



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

**EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO,
ALCOHOL Y DROGAS ENTRE
ADOLESCENTES EN LA ÚLTIMA DÉCADA Y
RELACIÓN CON EL APOYO FAMILIAR**

**PRESENTADA POR:
IDOIA JIMÉNEZ PULIDO**

**DIRIGIDA POR:
DR. D. ALEJANDRO PÉREZ MILENA
DRA. DÑA. CARMEN ÁLVAREZ NIETO**

JAÉN, 20 DE NOVIEMBRE DE 2012

ISBN 978-84-8439-695-6

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ENTRE ADOLESCENTES EN LA ÚLTIMA DÉCADA Y RELACIÓN CON EL APOYO FAMILIAR

Idoia Jiménez Pulido



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Quien no haya sido un poco salvaje en su infancia y adolescencia, corre mucho riesgo de serlo en su edad madura. A menos que se trate de un inadaptado, de un abúlico, o de un viejo prematuro.

Ramón y Cajal (1978) "Charlas de Café" Espasa-Calpe SA. Madrid

Agradecimientos

A Alejandro

.....por su amistad, por haberme enseñado, ayudado,
.....y haber hecho posible esta tesis

A mi madre y a mi padre

.....por haberme educado para luchar y conseguir los deseos
.....por su confianza, cariño y apoyo incondicional

A mis abuelas

.....Julia, por enseñarme a disfrutar de cada momento
.....Vitoria, por las tardes de cuidado y tesis

A mis sobrinos, hermano y cuñada

.....por su alegría

A mis amigos/as los del norte, centro y sur

Amaia, Koro, Natalia, Esther, M^a Carmen....por estar siempre al regreso
.....Raquel, Eva...por seguir cerca
.....Paqui, Inmas, Javi, Chelo, Juanpe, Juandi, Jose,
Susi... y los mocicos, por hacerme sentir en como mi tierra

y a Sandro por estar a mi lado .

Difusión de los resultados

Los resultados de esta tesis doctoral han sido difundidos en los siguientes congresos y publicaciones:

1. Comunicaciones a congresos

XI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Granada, 1-3 de junio de 2000

- Pérez Milena A, Martínez ML, Jiménez Pulido I, Martínez JL, Pérez R, Leal FL. Factores de riesgo social y contacto con tóxicos en adolescentes: relación con el fracaso escolar.

XXI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

San Sebastián, 14-17 de noviembre de 2001

- Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R, Martínez ML. Contacto y consumo de tóxicos entre adolescentes: relación con función familiar y malestar psíquico. Publicado como *abstract* en Atención Primaria 2001, 28 (supl 1): 154. ISSN: 0212-6567.

XIV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Jaén, 29-31 de mayo de 2003

- Pérez Milena A, Martínez ML, Jiménez Pulido I, Leal FJ, Mesa I, Martínez JL. Estudio descriptivo sobre prevalencia y dependencia del tabaquismo en los adolescentes. Relación con factores familiares y sociales.

Premio a la mejor comunicación sobre Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud del XIV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Jaén, 31 de mayo de 2003.

XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Sevilla, 8-11 de diciembre de 2004

- Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Picossi S, Del Moral PJ, Milena JA. Consumo de sustancias tóxicas durante la adolescencia. Diferencias entre el medio rural y el urbano. Publicado como *abstract* en Atención Primaria 2004; 34 (supl 1): 177. ISSN: 0212-6567.
- Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Del Moral PJ, Milena JA, Picossi S. Malestar psíquico en adolescentes: relación con factores sociofamiliares y consumo de tóxicos. Publicado como *abstract* en Atención Primaria 2004; 34 (supl 1): 128. ISSN: 0212-6567.

XV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Huelva, 2-4 de junio de 2005.

- Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Jiménez Pulido I, Mesa MI, Leal FJ. Relación entre el consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes y el apoyo sociofamiliar.

I Congreso Subregional de Península Ibérica de la región WONCA Iberoamericana-CIMF
XXV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Santiago de Compostela, 23-26 de noviembre de 2005.

- Pérez Milena A, Martínez ML, Leal FJ, Pérez R, Jiménez Pulido I, Mesa I. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre adolescentes en una zona urbana (1997-2004). Publicado como *abstract* en Atención Primaria 2005; 36 (supl 1): 138. ISSN: 0212-6567.

Accésit V Edición premios PAPPs/semfyc - Almirall Prodesfarma del XXV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Santiago de Compostela 23-26 noviembre 2005.

XVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Almería, 8-10 junio 2006

- Pérez Milena A, Martínez ML, Jiménez Pulido I, Pérez R, Mesa I, Leal FJ. Patrón de consumo de sustancias tóxicas en adolescentes: relación con edad y sexo.

XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Valencia, 15-18 de noviembre de 2006

- Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Jiménez Pulido I, Leal FJ, Mesa I. Violencia escolar y consumo de sustancias tóxicas: relación entre dos conductas de riesgo en la adolescencia. Publicado como *abstract* en Atención Primaria 2006; 38 (ext): 154. ISSN: 0212-6567.

Premio a la mejor comunicación oral de investigación XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Valencia, 15-18 de noviembre de 2006.

XVII Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Málaga, 7-9 de junio de 2007

- Leal FJ, Ramírez EM, Jándula V, Cobo N, Cantero N, Pérez Milena A. Diferencias en el consumo de drogas entre medio rural y urbano en la adolescencia.
- Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Leal FJ, Mesa MI, Ramírez EM, Martínez ML. Estudio longitudinal sobre el consumo de drogas ilegales en adolescentes de una zona urbana (1997-2007).
- Pérez Milena A, Ramírez EM, Jiménez Pulido I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R. Consumo perjudicial de alcohol y apoyo sociofamiliar en adolescentes.

XIII WONCA Europe Conference. I Congrese de la Médecine Général en France.

París, 17-20 de octubre de 2007.

- Pérez Milena A, Leal FJ, Pérez R, Martínez ML, Jiménez Pulido I, Mesa MI. School violence and toxic substances consumption: relationship between two risk factors during adolescence.
- Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Leal FJ, Martínez ML, Pérez R, Mesa MI. Evolution of alcohol, tobacco and illegal drugs consumption between adolescents in the last decade.

XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Madrid, 19-22 de noviembre de 2008

- Pérez Milena A, Mesa I, Jiménez Pulido I, Leal FJ, Martínez ML, Pérez R, Tabaco y cannabis en adolescentes: historia de una relación en la última década. Publicado como *abstract* en Atención Primaria 2008; 40 (ext 1): 149. ISSN: 0212-6567.

XX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Málaga, 6 al 8 de octubre de 2010

- Osuna M, Ramos JA, Escudero R, Martínez ML, Martínez R, Pérez-Milena A. Evolución del consumo perjudicial de alcohol y los factores de riesgo acompañantes (2007-2010)
- Escudero R, Osuna M, Ramos JA, Jiménez Pulido I, Pérez R, Pérez-Milena A. Evolución del consumo de tabaco entre adolescentes en una zona urbana (1997-2010).
- Ramos JA, Escudero R, Osuna M, Mesa MI, Leal FJ, Pérez-Milena A. Evolución del consumo de alcohol entre adolescentes en una zona urbana (1997-2010).

XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina General y XIII Congreso internacional de Medicina General y de Familia

Santander, 23 al 26 de mayo de 2012-07-03

- Jiménez Pulido I, Pérez Milena A, Torrecillas S, Martínez ML, Leal FJ, Pérez R. Evolución del consumo perjudicial de alcohol en adolescentes (2001-2010) y su relación con la edad y el sexo.

XXXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Bilbao, 13 al 15 de junio de 2012

- Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo MI, Leal Helmling FJ, Martínez Fernández ML. Evolución del consumo de alcohol entre adolescentes en una zona urbana (1997-2010) y su relación con la función familiar.
- Jiménez Pulido I, Pérez Milena A, Álvarez Nieto C, Mesa Gallardo MI, Leal Helmling FJ, Martínez Fernández ML. Evolución del consumo perjudicial de alcohol y los factores de riesgo acompañantes (2007-2010).

2. Artículos publicados

- Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Leal FJ, Jiménez Pulido I, Martínez JL. Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. Medicina de Familia (Andalucía) 2005; 6: 28-33. ISSN: 1576-4524.
- Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Pérez-Milena R, Jiménez-Pulido I, Leal-Helmling FJ, Mesa-Gallardo I. Tabaquismo y adolescentes: ¿buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares. Atención Primaria 2006; 37:452-6. ISSN: 0212-6567.

Accésit al mejor trabajo científico e inédito. IX Convocatoria de Premios a Trabajos Científicos e Inéditos 2004 "Dr. Cristóbal Méndez", Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Jaén

- Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa I, Jiménez Pulido I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. Atención Primaria 2007; 39: 61-65. ISSN: 0212-6567

Accésit al mejor trabajo científico e inédito, XI Convocatoria de Premios a Trabajos Científicos e Inéditos 2006 "Dr. Fermín Palma García", Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Jaén.

- Pérez-Milena A, Leal FJ, Jiménez Pulido I, Mesa MI, Martínez ML, Pérez-Milena R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). Atención Primaria. 2007; 39: 299-304. ISSN: 0212-6567
- Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Leal FJ, Martínez ML, Pérez R, Pérez MJ. Consumo cuantitativo y cualitativo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes según la edad y el sexo. Medicina de Familia (Andalucía) 2007; 8:26-32. ISSN: 1576-4524
- Pérez Milena A, Ramírez EM, Jiménez Pulido I, Leal FJ, Martínez ML, Pérez R. Diferencias en el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. Medicina de Familia (Andalucía) 2008; 9: 11-16. ISSN: 1576-4524

Accésit al mejor trabajo científico e inédito. XI Convocatoria de Premios a Trabajos Científicos e Inéditos 2007 "Dr. Gabriel Arroyo Sevilla", Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Jaén

- Pérez Milena A, Martínez ML, Mesa I, Pérez R, Leal FJ, Jiménez Pulido I. Cambios en la estructura y la función familiar del adolescente en la última década (1997-2007). Atención Primaria 2009; 41: 479-486. ISSN: 0212-6567. Factor de impacto 0,437 (Q3)

Comentario editorial: De la Revilla L. Disfunción familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia. Atención Primaria 2009; 41: 486-7.

Artículo referenciado en: Servicio de Información y Noticias Científicas (SINC). Las familiares no nucleares también funcionan. FECYT, Ministerio de Ciencia e Innovación (España). URL: <http://www.plataformasinc.es/index.php/esl/Noticias/Las-familias-no-nucleares-tambien-funcionan>

- Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Leal Helmling FJ, Pérez Milena R, Martínez Fernández M^aL, Álvarez Nieto C. Relación entre la violencia escolar y el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales durante la adolescencia. Med Fam (And) 2010; 1:21-9.

El presente estudio, con nº de Expediente 76/10, obtuvo la **beca “Isabel Fernández” 2010**, de ayuda a la realización de tesis doctorales de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Dotada con el importe de 2200 euros.



LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR y COMUNITARIA

expide el presente certificado a:

D^a. Idoia Jiménez Pulido (DNI. 34.104.391-Z)

por la obtención de una Beca "ISABEL FERNÁNDEZ" de ayuda a la realización de **TESIS DOCTORALES**, convocada por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, por el proyecto titulado:

"EVOLUCION DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ENTRE LOS ADOLESCENTES EN LA ULTIMA DECADA Y RELACION CON EL APOYO FAMILIAR Y SOCIAL"

Para que así conste donde proceda, se firma el presente certificado en Torremolinos (Málaga) a 8 de octubre de 2010.


D. Manuel Lubián López
Presidente de SAMFyC



ÍNDICE

1.	Introducción	23
1.1	Concepto y etapas de adolescencia	24
1.2	Historia de la adolescencia en las culturas occidentales	25
1.3	Adolescencia y salud	29
1.4	Consumo de alcohol, tabaco y drogas	33
1.4.1	Motivos para el consumo en la adolescencia	33
1.4.2	Evolución de los patrones de consumo	39
1.4.3	Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en la adolescencia	53
1.4.4	Prevención del consumo en la adolescencia	55
1.5	Adolescencia y familia	57
1.5.1	Bases conceptuales de la familia	57
1.5.2	La familia con hijos adolescentes	59
1.5.3	La teoría de sistemas para el estudio familiar	62
1.5.4	La familia como elemento protector para el adolescente	64
2.	Objetivos	65
3.	Material y métodos	67
3.1	Diseño del estudio	68
3.2	Población del estudio	68
3.3	Variables del estudio	69
3.4	Intervenciones y recogida de datos	70
3.5	Aspectos éticos	71
3.6	Análisis de los datos	71
3.7	Estrategia de búsqueda bibliográfica	72
3.8	Limitaciones metodológicas del diseño de investigación	72

4.	Resultados	74
4.1	Datos Generales del estudio	75
4.2	Consumo de alcohol	76
4.2.1	Prevalencia y cantidad de alcohol ingerida	76
4.2.2	Patrones de consumo de alcohol y tipos de bebidas alcohólicas	77
4.2.3	Diferencias en el consumo según edad y sexo	79
4.2.4	Relación de la cantidad de alcohol ingerida con el patrón de consumo de alcohol y tabaco	83
4.2.5	Sospecha de consumo perjudicial de alcohol	84
4.3	Consumo de tabaco	86
4.3.1	Prevalencia y cantidad de tabaco consumido	86
4.3.2	Patrones de consumo de tabaco	87
4.3.3	Diferencias en el consumo según edad y sexo	87
4.3.4	Relación de la cantidad de tabaco consumido con el patrón de consumo de tabaco y alcohol	89
4.4	Consumo de drogas ilegales	90
4.4.1	Prevalencia, patrones de consumo y tipo de drogas ilegales consumidas	90
4.4.2	Diferencias en el consumo según edad y sexo	93
4.4.3	Relación del consumo de drogas ilegales con el patrón de consumo de alcohol y tabaco	95
4.5	Función y estructura familiar. Relación con el consumo	97
4.5.1	Relación de las variables familiares con el consumo de alcohol	98
4.5.2	Relación de las variables familiares con la sospecha de consumo perjudicial de alcohol	99
4.5.3	Relación de las variables familiares con el consumo de tabaco	101

4.5.4	Relación de las variables familiares con el consumo de drogas	103
5.	Discusión	105
5.1	Consumo de alcohol en la adolescencia	107
5.1.1	Cambios en la prevalencia del consumo de alcohol	107
5.1.2	Cambios en el consumo cuantitativo de alcohol	109
5.1.3	Cambios en el patrón de consumo de alcohol	112
5.1.4	Cambios en las preferencias por el tipo de bebida alcohólica consumida	114
5.1.5	Cambios en el consumo en función del sexo	115
5.1.6	Cambios en el consumo en función de la edad	117
5.1.7	Relación entre el patrón de consumo de alcohol y la cantidad de alcohol ingerida	118
5.1.8	Cambios en la sospecha de consumo perjudicial de alcohol	120
5.2	Consumo de tabaco en la adolescencia	123
5.2.1	Cambios en la prevalencia del consumo de tabaco	124
5.2.2	Cambios en el consumo cuantitativo de tabaco	127
5.2.3	Cambios en el patrón de consumo de tabaco	129
5.2.4	Cambios en el consumo en función del sexo	130
5.2.5	Cambios en el consumo en función de la edad	132
5.2.6	Relación entre el patrón de consumo y la cantidad de cigarrillos consumidos	133
5.3	Consumo de drogas ilegales en la adolescencia	134
5.3.1	Cambios en la prevalencia del consumo de drogas ilegales en adolescentes	134
5.3.2	Características del consumo de cannabis	136

5.3.3	Características del consumo de otras drogas ilegales	137
5.3.4	Patrones de consumo de las drogas ilegales	141
5.3.5	Diferencias en el consumo de drogas ilegales según edad y sexo	141
5.3.6	Relación del consumo de drogas ilegales con el patrón de consumo de alcohol y tabaco	143
5.4	Importancia de los factores familiares en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en la adolescencia	144
5.4.1	Concepto e importancia de la familia	144
5.4.2	Valoración de la función familiar	145
5.4.3	Función y disfunción familiar en adolescentes	145
5.4.4	Función y estructura familiar	147
5.4.5	Cambios y conflictos en la familia: nuevas estructuras	147
5.4.6	Relación de los factores familiares con el consumo de alcohol en la adolescencia	148
5.4.6.1	Consumo de los padres	148
5.4.6.2	Educación familiar	149
5.4.6.3	Relación con la dinámica familiar	150
5.4.6.4	Consumo perjudicial y función familiar	151
5.4.7	Relación de los factores familiares con el consumo de tabaco en la adolescencia	153
5.4.7.1	Consumo de los padres y de los amigos	154
5.4.7.2	Educación familiar	154
5.4.7.3	Relación con la dinámica familiar	154
5.4.7.4	Dependencia a la nicotina y función familiar	155
5.4.8	Relación de los factores familiares con el consumo de drogas ilegales en la adolescencia	156

6.	Conclusiones	159
7.	Bibliografía	162
8.	Anexos	189
	Anexo 1: Cuestionario de recogida de datos	190
	Anexo 2: Características del Instituto de Educación Secundaria	192
	Anexo 3: Cálculo del consumo de alcohol (Robledo, 2007; Rosón, 2008)	194
	Anexo 4: Percepción de la función familiar. Test de APGAR familiar.	195
9.	Artículos de difusión de resultados	196

Índice de tablas

Tabla 1	Evolución de la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en los estudiantes españoles de secundaria de 14 a 18 años por sexo (ESTUDES 2008/2010)	48
Tabla 2	Definición de consumo alcohólico de riesgo en Europa	54
Tabla 3	Consumo cuantitativo de alcohol (UBE semanales) según el sexo y edad de los adolescentes en función del año de estudio	80
Tabla 4	Consumo cualitativo de alcohol según el sexo y la edad de los adolescentes en función del año de estudio	82
Tabla 5	Consumo cuantitativo de alcohol en relación con su patrón de consumo y en función del año de estudio	83
Tabla 6	Consumo cuantitativo de tabaco en relación con el patrón de consumo de alcohol y en función del año de estudio	83
Tabla 7	Valores de las variables estudiadas para los adolescentes consumidores de alcohol con test de CAGE positivo, según el año de estudio	84
Tabla 8	Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos/día) según el sexo y la edad de los adolescentes en función del año de estudio	88
Tabla 9	Consumo cualitativo de tabaco según el sexo y la edad de los adolescentes en función del año de estudio	89
Tabla 10	Consumo cuantitativo de tabaco en relación con su patrón de consumo y en función del año de estudio	90
Tabla 11	Consumo cuantitativo de tabaco en relación con el patrón de consumo de alcohol y en función del año de estudio	90
Tabla 12	Consumo cualitativo de drogas ilegales según el sexo y la edad de los adolescentes en función del año de estudio	94
Tabla 13	Consumo de drogas según el patrón de consumo de alcohol y en función del año de estudio	95

Tabla 14	Consumo cuantitativo de alcohol en función del patrón de consumo de de drogas ilegales y en función del año de estudio	95
Tabla 15	Consumo de drogas en función del patrón de consumo de tabaco y en función del año de estudio	96
Tabla 16	Consumo cuantitativo de tabaco en función del patrón de consumo de de drogas ilegales y en función del año de estudio	96
Tabla 17	Prevalencia de consumo de alcohol según la función y estructura familiar y el año de estudio	98
Tabla 18	Consumo cuantitativo de alcohol (UBE/semana) en adolescentes que consumen alcohol según la función y estructura familiar y el año de estudio	98
Tabla 19	Patrón de consumo de alcohol en adolescentes según la función y estructura familiar y año de estudio	99
Tabla 20	Prevalencia de consumo de tabaco según la función y estructura familiar según el año de estudio	101
Tabla 21	Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos/día) en adolescentes fumadores según la función y estructura, en función del año de estudio	102
Tabla 22	Patrón de consumo de tabaco en adolescentes fumadores según la función y estructura familiar, y el año de estudio	102
Tabla 23	Prevalencia de consumo de drogas según la función y estructura familiar y el año de estudio	103
Tabla 24	Patrón de consumo de drogas según la función y estructura familiar y el año de estudio	104
Tabla 25	Estudio españoles sobre la prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes	110

Índice de figuras

Figura 1	Diferencias entre los sexos en la carga de enfermedad en los adolescentes	30
Figura 2	Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial, desde finales del decenio de 1990 hasta 2009/2010	40
Figura 3	Prevalencia anual del consumo de drogas a nivel mundial, por categoría de drogas ilícitas, 2009/2010 (OMS 2011)	41
Figura 4	Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína alguna vez en la vida entre los adolescentes. Comparativa entre los resultados de los informes ESTUDES y EDADES (1997-2007)	50
Figura 5	Esquema general del estudio	75
Figura 6	Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol según el año de estudio	76
Figura 7	Evolución de los patrones de consumo de alcohol según el año de estudio	77
Figura 8	Evolución del consumo de las diferentes bebidas alcohólicas empleadas por los adolescentes según el año de estudio	78
Figura 9	Evolución de los patrones de consumo de las diferentes bebidas alcohólicas empleados por los adolescentes según el año de estudio	79
Figura 10	Evolución del consumo de alcohol según el sexo del adolescente	80
Figura 11	Evolución del consumo de alcohol según la edad del adolescente	81
Figura 12	Consumo cuantitativo de alcohol (unidades de bebida estándar por semana) en adolescentes que consumen alcohol según el resultado del test de CAGE y en función del año de estudio	85
Figura 13	Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos por día) según el resultado de test de CAGE y en función del año de estudio	85
Figura 14	Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco según el año de estudio	86

Figura 15	Evolución del consumo de tabaco según el sexo del adolescente	86
Figura 16	Evolución de los patrones de consumo de tabaco según el año de estudio	87
Figura 17	Evolución del consumo de tabaco según la edad del adolescente	88
Figura 18	Evolución de la prevalencia de consumo de drogas ilegales según el año de estudio	91
Figura 19	Evolución del consumo de drogas ilegales según el sexo del adolescente	91
Figura 20	Evolución de los patrones de consumo de drogas ilegales según el año de estudio	92
Figura 21	Evolución del tipo de drogas ilegales consumidas según el año de estudio	92
Figura 22	Evolución del consumo de drogas ilegales según la edad del adolescente	93
Figura 23	Función familiar de los adolescentes según el año de estudio	97
Figura 24	Estructura familiar de los adolescentes según el año de estudio	97
Figura 25	Prevalencia de la sospecha de consumo perjudicial de alcohol (test de CAGE positivo) en adolescentes que consumen alcohol según la función familiar y el año de estudio	100
Figura 26	Prevalencia de la sospecha de consumo perjudicial de alcohol (test de CAGE positivo) en adolescentes que consumen alcohol según la estructura familiar y el años de estudio	100

Índice de abreviaturas

a.C.: antes de Cristo.

AMPA: Asociación de Madres y Padres de Alumnos.

AVAD: la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EEUU.

CE: Comunidad Europea.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CMCT: Convenio Marco de la OMS.

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

ECERS: Early Childhood Environment Rating Scale Escala de Evaluación de Contextos Educativos Infantiles

EDADES: la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España.

EEM: error estándar de la media.

EEP: error estándar de la proporción.

EMCSAT: Estudio de Monitoración de Conductas de Salud de la población Adolescente de Terrassa 2010.

EMQ: modelo de cuestionario europeo.

ENA: Encuesta Nacional de Adicciones de México.

EPV: Educación Plástica y Visual/Diseño.

ESO: Educación Secundaria Obligatoria.

ESPAD: Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*).

ESTUDES: Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias.

FAD: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

FP: formación profesional.

FRESC: la encuesta aborda diversos temas, como el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas, la alimentación, la sexualidad, comportamientos relacionados con accidentes, tiempo libre y salud mental, y relaciones con los demás.

GHB: Ácido gammahidroxibutírico, mal llamado éxtasis líquido, anestésico depresor incoloro.

HBSC: Health behaviour in school-aged children, encuesta sobre conductas relacionadas con la salud en la población escolar efectuado por el OEDT cada cuatro años.

IC: intervalo de confianza.

IES: Instituto de Educación Secundaria.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

ITS: infecciones de transmisión sexual.

LOCE: Ley Orgánica de la Calidad de la Enseñanza.

LOGSE: Ley de Ordenación General del Sistema Educativo.

LOPD: Ley Orgánica de Protección de Datos.

LSD: dietilamida de ácido lisérgico, comúnmente ácido.**MALT:** Munchner Alkoholismus Test.

MAST: Michigan Alcoholism Screening Prueba.

MDMA: 3,4-metilendioxi metanfetamina, éxtasis ó cristal.

OADA: Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

OEDT: Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.

PITA: Plan integral del tabaquismo de Andalucía.

PNSD: Plan Nacional sobre Drogas.

RD: Real Decreto.

Reitox: red europea de información sobre la droga y las toxicomanías.

SAMHSA: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de E.E.U.U.

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SIVFRENT-J: el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles Juvenil.

T-ACE: la prueba T-ACE está a sólo cuatro preguntas, tres de ellos se encuentran en la prueba de CAGE, pero ha demostrado ser más precisos en el diagnóstico de problemas de alcohol, tanto en hombres como en mujeres.

Test AUDIT: Alcohol Use Identification Test

Test χ^2 : test de Chi cuadrado.

TRA: trastornos relacionados con el alcohol.

TWEAK: es una prueba de cinco ítems desarrollado originalmente para la detección de consumo de riesgo durante el embarazo. Incluye tres de las preguntas CAGE y también pregunta acerca de la tolerancia del paciente y apagones.

UBEs: Unidades Estándar de Bebida.

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime (World Drug Report 2011).

VIH: virus de la inmunodeficiencia adquirida.

Aclaración:

En esta investigación debe entenderse que el empleo del masculino con referencia a toda persona física, también implica el femenino salvo disposición contraria específica.

En la redacción utilizada aún no se han tenido en cuenta las nuevas normas de ortografía de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) por su reciente publicación.

1. Introducción

1.1 Concepto y etapas de la adolescencia

Una de cada cinco personas en el mundo, es decir, 1200 millones de personas, son adolescentes (OMS, 2003). La adolescencia ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el periodo de la vida en el cual el individuo transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los del adulto, adquiere la capacidad reproductiva y la independencia de los adultos, fijando los límites entre los 10 y los 19 años. Por tanto, este periodo quedaría enmarcado en la segunda década de la vida. Sin embargo, la Society for Adolescent Medicine prefiere entender un período más amplio, que incluya la etapa de la juventud, y considerar esta etapa de la vida desde los 10 hasta los 25 años, dentro del concepto de adultez emergente (Arnett, 2008). Estas discrepancias se deben a que la adolescencia es una construcción cultural, no un simple fenómeno biológico (Arnett, 2008; Blum, 2012). El conjunto de cambios biológicos de la maduración física y sexual, conocido como pubertad, es universal y acontece de forma similar en todos los jóvenes, aunque con variaciones de tiempo y distintos significados culturales: casi todas las culturas tienen una adolescencia, pero su duración, contenido y experiencias varían considerablemente.

En la adolescencia concurren tres procesos básicos. Primero, aparece una aceleración puberal del crecimiento: en 2-3 años aumentan el 50% de peso y en 25-30% de la talla precedentes. La metamorfosis corporal del adolescente le ocasiona gran inseguridad, como si no se identificaran con su nuevo cuerpo, ocasionando actitudes que remedan estados hipocondríacos. En segundo lugar, el desarrollo o maduración sexual y el consiguiente cambio psicosocial. La erotización crea la necesidad de vínculos extra familiares. Por último, surgen importantes cambios en la escolaridad y en las relaciones grupales. El descubrimiento del entramado social suele seducir y se contrapone al rechazo del entramado familiar. Todo ello genera una auténtica metamorfosis mental con la elaboración de un nuevo encaje social que supone, entre otros aspectos, la pérdida de la seguridad infantil.

Se pueden diferenciar distintas etapas en este período. Según el criterio cronológico, se diferenciaría primera adolescencia (10-14 años) y segunda adolescencia (15-19 años). Sin embargo, es preferible usar un criterio evolutivo para diferenciar estas etapas, ya que el criterio cronológico no tiene en cuenta las grandes variaciones individuales y la influencia de los factores psicosociales (Pérez, 2007c; Arnett, 2008). El desarrollo psicosocial marcaría una primera adolescencia (12-14 años), una segunda adolescencia (15-17 años) y una adolescencia tardía (18-21 años).

La pubertad, pre adolescencia o adolescencia temprana está caracterizada por la preocupación por su imagen, la exigencia de privacidad (poseer un "territorio propio"), la reafirmación y rebelión, los conflictos con las normas parentales, la menor comunicación con la familia y mayor con el grupo de pares del mismo sexo, el comienzo de los pensamientos abstractos y las operaciones formales, con tendencia a los extremismos, con escala simple de valores, gran impulsividad y variaciones del estado de ánimo. En las niñas se produce la menarquia. En la adolescencia media irrumpe el inicio de la autoaceptación, la maduración, el inicio de relaciones con el otro sexo, el idealismo, pérdidas de tiempo, cansancio permanente, sensación de omnipotencia e invulnerabilidad, y el experimentalismo (o ponerse a prueba). Hay una iniciación en prácticas de riesgo (drogas, conducción de vehículos, deportes) y en el rol sexual y la actividad genital. La adolescencia final o tardía, o prejuvenil conlleva una autoaceptación e independencia, mayor realismo y emparejamiento (Bras, 2003b).

1.2 Historia de la adolescencia en las culturas occidentales

Numerosos autores consideran que la adolescencia nació con la revolución industrial. Caron (1996) marca al siglo XVIII como el momento en el cual la adolescencia “ha salido de la era del anonimato”. El autor señala que en este siglo el término adolescencia comienza a ser utilizado en el lenguaje codificado, refiriéndose al uso literario del concepto. Las dificultades que implican el paso de la infancia a la madurez se convierten en tema de la novela del Romanticismo. Gerard Lutte, en su libro "Liberar la adolescencia. Psicología de los jóvenes de hoy" (Lutte 1991), basado principalmente en los estudios de Ariès (1972), Bellerate (1979), Gillis (1974) y Kett (1977), describe brevemente el nacimiento de la juventud en la Roma antigua y su historia en la era industrial.

En la Roma antigua

En la Roma antigua, hasta el siglo II a.C., no existía un período de edad a la que se pudiese dar el nombre de adolescencia o de juventud. La pubertad fisiológica, celebrada con una ceremonia religiosa en la que el púber se quitaba la toga pretexta y la bula, símbolos de la infancia, para ponerse la toga viril, traje solemne de los ciudadanos romanos, marcaba el paso del niño a la edad adulta. El púber, *filius familias*, podía así participar en los comicios, acceder a la magistratura, alistarse en la milicia ciudadana con los mismos derechos y deberes que su padre. Se le reconocía jurídicamente capaz de actuar y cuando su padre moría adquiría la personalidad jurídica (Lutte, 1991, citando a Giuliano, 1979). En ese tiempo, la vida estaba dividida en tres fases: la infancia, la edad adulta y la vejez. Es una división que encontramos en muchas culturas y podemos pensar que era la regla general en el comienzo de las sociedades humanas. Todavía la encontramos hoy en algunas sociedades tradicionales como la de los pigmeos bambuti de Africa central (Turnbull, 1961).

¿Cómo y por qué aparece la adolescencia en un determinado momento de la historia de las sociedades humanas? En la sociedad romana fue inventada durante el siglo II a.C., después de profundos cambios en el sistema económico y social que Giuliano (1979) resume de este modo: extensión de la gran propiedad rural; formación de grandes disponibilidades de capital líquido de origen usurario y comercial; acaparamiento de los recursos por una parte privilegiada de la población en perjuicio de la mayoría, acompañado de una redistribución de las rentas que agrava las desigualdades económicas; procesos de urbanización; y por último, desarrollo completo de la esclavitud como medio fundamental de producción. En este contexto nace la juventud. En los años 193–192 a.C. el senado aprueba la *Lex Plaetoria*, “acta de nacimiento de un nuevo grupo social” que “instituyó una acción penal contra el que hubiese abusado de la inexperiencia de un joven de edad inferior a 25 años en un negocio jurídico”. Unos diez años más tarde, la *Lex Villia Annalis* limitaba la participación de los jóvenes en los cargos públicos. La madurez social que antes se reconocía inmediatamente después de la pubertad se traslada ahora a la edad de 25 años.

La juventud o la adolescencia hacen pues su aparición histórica como una fase de subordinación, de marginación, de limitación de derechos y de recursos, como incapacidad de actuar como los adultos, como fase de semidependencia entre la infancia y la edad adulta. En la ideología oficial, las leyes que sancionan la creación de una nueva clase de edad, se presentan como medidas para defender a los jóvenes. La aparición de los jóvenes como grupo social sólo se produce en las clases privilegiadas y sólo interesa a los varones: las mujeres no salen nunca de una condición de minoridad social. La adolescencia puede ser considerada como un privilegio cuando se la compara con la condición de las jóvenes o de los muchachos

de las clases desfavorecidas o de los esclavos. Pero en comparación con la condición precedente de ausencia de adolescencia, la juventud se estructura como una fase de subordinación y de marginación con respecto a los adultos de las clases privilegiadas, y, en ciertos aspectos, devuelve a estos jóvenes a la condición de incapacidad jurídica que caracteriza a los niños, las mujeres y los esclavos.

En la edad media y la época industrial

Durante la edad media y la época preindustrial, la juventud duraba aproximadamente de los 7-10 años a los 25-30 años y se situaba entre la dependencia de la infancia y la relativa independencia de la edad adulta caracterizada por el matrimonio y la herencia. Dentro de la fase de semidependencia de la juventud no se podían distinguir subestadios, ya porque el trabajo y la escuela no seguían un orden temporal rígido (se podía comenzar la escuela a cualquier edad), ya porque la pubertad fisiológica no provocaba ruptura entre las edades. Los niños, ya a partir de los siete años vestían como los adultos y asumían roles sociosexuales adultos. Además, la pubertad se manifestaba con cuatro años de retraso con respecto a la época actual y no se alcanzaba la plena fuerza física hasta los 25 y 30 años. Hacia los 7-8 años las niñas y los niños dejaban su casa para ir a vivir con otras familias como sirvientes o aprendices, y a veces como escolares. No era raro que los niños de esta edad partiesen a la aventura a las ciudades para procurarse allí una situación. Los jóvenes de esta época gozaban de unas libertades que hoy día parecen inauditas. Podían participar en todas las manifestaciones de la vida de los adultos. No era raro ver grupos de jóvenes recorrer a pie Europa mendigando para vivir y detenerse durante períodos más o menos largos en las escuelas más célebres.

La situación cambió radicalmente con la industrialización y los cambios que produjo en la familia, la escuela y la cultura. Un proceso largo y complejo, que empezó en el siglo XVI y se completó en el siglo XIX, tuvo como consecuencia que en el período de la juventud apareciese la infancia escolar y la adolescencia. La creación de la infancia escolar, como fase totalmente separada de la vida de los adultos, ha sido reconstruida por Ariès (1972), mientras que Gillis (1974) y Kett (1979) han descrito la invención de la adolescencia. Según Gillis, la adolescencia aparece en la clase burguesa en las últimas décadas del siglo XIX y deriva de un conjunto complejo de factores ligados a la industrialización y al desarrollo capitalista de la sociedad. En este período se acentúa la distancia entre las clases sociales: la burguesa acumula el capital y el poder a expensas de los campesinos y de los artesanos, que son desposeídos de su oficio y condenados a vender su fuerza de trabajo. Es cuando aparece el proletariado, sometido a duras condiciones de trabajo de existencia y a menudo es víctima del desempleo, en particular los jóvenes, muchos de los cuales son expulsados del mundo del trabajo como consecuencia de los progresos de la mecanización. La familia que, anteriormente, era de tipo patriarcal, se transforma en familia nuclear compuesta por los padres y algunos hijos que no dejan su casa a los siete años, sino que permanecen en ella hasta que se casan. Primero son las clases privilegiadas las que renuncian a la tradición de enviar a los niños como sirvientes a otras familias y las muchachas fueron las primeras en quedarse en casa en espera y deseo del matrimonio.

Muchos jóvenes comienzan a frecuentar regularmente la escuela, sobre todo los que necesitaban un título universitario para poder suceder a sus padres que ejercían profesiones liberales. La escuela, que en los siglos anteriores acogía a personas de todas las edades, a partir de ahora se especializa por grupos de edad: la escuela primaria para la infancia y la escuela secundaria para la adolescencia. Para evitar las rebeliones de los jóvenes, la escuela

adoptó un estilo militar: se daban las órdenes con silbato, los estudiantes tenían que alinearse en filas y podían sufrir penas de prisión. El ideal que se les proponía a los adolescentes era el de la obediencia ciega del soldado (Ariès 1972). Además los educadores animaban a los jóvenes a practicar los deportes de grupo, se exaltaban las proezas físicas, los músculos, la virilidad. El deporte alejaba a los muchachos del mundo de las jóvenes a las que se las consideraba ahora como débiles, emotivas e inestables. Los movimientos de juventud contribuyen también a la creación de la adolescencia moderna. Gillis analiza en especial el movimiento de los *Scouts* en Inglaterra y de los *Wandervogel* en Alemania que atrajeron sobre todo a los jóvenes de las clases media y burguesa, mientras que los de las clases populares no querían alistarse en unas organizaciones cuya finalidad era hacer aceptar el orden social existente. Se caracterizaban por una exaltación de la naturaleza y de la fuerza física y por una visión romántica de la juventud a la que se creía capaz de regenerar a la sociedad. Estos movimientos que se proclamaban apolíticos eran en realidad fuerzas convocadoras, dirigidas por adultos de las clases privilegiadas cuyos valores transmitían. La decisión de los nazis en 1933 de enlazar a todos los jóvenes en la “Juventud hitleriana” completó la tendencia a la supervisión compulsiva de los adolescentes (Gillis 1974).

Hasta el siglo XIX, los jóvenes se resistieron a las tentativas de limitar sus libertades. Sus rebeliones se manifestaron de formas variadas: revueltas estudiantiles, participación en las revoluciones y, en el caso de los jóvenes de medios populares, participación en las luchas de clase, delincuencia, manifestaciones variadas de contraculturas y de subculturas. Veamos algunos ejemplos: durante los siglos XVI y XVII estallaron las revueltas en las escuelas, de tal intensidad que a veces fue necesario que interviniese el ejército para reprimirlas. A fines del siglo XVIII hicieron su aparición el desempleo y la subocupación intelectual provocando en los jóvenes, sobre todo en Prusia, una conciencia de generación que hasta entonces nunca había sido tan fuerte. Los jóvenes de las clases populares, que no asistían a la escuela y que a menudo no encontraban trabajo, reaccionaron contra la degradación de su condición uniéndose a las luchas obreras de los adultos. Comenzaron también a manifestar una contracultura por medio de bandas a las que las autoridades llamaban delincuentes.

Según Gillis, hacia finales del siglo XIX una parte de los jóvenes, sobre todo los de los 14 a los 18 años, se resignaron a depender de la familia y de las demás instituciones de los adultos. Orientaron la agresividad hacia sí mismos, justificando con sus tormentos interiores las descripciones psicológicas de la adolescencia. Hacia 1900, la adolescencia sólo se encontraba en las clases privilegiadas, pero se empezaba ya a percibir su extensión a las familias de los obreros calificados y semicalificados. Sólo en la primera mitad del siglo XX, a la que Gillis llama “la era de la adolescencia”, se extiende a todas las clases sociales. Anteriormente, en las familias más pobres, el trabajo de los jóvenes era necesario para la supervivencia de la familia y se veía la escuela como una amenaza (Lutte, 1991). El trabajo infanto-juvenil y sus consecuencias, también dieron lugar a considerar la edad como elemento distintivo. El fenómeno más chocante de la primera fase de la revolución industrial, es la puesta al trabajo de la mano de obra familiar. Un gran número de trabajadores eran niños y mujeres. Las consecuencias fueron demográficamente desastrosas: fuertes tasas de mortalidad infantil, deformaciones físicas, mortalidad precoz. Aparece y se desarrolla la acción de higienistas y urbanistas, quienes junto a un patronato devenido paternalista, fijan políticas de moralización de la clase obrera. En 1841, aparece en Francia la primera ley de protección a la mujer y a los niños trabajadores. Se fijan edades mínimas relacionadas con la duración del trabajo. La eficacia de estas leyes no comienza a manifestarse hasta tanto se instituye la educación obligatoria (1880–1882).

En el siglo XIX, el derecho toma la adolescencia como objeto privilegiado de estudio. El interés surge, buscando una protección legal a los niños y adolescentes trabajadores. Sin embargo, este interés sufre un giro: se comienza a observar la relación entre adolescencia y criminalidad. Durante la segunda mitad del siglo XIX, surgen en Europa, instituciones específicas destinadas a menores. Las casas de corrección y los asilos o refugios para niños abandonados, aparecen ligados a un sistema jurídico que intenta vigilar y prevenir delitos. La institucionalización de menores en el siglo XIX, tuvo como efectos la aparición de nuevos saberes sobre infancia y adolescencia. Al mismo tiempo se elaboran nuevas nomenclaturas que devienen en la producción de nuevas categorías sociales.

El modelo de protección de la infancia, recortaba las libertades civiles y la vida privada de los menores, trataba a los adolescentes como si fueran naturalmente dependientes, considerando que requerían constante y omnipotente vigilancia. Las grandes instituciones asilares que se desarrollaron durante este período, comienzan a demostrar su fracaso desde la década de los 40 gracias a los aportes de Siptz y Bowlby. Entonces se recomienda cerrar las macroinstituciones de menores. En la década de los 60 se observan en el campo de la educación los beneficios de la integración, para el desarrollo de niños con dificultades de aprendizaje. En esta década se producen grandes cambios en lo que respecta a las instituciones gracias al aporte de la antipsiquiatría. Goffman hace evidente la importancia del no aislamiento respecto al entorno de pertenencia. Es necesario esperar hasta la década de los 70 para que comience la desaparición de las grandes instituciones. Se intenta fundamentalmente evitar que los jóvenes entren en el sistema judicial penal, se buscan soluciones extrajudiciales. El menor ya no es único objeto de atención, sino que se tiende a preservar o favorecer la inserción en la comunidad, ofreciendo al menor y su familia la ayuda que necesitan. El internamiento aparece como último recurso a utilizar y solamente en casos muy extremos.

En la actualidad

La Convención de los derechos del niño (UNICEF 2006) ubica al menor ya no solo como objeto de protección, sino también como un sujeto de derechos. Se intenta garantizar la cobertura de las necesidades básicas de todo menor, en especial el acceso a la salud y el progresivo logro de autonomía. De este modo se espera que los jóvenes devengan más independientes y responsables. Esta mayor responsabilización del joven sobre sus actos, denota la importancia de garantizar el real cumplimiento de sus derechos. En algunos países, donde estos derechos no lograron establecerse realmente, existen sectores de la población, que aún hoy siguen intentando derribar logros esenciales.

1.3 Adolescencia y salud

Salud integral en la adolescencia

Se ha hablado mucho sobre la definición de salud desde que en 1946 la OMS en su Carta Constitucional definiera la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Esta definición presentaba aspectos positivos respecto a la definición clásica de salud como ausencia de enfermedad. Por primera vez se define ésta en términos positivos y se contempla en las áreas mental y social. Sin embargo parecía ser utópica, estática y subjetiva. La Comisión Presidencial de los Estados Unidos afirmó en 1953 que “la salud no es una condición, sino una adaptación y que tampoco es un estado, sino un proceso”, con lo que se puede decir que la salud es un estado (se puede estar sano o no), pero también es un proceso (se desarrolla en unas determinadas coordenadas espacio-temporales), una condición de posibilidad (uno puede ser una persona sana o no serlo, tanto en lo mental como en lo físico) y un ideal (es una tendencia hacia la máxima felicidad o el mayor bienestar posible).

En el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana celebrado en Perpiñán en 1976 se discutió la definición de salud y se aprobó que: “La salud es aquella manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa”. En 1978, Laín Entralgo le da una perspectiva más dinámica y la define como “la capacidad del organismo de resistir sin reacción morbosa; un estado habitual en el que se aúnan la normalidad y la posibilidad de rendimiento óptimo”.

Es especialmente interesante el concepto de **salud integral del adolescente** como toma de posición ante una situación comúnmente observada, en que se asevera que el ser humano es una unidad biopsicosocial, pero que en la práctica suele reducirse a la concentración de esfuerzos de los programas de salud en el área biológica. El objetivo de los programas debe ser el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales, así como reducir las situaciones de riesgo psicosocial a las que se exponen de manera especial quienes viven en situaciones menos favorables (Moreno, 1997).

Los adolescentes son generalmente sanos, es decir, muestran tasas bajas de morbilidad y mortalidad en comparación con los niños y adultos (OMS, 1999; 2000; 2003). Esta generalización no tiene en cuenta que los adolescentes son una población heterogénea. Muchos de ellos están en la escuela, pero muchos otros no: otros trabajan, algunos son padres algunos participan en conflictos armados como combatientes o como víctimas, algunos sufren abusos sexuales o físicos en sus hogares, algunos abusan sexualmente de mujeres jóvenes o de otros muchachos, algunos viven o trabajan en la calle, otros tienen relaciones sexuales a cambio de dinero para sobrevivir. Algunos muchachos corren riesgos y tienen necesidades sanitarias y de desarrollo, o se educan socialmente de formas que conducen a la violencia y a la discriminación contra las mujeres o contra otros muchachos, y a riesgos sanitarios para sí mismos y para su comunidad. En España las chicas adolescentes, perciben peor la salud general, física y emocional, pero perciben mejor las relaciones con los amigos y el ámbito escolar (Vélez, 2009).

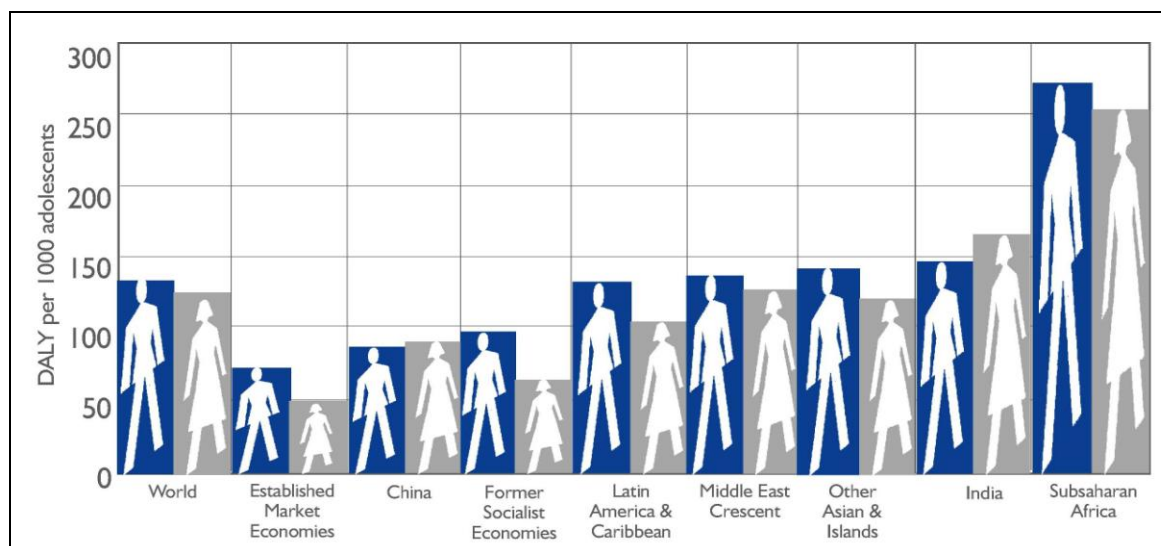
Los problemas de salud y desarrollo de los muchachos afectan a su bienestar durante la adolescencia y tienen implicaciones importantes en su futura salud y bienestar como adultos. Los adolescentes hombres sufren afecciones específicas y, en general, muestran tasas de mortalidad más altas que las adolescentes mujeres. Según los datos sanitarios internacionales,

la mayor diferencia entre muchachos y muchachas adolescentes es que, en los primeros, generalmente tienen tasas más altas de mortalidad, mientras que en las muchachas están más elevadas las tasas de morbilidad. Además, existen diferencias significativas en las causas de mortalidad y morbilidad que afectan a muchachos y muchachas. En todo el mundo, los muchachos muestran tasas más altas de mortalidad y morbilidad por la violencia, los accidentes y los suicidios, mientras que las muchachas adolescentes generalmente presentan tasas más altas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el sistema reproductor y con el embarazo. Ser chica condiciona el doble de probabilidades de percibir peor salud y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los aspectos físicos y emocionales que los chicos (Vélez, 2009). Por ello, la perspectiva de género se debería tener en cuenta en la implementación de medidas de prevención y promoción de la salud infantil y adolescente.

Mortalidad en la población adolescente

La OMS (2000) estima que el 70% de las defunciones prematuras entre los adultos se debe a pautas de comportamiento que surgen en la adolescencia, como el tabaquismo, la violencia y el comportamiento sexual. En todas las zonas del mundo, excepto en la India y China (que combinadas representan un tercio de la población mundial), la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), que tiene en cuenta la mortalidad y la discapacidad debida a la morbilidad) es mayor en hombres que en mujeres (figura 1). Al presentar las cifras de AVAD, sin embargo, es importante no olvidar que comparaciones tan amplias entre sexos a veces dejan en la sombra otras cuestiones de salud. Aunque haya menos defunciones de mujeres adolescentes en todo el mundo, éstas pueden sufrir violencia doméstica, violencia sexual y otros trastornos de salud que se reflejan poco o nada en las cifras de AVAD.

Figura 1
Diferencias entre los sexos en la carga de enfermedad en los adolescentes
 (pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad -AVAD- para todas las causas en adolescentes entre 10 a 19 años de edad) (OMS 2000)



En la mayor parte de las regiones del mundo, los varones adultos tienen tasas de mortalidad más altas por causas que no son específicas de ninguno de los sexos. Los hombres fallecen por enfermedades cardíacas y cáncer con más frecuencia que las mujeres a todas las edades, y hasta la vejez presentan tasas más elevadas de accidentes y lesiones. En los países industrializados y en muchos países en desarrollo las mujeres sufren una incidencia más elevada de enfermedades no mortales y en algunos lugares es más probable que dediquen atención a sus necesidades sanitarias. En general, en casi todas las zonas del mundo los hombres tienen tasas más elevadas de enfermedades mortales, mientras que las mujeres presentan tasas más elevadas de enfermedades agudas y enfermedades crónicas no mortales.

Según estas cifras de AVAD, las diferencias por sexo son más pronunciadas en los países industrializados, en América Latina y el Caribe, y en las antiguas economías socialistas de Europa. Una posible explicación para esta diferencia entre sexos en los AVAD es que en los países y regiones que han hecho avances sustanciales en salud materno-infantil, la morbilidad y mortalidad de los varones representan una proporción creciente de la carga sanitaria pública. En general, en América Latina y el Caribe, por ejemplo, la carga sanitaria que representan los hombres es un 26% más alta que la que corresponde a las mujeres (Banco Mundial, 1993). Al examinar las estadísticas de salud de los varones a nivel de países y regiones se encuentra que gran parte de esta carga de enfermedad se debe a problemas sanitarios asociados con la socialización de género: accidentes de tráfico (en que las bravuconadas y el consumo de alcohol tienen un papel importante), lesiones (asociadas con el lugar de trabajo y la violencia entre sexos), homicidios (la gran mayoría como resultado de la violencia entre sexos) y enfermedades cardiovasculares (asociadas en parte con el estrés y el modo de vida). En la revisión de los datos de México, Keijzer (1997) encontró que las tasas de mortalidad para hombres y mujeres son más o menos iguales hasta los 14 años. En ese momento, la mortalidad masculina empieza a aumentar y es el doble para los varones jóvenes de 15 a 24 años de edad. Las tres causas principales de mortalidad entre los muchachos en México (accidentes, homicidio y cirrosis) se relacionan con las normas sociales sobre la masculinidad. Estas tendencias se repiten en toda América Latina y en otras partes del mundo, desde Oriente Medio a Europa occidental, Norteamérica y Australia (Yunes, 1994; Klein, 1999).

Algunos estudios que utilizan estadísticas de salud oficiales de algunos países industrializados sugieren que, desde el nacimiento hasta los siete años de edad, los muchachos tienen tasas más elevadas de problemas sanitarios que las muchachas. Después del período perinatal, en Finlandia los muchachos presentaban un 64% más de incidencia acumulada de asma, un 43% más de incidencia acumulada de discapacidad intelectual, y un 22% más de mortalidad. Se han registrado tendencias similares en Australia. Algunos investigadores creen que puede haber cierta propensión biológica a que los muchachos tengan más complicaciones de salud en la infancia, y que arrastren algunas de ellas hasta la adolescencia (Gissler, 1996; Bauman, 1998).

En España, los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística INE (Plan Estadístico Nacional 2009-2012) indican que la mortalidad en los jóvenes es notoriamente baja en comparación con la mortalidad infantil o en la vejez. El perfil característico de los riesgos de muerte por edad determina el menor número de fallecimientos entre los 10 y 35 años de edad. La baja intensidad de la mortalidad en estas edades, conlleva que sus cambios y variaciones tengan, en general, menor impacto sobre la evolución de la esperanza de vida que las modificaciones en otros grupos de edad con mortalidad más intensa.

A pesar de ello, la mortalidad a estas edades es especialmente significativa por la repercusión y alarma social que el fallecimiento de un joven provoca. Por un lado, es una mortalidad

claramente evitable, que se produce una vez superadas las primeras décadas de la vida, en las que aún una parte de la mortalidad puede ser achacada a anomalías congénitas o a inmadurez de los sistemas fisiológicos, y que se produce antes de que el proceso natural del envejecimiento haya podido deteriorar la capacidad de repuesta del organismo; por otro lado, la valoración social de la vida de un joven es especialmente alta, dado que con la muerte de un joven se pierde una inversión en crianza y educación ya realizada y el previsible retorno de toda una futura vida productiva.

Las primeras causas de mortalidad entre los 0-19 años de edad (accidentes, tumores y problemas congénitos) son básicamente tributarias de prevención primaria y detección precoz. El grupo de entre 5-14 años es el que presenta la mortalidad más baja del ciclo vital. A partir de los 14 años se inicia una inflexión ascendente hacia las tasas de mortalidad del joven y del adulto. Si se contempla la epidemiología de la adolescencia se observará que las tasas de morbilidad indican causas de predominio psicosocial. Entre los 15 y 19 años, el 64% es por causas externas: accidentes, violencia, suicidio. La primera causa destacada es accidente es la conducción asociada a ingestión alcohólica (Martin Zurro, 2008).

La mortalidad de los hombres desciende desde mitad del siglo XX hasta que se incrementa dramáticamente en los años 80, al igual que en los países de nuestro entorno, debido al aumento de las principales causas de muerte que hoy afectan a este colectivo: los accidentes de tráfico (más del 50% de las defunciones a esas edades) y el SIDA, patología de aparición reciente que llega algunos años a ser la primera causa de muerte en los hombres a estas edades. La situación afecta más a los hombres que a las mujeres, cuya mortalidad más que aumentar, se estanca. Los cambios sociales y económicos que favorecen la movilidad de los jóvenes y el acceso al vehículo privado y la extensión de fenómenos de marginación y de drogodependencia, son las causas comunes que se observan en todos los países desarrollados y que explican esta evolución.

En España la situación ha sido más dramática que en otros países europeos, el pico de la epidemia de accidentes se produjo antes, al coincidir el aumento del uso del coche en los años ochenta con una elevada incidencia de SIDA, de las más altas de Europa y transmitida fundamentalmente por el uso de drogas por vía intravenosa con jeringuillas compartidas. Entre las mujeres, las tasas de mortalidad entre 15 y 40 años continuaron disminuyendo hasta 1986-88, para después estancarse. Esta evolución traduce sin duda un impacto retrasado y atenuado de las mismas causas que explican el incremento de la mortalidad masculina. El resultado es que las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres se agrandan en la juventud: los hombres de estas edades llegaron a tener en 1995 una mortalidad más de tres veces más elevada que la de las mujeres, cuando en 1976 la relación era solo del doble (INE 2009-2012).

Morbilidad en la población adolescente

La morbilidad demandante es difícil de cuantificar. Entre la demanda espontánea y la patología diagnosticada se puede establecer el siguiente listado de problemas básicos por frecuentes, demandantes y/o graves (Pérula, 1998; Martin Zurro, 2008):

- Neurovascular: migraña, mareabilidad, síncope vasovagales.
- Piel: el 80% de la población adolescente presenta acné juvenil, siendo la alteración cutánea más frecuente en esta edad, afortunadamente sólo el 5% son formas graves. El 75% de las dermatitis atópicas mejoran al final de la adolescencia, en cambio es

relativamente frecuente en esta edad la dermatitis plantar juvenil. Otras patologías dermatológicas frecuentes durante la adolescencia son las micosis cutáneas (pitiriasis versicolor, pie de atleta y eccema marginado de Hebra). Las quemaduras solares son frecuentes en esta edad por exposiciones prolongadas y sin protección.

- Ojos: el 20% de los adolescentes sufren déficit de agudeza visual, el cual se desarrolla en los primeros años de la adolescencia.
- Boca: formación de caries, malformaciones y maloclusiones dentarias, e importante déficit de higiene bucodental.
- Digestivo: dolor abdominal recurrente funcional, sin olvidar gastritis, úlcus gastroduodenal, colon irritable y enfermedades inflamatorias crónicas que cursan con brotes de dolor abdominal, diarrea mucosanguinolenta y retraso del crecimiento.

En un reciente estudio realizado en España (Albañil, 2012) la prevalencia de obesidad en la población adolescente alcanza el 7% y la de sobrepeso el 18%, con una relación con los factores de riesgo cardiovascular en familiares de primer grado: existe asociación entre obesidad a los 18 años y obesidad y diabetes en sus familiares de primer grado, así como entre hipertensión arterial a dicha edad e hipertensión arterial en familiares de primer grado.

1.4 Consumo de alcohol, tabaco y drogas

1.4.1 Motivos para el consumo en la adolescencia

El consumo de sustancias tóxicas por parte de los adolescentes se relaciona con múltiples factores personales, familiares y sociales (González-Calleja 1996; Caballero, 2005; Cortés, 2005; Pérez-Milena, 2010; 2012). A grandes rasgos, se podría diferenciar los factores relacionados con el consumo en individuales y sociales, subdividiendo a su vez el entorno social en dos niveles: macrosocial (que agrupa las influencias que operan en un contexto más amplio) y microsociales (que hace referencia al entorno más inmediato del individuo) (Botvin, 1992).

Factores individuales para el consumo

Están centrados en el individuo, se refieren tanto a las características del sujeto como a los procesos internos, y determinan una mayor o menor susceptibilidad o vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de este tipo de sustancias (Botvin 1992).

- La **edad** es una variable fuertemente relacionada con el consumo de drogas. La precocidad en el uso de sustancias uno de los principales predictores del abuso en la adolescencia. Las frecuencias de consumo más altas coinciden, generalmente, con una mayor antigüedad en el inicio del consumo. Según Bailey y Hubbard (1991), la probabilidad de iniciarse en el consumo de drogas se incrementa entre 6º de Primaria y 2º de Secundaria, algo que se observa en los estudios poblacionales (Pérez-Milena, 2007a; ESTUDES, 2008). Existe un considerable aumento del consumo en el período de transición de la enseñanza primaria a la enseñanza secundaria, pudiendo ser ésta una etapa vulnerable para la iniciación (García-Señorán, 1994). La edad crítica para el inicio del consumo de drogas podemos situarla entre los 11-12 y los 15-16 años, aproximadamente, y varía en función de la sustancia. La relación entre los patrones de consumo y la edad se describe en términos de una función curvilínea: aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo entre los 18-24 años y posteriormente desciende.

- En cuanto al **sexo**, en algunas investigaciones se aprecian diferencias en el uso de sustancias (García-Señorán, 1994; Kumpfer, 1991; Novacek, 1991), generalmente los varones son más precoces y presentan un mayor consumo habitual. Sin embargo debemos destacar que estas desigualdades han ido descendiendo a lo largo del tiempo y para algunas sustancias el sexo ya no es una variable discriminante en el consumo pues las diferencias no alcanzan el nivel de significatividad (García-Señorán, 1994, ESTUDES 2008). Estos resultados quizás nos estén sugiriendo que los jóvenes cada vez se distinguen menos en sus actitudes, valores y comportamientos según el sexo.
- Los **rasgos de personalidad** han acaparado la atención de numerosos investigadores. Los estudios sobre la personalidad del toxicómano son muchos y dispares sus resultados; por una parte tenemos aquellos en que no se manifiestan rasgos diferenciales entre los sujetos toxicómanos y los no consumidores, y otros en donde se admite que existe una personalidad prototípica del toxicómano.

Entre las variables de personalidad que han mostrado una relación consistente con las conductas de consumo tenemos la búsqueda de sensaciones, que parece ser la más relevante (Luengo, 1990). Los consumidores puntúan más alto en las escalas que miden dicho constructo que los no consumidores. La tendencia a buscar nuevas sensaciones puede interpretarse como una reacción frente a los sentimientos de “hastío y aburrimiento” que experimentan los consumidores; también se ha relacionado con la necesidad real de una mayor estimulación (derivada de factores bio-fisiológicos) que caracteriza a estos sujetos. Existen otras variables de personalidad vinculadas con el consumo de drogas, aunque no de forma tan consistente.

Un alto nivel de inseguridad, lo que conlleva habitualmente una baja autoestima. En la adolescencia es frecuente que surjan dudas acerca de la propia valía. Los cambios producidos durante esta edad pueden inducir a experimentar con drogas para tratar de ser diferente o hacer algo que implique un riesgo. Crockett y Petersen (1993) observan un incremento de la autoestima durante la segunda década de la vida; sin embargo esta mejora parece ir seguida de un declive en la adolescencia temprana, particularmente en las chicas. La baja autoestima o autoconcepto ha sido identificado como un precursor del uso de sustancias y del comportamiento delictivo en la adolescencia en algunos estudios (Crockett, 1993). La autoestima sería un factor de protección contra el abuso de drogas: los jóvenes serían más resistentes y menos influenciados por la presión de sus compañeros. Se ha comprobado que los adolescentes con un locus de control externo son más influenciados por los amigos, favoreciendo de este modo el consumo de sustancias.

La rebeldía es un factor que sobresale consistentemente como precursor del consumo de drogas es una predisposición hacia la rebelión, independencia y no conformidad. Un comportamiento rebelde suele estar vinculado con el uso más frecuente de sustancias ilegales. Igual ocurre cuando existe una baja tolerancia a la frustración. En algunos casos, los usuarios de drogas han pasado por una situación vital estresante incontrolable, lo que desencadena una sensación de pérdida de control sobre el medio ambiente por parte de la persona, así como del sentido de la propia existencia y le conduce al consumo abusivo de drogas -que sería una estrategia de afrontamiento y a la que se recurriría cuando otras estrategias fracasan-. En otras ocasiones son personas caprichosas que no toleran la tensión, el dolor, la frustración y las situaciones de espera. Los rasgos depresivos de la adolescencia se agudizarían en este grupo de jóvenes que experimentan una “crisis de identidad” más intensa y conflictiva.

- Algunos trabajos destacan los **factores cognitivos y orécticos** (Botvin, 1992; García-Señorán, 1994). En este grupo se incluyen conocimientos, creencias, actitudes y expectativas relacionadas con el comportamiento en cuestión.

Conocimientos. Las investigaciones parecen coincidir en que las personas más conscientes de los efectos dañinos de las drogas son menos tolerantes con el uso de sustancias y es menos probable que desarrollen la adicción. Sin embargo, no debemos olvidar que los conocimientos sobre los daños ocasionados por las drogas jugarán un papel poco significativo en el adolescente, si posee un bajo autoconcepto y siente la necesidad de usar drogas para realzar su posición en el grupo. En la adolescencia, a pesar de las advertencias de padres, profesores y profesionales de la salud, tiende a ignorarse las consecuencias adversas relacionadas con el uso de sustancias y a sobreestimar las capacidades para hacer frente a la destrucción personal que conlleva el uso de drogas. Con frecuencia, los jóvenes creen que pueden controlar dicho comportamiento y abandonarlo en el momento que lo deseen.

Creencias. Las creencias se van conformando a lo largo de todo el ciclo vital y se verán influidas por las características de la fuente de información, la naturaleza de la comunicación y las características del receptor. La conducta de los individuos está regulada, al menos en gran parte, por su sistema de creencias y valores.

Actitudes. Aunque diversas investigaciones experimentales sobre la relación entre la actitud y la conducta no muestran una correspondencia biunívoca entre las actitudes expresadas y el comportamiento posterior, sí cabe afirmar que existe un estrecho vínculo entre las actitudes hacia las drogas y su consumo ya que es posible encontrar correlaciones entre unas y otras (Lignell, 1991; Botvin, 1992; García-Señorán, 1994). Para Fishbein y Ajzen (1975), las actitudes -que representarían la evaluación global de la acción por parte del individuo- y las normas subjetivas -que representarían la percepción de las expectativas de otras personas, importantes para el individuo, en relación con esa conducta en concreto- son los principales predictores de las intenciones comportamentales, que a su vez son las responsables de que se produzca o no una conducta. Los autores señalan que si se desea cambiar una conducta es necesario influir en las intenciones, lo que exige a su vez, intervenir y cambiar las actitudes hacia la conducta y, la norma subjetiva.

Expectativas. Existe una relación funcional entre las expectativas y el uso de drogas; aquellos individuos que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes a los que no las utilizan respecto a los efectos de dichas sustancias (Novacek, 1991). En la medida en que las expectativas son más positivas y el individuo espera conseguir resultados más satisfactorios puede observarse un mayor consumo. Y por último, dentro de este apartado nos referiremos a los *factores comportamentales*, que representan el grado de implicación en diversos problemas conductuales así como en conductas desaprobadas socialmente. Para algunos autores, el uso de sustancias forma parte de un conjunto de problemas comportamentales y obedece a leyes similares (Eggert, 1990; Botvin, 1992). Luengo et al. (1990) señalan que la involucración del individuo en otro tipo de conductas desviadas distintas a las relacionadas con el consumo es otro factor de riesgo al que no se le ha prestado demasiada atención. “Las conductas problemáticas” a edades tempranas son un buen predictor del consumo de drogas en la adolescencia y juventud, es más frecuente que los consumidores de

drogas estén implicados en actividades delictivas que los no consumidores. Por otra parte, el uso de una droga es un buen predictor del uso de cualquiera de las otras.

Factores sociales para el consumo

Estos factores son complejos, interactivos y difíciles de separar. Dentro de este grupo diferenciaremos el nivel microsocioal y macrosocioal. El nivel microsocioal se refiere a aquellos contextos más inmediatos en los que el sujeto participa directamente; por ejemplo la familia, el grupo de iguales, la escuela. Englobaría tanto las relaciones con los demás como los modelos de comportamiento a que debe ajustarse el individuo. El nivel macrosocioal agruparía los factores de riesgo externos al individuo, de carácter socioestructural, socioeconómico, sociocultural, que condicionan la calidad de vida e influyen en la conducta adictiva convirtiéndola en un proceso no estático. La influencia de dichos factores opera a un nivel más amplio.

A. Factores microsocioales para el consumo

Influencias parentales. La familia ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, puede actuar elicitando, neutralizando o inhibiendo tales conductas (Dento, 1994). Según Bailey y Hubbard (1991) existen diferencias desde el punto de vista evolutivo que influyen en la iniciación del consumo de drogas. Los padres tienen mayor influencia en la niñez y en los adolescentes más jóvenes, ésta disminuirá progresivamente conforme aumenta la edad. En las primeras fases de consumo, el comportamiento de los padres es crítico, y de su actuación va a depender que el adolescente se inicie en el consumo de cerveza, vino, experimentando cada vez con bebidas de más alta graduación. En fases posteriores a la iniciación, la calidad de las relaciones padre-hijo cobra importancia, si los vínculos son estrechos el consumo se frenará, de lo contrario evolucionará a formas más graves de abuso (Rhodes, 1990). El modelo directo de los padres, las relaciones familiares deficitarias, actitudes de sobreprotección materna con conducta paterna ineficaz, prácticas educativas inadecuadas caracterizadas por una excesiva permisividad o dureza, incomunicación y tensión, se encuentran relacionados con un mayor consumo de drogas (Hualde, 1990).

Influencias de los hermanos. La presencia de hermanos mayores es un claro factor de riesgo (Brook, 1989; García-Señorán, 1994). Las influencias pueden deberse al modelado directo que ejercen sobre la conducta de los más pequeños; a sus actitudes y orientaciones hacia el consumo; juegan un papel importante en la elección de los compañeros de sus hermanos pequeños; también pueden actuar como una fuente de suministro de drogas. Los hermanos podrían considerarse como un subgrupo especial de compañeros, cuya influencia sería menor que la de los propios compañeros pero mayor que la de los padres.

Influencias de los compañeros-amigos. Los amigos desempeñan un papel muy importante en el mundo del adolescente; este hecho ha sido demostrado repetidamente al observar la similitud del comportamiento entre los miembros de un grupo o pandilla. La mayoría de los adolescentes que consumen drogas son introducidos en el consumo por sus amigos, bien porque sus compañeros los presionan o porque necesitan sentirse aceptados por su grupo. Por ello tratarán de desarrollar las actividades valoradas por sus compañeros, sean éstas admitidas socialmente o no. Una serie de investigaciones detectaron la influencia de los amigos como el más claro predictor del consumo de drogas en el adolescente (Brook, 1989; Bailey, 1991; Epstein, 1995; García-Pindado, 1993; García-Señorán, 1994). Existe una relación altamente significativa entre la interacción del adolescente con amigos consumidores y su propio

consumo. Se ha demostrado que un adolescente que consume drogas es más probable que tenga amigos consumidores que un no consumidor. También existe una fuerte interrelación entre la percepción del consumo de los amigos y el consumo propio. Cuando se producen cambios en dichas percepciones también se producen variaciones en el consumo (Epstein, 1995). El proceso mediante el que los adolescentes son influidos por sus iguales incluye diferentes mecanismos: el modelado o aprendizaje social parece ser el más importante; destaca también el refuerzo selectivo de ciertas conductas del individuo por parte de sus compañeros. Es probable que los adolescentes manifiesten un comportamiento acorde a las normas establecidas y expresadas por el grupo, el grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece a él debe adaptarse a ellas. El aceptar y poner en práctica sugerencias de amigos podría actuar de forma indirecta en el comportamiento del adolescente afectando la formación de sus propias actitudes y preferencias. Por otra parte, la reciprocidad es el corazón de la amistad e implica unas normas, los participantes del grupo deben colaborar entre sí. Las drogas pueden transformarse en un símbolo del grupo. Las relaciones amistosas implicarán unos determinados comportamientos que serán vistos como elecciones personales en vez de como una influencia social, por tanto, la influencia de los compañeros se hace más sutil y difícil de definir.

Factores Escolares. Las variables escolares que se relacionan de forma más significativa con el consumo de drogas son: las características de la escuela, la insatisfacción escolar, un nivel más bajo de compromiso con las actividades académicas, un mayor nivel de absentismo escolar y una peor ejecución académica. Todos estos factores también inciden en el fracaso escolar. En la población española se ha comprobado que los adolescentes con mal rendimiento académico prueban antes el tabaco (Ojembarrena, 2002).

Algunos estudios refieren que es difícil establecer la relación causal entre el consumo de cannabis y la existencia de consecuencias psicopatológicas en los adolescentes, pero en lo que sí están de acuerdo varios autores es en que existe una estrecha relación entre ambos hechos. Los consumidores crónicos de cannabis presentan mayores dificultades y problemas psicosociales, y los problemas escolares son frecuentes en la adolescencia (Gonzalvo, 2011). En algunas ocasiones, cuando el adolescente no puede alcanzar el mismo nivel de logro que sus compañeros, por unas causas u otras, aumenta la probabilidad de que presente conductas problemáticas en el aula. Esta desadaptación podría inducirle a unirse con compañeros no convencionales. Se ha detectado que en algunas escuelas las tasas de comportamientos desviados son más bajas; estas escuelas procuran que las clases sean relevantes e interesantes para los alumnos; a los estudiantes se le reconocen sus avances; las relaciones entre los alumnos y profesores son satisfactorias. Todo ello mejora el rendimiento académico, acrecienta la autoestima y mejora el control de los alumnos sobre sí mismos. El clima escolar influye notablemente sobre el logro académico y el comportamiento del escolar. La escuela puede ser vivida como la primera experiencia de fracaso social generando un proceso de ruptura con el mundo de los adultos y compañeros, llevando al joven a buscar su autoestima y satisfacción en otros ambientes, muchas veces en la calle (Hualde, 1990).

B. Factores macrosociales para el consumo

Influencia de los medios de comunicación. Los medios de comunicación juegan un importante papel en el aprendizaje de cuestiones relacionadas con el tema de las drogas en los adolescentes, y son percibidos por los jóvenes como una fuente fidedigna de información. Una revisión de nuestros “mass media” podría sugerir que potencian el consumo de drogas; si se observan los mensajes enviados podrá advertirse que rara vez predomina una información objetiva. Es curioso que dos productos, tabaco y alcohol, altamente nocivos para nuestro

bienestar se nos intenten presentar siempre con imágenes y mensajes sugestivos de salud, seguridad, encanto, atractivo, éxito social y sexual. Muchos eslóganes publicitarios sugieren representaciones ideales, nostalgias e ídolos de los jóvenes y con ello estimulan los deseos en la dirección deseada. En un reciente estudio se ha comprobado una relación entre la susceptibilidad de fumar y la receptividad del marketing por parte de los adolescente, quienes reconocen y asimilan más estos contenidos publicitarios (Saito, 2012).

Es natural que los supuestos y esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la Salud, así como por otros organismos y entidades, para promover una estrategia de salud para todos, queden diluidos en todo este alud de potencia financiera, económica y de manipulación. Los adolescentes son el primer objetivo del mercado para la industria del tabaco, pues muchos fumadores están muriendo a causa de su hábito y un creciente número de ellos se están esforzando por dejarlo; por tanto, es necesario mantener el número de fumadores a fin de conservar los beneficios de la industria; de ahí que se utilicen atractivas y persuasivas imágenes que sirven para minar la credibilidad de las campañas de educación contra el tabaco. Desde la entrada en vigor de la Ley 28/2005 se ha prohibido la publicidad del tabaco en España; no hay que olvidar, no obstante, que esta publicidad era muy alta en los medios escritos y estaba dirigida preferentemente a jóvenes (Montes, 2006). En la actualidad, los fabricantes de alcohol siguen dirigiendo claramente su publicidad a los menores, un sector social no habilitado para consumir (Alastuey, 2008).

Por otro lado, los continuos anuncios publicitarios de medicamentos pueden formar la creencia errónea, tanto en niños como adolescentes, de que es imposible funcionar en nuestra sociedad sin la ayuda de algún fármaco y que todos los problemas se resuelven consumiendo algún medicamento. Los principales temas “crónicos” que ha seguido la prensa española en la última década (Revuelta, 2006) han sido: cáncer, sexualidad y reproducción, sida, drogas (incluido el tabaco), trastornos mentales y cuestiones relacionadas con la nutrición. Sin embargo, la televisión plantea un problema educativo a los padres dado que para casi la quinta parte de los adolescentes de 11 a 14 años, de un trabajo realizado por Caviedes (2000) su programa favorito contenía una gran carga de violencia. Por lo que respecta a la influencia de los medios de comunicación sobre el consumo de drogas ilegales, es muy difícil de establecer, pues existe una falta de control sobre la exposición a dichos mensajes, por lo que sería necesario una situación experimental donde se controlase la cantidad e intensidad de dichos mensajes y la forma en que repercuten sobre el individuo.

Contexto social. Las toxicomanías como un problema de salud más, tienen que ver fundamentalmente con los estilos de vida que una población posee. Dichos estilos de vida están condicionados por contextos económico-sociales y presentan unas características que condicionan modelos de consumo y de respuesta social. La influencia de los modelos sociales parece crucial en la iniciación al consumo de drogas. Ciertos hábitos y estilos de vida se muestran como conductas de prestigio social y expresiones de placer a imitar por los adolescentes. Otro aspecto digno de mencionarse es la “sociedad consumista” que nos rodea: nuestro ambiente forma parte y está fuertemente enraizado en una sociedad de consumo. Los adolescentes no son ajenos al bombardeo consumista. A pesar de su dependencia económica hoy en día la adolescencia posee un poder adquisitivo mediatizado que nunca tuvo, de hecho, un sector cada vez más importante del mercado se dirige a ellos casi en exclusiva, pues constituyen una especie de grupo o clase social. En este contexto debe situarse también el consumo de drogas:

“... ser punki, macarra, heavy,...implica, entre otras cosas, ‘identificarse con y frente a’ por llevar el pelo de cierta manera, vestir cazadora, pantalones y botas adecuados, y escuchar una música concreta o asistir a determinados conciertos. También en determinadas circunstancias implica consumir drogas”. (Hualde, 1990).

Por otra parte, los adolescentes han asumido la “cultura del coloquio”. Nuestros adolescentes están recibiendo constantemente el mensaje de que la única forma de estar bien en la vida, de tener marcha, es estar colocado. Estamos acostumbrados a tomar continuamente sustancias que afectan nuestro estado de ánimo, comportamiento y percepción. Usamos infinidad de sustancias que producen excitación, tranquilizan, ayudan a dormir, alivian el dolor o mejoran nuestra resistencia a las enfermedades. Constantemente nuestra sociedad incita al consumo para sentirse bien. Si ser sano en nuestra sociedad es no tener marcha, Funes (1991) se plantea:

“¿Cómo le vamos a vender a un adolescente la idea de tener consumos más sanos si eso equivale a ser un muermo, a no tener diversión, a no pasárselo bien, y ser diferente de los otros...”. (Funes, 1991)

Oferta y disponibilidad de las sustancias. Hay una relación directa entre la disponibilidad de las drogas y el aumento del problema en los últimos años. El alcohol, el tabaco y los psicofármacos están al alcance de cualquier persona incluso niños, y son las sustancias más consumidas. Cuanto mayor sea la cantidad de droga en el mercado, un número mayor de sujetos se iniciará en el consumo, se consumirán mayores cantidades y el número de individuos que se convertirán en consumidores habituales será mayor.

El consumo de tabaco y de alcohol se acepta por los adolescentes como una actividad social normalizada (Pérez Milena, 2012). Su inicio se sitúa al principio de los estudios de educación secundaria y se imitan comportamientos sociales que se equiparan con otros hábitos consumistas. La compra de alcohol y tabaco es fácil y accesible para un menor de edad, pese a ser ilegal.

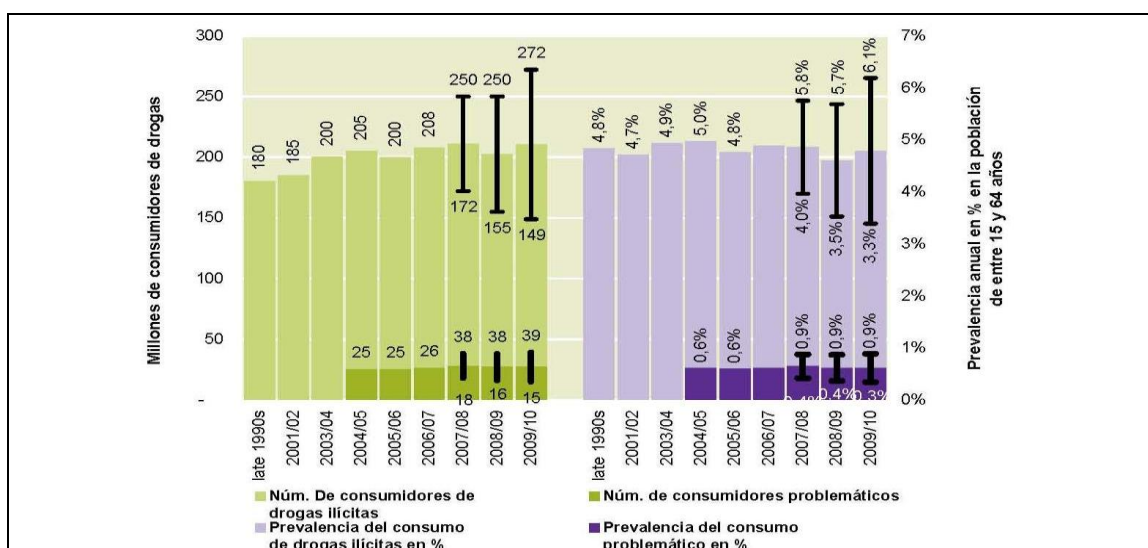
1.4.2. Evolución de los patrones de consumo

La evolución de los consumos de drogas constituye en cada país un fenómeno dinámico, condicionado por múltiples factores de carácter social y económico, con origen y dimensiones tanto internacionales, como nacionales y locales. En todos estos ámbitos territoriales, el impacto que tiene el consumo de las distintas sustancias psicoactivas continúa siendo elevado, tanto en términos de sufrimiento e incapacitación personal evitables, como de morbilidad, mortalidad y otros costes sociales y sanitarios. Este coste, tanto económico como sanitario y social, ha obligado a la mayoría de administraciones públicas a realizar un trabajo de seguimiento activo de los patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas para poder establecer líneas de acción políticas contra los efectos perjudiciales de estas sustancias, especialmente en la población adolescente.

Organización Mundial de la Salud

En 1998, en uno de los períodos extraordinarios de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se adoptó la decisión de trabajar en aras de la eliminación o reducción significativa de la producción ilícita y el uso indebido de drogas para 2008, y se aprobaron varios planes sectoriales para alcanzar ese objetivo. Una vez transcurridos esos diez años, los Estados Miembros mostraron su insatisfacción por los resultados obtenidos, y manifestaron que seguían estando sumamente preocupados por la creciente amenaza que plantea el problema mundial de las drogas. El **informe mundial sobre drogas** presentado en 2012 por la OMS calcula que unos 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta del mundo, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010. Los consumidores problemáticos de drogas suman unos 27 millones, o el 0,6% de la población adulta mundial. En general, el uso de drogas ilícitas parece haberse estabilizado en todo el mundo, aunque continúa aumentando en varios países en desarrollo. La heroína, la cocaína y otras drogas se cobran la vida de aproximadamente 0,2 millones de personas cada año, siembran devastación en las familias y causan sufrimiento a miles de otras personas. (figura 2).

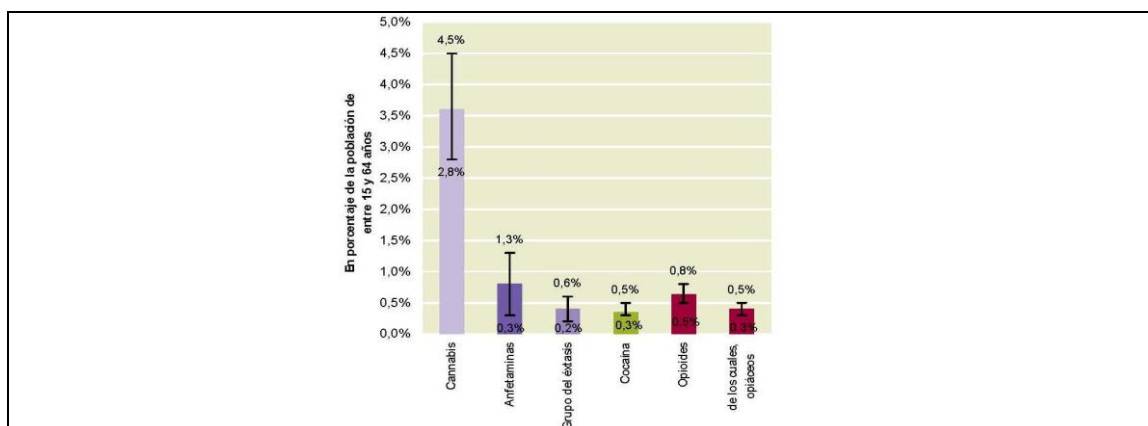
Figura 2
Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial, desde finales del decenio de 1990 hasta 2009/2010 (OMS 2012)



Las preferencias de consumo de la población estudiada se resumen en la figura 3. A nivel mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis” (0,3% a 1,2%), aunque los datos relativos a su producción son escasos. Se ha observado que la producción y el cultivo totales de coca se mantienen estables, mientras que la producción de opio ha vuelto a alcanzar niveles comparables a los de 2009. La prevalencia anual mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable, respectivamente entre el 0,3% y el 0,4% y entre el 0,3% y el 0,5% de la población adulta de 15 a 64 años de edad.

Figura 3

Prevalencia anual del consumo de drogas a nivel mundial, por categoría de drogas ilícitas, 2009-2010 (OMS 2011)



Hay, sin embargo, diferentes estimaciones por países (como China, India o algunos países de África), motivado fundamentalmente por la falta de información, lo que genera incerteza a la hora de calcular el número de consumidores en todo el mundo. La tendencia estable o descendiente del consumo de heroína y cocaína en las principales regiones de consumo se ve contrarrestada por un aumento en el caso de las drogas sintéticas y los medicamentos de venta con receta. El consumo de estos medicamentos con fines no médicos parece ser un problema sanitario cada vez mayor en algunos países desarrollados y en desarrollo.

Por otra parte, en los últimos años han aparecido varios compuestos sintéticos nuevos en mercados establecidos de drogas ilícitas. Muchas de esas sustancias se comercializan como sustitutas de drogas estimulantes como la cocaína y el éxtasis, sirva como ejemplo las piperazinas y la mefedrona. Algo similar se ha observado respecto al cannabis: en algunos países ha aumentado la demanda de cannabinoides sintéticos (“spice”), que se venden en internet y en tiendas especializadas, y se les describe como “alternativas legales” al cannabis, porque no están sometidos a fiscalización internacional, aunque este hecho varía considerablemente de un país a otro.

En cuanto a la demanda de tratamiento, la situación varía entre las diversas regiones. El consumo de cannabis da lugar a una gran parte de la demanda de tratamiento en la mayoría de las regiones, pero de forma especialmente prominente en África y Oceanía. Los opiáceos dominan la demanda de tratamiento en Europa y Asia, mientras que la cocaína es la droga que causa más problemas en América del Sur. En América del Norte, el cannabis, los opiáceos y la cocaína contribuyen casi por igual a la demanda total de tratamiento. Los estimulantes de tipo anfetamínico no predominan en ninguna región, pero contribuyen a una parte considerable de la demanda de tratamiento, sobre todo en Asia y Oceanía, aunque también en Europa y América del Norte.

En cuanto a las consecuencias sanitarias del consumo de drogas, se calcula que hay casi tres millones de personas que han contraído la infección del virus de la inmunodeficiencia humana debido al uso de drogas por vía parenteral. Eso significa que casi uno de cada cinco consumidores de drogas por inyección vive con el VIH. Se calcula que la prevalencia de la hepatitis C en los consumidores de drogas por inyección a nivel mundial es del 50%, lo que indica que en todo el mundo hay unos 8 millones de usuarios de drogas por vía parenteral que están infectados por el virus de la hepatitis C. De forma anual hay entre 104.000 y 263.000

fallecimientos relacionados o asociados con el consumo de drogas ilícitas y más de la mitad de esos fallecimientos corresponden a casos de sobredosis.

Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías

El informe sobre el estado del problema de la drogodependencia en Europa aporta una visión general anual del Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) sobre el fenómeno de las drogas. Este organismo es una de las agencias descentralizadas de la Unión Europea. Se creó en 1993, tiene su sede en Lisboa y es la principal fuente de información sobre drogas y toxicomanías en Europa. El OEDT recopila, analiza y difunde información fáctica, objetiva, fiable y comparable sobre las drogas y las toxicomanías, con lo que proporciona una imagen basada en datos empíricos del fenómeno de las drogas en Europa. Las publicaciones del Observatorio constituyen una fuente de información primordial para responsables de la adopción de políticas y sus asesores; profesionales e investigadores que trabajan en el campo de las drogas; y, de manera más general, los medios de comunicación y el público. Cada otoño de los últimos años se publica un informe que contiene datos no confidenciales, siendo el último el publicado en el año 2011 (*Drug use: an overview of general population surveys in Europe*). Los resultados surgen del análisis de los datos recopilados por la red Reitox de puntos focales nacionales, que trabaja en estrecha colaboración con sus expertos nacionales (Reitox es la red europea de información sobre la droga y las toxicomanías). Está integrada por los puntos focales nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, Noruega, los países candidatos y la Comisión Europea; los puntos focales son autoridades nacionales que, bajo la responsabilidad de sus gobiernos, facilitan información sobre drogas al OEDT). Para su elaboración se ha contado con la colaboración de la Comisión Europea, Europol, la Agencia Europea de Medicamentos y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. Aunque centrado en Europa, en el informe se reconoce repetidamente la naturaleza global del problema de las drogas. El **informe español**, realizado en el año 2009 por el punto focal nacional de la red Reitox, dibuja un panorama general del fenómeno de las drogas a nivel nacional. Estos datos son información clave para el OEDT y son un recurso importante, entre otros para la elaboración de su informe anual.

El OEDT, en estrecha colaboración con expertos nacionales, ha desarrollado una serie de temas básicos para las encuestas realizadas a la población adulta («modelo de cuestionario europeo», EMQ). Este protocolo se aplica ya en la mayoría de los Estados miembros de la UE. No obstante, todavía existen diferencias en la metodología empleada y en el año de recopilación de datos, por lo que incluso las pequeñas disparidades que existen, particularmente entre países, deben interpretarse con prudencia. Muchos países decidieron seguir las directrices del OEDT intrínseca y metodológicas con el fin de mejorar la comparabilidad entre países. La mayoría de los países (entre ellos España) describen su encuesta nacional de población como altamente compatible con el EMQ. Sin embargo, en muchos casos algunos elementos adicionales (los estilos de vida, edad de inicio, etc.) se incluyen debido a las necesidades de información extendida. La mayoría de estos países tienen por objeto obtener datos comparativos a través de otras encuestas (encuestas de salud, las encuestas ESPAD, etc) llevadas a cabo en su territorio nacional. En general, el número de preguntas y el número de elementos varían ampliamente entre los países. Por otra parte, la disminución y bajas tasas de respuesta a veces fuerza a los países a modificar su diseño de la encuesta para que la comparación con encuestas anteriores, por un lado, y los de otros países, en el otro, disminuyen. Tanto las dificultades en la financiación de dichas encuestas como las

diferencias en la interpretación de los conceptos en cada país son otros problemas a tener en cuenta como elementos de heterogeneidad.

Se divide la población adulta en dos franjas de edad normalizadas: 15-64 años (todos los adultos) y 15-34 años (adultos jóvenes). Entre los países que utilizan límites de edad máximos o mínimos distintos se cuentan Alemania (18), Dinamarca (16), Hungría (18-59), Malta (18), Reino Unido (16-59) y Suecia (16). Se toma como referencia el consumo durante el último año y durante el último mes (consumo durante los últimos 12 meses o los últimos 30 días de la encuesta). De los tres intervalos de tiempo normalizados usados para comunicar datos de encuestas, el relativo a la prevalencia a lo largo de la vida (consumo de una droga en cualquier momento de la vida de una persona) es el más amplio. Esta unidad de medida no refleja la situación actual del consumo de drogas entre adultos, pero resulta útil para conocer las pautas de consumo y la incidencia. Para los escolares, la prevalencia a lo largo de la vida y durante el último año es similar, ya que se parte de la idea que el consumo de drogas ilegales antes de los 15 años de edad es raro.

En muchos aspectos, la nota característica del informe del año 2011 es el acusado contraste. Por una parte, en Europa el consumo de drogas parece mantenerse relativamente estable. Los niveles de prevalencia siguen siendo globalmente elevados desde una perspectiva histórica, pero no aumentan y parece existir una tendencia a la disminución del consumo de cannabis entre los jóvenes. Europa avanza hacia un periodo de niveles decrecientes de consumo de cannabis. La popularidad del consumo de cannabis aumento de forma drástica durante el decenio de 1990, hasta el punto de que cerca de una cuarta parte de la población adulta europea reconocía haber consumido esta droga al menos en alguna ocasión. Posteriormente, la situación comenzó a estabilizarse y los datos más recientes sustentan firmemente la tendencia de disminución global del consumo de esta droga. Pese a ello, el cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en Europa, aunque es también la que suscita actitudes más divergentes entre la opinión pública sobre las actitudes de la juventud.

Por otra parte, no existen signos claros de una disminución del problema de consumo de la heroína y cocaína, las dos sustancias que forman el núcleo del problema de las drogas en Europa. En la última década, la cocaína se ha convertido en la droga estimulante consumida con más frecuencia en Europa, aunque los niveles de consumo sólo son elevados en los países occidentales. Por su parte, la heroína, tras una notable disminución, ha venido creciendo el número de nuevas demandas de tratamiento desde el año 2002. De igual forma la evolución del mercado de drogas sintéticas presenta indicios preocupantes: en los últimos años, el mercado europeo de éxtasis ha atravesado un período de reducción gradual del suministro de pastillas de MDMA, desplazados por el uso de otras sustancias no reguladas como la piperazina.

En términos más generales hay un uso de un mayor número de sustancias por parte de los consumidores de drogas. La politoxicomanía, en particular la combinación de drogas ilegales con alcohol y, en ocasiones, con medicamentos y sustancias no reguladas, se ha convertido en la pauta dominante del consumo de drogas en Europa y son ahora los elementos que definen el principal problema. La perspectiva unidimensional cada vez resulta más inútil para entender la naturaleza evolutiva de las pautas del consumo de sustancias en Europa. Las personas que consumen drogas casi nunca limitan el consumo a una sola sustancia. En la Europa actual, las pautas de politoxicomanía constituyen la norma, lo que plantea la necesidad de desarrollar un enfoque más amplio, integrado y referido a múltiples sustancias, a fin de comprender mejor la situación y diseñar y evaluar respuestas adecuadas.

El OEDT también colabora en el **Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas** (ESPAD 2007/2011) (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*), cuyos objetivos son ampliar el acceso a la información y la experiencia sobre el consumo de alcohol y otras drogas entre escolares que ha desarrollado el proyecto ESPAD; mejorar la disponibilidad, calidad y comparabilidad de los datos de la investigación en el medio educativo y obtener la máxima comprensión analítica de los datos disponibles en este ámbito. El proyecto ESPAD constituye una importante fuente de información para obtener una panorámica sobre los jóvenes europeos, ofreciendo un enfoque común para recopilar información sobre el consumo de sustancias mediante el empleo de métodos e instrumentos normalizados para cuantificar el consumo de drogas y alcohol entre muestras representativas de población escolar entre los 15 y los 16 años, permitiendo evaluar las tendencias a lo largo del tiempo

Hasta la fecha se han llevado a cabo cuatro rondas de recopilación de datos, en los años 1995, 1999, 2003, 2007 y 2011. El primer estudio se realizó en 26 países en 1995, mientras que en 2011 se recopilaban datos en 36 países, con la participación de 23 de los 27 Estados miembros, Croacia y Noruega, publicada el 31 de mayo de 2012. La base del proyecto de colaboración está compuesta por equipos de investigación independientes de los países participantes, participando más de 100.000 estudiantes de diferentes países europeos salvo España. El tamaño de las muestras nacionales se aproxima o bien supera el número recomendado de 2.400, a excepción de los países más pequeños, en los que el número de escolares encuestados fue menor, aunque relevante. Para obtener datos lo más comparables posible, las encuestas se realizaron siguiendo una metodología estandarizada y un cuestionario común. Los datos se recogieron en cuestionarios administrados por grupos. Los escolares respondieron a los cuestionarios de forma anónima en clase, y los profesores o ayudantes de investigación dirigían la encuesta.

Los nuevos resultados de la encuesta de 2011, muestran que el aumento observado en el uso de drogas ilícitas entre este grupo de edad en los países en ESPAD entre 1995 y 2003 se ha estancado desde entonces, con la prevalencia media restante sin cambios en un 18% entre 2007 y 2011 (11% en 1995, 20 % en 2003). La gran mayoría de los estudiantes encuestados en 2011 que había probado en alguna ocasión una droga ilícita, habían consumido cannabis. Promedio de uso de cannabis alguna vez en la vida fue reportado por el 17% de los estudiantes, el uso en los últimos 12 meses se informó en un 13% y su uso en los últimos 30 días en un 7% (todos sin cambios en general). Pero a pesar de este panorama estable en general, la proporción de estudiantes que habían probado alguna vez cannabis aumentó significativamente entre 2007 y 2011 en 11 de los 36 países participantes en ESPAD (y cayó en cinco).

Los datos de 2011 ESPAD muestran que más de tres cuartas partes de los estudiantes de la escuela (79%) habían consumido alcohol en los últimos 12 meses y más de la mitad (57%) en los últimos 30 días, continuando el pequeño descenso desde 2003. En total, 11 países han registrado una caída en el consumo de alcohol en los últimos 30 días, sin embargo "el consumo excesivo episódico" en el mismo período ha aumentado en 8 puntos porcentuales entre 1995 y 2007. También se informó de la pequeña disminución al 38% en este patrón de consumo de alcohol entre las niñas, en contraste con el aumento notable se observa en la última ronda de la encuesta (29% en 2003, llegando a 41% en 2007). Entre los varones, la cifra fue también ligeramente inferior en 2011 (43% frente al 45% en 2007). En 22 países, más niños que niñas siguen informando "consumo excesivo episódico" en los últimos 30 días, aunque la brecha de género se redujo de 12 puntos porcentuales en 1995 a cinco en 2011.

Las tasas de prevalencia de uso de inhalantes que se mantuvo relativamente sin cambios desde 2005 a 2007, aumenta ligeramente del 8% al 10% entre las dos encuestas más recientes. Sin embargo, los inhalantes representan la variable clave con el mayor número de países (15) informan cifras significativamente más altas en 2011 que en 2007. Aquellos que registraron las mayores alzas en el consumo de inhalantes son Croacia desde 2007 (aumento del 11% al 28%) y Letonia (13% a 23%), mientras que Chipre ha indicado una de las caídas más notables (16% y 8%). La cifra más baja se reportó a Moldavia (2%).

Lamentablemente, la tendencia general del consumo de cigarrillos en los últimos 30 días en los países participantes se mantuvo sin cambios entre 2007 y 2011, a raíz de una disminución entre 1999 (35%) y 2007 (28%). En los países con datos de los cinco estudios, el 29% había fumado cigarrillos en los últimos 30 días. Algunos países (Mónaco, Portugal), por otro lado, informó de grandes aumentos (13 y 10 puntos porcentuales, respectivamente).

De los encuestados en el año 2011, el 6% había probado una o más de otras drogas. El consumo de éxtasis y anfetaminas compartieron el segundo lugar después del cannabis (3%), mientras que la cocaína, el crack, LSD y la heroína eran menos frecuentes que el cannabis (1-2%).

Los medicamentos sin receta, el uso de tranquilizantes o sedantes permaneció sin cambios en los cinco años estudiados, con la cifra global bastante estable entre 1995 y 2011 en torno al 7-8%. Las niñas mostraron cifras significativamente más altas que los niños en 18 países en la última encuesta. Nuevos análisis de consumo de varias drogas (con la participación de dos o más sustancias lícitas o ilícitas) demuestran su prevalencia estable en cerca del 9% en el 2007 y 2011 las encuestas realizadas en los países con datos comparables.

La encuesta sobre conductas relacionadas con la salud en la población escolar (***Health behaviour in school-aged children***, HBSC) es un estudio efectuado por el OEDT cada cuatro años sobre la salud de los chicos y las chicas escolarizados de 11, 13 y 15 años, y se realiza en colaboración con la OMS. Esta encuesta investiga la salud y las conductas relacionadas con la salud entre los jóvenes, y desde 2001 incorpora preguntas sobre el consumo de cannabis entre los estudiantes de 15 años. En cuanto a los datos que proporciona, no sólo se obtiene información sobre los comportamientos o hábitos en sí mismos (alimentación, higiene dental, empleo del ocio y tiempo libre, consumo de sustancias, etc.), sino que, junto a éstos, se incluye el análisis de los contextos claves en el desarrollo de los escolares en los que los comportamientos anteriores se van gestando y desarrollando, esto es: familia, escuela, amigos y vecindario. De esta manera, la salud de los escolares es analizada en su sentido más amplio, incorporando en el examen de la misma sus dimensiones física, psicológica y social. La encuesta del año 2006 en España (Ministerio de Sanidad 2006) incluyó cuestiones sobre el consumo de drogas ilegales en los niveles escolares de 3º y 4º de ESO, Bachillerato y FP. La edad de inicio del consumo del tabaco fue de 13,4 años ($\pm 1,8$), con una prevalencia de consumo que no depende de sexo, ámbito rural-urbano, colegio público-privado ni capacidad adquisitiva familiar. A la edad de 13 años han bebido alcohol casi la quinta parte de los encuestados. Sólo un 1,3% toma alcohol de forma diaria, un 16% todas las semanas, un 12% todos los meses y más de un 46% nunca; sólo un 68% de la población adolescente niega haberse emborrachado alguna vez en su vida, y un 5% lo ha hecho más de diez veces en su vida. A los 13 años el 6% reconoce haber sufrido una intoxicación alcohólica aguda en alguna ocasión. Sólo un 70% no ha probado el cannabis y más de un 10% lo consume de una forma regular, sin diferencias por sexo. El consumo de otras drogas ilegales es menor, con una prevalencia de un 9%, Según el tipo de droga, las prevalencias varían: 5% para la cocaína, 2,7% para las drogas de diseño, 2,8% para anfetaminas/speed, 2% para pegamentos o disolventes, 1,3% para opiáceos (heroína, metadona) y 2,3% algún tipo de medicamento.

Plan Nacional sobre Drogas

El **Plan Nacional sobre Drogas** (PNSD) es una iniciativa gubernamental española creada en el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España. Sus funciones y estructura se desarrollan en el Real Decreto 263/2011, de 28 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (BOE de 1 de marzo de 2011) la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, con nivel orgánico de dirección general, se integra en la Secretaría General de Política Social y Consumo.

Entre sus funciones se encuentra realizar y coordinar en el territorio español actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el consumo de drogas y las toxicomanías, definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios, actuando como Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, sin perjuicio de las competencias que en sus respectivos ámbitos territoriales puedan ejercer las comunidades autónomas sobre la materia, de acuerdo con sus Estatutos de Autonomía. También se encarga de fomentar en el ámbito estatal la actividad investigadora en materia de drogas y de drogodependencias y proponer las líneas prioritarias de investigación que se consideren de interés para los objetivos del Plan Nacional sobre Drogas.

Desde el PNSD se han impulsado diferentes estrategias nacionales sobre drogas. La estrategia diseñada para los años 2009-2016 tiene como finalidad actualizar el Plan Nacional sobre Drogas, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas y de drogodependencias que se desarrollen en España en el período 2009-2016 y sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria coordinación, colaboración y cooperación entre las diferentes administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias. Esta orientación hace del consumo de drogas uno de los principales problemas planteados en el ámbito de la salud pública en España, sin dejar de reconocer la importancia clave del marco multidimensional que caracteriza la compleja realidad asociada al fenómeno de las drogas, los problemas y los daños evitables relacionados con los consumos de éstas.

El PNSD también se trata de un centro de documentación e información perteneciente a la Administración Central del Estado. En su página web (<http://www.pnsd.msc.es/>) cuenta con fondos bibliográficos que abarcan documentación sobre todo tipo de sustancias adictivas, tanto las "legales" (tabaco y alcohol) como las "ilegales" (cannabis, opiáceos, cocaína, drogas de síntesis...), así como las políticas gubernamentales, tanto de España como de otros países (principalmente de Europa Occidental e Iberoamérica), en relación con la prevención, tratamiento y asistencia, reinserción social, etc. de las drogodependencias y el control y represión del tráfico ilícito de drogas. Aparte de los estudios realizados sobre población general, el PND ofrece información sobre el consumo en la población adolescente, destacando los informes ESTUDES y EDADES.

La encuesta ESTUDES (**Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias**) es un estudio promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de la Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad de España, contando con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas (Planes Autonómicos sobre

Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación y Ciencia. Se compone de una serie de encuestas bienales que desde 1994 se dirigen a los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (3º y 4º de ESO, bachillerato y ciclos formativos de grado medio) para conocer las conductas y actitudes del alumnado sobre el consumo de drogas. La muestra de la última encuesta (ESTUDES 2010) realizada está formada por 31.967 estudiantes de 857 centros educativos públicos y privados españoles.

El diseño de la población muestral deja fuera del estudio varios grupos: estudiantes de 14-18 años que estaban cursando educación primaria o educación universitaria, o que no asistieron a clase el día y hora en que se aplicó el cuestionario, estudiantes de Enseñanzas de Régimen General incluidos en Programas de Garantía Social y a distancia, de Enseñanzas de Régimen Nocturno y de Enseñanzas de Régimen Especial. El sesgo introducido por el absentismo (entre un 9% y un 17%) sería constante en el tiempo, por lo que provocaría una escasa repercusión en las tendencias y cambios temporales de la prevalencia y patrones de consumo. Sí es significativo el problema de subrepresentación de los estudiantes de 18 años en la muestra, por lo que ofrecen resultados estratificados por edad. La proporción de estudiantes que se negó a cumplimentar el cuestionario fue irrelevante, así como los cuestionarios eliminados por estar en blanco. Este cuestionario es estandarizado y anónimo, parecido al de otras encuestas realizadas en Europa y Estados Unidos, para así poder realizar comparaciones poblacionales. En el año 2006 se introdujeron modificaciones para converger más hacia los cuestionarios internacionales, por lo que en algunos aspectos (no en los referidos a las preguntas sobre consumo, y disponibilidad percibida) se ha resentido en cierta forma la comparabilidad temporal. El cuestionario recoge los objetivos planteados anteriormente, e incluye preguntas sobre: características sociodemográficas, consumo de drogas, percepción de riesgo sobre distintas conductas de consumo de drogas, nivel de disponibilidad percibida de las distintas drogas psicoactivas, algunos problemas sociales o de salud, información e intervenciones preventivas sobre drogas, consumo de drogas por parte de los amigos y compañeros, y actitud de los padres con respecto al consumo de drogas. El cuestionario se cumplimenta por escrito (papel-y-lápiz) por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas durante una clase normal (45-60 minutos), con la presencia del profesor (pero manteniéndose permanentemente en el estrado).

Estos cuestionarios han permitido observar las tendencias del consumo de drogas psicoactivas, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de los estudiantes considerados. El objetivo general es obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas, dirigidas sobre todo al medio familiar y/o escolar. Esta información complementa la obtenida con otras metodologías como los indicadores de problemas de drogas (admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias o mortalidad relacionada con las drogas), la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) de la que se hablará más adelante, o los indicadores de oferta y control de la oferta.

Los datos obtenidos sobre el consumo se exponen en la tabla 1. Las conclusiones más importantes obtenidas en la encuesta ESTUDES del año 2010 son las siguientes:

- El consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana. La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, alcanzando su máximo entre los estudiantes de 18 años.

- El alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas, seguidas del cannabis. El consumo de otras sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles o heroína) está muy por debajo del consumo de alcohol, tabaco y cannabis.
- En conjunto, el consumo de alcohol muestra una tendencia a la estabilización, si bien se observa un aumento de la prevalencia de borracheras. La proporción en sexo de consumidores es similar, al igual que la proporción de personas que se emborrachan.
- Baja el consumo experimental de tabaco, manteniéndose estable el consumo diario. El consumo es superior entre las mujeres.
- Los datos del 2008 muestran revelan una relativa estabilización del consumo de cannabis, una reducción importante del consumo de cocaína y éxtasis y un descenso ligero del consumo de inhalables volátiles. Las prevalencias de consumo de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos, son las más bajas desde 1994. El consumo de drogas ilegales está más extendido entre los hombres que entre las mujeres.
- Aumenta el riesgo percibido ante el consumo esporádico para todas las drogas, pese a que los jóvenes siguen pensando que cada vez es más difícil conseguir drogas. Una proporción importante de estudiantes consume varias drogas, observándose una asociación bastante estrecha entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, por una parte, y entre el de estimulantes (cocaína, éxtasis o anfetaminas) y alucinógenos, por otra.

Tabla 1

Evolución de la prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en los estudiantes españoles de secundaria de 14 a 18 años por sexo (ESTUDES 2008/2010)

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Colegios	395	389	404	488	591	573	577	784	857
Aulas	837	826	826	875	1251	1315	1322	1568	1730
Alumnos	21094	18966	18085	20450	26576	25521	26454	30183	31967
Consumo de alcohol (%)									
Alguna Vez	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1
Últimos 12 meses	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6
Últimos 30 días	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0
Borracheras último mes	16,1	15,3	16,5	21,7	20,2	28,0	25,6	29,1	35,6
Consumo de tabaco (%)									
Hombres	17,8	19,0	17,9	19,3	17,7	18,9	12,5	13,3	11,0
Mujeres	15,4	28,1	27,5	27,0	24,2	24,1	16,9	16,4	13,6
Consumo de hipnosedantes (%)									
Alguna vez en la vida	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4
Últimos 12 meses	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6
Últimos 30 días	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0
Consumo de cannabis (%)									
Alguna vez en la vida	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0
Últimos 12 meses	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4
Últimos 30 días	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2
Consumo de cocaína (%)									
Alguna vez en la vida	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9
Últimos 12 meses	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6
Últimos 30 días	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5

La **Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España** (EDADES 2007/08/10) también ha sido realizada desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo). Desde 1995 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas se realiza una encuesta domiciliaria bienal dirigida a la población de 15-64 años. Su objetivo es estudiar la situación y la evolución del consumo; la edad de inicio; el riesgo y la disponibilidad percibidos, y la visibilidad de algunos problemas de drogas. La población de referencia son los residentes en España de 15-64 años, ambos inclusive, habiéndose obtenido una muestra en el último año de estudio de 23.715 entrevistados.

La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra incluye sólo a la población residente en hogares familiares, quedando fuera de marco la población que reside en instituciones (cuarteles, conventos, cárceles, residencias de estudiantes o de ancianos etc.), la población que vive en establecimientos colectivos (hoteles, pensiones, etc.), y la población sin techo. La distribución de la muestra por comunidad autónoma es desproporcional a su población en todas las encuestas para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas.

El cuestionario de EDADES consta de dos partes: una para ser administrada por entrevista cara a cara y otra (que incluye las preguntas sobre consumo de drogas) para ser autocumplimentada por el encuestado con papel-y-lápiz. El análisis efectuado se ha basado principalmente en el cálculo de la prevalencia de consumo de drogas utilizando diversos períodos de referencia: vida del entrevistado, 12 meses previos a la encuesta, 30 días previos a la encuesta y todos los días en los 30 días previos a la encuesta. En el caso de las bebidas alcohólicas se realizó un análisis más complejo, como la prevalencia de borracheras o de bebedores de riesgo. Se consideraron bebedores de riesgo a las personas con un consumo medio igual o superior a 50 (hombres) o 30 (mujeres) centímetros cúbicos de alcohol puro al día.

Los principales resultados obtenidos son los siguientes:

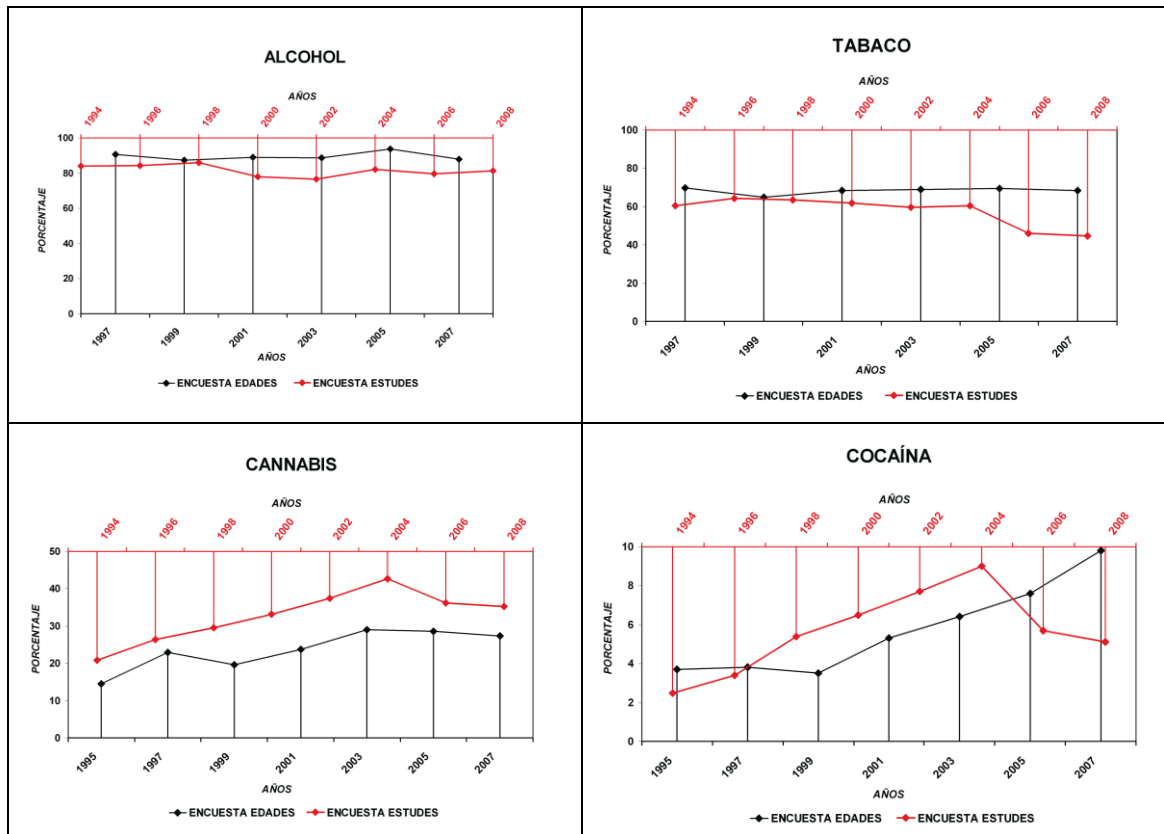
- Se aprecia una disminución significativa del consumo de cannabis, alcohol y tabaco, cuyo consumo esporádico es el más bajo desde 2003. El consumo diario de tabaco y alcohol es el más bajo de la última década. El número de bebedores de riesgo es el más bajo registrado desde 1997.
- El consumo de tranquilizantes y somníferos aumenta, sobre todo en mujeres mayores de 35 años.
- El consumo de cocaína en polvo aunque está estabilizado, disminuye la continuidad en su consumo y está aumentando la proporción de personas que prueban la cocaína en forma de base o crack. El consumo de Alucinógenos, Éxtasis y Anfetaminas es bajo (inferior al 1%) y estable. El consumo de Heroína es estable y muy bajo (0,1%), manteniéndose en porcentajes similares al año 1999.
- El policonsumo se confirma como una constante de los consumidores de drogas ilegales, especialmente entre los usuarios de cannabis, cocaína o heroína.
- Aunque la prevalencia de consumo para todas las drogas, excepto para hipnosedantes, es mayor para hombres que para mujeres, se observa una incorporación progresiva de la mujer a todas las conductas de consumo con especial atención a las sustancias de comercio legal (tabaco, alcohol, y tranquilizantes o somníferos).
- Ha aumentado la percepción del riesgo para todas las conductas de consumo de drogas, tanto para el consumo ocasional como para el habitual. Destaca por su magnitud el aumento del riesgo percibido ante el consumo diario y en fin de semana de alcohol, el ocasional de cannabis y, por su relevancia, el ocasional de cocaína.

- Por primera vez disminuye la disponibilidad percibida para todas las sustancias, después de varios años de aumento continuado. Disminuye la visibilidad de las conductas de consumo problemático de drogas, pero no la de los vendedores ofreciendo drogas en la calle.
- La importancia concedida por la población española al problema de las drogas permanece relativamente estable. Disminuye la importancia que se daba a la legalización del cannabis y a los tratamientos con heroína. Por contra, aumenta la concedida a los tratamientos médicos voluntarios y a las leyes estrictas contra las drogas.
- Las acciones más valoradas por la opinión pública para resolver el problema de las drogas son la educación sobre drogas en la escuela, en primer lugar, y el tratamiento voluntario de los consumidores y el control policial a continuación.

En la figura 1.4 se muestran las distintas prevalencias de consumo halladas entre poblaciones de los estudios ESTUDES y EDADES del año 2008.

Figura 4

Prevalencia del consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína alguna vez en la vida entre los adolescentes. Comparativa entre los resultados de los informes ESTUDES y EDADES (1997-2007).



El **Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones (OADA)**, adscrito a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, está integrado por el Consejo Rector y por el Comité Científico. Es un órgano colegiado de carácter consultivo y de investigación, para asesorar y formular propuestas a la Junta de Andalucía, de modo interdisciplinar, en materias técnicas relacionadas con el fenómeno de las drogas y el problema generado por las drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se creó por Decreto 294/2002, el 3 de diciembre a propuesta del Consejero de Asuntos Sociales y previa deliberación del Consejo de Gobierno, de acuerdo con lo establecido en el artículo 27 apartado 2b de la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas y con los objetivos del **II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones**. Este plan ha sido un instrumento fundamental de las políticas de drogodependencias y adicciones, y aunque su vigencia finalizó en 2007 (se encuentra en preparación el III Plan), sigue siendo documento de referencia en la planificación de esa política pública, reflejando una firme apuesta por la participación social en el diseño de una estructura asistencial pública. Su objetivo general es promover la toma de decisiones responsables respecto a las sustancias y actividades adictivas, incidiendo en los factores personales y sociales implicados en las mismas, favoreciendo la disminución de las consecuencias negativas del consumo y las adicciones, proporcionando los recursos para su atención y priorizando la normalización social de los afectados. El modelo de intervención en las distintas áreas ha evolucionado hacia las intervenciones centradas en la persona, más que en la sustancia. Dentro de sus líneas de acción se encuentra el desarrollo de Programas Específicos de Prevención dirigidos a jóvenes y a las poblaciones de riesgo así como el desarrollo e impulso de la acción investigadora y formativa

Entre sus funciones destacan la coordinación de un sistema de Información que permita evaluar la situación del consumo de drogas y sus efectos asociados en un momento determinado, así como su evolución y tendencia futura, así como el análisis periódico de la situación epidemiológica del consumo de drogas en la Comunidad Autónoma Andaluza. Desarrolla estudios e investigaciones sobre aspectos relevantes relacionados con las drogas y las adicciones, tendentes a obtener un mejor conocimiento de la realidad social de estos problemas en Andalucía. De forma anual elabora un informe que recoge los datos más relevantes sobre las Drogas y Adicciones en Andalucía.

En el año 2008 se publicó el Estudio **La Población Andaluza ante las Drogas X**. Está formado por una serie de estudios bianuales cuyo objetivo es conocer la prevalencia del consumo de distintas sustancias psicoactivas entre la población andaluza, así como las principales características sociodemográficas de la población consumidora de las drogas más prevalentes. El estudio explora también la percepción del riesgo y la disponibilidad de las diversas sustancias psicoactivas, así como la actitud de la población andaluza ante el consumo de sustancias y sobre diversas actuaciones de prevención e intervención en materia de drogas. Los principales resultados de este informe son:

- El tabaco y el alcohol son las drogas con un uso más extendido en la población andaluza. Hay un 32,4% de fumadores diarios y un 26,3% de fumadores diarios de más de nueve cigarrillos. Un 5,1% de los bebedores son de riesgo.
- El segundo lugar del consumo lo ocupa cannabis (22% consumo alguna vez en la vida) y la cocaína en polvo (8%, alguna vez en la vida).
- El éxtasis y los alucinógenos presentan también prevalencias relativamente altas (4,4% y 3,6% de consumidores alguna vez en la vida, respectivamente). El consumo ocasional

de cocaína en polvo, de éxtasis y de alucinógenos se ha incrementado con respecto al año 2005; los consumos más recientes (último mes) de estas sustancias se mantienen más estables.

- El consumo del resto de sustancias estudiadas es minoritario. Aunque las prevalencias de consumo de las mismas son reducidas, la encuesta tiene limitaciones técnicas para la medición de consumos minoritarios, por lo que las variaciones detectadas con respecto a 2005 deben interpretarse con cautela. Cabe decir que, en general, estas prevalencias de consumo se encuentran estabilizadas, si bien se apunta un reducido incremento del consumo de opiáceos que será preciso verificar en los próximos estudios, ya que podría deberse a variaciones propias del trabajo con muestras poblacionales.
- Los hombres presentan prevalencias de consumo más altas que las mujeres en prácticamente todas las sustancias analizadas.
- El consumo de alcohol de riesgo y el de tabaco diario tienen un uso más extendido en edades adultas. Por el contrario, el cannabis y los inhalables son sustancias que presentan sus prevalencias de consumo más elevadas entre grupos de edad muy joven (de 16 a 20 años y, en el caso del cannabis, también de 21 a 24). El resto de sustancias se consumen más entre los grupos de edades jóvenes, sobre todo de 21 a 24 y de 25 a 34 años.
- Los inhalables, el tabaco y el alcohol son las dos sustancias cuyo inicio es más precoz, con unas edades medias de 14,3 16,7 y 16,6 años. Entre los 17,2 y los 20,4 se iniciarían los consumos de cannabis, clorhidrato de cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas y heroína. A continuación el crack con 21,4 años. Y ya más tarde los hipnóticos (24,9 años), los tranquilizantes (28,8 años) y los analgésicos morfínicos (32,6 años).
- Los datos registrados en esta encuesta no permiten realizar un análisis detallado del policonsumo, ya que se dirige a la población general y no a una población consumidora, por lo que las bases muestrales para realizar los análisis estadísticos necesarios resultan reducidas; además, no se registran datos sobre cada episodio de consumo y las motivaciones para el consumo de más de una sustancia, que nos aportarían información precisa sobre el patrón de consumo. Pese a esta limitación, el informe presenta un índice de policonsumo, que representa la media de sustancias consumidas en los últimos seis meses (consumo diario en el caso del tabaco y de riesgo en el caso del alcohol). Los índices más altos los encontramos entre las personas que refieren haber consumido anfetaminas y heroína en los últimos seis meses, seguidas por los consumidores de alucinógenos los consumidores de drogas de síntesis, hipnóticos sin prescripción y base o crack. Los índices de policonsumo más bajos se detectan entre los fumadores diarios y los bebedores de riesgo de alcohol.
- La mayor percepción de riesgo se da para el consumo habitual de heroína, alucinógenos, cocaína, y éxtasis. Esta percepción es mayor con el consumo diario de un paquete de tabaco frente al consumo habitual de hachís y de tranquilizantes y al consumo diario de alcohol. Al consumo recreacional de alcohol en fines de semana se le atribuye el menor riesgo de causar problemas.
- La percepción de disponibilidad de sustancias psicoactivas de tráfico ilegal en un plazo de 24 horas es relativamente elevada: 60% para hachís y 40% para cocaína, éxtasis y alucinógenos. La percepción de disponibilidad es más alta entre los hombres, para todas las sustancias consideradas, y, por tramos de edad, los que tienen una mayor percepción de disponibilidad de las drogas son los jóvenes de 21 a 24 años.

El universo de la anterior encuesta es la población residente en Andalucía de 12 a 64 años. Se pueden encontrar datos específicos sobre la adolescencia en diferentes informes emitidos por

la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Así, el **Informe 2009 sobre Menores de edad en Andalucía** muestra un aumento de los pacientes menores de edad admitidos a tratamiento por cannabis entre 2003 y 2007 (de un 46% a un 71%). Sin embargo, el consumo de cocaína ha registrado un descenso (de un 28% a un 13% en el mismo periodo). En la **Guía clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo alcohol** (Tirado, 2007) ya se indica una pauta específica de consumo de alcohol en los jóvenes, que ha adquirido unas características propias diferentes al patrón adulto. Los adolescentes consumen, sobre todo, en fin de semana y festivos, en un patrón que se asemeja al modelo anglosajón de consumo y con un consumo compulsivo en el que se buscan los efectos embriagantes del alcohol. El lugar de consumo utilizado es la calle, en lugares de diversión, en el ámbito grupal y fuera del ambiente del hogar. Las bebidas habitualmente utilizadas son la cerveza y los combinados de alta graduación (mientras que los adultos consumen más vino).

El **Plan Provincial sobre Drogodependencias y Adicciones de Jaén** (2005-2009) surge a partir de la creación de la Comisión Provincial de Drogodependencias, estableciendo cuatro áreas de actuación: prevención, atención sociosanitaria, incorporación social y, por último, información, formación e investigación. Dentro de esta última área se plantea mejorar e incrementar el conocimiento profesional en relación con las drogodependencias y otras adicciones, así como incrementar la investigación e innovación científica en materia de drogodependencias y otras adicciones de cara a la prevención, asistencia e integración psicosocial. Uno de sus objetivos es conocer todos aquellos aspectos relacionados con las drogodependencias y las adicciones en la provincia. Además de presentar datos de la población andaluza ofrecidos por el OADA, analiza una serie de datos propios de la población de Jaén. En el caso de las admisiones a tratamiento las conclusiones son las siguientes:

- Fuerte tendencia al descenso de los casos totales admitidos a tratamiento por Heroína.
- Tendencia a la estabilización de los casos totales admitidos a tratamiento por Revuelto (Heroína + Cocaína).
- Tendencia al aumento de los casos totales admitidos a tratamiento por Cocaína.
- Tendencia a la disminución de los casos totales admitidos a tratamiento por Cánnabis.
- Tendencia al aumento de los casos totales admitidos a tratamiento por alcohol.
- Tendencia al aumento de los casos totales admitidos a tratamiento por tabaco.

1.4.3. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en la adolescencia

Según estimaciones de la Oficina Regional de la OMS para Europa, España es el octavo país con mayor consumo de alcohol de toda la región europea (OMS 2006). El consumo de riesgo y perjudicial de alcohol afecta a todos los grupos de edad, todos los estratos de la sociedad europea y a todos los países, aunque a aquellos con desventajas sociales les afectan de forma desproporcionada. Los jóvenes soportan de forma relativa una parte desproporcionada de esta carga ya que el alcohol origina el 25% de la mortalidad en los hombres y del 10% en las mujeres (Galán, 2008). Conforme aumenta la edad también lo hace la cantidad de alcohol que ingieren: entre los 12 y los 20 años más de un 5% son bebedores abusivos (Tirado, 2007). En muchos casos, el consumo de alcohol en jóvenes se asocia al consumo de otras drogas. Los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la adolescencia, como dependencia, tolerancia o síntomas de abstinencia, parecen menos graves o evidentes posiblemente debido a la menor evolución del consumo. Los problemas más frecuentes se centran en las intoxicaciones agudas, accidentes de tráfico, dificultades escolares, problemas legales y asociación al consumo de otras drogas (Tirado, 2007).

Para definir el patrón de consumo en el ámbito europeo se han estudiado principalmente cuatro aspectos: el tipo de bebida alcohólica preferida, el contexto en que se consume, (principalmente el lugar y la relación con las comidas), la frecuencia de consumo de alcohol, y con qué frecuencia las bebidas se utilizan para la intoxicarse (a veces denominado como un consumo de tipo *binge-drinking*) (Rosón, 2008). Se considera un **consumo de riesgo** como aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol pero sí riesgo futuro de daño psicológico, social y físico. Para la valoración del consumo de riesgo es importante registrar el consumo por días, si existen cambios de consumo particularmente durante el fin de semana y si existen consumos elevados por ocasión de consumo aunque sea de forma infrecuente. En ocasiones un consumo diario habitual bajo puede coexistir con un consumo semanal de riesgo o con una cantidad de riesgo en las ocasiones en que consume. La definición de consumo de riesgo en Europa se presenta en la siguiente tabla (Roson, 2008). En España se ha adaptado la recomendación de la OMS (tabla 2) cuyos niveles considerados de riesgo son: para mujeres y personas mayores de 65 años >17 Unidades Estándar de Bebida (UBEs) por semana o más de 3 UBEs por ocasión de consumo; para hombres se ajusta a >28 UBEs por semana o más de 5 UBEs por ocasión de consumo (Babor, 2001). Estos límites no se aplican a niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas que toman medicación que interacciona con el alcohol, personas que desarrollan actividades que requieran concentración, habilidad o coordinación (como la conducción de vehículos) o con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol (diabetes mellitus, hepatitis C, etc.).

Tabla 2
Definición de consumo alcohólico de riesgo en Europa

	Consumo diario	Consumo semanal	Consumo por ocasión
Mujeres y mayores de 65 años	> 2 – 2,5 UBEs	> 17 UBEs	>4 UBEs
Hombres	>4 UBEs	> 28 UBEs	>6 UBEs

El **consumo perjudicial o dañino de alcohol** sería aquel patrón de consumo que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p ej. cirrosis hepática) o mental (depresión asociada al consumo). Las consecuencias sociales en sí mismas no son suficientes para el diagnóstico de consumo perjudicial o dañino. La OMS en sus criterios de clasificación internacional de enfermedades (CIE-10 o ICD-10) define la **dependencia del alcohol** como el conjunto de manifestaciones fisiológicas, de conducta y cognitivas que se desarrollan tras el consumo repetido de la sustancia y que típicamente incluyen un fuerte deseo de consumir, dificultad de controlar el uso (se consume más o durante más tiempo del deseado o existen intentos infructuosos de abandonar la sustancia), persistencia en el consumo a pesar de consecuencias negativas, reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas para consumir o como consecuencia del consumo, aumento de la tolerancia, aparición de síntomas de abstinencia o consumo para evitar los síntomas de abstinencia.

La terminología propuesta para el patrón de consumo denominado *binge-drinking* en nuestro idioma es de **consumo concentrado episódico**, que consistiría en el consumo de 60 o más gramos (6 UBEs), en varones, y de 40 o más gramos (4 UBEs), en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4 – 6 h), durante la que se mantiene un cierto nivel de

intoxicación, es decir una alcoholemia no inferior a 0,8 g/L (Rodríguez Martos, 2008). Este patrón de consumo ha sido asociado con un considerable perjuicio social y una gran carga de morbilidad, estando relacionado una gran variedad de factores socio-demográficos, individuales y sociales: los hombres tienden a realizar consumos episódicos abusivos con más frecuencia que las mujeres. Este patrón de consumo fue más prevalente entre los adolescentes y adultos jóvenes, y la prevalencia se fue estabilizando en años posteriores (Rosón, 2008). Utilizando la definición de 5 o más UBEs por ocasión de consumo, el 11% de los varones bebedores en España referían consumos concentrados episódicos semanales frente a 20-30% del resto de Europa en el Euro barómetro 2003. En España se dispone de escasa información acerca del consumo en forma de episodios de consumo concentrado. Datos recientes de una encuesta telefónica realizada a una muestra de 12.037 personas representativa de la Comunidad de Madrid y con edades comprendidas 18 a 64 años muestran que la prevalencia de este tipo de consumo fue de 14,4% en hombres y 6,5% en las mujeres (Valencia, 2007). La prevalencia fue mayor en el grupo de edad más joven, con el más alto nivel educativo y con un alto promedio de consumo de alcohol. Sin embargo, 3 de cada 4 bebedores con este patrón mostró un consumo medio moderado. Durante cada episodio, los hombres consumían una media de 119 gramos de alcohol y las mujeres 83 gramos. El consumo de destilados representaba el 72% de total de consumo de alcohol con este patrón de consumo.

El cribado de consumo de alcohol está ampliamente justificado en el ámbito sanitario. No sólo tiene sentido desde el punto de vista preventivo, sino también es de utilidad en el diagnóstico de la patología asociada tanto orgánica como psiquiátrica, para hacer el diagnóstico de la adicción y sentar la indicación de tratamiento profiláctico del síndrome de abstinencia alcohólica (Rosón, 2008). Dado que muchos bebedores de riesgo pasan desapercibidos tras su contacto con el mundo sanitario, numerosos autores abogan por un abordaje sistemático para facilitar su identificación (Anderson, 2005; Gual, 2008). El consumo de riesgo se puede identificar preguntando directamente sobre el consumo o utilizando cuestionarios específicamente diseñados para este propósito e igual ocurre con el diagnóstico de la dependencia del alcohol (Anderson, 2005).

1.4.4. Prevención del consumo en la adolescencia

Para muchos médicos está reconocido que los objetivos del control del tabaquismo deben ser disuadir a los niños y adolescentes de que inicien el consumo de tabaco y facilitar el abandono de los adultos (Altet, 2000). El papel del sanitario, y sobre todo del médico, se considera primordial en la lucha antitabáquica y para prevenir el desarrollo de patologías asociadas al tabaquismo activo en la adolescencia y la adicción al tabaco. Sin embargo, según la última revisión del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud [PAPPS] (Colomer, 2012), no hay trabajos que evalúen la eficacia del consejo breve antialcohol o antidrogas en la consulta de Atención Primaria ni pruebas demostrativas de un menor consumo de drogas o alcohol tras la administración de consejo breve y oportunista en adolescentes. Hasta este año, el PAPPS había indicado preguntar de forma ocasional en las consultas a los adolescentes sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Foxcroft y Tsertsvadze realizaron para la biblioteca Cochrane varias revisiones que examinan la efectividad de los programas de prevención escolares (2011c), familiares (2011a) y de múltiples componentes (2011b) para evitar el consumo de alcohol en los adolescentes sin encontrar efectos reales de las intervenciones preventivas, ni tampoco estudios que mostrasen resultados estadísticamente significativos. La mayoría de los efectos positivos

observados con más frecuencia entre los programas fueron sobre la embriaguez y el beber de forma compulsiva. Las pruebas actuales indican que algunos programas de prevención genéricos psicosociales y del desarrollo podrían ser efectivos y podrían considerarse opciones políticas y prácticas.

Algo similar pasa con el tabaco, las actividades preventivas recomendadas no son fácilmente evaluables y no aportan evidencias para saber cuál es la intervención preventiva más eficaz. En Andalucía lleva implantado varios años el programa "*A no fumar, ¡me apunto!*" (<http://www.anofumarmeapunto.es/>) que es un programa de prevención del tabaquismo en el ámbito educativo dirigido al alumnado de los centros andaluces de enseñanza secundaria, organizado por la Consejería de Salud y Bienestar Social y la Consejería de Educación y que cuenta también con el apoyo de la Consejería de Medio Ambiente de la Junta de Andalucía. Integra distintas experiencias realizadas en Andalucía y aporta al profesorado diferentes recursos para trabajar la prevención del tabaquismo. Pese a su amplia implantación, aún no se disponen de datos sobre su eficacia. Otras líneas de trabajo se enfocan a la disminución de la accesibilidad de los jóvenes a la compra de tabaco pensando que las intervenciones dirigidas a los vendedores minoristas pueden dar lugar a grandes disminuciones del número de tiendas que venden tabaco a los jóvenes. Sin embargo, pocas de las comunidades estudiadas en esta revisión alcanzaron niveles altos y sostenidos de cumplimiento (Stead 2008). Esto podría explicar por qué hay pocas pruebas del efecto de la intervención sobre la percepción de los jóvenes de la facilidad de acceso al tabaco y sobre el hábito de fumar.

Al igual que con el alcohol o el tabaco, las intervenciones que pueden prevenir o reducir el consumo de drogas por los jóvenes tienden a implementarse en escuelas u otros ámbitos de su entorno social más cercano. La revisión realizada por Gates (y col 2008) indica que faltan pruebas sobre la efectividad de las intervenciones realizadas. Las entrevistas motivacionales y algunas intervenciones familiares pueden presentar algún beneficio. Sin embargo, la relación coste-efectividad aún no ha sido abordada en ningún estudio, y se necesita investigación adicional para determinar si se puede recomendar alguna de estas intervenciones.

Además de los factores socioeconómicos que afectan a las tendencias globales del consumo de drogas, en el desarrollo de la adicción a las diversas sustancias psicoactivas influyen otros condicionantes, entre los que cabe señalar las características biológicas de la condición humana o la función psicológica instrumental que cada persona atribuye a una sustancia concreta en el marco de su estilo de vida particular. De igual modo, hay que considerar la evolución de los valores culturales que tienen que ver con las conductas adictivas y de consumo en general. Cualquier intervención que aspire a mejorar significativamente esta situación debe necesariamente abordarse desde planteamientos estratégicos integrales, desarrollados en cada uno de los distintos contextos institucionales y territoriales. Así, desde la perspectiva de las diferentes administraciones públicas española, los esfuerzos se dirigen hacia la optimización de la coordinación de todas las instituciones y agentes implicados y enmarcarlos en el ámbito de las políticas sociales y de salud pública, mediante la fijación de unas prioridades razonables, asumibles y asequibles (Plan nacional sobre drogas 2008).

En los últimos años ha surgido en Estados Unidos un nuevo modelo centrado en el desarrollo positivo y en la competencia durante la adolescencia: Positive Youth Development (Benson, 2006; Damon, 2004; Larson, 2000). De acuerdo con este enfoque, el desarrollo positivo adolescente ha supuesto una relativa superación del modelo centrado en el déficit y un aumento del interés por las intervenciones que, más que prevenir la aparición de problemas, pretenden fomentar el desarrollo de competencias y habilidades. Este enfoque considera, por

tanto, a los adolescentes no como un problema que hay que resolver, sino como un recurso a desarrollar, en la línea del “empoderamiento” (*empowerment*), para de esta manera hacer de ellos unos ciudadanos responsables que realicen una mayor contribución a la sociedad (Benson, 2004).

De los diferentes modelos propuestos adaptados a este enfoque destaca por su carácter integrador el *modelo de las 5 Ces*, que propone cinco atributos o factores como determinantes del desarrollo positivo: competencia, confianza, conexión, carácter y cuidado/compasión (Lerner, 2004; Roth, 2003) La competencia se refiere a la capacidad del adolescente para mostrar un buen desempeño en diversos ámbitos de la vida. Incluye, por ejemplo, habilidades sociales como la asertividad o la resolución de conflictos, o habilidades cognitivas como la capacidad para tomar decisiones. La confianza representa un sentido interno de valoración global positiva de uno mismo y de autoeficacia: autoestima, identidad y autoeficacia. La conexión se refiere a los vínculos positivos con personas (familia, iguales, adultos) e instituciones que se reflejan en intercambios bidireccionales. El carácter trata del respeto por las normas sociales y culturales, que se relaciona con el autocontrol y la ausencia de problemas externos o conductuales. Por último, el cuidado y compasión abarca un sentido de simpatía y empatía e identificación con los demás.

Existen razones de peso para pensar en la escuela de cara a la implementación de programas de desarrollo saludable (Oliva, 2008), entre ellas, la facilidad de acceder a niños y adolescentes en un período amplio de tiempo y un espacio con una infraestructura y personal cualificado. No obstante, existen también algunas limitaciones en nuestro contexto como la sobrecarga académica o la posible resistencia al cambio, que harían pensar en otras fórmulas de intervención, como por ejemplo, los programas extraescolares (Parra, 2009).

1.5 Adolescencia y familia.

1.5.1 Bases conceptuales de la familia

Concepto de familia

No hay una definición única de la familia. El diccionario de la lengua española de la Real Academia Española sitúa su origen en la palabra latina familia y la define como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas o como un conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje. Amplía también la acepción de la palabra al conjunto de personas que tienen alguna condición, opinión o tendencia común.

La ONU ha definido la familia como el grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos. De la Revilla (1994a) define la familia como una unidad biopsicosocial integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o unión estable, y que viven en un mismo hogar (siendo el hogar el espacio físico donde habita la familia). De esta forma, la concepción de la familia va más allá de la definición tradicional en la que sólo se considera la agrupación de personas con lazos consanguíneos u otros vínculos, para trasladarla a un plano social, donde se ve influenciada por múltiples factores socioeconómicos: sería, pues, una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo.

Para definir la familia se han postulado diversos elementos claves para en su concepto: la sujeción (de los integrantes de la familia a uno de sus miembros), la convivencia (los miembros de la familia viven bajo el mismo techo, bajo la dirección y con los recursos del jefe de la casa), el parentesco (conjunto de personas unidas por vínculo jurídico de consanguinidad o de afinidad) y la filiación (conjunto de personas que están unidas por el matrimonio o la filiación, aunque excepcionalmente por la adopción).

La familia, a diferencia de otros grupos, cumple una serie de funciones vitales de una forma eficaz que se pueden ordenar en diferentes áreas: funciones psicobiológicas (la reproducción, el desarrollo y crecimiento de niños y adolescentes, la adquisición de un sentido de identidad familiar), funciones socioculturales y educativas (la transmisión de conocimientos y habilidades, valores y creencias) y las funciones económicas (capacidad de producción y de consumo). Estas funciones han ido cambiando con el tiempo, modificando su estructura, organización interna y sus pautas de comportamiento de las familias. En la sociedad occidental se ha pasado de un modelo de familia tradicional a una familia moderna (De la Revilla, 1994a), inmersa en una sociedad que se atribuye algunas de las funciones de la familia tradicional, por lo que la familia moderna debe centrarse en el cumplimiento de las dos funciones que le son esenciales: la socialización de los hijos y la estabilidad psíquica y afectiva de los adultos. Para De la Revilla, las funciones básicas de la familia se basan en los siguientes seis puntos: Comunicación, Afectividad, Apoyo, Adaptabilidad, Autonomía, Reglas y Normas.

Estructura familiar

La estructura familiar es la primera aproximación a la familia, y nos indica quién la conforma y las relaciones existentes en ella. Es un proceso dinámico que va cambiando según las diferentes fases del Ciclo Vital Familiar, que se verán más adelante. Las estructuras familiares más tradicionales son la familia nuclear (cuando viven dos generaciones en el mismo hogar, habitualmente padres e hijos) y la familia extensa (cuando viven más de 3 generaciones en el mismo hogar), sin embargo cada vez son más frecuentes las familias monoparentales o las personas sin familia (Pérez Milena, 2009). Existen varias clasificaciones para la estructura de la familia, aquí presentamos la clasificación de De la Revilla (2005a), quien diferencia la familia extensa (cuando viven en el mismo hogar tres o más generaciones), la familia nuclear (formada por dos generaciones, padres e hijos), la familia monoparental (constituida por uno solo de los cónyuges y sus hijos) y la familia reconstituida (formada por dos adultos en la que, al menos uno de ellos trae un hijo habido de una relación anterior), junto a las categorías de equivalentes familiares (personas que viven juntas sin lazos de consanguinidad) y personas sin familia.

En los últimos 50 años la vida familiar ha sufrido cambios espectaculares (Arnett, 2008). Se ha constatado un incremento de los divorcios, un aumento de la tasa de hogares con un padre/madre soltero/a y un mayor número de familias con dos ingresos, es decir, donde los dos cónyuges trabajan y están ausentes del hogar más tiempo que en la familia donde solo trabajaba uno de ellos.

Ciclo Vital Familiar

El ciclo vital familia es la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución. Este ciclo está compuesto por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar, variando además las características sociales y económicas desde su formación hasta su disolución (De la Revilla, 1994a). El ciclo vital familiar está definido por

las diferentes fases existentes en la evolución de la familia, muy bien delimitadas en la cultura occidental (De la Revilla, 1994a; García-Campayo, 2004). Para conocer la etapa del ciclo vital familiar en la que se encuentra la familia se pueden utilizar distintas escalas entre las que se encuentra la escala de la OMS (modificada por De la Revilla, 2005a):

- I (formación): desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo.
- IIA (extensión): desde el nacimiento del primer hijo hasta que tiene 11 años.
- IIB (extensión): desde que el primer hijo tiene 11 años hasta el nacimiento del último hijo.
- III (final de la extensión): desde el nacimiento del último hijo hasta que el primero abandona el hogar.
- IV (contracción): desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que el último hijo abandona el hogar.
- V (final de la contracción): desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer cónyuge.
- VI (disolución): muerte del primer cónyuge hasta la muerte del cónyuge superviviente (extinción).

La adolescencia se sitúa en la tercera etapa vital de la familia y puede ser fuente de tensiones por la gran complejidad relacional entre padres e hijos. El adolescente busca mayor autonomía y una identidad propia, iniciando su socialización mediante el grupo de amigos (Marcos, 1996). En este tránsito, la familia debe adaptar roles y normas para mantener la homeostasis familiar al tiempo que se adapta a los nuevos cambios. En este contexto, la familia tradicional nuclear parece ser la mejor preparada para enfrentarse a los cambios y realizar adaptaciones correctas (García-Campayo, 2004). Las familias con adolescentes, por el hecho de transitar por esta etapa del ciclo, no tienen por qué tener mayores alteraciones en la dinámica familiar que las que sufre la población en cualquier otro estadio del ciclo vital familiar (De la Revilla, 2009). Sin embargo, sí es cierto que en esta etapa del ciclo vital familiar aparecen las tensiones que genera el juego dialéctico entre homeostasis y cambio, es decir, entre la tendencia de los padres a que todo siga igual, para mantener a ultranza reglas, normas y valores, y la de los adolescentes que apuestan por el cambio, que les permita alcanzar una mayor autonomía e independencia. Diferentes autores (Beavers, 1982; Combrinck-Graham, 1985) conciben a la familia como una espiral en la que los componentes de tres generaciones oscilan a través del tiempo entre dos modelos: uno centrípeto, con alta cohesión familiar, y otro centrífugo, un período de disgregación familiar. Estos períodos coinciden con áreas de desarrollo familiar que requieren vínculos intensos o altos niveles de cohesión, como las etapas de crianza de niños de corta edad, con otros en lo que lo importante es potenciar la autonomía y la identidad personal de los miembros del hogar, lo que ocurre durante la adolescencia. Se establece así un movimiento que se acerca y se aleja del núcleo familiar, que durante la adolescencia se traduce en un estilo familiar centrífugo. La estructura familiar cambia para acomodar los objetivos que enfatizan el intercambio individual de los miembros de la familia con el ambiente extrafamiliar. El límite externo de la familia se pierde mientras la distancia entre algunos de los miembros de la familia aumenta (Marcos, 1996; De la Revilla, 2009).

1.5.2 La familia con hijos adolescentes

La entrada en la adolescencia de un hijo de la familia supone una serie de cambios en la dinámica y las relaciones de la misma. Los cambios físicos y psicológicos del adolescente preceden al cambio social del mismo. La naturaleza de la vida familiar de los adolescentes ha sido influida por profundos cambios sociales ocurridos en los dos últimos siglos, incluyendo la

disminución del tamaño de la familia y el aumento de la esperanza de vida (Arnett, 2008). Debido a la importancia que tienen las necesidades y demandas de los adolescentes, éstos suelen actuar como catalizadores para reactivar problemas y establecer triángulos relacionales en continuo movimiento (De la Revilla, 2009). El impacto del conflicto adolescente en la familia es distinto en las diadas relacionales, incrementándose especialmente el conflicto entre los adolescentes y sus madres, aunque con patrones distintos según el adolescente sea chico o chica (Pla, 1999). En el caso de los chicos, la maduración precoz predice el conflicto madre-hijo, mientras que se tiende a ofrecer autonomía más fácilmente a los varones adolescentes que maduran más tarde. En el caso de las chicas, el conflicto aparece con la maduración física, independientemente de la edad cronológica. La mayor conflictividad entre el adolescente y la madre podría ser explicada, al menos, por tres hipótesis: si el adolescente percibe un estatus distinto entre el padre y la madre podría resultarle más fácil iniciar el desarrollo de su autonomía con el “padre de más bajo estatus”. Según la teoría de “objeto relacional”, tanto el niño como la niña se vinculan más intensamente con la madre, por lo tanto el adolescente necesitaría más esfuerzo para distanciarse-independizarse emocionalmente de la madre que del padre y este esfuerzo conllevaría más conflicto. Finalmente, la mayoría de los conflictos durante la adolescencia se desarrollan alrededor de aspectos mundanos del día a día (el horario de regreso nocturno a casa, las labores que deben realizar o el dinero que han de tener).

Todo el desarrollo del conflicto tendría una relación directa con la búsqueda de la identidad y de la autonomía personal. El psicólogo James E. Marcia (1966; 1976) clasificó el desarrollo adolescente en cuatro niveles según la evolución de la búsqueda de identidad:

1. Exclusión. En este nivel existe un compromiso pero no ha habido crisis. En él, la persona no ha dedicado tiempo a dudar y considerar las alternativas, sino que se compromete con los planes de otra persona para su vida. Suele tratarse de personas con altos niveles de autoritarismo y pensamiento estereotipado, obedecen la autoridad, se rigen por un control externo, son dependientes y presentan bajos niveles de ansiedad. Pueden sentirse felices y seguros, tienen vínculos familiares estrechos, creen en la ley y el orden y se vuelven dogmáticos cuando alguien cuestiona sus opiniones. Los padres de estos adolescentes suelen involucrarse demasiado con los hijos, evitan expresar las diferencias y usan la negación y la represión para evitar manejar cosas que no les agradan.
2. Moratoria (crisis sin compromiso). Es el adolescente en crisis; considera diversas alternativas, lucha por tomar una decisión y parece dirigirse hacia un compromiso. Probablemente logrará la identidad. Estas personas suelen tener altos niveles de desarrollo del yo, razonamiento moral y autoestima. Se muestran más ansiosos y temerosos del éxito. A menudo mantienen una lucha ambivalente con la autoridad paterna.
3. Logro de identidad (crisis que lleva al compromiso). En este nivel, el adolescente se ha comprometido con algo después de un periodo de crisis; es decir, después de un tiempo dedicado a pensar y sopesar alternativas. Son personas con altos niveles de desarrollo del yo y razonamiento moral. Se rigen por un control interno, tienen seguridad en sí mismas, alta autoestima y funcionan bien en condiciones de estrés y cercanía emocional. Los padres de estos adolescentes estimulan la autonomía y la relación con los profesores; las diferencias se analizan de un modo colaborador.

4. Confusión de la identidad (sin compromiso, crisis incierta). En este nivel puede o no haberse considerado las opciones, pero se evita el compromiso. Son adolescentes superficiales e infelices, a menudo solitarios. Tienen un bajo nivel de desarrollo del yo, razonamiento moral y seguridad en sí mismos; presentan habilidades deficientes para cooperar con los demás. Los padres de estos adolescentes no intervienen en su crianza, los rechazan, los ignoran o no tienen tiempo para ellos.

Estos cambios implican a su vez cambios familiares que afectan a todos los miembros del hogar. La llegada de un hijo a la adolescencia lleva consigo adaptaciones en la estructura y organización familiar. La familia debe transformarse, de una unidad dedicada a la protección y crianza a los hijos pequeños, en una unidad que se centre en la preparación del tránsito del adolescente al mundo de las responsabilidades y compromisos de los adultos (De la Revilla, 2009). Desde el nacimiento el ser humano establece un vínculo afectivo con sus figuras de apego, es decir, con la madre (o sustituta) y con una jerarquía de personas que establecen con él una relación de afecto. Esto permite al niño aprender y entrenarse en las relaciones humanas y a los padres aprender y entrenarse en su función paternal. Con el paso de los años esta relación, que empieza centrada en la familia, irá progresivamente diluyéndose en un medio más social (Pla, 1999). Los preadolescentes ya muestran un gran interés por las cuestiones sociales, habitualmente fomentadas por los padres. Son éstos quienes llevan a sus hijos a diferentes organizaciones para realizar actividades junto a personas que a los padres les ofrecen confianza. En cambio, los adolescentes empiezan a hacer su socialización a espaldas de la familia. Es decir, empiezan a entrenarse como adultos sin supervisión, y a veces con la oposición, de los padres. Se trata de un trance difícil tanto para los padres y la sociedad como para el propio adolescente. Los antagonismos suelen expresarse con radicalidad y brusquedad y forman parte del proceso de configuración y afirmación de la personalidad de adolescente, en lo que Freud denominó "la muerte del padre". Aparece un triple duelo en esta etapa crítica de tránsito: duelo del cuerpo, dado que cambia y aparecen los signos de identidad sexuales; duelo de la mente, configurándose un pensamiento más complejo a nivel lógico y moral; y por último, duelo de la identidad, apartándose de valores convencionales en busca de su propia personalidad. La lucha dependencia-independencia se acentúa, se establecen nuevas alianzas con los hermanos y se dedica la mayor parte del tiempo a los amigos (Marcos, 1996).

La familia, no obstante, sigue siendo importante en la socialización de los adolescentes a través de la relación entre padres e hijos (Pérez Milena, 2009). A pesar del aparente distanciamiento de los padres, los adolescentes siguen siendo muy influenciados por la consideración que de ellos tienen sus progenitores.

La adolescencia tardía se convertiría en la última fase de lucha del adolescente por su identidad; si en los años previos ha existido una familia de apoyo y un grupo de amigos, el adolescente estará preparado para las tareas y responsabilidades de la madurez, en caso contrario pueden surgir diferentes patologías, tanto biopsíquicas como sociales (Marcos, 1996). Para algunos autores la etapa de la adolescencia que comienza a los 18 años y finaliza alrededor de los 25 años se denominaría adultez emergente (Arnett, 2008), caracterizada por la exploración continua de la identidad, la inestabilidad, el centrarse en uno mismo, el "sentirse en medio" y la amplitud de posibilidades. Esta etapa sólo existiría en aquellas culturas en las que se permite a los jóvenes posponer el ingreso a los papeles adultos, como el matrimonio y la paternidad, por encima de los 25 años. Los adultos emergentes que se mudan de casa tienen una mayor cercanía emocional con los padres y experimentan menos conflictos que los que permanecen en casa.

Dentro de los aspectos del sistema familiar en el que vive el adolescente se incluyen también el desarrollo de los padres en la madurez y las relaciones con los hermanos. En los países industrializados los adolescentes tienen más conflictos con los hermanos que con los otros familiares, aunque esa relación suele ser escasa, al contrario que en otras culturas donde adoptan el rol de cuidadores. Los conflictos entre padres e hijos son mayores durante la adolescencia temprana, al tiempo que los padres perciben esta etapa como un tiempo difícil. Los conflictos entre padres y adolescentes son menores en las culturas tradicionales debido a una mayor interdependencia económica de los miembros de la familia y al rol de autoridad del padre (Arnett 2008).

1.5.3 La teoría de sistemas para el estudio familiar

La teoría de referencia para las técnicas terapéuticas de orientación familiar es la teoría sistémica, que surge a partir de mitad del siglo XX con los aportes de varios pensadores (G. Bateson, Von Bertalanffy, Watzlawick o Cannon, entre otros) de distintas ramas de la ciencia. Estos aportes fueron aplicados a la psicología en función de ayudar al desarrollo de una visión que permita un entendimiento de situaciones que no eran objeto de investigación hasta ese momento. La perspectiva sistémica parte de la concepción de la realidad como algo único en donde se entiende el sistema cognoscitivo como un conjunto de elementos que se interrelacionan conforme a un modelo específico. Cada una de las partes está en conexión con las demás y algún cambio provocado en una de las partes, produce un cambio en el conjunto. Las razones del éxito de las teorías sistémicas están en proveer a la ciencia política conductista de una teoría general que pudiese abarcar los muchos hallazgos científicos de la disciplina, dándole un lenguaje unificado, un referente teórico común y un armazón conceptual hasta terminar por constituirse en paradigma vigente en la década de 1960.

El *sistema* se define como un conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de los elementos está determinado por el estado de cada uno de los otros (Miller, 1978). El ecosistema sería el conjunto sistema-entorno y la interface el estudio de las relaciones en dicho ecosistema. La organización de un sistema debe considerarse bajo los aspectos estructurales (límite o frontera, los elementos, una red de comunicación y transporte, un almacén o reservorio de stock son sus cuatro componentes) y los aspectos funcionales (los flujos, los centros de decisión, los bucles de retroacción, las desviaciones) son sus principales características. La totalidad es un concepto según el cual el sistema es algo más que la suma de sus partes y, por último, la circularidad es el modo como se desarrollan las interacciones. Una de las ventajas del modelo sistémico es que permite evaluar muchas variables a la vez, dado que el comportamiento de cada sujeto está conectado de manera dinámica a los de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto. La desventaja es la de complicar la investigación, porque es extremadamente difícil hacer evaluaciones precisas y manipular multitud de variables.

La concepción sistémica de la familia hace que se contemple como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social que le rodea, con una continua interacción de sus integrantes como microgrupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad (De la Revilla, 1994a). En tanto que es un sistema abierto, la unidad familiar intercambia continuamente informaciones con su entorno, de la misma manera que con su medio interno. El orden interno del sistema se mantiene a través de un proceso que se denomina homeostasis, que puede alterarse mediante procesos de

crecimiento y de diferenciación denominados morfogénesis. Una familia tiende a preservar su estabilidad, a salvaguardar su equilibrio y lo hace mediante retroalimentaciones negativas en respuesta a todo comportamiento de sus miembros o a toda información que tiene por efecto desestabilizarla. La familia no puede mantener indefinidamente el mismo equilibrio, atravesando periódicamente crisis que la llevan a modificar su equilibrio adaptándose a las nuevas necesidades de sus miembros o a las exigencias de su entorno (Marcos, 1996; De la Revilla, 2009). Estos cambios se acompañan de retroalimentaciones positivas, quedando supeditada la capacidad de cambio de las familias a su grado de apertura. El enfoque de los sistemas familiares se basa en dos principios fundamentales (Arnett, 2008). Uno es que cada subsistema influye en los demás subsistemas de la familia: los conflictos entre padre y madre también afectarán al adolescente. El segundo principio es que cualquier cambio en cualquier miembro o subsistema de la familia propicia un periodo de desequilibrio hasta que el sistema familiar se ajusta al cambio, siendo una de las características familiares durante gran parte de la adolescencia de los hijos con cambios como la pubertad y la madurez sexual.

Función y disfunción familiar

Cuando en una familia se asume el reparto de responsabilidades y el ejercicio de autoridad el crecimiento, cuidado de las personas y convivencia social se ven beneficiados, mientras que el desacuerdo y la confusión tiene consecuencias negativas tanto para las personas como para la convivencia. El concepto de disfunción familiar incluiría, para algunos autores, familias que presentan algunos de los siguientes problemas (Maughan, 2003; García Campayo, 2007):

- Relaciones familiares no armónicas: incluiría no solamente relaciones disfuncionales, discordantes y hostiles entre los dos padres o entre éstos con sus hijos, sino también otras alteraciones más sutiles, como una disciplina dura o incoherente (en la que hay disparidad entre los padres) o un control y una supervisión inefectivos (con falta de límites para los adolescentes).
- Enfermedad psiquiátrica familiar: la psicosis, los trastornos de la personalidad o el abuso de alcohol y drogas en los padres se asocian con una mayor incidencia de disfunción familiar.
- Divorcio paterno complicado: el divorcio se asocia con consecuencias negativas, sobre todo si hay desacuerdo en la crianza entre los padres, situaciones de conflicto continuado entre ellos o dificultades económicas. El rendimiento escolar es la alteración más frecuente, pero también puede haber alteraciones del comportamiento que generalmente no revisten gravedad, sobre todo en varones.

Algunos autores (Marcos, 1996; De la Revilla, 2009) proponen un acercamiento a la mala percepción del funcionamiento familiar por parte del adolescente desde el punto de vista de la crisis familiar más que de la disfunción. La crisis familiar se origina cuando una tensión afecta a la familia y requiere un cambio que le aparte del repertorio habitual de reglas, normas, relaciones y comunicaciones del sistema familiar y que sólo cuando se carece de recursos familiares y extrafamiliares se puede entrar en disfunción. Las crisis de desarrollo tienen que ver con las etapas del ciclo vital familiar y dan lugar a cambios en el estatus y función de los miembros de la familia, cambios evolutivos que unas veces son sutiles y graduales, pero que en otras ocasiones son abruptos y dramáticos (De la Revilla, 2008). Las crisis de desarrollo son frecuentes en las familias con adolescentes, originando serios conflictos entre padres e hijos. Por otra parte, las dislocaciones del ciclo vital familiar que se producen en las familias

monoparentales y reconstituidas pueden afectar a la dinámica familiar, dando lugar a cambios en las reglas, y especialmente en las relaciones entre sus miembros, lo que facilita la producción de la crisis. Los reajustes de roles y normas que precisa la familia se basan en la cohesión, la adaptabilidad y los recursos del sistema familiar, que permitirán alcanzar correctamente una dinámica adecuada (Pérez Milena, 2009). La adolescencia supone un momento de crisis vital que, sin embargo, puede ser útil para lograr una mayor cohesión familiar (Dickinson, 1998).

1.5.4 La familia como elemento protector para el adolescente.

La familia y los estilos de riesgo de los jóvenes

Tradicionalmente la adolescencia, como una etapa de cambio, ha representado un periodo crítico en el inicio y experimentación de conductas de riesgo que constituyen, según algunos autores, un indicador importante de desajuste psicosocial en la etapa adolescente (Jiménez, 2006; Barra, 2006). Las mayores tasas de disfunción familiar tendrían relación con la aparición de fenómenos sociales que justificarían el incremento progresivo de las enfermedades psiquiátricas en niños y adolescentes (García Campayo, 2007). El desarrollo de un adolescente sano precisa una adecuada interrelación de múltiples contextos, teniendo la comunicación intrafamiliar una relación directa con la salud global del adolescente en aspectos tales como la internalización de comportamientos socializadores y la autoestima (Pérez Milena, 2007c; Youngblade, 2007), un menor consumo de drogas (García Campayo, 2007) o una inferior incidencia de problemas de salud mental (Zdanowicz, 2004; García Campayo, 2007; Gavazzi, 2008), con resultados favorables en el ámbito de la autoestima y de la salud física y emocional (García Campayo, 2004; De la Revilla, 2005; Arnett, 2008).

El consumo de alcohol se considera un proceso multicausal donde la interrelación entre determinados factores propicia el inicio, mantenimiento y el posterior desarrollo de problemas relacionados con el consumo de alcohol. Uno de estos elementos sería el modelo parental, ya que tanto las actitudes como los hábitos de consumo de los padres son factores influyentes (Tirado, 2007; Pérez Milena, 2010). También el modelo educacional debe valorarse, ya las actitudes extremas, muy permisivas o excesivamente autoritarias, contribuyen a fomentar el consumo. Otros problemas, como el fracaso escolar, han sido también relacionados con la funcionalidad de la familia durante la etapa de la adolescencia (Gutiérrez, 2007).

La familia como clave en la promoción de la salud del adolescente

La flexibilidad es la clave del éxito en las familias con adolescentes (Marcos, 1996). El miedo y la confusión son frecuentes en los padres cuando el adolescente comienza a mostrar interés por ciertos aspectos como la sexualidad o cuando transgrede normas familiares. Compartir abiertamente las opiniones en el hogar permite que se establezcan límites realistas y que se toleren transgresiones poco importantes. Las mismas condiciones que propician el sentido de independencia favorecen el estrechar vínculos familiares durante la adolescencia (Marcos, 1996).

La prevención de la disfunción familiar se postula también como una actuación sanitaria que puede llevarse a cabo en Atención Primaria y que tienen evidencia como actividad preventiva y de promoción de la salud, sobre todo para trastornos de salud mental (Tizón 2003). La existencia de un buen apoyo familiar es un mecanismo protector frente al consumo de alcohol y otras drogas (Cruz-Salmerón, 2011; Pérez Milena, 2012), como también ocurre con el tabaco (Pérez Milena, 2011).

2. Objetivos

El objetivo general del proyecto es conocer los cambios en los patrones cuantitativo y cualitativo de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales entre adolescentes de una zona urbana andaluza (de Jaén capital) acaecidos durante los últimos 12 años.

Los objetivos específicos que se persiguen son los siguientes:

- Describir el perfil de consumo de alcohol, tabaco y drogas de los adolescentes y su evolución a lo largo de los años.
- Determinar los cambios en la función y el apoyo familiar de los adolescentes en los últimos doce años.
- Conocer la relación entre los patrones de consumo y la funcionalidad familiar del adolescente.

3. Material y métodos

3.1 Diseño del estudio

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de asociación cruzada mediante cuestionario autoadministrado y anónimo, que se muestra en el anexo 1. Se han pasado los cuestionarios de forma trianual en los siguientes años: 1997, 2001, 2004, 2007 y 2010.

3.2 Población de estudio

El estudio se realizó en un Instituto de Educación Secundaria (IES), situado en una zona urbana de Jaén capital con un entorno socioeconómico variado, incluyendo alumnos procedentes de diferentes clases socioeconómicas y culturales. Las características del centro educativo se exponen en el anexo 2.

La población de referencia es la población adolescente andaluza escolarizada en los institutos de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Se elige como población de estudio el alumnado perteneciente al centro anteriormente referenciado, participando en el estudio todos los adolescentes escolarizados en ESO (de primer a cuarto curso) y los alumnos de Bachillerato (primer y segundo curso).

- Criterios de inclusión: alumnos escolarizados en el Instituto de Secundaria durante el curso escolar de los años estudiados 1997, 2001, 2004, 2007 y 2010, que dieran su consentimiento oral para participar rellenando el cuestionario.
- Criterios de exclusión:
 - Negativa a responder voluntaria y libremente a la encuesta.
 - Padecer limitación física o psicológica que impida al alumno comprender las preguntas y respuestas del cuestionario, no pudiendo rellenarlo por sí mismo de manera anónima, íntima e individual.
 - Ausencia a clase durante la jornada escolar en la que se pasaba el cuestionario.

De entre las diferentes formas de construcción de una muestra, se eligió un muestreo sencillo donde los individuos (en esta caso los adolescentes) se encuentran en el seno de una población definida y son seleccionados en su totalidad en una única operación. Todo el mundo tiene la misma posibilidad de formar parte de la muestra y cada persona sólo puede ser seleccionada una sola vez.

Ante la ventaja sobre la inferencia poblacional de los resultados que ofrecería un muestreo estratificado, se ha escogido un solo centro porque permite un seguimiento de una zona concreta y sobre la misma población durante los años que dura el estudio. El tamaño de muestra fue el total del alumnado matriculado cada año. La relación del alumnado del centro de los cursos objeto del estudio fue facilitada por el Equipo Directivo del Centro Educativo.

3.3 Variables del estudio

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado y precodificado (anexo 1). Las variables recogidas mediante el cuestionario son la edad, el sexo y la composición de la familia (se le indica al adolescente que anote qué personas comparten su hogar). Para clasificar la estructura familiar se sigue la clasificación de De la Revilla (2005a):

1. Familia extensa (cuando viven en el mismo hogar tres o más generaciones)
2. Familia nuclear (formada por dos generaciones, padres e hijos)
3. Familia monoparental (constituida por uno solo de los cónyuges y sus hijos)
4. Familia reconstituida (formada por dos adultos en la que, al menos uno de ellos trae un hijo habido de una relación anterior)

No se emplean las categorías de equivalentes familiares ni personas sin familia, dado que el porcentaje de estos casos es muy pequeño (inferior al 1% del total de la muestra estudiada).

Dentro del consumo de sustancias tóxicas se valora el consumo cuantitativo y cualitativo de alcohol y tabaco, así como el consumo cualitativo de drogas ilegales. Tanto para el alcohol, el tabaco y las drogas ilegales se pregunta si consumen o han consumido, en cuyo caso deben indicar el patrón de consumo seguido (Intermitente o de prueba, Fin de semana o Diario). Las encuestas escolares realizadas por el Plan Nacional de Drogas (ESTUDES, 2008) valoran al alumno respecto a su consumo de alcohol según si ha consumido alguna vez, si lo ha hecho en el último año o en el último mes, con lo que ofrece una perspectiva temporal del patrón de consumo. Adicionalmente aportan datos sobre el consumo en fin de semana, lo que informa sobre la importancia de esta forma de beber entre los menores. Se conoce que los patrones de consumo de los adolescentes son diferentes a los de la población adulta: hay una disminución del consumo de alcohol con un predominio claro de los consumos intermitentes (o de prueba) y durante el fin de semana, siendo el consumo diario de alcohol algo testimonial (Pérez Milena, 2007a y 2007b). Por tanto, se opta por recoger las opciones más frecuentes dentro de los patrones de consumo indicados.

Para cuantificar el consumo de alcohol se especifica qué tipo de bebida suelen consumir durante una semana, diferenciando entre cerveza y vino como bebidas fermentadas y licores (generosos) y copas (copas y combinados o “cubatas”) como bebidas destiladas, siendo las bebidas seleccionadas las de consumo habitual entre los adolescentes (ESTUDES, 2008; Pérez-Milena, 2007a). El consumo de alcohol se ha cuantificado como Unidades de Bebida Estándar (UBE) por semana. La elección de esta forma de medir la ingesta alcohólica se debe a que la UBE es una forma rápida y práctica de conocer los gramos de alcohol consumidos y tan sólo precisa de una tabla de equivalencias con la cantidad y tipo de bebida alcohólica consumida para calcular el consumo (anexo 3). Como una unidad sería el contenido de alcohol en volumen definido de diferentes bebidas, el valor atribuido a esta unidad bebida varía de país a país y podría ser cuestionable desde un punto de vista científico; sin embargo, existen estudios que proporcionan la definición correcta de la unidad de bebida estándar (UBE) para España (Rodríguez-Martos 1999). Por ello, se recomienda el uso de este sistema a fin de facilitar el registro y control de consumo de alcohol y para obtener datos comparables tanto en las historias clínicas, los estudios epidemiológicos y los mensajes preventivos. Las equivalencias usadas en este estudio (Robledo, 2007; Rosón, 2008) se presentan en el anexo 3.

Para completar el estudio sobre el consumo de alcohol, a partir del año 2001 se agregó al cuestionario el test de CAGE (*Cut-down, Annoyed, Guilty, Eyeopener*). Se trata de un

cuestionario cerrado para detectar abuso de alcohol que han venido recomendado diversos organismos, como la *US Preventive Task Force* y el *National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism*. Muestra una sensibilidad del 64% y una especificidad del 95% para detectar consumos propios de dependencia alcohólica (Córdoba, 2007). Este cuestionario consta de las cuatro siguientes preguntas, que se ofrecen al encuestado intercaladas entre otras dentro del cuestionario recogido en el anexo 1.

1. ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?
2. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

En el cuestionario se ha empleado el test de CAGE camuflado, una modificación del cuestionario original de Ewing y Rouse (1984). Las preguntas no deben formularse seguidas para evitar posturas defensivas o de rechazo (Cuestionario SAS, 2008). El punto de corte se sitúa en más de dos respuestas afirmativas (Mayfield, 1974; Ewing, 1984; Rodríguez-Martos, 1986; Díez, 1991).

La cuantificación del consumo de tabaco se ha realizado mediante el consumo diario de cigarrillos, una medida fácil de comprender por los adolescentes. Para su análisis se ha dejado este concepto, más aplicable al consumo adolescente que el equivalente de paquetes por año.

La función familiar se valora mediante la aplicación del test de Apgar familiar (De la Revilla 2005b), que mide el grado de satisfacción y la percepción subjetiva del adolescente sobre la funcionalidad de su familia así como su integración en ella. Es un instrumento muy útil en Atención Primaria por su facilidad de uso para realizar una evaluación familiar global: sus cinco ítems evalúan la función familiar (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad de resolución). Ha sido validado para la población española y se propone como instrumento de cribado (Smilkstein, 1978 y 1982; Bellón, 1996; De la Revilla, 2005b; Cuestionario SAS, 2008). El test se ha recogido en el anexo 4, donde se indica la forma de puntuar las respuestas y la clasificación del resultado en familia normofuncionante, disfunción familiar leve y disfunción familiar grave.

3.4 Intervenciones y recogida de datos

El cuestionario empleado fue diseñado en 1997, recogiendo todas las variables mencionadas en el apartado anterior y maquetado en una sola hoja por las dos caras (anexo 1). Este cuestionario recoge en su primera página la edad, el sexo, el curso escolar y la estructura de su familia, sin ningún otro dato que pueda identificar al menor. La recogida de datos sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales se estructuró tras el estudio de la documentación existente sobre el tema y una reunión-discusión del equipo investigador, empleando la técnica de lluvia de ideas (o brainstorming) acerca del tema. Estas técnicas complementarias con el fin de validar el cuestionario y el conjunto del proceso. La justificación del tipo de medida del consumo se basa en la mejor comprensibilidad de la pregunta por parte de los adolescentes, facilitando el recuerdo de la cantidad de alcohol y tabaco consumidos y tipificando el patrón de consumo, algo que no ofrecen muchos de las grandes encuestas realizadas en población adolescente (Pérez Milena 2007a). En su segunda página se recogen los dos tests indicados

anteriormente, el test de Apgar familiar y el cuestionario CAGE camuflado, validados para población española.

En el año 1997, una vez diseñado el borrador definitivo (con la información que se quiere recoger, formuladas las preguntas, definido el número de ellas que se incluirán en el cuestionario y ordenadas las mismas) se llevó a cabo la realización de una prueba piloto con 60 adolescentes de todos los diferentes niveles educativos (10 por cada curso escolar). Este primer pretest permitió identificar los tipos de preguntas más adecuados, si el enunciado era correcto y comprensible, si las preguntas tenían la extensión adecuada y si era correcta la categorización de las respuestas. Al mes de pasada la encuesta se realizó a los mismos adolescentes una prueba retest para valorar la estabilidad temporal, obteniéndose una fiabilidad adecuada al indicar el coeficiente de correlación intraclase una correlación superior al 85%. El cuestionario fue pasado por dos evaluadores diferentes, uno para la prueba pretest y otro en la prueba retest, obteniéndose al comparar los resultados un índice Kappa de 0,8, lo que indica una buena concordancia interobservadores. La validez de contenido se aseguró tras ser valorado por el equipo de investigación, quienes juzgaron positivamente la capacidad del cuestionario para evaluar todas las dimensiones que se deseaban conocer.

El cuestionario es autoadministrado, siendo rellenado por el alumnado durante la jornada escolar tras una breve explicación por parte del profesorado encargado de pasarlo en cada clase. Los profesores encargados de pasar la encuesta habían sido previamente adiestrados por los investigadores. El cuestionario fue cumplimentado por los alumnos del centro educativo al principio del tercer trimestre de los cursos escolares 1996/1997, 2000/2001, 2003/2004, 2006/2007 y 2009/2010.

3.5 Aspectos éticos

El proyecto de investigación ha sido aprobado por el Equipo Directivo, el Claustro de Profesores y el Consejo Escolar del instituto, precisando su aprobación para formar parte del Plan de Centro como actividad complementaria al programa Forma Joven. Se explicó la naturaleza de la investigación y se entregó la información pertinente al estudio por escrito (RD 223/2004, BOE de 7 febrero de 2004), solicitándose el consentimiento oral por parte del adolescente, otorgando voluntariedad, información y compromiso a los menores (art 4, 8 y 9 de la Ley 41/2002; art 12 del RD 223/04). No ha sido imprescindible el consentimiento de los padres o tutores, dado que se los adolescentes encuestados tenían capacidad moral suficiente para declarar su consumo de sustancias tóxicas y el resto de variables preguntadas, dado el grado de confidencialidad de los datos, no se realiza ninguna intervención farmacológica (no hay iatrogenia) y se contempla como una actividad aprobada dentro de los objetivos del Programa Forma Joven. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se han ajustado a las normas de buena práctica clínica (art. 34 RD 223/2004; directiva comunitaria 2001/20/CE) y a la ley de protección de datos personales (LOPD 15/1999 de 13 de diciembre. BOE 14 de diciembre de 1999). Los datos personales como nombre o dirección no son recogidos, y aquellos datos que podrían dar lugar a una identificación (curso escolar, sexo, edad) son custodiados por los investigadores.

3.6 Análisis de datos

Los datos recogidos fueron almacenados en una base de datos y analizados mediante el

programa estadístico RSigma Babel (© Horus Hardware 1990) durante los años 1997 a 2004. En los dos últimos años de estudio se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.

Previo al estudio estadístico se comprobó la normalidad de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y se efectuó una depuración de los datos de cada variable en todos los casos. A los resultados se les aplicaron los siguientes estudios y test estadísticos:

- 1) *Estadística descriptiva*. Los datos se presentan como media \pm error estándar de la media (EEM). Para las variables cualitativas, se presenta la proporción (en tanto por ciento) \pm error estándar de la proporción (EEP).
- 2) *Estadística inferencial*. El límite de la significación se ha situado en $p < 0,05$.

Las diferencias entre grupos han sido analizadas estadísticamente usando el test de la *t* de Student y análisis de la varianza de 1 vía (ANOVA1). Para las variables no paramétricas o comparaciones con número pequeño de variables, se han aplicado el test de Wilcoxon, el test de McNemar y el test de Kruskal-Wallis. Para comparar proporciones se ha utilizado el test de la χ^2 (aplicando la corrección de Yates cuando ha sido necesario).

3.7 Estrategia de búsqueda bibliográfica

Las información se ha obtenido tras una búsqueda de los estudios publicados relacionados con el tema de estudio, a través de soporte informático MEDLINE del Index Medicus (PubMed), en el período de 1985 a 2012, en el Índice Médico Español (IME), en la base de datos TESAURO, así como revisión bibliográfica más relevante manejada por otros autores y obtenida de originales y revisiones. Se han utilizado como descriptores las palabras:

“adolescente”, “escolares”, “jóvenes”, “tóxicos”, “tabaco”, “alcohol”, “drogas”, “estilos de vida”, “familia”, “función familiar”,

Para las citas bibliográficas se han tenido en cuenta las recomendaciones del Comité Internacional de Revistas Biomédicas (Normas de Vancouver).

Idiomas de búsqueda: español e inglés.

3.8 Limitaciones metodológicas del diseño de investigación

El estudio recoge únicamente datos de adolescentes escolarizados. A pesar de que legalmente las autoridades educativas obligan a la escolarización de la totalidad de la población adolescente menor de 16 años, es posible que, por la existencia de las áreas de marginación existentes en el entorno estudiado, haya población de entre 11 y 14 años que no sea encuestada por no estar escolarizados provocando, por tanto, un **sesgo de selección**. A partir de los 16 años la educación secundaria no es obligatoria, por lo que también puede existir un subgrupo de la población adolescente cuyos hábitos de consumo no sean explorados en esta investigación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que según datos del sistema estatal de indicadores de la educación del Ministerio de Educación de España (edición 2010) prácticamente toda la población española entre los 3 y los 15 años están escolarizados. La cifra de personas sin escolarizar aumenta en edades superiores: 50.000 a los 16 años, 114.000 a los

17 y 173.000 a los 18 años. Pese a ello, las tasas netas de escolarización reflejan unas tasas de escolarización a los 16 y 17 años, edades teóricas de Educación Secundaria postobligatoria, del 88,6% y 75,0%,

El centro educativo seleccionado es un instituto público. Según el sistema estatal de indicadores de la educación (2010) un 66% de los adolescentes en Educación Secundaria Obligatoria asisten a centros públicos, 31% a centros privados concertados y 3% a centros privados no concertados. En el conjunto de la Educación Secundaria postobligatoria, 75% asisten a centros públicos, 15% a centros privados concertados y 11% a centros privados no concertados (ESTUDES 2010). Desde 1997-98 hasta 2007-08, en Educación Secundaria Obligatoria ha disminuido casi 7 puntos el porcentaje de alumnado que asiste a centros públicos, mientras que ha aumentado 6 puntos en centros privados concertados. En Educación Secundaria postobligatoria han aumentado ligeramente los porcentajes de alumnos en centros públicos y privados concertados, y se ha producido una bajada de más de 4 puntos en la enseñanza privada no concertada. Por tanto, podrían existir diferencias entre centros públicos y privados que no se recogerían en los resultados obtenidos. Sin embargo, los grandes estudios nacionales (ESTUDES, EDADES) no ofrecen diferencias significativas en este aspecto.

No se han recogido variables que pueden ser importantes para definir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales como pueden ser el nivel socioeconómico de la familia de origen o el hecho de ser nativo o extranjero. No es el objetivo del trabajo y no debe afectar a la inferencia de resultados dado que la población estudiada tiene adolescentes de diferentes procedencias sociales, lo que garantiza una amplia representación de todos los estratos sociales. La población inmigrante ha ido aumentando en estos trece años, suponiendo un subgrupo inferior al 5% (por debajo de la media española).

Las encuestas fueron recogidas por diferentes profesionales de la educación, que pueden haber introducido un **sesgo de información** a la hora de explicar cómo rellenar la encuesta y de dar respuestas a posibles dudas. Para evitar en lo posible este error, los profesores encargados del cuestionario han recibido previamente una formación para homogeneizar la intervención. La declaración del consumo de drogas a partir de cuestionarios autoadministrados, si bien es ampliamente utilizado, puede comportar un sesgo en la respuesta de los encuestados, tanto por infraestimación (por considerarse sustancias prohibidas) o bien por sobrestimación (para ganarse la aceptación del grupo de iguales). Una subestimación del consumo es muy probable en el caso de las drogas ilegales dado que es una práctica socialmente no aceptada y la cocaína, en particular, se asocia con un estilo de vida marginal, lo que provocaría un sesgo de deseabilidad social. También hay que contemplar la posibilidad de aparición de sesgos de memoria.

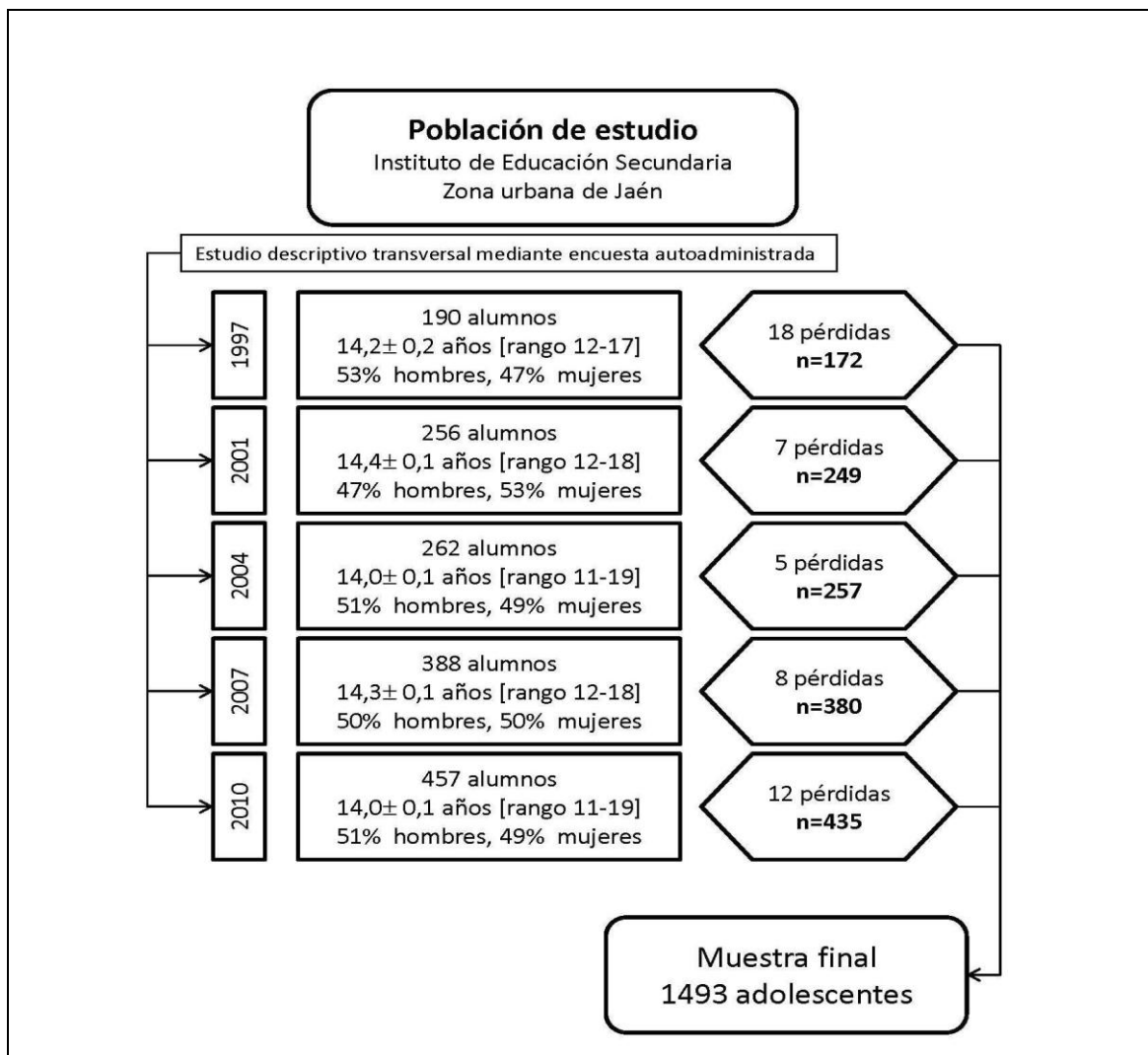
Los **sesgos introducidos por el uso de una encuesta** son inherentes a este tipo de recogida de datos y es difícil de evitar, aunque se puede minimizar utilizando estrategias como las de lograr que el alumno no se sienta condicionado por los observadores (anonimato en la recogida de los datos, por parte de profesores que no les dan clase). Es muy posible que los datos obtenidos permitan una aproximación a la realidad de los adolescentes españoles, ya que los jóvenes suelen ser sinceros en las encuestas anónimas y fáciles de cumplimentar (Orgaz, 2005; Aubá, 1003).

4.Resultados

4.1 Datos generales del estudio.

Se incluyen en el estudio un total de 1543 adolescentes, con un 3,24% de pérdidas por falta de asistencia o mala cumplimentación del cuestionario. En total se recogen 1493 encuestas: 172 en el año 1997, 249 en el año 2001, 257 en el año 2004, 380 en el año 2007 y 435 en el año 2010. La media de edad es de 14,2 años ($\pm 0,3$), similar en los cinco cortes estudiados, con un recorrido de 13 años (de 1997 a 2010, desde 11 años hasta 19 años, según el año de estudio). La distribución por sexos se acerca al 50% en todos los años. En la figura 5 se detalla el esquema general del estudio, la población total destinataria de los cuestionarios y las pérdidas en cada año, así como la media de edad y la distribución por sexo en cada año.

Figura 5
Esquema general del estudio



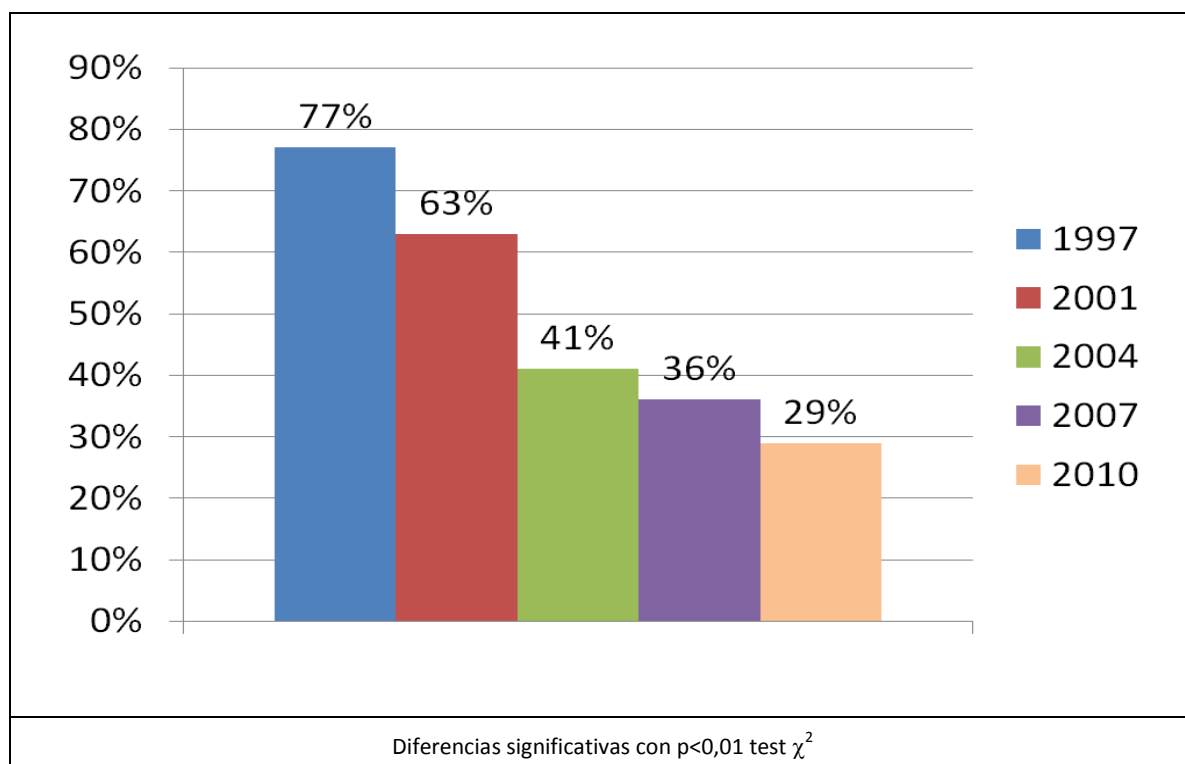
Un 54% ($\pm 1,3$) de los adolescentes no han consumido alcohol, tabaco ni ningún tipo de droga ilegal en el momento de la realización del cuestionario (intervalo de confianza al 95% -IC 95%- [51,4%; 56,5%]). Este porcentaje es inicialmente más bajo, con un 21% de adolescentes no consumidores en 1997 (IC 95% [15%; 28%]) y un 34% en 2001 (IC 95% [28%; 40%]). En los siguientes años el porcentaje de adolescentes que no consumen ninguna sustancia tóxica se incrementa progresivamente: 56% en 2004 (IC 95% [50%; 62%]), 62% en 2007 (IC 95% [56%; 66%]) y 70% en 2010 (IC 95% [65%; 75%]) (diferencias significativas con $p < 0,01$ test χ^2).

4.2. Consumo de alcohol.

4.2.1 Prevalencia y cantidad de alcohol ingerida.

El porcentaje medio de adolescentes consumidores de alcohol se sitúa en un 44% ($\pm 1,3$) (IC 95% [41,4%; 46,6%]). La prevalencia de consumo en la población estudiada va disminuyendo progresivamente a lo largo de los años: en 1997, el 77% de los adolescentes de la muestra reconocían consumirlo (IC 95% [70,1%; 82,5%]), en 2001 el 63% (IC 95% [56,6%; 68,8%]), en 2004 el 41% (IC 95% [34,9%; 47,1%]), en 2007 el 36% (IC 95% [31,3%; 41,1%]) y en 2010 el 29% (IC 95% [25,0; 33,5%]). Estos valores se resumen en la figura 6 (diferencias significativas con $p < 0,01$, test χ^2).

Figura 6
Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol según el año de estudio

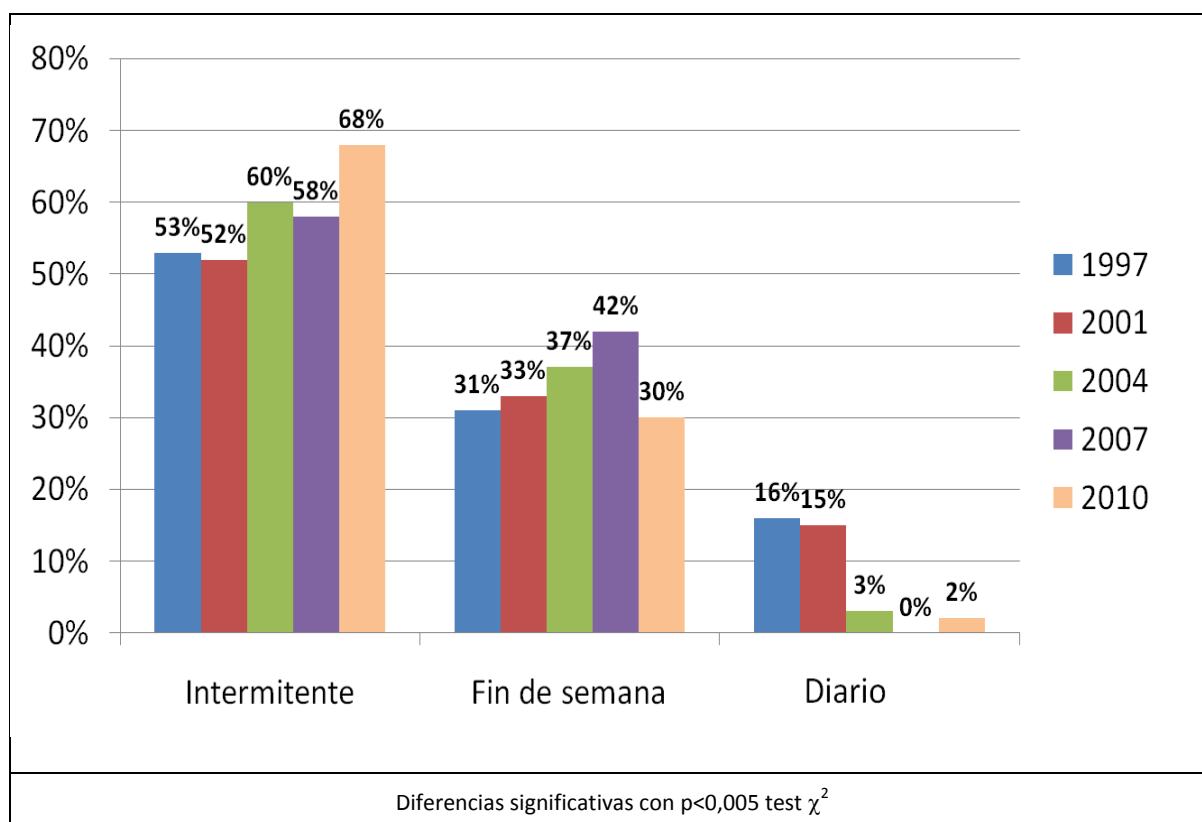


La media de consumo semanal de alcohol se sitúa en 6,65 unidades de bebida estándar (UBE), con un intervalo de confianza al 95% que oscila de 4,10 UBE/semana a 9,20 UBE/semana. En los tres primeros años de estudio la media de ingesta alcohólica es superior a la media global, con una media de consumo de 8,7 UBE/semana (intervalo de confianza al 95% [5,5;11,9]), con los siguientes valores en cada año: 9,3 UBE/semana (IC al 95% [6,6;12,0]) en 1997, 8,7 UBE/semana (IC al 95% [5,6;11,8]) en 2001 y 8,4 UBE/semana en 2004 (IC al 95% [4,7;12,1]). Este consumo decrece en el año 2007, con una ingesta de 4,3 UBE/semana (IC al 95 [3,7; 4,9]) pero vuelve a aumentar en 2010, a una cantidad de 5,7 UBE/semana (IC al 95% [4,7; 6,7]) ($p < 0,01$ test χ^2).

4.2.2. Patrones de consumo de alcohol y tipos de bebidas alcohólicas.

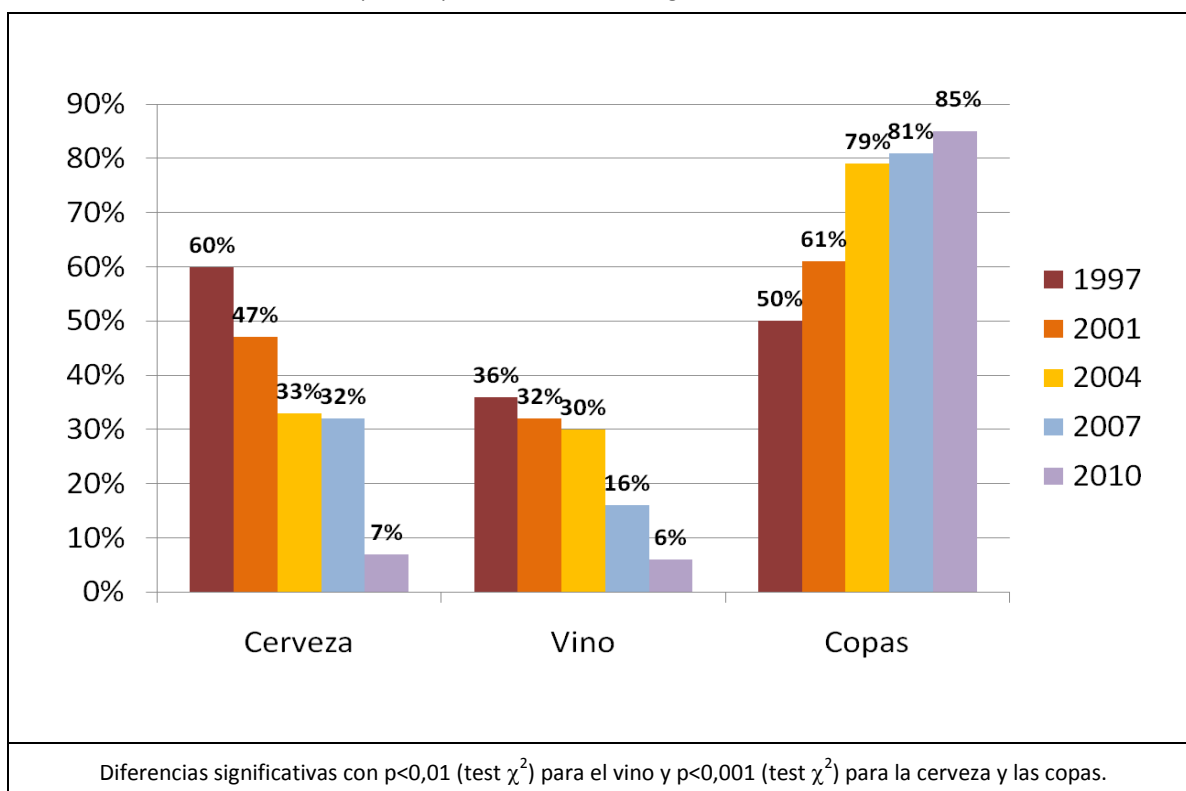
Los patrones de consumo alcohólico de los adolescentes han sufrido también algunas variaciones (figura 7) ($p < 0,001$ test χ^2). Se mantiene el consumo intermitente (experimental o de prueba) con un incremento durante los últimos dos años de estudio. El consumo de fin de semana experimenta un ascenso en su prevalencia de un 11% desde 1997 hasta 2007, con un pequeño descenso en el último año de estudio. Por último, el consumo diario experimenta un fuerte descenso en el año 2004, con una prevalencia situada entre el 2-3% del total de consumidores y sin ningún adolescente que indicara esa forma de consumo en 2007.

Figura 7
Evolución de los patrones de consumo de alcohol según el año de estudio



El tipo de bebidas alcohólicas consumidas se muestra en la figura 8. En general, la cerveza, el vino y las copas (bebidas de alta graduación y combinados) ocupan los gustos preferidos por la población adolescente. La cerveza es consumida por el 60% de los adolescentes al inicio del estudio, el vino por el 46% y las copas por el 50%. Tanto la cerveza como el vino presentan un descenso de su consumo hasta la tercera parte de los bebedores en 2004 y a menos del 10% en 2010 ($p < 0,001$ para la cerveza y $p < 0,01$ para el vino, test χ^2). Por el contrario, se incrementa el consumo de las bebidas de alta graduación desde el 50% en 2007 hasta el 85% en 2010 ($p < 0,001$ test χ^2).

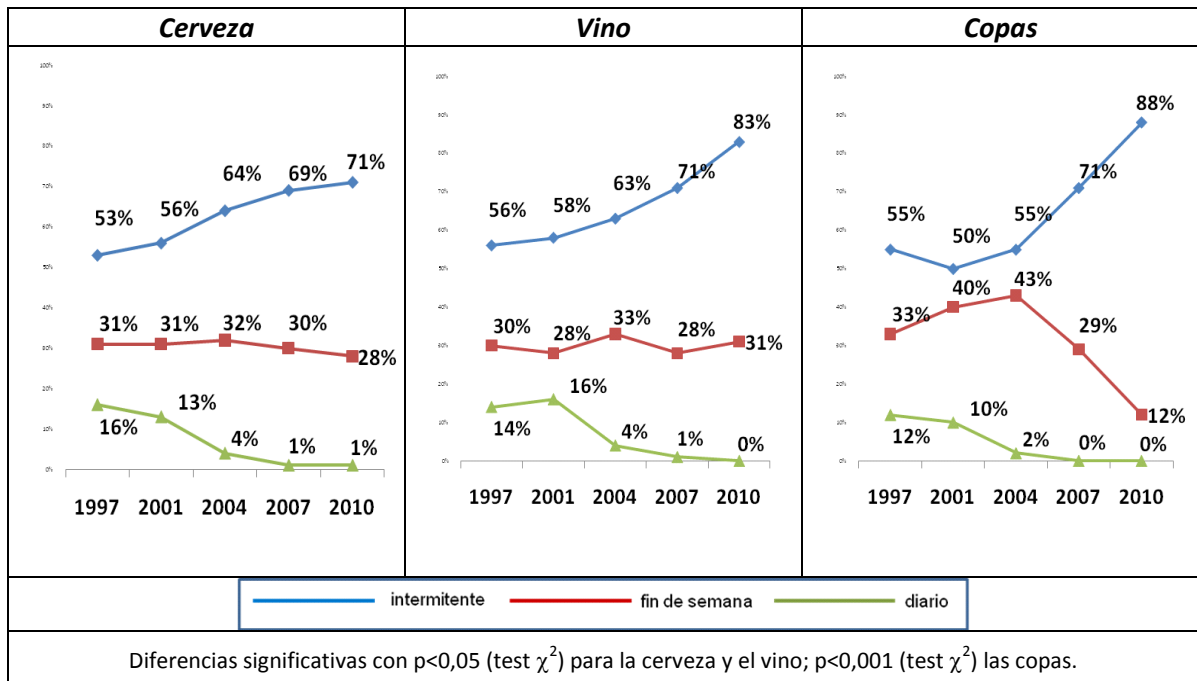
Figura 8
Evolución del consumo de las diferentes bebidas alcohólicas empleadas por los adolescentes según el año de estudio



La evolución del consumo de las distintas bebidas alcohólicas según el año de estudio se relaciona con el patrón de consumo de las mismas, con diferencias significativas para el consumo de cerveza y de vino ($p < 0,05$ test χ^2) y también para el consumo de copas ($p < 0,001$ test χ^2) (figura 9). El consumo diario de todos los tipos de bebida disminuye hasta desaparecer, salvo la cerveza. El consumo en fin de semana se mantiene estable en el uso de la cerveza y el vino en la tercera parte de los consumidores adolescentes, mientras que las copas experimentan un incremento máximo en el año 2004 para posteriormente iniciar un descenso de más de un 30% hasta el año 2010. El consumo intermitente se incrementa en todas las bebidas, aunque el aumento más significativo se encuentra en las copas, que pasa de un consumo ocasional de un 50% en 2001 hasta un 88% en 2010.

Figura 9

Evolución de los patrones de consumo de las diferentes bebidas alcohólicas empleados por los adolescentes según el año de estudio.



4.2.3 Diferencias en el consumo según edad y sexo.

La distribución de consumidores de alcohol por sexos es similar en los cinco periodos estudiados, con mínimas diferencias que oscilan desde un 1% a un 7%. Se observa un porcentaje mayor de consumidores varones en los dos primeros años (1997 y 2001), mientras que los 3 últimos periodos de estudio (2004, 2007 y 2010) el porcentaje de chicas es mayor, sin diferencias estadísticas (figura 10). No existen diferencias significativas en el consumo cuantitativo de alcohol entre hombres y mujeres (tabla 4.1): en los tres primeros años de estudio la ingesta es superior entre los adolescentes varones, pero sin diferencias estadísticas, con una tendencia a equipararse el consumo entre géneros. Se aprecia una tendencia a la disminución del número de unidades de bebida estándar consumidas por semana en ambos sexos desde 1997 a 2007, con un leve aumento en 2010 ($p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía).

Figura 10
Evolución del consumo de alcohol según el sexo del adolescente

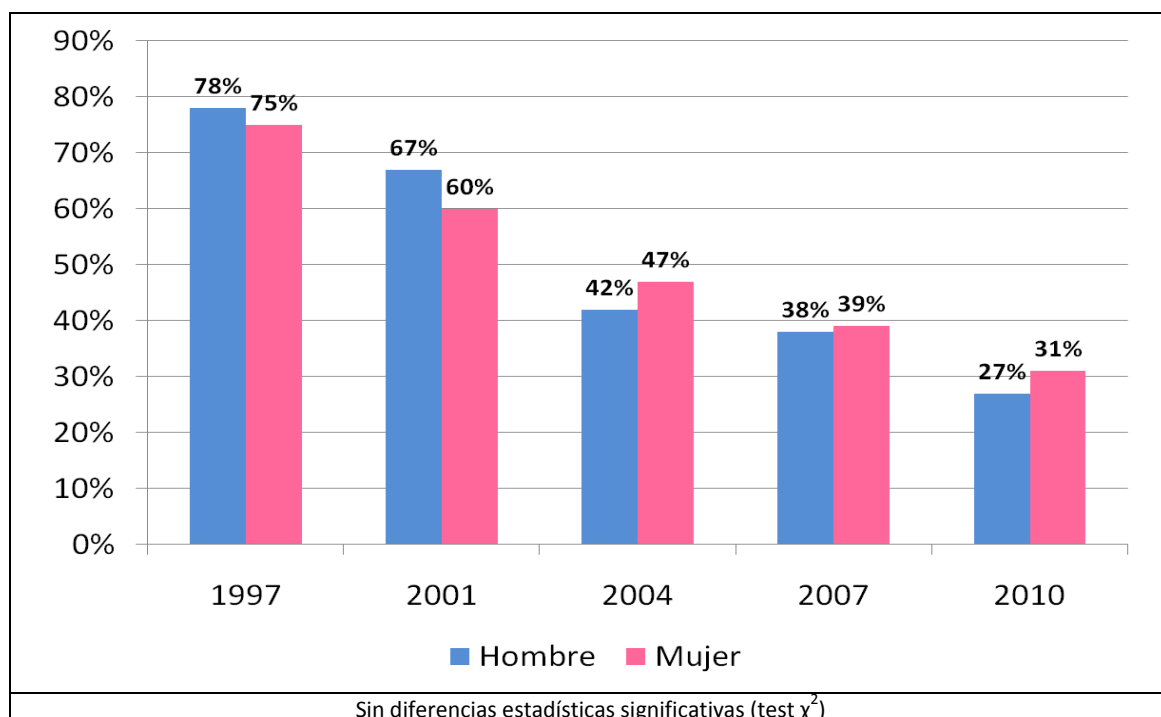


Tabla 3
Consumo cuantitativo de alcohol (UBE semanales) según el sexo y la edad de los adolescentes en función del año de estudio.

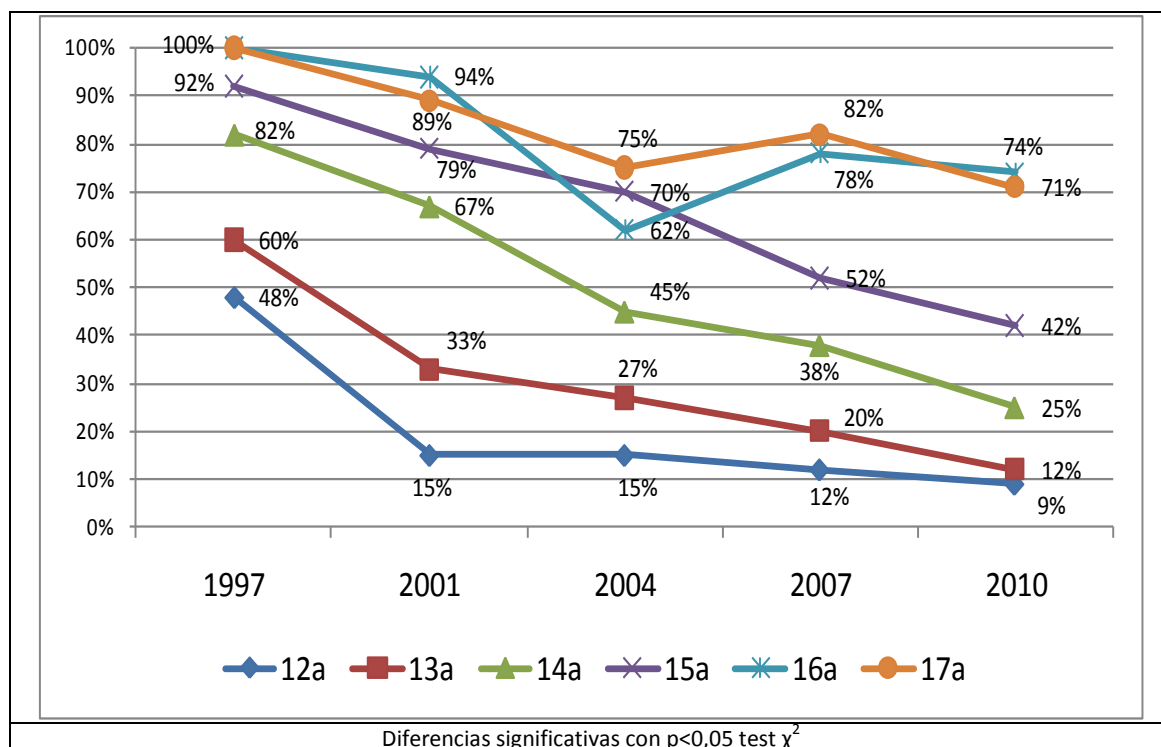
	1997	2001	2004	2007	2010
Hombre [1]	10,4±1,21	9,1±1,0	8,5±0,96	4,5±0,54	5,54±0,81
Mujer [1]	8,2±1,49	8,2±1,21	8,3±0,79	4,1±0,68	5,12±0,66
	1997 [1]	2001 [1]	2004 [1]	2007 [1]	2010 [1]
12 años	4,0±0,99	3,81±0,90	2,99±1,01	1,5±0,25	2,86±1,22
13 años	3,37±0,75	3,04±0,98	3,0±1,32	1,95±0,30	3,92±41,16
14 años	6,21±1,03	5,89±1,0	5,50±0,91	3,55±0,54	4,28±1,0
15 años	8,47±0,73	8,1±0,60	7,87±0,57	4,86±0,60	4,32±0,82
16 años [1]	9,50±1,11	9,23±1,08	8,8±1,10	5,17±0,67	7,23±1,13
17 años [1]	11,22±1,71	12,15±1,87	10,42±1,23	5,6±1,27	10,50±1,28

El valor cuantitativo de la ingesta de alcohol se mide como UBE (Unidades de Bebida Estándar) por semana. Los resultados se expresan como media ± error estándar de la media (EEM). [1] p<0,05 test ANOVA de 1 vía.

Valorando el consumo de alcohol según la edad (figura 11), se aprecia una disminución del mismo en todas las edades desde 1997 a 2010 ($p < 0,05$ test χ^2). Entre los 12 y 13 años el consumo disminuye casi a la mitad entre los años 1997 y 2001. En el grupo etario de 14 años la disminución más importante ocurre entre 2001 y 2004, y a los 15 años entre los años 2004 y 2007. En adolescentes con edades de 16 y 17 años se observa una disminución de más de un 30% de la prevalencia de ingesta alcohólica de 2001 a 2004, con una leve tendencia posterior al alza.

Existen también diferencias en la cantidad de alcohol ingerida según la edad (tabla 3). El consumo es superior en los adolescentes de mayor edad ($p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía), de forma notoria en los adolescentes de 16 y 17 años frente al resto. Al igual que la tendencia general, el consumo cuantitativo disminuye desde el inicio del estudio hasta el año 2007, siendo éste el año de menor consumo para todas las edades ($p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía). Sin embargo, en 2010 el consumo por edades vuelve a incrementarse, con UBE similares a años previos a 2007 en los adolescentes de 16 y 17 años.

Figura 11
Evolución del consumo de alcohol según la edad del adolescente



La relación entre el sexo y la edad con el patrón de consumo de alcohol se expone en la tabla 4. La forma de consumir alcohol entre hombres y mujeres es equiparable, no existiendo diferencias por sexo. Se aprecia un mayor consumo diario los dos primeros años de estudio en ambos sexos y un incremento de consumo en fin de semana por parte de las mujeres en 2010, pero sin diferencias estadísticas. El patrón de consumo varía según el año de estudio, disminuyendo el consumo diario para incrementarse los consumos ocasionales y en fin de semana. El consumo ocasional es más frecuente en adolescentes menores, definiendo el contacto inicial con el alcohol, incrementándose posteriormente el consumo en fin de semana ($p < 0,001$ test χ^2); el consumo diario se sitúa preferentemente en la franja de edad entre los 15 y 17 años, aunque destaca el año 2001 por el elevado porcentaje de consumo diario entre los adolescentes de 13 y 14 años ($p < 0,001$ test χ^2).

Tabla 4
Consumo cualitativo de alcohol según el sexo y la edad de los adolescentes en función del año de estudio.

Sexo	Patrón de consumo	1997	2001	2004	2007	2010
Hombre [*]	Ocasional	50%	51%	54%	53%	76%
	Fin semana	32%	33%	39%	43%	21%
	Diario	18%	16%	7%	4%	3%
Mujer [*]	Ocasional	58%	54%	56%	50%	61%
	Fin semana	41%	32%	40%	48%	39%
	Diario	14%	14%	4%	2%	0%
Edad		1997 [+]	2001 [+]	2004 [+]	2007 [+]	2010 [+]
12 años [*]	Ocasional	100%	100%	96%	92%	86%
	Fin semana	0%	0%	4%	8%	14%
	Diario	0%	0%	0%	0%	0%
13 años [+]	Ocasional	77%	12%	64%	70%	92%
	Fin semana	33%	50%	36%	30%	8%
	Diario	0%	33%	0%	0%	0%
14 años [+]	Ocasional	55%	50%	49%	53%	68%
	Fin semana	40%	33%	45%	43%	24%
	Diario	5%	17%	6%	4%	8%
15 años [+]	Ocasional	49%	50%	45%	45%	82%
	Fin semana	49%	12%	43%	52%	18%
	Diario	2%	33%	12%	3%	0%
16 años [+]	Ocasional	71%	45%	43%	53%	62%
	Fin semana	29%	0%	48%	41%	38%
	Diario	0%	55%	9%	6%	0%
17 años [+]	Ocasional	33%	55%	42%	32%	25%
	Fin semana	55%	11%	48%	68%	75%
	Diario	22%	34%	10%	0%	0%

Diferencias significativas : [*] $p < 0,001$ test χ^2 [+]
 $p < 0,05$ test χ^2

4.2.4 Relación de la cantidad de alcohol ingerida con el patrón de consumo de alcohol y tabaco.

La relación entre el consumo cuantitativo de alcohol (valorado en unidades de bebida estándar por semana) y el patrón de consumo de alcohol y tabaco se presentan en la tablas 5 y 6. Se aprecia cómo el tipo de consumo de alcohol y de tabaco se relaciona con una mayor o menor ingesta de alcohol. En el caso del tabaco, el consumo diario marca una mayor ingesta de alcohol por semana, duplicando el consumo durante el fin de semana y cuadruplicando el consumo intermitente en prácticamente todos los años de estudio (tabla 6, $p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía). Respecto al patrón de consumo de tabaco, se consume menos cantidad de alcohol si el adolescente no fuma, incrementándose progresivamente cuando fuma de forma intermitente o en fin de semana hasta alcanzar el máximo de consumo entre los fumadores diarios ($p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía).

Tabla 5
Consumo cuantitativo de alcohol en relación con su patrón de consumo y en función del año de estudio.

	Año de estudio	ALCOHOL		
		Intermitente [+]	Fin de semana	Diario [+]
Consumo cuantitativo de alcohol (UBE/semana) [*]	1997	5,1 [±3,1]	8,7 [±5,7]	21 [±11,5]
	2001	4,9 [±2,1]	7,9 [±3,2]	15,4 [±5,9]
	2004	5,1 [±1,3]	8,6 [±1,7]	11,5 [±3,1]
	2007	1,9 [±2,2]	5,9 [±3,4]	22,8 [±1,0]
	2010	3,8 [±0,4]	9,3 [±1,1]	20,5 [±4,5]

Los resultados se expresan como media \pm error estándar de la media (EEM). UBE = Unidades de Bebida Estándar. [*] $p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía.

Tabla 6
Consumo cuantitativo de tabaco en relación con el patrón de consumo de alcohol y en función del año de estudio.

	Año de estudio	TABACO			
		No consumo	Intermitente	Fin de semana	Diario [+]
Consumo cuantitativo de alcohol (UBE/semana) [*]	1997	0,1 [±0,6]	2,6 [±5,0]	5,9 [±7,1]	27,5 [±24,6]
	2001	1,0 [±0,9]	3,5 [±2,5]	6,4 [±2,7]	19,0 [±9,2]
	2004	1,5 [±0,2]	5,5 [±0,7]	6 [±1,0]	10,3 [±0,9]
	2007	0,1 [±0,8]	0,8 [±2,5]	3,4 [±5,1]	12,2 [±7,3]
	2010	0,9 [±0,1]	4,7 [±2,6]	7,2 [±2,6]	12,6 [±1,9]

Los resultados se expresan como media \pm error estándar de la media (EEM). UBE= unidades de bebida estándar [*] $p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía.

4.2.5 Sospecha de consumo perjudicial de alcohol.

Hasta un 40% de los adolescentes que reconocieron haber bebido alcohol en los años 2001, 2004, 2007 y 2010 presentaron un test de CAGE con sospecha de consumo perjudicial (intervalo de confianza al 95% [35,9%;44,4%]). La sospecha de consumo perjudicial de alcohol de 2001 alcanza una prevalencia del 24% (IC 95% [19,4%; 30,4%]), similar a la encontrada en los años 2004 (24%, con IC 95% [16,3%; 33,3%]) y 2007 (23%, con IC 95% [16,7%; 31,5%]). Sin embargo, experimenta un importante incremento en 2010 (44%, IC 95% [34,9%; 52,8%]) ($p < 0,05$ test χ^2).

En la tabla 7 se muestran las principales diferencias de las variables estudiadas según la existencia de un test de CAGE positivo. No hay diferencias por sexo en la sospecha de consumo perjudicial de alcohol.

Por edades, a los 14 años parece existir una mayor prevalencia de sensación de consumo perjudicial, algo que cambia en el año 2010 donde los adolescentes más mayores presentan un test CAGE patológico con mayor frecuencia ($p < 0,001$ test χ^2). En este año 2010 la presencia de sospecha de consumo perjudicial es mayor en todas las edades, alcanzando casi la tercera parte de los adolescentes con 12 años ($p < 0,001$ test χ^2). Los patrones de consumo diario de alcohol, en fin de semana de tabaco y diario de drogas presentan una relación con un test CAGE positivo ($p < 0,001$ test χ^2).

Tabla 7

Valores de las variables estudiadas para los adolescentes consumidores de alcohol con test de CAGE positivo, según el año de estudio.

	2001	2004	2007	2010
Sexo				
Hombre	26%	27%	25%	47%
Mujer	32%	20%	19%	42%
Edad [+]				
12 años	0%	0%	6%	28%
13 años	13%	44%	38%	46%
14 años	23%	33%	40%	44%
15 años	28%	15%	18%	46%
16 años	33%	22%	16%	38%
17 años	44%	29%	21%	67%
Consumo alcohol [+]				
Intermitente	21%	27%	32%	37%
Fin de semana	60%	59%	64%	60%
Diario	95%	96%	100%	100%
Consumo tabaco [+]				
No consumo	12%	9%	12%	7%
Intermitente	21%	23%	47%	56%
Fin de semana	46%	80%	69%	73%
Diario	63%	67%	54%	59%
Consumo drogas [+]				
No consumo	24%	15%	12%	21%
Intermitente	29%	47%	29%	25%
Fin de semana	39%	75%	54%	60%
Diario	100%	50%	100%	100%

Diferencias significativas: [+] $p < 0,001$ test χ^2

El consumo cuantitativo de alcohol es superior entre los adolescentes con sospecha de consumo perjudicial de alcohol (figura 12; $p < 0,001$ test t Student) en todos los años de estudio. Al igual ocurre con el consumo cuantitativo de tabaco, que es superior entre los adolescentes que consumen alcohol y presentan un test CAGE positivo (figura 13; $p < 0,05$ test t Student).

Figura 12

Consumo cuantitativo de alcohol (unidades de bebida estándar por semana) en adolescentes que consumen alcohol según el resultado del test CAGE y en función del año de estudio

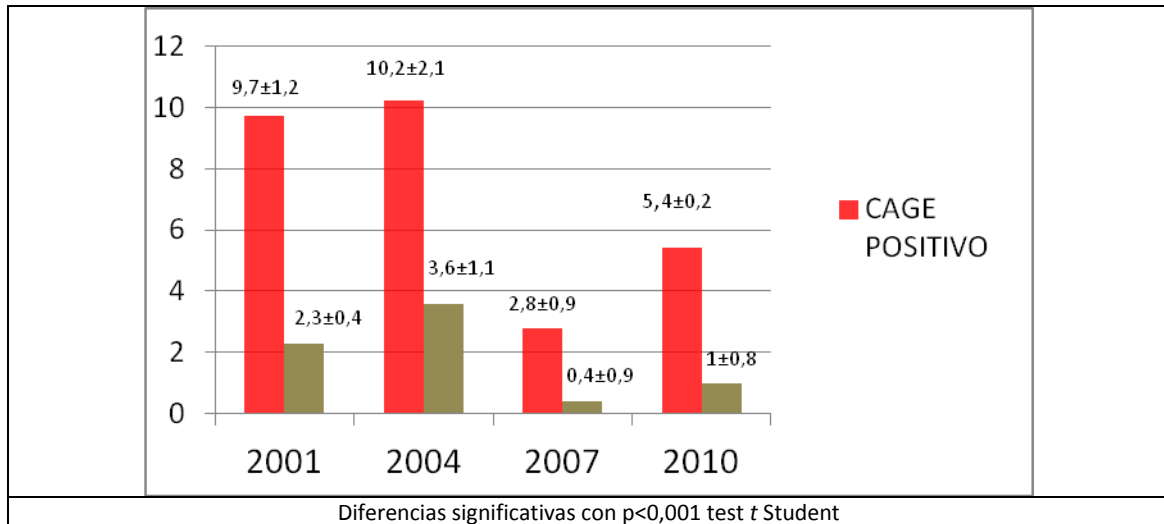
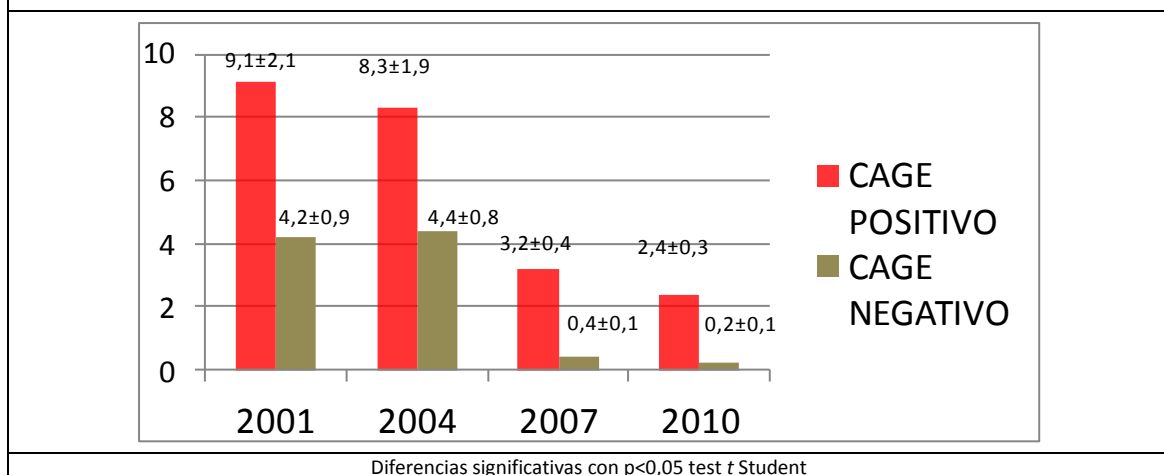


Figura 13

Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos por día) según el resultado del test CAGE y en función del año de estudio



4.3. Consumo de tabaco.

4.3.1 Prevalencia y cantidad de tabaco consumido

El porcentaje medio de adolescentes que han consumido tabaco en el total del estudio se sitúa en un 17% ($\pm 3,2$). La prevalencia de fumadores difiere entre cada año de estudio (figura 14, $p < 0,01$; test χ^2): en 1997 el porcentaje de consumo es el más pequeño de todos los años estudiados, y se incrementa progresivamente durante los años 2001, llegando a suponer casi la cuarta parte de los adolescentes encuestados en el año 2004. A partir del año 2007 la presencia de menores fumadores va disminuyendo hasta situarse en unos porcentajes similares al primer año de estudio.

La distribución de fumadores según el sexo varía en los cinco años estudiados, con diferencias significativas a favor de las mujeres (figura 15). Sólo durante 1997 encontramos una mayor prevalencia de hombres adolescentes fumadores, pero sin diferencias estadísticas ($p = 0,61$ test χ^2). Hay diferencias estadísticas en los años 2001 y 2004 ($p < 0,05$ test χ^2) con un mayor porcentaje de mujeres fumadoras. Estas diferencias se mantienen durante los años 2007 y 2010, pero acortándose y sin existir diferencias significativas en los dos últimos años de estudio ($p = 0,64$ test χ^2 en 2007 y $p = 0,81$ test χ^2 en 2010).

La media de consumo cuantitativo de tabaco en todo el estudio es de 7,4 [$\pm 1,6$] cigarrillos diarios. Este consumo de tabaco experimenta diferencias según el año de estudio, aunque sin alcanzar diferencias estadísticas. Existe un incremento progresivo del consumo durante los tres primeros años de estudio, con un promedio de 7,4 cigarrillos diarios en 1997 (IC al 95% [5,0-9,7]), 8,6 cigarrillos diarios en 2001 (IC al 95% [5,0-12,1]) y 8,9 cigarrillos diarios en 2004 (IC al 95% [4,8-13,0]). A partir del año 2007 el consumo cuantitativo disminuye (6,7 cigarrillos diarios, con IC al 95% [5,8-8,2]) hasta obtenerse el consumo más pequeño en el último año de estudio (4,1 cigarrillos diarios en 2010, IC al 95% [2,9- 5,3]).

Figura 14

Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco según el año de estudio

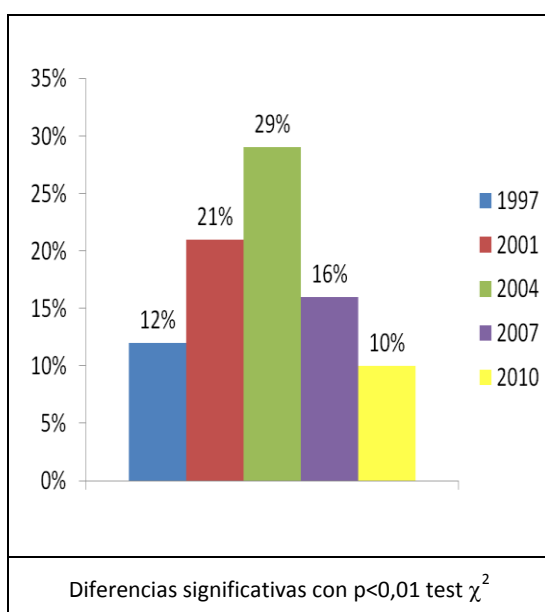
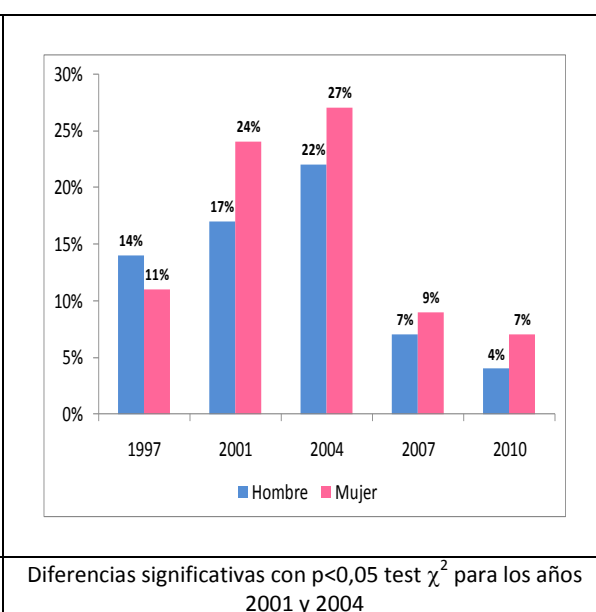


Figura 15

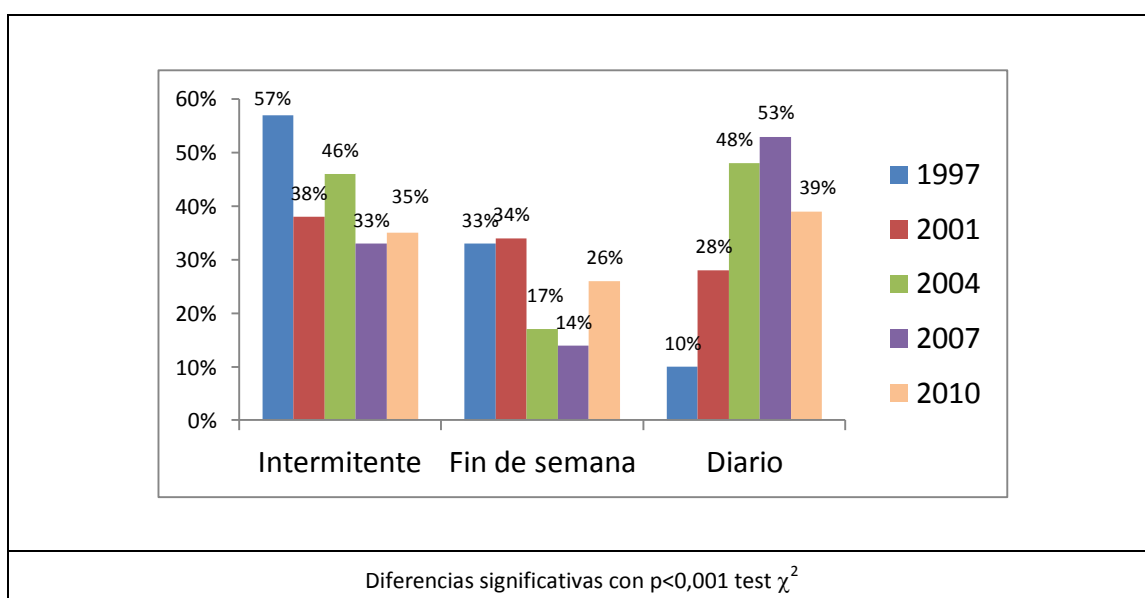
Evolución del consumo de tabaco según el sexo del adolescente



4.3.2. Patrones de consumo de tabaco

Los patrones de consumo de los adolescentes presentan, de igual forma, variaciones según el año de estudio (figura 16; $p < 0,001$, test χ^2). Desciende bruscamente el consumo intermitente, pasando de ser más de la mitad de los fumadores en el año 1997 a suponer aproximadamente la tercera parte el resto de los años estudiados. El consumo en fin de semana sufre en el año 2004 un acentuado descenso, pasando de ser el patrón de la tercera parte de los adolescentes fumadores a menos del 10%, con una recuperación posterior en los años 2007 y 2010, pero sin llegar a los porcentajes iniciales. El patrón de consumo tabáquico diario es el que más reforzado aparece, con un incremento de hasta cuatro veces su valor inicial desde el año 1997 al año 2007, aunque en 2010 sufre un descenso de más de un 10%.

Figura 16
Evolución de los patrones de consumo de tabaco según el año de estudio

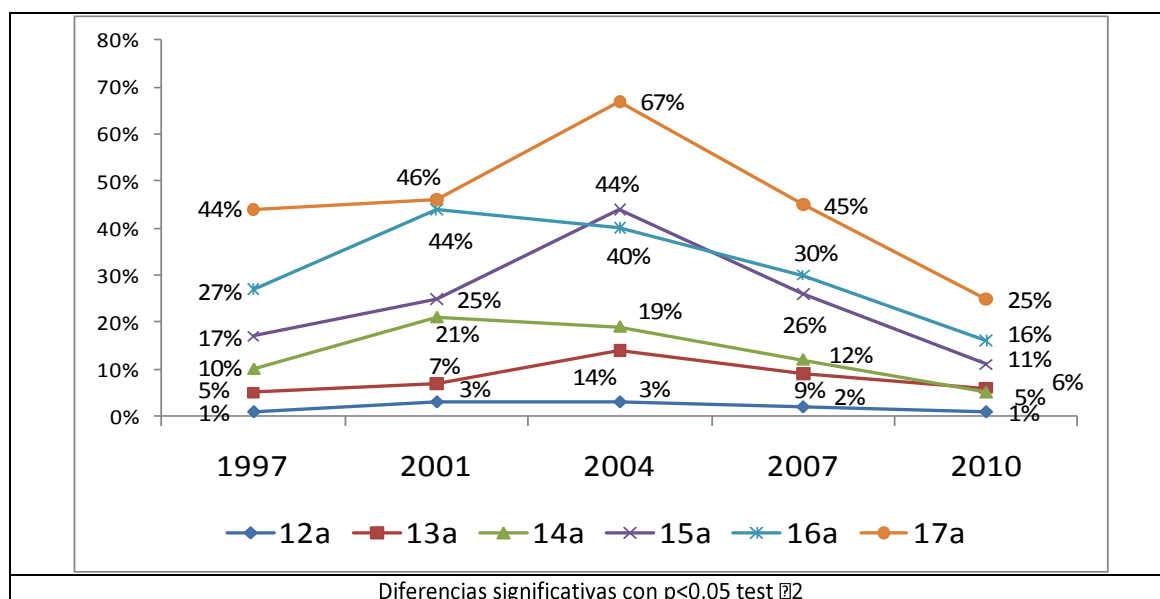


4.3.3 Diferencias en el consumo según edad y sexo

La evolución del consumo de tabaco (figura 17) según la edad sigue curvas similares a las edades de 13, 15 y 17 años, con un pico de ascenso pronunciado en el año 2004 y un descenso continuo hasta el año 2010. Las curvas de los 14 y 16 años son similares con ascenso en 2001 y descensos más suaves durante el resto de años posteriores. El porcentaje de fumadores de 12 años es muy bajo y se mantiene prácticamente constante a lo largo de los años del estudio. Todas estas variaciones presentan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$ test χ^2).

Figura 17

Evolución del consumo de tabaco según la edad del adolescente



El consumo cuantitativo de tabaco es similar entre hombres y mujeres adolescentes durante todos los años del estudio (tabla 8). Sin embargo, el consumo de cigarrillos al día se incrementa progresivamente con la edad, con diferencias estadísticas ($p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía) en todos los años salvo en el 2010, donde se aprecia un descenso en todas las edades. El patrón de consumo no varía por sexo (tabla 9). Por edad se aprecia cómo el patrón de consumo ocasional o intermitente es propio de los adolescentes de menor edad, pasando a un patrón de consumo diario en adolescentes mayores (tabla 9; diferencias significativas de 1997 a 2007 con $p < 0,05$ test χ^2 y en 2010 con $p < 0,001$ test χ^2). A partir de 2007 desaparece el consumo diario en los adolescentes de 13 años y se incrementa el uso lúdico del tabaco en fin de semana en los de 16 años (tabla 9; $p < 0,05$ test χ^2).

Tabla 8

Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos/día) según el sexo y la edad de los adolescentes en función del año de estudio.

	1997	2001	2004	2007	2010
Hombre	8,7±1,5	8,2±1,4	5,4±1,1	6,5±0,7	3,3±0,8
Mujer	7,9±1,1	8,9±1,2	5,9±1,4	6,0±0,6	4,5±0,9
	1997 [*]	2001[*]	2004 [*]	2007 [*]	2010
12 años	2,1±0,9	2,9±1,9	3,3±2,0	2,4±0,6	1,0±0,4
13 años	5,2±1,4	5,6±1,4	3,7±1,3	2,2±0,9	2,5±0,8
14 años	6,8±1,8	7,0±2,1	7,3±2,7	4,8±2,6	2,4±1,2
15 años	9,5±2,0	8,2±2,2	5,7±3,5	6,6±2,5	3,2±1,1
16 años	9,1±1,9	9,0±1,5	6,1±2,1	6,9±2,9	5,4±1,3
17 años	10,0±2,4	10,2±3,3	7,2±5,1	9,0±3,2	5,2±1,6

Los valores hacen referencia al consumo diario de cigarrillos.
Diferencias significativas: [*] $p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía

Tabla 9
Consumo cualitativo de tabaco según el sexo y la edad de los adolescentes
en función del año de estudio.

	Patrón de consumo	1997	2001	2004	2007	2010
Hombre	Ocasional	41%	42%	69%	36%	27%
	Fin semana	9%	10%	6%	15%	27%
	Diario	50%	48%	25%	49%	46%
Mujer	Ocasional	36%	39%	48%	30%	39%
	Fin semana	20%	16%	22%	20%	25%
	Diario	44%	45%	30%	50%	36%
	Patrón de consumo	1997 [+]	2001 [+]	2004 [+]	2007 [+]	2010 [*]
12 años	Ocasional	67%	75%	100%	86%	100%
	Fin semana	0%	25%	0%	0%	0%
	Diario	33%	0%	0%	14%	0%
13 años [+]	Ocasional	54%	45%	17%	60%	33%
	Fin semana	23%	25%	43%	40%	67%
	Diario	23%	30%	50%	0%	0%
14 años	Ocasional	56%	52%	50%	48%	40%
	Fin semana	12%	10%	17%	18%	20%
	Diario	32%	38%	43%	34%	40%
15 años	Ocasional	31%	29%	50%	28%	64%
	Fin semana	25%	23%	17%	19%	9%
	Diario	44%	48%	43%	53%	27%
16 años [+]	Ocasional	33%	35%	45%	21%	19%
	Fin semana	5%	3%	0%	21%	31%
	Diario	62%	62%	55%	58%	50%
17 años	Ocasional	22%	32%	56%	13%	20%
	Fin semana	0%	12%	11%	6%	0%
	Diario	88%	66%	33%	81%	80%

Diferencias significativas: [*] $p < 0,001$ test χ^2 , [+] $p < 0,05$ test χ^2

4.3.4 Relación de la cantidad de tabaco consumido con el patrón de consumo de tabaco y alcohol

El consumo medio de cigarrillos se relaciona con el patrón de consumo de tabaco (tabla 10). El consumo de tabaco en el patrón intermitente era similar al modelo de fin de semana, algo que en los años 2007 y 2010 cambia, con un menor consumo si fuman de forma intermitente. El consumo diario se asocia a un mayor consumo de cigarrillos diarios ($p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía), y se aprecia que, al igual que el consumo intermitente, disminuyen los promedios desde el año 1997 hasta el año 2010 ($p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía).

También existe una relación entre el consumo cuantitativo de tabaco y el patrón de consumo de alcohol (tabla 11, $p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía). Cuando el adolescente no consume alcohol, el consumo cuantitativo de tabaco es muy pequeño, se incrementa de forma parecida cuando el consumo es intermitente o en fin de semana y aumenta si el consumo de alcohol es

diario. Dentro del patrón de consumo diario de alcohol, el número de cigarrillos aumenta hasta el año 2004 para progresivamente descender hasta valores similares al patrón de consumo de alcohol en fin de semana en el año 2010 ($p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía).

Tabla 10
Consumo cuantitativo de tabaco en relación con su patrón de consumo y en función del año de estudio.

	Año de estudio	TABACO		
		Intermitente [+]	Fin de semana	Diario [+]
Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos/día) [*]	1997	4,1 [±4,3]	5,1 [±5,1]	12,7 [±10,4]
	2001	5,1 [±3,2]	5,3 [±2,6]	11,8 [±7,0]
	2004	4 [±0,7]	5,1 [±1,4]	10,4 [±1,6]
	2007	1,9 [±1,4]	3,7 [±2,5]	9,9 [±5,5]
	2010	1,8 [±0,4]	5,4 [±1,8]	5,4 [±0,8]

Los resultados se expresan como media \pm error estándar de la media (EEM)

Diferencias significativas: [*] $p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía. [+] $p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía.

Tabla 11
Consumo cuantitativo de tabaco en relación con el patrón de consumo de alcohol y en función del año de estudio.

	Año de estudio	ALCOHOL			
		No consumo	Intermitente	Fin de semana	Diario [+]
Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos/día) [*]	1997	1,5 [±3,4]	5,5 [±4,3]	6,0 [±3,9]	10,3 [±6,4]
	2001	0,5 [±2,1]	3,8 [±3,2]	6,3 [±2,4]	18,4 [±4,5]
	2004	0,1 [±0,4]	2,6 [±0,5]	5,9 [±0,9]	27,5 \pm 0,1]
	2007	0,8 [±0,6]	5,3 [±7,1]	5,8 [±7,0]	8,0 [±10,1]
	2010	0,02 [±0,02]	0,5 [±0,2]	3,3 [±0,7]	3,0 [±3,0]

Los resultados se expresan como media \pm error estándar de la media (EEM).

Diferencias significativas: [*] $p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía. [+] $p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía.

4.4. Consumo de drogas ilegales

4.4.1. Prevalencia, patrones de consumo y tipo de drogas ilegales consumidas

La prevalencia del consumo de drogas ilegales se sitúa en general en un 13% ($\pm 3,5$). Este consumo presenta variaciones según el año de estudio (figura 18; $p < 0,05$ test χ^2): el año 1997 es un año con el segundo menor consumo (inferior al 10%), apreciándose un brusco ascenso

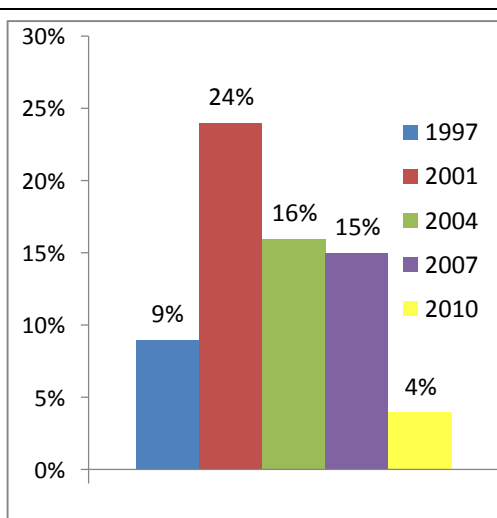
de hasta un 15% en el año 2001. A partir de ese año comienza a disminuir la prevalencia del consumo, con unos descensos de: un 8% hasta el 2004, un 1% en 2007 y un 11% en 2010, donde se encuentra la menor prevalencia de consumo de todo el estudio. En la distribución por sexo no se observan diferencias significativas en la prevalencia del consumo de drogas ilegales (figura 19).

El patrón de consumo intermitente al inicio del estudio es el más elevado con un 93% y va disminuyendo con los años hasta situarse por debajo de un 70%. De forma paralela a la disminución del consumo intermitente se encuentra un aumento especular del fin de semana (figura 20; $p < 0,05$; test χ^2). Sólo hay consumo diario en 2010, con una prevalencia situada en un 1%.

Los tipos de drogas que los adolescentes reconocen haber consumido se presentan en la figura 21. El tipo de drogas más usado es el cannabis ($95\% \pm \text{EEP}1, 2$ del total), con una gran diferencia sobre el resto de drogas ilegales. La cocaína aparece como la segunda droga en consumo en los años 1997 (19%) pero disminuye hasta un 2% en 2001 y posteriormente desaparece de las preferencias de los menores, hasta el año 2010 en que la consumen un 2% del total. Al tiempo que disminuye la cocaína se aprecia un crecimiento gradual en el consumo de drogas de diseño hasta situarse en aproximadamente un 10% del consumo total de drogas. La heroína sólo se observa en el año 2010, en un 1% del total de consumidores de drogas ilegales.

Figura 18

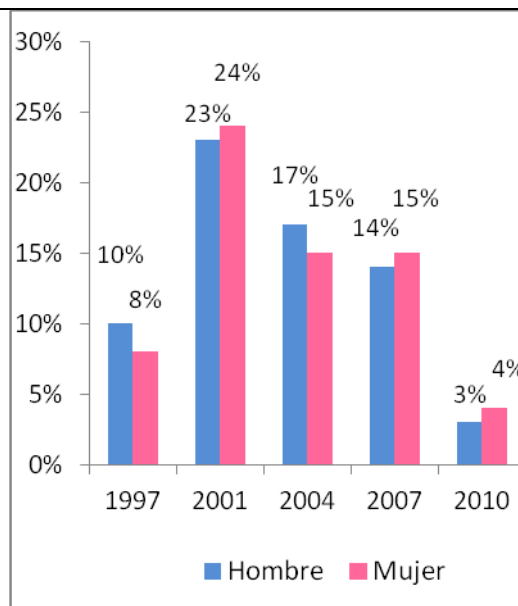
Evolución de la prevalencia de consumo de drogas ilegales según el año de estudio



Diferencias significativas con $p < 0,05$ test χ^2

Figura 19

Evolución del consumo de drogas ilegales según el sexo del adolescente



Sin diferencias significativas

Figura 20
Evolución de los patrones de consumo de drogas ilegales según el año de estudio

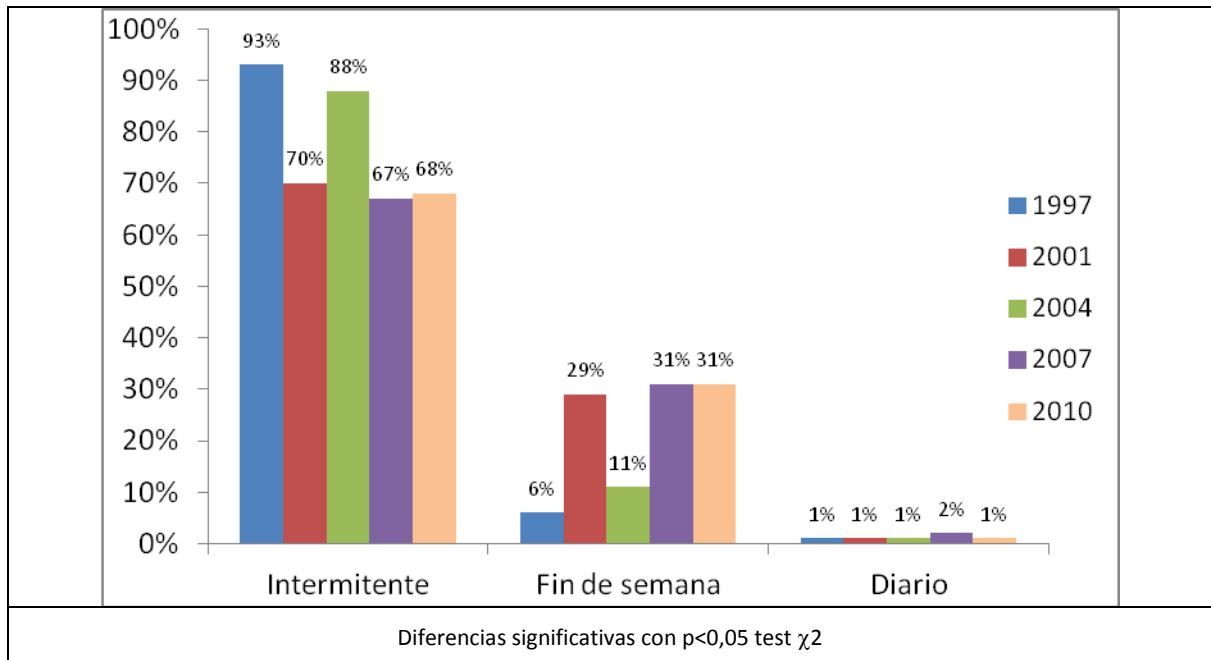
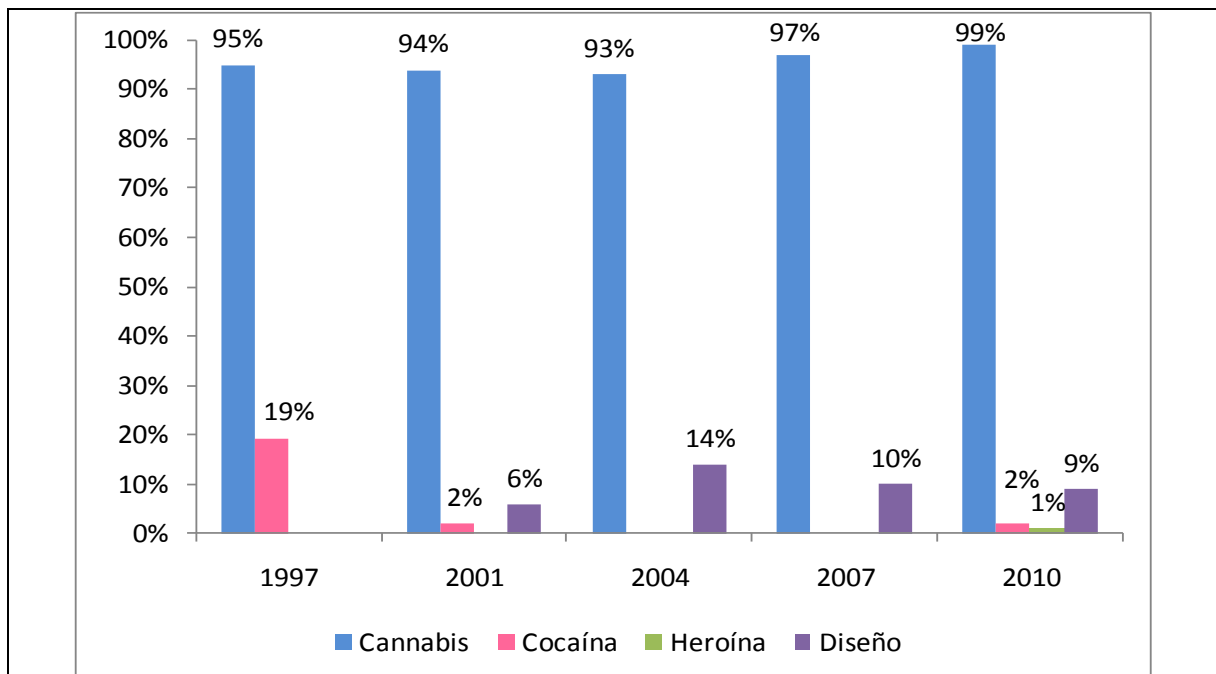


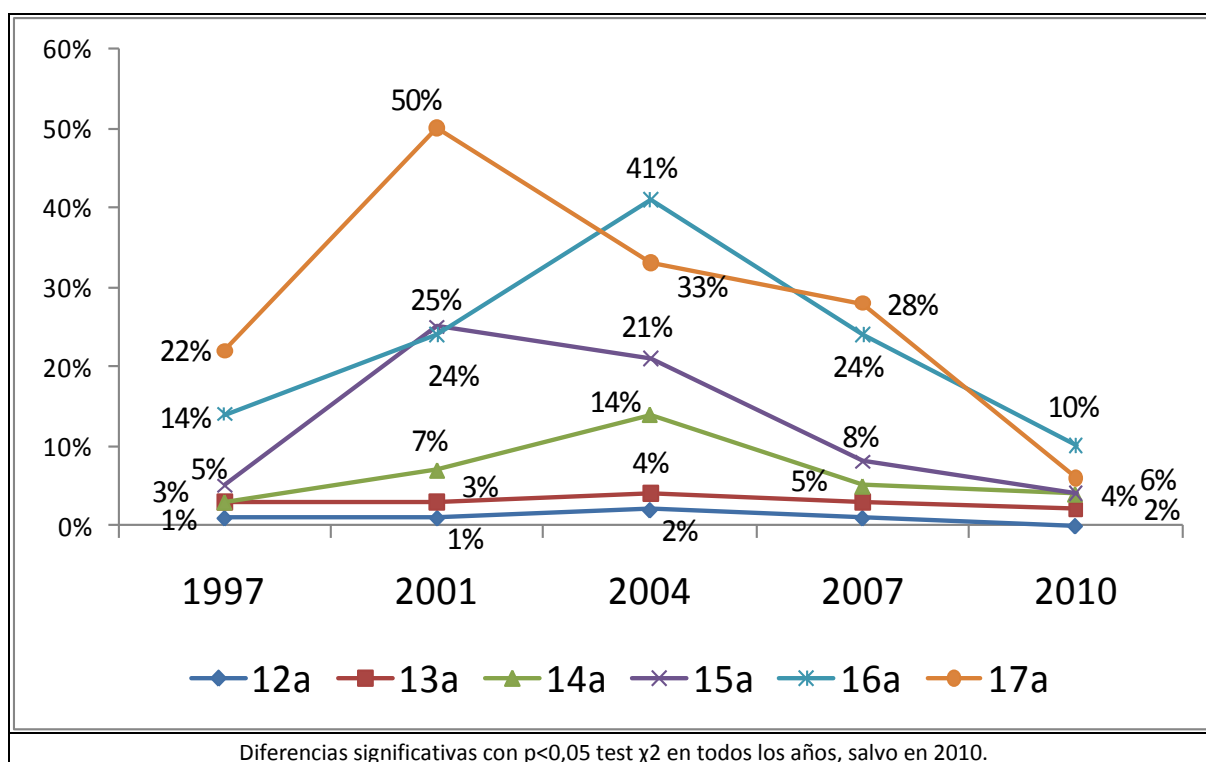
Figura 21
Evolución del tipo de drogas ilegales consumidas según el año de estudio.



4.4.2 Diferencias en el consumo según edad y sexo

La evolución del consumo de drogas ilegales varía según la edad del adolescente (figura 22; $p < 0,05$ test χ^2). En edades tempranas, entre los 12 a 14 años, el consumo es en general inferior o igual a 5% salvo en los años 2001 y 2004, donde los adolescentes de 14 años presentan una mayor prevalencia (7% y 14%) coincidiendo con los años de mayor consumo. A la edad de 15 años el consumo se incrementa de forma significativa, aunque las edades con mayor porcentaje de consumidores son los 16 y 17 años. Se observan picos en la prevalencia de consumidores con 15 y 17 años en 2001 (25% y 50% respectivamente) que disminuye progresivamente hasta 2007 y luego de forma brusca en 2010 a un 6%. El pico de consumidores de 16 años se da en el año 2004 llegando a un 41% y descendiendo progresivamente hasta el 2010.

Figura 22
Evolución del consumo de drogas ilegales según la edad del adolescente



No existen diferencias en ninguno de los años estudiados en el porcentaje de hombres y mujeres adolescentes que reconocen consumir drogas ilegales (figura 19). En cuanto al consumo cualitativo en relación con el sexo, existe un mayor consumo diario en los hombres que en las mujeres (tabla 12). Los patrones de consumo no varían a lo largo de los años, salvo en 2004 en donde no se encontraron consumidores diarios en hombres, y en las mujeres disminuye el consumo de fin de semana a expensas del aumento del consumo ocasional. En el último año de estudio (2010) en los hombres se duplica el consumo de fin de semana a expensas del ocasional y en las mujeres sólo existe el consumo ocasional.

Valorando la evolución de los patrones de consumo de drogas ilegales en relación con la edad (tabla 12), se observa que mayoritariamente los adolescentes indican unos consumos ocasionales y de fin de semana, apareciendo consumos diarios a partir de los 14-15 años. En 1997 se observa en la mitad de los adolescentes de 17 años un consumo diario, el cual desaparece en los siguientes cuatro años de estudio. En 2004 se observa que las edades de 12, 13, 15 y 16 años sólo existen consumos ocasionales, salvo en los 14 años que existen consumos diarios. En el último estudio hecho en 2010 la única edad con consumos diarios es a los 14 años, siendo en el resto de edades consumos ocasionales y de fin de semana.

Tabla 12
Consumo cualitativo de drogas ilegales según el sexo y la edad de los adolescentes en función del año de estudio.

	Patrón de consumo	1997	2001	2004	2007	2010
Hombre	Ocasional	66%	71%	67%	57%	38%
	Fin semana	17%	29%	33%	26%	50%
	Diario	17%	10%	0%	17%	12%
Mujer	Ocasional	70%	67%	85%	61%	100%
	Fin semana	22%	23%	8%	28%	0%
	Diario	8%	6%	7%	11%	0%
	Patrón de consumo	1997 [+]	2001 [+]	2004 [+]	2007 [+]	2010 [*]
12 años	Ocasional	100%	100%	100%	100%	
	Fin semana	0%	0%	0%	0%	--
	Diario	0%	0%	0%	0%	
13 años [+]	Ocasional	75%	67%	100%	50%	100%
	Fin semana	25%	33%	0%	50%	0%
	Diario	0%	0%	0%	0%	0%
14 años	Ocasional	83%	35%	33%	68%	0%
	Fin semana	17%	50%	50%	16%	75%
	Diario	0%	15%	17%	16%	25%
15 años	Ocasional	72%	80%	100%	64%	100%
	Fin semana	17%	10%	0%	24%	0%
	Diario	11%	10%	0%	12%	0%
16 años [+]	Ocasional	55%	58%	100%	42%	80%
	Fin semana	36%	35%	0%	37%	20%
	Diario	9%	7%	0%	21%	0%
17 años	Ocasional	50%	50%	67%	57%	100%
	Fin semana	0%	50%	33%	43%	0%
	Diario	50%	0%	0%	0%	0%

Diferencias significativas: [*] $p < 0,001$ test χ^2 , [+] $p < 0,05$ test χ^2

4.4.3 Relación del consumo de drogas ilegales con el patrón de consumo de alcohol y tabaco.

La prevalencia del consumo de drogas ilegales se relaciona con el patrón de consumo cuantitativo y cualitativo de alcohol (tablas 13 y 14). El consumo de drogas ilegales es casi inexistente en aquellos adolescentes que no consumen alcohol, incrementándose si lo consumen de forma intermitente y alcanzando las mayores prevalencias cuando el consumo de alcohol es en fin de semana y, sobre todo, de forma diaria (tabla 13; $p < 0,001$ test χ^2). De hecho, se aprecia como en los últimos años de estudio el consumo de drogas ilegales disminuye entre los adolescentes que consumen alcohol de forma intermitente y se incrementa en aquellos que lo consumen de forma diaria, hasta llegar a ser un 100% del total de la muestra (tabla 13; $p < 0,05$ test χ^2). De igual forma el consumo cuantitativo de alcohol es superior en aquellos adolescentes que reconocen consumir drogas en fin de semana y de forma diaria (tabla 14; $p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía).

Tabla 13

Consumo de drogas según el patrón de consumo de alcohol y en función del año de estudio.

	Año de estudio	ALCOHOL			
		No consumo	Intermitente [+]	Fin de semana	Diario [+]
Consumo de drogas	1997 [+]	0%	18% [$\pm 1,3$]	40% [$\pm 3,0$]	50% [$\pm 4,5$]
	2001 [*]	0,4% [$\pm 0,07$]	15% [$\pm 1,2$]	43% [$\pm 2,5$]	54% [$\pm 3,8$]
	2004 [*]	1% [$\pm 0,1$]	17% [$\pm 1,0$]	40% [$\pm 3,2$]	50% [$\pm 3,6$]
	2007 [*]	1% [$\pm 0,2$]	6% [$\pm 0,5$]	29% [$\pm 1,9$]	100% [$\pm 0,2$]
	2010 [*]	0,3% [$\pm 0,01$]	6% [$\pm 0,6$]	19% [$\pm 1,5$]	100% [$\pm 0,07$]

Los resultados se expresan como proporción \pm error estándar (EEP).

Diferencias significativas: [*] $p < 0,001$ test χ^2 . [+] $p < 0,05$ test χ^2 .

Tabla 14

Consumo cuantitativo de alcohol en función del patrón de consumo de drogas ilegales y en función del año de estudio.

	Año de estudio	DROGAS			
		No consumo	Intermitente	Fin de semana	Diario
Consumo cuantitativo de alcohol (UBE/semana)	1997 [*]	2,1 [$\pm 3,9$]	8,1 [$\pm 5,4$]	14,7 [$\pm 6,7$]	11,0 [$\pm 4,6$]
	2001 [*]	1,8 [$\pm 2,3$]	7,3 [$\pm 3,6$]	14,0 [$\pm 6,3$]	12,2 [$\pm 5,1$]
	2004 [*]	1,4 [$\pm 2,5$]	7,0 [$\pm 3,1$]	14,1 [$\pm 5,9$]	13,0 [$\pm 6,2$]
	2007 [*]	1,1 [$\pm 2,5$]	6,9 [$\pm 7,5$]	13,7 [$\pm 14,0$]	12,7 [$\pm 10,7$]
	2010 [*]	1,4 [$\pm 0,2$]	8,2 [$\pm 2,4$]	13,5 [$\pm 6,7$]	16,0 [vu]

Los resultados se expresan como media \pm error estándar de la media (EEM). UBE = Unidades de Bebida Estándar.

[vu] valor único. Diferencias significativas: [*] $p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía.

El consumo de drogas ilegales también presenta una relación con el patrón de consumo cuantitativo y cualitativo de tabaco (tablas 15 y 16). Los primeros cuatro años del estudio muestran cómo el patrón de consumo diario es el más relacionado con el consumo de drogas ilegales ($p < 0,01$ test χ^2), mientras que en el año 2010 el consumo de drogas ilegales está más relacionado con el patrón de consumo en fin de semana, en relación con un uso recreativo de las drogas (tabla 15). El consumo cuantitativo de tabaco, expresado en cigarrillos diarios, se incrementa progresivamente según el patrón de consumo de drogas ilegales, siguiendo un orden ascendente desde no consumo, intermitente, en fin de semana y, en mayor cuantía, de forma diaria (tabla 16, $p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía). Sólo en el año 2010 cambia esta tendencia con un mayor consumo de tabaco entre aquellos adolescentes que consumen en fin de semana ($p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía).

Tabla 15

Consumo de drogas en función del patrón de consumo de tabaco y en función del año de estudio.

	Año de estudio	TABACO			
		No consumo	Intermitente	Fin de semana	Diario [*]
Consumo de drogas	1997 [+]	1% [$\pm 0,6$]	19% [$\pm 3,0$]	29% [$\pm 3,5$]	77% [$\pm 3,2$]
	2001 [+]	0,5% [$\pm 0,6$]	23% [$\pm 2,6$]	34% [$\pm 3,0$]	69% [$\pm 2,9$]
	2004 [+]	1% [$\pm 0,4$]	19% [$\pm 2,1$]	29% [$\pm 2,9$]	77% [$\pm 1,8$]
	2007 [+]	1% [$\pm 0,5$]	37% [$\pm 2,5$]	41% [$\pm 2,5$]	55% [$\pm 2,6$]
	2010 [+]	0,8% [$\pm 0,3$]	12,5% [$\pm 1,5$]	46% [$\pm 2,6$]	29% [$\pm 2,2$]

Los resultados se expresan como proporción \pm error estándar de la proporción (EEP).
Diferencias significativas: [+] $p < 0,01$ test χ^2 . [*] $p < 0,05$ test χ^2 .

Tabla 16

Consumo cuantitativo de tabaco en función del patrón de consumo de drogas ilegales y en función del año de estudio.

	Año de estudio	DROGAS			
		No consumo	Intermitente	Fin de semana [+]	Diario
Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos/día)	1997 [*]	0,8 [$\pm 3,1$]	7,9 [$\pm 7,0$]	13,1 [$\pm 8,0$]	20,0 [$\pm 21,4$]
	2001 [*]	0,6 [$\pm 2,0$]	6,6 [$\pm 4,1$]	10,1 [$\pm 6,2$]	18,2 [$\pm 10,4$]
	2004 [*]	0,4 [$\pm 1,4$]	6,3 [$\pm 5,5$]	9,1 [$\pm 6,8$]	15,0 [$\pm 14,2$]
	2007 [*]	0,4 [$\pm 1,7$]	5,2 [$\pm 5,9$]	8,4 [$\pm 5,8$]	13,2 [$\pm 5,5$]
	2010 [*]	0,3 [$\pm 0,1$]	9,1 [$\pm 2,4$]	25,0 [$\pm 0,1$]	16 [vu]

Los resultados se expresan como media \pm error estándar de la media (EEM) del número diario de cigarrillos consumidos. [VU] valor único. [*] $p < 0,001$ test ANOVA de 1 vía. [+] $p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía.

4.5. Función y estructura familiar. Relación con el consumo.

La función familiar medida con el test de Apgar familiar muestra que la mayoría de los adolescentes, casi las tres cuartas partes (74% con IC 95% [72,0%; 76,5%]), perciben un funcionamiento normal de su familia. Algo menos de la quinta parte (16% con IC 95% [14,3%; 18,1%]) indican la existencia de una percepción de disfunción en su familia de tipo leve, y el restante 10% (IC 95% [8,1%; 11,1%]) puntúan en la categoría de disfunción familiar grave. No existen diferencias estadísticas entre los diferentes años del estudio (figura 23). La estructura familiar predominante es la nuclear, suponiendo más de las cuatro quintas partes del total de la muestra estudiada (81% con IC 95% [79,3%; 81,5%]). La segunda estructura familiar más frecuente entre los adolescentes fue la familia monoparental, un 9% del total (IC 95% [7,6%; 10,6%]), seguida por la familia ampliada, un 8% de la muestra estudiada (IC 95% [6,0%; 8,7]). La estructura menos frecuente fue la familia reconstituida, con el restante 2% (IC 95% [1,7%; 3,3%]). No existen diferencias en los años de estudio (figura 24).

Figura 23

Función familiar de los adolescentes según el año de estudio

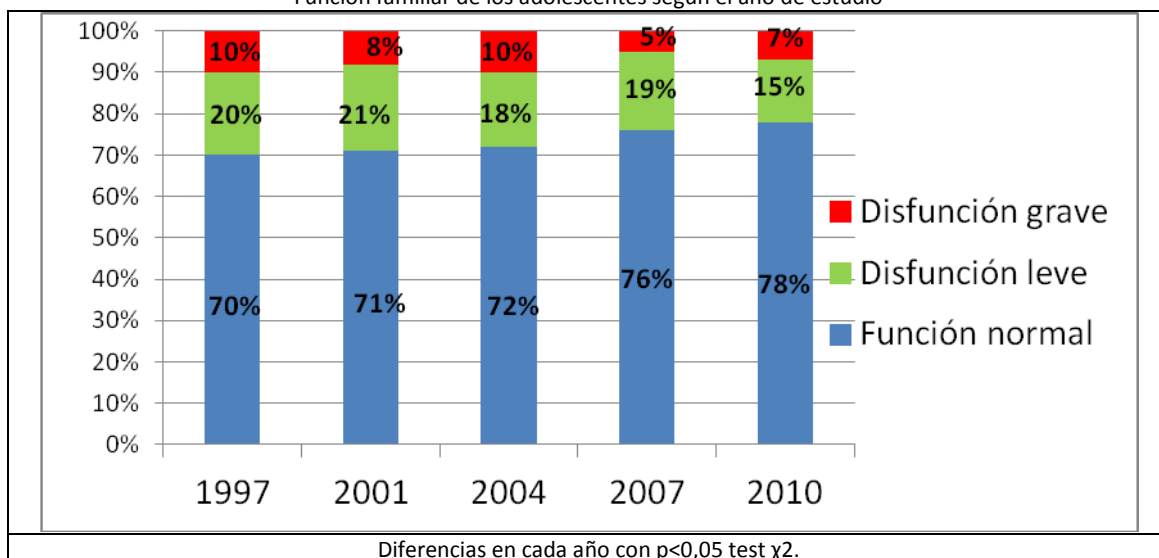
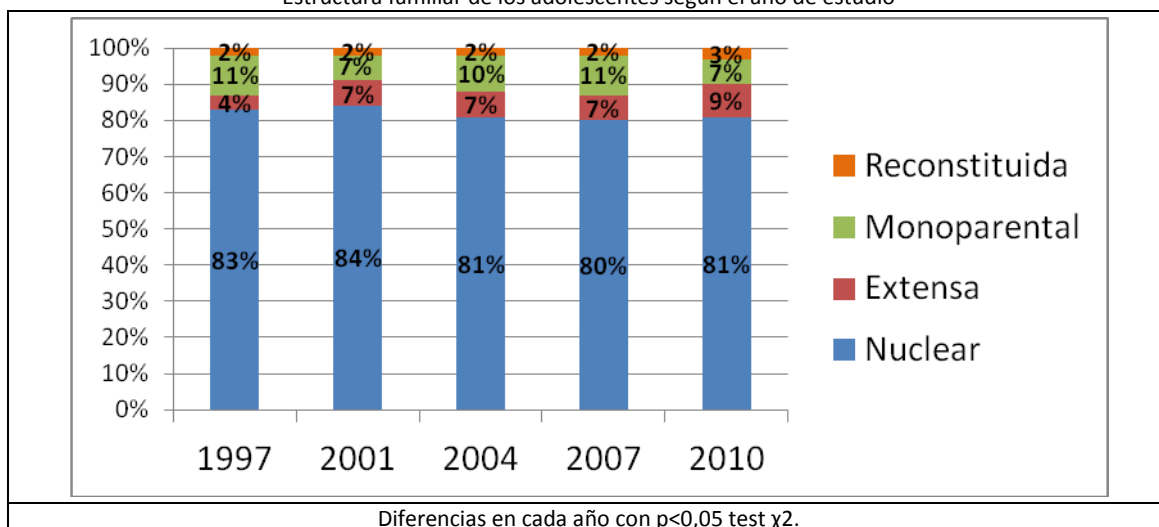


Figura 24

Estructura familiar de los adolescentes según el año de estudio



4.5.1 Relación de las variables familiares con el consumo de alcohol.

La prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes es mayor en las familias en las que el adolescente percibe una disfunción familiar (tabla 17). Esto se aprecia en el grupo de menores con disfunción leve frente a normofunción, con un incremento de la prevalencia del consumo que oscila entre un 8% y un 19%, salvo en el año 2004 donde la proporción de consumidores de alcohol es similar. El porcentaje de bebedores se incrementa mucho más en los menores con percepción de disfunción familiar grave, casi duplicando la prevalencia de los adolescentes con normofunción en todos los años de estudio. En cambio, no hay diferencias estadísticamente significativas en el consumo según la estructura familiar (tabla 17).

Tabla 17
Prevalencia de consumo de alcohol según la función y estructura familiar, y el año de estudio.

Función familiar	Año de estudio				
	1997 [*]	2001 [=]	2004 [+]	2007 [+]	2010 [#]
Función normal	39% [±3,4]	59% [±3,8]	44% [±3,8]	38% [±3,4]	24% [±2,3]
Disfunción leve	47% [±4,1]	71% [±6,5]	42% [±7,5]	47% [±4,1]	43% [±3,1]
Disfunción grave	71% [±8,0]	80% [±8,0]	79% [±8,3]	71% [±8,5]	45% [±3,2]
Estructura familiar	1997	2001	2004	2007	2010
Nuclear	45% [±2,7]	62% [±3,4]	40% [±3,2]	44% [±2,8]	28% [±2,3]
Extensa	43% [±9,2]	69% [±11,6]	47% [±4,4]	42% [±9,3]	30% [±2,4]
Monoparental	41% [±19,2]	67% [±9,1]	41% [±3,3]	42% [±9,1]	32% [±4,4]
Reconstituida	67% [±9,3]	100%	44% [±6,5]	67% [±19,3]	35% [±5,4]

Los datos se muestran como proporción ± error estándar de la proporción.

Diferencias significativas: [*] $p < 0,05$ test χ^2 , [+] $p < 0,01$ test χ^2 , [#] $p < 0,001$ test χ^2 , [=] $p = 0,051$ test χ^2 ,

En cuanto al consumo cuantitativo de alcohol, es mayor en los adolescentes con familias con disfunción grave, no así en las leves, donde los consumos son similares a las familias normofuncionales. En los últimos años de estudio las unidades estándar consumidas por los menores de familias con disfunción grave duplican y triplican las UBE consumidas por los otros adolescentes (tabla 18). No existen diferencias significativas entre la estructura familiar y la cantidad de alcohol consumida (tabla 18).

Tabla 18
Consumo cuantitativo de alcohol (UBE/semana) en adolescentes que consumen alcohol según la función y estructura familiar y el año de estudio.

Función familiar	Año de estudio				
	1997 [*]	2001 [*]	2004 [*]	2007 [+]	2010 [#]
Función normal	6,9 [±5,5]	8,0 [±3,4]	6,2 [±2,1]	2,7 [±0,3]	5,4 [±0,6]
Disfunción leve	5,9 [±3,8]	8,4 [±4,4]	8,9 [±3,2]	2,8 [±0,3]	4,5 [±1,1]
Disfunción grave	9,9 [±7,9]	10,1 [±4,0]	9,8 [±4,2]	7,0 [±1,5]	10,5 [±2,1]
Estructura familiar	1997	2001	2004	2007	2010
Nuclear	6,8 [±5,6]	8,6 [±2,9]	7,3 [±2,7]	6,8 [±0,4]	5,0 [±0,5]
Extensa	6,3 [±3,1]	8,0 [±3,5]	8,4 [±4,0]	7,5 [±1,5]	6,1 [±2,4]
Monoparental	7,6 [±5,2]	9,0 [±5,7]	9,1 [±5,0]	6,3 [±0,9]	5,9 [±3,8]
Reconstituida	5,0 [±0,8]	8,9 [±7,6]	7,9 [±3,6]	5,0 [±0,4]	6,0 [±5,1]

Los datos se muestran como media ± error estándar de la media [±EEM], ofreciendo los valores medios del consumo como unidades de bebida estándar por semana. Diferencias significativas: [*] $p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía, [+] $p < 0,001$ test ANOVA 1 vía, [#] $p < 0,005$ test ANOVA de 1 vía.

No existen diferencias en el patrón de consumo de alcohol con la función y la estructura familiar de los adolescentes, siguiendo en general los patrones de consumo expuestos anteriormente. Sólo en el año 2010 se encuentra un mayor consumo diario en familias con disfunción leve y una prevalencia superior de consumo en fin de semana de los adolescentes que perciben una disfunción grave ($p < 0,05$ test χ^2) (tabla 19).

Tabla 19
Patrón de consumo de alcohol en adolescentes según la función y estructura familiar y el año de estudio.

Función familiar	Patrón de consumo	1997	2001	2004	2007	2010 [*]
Función normal	Ocasional	57%	60%	62%	52%	70%
	Fin semana	40%	34%	38%	46%	30%
	Diario	3%	6%	0%	2%	0%
Disfunción leve	Ocasional	63%	50%	58%	46%	69%
	Fin semana	37%	35%	36%	48%	24%
	Diario	0%	15%	6%	6%	7%
Disfunción grave	Ocasional	55%	55%	50%	64%	62%
	Fin semana	35%	27%	44%	36%	38%
	Diario	10%	18%	6%	0%	0%
Estructura familiar	Patrón de consumo	1997	2001	2004	2007	2010
Nuclear	Ocasional	61%	55%	62%	53%	69%
	Fin semana	37%	35%	38%	44%	31%
	Diario	2%	10%	2%	3%	0%
Extensa	Ocasional	58%	64%	61%	50%	71%
	Fin semana	34%	33%	35%	47%	26%
	Diario	8%	3%	4%	3%	3%
Monoparental	Ocasional	50%	50%	55%	88%	65%
	Fin semana	50%	25%	40%	12%	30%
	Diario	0%	25%	5%	0%	5%
Reconstituida	Ocasional	50%	56%	54%	45%	66%
	Fin semana	50%	34%	43%	50%	31%
	Diario	0%	10%	3%	5%	3%

Los datos se muestran como proporción \pm error estándar de la proporción.
Diferencias estadísticas: [*] $p < 0,05$ test χ^2 .

4.5.2 Relación de las variables familiares con la sospecha de consumo perjudicial de alcohol.

La sospecha de consumo perjudicial se relaciona con la percepción de función familiar de los adolescentes y es mayor cuando se detecta disfunción familiar, llegando a multiplicar por cuatro la sospecha de consumo perjudicial. Aunque las diferencias son estadísticamente significativas a partir del año 2004 ($p < 0,05$ test χ^2), se aprecia la misma tendencia desde el año 2001, con una disminución progresiva de la sospecha de consumo perjudicial en los adolescentes de familias normofuncionantes (figura 25). Aunque en el año 2001 los menores de familias monoparentales parecen tener una mayor prevalencia de sospecha de consumo

perjudicial de alcohol, no existe relación entre los resultados del test de CAGE con la estructura familiar de los adolescentes que consumen alcohol (figura 26).

Figura 25

Prevalencia de la sospecha de consumo perjudicial de alcohol (test de CAGE positivo) en adolescentes que consumen alcohol según la función familiar y el año de estudio.

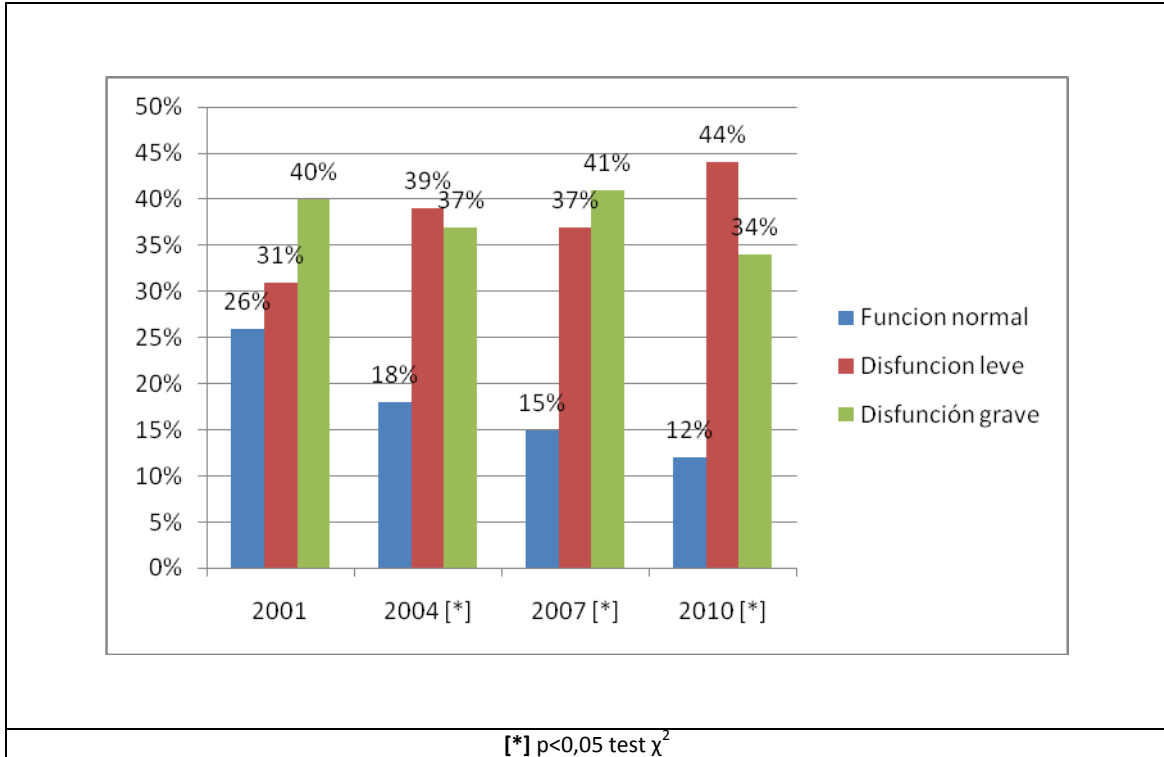
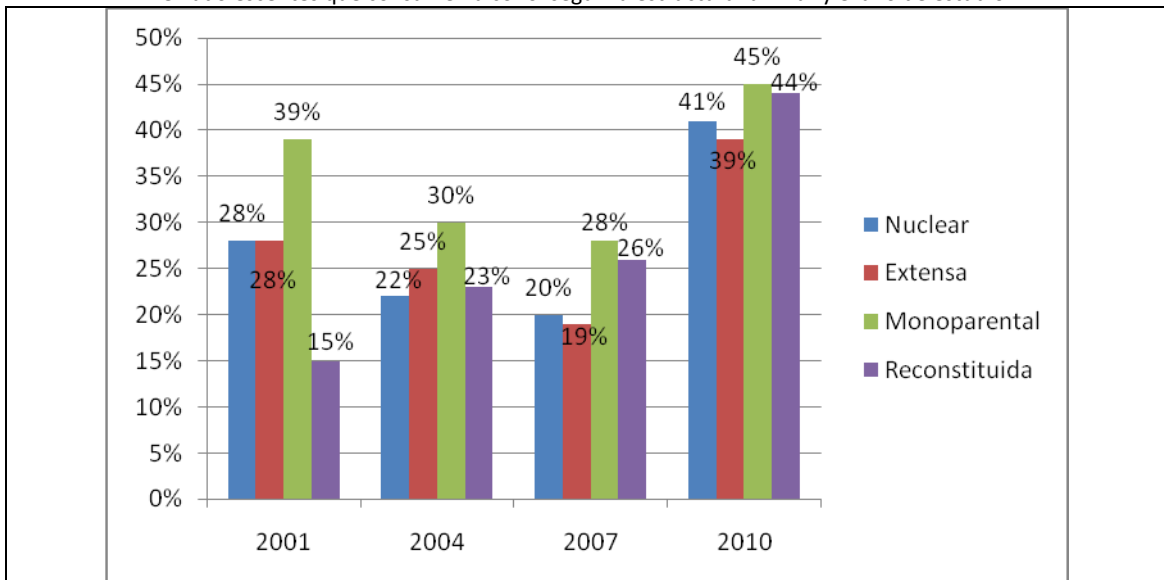


Figura 26

Prevalencia de la sospecha de consumo perjudicial de alcohol (test de CAGE positivo) en adolescentes que consumen alcohol según la estructura familiar y el año de estudio.



4.5.3 Relación de las variables familiares con el consumo de tabaco.

La prevalencia de adolescentes fumadores es mayor en los pertenecientes a familias disfuncionales graves; en los adolescentes que perciben disfunción leve es similar a los que indican una funcionalidad normal salvo en el año 2004, donde la prevalencia es el doble si existe disfunción leve (tabla 20). Pese a la disminución del consumo de los últimos años de estudio, siguen existiendo diferencias significativas con un menor consumo en los adolescentes de familias normofuncionales. Respecto a la estructura familiar, existen pocas diferencias en las prevalencias de fumadores en los diferentes años estudiados, siguiendo las variaciones expuestas anteriormente en el consumo de tabaco a lo largo de los diferentes años de estudio (tabla 20).

Tabla 20

Prevalencia de consumo de tabaco según la función y estructura familiar según el año de estudio.

Función familiar	Año de estudio				
	1997 [+]	2001 [*]	2004 [+]	2007 [+]	2010 [#]
Función normal	23% [±2,9]	18% [±2,9]	15% [±2,8]	23% [±2,9]	6% [±0,9]
Disfunción leve	22% [±3,4]	22% [±5,9]	35% [±7,3]	22% [±3,4]	21% [±3,4]
Disfunción grave	50% [±9,5]	40% [±9,8]	38% [±9,9]	50% [±9,5]	28% [±3,9]
Estructura familiar	1997	2001	2004	2007	2010
Nuclear	24% [±2,4]	20% [±2,8]	28% [±2,0]	23% [±2,4]	9% [±1,1]
Extensa	32% [±9,3]	31% [±11,6]	33% [±3,2]	28% [±8,5]	14% [±2,2]
Monoparental	17% [±15,2]	26% [±8,4]	31% [±4,6]	27% [±8,3]	11% [±3,9]
Reconstituida	29% [±8,6]	33% [±27,2]	35% [±6,0]	16% [±15,2]	14% [±5,4]

Los datos se muestran como proporción ± error estándar de la proporción.

Diferencias significativas: [*] $p < 0,05$ test χ^2 , [+] $p < 0,01$ test χ^2 , [#] $p < 0,001$ test de la χ^2 .

El consumo cuantitativo de cigarrillos es estadísticamente superior en los adolescentes con disfunciones graves familiares en los años 2001, 2004 y 2007 ($p < 0,05$ test ANOVA de 1 vía), como puede apreciarse en la tabla 19. En el año 1997 la cantidad de cigarrillos consumidos diariamente también es mayor pero sin diferencias significativas, mientras que en 2010 no hay diferencias importantes. La estructura familiar no presenta ninguna relación con el consumo cuantitativo de tabaco (tabla 21).

El patrón de consumo de tabaco no guarda relación con la función y la estructura familiar. Sólo se aprecian diferencias en la relación entre función familiar y patrón de consumo en el año 2010, con un mayor consumo diario en los adolescentes con disfunción familiar grave ($p < 0,001$ test χ^2) (tabla 22). En el año 2007 se aprecia un patrón de consumo de tabaco diferenciado en la familia monoparental, donde el consumo de tabaco diario predomina frente al resto de estructuras familiares, mientras que en la familia nuclear el tipo de consumo más frecuente es el intermitente ($p < 0,001$ test χ^2) (tabla 22).

Tabla 21
Consumo cuantitativo de tabaco (cigarrillos/día) en adolescentes fumadores según la función y estructura familiar, en función del año de estudio.

Función familiar	Año de estudio				
	1997	2001 [*]	2004 [+]	2007 [+]	2010
Función normal	7,6 [±7,4]	5,5 [±3,2]	4,9 [±3,9]	1,8 [±0,3]	4,7 [±4,6]
Disfunción leve	7,5 [±6,4]	8,7 [±4,0]	4,1 [±3,3]	1,6 [±0,4]	3,1 [±1]
Disfunción grave	12,1 [±15,4]	11,4 [±5,3]	12 [±12,5]	6,0 [±2,3]	3,0 [±4,0]
Estructura familiar	1997	2001	2004	2007	2010
Nuclear	8,4 [±9,0]	8,5 [±3,6]	8,9 [±2,5]	8,4 [±1,0]	4,0 [±2,1]
Extensa	8,0 [±9,4]	8,1 [±4,3]	8,8 [±3,6]	8,0 [±3,3]	4,3 [±2,2]
Monoparental	3 [vu]	8,9 [±6,8]	9,5 [±6,9]	7,5 [±2,7]	3,9 [±1,9]
Reconstituida	7,5 [±7,6]	8,8 [±4,3]	9,1 [±7,0]	3 (vu)	4,6 [±2,5]

Los datos se muestran como media ± error estándar de la media [±EEM], ofreciendo los valores medios del consumo como unidades de bebida estándar por semana. [vu] valor único.

Diferencias significativas: [*] p<0,05 test ANOVA de 1 vía, [+]
p<0,001 test ANOVA 1 vía, [#] p<0,005 test ANOVA de 1 vía.

Tabla 22
Patrón de consumo de tabaco en adolescentes fumadores según la función y estructura familiar, y el año de estudio.

Función familiar	Patrón de consumo	1997	2001	2004	2007	2010 [*]
Función normal	Ocasional	33%	40%	52%	31%	27%
	Fin semana	17%	36%	12%	17%	27%
	Diario	50%	28%	36%	52%	46%
Disfunción leve	Ocasional	41%	35%	46%	32%	50%
	Fin semana	15%	31%	27%	17%	28%
	Diario	44%	34%	27%	51%	22%
Disfunción grave	Ocasional	50%	36%	33%	50%	38%
	Fin semana	7%	35%	0%	38%	12%
	Diario	43%	29%	67%	12%	50%
Estructura familiar	Patrón de consumo	1997	2001	2004	2007 [*]	2010
Nuclear	Ocasional	36%	40%	42%	57%	35%
	Fin semana	17%	32%	18%	33%	22%
	Diario	47%	28%	40%	10%	43%
Extensa	Ocasional	50%	41%	34%	54%	39%
	Fin semana	0%	34%	10%	23%	28%
	Diario	50%	25%	41%	23%	33%
Monoparental	Ocasional	50%	35%	46%	11%	30%
	Fin semana	13%	25%	18%	11%	25%
	Diario	37%	40%	47%	78%	45%
Reconstituida	Ocasional	0%	67%	67%	31%	67%
	Fin semana	0%	0%	20%	31%	0%
	Diario	100%	33%	13%	38%	33%

Diferencias estadísticas: [*] p<0,001 test χ^2 .

4.5.4 Relación de las variables familiares con el consumo de drogas.

La prevalencia del consumo de drogas entre los adolescentes es mayor en las familias con disfunción grave, donde puede duplicar o incluso triplicar a los de familias normo-funcionantes (tabla 23). En los años 1997 y 2007 las diferencias estadísticas son casi significativas, valorándose como diferencias clínicas importantes las encontradas en el año 2004. En el año 2001 aparece un pico de prevalencia tanto en las familias con disfunciones leves como graves, con un 33% y un 48% respectivamente, con diferencias significativas respecto a las familias normofuncionantes ($p < 0,001$ test de la χ^2). El consumo de drogas disminuye en el año 2010 pero se siguen observando diferencias estadísticamente significativas respecto a los adolescentes con familias disfuncionales, sobre todo para las disfunciones graves ($p < 0,001$ test de la χ^2).

Ni la función familiar ni su estructura parecen influir sobre el patrón de consumo de drogas (tabla 24). Sólo en los años 1997 y 2010 se encuentran diferencias estadísticas que relacionan el consumo diario de drogas con la existencia de disfunción familiar ($p < 0,1$ test χ^2 y $p < 0,05$ test χ^2 , respectivamente).

Tabla 23
Prevalencia de consumo de drogas según la función y estructura familiar y el año de estudio.

Función familiar	Año de estudio				
	1997 [*]	2001 [#]	2004	2007 [+]	2010 [#]
Función normal	12% [$\pm 2,3$]	13% [$\pm 2,6$]	9% [$\pm 2,2$]	12% [$\pm 2,2$]	1% [$\pm 0,9$]
Disfunción leve	10% [$\pm 2,5$]	33% [$\pm 6,7$]	12% [$\pm 4,9$]	10% [$\pm 2,5$]	9% [$\pm 1,2$]
Disfunción grave	25% [$\pm 8,2$]	48% [$\pm 10,0$]	21% [$\pm 8,3$]	25% [$\pm 8,2$]	17% [$\pm 3,4$]
Estructura familiar	1997	2001	2004	2007	2010
Nuclear	11% [$\pm 1,7$]	15% [$\pm 2,5$]	15% [$\pm 2,3$]	10,8% [$\pm 1,7$]	3% [$\pm 2,7$]
Extensa	14% [$\pm 6,6$]	31% [$\pm 11,6$]	18% [$\pm 4,0$]	14,3% [$\pm 6,6$]	5% [$\pm 3,5$]
Monoparental	24% [$\pm 7,9$]	18% [$\pm 7,5$]	21% [$\pm 8,2$]	24,1% [$\pm 7,9$]	10% [$\pm 8,9$]
Reconstituida	17% [$\pm 15,2$]	33% [$\pm 27,2$]	19% [$\pm 10,2$]	16,7% [$\pm 15,2$]	6% [$\pm 6,8$]

Los datos se muestran como proporción \pm error estándar de la proporción.
Diferencias significativas: [*] $p = 0,079$ test χ^2 , [+] $p = 0,087$ test χ^2 , [#] $p < 0,001$ test de la χ^2

Tabla 24
 Patrón de consumo de drogas según la función y estructura familiar
 y el año de estudio.

Función familiar	Patrón de consumo	1997 [*]	2001	2004	2007	2010 [+]
Función normal	Ocasional	80%	78%	79%	56%	80%
	Fin semana	8%	18%	14%	29%	10%
	Diario	12%	6%	7%	15%	0%
Disfunción leve	Ocasional	53%	73%	80%	64%	68%
	Fin semana	40%	15%	20%	23%	16%
	Diario	7%	12%	0%	14%	16%
Disfunción grave	Ocasional	57%	75%	60%	100%	50%
	Fin semana	24%	20%	40%	0%	50%
	Diario	29%	5%	0%	0%	0%
Estructura familiar	Patrón de consumo	1997	2001	2004	2007	2010
Nuclear	Ocasional	63%	80%	82%	62%	75%
	Fin semana	26%	18%	18%	21%	20%
	Diario	11%	2%	0%	17%	5%
Extensa	Ocasional	75%	75%	86%	62%	56%
	Fin semana	0%	20%	13%	38%	44%
	Diario	25%	5%	1%	0%	0%
Monoparental	Ocasional	86%	70%	75%	50%	50%
	Fin semana	0%	21%	25%	50%	25%
	Diario	14%	9%	0%	0%	25%
Reconstituida	Ocasional	100%	72%	70%	50%	70%
	Fin semana	0%	10%	25%	25%	25%
	Diario	0%	8%	5%	25%	5%

Los datos se muestran como proporción ± error estándar de la proporción.
 Diferencias estadísticas: [*] $p < 0,1$ test χ^2 , [+] $p < 0,05$ test χ^2 .

5. Discusión

Los patrones de consumo de alcohol, tabaco y drogas han cambiado en la población general española en la última década (Observatorio Español de Drogas, 2004; Ballesta, 2004). Estos patrones de consumo varían en función de la localidad estudiada, con cambios no homogéneos (Mateos, 2002), siendo un hecho también constatable entre la población adolescente (Huertas, 1999; Prieto, 1999 y 2000; González-Meneses; 2004; Orgaz, 2005). La evolución del consumo de alcohol, tabaco y drogas observada en una población adolescente de una zona urbana de Jaén desde 1997 a 2010 ha variado tanto en cantidad como en su forma de consumo en general, con rasgos diferenciales respecto al consumo de la población adulta e incluso de otras poblaciones adolescentes.

Estos cambios se irán comentando y argumentando para cada sustancia adictiva estudiada, aunque a grandes rasgos una de las principales causas de estas diferencias es el rango de edad estudiado: los grandes estudios a nivel autonómico y nacional (Observatorio Español sobre Drogas, 2004; ESTUDES, 2008 y 2010; EDADES 2009; Observatorio de la Infancia en Andalucía, 2009) incluyen jóvenes con edad igual o superior a los 14 años. Sin embargo, la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco cada vez es más precoz, entre los 12 a 13 años (Espada, 2011; ESTUDES, 2008 y 2010) por lo que su estudio tal vez debería comenzarse en estas edades para abordar este problema de salud pública.

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana; además, esta edad media de inicio en el consumo de drogas se mantiene estable en la última década (ESTUDES, 2010). En el informe ESTUDES del año 2008 las sustancias que empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, el alcohol y los inhalables volátiles (en este último caso por una minoría) y las edades medias de inicio del consumo se situaron entre los 13 y los 14 años, sin muchas variaciones en estos últimos años. En el informe EDADES (2009) las drogas que se consumieron por término medio a una edad más temprana fueron las de comercio legal, como el tabaco, y las bebidas alcohólicas donde la edad media de inicio de consumo se sitúa en torno a los 16 años, cifra superior a la encuesta de Enseñanzas Secundarias. Este hecho puede deberse a la existencia de un sesgo de memoria, porque tanto en los datos obtenidos del presente estudio como en múltiples publicaciones (Palenzuela 2010) el primer contacto con el alcohol se produce a los 10-12 de años de edad.

En este trabajo de investigación los resultados han sido obtenidos de una población cuyo límite inferior de edad es 12 años, lo que puede aportar una información sobre el consumo en la primera etapa de la adolescencia. Este hecho aporta un valor añadido a los datos, dado que otros estudios tienen un límite de entrada más alta: en el ESTUDES los adolescentes encuestados tenían edades comprendidas entre los 14-18; en el informe EDADES se agrupan los datos de jóvenes en el grupo etario de 15 a 34 años y el estudio europeo ESPAD tiene una población de estudio comprendida entre 15 y 16 años. Otros estudios, sin embargo, comienzan a introducir a los adolescentes de la etapa inicial por la relevancia de los datos que aportan (Torregrosa 2007; Informe del Observatorio Andaluz sobre Drogas, 2005; Moreno, 2008 (HBSC 2006).

5.1 Consumo de alcohol en la adolescencia

El alcohol es el tercer mayor factor de riesgo de mortalidad prematura incapacidad y pérdida de la salud en el mundo. Europa es la región con el mayor consumo de alcohol *per cápita* en el mundo. El alto nivel de consumo trae consigo un alto nivel de daño, con la carga de la enfermedad y lesiones atribuibles al alcohol se estima en un 12% en 2004 (medido en AVAD), la cifra más alta de todo el mundo. En la Unión Europea, el consumo nocivo y peligroso es el tercer mayor factor de riesgo de mala salud, responsable de 195.000 muertes cada año y que representa el 12% de los varones y el 2% de la mortalidad prematura femenina. Todos estos datos se acompañan de una estimación de costo económico para la región europea de unos 125 mil millones de euros al año. Aunque los niveles de consumo de alcohol más alto del mundo se encuentran en el mundo desarrollado, esto no significa que la renta alta y el alto consumo siempre se traduzcan en altos problemas relacionados con el alcohol. Por ejemplo, los países de Europa Occidental tienen algunas de las más altas tasas de consumo de alcohol y, pese a ello, las tasas de mortalidad son relativamente bajas, aunque su carga de enfermedad relacionada con el alcohol puede ser alta.

El consumo de alcohol durante la adolescencia supone un importante riesgo, ya que su uso compromete tanto el desarrollo individual como el social. Según el Informe sobre la Situación Mundial sobre el Alcohol y Salud de la OMS (2011), el alcohol es el responsable directo de 2,5 millones de muertes cada año. En este informe se detalla cómo unos 320.000 jóvenes con edades comprendidas entre 15 y 29 años mueren por causas relacionadas con el alcohol, lo que supone un 9% de las muertes en ese grupo etario. El alcohol se asocia con muchos problemas graves de salud, sociales, familiares y de desarrollo; su consumo nocivo es un factor determinante para los trastornos neuropsiquiátricos, cardiovasculares, la cirrosis y varios tipos de cáncer. El uso nocivo de alcohol también se asocia a varias enfermedades infecciosas como el VIH o el SIDA, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Una proporción significativa de la carga de morbilidad atribuible al consumo nocivo de alcohol se deriva de las lesiones intencionales y no intencionales, incluidas las que la violencia, los accidentes de tráfico, y los suicidios. Además de todas las patologías previas, las lesiones fatales atribuibles al consumo de alcohol tienden a ocurrir en grupos de edad relativamente joven. Todos estos datos destacan la importancia del conocimiento del consumo de alcohol de la población adolescente y los cambios temporales que puedan aparecer.

5.1.1 Cambios en la prevalencia del consumo de alcohol.

El estudio del consumo mundial de alcohol en 2005 indicó que, pese a un consumo muy extendido, casi la mitad de todos los hombres y dos tercios de las mujeres no habían consumido alcohol en el último año (HBSC, 2006; ESTUDES, 2010). Uno de los datos más significativos encontrados en el presente estudio es el incremento progresivo del porcentaje de adolescentes que no consumen alcohol, tabaco ni ningún tipo de droga conforme pasan los años. Mientras que en 1997 sólo la quinta parte de la población adolescente estudiada no consumía ningún tipo de droga, se ha pasado a más de la mitad de los adolescentes valorados en el año 2010. Esta tendencia se aprecia también en la última encuesta ESTUDES (2010), donde se observa una reducción del consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso del tabaco, del cannabis y de la cocaína. Las tasas de abstinencia en la población general son bajas en países con altos ingresos, y se incrementa en países con menor renta como el norte de África y los países del sur de Asia (posiblemente por la gran extensión de la religión musulmana, con unas tasas de abstinencia en las mujeres es muy alta).

El porcentaje medio de adolescentes consumidores de alcohol en la población estudiada se sitúa en menos de la mitad de la población estudiada. Este porcentaje es inferior a lo señalado por otros trabajos publicados en nuestro país, como se aprecia en la tabla 5.1, y a la de encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES, 2008 y 2010) donde más del 80% había consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, tres cuartas partes de la población adolescente lo han consumido en el último año y más de la mitad en el último mes. En esta tabla 25 se muestra un resumen donde se aprecian importantes diferencias en la prevalencia entre diferentes estudios; esto se debe a las diferentes formas de consumo que pueden tener los adolescentes, desde un consumo de prueba a otros consumos intermitentes, ligados al ocio, en fin de semana o diarios. Estos patrones se discuten más adelante. En todos los países participantes del proyecto ESPAD (2007) al menos dos tercios de los escolares han bebido alcohol al menos una vez en su vida. Estas diferencias se deben a que el valor ofrecido es una media de cinco años diferentes, con prevalencias de consumo dispares que pasan progresivamente de las tres cuartas partes de la población estudiada a la quinta parte en el último año de estudio. Además, la inclusión de adolescentes de menos de 14 años hace que la prevalencia disminuya, pues es la etapa en la que se inicia el consumo de prueba.

La mayoría de estudios realizados en población española (Pérula, 1995; Gascón, 1995; Mengual, 2001; Cabrera, 2005; Informe del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, 2005; Ortiz, 2003b; Pérez-Milena, 2008) no incluye a los adolescentes del primer periodo, por lo que se obtienen esas prevalencias superiores a las encontradas en el presente trabajo. En cambio, los trabajos donde la población estudiada se encuentra en rangos de edades de 12 a 18, los porcentajes la prevalencia de consumo alcohólico está en torno a un 50%, similares al de la población estudiada (Torregrosa, 2007; Informe del Observatorio Andaluz sobre Drogas, 2005; Moreno, 2008 (HBSC, 2006). Los estudios que incluyen población adulta muestran prevalencias cercanas al 90%, como es el caso de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES, 2009), que incluye población comprendida entre los 15 a 64 años. No obstante se observa que, antes o después, la experiencia con el alcohol es casi universal en la sociedad española y en la cultura mediterránea, siendo una experiencia casi ineludible en el crecimiento social de los adolescentes (Pascual, 2007; Pérez-Milena 2010). Las influencias de determinados modelos sociales, las actitudes familiares y ciertos factores personales parecen ser decisivos para el consumo de alcohol (Caballero, 2005; Cortés, 2005; Pérez-Milena, 2010).

Por lo que respecta a las tendencias temporales, al inicio del estudio, en 1997, la proporción de adolescentes que consumían alcohol era de un 77% disminuyendo a menos de la mitad en 2010, repercutiendo este hecho directamente en el incremento de adolescentes que no consumen ningún tipo de drogas a lo largo de estos años. Esta tendencia se observó en los años noventa en la población española adolescente (Casas, 1996), continuándose hasta 2006 (ESTUDES, 2008) y experimentando una posterior estabilización en 2008. Por tanto, parece que de una forma progresiva cada vez un menor número de adolescentes encuestados reconocen beber alcohol. Sin embargo, no ocurre así en todos los estudios poblacionales realizados en España. El estudio EDADES (2009), con población española comprendida entre los 15 a 64 años, informa hasta 2005 sobre la estabilidad en la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual, aunque a partir de dicho año los porcentajes de consumo pueden haber comenzado a descender aunque de una forma leve (inferior al 5%). En la encuesta ESTUDES (2010) se comprueba como la extensión del consumo alcohólico se mantiene estable, algo que puede deberse a que el alcohol es la sustancia que se percibe menos peligrosa.

También las prevalencias de consumo en el estudio europeo (ESPAD, 2007) han permanecido relativamente sin cambios desde 1995 hasta 2007 para el consumo en los últimos 12 meses, mientras que las cifras correspondientes al consumo del último mes comenzaron a descender a partir del año 2007. A nivel mundial, según la Encuesta Global de la OMS sobre Alcohol y Salud (2008) y Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS, 2008), la tendencia de consumo en los 5 años, de los 73 países que respondieron, descendió sólo en el 4%, y cuando se realizó en edades de 18 a 25 años, indicó que el 11% de los 82 países que respondieron mostraron una disminución en las prevalencias del consumo de alcohol.

5.1.2 Cambios en el consumo cuantitativo de alcohol.

Con la unidad de bebida estándar (UBE) se quiere indicar el contenido habitual de alcohol absoluto en una consumición tipo y de esta manera calcular de manera rápida la cantidad de alcohol ingerida. En nuestro país 1 UBE se equipara con 10 gramos de alcohol absoluto a diferencia de otros países, en los que se ha considerado la UBE en 8 gramos. El tomar una caña o un botellín de cerveza, o un vaso de vino, equivale a haber consumido una unidad de bebida estándar, es decir 10 gramos de alcohol puro. Por lo general consumir un combinado o cubata supone consumir dos unidades de bebida estándar, equivalente a 20 gramos de alcohol. La media de consumo semanal de alcohol en este estudio, se sitúa en 6,65 UBE por semana, oscilando entre 4,10 UBE/semana a 9,20 UBE/semana. En los tres primeros años de estudio la media de ingesta alcohólica es superior a la media global, con una media de consumo de 8,7 UBE/semana (9,3 en 1997; 8,7 en 2001; y 8,4 en 2004). Este consumo decrece en el año 2007, con una ingesta de 4,3 UBE/semana pero vuelve a aumentar en 2010, a una cantidad de 5,7 UBE/semana, pese a que la prevalencia del consumo ha ido disminuyendo progresivamente hasta este último año.

El *Libro blanco sobre la relación entre alcohol y adolescencia en España* (2006) muestra el consumo cuantitativo de alcohol detectado una muestra de 5.488 adolescentes de 12 a 18 años de edad, residentes en municipios de más de 50.000 habitantes. Este consumo asciende a una media de 6,88 UBE al mes, lo que es un resultado moderadamente bajo e inferior al que se encuentra en el presente estudio. Posiblemente viene a indicar que un gran número de consumidores de bebidas alcohólicas sólo lo hacen de forma ocasional, sobre todo en la franja de edad de 12 a 15 años, tal y como ocurre en el presente estudio. Aunque la encuesta ESTUDES (2008 y 2010) no recoge las cantidades de alcohol consumidas por los adolescentes, sí que recoge que la proporción de consumidores actuales de alcohol está estabilizada con respecto a 2006 y ha sufrido un importante descenso desde 1994 (75,1%) hasta 2008 (58,5%), aunque sufre un incremento en 2010 hasta un 63%, existiendo un aumento progresivo de las prevalencias de intoxicación alcohólica aguda, lo que puede hacer sospechar un incremento del consumo cuantitativo.

El consumo mundial en 2005 fue igual a 6,13 litros de alcohol puro consumido por persona, en la población con una edad igual o superior a los 15 años. Sin embargo, a pesar de este amplio consumo, casi la mitad de todos los hombres y dos tercios de las mujeres no han consumido alcohol en el último año (Informe sobre la situación mundial sobre el alcohol y la salud 2011, OMS). En 2007 (ESPAD, 2007) el volumen de alcohol medio de alcohol consumido a nivel europeo, fue de 4,2 litros de alcohol puro por bebedor, con grandes variaciones entre países: Armenia es el de menor consumo (1,6 litros) y Dinamarca el de mayor ingesta (7,5 litros). Sorprende que en los países europeos la cantidad total de alcohol sea habitualmente baja en los países donde los escolares beben con frecuencia; por ejemplo en Grecia, con una alta prevalencia de consumo alcohólico adolescente, la tasa de alcohol es de 3,1. Y el fenómeno contrario se produce en los países con bajas frecuencias de consumo.

Tabla 25

Estudios españoles sobre prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes

Autor	Localidad	Muestra	Edad	Consumo	Edad de inicio	Borrachera	Edad 1ª borrachera	
ESTUDES 2010	España	31.967	14-18	75%	13,7	36%		
Albares 2008	Barcelona	315	13-19	44%				
Torregrosa 2007	Alicante	354	12-18	82%				
HBSC 2006	España	21811	11-17	58%	13,6	30%	14,59	
			11-12	17%				
			13-14	48%	♂12,2 ♀12,99			
			15-16	81%	13,51	45%	14,28	
			17-18	91%	14,37	65%	15,25	
Almazán 2006	Orense	491	14-16	73%	13			
Observatorio Andaluz sobre Drogas 2005	Andalucía	250	12-13	23%	12	3%		
Pérez-Milena 2004	Jaén	386	12-17	45%	14,2			
ESTUDES 2004	España	26454	14-18	82%	13,7	43%	13,7	
Ortiz 2003	Córdoba	360	14-18	73%				
Orgaz 2005	Toledo	625	13-18	93%	13,25	52%	14,2	
Moreno 2008	España	13552	11-18	56%	13,21	31%	14,43	
			11-12	10%	9,34	3%	9,9	
			13-14	32%	11,42	12%	12,35	
			15-16	70%	13,24	41%	14,05	
			17-18	87%	14,24	66%	15,14	
Cabrera 2005	Lanzarote	1399	12-18	69%	12,1			
Ortiz 2002	Córdoba	758	11-17	80%	11,6	24%		
López 2001	Cartagena	1004	13-17	83%	13,7	48%		
Paniagua 2001	Cantabria	2178	12-16	69%		46%		
Alcalá 2000	Málaga	141	14-17	60%	13,3			
Prieto Albino 2000	Extremadura	996	13-14	54% 16% (*)				
Olesti 2000	Reus	637	16-18	66%	14,1			
López 1999	Cartagena	1004	13-17	83%	13,7			
Mendoza 1998	España	6711	11-18	84% 21% (*)		66%		
Rosado 1997	Madrid	994	12-18	73%		60%		
Martínez-Álvarez 1996	Lugo	805	14-18	35% (*)		43%		
Gascón 1995	Córdoba	1195	11-17	63%		20%		
Salcedo 1994	Cuenca	672	11-16	60%				
Pérula 1995	Córdoba	548	10-15	44%	12,5	17%	14	

(*) Consumo de alcohol de forma continuada

Las medias de consumo cuantitativo de alcohol no superan el límite semanal de consumo de riesgo, que se fija en 28 UBE semanales en varones y 17 UBE en mujeres, coincidiendo con otros estudios españoles (Colom, 2003). Sin embargo, este dato puede conducir a error dado que este consumo se concentra básicamente en los fines de semana. Los resultados obtenidos muestran una disminución progresiva de la prevalencia de consumo pero con un incremento del consumo cuantitativo, lo que indica que bebe un porcentaje menor de adolescentes pero lo hacen en mayor cuantía. La medida empleada para cuantificar el consumo es semanal, mientras que en la práctica se está comprobando cómo muchos adolescentes que consumen alcohol lo hacen de forma puntual y en grandes cantidades, por lo que cumplen el segundo criterio de consumo de riesgo con una ingesta alcohólica de 6 ó más UBE por ocasión de consumo.

A un 7,4% de las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida se les puede atribuir un consumo de riesgo/perjudicial, lo que supondría 2 millones personas (1.320.000 hombres y 680.000 mujeres) (EDADES, 2009). Según el Eurobarómetro publicado en abril de 2010 (*EU citizens' attitudes towards alcohol: Eurobarómetro, 2010*), la mayoría de los ciudadanos de la Unión Europea afirman beber de una forma moderada. Casi el 70% consumen, por lo general, dos o menos bebidas en un día, pero un 10% han consumido en el último mes 5 o más bebidas. Dentro de la Unión Europea, los países con el mayor número promedio de bebidas por día en 2003 fueron Irlanda, Finlandia, Dinamarca y el Reino Unido. En los años 2006 y 2009 estos países siguen teniendo el mayor porcentaje de los encuestados que dicen que por lo general tienen más de 2 tragos en un día en que beben. En el otro extremo de la escala, Italia ha dejado de ser el país de la Unión Europea donde los encuestados indican el número más bajo de bebidas por día. Las tendencias a partir del otoño de 2006 a otoño de 2009 muestran que los países donde más se ha incrementado el consumo son Lituania (las personas que toman 3-4 bebidas diarias suben del 14% al 22%) y Eslovaquia (con un incremento del 17% a 26%). Los hombres (34%) son más propensos a tener tres o más bebidas en una sola sesión de las mujeres (20%), algo que no ocurre en la población adolescente estudiada, donde no hay diferencias de género en los patrones cualitativos ni cuantitativos de consumo de alcohol. El Eurobarómetro del año 2010 también muestra que los niveles de consumo más altos se encuentran en el grupo de edad más joven, entre los 15 y los 24 años. Casi la mitad de este grupo etario presenta un consumo de tres o más bebidas en una sola sesión frente a menos de un 20% del grupo de personas mayores de 55 años. En cuanto a los grupos ocupacionales, los mayores porcentajes de encuestados que por lo general tienen 3-4 bebidas o más por ocasión son los estudiantes (46%) y los desempleados (41%), y el más bajo entre las amas de casa (20%) y los jubilados (17%).

Las comparaciones de estos datos con otros estudios sugieren que los niveles de consumo en la población general se han mantenido relativamente constantes, a diferencia de lo que encontramos en la población adolescente. En España, a principio de los años 2000 sólo en una pequeña proporción de la población adolescente se observó un consumo calificado de abusivo (Libro blanco sobre la relación entre alcohol y adolescencia en España, 2001). Sin embargo, a partir del año 2004 la prevalencia de intoxicaciones alcohólicas agudas se sitúa en porcentajes cercanos al 30% de la población adolescente (ESTUDES, 2008) con un pequeño descenso en 2006 que se corrige al alza en 2008. Estos datos confirman la tendencia ascendente observada desde 1994 en lo referente al consumo masivo de alcohol en la población adolescente tanto en Europa como en España. Así, en el cuestionario ESTUDES de 2010 el porcentaje de adolescentes que se han emborrachado en el último mes es de casi un 36%, el máximo desde el año 1994.

Por lo tanto, aunque se mantiene estable la prevalencia del consumo de alcohol, parece que aumenta la tendencia a beber de forma más intensiva entre los adolescentes que consumen alcohol, concentrándose en el fin de semana. Es el denominado fenómeno de *binge-drinking* (o “atracción”). Este fenómeno se da fundamentalmente en hombres de 15 a 34 años (EDADES, 2010): en 2009, el 14,9% de la población de 15 a 64 años hizo *binge-drinking* (70% hombres y 30% mujeres). La encuesta ESTUDES (2008) investigó el consumo intensivo o problemático valorando la presencia de borracheras y el consumo de cinco o más vasos o copas en la misma ocasión, entendiendo por “ocasión” el tomar las bebidas seguidas o en un intervalo aproximado de dos horas. En 2008 más de la mitad de los estudiantes de 14-18 años se había emborrachado alguna vez en la vida, siendo más frecuente en los mayores. Por otra parte, más de un 40% de los estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días habían tomado algún día en ese período 5 ó más vasos/cañas o copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión o en un intervalo aproximado de 2 horas. Según el estudio EDADES (2009) el 23% de la población de 15 a 64 años se emborrachó en los últimos 12 meses. (67% hombres y 33% mujeres) apreciándose una tendencia ascendente de las borracheras de 15 a 64 en ambos sexos y grupos de edad.

Por tanto, se puede concluir que aunque disminuye la prevalencia del consumo de alcohol entre los adolescentes encuestados a lo largo del tiempo, no ocurre igual con la cantidad de alcohol ingerida, que pese a disminuir inicialmente luego presenta un aumento en el último año de estudio. Esto, junto a los nuevos patrones de consumo que se discuten en el siguiente punto sugiere un cambio en la ingesta alcohólica, incrementándose la presencia de consumo de grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión de consumo.

5.1.3 Cambios en el patrón de consumo de alcohol

Mientras que el cuestionario ESTUDES en todos sus años opta por interrogar a la población adolescente en base al consumo de alcohol alguna vez, en los últimos 12 meses o en el último mes, en este estudio se ha preferido preguntar en base al patrón de consumo definido como no consumo, intermitente, en fin de semana y diario. Por un lado, aporta una mayor información sobre la continuidad del consumo alcohólico del adolescente consumidor al tiempo que aporta información sobre cómo se distribuye en el tiempo la ingesta de alcohol. Por otro lado, no permite diferenciar de forma exacta el consumo ligado al tiempo de ocio, dado que no siempre el adolescente lo va a relacionar con el fin de semana: un importante porcentaje de adolescentes con consumo intermitente se referirán a un consumo ocasional o de prueba, mientras que otros harán referencia a consumos durante el tiempo de ocio, preferentemente nocturno.

Estos patrones de consumo estudiados varían durante el transcurso del estudio. Los cambios observados en el consumo de alcohol de la población adolescente estudiada muestran una disminución progresiva en el consumo diario, manteniéndose el consumo en fin de semana y con un incremento progresivo del consumo ocasional. Estos cambios también se encuentran en la población española de 15-64 años de edad (EDADES, 2009). El consumo ocasional es más frecuente en adolescentes menores, definiendo el contacto inicial con el alcohol. Este consumo intermitente (experimental o de prueba) es el que sufre un incremento durante los últimos dos años del estudio con un ascenso en su prevalencia desde 1997 hasta 2007, con un pequeño descenso en el último año de estudio. El consumo intermitente se incrementa en todas las bebidas, aunque el aumento más significativo se encuentra en las copas, que pasa de un consumo ocasional de un 50% en 2001 hasta un 88% en 2010. Este hecho puede indicar

que la mayoría del consumo intermitente no se trataría de un consumo de prueba sino de un consumo ligado al ocio nocturno, de tipo *binge-drinking* tal y como se describe en el siguiente párrafo. El cuestionario ESTUDES (2010) encuentra un aumento del consumo intensivo (borracheras) de forma que 3 de cada 10 adolescentes que beben se emborrachan en el último mes en el año 2010; de igual forma, prácticamente todos los estudiantes han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, han bebido en fin de semana, y casi una cuarta parte del conjunto de estudiantes encuestados beben todos los fines de semana, datos que hacen universal el contacto de los adolescentes con el alcohol.

El consumo intermitente está compuesto principalmente por adolescentes en su primer contacto con el alcohol, pero posiblemente hay un grupo cada vez mayor de jóvenes que califican así su consumo por estar muy ligado al ocio nocturno. En la literatura española especializada sobre el consumo de alcohol de los últimos años (Becoña, 2006; Calafat, 2007^a y 2007^b; Míguez, 2008; Moral, 2007) se constata que este uso se hace extensivo a un amplio espectro del colectivo juvenil, vinculándolo a renovados modos de esparcimiento, como manifestaciones de una cultura recreativa nocturna de fin de semana (o de momentos de ocio) que se va imponiendo en espacios vivenciales compartidos con el grupo de iguales. Tales tendencias expansivas de la popularización del consumo de fin de semana responden a la modalidad calificada como “botellón” (Calafat, 2004; Cortés, 2007; Cortés 2008; Franco, 2005; Gómez-Fraguela, 2008) y a otras prácticas propias de la cultura recreativa juvenil (Bellis, 2003; Moral, 2006), entre otros indicadores básicos. Habitualmente tales prácticas van asociadas a consumos excesivos y concentrados de alcohol de acuerdo al patrón de consumo *binge-drinking* (o atracón) (Anderson, 2007; Farke, 2007) que se observan en toda Europa (Eurobarómetro, 2010; Moral, 2003).

Las características del botellón entre la población adolescente española han sido bien estudiadas (Cortés 2007). Los resultados confirman la reducción progresiva en la edad de inicio en la práctica del botellón, situándose en los 13 años de edad lo que prácticamente supone que el inicio del consumo para el menor ocurre durante el botellón. No hay diferencias por sexos, al igual que ocurre prácticamente en todos los años del estudio, y se confirma la tendencia europea que muestra una radicalización del consumo: incremento notorio de bebidas de alta graduación independientemente de la edad y del sexo, llegando a tasas de alcoholemia medias de aproximadamente 1,5 gr., con una frecuencia media de 2 veces por semana y durante más de 6 meses al año. Todo esto suele unirse a una falsa percepción sobre los efectos derivados del consumo al sobredimensionar los aspectos positivos (ESTUDES, 2010; Pérez-Milena, 2010). Asistimos, por tanto, a un cambio profundo en la forma de beber de los adolescentes españoles que sustituyen el modelo mediterráneo y diario, donde predomina el vino, por un modelo anglosajón similar al del resto de Europa con un consumo intermitente y masivo asociado al fin de semana y con una ingesta de alcohol de alta graduación (Pérez-Milena, 2007a; Sánchez, 2002; Fernandez-Crehuet, 2008). Según datos de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (Guía sobre drogas, 2007), el 48,6 % de los menores de 12 a 18 años atendidos por intoxicación en urgencias hospitalarias, habían consumido alcohol y/o drogas ilegales. El 67,1% de ellos acudió entre las 20 h del viernes a las 9h del lunes. El 92,9% había consumido alcohol (un 10% de éstos consumieron además drogas ilegales) y el 7,1% restante consumió únicamente drogas ilegales (Guía sobre drogas, 2007).

El consumo diario de alcohol es el que presenta un gran descenso en el estudio. Se sitúa preferentemente en la franja de edad entre los 15 y 17 años, aunque destaca el año 2001 por el elevado porcentaje de consumo diario entre los adolescentes de 13 y 14 años. El consumo de alcohol de forma diaria experimenta un fuerte descenso en el año 2004, con una

prevalencia situada entre el 2-3% del total de consumidores y sin ningún adolescente que indicara esa forma de consumo en 2007, disminuyendo el consumo de todos los tipos de bebida hasta desaparecer, salvo la cerveza. En la población española de 35-64 años (EDADES, 2009) esta forma de consumo alcohólica diaria tiene una prevalencia superior, del 14,5%, frente a los hábitos de la población de 15 a 34 años, que es inferior al 4%. Hay que recordar, no obstante, que el consumo diario de alcohol se relaciona con un mayor consumo cuantitativo en los adolescentes.

5.1.4 Cambios en las preferencias por el tipo de bebida alcohólica consumida.

El tipo de bebidas alcohólicas consumidas por la población adolescente del estudio son la cerveza, el vino y las copas (bebidas de alta graduación y combinados). Se aprecia cómo, de forma progresiva disminuye el consumo de cerveza y de vino entre los adolescentes mientras que el consumo de bebidas de alta graduación, en forma de combinados fundamentalmente, se incrementa paulatinamente cada año. La cerveza es consumida por el 60% de los adolescentes al inicio del estudio, el vino por el 46% y las copas por el 50%, variando dichos porcentajes al final del estudio. Las preferencias de los adolescentes por determinadas bebidas también se recogen en los resultados obtenidos por el *Libro blanco sobre la relación entre alcohol y adolescencia en España*, mostrando cómo en 2001 las bebidas alcohólicas de iniciación al consumo fueron, por orden decreciente: la cerveza, que obtuvo el 23 % de las respuestas del total de consumidores de bebidas alcohólicas; el “botellón” (21 %); el vino (19 %); los licores (19 %) y los destilados (11 %). Los chicos utilizaron como bebida de iniciación al consumo en mayor medida que las chicas la cerveza, el vino y los destilados, mientras que éstas optaron con más frecuencia por los licores. Por edades, las personas de 18 años, en oposición al resto de los grupos, utilizaron en mayor medida la cerveza como bebida de iniciación, y en el grupo de 16 a 17 años las bebidas más frecuentes fueron los licores. Las bebidas alcohólicas por las que optaron los adolescentes de forma predominante son los destilados combinados (52 %) y los licores (50 %). Los adolescentes introdujeron de forma sistemática las bebidas de alta graduación: los destilados representaron el 38 % del total de unidades de consumo al mes (21 % combinados y 17 % sin combinar), es decir, la más consumida por los jóvenes, porque su experiencia ya les permite instrumentalizarla. El ejemplo perfecto lo constituyen los denominados “chupitos”, potentes revulsivos de la desinhibición.

Según los datos obtenidos en el presente trabajo, tanto la cerveza como el vino presentan un descenso de su consumo hasta la tercera parte de los bebedores en 2004 y a menos del 10% en 2010. La situación final encontrada en la población de jóvenes estudiada es que los destilados combinados y sin combinar son las bebidas alcohólicas más consumidas por los jóvenes y adolescentes españoles (38%), seguidos de la cerveza embotellada y a granel (25%) y de los licores (16%). Estos datos se confirman tanto en el estudio EDADES (2008) como en la encuesta ESTUDES (2010), donde hasta un 76% de los adolescentes que consumen alcohol en fin de semana prefieren los combinados los cubatas, frente al vino (26%) o la cerveza (45%).

Esto contrasta con los datos obtenidos de la población adulta española, donde la cerveza es la bebida consumida por una mayor proporción de personas tanto en fines de semana como en días laborables, situándose en segundo lugar el vino/champán, aunque el consumo de combinados/cubatas le sigue muy de cerca durante el fin de semana (EDADES, 2009). Según la encuesta ESTUDES (2010) más de un 20% de los adolescentes que consumen alcohol de forma diaria prefieren la cerveza, por delante de los combinados (15%) o del vino (8%). Entre los adolescentes la cerveza se sitúa, pese al descenso en su consumo, como la principal elección

en el patrón de consumo diario entre los adolescentes. En una gran mayoría de países europeos (ESPAD, 2007) la cerveza es la bebida predominante entre los chicos, mientras que en algo más de la mitad de los países los licores son la bebida más importante entre las chicas. Esta diferencia por sexo no se encuentra en los resultados de este trabajo.

El consumo de las bebidas de alta graduación experimenta un incremento desde el 50% en 2007 hasta el 85% en 2010, hecho que se observa también en la población 15-64 años con un 2,5% de consumidores en días laborables frente a un 12,5% en fin de semana. Si se observan las prevalencias de consumo de las distintas bebidas alcohólicas en fin de semana y en días laborables para el grupo de edad de 15-34 años y para el de 35-64 años, se observa que el consumo de bebidas alcohólicas de alta graduación entre los más jóvenes está más centrado en el fin de semana (EDADES, 2009). Estos cambios en el tipo de consumo pueden deberse a las diferentes formas de consumir y a los lugares donde los adolescentes consiguen las bebidas alcohólicas: en los últimos 30 días, dos tercios de los consumidores había bebido en bares o pubs, otros dos tercios en espacios abiertos y más de la mitad en discotecas. Los lugares donde los estudiantes consiguieron con más frecuencia bebidas alcohólicas fueron bares o pubs (52%), discotecas (43%) y supermercados (49%) (ESTUDES 2010).

5.1.5 Cambios en el consumo en función del sexo.

Según el informe sobre la situación mundial sobre el Alcohol y Salud 2011 de la OMS y el estudio europeo ESPAD (2007), el uso nocivo del alcohol es una amenaza particularmente grave para los hombres. A nivel mundial, es el factor de riesgo de muerte más importante en varones de 15 a 59, principalmente debido a las lesiones, la violencia y las enfermedades cardiovasculares. A nivel mundial, 6.2% de las muertes masculinas son atribuibles al alcohol, en comparación con el 1,1% de las muertes de mujeres. Las clases sociales deprimidas y bajos niveles educativos se relacionan con un mayor riesgo de muerte relacionada con el alcohol, enfermedades y lesiones, y es mayor para los hombres que las mujeres. A nivel europeo, la mayoría de los problemas relacionados con el alcohol entre los chicos son las peleas y los problemas con la policía. Sin embargo, otros problemas son prácticamente iguales y en algún caso (como la existencia de graves problemas con los amigos) son, incluso, ligeramente superiores entre las chicas.

Hay evidencias en estudios de cohorte de base poblacional que beber durante la adolescencia tardía puede provocar la muerte prematura entre los hombres, principalmente a través de accidentes de tránsito y suicidios (McCambridge, 2011). También existe un estudio donde se asocia el consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia con diferencias específicas de género en la activación cerebral frontal, temporal, y el cerebelo durante una tarea de memoria de trabajo espacial, que a su vez se relacionan con el rendimiento cognitivo; en este estudio se demostró que las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos neurotóxicos del consumo excesivo de alcohol durante la adolescencia, mientras que los hombres pueden ser más resistentes a los efectos nocivos de la bebida en exceso (Squeglia, 2011).

En la población general el consumo de alcohol, tanto a nivel nacional como europeo (EDADES, 2009; Eurobarómetro, 2010), está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, cualquiera que sea el indicador que se considere, aunque las diferencias relativas son bastante mayores al referirse al consumo frecuente o intenso. En Europa, según el Eurobarómetro (2010), los hombres son más propensos (92%) a haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días frente a las mujeres (83%), lo que sugiere que la proporción de bebedores

ocasional entre las mujeres es ligeramente superior. En el curso de los últimos 12 meses los hombres tienen muchas más probabilidades (84%) de haber realizado un consumo de bebidas alcohólicas sobre las mujeres (68%). Los hombres son más propensos a beber con frecuencia que las mujeres, un 19% de los hombres dicen que beben diario de alcohol, en comparación con sólo el 8% de las mujeres. Los hombres (34%) son más propensos a tener tres o más bebidas en una sola sesión de las mujeres (20%).

Los datos presentados en este trabajo se diferencian del comportamiento por sexos ante el consumo en la población general. Existen ligeras diferencias en el consumo de alcohol según el sexo y el año de estudio pero sin significación estadística, tanto en el patrón de consumo cualitativo como cuantitativo. Estos cambios pueden tener que ver con los patrones de consumo adoptados por los adolescentes: en los datos del presente estudio se aprecia un mayor consumo diario los dos primeros años de estudio en ambos sexos y un incremento de consumo en fin de semana por parte de las mujeres en 2010.

A nivel Europeo, en casi todos los países, los chicos consumen mayores cantidades de alcohol que las chicas. El contraste más pronunciado se observa en Islandia, donde las chicas declaran mayores cantidades que los chicos (ESPAD, 2007). En otras culturas diferentes, como la asiática, se ha puesto de manifiesto el aumento del consumo de alcohol y el abuso entre las mujeres adolescentes: aunque su consumo no se ha extendido de forma problemática y crónica, sí ha alcanzado una magnitud tal para tenerse en cuenta en las políticas y estrategias de intervención legal (Zhong, 2010).

A nivel nacional, las prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 12 meses de la población de 15 a 64 años de la encuesta nacional de 1995-2008 (EDADES, 2009) es mayor en todos los años en hombres que en mujeres. A nivel nacional, por ejemplo, el cociente de prevalencias hombre/mujer fue sólo de 1,2 para la prevalencia anual de consumo, de 2,1 para la prevalencia anual de borracheras, de 1,5 para la prevalencia mensual de consumo, de 2,7 para la prevalencia mensual de consumo de 5 vasos o más en alguna ocasión, y de 3,2 para la prevalencia de consumo diario en el último mes (EDADES, 2009). En la Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES, 2008) se observó un consumo de alcohol ligeramente más elevado para las mujeres que para los hombres. Se aprecia una tendencia a la disminución del número de unidades de bebida estándar consumidas por semana en ambos sexos desde 1997 a 2007, con un leve aumento en 2010. Un reciente estudio realizado a nivel nacional en EEUU encuentra también diferencias en el consumo de alcohol en función del sexo (Swendsen, 2012). En la última encuesta escolar (ESTUDES, 2010) se aprecia que el consumo de drogas legales como tabaco, alcohol o hipnosedantes está más extendido entre las mujeres, aunque los hombres que consumen alcohol lo hacen con mayor intensidad (frecuencia o cantidad) que las mujeres. Las diferencias con los datos obtenidos en el presente trabajo pueden deberse, de nuevo, a la diferencia de edades estudiadas entre esta investigación y los estudios realizados dentro del marco del Plan Nacional contra las Drogas. Otra posible causa sea que al inicio la prevalencia del consumo de alcohol entre las mujeres de la zona estudiada fuera más elevada que en otras zonas de España, con lo que el incremento de la prevalencia de consumo en mujeres no fuera tan evidente.

La prevalencia de borracheras en adolescentes españoles en los últimos 30 días es similar en hombres (29,4%) y mujeres (28,7%) (ESTUDES, 2008), algo que varía según el sexo en los EEUU (Swendsen, 2012). El fuerte consumo episódico de alcohol en los últimos 30 días ha aumentado entre 1995 y 1999, pero también entre 2003 y 2007. En este último período el

dato afecta especialmente a las chicas, con un aumento del 35 % al 42 % (ESTUDES, 2008). En 1995 el consumo episódico de alcohol era, en promedio, mucho más común entre los chicos que entre las chicas, pero esta diferencia ha disminuido significativamente en 2007.

5.1.6 Cambios en el consumo en función de la edad

El consumo de alcohol por edades presenta unas prevalencias similares a la media, con cambios en el mismo sentido; así, se aprecia como hay una disminución del mismo en todas las edades desde 1997 a 2010, tanto en la prevalencia de ingesta de alcohol como en su cantidad. El otro dato significativo encontrado es que la proporción de consumidores de las distintas drogas aumenta progresivamente con la edad, al igual que ocurre en la encuesta escolar ESTUDES (2010). Las prevalencias del consumo alcohólico se van incrementando progresivamente a medida que los adolescentes se hacen más mayores, de forma que los porcentajes de adolescentes con 17-18 años de edad que son consumidores de alcohol es la más alta de todas en todos los años de estudio, más elevada que los datos de la población general (EDADES, 2009). En la encuesta escolar nacional ESTUDES del año 2008 la edad de mayor consumo se sitúa en la franja de 14-15 años; los resultados del año 2010 muestran que para el alcohol los mayores incrementos de la extensión del consumo se producen entre los 14 y los 16 años.

Existen diferencias relacionadas con los patrones de consumo del alcohol observados entre los adolescentes. A nivel nacional el consumo de alcohol entre los estudiantes se concentra en el fin de semana: casi todos habían bebido en fin de semana, mientras que menos del 40% lo había hecho en días laborables (ESTUDES, 2008). La mayoría de la población española de 15-64 años lo consume de forma intermitente o asociado al ocio nocturno, y sólo un 10,2% a diario durante el último mes (EDADES, 2009). Por otro lado, tan sólo un 3% de los jóvenes europeos de 15-24 años refieren beber diariamente. Los datos de este trabajo y el de otros estudios coinciden en valorar que el consumo ocasional intermitente o de prueba es más frecuente en los adolescentes de menor edad. Los porcentajes de adolescentes que consumen alcohol se incrementan posteriormente fundamentalmente por el consumo en fin de semana y el consumo diario aparece se sitúa preferentemente en la franja de edad entre los 15 y 17 años. El año 2001 destaca por el elevado porcentaje de consumo diario entre los adolescentes de 13 y 14 años, algo que disminuye drásticamente el resto de los años.

El patrón de consumo varía según el año de estudio, disminuyendo el consumo diario para incrementarse los consumos ocasionales y en fin de semana. Los consumos en días laborables en estudiantes españoles aumentan hasta el año 2000, sobre todo en chicos, para disminuir de forma considerable en 2002 y en años posteriores ir aumentando hasta en 2008 casi alcanzar valores del año 2000 (ESTUDES, 2008 ; EDADES, 2009). Los consumos de fin de semana disminuyen en el año 2000 para luego volver aumentar hasta 2008, siendo en muchos casos mayor el de las chicas. Por lo que respecta a las tendencias temporales de la población española de 15 a 64 años, hasta 2005 se apreciaba una estabilidad en la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual, pero a partir de dicho año las prevalencias de consumo pueden haber comenzado a descender (EDADES, 2009).

La edad de inicio del consumo de alcohol ha ido bajando progresivamente en esta última década, y se convierte en un hecho preocupante dado se asocia con una mayor vulnerabilidad al abuso de alcohol y dependencia posterior. En este estudio no se han obtenido datos sobre la edad de inicio del consumo, aunque la evolución del consumo según la edad en cada año da

una idea aproximada de las tendencias en el consumo de los adolescentes. En 2008 las sustancias que empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, el alcohol, y los inhalables volátiles (en este caso por una minoría), cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años (ESTUDES, 2008). Se ha comprobado que un inicio temprano del consumo multiplica casi por cuatro las posibilidades de desarrollar trastornos por consumo de alcohol frente a los que inician el consumo más tardíamente, con unos mayores consumos cuantitativos (Jenkins, 2011; Blomeyer, 2011). Además, el tipo de personalidad del adolescente antes del inicio del consumo también determinará la aparición de estos trastornos relacionados con el alcohol y condicionará la madurez de la personalidad en la transición a la adultez emergente (Hicks, 2011). Para la continuación del consumo en la fase adulta intervienen igualmente otros factores como la dependencia al alcohol o la propia salud física y mental del adolescente (McCambridge, 2011). Otros estudios refieren que beber regularmente antes de los 21 años había una mayor tasa de dependencia del alcohol en la edad adulta, el inicio del consumo regular de alcohol antes o durante los 14 años no estaba relacionada con una mayor cronicidad de la dependencia del alcohol que la iniciación en el uso regular de alcohol en la adolescencia media o tardía (Guttmanova, 2011).

5.1.7 Relación entre el patrón de consumo de alcohol y la cantidad de alcohol ingerida.

En el estudio se ha medido el consumo cuantitativo en UBE por semana. En los grandes estudios realizados por las diferentes administraciones públicas (OMS, 2010; Eurobarometro, 2010; ESTUDES, 2008; EDADES, 2009) el consumo intensivo o problemático se considera a las borracheras y el consumo de cinco o más vasos o copas en la misma ocasión, entendiéndose por “ocasión” el tomar las bebidas seguidas o en un intervalo aproximado de dos horas. Sin embargo, no se informa sobre los patrones de consumo, algo que sí recoge la encuesta de este trabajo. Por tanto, los datos presentados ofrecen un nuevo punto de vista sobre los patrones de consumo de alcohol y la cantidad de alcohol ingerida en cada caso.

El consumo cuantitativo de alcohol de los adolescentes está relacionado con el patrón de consumo. En el trabajo presentado las cantidades ingeridas de alcohol se van incrementando progresivamente desde el consumo intermitente, que supone la menor ingesta, al consumo en fin de semana, con un salto cuantitativo muy importante, hasta el consumo diario, que es el patrón de consumo donde se aprecia una mayor ingesta etílica. Estos datos pueden llevar a engaño si no se tiene en cuenta que el patrón de fin de semana se recoge como un consumo semanal pero, a diferencia del consumo diario, la ingesta se realiza en un breve espacio de tiempo (uno o dos días a la semana). En 2010 se incrementa el consumo intermitente y se asocia a un consumo cuantitativo mayor, posiblemente porque se entiende por la población encuestada que el consumo asociado al ocio pero fuera del fin de semana se debe clasificar en este apartado. Según la encuesta ESTUDES (2010) en los últimos 30 días dos terceras partes de los consumidores de alcohol habían bebido en bares o pubs, otras dos terceras partes en espacios abiertos y algo más de la mitad en discotecas. Estos datos orientan a un predominio casi absoluto del consumo de alcohol entre adolescentes asociado a momentos de ocio.

En general, a nivel mundial, los patrones de consumo peligrosos y nocivos, tales como beber hasta la intoxicación y el consumo excesivo de alcohol parecen estar en aumento entre los adolescentes y adultos jóvenes (OMS, 2007; McAllister, 2003; Lancet, 2008; Informe sobre la situación mundial sobre el alcohol y salud 2011 OMS). También a nivel nacional la prevalencia de estudiantes consumidores actuales de alcohol está estabilizada en una proporción cercana

al 60% en los últimos años y ha sufrido un importante descenso desde 1994, donde las cifras de consumo alcanzaban el 75% de la población adolescente (ESTUDES, 2008 y 2010). Sin embargo, la prevalencia de borracheras (casi un tercio de los consumidores en 2008) ha vuelto a situarse en cifras parecidas o superiores a las de 2004, tras el descenso experimentado en 2006 (una quinta parte de los adolescentes que beben alcohol), lo que confirma la tendencia ascendente observada desde 1994. Por lo tanto, aunque se mantiene estable la extensión del consumo de alcohol, parece que aumenta la tendencia a beber de forma más intensiva entre los que beben (ESTUDES, 2008 y 2010).

Las mayores ingestas alcohólicas se dan, lógicamente, en los bebedores diarios de forma que duplican y triplican en ocasiones los consumos de fin de semana; sin embargo, se trata de un patrón de consumo que disminuye de forma progresiva entre los adolescentes en cada año de estudio. Este consumo cuantitativo diario ha variado mucho a los largo de los años, disminuyendo las cantidades encontradas en el año 1997(21 UBE/semana) a prácticamente la mitad en el año 2004. Nebot y cols (2006) estudiaron la evolución del consumo de alcohol entre adolescentes de Barcelona en muestras representativas de escolares de segundo curso de Educación Secundaria Obligatoria (13-14 años) entre 1987 y 2004, mediante el uso de un cuestionario (encuesta FRESC) validado en 1989 y con tasas de respuesta en todos los años superiores al 84%. En el consumo de alcohol se estudió la experimentación (haber bebido alguna vez al menos medio vaso de una bebida alcohólica), el consumo durante el fin de semana y el consumo problemático, definido como haberse emborrachado alguna vez o haber bebido 4 o más copas en una ocasión durante el mes anterior. La proporción de menores que declaran haberse emborrachado alguna vez pasa del 18,3 al 10,3% entre los chicos, y del 15,7 al 12,1% entre las chicas en el período de estudio. Estos datos coinciden con los del Plan Nacional de Drogas, que muestran una discreta disminución entre 1994 y 2000, pasando del 22,5 al 20,6%.

Sin embargo, a partir del año 2007 la cantidad de alcohol ingerida por los consumidores adolescentes se incrementa hasta volver a alcanzar en 2010 a los valores iniciales, pese a que ha disminuido en gran medida entre los jóvenes el patrón de consumo diario. Frente a estos cambios, las cantidades consumidas los fines de semana se han mantenido más o menos constantes en torno a 8 UBE/semanales en los 10 años de estudio, disminuyendo en 2007 para aumentar en 2010 aproximándose a las 10 UBE. Según la encuesta ESTUDES (2008 y 2010) el consumo de alcohol entre los estudiantes se concentra en el fin de semana, casi la mitad se había emborrachado alguna vez en ese período, variando desde el 13% a los 14 años hasta el 45% a los 18 años. Por otra parte, más del 40% de los estudiantes de 14 a 18 años en los últimos 30 días habían tomado algún día en ese período 5 ó más vasos/cañas o copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión o en un intervalo aproximado de 2 horas. Este porcentaje es muy superior al 25% de jóvenes europeos de 15-24 años que refieren beber cinco o más bebidas una vez por semana (HBSC, 2006). Los datos en población mayor a los 34 años ofrecen menores porcentajes de este tipo de consumo (la prevalencia de borracheras baja a un 10% y el consumo tipo *binge drinking* disminuye a menos del 9%) (EDADES, 2009), lo que indica que este tipo de consumo se aprende en la adolescencia y tiene su vigencia hasta entrar en la adultez madura.

5.1.8 Cambios en la sospecha de consumo perjudicial de alcohol

El consumo excesivo de alcohol y las consecuencias que de él se derivan (accidentes de tráfico, conflictos personales, familiares y sociales, trastornos orgánicos, absentismo laboral...) constituyen uno de los principales problemas de salud pública en el mundo actual. La OMS define trastornos relacionados con el alcohol (TRA) como deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de un individuo, cuya naturaleza permite inferir razonablemente que el alcohol es una parte del nexo causal que provoca dicho trastorno. Hasta un 0,3% de las personas que han consumido alcohol alguna vez en la vida muestran posible dependencia, lo que supondría 90.000 personas en todo el territorio nacional (75.600 hombres y 14.400 mujeres) (EDADES, 2010).

En distintos estudios se ha encontrado una presencia importante de pacientes con problemas relacionados con el consumo de alcohol entre los que consultan en Atención Primaria. Sin embargo, la detección precoz de este problema es, paradójicamente, poco frecuente en nuestra actividad médica habitual, lo que resulta especialmente preocupante si tenemos en cuenta que la situación del médico general es ideal para identificar en un estadio temprano aquellos pacientes con consumo peligroso de alcohol. Para el diagnóstico precoz en Atención Primaria pueden emplearse diferentes cuestionarios como, en el presente estudio, el test CAGE, presentado por Ewing en la Conferencia Internacional de Alcoholismo que tuvo lugar en Australia en 1970; fue validado posteriormente en una población de alcohólicos de 2 centros de rehabilitación en Estados Unidos (Mayfield, 1974), y más tarde en España por Rodríguez Martos (1986). Dada su brevedad y fácil aplicación, puede constituir un valioso instrumento en Atención Primaria para la presunción de consumo excesivo o TRA (Fonseca, 1993).

Otros cuestionarios han sido propuestos para la detección de estos problemas. El test AUDIT (Alcohol Use Identification Test) para la detección precoz no sólo de la dependencia alcohólica sino también de los denominados consumos de riesgo, con una sensibilidad y especificidad superiores al 80% (Babor, 2001). Se ha indicado que las puntuaciones del AUDIT podrían ser utilizadas para estimar la probabilidad de dependencia al alcohol en el año anterior entre los pacientes que dan positivo para el abuso de alcohol e informar a toma de decisiones clínicas (Rubinsky, 2010). Otros tests, como el T-ACE, TWEAK, MAST y MALT son prometedores para la detección del consumo de riesgo. Sin embargo, al igual que ocurre con la mayoría de los cuestionarios empleados para detectar la dependencia al alcohol, su desempeño como herramientas independientes es incierto siendo necesaria siempre una evaluación individual posterior (Burns, 2010). Las pruebas convencionales de laboratorio no son de utilidad para la detección del abuso o dependencia del alcohol en el ámbito de la Atención Primaria (Aertgeerts, 2001). Ante estas dificultades para establecer una prueba definitiva para diagnosticar dependencia al alcohol o trastornos relacionados con el alcohol, se ha optado por interpretar los resultados en clave de consumo perjudicial, dado que si un adolescente puntúa de forma positiva en un test CAGE está indicando una percepción subjetiva de un consumo propio de alcohol excesivo (Fonseca, 1993; Duch, 1999).

La elección del cuestionario CAGE se ha basado en que es simple y fácil de administrar, teniendo en cuenta el tipo de población al que va dirigida y el momento de la recogida de los datos. El test CAGE es un instrumento que se ha demostrado eficaz a la hora de establecer un diagnóstico de presunción de alcoholismo (Ewing, 1984; Mayfield, 1974; Fonseca, 1993), relacionándose los ítems contenidos en el mismo con la presencia de TRA. Por otro lado, posee una elevada sensibilidad y especificidad, así como un elevado valor predictivo positivo (Fonseca, 1993; Díe Martínez, 1991) y presenta una serie de ventajas que lo hacen muy

adecuado para ser aplicado en Atención Primaria, como su brevedad, fácil manejo y bajo coste (Fonseca, 1993). El cuestionario CAGE ha demostrado ser válido, con una sensibilidad y especificidad de 0,94 y 0,88, respectivamente, mientras que el valor predictivo positivo fue de 0,73 y el valor predictivo negativo fue de 0,98 (Zierau, 2005). Un número considerable de adolescentes mayores y adultos jóvenes evaluados en Atención Primaria puede presentar un abuso del alcohol, por ello es preferible emplear un instrumento que presente alta sensibilidad, aunque las respuestas sugerentes de consumo problemático deben ser confirmadas durante una segunda fase posterior con una discusión más detallada sobre los patrones de uso, los problemas relacionados con la bebida, y los síntomas del trastorno por consumo de alcohol (Carballo, 2006).

Como media, se han encontrado hasta un 40% de test de CAGE positivos entre los adolescentes que reconocieron haber bebido alcohol en los años 2001, 2004, 2007 y 2010, lo que muestra un panorama donde el consumo alcohólico entre adolescentes ofrece una alta sospecha de consumo perjudicial. La sospecha de consumo perjudicial de alcohol de 2001 alcanza una prevalencia del 24%, similar a la encontrada en los años 2004 y 2007. Sin embargo, experimenta un importante incremento en 2010 alcanzando un 44%. Estos datos son preocupantes, dado que mientras que la prevalencia del consumo de alcohol presenta un descenso continuado estos últimos años, hay un incremento franco de la cantidad de alcohol ingerida, del consumo masivo durante momentos de ocio y de la percepción de los propios adolescentes sobre un consumo perjudicial (ESTUDES, 2010).

Los estudios realizados empleando el test de CAGE en la población adolescente ofrecen resultados dispares. Rosado y cols (1997) estudiaron el consumo perjudicial en adolescente mediante un cuestionario autocumplimentado anónimo contestado en las aulas de los institutos, obteniendo como resultado que el test de CAGE resultó positivo en el 14,1% y se han emborrachado alguna vez el 59,6%. Carballo y cols (2006) realizaron la encuesta en jóvenes de 18 a 30 años, encontrando que casi el 30% de los adolescentes y adultos jóvenes respondió "sí" a por lo menos una pregunta del cuestionario CAGE; sin embargo, sólo el 7,4% de los participantes dio una respuesta afirmativa al menos a dos preguntas; por sexos, hubo más hombres que mujeres entre los sujetos que respondieron "sí" a por lo menos una pregunta. Otro estudio realizado en mujeres de 18 años de edad (Kapusta, 2006) encontró un 15% de abuso del alcohol y sólo un 3% de dependencia alcohólica. González García y cols (1997) estudiaron una población de 306 jóvenes de 14-29 años, encontrando una prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol del 11,8%. En este estudio la proporción de individuos varones con test CAGE positivo (80,6%) fue mayor que entre las mujeres (19,4%), no encontrando diferencias estadísticamente significativas cuando se relaciona el test CAGE con edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación, situación laboral, y con haber recibido consejo antialcohol. Otras prevalencias encontradas en población adolescente española oscilan entre el 9,7% (Díe Martínez, 1991) y el 11,6% (Unzueta, 1995).

Los datos obtenidos en esta investigación muestran que no hay diferencias por sexo en la sospecha de consumo perjudicial de alcohol. Las diferencias encontradas en los diferentes estudios entre hombres y mujeres pueden deberse a diferentes patrones de consumo o al propio rendimiento del cuestionario CAGE, con una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres para la detección del abuso (Geneste, 2012). Igual ocurre con otros cuestionarios: así, el cuestionario AUDIT parece igualmente apropiado para hombres y mujeres, sin embargo, las propiedades de selección entre los pacientes de sexo masculino son más altos (Aertgeerts, 2001).

Esta sospecha de consumo perjudicial va paralela a los cambios en el patrón de consumo de alcohol, sobre todo asociado al ocio, y a los cambios en el consumo cuantitativo, relacionados con los consumos masivos. En general, los hábitos de consumo, peligrosos y nocivos tales como beber hasta la intoxicación y consumo excesivo de alcohol, parecen estar en aumento entre los adolescentes y adultos jóvenes (OMS, 2007; McAllister, 2003; The Lancet, 2008; ESTUDES, 2010). En la Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES, 2008) más de la mitad de los estudiantes se ha emborrachado alguna vez; en 2010, 3 de cada 10 adolescentes que consumen alcohol se emborrachan. El porcentaje de los adolescentes españoles que se emborrachan aumenta mucho con la edad: de un 13% a los 14 años se incrementa hasta el 45% a los 18 años, cifras que contrastan con un porcentaje inferior a un 20% de la población general (EDADES, 2008) que reconoce haberse emborrachado alguna vez. Si los datos de la población de 15 a 64 años se desagrega por edad, encontramos prevalencias de intoxicaciones alcohólicas agudas que disminuyen con la edad: un 32% en el grupo de 15-34 años frente a un 10% en el grupo de 35-64 años. A escala nacional, existe una correlación positiva entre los problemas experimentados y la embriaguez en los últimos 30 días, algo que los adolescentes transmiten como una motivación para el consumo aprendido del comportamiento ante el alcohol y los problemas de los adultos (Pérez-Milena, 2010). En el estudio europeo ESPAD (2007; 2010) en promedio, la mitad de los escolares se han emborrachado al menos una vez en su vida, hasta el punto de tambalearse al andar, tener dificultad para hablar o vomitar, con cifras más altas para los chicos en algunos países y para las chicas en otros, mientras que en la media de ESPAD no se apreciaron diferencias de género. Un promedio del 15 % ha respondido haber tenido graves problemas con sus padres y la cifra era prácticamente la misma para los que respondieron haber tenido «malos resultados en la escuela o el trabajo», «graves problemas con los amigos» y «peleas». Los países en los que numerosos escolares mencionaron problemas relacionados con su consumo de alcohol incluyen, entre otros, a Bulgaria, el Reino Unido y Letonia.

En el estudio *Monitoring the Future* (Johnston, 2010), la percepción del riesgo ante el consumo del alcohol ha aumentado un poco y la desaprobación del consumo excesivo de alcohol ha aumentado notablemente en todos los grados en los últimos años, especialmente en los grados superiores. Entre los adolescentes españoles, el alcohol es la sustancia que se percibe menos peligrosa (ESTUDES, 2010). Los adolescentes perciben que el consumo de alcohol es fácil de controlar dentro de unos márgenes imprecisos que son fijados primero por las vivencias familiares y luego por la experiencia personal (Pérez-Milena, 2010). La edad incrementa la sensación de control, buscando en determinadas ocasiones la intoxicación aguda como una experiencia de ocio divertida, no siendo conscientes del daño que produce el consumo dado que tienden a pensar que un consumo en fin de semana permite recuperarse y no enfermar. Pese a la alta sospecha de consumo perjudicial, no creen que los adolescentes que consumen puedan tener adicción al alcohol, siendo en todo caso inferior frente a otras drogas (Pérez-Milena, 2010).

Se ha identificado un riesgo para el abuso de alcohol en la adultez en aquellos adolescentes que presentaron una sospecha de consumo perjudicial, mientras que para las mujeres adolescentes el principal riesgo era el consumo continuado del alcohol (Cable y Sacker, 2008). Se ha comprobado cómo las primeras raíces de los comportamientos de consumo de alcohol de adolescentes y adultos comienzan en la niñez e influyen decisivamente para la vida adulta (Maggs, 2008). Por tanto, reconocer los síntomas tempranos de la dependencia del alcohol puede ayudar en la identificación temprana y la intervención de aquellos en riesgo de bebedor de alto riesgo en el futuro (Lee, 2011).

5.2 Consumo de tabaco en la adolescencia

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la epidemia mundial de tabaquismo (2009), el tabaco es la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial y mata cada año en el mundo entero un número estimado de más de 5 millones de personas. Se prevé que las diferencias entre las tasas de mortalidad correspondientes a los países con ingresos económicos medios y bajos y las registradas en los países de ingresos altos seguirán aumentando en los próximos decenios si no se hace nada para evitarlo. De mantenerse las tendencias actuales, el tabaco provocará de aquí al año 2030 en el mundo entero más de 8 millones de defunciones, de las cuales un 80% corresponderán a muertes prematuras registradas en países de ingresos bajos y medianos. Para finales de este siglo, el tabaquismo podría cobrarse la vida de 1000 millones de personas, o incluso más, si no se adoptan medidas urgentes. Además de los efectos directos en fumadores, en términos mundiales, se estima que alrededor de una tercera parte de los adultos están expuestos de forma regular al humo de tabaco ajeno. En la Unión Europea, el 14% de los no fumadores están expuestos al humo ajeno en el hogar, y una tercera parte de la población adulta activa lo está en su lugar de trabajo al menos durante parte de la jornada laboral. Entre los adultos, un 64% ocurre en la población femenina. En los Estados Unidos de América, se registran cada año unas 50.000 defunciones atribuibles al humo de tabaco ajeno, lo que representa alrededor de un 11% de la mortalidad relacionada con el tabaco. En la Unión Europea, la exposición al humo ajeno en el lugar de trabajo causa cada año un número estimado de 7.600 defunciones, a las que hay que añadir otras 72.100 muertes provocadas por la exposición al tabaco ajeno en sus hogares. Se estima que el humo de tabaco ajeno causa cada año en el mundo entero unas 600.000 muertes prematuras, prácticamente el mismo número de defunciones anuales provocadas por el sarampión o por complicaciones relacionadas con el parto.

En el mundo entero unos 700 millones de niños y adolescentes, aproximadamente un 40% de la población infantil total, están expuestos al humo ajeno. La tasa media mundial de niños con al menos un progenitor fumador, según la definición empleada en la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes (Informe OMS, 2009), se estima en un 43%. Así, aplicando estas prevalencias a los datos obtenidos de este estudio, aproximadamente la mitad de los adolescentes encuestados con edades comprendidas entre los 13 y los 15 años que no han fumado nunca estarían expuestos en sus casas al humo de tabaco que fuman sus familiares. El porcentaje es similar en cuanto a su exposición en lugares distintos del hogar; estos jóvenes tienen una probabilidad entre 1,5 y 2 veces mayor de empezar a fumar que los que no padecen ese tipo de exposición.

El tabaco en los jóvenes, aunque no contribuye a los AVAD, se convierte en una de las principales amenazas para la salud pública en la vida, junto alta presión arterial, el colesterol, la glucosa, la inactividad física, el sobrepeso y la obesidad (Gore, 2011). Los efectos más serios del consumo de tabaco sobre la salud ocurren generalmente después de décadas de fumar, aunque también causa efectos inmediatos sobre la salud en los jóvenes, tal como la reducción de la capacidad física. Los varones jóvenes que fuman experimentan mayores riesgos significativos de disfunción eréctil que aquellos que no fuman y el riesgo de impotencia aumenta con cada cigarrillo fumado. El riesgo más notable para los adolescentes es la adquisición de una adicción que acorta la vida. Los fumadores que se convierten en adictos al tabaco en su juventud enfrentan mayor riesgo de contraer y sufrir las enfermedades más temidas relacionadas con el tabaco: cáncer, enfisema, accidentes cerebrovasculares y enfermedad cardíaca. Además, a nivel mundial, la carga de sufrimiento para los niños causadas por el tabaco no sólo se originan por la exposición al humo de tabaco o de fumar, sino que

incluye la pobreza asociada con el dinero gastado en tabaco, el aumento de la incidencia de los incendios relacionados con el tabaco, y el daños relacionados con el trabajo infantil en el cultivo del tabaco (Hipple 2011).

El Convenio Marco de la OMS (CMCT) junto con las directrices para su aplicación sienta las bases para que los países puedan ejecutar y gestionar sus propias políticas antitabáquicas y desde su entrada en vigor se han logrado notables progresos en la lucha contra la epidemia de tabaquismo (Informe OMS 2009). La OMS implantó el año 2008 el plan MPOWER, cuya finalidad es ayudar a aplicar en los países una serie de medidas eficaces de reducción de la demanda de tabaco prevista en el CMCT. Este plan propone seis medidas de control del tabaco de demostrada eficacia para reducir el tabaquismo: aumentar los impuestos y los precios; prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio; proteger a la población del humo de tabaco ajeno; advertir de los peligros del tabaco; ofrecer ayuda a las personas que quieran abandonar el tabaco; y asegurar la vigilancia estricta de la epidemia y las políticas de prevención. Gracias a todas estas medidas, el informe mundial sobre drogas presentado en 2010 por la OMS recoge la bajada del consumo experimental de tabaco, manteniéndose estable el consumo diario.

5.2.1 Cambios en la prevalencia del consumo de tabaco.

El consumo de tabaco en España ha descendido en el último cuarto de siglo. En los varones la prevalencia más alta se registró en 1980, desde entonces ha ido reduciéndose, y entre las mujeres, el hábito de fumar comenzó a extenderse entre los años 1970 y 1980, y fue aumentando hasta el año 2003 (Fernández, 2003). La prevalencia de consumo de tabaco entre los adolescentes ha cambiado en los últimos años en España (ESTUDES, 2008 Y 2010; Ballesta, 2004). Estos cambios producidos no son homogéneos en los estudios realizados en diferentes localidades españolas (Huertas, 1999; Mateos, 2002; Pérez Milena, 2007a), con importantes diferencias en la población adolescente (Ballesta, 2004; ESTUDES, 2008 Y 2010) que pueden llegar a influir en la población general (Míguez, 2008). En los resultados obtenidos hasta el año 2004 se aprecia cómo se rompe el descenso del consumo en la última década del siglo XX (Villalbi, 1999) y experimenta un fuerte incremento, siguiendo las tendencias poblacionales (OED, 2004; Ballesta, 2003; Ruiz y Corredera 2004) con un patrón de uso preferentemente diario (Díaz, 2005).

Sin embargo, a partir del año 2007 se aprecia un importante descenso del consumo de tabaco entre los adolescentes encuestados, algo que se confirma trabajos publicados a nivel nacional e internacional (Moreno-Rodríguez, 2008; Nebot, 2010; Schiaffino, 2009) y en los grandes estudios poblacionales españoles en población adolescente (ESTUDES, 2008 y 2010; ECERS-HBSC, SIVFRENT-J, FRESC, EMCSAT). Estas cinco encuestas escolares, de ámbito poblacional, tienen una aplicación sistemática y mantenida a lo largo del tiempo y publican datos desagregados para adolescentes (Villalbí, 2011), concentrando el análisis en la franja de edades de escolarización obligatoria para garantizar su representatividad. Los cambios apreciados en las encuestas correspondientes a los últimos 4 años disponibles (comparando 2004 y 2008 para todas las encuestas salvo el ECERS para el que se comparan 2002 y 2006). En todas se documenta un declive de la prevalencia, y su ritmo anual de disminución de la prevalencia del consumo oscila entre 4,31 y 9,13%. Con la fórmula de Paasche se puede estimar que en España en los últimos años el declive ponderado de la prevalencia de tabaquismo en la adolescencia ha sido del 6,47% anual para los varones y del 6,96% para las chicas (Villalbí, 2011).

El porcentaje medio de adolescentes fumadores del estudio se sitúa en un 17%, similar a datos de encuestas realizadas en Argentina (Linetzky, 2009; Díaz, 2010). Es la mitad de la prevalencia encontrada en la Encuesta Estatal española sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES, 2010), que alcanza un 40% del total de la población encuestada, y muy inferior al resultado de la encuesta ESPAD (2007) y otros estudios (Aburto Barrenechea, 2007), donde más de la mitad de los escolares de los países europeos participantes afirmaron haber fumado. Estas diferencias se pueden deber a que el valor es la media de las prevalencias de los cinco años estudiados con valores dispares: en algunos años se encuentra una prevalencia de tabaquismo superior a la cuarta parte de la población estudiada para cambiar a una décima parte en el último año de estudio. Esto, junto con la inclusión de adolescentes menores de 14 años, hace que se obtengan unas prevalencias inferiores. Así, cuando se observa el consumo de tabaco de los mayores de 15 años en el presente estudio se puede apreciar cómo se alcanzan valores de tabaquismo hasta en un 30-40% del total durante los años 2004 y 2007.

En 2010, último año de estudio, tanto los resultados obtenidos como las prevalencias ofrecidas a nivel nacional en la encuesta ESTUDES (2010) confirman la tendencia descendente del consumo de tabaco, iniciada en 2004 y que coincidió con el debate social suscitado por la elaboración de la Ley 28/2005 del Tabaco (de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco). En la población general parece existir una disminución del consumo relacionada con la puesta en marcha de esta ley, sobre todo en los ambientes laborales donde parece haberse reducido el consumo hasta un 10% por efecto de la nueva legislación (Bauzà-Amengual, 2010). En el estudio EDADES (2010), sin embargo, se aprecia que entre la población comprendida entre los 15 y los 64 años de edad hay una tendencia a la estabilización tras el descenso de la prevalencia del hábito tabáquico, hecho que también coincide con el debate social previo a la aprobación de la Ley 28/2005 y con un discreto aumento del 1% de fumadores en 2010 respecto a 2007. No está claro si esta Ley ha cambiado los hábitos de los adolescentes y si el efecto provocado se debe a las medidas punitivas o a la imitación de comportamientos de la sociedad general, donde la nueva legislación ha tenido un impacto bastante significativo. Para los adolescentes, las leyes que prohíben el consumo en lugares públicos han provocado un menor consumo de tabaco, provocando una división de opiniones a favor, que suelen ser aquellos que no fuman, y en contra, habitualmente los fumadores que consideran que provocan una disminución de su libertad individual (Pérez Milena 2012).

En el informe mundial sobre drogas presentado en 2010 por la OMS, se recoge la bajada del consumo experimental de tabaco, manteniéndose sin embargo estable el consumo diario. En perspectiva internacional, en las encuestas realizadas a nivel nacional en Argentina sobre tabaquismo en adolescentes se observa una tendencia decreciente en la prevalencia desde el año 2000 al 2007 (Linetzky, 2009; Díaz, 2010). En los resultados obtenidos en el año 2000 la prevalencia de tabaquismo fue de un 25%; para el año 2003 la prevalencia fue del 22% y en el año 2007 fue del 19% (Linetzky, 2009). Actualmente, la prevalencia actual de tabaquismo en los países anglosajones es inferior a la encontrada en España y muestra hacia dónde debe tender la población española en su tabaquismo. Hay que valorar que los datos de las encuestas españolas muestran un patrón de descenso similar al documentado en EEUU y Reino Unido, donde también se aprecian descensos consistentes a lo largo de los últimos años (CDC, 2010; Eaton, 2010; Fuller, 2010; Pierce, 2011). En un país vecino como Francia hay tendencias al descenso del consumo de tabaco entre los adolescentes (Beck, 2006) similar al que ocurre en España. Este descenso en las prevalencias del tabaquismo no está tan claro en otro país cercano como Portugal (Precioso, 2009). Junto a este descenso del consumo adolescente están

apareciendo nuevas formas de consumo de tabaco, como es el caso de los adolescentes franceses y el empleo del tabaco de mascar o los narguiles, algo que por ahora resulta aún anecdótico en la población española (Slama, 2009).

Los factores que influyen en la adquisición y mantenimiento del hábito de fumar en los adolescentes son muy complejos, con una interrelación de elementos individuales y del entorno microsociales y macrosociales (Ruiz y Corredera, 2004; Pérez Milena, 2012). El consumo sería el resultado de un proceso de socialización en el cual los valores, actitudes y comportamientos van siendo construidos e interiorizados en diferentes ambientes de referencia, siendo las tres fuentes de socialización principales la familia, la escuela y sus iguales (amigos y compañeros) (ESTUDES, 2010; PITA, 2005; Ruiz y Corredera, 2004; Barrueco, 2007; Pérez Milena, 2006a y 2012).

Los incrementos de prevalencia del consumo tabáquico que ocurrieron en EEUU y Gran Bretaña al inicio de la década de los noventa se atribuyen a estrategias específicas de marketing de la industria tabaquera, algo que ahora está mucho más regulado que hace una década. El incremento del consumo de tabaco entre los adolescentes hasta el año 2004 podría estar causada tanto por la presión de la publicidad como por la baja percepción de riesgo ante el consumo de sustancias tóxicas (ESTUDES, 2008 Y 2010; Ruiz y Corredera, 2004; López, 2001; Pérez Milena, 2012), la fácil accesibilidad para la compra (López, 2001; González-Meneses, 2004; Pérez Milena, 2012), la trivialización cultural que la sociedad otorga al consumo de sustancias tóxicas entre jóvenes, justificándolo como una forma necesaria de diversión (Ruiz y Corredera, 2004; Aubá, 1993), y la presencia de hábitos de consumo en el entorno cercano del adolescente (Pérez Milena, 2006a y 2012). Además de los anteriores factores, se han identificado diversos elementos relacionados con un mayor riesgo para el consumo de tabaco, destacando el fracaso escolar, la mala comunicación familiar y la permisividad de los padres ante el consumo, la existencia de amigos consumidores, y una alta frecuencia de salidas para la diversión en horario nocturno (regresar antes de las 12 de la noche a casa es un factor protector). Como rasgos personales destacan la falta de autoestima, la impulsividad, creencias favorables al consumo, falta de habilidades sociales y menor asertividad frente a los amigos (Pérez Milena, 2007d).

Varias teorías sociales han intentado explicar la adquisición del hábito de fumar. En particular, la conocida teoría del aprendizaje social de Bandurra. Ésta afirma que el comportamiento depende, en gran medida, de las expectativas a partir de las cuales se concibe el esquema deseado. Siguiendo esta línea de razonamiento, los adolescentes que tienen mayor tendencia a ser fumadores serían aquellos que anticipan en esa imagen la suya propia como algo que desearían ser (Bolzán, 2003). Por su parte, Stern y col. (1987) han propuesto una secuencia en el modelo no fumador - fumador que consiste en cinco etapas:

- 1) Pre-contemplación: los jóvenes aún no han pensado siquiera en fumar: se ven como futuros no fumadores.
- 2) Contemplación: estos no fumadores consideran el probar el cigarrillo, percibiendo ciertas consecuencias positivas del fumar, aún no muy claras.
- 3) Toma de decisión: el joven se ubica en forma equidistante entre el fumar y el no fumar, con imágenes negativas-positivas del tabaquismo.
- 4) Acción: se inicia la experimentación con el tabaco, les resulta placentero y se inclinan hacia los aspectos positivos del fumar, sin todavía pensarse como adultos fumadores.
- 5) Mantenimiento: adolescentes que ya son fumadores regulares y se ven como fumadores adultos (Elder, 1990; Bolzán, 2003).

En los últimos años se han producido avances en las políticas de control del tabaquismo en España. De forma concomitante, se ha documentado una disminución de la prevalencia en la población general, en buena parte asociada a una mayor densidad de abandonos precoces entre los fumadores (Nebot, 2009). Al avanzar en el control del tabaquismo, es razonable que disminuya también su incidencia entre los menores, contribuyendo así al declive de la epidemia. En los resultados de las encuestas se comprueba cómo, desde el año 2004, hay una disminución de la prevalencia de adolescentes fumadores, imitando el comportamiento que tiene la población adulta. Ésta disminución del consumo de cigarrillos entre los estudiantes, según diversos estudios, se podría atribuir a la reducción de publicidad, promociones, la disponibilidad comercial de los productos del tabaco y a las campañas libres de humo (CDC, 2010; Lang, 2010).

5.2.2 Cambios en el consumo cuantitativo de tabaco.

La cantidad de tabaco consumido es el parámetro que se recoge con mayor frecuencia en cualquier historia clínica de un fumador. Pero no sólo es necesario hacer referencia al número de cigarrillos consumidos al día, sino también al tiempo transcurrido como fumador, lo que orienta sobre algunas características del hábito tabáquico y en consecuencia de la dificultad de cambiar su conducta adictiva. Estos dos datos quedan englobados en el concepto: número paquetes/año. Para determinar esta cifra se realiza una sencilla operación: se multiplica el número de cigarrillos consumidos al día por el fumador por el número de años que lleva consumiendo esa cantidad de tabaco, y su resultado se divide por 20. De tal manera que un fumador de 20 cigarrillos diarios durante 20 años, consumirá un total de 20 paquetes/año. Aunque no existe un umbral de seguridad para el consumo del tabaco y tan perjudicial es consumir 20 paquetes/año como cualquier otro número, también es cierto que en la mayor parte de los estudios realizados que analizan la relación entre el consumo del tabaco y el padecimiento de un buen número de enfermedades se observa una relación dosis/respuesta, de tal manera, que la posibilidad de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco es más alta en los fumadores de un mayor número de cigarrillos diarios que en aquéllos que consumen una menor cantidad, sin que sea posible señalar un determinado umbral de seguridad (Doll R, 1996) (Burrows B, 1988). Además se sabe que existe una relación entre el número de cigarrillos consumidos al día, el número de años de fumador y la posibilidad de dejar de fumar en un determinado intento de abandono. Así, los fumadores que consumen mayor número de cigarrillos al día y aquéllos que más tiempo llevan fumando son los que más dificultades experimentan ante un intento de abandono y, en consecuencia, tienen unas posibilidades más bajas de dejar de fumar (Jarvis MJ, 1997; Jarvis MJ, 1994; M. Torrecilla García y col, 2002).

No existe unanimidad acerca de a quienes considerar fumadores leves, moderados o severos ni del límite exacto que separa el fumador habitual del esporádico. En los trabajos científicos suelen aparecer rangos de clasificación pero estos son variables y en todo caso arbitrarios, así, y a modo de ejemplo, un fumador de más de 20 cigarrillos al día podría llamarse fumador severo, entre 10 y 20 moderado y menos de 10 leve; otros trabajos consideran tabaquismo leve se define como el consumo de 1 a 5 cigarrillos al día, el tabaquismo moderado de 6 a 10 cigarrillos al día y fumar en exceso se define a partir de 11 cigarrillos. Lo que parece claro es que más de 20 cigarrillos al día que consume el primer cigarrillo en la primera media hora de después de levantarse y que es ese cigarrillo el que más necesita, el fumador debe ser

diagnosticado de moderado-severo grado de dependencia por la nicotina (Fagerström KO, 1989).

Tradicionalmente se han clasificado a los adolescentes en función de su consumo de tabaco en fumador habitual (fuma diariamente uno o más cigarrillos), fumador esporádico (no lo hace a diario, fundamentalmente los fines de semana), fumador pasivo (está expuesto a algún familiar en el domicilio o a sus amigos), exfumador (ha abandonado el hábito al menos desde hace un año), y no expuesto (no tiene contacto con el humo del tabaco) (Galván, 2000). Esta definición tiene el inconveniente de obviar la intermitencia del tabaquismo en los adolescentes y la existencia de dependencia a la nicotina aún en estadios iniciales de consumo (Barrueco, 2007; Grimshaw y Stanton, 2007). Según una revisión de la Cochrane (Grimshaw y Stanton, 2007) se debe considerar como fumadores habituales a aquellos adolescentes que presenten un consumo de al menos un cigarrillo semanal durante los últimos seis meses. Este concepto simplifica la identificación del adolescente y relativiza la importancia de la cantidad del consumo de tabaco en esta etapa de la vida. Hay que recordar que el adolescente que fuma consume poco tabaco al día (sobre medio paquete diario) y no consume igual todos los días sino que fuma más en fines de semana y momentos de ocio: en un estudio realizado en la misma zona donde se han recogido los datos del presente trabajo (Pérez Milena, 2011), se aprecia que el patrón de consumo es mayoritariamente diario (75%), en una cantidad media de unos 8 cigarrillos al día, incrementándose durante el fin de semana hasta unos 12 cigarrillos diarios. Con un inicio del consumo a una edad muy temprana (Pérez Milena, 2006; ESTUDES, 2010), la sospecha de dependencia a la nicotina es muy elevada y diferentes estudios la sitúan entre un 10-20%, sin estar relacionados con edad ni sexo (Pérez Milena, 2006; Alcalá, 2002; Riedel, 2002; Young, 2002). 1 de cada 4 adolescentes fumadores estarían motivados para el cambio (Pérez Milena, 2006), siendo mayor la motivación en aquellos adolescentes con un consumo esporádico y/o con bajo número de cigarrillos al día (10 ó menos) (Diez-Ganan, 2002).

La media de consumo cuantitativo de tabaco por los adolescentes del estudio es inferior a 10 cigarrillos diarios, existiendo diferencias según el año de estudio aunque sin ser estadísticamente significativas. En los tres primeros años del estudio existe un incremento progresivo del consumo similar a lo que se aprecia en la encuesta ESTUDES del año 2004 y con los datos aportados por Ortiz (y cols., 2003a), con medias de consumo de 7,7 y 7,3 cigarrillos diarios en adolescentes. Las medias de consumo de cigarrillos diarios por adolescente son muy heterogéneas; así, en 1999, el consumo de cualquier producto del tabaco (cigarrillos u otros) presentó una mediana de 15,9 en general (Warren, 2000) pero con importantes diferencias por países. La Federación de Rusia (Moscú), Ucrania (Kiev) y Polonia (en medio urbano) presentaron el mayor consumo cuantitativo con unas cifras con un máximo de 35 cigarrillos al día. Esta cifra baja hasta los 15-20 diarios en Barbados, la provincia china de Chongqing, Costa Rica, Jordania, Polonia (en medio rural), Sudáfrica, Venezuela y Zimbabwe, y a menos de 10 cigarrillos diarios en las provincias chinas de Guangdong, Shandong y Tianjin, así como en Sri Lanka (Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, 1999). A partir del año 2007 se observa una disminución del consumo cuantitativo, con cifras entre 5 y 6 cigarrillos/día; este dato también se obtiene en otras encuestas y estudios a nivel nacional (ESTUDES, 2006 y 2008; Yáñez y cols., 2006; Aburto Barrenechea, 2007). El consumo cuantitativo más pequeño se obtiene en el último año del estudio, incluso inferior a la media obtenida en la encuesta ESTUDES 2010 (4,1 frente a 5,17 cigarrillos diarios). En un estudio del año 2004 se encuentra en Salamanca un consumo diario de entre 1 y 5 cigarrillos en adolescentes de 12 a 14 años (Torrecilla, 2004).

Aunque el consumo de los adolescentes es bajo, hay un 2% de escolares europeos que fuman al menos un paquete al día (ESPAD, 2007) lo que supone un importante su riesgo para la salud. Este riesgo se valoró en un trabajo que se llevó a cabo en Noruega (Bjartveit y Tverdal, 2005) entre 1972 y 2002 y contó con la participación de un total de 42.722 pacientes (de ellos, 23.521 varones), cuyo objetivo fue investigar el riesgo de mortalidad por causas relacionadas al consumo tabáquico y el riesgo de mortalidad por cualquier causa. Se estudiaron fumadores con un consumo de 1 a 4 cigarrillos diarios, demostrándose claramente que fumar estas cantidades bajas de cigarrillos al día se asocia a aumentos significativos de mortalidad por enfermedad cardiovascular, por todas las causas, y por cáncer de pulmón en mujeres. Cantidades mayores de cigarrillo muestran una clara relación dosis-respuesta en los incrementos del riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, por todas las causas, cáncer de pulmón y todos los cánceres. Así, queda claro que no existe un número seguro de cigarrillos a fumar que no cause efectos nocivos visibles o inmediatos para a la salud (Bjartveit y Tverdal, 2005).

5.2.3 Cambios en el patrón de consumo de tabaco.

El patrón de consumo de tabaco de los adolescentes ha ido cambiando en los años del estudio. La mayoría declaran al inicio del estudio un consumo intermitente o esporádico, teniendo en cuenta que se incluyen adolescentes de menos de 14 años y que, por tanto, se encuentran en una fase de prueba. Los porcentajes de consumo ocasionales encontrados al inicio del estudio son mayores que en otros estudios nacionales realizados en 2002-2003, donde la prevalencia del consumo intermitente o de prueba oscilan entre un 7% y 17% (Aburto, 2007; Ariza, 2002), frente a casi una quinta parte de los adolescentes encuestados en el presente trabajo, y la mitad de los adolescentes mejicanos (Nuño-Gutiérrez, 2005). Otro estudio realizado en Salamanca en el año 2004 encuentra una prevalencia de consumo de un 20% entre los adolescentes de 12 a 14 años de edad (Torrecilla, 2004). Diferentes investigaciones encuentran una probada relación entre el consumo moderado o experimental con algunos indicadores de un buen ajuste en la adolescencia, como factores sociales, familiares, de amistad... (Bentler, 1987; Chassin, 2002; Shedler 1990). El cuestionario ESTUDES (2010) muestra una tendencia a la baja en las prevalencias del consumo de tabaco desde 2004, los consumos ocasionales de cigarrillos entre adolescentes experimentan un pequeño repunte en el año 2010 llegando a más de un 70% de la población adolescente (Alfonso, 2009). Sin embargo, en los últimos años del presente estudio disminuye este tipo de consumo hasta estabilizarse en la tercera parte de la población. En otros países, como Méjico, el consumo intermitente sigue siendo mayoritario en la población adolescente, con un 48% de consumo experimental frente a un 10 % del consumo habitual de cigarrillos (Nuño-Gutiérrez, 2008).

De forma paralela aumenta el patrón de consumo diario desde el año 2004, coincidiendo con el momento clave para la disminución de la prevalencia del consumo. El tabaco es la droga cuyo consumo más ha aumentado en los últimos años entre los jóvenes españoles de 14 a 18 años: entre los años 2006 y 2008 creció un 20% (ESTUDES, 2008), sobre todo su consumo diario. Esta forma de consumo diario aumenta conforme aumenta la edad de los adolescentes (Alfonso, 2009; Nuño-Gutiérrez, 2005 y 2008) y disminuye de forma más intensa entre mujeres de 15 a 34 años (EDADES, 2010). El patrón de consumo tabáquico diario en el estudio es el que más reforzado aparece, con un incremento de hasta cuatro veces su valor inicial desde el año 1997 al año 2007, aunque en 2010 sufre un descenso de más de un 10%. Los datos obtenidos en este trabajo ofrece prevalencias más elevadas de consumo tabáquico diario frente a los resultados del ESTUDES (2010): entre un 40%-50% frente a una cuarta parte de los fumadores

en el ESTUDES. Sin embargo, otros estudios en población adolescente española encuentran porcentajes de consumo diario similar al del presente estudio (Aburto, 2007; Ariza, 2002), siempre teniendo en cuenta la edad del adolescente. Otro estudio en Colombia muestra un porcentaje menor de consumo diario, algo menos de un 5% en una población adolescente en la que la prevalencia del tabaquismo es de un 12% (Rueda-Jaimes, 2009).

El consumo en fin de semana disminuye durante los años 2004 y 2007, para después igualarse al resto de patrones de consumo en el último año de estudio. Pese al aumento del consumo diario en los últimos años estudiados, parece que la intermitencia del consumo del adolescente hace que el tabaquismo se asocie a momentos de ocio (Ruiz y Corredera, 2004; Pérez Milena, 2012) y exista un mayor consumo cuando el adolescente se encuentra en compañía de sus pares, a diferencia del consumo de los adultos.

5.2.4 Cambios en el consumo en función del sexo.

El consumo de tabaco en adultos por sexo es mayor en varones que en mujeres a nivel mundial (Informe OMS 2009, Sociedad Americana del Cáncer 2009). Casi mil millones de hombres fuman en el mundo, cerca del 35% en países de altos recursos y la mitad en países en vías de desarrollo. En la actualidad el índice de tabaquismo en los hombres ha llegado a su pico, y las tendencias en países de bajos y medios recursos indican una disminución lenta pero segura. Respecto al consumo de las mujeres a nivel mundial es mucho menor, aproximadamente 250 millones de mujeres alrededor del mundo fuman a diario; el 22% de estas mujeres viven en países de altos recursos y el 9% de ellas habitan en países de recursos medios y bajos. Aunque el consumo de cigarrillos en las mujeres en la mayoría de los países de altos recursos está disminuyendo, especialmente en Australia, Canadá, el Reino Unido y los Estados Unidos, las tasas de consumo femenino de cigarrillos en varios países del sur, centro y este de Europa se mantienen estables o van en aumento.

La población adolescente presenta, por el contrario, una proporción diferente respecto al sexo. Las mujeres se incorporan al consumo de tabaco en una prevalencia superior al hombre (ESTUDES, 2008 y 2010). En los resultados obtenidos, hasta el año 2004 hay una igualdad de consumo por sexo, como ocurre en estudios de otras zonas de España (Fernández, 2002), para posteriormente ser algo más elevado en las mujeres. Posiblemente lo más significativo sea que tanto el consumo cuantitativo de cigarrillos como los patrones de consumo son similares entre sexos, sin diferencias estadísticas a tener en cuenta.

En otros países, como México, el consumo de tabaco es mayoritariamente masculino entre los menores (Kuri-Morales, 2006). A nivel nacional, según el informe EDADES (2010), el consumo también es mayor en hombres que en mujeres (48,4% frente a un 37%) en la población general. El estudio EDADES muestra cómo las mujeres entre 15- 34 años presentan un menor consumo diario, mientras que las mujeres en la franja de edad de 35-64 años presentan unas prevalencias similares a los hombres en cuanto al consumo diario. Parece ser que en la adolescencia los varones jóvenes tienen una mayor probabilidad de fumar que las mujeres jóvenes (Sociedad Americana del Cáncer 2009) (Casas, 1998), pero el consumo de tabaco por parte de las muchachas está aumentando a nivel mundial y la diferencia de los índices de tabaquismo entre muchachas y muchachos no es tan grande como se podría esperar. Casi un 60% de los países que participaron en la Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en Jóvenes (Global Youth Tobacco Survey; GYTS 2002), no hubo una diferencia significativa en los índices de tabaquismo entre chicos y chicas (Organización Panamericana de la Salud, 2000; Valdés-

Salgado R, 2004; Villatoro J, 2004; Nuño-Gutiérrez BL, 2005; Raydel-Salgado R, 2006; Nuño-Gutiérrez BL, 2008), aunque en un 14% de los países el tabaquismo fue más frecuente entre muchachas que en muchachos adolescentes. Entre estos países se encuentra España donde el porcentaje de chicas fumadoras supera al de hombres adolescentes fumadores (36,4% frente a 28,1%) (ESTUDES, 2010). En España en la franja de edad de 14 a 18 años el tabaquismo es más frecuente en las chicas que en los varones, al contrario de lo que sucedía años atrás. Sin embargo, en edades más jóvenes no es así (Moreno-Rodríguez C, 2008; Nebot M, 2010). Tampoco se mantiene este diferencial en la juventud: en las encuestas de salud, la franja de 15-24 años muestra prevalencias similares en ambos sexos, o incluso un predominio en los varones (Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud). Esto se ha observado también en otros países europeos (Precioso J, 2009), y podría estar relacionado con estrategias sutiles de promoción de la industria tabaquera, o con aspectos de identidad de género que deben ser objeto de investigación cualitativa (Amos A, 2007).

¿Por qué estas prevalencias de consumo femenino de tabaco mayores que en los hombres? El aumento de consumo de tabaco entre las mujeres que se está produciendo, según alerta la Organización Mundial de la Salud (OMS 2009), se debe a que la industria necesita recambio para la mitad de los fumadores actuales que morirán prematuramente por enfermedades relacionadas con el tabaco y ha puesto sus ojos en las mujeres, que se han convertido en el blanco de sus anuncios (Pierce, 2010; Sargent, 2001). Según los datos difundidos por la OMS sobre mujer y tabaquismo, los motivos por los que hombres y mujeres comienzan a fumar son diferentes. De este modo, muchas más chicas que chicos fuman porque creen, erróneamente, que ello es una buena forma de controlar su peso (Pérez Milena, 2012). Se podría relacionar, por tanto, la poca autoestima con el tabaquismo de las adolescentes mujeres, algo que se ha demostrado en diferentes países desarrollados (Harakeh, 2010). Los adolescentes varones, en cambio, fuman porque les relaja, mejora la imagen de sí mismo, y les proporciona seguridad (Pérez Milena, 2012).

Las sucesivas encuestas realizadas en el presente trabajo muestran desde el año 2001 una mayor prevalencia de tabaquismo en mujeres adolescentes, que se mantiene el resto de los años pero con una progresiva disminución de las diferencias entre sexos hasta que en los años 2007 y 2010 dejan de ser significativas. También el consumo cuantitativo de tabaco es similar entre hombres y mujeres adolescentes durante todos los años del estudio, a diferencia de lo que ocurre con la población general. Este dato no es unánime en todas las publicaciones dado que hay autores que encuentran mayor consumo entre los chicos (Okoli, 2010), incluida la encuesta nacional sobre drogas entre escolares ESTUDES 2008. Otras investigaciones, en cambio, concluyen que el consumo de tabaco es mayoritario en las adolescentes femeninas (Ariza, 2002; Aburto, 2007).

Una de las causas de la falta de diferencia del consumo tabáquico por sexos puede ser la inclusión de adolescentes menores de 14 años, ya que en general se han encontrado diferencias de género en el consumo de tabaco a partir de los 14 años. Los chicos comienzan a fumar a edades más precoces mientras que las chicas comienzan a fumar más tarde, pero su consumo de tabaco aumenta rápidamente entre los 14 y 16 años y a partir de ese momento tiende a estabilizarse para ser igualado o superado por los varones alrededor de los 18 años (Ariza, 2002). Es de resaltar que en Europa, a nivel global, las diferencias de género en adolescentes con respecto al consumo de tabaco son insignificantes (ESPAD, 2007). Este mismo estudio (ESPAD, 2007) ofrece grandes diferencias por países. Por ejemplo, los chicos superan a las chicas en 16 puntos porcentuales en Armenia y, por el contrario, las chicas superan a los chicos en 19 puntos porcentuales en Mónaco. En 1995 se observó una pequeña

diferencia general en razón del sexo en Europa, pero esta diferencia habría desaparecido en 2007 (Pitel, 2010).

5.2.5 Cambios en el consumo en función de la edad

La experimentación con el tabaco se inicia durante los primeros años de la adolescencia. La primera experiencia se inicia comúnmente entre niños de 7º a 9º año escolar (Lóbez-Urquía 1971). En todo el mundo, casi un cuarto de los fumadores adolescentes fumaron su primer cigarrillo antes de los diez años de edad (OMS, 2005). En España (ESTUDES, 2008 Y 2010; PITA, 2005; Pérez Milena, 2007a) alrededor del 20% de los escolares de 11-12 años han experimentado con el consumo de tabaco. Los datos obtenidos con el presente trabajo muestran un consumo de baja prevalencia en los encuestados más jóvenes, en consonancia con un inicio del consumo de prueba (ESTUDES, 2010). Entre los 12-13 años el consumo es experimental e intermitente, existiendo un periodo crítico de incremento del consumo entre los 14-16 años (para cocaína y drogas de diseño, se sitúa en los 16-18 años). Los porcentajes de tabaquismo a partir de los 16 años son más elevados que la población adulta. Las curvas de consumo por años siguen, en general, la tendencia de esta población de adolescentes a nivel nacional (ESTUDES, 2010; EDADES, 2007; HBSC, 2006).

Al igual que en los datos presentados, de forma generalizada en muchos estudios se observa que la prevalencia de fumadores y el consumo de cigarrillos al día se incrementa progresivamente con la edad. Esta tendencia varía en nuestro estudio en el año 2010, existiendo un descenso del consumo en todas las edades. Por edad se aprecia cómo el patrón de consumo ocasional o intermitente es propio de los adolescentes de menor edad, pasando a un patrón de consumo diario en adolescentes mayores. A partir de 2007 desaparece el consumo diario en los adolescentes de 13 años y se incrementa el uso lúdico del tabaco en fin de semana en los de 16 años. El incremento del consumo de tabaco con la edad es una constante y puede deberse a que a medida que avanza la edad se manifiesta una actitud más permisiva hacia el consumo, una más frecuente aceptación de las invitaciones y una más baja percepción de riesgo de las consecuencias derivadas de la experimentación con las drogas institucionalizadas (alcohol y tabaco) (Moral, 2005).

Los resultados obtenidos por edades presentan diferencias relevantes con las curvas de consumo que ofrece la encuesta escolar ESTUDES. Las dificultades para su comparabilidad se basa en que se estudian escolares de menos de 14 años de edad (desde los doce años, momento en que suelen iniciar el consumo de prueba del tabaco) y en la forma de valorar el consumo. Así, los adolescentes que participan en la encuesta ESTUDES reconocen una mayor prevalencia de consumo entre los 14-15 años (50-60% frente a 20-30%) y en la franja de 16-17 años (60-70% frente a 30-40%). Otra diferencia de los resultados del ESTUDES se encuentra en la estabilidad del consumo de tabaco desde 1996 hasta 2004, mientras que en los datos obtenidos hay un incremento en todas las edades, y el descenso brusco en todas las edades a partir de 2004, algo que ocurre de forma más progresiva en los adolescentes encuestados. Estos datos también se repiten en el estudio EDADES (2007).

Los porcentajes de fumadores de 12 y 13 años son muy bajos y se mantienen prácticamente constantes a lo largo de los años del estudio, lo que indica que la iniciación al consumo no presenta variaciones en todos los años estudiados. Estos datos son similares a los de otros estudios nacionales donde se incluyen estas edades (Aburto, 2007), aunque no valoran la

evolución del consumo a esas edades a lo largo de los años. Cuanto más precoz es el inicio en el consumo, más posibilidad de dependencia y complicaciones asociadas existen. Además, la experimentación con cualquier droga se sigue habitualmente de una continuidad en su uso bastante elevada (88% para el alcohol, 73% para el tabaco, 60% para el cannabis y 42% para la cocaína).

5.2.6 Relación entre el patrón de consumo y la cantidad de cigarrillos consumidos.

La experimentación con tabaco, en la mayoría de los casos en forma de cigarrillo, es frecuente en estadios tempranos de la adolescencia. La mayoría de los adolescentes fuman ocasionalmente sin que ello esté relacionado con problemas psicosociales significativos (Simantov, 2000). Sin embargo, un número importante desde la perspectiva de salud pública, consolida un patrón de consumo regular de cigarrillo (Jackson, 2004; Padgett, 1998; Ariza, 2003).

La cantidad de cigarrillos fumados al día por nuestros jóvenes en líneas generales es bastante bajo, alrededor de 10 cigarrillos al día en un día de diario (Llave, 2001; Martínez, 2005). La relación entre el número de cigarrillos consumidos por los adolescentes y el patrón de consumo en el estudio, se ha mantenido más o menos estable en los tres primeros años del estudio, con un número de cigarrillos al día en los patrones esporádicos (intermitente y fin de semana) de la mitad con respecto a los consumidores diarios, hecho que también se observa en otros estudios (Llave, 2001). En 2007, aunque se mantiene estable la relación de mayor número de cigarrillos/día entre los consumos diarios, el doble que en los consumos esporádicos, disminuyen en todos los patrones el número de cigarrillos/día. Sin embargo en 2010 se observa como sube la cantidad de cigarrillos de los fines de semana igualándose a la de los de consumo diario. En el trabajo de Llave, 2001, se observó que los jóvenes que superan el consumo de 20 cigarrillos se reducen a un 5% en un día de semana y asciende al 20% durante el fin de semana. Este hecho coincide con los hábitos de ocio de los adolescentes asociados a consumo de sustancias.

5.3 Consumo de drogas ilegales en la adolescencia

La *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) (World Drug Report 2011) estima que en 2009 entre 149 y 272 millones de personas de todo el mundo (del 3,3% al 6,1% de la población de entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas como mínimo una vez en el año anterior. Se calcula que aproximadamente la mitad de ellos eran consumidores habituales de drogas, es decir, que habían consumido drogas ilícitas al menos una vez durante el mes anterior a la fecha de la evaluación. Si bien el número total de consumidores de drogas ilícitas ha aumentado desde finales del decenio de 1990, las tasas de prevalencia han permanecido en gran parte estables, al igual que el número de consumidores problemáticos que, según los cálculos, se sitúa entre los 15 y los 39 millones.

5.3.1 Cambios en la prevalencia del consumo de drogas ilegales en adolescentes

El consumo ha sufrido variaciones a lo largo de los años, tanto en los datos presentados como en el resto de estudios y encuestas estatales. A nivel mundial, el número total de consumidores de drogas ilícitas ha aumentado desde finales del decenio de 1990, sin embargo las tasas de prevalencia han permanecido en gran parte estables (World Drug Report 2011). En Europa, en el estudio ESPAD 2007, la prevalencia del consumo de drogas ilícitas a lo largo de la vida entre los escolares era del 12% en 1995 y esta cifra aumentó al 21% en 2003; sin embargo, los resultados de 2007 indican que la tendencia al alza en el consumo de drogas ilícitas se ha estancado ya que sólo el 18 % de los escolares mencionaron tales experiencias en este año, manteniéndose estable el consumo según el informe europeo de 2011. Los niveles de prevalencia siguen siendo globalmente elevados desde una perspectiva histórica, pero no aumentan. En el informe de Salud de 2010 de Estados Unidos (Health, United States, National Center for Health Statistics 2010) los consumos de los jóvenes de 12 años en adelante, disminuyen a partir de 2002 y posteriormente se mantiene estables, salvo en 2009 que presenta un discreto aumento. Sin embargo en países con prevalencias de consumo bajos en edades de 12 a 17 años, como México, está aumentando desde 2007 y se mantiene estable en años posteriores (Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008). México).

En España el uso de drogas ilegales por grupos amplios de población es bastante reciente. Hasta el inicio del uso inyectado de heroína a finales de los setenta sus repercusiones sociosanitarias fueron aparentemente irrelevantes, y no hay apenas referencias de problemas importantes asociados al uso de alucinógenos o cannabis durante la transición política; ni con el uso de especialidades farmacéuticas con anfetaminas para preparar exámenes, evitar la fatiga o adelgazar (Fuente, 2006). A lo largo de los ochenta y principios de los noventa la «epidemia» del consumo de heroína en forma de inyección ocasionó en España un gran aumento de la mortalidad juvenil, demanda de atención sanitaria, y delincuencia contra la propiedad (Fuente, 2006), generando una intensa alarma social, y siendo la responsable de que «las drogas» llegaran a percibirse como uno de los tres principales problemas de la población, junto el paro y el terrorismo. A partir de la segunda mitad de los noventa las consecuencias más graves de la epidemia del uso de heroína disminuyeron (mortalidad aguda, infección por VIH, delincuencia contra la propiedad) y las drogas ilegales dejaron de ser percibidas por los españoles como uno de sus principales problemas, por lo que la atención política y mediática se desvió hacia el uso de drogas en el contexto recreativo, principalmente éxtasis y cannabis.

En los resultados de este estudio, la prevalencia del consumo de drogas ilegales (incluyendo cannabis, drogas de diseño, cocaína, heroína) se sitúa en general en un 13%. Se trata de un porcentaje similar al de otros estudios españoles, que sitúan dicho consumo en una cifra cercana al 10% (Paniagua, 2001; Meneses, 2009), siendo inferior a las cifras detectadas por el estudio ESPAD 2007 (sobre un 18%) y algo por encima de la Encuesta de salud de los Estados Unidos (2010), con un porcentaje de personas de 12 años de edad o más con cualquier uso de drogas ilícitas en el último mes: 8,7% (2009). En otros países las prevalencias alcanzan diferencias muy llamativas: así, un estudio realizado en Méjico estima la prevalencia de consumo de drogas ilegales en los adolescentes en un 3,3% (Sánchez-Zamorano, 2007).

En los grandes estudios poblacionales españoles (ESTUDES, 2010) aparece un pico máximo de consumo de drogas ilegales entre los años 2006 y 2007. Los resultados del presente estudio muestran el pico de mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales es en el año 2004, hecho que coincide con otro estudio nacional realizado en San Sebastián (Elzo, 2003); este momento de mayor consumo se produce 3 años antes que en la encuesta estatal, con una disminución muy importante a partir de entonces. En el informe de Salud de Estados Unidos la máxima prevalencia se encuentra en el año 2002, con el siguiente dato en 2007 indicando una menor prevalencia de consumo de drogas ilegales.

El cannabis es, con mucho, el tipo de droga ilícita más consumido en la adolescencia (ESTUDES, 2010; EDADES, 2007; HBSC, 2006, Informe mundial sobre drogas OMS, 2011), algo que ocurre en todos los años del estudio realizado e independientemente de la edad o el sexo. En los grandes estudios poblacionales y en términos de prevalencia anual, el consumo de cannabis vino seguido del de estimulantes de tipo anfetamínico (principalmente metanfetamina, anfetamina y éxtasis), opioides (incluidos el opio, la heroína y los opioides de venta con receta) y cocaína.

En 2009 lo consumieron cannabis entre 125 y 203 millones de personas de todo el mundo, lo que supone una tasa de prevalencia anual de 2,8% a 4,5% de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad. El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en todo el mundo permaneció fundamentalmente estable en 2009. La prevalencia anual del grupo de las anfetaminas se situó entre el 0,3% y el 1,3% en 2009, es decir, entre 14 y 57 millones de personas de entre 15 y 64 años de edad habían consumido esas sustancias como mínimo una vez durante el año anterior.

Respecto al grupo del éxtasis, la prevalencia anual mundial se situó, según los cálculos, entre el 0,2% y el 0,6% de la población de entre 15 y 64 años de edad, lo que equivale a entre 11 y 28 millones de consumidores en el año anterior. Respecto al consumo mundial de opiáceos, permaneció estable en 2009. La UNODC (World Drug Report, 2011) calcula que entre 12 y 21 millones de personas en todo el mundo consumieron opiáceos, y de ellas, unas tres cuartas partes consumieron heroína. En 2009 la prevalencia anual del consumo de cocaína, según los cálculos, se situó entre el 0,3% y el 0,5% de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad, es decir, consumieron cocaína entre 14,2 y 20,5 millones de personas de esas edades. Aunque los límites inferiores y superiores del número de consumidores de cocaína en 2009 se han ampliado un poco, el consumo sigue fundamentalmente estable.

La tendencia estable o descendiente del consumo de heroína y cocaína en las principales regiones de consumo se ve contrarrestada por un aumento en el caso de las drogas sintéticas y los medicamentos de venta con receta (Informe mundial sobre drogas OMS, 2011). El consumo de estos medicamentos con fines no médicos parece ser un problema sanitario cada vez mayor

en algunos países desarrollados y en desarrollo. Por otra parte, en los últimos años han aparecido varios compuestos sintéticos nuevos en mercados establecidos de drogas ilícitas.

En cuanto a las consecuencias sanitarias del consumo de drogas, se calcula que cada año ocurren entre 104.000 y 263.000 fallecimientos relacionados o asociados con el consumo de drogas ilícitas, o sea, entre 23,1 y 58,7 fallecimientos por cada millón de habitantes de entre 15 y 64 años de edad. Según los cálculos, más de la mitad de esos fallecimientos corresponden a casos de sobredosis. Se calcula que la prevalencia media mundial del VIH entre los consumidores de drogas por inyección es del 17,9%, es decir, 2,8 millones de personas que se inyectan drogas son seropositivas, uno de cada cinco. Y la prevalencia de la hepatitis C en los consumidores de drogas por inyección a nivel mundial es del 50%, lo que indica que en todo el mundo hay 8 millones de consumidores de drogas por inyección que están infectados por el virus de la hepatitis C.

En Europa (OEDT, 2010) el consumo de drogas parece mantenerse relativamente estable. Los niveles de prevalencia siguen siendo globalmente elevados desde una perspectiva histórica, pero no aumentan. Y en algunas parcelas importantes, como el consumo de cannabis entre los jóvenes, se vislumbran síntomas positivos (ESPAD, 2007). Por otra parte, la evolución del mercado de drogas sintéticas presenta indicios preocupantes, como también, en términos más generales, el uso, por parte de los consumidores de drogas, de un mayor número de sustancias. La politoxicomanía, en particular la combinación de drogas ilegales con alcohol y, en ocasiones, con medicamentos y sustancias no reguladas, se ha convertido en la pauta dominante del consumo de drogas en Europa, basándose en los datos de las encuestas más recientes disponibles de población general en cada país y debe tenerse en cuenta que el año último dato varía según los países (en la mayoría de los casos, las últimas encuestas se realizaron entre 2004 y 2009).

5.3.2 Características del consumo de cannabis.

El tipo de drogas más usado en esta investigación es el cannabis, con una gran diferencia sobre el resto de drogas ilegales, al igual que todos los estudios a nivel mundial (World Drug Report, 2011; OEDT, 2011; EDADES, 2007; ESTUDES, 2010; Morales-Manrique, 2011; Cabrera, 2008; Alcalá Cornide, 2002; Hidalgo Vicario, 2005; Sánchez, 2007). Se estima que el cannabis se ha utilizado al menos una vez en la vida por cerca de 78 millones de europeos, es decir uno de cada cinco de los 15 a 64 años de edad (OEDT, 2010). Existen diferencias considerables entre los países, con cifras de prevalencia nacionales que varían de 1,5% a 32,5%. Para la mayoría de los países, las estimaciones de prevalencia están en el intervalo de 10-30% de todos los adultos. Se estima que 22,5 millones de europeos de 15 a 64 años de edad, han consumido cannabis en el último año, y 12 millones en el último mes.

Muchos países informan de que el consumo de cannabis se está estabilizando o incluso disminuyendo, mientras que un pequeño número de países (Bulgaria, Estonia, Finlandia, Suecia) puede ser testigo de un aumento (ESPAD, 2007). Vale la pena destacar el caso particular del Reino Unido, donde las encuestas se realizan anualmente. Después de una historia de los más altos niveles de consumo de cannabis en Europa a principios de la década de 2000, en el año 2010, la prevalencia del último año de consumo de cannabis cayó por debajo de la media de la UE por primera vez desde que se inició la monitorización de la UE. Los datos del estudio ESPAD de 2007 y las encuestas nacionales a escolares en 2009-2010 revelan que la mayor prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cannabis entre los escolares de 15 a 16 años se registra en la República Checa (45 %), mientras que Estonia, España, Francia,

los Países Bajos, Eslovaquia y el Reino Unido notifican niveles que oscilan entre el 26 % y el 33 %.

En España, el uso del cannabis ha pasado de una prevalencia de consumo mínima en 1994 a un pico máximo de consumo localizado en el año 2004 para, posteriormente, presentar una reducción de la prevalencia de su uso en la adolescencia, que lo sitúa por debajo del 20% de la población adolescente española (ESTUDES, 2012). Aunque en las encuestas estatales no se recoge la evolución del consumo de drogas ilícitas de forma global, sí de forma individualizada y se puede ver como en la población española de 15 a 64 años (EDADES, 2010), el cannabis es la sustancia ilegal más consumida; desde 1995 fue creciendo hasta 2003, para posteriormente mantenerse estable, presentando en 2010 un leve incremento del consumo experimental atribuible al intervalo de edad entre 20 y 34 años y un descenso en el intervalo de 15 a 19 años. Los resultados obtenidos en el presente trabajo muestran una evolución similar en el consumo de cannabis aunque con unas prevalencias menores. Esto puede deberse a la edad de los adolescentes encuestados, menor que en los grandes estudios poblacionales, o por un sesgo de deseabilidad social, dado que el consumo de cannabis está menos normalizado que el uso del tabaco o del alcohol.

5.3.3 Características del consumo de otras drogas ilegales.

El consumo de otras drogas ilegales en las poblaciones estudiadas es mínimo en prevalencia, pudiendo aducirse los mismos motivos que para el uso del cannabis. La cocaína es la segunda droga ilegal más frecuentemente consumida por los adolescentes, sobre todo el primer año de estudio llegando a la quinta parte de la muestra estudiada. Disminuye su consumo hasta desaparecer, siendo significativa la nueva aparición de su consumo en el año 2010.

La **cocaína** aparece como la segunda droga en consumo en el año 1997 en este estudio pero disminuye en 2001, al tiempo que se aprecia un crecimiento gradual en el consumo de drogas de diseño hasta situarse en segundo lugar. Sin embargo la cocaína sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida en Europa, en edades de 15-64 años (OEDT, 2011). En otros estudios (Paniagua, 2001) y en las encuestas estatales de escolares (ESTUDES, 2010), y adultos (EDADES, 2010), los consumos de drogas de diseño son mayores entre los adolescentes que entre los adultos, salvo para los hipnosedantes que es mayor en los adultos (7,1 frente a 5,6%), y la cocaína que es igual en ambos grupos (2,6%).

En Europa (OEDT, 2010; ESPAD, 2007), la cocaína sigue siendo la segunda droga ilegal más consumida después del cannabis, si bien los niveles y las pautas de consumo varían considerablemente entre los diversos países. Solo en un pequeño grupo, principalmente de Europa occidental, se aprecia un nivel elevado de consumo de cocaína, mientras que en el resto del mundo el consumo se mantiene limitado. Se estima que alrededor de 14,5 millones de europeos han consumido cocaína al menos una vez en su vida, en promedio, 4,3% de los adultos de 15-64 años. Cerca de 4 millones de europeos se estima que han usado la droga en el último año. Los niveles de consumo de cocaína por encima de la media europea se informaron por parte de Dinamarca, Irlanda, España, Italia, Chipre y el Reino Unido. En todos estos países, los últimos datos de prevalencia del año muestran que la cocaína es la droga más comúnmente utilizada estimulante ilícito. Las tendencias del consumo de cocaína en Europa han seguido pautas diferentes. En España y el Reino Unido, los países con los niveles más elevados de prevalencia, el consumo de cocaína registró un significativo incremento a finales de la década de los noventa, antes de mostrar una tendencia más estable, aunque

generalmente al alza. Cuatro de los seis países notificaron un incremento general durante los 10 últimos años, aunque se aprecia una disminución en las encuestas más recientes (Dinamarca, España, Italia, Reino Unido), similares a la tendencia observada en Canadá y Estados Unidos.

Se estima que en Europa han consumido cocaína al menos una vez en la vida unos 8 millones de adultos jóvenes (15-34 años), lo que equivale a una media del 5,9 %. El consumo de cocaína es particularmente elevado entre los varones jóvenes (15-34 años), con una prevalencia de consumo durante el último año de entre el 4 % y el 6,7 % en Dinamarca, España, Irlanda, Italia y Reino Unido (Informe anual 2011. El problema de la drogodependencia en Europa. OEDT). La prevalencia a lo largo de la vida del consumo de cocaína en los escolares de entre 15 y 16 años en las encuestas más recientes se encuentra entre un 1 y un 2 % en la mitad de los 29 países encuestados (ESPAD, 2007; ESTUDES, 2010). La mayoría de los países restantes indican niveles de prevalencia de entre el 3 % y el 4 %, mientras que Francia y el Reino Unido notifican una prevalencia del 5 %. Cuando se dispone de datos sobre escolares de mayor edad (17-18 años), la prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida es generalmente mayor, y aumenta hasta un 8 % en España (Informe anual 2011. El problema de la drogodependencia en Europa. OEDT 2011).

España es, junto a USA y el Reino Unido, uno de los países del mundo con un uso más extendido de cocaína, provoca ya muchos problemas sanitarios, superando claramente a la heroína como causa de primeras admisiones a tratamiento por dependencia o de urgencias hospitalarias. Todos los indicadores muestran una tendencia creciente del uso y los problemas por cocaína. Los cuadros clínicos en las urgencias relacionadas con cocaína dependen del uso o no de otras drogas. Entre los que no usan opioides, que ahora son mayoría, predominan las complicaciones psiquiátricas (sobre todo crisis de ansiedad y psicosis) u orgánicas (sobre todo taquicardia y dolor torácico), y las intoxicaciones agudas. Las complicaciones más graves son los accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares, incluyendo arritmias y episodios coronarios agudos. Hay que resaltar que los consumidores regulares de cocaína tienen un elevado índice de comorbilidad psiquiátrica: 43,6% de los jóvenes usuarios de cocaína de *Itinere* la presentaban; 30,8% relacionada con eje I de DSM-IV (trastornos del estado de ánimo, de la alimentación, ansiedad, o psicosis); 5,3% con eje II (trastornos de la personalidad), y 7,5% con ambos ejes. Por lo que respecta al cannabis el consumo ha crecido mucho en los últimos años, pero sus repercusiones sanitarias siguen siendo bastante menores que las de la heroína o la cocaína. El impacto del uso de cannabis en la atención sanitaria urgente es mayor que en los centros de tratamiento especializado, a menudo eran policonsumidores y la urgencia estaba también relacionada con otras drogas, como alcohol o cocaína. Aunque no se han detectado muertes por reacción aguda a cannabis es probable que algunos accidentes mortales y no mortales se relacionen con esta droga, consumida de forma aislada o en combinación con otras (Fuente, 2006).

Respecto al consumo de **anfetaminas**, no se declara en los resultados de las encuestas realizadas durante estos años. Sin embargo, las estimaciones de prevalencia de las drogas sugieren que alrededor de 12,5 millones de europeos las han probado, y unos 2 millones han consumido esta droga durante el último año (OEDT, 2010). Entre los adultos jóvenes (15-34 años), la prevalencia de vida del consumo de las anfetaminas varía considerablemente entre países, desde 0,1% a 14,3%, con una media ponderada europea del 5,0%. Se estima que alrededor de 1,5 millones (1,1%) a los jóvenes europeos ha consumido anfetaminas durante el último año. Entre los escolares de 15 a 16 años (ESPAD, 2007), la prevalencia a lo largo de la vida del consumo de anfetaminas oscila entre el 1 y el 8 % en 26 Estados miembros de la UE,

Noruega y Croacia, según datos de 2007, aunque únicamente Bulgaria y Letonia notificaron niveles de prevalencia de más de un 5 %. En conjunto, las encuestas escolares indican escasa variación de los niveles de experimentación con anfetaminas entre los escolares de 15 y 16 años. Entre 2003 y 2007, la mayoría de los países refirieron unas tendencias a la baja y estables en la prevalencia del consumo a lo largo de la vida en este grupo.

Los psicoestimulantes sintéticos tipo éxtasis o anfetaminas tomados en un contexto lúdico o festivo fueron objeto de preocupación desde principios de los noventa. Las evidencias muestran que estas drogas pueden producir problemas de salud, en algunos casos graves. Los profesionales sanitarios de los servicios de salud (sobre todo los de atención primaria de salud y servicios de urgencias) han de preguntar sistemáticamente por el uso de cocaína o cannabis a todas las personas con cuadros que pudieran estar relacionados con dichas drogas, especialmente a las personas de entre 15 y 54 años con problemas psicopatológicos, cardiocirculatorios o neurológicos agudos (Fuente, 2006).

Sin embargo, son las **drogas de diseño** las que se hacen un hueco en la población adolescente estudiada, de forma que se comienza a registrar su consumo a partir del año 2001 y se mantiene relativamente estable el mismo hasta el año 2010, situándose en torno a la décima parte de los adolescentes encuestados. Las estimaciones de prevalencia de las drogas sugieren que cerca de 11 millones de europeos han probado el éxtasis y otras drogas de diseño, y cerca de 2,5 millones han consumido esta droga durante el último año. El uso de la droga en el último año se concentra entre los adultos jóvenes, con los hombres que registraron niveles de uso mucho mayor que las mujeres en todos los países excepto en Grecia, Rumania, Suecia y Finlandia. La prevalencia de vida del consumo de éxtasis entre el grupo de edad 15-34 (OEDT, 2010) oscila entre menos de 0,6% a 12,7%, con la mayoría de los países que reportan las estimaciones en el rango de 2.1-5.8%. Durante el período 2003-09, ningún país reportó un incremento en el consumo de éxtasis, mientras que Estonia, España, Alemania, Hungría y el Reino Unido informó de una disminución de aproximadamente un punto porcentual en el último uso de éxtasis año en el grupo de edad 15-34. Hay, sin embargo, alguna variación entre países.

Entre los escolares de entre 15 y 16 años (ESPAD, 2007; ESTUDES, 2010), la prevalencia del consumo de éxtasis en algún momento de la vida oscila entre el 1 % y el 5 % en la mayoría de los países de la UE encuestados en 2007. Solo cuatro países notificaron una prevalencia más elevada: Bulgaria, Estonia, Eslovaquia (en todos ellos del 6 %) y Letonia (7 %). Los cuatro países que realizaron encuestas escolares en 2009 (Italia, Eslovaquia, Suecia y Reino Unido) refirieron una prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida del 5 % o menos. Globalmente, las encuestas escolares indican poco cambio en los niveles de experimentación con éxtasis entre los escolares de 15 y 16 años.

La otra droga ilegal declarada por los adolescentes es la **heroína**. Sólo un 1% de la población encuestada en el año 2010 reconoce su consumo; este último año de estudio destaca sobre todo por el incremento de diferentes drogas ilegales que son consumidas por los adolescentes en el último año de estudio. Estos datos no coinciden con las encuestas estatales (ESTUDES y EDADES 2010) donde las mayores prevalencias (1% y 0,9%) se dan en 2006 y 2003, variando desde del 0,5 al 1%, siendo en 2010 de 0,6% en escolares y 0,1% en adultos. Durante el período 2004-2009, los datos a nivel europeo con estimaciones repetidas de la prevalencia del consumo problemático de opiáceos sugieren una situación relativamente estable. Basándose en una muestra de 17 países europeos que facilitaron datos correspondientes al período 2004-2009 (OEDT, 2011), se ha producido un aumento global en el número declarado que pacientes

que inician un tratamiento especializado de drogodependencias en Europa, incluidos los que inician tratamiento por consumo de heroína como droga principal (de 123.000 a 143.000). No obstante, este aumento puede deberse en gran medida a que los consumidores de heroína que reinician un tratamiento, más que a los que lo inician por primera vez.

En España el uso de drogas ilegales por grupos amplios de población es bastante reciente. Hasta finales de los setenta sus repercusiones sociosanitarias fueron aparentemente irrelevantes. A lo largo de los ochenta y principios de los noventa, la «epidemia» del consumo de heroína hizo que «las drogas» llegaran a percibirse como uno de los tres principales problemas de la población, junto el paro y el terrorismo. A ello contribuyó, sin duda, la rápida expansión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) asociada a inyección de drogas (que en España ha sido, y continúa siendo, sinónimo de inyección de heroína). Aunque la máxima incidencia de uso problemático de heroína se alcanzó seguramente en la primera mitad de los ochenta, el mayor impacto y visibilidad de la epidemia se produjo a principios de los noventa. La mortalidad relacionada con las drogas alcanzó entonces su punto álgido, llegando a ser la primera causa de muerte entre los jóvenes de las grandes ciudades. Se estima que en España el mayor impacto de la mortalidad por sobredosis se produjo en 1991-1992 con más de 1.700 muertes anuales (11,5 muertes por cada 100.000 jóvenes de 15-39 años, 10,1% de todas las muertes de esas edades), en más del 90% de las cuales estaba implicada la inyección de heroína. A partir de la segunda mitad de los noventa las consecuencias más graves de la epidemia del uso de heroína disminuyeron. Se desvió el uso de drogas al contexto recreativo, principalmente éxtasis y cannabis, pudiendo ser el camino hacia drogas más peligrosas (léase cocaína o heroína), y alteraciones cerebrales que acabarán provocando a los consumidores problemas clínicos o sociales con un impacto importante en la salud pública.

No existen otras drogas ilegales diferentes declaradas por el alumnado objeto de la encuesta. Entre los adultos jóvenes (15-34 años), las estimaciones sobre la prevalencia del consumo de LSD en algún momento de la vida en Europa oscilan entre el 0-5,5 %. En los adultos jóvenes, las estimaciones sobre la prevalencia del consumo de hongos alucinógenos en algún momento de la vida varían entre el 0,3 % y el 14,1 % y durante el último año, entre el 0,2 % y el 5,9 %. Entre los escolares de 15 y 16 años de edad, la mayoría de los países estiman la prevalencia del consumo de hongos alucinógenos en algún momento de la vida entre el 1 y el 4 % y los niveles más altos se encuentran en Eslovaquia (5 %) y la República Checa (7 %). Las estimaciones de la prevalencia del consumo de GHB y ketamina en las poblaciones adulta y escolar son muy inferiores a las del consumo de cocaína y éxtasis.

El consumo de **opiáceos**, dada la prevalencia relativamente escasa y la naturaleza oculta de su consumo, necesita hacer extrapolaciones estadísticas para obtener estimaciones de prevalencia a partir de las fuentes de datos disponibles (principalmente datos sobre el tratamiento de toxicomanías y sobre el cumplimiento de la legislación). La prevalencia global del consumo problemático de drogas parece variar entre 2 y 10 casos por cada 1 000 habitantes de 15 a 64 años de edad. Estas estimaciones pueden ir acompañadas de intervalos de incertidumbre dilatados y de limitaciones específicas. Por ejemplo, aunque en general se incluye a los consumidores de drogas que reciben tratamiento, puede ocurrir que los consumidores que están actualmente en prisión, especialmente si pesan sobre ellos condenas de larga duración, estén infrarrepresentados en las estimaciones.

En Australia, Canadá, Europa y los Estados Unidos se ha referido un aumento del consumo ilegal de opiáceos distintos a la heroína (SAMHSA, 2009). La mayor parte de estas sustancias se

usan en la práctica médica, como analgésicos (morfina, fentanilo, codeína, oxicodona, hidrocodona) o como fármacos de sustitución en el tratamiento de la dependencia de la heroína (metadona, buprenorfina). En Europa, cerca del 5 % (en torno a 20000 pacientes) de todos los que inician un tratamiento declaran otros opiáceos distintos a la heroína como su droga principal. (OEDT, 2010)

5.3.4 Patrones de consumo de las drogas ilegales.

El consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana (EDADES, 2008). El patrón de consumo intermitente o esporádico al inicio de este estudio, y en general, es el más elevado (Zarco, 2007; Meneses, 2009; Alfonso, 2009). Sin embargo, este tipo de consumo disminuye con los años y aparece de forma paralela un incremento especular del consumo en fin de semana asociado a las actividades de ocio, lúdicas y a los ambientes nocturnos (Lomba, 2009; Rodríguez, 2003).

La vinculación entre consumo de sustancias psicoactivas y tiempo de ocio está bien establecida en la literatura sobre el tema, de manera que los cambios en la estructuración del tiempo de ocio entre el colectivo juvenil y en los espacios vivenciales (Aguinaga, 1996 y 1997; Elzo, 1999; San Martín, 1999) se han potenciado por formas sobreactivadas de diversión juvenil nocturna durante el fin de semana (Comas, 1996; Elzo, 1996 y 2000; Rodríguez, 2001), prácticas asociadas a usos festivos del alcohol en renovadas *fiestas de Dyónisos* (Parra, 1994), empleo de drogas calificadas como *recreativas* (Bellis, 2003) y consumos vinculados al *salir de marcha* (Calafat, 2000), todo ello insertado en unas condiciones de (re)emergencia de la civilización del ocio como *skholé*, es decir, como modalidad de ocio recreativo (Moral, 2003). Otras modalidades de ocio no productivo son consideradas como factor de riesgo para el consumo de drogas (García, 2002; Moral, 2002).

El consumo diario de drogas en los adolescentes, en general, es bajo, en este estudio sólo hay consumo diario en 2010, con una prevalencia situada en un 1%. En comparación con otros estudios de carácter nacional, encontramos consumos regulares en población general en torno a un 5% (Villatoro, 2002 y 2003). En los adolescentes el consumo diario está asociado al cannabis con porcentajes situados en torno a un 3-5% (López, 2003; Jiménez-Muro, 2009; ESTUDES, 2010).

5.3.5 Diferencias en el consumo de drogas ilegales según edad y sexo

La evolución del consumo de drogas ilegales varía según la edad del adolescente. El contacto con drogas ilegales es poco frecuente antes de los 12 años (Paniagua, 2001; Hser, 2003; Yang, 2009). Pese a ello, en los últimos años se ha producido una reducción significativa de la edad de iniciación al consumo de drogas iniciáticas (alcohol y tabaco) que se ha situado alrededor de los once o doce años (PNSD, 2010) cuando, años atrás, el primer contacto se establecía hacia los dieciocho o veinte (Alfonso, 1987; Moral, 2005) con una consiguiente bajada progresiva de la edad de inicio del consumo de drogas ilegales.

La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, alcanzando su máximo entre los estudiantes de 18 años. En edades tempranas, entre los 12 a 13 años, los consumos son bajos en el estudio, inferiores al 5% en todos los años. A partir de los 14 años aumenta la

prevalencia y 15 años el consumo se incrementa de forma significativa, aunque las edades con mayor porcentaje de consumidores son los 16 y 17 años al igual que en otros estudio españoles (Paniagua, 2001; ESTUDES 2008 y 2010; Villatoro, 2002; Jiménez-Muro, 2009). En el estudio se observan picos en la prevalencia de consumidores con 15 y 17 años en 2001 que disminuye progresivamente hasta 2007 y de forma brusca en 2010. El pico de consumidores de 14 y 16 años se da en el año 2004 y descendiendo progresivamente hasta 2010.

Valorando la evolución de los patrones de consumo de drogas ilegales en relación con la edad, se observa que mayoritariamente los adolescentes indican unos consumos ocasionales y de fin de semana, apareciendo consumos diarios a partir de los 14-15 años. La experimentación temprana cannabis (antes de los 15 años) se asocia a prevalencias más elevadas de consumo diario de cannabis y a policonsumo regular o consumo concurrente de 2 o más drogas en el último mes (Hernández-López, 2009). En 1997 se observa en la mitad de los adolescentes de 17 años un consumo diario, el cual desaparece en los siguientes cuatro años de estudio. En 2004 se observa que las edades de 12, 13, 15 y 16 años sólo existen consumos ocasionales, salvo en los 14 años que existen consumos diarios. En el último estudio hecho en 2010 la única edad de con consumos diarios es a los 14 años, siendo en el resto de edades consumos ocasionales y de fin de semana. En un estudio realizado en California (durante 2006-2007) respecto al consumo de drogas según la edad, la prescripción de estimulantes y medicamentos de venta libre se realizaron mayoritariamente en adolescentes de 12 a 17 años, mientras que los medicamentos con receta de opiáceos fueron los más comunes para los adultos mayores de 18 años (Gonzales, 2010).

En la distribución por sexo en nuestra muestra no se observan diferencias significativas en la prevalencia del consumo de drogas ilegales en ninguno de los años estudiados en el porcentaje de hombres y mujeres adolescentes que reconocen consumir drogas ilegales. El abuso de sustancias entre los adolescentes del estudio parece seguir la tendencia reciente mundial en la igualación del consumo de drogas entre los géneros (Oliveira, 2009; Malbergier, 2012; Fernández-Calderón, 2011). Sin embargo, en muchos trabajos el consumo de cualquier droga ilegal está más extendido entre los hombres que entre las mujeres. (Paniagua, 2001; Villatoro, 2000; Medina, 2003; EDADES, 2010; Isralowitz, 2006), salvo el consumo de hipnosedantes que es más elevado en las mujeres que en los hombres. (ESTUDES, 2010)

En cuanto al consumo cualitativo en relación con el sexo, en el estudio, existe un mayor consumo diario en los hombres que en las mujeres. Los patrones de consumo no varían a lo largo de los años, salvo en 2004 en donde no se encontraron consumidores diarios en hombres, y en las mujeres disminuye el consumo de fin de semana a expensas del aumento del consumo ocasional. En el último año de estudio (2010) en los hombres se duplica el consumo de fin de semana a expensas del ocasional y en las mujeres sólo existe el consumo ocasional.

En un estudio realizado en Asturias en el año 2008 (Observatorio sobre drogas para Asturias, 2008) se apreció que las diferencias por sexo se acentúan a medida que los consumos se hacen más frecuentes e intensos, siendo mayores en los hombres. Sin embargo, en Andalucía la distribución de las urgencias relacionadas con sustancias psicoactivas es similar a lo largo de la semana: 52,5% los días laborables y 47,5% los fines de semana. Este mayor porcentaje de episodios relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas de lunes a jueves se observa tanto entre los hombres como entre las mujeres. Durante los fines de semana, la media de edad es más joven (32,4 años) que en los días laborables (37,2 años). Sin embargo, la edad media de las personas atendidas por consumo de otras sustancias psicoactivas en días

4laborables y fines de semana no difiere tanto: 33,6 años en fines de semana y 35,6 años en días laborables. En función del sexo, el porcentaje de jóvenes menores de 25 años que acuden a urgencias por episodios de drogas es mayor entre los hombres que entre las mujeres; ocurre al contrario en los menores de edad, donde es mayor en las adolescentes mujeres (OADA 2010).

5.3.6 Relación del consumo de drogas ilegales con el patrón de consumo de alcohol y tabaco.

La prevalencia del consumo de drogas ilegales se relaciona con el patrón de consumo cuantitativo y cualitativo de alcohol y tabaco (Sánchez-Zamorano, 2007; Alcalá Cornide, 2002; Herrera-Vázquez, 2004; Ginzler, 2003). Mayet (y col 2010) señalan que la mediación entre el tabaco y las drogas ilegales es mayor que el alcohol. En estudios llevados a cabo en animales y humanos se apreció que la administración previa de alcohol incrementa la posibilidad de fumar (Shiffman, 1995). Esta asociación puede explicarse porque ambas sustancias (el etanol y la nicotina) estimulan los mismos receptores dopaminérgicos y, de esta manera, originan el deseo compulsivo de una sustancia por la otra, siendo un efecto similar al que presentan otras drogas como la cocaína (Wise, 1988; Ridenoura, 2006).

La mayoría de los estudios disponibles informan que el mayor número de consumidores de sustancias ilegales usan habitualmente como puerta de entrada alcohol o nicotina. Golub (y col 2002) observaron que el 94 % de las personas iniciaron con alcohol o tabaco, que el 26 % de los consumidores de alcohol o tabaco experimentaron posteriormente con marihuana y que el 29 % de los consumidores de marihuana usaron otra sustancia ilegal posteriormente. Por su parte, Rieid (y col 2007) encontraron que en el más alto porcentaje el consumo de alcohol o marihuana precede el uso de sustancias ilegales como cocaína y metanfetamina y que la marihuana sólo influenciaba el uso posterior de heroína (Posada-Villa, 2009; Hall, 2005).

El consumo de drogas ilegales es casi inexistente en aquellos adolescentes que no consumen alcohol, incrementándose cuanto mayor es el consumo de alcohol (Alfonso, 2009). En nuestro estudio también se relaciona con el patrón de consumo, alcanzando las mayores prevalencias cuando el consumo de alcohol es en fin de semana y, sobre todo, de forma diaria. Existe una asociación entre fiestas y botellón, y los consumos de alcohol y drogas ilegales en los mismos (Calafat, 2004, 2007a y 2007b). De hecho, se aprecia como en los últimos años de estudio el consumo de drogas ilegales disminuye entre los adolescentes que consumen alcohol de forma intermitente y se incrementa en aquellos que lo consumen de forma diaria, hasta llegar a ser un 100% del total de la muestra. De igual forma el consumo cuantitativo de alcohol es superior en aquellos adolescentes que reconocen consumir drogas en fin de semana y de forma diaria. Ramírez y col. (2010) recogen en su trabajo que ser varón y presentar consumo reciente de alcohol (en las 6 horas previas) tienen un fuerte efecto predictor del consumo reciente de alguna droga ilegal, siendo esto independiente de la edad, presencia de daño físico/lesión en urgencias.

Respecto a la relación entre el consumo de tabaco y las drogas ilegales, el uso de drogas ilegales es mucho mayor entre los fumadores que los no fumadores (Sánchez-Zamorano, 2007). El consumo diario de cigarrillos es el más relacionado con el consumo de drogas ilegales (Jiménez-Muro, 2009; Wium-Andersen, 2010). En nuestro estudio los primeros cuatro años del estudio siguen el patrón del consumo diario con el mayor consumo de drogas ilegales. Sin embargo, conforme cambian los patrones de consumo de drogas en uso recreativos, fiestas y botellones, también cambian las asociaciones entre tabaco y drogas ilegales en el año 2010 en

la muestra estudiada, donde el patrón de consumo en fin de semana de tabaco se asocia a mayor consumo de drogas ilegales (Calafat, 2007a y 2007b y 2011). El consumo cuantitativo de tabaco entre los consumidores de drogas ilegales, expresado en cigarrillos diarios, sigue un orden ascendente desde no consumo, intermitente, en fin de semana y diario, fumando progresivamente más cigarrillos los que consumen drogas de 1997 a 2007, hecho que cambia en 2010 con un mayor consumo de tabaco entre aquellos adolescentes que consumen drogas ilegales en fin de semana.

5.4 Importancia de los factores familiares en el consumo de alcohol, tabaco y drogas en la adolescencia

5.4.1 Concepto e importancia de la familia

La adolescencia es una etapa de cambios necesaria para que el joven se adapte a sus cambios corporales, adquiera una identidad propia e inicie su proceso de socialización (De la Revilla, 1994a). En estos cambios, la familia se presenta como una forma básica de agrupamiento social que ayuda al adolescente en su crecimiento biopsicosocial, siendo un sistema vivo y dinámico (FAD, 2003). Desde la *perspectiva sistémica* se considera a la familia como un sistema abierto, que mantiene relaciones bidireccionales con otros contextos que le rodean, influenciando e influenciándose de los cambios que se producen en éstos y de las relaciones que mantienen con los mismos. Así, en este sentido y según el *presupuesto transaccional*, las características de los individuos moldean sus experiencias ambientales y, recíprocamente, estas experiencias moldean las características de las personas a lo largo del tiempo (Samerroff, 1983). En este sentido, el desarrollo de los adolescentes se ve influenciado por el contexto familiar a través del estilo de interacción que mantienen con su entorno (Lorence, 2007). Por ser el único sistema en el que el individuo participa durante toda su vida, la familia tiene la capacidad de constituirse en transmisora de costumbres, hábitos, modelos de comportamiento, así como en elemento de apoyo, resolución de conflictos y sustento del estado del bienestar (del que representa tanto las necesidades como los soportes).

Todo esto sitúa al sistema familiar y a su dinámica en el centro del crecimiento del adolescente y, por tanto, en pieza clave para la adopción de estilos de vida saludables útiles para el crecimiento hacia la adultez. Se ha comprobado cómo vivir con los padres es un factor protector para el consumo del tabaco, el alcohol y otras drogas (Malta, 2011). La supervisión de la familia permite prevenir el uso de estas sustancias por parte del adolescente, al igual que compartir una comida con los padres la mayoría de los días de la semana o que éstos sepan lo que los adolescentes han hecho en su tiempo libre. El análisis del contexto del desarrollo biopsicosocial del adolescente (la familia, los amigos y el centro educativo) proporciona información importante cuando se trata de prevenir el consumo de sustancias, lo que demuestra las ventajas que tiene la existencia de una coherencia y conexión entre los diferentes ambientes donde los jóvenes viven, crecen y se desarrollan y la importancia que adquiere la familia como centro de la interacción entre sistemas (Ramos, 2011).

5.4.2 Valoración de la función familiar

Evaluar la función de una familia tiene el propósito de comprender mejor el contexto en el que se producen los problemas de pacientes que acuden a la consulta presentando problemas individuales y permitir reorientar su manejo hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente. En el caso de los adolescentes, el estudio de la función familiar aporta elementos que permiten una visión biopsicosocial, algo que caracteriza la atención en el primer nivel de salud del sistema sanitario. En esta investigación se ha optado por emplear el test APGAR familiar para valorar la percepción que tienen los adolescentes de la función familiar. Algunos autores (Sierra, 1997) critican el uso de este test como instrumento de medida, apuntando que tal vez no sea el indicado para determinar la disfunción familiar en el caso de los hábitos tóxicos, más cuando están socialmente tan aceptados como ocurre en nuestra sociedad. La elección de cuestionarios poco complejos está plenamente justificado en el ámbito de Atención Primaria a la hora de evaluar la función familiar, que deben ser suficientes para una evaluación familiar global: su tipología, la etapa del ciclo, los acontecimientos vitales y sus recursos. Entre los cuestionarios que más se han empleado en todo el mundo, y del que se disponen versiones validadas en poblaciones españolas, se encuentra el APGAR familiar. El uso del test APGAR familiar está muy extendido para evaluar de forma rápida y sencilla la función familiar (Smilkstein, 1979; De la Revilla, 2005) y ha sido validado (Bellón, 1996). La información que aporta es amplia ya que evalúa las cinco diferentes tareas en que se subdividen la función familiar: adaptabilidad, o capacidad de movilización de recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas ante acontecimientos vitales estresantes o en periodos de crisis; cooperación, que es la implicación de los miembros de la familia en las responsabilidades del mantenimiento familiar y en la toma de decisiones; desarrollo o capacidad de apoyar y asesorar la maduración física y emocional y la autorrealización de sus miembros; afectividad o expresión de cariño o amor entre los miembros de la familia; y capacidad de resolución, entendida como compromiso de dedicar tiempo a atender necesidades físicas y emocionales de los demás miembros, generalmente asociable al compromiso de compartir unos ingresos y un espacio. Es importante recordar que este cuestionario no evalúa realmente la función familiar, sino el grado de satisfacción que tiene el adolescente con respecto al funcionamiento de su familia, es decir: su percepción personal.

En Atención Primaria, en la que la presentación habitual de las disfunciones es a través de síntomas individuales, esto no constituye un inconveniente. En España (Casarrubios, 1988; De la Revilla, 1994b; Bellón, 1995; De los Ríos, 1997; Menéndez, 2000; Obando, 2004) se ha utilizado el cuestionario de APGAR familiar para evaluar la función familiar en el curso de procesos psicosociales, en pacientes que consultaban por signos y síntomas mal definidos, en alcohólicos, hipertensos, en hiperutilizadores de servicios sanitarios y en la obesidad de los adolescentes. Por tanto, los resultados son útiles para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla (De la Revilla, 2005), y para conocer el apoyo que el adolescente cree recibir de su familia.

5.4.3 Función y disfunción familiar en adolescentes

La percepción de disfunción familiar en la población general oscila entre un 16-35% del total (Bellón, 1996; De la Revilla, 1994a; Pérez Milena, 2006b). Los resultados obtenidos entre los adolescentes encuestados indican que las tres cuartas partes perciben una función familiar normal, con sólo una décima parte con disfunción grave, sin cambios significativos entre años de estudio. El concepto de disfunción familiar no está bien definido, pero incluiría familias con

relaciones familiares no armónicas, enfermedad psiquiátrica paterna o divorcio paterno complicado. Dentro de estas líneas, el abuso de alcohol y drogas en los padres se asocia con una mayor incidencia de enfermedades psiquiátricas en los hijos (Maughan, 2003). En líneas generales, algunos estudios (FAD, 2003) indican varias categorías familiares según el grado de discrepancias encontradas: la Familia Conflictiva será la que presente mayor grado de discrepancias, seguida de la Nominal, la Adaptativa y, por último, de la Familia Familista/Endogámica. Esta ordenación en la gradación de las discrepancias se cumple tanto para los asuntos relacionados con la organización y funciones de la familia como para los relativos a la comunicación en el seno de la misma.

Otros autores (De la Revilla, 2009) se plantean si las familias con adolescentes padecen, sobre todo, crisis más que disfunciones familiares. La crisis familiar se origina cuando una tensión afecta a la familia y requiere un cambio que le aparte del repertorio habitual de reglas, normas, relación y comunicación del sistema familiar y que sólo cuando se carece de recursos familiares y extrafamiliares se puede entrar en disfunción (De la Revilla, 2005). Las crisis de desarrollo tienen que ver con las etapas del ciclo vital familiar y dan lugar a cambios en el estatus y función de los miembros de la familia, cambios evolutivos que unas veces son sutiles y graduales, pero que en otras ocasiones son abruptos y dramáticos (De la Revilla, 2009). La adolescencia supone un momento de crisis vital que, sin embargo, puede ser útil para lograr una mayor cohesión familiar (Dickinson, 1998; Salazar, 2004). Se ha comprobado cómo la percepción de una buena función familiar se asocia a un mayor grado de apoyo social (Pérez Milena, 2007d): esto es, para crecer y separarse de la familia se requiere que la familia sea cohesiva (Zdanowicz, 2004), estando el desarrollo psicosocial del adolescente supeditado a la madurez de la familia (Castellano, 2005). Los amigos son un referente en normas y valores para el adolescente pero, si se siente aceptado y escuchado dentro de su hogar, su red social mejora y su proceso de socialización puede completarse más satisfactoriamente (Marcos, 1996; Salazar, 2004). A pesar del aparente distanciamiento entre adolescentes y padres, los hijos adolescentes siguen siendo muy influenciados a la consideración que de ellos tienen sus progenitores (Pla, 1999).

Estudios realizados en la población española muestran cómo las familias reconocen pocos conflictos. Según los padres y las madres, las dificultades se centran en problemas domésticos para los progenitores mientras que los adolescentes aducen motivos externos en la presencia de conflictos: sólo en un 10% de las familias encuestadas creen que el consumo de alcohol y drogas es un problema de presencia frecuente o habitual (FAD, 2003). Según el estereotipo social, las sensibilidades más bien deberían ir en el sentido contrario; se supone a los padres especialmente alertados por los problemas relativos al sexo, al alcohol o a las drogas, algo que no parece ocurrir. Es interesante observar cómo, a pesar de la convicción existente a nivel social sobre el problema que supone el tipo de actividades que los jóvenes realizan durante su tiempo de ocio de fin de semana, así como respecto al alargamiento de la noche de esos jóvenes, la traducción de esas cuestiones en conflictos a nivel familiar (reflejada, por ejemplo, a través del consumo de alcohol u otras drogas, o en las horas de levantarse) es muy pequeña.

Entre las discrepancias más frecuentemente observadas en la familia con adolescentes (FAD, 2003) destacan las referidas a aspectos relacionados con la comunicación en el seno de la familia (43% de discrepancias en términos generales entre los padres y sus propios hijos) que éstas son mayores respecto al padre que respecto a la madre (los hijos/as muestran algo más de siete puntos porcentuales más de discrepancia con sus padres que con sus madres). Los aspectos en que inciden estas discrepancias hacen referencia a la incomunicación, la ausencia de confianza y las malas relaciones explícitas (De la Revilla, 2009). En los resultados del

presente trabajo, hasta un 25% de los adolescentes percibirían una mala función familiar, y de ellos un 40% señalarían una disfunción grave. Los conflictos entre padres e hijos adolescentes en cuestiones referidas a la familia parecen aumentar las probabilidades de que se produzcan otros conflictos externos, incluyendo entre éstos los consumos de alcohol y otras drogas (FAD, 2003). Esto parece ser más frecuente cuando los hijos perciben dificultades que sus padres no ven (como problemas externos con el alcohol, las drogas o el sexo), o cuando los padres señalan problemas que sus hijos no mencionan (problemas domésticos).

Para la existencia de una disfunción familiar es la visión de los hijos adolescentes la que, en la mayoría de los casos, determina el sentido de la discrepancia y la probabilidad de que ésta derive en un conflicto familiar. Éste es el motivo que hace que sea muy importante conocer la percepción que tiene el adolescente sobre la función de su propia familia. Tanto los niños como los adolescentes que viven en familias disfuncionales (definidas así según la propia percepción del hijo) presentan una mayor tasa de enfermedades psiquiátricas, como depresión o consumo de sustancias (García Campayo, 2007).

5.4.4 Función y estructura familiar

Un correcto funcionamiento familiar mejora la adaptación a los cambios que se producen en la pubertad y la adolescencia (García Campayo, 2004) y se ha relacionado con la estructura de la familia. Así, la familia nuclear sería la más preparada para afrontar los cambios en cada fase de su ciclo vital (De la Revilla, 1994a; García Campayo, 2004), mientras que otros patrones familiares se han relacionado con la aparición de diversos problemas durante la adolescencia. Así, García Campayo (2004) indica que hay un alto impacto psicológico de la monoparentalidad en los hijos de la familia, especialmente en los adolescentes: la asistencia al colegio es menor, aparece mayor frecuencia de enuresis nocturna, hay una alta sospecha de maltrato físico o incluso existe un alta probabilidad de negligencia en el cuidado de los hijos por parte de los padres o madres. Los hijos de familias monoparentales, según trabajos publicados hace más de 20 años (Cafferata, 1985; Wadsworth, 1985; Wallerstein, 1987) y desde un punto de vista demográfico, tienden estadísticamente a ser más pobres y a involucrarse en actividades delictivas con más frecuencia que aquellos que con viven con los dos progenitores (Robert, 1995).

5.4.5 Cambios y conflictos en la familia: nuevas estructuras

Sin embargo, en las últimas décadas han existido cambios en las circunstancias socioeconómicas y demográficas que han provocado variaciones relativas a los roles dentro del núcleo familiar. La “familia española” aparece actualmente como un conglomerado de diferentes tipos y modelos construidos por intentos de acomodación a una realidad rápidamente cambiante (Megías, 2003). Por ejemplo, la incorporación de la mujer al mercado laboral ha supuesto un cambio social muy importante que ha afectado a las funciones tradicionales de los padres y las madres dentro de las familias. Otros cambios, como la cada vez más tardía emancipación de los hijos, el incremento de los divorcios y separaciones, la mayor longevidad y la menor natalidad, así como la aparición de nuevas leyes sobre las familias han dado lugar a modelos familiares diversos alejados de la idea de la familia nuclear tradicional (FAD, 2003). Las estructuras familiares no nucleares están actualmente más normalizadas y ésta parece ser la tendencia actual en la sociedad española y entre la población estudiada (Pérez Milena, 2007d). Sigue siendo, sin embargo, la familia nuclear la más prevalente en la mayoría de sociedades occidentalizadas (Cruz-Salmerón, 2011), algo que

también ocurre en el presente estudio: sólo una quinta parte de los adolescentes viven en un hogar con otra estructura familiar diferente de la nuclear siendo, por orden de prevalencia, de tipo monoparental, ampliada y reconstituida, sin cambios significativos entre años de estudio. Pese a las diferentes estructuras, la cohesión familiar centrada en la comunicación entre sus miembros sigue apareciendo en el primer puesto en las encuestas y estudios que preguntan a los españoles por los valores que consideran más importantes (FAD, 2003).

Los datos obtenidos muestran que la estructura familiar no influye en la percepción que tiene el adolescente sobre el grado de funcionalidad de su familia ni en el consumo de tóxicos, como se discutirá más adelante. No parecen existir, pues, diferencias significativas según el tipo de estructura familiar donde viva el adolescente. Estos resultados obligarían a replantear conceptos tradicionales: por un lado, la familia nuclear no parece ser imprescindible para el establecimiento de unas relaciones familiares positivas y un desarrollo psicológico saludable en el adolescente (Pérez Milena, 2009; De la Revilla, 2005). Por otro lado, la dinámica familiar estaría matizada por los factores demográficos y los recursos existentes que posee la familia (Arnett, 2008) más que por la estructura familiar; así, familias no nucleares pueden presentar ciclos vitales alternativos que le confieran un funcionamiento normal (Marcos, 1996). Las causas de que en las estructuras no nucleares los adolescentes dejarían de recibir los factores protectores adecuados, con un mayor riesgo de problemas emocionales y conductas poco saludables, se ha señalado en el origen frecuentemente traumático de estos tipos de familia (sobre todo la monoparental y reconstituida) y su posterior dispersión, más que el tipo de estructura en sí (Castellano, 2005). Parece ser, por tanto, que la estructura familiar deja de ser clave en la percepción que el adolescente tiene de la dinámica familiar. Es posible que el descenso en el porcentaje de familias reconstituidas y monoparentales disfuncionales a lo largo del tiempo tenga que ver con los cambios sociales que se han producido en nuestro país en los últimos años, con una aceptación como iguales de las diferentes estructuras familiares (De la Revilla, 2009). Pero también puede deberse al momento o etapa en que se encuentre el proceso de monoparentalidad o de reconstitución, ya que los conflictos económicos, legales y emocionales que sufren los distintos miembros de la familia son diferentes en cada fase del proceso (De la Revilla, 2005).

5.4.6 Relación de los factores familiares con el consumo de alcohol en la adolescencia

Los adolescentes y el alcohol configuran una realidad compleja, interrelacionada y dinámica que evoluciona de forma paralela a múltiples factores familiares y sociales (Pérez Milena, 2010). Existe un número creciente de investigaciones cualitativas sobre esta realidad social (Hughes, 1997; Seoane, 2004; Nygaard, 2003; Howard, 2007; Hatchette, 2008; Pérez Milena, 2010), posiblemente porque las actitudes hacia el consumo de alcohol durante la adolescencia han sido pobremente entendidas por parte de los profesionales encargados de su atención. No es suficiente con la exposición de cifras y prevalencias de consumo, tal y como indican los grandes estudios poblacionales, sino que se precisa conocer las motivaciones y los factores que se asocian al consumo de alcohol en la adolescencia.

5.4.6.1 Consumo de los padres

Dentro de esos factores que influyen en el consumo, la familia se constituye como transmisora principal de actitudes ante el consumo de alcohol. Desde el hogar se transmiten determinadas vivencias y patrones de consumo sobre el alcohol: en la mayoría de los casos, el primer contacto con el alcohol lo sitúan en el hogar a través del ejemplo de los padres, con un

consumo relacional ligado al ocio y a reuniones sociales, al mismo tiempo que cumple un papel de iniciación a la madurez (Pérez Milena, 2010). Los datos de consumo en el entorno social y familiar muestran cómo los adolescentes están inmersos en un clima de tolerancia hacia el consumo de alcohol (Salcedo, 1995): el nivel de consumo en el entorno familiar y social es muy elevado y se relaciona con el consumo en los adolescentes (Stoolmiller, 2012). El niño crece viendo consumir esta sustancia como algo habitual, lo que se refrenda por el hecho de que la primera oferta que reciben los niños para consumir una bebida alcohólica procede en un tercio de los casos del propio entorno familiar. Por tanto, los adolescentes que se inician en el consumo de sustancias tóxicas las reciben de personas que conocen y no de extraños (Salcedo, 1995; Wright, 1990).

Cuando se examina el uso de sustancias a nivel familiar (teniendo en cuenta el consumo de alcohol y drogas entre hijos y padres) la proporción de familias que han sufrido algún tipo de abuso de sustancias es considerable (Percy, 2008). El consumo de alcohol en los padres se considera un precursor fuerte de la conducta del niño (Petraitis, 1995). Varios estudios han examinado los efectos que el consumo por parte de los padres tiene en el inicio, consumo excesivo y problemático de alcohol de sus hijos (Barnes, 1994; Yu, 2010; Van der Volst, 2005; Brook, 2010). De igual forma, el mayor consumo de alcohol por los padres se asocia con el uso temprano de alcohol por los adolescentes (Jackson, 1997; Ellickson, 1991) aunque parecen existir diferencias según la edad del adolescente: Otten y col. (2008) encontraron que el consumo de alcohol de los menores se vio afectada por el consumo de alcohol de ambos padres, mientras que el consumo de alcohol de los niños mayores sólo fue afectado por el consumo de alcohol de la madre.

El consumo perjudicial de alcohol también presenta una clara influencia de los patrones de consumo familiar de alcohol. Los problemas con el alcohol y otras drogas de los padres puede alterar los procesos normales sociales dentro de la familia, lo que lleva a mayores niveles de desintegración de la familia, conflictos maritales, financieros, tensión, prácticas inadecuadas de crianza de los hijos y peores resultados para los niños (Johnston, 1999; Keller, 2008; Lynskey, 2002; Sher, 2005; Tolan, 2006; Gutman, 2010). Seljamo y col. (2006) encontraron que el consumo de los padres y beber en exceso fueron los mejores predictores del consumo problemático de alcohol de sus hijos a la edad de 15 años. Por otro lado, los hijos de alcohólicos no sólo tienen un mayor riesgo para la iniciación precoz de alcohol (Hill, 2000), sino que también muestran un mayor aumento en el consumo alcohólico en menor tiempo que los adolescentes sin padres alcohólicos (Chassin, 1993). Se ha comprobado como los niños con una familia con antecedentes de alcoholismo demuestra una mayor escalada del consumo de alcohol (Lieb, 2002) y más a menudo desarrollan trastornos de alcohol y dependencia (Hill, 2000) frente los niños sin antecedentes familiares de padres alcohólicos.

Se concluye, pues, que el consumo de alcohol en los adolescentes está significativamente relacionado con el consumo de los otros miembros de su familia (Pons, 1998), siendo los eventos negativos de la vida un factor de riesgo de consumo de alcohol entre los adolescentes.

5.4.6.2 Educación familiar

Los progenitores reconocen su propio consumo de alcohol dentro del ámbito familiar y son conscientes del peso de su comportamiento en la actitud de sus hijos ante el alcohol (March, 2010). Sin embargo, en las familias predomina una educación intelectual sobre la educación vivencial. Los padres y las madres, en general, emiten mensajes contradictorios, ignorando el problema o prohibiendo su consumo con mensajes autoritarios poco comprensibles para el adolescente. Son los propios adolescente reclaman una educación basada en el comportamiento personal de los padres y las figuras de autoridad que le rodean (Pérez Milena,

2010 y 2012), reclamando al mismo tiempo coherencia en la transmisión de valores ya que los padres ejercen una influencia positiva real contra el consumo de alcohol entre los menores (Pérez Milena, 2007d): la actitud vigilante de los padres impide un consumo excesivo de alcohol. Se ha comprobado cómo el consumo de alcohol en los adolescentes está directamente relacionado con la utilización por parte de los padres de estrategias educativas basadas principalmente en la reprobación y en la ausencia de comprensión y afecto (Pons, 1998).

Una posible causa de esta actitud del subsistema rector de la familia puede deberse a que tanto padres como madres no consideran un problema el consumo de alcohol de los menores, siempre que sea moderado y relacionado con el ocio, teniendo en cuenta que el hábito se normaliza en un contexto social y cultural permisivo (March, 2010). Esto establece en los adolescentes una sensación de control en la bebida que impone un límite poco claro entre el consumo aceptado y el consumo que sería un riesgo para la salud, en función de variables poco relacionadas con el daño que puede causar el alcohol (Pérez Milena, 2010). Parece que los padres y las madres tienen conciencia del consumo de alcohol en sus hijos, pero cuando se detecta dicho consumo de alcohol la intervención paterna se inclina hacia imponer la autoridad mientras que las madres prefieren la vía de la comunicación y la educación (March, 2010). Parece que, en general, la relación paterno-filial es más distante e impositiva, mientras que la materna parte de lazos de confianza y complicidad por lo que sería la principal encargada de esta educación (Arnett, 2008). Se infiere, por tanto, la necesidad de implicar a los padres en los procesos preventivos a fin de crear un ambiente familiar positivo y además ofrecer a los hijos un modelado racional y controlado en el uso familiar de bebidas alcohólicas. En el caso de inmigrantes que acuden a sociedades con riesgos para los adolescentes, como el caso del consumo elevado de alcohol, para existir una relación entre dicho consumo y las malas relaciones familiares con el grado de inculturización de los adolescentes en su nuevo entorno (Ramírez García, 2010).

5.4.6.3 Relación con la dinámica familiar

Se comprueba cómo las características de la familia se relacionan con el inicio del consumo de alcohol en los adolescentes, aunque no con su progresión (Stoolmiller, 2012). Los datos obtenidos en todos los años del estudio indican que los adolescentes que perciben una disfunción familiar severa tienen una mayor prevalencia de consumo de alcohol, duplicando en este caso la prevalencia del consumo de los otros adolescentes con función familiar normal y con una ingesta cuantitativa superior. Esta observación se corresponde con otros estudios en población adolescente donde se aprecia que el consumo de alcohol se relaciona con varias medidas de las relaciones familiares, incluyendo la conectividad de la familia, la supervisión que sobre el menor ejerce la familia y las actitudes de los padres hacia el consumo de alcohol de sus hijos (Sale, 2005). Se podría afirmar, por tanto, que hay una asociación independiente entre el consumo de alcohol y la funcionalidad familiar (Mouttapa, 2009; Sale, 2005; Zand, 2006).

También hay que tener en cuenta el momento en que se realiza el estudio, si existen o han existido acontecimientos vitales negativos, si están en periodo de crisis, de adaptación o se han superado ya, pudiendo variar esto la percepción de la funcionalidad familiar. Los acontecimientos vitales negativos de los adolescentes (las enfermedades o la muerte en la familia, conflictos de los padres y el abuso del alcohol) durante toda su vida pueden tener un efecto sobre su comportamiento. Por ejemplo, Harland y col. (2002) encontraron que los niños que han experimentado un divorcio o separación tuvieron un mayor riesgo de problemas conductuales o emocionales, y Buehler y col (1997) en su meta-análisis de 68 estudios sobre la

relación entre el conflicto interparental y la conducta problemática de los hijos han encontrado que hay un fuerte vínculo entre los conflictos entre padres y el comportamiento juvenil problemático. En su investigación, los conflictos entre los padres tienen efectos tanto en problemas de internalización y externalización (agresión, delincuencia y abuso de sustancias). Del mismo modo, Burt (2008) encontró que el divorcio de los padres es un predictor consistente de la delincuencia y otras conductas de externalización en la infancia y adolescencia (Amato, 1991; Fergusson, 1992; Hetherington, 1998; Thompson, 2008; Kristjansson, 2009).

Sin embargo, en este trabajo, la estructura familiar no tiene relación con las variables medidas sobre el consumo de alcohol, y tampoco los patrones de consumo se relacionan con las variables familiares obtenidas, frente a numerosos estudios, donde se ha observado que los adolescentes que viven con un solo progenitor (en comparación de los dos padres) son más propensos a estar involucrados en las conductas de riesgo graves, tales como utilización de alcohol, drogas y tabaco (Blum, 2000; Flewelling, 1990; Omán, 2002; Santelli, 2000; Upchurch, 1999; Joven, 1991). Por ejemplo, (Flewelling, 1990; Hayes, 2004; Bjarnason, 2003) informó de que los jóvenes que viven en hogares monoparentales tenían tasas más altas de consumo de alcohol en comparación con aquellos que viven en hogares con ambos padres. Omán y col. (2002) informaron que los jóvenes que viven en hogares con un solo padre son más propensos al uso de alcohol, drogas o tabaco en los últimos treinta días. Recientemente, Paxton y col. (2007) también han encontrado un efecto protector de la vida en una familia intacta con respecto al uso de sustancias entre los estudiantes de escuela intermedia.

Sólo unos pocos estudios no han observado diferencias en el consumo de sustancias de los adolescentes en familias con dos padres o con un solo padre (Fawzy, 1987) o que las familias de madres solteras no tienen más probabilidades de consumo de alcohol y abuso de otras drogas de sus hijos (Amey, 1998). Estas diferencias se deben, posiblemente, a que las diferentes estructuras familiares pueden tener diferentes dinámicas que pueden hacer que los miembros de la familia se adapten o no a las nuevas circunstancias. En general, las familias monoparentales de origen traumático (divorcios problemáticos, muerte de un cónyuge) o próximas en el tiempo a la disolución del vínculo en el subsistema parental pueden tener una mayor presencia de mal funcionamiento familiar, o bien aparecen crisis vitales más profundas que las debidas a los cambios de la adolescencia (De la Revilla, 2009). En otras familias monoparentales o binucleares, el origen menos traumático o la presencia de un mayor tiempo de evolución pueden permitir una mayor adaptación a los cambios y, por tanto, una mejor percepción del funcionamiento familiar (Pérez Milena, 2009).

Para concluir, (Allen, 2003; Salamó, 2010; Pérez Milena, 2010, 2012) si bien los compañeros, hermanos, y amigos son la fuente mayor de la influencia sobre el uso de sustancias, también los padres ejercen una fuerte influencia en el uso de sustancias, siendo todos factores predictores en el consumo.

5.4.6.4 Consumo perjudicial de alcohol y función familiar

Se ha comprobado que la toma de alcohol durante la adolescencia puede provocar importantes alteraciones físicas y psíquicas, incluso cuando se realiza un consumo de forma esporádica (Kuntsche, 2004). Por tanto, en sentido estricto cualquier tipo de consumo alcohólico en la adolescencia se trataría de un consumo perjudicial. En el presente estudio se plantea valorar la percepción del adolescente sobre su propio consumo de alcohol y el perjuicio que le conlleva. Existen múltiples factores de riesgo para el abuso de tóxicos durante la adolescencia (Amunategui, 1993), pero es importante la percepción propia del adolescente

sobre un posible consumo perjudicial, que es lo que recoge el test de CAGE. Pese a que algunos autores consideran que el test CAGE presenta demasiados falsos positivos (Altisent, 1997), otros estudios revelan que es una prueba rápida y fiable (Aertgeerts, 2000).

En nuestro estudio encontramos una alta prevalencia de sospecha de consumo perjudicial de alcohol elevado, tan preocupante como muestran otros estudios (González, 1997; Huertas, 1999; Aertgeerts, 2000) o incluso superior (Stoolmiller, 2012). Según los resultados obtenidos en todos los años, la sospecha de consumo perjudicial de alcohol disminuye cuando el adolescente percibe una función familiar normal y aumenta en los casos de disfunción familiar, sobre todo si es severa, coincidiendo con estudios previos en otras zonas (Del Carmen, 2002). Solo en el año 2001 la familia monoparental presenta unos resultados peores en este aspecto que las restantes estructuras familiares, por lo que parece que por sí misma la estructura familiar no se relaciona con la percepción de un consumo perjudicial de alcohol. Estaría, por tanto, ligado a unos cambios deficientes en la organización familiar durante la adolescencia, con una falta de adaptación y flexibilidad de los roles familiares (De la Revilla, 2009). La baja comunicación familiar, con padres poco sensibles a las necesidades de sus hijos, parece ser un importante factor de riesgo para un posible consumo perjudicial del alcohol en la adolescencia (Amunategui, 1993). En la población adulta también la función familiar se relaciona con un consumo perjudicial de alcohol, destacando desde el punto de vista sociodemográfico una relación con la actividad laboral y situación civil (González, 1997).

En la adolescencia, otros estudios sitúan el consumo perjudicial al principio de la pubertad para los varones y al final de la misma para las mujeres adolescentes (Shelton, 2010), a diferencia de la muestra estudiada en la que no parecen existir estas diferencias según el sexo en ninguno de los años. Hasta ahora, se ha comprobado que los adolescentes con rasgos de impulsividad y perturbación emocional pueden presentar un mayor riesgo de morbilidad para el consumo de tóxicos (Huertas, 1999; Amunategui, 1993). Los resultados obtenidos en estudios realizados en la misma zona (Pérez Milena, 2005) definen un perfil psicológico de riesgo para el contacto con el alcohol, fundamentalmente en adolescentes mujeres y cuando el adolescente han consumido otras drogas. El adolescente con alta sospecha de consumo perjudicial tendría una mayor adaptabilidad al entorno, un mejor control del estrés y una alta sociabilidad pero con una excesiva impulsividad y sin adecuado control sobre sus sentimientos (Pérez Milena, 2005). Estos rasgos estarían más marcados en las mujeres por su madurez afectiva y social, más temprana que en los varones, lo cual es un motivo de especial atención dado que la mujer tiene una mayor vulnerabilidad al alcohol (Shrier, 2003; Greenfield, 2003). Este perfil de adolescente tendría un mayor número de experiencias sociales y podría liderar e influenciar a su grupo de amigos, convirtiéndose el consumo compulsivo del alcohol en una forma de relación social (Barca, 1986; Castillo, 1997; Kuntsche, 2004) y favoreciendo un peor rendimiento escolar (Martínez, 1996). En esta misma zona urbana hemos realizado otros estudios (Pérez Milena, 2005) en los que se encuentra un mayor porcentaje de fracaso escolar ligado a una sospecha de consumo perjudicial de alcohol, otro factor de riesgo que se añadiría a la existencia de disfunciones familiares graves (Martínez, 1996; González, 1997; Lorence, 2007).

Tanto los conflictos familiares como las actitudes y modelos de conducta de los padres influyen en la conducta del adolescente frente al consumo de alcohol (Marcos, 1996; Cservenka, 2012) e influyen en la aparición de un consumo perjudicial de esta sustancia (Maggs, 2008). Los resultados de un estudio basado en respuestas fisiológicas de padres y adolescentes (Chaplin, 2012) sugieren que el aumento de las respuestas emocionales a las interacciones del conflicto con los padres entre los jóvenes puede ser una vía por la cual se incrementa el consumo de alcohol entre los adolescentes y, por consiguiente, el riesgo de consumo alcohólico abusivo. El

papel del modelado familiar se antoja, por tanto, decisivo en las acciones preventivas. No se trata de que la familia anule su consumo de bebidas alcohólicas ante sus hijos; más bien se trataría de ofrecer modelos de consumo controlado. Esto es especialmente importante, ya que algunos autores han señalado que los adolescentes que beben de manera abusiva no han alcanzado un aprendizaje del uso moderado de esta sustancia, dado que su consumo ocurre fundamentalmente con el grupo de iguales y no con la familia (Budd, 1985; Pérez Milena, 2010). La convicción de no ser aceptado íntegra e incondicionalmente por sus progenitores, puede ser aparentemente disimulada por la integración en un grupo social que proporciona sentimientos de ubicación social y que satisface necesidades de afiliación mediante la felicitación de determinadas conductas rituales que suponen la imitación de comportamientos tácitamente aceptados como normativos del grupo (Pons, 1998). Si a esto añadimos la percepción de normalidad que acompaña al consumo social de alcohol, que el adolescente ha adquirido a través del modelado de la conducta de los adultos, el riesgo de convertirse en un consumidor abusivo se verá aumentado.

El modelo bidimensional de socialización propuesto por Musitu y Cava (2001) propone cuatro tipos de estilos de socialización parental. Los estilos de crianza de padres negligentes (Lorence, 2007; Arnett, 2008) presentan problemas de ajuste tanto interno como externo: los adolescentes actúan impulsivamente y tienen más problemas de consumo de drogas y alcohol. Incluso entre adolescentes con antecedentes delictivos es muy importante el peso de las relaciones familiares para un consumo excesivo de alcohol (Ybrandt, 2010). Los padres son acompañantes significativos que contribuyen a la construcción de la identidad personal del adolescente y ayudan en su proceso de socialización (Castellana, 2003). Así, la vigilancia de los padres se asoció claramente con una sensación de cercanía de la familia para el adolescente y parecía formar parte de un estilo de crianza de una comunicación más general ayudando a la regulación de la conducta de los jóvenes (Moore, 2010).

En una revisión sistemática de la Cochrane (Foxcroft, 2006) se evaluaron los estudios de mayor calidad realizados sobre los programas de prevención primaria educacionales y psicosociales para evitar el abuso de alcohol en los jóvenes y adolescentes. De entre los programas analizados a más de tres años (evaluación a *más largo plazo*), solamente el Programa fortalecimiento familiar parecía ofrecer resultados esperanzadores, lo que reafirma la importancia de la familia en la prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. Por ello indican que las actuaciones a este nivel deben ser más complejas, basadas en las motivaciones de los adolescentes y llevadas a cabo mediante un abordaje multidisciplinario donde los padres y los compañeros de mayor edad jueguen un papel de mediadores en salud y favorezcan una transmisión de valores y vivencias que refuerce la capacidad crítica de decisión del adolescente. Los progenitores, por su parte, también solicitan ayuda y consideran que las instituciones públicas y las autoridades son en parte culpables de la desinformación y de las escasas alternativas de ocio juvenil, así como de no asegurar el cumplimiento de las normas vigentes (March, 2010; Pérez Milena, 2010).

5.4.7 Relación de los factores familiares con el consumo de tabaco en la adolescencia

El tabaquismo es la consecuencia de un proceso donde intervienen, antes incluso del primer consumo, factores conductuales y sociales y culmina con décadas de dependencia física y psicológica al tabaco (Soto, 2002). La iniciación al consumo de tabaco se produce por lo general durante la adolescencia, con unas motivaciones que parecen girar en unos ejes fundamentales: factores personales y sociales, accesibilidad para la compra de tabaco y dependencia/adicción (Schepis, 2005; Walsh, 2007; Niknami, 2008; Shakib, 2005). El consumo

de tabaco en el adolescente se presenta como una imitación precoz de los ritos asociados a la vida adulta (Bras, 2003a y 2003b), pero también podría indicarnos una inadaptación más prolongada o más intensa a los cambios del ciclo vital, tanto del adolescente como de su familia.

5.4.7.1 Consumo de los padres y de los amigos

Un importante predictor de consumo de tabaco por parte de los adolescentes son los hábitos de tabaquismo de los padres, que incrementa la probabilidad de consumo del menor demostrando la importancia de los estilos de vida familiares (Pérez Milena, 2012; Nelson, 2011; Yamamoto-Kimura, 2008). Cuando los padres no consumen tabaco, realizan una vigilancia más estricta del menor con normas claras y existe una fuerte vinculación familiar, el riesgo de inicio de un consumo diario de tabaco por parte del menor es significativamente inferior (Hill, 2005; Hops, 1999). Esta vigilancia de los padres se cita como un factor protector sobre el consumo tabáquico de los menores, así como la existencia de creencias religiosas y el incremento de los precios del tabaco (Schepis, 2005). En un estudio cualitativo realizado en la misma área urbana de la población de estudio (Pérez Milena, 2012), los adolescentes ven en la familia un ejemplo a seguir sobre el consumo de tabaco, aunque, a diferencia de lo que ocurre con el alcohol, parece tener menor influencia que la actitud de los amigos respecto al consumo. Se han identificado las relaciones entre pares como un factor primario involucrado en el tabaquismo de los adolescentes (Pérez Milena, 2006; 2011 y 2012; Kulbok, 2008; Smith, 2007), pero no se conocen con exactitud los mecanismos por los cuales afecta el comportamiento de los jóvenes para iniciar el consumo o para dejar de fumar (Kobus, 2003). Estos mecanismos estarían influenciados a su vez por el contexto social, fundamentalmente por las actitudes y relaciones en la familia (Doubeni, 2008).

5.4.7.2 Educación familiar

Un dato muy importante es que un alto porcentaje de los padres con hijos adolescentes fumadores son, también, fumadores (García, 2001), lo que constituye una mala referencia en salud para sus hijos. Pese a que la mayoría de los adolescentes reconocen que sus padres no quieren que fumen, es muy posible que no se acompañe de una motivación eficaz (como el cese del consumo por parte de los mismos padres). Por ello es muy importante el papel de los padres, que condicionan el consumo del menor: un ambiente sin humo en el hogar es un factor protector (Sánchez, 2010), mientras que la oposición explícita de los padres ante el tabaquismo de los adolescentes atenúa el efecto de los pares para el consumo (Aburto, 2007; Sargent, 2001). Los menores reclaman a sus padres una educación basada en su propio comportamiento, con un ejemplo activo de no consumo y entendiendo las buenas intenciones de sus padres (Pérez Milena, 2012). El consumo de tabaco se erige en uno de los primeros secretos que el adolescente mantiene frente a sus padres, creando una dicotomía entre dependencia familiar y autonomía personal. Ocultar el consumo en la familia evita problemas, sobre todo en las mujeres, y a veces es gratificante hacer lo contrario de los que dicen los padres. Los propios adolescentes indican que la existencia de problemas familiares puede favorecer el inicio del consumo tabáquico (Pérez Milena, 2012).

5.4.7.3 Relación con la dinámica familiar

La relación que se establece dentro del sistema familiar influye en el consumo de tabaco del adolescente (Vickers, 2002; Marrón, 2003; Shakib, 2005; Zand, 2006; Yañéz, 2006). Los resultados obtenidos en el presente trabajo muestran cómo la percepción de la función

familiar en el adolescente que fuma es peor, con una mayor presencia de casos con disfunción familiar (sobre todo grave) frente a los no fumadores en todos los años de estudio. Esto ocurre también en otras sociedades occidentales (Kislitsyna, 2004) donde vivir en una familia rota y tener un bajo nivel de autoestima son factores pronósticos del hábito de fumar desde la infancia y la adolescencia. Diferentes estudios valoran el funcionamiento familiar respecto a otras variables que pueden influir en el consumo de tabaco y encuentran una asociación independiente entre ambos parámetros (Mouttapa, 2009). Existe además un mayor consumo de cigarrillos entre aquellos adolescentes que perciben una disfunción familiar grave, con diferencias que disminuyen progresivamente siendo no significativas en los dos últimos años de estudio, pero importantes en clave de atención clínica y riesgo para la salud.

Algunos autores indican como factor protector para el consumo de tabaco en adolescentes la convivencia en el hogar del padre y la madre (Yamamoto-Kimura, 2008; Yañéz, 2006). Sin embargo, las diferentes estructuras familiares estudiadas no parecen influir en un mayor consumo de tabaco, salvo en el año 2007 donde hay una mayor presencia de consumo en los hijos de familias monoparentales. Por tanto, no se aprecia una relación directa entre el tipo de estructura familiar y el consumo de tabaco en la adolescencia (Pérez Milena, 2006). Las situaciones de monoparentalidad parecen tener más influencia para el consumo de tabaco por el conflicto familiar, originado por el divorcio y los problemas emocionales y de comportamiento, que por la propia estructura familiar en sí (Poole-Di Salvo, 2010; Legleye, 2010). Las situaciones de conflictos familiares como el divorcio o los problemas en el subsistema parental están relacionadas con el tabaquismo adolescente, pero el efecto de vivir en una familia monoparental es insignificante cuando se controla por la relación con los padres, los cambios sociales estresantes o los conflictos familiares (Kristjansson, 2009).

5.4.7.4 Dependencia a la nicotina y función familiar

Tanto la prevalencia de adolescentes fumadores (hasta casi una quinta parte del total de encuestados) como la sospecha de dependencia a la nicotina (algo más de la décima parte de los consumidores de tabaco) obtenida en el presente estudio es similar a los porcentajes hallados por otros estudios (Pérez Milena, 2001 y 2004; Blasco, 2002; Alcalá, 2002; Riedel, 2002; Young, 2002; Marrón, 2003). Parece existir una asociación entre el tabaquismo en los padres y un mayor porcentaje de dependencia entre adolescentes (Moolchan, 2003). No se debe olvidar que el ciclo de dependencia al tabaco comienza con la iniciación al tabaquismo en la adolescencia (Bras, 2003a y 2003b; Prokhorov, 2003) y ya se ha discutido cómo el consumo parental de tabaco incita al adolescente a fumar más precozmente y en mayor cantidad, lo que va a predisponer para una aparición pronta de la dependencia nicotínica.

Los mecanismos por los que un adolescente desarrolla dependencia al tabaco son múltiples (Leavy, 2010; Turner, 2004) y pueden ocurrir de una forma rápida, sin tener que haber fumado mucha cantidad ni durante mucho tiempo. Los propios adolescentes reconocen la aparición de síntomas de abstinencia y de intentos fallidos para dejar de fumar, tanto propios como de personas de su entorno, y la relacionan con un incremento progresivo del consumo (Leavy, 2010; Kulbok, 2008; O'Loughlin, 2003; DiFranza, 2007). Además, esta adicción sería la puerta de entrada al consumo de cannabis y otras drogas, a veces mediante un fenómeno de sustitución (Akre, 2010) o bien por un mecanismo de policonsumo en busca de nuevas experiencias. La dependencia se muestra como uno de los principales elementos motivacionales para dejar de hacerlo (Pérez Milena, 2006a y 2011), siempre y cuando el adolescente perciba dicho problema.

La literatura señala que los problemas en la familia son señal de un riesgo aumentado para el uso de drogas lícitas e ilícitas. (Ramírez, 2005; Nurco, 1999; Ayala, 2004; Sánchez Zamorano, 2007). Y aunque uno de los mecanismos que explicarían una mayor dependencia al tabaco sería la percepción de una disfunción familiar por parte del adolescente, Johnson y col. (2002) han evaluado el rol de la familia con relación a la persistencia y dependencia a la nicotina encontrando que, el riesgo de que un adolescente persista en el tabaquismo se asocia de manera positiva con el hecho de que en la familia existan fumadores regulares, aunque no tenga dependencia; pero en aquellos fumadores que son persistentes y además presentan una dependencia a la nicotina no se asocia con la presencia de familiares fumadores regulares, concluyendo los autores que la dependencia a la nicotina no parece ser una vía de desarrollo de la persistencia en el tabaquismo a partir del tabaquismo en la familia.

Un estudio realizado por Cogollo-Milanés (2012) realizado mediante un modelo de regresión logística evaluando el alto riesgo de dependencia a la nicotina en fumadores habituales en estudiantes de bachillerato de Cartagena, no se relacionó el tabaquismo con la disfunción familiar y sí con la pertenencia a un estrato socioeconómico bajo. Estos resultados no contradicen los hallazgos del presente estudio, ya que los diferentes tipos de estrés (familiar, social o económico) pueden contribuir de forma independiente facilitando el consumo de sustancias tóxicas al generar problemas emocionales en la persona que los sufre (Helm, 2010). Además, los resultados sobre tabaquismo y nivel socioeconómico no son completamente determinantes: Abdullah y cols (2011) valoraron la exposición al humo en hogares con menores de edad en Bangladesh y apreciaron que los participantes con menor nivel de educación tuvieron significativamente menos probabilidades de que los niños del hogar sufrieran tabaquismo pasivo pero, al mismo tiempo, eran familias menos propensas a adoptar restricciones sobre fumar en la casa. Habría que tener en cuenta que incluso las variaciones en la crianza de los hijos dentro de la familia (es decir, la crianza diferencial) se asocian con varios dominios de adaptación del niño, por lo que los hermanos desfavorecidos presentan peores resultados sociales y emocionales (Browne, 2012), un elemento que se añadiría a las desigualdades en salud de los sectores de población más desfavorecidos.

5.4.8 Relación de los factores familiares con el consumo de drogas ilegales en la adolescencia

El contacto con otras drogas es menor pero cualitativamente importante, ya que parecen suponer una experiencia común en un subgrupo de adolescentes en riesgo que incrementaría la sospecha de abuso de otras drogas (Plan Nacional contra las Drogas; Pérez Milena, 2005). Al igual que con el alcohol y el tabaco, la presencia de una disfunción familiar grave se relaciona con el consumo de drogas ilegales, multiplicando por dos y hasta por tres su prevalencia. También se observa en los años 2001 y 2010 una relación con un patrón de consumo diario, un modelo que supone un mayor consumo cuantitativo de las drogas ilegales, sobre todo el cannabis.

Tanto el entorno familiar como el entorno de pares parecen tener el mismo peso a la hora de influenciar al adolescente para que inicie el consumo de drogas ilegales (Brook, 2008). En esta línea, la disfuncionalidad familiar es un factor de riesgo para la drogadicción en adolescentes (Bhattacharya, 1998; Negrete, 2008; Cruz-Salmerón, 2011; Zand, 2006; Sanchez, 2005) y se relaciona con un déficit de la autoridad y la supervisión en la familia, mientras que el apoyo familiar y la fase de dispersión son factores de protección. Las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia del consumo de drogas son la relación afectiva, la calidad de la comunicación, el apoyo, la cohesión familiar y el desarrollo adecuado

de normas en la familia; un desarrollo adecuado de estos factores facilitan un funcionamiento familiar armónico entre sus miembros y se convierten en protectores frente a ciertas condiciones de riesgo y problemas de salud, ayudando a los adolescentes a no iniciarse en el consumo de sustancias ilícitas (Arellanez, 2004; Weinreich, 2004; Osorio, 2006; Garibay, 2008). Algunos estudios encuentran una diferenciación por sexo: una amplia gama de dificultades académicas y sociales durante la escuela primaria condicionaría el consumo de drogas; para las niñas, el ambiente del hogar moderaría el efecto de estos condicionantes y conllevaría un menor consumo en la adolescencia (Hops, 1999). En los resultados obtenidos no se encuentran estas diferencias tan marcadas, posiblemente porque exista un sesgo de deseabilidad social: declarar el consumo de alcohol y tabaco es más fácil porque son drogas más normalizadas (Pérez Milena, 2010; 2012).

Hay autores que aún plantean como factor protector el pertenecer a una familia nuclear, formada por el padre, que representa la cabeza de familia, mientras la madre queda relegada al ámbito doméstico (De Micheli, 2002; Guzmán, 2004; Cruz-Salmerón, 2011). Aunque se comprueba que la tasa de prevalencia de consumo habitual de todo tipo de drogas fue ligeramente mayor para los adolescentes que habían sufrido la desintegración familiar en comparación con aquellos que vivían en una familia intacta, las diferencias porcentuales son mínimas y poco relevantes a nivel clínico (Nikolakopoulos, 2008). Los problemas en el consumo de adolescentes que pertenecen a familiares no nucleares son fundamentados en roles tradicionales del subsistema parental: con los cambios en la estructura familiar, los progenitores deben compartir roles, algo que no se lleva de forma adecuada ya que la madre no tiene plena dedicación al hogar con las funciones familiares de afecto, cuidado y socialización de los hijos, y el padre tampoco realiza estas funciones. La estructura familiar ampliada, con la presencia de los hermanos mayores o de primos en el hogar, se asocia también con el alcohol y el consumo de marihuana (Wagner, 2008) aunque en este tipo de familia los hermanos o primos mayores actúan fundamentalmente como poderosos referentes para el consumo de drogas (Pérez Milena, 2012; Leiner, 2008).

Los datos obtenidos en la presente investigación no ofrecen, en ningún año de estudio, una relación entre el consumo de drogas ilegales y el tipo de estructura familiar. Al igual que ocurre con el alcohol y el tabaco, es la calidad de la función familiar la que interviene de forma directa como factor de protección para evitar el consumo de estas sustancias adictivas. Se indica que las familias de los adolescentes con drogadicción son, en gran parte, desintegradas (Cruz-Salmerón, 2011), pero es un término que alude más a una fase del ciclo vital familiar junto a acontecimientos vitales que producen atipias familiares. Así, estas “familias desintegradas” deben entenderse como sistemas que ofrecen una mala adaptación a los cambios y, por tanto, un mal cumplimiento de sus funciones, siendo éstas las causas del mal funcionamiento familiar más que la falta de algún progenitor. Se produce, por tanto, la conjunción de una serie de determinantes tales como el fracaso escolar, un bajo nivel socio-económico de la familia del adolescente, la repetición de los primeros cursos escolares y el consumo diario de tabaco, que acompañan a la estructura familiar monoparental e inducen un mayor consumo de drogas como el cannabis (Legleye, 2010).

Las claves para entender la relación entre la drogadicción y en la disfunción familiar son multifactoriales. Numerosos autores nos conducen a plantear que el abuso y la dependencia de drogas sería una expresión de un conflicto en un punto del ciclo de vida familiar. El consumo de sustancias suele emerger de un contexto familiar y social caracterizado por modos de interacción disfuncionales con una menor solidaridad familiar (Grunbaum, 2000; Haley, 1980; Stanton, 1985). Las influencias del consumo de las diferentes drogas ilegales permitirían al adolescente sentirse infantilmente cercano y distante a la vez, reprimiendo a la familia sin

tener que asumir la responsabilidad por tal comportamiento, manteniendo a la familia unida y perpetuando su status de incompetente y dependiente. Los miembros frecuentemente expresan sentimientos de frustración, rabia y rivalidad hacia otros indirectamente manifestados a través de conflictos acerca de la adicción (Steinglass, 1993; Bell, 2000). La comunicación dentro de estas familias es pobre: hay carencia de apertura y de comunicación relevante, con exceso de mensajes negativos, tales como críticas, demandas y búsquedas para conseguir la atención de los miembros de la familia (Bell, 2000). Por tanto, se aprecia una dinámica familiar caracterizada por rigidez, sobreprotección simbiótica y gran dificultad para resolver problemas y conflictos.

Una familia funcional puede promover más fácilmente un desarrollo favorable para la salud de todos sus miembros, por lo que es indispensable que existan jerarquías, límites claros, roles funcionales y definidos, así como comunicación asertiva y capacidad de adaptación al cambio (Arellanez, 2004; Cruz-Salmerón, 2011). El apoyo familiar es fundamental en el adolescente, ya que parece asociarse con una reducción en el riesgo de drogadicción. No hay que olvidar que los factores predictores del uso de alcohol, tabaco y drogas ilegales son múltiples por lo que habrá que valorar conjuntamente la importancia, en cada caso, de la familia, los pares y la comunidad donde vive el adolescente para prevenir o reducir el consumo de sustancias tóxicas para el desarrollo en la adolescencia (Horner, 2011). Lo más positivo parece ser que los padres tengan sus criterios de actuación y su planteamiento de límites y horizontes; de forma clara y evidente, aunque crítica y flexible. Por ahí parece que se cumple más eficazmente el rol paterno y, por otro lado, por ahí van las necesidades y las demandas de los hijos (FAD, 2003; Pérez Milena, 2010; 2012).

6. Conclusiones

- Hay cambios en el consumo cuantitativo y cualitativo en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales que siguen, a grandes rasgos, las tendencias de los adolescentes andaluces, españoles y europeos.
- Existe un incremento progresivo del porcentaje de adolescentes que no consumen ningún tipo de droga conforme pasan los años, superando en el año 2010 más de la mitad de la población estudiada. Esto es debido fundamentalmente a una disminución del consumo de alcohol.
- Sin embargo, los adolescentes de mayor presentan unas prevalencias muy elevadas de consumo de alcohol y tabaco, por encima de la media del resto de los adolescentes de menor edad y de la población general.
- El consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales está interrelacionado, de forma que el consumo de cualquier sustancia implica un riesgo mayor en el adolescente de ser consumidor de más de una sustancia, y en mayor cantidad. Es más relevante en los consumidores diarios de alcohol y tabaco, y cuando existe un uso recreativo de alcohol y drogas ilegales.

Alcohol

1. Se trata de la droga más consumida por los adolescentes aunque su prevalencia de consumo presenta un descenso continuado en los adolescentes estudiados desde el año 1997. Pese a disminuir el consumo, existe un incremento franco de la cantidad de alcohol ingerida y del consumo masivo durante momentos de ocio.
2. La edad y el sexo influyen sobre el consumo. Por un lado, la proporción de adolescentes bebedores es superior en los más mayores. Por otro, es mayor el consumo diario y las borracheras entre los chicos, mientras que las chicas beben más los fines de semana, igualándose a lo largo de los años.
3. El consumo diario de alcohol disminuye progresivamente, incrementándose el consumo en fin de semana y de forma intermitente en relación con el ocio. Así, el vino y la cerveza dejan paso a un mayor consumo de bebidas de alta graduación.
4. Se incrementa progresivamente la percepción de los propios adolescentes sobre un consumo personal perjudicial de alcohol, relacionado con el consumo diario de alcohol y drogas legales y en fin de semana de tabaco.

Tabaco

1. Es la segunda droga más consumida por los adolescentes, observándose una tendencia descendente del tabaquismo tanto en prevalencia como en cantidad desde el año 2004.
2. La prevalencia de fumadores y la cantidad de cigarrillos diarios se incrementan progresivamente con la edad. La proporción de chicas fumadoras es superior a la de

los chicos en los últimos años, en las edades más tempranas. Sin embargo el consumo cuantitativo de cigarrillos y los patrones de consumo son similares entre sexos.

3. El patrón de consumo de tabaco de los adolescentes ha ido cambiando durante los años del estudio: desde un consumo inicial intermitente los primeros años de estudio se pasa a un consumo diario y asociado a un consumo asociado al ocio, sobre todo en adolescentes mayores.

Drogas ilegales

1. El consumo de drogas ilegales ha sufrido variaciones a lo largo de los años, con un pico máximo de consumo entre los años 2004-2007 y una disminución muy importante en el año 2010. Las prevalencias encontradas son inferiores al consumo registrado entre la población general.
2. El cannabis es la droga ilícita más consumida en la adolescencia independientemente de edad o sexo. La cocaína deja de ser la segunda droga más consumida, ocupando su lugar las drogas de diseño. El consumo de heroína no es declarado por los adolescentes.
3. El contacto con drogas ilegales es poco frecuente a la edad de 12-13 años, con un incremento progresivo hasta alcanzar su máxima prevalencia entre los estudiantes de 18 años. No hay diferencias por sexo en el consumo de drogas ilegales.
4. El patrón de consumo de drogas entre los estudiantes continúa siendo ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana. El consumo diario de drogas es bajo y más frecuente en adolescentes varones de mayor edad, con consumo de cannabis.

Función Familiar

1. Una cuarta parte de los adolescentes del estudio perciben una disfunción familiar, aunque sólo una décima parte la considera grave, sin cambios en los años de estudio. La estructura familiar más frecuente es la nuclear, no encontrándose relación entre los resultados del test de Apgar y la estructura familiar.
2. El consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de los adolescentes tiene una mayor prevalencia y sospecha de consumo perjudicial cuando el adolescente percibe una disfunción familiar severa, sin guardar relación con la estructura familiar. Igual ocurre con la sospecha de consumo perjudicial de alcohol. Estos hallazgos no se relacionan con la edad ni con el sexo del adolescente.

7. Bibliografía

- Abdullah AS, Hitchman SC, Driezen P, Nargis N, Quah AC, Fong GT. Socioeconomic differences in exposure to tobacco smoke pollution (TSP) in Bangladeshi households with children: findings from the International Tobacco Control (ITC) Bangladesh Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2011; 8:842-60.
- Aburto Barrenechea M, Esteban González C, Quintana López JM^a, Bilbao González A, Moraza Cortés FJ, Capelastegui Saiz A. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar. *An Pediatr (Barc)* 2007; 66:357-66.
- Aertgeerts B, Buntinx F, Bande-Knops J, Vandermeulen C, Roelants M, Ansoms S, Fevery J. The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000; 24: 53-57.
- Aertgeerts B, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *Br J Gen Pract*. 2001;51:206-17.
- Aguinaga J. La proyección diferencial del fin de semana entre chicos y chicas. *Revista de Estudios de Juventud*, 1996; 37, 35-44.
- Aguinaga J, y Comas D. Cambios de hábito en el uso del tiempo. Trayectorias temporales de los jóvenes españoles. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud. 1997
- Akre C, Michaud PA, Berchtold A, et al. Cannabis and tobacco use: where are the boundaries? A qualitative study on cannabis consumption modes among adolescents. *Health Educ Res* 2010; 25:74-82.
- Alastuey M, Córdoba R, Nerín I, Marco A, Toledo J. Estudio de la publicidad exterior de tabaco y alcohol en el entorno de centros de enseñanza secundaria de Zaragoza (España). *Semergen* 2008;34:484-8.
- Albares Tendero J, Estivill Sancho E, Pascual Doménech M, Roure Miró N. Hábitos de sueño y consumo de tóxicos de los adolescentes. *Aten Primaria*. 2008; 40:581-7
- Albañil Ballesteros MR, Rogero Blanco ME, Olivas Domínguez A, Sánchez Martín M, Rabanal Basalo A, Sanz Bayona MT. Obesidad y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. Asociación con factores de riesgo cardiovascular en familiares de primer grado. *Med Clin (Barc)* 2012;138:283-8.
- Alcalá Cornide M, Azañas Ruiz S, Moreno Torres C, Gálvez Alcaraz L. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. *Medicina de Familia (And)* 2002; 3: 81-7.
- Alfonso Sanjuán M, Ibáñez López P. Drogas y toxicomanías, Ed. Narcea, 1987: 246.
- Alfonso JP, Huedo-Medina TB, Espada JP. Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología* 2009, vol. 25, nº 2 (diciembre), 330-338
- Allen M, Donohue WA, Griffin A, Ryan D, Turner, Mitchell MM. Comparando la influencia de sus padres y compañeros en la opción de usar las drogas: Un resumen de meta-análisis de la literatura. *Justicia Penal y la Conducta* 2003; 30, 163-186.
- Almazán Ortega R, Sousa Vila E, Fernández Soto N, Mate Sánchez FJ. Prevalencia y patrones de consumo de alcohol en una población de adolescentes. *Aten Primaria*. 2006; 38:465.
- Altet Gómez MN, Pascual Sánchez MT. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Pediatr (Barc)*. 2000; 52:168-77.
- Altisent R, Pico MV, Delgado MT, Mosquera J, Auba J, Córdoba R. Alcohol en Atención Primaria. *FMC* 1997; 3: suplemento 4.
- Amato PR, Keith B. Divorcio de los padres y el bienestar de los niños: Un meta- análisis. *Psychological Bulletin* 1991; 110, 26-46.
- Amey CH, Alberto SL. Raza y etnia diferencias en el uso de drogas en adolescentes: el impacto de la estructura de la familia y la cantidad y calidad de la interacción parental. *Diario de Problemas de drogas* 1998; 28, 283-298.

- Amos A, Bostock Y. Young people, smoking and gender--a qualitative exploration. *Health Educ Res.* 2007;22:770-81.
- Amunategui LF, Dowd ET. La modificación de los esquemas de los niños sobre el uso de sustancias tóxicas: una intervención enfocada sobre la prevención del abuso de sustancias. *Psicología conductual* 1993; 1: 207-220.
- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona.] 2005.
- Anderson P. Binge drinking in Europe. Institute of Alcohol Studies: London, 2007. URL: http://www.dhs.de/web/dhs_international/php/Reviews/PHPReport_on_binge_drinking.pdf. (Consultado el 3 de marzo de 2009).
- Arellanez J, Díaz D, Wagner F, Pérez V. Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental.* 2004;27:54-64.
- Ariza C, Nebot M. Factors associated with smoking progression among spanish adolescents. *Health Educ Res.* 2002; 17: 750-60.
- Ariza C, Nebot M, Villalbí JR, Díez E, Tomás Z, Valmayor S. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los escolares de Barcelona (1987-1999). *Gac Sanit* 2003; 17: 190-5.
- Arnett JJ. Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural. México: Ed. Pearson Education 2008 (3ª edición).
- Aubá J, Villalbí JR. Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia. *Aten Primaria* 1993; 11 : 26-31
- Ayala Loo E, Galera SAF. Percepção sobre o uso de álcool e tabaco entre os familiares de crianças doentes: Consulta externa do hospital materno-infantil de Guasmo sur. Guayaquil - Ecuador. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004 janfev;12(1):340-4.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. World Health Organization .Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001 (2ª edición). URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf [7/9/12].
- Bailey, S. y Hubbard, R. Developmental Changes in Peer Factors and the Influence on Marijuana Initiation Among Secondary School Students. *Journal of Youth and Adolescence*, 1991; 20 (3), 339-360.
- Ballesta R, Lozano O, Bilbao I, González F. Estudio de evolución del informe «Los andaluces ante las drogas (1987-2003)». Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía 2004 [accedido 30 Nov 2006]. URL: www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/UpLoad/Publicaciones/862_EDIS%20IX.PDF
- Banco Mundial. Informe mundial de desarrollo humano, 1993: invertir en salud. Washington, D.C.: Banco Mundial, 1993.
- Barca A. Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. *Cuadernos de Psicología* 1986; 25: 103-109.
- Barnes GM, Farrell MP, y Banerjee S. Influencias de la familia sobre el abuso de alcohol y otras conductas problemáticas entre los adolescentes blancos y negros en una muestra de población general. *Revista de Investigación sobre la Adolescencia* 1994;4, 183-201.
- Barra E, Cenia R, Kramm D, Veliz V. Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica* 2006; 24, 55-61.
- Bauman A, Hogan A, McLellan L, Rissel C, Mayne D, Gill L, et al. Health behaviours of New South Wales school students: report of the NSW health behaviour of school students (NSW HBSS) survey, 1996. Sydney, NSW: National Centre for Health Promotion, 1998.
- Bauzá-Amengual M. de Lluç; Blasco-González, Manuel; Sánchez-Vazquez, Elena; Pereiró-Berenguer, Inmaculada; Ruiz-Varea, Nidia; Pericás-Beltran, Jordi. Impacto de la Ley del tabaco en el lugar de trabajo: estudio de seguimiento de una cohorte de trabajadores en España 2005-07. *Aten Primaria.* 2010;42:309-13.

- Barrueco M, Gómez G, Torrecilla M, Pérez A, Bartolomé C. Valor de la intervención breve y los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en adolescentes. *Arch Bronconeumol* 2007; 43:334-9
- Beavers Wr. "Healthy, midrange and reverer dysfunctional families" en F. Walsh *Normal Family Proseses*. New York 1982. Guilford.
- Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P, Spilka S. Smoking in adolescents: prevalence, clinical manifestations, preventive measures. *Rev Mal Respir* 2006; 23:681-93.
- Becoña E. Adicción a nuevas sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual* 2005; 13, 349-370.
- Becoña E. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo* 2007; 28, 11-20.
- Becoña E, Míguez MC. Consumo de tabaco y alcohol en la población escolar de Galicia. *Revista Española de Drogodependencias* 2006; 31, 46-56.
- Bell NJ, Forthum LF, Sun Sh. Attachment, adolescent competencies, and substance use: Developmental considerations in the study of risk behavior. *Substance Use & Misuse* 2000; 35: 177-1206.
- Bellis MA, Hughes K. Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida nocturna global. *Adicciones* 2003; 15, 289-309.
- Bellón Saameño JA. Modelo explicativo de la hiperutilización en Atención Primaria. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Granada, 1995.
- Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996;18:289-96.
- Benson PL, Mannes M, Pittman K, Ferber T. Youth development, developmental assets and public policy. En R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* 2004; 2, 781-814. Nueva York: John Wiley.
- Benson PL, Scales PC, Hamilton SF, Sesman A JR. Positive youth development: Theory, research and applications. En R. M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development*. Volume 1 of *Handbook of Child Psychology* 2006; 6ª ed., pp. 894-941. Hoboken, NJ: Wiley.
- Bentler PM. Drug use and personality in adolescence and young adulthood: Structural models with nonnormal variables. *Child Development* 1987; 58, 65-79.
- Bhattacharya G. Drug use among Asian-Indian adolescents: identifying protective/risk factors. *Adolescence* 1998; 33:169-84.
- Bjarnason T, Andersson B, Choquet M, Elekes Z, Morgan M, Rapinett G. La cultura del alcohol, la estructura familiar y el uso de alcohol entre los adolescentes: modelos multinivel de la frecuencia de consumo excesivo de alcohol entre los estudiantes de 15-16 años de edad en 11 países europeos. *J Stud Alcohol*. 2003 Mar; 64 (2):200-8.
- Bjartveit K, Tverdal. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control* 2005; 14:315-320.
- Blasco M, Pérez A, Sanz T, Clemente ML, Cañas R, Herrero I. Consumo de tabaco entre los adolescentes. Valor de la intervención del personal sanitario. *Aten Primaria*. 2002;30:220-8.
- Blomeyer D, Buchmann AF, Schmid B, Jennen-Steinmetz C, Schmidt MH, Banaschewski T, Laucht M. Age at first drink moderates the impact of current stressful life events on drinking behavior in young adults. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011 Jun;35(6):1142-8.
- Blum RW, Beuhring T, Shew ML, Bearinger LH, Tamizado RE, Resnick MD. Los efectos de la raza / etnia, ingresos, y la estructura familiar sobre el riesgo de los adolescentes comportamientos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000; 90, 1879-1884.
- Blum RW, Bastos F, Kabiru CW, Le L. Adolescent health in the 21st century. *The Lancet* 2012; 379:1567-68.
- Bolzán A, Peleteiro R. Tabaquismo durante la adolescencia temprana. *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79(5):461-6.
- Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S., Botvin, E. M., & Kerner, J. Smoking

- prevention among urban minority youth: Assessing effects on outcome and mediating variables. *Health Psychology* 1992; 11, 290–299.
- Bras J. Prevención en la infancia y adolescencia. En: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M (editores). *Manual de prevención en Atención Primaria*. Ed. EdiDe, Barcelona 2003a; 355-362.
- Bras J, Masvidal RM, Trias E. Problemas de salud en la infancia y la adolescencia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF ed. *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. Editorial Elsevier; Madrid 2003b, quinta edición, p 1580-1617.
- Brook, J., Whiteman, M., Gordon, A. y Brook, D. The Role of Older Brothers in Younger Brothers' Drug Use Viewed in the Context of Parent and Peer Influences. *The Journal of Genetic Psychology* 1989; 151 (1), 59-75.
- Brook JS, Zhang C, Koppel J, Brook DW. Pathways from earlier marijuana use in the familial and non-familial environments to self-marijuana use in the fourth decade of life. *Am J Addict* 2008; 17:497-503.
- Brook JS, Balka EB, Crossman AM, Dermatis H, Galanter M, Brook DW. La relación entre el consumo de alcohol de los padres, uso de alcohol adolescente temprana y tardía, y jóvenes adultos, los síntomas psicológicos: un estudio longitudinal en *The American Journal of Addictions* 2010; 19, 534-542.
- Browne DT, Jenkins JM. Health across early childhood and socioeconomic status: examining the moderating effects of differential parenting. *Soc Sci Med*. 2012;74:1622-9.
- Buehler C, Anthony C, de Krishnakumar A, Stone G, Gerardo J, Pemberton S. Los conflictos y las conductas de los jóvenes interparental problema: Una revista de meta-análisis de Niño y. *Estudios de la Familia* 1997; 6, 233-247.
- Budd RJ, Eiser J, Morgan M, Gammage P. The personal characteristics and life-style of the young drinker: The results of a survey of British adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 1985: 145-57.
- Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction*. 2010;105:601-14.
- Burrows B, Knudson RJ, Camilli AE, Stiezer M, Nett LA, Lando H, y col. Quantitative relationship between cigarette smoking and ventilatory function. *Am Rev Respir Dis* 1988; 137: 286-92.
- Burt SA, Barnes AR, McGue M, Iacono WG. Divorcio de los padres y el adolescente la delincuencia. Descartando el impacto de los genes comunes *Developmental Psychology* 2008; 44, 1668 - 1677.
- Caballero A, González B, Pinilla J, y col. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gac Sanit* 2005; 19:440-7
- Cable N, Sacker A. Typologies of alcohol consumption in adolescence: predictors and adult outcomes. *Alcohol Alcohol*. 2008;43:81-90.
- Cabrera Mateos JL, Mendoza Luzardo MC, Gutierrez Riquelme F. Consumo de alcohol en adolescentes de tres municipios de Lanzarote. *Semergen*. 2004;30 (5):210-217.
- Cabrera Mateos JL, Báez Álvarez A, Gutiérrez Riquelme F, Toledo Perdono I, Mendoza Luzardo MC. Prevalencia y características del consumo de tabaco en adolescentes de Lanzarote. *SEMERGEN* 2005;31:307-13.
- Cabrera JL, Toledo I, García R, Mendoza MC, Báez A. Prevalencia, rasgos de personalidad y microambiente en adolescentes consumidores de cannabis. *SEMERGEN* 2008; 34:392-9
- Cafferata GL, Kasper JD. Family structure and children's use of ambulatory physician services. *Med Care* 1985; 23:350-60.
- Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil E, Palmer A, Sureda P, Torres MA. *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2000.
- Calafat A, Juan M, Becoña E, Castillo A, Fernández C, Franco M, Pereiro C, Ros M. El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Addicciones* 2004; 17, 193-202.
- Calafat A, Fernández C, Juan M, Becoña E. Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles

- como factor de riesgo frente a otros factores de riesgo tradicionales. *ADICCIONES* 2007a; 19, 2, 125-132.
- Calafat A. El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones* 2007b; 19, 217-223.
- Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil Carmena E, Palmer A, Sureda P, Torres MA. *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. 2011
- Carballo JJ, Oquendo MA, Giner L, Garcia-Parajua P, Iglesias JJ, Goldberg PH, Zalsman G, Chaudhury SR, Sher L. Prevalence of alcohol misuse among adolescents and young adults evaluated in a primary care setting. *Int J Adolesc Med Health*. 2006; 18:197-202.
- Casarrubios E, Lareo J, Arribas JM, Frieyro JE. Uso del índice APPGAR familiar en medicina de familia: medida de la disfunción familiar inducida por el alcohol. Experiencia inicial en 210 pacientes. *Med Clin* 1988; 91:732-735.
- Casas J, López JP. Patrón de consumo juvenil de alcohol y problemas asociados. *Med Clin (Barc)*. 1996;107:544-8.
- Casas JM, Bimbela A, Corral CV, Yáñez I, Swaim RC, Wayman JC, Bates S. Cigarette and smokeless tobacco use among migrant and nonmigrant Mexican American youth. *Hispanic J Behav Sci* 1998;20:102-120.
- Castellana M. Los padres, unos acompañantes significativos. *Cuadernos de Pedagogía* 2003; 320:60-62.
- Castellano G. El adolescente y su entorno: sociedad, amigos y familia. *Pediatr Integral* 2005; 9:41-6.
- Castillo JM. Valoración de factores de riesgo del consumo de alcohol en jóvenes. *Aten Primaria* 1997; 20: 376-380.
- Caviedes Altable, BE; Quesada Fernández, E; Herranz, JL. La televisión y los niños: ¿es responsable la televisión de todos los males que se le atribuyen? *Aten Primaria*. 2000;25:36-45. - vol.25 núm 03
- Chaplin TM, Sinha R, Simmons JA, Healy SM, Mayes LC, Hommer RE, Crowley MJ. Parent-adolescent conflict interactions and adolescent alcohol use. *Addict Behav* 2012 Jan 13. [Epub ahead of print: PMID: 22341765]
- Chassin L, Barrera M Jr. Sustancia escalada de uso y la moderación el consumo de sustancias entre los hijos adolescentes de alcohólicos. *Psicología de las Conductas Adictivas* 1993; 7, 3-20.
- Chassin L, Pitts S, Prost J. Trajectories of heavy drinking from adolescence to young adulthood: Adolescent predictors and young adult outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002, 70, 67-78.
- Centers for disease Control and Prevention. Tobacco Use Among Middle and High School Students — United States, 2000–2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59: 797-801. URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm5933.pdf>
- Cogollo-Milanés Z, de La Hoz-Restrepo F. Consumo de cigarrillo y riesgo de dependencia de la nicotina de estudiantes de secundaria. *Rev. salud pública* 2010; vol.12 no.3. Bogotá.
- Colom J, Gual A, Contel M, Segura L, Martínez V. Alcohol consumption. Evaluation of the objectives of the Health Plan for Catalonia for the year 2000]. *Med Clin (Barc)*. 2003;121 Suppl 1:56-9.
- Colomer Revuelta J, Cortes Rico O, Esparza Olcina MJ, Calbe Sánchez-Ventura J, García Aguado J, Martínez Rubio A y cols. Programa de la infancia y la adolescencia. En: *PAPPS Actualización 2012. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 2012. URL: http://www.papps.org/upload/file/Grupo_Expertos_PAPPS_8_1.pdf
- Comas D. No es oro todo lo que reluce ¿Qué hace la juventud durante el fin de semana?. *Revista de Juventud* 1996; 37, 11.
- Combrinck-Graham L. "A developmental model for family systems" en *Family Process* 1985.
- Cortés M, Schiaffino A, Martí M, y col. Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gac Sanit* 2005; 19:36-44.
- Cortés MT, Espejo B, Giménez JA. Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones* 2007; 19, 357-372.

- Cortés MT, Espejo B, Giménez JA. Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema* 2008; 20, 396- 402.
- Crockett, L. y Petersen, A. Adolescent Development: Health Risks and Opportunities for Health Promotion. En S. Millstein, A. Petersen y E. Nightingale (Eds.), *Promoting the Health of Adolescents*; 1993; 13-37. New York: Oxford University Press.
- Cruz-Salmerón VH, Martínez-Martínez ML, Garibay-López L, Camacho-Calderón N. Comparación del perfil de funcionamiento familiar en los adolescentes con y sin drogadicción de un colegio de bachilleres. *Aten Primaria* 2011; 43:89-94.
- Cservenka A, Nagel BJ. Risky Decision-Making: An fMRI Study of Youth at High Risk for Alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012 Jan 17. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01650.x.
- Currie C y cols. Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2006 survey (Health Policy for Children and Adolescents, nº5). WHO Regional Office for Europe. Copenhagen; 2006.
- Damon W. What is positive youth development? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 2004; 591, 13-24.
- De la Fuente L, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 505-520
- De la Revilla L. Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Ed. Doyma, 1994a; 37-42
- De la Revilla L, Ríos AM de los. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar *Atención Primaria*, 1994b; 13: 73-76
- De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la Atención Familiar. Ediciones Adhara, Granada 2005.
- De la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Influencias culturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.* Barcelona: Elsevier España; 2008.
- De la Revilla L. Disfunción familiar o crisis de desarrollo en la adolescencia. *Aten Primaria* 2009; 41:485-6.
- De los Ríos AM. Los procesos psicosociales, características clínicas, factores individuales y familiares que se relacionan con su génesis. Tesis doctoral. Universidad de Granada, 1997.
- De Micheli D, Formigoni ML. Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? *Addict Behav* 2002; 27:87-100.
- Dento, R. y Kampfe, Ch. The relationship between family variables and adolescent substance abuse: literature review. *Adolescence* 1994; 29 (114) 475-495.
- Del Carmen M, Alcon G, Pedersen JM, Maria A, Gonzalez C. Greenlandic family structure and communication with parents: influence on schoolchildren's drinking behaviour. *Int J Circumpolar Health* 2002; 61:319-331.
- Díaz Miriam G, Acevedo MC, D'Alessandro SG, Rasmussen R, Cassella C. Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de escuelas públicas del nivel secundario en la Ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina.* N° 200 – Abril 2010
- Dickinson MA, Ponce ME, Gómez FJ, González E, Fernández MA, Corzo MT, Pérez S, Flores P. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. *Aten Primaria* 1998; 21: 275-282.
- Díe Martínez S, Martín Moros JM, Altisent Trota R, Aznar Tejero P, Cebrián Martín C, Ímaz Pérez FJ y col. Cuestionarios breves para la detección precoz de alcoholismo en atención primaria. *Aten Primaria* 1991; 8: 367-370.
- Diez-Ganan L, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Gualiar P, Fernández L, del Rey J. Demografía, estilos de vida relacionados con la salud e historia de consumo de tabaco entre fumadores ocasionales en España. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 281-291.
- DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, y col. Symptoms of tobacco dependence after brief

- intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161:704-10.
- Doll R, Crofton J. Tobacco and health. *Br Med Bull*, 1996. p. 52.
- Doubeni CA, Li W, Fouayzi H, Difranza JR. Perceived accessibility as a predictor of youth smoking. *Ann Fam Med* 2008; 6:323-30.
- Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Roselló L, Gimeno Ruiz de Porras D. Recursos psicométricos utilizables en Atención Primaria. Barcelona: Novartis, 1999.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Lim C, Whittle L, Brener ND, Wechsler H. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance - United States, 2009. *MMWR Surveill Summ* 2010; 59: 1-142.
- Eggert, L., Seyl, C. y Nicholas, L. (1990). Effects of a School-Based Prevention Program for Potential High School Dropouts and Drug Abusers. *The International Journal of Addictions* 1990; 25 (7), 773-801.
- El Atlas del tabaco. Sociedad Americana del Cáncer. Ed American Cancer Society, Georgia 2009 (3ª edición). URL: www.cancer.org
- Elder JP, De Moor C, Young RL, Wildey MB, Molgaard CA, Golbeck AL, Sallis JF, Stern RA. Stages of adolescent tobacco-use acquisition. *Addict Behav.* 1990;15(5):449-54.
- Ellickson, P. L y Hays, R.D. Antecedents of drinking among young adolescents with different alcohol use histories. *Journal of Studies on Alcohol* 1991; 52, 398-408.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008, Resultados por entidad federativa, Distrito Federal Primera edición, (2009). D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán 62508 Cuernavaca, Morelos, México. Impreso y hecho en México. Printed and made in Mexico ISBN: 978-607-7530-29-9
- La Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ). The Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Warren CW, Riley L, Asma S, y col. Tobacco use by youth: a surveillance report from the Global Youth Tobacco Survey project. *Bull World Health Organ.* 2000; 78:868-876.
- Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1.905-7.
- Elzo J, Laespada MA. El alcohol y la noche. *Revista de Estudios de Juventud, INJUVE* 1996; 37, 45-54.
- Elzo J. Ensayo de una tipología de jóvenes españoles basado en sus sistemas de valores. En J. Elzo; F.A. Orizo; J. González-Anleo; P. González Blasco; M.T. Laespada y L. Salazar. *Jóvenes españoles'99* 1999; 13-51. Madrid: Fundación Santa María.
- Elzo J, Comas D, Laespada MT, Salazar L, Vielva J. Las culturas de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2000.
- Elzo J, García N, Laespada MT, Zulueta M. Drogas y escuela VI. Evolución del consumo de drogas en escolares donostiarra (1981-2002), Editor: ESCUELA UNIVERSITARIA DE TRABAJO SOCIAL, 2003, pp. 479. Ref.: 124960
- Epstein, J., Botvin, G., Diaz, T. y Schinke, S. The role of social factors and individual characteristics in promoting alcohol use among inner-city minority youths. *Journal of Studies on Alcohol* 1995; 56 (1), 39-46.
- Espada JP, Pereira J, García-Fernández JM. Modelos sociales y consumo de alcohol en la adolescencia. *Jano* 2011; 00 :71-3.
- European Commission. EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331; 2010. URL: ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_331_en.pdf [7/9/12].
- The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Björn Hibell, Ulf Guttormsson, Salme Ahlström, Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi, Ludwig Kraus. Printed in Sweden by Modintryckoffset AB, Stockholm February 2009.
- The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Björn Hibell, Ulf Guttormsson, Salme Ahlström, Olga Balakireva, Thoroddur Bjarnason, Anna Kokkevi,

Ludwig Kraus. Printed in Sweden by modintryckoffset AB, Stockholm, May 2012

Comisionado para el Mercado de Tabacos. El mercado de tabacos. Estadísticas. Madrid: Ministerio de Economía y Hacienda. Disponible en:<http://www.cmtabacos.es/wwwcmt/paginas/ES/mercadoEstadisticas.tmpl>.

Factores de riesgo. Vigilancia epidemiológica. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142352860788&language=es&pageid=1142331181236&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142331146422&vest=1156329914017.

Farke W, Anderson P. El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones* 2007; 19, 333-339.

Fagerström KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the FTND. *J Behav Med* 1989; 12: 159-82.

Fawzy F, Coombs R, Simon J, Bownan Terrell M. Composición de la familia, el estatus socioeconómico, y el abuso de sustancias en adolescentes. *Conductas Adictivas* 1987; 12, 79-83.

Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Cambio de la Familia, discordia entre los padres, y principios del infractor. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, de 33 años, 1992; 1059-1075.

Fernández-Calderón F, Lozano-Rojas OM, Bilbao-Acedos I, Rojas-Tejada AJ, Vidal-Giné C, Vergara-Moragues E, González-Saiz F. Análisis de las diferencias en el perfil y patrón de consumo de drogas de hombres y mujeres que asisten a fiestas rave. Publicado en *Trastornos Adictivos* 2011; 13 :167-74.

Fernandez-Crehuet Navajas J, Gómez Aracena J, Gómez García E. Epidemiología y prevención de las drogodependencias. Piédrola 2008. En: Piédrola Gil J. *Medicina preventiva y salud pública*. 11^o Ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008, 1117-1131.

Fernández E, Schiaffino A, Borrás JM. Epidemiología del tabaquismo en Europa. *Salud Pública Mex* 2002; 44 (suppl 1): S11-S19.

Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Bonás JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción según la Encuesta Nacional de Salud. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:14-6.

Fishbein, M. y Ajzen, I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Reading: Addison Wesley. 1975

Flewelling RL, Bauman KE. La estructura familiar como un predictor de la sustancia inicial uso y las relaciones sexuales en la adolescencia temprana. *Diario del Matrimonio y la Familia*, de 52 años, 1990; 171-181.

FMC. Diagnóstico y evaluación del consumo problemático de alcohol. *Form Med Contin Aten Prim* 2009; 16 (protocolo 1):7-10.

Fonseca del Pozo FJ, Pérula de Tones LA, Martínez de la Iglesia J. Detección de alcoholismo en una población general a través de la aplicación del Test de CAGE. *Aten Primaria* 1993; 11: 393-399.

Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Foxcroft, D. R. & Tsertsvadze, A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review*, 2011a; 9,CD009308.

Foxcroft, D. R. & Tsertsvadze, A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review*, 2011b; 9, CD009307.

Foxcroft, D. R. & Tsertsvadze, A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review*, 2011c; CD009113.

Franco M, Juan M, Pereriro C, Calafat A, Castillo A, Becoña E. El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones* 2005; 17, 193-203.

Fuller E, Sanchez M. Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2009. London: HS Information Centre for Health and Social Care 2010; 110. URL: <http://www.ic.nhs.uk/cmsincludes>

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Comunicación y conflictos entre hijos y padres. FAD, Madrid 2003.

Fundación Alcohol y Sociedad. Informe Libro blanco sobre la relación entre ADOLESCENCIA Y ALCOHOL en España 2006. URL: http://www.alcoholysociedad.org/publicaciones/descargas/libro_blanco2.pdf [7/9/12].

Funes, J. Cómo y por qué acercarse a los adolescentes que consumen drogas. En Xunta de Galicia, Menores con problemática del consumo de drogas: La intervención desde la institución 1991;19-35. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Traballo e Servizos Sociais. 1991.

Galán I, Alvarez J. Capitulo 1 Magnitud del problema. En Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1a Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. 2008. Ministerio de Sanidad y consumo.

Galván Fernández C, Suárez López de Vergara RG, Oliva Hernández C, Doménech Martínez E, Patología respiratoria en los jóvenes y hábito tabáquico. Arch Bronconeumol. 2000;36:186-90.

García V, Ramos M, Hernán M, Gea T. Consumo de tabaco y hábitos de salud en los adolescentes de institutos de Enseñanza Secundaria pública de Granada. Prev Tab 2001; 3: 215-23.

García Campayo J, Alda M. La familia y el médico de familia: elementos básicos de intervención desde atención primaria. Madrid: Ed Mayo 2004; 27-35.

García Campayo J. La importancia de la familia en la aparición de enfermedad psiquiátrica en los adolescentes. Aten Primaria 2007; 39:66-7

García Martínez JMA, Carrasco González AM. Consumo de alcohol y factores relacionados con el tiempo libre de los jóvenes. Revista de Psicología Social Aplicada 2002; 12(1), 61-78.

García-Pindado, G. La influencia del grupo de iguales en el consumo adolescente de la droga. Psiquis 1993; 15 (4), 39-47.

García-Señorán, M.M. Educación para la Salud: el consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de Galicia. Propuesta educativa para su prevención. Tesis Doctoral, Universidad de Santiago. 1994

Garibay L, Martínez M. Funcionalidad familiar en adolescentes de una escuela de bachillerato de Querétaro, México. Aten Primaria 2008;40:316—7.

Gascón Jiménez FJ. Estudio de los hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de la provincia de Córdoba, excluida la capital [Tesis Doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina; 1995.

Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft DR. Intervenciones en ámbitos no escolares para la prevención de la drogadicción en jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Gavazzi, S., Bostic, J., Lim, J. & Yarcheck, C. Examining the impact of gender, race/ethnicity, and family factors on mental health issues in a sample of courtinvolved youth. Journal of Marital and Family Therapy 2008; 34(3), 353-368. Obtenido de Fuente Académica database.

Geneste J, Pereira B, Arnaud B, Christol N, Liotier J, Blanc O, Teissedre F, Hope S, Schwan R, Llorca PM, Schmidt J, Cherpitel CJ, Malet L, Brousse G. CAGE, RAPS4, RAPS4-QF and AUDIT Screening Tests for Men and Women Admitted for Acute Alcohol Intoxication to an Emergency Department: Are Standard Thresholds Appropriate? Alcohol Alcohol. 2012;47:273-81.

Ginzler J, Cochran B, Domenech-Rodriguez M, Cauce A, Whitbeck L. Sequential progression of substance use among homeless youth: an empirical investigation of the gateway theory. Substance Use Misuse 2003; 38: 725-58

Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register

linkage study. *BMJ*. 1996 December 7; 313(7070): 1431–1434.

Golub A, Johnson BD. The misuse of the 'gateway theory' in us policy on drug abuse control: a secondary analysis of the muddled deduction. *Int J Drug Policy* 2002; 13: 5-19.

Gómez-Fraguela J, Fernández N, Romero E, Luengo A. El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema* 2008; 20, 211-217.

Gonzalvo B, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Roncero C. Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes consumidores de cannabis. *Trastornos Adictivos* 2011; 13:109-12

Gonzales R, Brecht ML, Mooney L, Rawson RA. Prescription and over-the-counter drug treatment admissions to the California public treatment system. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2010; 40(3), 224–229.

González-Calleja, F., García-Señorán, M. M., & González, G. Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema* 1996; 8, 257-267.

González García Y, López Sampedro P, Saavedra Rielo MC, González Arce D, García Lavandera LJ, Cuesta Castro B. Detección precoz de jóvenes con trastornos relacionados con el alcohol en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997; 20:133-6.

González-Meneses A, Durán LE. Consumo de drogas: marihuana, drogas de síntesis y otras. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. Madrid: Ergon; 2004. p. 200-6.

Gonzalvo B, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Roncero C. Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes consumidores de cannabis. *Psychiatric comorbidity in cannabis users*. *Trastornos Adictivos* 2011; 13, 3, 109–112

Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Fergusson J, Joseph V, Coffey C, Sawyer SM, Mathers CD. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet* 2011; 377: 2093 – 102.

Greenfield SF, Manwani SG, Nargiso JE. *Epidemiology of substance use disorders in*

women. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2003; 30: 413-446.

Grimshaw, G. M. y Stanton, A. (2007). *Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida)*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Grunbaum JA, Tortolero S, Weller N, Gingiss P. Cultural, social, and intrapersonal factors associated with substance use among alternative high school students. *Addict Behav* 2000; 25:145-51.

Gual A. Capítulo 3: Cribado del consumo de alcohol. En *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. 1a Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. 2008. Ministerio de Sanidad y consumo.

Guía sobre Drogas 2007. Publicaciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/Guia2008/home.htm>

Gutiérrez P, Camacho N, Martínez M. Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 2007; 39(1), 597-601.

Gutman LM, Eccles JS, Peck S, Malanchuk O. La influencia de la familia relaciones en las trayectorias de consumo de cigarrillos y el alcohol de Diario temprana a la adolescencia tardía. *La adolescencia*, en prensa. 2010.

Guttmanova K, Bailey JA, Hill KG, Lee JO, Hawkins JD, Woods ML, Catalano RF. Sensitive periods for adolescent alcohol use initiation: predicting the lifetime occurrence and chronicity of alcohol problems in adulthood. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011 Mar;72(2):221-31.

Guzmán M. *Tipología familiar y factores relacionados con las adicciones en la adolescencia [tesis de posgrado]*, Facultad de

- Medicina. Universidad Autónoma de Querétaro, México, Qro. 2004.
- Haley J. Tratamiento de la familia. Barcelona: Toray. 1980.
- Hall W, Lynskey M. Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and the use of other illicit drug. *Drug Alcohol Rev* 2005; 24: 39-48
- Hanewinkel R, Isensee B, Sargent JD, Morgenstern M. Cigarette advertising and adolescent smoking. *Am J Prev Med* 2010; 38:359-66.
- Harakeh Z, Engels RC, Monshouwer K, Hanssen PF. Adolescent's weight concerns and the onset of smoking. *Subst Use Misuse* 2010; 45:1847-60.
- Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst el FC. Los factores familiares y eventos de la vida como factores de riesgo de problemas conductuales y emocionales en los niños. *Niño Europea y Adolescent Psychiatry* 2002; 11, 176-184.
- Hatchette JE, McGrath PJ, Murray M, Finley GA. The role of peer communication in the socialization of adolescents' pain experiences: a qualitative investigation. *BMC Pediatr* 2008; 8:2.
- Hayes L, Smart D, Toumbourou JW, Sanson A. Parenting influences on adolescent alcohol use. Melbourne: Australian Institute of Family Studies for the Australian Government, Department of Health and Ageing, 10. 2004.
- Health, United States, 2010; With Special Feature on Death and Dying. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics (US); February 2011. Report No.: 2011-1232
- Helm D, Laussmann D, Eis D. Assessment of environmental and socio-economic stress. *Cent Eur J Public Health*. 2010;18:3-7.
- Hernández López T, Roldán Fernández J, Jiménez Frutos A, Mora Rodríguez C, Escarpa D, Pérez Álvarez MT. La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention* 2009; 18(3), 199-212.
- Herrera-Vázquez M, Wagner FA, Velasco-Mondragón E, Borges G, Lazcano-Ponce E. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Publica Mex* 2004;46:132-140
- Hetherington EM, Puentes M, Insabella GM. Lo que importa? ¿Qué no? Cinco miradas sobre la asociación entre las transiciones matrimoniales y adaptación de los niños. *American Psychologist* 1998; 53, 167-184.
- Hicks BM, Durbin CE, Blonigen DM, Iacono WG, McGue M. Relationship between personality change and the onset and course of alcohol dependence in young adulthood. *Addiction*. 2012;107: 540-8.
- Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2005;9: 137-55.
- Hill SY, Shen S, Lowers L, Locke J. Los factores que predicen la aparición de beber de los adolescentes en familias con alto riesgo de desarrollar alcoholismo. *Psiquiatría Biológica* 2000; 48, 265-275.
- Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, Abbott RD, Guo J. Family influences on the risk of daily smoking initiation. *J Adolesc Health* 2005; 37):202-10.
- Hipple B, Lando H, Klein J, Winickoff J. Global teens and tobacco: a review of the globalization of the tobacco epidemic. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2011; 41:216-30.
- Hops H, Davis B, Lewin LM. The development of alcohol and other substance use: a gender study of family and peer context. *J Stud Alcohol Suppl* 1999; 13:22-31.
- Horner P, Grogan-Kaylor A, Delva J, Bares CB, Andrade F, Castillo M. The Association of Family and Peer Factors with Tobacco, Alcohol, and Marijuana Use Among Chilean adolescents in Neighborhood Context. *Subst Abuse Rehabil* 2011; 2:163-172.
- Howard DE, Griffin M, Boekeloo B, Lake K, Bellows D. Staying safe while consuming alcohol: a qualitative study of the protective strategies and informational needs of college freshmen. *J Am Coll Health* 2007; 56:247-54

- Hser YI, Grella CE, Collins C, Teruya C. Drug-use initiation and conduct disorder among adolescents in drug treatment. *J Adolesc.* 2003;26:331-45
- Hualde, G. Rasgos del contexto estructural del consumo de drogas en los jóvenes. Aspectos económicos, sociales culturales e ideológicos asociados. *Comunidad y Drogas* 1990;10, 75-97.
- Huertas I, Pereiro J, Roig A, Salazar JL, Chover C, Guerrero I, y col. Evolución de hábitos de salud y de relación de una cohorte de adolescentes del puerto de Sagunto (1995-1996). *Aten Primaria* 1999; 23: 8-14.
- Hughes K, MacKintosh AM, Hastings G, Wheeler C, Watson J, Inglis J. Young people, alcohol, and designer drinks: quantitative and qualitative study. *BMJ* 1997; 314:414-8.
- Informe 2004. Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo (España). Plan Nacional Sobre Drogas. [accedido 27 Nov 2006]. URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>
- Informe del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2005. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Uso de drogas y problemas relacionados con el consumo en Andalucía. Junta de Andalucía. [Internet]. 2005. [URL: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/Informe_Observatorio_2005.pdf]
- Informe 2008. Observatorio sobre Drogas para Asturias. Oviedo: Dirección General de Salud Pública y Participación. URL: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/infodrog08v2.pdf
- Informe sobre las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas monitorizadas en cuatro hospitales de Andalucía, (OADA, 2010). Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Sevilla: Junta de Andalucía, Dirección General de Servicios Sociales y Drogodependencias, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2011.
- Informe anual (2011). El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011. ISBN 978-92-9168-471-7. doi:10.2810/4450 © Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2011
- Informe sobre la situación mundial sobre el alcohol y la salud (2011). OMS. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/alcohol_20110211/en/index.html Consejería de Igualdad y Bienestar Social.
- Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo: consecución de ambientes libres de humo de tabaco. Organización Mundial de la Salud, 2010. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243563916_spa.pdf
- El Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. World Health Organization 2011. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf
- Informe del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2005. Uso de drogas y problemas relacionados con el consumo en Andalucía. Junta de Andalucía. [Internet]. 2005. [URL: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/export/Drogodependencia/HTML/archivos/Informe_Observatorio_2005.pdf]
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud [base de datos en Internet]. Disponible en: <http://www.cmtabacos.es/wwwcmt/paginas/ES/mercadoEstadisticas.tmpl>.
- Isralowitz R, Rawson R. Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. *Addict Behav.* 2006;31:355-8
- Jackson, C. y Henriksen, L. Do as I say: parent smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. *Addictive Behaviors* 1997; 22 (1), 107-114.
- Jackson C, Dickinson D. Cigarette consumption during childhood and persistence of smoking through adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:1050-6.

- Jarvis MJ. Gender differences in smoking cessation: real or myth? *Tobacco control* 1994; 3: 324-8.
- Jarvis MJ. Patterns and predictors of smoking in the general population. En: *The Tobacco epidemic*. Bolliger CT, Fagerström KO. *Prog Respir Res Basel Karger* 1997; 28: 151-64.
- Jenkins MB, Agrawal A, Lynskey MT, Nelson EC, Madden PA, Bucholz KK, Heath AC. Correlates of alcohol abuse/dependence in early-onset alcohol-using women. *Am J Addict*. 2011;20:429-34.
- Jiménez, T.I. Familia y Problemas de Desajuste en la Adolescencia: el Papel Mediador de los Recursos Psicosociales. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Director: Prof. Gonzalo Musitu, Sergio Murgui y Estefanía Estévez. 2006
- Jiménez-Muro Franco A, Beamonte San Agustín A, Marqueta Baile A, Gargallo Valero P, Nerín de la Puerta I. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones* 2009; 21, 21-28.
- Johnston JL, Leff M. Los hijos de los toxicómanos: Resumen de resultados de investigación, *Pediatrics* 1999;103: 1085-1099.
- Johnson EO, Chase GA, Breslau N. Persistence of cigarette smoking: familial liability and the role of nicotine dependence. *Addiction* 2002; 97:1063-1070.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE Monitoring the Future national results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2009 (NIH Publication No. 10-7583). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Joven EW, Jensen LC, Olsen JA, Cundick BP. Los efectos de la familia la estructura sobre el comportamiento sexual de los adolescentes. *La adolescencia* 1991;26, 977-986.
- Kapusta ND, Ramskogler K, Hertling I, Schmid R, Dvorak A, Walter H, Lesch OM. Epidemiology of substance use in a representative sample of 18-year-old males. *Alcohol Alcohol*. 2006; 41:188-92.
- Keijzer B. El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Tuñón E, coordinadora. Género y salud en el sureste de México. Villa Hermosa: ECOSUR/UJAD; 1997. p. 49-70.
- Keller PS, Cummings EM, Davies PT, Mitchell PM. Relación longitudinal problemas con el alcohol entre los padres, el funcionamiento familiar y los ajustes de los niños. *Desarrollo y Psicopatología* 2008; 20, 195-212.
- Kislitsyna O, Stickley A, Gilmore A, McKee M. The social determinants of adolescent smoking in Russia in 2004. *Int J Public Health* 2010; 55:619-26.
- Klein J D, Wilson K M, McNulty M, Kapphahn C, Collins K S. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health*. 1999 Aug;25(2):120-30.
- Kobus K. Peers and adolescent smoking. *Addiction* 2003; 98 (Suppl 1):37-55.
- Kristjansson AL, Sigfusdottir ID, Allegrante JP, Helgason AR. Parental divorce and adolescent cigarette smoking and alcohol use: assessing the importance of family conflict. *Acta Paediatr* 2009; 98:537-42.
- Kulbok PA, Rhee H, Botchwey N, y col. Factors influencing adolescents' decision not to smoke. *Public Health Nurs* 2008; 25:505-15.
- Kumpfer K, Turner Ch. The Social Ecology Model Adolescent Substance Abuse: Implications for Prevention. *The International Journal of Addictions* 1991; 25 (4A), 435-463.
- Kuntsche EN, Gmel G. Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction* 2004; 99: 331-339.
- Kuri-Morales PA, González-Roldán JP, Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Publica Mex* 2006;48 supl 1:S91-S98.
- Calling time on young people's alcohol consumption. *Lancet* (2008). Vol. 371:871 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608603864/fulltext?rss=yes>, accessed 28 November 2010).
- La Población Andaluza ante las Drogas X 2007. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía; 2008. URL:

http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialopencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/EDISX/La_Poblacixn_Andaluz_a_ante_las_Drogas_X.pdf

Lang P, Strunk M. Tobacco prevention. The "smoke-free" youth campaign. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2010; 53:125-32.

Larson RW. Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist* 2000; 55, 170-183.

Leavy J, Wood L, Phillips F, y col. Try and try again-qualitative insights into adolescent smoking experimentation and notions of addiction. *Health Promot J Austr* 2010; 21:208-14.

Lee CT, Rose JS, Engel-Rebitzer E, Selya A, Dierker L. Alcohol dependence symptoms among recent onset adolescent drinkers. *Addict Behav.* 2011; 36 (12) :1160-7

Legleye S, Obradovic I, Janssen E, Spilka S, Le Nézet O, Beck F. Influence of cannabis use trajectories, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *Eur J Public Health* 2010; 20:157-63.

Leiner M, Medina I, Tondapu SR, Handal G. Smoking status of adolescents in 2 countries and the impact of the smoking status of mother, father, grandparents, and siblings. *J Sch Health* 2008; 78:129-30.

Lerner RM. *Liberty: Thriving and civic engagement among American youth.* Thousand Oaks, CA: Sage. 2004.

Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (BOE número 309 de 27/12/2005, páginas 42241 a 42250).

Lieb R, Merikangas KR, Höfler M, Pfister H, Isensee B, Wittchen HU. Los padres los trastornos por consumo de alcohol y el consumo de alcohol y los trastornos en los hijos: Un estudio de la comunidad. *Medicina Psicológica* 2002; 32, 63-78.

Lignell, C. y Davidhizar, R. Effect of Drug and Alcohol Education on Attitudes of High School students. *Journal of Alcohol and Drug Education* 1991; 37 (1), 31-37.

Linetzky B, Ferrante D, Virgolini M. Encuesta 2008. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública; 2009. URL: http://www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/pdf/encuestatabaco-2008.pdf

Llave Gamero F, Iglesias Asenjo E, Odriozola Aranzabal G, Rascón Poza J.J, Gil Campoy JA, Álvarez Martínez P. Consumo de tabaco en adolescentes escolarizados de Almería. 512-515 OCTUBRE 2001

Lóbez-Urquía J. *Estadística.* 5ª edición Barcelona: Macombó; 1971. p. 79---87.

Lomba L, Apóstolo J, Mendes F. Drugs and alcohol consumption and sexual behaviours in night recreational settings in Portugal *Adicciones*, 2009 · vol. 21 núm. 4 · págs. 309-326

López JR, Antolín N, Barceló MV, Pérez M, Ballesteros AM, García AL. Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias. *Aten Primaria* 2001;27:159-65.

López MJ, Santín C, Torrico E, Rodríguez JM. Consumo de sustancias psicoactivas en una muestra de jóvenes universitarios. *Psicología y Salud* 2003; 13 (1), 5-18.

Lorence Lara B. *Procesos de socialización parental con adolescentes de familias en situación de riesgo psicosocial.* Madrid: Fundación Acción Familiar 2007.

Luengo A, Mirón L, Otero JM. Factores de riesgo en el consumo de drogas en los adolescentes. En *Fundación Caixa Galicia, Drogodependencias y Sociedad*, 1990; 147-165. Santiago de Compostela.

Lutte G. *Liberar la adolescencia. Psicología de los jóvenes de hoy.* Editorial Herder, Barcelona 1991.

Lynskey MT, Heath CA, Nelson CE, Bucholz KK, Madden PAF, Slutske WS, Statham DJ, Martin NG. Las contribuciones genéticas y ambientales para el cannabis la dependencia en un programa nacional de jóvenes adultos de doble

- muestra. *Medicina Psicológica* 2002; 32, 195-207.
- Maggs JL, Patrick ME, Feinstein L. Childhood and adolescent predictors of alcohol use and problems in adolescence and adulthood in the National Child Development Study. *Addiction*. 2008;103 (Suppl 1):7-22.
- Malbergier A, Cardoso LR, do Amaral RA, Santos VC. Gender parity and drug use: are girls catching up with boys? *Rev Bras Psiquiatr*. 2012 Mar;34(1):16-23.
- Malta DC, Porto DL, Melo FC, Monteiro RA, Sardinha LM, Lessa BH. Family and the protection from use of tobacco, alcohol, and drugs in adolescents, National School Health Survey. *Rev Bras Epidemiol* 2011;14 (Suppl 1):166-77.
- March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Danet A, Ruiz Azarola A, García Toyos N, Ruiz Román P. Posicionamiento de padres y madres ante el consumo de alcohol en población de 12 a 17 años en el ámbito urbano de seis Comunidades Autónomas. *Gac Sanit* 2010; 24:53-8.
- Marcia JE. Development and validación of Ego Identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966;3, 551-558.
- Marcia J. E. Identity six years after: A follow-up study. *Journal of Youth and Adolescence*, 1976; 5, 145-160.
- Marcos B. La adolescencia en el contexto familiar. En: De la Revilla L Manual de Atención Familiar (II): Bases para la práctica familiar en consulta. Granada: Ed. Adhara, 1996; 659-694.
- Marrón R, Pérez A, Clemente ML, Herrero I. Factores de inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prev Tab*. 2003;5:219-34.
- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria (6ª edición). Barcelona: Elsevier 2008. ISBN: 9788480862196.
- Martínez Álvarez J, García González J, Domingo Gutiérrez M, Machín Fernández AJ. Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Aten Primaria*. 1996; 18:383-5.
- Martínez JA, Amaya W, Campillo HA, Campo A, Díaz LA. Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica* 2005; 25:518-26
- Mateos R, Páramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse* 2002;37:1957-76.
- Maughan B. Influencia de la familia, la escuela y el ambiente. En: Gelder MG, López Ibor Jr JJ, Andreasen N, editores. *Tratado de psiquiatría*, Tomo III. Barcelona: Ars XXI; 2003. p. 2025-32.
- Mayet A, Legleye S, Chau N, Falissard B. The mediation role of licit drugs in the influence of socializing on cannabis use among adolescents: A quantitative approach. *Addict Behav*. 2010 Oct;35(10):890-5. Epub 2010 Jun 9.
- Mayfield D, Macleod G, Hall P. The CAGE Questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiat* 1974; 131: 1.121-1.123.
- Mc Kenzie DM, Langa A, Brow TM. Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: a comparison of AUDIT, CAGE and Brief MAST. *Alcohol Alcohol* 1996; 31: 591-9
- McAllister I. Alcohol consumption among adolescents and young adults. Melbourne, Victoria: Report commission by the Distilled Spirits Industries Council of Australia; 2003.
- McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult Consequences of Late Adolescent Alcohol Consumption: A Systematic Review of Cohort Studies. *PLoS Med* 2011; 8 e1000413.
- Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro JA, Fleiz C, Galván-Castillo F, Tapia-Conyer R. Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la encuesta nacional de adicciones, 1998. *Salud Publica Mex* 2003; 45 (Suppl 1): 16-25.
- Megías E, Elzo J, Megías I, Méndez S, Navarro FJ, Rodríguez E. Comunicación y conflictos entre padres e hijos. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) 2003.
- Mendoza Berjano R. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanit*. 1998;12: 263-71.

- Menéndez Villalva C. Apoyo social e hipertensión esencial. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela, 2000.
- Meneses C, Romo N, Uroz J, Gil E, Markez I, Giménez S, Vega A. Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos* 2009; 11(1):51-63.
- Mengual Luque P. Estudio de los hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de la ciudad de Córdoba, 1994/1999. [Tesis Doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina; 2001.
- Míguez MC, Becoña E. ¿Consomen alcohol os nosos rapaces? *Revista galega do ensino* 2008; 52, 79-84.
- Miller JG. *Living Systems*. NY: McGraw-Hill. 1978.
- Montes J, Álvarez ML. Tabaco y medios de comunicación escritos en España: una atracción fatal. *Gac Sanit*. 2006;20:59-62.
- Moolchan ET, Aung AT, Henningfield JE. Treatment of adolescent tobacco smokers: issues and opportunities for exposure reduction approaches. *Drug Alcohol Depend* 2003; 70: 223-232.
- Moore GF, Rothwell H, Segrott J. An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young people's consumption of alcohol. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2010; 5:6.
- Moral MV. Jóvenes, consumo de sustancias psicoactivas e identidad. Una propuesta de prevención e intervención psicosocial y comunitaria. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. 2002.
- Moral MV. Emergencia de una renovada skholé recreativa: Actitudes hacia el ocio y el turismo en una sociedad postindustrial. *Encuentros en Psicología Social* 2003; 1(3), 91-100.
- Moral Jiménez MV, Ovejero Bernal A. Análisis Diferencial por Niveles de Edad de las Actitudes hacia el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes Españoles. *Revista Interamericana de Psicología* 2005; 39: 325-38.
- Moral MV, Rodríguez FJ, Sirvent C. Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema* 2006; 18, 52-58.
- Moral MV. Cambios en las representaciones sociales sobre las drogas y sus usuarios en la sociedad española. *SMAD Revista Electrónica Salud mental, Alcohol y Drogas* 2007; 3, 1-15.
- Morales-Manrique CC, Bueno-Cañigral FJ, Alexandre-Benavent R, Valderrama-Zurián JC. Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en población escolarizada de la ciudad de Valencia, España. *Trastornos Adictivos* 2011; 13 :151-9.
- Moreno E. Políticas de salud del adolescente. Educación a Distancia en Salud del Adolescente. Módulo 1. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; Buenos Aires (Argentina) 1997.
- Moreno-Rodríguez C, Muñoz Tinoco V, Pérez Moreno PJ, Sánchez Queija I, Granado Alcon MC, Ramos Valverde P, y col. Desarrollo adolescente y salud. Resultados del estudio HBSC 2006 con chicos y chicas españoles de 11-17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. URL: <http://www.hbsc.es/castellano/inicio.html>.
- Moultapa M, Weiss JW, Hermann M. Is image everything? The role of self-image in the relationship between family functioning and substance use among Hispanic adolescents. *Subst Use Misuse* 2009; 44:702-21.
- Musitu G, Cava MJ. *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro 2001.
- Nebot M, Giménez E, Ariza C, Tomás Z. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes de Barcelona entre 1987 y 2004. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126:159.
- Nebot M, Fernández E, editores. Evaluación del impacto de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2009. URL: [en:http://www.seepidemiologia.es/monografia .pdf](http://www.seepidemiologia.es/monografia.pdf).
- Nebot M, editor. Factors de risc en estudiants de secundària de Barcelona. Resultats principals de l'informe FRESA 2008. Barcelona:

- Agència de Salut Pública; 2010. URL: <http://www.aspb.cat/quefem/documents/enquestes.htm>.
- Negrete BD, García-Aurrecochea R. Factores de riesgo psicosocial para El uso de drogas ilegales en una muestra de estudiantes mejicanos de instituto. *Rev Panam Salud Pública* 2008; 24:223-32.
- Nelson R, Paynter J, Arroll B. Factors influencing cigarette access behaviour among 14-15-year-olds in New Zealand: a cross-sectional study. *J Prim Health Care* 2011; 3: 114-22.
- Niknami Sh, Akbari M, Ahmadi F, y col. Smoking initiation among Iranian adolescents: a qualitative study. *East Mediterr Health J* 2008; 14:1290-300.
- Nikolakopoulos KM, Nikolakopoulou NM. Family structure and risk behaviors in Greek adolescents: a short report. *Int J Adolesc Med Health* 2008; 20:271-3.
- Novacek, J., Raskin, R. y Hogan, R. Why Do Adolescents Use Drugs? Age, Sex, and User Differences. *Journal of Youth and Adolescence* 1991; 20 (5), 475-492.
- Nuño-Gutiérrez BL, Álvarez-Nemegyei J, Madrigal-de León E, Rasmussen-Cruz B. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental* 2005; 28:64-70.
- Nuño-Gutiérrez BL, Álvarez-Nemegyei J, Madrigal-De León E, Tapia-Curiel A. Factores asociados a patrones de consumo de tabaco en adolescentes escolares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (1): 19-26
- Nurco DN, Kinlock TW, O'Grady KE, Hanlon TE. Differential contributions of family and peer factors to the etiology of narcotic addiction. *Drug Alcohol Depend* 1999; 51:229-37.
- Nygaard P, Waiters ED, Grube JW, Keefe D. Why do they do it? A qualitative study of adolescent drinking and driving. *Subst Use Misuse* 2003; 38: 835-63.
- Obando de la Concha J. La influencia de la función familiar en la obesidad de los adolescentes. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla, 2004.
- Observatorio de la Infancia en Andalucía. Menores de edad en Andalucía. Datos cuantitativos. Informe 2009 Consejería de Bienestar e Igualdad Social, Junta de Andalucía 2009. URL: <http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/descargar.aspx?id=2158&tipo=documento> [7/9/12].
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe ESPAD 2007. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2009. URL: www.emcdda.europa.eu/.../att_77168_ES_ESPAD_summary_ES.pdf [7/9/12].
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Nº 7/2010. Informe anual 2010. El problema de la drogodependencia en Europa. URL: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010> [7/9/12].
- Ojembarrena Martínez E, Fernández de Pinedo Montoya R, Gorostiza Garay F, Lafuente Mesanza P, Lizarraga Azparren MA. Fracaso escolar en adolescentes y factores sociosanitarios asociados. *Anales Españoles de Pediatría* 2002; 56: 416-24.
- Okoli CT, Torchalla I, Ratner PA, Johnson JL. Las diferencias en las identidades de fumar de los adolescentes varones y niñas. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59: 613-8.
- Olesti Baiges M, Bonet Porqueres R, de la Fuente García M, Fornós Montiné MT, Fortuny Núñez M, Mallol Mirón F. Hábitos tóxicos en los adolescentes de los institutos de enseñanza de Reus. *Enferm Clin*. 2000;10:63-70. vol.10 núm 2
- Oliva A, Hernando A, Parra A, Pertegal MA, Ríos M, Antolín A. La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2008.
- Oliveira LG, Barroso LP, Wagner GA, Ponce JC, Malbergier A, Stempluk Vde A, y col. Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31:227-39
- O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, Meshefedjian G, y col. Nicotine-dependence

symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med* 2003; 25:219-25.

Omán RF, Vesely SK, McLeroy K., Harris-Wyatt V, Aspy CB, Rodine S, y col. Fiabilidad y validez de la encuesta de los jóvenes activos (YAS). *Journal of Adolescent Health* 2002; 31, 247-255.

OMS (Organización Mundial de la Salud) 1946. Constitución Statement. Ginebra, 1946.

OMS 1999. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Informe de un Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF. URL: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_886_spa_%28p1-p142%29.pdf [15/3/11]

OMS 2000. Boys in the picture. URL: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/boysinpicture.pdf> [15/3/11]

OMS 2003. Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_CAH_02.21_spa.pdf [15/3/2011]

OMS, Preventing Chronic Disease: A Vital Investment (Ginebra: OMS, 2005).

OMS 2007. WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption. Second report. Geneva (WHO Technical Report Series, No. 944).

Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS), 2008. URL: <http://www.cdc.gov/gshs/pdf/GSHSOVerview.pdf> [7/9/12].

OMS 2009. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization, 2009.

OMS 2011. World Health Organization 2011. Global status report on alcohol and health.

Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Banco Mundial/ Organización Panamericana de la Salud; 2000. p. 15-22.

Orgaz MP, Segovia M, López de Castro F, Tricio MA. Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Aten Primaria*. 2005;36:279-302.

Ortiz S, Peña D, Ortiz S, Sánchez R. Consumo de tabaco en estudiantes de secundaria de Córdoba. *Enfermería científica* 2003a; 13:154-8.

Ortiz Molina S, Peña Torres D, Ortiz Molina S, Sánchez Espejo R. Consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de Córdoba. *Enfermería clínica*. 2003b; 13(4):202-207.

Osorio M, Caris L, Garmendia M, Villegas R. Factores de riesgo familiar asociados al consumo de drogas ilícitas en la población escolar de Chile. *Cuad Méd Soc*. 2006;46:13-21.

Otten R, Van der Zwaluw CS, Van der Vorst H, Rutger Engels CME. Socio efectos y bidireccional entre padres e hijos en el uso de efectos de alcohol de la familia. *Adicción Europea Investigación* 2008; 14, 106-112.

Padgett DI, Selwyn BJ, Kelder SH. Ecuadorian adolescents and cigarette smoking: a cross-sectional survey. *Rev Panam Salud Pública* 1998; 4: 87-93.

Palenzuela Paniagua SM. Hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de 6º de Primaria de la Provincia de Córdoba. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, 2010.

Paniagua Repetto H, García Calatayud S, Castellano Barca G, Sarrallé Serrano R, Redondo Figuero C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An Pediatr (Barc)*. 2001; 55:121-8.

Parra J. El fin de semana juvenil como fiesta de Diónysos. Madrid: Misión Joven, nº 207. 1994.

Parra A, Oliva A, Antolín L. Los programas extraescolares como recurso para fomentar el desarrollo positivo adolescente. *Papeles del Psicólogo* 2009; 30 (3), 3-13.

Pascual Pastor F. Aspectos Antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas, *Salud y drogas*, 2007/vol. 7, nº 002, 249-262. Instituto de Investigación de Drogodependencias. Alicante, España.

Paxton RJ, Valois RF, Drane JW. ¿Existe una relación entre la familia estructura y el uso de sustancias entre estudiantes de escuelas públicas medias? *Diario del Niño y del Estudios de la Familia* 2007; 16, 593-605.

Pbert L, Moolchan ET, Muramoto M, et al. The state of office-based interventions for youth tobacco use. *Pediatrics*. 2003; 111; e650-660

Percy A, Thornton M, McCrystal P. La extensión y la naturaleza de la familia el consumo de alcohol y drogas: Los resultados del Estudio de Desarrollo de la Juventud Belfast Child Abuse. *Review* 2008; 17, 371-386.

Pérez Milena A, Jiménez I, Leal FJ, Martínez JL, Pérez R, Martínez ML. Contacto y consumo de tóxicos entre adolescentes: relación con función familiar y malestar psíquico [resumen]. *Aten Primaria*. 2001;28 Supl 1:154.

Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Picossi S, Del Moral PJ, Milena JA. Consumo de sustancias tóxicas durante la adolescencia. Diferencias entre el medio rural y el urbano [resumen]. *Aten Primaria*. 2004;34 Supl 1:177.

Pérez Milena A, Martínez ML, Pérez R, Leal FJ, Jiménez I, Martínez JL. Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. *Medicina de Familia (Andalucía)* 2005; 6: 28-33.

Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Pérez-Milena R, Jiménez-Pulido I, Leal-Helmling FJ, Mesa-Gallardo I. Tabaquismo y adolescentes: ¿buen momento para dejar de fumar? Relación con factores sociofamiliares. *Aten Primaria* 2006a; 37:452-6.

Pérez Milena A, Leal Helmling FJ, Picossi García S, Viedma Feligreras L, Fernández Pérez C, Clavero Muñoz E. Cumplimiento farmacológico de los pacientes hipertensos en una zona rural: relación con la función familiar. *Medicina de Familia (And)* 2006b; 7: 24-8.

Pérez Milena A, Leal FJ, Jiménez I, Mesa MI, Martínez ML, Pérez-Milena R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria* 2007a; 39: 299-304.

Pérez Milena A, Jiménez Pulido I, Leal Helmling FJ, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R, Pérez Milena M. Consumo cuantitativo y

cuantitativo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes según la edad y el sexo. *Med Familia (And)*. 2007b;1:26-32

Pérez Milena A. Tema 77. Atención al adolescente. Problemas específicos del adolescente y actividades preventivas en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, drogodependencias, embarazos no deseados, trastornos de la conducta alimentaria. Detección precoz de enfermedades mentales en el adolescente. En: *Temario de oposiciones para médicos de familia de EBAP*. SAMFYC, Granada 2007c. ISBN 84-8144-339-5 e ISBN (obra completa) 84-8144-350-6. Depósito legal Gr-1961/07.

Pérez Milena A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa I, Jiménez I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Aten Primaria* 2007d; 39: 61-65.

Pérez Milena A, Ramírez Segura EM, Jiménez Pulido y col. Diferencias entre el consumo urbano y rural de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Med Fam Andalucía*. 2008;1:10-17.

Pérez Milena A, Martínez Fernández ML, Mesa Gallardo I, Pérez Milena R, Leal Helmling FJ, Jiménez Pulido I. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997–2007). *Aten Primaria*.2009; 41: 479–486.

Pérez Milena A, Redondo Olmedilla M, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Aten Primaria* 2010; 42:604-11.

Pérez Milena A, Pérez C, Navarrete AB, Mesa MI, Leal FJ, Martínez R. Disonancias cognitivas en la intervención antitabaco motivacional en adolescentes. *Semergen*. 2011; 37:188–94.

Pérez Milena A, Martínez Fernández ml, Redondo Olmedilla M, Nieto Álvarez C, Jiménez Pulido I, Mesa Gallardo I. Motivaciones para el consumo de tabaco entre adolescentes de un instituto urbano. *Gac Sanit*. 2012; 26:51–57.

Pérula de Torres L. Estudio de los hábitos y conductas relacionados con la salud autopercebida [Tesis Doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina; 1995.

Pérula de Torres LA, Ruiz Moral R, Tapia G, Lluch C, Enciso Verge I, Espejo Espejo J. Nivel de salud y morbilidad percibida por una población escolar. *Aten Primaria* 1998; 21:137-44.

Petratis J, Flay BR, Miller T. Revisión de las teorías de la utilización de sustancias en adolescentes: Organización de las piezas en el rompecabezas. *Psychological Bulletin* 1995; 117, 67-86.

Pierce JP, Messer K, James LE, White MM, Kealey S, Vallone DM, Heaton CG. Camel No. 9 cigarette-marketing campaign targeted young teenage girls. *Pediatrics* 2010; 125:619-26.

Pierce JP, Messer K, White MM, Cowling DW, Thomas DP. Prevalence of Heavy Smoking in California and the United States, 1965-2007. *JAMA* 2011; 305:1106-1112

Pitel L, Geckova AM, van Dijk JP, Reijneveld SA. Gender differences in adolescent health-related behaviour diminished between 1998 and 2006. *Public Health* 2010; 124:512-8.

Pla Corrons C. Relación padres-hijos en la adolescencia. *FMC* 1999; 6: 143-8.

II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Tecnocruz, s.l. (Sevilla) SE-3534-2001 URL: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Planes/II_PASDA/II_PLAN_ANDALUZ_SOBRE_DROGAS_Y_ADICIONES.pdf

Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sistema Sanitario Público de Andalucía, Consejería de Salud, Junta de Andalucía 2005. URL: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/cs_alud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_tabaquismo/Plan_Integral_Tabaco.pdf [7/9/12].

Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES 2008). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales; 2009. URL:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf> [7/9/12].

Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES 2010). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales; 2011. URL: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf [7/9/12].

Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2009). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales; 2010. URL: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES_2009.pdf [7/9/12].

Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2009/2010. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Diciembre 2010. URL: www.mspsi.es/gabinetePrensa/.../pdf/presentacionEdades200910.ppt

Plan Nacional sobre drogas 2008. URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2008.pdf>

I Plan provincial sobre drogodependencias y adicciones, Jaén, 2005-2009. Diputación provincial. Consejería para la Igualdad y Bienestar social, Delegación Provincial de Jaén, 2006. URL: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/bodies/Drogodependencia/Planes/Plan_Pro_Jaen/PLAN_JAEN.pdf

Pons Diez J. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 251-366

Poole-Di Salvo E, Liu YH, Brenner S, Weitzman M. Adult household smoking is associated with increased child emotional and behavioral problems. *J Dev Behav Pediatr* 2010; 31:107-15.

Posada-Villa JA, Herazo E, Campo-Arias A. The gateway to illegal substance use in Colombia: violations of the gateway rule. *Rev. salud pública* 2009; 11 (3): 406-413.

Precioso J, Calheiros J, Pereira D, Campos H, Antunes H, Rebelo L, y col. Estado actual e

evolução da epidemia tabágica em Portugal e na Europa. *Acta Med Port* 2009; 22: 335-48.

President's Comision, "On Health Needs of the Nation", *Building American's Health*, vol. 2, Government Printing Office, Washington 1953, 4.

Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. Consumo de tabaco en escolares de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Aten Primaria*. 1999; 23:326-31.

Prieto Albino, L, Escobar Bravo MA, Palomo Cobos L, Galindo Casero A, Iglesias González R, Estévez Calderero A. Consumo de alcohol en escolares de la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Aten Primaria*. 2000; 25:28-36.

Prokhorov AV, Hudmon KS, Stancic N. Adolescent smoking: epidemiology and approaches for achieving cessation. *Paediatr Drugs* 2003; 5: 1-10.

Ramírez García JJ, Manongdo JA, Cruz-Santiago M. The family as mediator of the impact of parent-youth acculturation/enculturation and inner-city stressors on Mexican American youth substance use. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2010; 16:404-12.

Ramírez MR, Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Rev Latino-am nfermagem* 2005; 13(número especial):813-8.

Ramírez E, Quintana J, Martel H, Ponce J, Vega-Dienstmaier J, Gallo C, Bustamante I, Ordóñez C, Mazzotti G, Fiestas F. Predictor factors of illegal drug use in subjects attended in an emergency room. *Rev Neuropsiquiatr* 2010; 73:136-146.

Ramos P, Moreno C, Rivera F, López A. The classification of Spanish adolescents based on substance consumption patterns and the analysis of the relationships within their social developmental contexts. *Span J Psychol* 2011; 14:734-45.

Raydel-Salgado R, Thrasher J, Sánchez-Zamorano LM, Lazcano-Ponce E, Reynales-Shigematsu LM, Meneses-González F, Hernández-Ávila M. Los retos del convenio marco para el control de tabaco en México: un

diagnóstico a partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. *Salud Publica Mex* 2006;48(Supl):S5-S16

Revuelta G. Salud y medios de comunicación en España. *Gac Sanit*. 2006; 20(supl 1):203-8.

Ridenoura TA, Lanza ST, Donnyb EC, Clarkb DB. Different lengths of times for progressions in adolescent substance involvement. *Addict Behav* 2006;31:962-983

Riedel BW, Robinson LA, Kiesges RC, McLain-Alien B. Characteristics of adolescents caught with cigarettes at school: implications for developing smoking cessation programs. *Nicotine Tob Res*. 2002;4:351-4.

Rieid L, Elifson K, Sterk C. Ecstasy and gateway drugs: Initiating the use of ecstasy and other drugs. *Ann Epidemiol* 2007; 17: 74-80

Roberts J. Lone mothers and their children. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 159-62.

Rhodes JE, Jason LA. A Social Stress Model of Substance Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58 (4), 395-401.

Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11: 132-139.

Rodríguez-Martos Dauer A, Gual Solé A, Llopis Llácer JJ. La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su medición en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 112:446-50.

Rodríguez Martos A, Roson B. Capítulo 2. Definición y terminología. En: *Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1a Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*. 2008. Ministerio de Sanidad y consumo.

Rodríguez E, Megías I. Estructura y funcionalidad de las formas de diversión nocturna: límites y conflictos. *Revista de Estudios de Juventud*. 2001; 54.

Rodríguez J, Agulló E, Agulló S. Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adicciones* 2003; 15(S2): 5-33.

- Rosado Martín J, Ruiz-Morote Aragón R, Alonso Fernández J, Alonso Hernández J. Consumo de alcohol y adolescencia: estudio epidemiológico descriptivo. *Aten Primaria*. 1997; 19:183-7.
- Rosón B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicia Clin* 2008; 69 (1): 29-44.
- Roth JL, Brooks-Gunn J. What exactly is a youth development program? Answers from research and practice. *Applied Developmental Science*, 2003; 7, 94-111.
- Rubinsky AD, Kivlahan DR, Volk RJ, Maynard C, Bradley KA. Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 108:29-36.
- Rueda-Jaimes GE, Camacho López PA, Rangel-Martínez AM, Campo-Arias A. Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de tabaco en estudiantes adolescentes. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 2009; 38: 669-80.
- Ruiz J, Corredera M. Educación, cultura y ocio. Plan Integral de la Juventud Andaluza. Junta de Andalucía. Córdoba, 2004.
- Saito J, Yasuoka J, Poudel KC, Fong L, Vilaysom S, Jimba M. Receptivity to tobacco marketing and susceptibility to smoking among non-smoking male students in an urban setting in Lao PDR. *Tob Control*. 2012 May 26. [Epub ahead of print] PMID:22634572.
- Salamó Avellaneda A, Gras Pérez ME, Font-Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema* 2010; Vol. 22, Núm. 2, pp. 189-195
- Salazar D. El adolescente y la familia. Convivencia y comunicación. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM editores. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. Madrid: Ed. Ergon 2004; 42-49.
- Salcedo Aguilar F, Palacios Romero ML, Rubio Pérez M, Del Olmo González E, Gadea Villalba S. Consumo de alcohol en escolares: motivaciones y actitudes. *Aten Primaria* 1995; 15:20-6.
- Sale E, Sambrano S, Springer JF, Peña C, Pan W, Kasim R. Family protection and prevention of alcohol use among Hispanic youth at high risk. *Am J Community Psychol* 2005; 36:195-205.
- Sameroff AJ, Seifer R. Familial risk and child competence. *Child Dev*. 1983;54:1254-68.
- Sameroff AJ. Developmental systems: contexts and evolution. En P. H. Mussen (Ed. de la serie) y W. Kessen (editores). *Handbook of child psychology: Vol.1. History, theory and methods*. New Jersey: Wiley 1983; pp. 237-294.
- San Martín J, López AE, Esteve R. Dimensionalización del constructo de ocio en universitarios. *Psicothema* 1999; 11(1), 113-124.
- Sánchez Pardo L. El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española. *Trastornos adictivos*. 2002; 4(1):12-19.
- Sanchez ZM, de Oliveira LG, Nappo SA. Main reasons for non-use of illicit drugs by young population exposed to risk situations. *Rev Saude Publica* 2005; 39:599-605.
- Sánchez MI, Moreno MC, Muñoz MV, Pérez PJ. Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional. *Apuntes de Psicología*. 2007; 25:305-24
- Sanchez ZM, Opaleye ES, Martins SS, y col. Adolescent gender differences in the determinants of tobacco smoking: a cross sectional survey among high school students in São Paulo. *BMC Public Health* 2010; 10:748.
- Sánchez-Zamorano LM, Ángeles Llerenas A, Anaya-Ocampo R, Lazcano-Ponce E. Prevalence of illicit use in function of tobacco smoking in Mexican students sample. *Salud Publica Mex* 2007; 49 (suppl 2):S182-S193
- Santelli JS, Lowry R, Brener ND, Robin L. La asociación de la violencia sexual comportamientos con el estatus socioeconómico, la estructura familiar y la raza / etnia de los EE.UU. los adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000; 90, 1582-1588.
- Sargent JD, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics* 2001; 108:1256-62.

- Schepis TS, Rao U. Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Curr Opin Pediatr* 2005; 17:607-12.
- Schiaffino A, Moncada A, Martín A. Estudi EMCSAT 2008. Conductes de salut de la població adolescent de Terrassa, 1993-2008. Terrassa: Ajuntament de Terrassa, 2009. URL: <http://www.terrassa.cat/files/319-5110-fitxer/informe-definitiu-salut.pdf?download=1>
- Seljamo S, Aromaa A, Koivusilta L, Rautava P, Sourander A, Helenius H, Sillanpää M. Consumo de alcohol en las familias: un joven de 15 años de seguimiento prospectivo de estudio. *Adicción* 2006; 101, 984-992.
- Seoane L, Diezma JC, García P, Esteban C. Las concepciones de salud de los jóvenes, informe 2004. Volumen II: Prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables. Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid. Madrid 2004; p 101-28.
- Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Junta de Andalucía, Consejería de Salud 2008.
- Shakib S, Zheng H, Johnson CA, Chen X, Sun P, Palmer PH, Yan L, Jie G, Unger JB. Family characteristics and smoking among urban and rural adolescents living in China. *Prev Med* 2005; 40:83-91.
- Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal study. *American Psychologist* 1990; 45, 612-630.
- Shelton KH, Van den Bree MB. The Moderating Effects of Pubertal Timing on the Longitudinal Associations Between Parent-Child Relationship Quality and Adolescent Substance Use. *J Res Adolesc* 2010; 20:1044-64.
- Sher KJ, Grekin ER, Williams NA. El desarrollo de los trastornos por consumo de alcohol. Examen anual de la Psicología Clínica 2005; 1, 493-523
- Shiffman S, Balabanis M. Associations between alcohol and tobacco. En: Fertig JB, Allen JP.eds. *Alcohol and Tobacco From Basic Science to Clinical Practice*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism research monograph 30. Bethesda, Md National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 1995;17- 36.
- Shrier LA, Harris SK, Kurland M, Knight JR. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. *Pediatrics*. 2003; 111: 699-705.
- Sierra Manzano JM. Consumo de alcohol y disfunción familiar. *Aten Primaria* 1997; 20:98-9.
- Simantov E, Schoen C, Klein JD. Healthcompromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154:1025-33.
- Slama K, David-Tchouda S, Plassart JM. Modes de consommation du tabac des jeunes adultes des deux Savoies en 2008. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2009; 57:299-304.
- Smith BN, Bean MK, Mitchell KS, Speizer IS, Fries EA. Psychosocial factors associated with non-smoking adolescents' intentions to smoke. *Health Educ Res* 2007; 22:238-47.
- Smilkstein G. The family Apgar: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*, 1979; 6 :1231-9.
- Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11.
- Soto F, Villalbí JR, Balcázar H, y col. La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento. *An Esp Pediatr* 2002; 57:327-33.
- Squeglia LM, Schweinsburg AD, Pulido C, Tapert SF. Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: differential gender effects. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011;35:1831-41.
- Stanton MD, Todd T. The family therapy of drug abuse and addiction. New York: Guilford Express. 1985.
- Stead LF, Lancaster T. Intervenciones para la prevención de la venta de tabaco a menores (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Steinglass P, Bennett LA, Wolin SJ, Reiss D. La familia alcohólica. Barcelona: Ed. Gedisa. 1993.
- Stern R, Prochavka J, Velicer W, Elder JP. Stages of adolescent cigarette smoking acquisition measurement and sample profiles. *Addict Behav* 1987;12(4):319-29.
- Stoolmiller M, Wills TA, McClure AC, Tanski SE, Worth KA, Gerrard M, Sargent JD. Comparing media and family predictors of alcohol use: a cohort study of US adolescents. *BMJ Open* 2012; Feb 20;2:e000543.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH): National Findings. SAMHSA 2009. URL: <http://store.samhsa.gov/product/Results-from-the-2008-National-Survey-on-Drug-Use-and-Health-NSDUH-National-Findings/SMA09-4434> [7/9/12].
- Swendsen J, Burstein M, Case B, Conway KP, Dierker L, He J, Merikangas KR. Use and Abuse of Alcohol and Illicit Drugs in US Adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:390-8.
- The Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco use among youth: a cross country comparison. *Tob Control* 2002; 11: 252-270.
- Thompson Jr RG, Lizardi D, Keyes KM, Hasin DS. La niñez o la adolescencia curso de la vida los padres de divorcio / separación, historia familiar de problemas con el alcohol, y la descendencia dependencia del alcohol. La dependencia de drogas y alcohol 2008; 98, 264-269.
- Tirado, P. (Coord.). Guía clínica para el abordaje de trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Sevilla: Junta de Andalucía, 2007. 226 p.
- Tizón JL. La relación paranoide: La vida desde el bunker. *Intersubjetivo / Intrasubjetivo* 2003; 5 (2): 163-193.
- Tolan P, Gorman-Smith D, Henry D. La violencia familiar. *Annual Review of Psicología* 2006; 57: 557-583.
- Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Torres Lana A, Cabezas Peña C, Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Orive JI, Díaz-Maroto Muñoz J, Alonso J, Martínez ML, García S, de la Cruz Amorós E, Abengozar Muela R, Ramos Postigo F, Ayesta J. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. *Medifam* 2002; 12: 484-492.
- Torrecilla García M, Ruano García R, Plaza Martín D, Hernández Mezquita MA, Barrueco Ferrero M, Alonso Díaz A. Jóvenes y tabaco: prevalencia, patrón y actitud ante el consumo de tabaco. *An Pediatr (Barc)* 2004;60:440-9.
- Torregrosa M, Inglés CJ, Delgado B, Martínez-Monteagudo MC. Frecuencia del consumo de drogas legales: Diferencias de edad en la adolescencia. *Rev Esp de Drogodependencias* 2007; 32(2):181-195.
- Turnbull, C. Los pigmeos, el pueblo de la selva. Buenos Aires: Javier Vergara (1984) [1961].
- Turner L, Mermelstein R, Flay B. Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1021:175-97.
- UNICEF (comité español) 2006. Convención sobre los derechos del niño. URL: http://www.unicef.es/derechos/docs/CDN_06.pdf [15/3/11].
- Unzueta Zamalloa L, Mendíbil Crespo I, Elejalde Lorente R, Soto Beobide A, Martínez Vallejo S. Prevalencia del bebedor problema en los usuarios de un centro de salud. *Aten Primaria* 1995; 15: 566-568.
- Upchurch DM, Aneshensel CS, Sucoff CA, Las tormentas de Levy L. Barrio y contextos de la familia de la actividad sexual de los adolescentes. *Revista de Matrimonio y la Familia, de 61 años*, 1999; 920-933.
- Valdés-Salgado R, Micher JM, Hernández L, Hernández M, Hernández-Ávila M. Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, 1989 a 1998. *Salud Publica Mex* 2004; 44(Supl 1):S44-S53.
- Valencia-Martin JL, Galan I, Rodriguez-Artalejo F. Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31:1723-30.

- Van der Vorst H, Engels RCME, Meeus W, Dekovic M, Van Leeuwe J. El papel del alcohol específico de socialización en la conducta de beber de los adolescentes. *Adicción* 2005; 100, 1464-1476.
- Vélez Galárraga R, López Aguilà S, Rajmil L. Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España. *Gac Sanit.* 2009;23:433-9.
- Vickers KS, Thomas JL, Patten CA, Mrazek DA. Prevention of tobacco use in adolescents: review of current finding and implications for healthcare providers. *Curr Opin Pediatr* 2002; 708-712.
- Villalbí JR, Suelves JM, Saltó E, Cabezas C. Valoración de las encuestas a adolescentes sobre consumo de tabaco, alcohol y cannabis en España. *Adicciones.* 2011; 23:11-6.
- Villatoro J, Medina-Mora ME, Rojano C, Fleiz C, Bermúdez P, Castro P, Juárez F. ¿Ha cambiado el consumo de drogas en los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes de la medición otoño del 2000. *Salud Mental* 2002; 25(1):43-54.
- Villatoro J, Medina-Mora ME, Amador N, Bermúdez P, Hernández H, Fleiz C, y cols. Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal, México. Medición otoño 2003. Reporte global. México: INP-SEP; 2004.
- Wadsworth J, Burnell , Taylor B, Butler N. The influence of family type on children's behavior and development at five years. *J Child Psychol Psychiatry* 1985; 26: 245-54.
- Wagner KD, Ritt-Olson A, Soto DW, Unger JB. Variation in family structure among urban adolescents and its effects on drug use. *Subst Use Misuse* 2008; 43:936-51.
- Wallerstein JS. Children of divorce: report of a ten-year follow-up of young children. *Am J Orthopsychiatry* 1987; 57:199-211.
- Walsh RA, Tzelepis F. Adolescents and tobacco use: systematic review of qualitative research methodologies and partial synthesis of findings. *Subst Use Misuse* 2007; 42:1269-321.
- Warren C, Jones R, Eriksen M, Asma S. The Global Tobacco Surveillance System (GTSS) collaborative group. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet* 2006; 367: 749–753.
- Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste JP, Costa de Silva V, el Awa F, Tsouros A, Rahman K, Fishburn B, Bettcher DW, Asma S. Global youth tobacco surveillance, 2000-2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries* (Washington, D.C.: 2002) [2008, 57(1):1-28]. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Weinreich ML, Hidalgo CG. Intervención de salud en familias de alto riesgo biopsicosocial. Seguimiento a largo plazo de funcionamiento familiar. *Psyche.* 2004;7:33-42.
- Wise RA. The neurobiology of craving: implications for the understanding and treatment of addiction. *J Abnorm Psychol* 1988; 97:118-132
- Wium-Andersen IK, Wium-Andersen MK, Becker U, Thomsen SF. Predictors of age at onset of tobacco and cannabis use in Danish adolescents. *Clin Respir J.* 2010; 4:162-7.
- World Drug Report 2011. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (United Nations Publication, Sales No. E.11.XI.10).
- World Drug Report 2012. UNODC. (United Nations publication, Sales No. E.12.XI.1).
- Wright JD, Pearl L. Knowledge and experience of young people regarding drug abuse, 1969-1989. *BMJ* 1990; 300: 99-103.
- Yamamoto-Kimura L, Posadas-Romero C, Méndez-Ramírez I, Cardoso-Saldaña G, Posadas-Sánchez R, Medina-Urrutia A, Fajardo-Gutiérrez A, Juárez-Rojas G. Consumo de tabaco en adolescentes urbanos y rurales y su asociación con las características individuales y familiares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46:511-8.
- Yang L, Li J, Yiping Z, Wendong Z, Fuqiang D, Ren Z, Maycock B. Reported reasons for initiating drug use among drug-dependent adolescents and youths in Yunnan, China. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2009; 35:445-53
- Yáñez AM, López R, Serra-Batlles J, Roger N, Arnau A, Roura P. Consumo de tabaco en

adolescentes. Estudio poblacional sobre las influencias parentales y escolares. Archivos de Bronconeumología 2006; 42: 21.

Ybrandt H. Risky alcohol use, peer and family relationships and legal involvement in adolescents with antisocial problems. J Drug Educ 2010; 40:245-64.

Young SE, Corley RP, Satallings MC, Rhee SH, Crowley TJ, Hewitt JK. Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. Drug Alcohol Depend. 2002; 68:309-22.

Youngblade LM, Theokas C, Schulenberg J, Curry L, Huang IC, Novak M. Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. Pediatrics 2007; 119: S47-53.

Yu M, Stiffman AR. Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indian adolescents. Addict Behav 2010; 35:694-9.

Yunes J, Rajs D. Trends in mortality due to violent causes in the overall population and among adolescents and young people in the

Americas. Cad Saúde Pública 1994, 10:S88-S125.

Zand D, Thomson NR, Dugan M, Braun JA, Holterman-Hommes P, Hunter PL. (2006). Predictors of retention in an alcohol, tobacco, and other drug prevention study. Eval Rev 2006; 30:209-22.

Zarco Montejo J, y cols. Papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. PNSD. Barcelona: SemFYC. 2007

Zdanowicz N, Janne P, Reynaert C. Family, health, and adolescence. Psychosomatics 2004; 45:500-7.

Zhong H, Schwartz J. Exploring gender-specific trends in underage drinking across adolescent age groups and measures of drinking: is girls' drinking catching up with boys'? J Youth Adolesc. 2010 Aug;39(8):911-26.

Zierau F, Hardt F, Henriksen JH, Holm SS, Jørring S, Melsen T, Becker U. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: comparison with biochemical markers. Scand J Clin Lab Invest. 2005; 65:615-22.

8. Anexos

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS

Queremos conocer cuál es el consumo de alcohol, tabaco y drogas entre los adolescentes y su relación con otros factores. Este cuestionario es anónimo y confidencial.

Por favor, responde cuidadosamente.

Edad	Curso
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Indica con quién vives en tu casa	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Otras personas <input type="checkbox"/> Vivo solo
¿Consumes alcohol?	<input type="checkbox"/> No consumo <input type="checkbox"/> Consumo de forma ocasional <input type="checkbox"/> Consumo durante el fin de semana <input type="checkbox"/> Consumo todos los días
Señala cuánto alcohol consumes en una semana	Cañas de cerveza _____ Vasos de vino _____ Vasos de sidra, champán, aperitivo, vermut _____ Una copa o consumición de destilados (cubata) _____
¿Consumes tabaco?	<input type="checkbox"/> No consumo <input type="checkbox"/> Consumo de forma ocasional <input type="checkbox"/> Consumo durante el fin de semana <input type="checkbox"/> Consumo todos los días
Señala cuántos cigarrillos fumas al día	
¿Consumes otras drogas?	<input type="checkbox"/> No consumo <input type="checkbox"/> Consumo de forma ocasional <input type="checkbox"/> Consumo durante el fin de semana <input type="checkbox"/> Consumo todos los días
¿Qué tipo de drogas consumes?	<input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Drogas de diseño (éxtasis) <input type="checkbox"/> Otras:

¿Piensas que comes demasiados dulces?	O Sí O No
¿Te han ofrecido alguna vez un “porro” o una dosis de cocaína?	O Sí O No
¿Te ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?	O Sí O No
¿Te has planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal?	O Sí O No
¿Consideras que duermes las horas necesarias para estar a tono durante el día?	O Sí O No
¿Has tenido alguna vez la impresión de que deberías beber menos?	O Sí O No
¿Te ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?	O Sí O No
¿Te han comentado alguna vez que deberías comer más frutas y verduras?	O Sí O No
¿Te has sentido alguna vez mal o culpable por tu costumbre de beber?	O Sí O No
¿Te han comentado en alguna ocasión que deberías fumar menos?	O Sí O No
¿Alguna vez lo primero que has hecho por la mañana ha sido beber para calmar tus nervios o para librarte de una resaca?	O Sí O No
¿Te has planteado en alguna ocasión cambiar tomar pastillas para dormir?	O Sí O No

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tiene un problema?			
¿Conversáis entre vosotros los problemas que hay en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Estás satisfecho con el tiempo que tú y tu familia pasáis juntos?			
¿Sientes que tu familia te quiere?			

Gracias por tu colaboración.

ANEXO 2

Características del Instituto de Educación Secundaria

El Instituto de Educación Secundaria tiene adecuados sus proyectos curriculares de centro a la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE, Ley 1/1990 de 3 de octubre) y la Ley Orgánica de la Calidad de la Enseñanza (LOCE). Viene desarrollando su labor educativa y formativa desde el año 1983. Está situado en la barriada del Polígono del Valle de Jaén capital y se trata de un centro educativo público donde se cursan enseñanzas de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), de Bachillerato (en sus modalidades de Humanidades y Ciencias Sociales y de Ciencias de la Naturaleza y la Salud) y, desde el curso 2003-04, de Ciclos Formativos de Grado Superior en la especialidad de Animación Sociocultural. Desde el año académico 2002-03 el Centro cuenta con la consideración de Centro de Puertas Abiertas, dada su adscripción al Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas puesto en marcha por la Consejería de Educación en tal fecha, gracias a lo cual la comunidad educativa dispone de un servicio de comedor escolar y actividades extraescolares que se desarrollan en horario vespertino no lectivo. Desde el curso escolar 2010/11 el Instituto forma parte de la red de Centros TIC que incorporan las nuevas tecnologías de la información y la comunicación a la práctica docente.

A fecha de hoy, el Centro dispone de veintiocho aulas ordinarias, otras seis específicas (Música, 2 aulas de Informática, Tecnología, 2 aulas de Educación Plástica y Visual/Diseño), tres laboratorios experimentales y un laboratorio de idiomas, una biblioteca, una sala de usos múltiples, trece Departamentos, cuatro despachos, una sala de espera, una secretaría/oficina, una sala de profesorado, una sala para uso de la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) o el alumnado, un gimnasio, dos pistas polideportivas y una cafetería. El IES Jabalcuz está catalogado como un Instituto de categoría B (con más de 25 unidades y que oferta docencia para ESO, Bachillerato y Ciclos Formativos pero sin educación compensatoria al no precisar atención preferente), albergando alrededor de unos 700 estudiantes repartidos conforme a la siguiente distribución:

- Cuatro grupos de 1º de ESO.
- Cinco grupos de 2º de ESO.
- Cuatro grupos de 3º de ESO.
- Tres grupos de 4º de ESO (diez alumnos de 4º de ESO desarrollan un Programa de Diversificación Curricular auspiciado por el Centro y aprobado por la Administración Educativa a inicios del presente curso escolar).
- Tres grupos de 1º de Bachillerato.
- Tres grupos de 2º de Bachillerato.
- Un grupo del 1º curso del Ciclo Formativo de Animación Sociocultural.
- Un grupo de 2º curso del Ciclo Formativo de Animación Sociocultural.

Como corresponde a un centro público, se trata de un alumnado heterogéneo en sus etapas obligatorias. Los alumnos proceden de los colegios públicos de la ciudad, más algunos otros que vienen de enclaves próximos. En Bachillerato recibe, además, alumnado proveniente de un Instituto de la vecina localidad de Villargordo, quienes hacen uso habitual del servicio de transporte escolar. Hay alumnos de diversas nacionalidades, generalmente procedentes de familias emigrantes que se han asentado en la localidad. Esta diversidad del alumnado no ha generado mayores problemas que los derivados de la necesidad de atención individualizada cuando se trata de alumnos con desconocimiento del idioma. Por otra parte, el alumnado de integración y de necesidades educativas, en general, forma también un colectivo a destacar,

que se atiende desde la coordinación ofrecida por el Departamento de Orientación. Estos alumnos participan de forma importante en todas las actividades que se programan y se pretende que esta participación se desarrolle aún más. La atención a la diversidad se completa con el grupo de Diversificación Curricular que existe en 4º de ESO y con el alumnado que recibe apoyo pedagógico, que se reparte por toda la ESO.

Dadas las características del alumnado y el interés de las familias, en el Centro se desarrollan muchas actividades complementarias, extraescolares y culturales, visitas de grupos de otros centros, asistencia a festivales, congresos, por parte de alumnos y profesores, charlas y conferencias, jornadas culturales, etc. En cuanto al profesorado, el Centro cuenta con un total de 60 profesores, de los cuales la mayoría cuentan con destino definitivo y son miembros de la plantilla orgánica del mismo. A ellos hay que añadir un pequeño núcleo del profesorado en situación administrativa de comisión de servicios, prácticas, interinidad o desplazados por falta de horario en otros centros educativos. La comunidad educativa del IES Jabalcuz se completa con siete miembros del personal de administración y servicios (tres conserjes, un peón y dos auxiliares administrativos) y con el sector de padres y madres, representados por la AMPA del Centro.

El IES Jabalcuz se ubica en la zona noreste de la ciudad de Jaén, en un barrio, el del Polígono del Valle, situado junto a una de las áreas de expansión de mayor proyección de Jaén capital, el sector norte y cercano a la ciudad universitaria de Jaén. Se trata de un barrio de gran tradición y raigambre cuya población, eminentemente obrera, goza de unos estándares de renta económica medio-bajos, con un índice de paro ciertamente significativo, especialmente entre la juventud, comparado con otros barrios anejos, ya instalados en la zona centro, y cuyo bagaje cultural puede calificarse, asimismo, de medio-bajo, dadas la actividad laboral genérica de la zona y la ausencia casi absoluta de servicios públicos que permitan paliar en cierta medida tal carencia: biblioteca de barrio, centro de ocio, centro cívico, asociaciones culturales... El barrio cuenta con un centro social, una asociación vecinal ("Passo"), una fundación de apoyo y servicio a los más desfavorecidos, especialmente dirigido a los jóvenes, la Fundación Proyecto Don Bosco, y alguna que otra asociación cultural y deportiva (Club Jaén 2000).

El alumnado del centro no pertenecen sólo a este barrio: se encuentran escolarizados alumnos procedentes de zonas rurales, que acuden gracias al transporte escolar, y otros provenientes de zonas de nivel económico y social medio y medio-alto (zona de la carretera de Madrid y el nuevo Bulevar).

Entre otras actividades, el centro educativo oferta el programa Forma Joven desde hace seis años, contando con profesionales sanitarios del Centro de Salud de la zona quienes realizan consultas individuales e intervenciones grupales (charlas, talleres...) centradas en aspectos de prevención de hábitos nocivos y promoción de la salud.

ANEXO 3

Cálculo del consumo de alcohol

(Robledo, 2007; Rosón, 2008)

El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen contenido. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas utilizadas en diferentes países. Un estudio de la OMS indicó que la cerveza contenía entre el 2% y el 5% de alcohol puro, los vinos contenían entre el 10,5 y el 18,9%, los licores variaban entre el 24,3% y el 90%, y la sidra entre el 1,1% y el 17%. Por ello, es esencial adaptar los tipos de las bebidas a lo que es más común en el ámbito local y conocer a grandes rasgos cuánto alcohol puro consume una persona por ocasión y término medio.

Esta forma de calcular los gramos de alcohol se ha sustituido, en los últimos años, por el concepto de Unidad de Bebida Estándar (UBE). En España una «unidad de bebida» es igual a 10 gramos de etanol puro y en Gran Bretaña equivale a 8 gramos. La Unidad de Bebida Estándar es una forma rápida y práctica de conocer los gramos de alcohol consumidos y tan sólo precisa de una tabla de equivalencias con la cantidad y tipo de bebida alcohólica consumida para calcular el consumo.

Tipos de bebidas y su equivalencia en Unidades de Bebidas Estándar		
Tipo de bebida	Volumen	Nº de Unidades de Bebida Estándar (UBE)
<i>Vino</i>	1 vaso (100 cc)	1
	1 litro	10
<i>Cerveza</i>	1 vaso (100 cc)	1
	1 litro	5
<i>Copas</i>	1 carajillo (25 cc)	1
	1 copa (50 cc)	2
	1 combinado (50 cc)	2
	1 litro	40
<i>Generosos</i>	1 copa (50 cc)	1
	1 vermut (100 cc)	2
	1 litro	40

ANEXO 4

Percepción de la función familiar. Test de APGAR familiar.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?	0	1	2
¿Conversáis entre vosotros los problemas que hay en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
¿Estás satisfecho con el tiempo que tú y tu familia pasáis juntos?	0	1	2
¿Sientes que tu familia te quiere?	0	1	2

Se marca en cada fila una de las tres opciones, resultando un valor cero en la casilla “casi nunca”, un valor uno en la casilla “a veces” y un valor dos en la casilla “casi siempre”.

La percepción de los individuos acerca de la calidad de la función familiar se clasifica como:

- Normofuncionales: 7 - 10 puntos.
- Disfuncionales: 0 – 6 puntos.
 - Graves: 0 – 2 puntos.
 - Leves: 3 – 6 puntos.

9. Artículos de difusión de los resultados

