



ORIGINAL

Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes

Javier Carreter Parreño*, Olga García Castillo, José Luis Ródenas Aguilar, Ana Gómez Saldaña, Yolanda Bermejo Cacharrón e Isabel Villar Garrido

Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Llefià (Badalona-6) Badalona, Barcelona, España

Recibido el 16 de marzo de 2010; aceptado el 31 de agosto de 2010
Disponible en Internet el 5 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Cualitativa;
Consumo;
Tóxicos;
Drogas;
Adolescentes

Resumen

Objetivo: Estudiar las características del consumo de tóxicos entre la población adolescente de Llefià, poder describir las variables que influyen en él para, en un futuro, poder desarrollar nuevas estrategias de prevención.

Diseño: Se trata de un estudio cualitativo realizado mediante grupos focales.

Emplazamiento: ABS Badalona-6 (Llefià).

Participantes: Se establecieron cuatro grupos de trabajo: adolescentes de 14-18 años, padres de adolescentes, profesores y sanitarios del ABS Llefià.

Método: Se realizaron reuniones hasta saturación de la información, tras 15 reuniones, con una duración media de una hora. Se procedió a la transcripción de las reuniones y se procesaron los datos mediante el programa "Atlas.ti" realizando etiquetas verbales para segmentar la información y las conclusiones que se deducen del texto, obteniendo un mapa de significados para cada grupo a estudio.

Resultados: A través de la información extraída de la opinión de los participantes se han obtenido variables que permiten describir las características, el patrón, el contexto sociofamiliar, la accesibilidad y problemática del consumo, el perfil del consumidor adolescente, los recursos sanitarios disponibles, la información sobre tóxicos y la percepción de su consumo a nivel de los profesionales sanitarios, profesores y padres.

Conclusiones: Los adolescentes tienen fácil acceso a los tóxicos y existe una gran magnitud del consumo. Los sanitarios manifiestan falta de formación específica y consideran que los recursos disponibles son insuficientes. Se observa una gran permisividad sociofamiliar. Existe la percepción de que la prevención debe orientarse a las familias ya que un buen ambiente sociofamiliar protege del consumo.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javimail@hotmail.com (J. Carreter Parreño).

KEYWORDS

Qualitative;
Consume;
Toxins;
Drugs;
Adolescent

A qualitative study on drug abuse in adolescents**Abstract**

Objectives: To study the characteristics of drug abuse in the adolescent population of Llefia, in order to be able to develop new prevention strategies.

Design: Qualitative study by focus groups.

Emplacement: ABS Badalona-6 (Llefia).

Participants: Four working groups were established: 14-18 year-old teenagers, parents of teenagers, teachers and sanitary professionals on ABS Llefia.

Method: Group meetings took place up to information saturation, achieved after 15 meetings, with an average duration of one hour. The meetings were then transcribed, and data was processed using the "Atlas.ti" program. Verbal labels were given to segment the information and the conclusions that come out of the text, obtaining a map of meanings on each working group.

Results: Using the information extracted from the opinion of participants, we obtained variables that allowed us to describe the characteristics, pattern, sociofamilial context, accessibility and problematics derived from consumption, the profile of the adolescent consumer, available health resources, information about abuse drugs and the perception of its use on the part of health professionals, teachers and parents.

Conclusions: Adolescent have easy access to drugs of abuse and their use is widespread. Health professionals demonstrate a lack of specific training, and complain about insufficient available resources. A great sociofamilial permissiveness is observed. The prevention must be orientated to families, since a good sociofamilial environment protects from drug abuse.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El consumo de tóxicos es el factor de riesgo de morbimortalidad más importante en países desarrollados¹. En nuestro medio, el 80% de los adolescentes de 14 a 18 años ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez, el 46% tabaco y el 36% *cannabis*, con una edad media de inicio entre los 13-14 años², y en contextos cada vez más diversos^{3,4}.

Cabe señalar, que el consumo precoz de tóxicos aumenta el riesgo de politoxicomanía⁵ y que la prevención del uso de drogas de entrada, como el tabaco y el alcohol, puede prevenir el consumo posterior de drogas ilegales^{6,7}.

Dada la situación actual de consumo⁸ y la falta de éxito de las maniobras preventivas, y como acercamiento a la realidad de nuestra demarcación sociodemográfica, iniciamos el presente estudio con el objetivo de estudiar las características del consumo de tóxicos entre la población adolescente de Llefia e identificar las variables que influyen en el mismo, con la finalidad de, en un futuro, desarrollar nuevas estrategias de intervención.

Material y métodos

Llefia es una barriada de Badalona, de ámbito urbano y nivel socioeconómico medio-bajo.

Se realizó un estudio cualitativo, utilizando la técnica de las reuniones de "grupos focales". Se distribuyeron las reuniones en los cuatro grupos diferenciados que consideramos protagonistas de la problemática escogida: adolescentes, padres de adolescentes, profesores y profesionales sanitarios.

Los adolescentes de 14 a 18 años residentes en el Área Básica de Salud Llefia fueron captados de los centros educa-

tivos del barrio, tras la pertinente autorización del tutor legal al tratarse de menores de edad. Las reuniones se hicieron con estudiantes de 3º-4º de la ESO y de 1º-2º de bachillerato en el curso escolar 2008-2009. Accedieron a participar en las reuniones el IES Júlia Minguell, la Escola Cultural y la Escola Ramiro de Maeztú.

La idea inicial era captar a los padres y madres de adolescentes de las asociaciones (AMPAs) que existen en los centros educativos, pero, al encontrarse prácticamente desiertas, resultó inviable. Por esto decidimos captar a los padres desde el propio centro de salud. Se procedió a la revisión de las historias clínicas informatizadas de los usuarios del centro con visita programada en las semanas previas a las fechas de las reuniones. Seleccionamos a los candidatos consultando el árbol familiar, detectando así su condición de padres de adolescentes, procediendo después a su convocatoria vía telefónica.

Las reuniones de los profesores de los centros de educación secundaria se realizaron en los centros educativos. Participaron la Escola Ramiro de Maeztú, las Escoles Maria Ward, la Escola Cultural y el IES Júlia Minguell.

Para captar a los profesionales sanitarios, se realizó una sesión informativa ante el equipo de Atención Primaria (EAP), tras la cual los médicos y enfermeras interesados en participar se inscribieron en las diferentes reuniones convocadas.

Se informó previamente a todos los participantes de la investigación que se pretendía realizar y de los objetivos del estudio. Las reuniones de los grupos de adolescentes y profesores se realizaron en los centros educativos, mientras que las de padres y profesionales sanitarios se llevaron a cabo en la biblioteca del centro de salud. Los grupos tenían un número similar de hombres y mujeres, salvo entre los padres, donde las mujeres fueron mayoría. Las reuniones se

realizaron con un mínimo de cinco miembros y un máximo de diez. La duración de cada reunión fue de unos 60-90 minutos. Las sesiones fueron controladas por dos moderadores para que la conversación no se desviase del tema propuesto.

Se elaboró un guión de temas a tratar a partir de una reunión piloto realizada entre médicos con formación en la materia. Los bloques temáticos resultantes fueron: patrón, causas y consecuencias de consumo, perfil de consumidor, accesibilidad a los tóxicos, recursos sanitarios disponibles y maniobras de prevención; siguiendo formulaciones adaptadas a los diversos grupos participantes. Se produjo la saturación de la información tras tres reuniones en el grupo de padres, mientras que en los demás grupos fueron necesarias cuatro reuniones.

Las reuniones fueron grabadas en formato de audio para facilitar la transcripción de la información y su estudio posterior. Tras realizar la transcripción, se volcó la información en una unidad hermenéutica en el programa informático "Atlas.ti" para cada uno de los cuatro grupos. Se procedió a la lectura crítica de la información obtenida, que después fue categorizada según etiquetas verbales para ayudar a segmentar los párrafos en las diversas temáticas esenciales del problema. Asociamos también a éstos, las conclusiones básicas que se deducen del texto.

Una vez completado el proceso para todas las reuniones de cada grupo, exportamos una relación detallada de estas conclusiones asociadas a las etiquetas verbales y al propio texto, en función a la frecuencia con que aparecían en las reuniones. El filtrado de esta información constituye el mapa de resultados.

Resultados y discusión

La mayoría de las reuniones se desarrollaron con pasión. Los resultados obtenidos se resumen a continuación. Las citas bibliográficas hacen referencia a artículos con conclusiones similares.

Consumo de drogas

Todos los grupos coinciden en destacar una gran magnitud de consumo, especialmente entre los alumnos de la ESO. Al estratificar según tóxico, la información no difiere de la que se extrae del informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria², donde destaca el alcohol, seguido por el tabaco y el *cannabis*, con el resto de drogas a mayor distancia⁹.

También coinciden en remarcar la gran accesibilidad que tienen los adolescentes a los tóxicos, tanto los ilegales (especialmente *cannabis*) como los legales, pese a la existencia de una legislación que persigue la venta de tabaco y alcohol a menores de edad, pero que no se cumple en la práctica.

Adolescentes

¿Qué busca el adolescente cuando se droga? Ellos nos apuntan diversas razones: a) diversión, hay muchos adolescentes que no entienden diversión sin consumo; b) experimentación, por probar cosas nuevas; c) para mejorar su valoración

dentro del grupo; d) relajación, desinhibición; y e) evasión de los problemas.

El inicio en el consumo se produce de manera social con el alcohol y el tabaco a edades muy tempranas (13-14 años) entre la mayoría de adolescentes. Muchos pasarán después al consumo de *cannabis*, aunque aún de manera esporádica a estas edades. Algunos acabarán desarrollando un consumo problemático, diario, en soledad y a cualquier hora del día, a edades más avanzadas.

El *cannabis* constituye la puerta de entrada al resto de drogas ilegales. El consumo de drogas de síntesis se realiza en grupo, con motivos recreacionales, el fin de semana, y asociadas al ocio nocturno.

La adolescencia se caracteriza por la rebeldía, según destacan los padres, y la alta presión del grupo de amistades en la toma de decisiones. La familia destaca también su falta de control de las actividades del adolescente, que muchas veces muestra una doble cara, que hace impensable el consumo.

Profesores y profesionales sanitarios critican los valores del adolescente actual, la baja tolerancia a la frustración y la cultura del mínimo esfuerzo imperante, en una sociedad que incentiva la recompensa rápida. El profesorado, a su vez, se muestra preocupado por la falta de respeto hacia los mayores, siendo este problema mayor en la ESO.

Los adolescentes son conscientes de los problemas de salud que pueden ocasionar las drogas, tanto las complicaciones agudas como crónicas. Se consideran muy bien informados, básicamente a través de su entorno social¹⁰.

Los consumidores minimizan los riesgos asociados al consumo, especialmente del *cannabis*^{11,12}, al tener una falsa sensación de invulnerabilidad. Esto deriva en la sensación de control sobre el consumo, el tópico "yo controlo" que los profesionales sanitarios oyen frecuentemente^{13,14}.

Muchos adolescentes confiesan haber perdido amistades o parejas sentimentales por culpa de las drogas. Asocian consumo con fracaso escolar, y son mayoría los que se manifiestan en contra de las drogas y a favor de la vida sana.

Profesores y profesionales sanitarios destacan lo que hemos venido a denominar como "síndrome del lunes negro", día en que el adolescente que ha realizado un consumo ingente de tóxicos durante el fin de semana, presenta una disminución del rendimiento escolar o incluso acude a los centros de salud en busca de un justificante que les exima de sus responsabilidades, aduciendo patologías banales.

¿A quién acudiría el adolescente para pedir ayuda? Entre los alumnos de la ESO alguno habla de los padres, otros de amigos, o de la enfermera del programa Salud-Escuela, mientras al médico sólo acudirían en caso de existir un problema grave de salud. Los alumnos de bachillerato, en cambio, acudirían mayoritariamente a los padres o al médico. Lo que todos tienen en común es que nunca se lo dirían a los profesores. Los padres no creen que acudirían a ellos, sino que irían antes a hermanos o amigos.

Familia

El profesorado y el sector sanitario se muestran críticos con el modelo familiar, sin jerarquía, en el que se observa un consumo de tóxicos normalizado, mientras los padres pasan poco tiempo con sus hijos, delegando la responsabilidad

de educar. El consumo problemático se detecta en familias desestructuradas¹⁵.

Los adolescentes repiten los patrones de consumo de sus padres. La permisividad familiar es muy alta, sobre todo frente al alcohol, el tabaco y el *cannabis*. Es frecuente encontrar padres que dan tabaco a sus hijos, o que incluso cultivan marihuana en el domicilio familiar.

Existe una comunicación deficiente entre adolescentes y padres, creando desconfianza y dificultando la detección del consumo. La familia reacciona con gran ansiedad¹⁶, demorando la petición de ayuda al negar la situación. Como medida preventiva suelen limitar la capacidad económica del adolescente, aunque saben que no es eficaz.

Profesores

Coinciden en que es difícil detectar el consumo directamente, aunque a veces se intuye por un descenso del rendimiento escolar, pero también intervienen otros factores. Cuando se detecta el consumo de manera directa, se sanciona al adolescente con una expulsión temporal y se comunica el problema a los padres, que suelen ponerse a la defensiva.

Advierten que en ocasiones resultaría fácil predecir qué niños se iniciarán en el consumo antes de que éste se produzca, pero el sector se muestra desbordado ante la magnitud del problema.

Profesionales sanitarios

Desconocen la magnitud real del problema. La percepción es que está muy extendido y normalizado, por lo que se muestran preocupados. Destacan un déficit de formación específica y de recursos sociosanitarios, así como de personal especializado, dificultando tanto la detección como el abordaje.

El adolescente no acude a la consulta al desconfiar del médico, principalmente de la relación de confidencialidad.

La única revisión rutinaria del adolescente se produce en la sistemática del niño sano, de manera puntual a los 14 años, resultando insuficiente para poder asentar un marco de confianza y seguimiento que contribuya a un adecuado progreso en el desarrollo del adolescente.

El médico de familia duda de la capacidad de prevención que se puede realizar desde Atención Primaria. Cuando se le pide ayuda, generalmente lo hace la familia, pudiendo realizar tan sólo tareas de soporte para minimizar riesgos.

En nuestro medio, es destacable la figura de la enfermera de enlace con los centros de enseñanza secundaria (Programa Salud-Escuela), a quien los adolescentes hacen llegar sus dudas sobre temas de salud, frecuentemente sobre drogas y sexo, preguntas que no se atreven a formular a la familia, los profesores o los médicos¹⁷. Esta figura no alcanza a todos los centros de la zona y se ve desbordada por la elevada cantidad de adolescentes a su cargo.

Sociedad

Los diferentes grupos coinciden en destacar, que los intereses económicos subyacentes a la problemática de las drogas dificultan su erradicación¹⁸. El consumo de tóxicos está cada

vez más normalizado en la sociedad^{17,19}, especialmente el alcohol, el tabaco y el *cannabis*. La gran permisividad social es determinante en su consumo²⁰.

El adolescente tiene un acceso muy fácil a estas drogas, que consiguen sin dificultad aún siendo menores de edad.

Los profesores recuerdan que muchos padres son consumidores habituales de drogas, constituyendo un mal modelo a seguir. El consumo de drogas ilegales suele verse asociado a patología social. También lamentan la pérdida de la cultura del esfuerzo.

El grupo de médicos se queja de los valores de una sociedad materialista, en el que se concede más valor al poder adquisitivo que a las relaciones humanas o familiares. Apuntan también que el consumo abarca todos los niveles socioculturales.

Prevención

Las campañas preventivas actuales no funcionan¹⁷. Existe una considerable falta de equipamientos y actividades de ocio dirigidas a la población adolescente. La prevención debería orientarse a la familia, ya que el ambiente socio-familiar es clave, mejorando la información sobre el tema y promoviendo modelos familiares más adecuados.

Se debería potenciar la autoestima, los sentimientos de responsabilidad y el nivel de confianza del adolescente, estimulando precozmente la adquisición de responsabilidades y la toma de decisiones²¹.

Existe discordia sobre la legalización de las drogas como medida preventiva. Bastantes médicos valoran positivamente la legalización del *cannabis* como medida preventiva, mientras que los profesores no creen en ella, sino en un cambio social progresivo.

El abordaje debe realizarse desde un enfoque multidisciplinar, que incluya a pedagogos, psicólogos, médicos y a la propia familia del adolescente²².

Los profesores de secundaria realizan tutorías sobre drogodependencias en los centros educativos, en donde se muestran testimonios de ex-toxicómanos. Estas tutorías son bien valoradas por los adolescentes.

La familia cree clave una buena comunicación paterno-filial. En muchas ocasiones intentan controlar las amistades y el tiempo libre del adolescente para que no consuma drogas. Creen que se debería endurecer la legislación; con penas de prisión más duras contra los traficantes, y labores sociales para los consumidores. También piden un mayor control policial en los lugares de ocio.

Los adolescentes mayoritariamente no hablan de drogas con sus padres, y los que sí lo hacen suelen ser precisamente los que menos consumen. Por lo general los adolescentes creen que debería legalizarse el *cannabis*.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

Puede concluirse, que existe una gran magnitud de consumo de drogas, condicionado por un muy fácil acceso a los tóxicos, una alta permisividad socio-familiar y una falta de equipamientos de ocio para este colectivo. La falta de formación de los profesionales y de recursos específicos para su manejo agrava el problema. El abordaje debe realizarse desde un enfoque multidisciplinar, incluyendo pedagogos,

psicólogos, médicos y la propia familia. Un buen ambiente socio-familiar protege del consumo, por lo que la prevención debe orientarse hacia las familias. Se debe fomentar la autoestima y responsabilidad del adolescente de forma precoz.

El presente estudio tiene algunas limitaciones, como el hecho de no incluir a la población no escolarizada o el haber renunciado a la información no verbal, ya que, por motivos éticos al intervenir menores de edad, no se procedió a la videograbación de las reuniones.

Como aspecto positivo, cabe destacar, que el presente estudio representa la primera experiencia en investigación cualitativa y en el manejo de grupos focales para el equipo que lo ha llevado a cabo. Por último, querríamos destacar, que el presente estudio tendrá continuidad en el grupo de atención comunitaria del ABS Llefià.

Lo conocido sobre el tema

- El consumo de tóxicos está normalizado en la sociedad.
- La edad media de inicio se sitúa entre los 13-14 años.
- Es necesario elaborar nuevas estrategias de prevención.

¿Qué aporta este estudio?

- Los médicos solicitan mayor formación y recursos.
- La prevención debe orientarse a las familias, ya que un buen ambiente sociofamiliar resulta protector.
- Se necesitan más equipamientos de ocio dirigidos a adolescentes y fomentar la autoestima y responsabilidad de forma precoz.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Pilar Tejero por su tiempo, paciencia y altruismo en su colaboración durante todo el estudio. A Carmen Torán y Seo Mateo, gracias por vuestra dedicación y ayuda, esperamos haber aportado nuestra contribución y así entre todos ir hacia delante. A todos los participantes en el estudio porque sin ellos habría sido imposible llevarlo a cabo.

Bibliografía

1. Rhem J, Taylor B, Room R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug Alcohol Rev.* 2006;25:503-13.
2. Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundarias (ESTUDES) 2006-2007 del Plan Nacional sobre Drogas.
3. Maxwell JC. Party drugs: properties, prevalence, patterns, and problems. *Subst Use Misuse.* 2005;40:1203-40.
4. Rome ES. It's a rave new world: rave culture and illicit drug use in the young. *Cleveland Clinical Journal of Medicine.* 2001;68:541-50.
5. Henningfield JE, Clayton R, Pollin W. Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. *Br J Addict.* 1990;85:279-91.
6. Botvin GJ, Kantor LW. Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Alcohol Res Health.* 2000;25:769-74.
7. Royo-Isach J, Magrané M, Velilla A, Gómez S, Tosco M. Jóvenes, adolescentes y policonsumo de drogas: ¿cómo intervenir? *FMC.* 2003;10 Suppl 4:S47-58.
8. Nanda S, Konnur N. Adolescent drug & alcohol use in the 21st century. *Pediatr Ann.* 2006;35:193-9.
9. Pérez Milena A, Leal Helming FJ, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I, Martíne Fernández ML, Pérez Milena R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas en los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Atención primaria.* 2007;39:299-304.
10. Borrell C, Freixes N, Sedó C. Impacte del consum de cànnabis a la població adolescent de Vilanova i la Geltrú. Disponible en: <http://edpac.org>.
11. Chabrol H, Roura C, Kallmeyer A. Perceptions of cannabis effects: a qualitative study among adolescents. *Encephale.* 2004;30:259-65.
12. Menghrajani P, Klaue K, Dubois-Arber F, Michaud PA. Swiss adolescents' and adults' perceptions of cannabis use: a qualitative study. *Health Educ Res.* 2005;20:476-84.
13. Moral Jiménez MV, Rodríguez Díaz FJ, Sirvent Ruiz C. Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema.* 2006;18:52-8.
14. Bahora M, Sterk CE, Elifson KW. Understanding recreational ecstasy use in the United States: a qualitative inquiry. *Int J Drug Policy.* 2009;20:62-9.
15. Martins M, Santos MA, Pillon SC. Low-income families' perceptions on the use of drugs by one of their members. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2008;16:293-8.
16. Jackson D, Usher K, O'Brien L. Fractured families: parental perspectives of the effects of adolescent drug abuse on family life. *Contemp Nurse.* 2006;23:321-30.
17. Peterson J. A qualitative comparison of parents and adolescents views regarding substance use. *J Sch Nurs.* 2010;26:53-64.
18. Coleman LM, Cater S. Pathways for practice and policy to reduce adolescent alcohol abuse: interpretations from a qualitative study. *Int J Adolesc Med Health.* 2006;18:37-41.
19. Pilkington H. Beyond 'peer pressure': rethinking drug use and 'youth culture'. *Int J Drug Policy.* 2007;18:213-24.
20. Sherman SG, German D, Sirirojn B, Thompson N, Aramrattana A, Celentano DD. Initiation of metamphetamine use among young Thai drug users: a qualitative study. *J Adolesc Health.* 2008;42:36-42.
21. Parvizy S, Nikbahkt A, Pournaghash Tehrani S, Shahrokhi S. Adolescents' perspectives on addiction: qualitative study. *Nurs Health Sci.* 2005;7:192-8.
22. Berg M, Coman E, Schensul JJ. Youth action research for prevention: a multi-level intervention designed to increase efficacy and empowerment among urban youth. *Am J Community Psychol.* 2009;43:345-59.