

Pilar Ramos Valverde, Carmen Moreno Rodríguez

Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras
drogas ilegales

Salud y drogas, vol. 10, núm. 2, 2010, pp. 13-36,
Instituto de Investigación de Drogodependencias
España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83918822002>

Salud y drogas
INID

Salud y drogas,
ISSN (Versión impresa): 1578-5319
jagr@umh.es
Instituto de Investigación de Drogodependencias
España

¿Cómo citar?

Fascículo completo

Más información del artículo

Página de la revista

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES ESPAÑÓLES: TABACO, ALCOHOL, CANNABIS Y OTRAS DROGAS ILEGALES.

Pilar Ramos Valverde y Carmen Moreno Rodríguez
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Universidad de Sevilla, España

(Received/Recibido: 24/06/2010 Accepted/Aceptado: 15/09/2010)

RESUMEN

El hecho de que el consumo de sustancias por parte de los jóvenes sea un asunto de mucho interés en la sociedad ha provocado que cada vez existan más estudios que aportan datos sobre el tema, hasta el punto de existir actualmente una gran cantidad de datos epidemiológicos parciales, con falta de coherencia y sin relación entre ellos. Ante esta situación, este artículo propone un análisis integrado de la situación actual en el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas ilegales por parte de los jóvenes españoles. En este discurso se expone además la influencia de factores sociales, culturales y políticos, es decir, de factores que podrían ser responsables tanto de la disminución o estabilización en el consumo de algunas sustancias como del aumento en otras. Al hilo de esta explicación, se proponen algunas recomendaciones para la prevención del consumo de sustancias de los jóvenes españoles.

Palabras clave: tabaco, alcohol, cannabis, drogas ilegales, adolescencia.

Correspondencia

Facultad de Psicología, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
C/ Camilo José Cela s/n. 41018 Sevilla (España).

ABSTRACT

Due to the fact that drug consumption in young people is a matter of great interest in our society, more and more surveys have studied about it, to the point of existing a great amount of unconnected epidemiologic data nowadays, which lack coherence and haven't been properly related. Considering this situation, this paper proposes an integrated analysis of the current situation of tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drugs consumption in Spanish adolescents. Besides, in this discourse, it is exposed the influence of social, cultural and political factors, that is, factors that may be responsible either of the decrease or stabilization in some substances or of the increase in others. In line with this explanation, we propose some recommendations for the prevention of substance use in Spanish young people.

Keywords: tobacco, alcohol, cannabis, illegal drugs, adolescence.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias entre los jóvenes se ha convertido en uno de los problemas que más preocupa a los padres, madres y educadores en la actualidad. La juventud de los países desarrollados está expuesta desde muy temprana edad a entrar en contacto con la oferta de droga. De hecho, a pesar del aumento de campañas informativas sobre los peligros del consumo de estupefacientes, drogas y juventud siguen siendo dos palabras que, amplificadas por los medios de comunicación, se relacionan con frecuencia.

Esta preocupación ha tenido una importante resonancia en la prevención e intervención dirigida a la población adolescente. En este sentido, en 2008 se hizo pública la evaluación del plan de acción en materia de lucha contra la droga 2005-2008 y se elaboró, además, un nuevo plan para seguir desarrollando la estrategia antidroga en su segunda fase (2009-2012). Al mismo tiempo, 13 Estados miembros modificaron o revisaron sus estrategias o planes de acción nacionales en materia de lucha contra la droga. A escala internacional, este año tuvo lugar la revisión decenal de las declaraciones y planes de acción adoptados en la XX Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas

(UNGASS). Todo ello convirtió al 2008 en un año sin precedentes en lo que se refiere a la oportunidad para reflexionar acerca de los éxitos cosechados hasta la fecha por las políticas antidroga y el rumbo que deben tomar en el futuro. La declaración hacía constar, además, el mayor compromiso de los países europeos para afrontar el problema de las drogas y una convergencia política cada vez mayor en torno a la cuestión de cómo abordarlo, adoptando los diferentes Estados miembros de la Unión Europea una posición cada vez más unificada en los debates al respecto (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDT], 2008a).

La estimación del gasto público de los países europeos relacionado con las drogas asciende a 34.000 millones de euros (intervalo de confianza del 95%, 28.000 millones - 40.000 millones de euros), lo cual equivale al 0,3% del producto interior bruto combinado de todos los Estados miembros de la UE. Esto sugiere que el gasto estatal para atajar el problema de las drogas cuesta al ciudadano comunitario medio 60 euros al año (OEDT, 2008b).

A pesar de esta fuerte apuesta por el control del consumo de sustancias en la adolescencia, entre el 81% y el 96% de los jóvenes europeos consideraron que los riesgos asociados con el consumo de drogas como la heroína, la cocaína y el éxtasis debían calificarse de elevados, manifestando la gran mayoría de ellos (95%) que estas drogas debían seguir siendo controladas (*European Commission*, 2004).

Si el análisis se centra en España, este país destaca por ser el que tiene un nivel más alto de jóvenes que conocen a alguien que consume drogas ilegales (sin tener en cuenta el cannabis), concretamente el 65%, seguido por los jóvenes de Irlanda (60%) y de Estados Unidos (47%) (*European Commission*, 2004). En lo que respecta al cannabis (marihuana, hachís, porros...), estos datos son corroborados por el estudio internacional *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC), investigación que se realiza en más de 40 países de Europa y América del Norte con el objetivo de conocer los estilos de vida y la salud de los jóvenes escolarizados. En concreto, este estudio pone de manifiesto que España destaca por ser el segundo país con mayor frecuencia de consumo reciente de cannabis (referido a los últimos 30 días) en los adolescentes de 15 años, después de Canadá. Por otra parte, con relación a la prevalencia del consumo de cannabis, España, junto a Gales, ocupan el tercer puesto entre los países con mayores índices, después de Canadá y Suiza (Currie, 2008).

Desde 1995 España viene realizando, dentro del Plan Nacional sobre Drogas, una encuesta domiciliaria bienal dirigida a la población de 15-64 años, conocida con las siglas EDADES. En el marco de este estudio, el Observatorio Español sobre Drogas aborda además la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas entre Estudiantes de Secundaria (ESTUDES 2008), centrada en chicos y chicas de 14 a 18 años. Esta encuesta muestra que las sustancias más consumidas en los últimos 10 años por los adolescentes españoles han sido el alcohol y el tabaco, aunque la prevalencia de ambos consumos ha tenido una tendencia a la baja, alcanzando su nivel más bajo en 2007/08, a pesar de que se observa un aumento de la prevalencia de borracheras. Tras el alcohol y el tabaco, la sustancia más consumida entre los adolescentes españoles es el cannabis, una sustancia cuyos porcentajes de consumo parecen haberse estabilizado desde el 2006. Sin embargo, el consumo del resto de sustancias sigue siendo muy bajo, su prevalencia está alrededor del 1% o menos. Con relación a la edad de inicio, este estudio observa que las sustancias cuyo consumo se inician a una edad más temprana son volátiles inhalantes (11,6 años), tabaco (12,1 años) y alcohol (12,7 años) (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

De hecho, existe evidencia de la existencia de relación progresiva en el consumo de las diferentes sustancias, de modo que el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) influye en el inicio del consumo de drogas ilegales. Concretamente, Kandel (1975) propuso un modelo donde distinguía cuatro etapas en el proceso adictivo: consumo de cerveza o vino, consumo de cigarrillos y licores de alta graduación, consumo de cannabis y consumo de otras drogas ilegales diferentes al cannabis. Según este modelo, el alcohol sería la primera droga de contacto y la más frecuentemente consumida; después se seguiría con cigarrillos, a la vez que la cantidad de consumo de alcohol se incrementa; finalmente se alcanzarían altos niveles de consumo de las diferentes drogas legales y se comenzaría a usar cannabis, que sería la primera droga ilegal consumida; en algunos casos seguirían otras drogas ilegales (heroína, cocaína, etc.). Este modelo se conoce como *puerta de entrada (gateway)*, ya que el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en las primeras etapas de la adolescencia actuaría como una puerta de entrada a la experimentación con otras drogas como anfetaminas, cocaína, alucinógenos o heroína.

En este sentido, Lloyd y Lucas (1998) han demostrado que la experimentación y el consumo de alcohol es más frecuente entre adolescentes

fumadores que entre no fumadores. Además, estos autores encontraron que, mientras el 90% de no fumadores no habían experimentado con cannabis, el 84% de los fumadores sí lo hicieron. De hecho, algunos de estos fumadores continúan consumiendo cannabis ocasionalmente (28%) y algunos frecuentemente (34%).

Fleming, Leventhal, Glynn y Ershler (1989) examinan si realmente el uso de drogas legales es un precursor necesario para el consumo de cannabis y si esta, a su vez, es un precursor de otras drogas ilegales. Según los autores, la progresión en el uso de sustancias es consistente, pero no existe evidencia de una cadena causal en la que las experiencias precoces con drogas legales sean la causa de un uso posterior de drogas ilegales. Sin embargo, la presencia de un orden temporal sugiere una vinculación entre el consumo precoz y el tardío; en otras palabras, el consumo de una determinada sustancia podría facilitar el acceso a otras sustancias. Graham, Collins, Stuart, Chung y Hansen (1991) sugieren que ni el alcohol ni el tabaco tendrían que ser necesariamente el primer paso en el uso de sustancias en la adolescencia; en algunos casos se podría empezar con alcohol y pasar posteriormente al tabaco, pero también podría suceder al revés. Por lo tanto, el efecto *gateway* es complejo y no puede ser reducido a un modelo simple (Kandel & Jessor, 2002). De hecho, un importante estudio longitudinal realizado con adolescentes españoles muestra que no todos los jóvenes tienen la misma trayectoria en el consumo de sustancias a lo largo de la adolescencia, de modo que existirían tres grupos de jóvenes en función de sus trayectorias de consumo, por una parte los que tienen baja frecuencia de consumo, por otro lado, los que ascienden progresivamente su nivel de consumo y, en tercer lugar, los adolescentes que experimentan de manera precoz con las drogas pero disminuyen su consumo posteriormente (Oliva, Parra & Sánchez, 2008).

A continuación se va a presentar un resumen de los aspectos más importantes actualmente en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales durante la etapa adolescente.

CONSUMO DE TABACO

A pesar de los muchos informes que existen desde hace décadas mostrando las consecuencias negativas para la salud que produce el hábito de fumar, el tabaco sigue siendo la principal causa de muerte evitable en

el mundo (World Health Organization -WHO-, 2007). Concretamente, si continúan los patrones actuales de consumo de tabaco al mismo ritmo que en la actualidad, el total de defunciones en el mundo atribuibles a esta causa pasará de 5,4 millones en 2005 a 8,3 millones en 2030 (Mathers & Loncar, 2006).

En relación con los efectos en la población adolescente, se sabe que fumar tiene efectos a corto plazo sobre algunos aspectos del funcionamiento físico, como es la función pulmonar, la disminución de la aptitud física, el aumento de los problemas asmáticos y el aumento de la tos, sibilancias y dificultad para respirar (*U.S. Department of Health and Human Services, 2004*). A pesar de todas las consecuencias negativas del consumo de tabaco, los adolescentes pueden centrarse en los aspectos positivos de dicha conducta, como el control de estados de ánimo negativos y la depresión (relajarse, concentrarse, reducir el estrés o reducir el aburrimiento), la facilidad para contactar y permanecer en un grupo (utilizando el tabaco como un vehículo para entrar en un grupo de amistad deseado, tener contacto con el otro sexo...), el control del peso (especialmente en las chicas) o la identificación con una determinada imagen de madurez y confianza en sí mismo (Arnett, 2007; Cavallo, Duhig, McKee & Krishnan-Sarin, 2006; Lambert, Verduykt & Van den Broucke, 2002; McGee & Stanton 1993). Es innegable que la adolescencia es un momento crítico en el establecimiento del comportamiento de fumar. En concreto, la duración del hábito de fumar y el número de cigarrillos necesarios para establecer la adicción a la nicotina es menor en esta etapa evolutiva que en los adultos (Prokhorov et al., 2006), lo que podría explicar el hecho de que alrededor del 80% de los adultos fumadores empezaron a fumar antes de los 18 años (WHO, 2005).

Los últimos datos del proyecto europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD*), recogidos en 2007 en más de 35 países (a pesar de que España y Estados Unidos no participaron en dicho estudio, sus datos nacionales son tenidos en cuenta en su informe final), muestran una ligera disminución en la frecuencia de fumar desde 1995, en la mayor parte de los países participantes (Hibell et al., 2009). Por otro lado, los últimos datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008 muestran una clara disminución del consumo de tabaco en los adolescentes españoles, desde el 2004 al

2006, produciéndose una estabilización de dicho consumo en 2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Concretamente, los datos de este estudio nacional referentes al 2008 informan que un 44,6% de los estudiantes de 14-18 años afirma haber probado el tabaco alguna vez y un 32,4% haberlo fumado en los últimos 30 días, así mismo el porcentaje de adolescentes que fuman a diario es de un 14,8%, porcentaje que asciende al 31,7% entre los estudiantes de 18 años.

Sin embargo, a pesar de los resultados optimistas con respecto a la estabilización del consumo de tabaco por los adolescentes españoles, no se debe olvidar que actualmente el tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo (WHO, 2007), por lo que el objetivo en la población juvenil debe ir más allá de la estabilización en el consumo. Además de saber que los cigarrillos son, junto al alcohol, las drogas más comúnmente consumidas por los adolescentes, el Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) anunció en mayo del 2009 que la adicción a los cigarrillos ha aumentado en un 40% entre los jóvenes en los últimos 15 años, lo que explica que el cáncer de pulmón aparezca cada vez a edades más tempranas (González, 2009). Esto se relaciona con el hecho de que la gran mayoría de los estudiantes fumadores de 14 a 18 años se ha planteado dejar de fumar en alguna ocasión (68,7%), aunque los que afirman haberlo intentado son poco más de la mitad de ellos (36,7%) (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Aunque las diferencias de la edad en el consumo de tabaco durante la adolescencia están muy claras y corroboradas (de modo que es conocido el aumento de dicho consumo en los chicos y chicas mayores con respecto a los más pequeños), un dato sociodemográfico importante a aclarar aún son las diferencias de sexo. Los últimos datos del proyecto ESPAD muestran que, en la mayoría de países, las chicas fuman con más frecuencia que los chicos, sobre todo en Mónaco, Isla de Man, Reino Unido y España. Únicamente en varios países de Europa del Este (Armenia, Rusia, Ucrania, Chipre y Rumanía) los chicos superan a las chicas en este consumo (Hibell et al., 2009). Datos muy parecidos a estos se encuentran en el estudio internacional HBSC, aunque en este caso hay que añadir a Groenlandia entre los países con diferencias más marcadas en relación con el mayor consumo de tabaco por parte de las chicas, y a Estonia, Israel, Letonia y Lituania, por destacar en la tendencia contraria (Currie et al., 2008).

En cuanto a los datos nacionales, el estudio HBSC muestra que las chicas adolescentes españolas consumen más tabaco que sus iguales varones (Moreno, Muñoz-Tinoco et al., 2008). Tal y como explican Schiaffino, Fernández, Borrell, Saltó, García y Borrás (2003), el consumo de tabaco en las chicas españolas era prácticamente inexistente antes de los años 60 y continuó siendo mucho más prevalente en los chicos hasta los años 80. Sin embargo, en estas tres últimas décadas el consumo de tabaco se ha estabilizado en los chicos y ha aumentado en las chicas, llegando a presentar actualmente índices de tabaquismo superiores a ellos (Mendoza, López & Sagrera, 2007; Mendoza & López, 2007). Así mismo, la intención de dejar de fumar se hace más patente en las chicas (73,1%) que en los chicos (63,7%), siendo también mayor entre ellas el porcentaje de quienes lo han intentado realmente (38,7 frente al 33,5%) (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Muchos autores han relacionado estas diferencias de sexo en el patrón de consumo de tabaco con varios factores psicosociales clave, como la mayor influencia de la conducta de fumar de padres, madres, iguales u otros adultos significativos en las chicas; la asociación del tabaquismo con el estereotipo de poder e independencia relacionado con la masculinidad y el deseo por parte de las chicas de conseguir dicho estatus, la apertura de las estrategias de marketing de las empresas tabaqueras para incluir a las chicas; o la creencia relacionada con el uso del tabaco como un método eficaz para reducir peso (Grunberg, Winders & Wewers, 1991; Mendoza, Batista & Rubio, 2005; Schiaffino et al., 2003).

Para terminar, es importante señalar que, en el ámbito legislativo español, 2005 fue un año clave por la aprobación de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. La ley entró en vigor el 1 de enero de 2006 y en la actualidad, cuando aún no ha terminado de aplicarse con rigor en todas las comunidades autónomas, se está pensando en un desarrollo aún más restrictivo. En lo que respecta a las restricciones contempladas en esta Ley relacionadas con los menores de edad, el artículo 3 establece la prohibición de vender o facilitar a las personas menores de 18 años productos del tabaco, así como cualquier otro producto similar y que les incite a fumar (como dulces, refrescos, juguetes y otros objetos que se parezcan a los productos del tabaco y que puedan parecer atractivos para el menor), no pudiendo

utilizar las máquinas expendedoras de cigarrillos. Asimismo, la venta de tabaco por personas menores de 18 años también está prohibida. Los artículos 5 y 7 establecen, la prohibición total de vender y suministrar, en el caso del artículo 5, y fumar tabaco, en el caso del artículo 7, en determinados lugares, entre ellos centros que ofrecen servicios sociales, centros de ocio y lugares de entretenimiento para los menores de edad, con excepción de las áreas al aire libre. Por otra parte, se establece que los establecimientos autorizados para la venta y el suministro de productos de tabaco deberán colocar carteles en un lugar visible indicando la prohibición de vender tabaco a personas menores de 18 años.

CONSUMO DE ALCOHOL

Según informa la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2005), alrededor de 55.000 jóvenes mueren cada año en Europa por causas relacionadas con el alcohol. Concretamente, el consumo de alcohol frecuente y excesivo durante la adolescencia está asociado a una serie de consecuencias negativas, como son, por ejemplo, continuidad en el consumo de alcohol y otras drogas en la adultez (Guo, Collins, Hill & Hawkins, 2000), problemas académicos (López-Frías, de la Fernández, Planells, Miranda, Mataix & Llopis, 2001), relaciones sexuales no planificadas y de riesgo (Cooper, 2002), accidentes de tráfico (*National Highway Traffic Safety Administration*, 2003) y diversos problemas físicos y emocionales (Brown et al., 2008).

Si se excluye el tabaco y la cafeína, el alcohol es la droga más experimentada y consumida por los jóvenes (Ahlstrom, 2007; Hibell et al., 2004). Teniendo en cuenta todos los países que forman parte de la Encuestas de Escolares sobre el Alcohol y otras Drogas (ESPAD), al menos dos tercios de los estudiantes han probado el alcohol, por lo menos una vez en su vida. En promedio, el 89% han consumido alcohol lo largo de su vida, el 82% lo han hecho en los últimos 12 meses y 61% en los últimos 30 días. Sin embargo, el 14% de los estudiantes informa que, en la actualidad, nunca beben alcohol. Así mismo, en los países donde los adolescentes tienen un nivel relativamente alto de consumo de alcohol en los últimos 30 días, los jóvenes registran a la vez un menor volumen de consumo de alcohol en el último día. Por ejemplo, en países como Grecia los estudiantes beben a menudo, pero en bajas cantidades, mientras que en los países nórdicos el consumo es menos frecuente, pero en grandes cantidades.

Por lo tanto, parecen encontrarse diferentes hábitos de consumo en los distintos países que forma parte del proyecto ESPAD (como se comentó más arriba, España no formó parte de la recogida de datos de dicho estudio), de modo que mientras que en algunos países predomina la cultura de consumo más orientado a la intoxicación, en otros (los de influencia mediterránea y fuerte tradición vinícola) se favorece que los estudiantes se impliquen en un consumo más frecuente, pero también más moderado (Hibell et al., 2009).

En la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre “Jóvenes y Alcohol”, celebrada en Estocolmo entre del 19 al 21 de febrero del 2001, se señalaron como principales tendencias en los patrones de consumo de alcohol entre los jóvenes la experimentación con el alcohol cada vez más precoz y el aumento en los consumos de alto riesgo como *binge-drinking* (consumos excesivos en cortos períodos de tiempo que llevan a la embriaguez). En la última década, este problema ha llegado a ser un asunto de importancia en la salud pública de muchos países, a pesar de las considerables variaciones entre los países, con tasas de prevalencia de estos episodios en la vida de más de 40% en algunos países, pero menos del 20% en otros (Simons-Morton et al., 2009). Así mismo, en los últimos años, los expertos se están preocupando cada vez más por conocer, analizar y evaluar dicho fenómeno juvenil, lo que se evidencia por ejemplo en los dos números especiales dedicados a la embriaguez juvenil del *Journal of Studies on Alcohol Supplement*, 14, 2002 y de la revista *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(4), 2001.

El grupo especializado en consumo de alcohol adolescente del estudio internacional HBSC ha publicado recientemente un artículo donde compara los datos referentes a la prevalencia de consumo de alcohol y episodios de embriaguez de las ediciones 1998, 2002 y 2006, en 24 países de la red, concretamente 20 países europeos (sin contar con los datos españoles, ya que nuestro país no pudo participar en la recogida de datos de la edición 1998), la Federación Rusa, Israel, Estados Unidos y Canadá (Simons-Morton et al., 2009). Igualmente, este estudio ha detectado algunos patrones culturales transversales. Concretamente, los países del norte de Europa (Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca) mostraron una tendencia decreciente en el consumo de alcohol y en la embriaguez, mientras que los países de Europa oriental experimentaron una tendencia creciente en el uso del alcohol (con excepción de Polonia y la República

Rusa) y de la embriaguez (con excepción de la República Checa). Por otro lado, los países de América del Norte (EE.UU. y Canadá) mostraron una tendencia decreciente en la embriaguez, pero solo los EE.UU. mostraron además una tendencia decreciente en el uso del alcohol. Los países del sur de Europa (Grecia, Portugal y Francia) no mostraron ningún cambio en la embriaguez ni en el consumo de alcohol, con excepción de Grecia, donde la prevalencia de dicho consumo disminuyó. Los autores sugieren varias hipótesis para explicar las tendencias observadas y entienden que la variabilidad en estas tendencias indica que la comercialización a nivel de país y las políticas y programas estatales pueden ser importantes en este sentido. Por ejemplo, el alcohol tiene una accesibilidad mucho más restringida en los EE.UU. en comparación con países europeos (en los EE.UU., solo la cerveza y el vino se puede comprar en supermercados o tiendas, mientras que los licores se venden principalmente con el control estatal). Además, los programas de prevención de alcohol, especialmente los destinados a jóvenes, están cada vez más extendidos en los EE.UU., impulsando de ese modo una disminución tanto del alcohol como de la embriaguez. Son destacables las diferentes tendencias entre los países de Europa oriental y otros países europeos, sobre todo por el hecho de que los aumentos del consumo de alcohol y de la embriaguez se observaron solamente en países europeos del Este. Estos países han experimentado importantes cambios políticos y económicos entre 1998 y 2006 (por ejemplo, la adhesión a la Unión Europea o el aumento de las economías de libre mercado) que han llevado a incrementos en el consumo de alcohol, debido a la desregulación temporal del gobierno.

Por otro lado, centrando el análisis en el caso de los adolescentes españoles, de nuevo destaca el alcohol como la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los jóvenes. Así, según los últimos datos de 2008 de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Plan Nacional sobre Drogas, 2009), el 81,2% de los estudiantes de 14 y 18 años han probado el alcohol alguna vez, el 72,9% lo han consumido en el último año y el 58,5% en el último mes. Su consumo se concentra en el fin de semana, de esta forma, de los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, prácticamente todos (99,8%) han bebido en fin de semana, mientras que solo un 39,3% lo ha hecho en días laborables. Además, un 23% del conjunto de estudiantes encuestados afirman beber todos los fines de semana. Si se comparan

estos datos con respecto a los obtenidos en la anterior edición (ESTUDES 2006), se aprecia una estabilización del consumo de alcohol en la adolescencia. En relación con los episodios de embriaguez, se obtiene que el 56,2% de los estudiantes se ha emborrachado alguna vez, un 47,1% en los últimos 12 meses y un 29,1% en los últimos 30 días. Sin embargo, en este caso, al comparar los datos con ediciones anteriores, se observa que la prevalencia de borracheras, tras el descenso experimentado en 2006, ha vuelto a situarse en cifras parecidas o superiores a las de 2004.

Los resultados del estudio HBSC en España muestran que un 1,3% de adolescentes de 11 a 18 años dice consumir en la actualidad algún tipo de alcohol a diario, mientras que alrededor del 46% de ellos no consumen alcohol en la actualidad. Con respecto a los episodios de embriaguez, los datos de este estudio muestran que alrededor del 10% de los adolescentes de 11-18 años dice haberse emborrachado cuatro veces o más en su vida (Moreno, Muñoz-Tinoco et al., 2008). Por lo tanto, comparando estos resultados con los aportados por estudios internacionales como el de Simons-Morton et al. (2009), los datos podrían indicar que España parece encontrarse entre los países con un patrón de consumo de alcohol juvenil más moderado y frecuente, parecido al encontrado por Hibell et al. (2009) en Grecia y en contraposición al patrón característico de los países nórdicos, más esporádico pero intenso.

Las comparaciones de los datos de consumo de alcohol en los adolescentes españoles, encontrados por las ediciones del estudio HBSC 2002 y 2006, muestran un ligero aumento del consumo de alcohol, concretamente en los adolescentes de 11 a 14 años, y un aumento de los episodios de embriaguez entre los 13 y los 16 años (Moreno, Rivera et al., 2008). A pesar de estas pequeñas variaciones, en general se considera que en España, como en la mayoría del resto de países del sur de Europa, se ha estabilizado el consumo de alcohol entre los adolescentes en los últimos diez años (Simons-Morton et al., 2009).

Actualmente, el 90,8% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años piensan que les resultaría fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas (Plan Nacional sobre Drogas, 2009), a pesar de la regulación nacional de la Ley 5/1990, de 19 de diciembre, sobre prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciséis años, y de las legislaciones autonómicas que prohíben la venta de dichos productos a menores de 18 años en todas las Comunidades Autónomas, excepto en Asturias. Teniendo

en cuenta el fracaso del anteproyecto de ley promulgado en septiembre de 2006 para prohibir en todo el estado la venta y consumo de alcohol entre menores de 18 años, es necesario seguir avanzando en medidas de regulación y control de suministro, venta y consumo de alcohol, especialmente en lo que se refiere a la población juvenil.

Según los datos internacionales del estudio ESPAD, la bebida alcohólica más consumida en los últimos 30 días por los jóvenes es la cerveza (49%), seguida por las bebidas espirituosas (40%), vino y *alcopops* –término que hace referencia a la combinación de licor y refrescos que se vende ya hecha– (35% cada uno) y, por último, la sidra (28%) (Hibell et al., 2009). Sin embargo, los datos españoles de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008, muestra que la bebida alcohólica consumida por mayor número de estudiantes son los combinados o *cubatas*, si bien en días laborables la bebida predominante es la cerveza (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Así mismo, los resultados nacionales del estudio HBSC corroboran los datos del estudio ESPAD, mostrando además el bajo consumo de *alcopop* existente en nuestro país (Moreno, Muñoz-Tinoco et al., 2008). Existe una razón para explicar el bajo consumo de *alcopop* en España en comparación con otros países con una legislación más dura para la venta de alcohol. En estos países, los establecimientos de venta con autorización para vender cerveza también pueden vender *alcopop*, ya que tienen una graduación similar, pero no pueden vender otro tipo de bebidas con mayor graduación. Por lo tanto, en los países con una legislación más dura en la venta de alcohol, el *alcopop* es una opción más accesible en comparación con otro tipo de bebidas espirituosas con mayor graduación, las cuales son más accesibles a los jóvenes españoles, que las suelen consumir de manera combinada con refrescos (combinados o *cubatas*).

En relación con las diferencias sociodemográficas en el consumo juvenil de alcohol, en primer lugar, cuando se mide la evolución del consumo con la edad se registra un claro aumento, mostrando que el porcentaje de adolescentes que no consume alcohol disminuye desde el 87,1% a los 11-12 años al 11,6% a los 17-18 años (Moreno, Muñoz-Tinoco et al., 2008). Así mismo, la prevalencia de borracheras aumenta de manera muy llamativa a lo largo de la etapa adolescente, pasando del 13,4% a los 14 años al 45,2% a los 18 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Por otra parte, las diferencias de sexo en el consumo de alcohol juvenil parecen haber variado en los últimos años. Así, tal y como explica el estudio ESPAD, cuando se considera la frecuencia de consumo, los datos internacionales globales muestran mayor frecuencia de consumo en los chicos. Sin embargo, en los países con niveles relativamente altos de consumo de alcohol en el último día, las chicas tienden a beber con la misma frecuencia que los chicos (Hibell et al., 2009). Igualmente, los datos internacionales aportados por Simons-Morton et al. (2009) muestran globalmente un declive en el consumo de alcohol juvenil desde 1998; sin embargo, dicho declive es mayor entre los chicos, en comparación con las chicas. De hecho, en aquellos países donde se ha incrementado el consumo de alcohol y los episodios de embriaguez, se registra un mayor incremento en las chicas.

Con relación a las diferencias de sexo en el consumo de alcohol en España, los datos analizados tanto por la Encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2009) como por el estudio HBSC (Moreno, Muñoz-Tinoco et al., 2008) muestran una frecuencia parecida entre chicos y chicas en consumo de alcohol. Estos datos se muestran acordes con los resultados de otros estudios que encuentran una progresiva desaparición de los factores sociales y culturales que tradicionalmente mantenían las diferencias de género en la frecuencia de este consumo.

Ahora bien, el estudio HBSC detecta mayor probabilidad de episodios de embriaguez en los adolescentes varones mayores, entre los 15 y 18 años; es decir, a partir de la edad en que realmente existe prevalencia significativa de este fenómeno (Moreno, Muñoz-Tinoco et al., 2008). Por lo tanto, estos datos corroboran el hecho de que la diferenciación de sexo en el consumo de alcohol se sigue registrando en el patrón de consumo excesivo, es decir, el que provoca el estado de embriaguez y mayor riesgo de dependencia. Así, tal y como explican Wilsnack et al. (2000), los hombres consumen alcohol en grandes cantidades con más frecuencia que las mujeres, ya que esto les ayuda a ejercer su masculinidad a través de la demostración de resistencia, inconformidad y asunción de riesgos. Sin embargo, los episodios de embriaguez en las mujeres aún parecen estar asociados a la estigmatización y la desaprobación social (Kloos, Weller, Chan & Weller, 2009). Esto podría ser explicado por el diferente patrón de socialización entre hombres y mujeres. Así, mientras que para los hombres beber está habitualmente asociado con un propósito social,

es decir, se utiliza para conseguir amistad y crear cercanía entre los individuos; las relaciones sociales de las mujeres se caracterizan por un mayor grado de intimidad, sin que el alcohol tenga un papel tan relevante (Capone, Wood, Borsari & Laird, 2007). De hecho, el consumo excesivo de sustancias en las chicas adolescentes está más asociado que en los chicos a factores ambientales de riesgo, como problemas en la relación con padres y madres o pertenencia a familias desestructuradas (Dakof, 2000). Esto explica que la contribución ambiental en la dependencia de alcohol sea mayor en mujeres que en hombres, mientras que la contribución de los factores hereditarios es igual en ambos sexos (Hicks et al., 2007).

CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

Diferentes líneas de investigación sugieren que el modelo de consumo de drogas ilegales es diferente del que caracteriza a las drogas legales, de modo que parece esbozarse una relación curvilínea entre la edad y el consumo de drogas ilegales (Buelga, Ravenna, Musitu & Lila 2006). Concretamente, hasta los 14 años, la frecuencia y cantidad de consumo permanece baja. A partir de esa edad aumenta el consumo de las drogas ilegales, hasta un nivel máximo que se alcanza al principio de la edad adulta (estableciéndose entre los 18 y los 25 años, dependiendo de los autores). Después de esta edad, el consumo decrece significativamente.

Actualmente, el cannabis es la droga ilegal más frecuentemente consumida tanto por adolescentes como por adultos. Durante la década de los 90, su consumo se incrementó significativamente entre los adolescentes. Sin embargo, actualmente este consumo está empezando a estabilizarse e incluso a decrecer en algunos países (Hibell et al., 2009; OEDT, 2008a). Las disminuciones de las tasas de prevalencia pueden observarse sobre todo entre los grupos de edad más jóvenes. Así, los datos del estudio HBSC para el período comprendido entre 2002 y 2006 arrojan una tendencia estable o a la baja en el consumo de drogas entre los escolares de 15 años en la mayoría de los países, sobre todo en Inglaterra, Portugal, Suiza, Eslovenia y Canadá (Kuntsche, Simons-Morton, Fotiou, ter Bogt & Kokkevi, 2009).

Los datos del estudio HBSC en España muestran que el 14% de los adolescentes de 13-18 años han consumido cannabis alguna vez en los últimos 30 días, prácticamente el doble de proporción que la aportada desde el ámbito internacional por la Encuesta Escolar sobre Alcohol y

otras Drogas, que la fija en 7,5% la media de los 35 países europeos que forman parte de este estudio (Hibell et al., 2009). Sin embargo, la cifra es algo inferior a la encontrada para el caso de los adolescentes españoles por la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias, que ronda en torno al 20% (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). A pesar de que este mismo estudio ha demostrado una estabilización del consumo de cannabis en los adolescentes españoles desde comienzo de siglo, es prioritario seguir insistiendo en nuestro país en la prevención del consumo de esta sustancia; el objetivo debe ser conseguir la disminución que se está ya observando en la mayoría de países europeos y Canadá (Kuntsche et al., 2009).

Así mismo, en España el cannabis también es la droga ilegal consumida por un mayor número de adolescentes, con bastante diferencia sobre las demás drogas ilegales. Concretamente, alrededor de un 29% de los estudiantes de 13 a 18 años lo han probado alguna vez en la vida, un 22,7% lo han consumido en el último año y un 14% en los últimos 30 días (Moreno, Muñoz-Tinoco et al., 2008). Como es de esperar, la extensión y la frecuencia de consumo de cannabis aumenta desde los 14 a los 18 años, sin embargo el mayor aumento se registra entre los 14 y los 15 años, muy posiblemente por las características de la muestra de 17-18 años, que solo son representativos de los adolescentes escolarizados a esa edad. A los 18 años, casi un tercio de los estudiantes ha consumido cannabis en los últimos 30 días (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

La prevalencia del resto de drogas ilegales es muy baja en la población adolescente. En concreto, el porcentaje de adolescentes de 15 años que dicen haberlas probado alguna vez en su vida, según los datos internacionales del estudio ESPAD, es solo del 7% (Hibell et al., 2009), mientras que dicho porcentaje ronda el 6% en los adolescentes españoles de 14 a 18 años, según los datos de la encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Para empezar, los inhalantes son un tipo de droga ilegal con una prevalencia de consumo baja, tanto en la población general como en la adolescencia, aunque su consumo se suele concentrar entre el final de la infancia y el comienzo de la adolescencia. Este tipo de droga se caracteriza por contener multitud de diferentes componentes químicos (pegamento, petróleo, disolventes de pintura, betún doméstico, espráis de aerosol, poppers...), que se toman por inhalación y que están com-

puestos por nitritos de amilo, butilo o isobutilo. Según los datos del *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), la mayor prevalencia de consumo de inhalantes en 2007 se ha registrado en los adolescentes de Chipre, Isla de Man, Malta y Eslovenia (en torno al 16%), mientras que Bulgaria, Lituania y Ucrania solo registra el 3% (Hibell et al., 2009). El consumo de inhalantes en países desarrollados y en vías de desarrollo es un problema que afecta en mayor parte a los sectores más pobres de la sociedad, en particular, niños/as de la calle y jóvenes indigentes (Mallett, Rosenthal & Keys, 2005; WHO, 2005).

Una realidad muy diferente existe en relación con otras drogas ilegales que son preferentemente consumidas en ambientes de recreo, especialmente relacionados con las fiestas *rave*. Este término significa en inglés *delirar* y hace referencia a eventos de música y cultura, al aire libre o en algún lugar abandonado, que duran como mínimo 24h y donde se combinan varios estilos musicales, con preferencia por la música electrónica. Panagopoulus y Ricciardelli (2005) muestran que el consumo de algunas drogas sintéticas o de diseño, principalmente el éxtasis y sus derivados, son más frecuentes en los jóvenes que asisten a este tipo de fiestas. Se trata de sustancias cuyo consumo se ha incrementado significativamente en la década de los 90, de modo que, actualmente, es una de las drogas ilegales más común en los adolescentes, sobre todo en los chicos varones y en algunos países como Bulgaria, Estonia, Isla de Man, Letonia y República Eslovaca, cuya prevalencia ronda en torno al 6-7% (Hibell et al., 2009).

Sin embargo, a pesar de que las drogas de diseño son una de las drogas ilegales más consumidas por los jóvenes en la actualidad, la evidencia sugiere que su consumo se ha estabilizado y decrecido. Concretamente, en España, el consumo de las drogas de diseño se dobló entre 1998 y 2000 y ha decrecido de manera suave en 2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Así mismo, los resultados comparativos 2002-2006 del estudio HBSC muestran un aumento del 6% en el porcentaje de adolescentes españoles que dicen no haber probado nunca las drogas de diseño (Moreno, Rivera et al., 2008). Sin embargo, en nuestro país, el consumo de drogas de diseño empieza a una edad más temprana (alrededor de los 15,5 años), en comparación con otros países como Suiza o Reino Unido (Buelga et al., 2006).

En muchos países, después del cannabis, los estimulantes en general (éxtasis, anfetaminas y cocaína) son el segundo tipo de droga ilegal más

extendida durante la adolescencia, aunque la edad de comienzo es algo más tardía en comparación con el consumo del cannabis. A pesar de que el consumo de las drogas de diseño y de las anfetaminas se ha estabilizado o reducido en muchos países europeos, en numerosos países del sur y oeste de Europa la cocaína es actualmente el estimulante más popular, aumentado incluso su consumo en muchos países. De hecho, estas sustancias estimulantes pueden considerarse en cierta medida como productos competidores dentro del mercado europeo. Esto significaría que las medidas pertinentes deben dirigirse a los estimulantes como grupo y no como problemas independientes. Este aspecto es relevante en la medida en que cualquier acción destinada a reducir la disponibilidad de una de estas sustancias se vería menoscabada por el hecho de que los consumidores simplemente recurrirían a productos alternativos (Hibell et al., 2009).

En este sentido, el informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDI, 2009) sugiere que distintos estimulantes pueden desempeñar un papel similar en diferentes países. Concretamente, en algunos países, la cocaína parece ser la sustancia estimulante predominante, mientras que en otros es más frecuente el consumo de anfetaminas o metanfetaminas. El panorama que se obtiene al combinar los datos obtenidos mediante encuestas de población general e informes de incautaciones sugiere que, en general, en los países del norte y del centro de Europa predomina el consumo de anfetaminas y metaanfetaminas, mientras que en los países del sur y del oeste de Europa predomina mayoritariamente el consumo de cocaína. Así mismo, existe un grupo restringido de países donde los estimulantes son responsables de una proporción relativamente elevada de todas las demandas de tratamiento de la drogodependencia, concretamente, metanfetamina en la República Checa y Eslovaquia; anfetamina en Letonia, Suecia y Finlandia, y cocaína en España, Italia y los Países Bajos.

En España, el consumo de anfetaminas y metanfetaminas es muy similar al del éxtasis. En 2008, el consumo experimental de esta droga aumentó discretamente respecto a la encuesta de 2006, mientras que el consumo en los últimos 12 meses y 30 días, ha disminuido, obteniéndose en la encuesta de 2008 la prevalencia más baja desde 1994. Sin embargo, en la actualidad los datos de nuestro país demuestran que el consumo de cocaína supera a los demás estimulantes. Afortunadamente, los datos

del 2008 muestran un descenso del consumo de cocaína respecto a la última encuesta de 2006. Este descenso, aunque menos acusado que el producido en el año 2006, se ha registrado sobre todo en los 17 y 18 años, edades en las que el consumo es más prevalente (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

El consumo de opiáceos está menos extendido que el de otras drogas ilegales, aunque, en general, las estimaciones del número de consumidores problemáticos de opiáceos son generalmente inciertas, dada la relativamente reducida prevalencia y la naturaleza oculta de este tipo de consumo de droga (OEDT, 2008a). De hecho, tal y como explica la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias, las encuestas poblacionales o escolares no son un buen método para estudiar el consumo de esta droga y, generalmente, se considera que lo subestiman (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). A pesar de esta limitación, esta encuesta muestra que un 0,9% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años ha consumido heroína alguna vez en la vida, un 0,7% en los últimos 12 meses y un 0,6% en el último mes. Además, esta encuesta informa de un descenso en la prevalencia del consumo experimental y en los últimos 12 meses, mientras que la prevalencia del consumo en los últimos 30 días se ve incrementada.

Para terminar, el consumo de medicamentos para colocarse, al contrario que lo registrado en las drogas ilegales, está más extendido entre las chicas que entre los chicos. En cuanto a la evolución del consumo respecto a años precedentes, se observa un incremento importante respecto a la encuesta de 2006 en el consumo alguna vez en la vida y el consumo en los últimos 12 meses. El consumo actual (últimos 30 días) muestra un comportamiento más estable (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

La relación entre variables sociodemográficas y consumo de drogas ilegales no ha sido estudiada en demasiada profundidad, más allá del análisis de la evolución con la edad, al que se ha ido haciendo referencia a lo largo de este apartado. En concreto, la mayor parte de estudios muestran una frecuencia ligeramente mayor en chicos en comparación con chicas en este tipo de drogas, a excepción del consumo de sustancias tranquilizantes, donde son las chicas las que destacan de manera muy clara tanto en España como en los demás países de Europa y América del norte (Hibell et al., 2009; Kloos et al., 2009; Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

En resumen, frente al aumento en el consumo de medicamentos para colocarse, destaca la importante reducción del consumo de cocaína y éxtasis, el ligero descenso del consumo de inhalables, y una estabilización del consumo de alcohol, tabaco, cannabis, anfetaminas y heroína (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

REFERENCIAS

- Ahlstrom, S. (2007). Gender differences in youth drinking cultures. En M. Jarvinen & R. Room (Eds.), *Youth drinking cultures: European experiences* (pp. 65-79). Londres, Inglaterra: Ashagate.
- Arnett, J. J. (2007). The myth of peer influence in adolescent smoking initiation. *Health Education & Behavior*, 34, 594-607.
- Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., et al. (2008). A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*, 121 (Suppl. 4), 290-310.
- Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G. & Lila, M. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescent drug consumption. En S. Jackson & L. Goossens (Eds.), *Handbook of adolescent development* (pp. 337-364). Nueva York, NY, EE. UU.: Psychology Press.
- Capone, C., Wood, M. D., Borsari, B. & Laird, R. D. (2007). Fraternity and sorority involvement, social influences, and alcohol use among college students: A prospective examination. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 316-327.
- Cavallo, D. A., Duhig, A.M., McKee, S. & Krishnan-Sarin, S. (2006). Gender and weight concerns in adolescent smokers. *Addictive Behaviors*, 31, 2140-2146.
- Cooper, M. L. (2002). Alcohol use and risky sexual behaviour among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol* (Suppl. 14), 101-117.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, B. (2008). *Inequalities in young people's health: International report from the HBSC 2005/06 survey*. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.
- Dakof, G. A. (2000). Understanding gender differences in adolescent drug abuse: Issues of comorbidity and family functioning. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 25-32.

- European Commission (2004). *Young people and drugs*. Luxemburgo: European Commission. Directorate General for Justice and Home Affairs. Drugs Coordination Unit.
- Fleming, R., Leventhal, H., Glynn, K. & Ershler, J. (1989). The role of cigarettes in the initiation and progression of early substance use. *Addictive Behaviors*, 14, 261-272.
- González, S. (2009, 9 de mayo). El hábito de fumar avanza entre los adolescentes y se feminiza. *El Periódico de Catalunya*, p. 29.
- Graham, J., Collins, L., Stuart, E., Chung, N. & Hansen, W. (1991). Modeling transitions in latent stage-sequential processes: A substance use prevention example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 48-57.
- Grunberg, N., Winders, S. & Wewers, M. E. (1991). Gender differences in tobacco use. *Health Psychology*, 10, 143-153.
- Guo, J., Collins, L. M., Hill, K. G. & Hawkins, J. D. (2000). Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61, 799-808.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European countries*. Estocolmo, Suecia: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
- Hicks, B. M., Blonigen, D. M., Kramer, M. D., Krueger, R. F., Patrick, C. J., Iacono, W. G. et al. (2007). Gender differences and developmental change in externalizing disorders from late adolescence to early adulthood: A longitudinal twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 433-447.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D. B. & Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. En D. B. Kandel (Ed.), *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge, MA, EE. UU.: Cambridge University Press.
- Kloos, A., Weller, R., Chan, R. & Weller, E. (2009). Gender differences in adolescent substance abuse. *Current Psychiatry Reports*, 11, 120-126.
- Kuntsche, E., Simons-Morton, B., Fotiou, A., ter Bogt, T. & Kokkevi, A. (2009). Decrease in adolescent cannabis use from 2002 to 2006 and links to evenings spent out with friends in 31 European and North America countries and regions. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163, 119-125.
- Lambert, M., Verduykt, P. & Van den Broucke, S. (2002). Summary on the literature on young people, gender and smoking. En M. Lambert, A. Hublet, P.

- Verduykt, L. Maes & S. Van den Broucke (Eds.), *Gender differences in smoking in young people* (pp. 15-32). Bruselas, Bélgica: Flemish Institute for Health Promotion.
- 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 de diciembre de 2005.
- Lloyd, B. & Lucas, K. (1998). *Smoking in adolescence images and identities*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- López-Frias, M., de la Fernández, M., Planells, E., Miranda, M. T., Mataix, J. & Llopis, J. (2001). Alcohol consumption and academic performance in a population of Spanish high school students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 62, 741-744.
- Mallett, S., Rosenthal, D. & Keys, D. (2005). Young people, drug use, and family conflict: Pathways into homelessness. *Journal of Adolescence*, 28, 185-199.
- Mathers, C. D. & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3 (11), Artículo e442. Recuperado el 3 de marzo de 2009, de <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030442>
- McGee, R. & Stanton, W. R. (1993). A longitudinal study of reasons for smoking in adolescence. *Addictions*, 88, 265-271.
- Mendoza, R. & López, P. (2007). El consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescentes y adolescente: diferencias de género. *Adicciones*, 19, 341-355.
- Mendoza, R., Batista, J. M. & Rubio, A. (2005). El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58, 51-74.
- Mendoza, R., López, P. & Sagrera, M. R. (2007). Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones*, 19, 273-287.
- Moreno, C., Muñoz-Tinoco, V., Pérez, P., Sánchez-Queija, I., Granado, M.C., Ramos, P. et al. (2008). Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 14 de mayo de 2010, de http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/nacional_hbsc.htm
- Moreno, C., Rivera, F., Ramos, P., Jiménez, A., Muñoz-Tinoco, V., Sánchez-Queija, I. et al. (2008). *Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): análisis comparativo de los resultados obtenidos en 2002 y 2006 en España*. Madrid: Ministe-

- rio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 5 de mayo de 2010, de http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/comparativo2002_2006.htm
- National Highway Traffic Safety Administration (2003). *Traffic safety facts, 2002: Alcohol*. Washington, DC, EE. UU.: National Center for Statistics and Analysis.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías -OEDT- (2008a). *Informe anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías -OEDT- (2008b). *Assesing illicit drugs in wastewater: Potential and limitations of a new monitoring approach, Insights n° 9*. Lisboa, Portugal: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías -OEDT- (2009). *Informe anual 2009: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Oliva, A., Parra, A. & Sánchez, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 153-169.
- Panagopoulus, I. & Ricciardelli, L. A. (2005). Harm reduction and decision making among recreational ecstasy users. *International Journal of Drug Policy*, 16, 54-64.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas.
- Prokhorov, A. V., Winickoff, J. P., Ahluwalia, J. S., Ossip-Klein, D., Tanski, S., Lando, H. A., et al. (2006). Youth tobacco use: A global perspective for child health care clinicians. *Pediatrics*, 118, 890-903.
- Schiaffino, A., Fernández, E., Borrell, C., Salto, E., García, M. & Borrás, J. M. (2003). Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *European Journal of Public Health*, 13, 56-60.
- Simons-Morton, B. G., Farhat, T., ter Bogt, T. F. M., Hublet, A., Kuntsche, E., Gabhainn, S. N., et al. (2009). Gender specific trends in alcohol use: Cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *International Journal of Public Health*, 54 (Suppl. 2), 1-10.
- U.S. Department of Health and Human Services (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Washington, DC, EE. UU.: US

Department of Health and Human Services, Centre for Disease Control and Prevention, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health promotion, Office on Smoking and Health.

Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. H., Ahlström, S., Bondy, S., et al. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: Cross-cultural patterns. *Addiction*, 95, 251–265.

World Health Organization (2005). *The European health report. Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2007). *The European tobacco control report 2007*. Copenhagen, Dinamarca: WHO Regional Office for Europe.