Quach, W. y Strage, A. (2014). Parenting styles and practices of Latino parents and Latino fifth graders' academic, cognitive, social, and

- behavioral outcomes. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 36(2), 175. doi: 10.1177/0739986314523289
- Jabeen, F., Anis-ul-Haque, M. y Riaz, M. N. (2013). Parenting styles as predictors of emotion regulation among adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 28(1), 85-105.
- Jácome, A. (2003). *Historia de los medicamentos* (1ª ed.). Bogotá: Academia nacional de medicina.
- James, D. H. y French, D. P. (2008). The development of the self-medicating scale (SMS): A scale to measure people's beliefs about self-medication. *Pharm World and Science*, 30, 794-800. doi:10.1007/s11096-008-9227-2
- James, H., Handu, S. S., Al Khaja, K., Otoom, S. y Sequeira, R. P. (2006). Evaluation of the knowledge, attitude and practice of self-medication among first-year medical students. *Medical Principles and Practice*, 15, 270-275. doi: 10.1159/000092989
- Jiménez, J. M. y Muñoz, A. (2005). Socialización familiar y estilos educativos a comienzos del siglo XXI. *Estudios De Psicología*, 26(3), 315-327.
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Granado-Alcón, M. C. y López, A. (2012). Parental knowledge and adolescent adjustment: Substance use and health-related quality of life. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 132-144. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n1.37297
- Jiménez-Orozco, F. A. y Mandoki, J. J. (2008). Desarrollo histórico de los conceptos básicos de la farmacología. En N. Mendoza (Ed.), *Farmacología médica* (pp. 3-13). Madrid: Editorial médica Panamericana.

- Kakihara, F., Tilton-Weaver, L., Kerr, M. y Stattin, H. (2010). The relationship of parental control to youth adjustment: Do youths' feelings about their parents play a role? *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1442-1456. doi: 10.1007/s10964-009-9479-8
- Kazemi, A. y Oreyzi, H. R. (2008). The cigarette smoking status in high school students and its relationship with parenting style of their mothers. *Journal of Psychology*, 12(45), 104-118.
- Kazmi, S. F., Sajjid, M. y Pervez, T. (2011). Parental style and academic achievement among the students. *International Journal of Academic Research*, 3(2), 582-588.
- Kerr, M., Stattin, H. y Özdemir, M. (2012). Perceived parenting style and adolescent adjustment: Revisiting directions of effects and the role of parental knowledge. *Developmental Psychology*, 48(6), 1540-1553. doi:10.1037/a0027720
- Kheiroddin, J. B., Esmaili, B., Gholamzadeh, M. y Mohammadpoor, W. (2012). The relationship between parenting styles and identity styles in adolescent. *Journal of Psychology*, 16(2), 161-175.
- Kimbrel, N. A., Cobb, A. R., Mitchell, J. T., Hundt, N. E. y Nelson-Gray, R. (2008). Sensitivity to punishment and low maternal care account for the link between bulimic and social anxiety symptomology. *Eating Behaviors*, 9(2), 210-217. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.09.005
- Klemenc-Ketis, Z., Hladnik, Z. y Kersnik, J. (2011). A cross sectional study of sex differences in self-medication practices among university students in Slovenia. *Collegium Antropologicum*, 35(2), 329-334.

- Kliwer, W. y Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health, 40*(5), 448-455. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.148
- Kokkevi, A., Fotiou, Anastasios, Arapaki, A. y Richardson, C. (2008). Prevalence, patterns, and correlates of tranquilizer and sedative use among European adolescents. *Journal of Adolescent Health, 43*(6), 584-592. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.05.001
- Koller, D., Hoffmann, F., Tholen, K., Windt, R., Glaeske, G. y Maier, W. (2012). Variation in antibiotic prescriptions: Is area deprivation an explanation? Analysis of 1.2 million children in Germany. *Infection, 41*(1), 1-7. doi:10.1007/s15010-012-0302-1
- Kramer, K. Z. (2012). Parental behavioural control and academic achievement: Striking the balance between control and involvement. *Research in Education, 88*, 85-98. doi: 10.7227/RIE.88.1.8
- Kregar, G. y Filinger, E. (2005). ¿Qué se entiende por automedicación? *Acta Farmacéutica Bonaerense, 24*(1), 130-133.
- Kristjansson, A. L. y Sigfusdottir, I. D. (2009). The role of parental support, parental monitoring, and time spent with parents in adolescent academic achievement in Iceland: A structural model of gender differences. *Scandinavian Journal of Educational Research, 53*(5), 481-496. doi: 10.1080/00313830903180786
- Kun, B. y Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance use y Misuse, 45*(7-8), 1131-1160. doi:10.3109/10826080903567855
- Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). Factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en

jóvenes de la CAPV. *Instituto Deusto de drogodependencia*. Recuperado de http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf

Lakić, A. (2012). Quality of life in childhood and adolescence: From concept to practice. *Vojnosanitetski Pregled. Military-Medical and Pharmaceutical Review*, 69(3), 257-259.

Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L. y Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62(5), 1049-1065. doi:10.2307/1131151

Latendresse, S. J., Rose, R. J., Viken, R. J., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D. M. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(2), 322-330. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00583.x

Ledoux, S., Choquet, M. y Manfredi, R. (1994). Self-reported use of drugs for sleep or distress among French adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 15, 495-502. doi: 10.1016/1054-139X(94)90498-R

Légaré, N. (2008). Les médicaments en vente libre comme substances d'abus: Revue d'un phénomène méconnu. *Drogues, Santé Et Société*, 7(1), 129-151.

León, J. M. (2004). Fundamentos de la psicología de la salud. En J. M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros y I. M. Herrera (Eds.), *Psicología de la salud y de la calidad de vida* (1ª ed., pp. 15-39). Barcelona: UOC.

- Levine, D. A. (2007). "Pharming": The abuse of prescription and over-the-counter drugs in teens. *Current Opinion in Pediatrics*, 19, 270-274. doi: 10.1097/MOP.0b013e32814b09cf
- Lewis, C. C. (1981). The effects of parental firm control: A reinterpretation of findings. *Psychological Bulletin*, 90(3), 547-563. doi:10.1037/0033-2909.90.3.547
- Lewis-Morrarty, E., Degnan, K. A., Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., Cheah, C. S. L., Pine, D. S., . . . Fox, N. A. (2012). Maternal over-control moderates the association between early childhood behavioral inhibition and adolescent social anxiety symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(8), 1363-1373. doi: 10.1007/s10802-012-9663-2
- Leza, J. C. y Lizasoain, I. (2009). Fármacos antiinflamatorios no esteroideos y otros analgésicos-antipiréticos. En P. Lorenzo, A. Moreno, I. Lizasoain, J. C. Leza, M. A. Moro y A. Portolés (Eds.), *Velázquez. Farmacología básica y clínica* (18ª ed., pp. 513-531). Madrid: Editorial médica panamericana.
- Liem, J. H., Cavell, E. C. y Lustig, K. (2010). The influence of authoritative parenting during adolescence on depressive symptoms in young adulthood: Examining the mediating roles of self-development and peer support. *Journal of Genetic Psychology*, 171(1), 73-92. doi: 10.1080/00221320903300379
- Llanes, R., Aragón, A., Sillero, M. y Martín, M. D. (2000). ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. *Atención Primaria*, 26(1), 11-15.
- Lobera, I. J., Ríos, P. B. y Casals, O. G. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(8), 728-735. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01723.x

- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C. y Lizasoain, I. (2009). En Lorenzo P., Ladero J. M., Leza J. C. and Lizasoain I. (Eds.), *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (3ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lugo, L. H., García, H. I. y Gómez, C. (2002). Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. *Iatreia*, 15(2), 96-102.
- Luyckx, K., Tildesley, E. A., Soenens, B., Andrews, J. A., Hampson, S. E., Peterson, M. y Duriez, B. (2011). Parenting and trajectories of children's maladaptive behaviors: A 12-year prospective community study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 40(3), 468-478. doi: 10.1080/15374416.2011.563470
- Ma, J., Han, Y., Grogan-Kaylor, A., Delva, J. y Castillo, M. (2012). Corporal punishment and youth externalizing behavior in Santiago, Chile. *Child Abuse y Neglect: The International Journal*, 36(6), 481-490. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.03.006
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen y M. E. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol.4. Socialization, personality and social development* (4ª ed., pp. 1-101) New York: Wiley.
- Maccoby, E. E. (1992). Trends in the study of socialization: Is there a lewinian heritage? *Journal of Social Issues*, 48(2), 171-185. doi: 10.1111/j.1540-4560.1992.tb00892.x
- Maestro, B. (2006). Fundamentos de sociología de la salud. En J. M. Antequera (Ed.), *Derecho sanitario y sociedad* (1ª ed., pp. 173-217) Díaz de Santos.

- Mallett, K. A., Turrisi, R., Ray, A. E., Stapleton, J., Abar, C., Mastroleo, N. R., . . . Larimer, M. E. (2011). Do parents know best? Examining the relationship between parenting profiles, prevention efforts, and peak drinking in college students. *Journal of Applied Social Psychology, 41*(12), 2904-2927. doi:10.1111/j.1559-1816.2011.00860.x
- Mareš, J. y Neusar, A. (2010). Silent voices: Children's quality of life concepts. *Studia Psychologica, 52*(2), 81-100.
- Marsh, A. y Dale, A. (2005). Risk factors for alcohol and other drug disorders: A review. *Australian Psychologist, 40*(2), 73-80. doi: 10.1080/00050060500094662
- Martínez, I., Fuentes, M. C., García, F. y Madrid, E. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones, 5*(3), 235-242.
- Martins, A. P., da Costa, A., Mendes, Z., Soares, M. A., Ferreira, P. y Nogueira, A. (2002). Self-medication in a Portuguese urban population: A prevalence study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 11*, 409-414. doi:10.1002/pds.711
- Mason, W. A., Hitch, J. E. y Spoth, R. L. (2009). Special populations: Adolescents: Longitudinal relations among negative affect, substance use, and peer deviance during the transition from middle to late adolescence. *Substance use y Misuse, 44*(8), 1142-1159. doi:10.1080/10826080802495211
- McCabe, S. E., West, B. T., Morales, M., Cranford, J. A. y Boyd, C. J. (2007). Does early onset of non-medical use of prescription drugs predict subsequent prescription drug abuse and dependence? Results from a national study. *Addiction, 102*(12), 1920-1930. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02015.x

- McCabe, S. E., Knight, J. R., Teter, C. J. y Wechsler, H. (2005). Non-medical use of prescription stimulants among US college students: Prevalence and correlates from a national survey. *Addiction*, *100*(1), 96-106. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.00944.x
- McCabe, S. E., Teter, C. J. y Boyd, C. J. (2006). Medical use, illicit use, and diversion of abusable prescription drugs. *Journal of American College Health*, *54*(5), 269-278. doi:10.3200/JACH.54.5.269-278
- McCauley, J. L., Danielson, C. K., Amstadter, A. B., Ruggiero, K. J., Resnick, H. S., Hanson, R. F., . . . Kilpatrick, D. G. (2010). The role of traumatic event history in non-medical use of prescription drugs among a nationally representative sample of US adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(1), 84-93. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02134.x
- McEwen, C. y Flouri, E. (2009). Fathers' parenting, adverse life events, and adolescents' emotional and eating disorder symptoms: The role of emotion regulation. *European Child y Adolescent Psychiatry*, *18*(4), 206-216. doi:10.1007/s00787-008-0719-3
- McGuire, S., Manke, B., Saudino, K. J., Reiss, D., Hetherington, E. M. y Plomin, R. (1999). Perceived competence and self-worth during adolescence: A longitudinal behavioral genetic study. *Child Development*, *70*(6), 1283-1296. doi:10.1111/1467-8624.00094
- McKinney, C. y Renk, K. (2011). A multivariate model of parent-adolescent relationship variables in early adolescence. *Child Psychiatry and Human Development*, *42*(4), 442-462. doi: 10.1007/s10578-011-0228-3

- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V. y Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults the meditational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1115-1127. doi:10.1016/S0306-4603(02)00224-1
- McNulty, C. A. M., Boyle, P., Nichols, T., Clappison, D. P. y Davey, P. (2006). Antimicrobial drugs in the home, United Kingdom. *Emerging Infectious Diseases*, 12(10), 1523-1526. doi: 10.3201/eid1210.051471
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C. y Abel, T. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 18(9), 1147-1157. doi:10.1007/s11136-009-9538-3
- Ministerio de la Presidencia. (2006). *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Alcohol y menores. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/campannas/campanas07/alcoholmenores.htm>

- Monahan, C. J., Bracken-Minor, K., McCausland, C. M., McDevitt-Murphy, M. y Murphy, J. G. (2012). Health-related quality of life among heavy-drinking college students. *American Journal of Health Behavior*, 36(3), 289-299. doi:10.5993/AJHB.36.3.1
- Montgomery, C., Fisk, J. E. y Craig, L. (2008). The effects of perceived parenting style on the propensity for illicit drug use: The importance of parental warmth and control. *Drug and Alcohol Review*, 27(6), 640-649. doi:10.1080/09595230802392790
- Morales, M., Llopis, A., Caamaño, F., Gimeno, N., Ruiz, E. y Rojo, L. (2009). Adolescents in Spain: Use of medicines and adolescent lifestyles. *Pharmacy World y Science: PWS*, 31(6), 656-663. doi:10.1007/s11096-009-9324-x
- Morcillo, E. J. y Cortijo, J. (2009). Fármacos antitusígenos, expectorantes y mucolíticos. En P. Lorenzo, A. Moreno, I. Lizasoain, J. C. Leza, M. A. Moro y A. Portolés (Eds.), *Velázquez. Farmacología básica y clínica* (18ª ed., pp. 717-727). Madrid: Editorial médica panamericana.
- Morell, M. E., Martínez, C. y Quintana, J. L. (2009). Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 11, 491-512.
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buéla-Casal (Ed.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (1ª ed., pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.
- Moynihan, R., Doran, E. y Henry, D. (2008). Disease mongering is now part of the global health debate. *Plos Medicine*, 5(5), e106. doi:10.1371/journal.pmed.0050106
- Muscat, M., Monnet, D. L., Klemmensen, T., Grigoryan, L., Jensen, M. H., Andersen, M. ... Haaijer-Ruskamp, F. M. (2006). Patterns of antibiotic use in the community in Denmark.

Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 38, 597-603. doi:10.1080/00365540600606507

Musitu, G. (2000). Socialización familiar y valores en el adolescente. *Anuario De Psicología*, 31(2), 15-32.

Nabors, L. A., Lehmkuhl, H. D., Parkins, I. S. y Drury, A. M. (2004). Reading about over-the-counter medications. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 27(4), 297-305. doi:10.1080/01460860490884192

National Institute on Drug Abuse. (2012). *Medicamentos con o sin prescripción médica*. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion>.

Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C. y Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: An integrative literature review. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 16(1), 142-150. doi:10.1590/S0104-11692008000100022

Nichols, W. K. (2003). Drogas respiratorias. En A. R. Gennaro (Ed.), *Remington farmacia* (20^a ed., pp. 1530-1538). Madrid: Editorial médica panamericana.

Obermeyer, C. M., Schulein, M., Hardon, A., Sievert, L. L., Price, K., Santiago, A. C., . . . Neuman, M. (2004). Gender and medication use: An exploratory, multi-site study. *Women and Health*, 39(4), 57-73. doi: 10.1300/J013v39n04_04

Okoro, C. A., Brewer, R. D., Naimi, T. S., Moriarty, D. G., Giles, W. H. y Mokdad, A. H. (2004). Binge drinking and health-related quality of life: Do popular perceptions match

reality? *American Journal of Preventive Medicine*, 26(3), 230-233. doi:
10.1016/j.amepre.2003.10.022

Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes De Psicología*, 25(3), 239-254.

Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario De Psicología*, 37(3), 209-223.

Oliva, A., Parra, Á y Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia Y Aprendizaje / Journal for the Study of Education and Development*, 31(1), 93-106. doi:10.1174/021037008783487093

Opaleye, E. S., Ferri, C. P., Locatelli, D. P., Amato, T. C. y Noto, A. R. (2014). Nonprescribed use of tranquilizers and use of other drugs among Brazilian students. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 36(1), 16-23. doi:10.1590/1516-4446-2013-1180

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Alcohol*. Recuperado de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Preámbulo de la constitución de la OMS*.
Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1998). *El papel del farmacéutico en el autocuidado y la automedicación*. Recuperado de <http://safyb.org.ar/archivos/OMSAutocuidado.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia*. (915). Recuperado de
<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4898s/>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Medicamentos: Seguridad y reacciones adversas*.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs293/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Medicamentos: Uso racional de medicamentos*.

Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Tabaco*. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/index.html>

Orueta, R., Gómez-Calcerrada, R. M. y Sánchez, A. (2008). Actualización en medicina de familia. Automedicación. *Semergen*, 34(3), 133-137. doi: 10.1016/S1138-3593(08)71865-

3

Orueta, R., Santos, C., González, E., Fagundo, E. M., Alejandre, G., Carmona de la Morena, J., . . . Butrón, T. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Médica De Medicina De Familia*, 4(2), 150-161.

Osemene, K. P. y Lamikanra, A. (2012). A study of the prevalence of self-medication practice among university students in Southwestern Nigeria. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 11(4), 683-689. doi:10.4314/tjpr.v11i4.21

Osorio, F. (2006). Los medicamentos y la industria farmacéutica. En Ediciones Novedades Educativas (Ed.), *Uso y abuso de drogas: Adicción, disciplinamiento y control. Sustancias tóxicas legales e ilegales* (1ª ed., pp. 25-40). Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.

Ossa, C., Navarrete, L. y Jiménez, A. (2014). Estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de adolescentes de un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán (Chile). *Investigación Y Desarrollo*, 22(1), 39-57.

- Palacios, J. (1999). La familia y su papel en el desarrollo afectivo y social. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (Eds.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 267-284). Madrid: Pirámide.
- Palacios, J. y Rodrigo, M. J. (1998). La familia como contexto de desarrollo humano. En M. J. Rodrigo y J. Palacios-González (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 25-44). Madrid: Alianza.
- Palacios-Delgado, J. R. y Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema en adolescentes. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria*, 7, 7-18.
- Palacio-Vieira, J. A., Villalonga-Olives, E., Valderas, J. M., Espallargues, M., Herdman, M., Berra, S., . . . Rajmil, L. (2008). Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care y Rehabilitation*, 17(10), 1207-1215. doi:10.1007/s11136-008-9405-7
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Holguín, S. R. y Cadaveira, F. (2011). Binge drinking and declarative memory in university students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(8), 1475-1484. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01484.x
- Parens, E. y Johnston, J. (2008). Understanding the agreements and controversies surrounding childhood psychopharmacology. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 5-5. doi:10.1186/1753-2000-2-5

- Parra, Á y Oliva, A. (2006). Un análisis longitudinal sobre las dimensiones relevantes del estilo parental durante la adolescencia. *Infancia Y Aprendizaje / Journal for the Study of Education and Development*, 29(4), 453-470. doi:10.1174/021037006778849594
- Patock-Peckham, J., King, K. M., Morgan-Lopez, A., Ulloa, E. C. y Filson, J. M. (2011). Gender-specific mediational links between parenting styles, parental monitoring, impulsiveness, drinking control, and alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(2), 247-258. doi: 10.15288/jsad.2011.72.247
- Pereira, F., Bucarechi, F., Stephan, C. y Cordeiro, R. (2007). Self-medication in children and adolescents. *Jornal De Pediatria*, 83(5), 453-458. doi: 10.2223/JPED.1703
- Peretta, M. D. (2005a). Úlcera, gastritis, dispepsias e indigestión. En M. D. Peretta (Ed.), *Reingeniería farmacéutica* (2ª ed., pp. 231-255). Madrid: Editorial médica panamericana.
- Peretta, M. D. (2005b). Veinte siglos de historia farmacéutica. *Reingeniería farmacéutica* (2ª ed., pp. 3-12). Madrid: Editorial médica panamericana.
- Pettit, G. S. y Arsiwalla, D. D. (2008). Commentary on special section on 'bidirectional parent-child relationships': The continuing evolution of dynamic, transactional models of parenting and youth behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 711-718. doi:10.1007/s10802-008-9242-8
- Piko, B.F. y Balázs, M.A. (2012). Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors*, 37(3), 353-356. doi:10.1016/j.addbeh.2011.11.022
- Plan Nacional sobre drogas. (2007a). *Guía sobre drogas 2007-alcohol*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/Guia2008/alcohol.htm>

Plan Nacional sobre drogas. (2007b). *Guías sobre drogas 2007-tabaco*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/Guia2008/tabaco.htm>

Pommier, J., Billot, L., Mouchtouris, A., Deschamps, J. P., Romero, M. I. y Zubarew, T. (2002). French adolescent attitudes towards informal care for physical and emotional or relational problems. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 91(4), 466-474. doi: 10.1111/j.1651-2227.2002.tb01672.x

Pons, X. (2006). *Materiales para la intervención social y educativa ante el consumo de drogas*. España: Editorial Club Universitario.

Pons, X. y Berjano, E. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617.

Quiceno, J. M. y Alpi, S. V. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: Una aproximación conceptual. *Psicología Y Salud*, 18(1), 37-44.

Raboteg-Saric, Z. y Sakic, M. (2014). Relations of parenting styles and friendship quality to self-esteem, life satisfaction and happiness in adolescents. *Applied Research in Quality of Life*, 9(3), 749. doi: 10.1007/s11482-013-9268-0

Rajmil, L., Estrada, M. D., Herdman, M., Serra-Sutton, V. y Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: Revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 34-43.

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., Wetzel, R., Nickel, J. y Bullinger, M. (2006). Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: Methodological considerations. *Pharmacoeconomics*, 24(12), 1199-1220. doi:10.216kid5/00019053-200624120-00005

- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M. y Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: Development, current application, and future advances. *Quality of Life Research*, 23 (3), 791-803. doi: 10.1007/s11136-013-0428-3
- Reimuller, A., Shadur, J. y Hussong, A. M. (2011). Parental social support as a moderator of self-medication in adolescents. *Addictive Behaviors*, 36(3), 203-208. doi:10.1016/j.addbeh.2010.10.006
- Reissig, C. J., Carter, L. P., Johnson, M. W., Mintzer, M. Z., Klinedinst, M. A. y Griffiths, R. R. (2012). High doses of dextromethorphan, an NMDA antagonist, produce effects similar to classic hallucinogens. *Psychopharmacology*, 223(1), 1-15. doi:10.1007/s00213-012-2680-6
- Rhee, K. (2008). Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 615(1), 12-37. doi:10.1177/0002716207308400
- Riaño-Galán, I., Málaga, S., Rajmil, L., Ariceta, G., Navarro, M., Loris, C. y Vallo, A. (2009). Quality of life of adolescents with end-stage renal disease and kidney transplant. *Pediatric Nephrology (Berlin, Germany)*, 24(8), 1561-1568. doi:10.1007/s00467-009-1175-0
- Riekert, K. A. y Drotar, D. (2002). The beliefs about medication scale: Development, reliability, and validity. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(2), 177-184. doi:10.1023/A:1014900328444
- Riggs, P. (2008). Non-medical use and abuse of commonly prescribed medications. *Current Medical Research and Opinion*, 24(3), 869-877. doi:10.1185/030079908X273435

- Riley, A. W. (2004). Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambulatory Pediatrics: The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association*, 4(4), 371-376. doi: 10.1367/A03-178R.1
- Rinaldi, C. M. y Howe, N. (2012). Mothers' and fathers' parenting styles and associations with toddlers' externalizing, internalizing, and adaptive behaviors. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(2), 266-273. doi: 10.1016/j.ecresq.2011.08.001
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210.
- Rojas, J. y Zubizarreta, M. (2007). Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de la salud. *Revista Cubana De Enfermería*, 23(1), 1-12.
- Roncada, C., Mattiello, R., Pitrez, P. M. y Sarria, E. E. (2013). Specific instruments to assess quality of life in children and adolescents with asthma. *Jornal De Pediatria*, 89(3), 217-225. doi:10.1016/j.jpmed.2012.11.010
- Ross-Durow, P., McCabe, S. E. y Boyd, C. J. (2013). Adolescents' access to their own prescription medications in the home. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 260-264. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.02.012
- Rothrauff, T. C., Cooney, T. M. y An, J. S. (2009). Remembered parenting styles and adjustment in middle and late adulthood. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(1), 137-146. doi: 10.1093/geronb/gbn008
- Ruíz-Sternberg, A. M. y Pérez-Acosta, A. M. (2011). Automedicación y términos relacionados: Una reflexión conceptual. *Revista Ciencias De La Salud*, 9(1), 83-97.

- Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Sandoval, C. J. (2010). El autocuidado. El valor del autocuidado como estilo de vida saludable. *Revista Corporeizando*, 1(4), 72-82.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). En Schalock R. L., Verdugo M. A. (Eds.), *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales* (M. A. Verdugo, C. Jenaro Trans.). (1ª ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Schepis, T. S. y Hakes, J. K. (2014). Full length article: The association between nonmedical use of prescription medication status and change in health-related quality of life: Results from a nationally representative survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 161-167. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.06.009
- Schucksmith, J., Hendry, L. B. y Glendinning, A. (1995). Models of parenting: Implications for adolescent well-being within different types of family contexts. *Journal of Adolescent*, 18, 253-270. doi: 10.1006/jado.1995.1018
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia Y Enfermería*, 9(2), 9-21. doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Scicluna, E. A., Borg, M. A., Gür, D., Rasslan, O., Taher, I., Redjeb, S. B., . . . Daoud, Z. (2009). Self-medication with antibiotics in the ambulatory care setting within the Euro-

- Mediterranean region; results from the ARMed project. *Journal of infection and public health*, 2(4), 189-197. doi:10.1016/j.jiph.2009.09.004
- Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R. y Vallejo-Seco, G. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child y Adolescent Substance Abuse*, 14(3), 1-15. doi:10.1300/J029v14n03_01
- SeyedMosavi, P. S., Ali, H. N. y Ghanbri, S. (2008). The study of relationship between parenting styles and externalizing symptoms in 7 to 9 year old children. *Journal of Family Research*, 4(1), 37-49.
- Sheldrick, R. C., Neger, E. N., Shipman, D. y Perrin, E. C. (2012). Quality of life of adolescents with autism spectrum disorders: Concordance among adolescents' self-reports, parents' reports, and parents' proxy reports. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care y Rehabilitation*, 21(1), 53-57. doi:10.1007/s11136-011-9916-5
- Sher-Censor, E., Parke, R. D. y Coltrane, S. (2011). Parents' promotion of psychological autonomy, psychological control, and Mexican-American adolescents' adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(5), 620-632. doi: 10.1007/s10964-010-9552-3
- Simó, S., Fraile, D., Sánchez, A. y García-Algar, O. (2013). Dispensing of over-the-counter drugs in pharmacies. *Anales De Pediatría*, 79(1), 10-14. doi:10.1016/j.anpedi.2012.10.015
- Simons, J. S., Gaher, R. M., Correia, C. J., Hansen, C. L. y Christopher, M. S. (2005). An affective-motivational model of marijuana and alcohol problems among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(3), 326-334. doi:10.1037/0893-164X.19.3.326

- Siponen, S., Ahonen, R., Kiviniemi, V. y Hämeen-Anttila, K. (2013). Association between parental attitudes and self-medication of their children. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 35(1), 113-120. doi:10.1007/s11096-012-9715-2
- Skarstein, S., Rosvold, E., O., Helseth, S., Kvarme, L., G., Holager, T., Småstuen, M., C. y Lagerløv, P. (2014). High-frequency use of over-the-counter analgesics among adolescents: Reflections of an emerging difficult life, a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 49-56. doi:10.1111/scs.12039
- Skouteris, H., McCabe, M., Ricciardelli, L. A., Milgrom, J., Baur, L. A., Aksan, N. y Dell'Aquila, D. (2012). Parent-child interactions and obesity prevention: A systematic review of the literature. *Early Child Development and Care*, 182(2), 153-174. doi:10.1080/03004430.2010.548606
- Skurtveit, S., Selmer, R., Tverdal, A. y Furu, K. (2008). The validity of self-reported prescription medication use among adolescents varied by therapeutic class. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(714), 717. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.11.013
- Sloand, E. D. y Vessey, J. A. (2001). Self-medication with common household medicines by young adolescents. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 24(1), 57-67.
- Smits, I., Soenens, B., Luyckx, K., Duriez, B., Berzonsky, M. y Goossens, L. (2008). Perceived parenting dimensions and identity styles: Exploring the socialization of adolescents' processing of identity-relevant information. *Journal of Adolescence*, 31(2), 151-164.
- Soenens, B., Berzonsky, M. D., Dunkel, C. S. y Papini, D. R. (2011). The role of perceived parental dimensions and identification in late adolescents' identity processing styles.

Identity: An International Journal of Theory and Research, 11(3), 189-210.
doi:10.1080/15283488.2011.594781

Soenens, B., Park, S., Vansteenkiste, M. y Mouratidis, A. (2012). Perceived parental psychological control and adolescent depressive experiences: A cross-cultural study with Belgian and South-Korean adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(2), 261-272. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.05.001

Soenens, B., Vansteenkiste, M., Vandereycken, W., Luyten, P., Sierens, E. y Goossens, L. (2008). Perceived parental psychological control and eating-disordered symptoms: Maladaptive perfectionism as a possible intervening variable. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 144-152. doi:10.1097/NMD.0b013e318162aabf

Solans, M., Pane, S., Estrada, M., Serra-Sutton, V., Berra, S., Herdman, M., . . . Rajmil, L. (2008). Health-related quality of life measurement in children and adolescents: A systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11(4), 742-764. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00293.x

Springer, A., Parcel, G., Baumler, E. y Ross, M. (2006). Supportive social relationships and adolescent health risk behavior among secondary school students in El Salvador. *Social Science y Medicine*, 62(7), 1628-1640. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.018

Stasio, M. J., Curry, K., Sutton-Skinner, K. y Glassman, D. M. (2008). Over-the-counter medication and herbal or dietary supplement use in college: Dose frequency and relationship to self-reported distress. *Journal of American College Health*, 56(5), 535-547. doi:10.3200/JACH.56.5.535-548

- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N. y Mounts, N. S. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 65(3), 754-770. doi:10.2307/1131416
- Stevens, S. L., Colwell, B., Smith, D. W., Robinson, J. y McMillan, C. (2005). An exploration of self-reported negative affect by adolescents as a reason for smoking: Implications for tobacco prevention and intervention programs. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 41(2), 589-596. doi:10.1016/j.ypmed.2004.11.028
- Stoelben, S., Krappweis, J., Rössler, G. y Kirch, W. (2000). Adolescents' drug use and drug knowledge. *European Journal of Pediatrics*, 159(8), 608-614. doi: 10.1007/s004310000503
- Stright, A. D., Gallagher, K. C. y Kelley, K. (2008). Infant temperament moderates relations between maternal parenting in early childhood and children's adjustment in first grade. *Child Development*, 79(1), 186-200. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01119.x
- Strine, T. W., Okoro, C. A., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Ford, E. S., Ajani, U. A. y Mokdad, A. H. (2005). Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2), 182-187. doi: 10.1016/j.amepre.2004.10.002
- Suldo, S. M. y Huebner, E. S. (2004). The role of life satisfaction in the relationship between authoritative parenting dimensions and adolescent problem behavior. *Social Indicators Research*, 66(1-2), 165-195. doi:10.1023/B:SOCI.0000007498.62080.1e

- Suldo, S. M., Mihalas, S., Powell, H. y French, R. (2008). Ecological predictors of substance use in middle school students. *School Psychology Quarterly*, 23(3), 373-388. doi:10.1037/1045-3830.23.3.373
- Sung, H., Richter, L., Vaughan, R., Johnson, P. B. y Thom, B. (2005). Nonmedical use of prescription opioids among teenagers in the United States: Trends and correlates. *Journal of Adolescent Health*, 37(1), 44-51. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.02.013
- Swain, M. S., Henschke, N., Kamper, S. J., Gobina, I., Ottová-Jordan, V. y Maher, C. G. (2014). An international survey of pain in adolescents. *BMC Public Health*, 14(1), 1-18. doi:10.1186/1471-2458-14-447
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). En The KIDSCREEN Group Europe (Ed.), *The kidscreen questionnaires* (1ª ed.). Alemania: Pabst Science Publisher.
- The WHOQOL Group. (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from de world health organization. *Social Science y Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Tobón, O. y García, C. (2004). En Escobar L. F. (Ed.), *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud* (1ª ed.). Colombia: Universidad de Caldas.
- Torio, S., Peña, J. V. y Rodriguez, M. C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría De La Educación*, 20, 151-178.
- Trajanovska, M., Manias, E., Cranswick, N. y Johnston, L. (2010). Use of over-the-counter medicines for young children in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(1-2), 5-9. doi:10.1111/j.1440-1754.2009.01609.x

Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, 21, 76-86.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2011). *The non-medical use of prescription drugs*.

Recuperado de

<https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/nonmedical-use-prescription-drugs.pdf>

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica De Chile*, 138, 358-365.

Urzúa, A., Julio, C., Páez, D., Sanhueza, J. y Caqueo, A. (2013). Are there any differences in the assessment of quality of life when children score the importance of what is asked to them? *Archivos Argentinos De Pediatría*, 111(2), 98-104. doi:10.1590/S0325-00752013000200003

Vacas, E., Castellà, I., Sánchez, M., Pujol, A., Pallarés, M. y Balagué, M. (2009). Self-medication and the elderly. The reality of the home medicine cabinet. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 41(5), 269-274. doi:10.1016/j.aprim.2008.09.018

Vallerand, A. H., Fouladbakhsh, J. y Templin, T. (2005). Patients' choice for the self-treatment of pain. *Applied Nursing Research*, 18, 90-96.

Vara, A. M. (2008). Cómo medicalizar la vida diaria: La creación de enfermedades o "disease mongering". *Evidencia. Actualización En La Práctica Ambulatoria.*, 11(5), 7/05/2013-130.

- Viveros, J. E., Heredia, J. y Lago, J. A. (2012). *El gasto farmacéutico en España*. Recuperado de http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/ea_gasto_farmaceutico.pdf
- Wang, H. (2014). The relationship between parenting styles and academic and behavioral adjustment among urban Chinese adolescents. *Chinese Sociological Review*, 46(4), 19-40. doi:10.2753/CSA2162-0555460402
- Watabe, A. y Hibbard, D. R. (2014). The influence of authoritarian and authoritative parenting on children's academic achievement motivation: A comparison between the United States and Japan. *North American Journal of Psychology*, 16(2), 359-382.
- Weitkamp, K., Daniels, J., Rosenthal, S., Romer, G. y Wiegand-Grefe, S. (2013). Health-related quality of life: Cross-informant agreement of father, mother, and self-report for children and adolescents in outpatient psychotherapy treatment. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(2), 88-94. doi:10.1111/j.1475-3588.2012.00656.x
- Westerlund, M., Brånstad, J. y Westerlund, T. (2008). Medicine-taking behaviour and drug-related problems in adolescents of a Swedish high school. *Pharmacy World y Science: PWS*, 30(3), 243-250. doi: 10.1007/s11096-007-9168-1
- Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E., Öhman, A., Bergström, E. y Fjellman-Wiklund, A. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender--a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12(1), 993-1005. doi:10.1186/1471-2458-12-993
- Williams, P. S. y Hine, D. W. (2002). Parental behaviour and alcohol misuse among adolescents: A path analysis of mediating influences. *Australian Journal of Psychology*, 54(1), 17-24. doi:10.1080/00049530210001706473

Yang, Z. y Schaninger, C. M. (2010). The impact of parenting strategies on child smoking behavior: The role of child self-esteem trajectory. *Journal of Public Policy y Marketing*, 29(2), 232-247. doi:10.1509/jppm.29.2.232

Ylinen, S., Hämeen-Anttila, K., Sepponen, K., Lindblad, A. K. y Ahonen, R. (2010). The use of prescription medicines and self-medication among children: A population-based study in Finland, *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 19(10), 1000-1008. doi:10.1002/pds.1963