

Automedicación en una muestra de adolescentes y su asociación con el consumo de tabaco, alcohol y la calidad de vida relacionada con la salud

Y. Ortega Latorre¹, R. Jódar Anchía², P. Huerta Cebrián¹

¹Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas.

²Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas

Resumen

Introducción: El inicio del consumo de tabaco y alcohol y el descenso de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se producen mayoritariamente en la adolescencia, etapa en la que se desarrolla la automedicación. El objetivo del presente estudio es describir estas variables y explorar las diferencias por sexo y edad.

Sujetos y métodos: Estudio descriptivo transversal de una muestra de adolescentes. Se aplicó una escala de CVRS y cuatro indicadores de salud sobre el uso de medicamentos, tabaco y alcohol. Se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) para comprobar las diferencias entre sexos y edades en los consumos, el análisis multivariante de la varianza (MANOVA) para la CVRS y las correlaciones de Pearson para explorar las relaciones entre las variables.

Resultados: La tasa de consumo de analgésicos/antipiréticos fue del 65,1%, antibióticos del 40% y tranquilizantes/relejantes/para dormir del 9%, de los que se consumieron sin prescripción el 59,1, el 33 y el 63,3%, respectivamente. En el ANOVA se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos para el uso de medicación, y entre edades para el resto de los indicadores. El MANOVA mostró también diferencias en la CVRS según el sexo y la edad. Todas las correlaciones estadísticamente significativas (a excepción de la existente entre el «apoyo social y pares» y el «consumo de alcohol») fueron negativas.

Conclusiones: Las chicas presentan una peor CVRS y una mayor automedicación, y los adolescentes de 17 años una peor CVRS y un mayor consumo de medicamentos, tabaco y alcohol. Las correlaciones entre la CVRS y los indicadores son predominantemente negativas. Se encuentran correlaciones entre las dimensiones de CVRS y el consumo de sustancias, diferenciadas según el sexo y la edad.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Automedicación, tabaco, alcohol, calidad de vida, adolescencia

Abstract

Title: Self-medication in a sample of adolescents and its association with tobacco, alcohol, and quality of life related to health

Background: The beginning of alcohol consumption and smoking habits besides a decrease in health-related quality of life (HRQoL) take place mainly in adolescence, a stage in which self-medication behaviour is developed. The aim of the study is to describe these variables and explore sex and age differences.

Subjects and methods: Cross-sectional with adolescents. A scale of HRQoL and four health indicators were applied on the use of drugs, tobacco and alcohol. ANOVA was used to verify differences between sex and ages in these habits, MANOVA in HRQoL and Pearson correlations to analyse relationships between variables.

Results: The analgesics/antipyretics consumption were of 65.1%, antibiotics of 40% and tranquilizers/sedative/sleeping of 9%, and without prescription, 59.1, 33 and 63.3%, respectively. ANOVA found statistically significant differences between the sexes for medication use and between the ages for the rest of indicators. MANOVA also showed differences in HRQL for sex and age. All statistically significant correlations (except for social support and peers and alcohol use) were negative.

Conclusions: Girls showed worse health-related quality of life, higher levels of self-medication, while 17 years-old adolescent showed worse health-related quality of life, higher self-medication and tobacco and alcohol consumption. Correlations between health-related quality of life and tobacco, alcohol and medicaments are mostly negative. HRQL and substance consumption correlations varied in relation to age and gender.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Self-medication, tobacco, alcohol, quality of life, adolescence

Introducción

La automedicación puede constituir una conducta de riesgo, especialmente cuando la llevan a cabo personas vulnerables como los adolescentes¹, entre los que se está produciendo en las últimas décadas un incremento de la misma sin que paralelamente haya tenido lugar un aumento de patologías².

En la adolescencia, el despertar de la conducta autónoma se hace extensivo al uso de los medicamentos³, en ocasiones con la pretensión de manejar aspectos que afectan a su calidad de vida y condicionan su salud, como el bienestar físico y psíquico y sus relaciones con amigos, compañeros, padres y entorno escolar⁴. También en esta etapa se perfilan y consolidan hábitos que conformarán su estilo de vida, algunos de ellos con un claro impacto sobre la salud, entre los que destaca por su relevancia el consumo de sustancias psicoactivas⁵, especialmente las de mayor uso en nuestro país: el alcohol y el tabaco⁶.

La constatación de la relación entre el consumo de sustancias y una más deficiente calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) podría permitir establecer medidas más adecuadas de promoción y educación para la salud. Algunos autores^{2,7,8} apuestan por la relación de un conjunto de conductas de riesgo (consumo de sustancias, conducción temeraria, prácticas sexuales no seguras), entre las que podría encontrarse la automedicación.

El objetivo del estudio fue comprobar la asociación entre el consumo de medicamentos y el uso de tabaco y alcohol, así como explorar su asociación con una más precaria CVRS.

Sujetos y métodos

El estudio se llevó a cabo con adolescentes escolarizados en 3 centros de educación secundaria obligatoria y bachillerato de la Comunidad de Madrid. La elección de la edad de los participantes (14-17 años) se basó en que durante la adolescencia media y tardía se produce el inicio de la conducta de automedicación y del consumo de sustancias psicoactivas, lo que puede afectar a la CVRS del sujeto.

En entrevistas con los responsables del centro y los orientadores se explicó la finalidad del estudio, ofreciéndose garantías de confidencialidad en el manejo de los datos. Los 3 centros se hicieron responsables de la tramitación de la obtención de los permisos pertinentes de los padres de los menores.

Para medir la CVRS se aplicó la Escala de Likert, con 5 opciones de respuesta KIDSCREEN⁹, formada por 5 factores: 1) bienestar físico (indaga sobre la actividad física, energía y salud del adolescente); 2) bienestar psicológico (examina las emociones positivas, la satisfacción con la vida, la soledad y la tristeza); 3) relación con los padres y autonomía (explora la calidad de la interacción con los padres, el afecto y el apoyo que reciben de ellos, la autonomía y sus recursos financieros); 4) apoyo social y pares (indaga sobre la calidad de la interacción entre el sujeto y sus pares), y 5) entorno escolar (recoge la percepción del

adolescente sobre su aprendizaje, concentración en las tareas escolares y sentimientos hacia la escuela y los profesores). Para buscar diferencias en esta variable según la edad del sujeto, y debido al estrecho rango de edad de la muestra (14-17 años), se decidió realizar el análisis de correlaciones utilizando los grupos más extremos. El coeficiente α de Cronbach en la investigación original fue superior a 0,70 para todas las dimensiones.

Para medir el consumo de medicamentos se diseñaron dos indicadores. El «uso de medicación» indaga sobre el uso de medicamentos con diferentes propiedades terapéuticas (para aliviar el dolor/ fiebre, para bajar una inflamación, para tos/ catarro/gripe, para alergia, reconstituyentes/vitaminas/minerales, antibióticos, tranquilizantes/relajantes/para dormir, para el estómago o problemas digestivos, antidepresivos/estimulantes, para adelgazar, naturistas/homeopáticos y otros). El indicador «uso de medicación sin prescripción» recoge información del consumo sin receta médica de los medicamentos del grupo anterior.

El «uso de tabaco» se determinó estableciendo el consumo semanal y el número de cigarrillos consumidos, y el «uso de alcohol» a través de la frecuencia semanal de consumo y sus efectos («bebo poco, no noto los efectos», «bebo hasta que me noto mareado o alegre», «bebo hasta que noto náuseas o pierdo el conocimiento»).

Los métodos estadísticos empleados fueron el análisis de la varianza (ANOVA), el análisis multivariante de la varianza (MANOVA) y las correlaciones de Pearson, mediante el programa informático IBM SPSS Statistics para Windows, versión 20.0 (IBM Corporation, Nueva York, Estados Unidos).

Resultados

En la muestra formada por 665 sujetos con una media de edad \pm desviación estándar de $15,5 \pm 1,1$ años, el 52,9% eran chicas (con una media de edad de $15,5 \pm 1$ años) y el 47,1% chicos (con una media de edad de $15,6 \pm 1,1$ años). Los alumnos estaban cursando 3.º de la ESO (31,1%), 4.º de la ESO (33,1%) y 1.º o 2.º de Bachillerato (35,8%).

Se observa un elevado consumo de medicamentos para aliviar el dolor/ fiebre (65,1%), antibióticos (40%) y tranquilizantes/relajantes/para dormir (9%). Para explorar el uso de medicación se creó una variable que recogió el número de tipos de fármacos consumidos. Los resultados del ANOVA para el sexo y la edad como variables independientes mostraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos ($F [1, 657] = 10.106$; $p < 0,01$; η^2 al cuadrado parcial = 0,015). Las chicas presentaron un consumo superior en la mayor parte de los grupos terapéuticos, y el análisis de la χ^2 mostró la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en los grupos para aliviar el dolor/ fiebre y para la tos/ catarro/ gripe. El ANOVA no reveló diferencias por edades en el número total de tipos de medicamentos consumidos, pero el análisis de la χ^2 , conside-

TABLA 1
Medias (desviación estándar) para la puntuación total y la de los factores de la Escala CVRS según el sexo y la edad de los participantes

Edad (años)	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
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 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)

rando de forma independiente cada tipo de medicamento, confirmó la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en reconstituyentes/vitaminas/minerales y tranquilizantes/relajantes para dormir, y en antibióticos y medicamentos para adelgazar ($p < 0,05$).

Respecto al consumo de medicamentos sin prescripción, éste era superior al 40% en la mayoría de los grupos terapéuticos, y superior en las chicas también en la mayoría de los casos. Los resultados del ANOVA mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las edades ($F [3, 657] = 4.079$; $p = 0,007$; eta al cuadrado parcial = 0,018). El análisis *post hoc* permitió apreciar diferencias de medias estadísticamente significativas entre los 14 y los 17 años ($D_{1,17} = -0,5424$; $p = 0,013$).

Respecto al uso de tabaco, el 18,9% de los sujetos declaró su consumo, un 3% «un día a la semana», un 3% «2 o 3 días a la semana», un 2,1% «más de 3 días a la semana» y un 10,8% «todos los días». El ANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas para la edad ($F [3, 657] = 12.717$; $p = 0,000$; eta al cuadrado parcial = 0,055), y el análisis *post hoc* de Scheffé diferencias de medias estadísticamente significativas entre los grupos de edad de 14 y 16 años ($D_{1,16} = -0,45$; $p = 0,021$), 14 y 17 años ($D_{1,17} = -0,85$; $p = 0,000$), 15 y 17 años ($D_{1,17} = -0,66$; $p = 0,000$) y 16 y 17 años ($D_{1,17} = -0,40$; $p = 0,045$).

En relación con el «uso de alcohol», el 49,9% de los sujetos declaró consumirlo, un 46% «1 vez a la semana», un 2,6% «2 o 3 veces a la semana», un 0,8% «más de 3 veces a la semana» y un 0,6% «diariamente». Entre los que afirmaron consumir alcohol, el 20,8% declaró «bebo poco, no noto los efectos del alcohol», el 28,3% «bebo hasta que me noto mareado o alegre» y el 0,9% «bebo hasta que noto náuseas o pierdo el conocimiento». El ANOVA para la frecuencia de consumo mostró diferencias estadísticamente significativas para la edad ($F [3, 65] = 18.598$; $p = 0,000$; eta al cuadrado parcial = 0,078), y el análisis *post hoc* de Scheffé mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad de 14 y 16 años ($D_{1,16} = -0,26$; $p = 0,003$), 14 y 17 años ($D_{1,17} = -0,48$; $p = 0,000$), 15 y 16 años ($D_{1,16} = -0,19$; $p = 0,035$), 15 y 17 años ($D_{1,17} = -0,41$; $p = 0,000$) y 16 y 17 años ($D_{1,17} = -0,22$; $p = 0,015$).

El análisis de fiabilidad de los 5 factores de la escala KIDSCREEN⁹ en la presente muestra obtuvo valores adecuados: I (0,84), II (0,82), III (0,75), IV (0,75) y V (0,74). Los datos obtenidos de CVRS, según la edad y el sexo de los sujetos, se recogen en la tabla 1. El MANOVA, que utilizó como variables de criterio el sexo y la edad, mostró diferencias estadísticamente significativas para el sexo (Lambda de Wilks = 0,777; $F [5, 653] = 37.421$; $p < 0,001$; eta al cuadrado parcial = 0,223) y para la edad (Lambda de Wilks = 0,935; $F [15, 1083.47] = 2.950$; $p < 0,001$; eta al cuadrado parcial = 0,022). En los contrastes *post hoc* de Scheffé para la edad se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total entre los grupos de edad de 14 y 17 años ($p < 0,001$), en «bienestar físico» en los de 14 y 17 años ($p < 0,01$) y 16 y 17 años ($p < 0,05$), y en «entorno escolar» en los de 14 y 17 años ($p < 0,05$).

La CVRS fue menor para las chicas en todas las edades en el total de la escala y los factores «bienestar físico», «bienestar psicológico» y «relación con padres y autonomía». Sin embargo, en «entorno escolar» y «apoyo social y pares» fue superior en las chicas en la mayoría de los grupos de edad. La puntuación descendió con la edad en el total de la escala, en «bienestar físico» para chicos y chicas, en «entorno escolar» en las chicas y en «bienestar psicológico» en los chicos. Sin embargo, en «apoyo social y pares» los chicos de mayor edad puntuaron más alto. Los resultados de las correlaciones entre CVRS, uso de tabaco y alcohol, y medicamentos pueden consultarse en la tabla 2. Todas las correlaciones estadísticamente significativas fueron negativas, a excepción de la existente entre «apoyo social y pares» y «uso de alcohol», con una asociación positiva, aunque débil.

Por su parte, los resultados de un análisis diferenciado por sexos se recogen en la tabla 3. De nuevo, todas las correlaciones estadísticamente significativas fueron negativas, aunque puede apreciarse en mayor número en el grupo de los chicos. En los casos en que ambos sexos, chicos y chicas, presentaron significación estadística, se encontraron diferencias entre la puntuación total de CVRS y el «uso de medicación sin prescripción», que fue superior en los chicos ($z = 2,147$; $p = 0,032$), y entre «entorno escolar» y «uso de medicación», también superior en los chicos ($z = 2,303$; $p = 0,021$).

TABLA 2

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	
	Tabaco	Alcohol	Uso	Sin prescripción
Total	-0,173**	-0,142**	-0,186**	-0,206**
Bienestar físico	-0,187**	-0,142**	-0,243**	-0,157**
Bienestar psicológico	-0,108**	-0,097*	-0,158**	-0,152**
Padres/autonomía	-0,064	-0,080*	-0,097*	-0,157**
Apoyo social y pares	0,024	0,076*	-0,009	-0,096*
Entorno escolar	-0,284**	-0,242**	-0,095*	-0,157**

*p < 0,05; **p < 0,01.

TABLA 3

Correlaciones entre la CVRS, el uso de medicación, el uso de medicación sin prescripción y el consumo de tabaco y alcohol en los chicos y chicas

	Consumo de sustancias				Medicación			
	Tabaco		Alcohol		Uso		Sin prescripción	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Puntuación total	-0,304**	-0,098	-0,180**	-0,124**	-0,239**	-0,107*	-0,287**	-0,127*
Bienestar físico	-0,279**	-0,149**	-0,194**	-0,156**	-0,215**	-0,213**	-0,201**	-0,104
Bienestar psicológico	-0,182**	-0,064	-0,104	-0,114*	-0,178**	-0,113*	-0,202**	-0,100
Relación padres/autonomía	-0,214**	0,005	-0,130*	-0,040	-0,181**	-0,003	-0,242**	-0,078
Apoyo social y pares	-0,034	-0,018	0,085	0,077	-0,090	0,046	-0,171**	-0,037
Entorno escolar	-0,334**	-0,166**	-0,249**	-0,218**	-0,149**	-0,071	-0,180**	-0,149**

*p < 0,05; **p < 0,01.

TABLA 4

Correlaciones entre la CVRS, el uso de medicación, el uso de medicación sin prescripción y el consumo de tabaco y alcohol en los sujetos de 14 y 17 años

Edad (años)	Consumo de sustancias				Medicación			
	Tabaco		Alcohol		Uso		Sin prescripción	
	14	17	14	17	14	17	14	17
Puntuación total	-0,144	-0,152	-0,180*	-0,079	-0,159	-0,305**	-0,188*	-0,294**
Bienestar físico	-0,118	-0,246**	-0,160	-0,140	-0,226**	-0,270**	-0,133	-0,167*
Bienestar psicológico	-0,115	-0,023	-0,166*	-0,004	-0,170*	-0,260**	-0,168*	-0,255**
Relación padres/autonomía	-0,098	-0,041	-0,111	-0,010	-0,070	-0,202*	-0,072	-0,221**
Apoyo social y pares	-0,005	-0,008	0,075	0,076	-0,036	-0,090	-0,218**	-0,136
Entorno escolar	-0,203*	-0,233**	-0,297**	-0,199*	-0,048	-0,165*	-0,140	-0,209**

*p < 0,05; **p < 0,01.

Respecto a las diferencias según la edad del sujeto (tabla 4), se puede observar que en todos los casos las asociaciones estadísticamente significativas fueron negativas, en mayor número en el grupo de 17 años de edad, sobre todo en el uso de medicamentos. La dimensión «apoyo social y pares» fue la única que no se asoció con ninguna de las variables consideradas en el grupo de 17 años, sino sólo con el «uso de medicación sin prescripción» en el de 14 años.

Discusión

Los medicamentos más consumidos fueron los analgésicos/antipiréticos y antibióticos, dato que concuerda con el obtenido en otras investigaciones¹⁰. Aunque mucho menor fue el uso de tranquilizantes/relajantes/para dormir, fue muy elevado el porcentaje que los tomó sin prescripción, cuyos datos no difieren excesivamente de los encontrados en otras investigaciones

sobre población adolescente^{11,12}. Respecto al uso de antidepresivos/estimulantes y medicamentos para adelgazar, destaca su alto consumo sin prescripción, aunque mucho más reducido. También se observó un mayor consumo de las chicas en la mayor parte de los grupos terapéuticos, lo que coincide con investigaciones anteriores^{13,14}. El mayor uso de tranquilizantes por parte de las chicas podría deberse a un mejor ajuste del uso de sustancias legales al estereotipo social femenino, ya que debido a su menor estigmatización, podría resultar más acorde con espíritus menos transgresores de las normas y convencionalismos sociales⁸. Asimismo, el consumo de hipnosedantes es más habitual en mujeres adultas⁶, por lo que las jóvenes encuentran en las de su familia un patrón de consumo imitable. Respecto al «uso de medicamentos sin prescripción», se detectó también un mayor consumo en las chicas, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. El incremento de consumo de fármacos sin prescripción asociado a la edad encontrado en la literatura revisada^{2,3} se vio reafirmado en la presente investigación.

El incremento del consumo de tabaco y alcohol asociado a la edad refleja los hallazgos obtenidos en la última encuesta ESTUDES¹⁵.

Respecto a la CVRS, los hallazgos fueron congruentes con los de estudios previos¹⁶⁻¹⁸, observándose un detrimento para las chicas. Los cambios fisiológicos más precoces en las niñas y el impacto de las variaciones hormonales consecuentes^{17,19,20}, unidos a un mayor control parental²⁰ y a la menor importancia que las chicas conceden a la actividad deportiva^{16,21}, podrían explicar en parte estas diferencias. Algunos autores¹⁶ explican las peores puntuaciones de ellas en «bienestar psicológico» por la mayor prevalencia de los problemas internalizantes; sin embargo, éstas puntuaron más alto en «entorno escolar», hallazgos coherentes con los encontrados en estudios previos¹⁶. Respecto a las diferencias por edades, de nuevo los resultados coinciden con los previos^{16-19,21,22}, apreciándose un descenso de la CVRS a medida que se avanza en la adolescencia. Según algunos autores²², las crecientes demandas y presiones (grupales, escolares, familiares y sociales) podrían justificar estos resultados.

Respecto a las relaciones entre la CVRS y el consumo de tabaco y alcohol, los datos mostraron asociaciones negativas en el total de la escala y la mayoría de las dimensiones, relaciones ya vislumbradas en estudios previos²³ que vinculaban el consumo de estas sustancias con la percepción de una vida menos saludable, más conflictos personales y sociales y mayores dificultades académicas. Concretamente, la asociación con el «entorno escolar» refleja la importancia del adecuado ambiente escolar como factor de protección ante el consumo de tabaco y alcohol, en concordancia con otras investigaciones precedentes²⁴. También resulta interesante la correlación positiva entre el «apoyo social y pares» y el consumo de alcohol, que refleja la extensión de su utilización y su vinculación a reuniones y celebraciones familiares y con el grupo de iguales. Diferenciando por sexos, la mayor asociación entre una peor CVRS y un mayor consumo de tabaco y alcohol en los chicos,

podría basarse en la distinta percepción que tienen ante el uso de sustancias respecto a sus compañeras. Algunas investigaciones previas²⁵ establecían que los chicos vinculaban el mayor consumo de dichas sustancias a una peor CVRS, mientras que las chicas que se reconocían como consumidoras habituales de alcohol declaraban sentirse con más energía. Aunque sin diferencias estadísticamente significativas, las asociaciones entre «bienestar físico» y consumo de tabaco y alcohol fueron superiores en los chicos. Quizás el concepto que ellos tienen de la salud y bienestar, con connotaciones más claras respecto a la actividad física, podrían estar en la base de estas diferencias. La ausencia de asociación entre «apoyo social y pares» y el consumo de tabaco y alcohol en ambos grupos refleja la importancia del contexto de iguales, especialmente a estas edades.

Respecto a las correlaciones con el uso de medicamentos, la asociación entre el total de la escala CVRS y el «uso de medicación sin prescripción» fue superior en el grupo de los chicos, lo que sería coherente con los resultados sobre la mayor conducta de automedicación de las chicas. Respecto a las diferencias por edades, cabría destacar la escasa asociación en los adolescentes de mayor edad entre la CVRS y el «uso de alcohol»; no en vano es la sustancia psicoactiva de mayor consumo adolescente en nuestro país¹⁵ que puede constituirse como un hábito estandarizado e interiorizado, como una más de las conductas propias de la etapa vital. El «uso de medicación» únicamente se asoció al «bienestar físico» y al «bienestar psicológico» en el grupo de 14 años, mientras que en el de 17 años lo hizo con todas las magnitudes excepto con «apoyo social y pares». El «uso de medicación sin prescripción» únicamente se asocia en el grupo de 14 años con «apoyo social y pares», y 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 principales limitaciones de esta investigación podrían resumirse en su naturaleza transversal, que no permite comprobar la evolución de las conductas ni establecer relaciones causales. Por otra parte, la muestra no probabilística limita la generalización de los resultados. Por último, se utiliza una única fuente de información, los adolescentes, más objetiva y menos afectada por la deseabilidad social que la de padres, tutores o maestros, pero podría verse enriquecida con informaciones complementarias.

Conclusión

La descripción de las variables implicadas en el estudio ha permitido comprobar el elevado uso que los adolescentes realizan de algunos grupos terapéuticos, sobre todo los analgésicos/antipiréticos y antibióticos, y el también elevado uso sin prescripción de algunos medicamentos potencialmente peligrosos, como los tranquilizantes/relajantes/para dormir, antidepresivos/estimulantes y medicamentos para adelgazar. Tanto en el

«uso de medicamentos» como en el «uso de medicamentos sin prescripción» se detecta un mayor consumo por parte de las chicas. Respecto al consumo de tabaco y alcohol, se observa en esta investigación un aumento a medida que lo hace la edad adolescente. Se detecta una menor CVRS en las chicas, tanto en el total de la escala como en sus dimensiones «bienestar físico», «bienestar psicológico» y «padres/autonomía», mientras que muestran una puntuación superior en «entorno escolar». Se observan asociaciones negativas entre la CVRS y el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos, superiores en los chicos que en las chicas. Diferenciando por edades, se observa un patrón de correlaciones muy distinto en los grupos con un rango de edad de 14-17 años: mientras que en el grupo de los más pequeños no hay correlación entre el grado de «uso de medicación» y el total de la escala de CVRS y la mayoría de las dimensiones (sólo correlaciona con «bienestar físico» y «bienestar psicológico»), en el de los mayores correlaciona con todas las dimensiones excepto «apoyo social y pares». El constatado incremento del consumo de medicamentos con la edad puede tener reflejo en el mayor impacto que produce en la CVRS del adolescente. En el caso de «uso de medicación sin prescripción», el patrón de correlaciones se mantiene en el grupo de 17 años de edad, correlacionando de nuevo con el total de CVRS y todas sus dimensiones excepto con «apoyo social y pares». Sin embargo, en el grupo de 14 años se encuentran correlaciones significativas y negativas con el total de la escala CVRS, «bienestar físico» y «apoyo social y pares». Resulta significativo que la relación con los pares, aspecto crucial en la adolescencia, se asocie con una menor automedicación al comienzo de ésta, anulándose este efecto «protector» al avanzar en la misma. ■

Bibliografía

1. Ruiz-Sternberg AM, Pérez-Acosta AM. Automedicación y términos relacionados: una reflexión conceptual. *Revista Ciencias de la Salud*. 2011; 9(1): 83-97.
2. Morales M, Llopis A, Caamaño F, Gimeno N, Ruiz E, Rojo L. Adolescents in Spain: use of medicines and adolescent lifestyles. *Pharm World Sci*. 2009; 31(6): 656-663.
3. Nabors LA, Lehmkühl HD, Parkins IS, Drury AM. Reading about over-the-counter medications. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2004; 27(4): 297-305.
4. Skarstein S, Rosvold EO, Helseth S, Kvarme LG, Holager T, Småstuen MC, et al. High-frequency use of over-the-counter analgesics among adolescents: reflections of an emerging difficult life, a cross-sectional study. *Scand J Caring Sci*. 2014; 28(1): 49-56.
5. Bisset S, Markham WA, Aveyard P. School culture as an influencing factor on youth substance use. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(6): 485-490.
6. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES 2011-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013 [actualizado el 4 de diciembre de 2015; consultado el 1 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES2011.pdf>
7. Andersen A, Holstein BE, Hansen EH. Is medicine use in adolescence risk behavior? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15. *J Adolesc Health*. 2006; 39(3): 362-366.
8. Kokkevi A, Fotiou A, Arapaki A, Richardson C. Prevalence, patterns, and correlates of tranquilizer and sedative use among European adolescents. *J Adolesc Health*. 2008; 43(6): 584-592.
9. The KIDSCREEN Group Europe. The KIDSCREEN Questionnaires, 1.ª ed. Lengerich: Pabst Science Publisher, 2006.
10. Holstiege J, Garbe E. Systemic antibiotic use among children and adolescents in Germany: a population-based study. *Eur J Pediatr*. 2013; 172(6): 787-795.
11. Acquaviva E, Legleye S, Falissard BB, Auleley GR, Deligne J, Carel D. Psychotropic medication in the French child and adolescent population: Prevalence estimation from health insurance data and national self-report survey data. *BMC Psychiatry*. 2009; 9(1): 72.
12. McCabe SE, Teter CJ, Boyd CJ. Medical use, illicit use, and diversion of abusable prescription drugs. *J Am Coll Health*. 2006; 54(5): 269-278.
13. Du Y, Ellert U, Zhuang W, Knopf H. Analgesic use in a national community sample of German children and adolescents. *Eur J Pain*. 2012; 16(6): 934.
14. Osemene KP, Lamikanra A. A study of the prevalence of self-medication practice among university students in Southwestern Nigeria. *Trop J Pharm Res*. 2012; 11(4): 683-689.
15. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2012-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013 [actualizado el 4 de diciembre de 2015; consultado el 1 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3218>
16. Gaspar T, Matos MG, Pais R, José L, Leal I, Ferreira A. Health-related quality of life in children and adolescents and associated factors. *JCBP*. 2009; 9(1): 33-48.
17. Goldbeck L, Schmitz TG, Besier T, Herschbach P, Henrich G. Life satisfaction decreases during adolescence. *Qual Life Res*. 2007; 16(6): 969-979.
18. Michel G, Bisegger C, Fuhr DC, Abel T. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Qual Life Res*. 2009; 18(9): 1.147-1.157.
19. Palacio-Vieira JA, Villalonga-Olives E, Valderas JM, Espallargues M, Herdman M, Berra S, et al. Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. *Qual Life Res*. 2008; 17(10): 1.207-1.215.
20. Benjet C, Hernández-Guzmán L. A short-term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological well-being of Mexican early adolescents. *J Youth Adolesc*. 2002; 31(6): 429-442.
21. Urzúa A, Julio C, Páez D, Sanhueza J, Caqueo A. Are there any differences in the assessment of quality of life when children score the importance of what is asked to them? *Arch Argent*. 2013; 111(2): 98-104.
22. Frisé A. Measuring health-related quality of life in adolescence. *Acta Paediatr*. 2007; 96 (7): 963-968.
23. Monahan CJ, Bracken-Minor K, McCausland CM, McDevitt-Murphy M, Murphy JG. Health-related quality of life among heavy-drinking college students. *Am J Health Behav*. 2012; 36(3): 289-299.
24. Gerhardt CA, Britto MT, Mills L, Biro FM, Rosenthal SL. Stability and predictors of health-related quality of life of inner-city girls. *J Dev Behav Pediatr*. 2003; 24(3): 189-194.
25. Chen C, Storr CL. Alcohol use and health-related quality of life among youth in Taiwan. *J Adolesc Health*. 2006; 39(5): 752.e9-752.e16.