



## ORIGINALES

### Comportamientos de riesgo relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en niños y jóvenes de Lisboa

Comportamentos de risco relacionado com o consumo de substâncias psicoativas em crianças e jovens da cidade de Lisboa

Risk behaviors to psychoactive substances use in children and young people in Lisbon

Sérgio Deodato<sup>1</sup>

Elisabete Nunes<sup>1</sup>

Manuel Capelas<sup>2</sup>

Paulo Seabra<sup>1</sup>

Alexandra Sarreira-Santos<sup>3</sup>

Lurdes Medeiros-Garcia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PhD, Profesor Auxiliar, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Portuguesa. Centro de Investigación Interdisciplinar en Salud (CIIS). Lisboa. Portugal.

<sup>2</sup>PhD, Profesor Adjunto, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Portuguesa. Centro de Investigación Interdisciplinar en Salud (CIIS). Lisboa. Portugal

<sup>3</sup>MSc, Profesora Asistente, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Católica Portuguesa. Centro de Investigación Interdisciplinar en Salud (CIIS). Lisboa. Portugal.

E-mail: [pauloseabra@ics.lisboa.ucp](mailto:pauloseabra@ics.lisboa.ucp)

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.253011>

Recibido: 08/03/2016

Aceptado: 18/07/2016

#### RESUMEN:

**Objetivo:** Caracterizar el comportamiento de riesgo de las sustancias psicoactivas en una población juvenil de Lisboa.

**Método:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Los participantes fueron 113 niños y jóvenes quienes respondieron a la versión en portugués del Cuestionario de Riesgo y Comportamiento de la Salud - Youth Risk Behavior Survey.

**Resultados:** Los participantes con respecto a la edad tenían entre 9-13, la mayoría de 5º grado de escolaridad, vivían con sus padres, tenían un buen rendimiento escolar, buena relación con los colegas aunque ¼ refería problemas. Cuando están preocupados, recurren a la madre, pero es significativa la atención de los padres. En cuanto a la prueba de sustancias psicoactivas se encontró: 9,7% de tabaco, 19,5% de alcohol, otras sustancias 5,3%.

**Conclusión:** En relación con el comportamiento de riesgo destaca principalmente la ingesta de alcohol antes de tiempo. Surgieron como factores de protección: las relaciones familiares y la relación con el espacio escolar. Este grupo de edad puede constituir el momento ideal para la prevención.

**Palabras clave:** Niños; escuela; prevención; drogas ilícitas.

## RESUMO:

**Objetivo:** Caracterizar os comportamentos de risco face ao consumo de substâncias psicoativas numa população juvenil da cidade de Lisboa

**Método:** Estudo observacional, descritivo, transversal. Os participantes foram 113 crianças e jovens que responderam à versão portuguesa do Questionário de Comportamento de Risco e Saúde - Youth Risk Behavior Survey.

**Resultados:** Os participantes no que se refere à idade estavam entre os 9-13, a maioria frequentava o 5º ano de escolaridade, vivia com os pais, tinha bom aproveitamento escolar, boa relação com colegas embora ¼ referira problemas. Quando preocupados, recorrem à mãe, mas é significativa a atenção dos pares. Quanto à experimentação de substâncias psicoativas apurou-se: tabaco 9,7%, álcool 19,5%, outras substâncias 5,3%.

**Conclusão:** No que se refere aos comportamentos de risco destaca-se principalmente a experimentação precoce de álcool. Emergiram como fatores protetores: relação familiar e relação com o espaço escola. Esta faixa etária pode constituir-se o momento ideal para a prevenção.

**Palavras-chave:** Crianças; escola; prevenção; drogas ilícitas.

## ABSTRACT:

**Objective:** To characterize the risk behavior of the psychoactive substances use in a youth population of Lisbon.

**Method:** An observational, descriptive, cross-sectional study. Participants were 113 children and young people who responded to the Portuguese version of the Risk and Health Behavior questionnaire - Youth Risk Behavior Survey.

**Results:** Participants with regard to age were between 9-13, most attending the 5th grade, living with parents, had good school performance, good relationship with colleagues while ¼ refer problems. When concerned, recourse to the mother, but it is significant the attention of peers. As for the trial of psychoactive substances was found: 9.7% tobacco, 19.5% alcohol, other substances 5.3%.

**Conclusion:** With regard to risk behavior stands primarily to early alcohol testing. Emerged as protective factors: family relationship and relationship with the school space. This age group may constitute the ideal time for prevention.

**Keywords:** Children; school; prevention; psychoactive Drugs.

## INTRODUCCIÓN

La caracterización del estado de salud puede ser realizada en sus varias dimensiones, una de ellas tiene que ver con los comportamientos de riesgo, sean ellos características personales y comportamentales, así como, variables socio ambientales que puedan ser determinantes para el consumo de sustancias.

El consumo de sustancias psicoactivas, práctica ancestral en muchas sociedades, ha sido estudiado desde diferentes perspectivas. El foco de análisis dependiendo de la edad es un enfoque que puede ayudar en la comprensión de este fenómeno complejo a lo largo de todo el ciclo de la vida. Este análisis puede también permitir la construcción de intervenciones más adecuadas. Algunos estudios permitieron asociar las edades más tardías a las consecuencias del uso de drogas<sup>(1)</sup>, los intervalos asociados a la edad activa como fase compleja de la experiencia de la dependencia<sup>(2)</sup> y, finalmente, el foco en las edades más precoces como de extrema importancia para la prevención, apuntada como estrategia más adecuada para hacer frente a este problema<sup>(3,4)</sup>. Las ventajas de la prevención universal (centradas en la adquisición de estilos de vida saludables y capacidad de decisión) en esta edad, es reconocida como estrategia que puede evitar y retrasar el contacto con las sustancias, tales como la necesidad de una prevención selectiva en contextos de aproximación comportamental o mayor exposición al riesgo, en lo que se refiere a disminuir la vulnerabilidad, la exposición a factores de riesgo y aumentar la resiliencia<sup>(5)</sup>.

La promoción de la salud, definida por la “Carta de Ottawa” en 1996, es un proceso que tiene como objetivo crear condiciones que permitan a los individuos controlar su salud, la de los grupos donde se integran y actuar sobre los factores que la influyen. Está interrelacionada con la necesidad de prevención universal del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de comportamientos saludables. La prevención puede ser entendida como un proceso activo de implementación de iniciativas con tendencia a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida, fomentando competencias personales y sociales dirigidas al bienestar<sup>(6)</sup>. En este sentido, se ha discutido cual es la edad más adecuada para la “prevención”. El intervalo de edad sugerido como más adecuado para la prevención selectiva de los consumos es entre los 11-14 años<sup>(7)</sup> pues la consciencia del riesgo está asociada a una menor probabilidad de consumo<sup>(8,9)</sup>. Es unánime que la prevención universal deberá ser realizada en una edad más precoz y las estrategias a desarrollar deben basarse en la evidencia disponible<sup>(5)</sup>.

El paradigma de la prevención universal y selectiva, necesario para hacer frente a las necesidades en salud de la población juvenil, previamente al consumo de sustancias, se asocia a una línea más reciente, a la necesidad de prevención ambiental que busca la alteración de las normas sociales, a través de estrategias globales que intervienen al nivel de la sociedad y de los sistemas sociales. Estas estrategias proponen la transformación de los ambientes culturales, sociales, físicos y económicos, que interfieren con las preferencias individuales del uso de sustancias psicoactivas. En estos intervalos de edad se destaca la atención especial a la exposición de mensajes publicitarios, el control de la edad para compra/venta de esas sustancias o incluso medidas en contextos particulares como el medio escolar<sup>(10)</sup>. En este sentido se destaca la reciente alteración legislativa que eleva, en Portugal, a los 18 años la posibilidad de adquirir bebidas alcohólicas<sup>(11)</sup>. Los enfoques preventivos deben ser frecuentes, pero debemos tener en cuenta la racionalización de recursos y la sobrecarga de mensajes dirigidos a la misma población diana<sup>(12)</sup>.

El abordaje preventivo ha sido estudiado en profundidad, con la sustancia relacionada con el consumo en los intervalos de edad más precoces, en concreto, la nicotina. Sobre la problemática del consumo de nicotina se identifican como actitudes protectoras: la percepción de que hay poco beneficio en fumar, la creencia de que fumar es perjudicial y adictivo en un corto espacio de tiempo, la creencia de que fumar disminuye el estrés y que contribuye a una buena imagen o favorece la imagen de mayor edad que la real, finalmente, el rechazo de que fumar facilita la aceptación social. La investigación sugiere que los que fuman tienen creencias y actitudes opuestas a las referidas<sup>(4)</sup>.

Desde una perspectiva analítica, dirigida a la población en estudio, destacamos que, en el desarrollo de niños y adolescentes, la experiencia en grupo caracteriza su sociabilidad y frecuentemente no es inclusiva para todos. Este aislamiento puede ser considerado como un acontecimiento adverso con impacto en la salud, pero también, puede estar relacionado con bullying y malos tratos<sup>(13)</sup>. A este conocimiento, podemos añadir para reflexionar un enfoque desarrollista, el hecho que el conocimiento efectivo de un niño debe incluir la construcción que cada niño hace de su situación particular, la forma como él interpreta y elabora los significados de las experiencias que vive y el análisis que él hace sobre los otros.

El presente artículo surgió en la lógica de la caracterización del estado de salud de una población juvenil. Se pretendió con esta caracterización, identificar algunos

comportamientos efectivos y con impacto en la salud, por delante de la percepción de los profesionales de salud y del dominio psicosocial que interviene con estas poblaciones. Este estudio fue realizado por investigadores del Centro de Investigación en Salud (CIIS) de la Universidad Católica Portuguesa (UCP), en conjunto con la Organización no Gubernamental “Médicos del Mundo”, con el objetivo de caracterizar el estado de salud, comportamientos de riesgo, autoestima y auto concepto de la referida población que integra diversos proyectos de intervención comunitaria, en un determinado contexto social, en la ciudad de Lisboa. Este recorte del estudio asume el objetivo de caracterizar los comportamientos de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas en esta población juvenil.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y transversal de abordaje cuantitativo. Se utilizó un cuestionario para la caracterización sociodemográfica, el “Cuestionario de comportamiento de riesgo y comportamientos de salud - Youth Risk Behavior Survey-(YRBS)” validado para la población portuguesa <sup>(14)</sup> y que tiene como objetivo evaluar comportamientos de riesgo, comportamientos de salud y percepción de participación familiar, amigos y escuela en adolescentes. La versión utilizada en este estudio consta de 102 preguntas, organizadas en 18 dominios: 1) Características sociodemográficas; 2) Estructura familiar; 3) Percepción del rendimiento escolar; 4) Ambiente escolar; 5) Adaptación social; 6) Soporte social por los padres, amigos, compañeros, agentes educativos y otros adultos; 7) Salud y bienestar; 8) Altura y peso corporal; 9) Seguridad y accidentes; 10) Comportamientos de violencia; 11) Humor depresivo e ideas auto agresoras; 12) Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales; 13) Comportamiento sexual; 14) Percepción del peso corporal y hábitos alimentarios; 15) Actividad física; 16) VIH/SIDA; 17) Uso de servicios de salud dental; 18) Protección solar.

La recogida de datos transcurrió en septiembre y octubre de 2013, a través de sistema online, en ordenadores en las sedes del proyecto de intervención comunitaria y con apoyo de animadores para aclaración de cualquier duda que apareciera. La población diana eran todos los niños y jóvenes que frecuentaban estructura de apoyo comunitario, concretamente centros de convivencia y actividades juveniles. Como criterios de inclusión fueron definidos: niños y jóvenes, entre los 9-13 años (completos en el año de 2013), provenientes de contextos desfavorecidos, concretamente barrios de habitación social y otros territorios identificados como prioritarios de la región de Lisboa, integrados en el proyecto de intervención “Like ME” (próximos a centros de animación Juvenil). La muestra coincidió con la población diana, estando constituida por 113 individuos. Criterios de exclusión: Jóvenes que frecuentasen momentáneamente esas estructuras comunitarias pero que no estaban afiliados a ellas.

Los datos fueron analizados por medio del programa SPSS Statistical Software for Windows, versión 22 (IBM SPSS, Inc), para la obtención de medidas estadísticas de tendencia central, no central y dispersión conforme la normalidad de las distribuciones. El estudio tuvo parecer positivo de la Comisión de Ética para las Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Portuguesa con dictamen emitido en 24 de mayo de 2013. Los participantes, así como su representante legal firmaron el Formulario de Consentimiento libre, previo e informado para la participación en estudio de investigación y era garantizada la confidencialidad en el tratamiento de los datos recogidos en la plataforma informática de forma anónima.

## RESULTADOS

Los jóvenes que constituyen la muestra no respondieron a la totalidad de las cuestiones, por lo que en las mismas no se alcanza el 100%. Las respuestas se presentan con el porcentaje de los respondientes (n variable). Los participantes que respondieron a la cuestión sobre el género se distribuyen en 51,3% para el género masculino y el 44,2% para el género femenino. Tienen edades comprendidas entre los 9 (5,3%) y los 13 (15%) con media de 11 años (media de 11,2 años). La mayoría tiene como continente de origen Europa (87,0%) y cursa el 5º año de escolaridad (46,9%).

La estatura varía entre 1,24m y 1,73m con media de 1,47m. El peso oscila entre 20kg y 65kg con media de 42,4kg (desviación estándar (s) = 0,1), siendo que 56,8% presenta un peso normal, 8,1% presenta un peso bajo para lo normal, con 16,2% presentan obesidad. La media del IMC es de 19,2 (s=3,2).

La mayor parte de los jóvenes vive con ambos padres (59,3%) y 23,9% vive solo con uno de ellos. Los padres de 59,3% de los jóvenes están casados o viven juntos y en 26,5% están separados. El agregado familiar varía entre 1 y 16 personas, mediana de 5.

Ante una preocupación, las personas de referencia con las cuales los sujetos comparten más veces ese problema son, por orden decreciente, la madre (54,0%), los hermanos (35,9%), los amigos (35,4%), el padre (32,7%), los abuelos (20,4%), el profesor (17,7%), entre otros con menor representación porcentual. Por otro lado, refieren que, ante la existencia de problemas, aquellos que mejor se dan cuenta son, por orden decreciente, la madre (64,6%), los amigos (44,2%), los hermanos (44,0%), el padre (34,5%), los abuelos (20,0%), el profesor (16,7%), los tíos (12,4%), entre otros.

Para el rendimiento escolar, 47,8% lo consideran Bueno, 25,7% como Suficiente, 15,0% como Muy Bueno y 8,0% Insuficiente. La mayoría de los jóvenes no tienen, según su percepción, problemas relacionados con sus semejantes, considerando que "se lleva bien" con todos los compañeros (54,0%) y no se siente provocados o amenazados por los mismos (69,9%). Todavía, 40,7% refiere tener problemas de relación con compañeros, siendo 25,7% con uno o dos compañeros, 10,6% con algunos de ellos y 4,4% con todos. Se sienten algunas veces provocados o amenazados 23,9%. En el último año, la mayoría de los jóvenes no se sintió triste o sin esperanzas, como para sentir necesidad de abandonar sus actividades habituales (96%).

Consideran que su salud es excelente 40,7%, muy buena 31,0%, buena 23,0% y mala solo el 1,8%. En lo que refiere al consumo de sustancias psicoactivas, la experiencia de contacto con el humo del tabaco fue negada por la mayoría de los jóvenes (90,3%). De los 6 jóvenes que respondieron de forma afirmativa, 4 refieren que ya fumaron un cigarro entero. Solo uno declaró que compró cigarrillos en el último mes sin haber sido solicitada la identificación.

La mayoría de los jóvenes (80,5%) refiere nunca haber ingerido bebidas alcohólicas, siendo que 15,0% refiere haber bebido, entre los 6 y 13 años, más que el acto de probar. En el último mes un joven ingirió por lo menos una bebida alcohólica en un día y uno bebió cinco o más bebidas alcohólicas seguidas, pero nunca en el recinto

escolar. Relativamente a otras sustancias, 94,7% refieren no haber experimentado marihuana, 95,6% no haber experimentado alucinógenos, tal como LSD, ácido, éxtasis o setas alucinógenas. Relativa a la experiencia de inhalación de drogas, 69,0% niega haberlo hecho. Un joven refiere haber consumido heroína y cocaína. También un joven refiere que existió oferta de drogas ilegales en el recinto escolar en los últimos 12 meses.

## DISCUSIÓN

La necesidad identificada por parte del equipo de investigadores, partiendo de una intervención de campo, llevó a una caracterización sociodemográfica y comportamental de una población todavía muy joven, con algunos comportamientos de aproximación al consumo de sustancias posiblemente subyacentes a su medio ambiente. Se caracterizaban por ser mayormente del sexo masculino, con una estatura media y peso adecuado a la edad, a pesar de que una pequeña parte de los participantes, en lo que se refiere a la caracterización inicial, presentase exceso de peso. La mayoría vivía en agregados familiares de 5 personas en media. Estos datos preliminares pueden ser encuadrados en los determinantes sociales y económicos para la salud mental como son la educación, las condiciones habitacionales, las experiencias precoces y la interacción familiar, la cultura y acceso a los servicios de salud<sup>(15)</sup>, que en muchas ocasiones van a ser necesarios factores protectores para una experiencia satisfactoria y de bienestar.

De esta caracterización inicial, nos parece que podemos apuntar un dato de la caracterización física, como indicador de riesgo para consumo de sustancias. Nos referimos a los participantes con obesidad, que fueron identificados como un factor que conduce a los niños a aislarse en el contexto escolar y entre iguales, relacionado con el fenómeno del bullying que a su vez ha sido identificado como factor de riesgo para el consumo de sustancias<sup>(13)</sup>.

Surgen todavía datos, algunos comportamentales, relacionados con el contexto ambiental, algunas percepciones, problemas y preocupaciones que han sido considerados igualmente como factores de riesgo. Nos referimos a los contextos donde estos niños y jóvenes viven, se relacionan, se desarrollan y donde tienen experiencias de eventos de vida más o menos estresantes, eventos estos, que son igualmente determinantes para la salud mental, porque están, en este caso, relacionados con el espacio y el tiempo de escuela. Encontramos algunos datos relevantes que se pueden considerar factores de riesgo para el consumo de sustancias, tal como un grupo de participantes que tiene un rendimiento escolar insuficiente<sup>(16)</sup>, participantes con preocupaciones que de alguna forma podemos considerar causadoras de angustia o malestar, problemas de relación, algunos con uno o más de un compañero, y un pequeño porcentaje, que consideramos como de gran riesgo, puesto que refirieron problemas con todos los compañeros, lo que nos lleva a altos niveles de angustia y ansiedad y la posibilidad de vivir la escuela con desagrado<sup>(13)</sup>. La dimensión de los participantes que describieron problemas con todos los compañeros, es semejante a los que refirieron vivir tristes y sin esperanzas para enfrentar el día a día, con ganas de abandonar las actividades habituales, no siendo posible para los autores aclarar si serían los mismos participantes. La posibilidad de existencia o experiencia de bullying se refuerza por los que refirieron ser provocados o amenazados y puede ser considerado como de riesgo para el consumo de sustancias<sup>(17)</sup>. Este riesgo aumenta por las consecuencias tardías de perturbación mentales cuando los niños de este intervalo de edad son objeto de

bullying, o incluso agresores. Estos niños tendrán mayor probabilidad de desarrollar patología mental en intervalos de edad más precoces que otros con niveles de presión psicológica menos intensos, que tenderán a sufrir consecuencias más tardías<sup>(17)</sup>.

Mientras factores protectores para estos factores de riesgo los datos sugieren las figuras maternas y los profesores. Se destaca que los participantes se referían a ellos como recurso extrínseco, quien primeramente se da cuenta de sus problemas y dificultades, con quien comparten los problemas, y sobre esta necesidad surge también la figura del amigo, a quien reconocen también la capacidad de reconocer sus estados de enfado y preocupación. Esta proximidad con los compañeros de la misma edad puede ser señalada en esta población como factor protector de riesgos de comportamientos relacionados con la presión psicológica entre iguales, con impacto positivo sobre los factores de riesgo de consumo de sustancias<sup>(13,17)</sup>.

La relación con el profesor, en lo que se refiere a las cuestiones de salud y comprensión de asuntos personales, refuerza el papel fundamental en la prevención de comportamientos de riesgo y promoción de hábitos de vida saludables, pues estos, libres de las relaciones más profundas emocionalmente, que caracterizan la relación con los padres, por tener una relación más limitada en el tiempo, menos exclusiva y más mediatizada por el saber, pueden desarrollar comunicaciones emocionalmente menos tensas<sup>(6)</sup>. Se señala que el apoyo social a nivel instrumental, cognitivo y emocional es un factor determinante para la salud de los individuos, en concreto, pudiendo tener ventaja refiriéndose a los factores de riesgo del consumo de sustancias<sup>(18)</sup>.

Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, y de una forma general, estos datos deben ser analizados como factores de riesgo. El recurso al consumo de sustancias debe ser analizado basado en las características intrínsecas del propio niño y adolescente, las actitudes, comportamientos generadores de ansiedad, inseguridad e insatisfacción. Deben ser analizados de cara al contexto de cada joven individualmente y de cara a su contexto social, económico, familiar, físico y psicológico<sup>(17,19)</sup>. Su estilo de vida, la subcultura juvenil vigente y las capacidades de cada adolescente, influirán en su relación con las sustancias. Se verificó que una parte de los participantes (9,7%) ya había experimentado tabaco y otra parte (19,5%) ya había experimentado alcohol, y algunos (15%) más que solo probar. Se puntualiza que un niño indicó un episodio de *binge drinking*. Estos datos demuestran que consumos excesivos antes de la mayoría de edad pueden haber contribuido a que el legislador elevara la edad legal para el consumo / venta de bebidas alcohólicas<sup>(11)</sup>. Esta ley puede ser considerada una estrategia en el ámbito de la prevención selectiva.

Estos datos referentes a la experimentación y consumo de alcohol, apuntan a valores inferiores que los encontrados en poblaciones más viejas y con más años de escolaridad, que son la mayoría que encontramos en la literatura y de cara a poblaciones con edad y escolaridad semejantes, los valores fueron inferiores<sup>(8)</sup>. En lo que se refiere al consumo de tabaco, lo indicado por nuestros participantes surge en menor porcentaje comparativamente a poblaciones más viejas o en grados de escolaridad superiores, siendo que se verifica alguna unanimidad en el porcentaje de consumidores en el mismo intervalo de edad y el mismo nivel de escolaridad<sup>(9)</sup>. Podemos considerar que la buena percepción con su salud y la proximidad relacional y capacidad de expresar preocupaciones con las madres puede contribuir a actitudes

que atenuen el riesgo de experimentación del tabaco<sup>(4)</sup>. Por otro lado, la identificación comportamental con el grupo de amigos surge como un factor de riesgo más, pudiendo otros ser apuntados, como vivir solo con un elemento parental, padres fumadores, nivel educacional, actividad física y asistencia a eventos festivos<sup>(9)</sup>.

En lo que se refiere al consumo de otras sustancias psicoactivas, concretamente cannabis y alucinógenos como LSD, ácido, éxtasis o setas alucinógenas, fueron asumidos por una pequeña parte de los participantes, aunque con valores porcentualmente superiores a los encontrados en una determinada población estudiantil con 13 años de media<sup>(19)</sup>. Sin embargo, son valores porcentualmente inferiores a estudios con poblaciones con más edad y escolaridad<sup>(19)</sup>. Se destaca que nuestro estudio profundizó específicamente la cuestión del consumo de disolventes por vía inhalatoria (cola, spray o tinta) y esta fue referida por un tercio de los niños. Este dato no es destacado en otros estudios y resulta relevante para la iniciación y aproximación a los efectos de las sustancias psicoactivas. Con poca expresión estadística, pero de gran relevancia clínica y social, se destaca que un niño indicó consumo de heroína y cocaína.

El análisis de los resultados de nuestro estudio, de cara a otros con poblaciones del mismo intervalo de edad o progresivamente más viejas, apuntan a un crecimiento de consumo de alcohol y de otras sustancias a lo largo del crecimiento de niños y jóvenes<sup>(4,6)</sup>. Progresivamente, los consumos son crecientes alcanzando un máximo en los estudios superiores<sup>(8)</sup>. Sin embargo, importa todavía reflexionar sobre algunos datos. Portugal es de los países con mayor tasa de consumo de alcohol "per cápita", pero menor en los adolescentes. El consumo frecuente de los progenitores podrá ser apuntado como un factor que contribuye a disminuir el consumo en los niños y adolescentes. Esta afirmación requiere más investigación para confirmar su relevancia desde un punto de vista social y su impacto en la salud. Otro factor desafiante es la investigación sobre el impacto de las campañas de prevención y su efectividad<sup>(19)</sup>, puesto que los números a pesar de tener menor expresión que en otros países y en este intervalo de edad, no debe dejar de ser considerado preocupante como factor de riesgo para la continuidad de consumos, impacto en la salud general y mental en particular<sup>(16)</sup>. El crecimiento progresivo de los números referidos en los estudios indica que cuando aumenta el intervalo de edad, es necesaria una respuesta legislativa que procure disminuir la exposición al riesgo, aumentando en algunos países la edad mínima legal de acceso al consumo de alcohol<sup>(11)</sup>.

Así, sabiendo que la búsqueda de sustancias puede ser considerado un recurso de bienestar inmediato, pero con impacto negativo en el futuro<sup>(20)</sup>, las estrategias de prevención deberán tener en cuenta la mayoría de los incluidos en los grupos y una vigilancia atenta a los otros más excluidos y que tal vez estén en gran sufrimiento. La prevención debe estar atenta al ambiente familiar y al ambiente de los adolescentes<sup>(9)</sup>. Verificamos la dificultad de comparar nuestros resultados con otros estudios, por la ausencia de estudios en poblaciones tan jóvenes. La mayoría de los estudios de identificación de consumos de sustancias se centra en poblaciones con un mínimo de 9 años de escolaridad, o sea con cerca de 15 años de edad<sup>(6)</sup>.

## CONCLUSIÓN

En relación con el consumo de sustancias psicoactivas, y de una forma general, este estudio discute un conjunto de factores de riesgo e identifica un conjunto de niños y jóvenes en riesgo, que, aun teniendo una muestra reducida, son relevantes, por la

edad precoz de estos participantes. Los datos obtenidos permiten contribuir a la caracterización y comprensión del fenómeno en la población en estudio y sugieren la planificación de una intervención comunitaria más enfocada en los comportamientos reales de estos jóvenes.

El análisis de los datos relativos al proyecto “Like Me” nos permite concluir que los niños y jóvenes reconocen la figura materna y el profesor como factores protectores para su bienestar, que para el consumo de bebidas alcohólicas deben ser adoptadas medidas que posibiliten el acceso y consumo en una fase más tardía de sus vidas. Podemos considerar que el consumo de sustancias en esta población es prácticamente inexistente, sin poder dejar de destacar, el pequeño porcentaje de jóvenes que ya contactó y continúa con este comportamiento, que, en esta fase, puede ser considerado como factor de riesgo para perturbaciones por consumo de sustancias.

Consideramos que los factores protectores encontrados, como la relación familiar de apoyo, la forma como se relacionan en el espacio y el tiempo de escuela, y la forma como se relacionan, en esta fase, con las sustancias psicoactivas, convierten a este intervalo de edad, en un momento ideal para trabajar aspectos centrales de prevención universal, selectiva frente al consumo de sustancias y sigue la línea de las intervenciones de prevención ambiental.

Como limitación podemos citar la naturaleza transversal y descriptiva del estudio, así como el número de participantes que dificulta el análisis estadístico. El tipo de estudio no posibilita que se relacionen datos como la obesidad, insuficiente rendimiento escolar y los problemas con los compañeros, con los datos relacionados con el consumo de sustancias. La posibilidad de escuchar en entrevista a estos jóvenes conseguiría, igualmente, proporcionar datos comportamentales y experiencias sensibles que un estudio cuantitativo no proporciona.

## REFERENCIAS

1. Seabra P, Sá L. Factores determinantes para as necessidades em saúde de pessoas consumidoras de drogas.pdf. Rev Port Enferm Saúde Ment. 2011;(5):22–9.
2. Zubaran C, Emerson J, Sud R, Zolfaghari E, Foresti K. The application of the drug user quality of life scale (DUQOL) in Australia. Vol. 18, Health and Quality of Life Outcomes. 2012. p. 10–31.
3. Rabanales SJ, López GÁ, Párraga MI, Campos RM, Simarro HM, López-Torres HJ. Prevalence of hazardous drinking among nursing students. J Adv Nurs [Internet]. 2015 Mar [cited 2015 May 8];71(3):581–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25363658>
4. Arens CR, White TL, Massengill N. Attitudinal Factors Protective Against Youth Smoking: An Integrative Review. J Nurs Scholarsh [Internet]. 2014;46(3):167–75. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jnu.12065>
5. UNODC. International Standards on Drug Use Prevention [Internet]. Viena; 2015. Available from: <https://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/contact-us.html?ref=menutop>
6. Lopes GM, Nobrega BA, Del Prette G, Scivoletto S. Use of psychoactive substances by adolescents: Current panorama. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35(SUPPL. 1):51–61.
7. Seabra P. Indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem com pessoas que consomem drogas. Universidade Católica Portuguesa; 2014.

8. Melo R, Andrade P, Sampaio M, GIES. Intervenções em contexto festivo no ensino superior. *Toxicodependências*. 2010;16(1):15–28.
9. Muñoz CR, Rodríguez MM. Factors related to the first use of tobacco in secondary school students. *Enferm Glob* [Internet]. 2014;13(3):113–35. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84903605177&partnerID=40&md5=d80532e17df5830d82fc23d2d0c05154>
10. OEDT. Relatório anual 2011. Luxemburgo; 2011.
11. Portugal. Decreto-Lei n.º 106/2015. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 115 — 16 de junho de 2015; 2015 p. 3896–7.
12. SICAD. Prevenção [Internet]. 2015. Available from: [http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/PrevencaoMais/SitePages/Home\\_Page.aspx](http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/PrevencaoMais/SitePages/Home_Page.aspx)
13. Flaherty EG, Thompson R, Dubowitz H, Harvey EM, English DJ, Proctor LJ, et al. Adverse Childhood Experiences and Child Health in Early Adolescence. *JAMA Pediatr*. 2013;164(7):622–9.
14. Santos O, Silva I, Meneses R. Comportamentos de saúde, comportamentos de risco e envolvimento dos jovens com a escola e a família: Adaptação do YRBS para Portugal. In: Leal I, Ribeiro P, Marques S, editors. 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA; 2008. p. 721.
15. Alves A, Rodrigues N. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;28(2):127–31.
16. Velasques MP, Lara S. Concepções de educadores sobre a drogaadição e sua possível interferência no processo de ensino aprendizagem nos anos iniciais. *RevEletrônica Pesquiseduca*. 2015;7(14):513–29.
17. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry* [Internet]. 2013;70(4):419–26. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3618584&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
18. Díaz M, Mendoza A, Jofré S, Barriga V, Omar A. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enferm Glob*. 2015;39:125–36.
19. Feijão F. Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Toxicodependências*. 2010;16(1):29–46.
20. Seabra P, Sá L, Amendoeira J. Consequences of substance addiction: a contribution to the validation of NOC outcomes. *Reme Rev Min Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Jul 21];17(3):673–9. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20130049>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia