



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  

---

**FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**TESIS DOCTORAL  
MOTIVACIONES DE LOS ADOLESCENTES  
PARA EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL  
CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO.  
ESTUDIO CUALITATIVO**

**PRESENTADA POR:  
MANUEL DE DIOS REDONDO OLMEDILLA**

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

**JAÉN, 5 DE FEBRERO DE 2016**

**ISBN 978-84-16819-55-3**

Motivaciones de los  
adolescentes para el inicio  
y mantenimiento del  
consumo de alcohol y  
tabaco.  
Estudio cualitativo.

Manuel de Dios Redondo Olmedilla



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**

D. ALEJANDRO PÉREZ MILENA, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA, Y ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, Y D<sup>a</sup>. CARMEN ÁLVAREZ NIETO, PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE JAÉN.

CERTIFICAN:

Que D Manuel de Dios Redondo Olmedilla ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo de Tesis Doctoral sobre el tema: “Motivaciones de los adolescentes para el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol y tabaco. Estudio cualitativo.” que ha finalizado con aprovechamiento, habiendo sido revisado y estando conforme con su presentación para obtener el grado de Doctor, siempre que así lo considere la Universidad de Jaén.

En Jaén, a 10 de diciembre de 2015.

Fdo: Alejandro Pérez Milena

Fdo: Carmen Álvarez Nieto

## Beca de investigación

El presente trabajo recibió en el año 2007 una beca de investigación para su realización por parte de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, con número de expediente: PI-0206/2007 (RESOLUCIÓN de 26 de diciembre de 2007 de la Secretaría General de Calidad y Modernización, BOJA nº 14 de 21 de enero de 2008). El presupuesto del proyecto ascendió a 10.235,00 euros.

**JUNTA DE ANDALUCIA**

**CONSEJERÍA DE SALUD**

Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

**RAFAEL CARRETERO GUERRA, SUBDIRECTOR DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA CONSEJERÍA DE SALUD**

### CERTIFICA

Que **D. Manuel Redondo Olmedilla** forma parte en calidad de investigador colaborador del proyecto titulado "Estudio cualitativo sobre la motivación de los adolescentes para el consumo de alcohol y tabaco" con número de expediente **PI-0206/2007**, cuyo investigador principal es D. Alejandro Pérez Milena, y que ha sido subvencionado por la Consejería de Salud según Resolución de 26 de diciembre de 2007, y publicada en BOJA nº 14, de 21 de enero de 2008.

Y para que así conste a los efectos de justificación firmo la presente en Sevilla a veintiséis de mayo de 2009.



Fdo.: **Rafael Carretero Guerra**

## Agradecimientos

Gracias a aquellas personas que han sido partícipes de este proceso que ahora culmina: alumnos participantes, equipo directivo de IES Jabalcuz, equipo investigador (Idoia Jiménez, Rafael Pérez, María Luz Martínez, Inmaculada Mesa), Carmen Álvarez y especial mención a Alejandro Pérez Milena por su dedicación científica y, lo que considero más importante, su humanismo médico.

Gracias a la persona que me acompaña en el día a día dándole sentido a esa palabra: gracias Rosario.

Gracias a mis padres y mis hermanos, quienes obraron y sostuvieron con su afecto y esfuerzo la construcción de ese quien soy ahora.

No puedo olvidar a mi Corso, cánido perezoso que me reconcilia con la idea de la bondad ontológica de la Naturaleza.

Out of the night that covers me, Black as  
the pit from pole to pole, I thank whatever  
gods may be For my unconquerable soul.

In the fell clutch of circumstance  
I have not winced nor cried aloud. Under the  
bludgeonings of chance My head is bloody,  
but unbowed.

Beyond this place of wrath and tears Looms  
but the horror of the shade, And yet the  
menace of the years Finds and shall find me  
unafraid.

It matters not how strait the gate,  
How charged with punishments the scroll, I am the  
master of my fate:

I am the captain of my soul.

**INVICTUS** by William Ernest Henley

# ÍNDICE

INTRODUCCION	1
1 Adolescencia: concepto y etapas	1
1.1 Desarrollo físico del adolescente	2
1.2 Desarrollo psicológico del adolescente	3
1.3 Desarrollo familiar del adolescente	4
1.4 Desarrollo social del adolescente	5
2 El alcohol y el tabaco en la sociedad occidental	6
2.1 Reseña histórica del alcohol	6
2.2 Reseña histórica del tabaco	7
3 Características del consumo de alcohol y tabaco	9
3.1 Consumo en la población general	9
3.2 Consumo en la población adolescente	13
3.3 Fenómeno del policonsumo de sustancias adictivas	22
3.4 Cambios en los patrones de consumo	22
4 Efectos perjudiciales del consumo	24
4.1 Efectos perjudiciales del consumo de alcohol	24
4.2 Abuso y dependencia del alcohol	27
4.3 Efectos perjudiciales del consumo de tabaco	32
4.4 Adicción al tabaco	34
5 Modelos explicativos de los consumos de sustancias adictivas	37
5.1 Motivos para el consumo en adolescentes	41
6 La prevención y la educación para la salud en las conductas adictivas	48
6.1 Estrategias de Prevención	48
6.2 Educar para prevenir en el instituto	50
6.3 La influencia de la familia en la prevención	51
6.4 El papel de la sociedad y la legislación	52
6.5 Actitud de los organismos internacionales sobre el consumo	54
7 La intervención contra el consumo de sustancias adictivas en los adolescentes	55
7.1 Intervenciones contra el alcohol	55
7.2 Intervenciones contra el tabaco	56
OBJETIVOS	59
1 Hipótesis	59
2 Objetivos	59
SUJETOS Y MÉTODOS	61
1 Justificación del diseño	61
2 Metodología	62
3 Técnica de recogida de datos	64
4 Participantes y muestreo	66
5 Aspectos éticos	68
6 Análisis	70
RESULTADOS	77
1 Motivos para el consumo de alcohol	77
1.1 Determinantes personales	77
1.1.1 Características propias del alcohol	78
1.1.2 La edad como determinante del consumo de alcohol	78
1.1.3 El papel del sexo	79
1.2 Influencias del microsistema	80
1.2.1 La familia: el primer contacto	80

1.2.2 El grupo de iguales: nuevas normas	82
1.2.3 Los referentes sociales: adultos jóvenes	83
1.2.4 Las figuras de autoridad	84
1.3 Modelos sociales	85
1.3.1 La normalización social del alcohol	85
1.3.2 Relación con el ocio	87
1.3.3 Información recibida	90
1.4 Adicción y riesgo	91
1.4.1 Control y adicción del consumo de alcohol	91
1.4.2 Riesgo y enfermedad	94
1.4.3 Relación con otras drogas	94
2 Motivos para el consumo de tabaco	95
2.1 Determinantes personales	95
2.1.1 Características propias del tabaco	96
2.1.2 La edad como factor del tabaquismo	96
2.1.3 El sexo como motivación diferenciadora	97
2.2 Influencias del microsistema	100
2.2.1 La familia como modelo de consumo de tabaco	100
2.2.2 La influencia del grupo de iguales	103
2.2.3 Referentes sociales: los adultos jóvenes	104
2.2.4 Las figuras de autoridad	105
2.3 Modelos sociales	106
2.3.1 Normalización social del tabaquismo	106
2.3.2 Relación con el ocio	111
2.3.3 Información recibida	112
2.4 Adicción y riesgo	113
2.4.1 Control y adicción	113
2.4.2 Riesgo y enfermedad	116
2.4.3 Relación con otras drogas	118
3 Motivos para el consumo de drogas ilegales	119
4 Motivos para dejar de consumir	123
DISCUSIÓN	127
1 Motivaciones para el consumo de alcohol	131
1.1 Determinantes personales	131
1.1.1 Características propias del alcohol	133
1.1.2 Edad	134
1.1.3 Género	135
1.2 Influencia del microsistema	136
1.2.1 La familia	137
1.2.2 El grupo de iguales	138
1.2.3 Los adultos jóvenes	140
1.2.4 Las figuras de autoridad	142
1.3 Modelos sociales	143
1.3.1 Normalización Social	143
1.3.2 Relación con el ocio	144
1.3.3 Información recibida	145
1.4 Adicción y riesgo	145
1.4.1 Control y adicción	145
1.4.2 Riesgo y enfermedad	147
1.4.3 Relación con otras drogas	148
1.5 A modo de conclusión	148

2 Motivaciones para el consumo de Tabaco	150
2.1 Determinantes personales	150
2.1.1 Características propias del tabaco	152
2.1.2 Edad	152
2.1.3 Género	152
2.2 Influencia del microsistema	154
2.2.1 La familia	154
2.2.2 El grupo de iguales	155
2.2.3 Los adultos jóvenes	155
2.2.4 Las figuras de autoridad	156
2.3 Modelos sociales	157
2.3.1 Normalización Social	157
2.3.2 Relación con el ocio	157
2.3.3 Información recibida	158
2.4 Adicción y riesgo	159
2.4.1 Control y adicción	159
2.4.2 Riesgo y enfermedad	160
2.4.3 Relación con otras drogas	161
3 Consideraciones finales	162
CONCLUSIONES	163
BIBLIOGRAFÍA	165
DIFUSIÓN DE RESULTADOS	209

## Índice de tablas, figuras y anexos

Tabla 1	1	Figura 1	31
Tabla 2	4	Figura 2	31
Tabla 3	16	Figura 3	41
Tabla 4	29	Figura 4	69
Tabla 5	35	Figura 5	69
Tabla 6	40	Anexo 1	71
Tabla 7	62	Anexo 2	72
Tabla 8	65	Anexo 3	73
Tabla 9	65	Anexo 4	74
Tabla 10	68	Anexo 5	75
Tabla 11	77	Anexo 6	76

## Abreviaturas

ACV: Accidente Cerebro Vascular  
AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test  
CAGE: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener  
cc: centímetro cúbico  
CDT: Carbohydrate-Deficient Transferrin,  
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades  
CIAP: Clasificación Internacional de la Atención Primaria  
DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas  
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España  
EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction  
ESO: Educación Secundaria Obligatoria  
FSH: hormona estimulante del folículo  
g o gr: gramo  
GGT: Gamma-Glutamyl Transferase,  
GnRH: hormona liberadora de gonadotropina  
HTA: HiperTensión Arterial  
IPC: Índice de Precios al Consumo  
LH: Hormona Luteinizante  
LOGSE: Ley de Ordenación General del Sistema Educativo  
MALT: Münchner Alkoholismus Test  
mg: miligramo  
mmol: milimol  
ml: mililitro  
NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence  
NIDA: National Institute on Drug Abuse  
NIH: National Institute of Health  
OEDT: Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías  
OMS: Organización Mundial de la Salud  
OPS: Organización Panamericana de la Salud  
p.ej. : por ejemplo  
PECAJT: Políticas Estatales de Control del Acceso de los Jóvenes al Tabaco  
PIBA: Programa de Intervención Breve para Adolescentes  
Reitox: Red europea de información sobre la droga y las toxicomanías  
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida  
UBE: Unidad de Bebida Estándar  
UE: Unión Europea  
U.S.: United States  
VCM: volumen corpuscular medio  
WHO: world health organization  
 $\mu\text{m}^3$ : micrometro cúbico/micron



# INTRODUCCIÓN

## 1 Adolescencia: concepto y etapas

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años. Esta definición no comprende el hecho de que se trata de una construcción cultural, no sólo de un simple fenómeno biológico (Arnett, 2008). Comienza con la pubertad, una serie de cambios fisiológicos que desembocan en plena maduración de los órganos sexuales y la capacidad para reproducirse y relacionarse sexualmente. Es universal y los cambios son similares en todos los adolescentes, aunque con variaciones de tiempo y distintos significados culturales. Estos cambios son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano y familiar (De la Revilla, 2005). Algunas de las principales teorías sobre la adolescencia se resumen en la tabla 1

**Tabla 1**  
Principales teorías sobre la Adolescencia

---

### **Teoría psicoanalítica de FREUD**

La adolescencia es un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Supone, por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles y la necesidad de resolverlos con mayor independencia de los progenitores y, por otro lado, un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos.

### **Escuela de Ginebra (PIAGET)**

Señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se produce en estas edades genera un nuevo egocentrismo intelectual, confiando excesivamente en el poder de las ideas.

### **Teoría de ELKIND**

Se centra en el egocentrismo adolescente: la audiencia imaginaria (obsesión que tiene el adolescente por la imagen que los demás poseen de él y la creencia de que todo el mundo le está observando) y la fábula personal (tendencia a considerar sus experiencias como únicas e irrepetibles).

### **Teoría focal de COLEMAN**

La adolescencia es un periodo de crisis, si bien los conflictos se dan en una secuencia, de tal forma que el adolescente puede hacerles frente y resolverlos sin saturarse.

### **Teoría psicosociológica de ERIKSON**

La adolescencia es una crisis normativa, es decir, una fase normal de incremento de conflictos, donde la tarea más importante es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

Se subraya la influencia de los factores externos: la adolescencia es la experiencia de pasar una fase que enlaza la niñez con la vida adulta, y que se caracteriza por el aprendizaje de nuevos papeles sociales: no es un niño, pero tampoco es un adulto, es decir, su estatus social es difuso. En este desarrollo del nuevo papel social, el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres. Surgen ciertas contradicciones entre deseos de independencia y la dependencia de los demás, dado que se ven muy afectados por las expectativas de los otros.

---

La adolescencia abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta. (Hamel, 1985; Arnett, 2008). La OMS considera dos fases, la adolescencia temprana (12 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años). Otros autores (Hidalgo, 2006; Arnett, 2008) consideran que el inicio de la fase temprana comienza a los 10 años, proponiendo otra etapa más: la adultez emergente, a partir de los 18 hasta aproximadamente los 25 años. Su prolongación hasta llegar a la adultez dependerá de factores sociales, culturales y ambientales, así como de la adaptación personal (Krauskopf, 1994). Dentro del contexto occidental actual se dificulta la delimitación final de este periodo por la generalizada demora del matrimonio, la prolongación de los estudios y, sobre todo, el desempleo juvenil. Los cambios sociológicos de la sociedad occidental han contribuido a alargar la adolescencia mucho más de lo habitual en otras sociedades menos industrializadas (Erikson, 1968).

Es difícil separar las diferentes áreas de desarrollo del adolescente (física, psicológica y social) porque están estrechamente vinculadas entre sí (Casas, 2006). El ritmo de desarrollo en cada una de estas tres áreas puede ser diferente: la apariencia física, por ejemplo, puede hacer que las personas creen y esperen que su modo de pensar sea maduro o que es capaz de controlar sus emociones, cuando es probable que esto no sea así. El desarrollo físico en forma de cambios sexuales y corporales que se produce durante la adolescencia va acompañado de importantes cambios psicosociales que caracterizan a este periodo como una etapa decisiva en el camino hacia la edad adulta. Es una época de aprendizaje y autodescubrimiento en la que se pasa de la dependencia de la infancia a la interdependencia de la adultez mediante una transición dinámica, que discurre de forma gradual y a un ritmo individualizado, buscando alcanzar los siguientes objetivos (Marcos, 1999a; Dehne, 2001; Pérez-Milena, 2007b):

1. Identidad personal.
2. Integridad moral.
3. Independencia física y psicológica.

El ingreso en el mundo adulto exige una serie de cambios a todos los niveles que desembocan en actitudes y comportamientos de madurez. El inicio de la adolescencia marca el comienzo del aprendizaje para saber afrontar la realidad de modo personal y desarrollar una personalidad propia (Coleman, 1980). El concepto de madurez respecto al adolescente no debe considerarse un estado fijo o el punto final de proceso de desarrollo; la madurez es un término relativo que denota el grado en que la persona descubre y es capaz de emplear recursos, que se hacen accesibles a él en el proceso de crecimiento. (Krauskopf, 1994). La finalización de la adolescencia se acompaña, generalmente, con la consecución de un establecimiento de la identidad sexual, la posibilidad de mantener relaciones afectivas estables, la capacidad de establecer compromisos profesionales adquiriendo independencia económica, la adquisición de un sistema de valores personales (moral propia) y la relación de reciprocidad con la generación precedente (sobre todo con los padres) (Horrocks, 1984).

## **1.1 Desarrollo Físico del Adolescente**

La adolescencia comienza con la pubertad, cambios en la fisiología, anatomía y funcionamiento físico que hacen que una persona se convierta en un adulto maduro biológicamente y que preparan el cuerpo para la reproducción sexual. Los cambios hormonales de la pubertad comienzan en el hipotálamo, que empieza a incrementar gradualmente su producción de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) un par de años antes del inicio de la pubertad. Este hecho ocurre cuando se alcanza un umbral de grasa corporal, siendo la leptina (producto de las células adiposas) la que proporciona la señal al hipotálamo (Shalatin, 2003) (Rogol, 2010). La genética, el estrés, la posición socioeconómica y las toxinas ambientales son otros factores que influyen en el inicio de la pubertad. La GnRH influye sobre la hipófisis, que a su vez produce gonadotropinas: hormona estimulante del folículo (FSH) y hormona luteinizante (LH), que estimulan el desarrollo de los gametos e influyen en la producción de hormonas sexuales por los ovarios y los testículos. Los incrementos en estas hormonas (estrógenos, progesterona, testosterona) son causa de la mayor parte de los cambios corporales de la pubertad que suelen ocurrir antes en el sexo femenino debido a factores hormonales, originándose los caracteres sexuales. Durante este periodo del desarrollo humano es cuando maduran los órganos sexuales, tanto internos como externos. En las mujeres se produce una dilatación de los ovarios y la primera menstruación (menarquia); se ensanchan las caderas, redondeándose por el incremento de tejido adiposo, surge el vello púbico y axilar, y crecen los senos. En los hombres se ensanchan los hombros y el cuello se hace más musculoso; se desarrolla el pene y los

testículos, así como la próstata y el uréter. Aparece la primera eyaculación, el vello púbico, facial y axilar, y cambia la voz (Tojo, 2001; Cortés, 2004).

La incertidumbre con la que se vive este desarrollo tiene mucha relación con el sentimiento de confianza en sí mismo y en el entorno social significativo del adolescente. Los cambios mencionados son asincrónicos y ejercen un profundo efecto en el individuo, ya que deben asimilarse nuevas experiencias corporales que en ocasiones son preocupantes, como la primera menarquia en las mujeres o las poluciones nocturnas en los hombres. Todos los cambios físicos tienen efectos importantes en la identidad, ya que el desarrollo de ésta no solo requiere la noción de estar separado de los demás y ser diferente de ellos, sino también un sentimiento de continuidad de sí mismo y un firme conocimiento relativo de como aparece uno ante el resto del mundo. (Coleman, 1980; Arnett, 2008).

## **1.2 Desarrollo Psicológico del Adolescente**

El desarrollo psicológico del adolescente se encamina hacia la búsqueda de una identidad propia y una madurez emocional. La identidad buscada es de naturaleza psicosocial: el autoconcepto es su elemento central e integra en sí mismo elementos corporales, psíquicos, sociales y morales. Los cambios fisiológicos obligan a revisar y rehacer la imagen del propio cuerpo, motivo por el que la preocupación por el propio físico pasa a primer plano. Pero no sólo la imagen del propio físico, dado que el adolescente se juzga a sí mismo de la misma forma de cómo es percibido por los otros y se compara con ellos: la representación de sí mismo pasa a constituir un tema fundamental. El adolescente tiene una enorme necesidad de reconocimiento por parte de los otros, necesita ver reconocida y aceptada su identidad por las personas que son significativas para él para tener un concepto positivo de sí mismo. (Coleman, 1980) (Arnett, 2008). Al inicio de la adolescencia no es raro observar conductas con alta impulsividad, con sentimientos intensos y cambios frecuentes de humor. Posteriormente aparece un sentimiento de invulnerabilidad y, en cierto modo, omnipotencia, asumiendo a veces conductas nocivas para la salud, que da paso al final de la adolescencia a un reconocimiento de las necesidades emocionales de los demás tras adquirir la suficiente experiencia vital para sentirse más vulnerables. El desarrollo moral, por su parte, pasaría de un nivel convencional, donde los adolescentes y jóvenes van a elaborar sus juicios morales basándose en las expectativas del grupo social, a un nivel postconvencional, que se inicia en la adolescencia tardía, juzgando los comportamientos a partir de principios o derechos universales que están por encima de las normas sociales (Arnett, 2008).

La búsqueda de identidad se relaciona estrechamente con el desarrollo cognoscitivo. A partir de los 11 años comienzan las operaciones formales, un pensamiento lógico ilimitado, que alcanza su pleno desarrollo hacia los 15 años, caracterizado por el desarrollo de la capacidad de pensar de manera científica y razonar acerca de problemas complejos con múltiples variables. Aparece el pensamiento abstracto, el pensamiento complejo y la metacognición (pensar sobre el propio pensamiento). A partir de los 20 años comenzaría la etapa de las operaciones postformales, coincidiendo con el inicio de la adultez emergente, caracterizada por el pragmatismo (adaptación del pensamiento lógico a las restricciones prácticas de las situaciones reales) y el juicio reflexivo (capacidad para evaluar la precisión y coherencia lógica de pruebas y argumentos). Esta teoría, iniciada por Piaget (1972), no tiene en cuenta la existencia de grandes diferencias individuales y la influencia de la educación sobre el desarrollo de estas habilidades (Arnett, 2008).

### 1.3 Desarrollo familiar del adolescente

Teniendo en cuenta el enfoque de los sistemas familiares (Granic, 2003) entendemos que cada subsistema influye en el resto de subsistemas, por tanto los problemas de los padres afectan a los hijos y viceversa. Estas influencias son conocidas por los especialistas como efectos recíprocos o bidireccionales (Collins, 2004). Asimismo un cambio en cualquier miembro o subsistema de la familia propicia un periodo de desequilibrio hasta que el sistema familiar se reajusta. Entendiendo este punto se comprende cómo el advenimiento de la pubertad y la madurez sexual es un periodo de desequilibrio, clave en el sistema familiar, motivado, tanto por las alteraciones físico-hormonales como por los cambios surgidos del desarrollo cognoscitivo del adolescente, que alteran la percepción que los adolescentes tiene de sus padres (Arnett, 2008).

El hecho de que en las sociedades industrializadas occidentales la paternidad sea pospuesta cada vez más supone que la mayoría de los padres se encuentra en su cuarta década de vida cuando su primer hijo entra a la adolescencia. Dado que la personalidad de la gente se torna más flexible y adaptada cuando llega a la madurez parece entonces que, a medida que los hijos llegan a la adolescencia, es probable, que la mayoría de los padres sean los bastante flexibles para adaptar su estilo de crianza al desarrollo y la creciente autonomía de los adolescentes (Arnett, 2008). Dada la importancia de los padres para el desarrollo de sus hijos, en el campo de las ciencias sociales existe una rama de las mismas que se ocupa del estudio de los estilos de crianza fundamentándose en dos dimensiones (Baumrind, 1991; Mestre, 2007):

- Exigencia: medida en que establecen reglas y expectativas de conducta y se exige cumplimiento
- Sensibilidad: grado en que reaccionan los padres a las necesidades de sus hijos.

Combinando estos dos ítems obtenemos cuatro estilos de crianza, cuyos resultados en la crianza de los hijos se muestra en la tabla 2:

- Padres competentes o con autoridad: combinan un alto grado de exigencia con una adecuada sensibilidad.
- Padres autoritarios: son muy exigentes pero poco sensibles.
- Padres permisivos: son poco exigentes y muy sensibles.
- Padres no comprometidos: poco exigentes y poco sensibles.

**Tabla 2**  
Resultados de los modelos de crianza de los hijos  
según la exigencia y sensibilidad de los padres (Arnett, 2008)

Con autoridad	Autoritario	Permisivo	No comprometido
Independiente Creativo Seguro de sí mismo Hábil socialmente	Dependiente Pasivo Conformista	Irresponsable Conformista Inseguro	Impulsivo Delincuente Sexo a temprana edad Consumo de drogas

En un estudio de más de 4.000 adolescentes estadounidenses (Steimberg, 1994) se apreció como el estilo de crianza no comprometido es el predominante, seguido muy de cerca por el competente. Esta alta proporción de padres no comprometidos puede estar en relación con lo esbozado anteriormente: padres que se encuentran en la etapa de su madurez, que

sienten estar en una etapa placentera de su vida y que quieren luchar por sus propios intereses después de haber criado a sus hijos durante años (Arnett, 2008). En general la crianza con autoridad se asocia con los resultados más favorables, ya que favorece que los adolescentes sean más independientes, seguros de sí mismos y socialmente hábiles (Baumrind 1991).

## **1.4 Desarrollo Social del Adolescente**

El ser humano es una totalidad integrada, y éste está inmerso desde su nacimiento en un medio social. Al igual que desarrolla cognoscitivamente deberá tener un desarrollo social, es decir el ser humano no nace social sino que llega a serlo poco a poco. Hablar del desarrollo social del individuo es, pues, volver a trazar las etapas de una larga evolución que empieza los primeros meses de vida y que no acaba hasta el fin de la adolescencia (Reymond-Rivier, 1986). En la actualidad, la adolescencia es un período cada vez más largo, condicionado esto por factores de muy diversa índole y caracterizado por la búsqueda de sí mismo, de identidad personal y social (Reymond-Rivier, 1986).

El desarrollo juvenil se da en una delicada interacción con los entes sociales del entorno; tiene como referente no sólo la biografía individual, sino también la historia y el presente de su sociedad. Es el período en el que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno (Krauskopf, 1994). La globalización ha influido en que los adolescentes se encuentren expuestos a múltiples influencias multiculturales. Ello ha roto la homogeneidad de las culturas y, por consiguiente, la inmovilidad de los roles. Se han redefinido los patrones de consumo y agudizado las diferencias en el acceso de oportunidades y en las condiciones de vida entre los grupos en ventaja socioeconómica y aquellos que no lo están. Las juventudes, más claramente, se constituyen en sujeto múltiple, expuesto a diversos grados de vulnerabilidad y exclusión. Los cambios propios de la globalización, modernización y de los modelos económicos han ido acompañados de importantes transformaciones sociales y culturales. Se dan nuevas formas de interacción entre las generaciones, entre los sexos y entre las instituciones sociales. Dichas condiciones modifican las perspectivas que predominaban en la orientación y alcance de los derechos, las relaciones entre los sexos y entre las generaciones

Los padres son figuras importantes en la vida de los adolescentes, pero a medida que crecen se relacionan cada vez más con sus amigos: las interacciones sociales se expanden, mientras que se debilita la referencia familiar. Pese a ello, el adolescente precisa del apoyo familiar para obtener un adecuado apoyo social (Pérez-Milena, 2007b). Junto a los deseos de independencia, el adolescente sigue con una enorme demanda de afecto y cariño por parte de sus padres, y éstos a su vez continúan ejerciendo una influencia notable sobre sus hijos: los amigos son un referente en cuanto a las normas y los 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. (Coleman, 1980; Pérez-Milena, 2007b). Las relaciones interpersonales se abren a su microsistema de iguales y con el desarrollo de la madurez las posibilidades asociativas se multiplican y las relaciones sociales mejoran, incluidas las importantes relaciones con el sexo contrario. Los amigos son las personas ideales para compartir y ayudar a resolver problemas psicológicos, lo que supone una nueva perspectiva social, consistente en analizar más objetivamente sus relaciones, tal y como las vería una tercera persona (Aberasturi, 1985). Es normal que el adolescente se salga del grupo para comprometerse en relaciones personales con el otro sexo, porque la noción de autonomía y la de grupo se oponen.

La independencia social y económica es el objetivo de este desarrollo, sin embargo en las sociedades occidentales se está produciendo un aplazamiento de las responsabilidades sociales y la adquisición definitiva de la autonomía, lo que desplaza a edades más tardías la finalización de la adultez emergente (Bobadilla, 1981; Kaempffer, 1981). En conclusión, el periodo de la adolescencia tiene como características fundamentales la búsqueda de la identidad, con una gran importancia de la imagen propia que tiene el adolescente de sí mismo (autoconcepto) y sus cambios físicos, psíquicos y sociales que le conducen a la plena autonomía personal y social (Pérez-Milena, 2007a; Arnett, 2008).

## 2 El alcohol y el tabaco en la sociedad occidental

### 2.1 Reseña histórica del alcohol

El uso de bebidas alcohólicas (del árabe *al-kuhl* = el colirio) va estrechamente ligado a los acontecimientos sociales de nuestra civilización desde tiempos inmemoriales. Tan pronto como es descubierto el proceso de fermentación de ciertos líquidos azucarados procedentes de algunos granos y frutos, comienza el consumo de estas bebidas. El devenir histórico las ha hecho presentes en casi todos los rituales sociales vinculados a la cultura occidental. El alcohol es, de hecho, la primera droga de la que los textos históricos se han referido en términos de abuso, varios miles de años antes de Cristo (Blum, 1973). El alcohol ha sido sin duda la droga por excelencia de los pueblos mediterráneos. Sus efectos embriagantes fueron utilizados como vínculo litúrgico por egipcios, griegos, romanos y hebreos. Los egipcios son los inventores de la cerveza tres milenios antes de Cristo. Aún antes, la civilización de Mesopotamia conocía y utilizaba de otras bebidas fermentadas similares, citadas incluso en el código de Hammurabi, donde se prescribía la pena de ser arrojado al río para aquellos propietarios de locales de bebidas que permitieran la embriaguez de sus clientes. Entre los egipcios la cerveza estaba vinculada a usos populares, y gravada con algo similar a lo que ahora llamaríamos impuestos. Sin embargo, el vino fue en el Imperio Egipcio, hasta bien avanzada la dominación romana, una bebida exclusivamente ritual, utilizada para la embriaguez sagrada dentro del culto dedicado a Hathor, diosa egipcia del amor. El culto que las antiguas culturas griega y romana ofrecían a sus respectivos dioses del vino -Dionisos y Baco- es otro excelente indicador del arraigo que esta bebida ha tenido en los ritos religiosos de los pueblos mediterráneos.

El sincretismo judeo-cristiano llegaría a elevar el zumo de uva fermentado a la categoría de vehículo de la encarnación de la divinidad, presente hoy en día en los rituales de vínculo litúrgico de la comunidad cristiana. Para las culturas mediterráneas de la antigüedad el vino era la “sangre de la tierra”, de ahí que adquiriera unas cualidades mágicas que persisten en la liturgia cristiana (Oberlé, 1989). La utilización de bebidas alcohólicas como medio de trascender lo humano y alcanzar la unión con la divinidad es, en definitiva, la versión mediterránea del proceso que, con la misma finalidad, otras culturas han llevado a cabo por medio de otras drogas (como el uso de la hoja de coca y del botón de mescal en las culturas andinas y mesoamericanas). La expansión del Imperio Romano contribuyó a la introducción de la vid y del proceso de fermentación en todos los territorios dominados. Después de la caída del imperio, en la Península Ibérica se sigue desarrollando el cultivo de la vid y la producción de vino. Existen indicios de que, incluso entre los musulmanes que habitaban los reinos peninsulares, alguna selecta minoría era consumidora de vino (Freixa, 1993). Precisamente, parece ser que fueron los árabes quienes descubrieron el proceso de destilación, entre los siglos VIII y IX, con lo que se consiguió aumentar el grado alcohólico de las bebidas fermentadas. Poco a poco, en diversas regiones de Europa, siempre en los monasterios, se van elaborando los primeros licores destilados: *cognac*, *benedictine*,

*chartreuse*... Más tarde la tradición destiladora llegaría a Irlanda y a Escocia, siendo en este último país donde en el siglo XV comienza a elaborarse un aguardiente de cebada llamado *visge beatha* (agua de la vida en gaélico escocés) que es el primer antecedente de lo que en inglés se denominó *whisky*. Al mismo tiempo, en la abadía benedictina de Sankt Gallen (Suiza) comienza a desarrollarse entre los siglos XIII y XV una incipiente industria cervecera. Esta bebida llega a la península con la venida del emperador Carlos V. Sin embargo, este nuevo producto no es aceptado por el pueblo, que lo considera una bebida extranjera. De hecho, el uso popular de la cerveza en el Estado Español no llegará hasta mediados del siglo XIX, cuando industriales alemanes ubican sus factorías cerveceras en Cataluña.

El avance tecnológico de los siglos XVIII y XIX permite el desarrollo de la crianza de los vinos, cervezas y licores prácticamente como los conocemos en la actualidad. La investigación científica del químico francés Louis Pasteur (1822-1895) permitió un mejor conocimiento de los procesos de fermentación y destilación, lo cual posibilitó la industrialización del proceso productivo del alcohol, así como su mejoramiento y abaratamiento. La mayor y mejor oferta de alcohol da lugar a una disponibilidad más fácil, lo que unido a los cambios sociales, económicos y culturales a que da lugar la nueva sociedad industrial, contribuye al mayor consumo de bebidas alcohólicas. Además de su inclusión como sustancia “estimulante” de moda entre la llamada bohemia artística y literaria de Europa y América del Norte (Toulouse-Lautrec, Baudelaire, Poe,...), el uso de las bebidas alcohólicas como droga, es decir, buscando sus efectos embriagantes, desinhibidores y ansiolíticos, alcanza gran magnitud entre la población occidental del siglo XIX. Es en este período cuando se comienza a hablar del alcoholismo como un problema social y sociosanitario de primera magnitud (Santo Domingo, 1990). Curiosamente, es a partir de este momento cuando desde diversas instancias de las iglesias católicas y protestantes se inician campañas redentoras de este mal social. De hecho, los primeros intentos de abordar el problema del alcoholismo venían cargados de consideraciones morales y religiosas. Posteriormente, ya iniciado el siglo XX comienza a imponerse un modelo científico (fundamentalmente médico) que entendía y trataba el problema de manera más objetiva.

Las bebidas alcohólicas aparecen en nuestra época como un factor más de aculturación, una nueva ola de alcoholización universal, promovida en última instancia por intereses comerciales, que no deja libre ni a los países tradicionalmente antialcohólicos, mahometanos y hebreos, principalmente (Daumer, 1985; Santo Domingo, 1990). A este respecto, y desde la Antropología contemporánea, se ha denunciado que el alcoholismo es uno de los principales factores de exterminio de las culturas autóctonas de Oceanía y Norteamérica (Ceinos, 1990; Serrán, 1990). Por otra parte, en las mismas sociedades industrializadas, las formas de vida de finales del siglo XX, asociadas a factores de tensión y competitividad, dan lugar a una demanda creciente y difícilmente desligable de la creada, de manera premeditada, por la llamada sociedad del consumismo.

## **2.2. Reseña histórica del tabaco**

El tabaco tiene su origen en las tierras de la cultura maya (Serrano, 2004). Como consecuencia del comercio de los Mayas con los Olmecas, el tabaco fue difundido a todo el norte de América hasta Canadá. Los mayas dieron al fumar un carácter fundamentalmente religioso y ceremonial. Hacia finales del siglo XII, los Aztecas invadieron el territorio maya y asimilaron la costumbre de fumar tabaco dándole un carácter más social que religioso y conservando la costumbre hasta la llegada de los españoles a principios del siglo XVI (Brosse, 1990). En el Nuevo Continente se cosechaban dos especies diferentes en estado silvestre: la *Nicotiana Rústica*, cuyo cultivo tenía lugar en México, el este de América y Canadá, y que tenía una hoja estrecha con un alto contenido de nicotina y tan amarga que se fumaba en pipa, lo que dio lugar a la famosa pipa

de la paz; y la *Nicotiana Tabacum*, alta, ancha y mucho más suave que la anterior, origen del tabaco tal y como lo conocemos.

Rodrigo de Jerez, uno de los marinos que acompañó al Almirante Colón en su primer viaje, introduciría años más tarde el hábito de fumar en España y en muchos otros países, lo cual le costó muchos años de cárcel, al ser condenado por la Inquisición, ya que ésta sólo otorgaba poder de echar humo por la boca al diablo. De España el tabaco pasó a Portugal para que posteriormente en 1561 el diplomático Jean Nicot lo introdujese en Francia; a este embajador en la corte lusitana le debe el nombre genérico la planta (*Nicotiana*). En 1585 lo llevó a Inglaterra el navegante sir Francis Drake y el explorador inglés sir Walter Raleigh que inició en la corte isabelina la costumbre de fumar el tabaco en pipa (Martínez-Llamas, 1982). Este hábito se puso de moda y en el siglo XVI fumar se consideraba como placer primero y como medicamento después, habiendo sido adquirido por todo tipo de clases sociales: la pipa entre las más elevadas y el rollo de hojas (como precursor del cigarro puro) entre las más populares. En España las autoridades, no fueron ajenas al creciente comercio y así en el año 1620 empezó a funcionar en Sevilla la primera fábrica de tabacos española donde se comenzó elaborando polvo de tabaco para aspirar por la nariz, denominado Rapé, muy apreciado en toda Europa donde se consideraba un signo de distinción social. Más tarde, se fabricaron los cigarrillos hechos con hojas producidas en las colonias de ultramar (Serrano, 2004).

La América colonial anglófona se convirtió en el primer productor mundial de tabaco. Hacia 1864, un agricultor de Ohio obtuvo por casualidad una cepa deficiente en clorofila que recibió el nombre de Burley blanco, que acabó por convertirse en el ingrediente principal de las mezclas de picadura americana para la fabricación de cigarrillos. Desde finales del siglo XIX y comienzos del XX el cigarrillo ostentó ya una primerísima posición en el mercado dado que el abaratamiento y la masificación de la producción contribuyeron a que todas las clases sociales tuviesen un fácil acceso al tabaco. En 1921 los cigarrillos ya eran la forma más común de consumir tabaco en Estados Unidos. Durante el siglo XIX todavía se estaba en la creencia de las propiedades terapéuticas del tabaco:

*“Administrado, eso sí, por mano útil pues no es prudente tomar medicamento alguno sin que un médico lo haya recetado. Así se podía usar el tabaco en lavativas como excitante directo en la constipación, como revulsivo en apoplejía serosa, en fiebres soporíferas y en asfixia por submersión (introduciendo humo en los intestinos), como estimulante directo del asma, los catarros inveterados, las disposiciones a la hidropesía pectoral, como diurético...”*  
(Salvador, 2001).

No es hasta el año 1930 cuando Fritz Lickint publica la evidencia estadística que relaciona el cáncer pulmón y el tabaco (Haustein, 2004). En 1939 se presenta el primer estudio epidemiológico al respecto elaborado a nivel mundial. En la Segunda Guerra Mundial, el cáncer de pulmón se convirtió en la principal causa de muerte, sólo por detrás de las acciones militares. Acabado el conflicto, distintos expertos comenzaron a interesarse por conocer el origen de estos episodios oncológicos, siendo de vital importancia los estudios de Richard Doll (1950). En 1956 la OMS declaró que el tabaco es la principal causa previsible o evitable de muerte precoz.

## 3 Características del consumo de alcohol y tabaco

### 3.1 Consumo en la población general

El **Informe sobre la situación mundial sobre el alcohol y la salud 2014** (WHO, 2014) muestra un consumo mundial anual igual a 6,2 litros de alcohol puro consumido por cada persona con una edad igual o superior a los 15 años. A nivel mundial, Europa es la región con el mayor consumo de alcohol per cápita, con algunos de sus países con tasas de consumo particularmente altas. El análisis de las tendencias muestra que el nivel de consumo se mantiene estable en los últimos cinco años en la región, así como en África y en las Américas, aunque se han registrado incrementos en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental. El informe también señala que un mayor porcentaje de hombres que mujeres mueren por causas relacionadas con el alcohol - 7,6 % de los hombres y 4% de las mujeres -, aunque hay evidencia de que las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol en comparación con los hombres. Los autores señalan también que existe preocupación por el aumento constante en el consumo de alcohol entre las mujeres.

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2015) existen en el mundo más de mil millones de fumadores y cada día comienzan a fumar 100 mil jóvenes menores de 18 años, de los cuales 80% viven en países en desarrollo. La Sociedad Americana del Cáncer en el Atlas del Tabaco del año 2009 ofrece datos sobre cómo se publicita, se vende y se consume el tabaco en sus respectivos países (Eriksen, 2012). A excepción del tabaco de mascar en India y de los *kreteks* en Indonesia, los cigarrillos son el método más común de consumo de tabaco en el mundo. Casi mil millones de hombres fuman en el mundo, 35% de los hombres en países de altos recursos y 50% de los hombres en países en desarrollo. En general, los hombres con mayor educación están dejando de fumar, quedando el consumo para los hombres más pobres y con menos educación. Aproximadamente 250 millones de mujeres alrededor del mundo fuman a diario; el 22% de éstas viven en países de altos recursos y el 9% en países de medianos y bajos recursos. Aunque el consumo de cigarrillos en las mujeres en la mayoría de los países de altos recursos está disminuyendo, especialmente en Australia, Canadá y el Reino Unido, las tasas de consumo femenino de cigarrillos en varios países del sur, centro y este de Europa se mantienen estables. El aumento del consumo de tabaco entre las mujeres jóvenes de países en desarrollo es clave para la evolución de la epidemia. Los tres países con mayor consumo en mujeres son China, Estados Unidos e India.

El **Informe Europeo sobre Drogas** aporta una visión general anual del Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA-) 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 EMCDDA 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. Los resultados surgen del análisis de los datos recopilados por la red Reitox (red europea de información sobre la droga y las toxicomanías), 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 EMCDDA. Cada otoño de los últimos años se publica un informe que contiene datos no confidenciales, siendo el último el publicado en el año 2015 cuyas conclusiones principales sobre el problema de la drogodependencia en Europa

apuntan a una situación en la que se mantienen las pautas y tendencias a largo plazo pero aparecen novedades en las pautas de consumo y en las respuestas. En el análisis de este año, es evidente la importancia de los factores mundiales en la oferta de drogas y los debates sobre las políticas, mientras que en cuanto a las nuevas tendencias las pautas de consumo y las respuestas a los problemas ocupan el primer plano. En el mercado de las drogas, cada vez resulta más difícil definir la frontera entre las «viejas» y las nuevas drogas, puesto que estas últimas imitan cada vez más distintos tipos de sustancias establecidas, con lo que las respuestas a ellas pueden reproducir respuestas ya acreditadas por pruebas contrastadas.

En el año 2014 el análisis del EMCDDA aprecia una estabilidad de la situación global, con signos positivos en algunos ámbitos, pero siguen apareciendo nuevos retos. La vieja dicotomía entre un número relativamente pequeño de consumidores de drogas, a menudo por vía parenteral, muy problemáticos y un número mayor de consumidores recreativos y experimentales se va rompiendo y se ve sustituida por una situación más gradual y compleja. En el campo de la drogodependencia en Europa, la heroína va desarrollando un papel menos relevante que en el pasado, mientras que adquieren cada vez más importancia los estimulantes, las drogas sintéticas, el cannabis y los medicamentos.

En EMCDDA 2009 apreciamos como mientras que la Unión Europea es el mayor productor, exportador e importador de bebidas alcohólicas, el consumo de alcohol se constituye en el tercer factor de riesgo de morbilidad precoz sólo por detrás del tabaquismo y la hipertensión arterial, siendo más importante que la obesidad o la hipercolesterolemia. Aunque la tendencia del consumo medio tiende a disminuir en las últimas décadas (de los 15 litros de alcohol por adulto y año a mediados de los años 1970 a los menos de 9 litros a inicios de los 2000). La UE es la región del mundo con mayor consumo de alcohol per cápita. Estos niveles actuales están 2.5 veces por encima de la media del resto del mundo. En este contexto, España es el octavo país con mayor consumo de alcohol de toda la región europea.

La **Encuesta sobre el Consumo de Tabaco entre los Ciudadanos Europeos** (Special Eurobarometer 385, 2012) realizada entre el 25 de febrero y el 11 de marzo de 2012 en los 27 países de la Unión Europea, es la última de una serie comenzada en 2003 con el objetivo de analizar la situación actual y opiniones de la población europea respecto al tabaco.

Si se compara el consumo de tabaco en Europa con respecto a España se observa cómo el 28% de la población europea fuma actualmente, mientras que en España la cifra asciende al 33%, dos puntos por debajo de la última medición realizada en el año 2009. Otras conclusiones relevantes obtenidas en esta encuesta son las siguientes:

- El consumo medio de cigarrillos por fumador a nivel europeo es de 14.2 al día, en España la cifra es ligeramente menor: 13.4 cigarrillos/ fumador al día.
- Más de la mitad de los fumadores españoles (57%) ha intentado dejar de fumar, el 24% en el último año, siendo entre estos últimos los principales motivos la preocupación por su salud (68%), la familia, pareja o amigos (25%) o el precio (20%).
- En España, al igual que en la Unión Europea, la influencia de los amigos es la principal causa para comenzar a fumar; así lo afirma el 82% de los fumadores y exfumadores españoles (un 79% a nivel europeo).

A nivel europeo se ha reducido notablemente la exposición al humo del tabaco en locales públicos, debido a las estrictas regulaciones que se han puesto en práctica en varios países europeos desde el año 2009. En España es donde se observa el mayor descenso, debido a la normativa que entró en vigor en enero de 2011: actualmente sólo un 17% de los entrevistados responde haber estado en los últimos 6 meses en un establecimiento de bebidas en el que se permitía fumar (un 7% en un restaurante). En el año 2009, las cifras ascendían a un 87% en bares y a un 75% en restaurantes, lo que significa un descenso de 70 y 68 puntos porcentuales

respectivamente. Uno de cada cuatro españoles manifiesta estar expuesto al humo del tabaco en su lugar de trabajo, al menos de forma ocasional (23%), mientras que en Europa la cifra aumenta al 28%.

Los ciudadanos españoles, al igual que en el resto de Europa, están mayoritariamente a favor de las diferentes medidas antitabaco: por ejemplo, el 74% se muestra a favor de “poner imágenes con advertencias de salud en todos los paquetes de productos de tabaco”. Sin embargo, la mayoría de los entrevistados españoles (65%) no cree que incluir advertencias de salud en los paquetes evite que la gente joven comience a fumar.

**El Programa de Encuestas Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España** (EDADES, 2015) es un programa bienal de encuestas domiciliarias sobre consumo que permite analizar la evolución de las prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales ante el problema, y las medidas que los españoles consideran más efectivas para resolverlo. En esta última encuesta, referida al período 2013-2014, EDADES muestra como la extensión del consumo de bebidas alcohólicas en la sociedad española es prácticamente universal. Desde el año 2011 aumenta ligeramente el consumo de las sustancias legales: tabaco (40.7%), alcohol (78.3%) e hipnosedantes (12.2%); pero también desde el año 2011 disminuye ligeramente el consumo de las sustancias ilegales.

Las sustancias psicoactivas más extendidas entre la población española de 15 a 64 años fueron el alcohol y el tabaco, que son las drogas que se consumieron, por término medio, a una edad más temprana (el tabaco con 16,4 años y las bebidas alcohólicas con 16,7 años). Las drogas ilegales presentan un comienzo algo más tardío (entre los 19 y 23 años).

Se encuentra estabilizada la tendencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 10 años pero en niveles elevados. La prevalencia de borracheras tampoco muestra variaciones significativas en su evolución temporal: 2 de cada 10 personas se han emborrachado en el último año. El 15,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido alcohol en atracón en el último mes. Las mayores prevalencias se encuentran en el grupo de los adultos jóvenes de 15 a 29 años mientras el botellón se concentra en el grupo de los adultos jóvenes de 15 a 24 años. En la población de 15 a 64 años, utilizando AUDIT, tienen un consumo problemático de alcohol el 4,9% de encuestados, de los cuales presentan consumo de riesgo el 4,5% (1.600.000 personas, 1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) y presentan una posible dependencia el 0,4% (120.000).

En cuanto al tabaco EDADES 2015 muestra una tendencia estable de la prevalencia de consumo diario de tabaco en todos los rangos de edad y en ambos sexos, según EDADES 2013, un 40,2 % de la población española de 15-64 años había consumido tabaco en los últimos 12 meses, lo que suponía un discreto descenso respecto al período 2005-2009, con niveles de consumo muy parecidos a los obtenidos inmediatamente antes de la entrada en vigor de la normativa estatal sobre tabaco en diciembre de 2005, pero inferiores a los niveles de consumo anteriores (1997-2003). Por lo que respecta a las tendencias temporales, se observa que hasta 2003 el consumo diario se había mantenido relativamente estabilizado. En el período comprendido entre 2003 y finales de 2007, la prevalencia de consumo diario descendió en todos los grupos de edad y en ambos sexos, continuando la tendencia descendente para las mujeres entre 15 y 34 años. En 2009 por primera vez las diferencias de prevalencias por grupos de edad, tanto en hombres como en mujeres, disminuían hasta casi desaparecer, hecho que nunca se había producido en el caso de las mujeres, en el que el grupo de 15 a 34 años siempre había presentado prevalencias superiores de consumo diario de tabaco a las del grupo de 35 a 64 años.

El consumo de drogas tanto legales como ilegales está más extendido entre los hombres, excepto los hipnosedantes donde la proporción de mujeres que consume hipnosedantes en el último año duplica el porcentaje de hombres (16 % frente a 8,5 %); diferencias que aumentan con la edad.

La edad media de inicio en el consumo de las diferentes drogas se mantiene estable con respecto a ediciones anteriores de la encuesta: hipnosedantes (35.2 años), hipnosedantes sin receta (31.3 años), cocaína base (23.2 años), heroína (21.5 años). Las drogas de inicio más temprano consumidas son: tabaco (16.4 años), bebidas alcohólicas (16.7 años), cannabis (18.6 años)

Las prevalencias de consumo de cannabis muestran una tendencia levemente descendente. Hacen consumo problemático de cannabis el 2,2% de la población (15-64 años), consumo que va disminuyendo con la edad. Los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad

Se mantiene una tendencia descendente de consumo de cocaína ya iniciada en 2005. La proporción de consumidores entre los hombres es 3,5 veces mayor que la observada entre las mujeres. En tanto al éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos; siendo las cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas

El consumo de heroína detectados en la encuesta, no muestran cambios con respecto a las ediciones previas.

Nuevas sustancias tales como ketamina, éxtasis líquido, spice, piperazinas... presentan su edad de mayor consumo entre los 25-34 años con un decalaje de género favorable al hombre. El 74,1% de las personas nunca han oído hablar de estas drogas. El 78% de los consumidores de nuevas sustancias lo hace en situación de policonsumo experimental (5 o más sustancias). En los últimos 12 meses un 13,6% no han consumido ninguna sustancia El porcentaje de mujeres que no consumen casi duplica al de hombres. Tanto el alcohol como cánnabis están presente en el 90% de los policonsumos de sustancias ilegales. El consumo de alcohol, sobre todo si es de tipo intensivo (binge-drinking e intoxicaciones etílicas) se asocia con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas.

En tanto a las incidencias anuales en el último año previo a la encuesta comenzaron a consumir cannabis 168.677 personas (5,3 por cada mil encuestados), tabaco 142.282 (4,4/1.000) y cocaína en polvo 38.551 (1,2/1.000). El número de personas que empezaron a consumir cannabis supera a las que se iniciaron en el consumo de tabaco. La mayor tasa de personas que empiezan a consumir cannabis se da en menores de edad (47 por cada mil personas de 15 a 17 años)

EDADES 2015 infiere una disminución de riesgo percibido ante el consumo de ciertas drogas y un incremento en tanto a riesgo percibido por mujeres respecto a hombres para todas las sustancias, excepto para hipnosedantes. Persiste la consideración del tabaco como más peligroso que el cannabis. La disponibilidad percibida para todas las drogas mantiene la tendencia descendente iniciada en 2009.

Para los ciudadanos, las medidas de mayor eficacia para resolver el problema de las drogas son: acciones formativas, tratamiento, control policial junto a restricción legal y campañas publicitarias. La población muestra mucho interés en recibir información a través de los medios de comunicación, internet, los profesionales sanitarios, los profesores y charlas o cursos

El **Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones**, 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. El último de ellos es el estudio **La Población Andaluza ante las Drogas XII**, editado por Conserjería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía en 2011.

La prevalencia de consumo de alcohol en Andalucía se mantiene igualmente estable desde 1998, aumentando solamente para los consumos esporádicos. El consumo de alcohol es mayor en los hombres que en las mujeres. Respecto a 2009 en 2011 la edad de inicio en el consumo de alcohol ha descendido ligeramente, tanto en hombres como en mujeres, situándose la media en 17 años. En tanto a los Indicadores de consumo problemático este informe nos indica que los porcentajes de personas con perfil de riesgo (media diaria de alcohol puro al día de igual o superior a 50 cc. en hombres y 30 cc en mujeres) y de intoxicaciones agudas en el último mes ha aumentado en 2011 respecto a 2009, estableciéndose unos porcentajes medios de 4,6% para mujeres y 10,2% para hombres. La mitad de las personas menores de 30 años ha participado en algún botellón en los últimos seis meses. Por otro lado, la prevalencia de consumo de tabaco en Andalucía se mantiene prácticamente estable para el periodo 1987-2011 (el 58.5% no fuma en el momento de realizar la entrevista). La edad media de inicio de consumo tabáquico se mantiene prácticamente igual en 2011 (respecto a 2009), alrededor de los 16,5 años.

### **3.2 Consumo en la población adolescente**

A continuación se ofrecen los datos sobre las prevalencias y los patrones de consumo de alcohol y tabaco en la población adolescente de los principales organismos nacionales e internacionales que actúan como observatorios de dicho fenómeno.

El EMCDDA colabora en el **Proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas** (ESPAD, 2011) (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*), que permite la comparabilidad de los datos de la investigación en el medio educativo para 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 en 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) recopilando datos de 36 países. Los datos del año 2011 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 sobre un consumo excesivo episódico de alcohol en los últimos 30 días, aunque la brecha de género se redujo de 12 puntos porcentuales en 1995 a cinco en 2011.

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. Otros países como Mónaco o Portugal informaron de grandes aumentos (13 y 10 puntos porcentuales, respectivamente). 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. De los encuestados en el año 2011, el 6% había probado una o más de otras drogas. El 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. 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%). Por su parte, 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. Los medicamentos sin receta, el uso de tranquilizantes y/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%.

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 EMCDDA 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. La encuesta del año 2006 en España (Moreno-Rodríguez, 2008) 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 programa de **Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)** que viene desarrollando desde 1994 la Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional sobre Drogas contempla, entre otras actuaciones, la realización con carácter bianual de una encuesta a Estudiantes de Secundaria con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. La amplitud de las muestras (en la última edición la muestra efectiva estuvo integrada por 27.503 estudiantes de 747 centros públicos y privados de Secundaria junto a su estabilidad metodológica hace de esta Encuesta un instrumento valiosísimo para conocer la situación actual de los consumos de las distintas drogas, los patrones de consumo dominantes y sus tendencias, así como las opiniones y actitudes de los escolares respecto a diferentes aspectos relevantes de los consumos. Los datos obtenidos sobre el consumo se exponen en la tabla 3.

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 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.

**Tabla 3** 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 2012/2013)

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Colegios	395	389	404	488	591	573	577	784	857	747
Aulas	837	826	826	875	1251	1315	1322	1568	1730	1523
Alumnos	21094	18966	18085	20450	26576	25521	26454	30183	31967	27503
<b>Consumo de alcohol (%)</b>										
Alguna Vez	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9
Últimos 12 meses	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9
Últimos 30 días	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0	74
Borracheras último mes	16,1	15,3	16,5	21,7	20,2	28,0	25,6	29,1	35,6	30,8
<b>Consumo diario de tabaco (%)</b>										
Hombres	17,8	19,0	17,9	19,3	17,7	18,9	12,5	13,3	11,0	12
Mujeres	15,4	28,1	27,5	27,0	24,2	24,1	16,9	16,4	13,6	13,1
<b>Consumo de hipnosedantes (%)</b>										
Alguna vez en la vida	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4	18,5
Últimos 12 meses	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6	11,6
Últimos 30 días	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0	6,6
<b>Consumo de cannabis (%)</b>										
Alguna vez en la vida	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0	33,6
Últimos 12 meses	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6
Últimos 30 días	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1
<b>Consumo de cocaína (%)</b>										
Alguna vez en la vida	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9	3,6
Últimos 12 meses	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6	2,5
Últimos 30 días	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5	1,5

La relevancia de la información que facilita radica en que la población objeto de estudio se corresponde con las edades en las que suelen iniciarse los consumos de drogas y consolidarse ciertas relaciones con las sustancias, permitiendo de este modo la identificación precoz de los hábitos y patrones de consumo emergentes, así como la elaboración de proyecciones respecto a las tendencias de futuro de los mismos. Los datos obtenidos ponen de manifiesto la existencia de nuevos valores sociales, de nuevas formas de relaciones familiares y entre los sexos, sin las cuales no resultaría posible comprender las motivaciones que subyacen tras el consumo de bebidas alcohólicas. 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 cuestionarios, 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 una baja representación 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.

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 ya se ha hablado, o los indicadores de oferta y control de la oferta.

Las conclusiones más importantes obtenidas en la encuesta ESTUDES del año 2012/2013 son las siguientes:

- el alcohol y el tabaco, seguidos del cannabis siguen siendo las drogas más consumidas por los estudiantes españoles. Le siguen, por este orden, hipnosedantes (con y sin receta), cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína, que se sitúa en último lugar.
- El 81,9% de los estudiantes dice haber consumido alcohol en el último año, “una cifra muy alta que refleja la magnitud del problema al que nos enfrentamos”, en opinión del delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; asimismo, el 35,3% ha consumido tabaco en el último año, el 26,6% cannabis, el 11,6% hipnosedantes, el 2,5% cocaína, el 2% alucinógenos, el 1,7% anfetaminas y el 0,7% heroína.
- Con respecto al género, los datos de esta encuesta demuestran que el consumo de tabaco, alcohol e hipnosedantes está más extendido entre las mujeres. Pese a ello, los hombres que consumen alcohol o tabaco lo hacen con mayor intensidad que las mujeres. En cambio, el consumo del resto de sustancias (cannabis, cocaína, alucinógenos, anfetaminas o heroína) está más extendido entre los varones.
- Por tramos de edad, se observa un salto considerable entre los 14 y 16 años en el consumo de las tres drogas de mayor prevalencia (alcohol, tabaco y cannabis). En el caso del alcohol, a los 14 años el 63% de los estudiantes lo ha consumido alguna vez en el último año. A los 16 años, el 84% ya lo ha consumido, lo que supone un aumento de 21 puntos porcentuales. Lo mismo sucede con los psicoestimulantes como cocaína, éxtasis o anfetaminas: la mayor extensión del consumo se produce entre los 16 y los 18 años.
- La edad media de inicio permanece estable en todas las drogas y oscila entre los 13 y los 16 años, según las sustancias. Sube ligeramente la edad de inicio del alcohol, que se sitúa en los 13,9 años de media (frente a los 13,7 de la anterior encuesta). Pese a ello, continúa siendo una edad de inicio muy temprana.
- El policonsumo es cada vez más frecuente entre los jóvenes, tanto en España como en Europa. En nuestro país, de cada 10 estudiantes, 4 son policonsumidores (consumen dos o más sustancias).
- El papel de los amigos es otro de los aspectos que pone de manifiesto esta encuesta. Las prevalencias de consumo de cualquier droga son mayores entre los escolares que perciben un mayor número de amigos consumidores de esta misma sustancia. Por ejemplo, de los encuestados que dicen que todos o la mayoría de sus amigos consume alcohol, el 89%

también lo consume. Sin embargo, de los que dicen que pocos o ninguno de sus amigos bebe alcohol, sólo lo consume el 46%.

- Los estudiantes de entre 14 y 18 años perciben el alcohol como la sustancia menos peligrosa y consideran que el tabaco es más peligroso que el cannabis.

Por sustancias, los datos más significativos son los siguientes:

- Alcohol.- Los datos de esta encuesta revelan un importante aumento del consumo de alcohol. Así el 83,9 por ciento de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol. El 81,9% han consumido en el último año y el 74% ha consumido alcohol en el último mes.
  - Además, 6 de cada 10 estudiantes se ha emborrachado alguna vez, 5 de cada 10 lo hizo en el último año y 3 de cada 10 en el último mes. Desde 1994 se observa una tendencia global ascendente en la proporción de estudiantes que se han emborrachado en los últimos 30 días.
  - La frecuencia y la intensidad del consumo de alcohol aumentan con la edad. Con 17 años, el 63%, casi dos tercios de los estudiantes, se han emborrachado en el último año.
  - Las mujeres consumen alcohol en mayor proporción que los hombres, e incluso el porcentaje de chicas que se emborrachan es mayor que el de los chicos. Así, el 29,2% de las escolares de 14 años se han emborrachado alguna vez en el último año.
  - El patrón del consumo de bebidas alcohólicas en forma de “atacón” (5 o más copas en un corto espacio de tiempo) es similar al de las borracheras. El 43% de los estudiantes de 16 años y la mitad de los de 17 se han atracado de alcohol alguna vez en el último mes.
  - La encuesta incluye por primera vez una pregunta específica sobre el “botellón”. El 62% de los encuestados ha participado en uno al menos una vez en el último año y el 53,3% en el último mes. La encuesta también revela una relación directa entre el “botellón” y los atracones de alcohol. Los consumos intensivos (borracheras y atracón de alcohol) son más habituales entre los que “hacen botellón”. Lo mismo sucede con la relación entre el “botellón” y el consumo de otras drogas: los escolares que realizan “botellón” presentan una mayor prevalencia de consumo de cannabis y cocaína.
  - El supermercado (61,8%), seguido de bares o pubs (57,7%) son los lugares donde con más frecuencia los escolares consiguen el alcohol, pese a que la venta a menores está prohibida. En cuanto al lugar donde lo consumen, 6 de cada 10 menores lo hacen en bares y pubs y 5 de cada 10, en discotecas, y el 57%, en espacios abiertos. Durante el fin de semana las bebidas que más se consumen son los combinados, la cerveza y el vino y, entre semana, la cerveza.
- Tabaco.- El descenso en el consumo de tabaco que se inició en 2004 parece estabilizarse. En 2013, el 43,8% de los escolares ha fumado tabaco alguna vez en la vida, el 35,3% en el último año y el 12,5% lo fuma a diario.

- Pese a ello, en los últimos ocho años el consumo de tabaco por parte de los estudiantes de entre 14 y 18 años se ha reducido en un 50%. En 2004, el 21,5% de este sector de la población fumaba a diario, frente a un 12,3% en 2010 y un 12,5% en 2013.
  - Sigue aumentando la percepción del riesgo del consumo de tabaco. Más del 90% de los escolares consideran que fumar a diario es peligroso para la salud.
  - En cambio, se observa un ligero repunte en el consumo medio de cigarrillos, aunque las cifras siguen siendo claramente inferiores a las de 2004. Entre los fumadores diarios, las mujeres fuman menor número de cigarrillos que los hombres.
- Hipnosedantes.- Son las drogas que mayor proporción de estudiantes consumen (con y sin receta) tras el alcohol, el tabaco y el cannabis. El 18,5% ha consumido estas sustancias alguna vez en la vida y el 11,6% en el último año.
  - Al igual que ha sucedido entre la población general, esta encuesta revela un aumento de su consumo por parte de los menores tanto en el último año como en el último mes. En el caso de los hipnosedantes sin receta, en esta encuesta el 5,8% de los menores ha consumido estas sustancias en el último año y el 3,4% en el último mes (frente al 5,6% y 3% respectivamente en 2010)
- Cannabis.-El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor porcentaje de jóvenes. Sin embargo, su consumo ha disminuido un 36% en la última década. 3 de cada 10 estudiantes ha probado cannabis alguna vez en su vida y 1 de cada 4 lo ha consumido en el último año. El 2,7% lo consume a diario (3,8% chicos y 1,5% chicas).
  - Aunque el consumo global de cannabis en este sector de la población se ha reducido, la encuesta muestra un repunte en el consumo de riesgo. Según la escala CAST, utilizada internacionalmente, el 16% de los menores que ha consumido cannabis en el último año corre el riesgo de padecer los problemas físicos y psicológicos que se derivan del uso de esta droga. De hecho, el consumo de cannabis origina el 94,9% de las demandas de tratamiento entre los menores, mientras que en 2005 esta proporción era del 70%.
  - Además, entre los consumidores de cannabis, un 44% ha repetido curso, frente a un 28% de repetidores entre los que no consumen.
- Cocaína. En el caso de esta droga, también se confirma la tendencia descendente. En los últimos diez años, la prevalencia de consumo se ha reducido en un 60% tanto entre los que han consumido cocaína alguna vez en la vida, como entre los que la han consumido en el último mes.
  - Esta tendencia descendente también coincide con la reducción que se ha observado entre la población general. Asimismo, la cocaína ha perdido protagonismo en los servicios de urgencia o en los centros de tratamiento por drogas.
- Anfetaminas, alucinógenos y éxtasis.-El consumo de este tipo de sustancias se mantiene en niveles muy bajos y su prevalencia prácticamente no ha variado respecto a la encuesta

anterior. Desde el 2004 el consumo de estas drogas se ha reducido de forma importante, hasta en un 50% en algunos casos. No obstante, se aprecia un ligero repunte en el consumo de éxtasis.

- Heroína.-La heroína es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En el 2013, un 1% la había probado alguna vez, un 0,7 % en el último año y un 0,6 % en el último mes.
- Drogas Emergentes.-En 2013, se ha introducido por segunda vez en esta encuesta un módulo específico sobre el consumo de las llamadas sustancias emergentes. Son drogas que se venden por internet y por tanto de gran accesibilidad. España ha sido un país pionero en la realización de este estudio y en 2012 puso en marcha un sistema de alerta temprana para detectar su posible consumo.
  - En España, las sustancias de este tipo más consumidas son las setas mágicas (2,2%) el “spice” (1,4%) y la ketamina (1,1%)

## Fundación Pública Andaluza para la Atención a las Drogodependencias

El informe **La Población Joven Andaluza ante las Drogas 2009** es un estudio transversal, que se enmarca en el proyecto europeo “Estudio e Investigación. Detección de consumo de drogas en jóvenes”, cofinanciado por Fondo Social Europeo, a través de su convocatoria de subvenciones de 2007. Los datos obtenidos en el año 2009 muestran que en Andalucía casi la mitad de las personas entre 14 y 29 años de edad nunca han fumado tabaco. Un 38,1% fuma diariamente, siendo este porcentaje superior al detectado para la población general, de 12 a 64 años de edad en tres puntos porcentuales. Además, el 6,4% fuma en la actualidad, ocasionalmente. Estos datos confirman de nuevo que el tabaco es la sustancia más consumida diariamente en nuestro entorno. El consumo diario de tabaco en jóvenes de 12 a 29 años permanece estable en los últimos 7 años, mientras que el consumo ocasional ha descendido en torno a un punto porcentual. Por otro lado, aumenta el porcentaje de quienes nunca han fumado y de las personas que han abandonado el consumo de tabaco. El porcentaje de fumadores diarios es mayor para hombres (40,9%) que para las mujeres (35,4%). Sin embargo, el porcentaje de fumadoras ocasionales es algo mayor que el de hombres (6,9% frente a 5,9%) y también son más las mujeres que nunca han fumado (50,6%) que los hombres (46,9%).

Por grupos de edad, se observa un incremento progresivo del porcentaje de consumo diario de tabaco conforme aumenta la edad: un 10,2% en las personas de 14 y 15 años frente a un 46,7% en las de 25 a 29 años. En la población de este estudio (14 a 29 años) la media de edad de consumo del primer cigarrillo se sitúa en los 15,75 años, siendo muy similar para los chicos (15,8 años) y para las chicas (15,7 años). El análisis de la media de edad de inicio al consumo de tabaco según la tipología de consumo (ocasional o diario, y dentro de este último, moderado, medio alto y excesivo) confirma que un inicio precoz supone un mayor riesgo de consolidar el consumo tabáquico habitual (Caballero-Hidalgo, 2005). Las personas que fuman a diario, clasificadas con un consumo excesivo (más de 20 cigarrillos al día), presentan la edad de inicio más temprana (15,01 años). A medida que se modera el patrón de consumo, encontramos edades de inicio superiores, situándose la de las personas que fuman ocasionalmente en los 16,67 años. Estos datos inciden en la importancia de retrasar, al menos, la edad de contacto con la sustancia en la

medida de lo posible. El 78,5% de las personas jóvenes en Andalucía que han fumado en alguna ocasión, lo han hecho por primera vez antes de los 18 años. Este porcentaje es mayor entre las chicas (80,4%) que entre los chicos (76,8%).

El contexto en el que, de forma más habitual, se comienza a fumar es la calle (50,2% de quienes han fumado alguna vez); lugar prioritario de los inicios al consumo que se producen antes de los 10 años de edad (81%). El inicio al consumo de tabaco se vincula también al contexto de fiesta o celebración; a medida que aumenta la edad de inicio, las situaciones de fiesta y celebraciones tienen una mayor incidencia. Un 11,1% (14% de las chicas vs. 11% de los chicos) de la muestra refiere haber fumado por primera vez en el entorno del centro docente. En cuanto a la compañía con la que se iniciaron al consumo de tabaco, el grupo de iguales (amistades o compañeros o compañeras de estudio o trabajo) es la compañía más habitual (94,3%). Un 2,2% fumó por primera vez en compañía de algún miembro de su familia. Cabe destacar que en las edades estudiadas (de 14 a 29 años), no se observan diferencias significativas en función del sexo en relación al tipo de compañía para el inicio al consumo de tabaco

Mientras que el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida de manera diaria, el alcohol es la sustancia con un consumo general más extendido en nuestro entorno. En Andalucía, en 2009, el 81,3% de la población de 12 a 64 años señalaba que lo ha tomado en alguna ocasión. Entre la población joven, de 14 a 29 años, este porcentaje es del 75,5%. Cuando se trata de un consumo más reciente –último año o último mes- ambas prevalencias prácticamente se igualan. Esto no es así en lo referente al consumo diario de alcohol, que se encuentra notablemente menos extendido en la población joven (1,9%, frente al 6,4% de la población general). Con respecto a 2002, se observa una tendencia descendente en el porcentaje de jóvenes que han consumido alcohol en el último año y en el último mes. Las prevalencias de consumo de alcohol son mayores entre los chicos que entre las chicas y la diferencia aumenta a medida que se trata de un consumo más reciente y habitual (3,3% entre los chicos vs 0,4% entre las chicas). Por grupos de edad, se observa que el consumo de alcohol en días laborales se incrementa de manera progresiva con la edad, mientras que el consumo en fines de semana aumenta hasta el grupo etario de 20 a 24 años y en el grupo de más edad (25 a 29) desciende ligeramente.

El consumo de alcohol entre las personas jóvenes se encuentra más extendido en los fines de semana que en los días laborables: el 57,6% de las personas encuestadas bebieron alcohol algún fin de semana del último mes. En días laborables del último mes, ha bebido el 17,2% de la muestra, y el 3,9% ha tomado alguna bebida alcohólica todos los días laborables del mes. La proporción de chicos que consumen alcohol es mayor que la de las chicas tanto en fines de semana como en días laborables, sin embargo, cuando se trata del consumo algún fin de semana ambos porcentajes son muy similares. En lo que se refiere a los tipos de bebida consumida, la cerveza es la bebida más consumidas durante los días laborables: el 14,5% ha tomado cerveza algún día laborable en el último mes. El consumo del resto de tipos de bebida (vino, aperitivos, vermut, combinados, licores) de lunes a jueves es reducido. En fines de semana, la bebida más consumida en la población joven son los combinados o cubatas, a diferencia de la población general, entre la que sigue siendo la cerveza. El 50% de las personas jóvenes entre 14 y 29 años han tomado algún combinado en fines de semana.

La edad media del primer consumo de alcohol es de 15,8 años (16,6 años entre los hombres por 18,6 de las mujeres). Entre las personas jóvenes, un 81,2% de quienes han consumido alguna bebida alcohólica lo ha hecho por primera vez antes de los 18 años. En lo referente al contexto en el que tomaron por primera vez alcohol, el 44,5% lo hizo en una fiesta o celebración. La calle es un lugar de iniciación también habitual entre las personas jóvenes, especialmente entre los chicos (40,3%) más que entre las chicas (34,6%). En cuanto a la compañía con la que se inició, mayoritariamente (90,7%) fue con amistades. Un 8% tomó alcohol por primera vez en compañía

de alguna persona familiar, porcentaje que resulta superior entre las chicas que entre los chicos (9,9% por 6,4%).

### **3.3 Fenómeno del policonsumo de sustancias adictivas**

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, 2002; Ginzler, 2003). Mayet (2010) señala 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 (Ridenoura, 2006). También es probable que los adolescentes con dependencia a la nicotina presenten un riesgo mayor de consumo de otras sustancias que aquellos con consumo irregular y sin dependencia a la nicotina (Martínez-Martínez, 2008).

La relación entre el consumo de tabaco y las drogas ilegales se ha demostrado, observándose como 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). La mayoría de los estudios disponibles informan que el mayor número de consumidores de sustancias adictivas ilegales usan habitualmente como puerta de entrada alcohol o la nicotina. Golub (2002) observa 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 (2007) encuentra que un 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), algo que también ocurre en la población adolescente de Jaén (Jiménez-Pulido, 2012) donde también se ha encontrado un relación 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, 2005; Calafat 2007a; Calafat, 2007b). 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 (2010) recoge 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.

### **3.4 Cambios en los patrones de consumo**

Un renovado estilo de ocio juvenil se ha ido imponiendo entre los jóvenes españoles, caracterizado por el desarrollo de unas prácticas lúdicas sobreestimuladoras, la búsqueda de sensaciones y la satisfacción hedónica, así como la ritualización grupal como principales señas identificativas (Calafat, 2007c; Míguez, 2008) ante la emergencia de la civilización del ocio. Múltiples formas de diversión juvenil nocturna durante el fin de semana se asocian a usos programados de drogas recreativas (Bellis, 2003). Se constatan características autóctonas, tales como las descritas bajo la denominación de "botellón" con concentración de numerosos grupos

de jóvenes que beben reunidos en la calle (Cortes, 2008), estableciéndose una similitud con los consumos excesivos y concentrados de alcohol de acuerdo al patrón *binge-drinking* (atracción) descrito por Anderson (2007) entre otros investigadores.

La propia experimentación con sustancias psicoactivas constituye un elemento identificativo de las prácticas de entretenimiento colectivo para algunos sectores de jóvenes no sólo del entorno mediterráneo, sino que se ha convertido en un fenómeno global con determinantes socioculturales e implicaciones comunitarias que trascienden los usos/ abusos de consumo a nivel personal, tal como se manifiestan agencias internacionales como el National Institute on Drug Abuse (NIDA 2006; Whitten, 2006)

La experimentación parece aumentar en España en el caso de ciertas sustancias psicoactivas (derivados canábicos) y estabilizarse en elevados niveles de consumo en otras como el alcohol (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007; Observatorio Español sobre Drogas, 2005). En los últimos años se ha constatado un aumento del consumo de cocaína, cannabis y éxtasis, si bien el consumo de heroína es casi residual y se mantiene la experimentación con alucinógenos. Asimismo, se ha producido una reducción significativa de la edad de inicio al consumo de drogas institucionalizadas como el alcohol entre los adolescentes españoles, que se ha situado alrededor de los doce años y medio (DGPNSD, 2007)

En los últimos años el problema del consumo de alcohol entre adolescentes y jóvenes españoles es de tal magnitud que incluso se habla de alcoholismo juvenil o dependencia alcohólica (Sirvent, 2007). Ha tendido a popularizarse el consumo de alcohol de fin de semana y la ebriedad como fin en sí mismo (Laespada, 2003), si bien se va consolidando un número significativo de jóvenes abstemios o, simplemente, experimentadores ocasionales. En países como España el estatuto social del alcohol condiciona su aceptación como droga blanda, en virtud del cual se redefinen discursos así como promulgaciones legislativas reguladoras del fenómeno del botellón como consumo abusivo de alcohol por parte del colectivo juvenil en macroespacios abiertos (Gómez, 2008;). Drogas como el alcohol y el tabaco representan para los adolescentes drogas iniciáticas, si bien ello puede conducir a otras búsquedas, de acuerdo con las clásicas teorías de Kandel (1975).

A las tendencias de consumo descritas se suman modificaciones en los hábitos de consumo entre el colectivo juvenil español en la experimentación con otras sustancias psicoactivas, tales como las drogas de diseño y otros psicoestimulantes (Bobes, 2000; Sáiz, 2001;). Motivaciones hedónicas, deseos de experimentar nuevas sensaciones, respuestas a presiones grupales o redefiniciones de procesos identitarios son los principales motivadores de consumo (Sirvent, 2007). Precisamente, las búsquedas o redefiniciones identitarias en condiciones de crisis (en la acepción de cambio) condicionan las experimentaciones de los propios adolescentes, siendo variables eminentemente psicosociales los principales mecanismos reguladores, juntos a otros de índole constitucional, afectivo, familiar, comunitario y sociocultural.

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.

## 4. Efectos perjudiciales del consumo

### 4.1 Efectos perjudiciales del consumo de alcohol

La humanidad ha usado el alcohol con seguridad y de forma agradable durante milenios, ocupando un importante lugar en ceremonias seculares y religiosas. Además, se conoce que la ingesta moderada puede mejorar la salud: así, atendiendo a la “paradoja francesa”, observamos que la mortalidad por enfermedades coronarias es más baja en Francia de lo que se esperaría por su prevalencia nacional de fumadores y del consumo de grasa saturada. Este efecto protector se ha atribuido al frecuente consumo de vino tinto (Orgogozo, 1997) debido a su contenido en sustancias fenólicas y flavonoides, sustancias que tienen propiedades antioxidantes y antitrombóticas y algo similar ocurriría con el consumo de cerveza a baja dosis (Costanzo, 2011).

Por tanto el alcohol en dosis pequeñas puede no provocar daños en el organismo pero existe, sin embargo, un subgrupo de bebedores de alcohol donde el consumo puede provocar la aparición de complicaciones catastróficas. La morbilidad asociada al alcohol afecta a distintos órganos y sistemas entre los que se pueden destacar los reseñados a continuación:

- Sistema cardiovascular: el consumo moderado (definido entre tres y nueve Unidades de Bebida Estándar por semana) puede ser beneficioso para la salud logrando una disminución de la mortalidad cardiovascular, los eventos coronarios, los episodios de insuficiencia cardíaca, la arteriopatía periférica y los accidentes cerebrovasculares isquémicos (Fernández-Solá, 2008), mientras que el consumo perjudicial, ligado a un consumo excesivo, provoca aumento de la mortalidad cardiovascular, arritmias, episodios de hipertensión arterial, incremento de accidentes cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos, así como desarrollo de miocardiopatía alcohólica (Fernández-Solá, 2005). Para los ictus, el riesgo para una misma cantidad de alcohol es mayor para mujeres que para hombre (Patra, 2010).
- Cáncer: el riesgo de desarrollar cáncer de mama es mayor entre las mujeres que tienen un consumo de alcohol igual o superior a 10 gramos diarios (Harris, 2012). Diferentes tipos de cáncer gastrointestinal están relacionados con el consumo de alcohol incluso a bajas dosis. En un estudio sobre 226.000 hombres, la tasa de mortalidad combinada para cáncer de boca, laringe, faringe, esófago e hígado fue del 40% mayor en los bebedores de menos de una bebida al día frente a los abstemios y se incrementa progresivamente a medida que aumenta el consumo (Thun, 1997). La relación del consumo de alcohol con el cáncer de páncreas es controvertida pero hay numerosos estudios que muestran evidencias de su asociación cuando hay un elevado consumo ( $\geq 40$  gr/día) mientras que el uso moderado ( $< 3$  gr/día) no parece incrementar tal riesgo (Tramacere, 2010). El cáncer hepatocelular también se ha relacionado con el consumo de alcohol, al parecer mediado por la cirrosis alcohólica; además, la ingesta de alcohol, incrementa el riesgo de aparición de carcinoma hepatocelular en portadores de hepatitis B y C (Tinkle, 2012).
- Pancreatitis y diabetes mellitus: El alcohol es la principal causa de pancreatitis crónica en el mundo occidental (Pascual, 2012) con una asociación estadística para un consumo de bebidas alcohólicas superior a 5 bebidas por día (Yadav, 2010). El riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus también está incrementado en la población de bebedores excesivos (Babor, 2012).
- Entre las manifestaciones neurológicas relacionadas con el alcohol parece encontrarse la demencia, con una creciente evidencia que sugiere que el consumo moderado o leve podría ser protector (Peters, 2012). La enfermedad de Wernicke-Korsakoff es un

trastorno neurológico agudo causado por el déficit de tiamina, presentando una clásica triada clínica que incluye encefalopatía, disfunción ocular y ataxia. El síndrome amnésico de Korsakoff aparece de forma tardía tras la encefalopatía (Harper, 2009). Otras patologías relacionadas son la disfunción cognitiva y crecimiento ventricular, la degeneración cerebelar alcohólica o la enfermedad desmielinizante de Marchiafava-Bignami (Matsushita, 2007).

- Complicaciones neuromusculares: Es frecuente en estos pacientes la neuropatía periférica así como la miopatía alcohólica periférica, tanto simétrica, autonómica o por compresión. También es frecuente la miopatía alcohólica que puede presentarse de forma aguda con afectación necrotizante o como un proceso más indolente (Pascual, 2012)
- Las manifestaciones hematológicas en el alcoholismo crónico pueden afectar a las tres series y es bastante frecuente encontrar anemia por disminución de eritrocitos, infecciones por leucopenia y trastornos hemorrágicos por afectación plaquetaria (Pascual, 2012).
- Durante el embarazo la ingesta importante de alcohol puede causar el síndrome alcohólico-fetal y una constelación de hallazgos incluidos el retardo en el crecimiento intrauterino, alteraciones en el sistema nervioso central y alteraciones faciales (Warren 2011).

Otras patologías relacionadas con el consumo de alcohol son la osteoporosis (el consumo importante de alcohol predispone también a padecer fracturas de cadera causadas por caídas y osteoporosis) (Maurel 2012) y la fibrilación auricular (el alcohol potencia la arritmia cardíaca pero no está claro el impacto de un bajo consumo) (Liang, 2012).

## ▪ **Problemas específicos en la adolescencia**

Los adolescentes corren un riesgo mayor que los adultos a desarrollar enfermedades como la cirrosis hepática, las pancreatitis y algunas formas de cáncer como el de mama (Nobili, 2011; Berkey, 2012). También afecta la absorción de nutrientes en el intestino delgado siendo esto contraproducente para el período de crecimiento en el que se encuentran los adolescentes. Dada los importantes cambios neurobiológicos que ocurren durante este período, la adolescencia se erige como un período de alta vulnerabilidad para el desarrollo de daños cerebrales asociados al alcohol (Bava, 2010).

La adolescencia es un período evolutivo crítico en el que muchas áreas cerebrales experimentan importantes cambios estructurales y funcionales, tanto en plasticidad como en conectividad neural (Giedd, 2008), con reestructuraciones a nivel de neurotransmisores, alteraciones hormonales (esteroides gonadales y hormonas del estrés) y cambios de neuroplasticidad en zonas cruciales para la planificación o la memoria como son, respectivamente, la corteza prefrontal y el hipocampo (Hillemecher, 2011). Cada vez son más los estudios que revelan que el consumo de alcohol y de otras drogas durante la adolescencia puede alterar el desarrollo neurológico normal del cerebro, lo que tendría un importante impacto a nivel psicológico y comportamental (Spear, 2002). Se han encontrado efectos permanentes del alcohol sobre el córtex prefrontal (Roussotte, 2012; Chambers, 2003), fundamental en funciones psicológicas como el aprendizaje y seguimiento de normas o la regulación emocional. Estos efectos pueden generar un desequilibrio entre los sistemas cerebrales relacionados con el placer y el control conductual, haciendo más vulnerable a las adicciones al adolescente consumidor. También existen evidencias sobre daños en otras zonas cerebrales como el hipocampo, que se encuentra implicado en procesos de aprendizaje y memoria (DeBellis, 2000; McClain, 2011). Si las consecuencias físicas parecen claras, menos consenso existe en relación con las consecuencias

psicológicas y comportamentales del consumo de alcohol. Los efectos a corto plazo son evidentes y están relacionados con las intoxicaciones agudas y con la distorsión que ocasionan en los juicios de evaluación de situaciones de riesgo que pueden llevar a la conducción temeraria o a las conductas sexuales de riesgo (Murgraff, 1999; Santo Domingo, 2002).

Todos estos cambios cerebrales inducen a muchos adolescentes a asumir conductas de riesgo y a buscar sensaciones extremas en un contexto de impulsividad, ansiedad, agresividad y baja percepción del posible perjuicio asociado a sus comportamientos (Heinz, 2011). Los adolescentes que consumen alcohol están más expuestos a desarrollar estilos de vida nocivos para la salud. Así, el consumo de alcohol se asocia a un inicio precoz de la actividad sexual, situación que los expone a un mayor riesgo de contagio con el virus del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados (Santo Domingo, 2002). De igual modo, incrementan la probabilidad de verse afectados por la disfunción eréctil (Westwood, 2008). Existe una correlación importante entre el consumo de alcohol y la violencia tanto contra el exterior como hacia sí mismo (Swahn, 2008). Como efecto de la embriaguez no se piensa en las consecuencias de los actos o estas dejan de importar y el bloqueo de las funciones frontales del cerebro incrementa la agresividad. El consumo de alcohol entre adolescentes también ha sido asociado con muertes por suicidio y accidentes de tránsito e incrementa la vulnerabilidad de los jóvenes frente al consumo de otras sustancias adictivas.

De igual importancia es la repercusión sobre la salud mental. Los adolescentes que abusan del alcohol son más vulnerables a la depresión severa, ansiedad, trastornos de alimentación y trastornos psicóticos que aquellos que no tienen un problema de alcohol. El inicio de consumo de alcohol en la adolescencia incrementa la probabilidad de padecer trastornos de personalidad e incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los 24 años. (Santo Domingo, 2002) Las consecuencias a largo plazo, sin embargo, están menos claras: a la escasez de estudios longitudinales hay que añadir lo complicado que resulta determinar las consecuencias para el desarrollo y ajuste adolescente del consumo de sustancias, debido a que está asociado a muchos factores de riesgo que a su vez influyen sobre el desarrollo adolescente. Muchos estudios encuentran que el consumo de sustancias en adolescentes está relacionado con fracaso o abandono escolar, problemas conductuales o síntomas depresivos (Chassin, 2002; Johnson, 2000), aunque el hecho de que la mayoría de estudios que encuentran esta relación sean transversales hace que sea difícil saber si se trata de consecuencias o de precursores del consumo de sustancias. Por otra parte, no faltan investigaciones que encuentran relación entre el consumo, generalmente moderado o experimental, y algunos indicadores de un buen ajuste en la adolescencia o adultez (Chassin, 2002; Shedler, 1990).

Estos resultados no son sorprendentes si tenemos en cuenta que la experimentación con drogas como el alcohol está muy extendida y aceptada en la sociedad actual, más entre los adolescentes y jóvenes, y se ha convertido en un comportamiento normativo o una especie de rito de tránsito que marca el fin de la niñez. Así, la asunción de ciertos riesgos, al margen del peligro que conllevan, pueden considerarse como tareas que deben resolverse en un momento de transición evolutiva (Schulenberg, 2002). Estas conductas serían funcionales y dirigidas a un objetivo central para el desarrollo adolescente. No resulta complicado pensar que fumar, beber, consumir drogas ilegales o la actividad sexual precoz pueden ser útiles de cara a ganar la aceptación del grupo de iguales, a conseguir autonomía respecto a los padres o a afirmar la madurez y marcar el fin de la niñez, de forma que aquellos jóvenes que hayan experimentado con estas sustancias puedan sentirse posteriormente más satisfechos y seguros (Baumrind, 1987; Oliva, 2008).

## 4.2 Abuso y dependencia del alcohol

La edad en que una persona consume por primera vez alcohol es semejante en alcohólicos y no alcohólicos, aunque el hecho de que suceda en etapa más temprana (consumo corriente y ebriedad) se vincula con un mayor riesgo de problemas posteriores (Robins, 1990). La gente que inicia su consumo antes de los 15 años multiplica por cuatro su probabilidad de desarrollar dependencia al alcohol, en comparación con los que empiezan a los 20 o más años (DeWit, 2000). Una vez establecido, el curso del alcoholismo probablemente se convierte en una historia de exacerbaciones y remisiones. Como regla general, es poca la dificultad para abstenerse de beber cuando surge un problema, lo que sigue de un periodo de días a meses de consumo controlado de alcohol. Salvo que se persevere en la abstinencia, los periodos inevitablemente ceden el paso a un incremento en la ingestión de alcohol y a nuevos problemas. Esta evolución no es inexorable, ya que entre 50 y 66% de los alcohólicos mantienen la abstinencia durante periodos prolongados después del tratamiento. Incluso sin un tratamiento formal o grupos de autoayuda, al menos 20% logran la abstinencia permanente. Sin embargo, si el alcohólico sigue bebiendo, su esperanza de vida se acortará en un promedio de 10 a 15 años; las principales causas de muerte, en orden decreciente, son cardiopatías, cáncer, accidentes y suicidio (Schuckit, 2011)

Alrededor de 20% de las personas tienen algún trastorno relacionado con el alcohol (Schuckit, 2011). El **abuso del alcohol** es el consumo de alcohol excesivo o problemático que puede llegar a convertirse en alcoholismo. El alcoholismo es el abuso crónico de alcohol que tiene como consecuencia una dependencia física al alcohol, desarrollando una enfermedad en la cual una persona siente una gran necesidad de ingerir alcohol, no es capaz de limitar el consumo de la bebida, necesita tomar mayores cantidades para conseguir el mismo efecto y padece síntomas de abstinencia al dejar de usar alcohol. La **dependencia del alcohol** afecta la salud física y mental, y causa problemas con la familia, los amigos y el trabajo. Varios factores pueden contribuir al abuso de alcohol y al alcoholismo como la genética propia de cada individuo, la presión social, la tensión emocional, el dolor, diferentes problemas de salud mental así como comportamientos problemáticos con relación a la bebida, aprendidos a través de familiares o de amigos (Dawson, 2000). Es común negar los problemas derivados del abuso del alcohol (Gold, 2010). Además, el abuso del alcohol puede ocurrir sin que haya dependencia física. Los síntomas del abuso de alcohol incluyen problemas tanto físicos como psicosociales y es frecuente continuar bebiendo a pesar de las dificultades relacionadas con el propio consumo.

Los **síntomas de abstinencia** aparecen si un paciente con dependencia deja de ingerir alcohol: en algún momento de su vida, de un 2% a un 5% de los alcohólicos presentan convulsiones por abstinencia, con frecuencia a las 48 horas de haber dejado de beber. Una vez que el encéfalo ha estado expuesto repetidas veces a grandes dosis de alcohol, cualquier disminución repentina en el consumo puede ocasionar síntomas de abstinencia, muchos de los cuales son exactamente lo contrario de los originados por la intoxicación etílica. Los síntomas más frecuentes son temblor de las manos (sacudidas), agitación y ansiedad, hiperactividad del sistema nervioso autónomo con aumento del pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal e insomnio posiblemente acompañado de pesadillas. Debido a la semivida breve del alcohol, estos síntomas de supresión suelen comenzar en las primeras 5-10 horas después de reducir la ingestión de etanol, alcanzan su máxima intensidad al segundo o tercer día y mejoran al cuarto a quinto días. La ansiedad, insomnio y concentraciones moderadas de disfunción autónoma pueden persistir durante cuatro a seis meses como síndromes de supresión (abstinencia) prolongados que contribuyen a la tendencia a volver a beber (Schuckit, 2011). El término **delirium tremens** o alucinosis alcohólica denota un estado poco común de abstinencia aguda y acentuada con delirio (confusión psíquica, agitación y niveles fluctuantes de conciencia), que se acompaña de temblor e hiperactividad autonómica (p. ej. aceleración importante del pulso, incremento en la presión

arterial y las respiraciones). Por fortuna esta complicación grave y potencialmente letal de la abstinencia se observa en menos de 5% de los sujetos que dependen de él y la posibilidad de que se presente es menor de 1%. Lo más probable es que las crisis de delirium tremens ocurran en personas que también tienen otros trastornos médicos graves y por lo general se pueden evitar al identificarlos y tratarlos (Pascual, 2012).

La dependencia del alcohol se detecta en todos los países en que se consume alcohol y afecta a varones y mujeres de todos los estratos socioeconómicos y todas las razas. Las cifras por lo general son semejantes en Estados Unidos, Canadá, Alemania, Australia e Inglaterra; tienden a ser menores en muchos países mediterráneos como Italia, Grecia e Israel y mayores en Irlanda, Francia y la Península Escandinava. Se han encontrado cifras todavía mayores en algunas culturas nativas como indios norteamericanos, esquimales, grupos maoríes y tribus aborígenes de Australia. Las diferencias reflejan las influencias culturales y genéticas. El riesgo permanente de dependencia alcohólica en muchos países occidentales es de 10 a 15% en varones y de 5 a 8% en mujeres. Cuando se considera también el abuso alcohólico, aumentan las cifras de trastornos vinculados con él. El diagnóstico de dependencia de alcohol anticipa un ciclo de problemas repetitivos con su consumo y el acortamiento de la vida un promedio de 10 años (Schuckit, 2011).

Los trastornos relacionados con el alcohol se clasifican en abuso, dependencia, intoxicación y síndrome de abstinencia según el DSM-IV-TR (2008) (Ochoa, 2009), con los ítems que se exponen en la tabla 4. Esta clasificación ha sido criticada por ser reduccionista y adinámica, sacrificando la validez diagnóstica por la fiabilidad diagnóstica. En Atención Primaria la clasificación se orienta más por episodios de atención, concepto más amplio que el hospitalario de episodio de enfermedad, que incluye la razón de consulta expresada por el paciente, los problemas de salud detectados por el profesional y las intervenciones o proceso de atención. La Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2, 1999) es referencia obligada no sólo para la investigación, sino también en el proceso de informatización de la historia clínica, al permitir codificar casi todas las actividades y elementos del episodio de atención al paciente. Los problemas derivados del consumo del alcohol se enmarcan dentro del apartado de problemas psicológicos (P19 abuso crónico del alcohol y P20/P25 abuso agudo del alcohol).

## ▪ **Diagnóstico del consumo y la dependencia alcohólica**

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. Así, la cerveza contiene entre el 2% y el 5% de alcohol puro, los vinos contienen entre el 10,5 y el 18,9%, los licores varían 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 (Robledo, 2007; Rosón, 2008).

**Tabla 4**  
 Criterios del abuso del alcohol, síndrome de dependencia de alcohol  
 y síndrome de abstinencia alcohólica (DSM-IV-TR 2008)

<b>Abuso del Alcohol (F10.1)</b>
A. Un patrón desadaptativo de abuso de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por uno (o más) de los siguientes, durante un período de 12 meses
1. Consumo recurrente de alcohol, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o pobre rendimiento laboral relacionados con el consumo de la sustancia; ausencias relacionada con la sustancia, suspensiones o expulsiones de la escuela; descuido de los niños o de las obligaciones del hogar)
2. Consumo recurrente del alcohol en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
3. Problemas legales repetidos relacionados con el alcohol (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido al alcohol)
4. Consumo continuado del alcohol, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos del alcohol (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física)
B. Estos síntomas no cumplen nunca los criterios de dependencia del alcohol.
<b>Síndrome de dependencia de alcohol (F10.2)</b>
Patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento continuado de 12 meses
1. Tolerancia
2. Abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos del alcohol
6. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de alcohol
7. Persistencia del consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales
<b>Abstinencia alcohólica (F10.3)</b>
A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades
B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio
1. Hiperactividad autonómica (p. ej. sudación o más de 100 pulsaciones)
2. Temblor distal de las manos
3. Insomnio
4. Ansiedad
5. Agitación psicomotora
6. Náuseas o vómitos
7. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias o ilusiones
8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
C. Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad socio-laboral
D. Todo ello, no debido a ningún otro trastorno mental o físico, como el delirium por abstinencia alcohólica

Actualmente, dentro de las actividades preventivas que se llevan a cabo en atención primaria, la detección del consumo de alcohol se realiza mediante su cuantificación y diversos test, como el test AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*), MALT (*Münchener Alkoholismus Test*), CAGE (*Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*) (Córdoba, 2012) (Ochoa, 2009). Son útiles como pruebas de cribado, precisando una entrevista cuidadosa y directa para llegar al diagnóstico definitivo. Como pruebas de laboratorio útiles se indican dos estudios en sangre que poseen sensibilidad y especificidad superior al 70%: la medición de la gammaglutamil transferasa (*gamma-glutamyl transferase*, GGT) (>35 U) y la transferrina deficiente en carbohidrato (*carbohydrate-deficient transferrin*, CDT) (>20 U/L). Los marcadores serológicos de consumo acentuado también pueden ser útiles para vigilar la abstinencia, porque posiblemente se normalicen en término de semanas de abstinencia alcohólica; por tal motivo, los incrementos

en las cifras incluso de 10% posiblemente denoten reanudación del consumo acentuado de alcohol. Otros estudios en sangre que pueden ser útiles para identificar a personas que consumen seis o más bebidas estándares al día, son valores en los límites altos de la normalidad del volumen corpuscular medio (VCM) ( $\geq 91 \mu\text{m}^3$ ) y ácido úrico en suero ( $>416 \text{ mmol/L}$  ó  $7 \text{ mg/100 ml}$ ) (Schuckit, 2011).

## ▪ **Abuso y dependencia en la población adolescente**

El inicio precoz en el consumo de alcohol es uno de los principales predictores del consumo abusivo posterior (Grant, 1997): cuando se inicia su consumo antes de los 18 años aumenta 5 veces la probabilidad de que se genere una adicción. La adolescencia es un período único de desarrollo durante el que el cerebro atraviesa por cambios cruciales para convertirse en un órgano eficaz. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia está relacionado con un rendimiento más bajo en una gran variedad de pruebas neurocognitivas y con diferencias en el funcionamiento cerebral y en las propias estructuras orgánicas cerebrales. Los adolescentes bebedores que continúan bebiendo, acaban manifestando cambios en los índices de actividad cerebral. Además, el cerebro de los adolescentes responde a la publicidad sobre bebidas alcohólicas, en especial, el de quienes ya han adquirido el hábito y consumen abusivamente alcohol (Brown, 2008).

El Plan Nacional sobre Drogas define el consumo de riesgo de alcohol como el porcentaje de personas que ingieren una media diaria de 50 cc o más de alcohol puro al día, en el caso de los hombres, o bien 30 cc o más, en el de las mujeres. En el caso de los adolescentes esta definición es poco útil debido al escaso porcentaje de menores que beben de forma diaria. En los últimos años entre la población joven se han introducido nuevas pautas de consumo de alcohol, algunas de ellas explícitamente dirigidas a alcanzar una intoxicación etílica en un corto periodo de tiempo, denominada *binge drinking* o atracones de alcohol, consistente en la práctica de ingerir al menos cinco o más consumiciones de alguna bebida alcohólica en el ámbito americano y seis o más en Europa, en un periodo corto de tiempo, normalmente dos horas. También se ha definido como episodios de consumo concentrado», como el consumo de 60 g o más (6 UBE) en varones, y de 40 g o más (4 UBE) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 h), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8), con una frecuencia mínima de 1 vez al mes (Lizarbe, 2007). La prevalencia de este tipo de consumo varía significativamente, específicamente de un 7% a un 40% entre los diferentes países (Caamano, 2008).

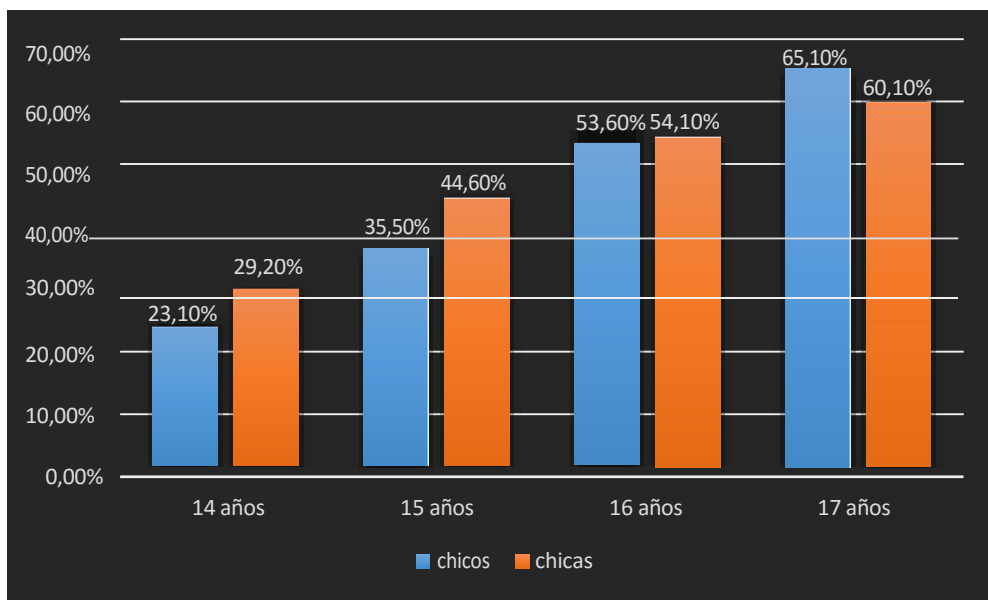
Atendiendo a esta definición de *binge drinking*, ESTUDES 2012/2013 detecta un patrón de consumo similar al de las borracheras. La mitad de los jóvenes de 17 años habrá hecho “binge” en el último mes. Se hace más binge al aumentar la edad, siendo el porcentaje de mujeres mayor que en los hombres, a los 14 y 15 años. Son prevalencias superiores a las detectadas entre la población general andaluza en 2009 (12 a 65 años) que se sitúan en el 2,3% (3,1% entre los hombres y 1,5% entre las mujeres) (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2011). Las prevalencias de consumo de riesgo de alcohol más elevadas se encuentran en los grupos etarios de 20 a 24 años (4,1%) y de 25 a 29 años (4,4%).

La “borrachera” se define como un patrón de consumo de alcohol que condicional un nivel de concentración de alcohol en sangre de 0.08% o más y que por lo habitual resulta en intoxicación aguda. El estado de intoxicación aguda se entiende como el estado de alteración funcional psicológica y psicomotora, de duración más o menos breve, secundario a la presencia de alcohol en el organismo (Naimi, 2003). Según ESTUDES 2012/2013 más de la mitad de los jóvenes de 16 años se habrá emborrachado en el último año. La prevalencia de borracheras se

incrementa a medida que aumenta la edad. Es importante destacar el hecho de que, para el indicador temporal último año, las prevalencias de borracheras son ligeramente mayores en chicas que en chicos para edades de 14,15 y 16 años. (figuras 1 y 2)

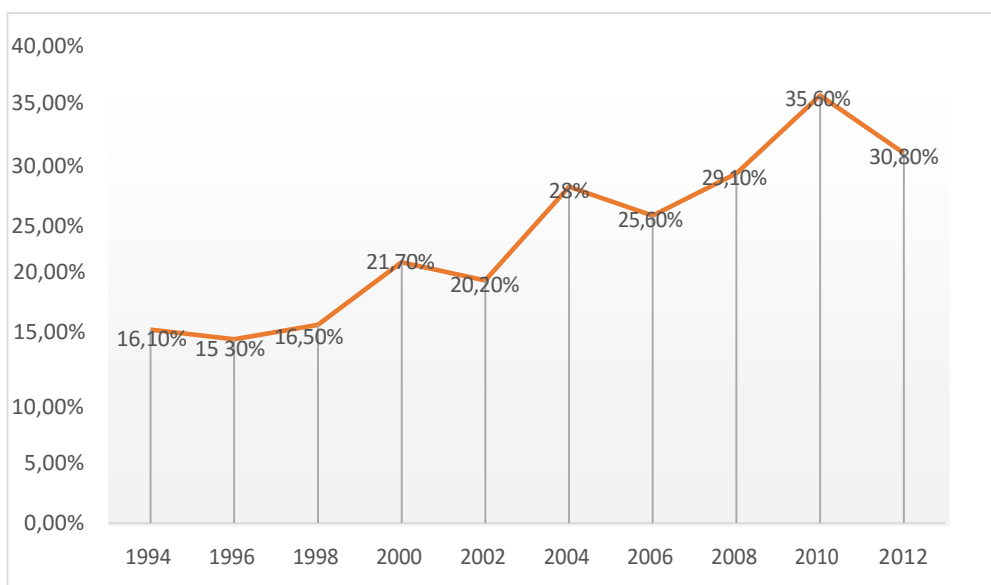
**Figura 1**

Porcentaje de “borracheras” en menores (14-17 años) en el último año, según sexo y edad.  
Fuente: ESTUDES 2012/2013



**Figura 2**

Porcentaje de “borracheras” en menores (14-17 años) en el último mes según edad.  
Fuente: ESTUDES 2012/2013



### 4.3 Efectos perjudiciales del consumo de tabaco

Una de cada cinco muertes en Estados Unidos está vinculada al tabaco (Burns, 2011) La proporción de cifras de enfermedades por tabaquismo en fumadores es mayor en personas más jóvenes, particularmente en el caso de la arteriopatía coronaria y el accidente vascular. A edades más avanzadas, la frecuencia de fondo de las enfermedades en no fumadores aumenta, con lo que disminuye la aportación relativa del tabaquismo al riesgo relacionado. No obstante, la lesión de los órganos causada por fumar y el número de fumadores que mueren a consecuencia del hábito son mayores en los ancianos, como cabe esperar de un proceso de lesión acumulativa. La morbilidad asociada al consumo de tabaco afecta a distintos órganos y sistemas entre los que se pueden destacar los reseñados a continuación:

- Enfermedades cardiovasculares: Los consumidores de cigarrillos tienen más probabilidad que los no fumadores de presentar aterosclerosis de grandes vasos, patología de pequeños vasos, infarto de miocardio y muerte repentina al favorecer la agregación plaquetaria y oclusión vascular. Casi 90% de la enfermedad vascular periférica en los no diabéticos, el 25% de cardiopatías isquémicas y el 10% de los ACV isquémicos puede atribuirse a fumar cigarrillos. Existe una interacción de efecto multiplicador entre el consumo de cigarrillos y otros factores de riesgo (HTA, altos colesterol/lípidos en sangre). También se ha demostrado que las tasas de oclusión de los injertos en los pacientes sometidos a cirugía de revascularización coronaria o periférica son muy superiores en los pacientes que continúan fumando.

El abandono del hábito de fumar cigarrillos produce un rápido beneficio por la inversión de los efectos descritos demostrable en los supervivientes de un primer infarto agudo de miocardio. A partir de los 15 años del abandono, el riesgo de un nuevo infarto o de muerte de origen coronario en ex fumadores es similar al de quienes nunca fumaron.

- Cáncer: fumar tabaco causa cáncer de pulmón, de cavidad bucal, de nasofaringe, bucofaringe e hipofaringe, de cavidad nasal y de senos paranasales, laringe, esófago, estómago, páncreas, de hígado, riñones (cuerpo y pelvis), de uréteres, vejiga y cuello uterino, y también causa leucemia mieloide. Hay indicios de que fumar cigarrillos contribuye de manera importante a incrementar el riesgo del cáncer colorrectal y mamario premenopáusico, pero no hay correlación con el cáncer mamario posmenopáusico. Al parecer no existe un vínculo causal entre el humo de cigarrillos y el cáncer de endometrio, y hay un menor riesgo de cáncer uterino en posmenopáusicas que fuman. El tabaco como cancerígeno interactúa sinérgicamente con el alcohol en los cánceres de cavidad bucal, esófago y posiblemente pulmón. También ocurre este fenómeno con el asbesto/radón en el cáncer de pulmón.

El abandono del hábito de fumar cigarrillos reduce el riesgo de sufrir cáncer en relación con quienes continúan fumando, pero incluso 20 años después del abandono persiste un discreto incremento del riesgo de padecer cáncer de pulmón.

- Patología respiratoria: el consumo de cigarrillos causa más del 90% de los casos de neumopatía obstructiva crónica. En el plazo de uno a dos años a partir del inicio del hábito regular de fumar aparecen alteraciones inflamatorias de las pequeñas vías respiratorias sin clara repercusión funcional. Pasados 20 años de fumar, diversas alteraciones fisiopatológicas causan limitación respiratoria en alrededor de 15% de los fumadores. Entre estas alteraciones se encuentran la hiperplasia mucosa crónica de las vías respiratorias grandes (que produce tos crónica productiva hasta en 80%), la

inflamación crónica y estrechamiento de las vías respiratorias pequeñas, y la digestión enzimática de las paredes alveolares (que provoca enfisema pulmonar).

Las alteraciones en las pequeñas vías respiratorias de los fumadores jóvenes pueden revertir en uno o dos años tras el abandono. Pero la principal variación tras la abstinencia es la ralentización del declive de la función pulmonar que se produce con la edad, más que una tendencia a la normalización de la función.

- Patología durante el embarazo: fumar cigarrillos se asocia con diversas complicaciones maternas del embarazo como rotura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa; también existe un pequeño aumento del riesgo de aborto espontáneo y se asocia a mayor prevalencia de partos pretérmino, mortalidad perinatal, neonato de bajo peso, enfermedad de membrana hialina, fallecimiento por muerte repentina y retrasos en el desarrollo en los primeros años

Otras patologías relacionadas con el consumo incluyen el retraso en la curación de las úlceras pépticas, el aumento del riesgo de osteoporosis, cataratas seniles y degeneración macular, la menopausia prematura, las arrugas en la piel, el aumento de incidencia de colestasis y colecistitis en la mujer y de la impotencia en el varón. La exposición prolongada a humo de tabaco ambiental aumenta el riesgo de cáncer de pulmón y de cardiopatía isquémica en no fumadores. También aumenta la frecuencia de infecciones respiratorias, otitis media crónica y asma en los niños, además de desencadenar agravamientos del asma en los niños.

#### ▪ **Problemas específicos en la adolescencia.**

El tabaco causa más muertes prevenibles que cualquier otra droga (Mokdad, 2004). La mayoría de los consumidores de tabaco inician el hábito en la adolescencia, frente a pocas personas que comienzan en la edad adulta en la edad adulta. El tabaco es a menudo la primera droga usada por los jóvenes que más tarde utilizaran otras tales como alcohol o el cannabis. Por lo tanto, el tabaco ha sido conceptualizado como una “droga de entrada”, que precede a la iniciación de otras sustancias (Kandel, 1993). El informe de U.S. *Surgeon General's* (2006) hace hincapié en la epidemiología y comorbilidades asociadas al consumo de tabaco por los jóvenes, tales como:

- Aumento de la mortalidad neonatal e infantil en los niños cuyos padres fuman.
- Aumento de la morbilidad por enfermedades respiratorias en los niños expuestos al humo de tabaco.
- Cambios fisiológicos y metabólicos adversos en adolescentes que fuman; destacando la aterosclerosis, las alteraciones endoteliales y epiteliales, y la alteración de la función pulmonar. Estos eventos patofisiológicos conducen al trastorno de las arterias coronarias, al cáncer y a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Históricamente se han ido recogiendo evidencias sobre cómo el tabaco afecta la salud de niños y jóvenes. La relación entre los síntomas respiratorios en adolescentes y el tabaquismo es muy evidente (Burr, 1999). Los fumadores adolescentes tosen más que los no fumadores (US Department of Health and Human Services, 1984), son más propensos a desarrollar infecciones de las vías respiratorias que los no fumadores experimentan una mayor fatiga con el ejercicio (Adams, 1984) y más síntomas de alergia y asma (Mitchell, 2012).

En tanto a los efectos cardiovasculares, el estímulo de la agregación plaquetaria y el daño endotelial en fumadores ha sido encontrado tanto en jóvenes que se inician el tabaco tanto como en jóvenes fumadores pasivos (McGill, 2000). Se ha observado relación entre el consumo de tabaco en la adolescencia y el desarrollo de problemas de tipo mental, conductual o

psiquiátricos, tales como desarrollo de personalidad antisocial, depresión mayor o trastorno por ansiedad (Mathers, 2006). Así mismo este consumo en edades tempranas predice problemas académicos, criminalidad, embarazo y paternidad precoz, absentismo y malos resultados escolares (Ellickson, 2001). Los trastornos del sueño (Patten, 2000) y episodios de “binge drinking” (Jackson, 2002) también han sido relacionado con el consumo de tabaco por los jóvenes.

#### 4.4 Adicción al tabaco

La dependencia se define como un estado en el cual el individuo continúa haciendo uso o ingiriendo alguna sustancia, no por la satisfacción que ésta le produce sino porque el no hacerlo le resulta altamente insatisfactorio. La Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2) codifica el abuso de tabaco como un problema psicológico (P22/P27 abuso del tabaco). Según el DSM-IV existe dependencia a una sustancia cuando se reúnen criterios para abstinencia (se establecen al suspender o reducir abruptamente la cantidad de sustancia administrada) o tolerancia a la sustancia (necesidad de dosis mayores y crecientes para obtener el efecto deseado) (tabla 5). No todos los fumadores aceptan la existencia de esta dependencia aunque adviertan diversos síntomas que les obligan a buscar un nuevo cigarrillo. Estos síntomas son los que identifican al síndrome de abstinencia del fumador como las manifestaciones vegetativas (sudor, insomnio, ansiedad) o el aumento de peso o de la tos (Pardell, 1996). La importante acción de la nicotina presente en el humo del tabaco es responsable de la adicción al tabaco y este hecho así como otros aspectos propios de la psicología individual condicionan el mantenimiento del hábito.

La combustión de tabaco libera más de 4,000 sustancias al ambiente, de las cuales aproximadamente 250 son tóxicas o carcinogénicas. El análisis químico del humo del tabaco ha revelado la presencia de elementos radiactivos como el polonio-210, tóxicos como el cianuro y tolueno; carcinogénicos como el benceno y el cromo (Kuri-Morales, 2006). Uno de los componentes del tabaco responsable de su poder adictivo es la nicotina. Al inhalar el humo del tabaco, el fumador promedio consume entre 1 y 2 mg de tal sustancia por cigarrillo, ésta llega rápidamente a sus niveles máximos en el torrente sanguíneo y penetra en el cerebro, donde se estima que la concentración es cinco veces mayor que en la sangre (NIDA, 2010). Debido a la naturaleza hidrofóbica de la nicotina, puede penetrar las células y por tal razón es difícil determinar su concentración en la sinapsis neuronal (Sharma, 2008). Inmediatamente después de haberse expuesto a la nicotina, en el fumador se activan las regiones del cerebro que regulan las sensaciones de placer, también conocidas como vías del sistema de recompensa, se libera dopamina y se favorece el refuerzo de la adicción y la búsqueda constante de la sustancia.

En el cerebro, una de las sustancias implicadas en el deseo de consumir la droga es el neurotransmisor dopamina. Los efectos agudos que provoca el cigarrillo se disipan rápidamente al igual que las sensaciones de gratificación, lo que ocasiona que el fumador continúe dosificándose repetidamente para mantener los efectos de la droga (Sharma, 2008). De manera paralela a la hiperactividad dopaminérgica, la liberación de serotonina en fase aguda de consumo de nicotina se ha asociado al fenómeno de recompensa en el núcleo *accumbens*, promoviendo la conducta de uso compulsivo de la nicotina (Zieher, 2005). Durante el consumo crónico de la nicotina se desarrolla una sensibilización a la liberación de dopamina mesolímbica, hechos que resultan de gran importancia en el establecimiento de la dependencia crónica y de la abstinencia tras el cese del consumo (Zieher, 2005).

**Tabla 5**  
**Crterios de los Trastornos relacionados con la Nicotina**  
**(DSM-IV-TR 2008)**

<b>Dependencia de nicotina (F17.2x)</b>
Patrón desadaptativo de consumo de nicotina que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses
(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems
(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de nicotina para conseguir el efecto deseado
(b) el efecto de las mismas cantidades de fenciclidina disminuye claramente con su consumo continuado
(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
(a) el síndrome de abstinencia característico para la nicotina
(b) se fuma nicotina (o una sustancia muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
(3) la nicotina es fumada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de nicotina
(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de nicotina (p. ej., desplazarse largas distancias), en el consumo de nicotina (p. ej., tomarse uno tras otro) o en la recuperación de los efectos de la nicotina
(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de nicotina
(7) se continúa fumando nicotina a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la misma
<b>Abstinencia de nicotina (F17.3)</b>
A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas
B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:
1. Estado de ánimo disfórico o depresivo
2. Insomnio
3. Irritabilidad, frustración o ira
4. Ansiedad
5. Dificultades de concentración
6. Inquietud
7. Disminución de la frecuencia cardíaca
8. Aumento del apetito o del peso
<b>Trastorno relacionado con nicotina no especificado (F17.9)</b>
Trastornos asociados al consumo de nicotina que no se pueden clasificar como dependencia de nicotina o abstinencia de nicotina.

La prevalencia del consumo de tabaco es muy diversas en la población general comparando diferentes países (Campo-Arias, 2006; Basony, 2009). Sin embargo, es importante diferenciar el consumo de cigarrillos de la dependencia a la nicotina (Hughes, 2001) ya que no todos los fumadores regulares reúnen criterios de dependencia a la nicotina. La dependencia es tan frecuente en hombres como en mujeres, siendo pues independiente del sexo; asimismo se encuentra determinada por factores genéticos (Madden, 1999). La dependencia a la nicotina se presenta en alrededor del 40 % de los fumadores, 44,7 % de los fumadores actuales y 37,7 % de las personas que fumaron el último año. Este hecho muestra la importante relación con el número de cigarrillos fumados al día (John, 2004). Se acepta que el número diario de cigarrillos fumados es el mejor predictor de dependencia: es infrecuente el diagnóstico de dependencia en fumadores de menos de cinco cigarrillos por día (Díaz, 2005).

Los fumadores que reúnen criterios para dependencia generalmente inician el consumo de cigarrillo más tempranamente (John, 2004) y presentan mayor riesgo para morbilidad física y mental. Los fumadores que reúnen criterios para dependencia a la nicotina representan el mayor problema para la Salud Pública, además de presentar otros comportamientos de riesgo

para la salud, como menor consumo de alimentos saludables y actividad física y mayor uso de alcohol (Batra, 2002). La mayoría de las enfermedades físicas relacionadas con el consumo de tabaco guardan una relación directa con el tiempo de exposición (Fagerström, 1978) aunque los datos disponibles muestran que la asociación es más significativa y consistente con la dependencia nicotínica que con el simple consumo de cigarrillo (Rhode, 2004). De la misma forma, se relaciona con la presencia de trastornos mentales como esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico y el consumo de otras drogas (Breslau, 2004).

Las personas con dependencia presentan síntomas de abstinencia con la reducción en el número de cigarrillo fumados durante el día o con la suspensión total y tienen mucha dificultad para abandonar el consumo de cigarrillo (Fagerström, 1996). El primer criterio CIE-10 para la dependencia a la nicotina es el consumo de un cigarrillo, al menos, todos los días durante el último mes. La identificación de fumadores habituales que presentan dependencia se puede realizar mediante la aplicación de cuestionarios autoadministrados breves, como la escala de Fagerström para la dependencia a nicotina (Fagerström, 1998) o la escala de Etter para la dependencia al cigarrillo (Etter, 2003). Sin embargo, el diagnóstico es más válido y confiable cuando se aplica una entrevista estructurada (Posada, 1998). Debe considerarse el consumo de cigarrillo, y en especial la dependencia a la nicotina, como un trastorno crónico recurrente con recaídas, remisiones y exacerbaciones (Henningfield, 2005).

#### ▪ **Dependencia tabáquica en la población adolescente**

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, 2007). Según una revisión de la Cochrane (Grimshaw, 2007) se deben 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 fumador 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.

Siempre se ha pensado que la dependencia a la nicotina se produce de manera gradual, después de un largo consumo cotidiano. Sin embargo, estos conceptos han sido reevaluados debido a que los síntomas de dependencia pueden aparecer pocos días después de haber iniciado el consumo ocasional (OPS, 2000). Los primeros contactos con los cigarrillos suelen producirse por debajo de los 15 años (Ariza, 2002; ESTUDES, 2012/2013); ocurren durante la primera fase de escolarización: esta primera exposición suele ser motivada por el deseo de experimentar algo nuevo, o la necesidad de identificarse con el grupo social al que pertenece y suele ser desagradable. Sin embargo, numerosos factores externos relacionados con el entorno del adolescente consiguen la repetición (Wall, 1984) y continuidad de esta primera experiencia hasta convertirlo en un hábito. Con un inicio del consumo a una edad muy temprana (Pérez-Milena, 2006; ESTUDES, 2012/2013), 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).

Quienes inician su consumo de tabaco en la adolescencia presentan un mayor riesgo de desarrollar dependencia, convertirse en fumadores diarios, continuar fumando en la edad adulta y hacerlo en un mayor volumen. Un estudio español evaluó dependencia en niños fumadores entre 10 y 17 años reportando que un 23,4% de ellos ya presentaba criterios para dependencia moderada, y un 3,2% para dependencia alta (Clemente, 2003). Es importante destacar que la gestación de la dependencia a sustancias durante la juventud es distinta a la que se produce en población adulta (Prokhorov, 2006). El cerebro en desarrollo de los adolescentes es lo que marca la diferencia y lo hace más susceptible, requieren un menor tiempo de exposición al tabaco y un menor volumen de consumo para sufrir dependencia. La dependencia a la nicotina explica en forma importante el uso sostenido de tabaco (Clemente, 2003). Hasta 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 o menos) (Diez-Gañan, 2002), así la dependencia a la nicotina es un factor importante para conseguir la deshabitación tabáquica durante la adolescencia.

## **5. Modelos explicativos de los consumos de sustancias adictivas**

El problema del consumo de las diferentes drogas que el adolescente encuentra en su entorno, como cualquier problema social en el que participan aspectos individuales a la vez que grupales, es susceptible de las más variadas interpretaciones. Éstas deben partir desde la perspectiva general de las situaciones de riesgo que predisponen al consumo de drogas. Los diferentes modelos explicativos se pueden agrupar a partir de la prioridad dada a cada uno de los elementos que intervienen en el fenómeno del consumo de drogas: la sustancia, la persona y el ambiente (Pons, 1998). El peso ponderado atribuido a cada uno de sus componentes nos permitirá apreciar la perspectiva diferencial de cada modelo, desarrollando en cada uno de ellos los conceptos teóricos centrales y las nociones básicas más importantes.

### **El Modelo Jurídico**

Este modelo contempla el abuso de drogas desde el punto de vista de sus implicaciones legales y delictivas. El foco de interés es el propio producto y su situación legal. Asume que las drogas no legales son fuente de graves daños físicos, psíquicos y sociales, y por tanto deben quedar fuera del alcance de los ciudadanos, al otro lado de la barrera levantada por la ley. Es decir, pretende proteger al individuo de los males de las drogas no institucionalizadas, pero nada dice acerca de las sustancias que quedan a este lado de la legislación vigente. El individuo consumidor de drogas no legalizadas, dependiente o no, es contemplado como un delincuente, o al menos como sospechoso de poder serlo. Este modelo ha sido denominado por algunos autores como "jurídico-represivo", por cuanto representa una perspectiva de lo jurídico orientada hacia la represión y el castigo (Vega, 1992).

### **El Modelo de la Distribución del Consumo**

Es mencionado entre otros por Hartford, Parker y Light (1980). Este modelo incide prioritariamente en el análisis detallado de los patrones de consumo en el seno de una población determinada o de la sociedad en su conjunto. Desde esta perspectiva teórica el problema del consumo de alcohol y tabaco se reduce a una mera cuestión de disponibilidad del producto en un medio social dado. Pese a que entendemos que el factor de disponibilidad es fundamental

para explicar el masivo consumo de alcohol y/o tabaco en nuestra sociedad, pensamos que la simple mención a la extensa distribución comercial de este producto es insuficiente para comprender su uso abusivo en determinados individuos o grupos sociales.

## **El Modelo Médico**

Considera el abuso o dependencia de sustancias como una enfermedad caracterizada por una pérdida del control del individuo sobre su ingesta. Ello significa que el abuso y dependencia de las drogas son considerados como fenómenos vinculados exclusivamente a procesos internos del propio sujeto. Se contempla el problema del consumo de drogas como un problema médico más. Las críticas que se pueden hacer a este modelo son muchas, aunque no haya que olvidar por ello sus importantes aportaciones. Se reconoce que desde el campo médico se ha contribuido a que el drogodependiente sea visto como un enfermo y no como un desviado social. Sin embargo, la consideración de enfermedad crónica incurable puede tener un efecto contrario, al acentuar aún más el etiquetado alienador del propio consumidor (Vega, 1992). Por otra parte, el énfasis en las explicaciones medicalizadas soslaya aspectos tan importantes para el conocimiento de la conducta de abuso como son los factores sociales y psicológicos, por no mencionar que este modelo apenas contempla al sujeto abusador cualitativo o cuantitativo no dependiente.

## **El Modelo Sociológico**

Atiende fundamentalmente a las condiciones socioeconómicas y socioambientales en que tiene lugar el consumo de una determinada sustancia. Sin embargo, lo económico es contemplado de manera parcial, priorizando su impacto en la clase social más deprimida. De esta manera se sugiere que factores tales como la pobreza, la discriminación o la carencia de oportunidades, que pueden aparecer como producto de la sociedad urbana industrializada, se convierten en terreno abonado para la aparición del fenómeno del consumo de drogas.

Autores como Faupel (1988) hablan de una cultura de las drogas definida en términos de separación y aislamiento con respecto a las normas y comportamientos sociales convencionales. Otros autores como Ventosa (1990) han señalado que el alcohol y otras drogas actúan como objetos sustitutorios de la satisfacción de necesidades sociales y económicas, como liberadores de la tensión provocada por no encontrar en la sociedad la manera y el lugar para desarrollar la propia "libido social". Este modelo peca de ser excesivamente sociologicista y de reducir la perspectiva económica a la relación pobreza-drogas, al tiempo que estigmatiza a las clases más deprimidas a través del problema de las drogas (Ramírez, 1987).

## **El Modelo Psicosocial**

Pone su énfasis en el individuo, contemplando la complejidad y variabilidad de cualquier conducta humana. La conducta de consumo de drogas no puede interpretarse desde este modelo sin atender a las actitudes, escala de valores y estilo de vida del individuo. El uso de sustancias sucede pues en un contexto de presiones sociales (Kreutter, 1991). El consumo de drogas es entendido como una forma más de comportamiento que satisface en el individuo una serie de necesidades no atendidas.

Desde este modelo se tiende a diferenciar cantidades, frecuencias, formas de consumo, actitudes, variedad de efectos, sin olvidar el medio ambiente en que los individuos se desarrollan. Si reconocemos que el consumo de drogas es un comportamiento humano, este comportamiento podrá ser estudiado a través de la aplicación de los principios que rigen la

conducta humana en general, y podrán ser utilizados a tal fin los conocimientos acumulados por la Psicología Social y otras ciencias del comportamiento (Nowlis, 1982). A partir de aquí, siguiendo a Vega (1992), podemos enumerar una serie de principios que ayuden a comprender mejor el problema:

- El consumo de sustancias tóxicas varía sus pautas entre individuos diferentes, entre grupos diferentes y en situaciones o momentos distintos de un mismo individuo.
- No existen relaciones simples de causa-efecto, al contrario, existen muchos factores interrelacionados de una manera compleja.
- Todo comportamiento se produce y toma sentido en un determinado contexto social.
- Las creencias y percepciones sobre la realidad motivan el comportamiento humano en esa realidad.
- Un comportamiento satisface siempre alguna función física, psíquica o social, pues de lo contrario, tendería a desaparecer.
- La información no influye necesariamente en el comportamiento. La información tendrá valor en la medida que se relacione con unas creencias, actitudes, valores, estilos de vida y comportamientos significativos.

La labor preventiva, desde este punto de vista, atiende fundamentalmente al individuo en su conjunto, a su desarrollo personal, su equilibrio y su madurez, así como a su contexto social inmediato (familia y grupo de iguales), dejando de lado factores macrosociales. Un planteamiento preventivista de los consumos de sustancias adictivas obliga a tomar en consideración una referencia teórica de más largo alcance, que entienda este consumo como resultado de un campo de fuerzas biopsicológicas, sociales y culturales. Por tanto, la acción preventiva se contempla dentro de un contexto ecológico en el que los factores psicosociales y contextuales inmediatos adquieran significación por su interacción con factores macrosociales, económicos, políticos y culturales. Una acción preventiva que no atienda a la totalidad de factores que hemos mencionado será, cuando menos, insuficiente.

## **El Modelo Ecológico**

Este modelo surge a partir de la Psicología Ambiental y se fundamenta en la toma en consideración de una serie de interrelaciones e interdependencias complejas entre el sistema orgánico, el sistema comportamental y sistema ambiental. Al hablar de ambiente no sólo se contemplan los factores físicos y sociales, sino también las percepciones y cogniciones que de aquél tienen las personas, es decir, el sentido y significado que el ambiente adquiere para las personas que interactúan en él y con él. Así, serán tomados en consideración tanto aspectos físicos, biológicos y psicológicos como sociales, etnoculturales, económicos y políticos. Por lo tanto, si se pretende comprender el complejo mecanismo del consumo abusivo de drogas es necesario implicar dentro de este proceso las características personales del consumidor y las múltiples características socioambientales que le rodean.

Desde este modelo la salud es concebida como un proceso dinámico que se desarrolla evolutivamente dentro de sistemas transaccionales. El ser humano debe afrontar una serie de tareas normativas y no normativas a lo largo de su ciclo vital, como consecuencia de necesidades y demandas externas. Cada persona pondrá en juego diferentes estrategias adaptativas basadas en la interacción de diferentes variables biológicas, psicológicas y sociales. La salud es, en definitiva, un producto de los ajustes e interacciones mutuos del individuo y del contexto de sistemas sociales en el que está inmerso. Desde esta perspectiva, la salud no puede definirse en el individuo *per se*, sino por referencia a su entorno total: físico, social, económico, cultural, etc. En este sentido, la salud no es un atributo del individuo mismo, sino de su interacción con el

campo de fuerzas y relaciones en que se desarrolla su conducta (Sánchez-Vidal, 1991). El enfoque ecológico pretende superar la visión parcializada e insuficiente de los otros modelos: el Jurídico que criminaliza el problema, el Distributivo que lo reduce a un problema de disponibilidad, el Médico que lo medicaliza, el Psicosocial que lo individualiza y el Sociológico que estigmatiza a las clases más deprimidas. El Modelo Ecológico redimensiona el problema del consumo de drogas como fenómeno global y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y al propio producto y sus efectos sobre un individuo que desarrolla su comportamiento en un marco ambiental definido por los anteriores contextos.

En definitiva, reducir el problema del consumo de sustancias adictivas en la actualidad a la denuncia de la fácil disponibilidad del producto, o atribuirlo a las características psicológicas del consumidor o tan sólo a las circunstancias ambientales sería parcializar el problema. Más bien podría decirse que la conducta de abuso de sustancias es posible dentro del mencionado Modelo Ecológico, así como que está determinada por la interacción de tres constelaciones de factores resumidos en tres fuentes de riesgo: la sustancia, la persona y el medio ambiente. No obstante, un modelo ecológico no debe ser tomado como un “cajón de sastre” en el que cabe todo aquello que tiene diferente ubicación en los diferentes modelos “parciales”. Este modelo tiene sentido por sí mismo, por cuanto contempla a los consumidores y a los factores, no de forma individual y/o aislada, sino como integrados en una estructura ambiental más amplia que les otorga sentido, y de la que, a su vez, son creadores. Esta perspectiva ecológica aparece en las aproximaciones explicativas de diferentes autores. Así Varo, Aguinaga y Cortaire (1983), partiendo de un modelo reformulado por Edwards, Arif y Hodgson (1982), presentan un modelo explicativo de la etiología del consumo de drogas, que se resumen en la tabla 6.

**Tabla 6.**  
Modelo etiológico del consumo abusivo de drogas  
(Varo, Aguinaga y Cortaire, 1983)

	<b>Antecedentes previos</b>	<b>Antecedentes inmediatos</b>
<b>Sociales</b>	Interacción con el grupo Interacción familiar Uso de drogas en la familia	Normas sociales Disponibilidad de la droga Variables demográficas
<b>Individuales</b>	Experiencia precoz con drogas Desarrollo psicológico	Estados de ánimo susceptibles de ser modificados por la acción de una droga

En esta misma línea, Berjano y Musitu (1987), partiendo de una visión “psicosocializada” del problema, proponen la existencia de cuatro tipos diferentes de factores explicativos del consumo de drogas en adolescentes: 1) Disponibilidad del producto y factores yatrogénicos; 2) Factores individuales; 3) Factores relacionales: familia, escuela y grupo de iguales; 4) Factores socioambientales y socioeconómicos.

Finalmente, es de interés reproducir el modelo sugerido por Asun y Alvarado (1991) (figura 3), que surge de la reflexión y análisis del problema del consumo de drogas en América Latina. Este modelo presenta una alta exhaustividad y un afán de globalidad lo que le permite una mejor aplicación a otras culturas no occidentales. En el caso que nos ocupa, sustituyendo el término genérico “droga” por “bebidas alcohólicas” o “tabaco”, podemos hacernos una idea, al menos general, de sobre qué variables habría que intervenir a la hora de plantear acciones preventivas. La conducta de consumo de drogas aparece desde esta perspectiva como el producto de un complejísimo campo defuerzas, además de plantear la prevención desde instancias disciplinares

muy distintas. El modelo ecológico pretende revalorizar al ser humano en su esencia como ser social, y atiende al problema de las drogas como un fenómeno global, posibilitando buscar y descubrir nuevas alternativas sociales que permitan reducirlo y controlarlo, atacando sus causas en diferentes niveles de profundidad. La prevención dentro de este modelo es asumida integralmente, considerando distribución y consumo como una “unidad dual indivisible” (Ramírez, 1988). Se dirige la acción a las causas del problema, no sólo a los síntomas. En este sentido, se politiza el fenómeno del abuso de drogas, redimensionándolo como problema social, con diferentes, pero integradas, vertientes económicas, jurídicas, psicológicas, sanitarias, culturales...

**Figura 3**  
Modelo ecológico del consumo de drogas  
(Asun y Alvarado, 1991)



## 5.1 Motivos para el consumo en adolescentes

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; 2012b). A grandes rasgos, se podría diferenciar los factores relacionados con el consumo en individuales y sociales, dividiendo a su vez el entorno social en dos niveles:

- Macrosocial: se refiere a los contextos o ambientes externos en el cual el sujeto participa (medios de comunicación, vecindario, contextos social-económico)
- Microsocial: se refiere a los contextos o ambientes inmediatos en los que el sujeto participa directamente (familia, escuela e iguales) (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 y el sexo.

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. 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 poblaciones (Pérez-Milena, 2007a; ESTUDES, 2012/2013). 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

Un consumo precoz (antes de los 15 años) de alguna droga, no es un evento aislado, sino que suele estar en muchos casos relacionado con otras variables o factores de riesgo, como tener poco control familiar, tener amigos que consumen drogas, fracaso escolar, faltar sin causa justificada a la escuela, junto con otros factores de tipo individual que pueden llevar al consumo prematuro de drogas o el consumo o prueba de distintas drogas (Becoña, 2002). En la adolescencia el consumo de alcohol y tabaco como drogas legales es lo predominante. Al respecto se afirma que el tabaco y el alcohol pueden ser un riesgo que facilite el comienzo del consumo a las drogas ilegales como la marihuana, que a su vez, puede ser la puerta de entrada al consumo de otras drogas ilegales. No obstante, aún cuando la existencia de un orden temporal sugiera una vinculación entre el consumo precoz de una determinada droga como el alcohol o tabaco y su facilitación al acceso de otras drogas, esta transición o progresión en el consumo no puede establecerse como una cadena causal, sino solo como una posibilidad (Díaz-Morales, 2011)

En cuanto al **sexo**, se aprecian diferencias en el uso de sustancias (García-Señorán, 1994), generalmente los varones son más precoces y presentan un mayor consumo habitual. Sin embargo 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, López-Larrosa, 2010, ESTUDES 2012/2013).

Actualmente lo preocupante son los incrementos y tendencias sin diferencia de consumo, principalmente en alcohol y tabaco en las mujeres. Aunque el consumo de la marihuana u de otras drogas ilegales, siguen siendo de predominio en los hombres (De la Villa, 2005)

### La personalidad: expectativas ante el consumo.

Entre **los factores de personalidad** que contribuyen a la vulnerabilidad para iniciar el consumo de drogas o el abuso de las mismas, se tiene a la percepción de riesgo, la búsqueda de sensaciones, las expectativas positivas, el autoconcepto, déficit de atención y las actitudes positivas (Saura, 2007, Llorens 2005).

Una mayor **percepción de riesgo** (así como determinadas creencias y conocimientos relacionados con el comportamiento en cuestión) en el adolescente disminuye las tasas de

consumo de drogas y, a la inversa, una baja percepción de riesgo las aumenta (Araneda, 2007). 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 (García-Señoran, 1994)

La **búsqueda de sensaciones** es una reacción a los sentimientos de hastío y aburrimiento que experimenta el adolescente, lo que condiciona que llegue a ser consumidor de drogas, pero también está relacionado con la necesidad real de una mayor estimulación derivada de los factores bio-fisiológicos (González-Calleja, 1996). La búsqueda de sensaciones se ha considerado que puede ir ligada a las conductas antisociales y al consumo de drogas, es decir, la búsqueda de sensaciones hace que los sujetos pasen de no consumidores a consumidores, y la conducta antisocial condiciona la presencia de un mayor consumo cuando el sujeto ya es consumidor (Llorens, 2005)

Otro factor de riesgo para el consumo de tóxicos es la **expectativa positiva**. Este factor se observa como un rol causal de los beneficios que los adolescentes asocian al consumo de alguna droga. Principalmente el alcohol ha sido la droga ligada a las expectativas positivas en los adolescentes. Debido a que esta población considera que consumir alcohol les provoca expectativas benéficas como facilitador social, que reduce la tensión psicológica, de desinhibición y sentimientos de poder (Londoño, 2005).

Las **actitudes positivas** que puede poseer el adolescente hacia consumo de drogas se encuentran ligadas a la observación de las conductas de los padres hacia el consumo de drogas legales o ilegales, del control familiar, conducta de consumo o no de drogas por parte de los padres, del grupo de amigos y de la estabilidad emocional (Becoña, 2002). 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 (García-Señorán, 1994; De la Villa, 2006).

También encontramos al **autoconcepto y el déficit de atención** como factores de riesgo de personalidad. En tanto al autoconcepto se considera una variable importante para el consumo de drogas, y que puede influir de forma distinta según el tipo de droga que se consuma (Llorens, 2005). Así mismo 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 (Espada, 2003). El déficit de atención con hiperactividad en la infancia no es claro si es un factor independiente de consumo de tóxicos o está modulado por los trastornos de conducta o por trastornos afectivos del adolescente, sin embargo, si se sabe que incrementa dicho riesgo (Becoña, 2002)

Otros factores de personalidad para el consumo condicionan o son condicionados por la **presencia de conductas problemáticas de tipo antisocial y delictivo**. Los adolescentes que consumen drogas padecen a menudo estos problemas que pueden ser a veces el resultado del propio consumo, o la presencia del comportamiento delictivo los lleve al consumo de droga (Espada, 2003). El **bajo desempeño académico** se considera factor de riesgo conductual en el adolescente para el consumo de drogas. Así, el alcohol se ha ligado a problemas de satisfacción y repetición de curso en los adolescentes (Carrasco, 2004); en tanto el consumo experimental y consumo actual de tabaco en los adolescentes ha hecho lo propio con una mayor prevalencia en el bajo rendimiento escolar (Arillo, 2002). Las **conductas de riesgo sexual** (embarazos no deseados, incremento de enfermedades de transmisión sexual) se consideran otro factor

individual del adolescente, ligado al consumo de alcohol tanto para hombres como para mujeres (Palacios, 2007).

## **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.

- **Factores microsocioales para el consumo**

El marco familiar es el primer entorno social en el que se desenvuelve la vida de un individuo, la primera instancia de modelado, de aprendizaje y de socialización. La estructura familiar ha sido considerada otro factor de riesgo en la vida del adolescente. Incluso se considera que puede ser altamente perjudicial en la vida y desarrollo de ellos, por los diversos tipos de familia que pueden derivarse de ella y el tipo de ambiente familiar que se vive. Por ejemplo, las familias de un solo padre se han caracterizado siempre por tener más conflicto, menos comunicación, así como bajo niveles de cohesión familiar y tener adolescentes con problemas conductuales, que las familias nucleares completas (Baer, 1999).

### **Influencias parentales.**

Las figuras del padre y de la madre, así como la relación entre ellos y con el hijo adolescente, son hechos de gran importancia en la génesis de las drogodependencias (Muñoz-Rivas, 2001). El uso parental de drogas se ha asociado repetidamente con la iniciación de los adolescentes en el consumo de tóxicos y con la frecuencia de uso de los mismos (Brook, 1990). De forma genérica, se puede observar que la crianza de los niños en familias con alto nivel de conflicto es un factor de riesgo importante para el consumo de sustancias (Luengo, 1992). Los padres tienen mayor influencia en la niñez y en los adolescentes más jóvenes, ésta disminuirá progresivamente conforme aumenta la edad. Los valores transmitidos por los padres y aceptados en la infancia suelen ser rechazados en la adolescencia, ya que los jóvenes buscan crear su propio marco de valores. A medida que los adolescentes se distancian de los valores paternos y familiares existe una mayor propensión al consumo de sustancias de abuso (Fantin, 2011).

Los adolescentes consumidores de drogas perciben a sus padres como más sobreprotectores y menos respetuosos con su intimidad. La madre suele tener el papel más protector y manipulador, mientras que el padre se implica en menor medida en la relación familiar (Sanz, 2004). La sobreprotección por parte de la madre combinada, en la mayoría de los casos, con una conducta ineficaz paterna puede favorecer el consumo de drogas de los hijos. Y lo mismo puede aplicarse a la excesiva permisividad de los padres o la extremada rigidez, a las conductas marcadas por la inestabilidad psíquica en algún miembro de la familia (que podrían ser responsables de la fragilidad de otro miembro de la familia) o a las transgresiones frecuentes de la ley, la justicia o la moral por parte de alguno de sus miembros, etc. (Muñoz-Rivas, 2001). Las actitudes permisivas de los padres con respecto al consumo de sustancias son percibidas por los jóvenes como de igual o mayor importancia que el consumo parental real (Pons, 1998)

### **Influencias de los hermanos.**

La presencia de hermanos mayores es un claro factor de riesgo (García-Señorán, 1994) (Espada, 2003). 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.**

La mayoría de los adolescentes que experimentan con drogas legales e ilegales, tienen amigos que también tienen estas prácticas de consumo. Una serie de investigaciones detectaron la influencia de los amigos como el más claro predictor del consumo de drogas en el adolescente (Espada, 2008), tales como marihuana (Guxens, 2007), la adquisición y consumo de alcohol (Espada, 2008) y en el consumo de tabaco (Font, 2000). El tabaco y el alcohol son drogas de mayor disponibilidad para los adolescentes, de ahí que el consumo de estas drogas en este tipo de población sea de gran prevalencia para el iniciarse en el mundo de las drogas

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 (Hidalgo, 2006)

### **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).

A las personas, la escuela les ofrece, entre otras muchas cosas, la oportunidad de relacionarse con un grupo de iguales, de encontrarse con figuras de autoridad y de alcanzar un logro personal socialmente reconocido. Parece ocurrir que, cuando el sujeto no encuentra satisfacción en el marco escolar, ni alcanza los logros que de él esperan los padres, la sociedad y la misma escuela, es decir, cuando no es capaz de triunfar en una institución socialmente establecida, busca aumentar su satisfacción y su nivel de logro en ambientes no institucionalizados e incluso desviados, como puede ser el ambiente de los consumidores de drogas (Vidal-Casero, 2000).

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).

- **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 (Vidal-Casero, 2000). 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. Se ha comprobado la 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. 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 (Yuste, 2003). 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 (Hualde, 1990).

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 (García-del Castillo, 2011).

### **Oferta y disponibilidad de las sustancias.**

Existe una relación casi lineal entre aumento de disponibilidad de las drogas y aumento de problemas relacionados con el consumo de dichas sustancias (Vidal, 2000). 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, 2012a). 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.

## 6. La prevención y la educación para la salud en las conductas adictivas

### 6.1 Estrategias de Prevención

Existe un amplio consenso sobre la necesidad de abordar el cambio de actitudes como un objetivo básico de los programas preventivos (Berjano, 1987; Baeza, 1992). Esto es debido a que se asume, desde la perspectiva de la Educación para la Salud, la importancia que adquieren las actitudes en la adquisición y desarrollo de conductas de protección de la salud. Pese a que la relación entre actitudes y consumo de alcohol/drogas no ha quedado del todo clara, el siguiente punto aportará algunos resultados claves ofrecidos por la literatura científica al respecto. La mayoría de los programas preventivos del consumo de drogas que se llevan a cabo en el Estado Español son de tipo informativo (March, 1993), lo que tal vez, esté demostrando una prematura predisposición a considerar la falta de información como predictora del consumo de drogas, cuando no existe evidencia empírica que lo confirme. Algunos autores como Sánchez-Perucho (1990) mencionan las sesiones informativas como un capítulo de los programas preventivos, aunque esta vez con el objetivo añadido de desmitificar falsos tópicos, posiblemente, la única utilidad de la incorporación de la variable información a este tipo de programas.

El *United States Institute of Medicine* (Mrazek, 1994) propuso un marco para clasificar la prevención en intervenciones de prevención universales o preventivas y reemplazar los conceptos anteriores de prevención primaria o secundaria. Los programas universales de prevención se administran a grupos grandes sin ninguna selección previa en cuanto a los factores de riesgo, por lo que todos los miembros de la población comparten el mismo riesgo general, aunque el riesgo puede variar enormemente entre los individuos y los subgrupos (EMCDDA, 2009). Las intervenciones universales de prevención son mejores cuando los factores de riesgo de desarrollo de un problema no son fáciles de identificar, son difusos en la población y no se los focaliza fácilmente mediante una intervención. Otra indicación para la prevención universal, en contraposición con la prevención selectiva, es cuando opera la paradoja de la prevención: es decir, dentro de una población surgen más problemas por parte de los que presentan niveles inferiores de riesgo que por parte de los que presentan niveles más altos de riesgo. Varios estudios indican que la paradoja de la prevención es relevante en el consumo de alcohol en la juventud.

En un modelo de costo-beneficio consistente (Caulkins, 2004) se calculó que incluso los tamaños del efecto pequeños en las intervenciones universales de prevención, en cuanto al retraso de la iniciación del abuso de sustancias durante unos pocos años, podría dar lugar a ahorros importantes a la sociedad durante la vida de un individuo. De igual manera, el *United Kingdom National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2010) ha calculado que un programa de prevención nacional del abuso de alcohol en las escuelas daría lugar a un uso del dinero público efectivo ya que si lograra al menos una reducción absoluta del 1,4% del consumo de alcohol entre los jóvenes (un tamaño del efecto muy pequeño) se podría ahorrar hasta 75 millones de libras. Ambos modelos económicos suponen que el retraso del consumo de alcohol y del inicio de su abuso evitaría algunos de los resultados de salud adversos a largo plazo asociados con el consumo de alcohol. Por lo tanto, una consideración importante al evaluar la efectividad de los programas de prevención del abuso de alcohol es por cuánto tiempo persisten los efectos de un programa, es decir la duración del impacto de un programa. Las intervenciones que muestran la persistencia de los efectos durante varios años son más útiles que las intervenciones que muestran algunos efectos inmediatos o a corto plazo pero ninguna prueba de una duración del impacto a más largo plazo durante varios años.

La lucha contra el tabaquismo se ha convertido en una prioridad en el ámbito de la salud pública para la mayoría de gobiernos de países desarrollados. Aunque algunas acciones tengan efectos proporcionalmente muy limitados, desde un punto de vista poblacional cualquier estrategia que disminuya el consumo de tabaco, por pequeña que sea en términos relativos, es muy beneficiosa en números absolutos, tanto si se trata de enfermedades evitadas como si se trata de costes evitados al sistema sanitario. Para la lucha contra el tabaquismo se han implementado tres tipos de estrategias (Oriol de Solà, 2003):

1. La regulación del mercado, con desincentivos para el cultivo de la planta del tabaco y regulación del acceso a los productos derivados de esta planta tanto por parte de los jóvenes como de los adultos. Estas dos estrategias por sí solas tienen muy poca repercusión en el consumo del tabaco. Más importante ha sido la "batalla" por la regulación del mercado de la publicidad y, hasta el momento actual, parecería que se han ganado algunos "combates" (no es el caso de España). Sin embargo, no hay que menospreciar la capacidad de la industria para buscar sistemas alternativos de publicidad, y su habilidad para crear nuevos espacios y nuevos mercados.
2. La promoción de la salud mediante campañas. La eficacia de las mismas de manera aislada es muy reducida y con una duración muy limitada, pero de manera combinada y especialmente reforzando la aplicación real de la ley, se han mostrado bastante eficaces a medio plazo. Esto sería válido tanto para los adultos como para los adolescentes y jóvenes.
3. La fiscalización del tabaco. Aunque puede tener efectos adversos sobre el índice de precios al consumo (IPC) y sobre el sector de la industria del tabaco, las medidas fiscales se han mostrado claramente eficaces. No hay que olvidar que esta efectividad es poco importante cuando se aplican subidas de impuestos poco importantes, pero en cualquier caso son efectivas. El proporcionar información a los minoristas (por ejemplo a los que venden tabaco) parece ser menos efectivo para reducir las ventas ilegales que el hacer cumplir activamente la legislación o las estrategias educativas de múltiples componentes o ambos (Stead, 2008)

Si bien estas estrategias han demostrado en algunos ámbitos su eficacia, cuando se implementan de manera conjunta y sobre toda la sociedad, se ve que no son tan efectivas. Esto se debe a la interacción de diferentes elementos, entre los que habría que destacar: la estructura social de la comunidad; los hábitos culturales y la aceptación del consumo de alcohol y tabaco como hecho normalizado; y, muy especialmente, la intervención de la industria, que con sus maniobras suele conseguir subvertir las restricciones y encontrar nuevas formas de promocionar y vender sus productos. Así por ejemplo hay pruebas de que las intervenciones de componentes múltiples para la prevención del abuso de alcohol en los jóvenes pueden ser efectivas; no obstante, hay pocas pruebas de que las estas sean más efectivas que las intervenciones con un solo componente. Entendemos por **programa de prevención de componentes múltiples** como los esfuerzos de prevención que administran las intervenciones en contextos múltiples, por ejemplo tanto en contextos escolares como familiares, habitualmente combinando planes de estudio en la escuela con una intervención en la crianza (Foxcroft, 2011a).

Las **intervenciones motivacionales** (método semidirectivo centrado en el paciente que se dirige a aumentar la motivación intrínseca para el cambio al explorar y resolver la ambivalencia) son tratamientos psicológicos cortos que pueden ayudar a los pacientes a reducir el consumo de tabaco y alcohol; sin embargo, parece que otros tratamientos activos, el tratamiento habitual, la evaluación y la retroalimentación pueden ser tan efectivos como las intervenciones motivacionales (Smedslund, 2011; Douglas, 2010). Las **intervenciones breves** disminuyen el consumo de alcohol de manera más evidente en los hombres que en las mujeres. Estas

intervenciones abarcan de una a cuatro sesiones en la Atención Primaria (de aproximadamente 15 minutos cada una) y la brindan los trabajadores de la atención sanitaria como médicos de familia, enfermeras o psicólogos. La intervención que se les ofrece incluye retroalimentación sobre el consumo de alcohol y los daños, la identificación de las situaciones de alto riesgo para beber y las estrategias de afrontamiento, el aumento de la motivación y el desarrollo de un plan personal para reducir el consumo de alcohol.

El **modelo transteórico** es un modelo de varias teorías de cambio en la conducta basadas en estadios. Indica que los fumadores pasan por una variedad de etapas de motivación antes de que intenten dejar el hábito de fumar: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Comparativamente, los programas basados en estadios no son ni más ni menos efectivos que los programas de intervención convencionales (Cahill, 2011). En tanto a la prevención del consumo de tabaco en adolescentes, muchos programas se concentran en la prevención del comienzo del consumo de tabaco pero otros tienen como objetivo ayudar a los adolescentes que ya fuman a dejar el hábito. En este propósito los programas complejos (tales como el *Transtheoretical Model of Change*) y los programas de terapia conductual muestran ser algo prometedores. Sin embargo, el número de ensayos y de participantes todavía no aporta suficientes pruebas para juzgar su efectividad (Grimsaw, 2004). Los fármacos, como el reemplazo de nicotina y el bupropión, todavía no se han probado suficientemente en los adolescentes.

## 6.2 Educar para prevenir en el instituto

En ámbitos escolares la Prevención Universal adopta habitualmente la forma de educación de concienciación con respecto al alcohol, habilidades de resistencia social y con los compañeros, retroalimentación normativa o desarrollo de normas conductuales y afiliaciones con compañeros positivos. Como programas de prevención se encuentran los siguientes (Luengo, 1997):

- **Los programas basados en la información.** Se centran en incrementar el conocimiento que los adolescentes tienen acerca de las drogas y los riesgos que conlleva su consumo. aún cuando logran producir un incremento considerable en el nivel de información del alumno, no tienen un efecto significativo cuando se toma como criterio de evaluación el consumo de drogas
- **Los programas de educación afectiva.** Tratan de promover el crecimiento personal y social del individuo y potenciar su autoestima y conocimiento personal, a través de discusiones en clase y actividades tipo experiencias dirigidas a la clarificación de valores y a la toma responsable de decisiones. Los resultados obtenidos también dejan bastante que desear. Las evaluaciones de los programas centrados en variables psicosociales sí han obtenido resultados esperanzadores (Tobler, 1992; Hansen, 1992). Los encontramos dirigidos al desarrollo de habilidades de resistencia los cuales se focalizan en las influencias sociales que promueven el uso de sustancias psicoactivas: pretenden hacer conscientes a los sujetos de esas influencias y enseñar habilidades para hacerles frente. Por otro lado van dirigidos al desarrollo de habilidades genéricas por lo que, además de incluir componentes del enfoque anterior, este tipo de programas pone su énfasis en la adquisición de habilidades de carácter general que tienen una aplicación más amplia y no limitada a una problemática concreta.

Lo que distingue a un tipo de programa de prevención de otro, entre otros, es la forma en la que son aplicados. Tobler (2000) clasifica los programas en dos grupos, en función del nivel de

interacción que proporcionan en clase: programas no interactivos (presentación teórica de la información con escasa interacción, o metodologías que incluyen la interacción entre profesor y alumno, pero no entre alumnos) y programas interactivos (programas cuya estructura se basa en grupos de discusión y estimulan la interacción entre iguales o estructuras que propician una interacción máxima). Los estudios sugieren que las aproximaciones didácticas interactivas (como el role-playing, el modelado activo, la discusión y el debate) presentan una mayor eficacia que los programas no interactivos que se centran exclusivamente en el conocimiento (Gázquez, 2009). Los programas interactivos proporcionan oportunidades de contacto y de comunicación para el intercambio de ideas entre participantes y estimulan el aprendizaje de las habilidades para el rechazo de drogas (Tobler, 2000).

La mayoría de los efectos positivos observados con más frecuencia entre los programas escolares universales para prevenir el uso del alcohol en adolescentes han sido sobre la embriaguez y el beber de forma compulsiva. Las pruebas actuales indican que algunos programas de prevención genéricos psicosociales y del desarrollo pueden ser efectivos y podrían considerarse opciones políticas y prácticas (Foxcroft, 2011b). Por su parte, los fumadores que obtienen el apoyo de sus compañeros y de otras personas tienen mayor probabilidad de abandonar con éxito el hábito de fumar; sin embargo las intervenciones (educación y solución de problemas) que intentaron mejorar el apoyo recibido no han demostrado aumentar las tasas de abandono a largo plazo, en comparación con un programa de abandono del hábito de fumar sin el apoyo de un compañero (Park, 2008).

### 6.3 La influencia de la familia en la prevención

El proceso de socialización del niño es uno de los primeros y principales factores que predicen el comportamiento infantil, reforzando así el interés en intervenir muy pronto en la familia (Maccoby, 1992). Los **programas de prevención selectiva** se dirigen a grupos o familias en riesgo "estadístico", dada la mayor probabilidad de llegar a consumir o de generar consumos. Estas intervenciones afectan a toda la familia, durante largos periodos (Kumpfer, 1995)

Los **programas de prevención universal** se dirigen a la población en general, incluyendo a jóvenes y familias. Sus objetivos son informar y sensibilizar en relación a la problemática del consumo de sustancias. Son ejemplos las campañas de prevención de los *mass media*, los programas de intervención escolar y algunos programas de consolidación de las familias. En el contexto familiar, la prevención universal habitualmente adopta la forma del apoyo del desarrollo de habilidades de crianza incluido el apoyo paternal, los comportamientos de cuidado y protección, la determinación de límites o reglas claras, y la vigilancia de los padres. Las habilidades de resistencia sociales y a los compañeros, el desarrollo de normas de conducta y la vinculación positiva con los compañeros también pueden ser consideradas con un programa preventivo universal basado en la familia (Foxcroft, 2011a).

Los padres y los cuidadores desempeñan una función importante en la socialización de los jóvenes. Se sabe que los comportamientos positivos de apoyo y control por parte de los padres, y la vigilancia paterna adecuada, pueden promover el desarrollo del comportamiento prosocial y reducir la vinculación con los grupos de compañeros anómalos y su influencia. Cuando los jóvenes tienen un ambiente familiar positivo y desarrollan habilidades de resistencia sociales y a los compañeros luego tienen mayor probabilidad de desarrollar y adoptar normas de conducta asociadas con su vida familiar y de ser resistentes a las influencias externas, de los compañeros o los anunciantes. Los programas de prevención basados en la familia son diferentes de los programas de prevención basados en la escuela en cuanto a una característica importante: el mecanismo del efecto es indirecto, a través de los padres y la familia, en lugar de un programa

de intervención administrado directamente a la población destinataria, es decir los jóvenes. Las pruebas actuales indican que los efectos de ciertos programas de prevención basados en la familia son efectivos y aunque tales efectos son pequeños, los son de forma generalmente consistente y persistente en el medio-largo plazo (Foxcroft, 2011b).

El hábito de fumar de los padres es una fuente común pero prevenible de morbilidad en la lactancia y la niñez. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la necesidad de reducir el hábito de fumar en los padres como un elemento clave de acción para promover la salud y el desarrollo en la primera infancia, en particular entre los que viven en circunstancias sociales y económicas difíciles (WHO, 1999). Los niños expuestos al humo del cigarrillo se encuentran en riesgo mayor de padecer problemas pulmonares, infecciones y complicaciones graves, incluido el síndrome de muerte súbita del recién nacido. Esta exposición ocurre principalmente en el hogar, porque es allí donde los niños-adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo. La importancia del comportamiento de los cuidadores de niños aumenta debido a que el tiempo que pasan los niños en contextos comerciales e informales de atención infantil aumenta. La prevención de la exposición al humo del cigarrillo en la lactancia y la niñez podrían por consiguiente mejorar significativamente la salud de los niños en todo el mundo. Usando varias intervenciones, incluida la educación de los padres y los programas de asesoramiento, para tratar de reducir la exposición de los niños al humo del tabaco, su efectividad ha sido incierta, no encontrando pruebas suficientes de que alguna intervención reduzca el hábito de fumar de los padres y también la exposición de los niños, con más efectividad que otras. El asesoramiento breve puede ayudar en algunos contextos, con pruebas limitadas para el asesoramiento intensivo (Roseby, 2008).

#### **6.4 El papel de la sociedad y la legislación**

El estudio de la potencia de la repercusión que tienen las normas, tanto en el pensamiento como en el comportamiento, es un área de investigación bien establecida en las ciencias sociales, muy especialmente en los campos de la sociología y la psicología social. Las normas sociales consisten en nuestras percepciones y creencias de lo que constituye un comportamiento "normal" en las personas de nuestro entorno, y estas creencias influyen en el comportamiento (Berkowitz, 2005; Perkins, 2003). Así, por ejemplo, si un individuo cree que sus compañeros son grandes bebedores, esta creencia influirá en la cantidad de alcohol que él consume. La magnitud del contacto del individuo con su grupo de referencia o con sus miembros y su concepción de cuán comparable él es con los miembros de su grupo, puede afectar su susceptibilidad a la influencia de la norma del grupo que él percibe. Hay dos diferentes tipos de normas: las reglas sociales y las normas conductuales. El primer tipo (reglas sociales) está relacionado con el punto de vista de las personas sobre lo que consideran correcto, que se basa en sus creencias personales o criterios morales. El segundo tipo (normas sociales conductuales) consiste en el comportamiento general del entorno y cómo influye al proporcionar pruebas de lo que probablemente es una actividad efectiva y adaptativa: con el reconocimiento de lo que la mayoría de los otros hacen, una persona generalmente puede elegir eficientemente y comportarse adecuadamente.

La diferencia entre lo que se piensa que son las actitudes o comportamientos ajenos y lo que realmente son, se describe como "concepción errónea". Por lo tanto, existe una concepción errónea cuando se subestima o se sobrestima la prevalencia de comportamientos o de actitudes en una población o grupo. Una persona puede percibir erróneamente de diversas maneras la sociedad o el ambiente de su entorno social, lo que tendrá una repercusión sobre su comportamiento (Perkins, 2003; Berkowitz, 2005). Numerosas investigaciones han señalado que los estudiantes universitarios habitualmente perciben erróneamente las normas de sus

compañeros, y sobrestiman la cantidad de alcohol que consumen (Perkins, 2007; Mcalaney 2007). Los altos niveles de error en la percepción se asociaron con mayor consumo personal de alcohol (Perkins, 2007; Mcalaney, 2007). El uso de la **teoría de las normas sociales** en la prevención y el trabajo de intervención se basa en el hecho de que gran parte de la influencia del grupo se debe a la percepción incorrecta de sus actitudes y comportamientos. La teoría y la investigación que apoyan esta concepción sugieren que la cultura del grupo se puede cambiar desde adentro en lugar de luchar contra ella. Esta idea se puede emplear para desarrollar intervenciones dirigidas a los tres niveles de la prevención, especificados como universal, selectiva e indicada, para fomentar una reducción del consumo de alcohol y de sus problemas relacionados. En una población de estudiantes, la prevención universal se dirige a todos los estudiantes universitarios sin identificar los que están en riesgo de abuso. La prevención selectiva se dirige a los miembros de un grupo de un ámbito universitario que están en riesgo de abuso de sustancias. La prevención indicada se dirige en particular a los individuos que ya muestran signos de un problema relacionado con el alcohol. Las intervenciones en los tres niveles de prevención pueden combinarse para crear un programa integral con una base teórica y con elementos del programa que se refuerzan mutuamente (Berkowitz, 2005).

Perkins (2002) ha examinado los estudios conceptuales y empíricos sobre la función de las normas sociales en el consumo de alcohol por los estudiantes universitarios y las estrategias de prevención para contrarrestar el consumo indebido. El autor también hizo notar los planteamientos clásicos de la sociología sobre la importancia fundamental de las normas para la comprensión del orden social y de la diversidad del comportamiento humano. Las **intervenciones basadas en las normas sociales** habitualmente se presentan en una de dos formas: la promoción social o la información normativa individual. Los enfoques de promoción social dependen de los métodos masivos de comunicación universales, para educar a los estudiantes sobre el comportamiento real de consumo de alcohol. Aunque los enfoques de promoción social tienen la ventaja de llegar a una audiencia mayor, pueden ser costosos, y están limitados por ser relativamente impersonales y suponen que los estudiantes recibirán y procesarán cuidadosamente la información (Walters, 2000). La información normativa individual es personalizada y puede proporcionar una intervención más pertinente y potente.

Las **intervenciones personalizadas de información normativa** proporcionan a los estudiantes información sobre las verdaderas normas de consumo de alcohol de los estudiantes. La información también proporciona comparaciones entre los patrones de consumo de alcohol de los estudiantes y la norma real y entre las percepciones de la norma de consumo de alcohol y la norma verdadera (Lewis 2006). Se proporciona a los estudiantes un perfil personal del consumo de bebidas por correo electrónico, carta o personalmente, con la cantidad de alcohol consumido por los estudiantes, el promedio de gastos en bebidas alcohólicas, la ingesta de calorías; sus factores de riesgo (p.ej. el riesgo genético del alcoholismo, las consecuencias negativas); y la comparación de las normas (p.ej. las creencias acerca del consumo de bebidas alcohólicas por los compañeros, la cantidad consumida con relación a los compañeros). Por lo tanto, la información puede suministrarse como una intervención independiente o como un complemento de una sesión de orientación individual o en grupos.

Las **políticas de prohibición de la publicidad o de aumento el precio del tabaco**, como las emprendidas por Noruega o Finlandia en los años 70 o Francia y Nueva Zelanda en los 90, han influido determinadamente en la reducción del consumo per cápita del tabaco entre el 14% y el 37% según el país y las medidas de control aplicadas (Romer, 1995). En España, la tendencia de descenso del consumo de tabaco entre los jóvenes se está estabilizando (con un incremento entre las chicas y una notable precocidad en el inicio) (ESTUDES, 2012/2013) lo cual conduce a plantearse reducir el consumo planificando medidas educativas y de protección de la salud concordantes con políticas de control del acceso juvenil al tabaco. Éste es el objetivo

de muchos estados occidentales: la consolidación formal de las **políticas estatales de control del acceso de los jóvenes al tabaco** (PECAJT), así como de los programas de información, educación y comunicación que funcionan y hacen que los adolescentes elijan las conductas más favorables para su salud (Villalbí, 1995). Las PECAJT han demostrado ser más eficaces en los estados que tienen más impuestos sobre el tabaco y menor población rural. Los estados con PECAJT asentadas tienen unos porcentajes menores de fumadores juveniles. El consumo de tabaco entre adolescentes está significativamente relacionado con las PECAJT y su implantación influye en la prevención del tabaquismo juvenil (Luke, 2000).

Por contra la exposición a la publicidad y a la promoción del tabaco y otras variables que pueden mediar entre la exposición y la conducta, como el reconocimiento de las marcas, la receptividad y las actitudes positivas frente a la publicidad y las promociones, podrían predecir la conducta futura ante el hábito de fumar (Lovato, 2008).

## 6.5 Actitud de los organismos internacionales sobre el consumo

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001), entendiendo los malos resultados de las políticas prohibicionistas, postuló que la mejor solución pasa por una conjunción de actuaciones: reducción del acceso al alcohol, aumento de la edad legal para el consumo, restricción en el número de horas al día y en los días a la semana en los que pueda adquirirse alcohol y, por último, control sobre las licencias para la venta de alcohol. Estas medidas, combinadas con campañas informativas, pueden llegar a reducir el número de intoxicaciones y comas etílicos, el número de dependientes al alcohol y el de muertes y accidentes por accidentes de circulación. Pero estas medidas solo son eficaces si se aplican rigurosamente. Las restricciones en la publicidad también pueden contribuir a disminuir el consumo. Si se incide con programas comunitarios, información y el *counselling*, se puede contribuir a crear un mejor conocimiento sobre los peligros del alcohol.

Entre los jóvenes se necesitan además alternativas positivas que faciliten el acceso a la práctica de deportes, alternativas recreativas y de tiempo libre tanto dentro como fuera de la escuela. En la carta constitucional europea del alcohol promulgada por la OMS en 1995 (ECHSA, 1995) se explicita que todos los niños y adolescentes tienen el derecho de crecer en un ambiente protegido de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y de la promoción de bebidas alcohólicas. Sería conveniente establecer intervenciones preventivas desde cortas edades aunque en pocas regiones europeas existen programas suficientemente estructurados que puedan darnos una imagen clara y conclusiva sobre las posibilidades y de mejorar las actuaciones en este campo, el futuro pasaría por una correcta información y educación para con los padres (Burkhart, 2001).

En la Conferencia inaugural de la reunión ministerial de Estocolmo se planteó que ese objetivo es especialmente difícil ya que los niños crecen en un ambiente donde se les bombardea constantemente con imágenes positivas del alcohol, ya que los jóvenes son un blanco importante para el mercado de la industria del alcohol. Mientras los recursos de mercado intentan influir sobre los jóvenes, se hace muy difícil crear actitudes equilibradas y saludables frente alcohol. Se pretende emprender actuaciones conjuntas entre los estados miembros de la Unión Europea, los organismos internacionales, la industria alcohólica y las personas jóvenes para oponerse a las tendencias negativas de cada país. Para conseguir estos objetivos el Plan de acción Europeo hasta el 2006 propuso promocionar medidas políticas encaminadas a:

- Protección frente a la promoción del alcohol.
- Desarrollo de medidas educativas.

- Promoción de entornos favorables y reducción de daños.
- Desarrollo de planes nacionales y estrategias con jóvenes.
- Impulso de redes locales de apoyo.
- Desarrollo de un modelo comprehensivo capaz de dar una respuesta adecuada a los problemas sanitarios y sociales que experimentan los jóvenes en relación con el alcohol, el tabaco y otras drogas.
- Reforzar la cooperación internacional.

Respecto al tabaco, la Organización Mundial de la Salud ha identificado la necesidad de reducir el hábito de fumar en los padres como un elemento clave de acción para promover la salud y el desarrollo en la primera infancia, en particular entre los que viven en circunstancias sociales y económicas difíciles (WHO 1999). En algunos países son evidentes las fuertes relaciones entre el nivel socioeconómico y la calidad ambiental. Asimismo las estrategias necesarias para reducir el hábito de fumar y mejorar los resultados de salud del niño, necesitan ser avaladas mediante el reconocimiento de los recursos y el control limitado que algunos individuos y familias tienen sobre las situaciones ambientales y sociales.

## 7. La intervención contra el consumo de sustancias adictivas en la adolescencia

### 7.1 Intervenciones contra el alcohol

El **Programa de Intervención Breve para Adolescentes (PIBA)** que inician el consumo de alcohol y otras drogas, y el **Consejo Breve** de una sola sesión (Martínez-Martínez, 2008), son dos tipos de aproximaciones que han mostrado resultados efectivos para detectar y atender de manera temprana a los adolescentes que consumen alcohol en exceso. Ambas aproximaciones son intervenciones breves derivadas de un enfoque conductual, que se caracterizan por tener un tiempo breve de duración, incluyendo una evaluación inicial, un asesoramiento breve y el seguimiento de los casos (Rodríguez-Martos, 2002). El PIBA está conformado por cinco sesiones, en las que se establece una meta de consumo (abstinencia o moderación), se analizan situaciones de riesgo, se desarrollan planes de acción para enfrentar dichas situaciones y se revisa el impacto que el consumo de alcohol tiene sobre las metas de vida de los adolescentes. Mientras que el Consejo Breve consiste en una sesión de trabajo de 90 minutos, en la que se retroalimenta al adolescente sobre su patrón de consumo, factores de riesgo y protección personales, se establece una meta de consumo y se desarrollan alternativas de apoyo para el logro de la meta. Los resultados en estudios realizados con adolescentes de distintos países coinciden con los datos de los anteriores estudios, observándose que estas modalidades de intervención tienen un efecto en el número de días de consumo y en el promedio del consumo de alcohol, alcanzando efectos moderados sobre las comparaciones del patrón de consumo antes y después de las intervenciones, y en comparación con grupos control o alguna otra intervención (Martínez-Martínez, 2008; Winters, 2007). También se observa una disminución significativa en el número de problemas relacionados y un incremento en el nivel de autoeficacia situacional. Además, ambas intervenciones alcanzaron un tamaño del efecto moderado, lo que coincidió con los estudios realizados en otros países (Winters, 2007). Así pues, se sugiere que ambas intervenciones se integren en un modelo escalonado de atención, donde el Consejo Breve sea la intervención mínima inicial, debido a su bajo costo y tiempo de aplicación, pero cuando esto no sea suficiente se ofrezca el PIBA (Salazar, 2010). De la misma forma, se puede dar oportunidad a los adolescentes de elegir la intervención. El modelo de la atención escalonada y las intervenciones breves plantea que cuando los individuos participan

en la toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, se incrementa la probabilidad de obtener resultados positivos (Miller, 2002).

Las **intervenciones psicosociales** tienen como objetivo desarrollar habilidades psicológicas y sociales (p.ej. resistencia a los compañeros) mediante el modelado, la comprensión, el establecimiento de normas y la práctica de habilidades sociales, de manera que los jóvenes tengan menores probabilidades de abusar del alcohol. Las **intervenciones educativas** tienen como objetivo aumentar la conciencia sobre los posibles peligros del abuso del alcohol (p.ej. aumento del conocimiento) para que los jóvenes tengan menores probabilidades de abusar del alcohol (Foxcroft, 2002). Las pruebas actuales indican que algunos programas de prevención genéricos psicosociales y del desarrollo pueden ser efectivos y podrían considerarse opciones políticas y prácticas; estos incluyen el *Life Skills Training Program* en los Estados Unidos, el programa *Unplugged* en Europa y el *Good Behaviour Game* en los Estados Unidos y Europa. Sin embargo, debido a la variabilidad en los efectos entre los estudios y entre los subgrupos dentro de los estudios, se recomienda que se preste atención especial al contenido del programa y al contexto de administración (Foxcroft, 2011b).

Por otro lado los **programas de tutelaje** se realizan principalmente en los EE. UU, abarcando entre una y dos terceras partes de los adolescentes quienes han recibido tutelaje en algún momento (Zimmerman, 2002). El tutelaje se define como una relación de apoyo en la cual una persona ofrece apoyo, orientación y asistencia concreta al compañero, basados en el intercambio de experiencia y conocimientos especializados sin esperar una ganancia personal por parte del tutor. El tutelaje es diferente al asesoramiento realizado por un educador profesional, un trabajador sanitario o un trabajador de salud mental que ayuda al cliente a diagnosticar los problemas o alcanzar las metas, generalmente mediante una cita en una ubicación particular (p.ej. oficina o escuela). Los asesores generalmente utilizan estrategias guiadas por la teoría, no revelan sus propias experiencias y por lo general son pagados. No obstante los programas de tutelaje no han demostrado conseguir un menor consumo de alcohol a pesar del esfuerzo de las organizaciones, los tutores y las actividades de la comunidad asociadas (Thomas, 2011).

## 7.2 Intervenciones contra el tabaco

Según el Observatorio Español sobre Drogas (2010) el tabaco es, después del alcohol, la droga más consumida entre los estudiantes de secundaria. El consumo de tabaco es superior entre las chicas y a medida que aumenta la edad de los escolares, se acentúan las diferencias en la prevalencia a favor de las chicas. La edad está claramente asociada al consumo de tabaco, el cual aumenta desde los 14 hasta los 18 años. Los adolescentes son un blanco fácil y la industria del tabaco lo sabe, por lo que dirige la mayor parte de sus campañas a esta población. En los últimos años la publicidad del tabaco ha ido encaminada a los jóvenes y sobre todo a la mujer, que en poco tiempo va igualando su consumo al del varón (García-García, 2010). Fumar a edades tempranas es un factor de riesgo para la dependencia a la nicotina en edades más avanzadas. Si un adolescente sabe evitar el tabaco, es poco probable que de adulto sea fumador (John, 2004). La incorporación en esta etapa de hábitos como el tabaquismo hace que sean difíciles de modificar una vez establecidos y se mantienen en la vida adulta (Perez-Trullén, 2002).

La prevención del hábito tabáquico en jóvenes debe abordarse desde dos perspectivas: con la limitación de la publicidad, como se recoge en el Real Decreto 192/1988 y, desde el punto de vista educativo, potenciando la introducción de la educación para la salud.

La **Educación para la Salud** forma parte de la educación integral que niños y jóvenes deben recibir para promover en ellos estilos de vida saludables y prevenir el tabaquismo o cualquier otra drogodependencia (Mendoza, 1993). En España, el Plan Nacional sobre Drogas ha logrado que disminuya el consumo de algunas sustancias tóxicas, pero no ha conseguido disminuir el consumo de tabaco entre los adolescentes. Con la inclusión de la educación para la salud en la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) se ha intentado reproducir en nuestro país los programas que han tenido éxito en otros (Vries, 1992).

Una revisión Cochrane (Sowden, 2006) destinada a valorar la efectividad de las **intervenciones comunitarias** para prevenir el consumo de tabaco en jóvenes no es nada concluyente y señala que la eficacia de este tipo de programas puede verse respaldada por la información existente, pero que dicha información es aún limitada. Similares conclusiones se reseñan en la revisión de Thomas (2006), destinada a valorar la eficacia de programas comunitarios basados en influencias sociales. Backinger (2003) concluye en su estudio que, si bien los planes de estudios para prevenir que los adolescentes comenzaran a fumar eran ineficaces de forma aislada, sí resultaron eficaces cuando se combinaron con otros métodos de intervención como el empleo de los medios de comunicación y la política de centros sin humo. También Johnston (2003) encuentra efecto en la prevención al incluir acciones como el aumento del precio de los cigarrillos (se estimó que un 10% de aumento en el coste del tabaco reducía aproximadamente en un 5% el número de adolescentes fumadores) o las campañas de medios de comunicación.

Los programas destinados a niños y jóvenes son quizá los más ampliamente utilizados y los que disponen de mayor experiencia, y todos ellos se materializan en el medio escolar, a través de la transmisión de conocimientos y actitudes encaminados a conseguir un estilo de vida más saludable. Durante muchos años en EE.UU. se han utilizado diversas estrategias, como modelos de información, educación, influencia social o de salud pública, y se han observado efectos moderados y de duración limitada en el tiempo (Ennett, 1994). Sin embargo, los mejores resultados se alcanzaban cuando las intervenciones eran polivalentes, combinando la actuación en la escuela con intervenciones en los medios de comunicación y en la propia comunidad (Flynn, 1992), pues de ese modo llegaban a conseguirse descensos en el número de fumadores. Algunos autores como Reid (1999) indicaron que estas iniciativas pueden ser más costosas con relación a los beneficios que los programas escolares sin intervención en la comunidad. El *Center for Diseases Control* de EE.UU. (1994) ha sistematizado las posibilidades de intervención a través de guías para la prevención del tabaquismo en el medio escolar, y en la Conferencia de Roma (Tobacco, Youth Prevention and Communication Conference, 2003) se establecieron las directrices para realizar campañas de prevención del tabaquismo dirigidas a jóvenes en Europa.

No hay evidencias suficientes que permitan afirmar o descartar la utilización de las diversas estrategias terapéuticas empleadas en los adultos; existe mayor consenso acerca de la utilización del consejo y la intervención breve frente al tratamiento farmacológico, posiblemente por no presentar las intervenciones conductuales ningún riesgo, mientras que éste sí existe en el caso de los tratamientos farmacológicos, o lo que es lo mismo, por presentar aquéllas hipotéticamente una mejor relación riesgo/beneficio (Barrueco, 2007). No obstante, el uso del tratamiento combinado (psicológico más farmacológico) debería ser investigado por profesionales especializados.

Los **programas escolares de prevención del tabaquismo**, a pesar de la falta de hallazgos concluyentes, constituyen la única opción válida para prevenir el consumo de tabaco en niños y jóvenes. En relación con el tratamiento, existe unanimidad en recomendar el consejo y las intervenciones breve o intensiva adaptadas. En cambio, hay menor grado de consenso, incluso algunas reservas, en la utilización del tratamiento farmacológico, que se reservará para los casos con una dependencia moderada/alta a la nicotina y una voluntad establecida de dejar el tabaco.

Podemos destacar que el consejo y la intervención breve en el contexto de los programas escolares de prevención del tabaquismo deben ser una condición necesaria y un criterio de calidad que debería incluirse dentro de los criterios mínimos exigibles a un programa de este tipo (Barrueco, 2007)

El estudio de los hábitos de consumo de tabaco en la población escolar contribuye a mejorar el conocimiento del problema del tabaquismo en nuestro medio para poder plantear estrategias de prevención lo más eficaces posibles. La prevención debe ir encaminada especialmente a este grupo de población, y los centros escolares son el marco idóneo para el estudio de estos hábitos. A pesar de la variabilidad de los resultados obtenidos en distintos estudios, estos programas deberían incluirse de forma sistemática en los contenidos educativos de los centros escolares (Barrueco, 1998) y no constituir, como hasta ahora, escasísimas iniciativas aisladas. Es fundamental, por tanto, otorgar a la educación sanitaria una gran utilidad para frenar el inicio del consumo de tabaco en los jóvenes (Soria-Esojo, 2005).

# OBJETIVOS

## 1 Hipótesis

La hipótesis de partida busca interpretar las creencias del adolescente en su contexto, sin cuantificar los hechos, para comprender las coordenadas desde las que actúan y elaboran sus propias motivaciones. El predominio de la voluntad inductiva, en el sentido de orientar la investigación hacia el desarrollo del componente de descubrimiento, obliga a considerar los presupuestos de partida como provisionales y, por tanto, susceptibles de ser modificados en la medida que avanza la investigación. Se renuncia a imponer hipótesis cerradas de partida para poder investigar el comportamiento procesual de este fenómeno y permitir la máxima flexibilidad de la investigación.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo general:

Conocer la motivación de los adolescentes para el inicio/mantenimiento del consumo de alcohol y tabaco.

### 2.2 Objetivos específicos

1. Profundizar en los cambios físicos, psíquicos y/o sociales que influyen en el consumo.
2. Conocer las diferencias existentes según el sexo para la motivación al consumo.
3. Valorar la influencia de la dinámica familiar y el entorno social (micro y macro ambiental) en el consumo adolescente
4. Conocer la percepción del riesgo que los adolescentes asignan al consumo de alcohol y tabaco.
5. Conocer el papel que asignan los adolescentes a sanitarios y educadores.



# SUJETOS Y MÉTODOS

## 1 Justificación del diseño

La tendencia en la investigación médica es identificar el conocimiento científico con lo numéricamente medible (Fernández de Sanmamed, 2003). La reducción del conocimiento científico a lo objetivable y medible ha favorecido el enfoque biologicista del saber médico, lo que ha creado a su vez el modelo biomédico que predomina en las ciencias de la salud. Sin embargo, esta visión es cuestionable por ser limitada: los fenómenos sociales son complejos y la realidad de este hecho hace que en materia de salud sea impensable que dichos fenómenos puedan ser aprehensibles y/o entendibles en su globalidad. Podría entenderse como un conjunto donde las causas inmediatas, tanto externas como internas, la reacción psicológica/orgánica/social y la reacción personal forman un triángulo en que el dinamismo corre en doble dirección, pues los tres lados se comunican. Como dice Laín Entralgo, *el conocimiento total acabado de la realidad no será dado nunca a la mente humana, que se mueve acercándose a ella cada día de forma asintótica* (Laín Entralgo, 1978).

La investigación para la prevención y la promoción de la salud de la juventud requiere que exploremos sus experiencias y vivencias, que descubramos sus prácticas, culturas y modos de razonar, enfatizando la necesidad de respetar las opiniones de las personas e involucrándolas directamente en las decisiones sobre su salud. Para los profesionales de la salud resulta fundamental comprender cómo los adolescentes viven su salud y buscar el sentido que le otorgan. Es necesario aprender, en la convivencia con adolescentes, sus experiencias de vida, buscando más allá de lo que aparentan sus manifestaciones.

Las actitudes hacia el consumo de alcohol y tabaco por parte de los adolescentes siguen siendo pobremente entendidas: las investigaciones cuantitativas orientan este fenómeno como un problema de salud olvidando en la mayoría de ocasiones que se trata de un acontecimiento social que hay que comprender. Los adolescentes configuran una realidad compleja, interrelacionada y dinámica cuyo conocimiento requiere también de enfoques y métodos que posibiliten comprender mejor aquello que no es cuantificable, y no porque no exista o porque su relevancia sea menor, sino fundamentalmente porque tiene que ver con lo humano. Muchas intervenciones basadas fundamentalmente en intervenciones cognitivas no han logrado un descenso del consumo entre adolescentes (Foxcroft, 2007; Thomas, 2007), lo que nos sugiere 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.

Para esta nueva mirada sobre el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes se precisa una mayor información sobre los contextos y las condiciones en los que ocurre y se desenvuelve: las actividades de promoción y prevención en adolescentes han de enfatizar no sólo en los conocimientos necesarios en materia de salud para alcanzar unas conductas saludables, sino también sus valores, creencias y actitudes (Consejería de Asuntos Sociales, 2008). Ésta es la justificación del presente proyecto de investigación: descubrir desde una visión globalizadora las prácticas, culturas y modos de razonar de los adolescentes, descubrir sus motivaciones dentro de contexto donde se encuentran y, a partir de esa diversidad cultural, conocer las motivaciones que determinan los comportamientos (en concreto, consumo de alcohol y tabaco) para poder escoger las mejores estrategias de los programas de promoción y prevención en adolescentes y, de esta forma, hacer más eficientes las intervenciones.

Las técnicas cualitativas son especialmente relevantes para profundizar en la naturaleza de los procesos objeto de estudio, captando la experiencia de los individuos con respecto a las

problemáticas analizadas (Fernández de Sanmamed, 2003). La investigación cualitativa ha permitido constatar la existencia de concepciones simbólico- culturales sobre la salud, más amplias que las reconocidas en los discursos médicos dominantes y en las propias nociones de salud. Concepciones globales, simbólicas y holísticas que conciben la salud como algo cultural, como algo colectivo y relacional, más allá del par salud-enfermedad, más allá de la dimensión fragmentada y orgánica de la enfermedad, más allá de ésta como mero resultado de factores (Santos-Guerra, 1999). La investigación cualitativa conlleva implícitamente el reconocimiento de un pluralismo cognitivo metodológico que se acerca, inevitablemente, a otras áreas del conocimiento no médicas como la sociología o la psicología (Fernández de Sanmamed, 2003).

## 2. Metodología

Se ha empleado una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico, adecuado para conocer las opiniones, percepciones y discursos, permitiéndonos estudiar el fenómeno del consumo de alcohol y tabaco de los adolescentes en su contexto natural, encontrando el sentido o la interpretación de valores y creencias a partir de los significados que las adolescentes les conceden. El estudio es de tipo explicativo, pretendiendo descubrir y enumerar las causas que conforman el fenómeno, así como identificar cómo interactúan entre sí para elaborar un marco explicativo sobre dicho fenómeno. Con la aplicación de esta metodología se ha pretendido llevar a la práctica una teoría del encuentro entre investigador y adolescente que, más que describir o enumerar las opiniones de las jóvenes, deduzca de sus informaciones una serie de líneas de trabajo para la mejora de los programas de prevención y promoción de la salud realizados en esta etapa de la vida. En la tabla 7. se expone un resumen de las características del estudio y el desarrollo de la metodología.

**Tabla 7**  
Características metodológicas fundamentales del estudio

<b>Tipo de estudio</b>	<b>Metodología Cualitativa con diseño fenomenológico</b>
<b>Técnicas de recogida de información</b>	Grupos de discusión
<b>Población de estudio</b>	Adolescentes de 12 a 18 años
<b>Diseño muestral</b>	Muestreo intencional
<b>Criterios de homogeneidad</b>	Niveleducativo
<b>Criterios de heterogeneidad</b>	Género (hombre, mujer) Patrón de consumo (no consumo, consumo intermitente, consumo en fin de semana, consumo diario)
<b>Periodo de trabajo de campo</b>	Septiembre de 2008 a enero de 2009

El proceso de investigación ha tenido las características propias de un proceso cualitativo, observando las siguientes características:

- Circularidad: A diferencia de los diseños cuantitativos que son cerrados, lineales y secuenciales, en la investigación cualitativa la característica es la circularidad, es decir la realización de cada fase puede/debe modificar la anterior y la siguiente en un proceso de interrelación circular durante todo el estudio. Así, por ejemplo, los informantes nos pueden hablar de un aspecto del fenómeno que no habíamos previsto y esto nos obliga a replantearnos los objetivos y las técnicas empleadas.
- Flexibilidad: En los estudios cualitativos el diseño es flexible, abierto y cambiante, produciéndose lo que algunos autores llaman indeterminación metodológica, dado que las preguntas de la investigación y los objetivos son inconcretos y se va concretando y enriqueciendo con el proceso investigador. Se ha de tener un diseño inicial (diseño proyectado) de la investigación pero reservándose siempre el derecho a modificar y cambiar partes e incluso el diseño completo según lo que ocurra en la fase de campo y cómo ello vaya dando respuesta a las preguntas de la investigación (diseño emergente) y es solo al final de la investigación que el diseño está completo (diseño final).
- Reflexividad: el investigador no está continuamente moviéndose en la improvisación e indeterminación al trabajar con un diseño cualitativo gracias a la reflexividad. Se trata de la elaboración de un pensamiento cuidadoso, un autoconocimiento consciente que permite analizar y evaluar la influencia de las respuestas subjetivas, la dinámica intersubjetiva y el proceso de la investigación. La reflexión sobre lo que va aconteciendo es lo que permite recoger e introducir lo inesperado en la investigación, concretar las preguntas de la investigación, controlar el proceso de la investigación y completar el diseño.

Es muy importante en el diseño establecer una línea de calidad de la investigación cualitativa, adecuada a criterios y directrices propuestos por la bibliografía de referencia (Calderón, 2002; Castillo, 2003). El diseño cualitativo nos permite asegurar la validez interna de los resultados, dada la facilitación de la comunicación horizontal entre investigador y adolescentes. En cuanto a la validez externa, apuntamos la limitación principal de todos los trabajos de diseño cualitativo: la replicación de un fenómeno social es difícil porque pueden variar las condiciones bajo las cuales se recolectan los datos, como tampoco es factible controlar todas las variables que pueden afectar los hallazgos. Evidentemente, esto es investigación en el “mundo real” y no bajo las calculadoras luces de un laboratorio. Sin embargo, y pese a lo anterior, se ha tenido en cuenta la necesidad de extrapolación de los significados encontrados al unificar la perspectiva de los investigadores mediante un proceso continuo de reflexividad y circularidad (a falta de observador in situ en las entrevistas hemos optado por un control de calidad del resto de los investigadores al generar las primeras hipótesis intuitivas) y hacer un seguimiento de las mismas reglas para la recolección y análisis de datos (basados en el esquema de Miles y Huberman, y expuestos con detalle en el apartado de métodos).

Para incrementar la **credibilidad** de los resultados obtenidos se realizaron las siguientes acciones:

1. Se contrarrestó la perspectiva del investigador con los comentarios iniciales del resto del equipo tras el visionado de las grabaciones.
2. Los investigadores discutieron su propio comportamiento y experiencias en relación con la experiencia de los informantes.
3. Se usó la triangulación para determinar la congruencia entre los resultados obtenidos.
4. Se usaron transcripciones textuales de las entrevistas, como respaldo a los significados presentados en el apartado de resultados.

Se han expuesto de la forma más ordenada posible el registro y la documentación empleada, así como las estrategias y los tiempos usados en las entrevistas y el análisis de datos, lo que permite la **auditabilidad** del trabajo. La **aplicabilidad** de los resultados se ha intentado mejorar explicando en las revisiones enviadas el contexto donde se ha observado el fenómeno social.

### 3 Técnica de recogida de datos

La técnica de recogida de la información empleada fue una **entrevista grupal**. Pese a elegir inicialmente la técnica de grupos focales (Merton, 1984; García-Calvente, 2000) como la más adecuada para el diseño metodológico, esta idea se modificó dado que suelen ser grupos artificiales sin un equivalente en la vida cotidiana donde cada participante entra en una dinámica de reintegración al grupo tras una individualización inicial (García-Calvente, 2000). Además, presenta como limitaciones el carácter autoreferenciado de la información que con ellos se obtienen y la dificultad para alentar la discusión en personas reacias a hablar en grupo, como los adolescentes, dado que la presencia del grupo o la dominancia de algunos miembros puede coartar su expresión y se necesitaría la adición de otras técnicas que favorezcan la interacción grupal (Peterson, 2007).

Se optó, en un ejercicio de reflexividad y circularidad, por el empleo de los **grupos de discusión**, por adaptarse mejor a los objetivos del estudio y a la población sobre la que se realiza la investigación. Su adecuación a los estudios en el ámbito de la salud es elevada cuando se busca observar las normas de referencia particulares de grupos sociales existentes (Ibáñez, 1992; Canales, 1994; Callejo, 2002). En la investigación social el objeto observado y las vías de observación se entrelazan y conforman el mismo material de estudio. Como en toda situación social, la observación debe valorar la puesta en juego de las normas sociales. La observación sociológica requiere la construcción de una situación social para, paradójicamente, observar el fenómeno en su funcionamiento normal, esto es, cuando no es observado.

Hay una aproximación, pues, al concepto de *comunicar como si no hubiese observación*, buscando una práctica de investigación en la que se recoge el camino de vuelta hacia la unión de lo que aparece separado, la reintegración al grupo tras la individualización (Callejo, 2002). Al poner cara a cara a los participantes en la reunión, entre seis y ocho adolescentes, éstos reconstruyen discursivamente el grupo social al que pertenecen y los nexos que a la vez les unen y les separan de otros grupos sociales ante el fenómeno social del consumo de alcohol y tabaco, lo que constituye el principal material para el análisis. Por tanto, el grupo de discusión estimula el discurso compartido y permite estudiar la intersubjetividad del grupo considerando la interacción en sí misma como una fuente de datos. Las diferencias conceptuales entre los dos modelos de entrevista mencionados (Merton, 1984; Ibáñez, 1992; Canales, 1994; Callejo, 2002) se exponen en la tabla 8.

Para la realización de las entrevistas se diseñó un **guión** mediante un proceso de triangulación y consenso entre los investigadores. Los aspectos a estudiar se dividieron en diferentes bloques o dimensiones, pretendiendo estudiar un ámbito conceptual lo suficientemente amplio ajustado a los objetivos del estudio. El guión sirvió como base para la participación de los adolescentes en el grupo de discusión, manteniendo un cierto control sobre las respuestas de los adolescentes y ofreciendo, al mismo tiempo, la posibilidad de hablar con libertad y responder de manera abierta sobre otros temas no previstos inicialmente. Se consideró, por tanto, como más oportuno y riguroso en términos metodológicos comenzar realizando entrevistas no estructuradas (abiertas) para, posteriormente, focalizar estas entrevistas en temas emergentes a través de la realización de entrevistas semiestructuradas. El guión de las entrevistas se adjunta en el anexo 1. Para minimizar el sesgo de deseabilidad (presencia de un discurso conforme a los

comportamientos socialmente aceptados como buenos o sanos) y unificar la información aportada a los entrevistados, cada entrevista se iniciaba con una recepción y saludo al grupo, seguido por la exposición del contrato comunicativo que se desarrollaba en la introducción. Las instrucciones sobre el funcionamiento del grupo precedían al debate a fondo, que era cerrado por un acto de clausura de la entrevista.

Todas las entrevistas grupales fueron grabadas mediante una videocámara (Sony Handycam HDR-SR12E) en sistema PAL, empleando el programa informático Picture Motion Browser (versión 3.0.00.11220) para convertir las imágenes al formato AVCHD 1080i. Fueron moderados por un médico de familia que no pertenecía al entorno educativo, para evitar problemas de confidencialidad de los datos o reticencias por los alumnos a la hora de exponer sus opiniones con libertad. Las funciones del **moderador** del grupo y de los participantes se detallan en la tabla 9.

**Tabla 8.**  
Diferencias conceptuales entre los grupos focales y los grupos de discusión.

Focus Group	Diferencias conceptuales	Grupo de Discusión
<b>Test de productos comunicativos</b>	<i>Objeto de estudio</i>	Comprensión de procesos sociales
<b>Sólo son significado</b>	<i>Concepción de las palabras</i>	Implican sentidos más allá de sus significados
<b>Estímulo-respuesta</b>	<i>Juego de lenguaje</i>	Conversación
<b>Focus</b>	<i>Aproximación</i>	Opening
<b>Individuo</b>	<i>Unidad de producción de información</i>	Grupo
<b>Específica y detallada</b>	<i>Tipo de información</i>	General y estructurada
<b>Directiva</b>	<i>Moderación</i>	No directiva
<b>Merton no desarrolló la metodología del Focus Group</b>	<i>Desarrollo</i>	Ibañez sí desarrolló la metodología del Grupo de Discusión.

**Tabla 9.**  
Funciones del moderador y de los participantes del grupo de discusión

<b>Moderador</b>	<b>Iniciar la reunión</b> <b>Presentar el tema</b> <b>Asegurarse de que todos puedan emitir su opinión</b> <b>Organizar las exposiciones, evitando la superposición</b>	<b>Mediar ante un conflicto entre los participantes</b> <b>Organizar votaciones, si fuera necesario</b> <b>Cerrar la reunión</b>
<b>Participantes</b>	Aportar sus conocimientos sobre el tema en forma simple y precisa Hablar con voz clara y audible Ser moderados y respetuosos en el uso del tiempo disponible	Respetar opiniones disidentes Priorizar los intereses del grupo sobre los personales

El proyecto de investigación inicial contaba con la figura de un secretario de grupo. Su ausencia se suplió repartiendo las funciones del secretario entre el moderador del grupo, que elaboró un diario de campo donde se registraron las incidencias e impresiones que iban apareciendo durante la entrevista grupal, y el resto de los investigadores, que dentro de las tareas propias de una **observación no participante** realizaron un control de calidad de la entrevista proporcionando *feed-back* al moderador. También registraron por escrito una síntesis de lo expuesto y las conclusiones obtenidas, incluyendo los disensos, a modo de primeras hipótesis intuitivas. Por tanto, las transcripciones de las entrevistas se realizaron tras la realización de cada entrevista grupal para poder realizar un ejercicio de circularidad y reflexividad sobre las actuaciones llevadas a cabo, en la que se garantizó el anonimato de los participantes y no se identificó nominalmente. Para ser críticos y flexibles con la dirección de los grupos y evitar caer en un excesivo interaccionismo simbólico, se establecieron unos criterios de calidad que fueron revisados por el resto del equipo investigador, lo que facilitó la circularidad de todo el proceso. El contenido de la observación no participante del equipo investigador sirvió como control de calidad externo e indicador de buena práctica de la entrevista grupal por parte del moderador.

El contenido de la ficha de observación fue el siguiente:

- Participación de todos los adolescentes del grupo de discusión en la exposición de creencias y vivencias.
- Factores en el desarrollo del grupo de discusión que pueda afectar a la calidad de las respuestas.
- Impresiones respecto a la honestidad, cooperación y apertura de las informantes durante el grupo.
- Aspectos positivos y a mejorar de la comunicación grupal: falta de intervención, dominancia de algunos adolescentes sobre otros, excesiva locuacidad...
- Adecuación del contenido de las reuniones a los objetivos del proyecto.
- Valoración del nivel de conocimientos de los entrevistados.
- Atención a temas emergentes.
- Preguntas sin contestar.
- Información que llama la atención de forma especial.
- Intervenciones adecuadas y registros correctos por parte del moderador.
- Otros comentarios.

Esta flexibilidad en el diseño ha requerido de una reflexividad o actitud crítica constante con aquellas decisiones metodológicas que se han adoptado para salvaguardar la rigurosidad y congruencia metodológica, así como la credibilidad de los resultados. Los criterios de calidad en investigación cualitativa no están claramente definidos, en tanto que los diferentes autores no llegan a un consenso claro sobre los mismos. En cualquier caso, esta situación de ambigüedad no resta importancia a la reflexividad como estrategia metodológica para asegurar la calidad de nuestra investigación en términos de credibilidad, rigurosidad metodológica o validez interna. Creemos que esta tarea de salvar obstáculos y de redireccionar la investigación es la que ha creado oportunidades para el desarrollo, tanto a nivel de enriquecimiento de los investigadores como herramienta de investigación y, a su vez, de ganancia de profundidad por parte del propio proceso de investigación.

## **4 Participantes y muestreo**

El trabajo de campo tuvo lugar durante los dos primeros trimestres del curso escolar 2008/09. Los sujetos de estudio son los adolescentes escolarizados en un Instituto de Educación Secundaria de una zona urbana de Jaén capital, con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años y pertenecientes a familias con diferentes niveles sociales, económicos y culturales.

Como criterio de segmentación inicial se planteó la edad del adolescente; sin embargo, y tras recabar las opiniones de los investigadores pertenecientes al mundo de la educación, se optó por realizar un muestreo intencional estratificado por niveles educativos dado que tenían vivencias en común al formar un grupo estable durante al menos un curso escolar y por la mayor riqueza que podrían aportar en la interacción entre los miembros del grupo de discusión, hecho que permite valorar la dinámica del microsistema social que forma parte del currículo oculto del alumno y lo prepara para la vida social.

El tamaño de muestra fue suficiente hasta alcanzar el punto de saturación, en el que ningún grupo aportó información nueva y relevante. Para dotar al discurso de heterogeneidad se tuvieron en cuenta las variables de género, definido como hombre y mujer, y el consumo de alcohol y tabaco. Existen diferentes clasificaciones sobre los patrones de consumo de alcohol y tabaco en la adolescencia: así, las diferentes encuestas estatales sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Política Social (ESTUDES, 2012/2013) valoran el consumo de alcohol de forma temporal 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 ofrecen datos sobre los patrones de consumo más frecuentes, indicando modelos diferenciados para el consumo de tabaco (diario) y de alcohol (en fin de semana), algo que también se constata en diferentes estudios realizados en la población adolescente objeto de la investigación (Pérez-Milena, 2007a y 2007c). Por eso, y a fin de simplificar la posterior evaluación y presentación de datos, se ha optado por recoger los patrones de consumo de alcohol y tabaco más relevantes en los adolescentes que participan en los grupos de discusión, encuadrando esta variable en las siguientes categorías: no consumo, consumo intermitente (o de prueba), consumo en fin de semana y consumo diario.

El nivel económico familiar se ha clasificado según la ocupación laboral más alta de los padres de cada adolescente; para ello hemos utilizado la escala empleada por el cuestionario de contexto para la familia, en su pregunta 11, de la Dirección General de Ordenación y Evaluación Educativa de la Consejería de Educación para la Evaluación de Diagnóstico del curso 2007-2008, agrupando los ítems en tres niveles:

- Nivel económico 1: (A) Directivos de empresas o administración pública, y (B) Técnicos profesionales, científicos e intelectuales, oficiales y rangos superiores de las Fuerzas Armadas.
- Nivel económico 2: (C) Técnicos y profesionales de apoyo, empleados de tipo administrativo, pequeños empresarios, (D) Trabajadores de servicio de restauración, personales, protección y vendedores, suboficiales y rangos inferiores de las Fuerzas Armadas, y (E) Trabajadores cualificados en agricultura y pesca, artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería.
- Nivel económico 3: (F) Trabajadores no cualificados, (G) dedicado a las labores domésticas propias del hogar, y (H) población inactiva.

Por tanto, el diseño de la muestra fue intencional, tratando de seleccionar a los participantes según los perfiles previamente establecidos. La selección de los participantes fue realizada por una profesora del instituto que actuó como **informante clave**: su trabajo en jefatura de estudios le otorga un conocimiento amplio y suficiente para captar a los adolescentes según los criterios descritos, solicitando posteriormente su colaboración tras explicar el objetivo del estudio y facilitando la existencia de una infraestructura suficiente (aula y horario) para la realización de las entrevistas en el propio centro educativo durante la jornada escolar, asegurando de esta forma una participación plena del alumnado. Se realizaron finalmente seis grupos (uno por cada nivel educativo) con un total de 44 adolescentes, cuyas características se presentan en la tabla

10 y las figuras 4 y 5. Las entrevistas tuvieron una duración media aproximada de 50 minutos. Cabe destacar que en general se percibió en los grupos de discusión una buena aceptación e interés hacia la investigación por parte de las participantes, así como una buena disponibilidad y acogida hacia el estudio por parte del profesorado del centro educativo.

**Tabla 10.**  
Características principales de los grupos y sus participantes.

Nivel educativo	Fecha	Número de participantes	Duración (minutos)	Edad media (años)	Mujeres	Nivel económico		
						[1]	[2]	[3]
1º ESO	27/11/2008	7	45	12,3±0,2	57%	29%	42%	29%
2º ESO	16/10/2008	6	50	13,5±0,4	17%	17%	83%	--
3º ESO	23/10/2008	9	50	13,9±0,6	78%	11%	67%	22%
4º ESO	23/10/2008	7	48	15,2±0,5	57%	28%	44%	28%
1º BACH	9/01/2009	7	53	16,4±0,4	43%	17%	50%	33%
2º BACH	21/10/2008	8	55	17,1±0,2	25%	50%	50%	--

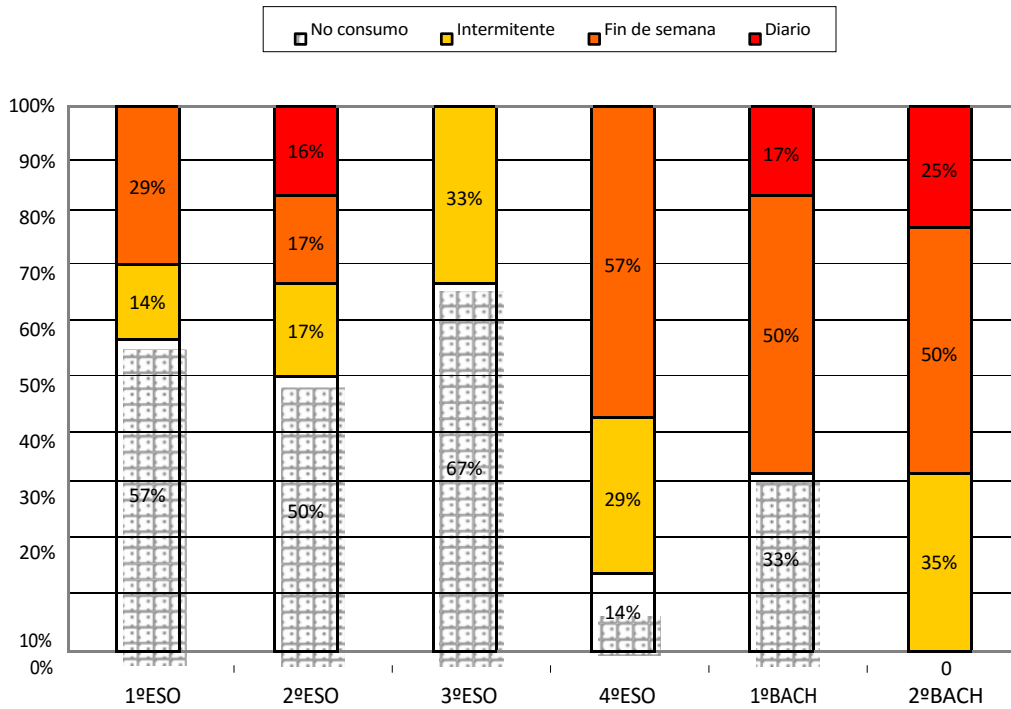
ESO – Educación Secundaria Obligatoria. BACH – bachillerato. La edad se muestra como media de los años  $\pm$  error estándar de la media. Nivel económico: ver texto.

## 5 Aspectos éticos

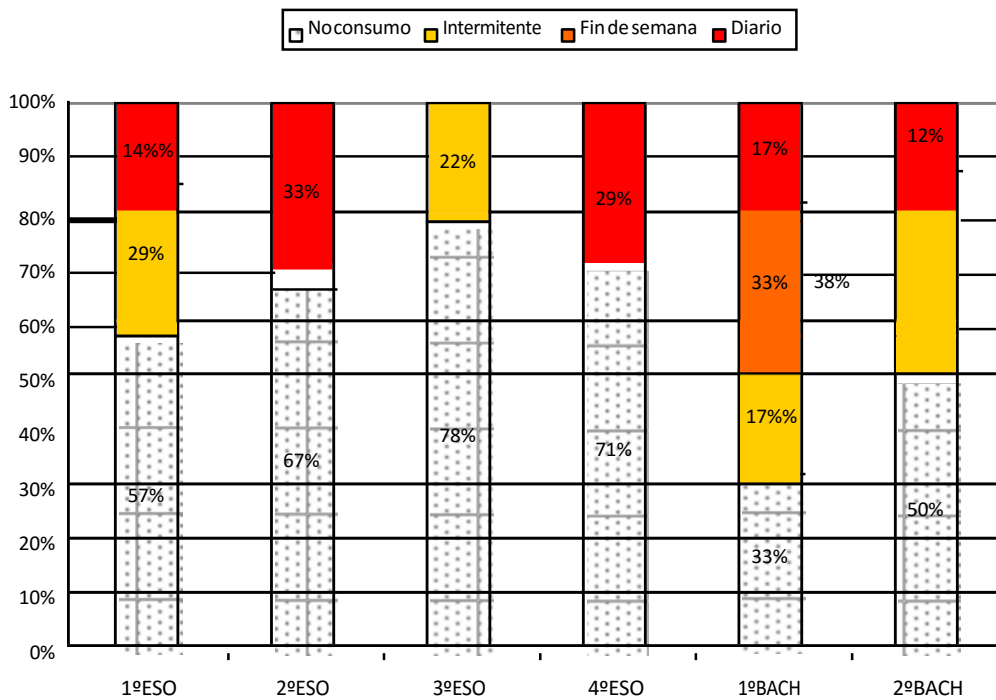
El estudio ha contado con la aprobación previa del Comité Ético de Investigación Científica del Complejo Hospitalario de Jaén (anexo 2), adecuándose a la normativa expresada en el Real Decreto 223/04, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos, en sus artículos 4 (de los ensayos clínicos con menores) y capítulo III (De los comités éticos de investigación clínica). Posteriormente ha sido presentado y evaluado por el Consejo Escolar y el Claustro de Profesores del Centro Educativo elegido, precisando su aprobación para formar parte del Plan de Centro como una actividad complementaria al programa Forma Joven y al proyecto Escuela Espacio de Paz (este plan se suma a las iniciativas de Naciones Unidas en el marco del Decenio de Cultura de Paz y No-violencia (2001-2010) y su elaboración es resultado de la consulta de las acciones realizadas en este campo tanto por el profesorado y diversos agentes educativos y sociales como por expertos universitarios y centros de investigación para la paz) (Decreto 19/2007, BOJA nº 25 de 23 de enero de 2007).

Se elaboró una hoja de información por escrito sobre el estudio (anexo 3) que fue entregada junto a la solicitud de la firma de un consentimiento informado tanto a menores (anexo 4) como a padres/madres/tutores legales (anexo 5), para otorgar voluntariedad, información y compromiso en la participación en esta investigación. Este consentimiento informado se ajusta a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en sus artículos 4 (Derecho a la información asistencial), 8 (Consentimiento informado) y 9 (Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación); de igual forma, contempla el contenido del artículo 7 (Del consentimiento informado) del Real Decreto 223/04, de 6 de febrero.

**Figura 4. Patrones de consumo de alcohol en cada grupo de discusión.**



**Figura 5. Patrones de consumo de tabaco en cada grupo de discusión.**



ESO – Educación Secundaria Obligatoria. BACH – bachillerato. Patrones de consumo de alcohol y tabaco: A no consumo, B consumo intermitente o de prueba, C consumo en fin de semana, D consumo diario.

Todos los adolescentes seleccionados para las entrevistas grupales firmaron el consentimiento informado, al igual que sus padres y/o tutores, quienes dispusieron de un número telefónico para consultar dudas sobre el estudio en el que iban a participar. De igual forma, al inicio de la entrevista se recordó la confidencialidad de los datos así como la posibilidad de renuncia en cualquier momento del desarrollo de la investigación. Tanto el diseño como el desarrollo del trabajo se ajustaron a las normas de buena práctica clínica indicadas en el artículo 34 del Real Decreto 223/2004 y en la Directiva 2001/20/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 4 de abril de 2001 sobre la realización de ensayos clínicos en el ámbito de la Unión Europea.

## 6 Análisis

Dentro de la multiplicidad de perspectivas teóricas (Amezcuca, 2002), muy diferentes a la hora de realizar el análisis de las informaciones obtenidas en una investigación cualitativa, se ha elegido el análisis de contenido. Aunque en su origen designaba una técnica para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación (López-Aranguren, 2001), hoy se refiere a un conjunto de métodos y procedimientos de análisis de documentos que pone énfasis en el sentido del texto. Establece dos grados de complejidad, descriptivo e inferencial, y recurre a técnicas de análisis tanto cuantitativas como cualitativas. Distingue tres tipos de análisis: sintáctico (se interesa por la morfología del texto, permitiendo la búsqueda y recuento de palabras y caracteres), semántico (busca el sentido de las palabras y el análisis de los temas y categorías propuestas), y pragmático (pretende descubrir las circunstancias en las que la comunicación tiene lugar). Dado que el análisis de contenido es un término que a menudo se usa genéricamente y cubre demasiados métodos diferentes, describimos a continuación las técnicas empleadas para su realización en este trabajo de investigación. Se siguió el esquema establecido por Miles y Huberman (1994), que constó de tres fases: reducción de los datos, presentación de los datos, y extracción y verificación de conclusiones (anexo 6). A continuación se describen las tres fases realizadas para completar el análisis de los datos:

1. **Fase de codificación:** se realizó una lectura literal de las transcripciones inmediatamente tras su realización, para generar las primeras hipótesis preanalíticas, valorar la saturación de la información y aplicar los indicadores de calidad del proceso (1º adecuación del contenido de las reuniones a los objetivos del proyecto, 2º participación de todos los adolescentes del grupo en la exposición de creencias y vivencias, 3º intervenciones adecuadas y registro correctos por parte del moderador, 4º registro escrito de la hipótesis de trabajo); esta actitud crítica constante nos permitió asegurar la circularidad y flexibilidad del diseño. Posteriormente se identificaron las unidades de texto y sus referentes (significados, discursos), se asignaron códigos de colores que indican conceptos emergentes del texto y se agruparon en categorías.

2. **Fase de triangulación de categorías:** Las categorías de análisis se consensuaron entre los miembros del equipo según los objetivos planteados y se redefinieron las categorías definitivas.

3. **Fase de obtención y verificación de resultados:** se realizó un análisis de contenido con el apoyo del programa informático Nudist que ayudó a la construcción de las matrices definitivas y a explorar conexiones entre claves para el último análisis definitivo de los datos.

## **ANEXO 1**

### **Guión de la entrevista para el grupo de discusión (contrato comunicativo)**

#### **1. Recepción y saludo al grupo.**

Buenos días. Soy el médico de forma joven de este instituto, algunos ya me conocéis. Os hemos seleccionado porque conocéis a mucha gente de vuestra edad o un poco más mayor que fuma o que bebe, por lo que sois testigos directos de este hecho y sabéis mejor que los adultos los motivos por los que un adolescente comienza a beber o a fumar, o bien porqué sigue bebiendo o fumando. Queremos contar con vuestra colaboración para que participéis en este grupo de discusión.

#### **2. Introducción.**

Vais a participar en un estudio de investigación realizado por médicos, psicólogos y profesores. Durante esta hora queremos que nos contéis porqué los adolescentes comienzan a beber y a fumar, de esta forma los médicos sabremos qué pensáis sobre este tema. Os recuerdo que esta reunión es confidencial: la cinta grabada se destruirá y vuestros datos no los conocerán otras personas ni nadie perteneciente al profesorado del instituto.

#### **3. Instrucciones**

Os voy a resumir en qué va a consistir vuestra colaboración. Iremos planteando temas sobre los que nos gustaría que nos contaseis todo lo que queráis. No importa cómo lo contéis, lo que importa es vuestra opinión sobre el tema; no hay respuestas buenas ni malas, todo lo que digáis es muy válido para nosotros. Este tipo de entrevistas suelen ser grabadas para que no se nos escape ningún detalle y luego podamos analizar detenidamente todo lo que vosotras nos comentéis. Esta entrevista tiene una duración aproximada de una hora, aunque dependerá de cuánto tengáis que contar.

#### **4. Debate a fondo.**

Antes de comenzar nos gustaría saber vuestros nombres, la edad que tenéis y en qué curso estáis. Nos gustaría que nos dijerais si habéis consumido alcohol o tabaco (en caso afirmativo se pregunta el patrón de consumo, diferenciando según sea de forma intermitente, en fin de semana o diario)

Imagino que todos conocéis a gente joven, con vuestra edad, que bebe.

¿Cuáles son los motivos que tienen para consumir alcohol?

¿Los amigos influyen para beber alcohol?

¿La familia tiene importancia en los motivos para consumir alcohol?

¿Cómo veis la actuación de profesores y médicos?

¿Influye la publicidad?

¿Es fácil comprar alcohol?

¿Es malo para la salud?

¿Se relaciona con el consumo de tabaco y con otras drogas?

#### **5. Clausura**

Una vez terminadas las preguntas, el moderador resume los principales temas identificados, comenta de nuevo la utilidad que se va a dar a los resultados obtenidos así como que el grupo no va a volver a reunirse como tal. Finaliza agradeciendo a las participantes su colaboración.

*“Vamos a finalizar la entrevista, ¿alguien quiere comentar algo más?”*

*“Os agradecemos la participación”.*

## ANEXO 2

### Autorización de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Complejo Hospitalario de Jaén



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**DON FERNANDO ZAFRA LÓPEZ, VICEPRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN SANITARIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN**

#### CERTIFICA:

Que ésta Comisión ha considerado emitir informe **favorable** al proyecto de Investigación presentado por **el Investigador Principal D. Alejandro Pérez Milena**, del Proyecto titulado: "Estudio cualitativo sobre la motivación de los adolescentes para el consumo de alcohol y tabaco".

Lo que firmo en Jaén a 31 de Octubre de 2007.

El Vicepresidente de la Comisión  
de Ética e Investigación Sanitaria



Fdo.: Dr. Fernando Zafra López

COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN  
Avda. Ejército Español 10. 23007 – Jaén  
Tel. 953 00 80 00, Fax. 953 00 80 41

## ANEXO 3

### HOJA DE INFORMACION SOBRE EL ESTUDIO

Vas a participar en un estudio de investigación realizado por médicos, denominado **“ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA MOTIVACIÓN DE LOS ADOLESCENTES PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO.”**, aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital Ciudad de Jaén y con código 0206/2007 (Orden de 19 de julio de 2007, BOJA nº 149 de fecha 30 de julio de 2007).

**En este estudio queremos conocer porqué los adolescentes comienzan a fumar y a beber**, de esta forma los médicos sabremos qué pensáis sobre este tema. No te elegimos porque seas fumador o bebedor, la elección se hace al azar entre todos los alumnos del instituto. Si te parece bien, entrarás a formar parte de un grupo de entre 6-8 alumnos, para participar en una entrevista de grupo en la que se hablará sobre este tema. El médico de Forma Joven (Alejandro Pérez Milena) será quien modere la conversación.

Esta entrevista en grupo se grabará en vídeo, para después pasar a papel de forma literal todo lo que se diga. La cinta de vídeo se destruirá posteriormente y no se usará para ningún otro fin ni será expuesta ante ninguna otra persona que no pertenezca al grupo de investigación. **Todos los datos serán ANONIMOS.**

**Insistimos: Esta entrevista es confidencial.** Todo lo que se habla es secreto y queda entre el médico y tú, no tienen porque enterarse tus profesores o tus padres si no lo deseas, y aunque usaremos los datos para un estudio médico debes saber que tu nombre y los datos personales que te solicitamos no aparecerán en ningún sitio.

La Ley te garantiza la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio. De acuerdo con la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales que necesitamos (p.ej. edad, sexo, datos de salud) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá tu nombre, y tu identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad por el médico que te atiende en Forma Joven con el propósito de determinar los resultados del estudio. El acceso a dicha información quedará restringido al personal de la investigación, designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones. Los datos podrán ser también utilizados con otros fines de carácter científico.

De acuerdo con la ley vigente, **tienes derecho al acceso de sus datos personales**; asimismo, **y si está justificado, tienes derecho a su rectificación y cancelación**. Si así lo deseas, deberá solicitarlo al médico que te atiende en este estudio.

**Tu participación es voluntaria.** Ten claro que tú mandas y puedes dejarlo cuando quieras, basta con que se lo digas al médico sin tener que dar ninguna explicación.

Alejandro Pérez Milena. Médico de Familia.  
Centro de Salud el Valle (Jaén). C/ Ronda Alcalde García Segovia 9 (Jaén 23009)  
Teléfono 953313177  
Correo electrónico [jabalcuzsalud.dpja.ced@juntadeandalucia.es](mailto:jabalcuzsalud.dpja.ced@juntadeandalucia.es)

## **ANEXO 4**

### **CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE EN EL ESTUDIO**

Título del ensayo: **“ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA MOTIVACIÓN DE LOS ADOLESCENTES PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO”**

Yo, (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos
4. Sin que afecte a mis estudios

Presto libremente mi conformidad para participar en el ensayo

Fecha

Firma del participante

Fecha

Firma del Investigador

## ANEXO 5

### CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE

Título del ensayo: **“ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA MOTIVACIÓN DE LOS ADOLESCENTES PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO”**

Yo, (nombre y apellidos) .....

en calidad de padre / madre / tutor de (nombre y apellidos del participante)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que la participación es voluntaria.

Comprendo que puede retirarse del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en sus estudios ni en sus cuidados médicos

Y presto mi conformidad con que (nombre del participante)

.....

participe en este estudio.

Fecha

Firma del representante

Fecha

Firma del Investigador

## ANEXO 6

### Fases del análisis de contenido cualitativo de la información



## RESULTADOS

Se obtuvo información de 44 adolescentes repartidos en 6 grupos, con un 54% de hombres. Los resultados se presentan en dos puntos, analizando primero las motivaciones para el consumo de alcohol y en segundo lugar las motivaciones para el consumo de tabaco. La información recogida se presenta la siguiente tabla, ordenada en cuatro categorías y diez subcategorías que se corresponden con los puntos del guión de la entrevista, las hipótesis generadas y el marco explicativo.

Durante el desarrollo de las entrevistas surgieron nuevos elementos en las discusiones grupales muy relacionados con el tema principal. Tanto los motivos para consumir otras drogas ilegales como los motivos para no consumir surgen como un tema emergente en todos los grupos, sobre todo entre los adolescentes con un mayor consumo de alcohol y tabaco. Dada la importancia de las opiniones y su ayuda para comprender las vivencias y creencias sobre el policonsumo, se ofrecen al final las opiniones sobre estos dos puntos.

Tabla 11.  
Categorías definidas en el análisis cualitativo y subcategorías correspondientes a los motivos para el consumo de alcohol y tabaco.

Determinantes personales	1. Características propias del alcohol/tabaco 2. Edad 3. Género
Influencia del microsistema	4. La familia 5. El grupo de iguales 6. Los adultos jóvenes 7. Las figuras de autoridad
Modelos sociales	8. Normalización social 9. Relación con el ocio 10. Información recibida
Adicción y riesgo	11. Control y adicción 12. Riesgo y enfermedad 13. Relación con otras drogas

### 1. MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

#### ▪ 1.1 Determinantes personales

No parecen existir causas personales para el inicio del consumo, aunque de forma aislada se indique que la voluntad personal puede ser una causa del consumo.

- *A ti te gusta y [bebes] porque tú quieres.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)

Sin embargo, y de forma generalizada, los adolescentes participantes no indican motivos personales conscientes para el inicio del consumo, aceptándose como una experiencia más que no parte de un deseo personal aislado. No se elabora de forma consciente la motivación para la toma de alcohol, sino que se plantea como una opción personal basada en el sabor y en el

entorno que rodea el consumo, independientemente de la personalidad u otros rasgos que pueda tener el adolescente.

- *Nunca me ha llamado la atención probarlo, lo he probado. ¿Por qué? No lo sé.* (4º ESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Yo conozco gente pero no sé cómo se empieza.* (2º ESO, hombre 13 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Al que le gusta pues le gusta.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)

Incluso entre los adolescentes no consumidores no hay motivos elaborados de forma personal para no haber probado el alcohol. No se plantean los motivos del inicio del consumo de alcohol o del mantenimiento de la abstinencia, es algo que se acepta como una experiencia vital más con motivaciones a nivel subconsciente. Hay una edad en que se “deben” probar nuevas bebidas.

- *Nunca me ha llamado la atención y probarlo lo he probado. ¿Por qué? No lo sé.* (4º ESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Cuando llega una edad también por probar cosas nuevas porque como siempre estas bebiendo coca-cola, fanta o agua o nestea o lo que sea, pues dices: “vamos a probar...”* (4º ESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

El consumo de alcohol es explicado fundamentalmente desde el punto de vista de una experiencia vital. Se trata de “probar”, descubrir nuevos aspectos de la vida en la etapa donde la mayoría de lo conocido durante la infancia no es válido ante los cambios físicos y psicológicos que notan.

- *Por probar.* (2º ESO, hombre 13 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

### **1.1.1 Características propias del alcohol**

El alcohol presenta un sabor atrayente, con múltiples marcas conocidas por los adolescentes. De forma espontánea nombran diferentes tipos de bebidas, la mayoría referentes a alcohol de alta graduación: Sandevil, Lambrusco, JB, Bacardi, Barceló, Cacique o Licor 43, entre otros. Esas características organolépticas del alcohol, tanto sabor como olor, son factores que atraen al consumo y a la repetición del mismo:

- *La cerveza, el alcohol y eso no te incitan a probarlo. Yo pienso que bebes por voluntad propia. Yo creo que tú bebes porque quieres probarlo.* (2º ESO Hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *A lo mejor me bebo una o dos cervezas porque me gusta la cerveza; ya está. No es para pasármelo bien.* (2º ESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)
- *Sí, si hay gente que bebe porque le gusta...* (1º ESO, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

### **1.1.2 La edad como determinante del consumo de alcohol**

Dicha experimentación ocurre en ambientes familiares a una edad temprana, como se verá más adelante. Sin embargo, el consumo público de alcohol en la etapa comprendida al final de la infancia y durante la preadolescencia no está bien visto entre todos los encuestados. Así, un consumo precoz se asocia a otras etnias y a un nivel social más bajo, siendo el único condicionante cultural o social encontrado.

- *Es que yo he visto a zagales con nueve y diez años bebiendo por la calle, ya te quedas flipado, serán gitanos.* (2º ESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)
- *Yo pienso que hay gente que ha pasado el límite con una edad [de comienzo del consumo de alcohol] que no... Cuando yo por ejemplo estaba con las "barbies" ellos estaban por ahí a las ocho de la mañana con diez años.* (4º ESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Los adolescentes más mayores piensan que ahora se inicia el consumo a una edad más temprana que cuando ellos comenzaron a consumir.

- *¿Ahora se empieza a beber más pronto?* (moderador) *Sí* (cursos de 1º y 2º bachillerato, de forma mayoritaria)

El paso a un consumo de alcohol más frecuente o en mayor cuantía está ligado a una edad concreta situada en la segunda etapa de la adolescencia y muy relacionado con el descubrimiento del ocio nocturno.

- *Cuando cumples los dieciséis te metes en la noche. Entonces ya es cuando tienes la posibilidad de beber alcohol.* (4º ESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Por un lado, reconocen que los preadolescentes y los primeros años de la adolescencia son etapas demasiado precoces para el consumo, y por otro lado, con la mayoría de edad el hecho de beber es un hábito "normal" que se pueden ejercer sin presión social.

- *Yo pienso que es que los mayores de edad, por encima de dieciocho, ya pueden hacer lo que quieran. Pero que pienso que tan pequeño no deberían.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *Yo pienso que cuando son mayores como sus padres ya les da igual, pues de alguna manera pueden hacer lo que quieran.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *"Ya soy mayor de edad." Ahí no tienen que andar escondiéndose para fumar y beber; ya pueden hacer lo que quieran.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)

### 1.1.3 El papel del sexo

El sexo también tiene un notorio papel dentro de los determinantes personales hallados para el consumo de alcohol. El adolescente varón afianza mediante dicho consumo su rol masculino y su status dentro de un grupo de iguales. El consumo de alcohol confiere un rol de autoridad en relación con el resto de iguales y se interpreta como un paso hacia la madurez y la independencia personal.

- *Que si no bebes no tienes huevos.* (2º Bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)
- *Que pareces más "guay". Se cree la gente que pareces más "guay" cuando haces eso.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Se creen machos.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

Por el contrario, las mujeres no tienen esas impresiones. Critican la actitud del hombre adolescente ante el alcohol y la imagen sexista que se ofrece para la venta de alcohol. Las mujeres adolescentes son "utilizadas" como gancho para la venta de alcohol, por eso pueden pasar y consumir libremente en bares y discotecas.

- *Yo he visto camareros que han empezado a hacer el tonto con niñas y les han puesto copas, pero seis o siete copas gratis a unas chiquillas.* (1º bachillerato, hombre 18 años,

consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico1)

- *A las niñas les dejan entrar [en discotecas] y a los niños no.* (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico1)
- *A las niñas las ven con las falditas, arregladas y tal y las dejan pasar. Eso sí es verdad.* (1º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico2)

En las familias, son los padres quienes suelen mostrar abiertamente un patrón de consumo excesivo de alcohol como una actitud normal de género y ligado a momentos de ocio, enseñando un rol masculino del bebedor. No hablan en ningún momento de “madres bebiendo”.

- *Si ves a tus padres...Por ejemplo, mis padres se juntan con los tuyos, empiezan a beber, a beber; entonces ya... borrachos perdidos.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico2)

## ▪ 1.2 Influencias del microsistema

### 1.2.1 La familia: el primer contacto

Los adolescentes más jóvenes opinan de forma mayoritaria que son los amigos los que más influyen a la hora de tomar alcohol, siendo la opinión de todos los integrantes de los grupos de 1º y 2º de ESO. Sin embargo, cuentan cómo la experiencia del consumo del alcohol entra en su vida de preadolescentes y durante la primera etapa de la adolescencia fundamentalmente por las actitudes de los padres en la familia, quienes hacen habitual un consumo social ligado a momentos de relación con otros familiares o en momentos de fiestas de relieve en el ámbito familiar. Y es, fundamentalmente, la figura paterna la que ilustra y determina ese consumo.

- *Si ves a tus padres...Por ejemplo, mis padres se juntan con los tuyos, empiezan a beber, a beber; entonces ya... borrachos perdidos.* (2º ESO, 13 años, no consumo. Nivel económico2)

El primer contacto con el alcohol se localiza en el hogar, cumpliendo al mismo tiempo un papel de iniciación a la madurez

- *[consumes alcohol] En tu casa cuando te lo den...* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico2)
- *Te dan a probar el cubata y te sientes mayor.* (1º ESO, hombre 12 años, consumo de alcohol en fin de semana y de tabaco intermitente. Nivel económico2)

Los padres, por su parte, emiten mensajes contradictorios. A nivel vivencial muestran a los hijos un consumo de alcohol, normalmente en momentos de reuniones familiares o fiestas y en ocasiones en alta cantidad. Por otro lado, como educadores, algunos ignoran el consumo de alcohol del hijo/hija (para no entrar en conflicto con los adolescentes) mientras que otros prohíben tajantemente su consumo con mensajes autoritarios poco comprensibles para el adolescente. No faltan consejos bienintencionados que, sin embargo, pueden inducir a un mayor consumo.

- *Pues mi madre dice que cuando beba, que haga botellón porque te lo estas echando tú de tu botella y sabes lo que estas echando. Porque si te vas por ejemplo a la feria, te pides el cubata que quieres y no sabes lo que te están echando, y te pones más mala que nada. Mi madre sabe que bebo. Me dice que no beba. Me dice: “si bebes yo que tú*

*bebería de botellón". (4º ESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Reconocen una doble actitud en los padres: por un lado aprecian en ellos un consumo de alcohol "normalizado", pero ese mismo consumo no les está permitido al serle negado por los padres comodaño.

- *Que yo sepa los padres no te van a decir: "prueba esto [alcohol] que está bueno". (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

No pueden hablar con los padres sobre el consumo de alcohol porque es un tema que conduce siempre a la discusión, por lo que se omite o se oculta. El consumo de alcohol con los iguales se intenta ocultar a los padres aunque sea muy evidente

- *Mi madre se dio cuenta que había bebido porque no dejaba de hablar. Y mi madre me decía: ¿pero te has bebido un vino?, "que no me he bebido un vino" El caso es que como bailando me había tirado un poco de calimocho y eso huele a vino, pues mi madre se creía que había bebido vino y yo no había bebido vino. (4ºESO, hombre 13 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)*

Los adolescentes, por su parte, critican la educación por omisión, reclaman un ejemplo vivencial y reconocen que la actitud vigilante de los padres impide un consumo excesivo de alcohol. Son los propios padres los que va enseñando con su actitud ante el consumo de alcohol la existencia de unos límites que no deben sobrepasarse para que la bebida entre dentro de un hábito de vida "aconsejable". Los más mayores incluso apuntan una educación hacia el alcohol desde la infancia con un modelo a seguir en los hábitos de los padres, relacionando momentos de ocio con consumo de alcohol y tabaco.

- *Mis padres por ejemplo, cuando van con mis tíos se toman una pero nunca tres ni cuatro. (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *No creo que quieras llegar a tu casa borracho y que tus padres estén allí acostados o estén esperando a que llegues. Tú llegas borracho y tú, a tus padres, no los has visto llegar borrachos. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Yo creo que es culpa de los padres. Yo he visto a niños; cuando me iba de feria porque tenía que ir a casa a mi hora; y estaban niños, así, aún en la feria. (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Los adolescentes admiten consejos de sus padres, más que imposiciones, con más interés cuando comprueban con su experiencia personal la verdad de dichos consejos. En este caso, los consejos maternos se ven más cercanos.

- *A mí, mi madre me aconseja y es verdad que hago caso a sus consejos. Porque cuando yo repetí, dije: "¡que no estudio!". Al final repetí y me arrepentí un montón. Entonces ahora me lo tiene que decir mi madre pero ya sé que mi madre está mirando por mí. (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)*
- *Hasta que no te pase no eres consciente de lo que puede llegar a pasar. (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)*

La actitud vigilante de los padres (horas de vuelta a casa, negativa a determinadas actividades, vigilancia sobre el consumo de alcohol o tabaco...) y la existencia, en definitiva, de normas en la familia así como el cumplimiento de las mismas, favorece un mejor crecimiento del adolescente al orientarlo vivencialmente sobre estilos de vida sanos.

- *También eso tiene mucho que ver con los padres. Porque yo me quejo mucho de mi padre me pone hora, está más pendiente de mí que nada; mi madre lo mismo. Pienso bueno si mis padres no me hubiesen echado cuenta de nada, me hubiesen dejado que yo hubiese ido a tal sitio, hubiera llegado a las tantas a mi casa. Yo muchas veces me pregunto que sería yo ahora (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3). Es que no seríamos nada (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Otras influencias se localizan en los familiares adolescentes, cuyo consumo de alcohol se aprecia como un ejemplo a seguir, sobre todo si son adolescentes mayores o adultos jóvenes. Sería la iniciación al consumo de alcohol por parte del subsistema fraternal o los pares de la familia cercana, cuyas experiencias son recordadas como ejemplo vivencial.

- *Mi primo de quince años se pilló una copa y su madre no le dijo nada. Se la pidió él a sus padres pero no le dijeron: “no, no te la tomes”. (2ºESO, hombre 13 años, consumo esporádico de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 3)*
- *Hay amigos que tienen primos mayores que les dicen: “tomate esto, que está bueno”. (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

Por otro lado, comunicar a un miembro del subsistema fraternal el consumo es más fácil que comunicarlo al subsistema parental.

- *Yo se lo digo a mi hermano (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

### **1.2.2 El grupo de iguales: nuevas normas**

La entrada al instituto supone un cambio marcado por nuevas normas y valores del grupo de iguales, diferentes a las ya conocidas del entorno familiar. Entre estas normas no escritas los adolescentes reconocen que el consumo de alcohol se instaura como una experiencia grupal, se dirige a la consecución de una mayor aceptación social y confiere un rol de autoridad personal dentro del grupo de iguales.

- *Al que no ves con un cubata dices: “cucha” los “pringaos” estos que no están aquí más que dando vueltas. Te compras tu cubatilla y ya te ha visto la gente y ya te puedes ir tranquilo. (3º ESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3).*
- *Si los ves que beben, lo ves como algo normal y al final acabas bebiendo. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)*

Al igual que la familia, los amigos también influyen en la iniciación al consumo de alcohol pero de una forma diferente al entorno familiar. Se trata de algo colectivo, otro rito de madurez pero esta vez social (en las primeras experiencias sociales sin padres que los guíen) y con el gran aliciente de pasarlo bien estando entre amigos, sobre todo entre los adolescentes más jóvenes.

- *Que tus amigos te animen. (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Por entretenimiento, diversión. En una fiesta de amigos cuando tomas coca-cola, que llevas todo el día tomando, pues coges alcohol, cacique, licor 43... (1º bachillerato, mujer 17 años, no consumo. Nivel económico 1)*

En la experiencia de los iguales con el alcohol prima su efecto socializador y euforizante, lo que mejora las relaciones intragrupalas y facilita una mayor integración en el grupo, además de incrementar la sensación de diversión. Esta mayor diversión se comenta tanto por los que han experimentado este efecto directamente al consumir alcohol como por aquellos que no beben alcohol pero “se lo cuentan”. Ese momento de mayor diversión durante el ocio requiere una cantidad de alcohol para pasarlo bien (“el puntillo”) que se comenta como una experiencia universal.

- *El alcohol te ayuda a pasártelo bien.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2).
- *Te dicen que si bebes te diviertes.* (4ºESO, mujer, no consumo. Nivel económico 1)
- *El pasárselo bien. Cuando ya has cogido el “puntillo” pues...* (4ºESO, hombre 14 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)
- *Yo me lo paso bien los fines de semana y una vez he cogido el puntillo.* (4ºESO, Mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Para entrar en el entorno y ser uno más se debe beber en las fiestas, pero sobre todo deben verte mientras que está bebiendo para mantener una imagen de persona alegre y “enrollada”.

- *Ya te lo has tomado [el alcohol], ya te ha visto la gente y ya te puedes ir tranquilo.* (3ºESO, Mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3).

No existen otras alternativas fáciles si los amigos asocian ocio con consumo de alcohol. Se bebe aunque no se tengan ganas para seguir el ritmo del grupo, o que hace que se mantenga el consumo. Esto es más frecuente en adolescentes de mayor edad, que refieren sus experiencias personales en el “botellón”, a diferencia de los más pequeños.

- *Es que si todos tus amigos se van de botellón pues... ¿Tú qué vas a hacer?* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *A lo mejor cuando no te apetece mucho beber pues te bebes un cubata. No te emborrachas pero te bebes un cubata. Si todos tus amigos se van de botellón, ¿qué, te vas a quedar en tu casa? Pues que te vas de botellón con ellos también.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Si en el entorno familiar el alcohol se asocia a reuniones familiares y momentos de celebración, es el entorno de los pares cuando el alcohol se identifica con momentos de ocio y tiene una especial relevancia en el fenómeno del botellón. En ese momento de ocio es cuando beber una alta cantidad de alcohol está permitido, siendo una experiencia deseable y atractiva por el adolescente.

- *Yo esta feria me he bebido siempre un cubata. Si hubiese querido emborracharme, me emborracho. Yo ha habido veces que mis amigos me ha dicho: “venga vamos allí y echamos algo” Y si he pillado alguna bomba...* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)

Se aprecia la existencia de un gradiente de influencia inverso, donde inicialmente la familia transmite una serie de valores y actitudes respecto al consumo de alcohol. Esta influencia deja de tener importancia a medida que el adolescente tiene más edad y se implica en su grupo de iguales, asumiendo las nuevas normas y valores como propios.

- *Si mis padres me hablan de eso no los escucho. Y sin embargo hablo con mis amigos y atiendo a lo mejor a todo lo que dicen.* (mujer 15 años; consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

### **1.2.3 Los referentes sociales: adultos jóvenes**

Los adolescentes de Educación Secundaria y Bachillerato tienen un referente de conducta en los jóvenes universitarios, a quienes ven como independientes y autónomos sin llegar a asumir el status de autoridad de profesores o médicos. El paso a la universidad se valora como un nuevo cambio que permite conseguir mayor libertad e influir sobre todos los aspectos de la vida del adolescente.

- *[ser universitario] Es un cambio radical en tu vida y eso puede afectar a tu personalidad, a tus padres y a tu ambiente familiar. (4º ESO, hombre años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Los universitarios actúan como un poderoso referente social en cuanto a hábitos de vida. Para los adolescentes, estos adultos jóvenes poseen libertad e independencia y valoran positivamente su forma de ocio donde el alcohol es un elemento central. Se trata de un ocio nocturno, donde pasarlo bien en fiestas supone ingerir alcohol. Este consumo se asocia al consumo de otras drogas ilegales, marcando una evolución lógica a los ojos de los adolescentes entrevistados. Además, se trata de un ejemplo que normaliza el policonsumo en fin de semana, integrando drogas ilegales como parte de la experiencia de un adulto joven, más próximo a los adolescentes que las figuras adultas de su entorno.

- *Ahora en la feria, por la noche, con todos los universitarios y todo, se beben cinco o más [copas]... Y luego por la mañana están tirados en el suelo. (2ºESO, 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Por ejemplo, nosotros somos universitarios, bajamos a la feria de noche, ahora en los pubs, en todos. Pues ya ahí van a beber, a fumar, y ya te colocas. (2ºESO, 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

No todos los adolescentes contemplan este modelo, admitiendo que existen otras alternativas de ocio.

- *Yo conozco gente que va a la universidad y se toma una lima con sevenup, que no tiene alcohol, en los pubs y se lo pasan mejor que los que están borrachos. (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)*

Otra referente social se encuentra en la imagen estereotipada del alcohólico que bebe para olvidar sus problemas, indicando un comienzo del consumo de alcohol debido a problemas familiares o alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, no todos los adolescentes están de acuerdo, es más un referente social lejano para los no consumidores que sería aplicable sólo a adultos con un consumo excesivo.

- *Que también porque a veces pasan problemas, y el alcohol, pues lo mismo. Pasan problemas y eso como las películas: “[beber] para quitar los males”. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Hay gente que pasa las penas bebiendo alcohol. (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Pero también pueden ser los problemas que tú tengas, familiares o personales. (1º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2). Yo tengo diecisiete años y no me bebo un cubata para quitarme los problemas. (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

#### **1.2.4 Las figuras de autoridad**

En cambio, hay cierto distanciamiento e incluso rechazo a sanitarios y educadores, valorados como figuras de autoridad, con un rol de adulto sentido como muy lejano a sus vivencias personales. Sus consejos se escuchan pero no son tenidos en cuenta hasta haber probado por sí mismos los efectos del consumo.

- *A profesores y médicos no creo que se les haga mucho caso. (4º ESO, 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Y que es un adulto el que te lo está diciendo. Simplemente al ser un adulto, yo que sé... yo lo veo como un sermón. Te va a dar la tabarra y entonces ya: “vete por ahí” y punto,*

*aunque sepas los riesgos que existen. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Esta autoridad se basa únicamente en conocimientos que repiten, pero sin argumentos convincentes ni vivencias que sientan como cercanas. La información que ofrecen es poco motivadora y difícil de entender. No les impresionan los efectos graves derivados del consumo, como el cáncer, creyendo tener la información adecuada sin necesidad de “más de lo mismo”, aunque muestran cierta ambivalencia admitiendo que no tienen claro del todo los posibles riesgos del consumo de alcohol.

- *El rollo de siempre. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Es que siempre dicen lo mismo y como ya estás harto, ya es que pasas directamente. No, es verdad, al principio, sí; la primera vez te dicen: “el cáncer, no sé qué no se cuánto”. Te da un poco de susto pero luego ya te dicen siempre lo mismo y tú ya lo sabes. Información no falta. Pero tú sabes los efectos que producen el alcohol y el tabaco, y los riesgos que asumes al consumir; pero...la verdad que no mucho. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)*
- *Siempre acaban diciendo lo mismo al final. Luego ya acabas harto de las charlas. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)*

Esta opinión es generalizada pero con matices según la edad del adolescente. Los menores más pequeños otorgan mayor autoridad al médico mientras que los mayores demandan un diálogo de igual a igual e información de otros adolescentes más experimentados

- *Yo creo que para concienciar a los más chicos tendría que ser gente de nuestra edad, no adultos. Así harían más caso. Sería más cercano. Recuerdo que en primero de ESO bajaron a darnos una charla sobre tabaco. Luego el profesor vino a explicar más o menos lo mismo y la gente estuvo más atenta mientras estaban los alumnos de segundo de bachillerato explicando; porque eran así, más mayores y piensas que son más “guays” y el profesor resultaba más cargante. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

### ▪ 1.3 Modelos sociales

#### 1.3.1 La normalización social del alcohol

El consumo de alcohol está completamente normalizado en la sociedad en la que los adolescentes se están integrando. Surge una imitación de estos comportamientos sociales con la creencia de que es una vivencia apropiada y una experiencia necesaria para el desarrollo personal. Más pronto o más tarde se consumirá alcohol, es algo por lo que hay que pasar se desee o no. Tanto en la familia como en el grupo de pares el alcohol forma parte de un moderno rito de socialización y madurez, integrado en el desarrollo social del adolescente occidental. Incluso se equipara con un hábito consumista más, despojado de sus riesgos reales.

- *No lo ven tan malo. Se ve tanta gente bebiendo y fumando, que la gente no lo ve tan mal: ¿por qué no vamos a hacer esto si hay mucha gente que lo hace? (1º Bachillerato, Mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2)*
- *Yo creo que llega una edad y todo el mundo lo prueba [el alcohol]. (4º ESO, 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)*
- *Es que el alcohol no está tan mal visto. Los adultos beben y además se ve que no les pasa nada. (4º ESO, hombre 14 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)*

- *Además hay tendencia a imitar a la gente de nuestro entorno. Por ejemplo: “mi vecina se ha comprado no sé qué y tengo que comprármelo” Pues lo mismo pasa con el tabaco y el alcohol. (1º bachillerato, Mujer 17 años, no consumo. Nivel económico 1)*

Lo adolescentes indican que socialmente el alcohol es considerado como una droga blanda, lo que parece minimizar sus riesgos al ser consumida. Aunque algunos adolescentes la cataloguen como droga, siempre es en un escalón inferior de riesgo y con mayor aceptación social.

- *También que el alcohol y el tabaco no se consideran drogas en lo que es la sociedad. Lo ves como drogas blandas. (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Están normalizadas. Como lo toma habitualmente la gente... Tú lo ves en locales, tú ves pues... Son drogas pero que están normalizadas. (2º bachillerato, 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

Pese a la sensación de normalización social del consumo de alcohol, se constata una dicotomía entre la obligación de cumplir las normas correctas (que se traducirían como un mandato para no consumir) y el poder que confiere la transgresión de las mismas (disfrutando de la ilegalidad del consumo). En cierta forma usan el alcohol “para que los vean”, empleándolo como elemento transgresor frente a los adultos que son considerados figuras de autoridad, y también como una llamada de atención sobre sí mismos.

- *En la feria me puse enfrente de los profesores con un cubata para que me vieran, digo: “es que parezco y todo más chula”. Por ejemplo el martes que se fueron unos profesores a comer a la feria cogí y le dije a mis amigos: “venga vamos a bajar”; y me pedí un cubatilla. Me puse para que me vieran, digo: “es que parezco y todo más chula”. Me puse enfrente de ellos, enfrente de la caseta y mira que me vieron. Yo ahí bailando con mis amigos y bebiéndome un cubata. (3º ESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)*
- *También por llamar la atención, por querer resaltar. (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo diario de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

El alcohol es fácilmente accesible y puede ser comprado por parte de los adolescentes en prácticamente todos los puntos de venta independientemente de la edad.

- *Beber es lo habitual y encima te venden donde quieras. Es que hay muy pocos sitios donde te pidan el carnet. [hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

Algunos adolescentes de menor edad expresan sus dudas sobre esta alta accesibilidad para la compra de alcohol, en general son los que aún no han consumido o lo han hecho de forma esporádica. Pese a ello, siempre se conocen amigos menores de edad que han comprado y lugares donde se puede hacer.

- *Yo es que no lo sé (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Yo es que no he comprado. (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)*
- *Yo conozco amigos que conocen tiendas en la que alcohol se lo venden. (3º ESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)*

Para los que tienen más experiencia la edad no supone un problema para la compra de alcohol, aunque reconocen que facilita la compra tener un aspecto de mayor edad.

- *Si te ven con vuestra edad [adolescentes más jóvenes], te dicen que no; pero yo he ido al más-y-mas y me he llevado dos botellas de J&B para un botellón. (2º ESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)*

- *Te dicen: “¿cuántos años tienes?, y le digo “dieciocho”, “¿no tienes el carnet aquí?”, “se me ha olvidado”. Y te dan el alcohol. (1ºbachillerato, 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2)*

Los adolescentes más mayores no ven ese problema, siempre van a encontrar un sitio donde comprar tabaco o alcohol.

- *De todas maneras, si ese hombre no te lo vende, te vas enfrente y te lo va a vender. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)*

Existe consenso sobre la facilidad de compra de alcohol en zonas ilegales y en establecimientos de “24 horas”. Estos sitios de compra, sin ningún tipo de control, acercan el alcohol a los lugares donde los adolescentes realizan el botellón y fomentan el consumo.

- *En los bares no te van a dar tabaco y alcohol. Los únicos que te van a dar: los chinos y los moros. Te venden paquetes de tabaco o cigarros sueltos; y te venden la botella de vino y no le piden el carnet ni nada. (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)*
- *Porque a lo mejor tú vas a comprar a los moros del parque y ahí sí que venden alcohol. (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Beber es lo habitual y encima te venden donde quieras. Es que hay muy pocos sitios donde te pidan el carnet. Es que vas a cualquier moro y con que tengas una mochila o un bolso ya tienes alcohol. (1ºbachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

### **1.3.2 Relación con el ocio**

Los adolescentes opinan que el alcohol favorece la socialización cuando se reúnen en grupo. Mejora la timidez y permite asumir un lugar en la dinámica de relaciones durante el ocio. Incluso no es necesario beber alcohol: basta simular que se bebe para sentirse más admitido.

- *Yo creo que la timidez un poquito. (2ºbachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2). Sí. (2ºbachillerato, hombre años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2). Sí, es verdad, porque cuando estas por ahí y bebes no te da corte. (2ºbachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2). Sí. (2ºbachillerato, hombre 16 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)*
- *Haces como que bebes alcohol. (2ºbachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

El alcohol mejora la capacidad de relacionarse y potencia la capacidad de disfrutar de los momentos de ocio.

- *Sí, te suelta mucho. (2ºbachillerato, hombre 16 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)*
- *Te desinhibe un poco. (2ºbachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)*
- *Si bebes, tú ves que la gente se lo pasa bien, pero te lo pasas mejor. (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

El beber alcohol incluye al adolescente en las experiencias comunitarias que, entre pares, deben tener para progresar socialmente y parecerse más a otros adolescentes de edad más elevada. Algo fundamental es tener una “historia” sobre el alcohol que poder contar a otros.

- *Yo creo que es por no ser el único que está sin beber.* (2ºbachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) *Y para luego contar la batalla: “me he emborrachado y me lo he pasado fenomenal”.* (2ºbachillerat, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1) *Y luego a lo mejor no ha bebido nada, o ha bebido poco.* (2ºbachillerat, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Y si no bebes no haces lo que mucha gente ha hecho en la feria.* (2ºbachillerato, 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

El consumo de alcohol durante la adolescencia es un acto comunitario y se asocia al ocio nocturno. Los sitios de ocio nocturno para mayores de edad también son de fácil acceso para los menores. Este hecho es criticado abiertamente como otro problema que se suma y facilita el consumo de alcohol entre los más pequeños.

- *Sin problemas, y eso es otro problema, creo yo. Y después las discotecas... Las discotecas te dejan entrar.* (1ºbachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

Es en este espacio de ocio nocturno cuando el consumo de alcohol se incrementa a cantidades significativas. Mientras que los primeros consumos aparecerían de forma esporádica en la preadolescencia o la primera etapa de la adolescencia, los entrevistados sitúan en la segunda etapa de la adolescencia este aumento del consumo de alcohol, relacionado directamente con los momentos de esparcimiento comunitario y los bares de copas.

- *[bebes más alcohol] Cuando empiezas a ir a los pubs; a los catorce-quince años.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2).
- *Que estés en primero de bachillerato o segundo, ya para la universidad.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

¿Cuándo se bebe? No hay un bebedor individual, siempre hay referencias a un consumo comunitario y relacionado con el ocio, que fija unas fechas claves en las actividades que el adolescente desarrolla (jueves, viernes y sábado noche, y en determinadas fiestas y ferias) y en espacios físicos muy concretos (habitualmente las zonas delimitadas para la realización del botellón).

- *Los fines de semana en el ferial [zona de botellón].* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)
- *En cualquier pub.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Viernes y sábado y el jueves por la noche.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)
- *Es que se bebe sólo cuando hay fiesta.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 1)

La vivencia de la diversión ligada al consumo de alcohol se hace universal y ejemplarizante incluso entre adolescentes no consumidores o con un consumo poco importante. Esta imagen ya se transmitía desde las vivencias familiares y se afirma en los modelos de ocio que los adolescentes practican.

- *Se dice mucho que si bebes te diviertes.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)
- *Hoy tú estás en la feria, y estás en la caseta y lo normal es que veas a la gente de nuestra edad o más pequeños con un cubata.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)

- *Porque bebiendo se lo pasan bien.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2).

Frente a esta opinión hay discrepancias por parte de los adolescentes de menor edad, indicando que el alcohol no siempre se relaciona con mayor diversión (opinión de adolescentes sin experiencia de botellón). Los adolescentes que no consumen alcohol separan la unidad entre mayor consumo de alcohol e incremento de la diversión. Estas divergencias indican diferentes modelos de diversión desde el inicio de la adolescencia y explican diferentes modos de interpretar el ocio dentro de la juventud.

- *Que se creen que bebiendo tienen más diversión y yo pienso que para divertirse no hace falta beber.* (3º ESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Te lo pasas mejor no bebiendo, porque no ves nada borroso, que bebiendo.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Que se creen que bebiendo tienen más diversión y yo pienso que para divertirse no hace falta beber.* (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)

El binomio ocio-alcohol parece, pues, propio de la segunda y tercera etapa de la adolescencia, donde divertirse es sinónimo de “hacer botellón” y consumir alcohol de forma intermitente pero masiva. Esta forma de consumo aparece incluso entre los que indican beber poco alcohol.

- *Yo me lo paso bien los fines de semana y una vez he cogido el puntillo. El alcohol te ayuda a pasártelo bien.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Yo no suelo beber pero a lo mejor salgo de botellón y a lo mejor voy y me tomo mi copa.* (1º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2)

En estas edades prima su efecto socializador y euforizante, lo que mejora las relaciones intragrupalas y el rendimiento físico y psíquico en las fiestas, permitiendo un mayor disfrute del momento

- *¡Venga, vamos, esta noche nos echamos un cubalibre que es bueno y así duramos más y todas esas cosas ¡* (3º ESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)

Reconocen que la finalidad del botellón es beber alcohol, por delante de su función socializadora. Se genera debate en este punto, pero indican que, como su propio nombre indica, el botellón es un espacio creado entorno al alcohol.

- *Eso dice mi madre: “¿qué hacéis en el botellón?, ¿a qué vais al botellón?” No le voy a decir: “allí a ponernos ciegos como los perros”. Tampoco sé qué contestarle. Si no vas a beber, ¿a qué vas allí?* (4ºESO mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3). *A conocer gente.* (4ºESO mujer 15 años, no consumo. Nivel económico 1). *Pero para conocer gente también puedes ir a una discoteca.* [4ºESO mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3). *O te vas al parque o a una cafetería.* [4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

El consumo de alcohol en el botellón tiene la gran ventaja de ser más económico (más incluso que el agua) y permite un acceso más rápido a la compra del alcohol, ya que lo venden en el mismo lugar de reunión.

- *Tú vas a comprar a los moros del parque [lugar de botellón] y ahí sí que venden alcohol.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

- *Estás en la feria y para gastarte cinco euros en una botella de agua me los gasto en un cubata. (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico3)*

### **1.3.3 Información recibida**

Los adolescentes se sienten bien informados sobre el alcohol. Reconocen que la familia es la transmisora social de información más importante sobre el consumo de alcohol, sobre todo porque aporta valores y vivencias en edades tempranas que tienen su continuación en etapas más avanzadas de la adolescencia.

- *Yo creo que al final son los valores que te den en la casa y la educación. La información que te dan por fuera se tiene que complementar con el valor que te dan en casa. [2º Bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico1)*

Durante la etapa de escolarización en la Educación Secundaria los adolescentes reciben información por parte de profesionales de la educación y de la sanidad que no les resulta útil. Se ven lejanos, como figuras autoritarias que a veces producen rechazo y un efecto contrario, promoviendo el consumo por llevar la contraria a lo que recomiendan. Reclaman una experiencia personal de consumo como requisito necesario para alcanzar un conocimiento completo sobre lo que es el alcohol.

- *Yo creo que con los anuncios, los profesores y demás, sí que nos lo dicen pero vamos haciendo lo que nos dé la gana. Tú si quieres lo haces y si no, no lo haces. Vamos, haces lo que te da la gana. [mujer 13 años; consumo en fin de semana. Nivel económico 3] Es como si te dicen: “estudia, estudia”. Tú si quieres lo haces y si no, no lo haces. Vamos, haces lo que te da la gana. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2).*
- *Al final lo vas a acabar probando y hasta que no pruebes no sabes. Por mucha información que te den, te van a decir: “pruébalo a ver qué pasa” y te va a quedar el gusanillo. (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico1)*

Además, hay otra información que se impone y llega desde las noticias y los anuncios de la televisión y, en menor medida, de otros medios de comunicación. Esta información equipara constantemente juventud con consumo y botellón.

- *La imagen que te dan es que te lo vas a pasar muy bien. Entonces es normal que los chicos empiecen a beber. Es la imagen que se les da. (2º bachillerato, hombre 16 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1) ¿De dónde viene esa imagen? (moderador) Cuando salen los reportajes, se ven a todos detrás con las botellitas. (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo diario de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1) Con la botellona. (2º bachillerato, hombre 17 años) Los anuncios de la televisión. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)*
- *Las series también; que hay gente que se piensa que es una serie o algo la vida; es verdad. Hay muchas series o así que te sacan cosas malas pero te lo ponen de “guay” algunas cosas. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

La información que recuerdan de los medios de comunicación dejan su impronta en los menores por la repetitividad, en el caso de los anuncios, por ofrecer contenidos impactantes/agresivo, como imágenes desagradables de enfermedades, o por implicar medidas punitivas, como la penalización de conducir bebido. No hay otros recuerdos sobre esta oferta informativa.

- *También se promociona [el alcohol]. Los mojitos salen en un anuncio.* (1º Bachillerato, mujer 17 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *Ayer salió una noticia, que se encogía el cerebro al beber.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *Que con el alcohol te quitan puntos en el carnet.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

De todas formas, los anuncios no parecen afectar de forma consciente a una situación (el consumo de alcohol) que es normalizada continuamente por la sociedad que les rodea por diferentes canales de información, sobre todo las vivencias transmitidas.

- *Ya no es que anuncien alcohol o tabaco en la tele. Eso es lo de menos. Es que la gente lo ve habitual.* (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

## ▪ 1.4 Adicción y riesgo

### 1.4.1 Control y adicción del consumo de alcohol

En general conocen que el alcohol puede excitar o relajar, según la cantidad ingerida.

- *El alcohol hace dos cosas, o te estimula o te relaja demasiado.* (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

El adolescente piensa que el consumo de alcohol es fácil de controlar dentro de unos márgenes imprecisos que son fijados primero por las vivencias familiares

- *Mi padre no bebe, sólo en las fiestas, eso sí, siempre coge un poco de borrachera* (1º ESO, mujer 12 años, no consumo. Nivel económico 1)

Aparece la palabra “control” como una capacidad que tiene el adolescente de evitar un consumo alcohólico dañino y que se relaciona con una capacidad personal adquirida con la experiencia del consumo.

- *Si no se abusa no pasa nada. Lo malo es abusar.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)
- *Sé dónde está mi límite y yo nunca voy a llegar a ese límite.* (4º ESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Que controla, que bebe porque quiere, porque se lo pasa bien.* (4º ESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Se atribuye al alcohol una adicción progresiva, aunque siempre los efectos de esa adicción al alcohol se sitúan en un plazo de tiempo largo que se situaría más allá de la adolescencia.

- *Empiezas bebiendo o fumando poco y al final acabas enganchado. Cada vez bebes o fumas más.* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)
- *Es progresivo y lo más seguro es que no te vayas dando cuenta.* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)
- *Que la gente empieza a beber moderadamente y después un día que se le vaya la olla, por ejemplo un cotillón o cualquier fiesta así gorda pues...* (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

De igual forma la experiencia personal es fundamental para valorar la gravedad del consumo y establecer esos márgenes imprecisos en base al conocimiento de las reacciones del propio cuerpo frente al alcohol. La cantidad de alcohol que cada adolescente puede consumir la fijan de forma individual y según la aparición de síntomas de intoxicación etílica. De esta forma aparecen límites para el consumo que dan sensación de control.

- *Llega un momento que digo: “ya está porque me estoy notando mareado o es que me estoy notando...” Yo, si llega un momento que me noto así, pues paro de beber y ya está.* (1º Bachillerato, Mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2)
- *Hasta que no escarmientas no te das cuenta de las cosas. Muchas veces dices: “bah, ¿qué me va a pasar? Eso le ha pasado a otro pero a mí no me va a pasar. ¡Bah! me bebo otro.”* (4º ESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Que una o dos vale, pero más ya es excesivo.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *Yo creo que uno al día que sea una cosa así, no pasa nada pero si te bebes dos vinos blancos así, tres lambruscos...* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Si sabes controlarte no pasa nada por tomarte un cubata o dos. No pasando un cierto límite, vaya.* (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Pero también puedes tener tus límites. “Yo bebo ron porque me gusta”, puedes decir.* (1º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2)

Los adolescentes más mayores y con mayor vivencia de consumo de alcohol critican la falsa sensación de control de dicho consumo cuando realmente no se tiene.

- *El control yo creo que se cree que se tiene* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1) *Que se cree que se tiene.* (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) *“Con dos cubatas no me pasa nada. Voy a probar con el tercero a ver qué pasa...”* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)
- *Hay gente con dieciocho o diecisiete años que están enganchados al alcohol.* (4º ESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

En prácticamente todos los casos, la experiencia de una intoxicación etílica aguda es una vivencia grupal que también debe realizarse para actuar igual que el resto del grupo. Esta experiencia se basa en un consumo ascendente y progresivo de alcohol y casi ineludible, aún sabiendo los problemas que conlleva.

- *Si no te emborrachas eres el “raro”, el que no se emborracha o el que no bebe.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)
- *Habrà algún momento en que te pongas malo porque con el alcohol lo mismo te lo pasas bien como que después te pones fatal porque con una buena borrachera te puedes poner fatal, fatal, hasta el coma etílico. ¿Qué pasa? Que la gente empieza a beber moderadamente y después un día que se le vaya la olla, por ejemplo un cotillón o cualquier fiesta así gorda pues...* (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

La edad incrementa esa sensación de control del consumo. Controlar el alcohol sería, pues, sinónimo de ser más mayor. En ocasiones se juega a romper ese límite buscando en determinadas ocasiones la intoxicación aguda como una experiencia de ocio divertida. Incluso la intoxicación alcohólica aguda se muestra como una vivencia que merece la pena pasar, aunque no todos los adolescentes están de acuerdo. En 2º de bachillerato se acepta de forma unánime, ríen cuando se comenta que la borrachera es divertida e impresiona de ser una experiencia personal que todo el grupo ha tenido en alguna ocasión. Esta idea es compartida incluso por los adolescentes no consumidores.

- *Es divertido beber cuando estas borracho.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *Es que cuando bebes se supone que... cuando te emborrachas normalmente eres feliz.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *Yo conozco gente y les da igual llegar borrachos; incluso lo hacer a propósito simplemente por divertirse.* (2ºbachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Piensen los más jóvenes que hasta en la borrachera hay un grado de control personal, ya que se decide para pasarlo mejor ("el puntillo") y es el objetivo en muchas noches de ocio. Hay gente que no para: "por otra más, por otra más", y acaban... (1º bachillerato, hombre 16 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 3). Pero hay gente que dice: "pon otra más, pon otra más". Que dice: "¡Bah! a mí lo que me toque. Que luego estoy borracho y hago el paripé un poquillo con mis amigos, pues lo hago." (1º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2). Si es que es eso. El alcohol es que es eso. El alcohol tú estás tomando una copa y estas ahí con el puntillo... Para ponerte ciego... (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

Indican que una intoxicación alcohólica aguda no se programa, depende de lo animado que se encuentre uno. A mayor animación, mayor cantidad de alcohol ingerida. La experiencia es conocida por pasarles a otros en los de menor edad, y contada en primera persona en los de mayor edad. Sin embargo, siempre localizan la borrachera en momentos de ocio nocturno, lo que la convierte en una actividad más.

- *Hay días que si te quieres emborrachar, dices: "hoy me emborracho".* (2ºbachillerato, hombre 16 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)
- *Beber es que ya ve como algo normal cuando sale, como si no bebe algo; y eso ya lo verá como algo normal. Cuando se agarré todos los días una borrachera ya lo verá como algo normal.* (1º bachillerato, hombre 16 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 3) *Es porque es algo habitual, lo hace mucha gente.* (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol y diario de tabaco. Nivel económico 2)

La edad incrementa la cantidad de alcohol que se puede ingerir sin pasar el límite, con la referencia explícita de los hermanos mayores y los jóvenes universitarios. La cantidad de alcohol que un adolescente puede tomar sin perder el control se convierte, a ojos de los entrevistados, en un indicador de su madurez. De nuevo surge el referente de la capacidad de consumo y de control de los universitarios.

- *Pero con cinco copas no caen los universitarios.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Mi hermana es joven, tendrá unos veinte años. Cuando se va con sus amigos y demás... Lo que me gusta de mi hermana es que es muy responsable porque si ve que está un poquillo así... se bebe nestea y ya está, porque mi hermana es muy responsable. Porque*

*sus amigos sí se emborrachan la mayoría de veces. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

#### **1.4.2 Riesgo y enfermedad**

Reconocen que el alcohol deja de ser divertido cuando pasas unos límites, cuando la intoxicación aguda trae síntomas intensos. Sin embargo, el principal problema no es el daño físico que pueda producir el alcohol sino la necesidad de interrumpir la diversión

- *He visto esas situaciones con los amigos y me jodió mucho porque tuvimos que llevarlo al hospital y todo. (4º ESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Como se te vaya un poquito la mano... (2ºbachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Un amigo de mi hermana se fueron de fiesta y entonces el tío empezó a beber y a beber y acabó en el coma etílico. Y todo lo hacía por hacer: "pues venga vamos a beber" (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

No son conscientes del daño que produce el consumo en fin de semana, pensando que esa forma de beber alcohol permite recuperarse y no enfermar al dejar varios días libres sin tomar alcohol. La sensación de escasa vulnerabilidad a los efectos perjudiciales del alcohol es generalizada, por experiencia personal o por lo que oyen de otros adolescentes.

- *El hígado se vuelve a limpiar. Bueno, causa sus consecuencias. Pero con el tiempo bebes un sábado y hasta el otro sábado no vuelves a beber. En ese tiempo el hígado descansa. (4º ESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*
- *En que en nuestra edad todavía no se piensa en lo que puede pasar. (4º ESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)*

Para los adolescentes el alcohol, a su edad, no provoca adicción, al contrario de lo que puede ocurrir con el tabaco u otras drogas.

- *El alcohol sí se puede dejar pero el tabaco no. (3º ESO, mujer 13 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 3)*

#### **1.4.3 Relación con otras drogas**

La relación con el consumo de tabaco y otras drogas es discutida: los adolescentes que relacionan ambas sustancias tienen una mayor experiencia personal de consumo ligado al ocio, mientras que los que no asocian ambos consumos refieren una menor experiencia de policonsumo.

- *A nuestra edad no. No creo que nadie fume y beba a la vez. (4º ESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2). Pues yo sí, yo fumo y estoy con mi cubata en la mano (4º ESO, 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)*

Los adolescentes de mayor edad, pertenecientes a 2º de bachillerato, piensan que los motivos para consumir alcohol y tabaco son diferentes. Sin embargo, coinciden en que los momentos de ocio nocturno propician el consumo simultáneo de ambos como una forma normal de divertirse y como consecuencia lógica del consumo de alguna de las dos sustancias.

- *Cuando bebes, siempre el cuerpo te pide un cigarrillo a veces (risas). No, es verdad, que no es lo mismo, pero que... Yo sé de gente que no fuma habitualmente y que cuando salen, están con su cubatilla y dicen "venga un cigarrillo", pero después, sin embargo,*

*pueden pasar perfectamente. Que una cosa lleva a la otra. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

La motivación para el policonsumo de diferentes drogas, incluido el alcohol, es mejorar los momentos de ocio. Incrementa la diversión y mejora la experiencia para poder contarla después como una vivencia destacable ante los pares. No existen diferencias de sexo ni de clase social.

- *Lo mismo al final: “voy a emborracharse, voy a emporrarme o voy a pillarme un pelotazo” (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1). O pasármelo bien. (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2). Con tal de pasármelo bien, para luego contarlo... (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

De esta forma, se van acumulando diferentes experiencias que se centran en el hecho de consumir y experimentar sensaciones nuevas/diferentes. Son vivencias que siguen un orden ascendente y creciente de consumo, en cantidad y calidad, acercando al adolescente al “tipo ideal” de consumo de los adultos jóvenes ya mencionado anteriormente y deseadas por adolescentes que no consumen.

- *Sí, yo creo que empiezo a beber, después fumo. Porque estás borracho perdido y ya te dan: “toma un cigarrito”. (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2). Y bebiendo acabas con los porros y de los porros terminas con otra cosa. (2º ESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)*

## **2. MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE TABACO**

### **▪ 2.1 Determinantes personales**

Los adolescentes no refieren motivos personales conscientes para el inicio o el mantenimiento del consumo de tabaco. Es una experiencia más en esta etapa del desarrollo que no es interiorizada por el adolescente, ni siquiera tras el comienzo del consumo.

- *Lo que no entiendo es lo que nos ha pasado a ti [habla con otra mujer adolescente del grupo] y a mí; que te han dicho desde el primer momento que no fumaras y has acabado fumando. (4º ESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)*

Sin embargo, el uso del tabaco en situaciones estresante como una actividad relajante se perfila como un poderoso determinante del consumo. Es una actitud aprendida del entorno y posteriormente vivida en la experiencia personal del consumo de tabaco, que permite además evadirse del aburrimiento, sin diferencias por edad, sexo o nivel social. No conocen los efectos estimulantes del tabaco y sitúan el consumo más relajante en determinados momentos del día que suelen repetirse.

- *Yo he oído: “yo fumo cuando estoy nervioso” (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)*
- *Y así se empieza: “es que estoy muy nervioso, me voy a fumar un cigarro”. (2º ESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)*
- *Yo pienso que el tabaco es relajante. (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)*

- *Mucha gente dice que al fumar te sientes relajado; que cuando estas nervioso te fumas un cigarro y te relajas.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *El cigarro te relaja.* (1ºbachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)
- *Fumo después de comer porque me sienta bien uno después de cada comida.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

Esta creencia es criticada por los adolescentes de menos edad, quienes en el fondo ponen en duda este efecto beneficioso del tabaquismo.

- *Si estás enfadado, no es que te tranquilice. Tú piensas que te tranquiliza.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Tú piensas pero no te tranquilizas tampoco.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)

De esa forma se inicia un consumo que se entiende, en las fases iniciales, como un hábito más que como una adicción y que permite autoafirmarse de cara a los demás.

- *Fumo por fumar unas veces...* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *Para fardar.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

### **2.1.1 Características propias del tabaco**

El sabor del tabaco es desagradable desde el mismo inicio del tabaquismo y no es un factor favorecedor del consumo. Incluso el olor no es atrayente para los no fumadores. La repetición del consumo permite al fumador acostumbrarse a estas características: sin llegar a ser agradable, es un olor/sabor al que termina por habituarse.

- *Cuando tomas una calada dices: "¡ay mi madre, un poco más y te ahogas!"* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *No me llama la atención fumar. Bueno, lo he probado, pero no me gusta.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Yo la primera "calá" que di no me gustó, pero ya la segunda sí.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Yo la primera vez que fumé un cigarro, das un "calá" y empecé a toser que me iba a morir.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Pese a las características desagradables del primer consumo, persisten en el consumo hasta acostumbrarse al sabor y al olor.

- *Sí, te da asco, pero dices: "voy a probarlo otra vez".* (4ºESO, hombre 15 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 2)

En caso de que las características organolépticas del tabaco agraden al adolescente, las posibilidades de mantener el consumo son muy altas en opinión de los no fumadores.

- *La primera "calá" que le das como te guste, malo; y como no te guste, también malo; porque vas a seguir fumando.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)

### **2.1.2 La edad como factor del tabaquismo**

Mientras que para el alcohol se definían unas edades concretas para empezar con un consumo de prueba y para pasar a otro de mayor cuantía, no ocurre igual con el tabaco.

- *Para el tabaco hay menos edad. Para el alcohol por lo menos cuando cumplas catorce-quinque años, quien no lo haya probado a esa edad casi seguro que lo prueban. Por lo menos el paso de probarlo. No es que ya beba con catorce-quinque años... pero el tabaco es más raro.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Empiezas a salir más... Además antes sales por las tardes. También te juntas con gente más grande [de mayor edad]* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Los adolescentes de menor edad se sienten más seguros al fumar. En los primeros niveles educativos (de primero a tercero de ESO) los alumnos repetidores y de mayor edad se sienten más seguros hablando en cada grupo al tener más experiencia de consumo. Los adolescentes de bachillerato critican el consumo de los adolescentes más pequeños, creen que presentan un mayor consumo respecto al consumo que ellos tenían con la misma edad y minusvaloran capacidad de decisión y los motivos para comenzar a fumar de los más pequeños. Esto equipara el consumo de tabaco con una edad y una madurez concreta.

- *Esos están "grillaos". [los adolescentes más pequeños que fuman; todo el grupo ríe]. Yo hace un par de años, cuando estaba en cuarto, en los servicios de primero había una humareda que era impresionante. Y veías a los más chuletas, que eran los más chicos, y los grandes fuera. En la salida ves a un chaval así de chico [señala con la mano una baja estatura] diciendo: "dame una calada". Te preguntas: "¿será más feliz?, ¿más chulo?"* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)
- *Quieren hacerse los mayores.* (2º bachillerato, Hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Yo creo que conforme me voy haciendo más grande veo que yo, a su edad [lo adolescentes menores], hacía menos cosas que ellos. Es como si empezasen más pequeños. Dices: "pero, ¡si son críos!".* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)
- *Yo conozco a unas de segundo de ESO que les veo en el parque con minifalda y es que no saben ni fumar. Que fumen vale, pero que no sepan ni fumar... ¡Que parecen tontos fumando!* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)

Los adolescentes más mayores ofrecen ideas que van en una dirección contraria: asocian la seguridad en uno mismo con la capacidad de ir contracorriente en el consumo de iguales, lo que supondría una habilidad para no fumar.

- *Yo creo que si te lo planteas si puedes [no fumar]. Si no quieres ser como el resto, un simple borrego. "Están todos fumando, voy a fumar yo también". Lo puedes conseguir; no tienes por qué fumar. Los primeros días se reirán de ti, pero luego.* (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

### **2.1.3 El sexo como motivación diferenciadora**

A diferencia de lo que se hablaba sobre el alcohol, el consumo de tabaco refleja un patrón de consumo familiar donde intervienen todos los actores del sistema familiar, independientemente de su edad o sexo, conformando una constelación donde el consumo de tabaco no depende del género.

- *Si la madre fuma, el padre fuma, la hermana fuma, fuma toda la familia; pues entonces...* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)

Sin embargo, para los adolescentes varones fumar supone una autoafirmación que permite ocupar un lugar destacado y de mayor seguridad, a veces expresada como autoridad, en el grupo de iguales. Por tanto el consumo va dirigido a una mayor aceptación social en el microsistema donde se desenvuelven. El fumador o fumadora logra captar la atención de los demás sobre sí mismo, siendo una opinión compartida tanto por fumadores (refiriéndose siempre a otros adolescentes, habitualmente a los más pequeños) como por no fumadores.

- *Se sienten más chulos. Se sienten más grandes. Se creen que ya por fumar son el centro de atención.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *He estado fumando durante poco tiempo pero al principio, al salir del gimnasio, me decía: “voy a fumar un cigarrillo con los demás y así parezco un poquillo más chula y de todo”.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Porque se creen que así van a ser más, superiores, mejores.* (3ºESO, mujer 13 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 3)
- *El primer cigarro te lo echas siempre para aparentar, pienso yo.* (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1) *O no, por curiosidad.* (1º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2)
- *Es que tú te juntas con veinte amigos y a lo mejor si tú eres el único que más fuma pues: “cucha este ya es menos chungo” y ya no le pueden pegar una “hostia”.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3) *Es lo que he dicho ella: “el que fuma puede pegar”.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

La presión del grupo de iguales es más notoria entre adolescentes hombres, siendo un hecho indicado y criticado por las mujeres, quienes no sienten la obligación de un consumo por imperativo del grupo.

- *Los hombres a lo mejor no. A lo mejor es un amigo que te dice: “bueno venga”.* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Hay diferencias. A lo mejor los niños lo hacen por chulos: “yo soy chulo que nadie. Y mi amigo dice que si no fumo soy un mierda”. Y las niñas... A mí me da igual que una amiga... ¿Qué te va a decir una amiga?* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Cuando empiezas a fumar [dirigiéndose a un adolescente hombre] a lo mejor tienes otro amigo que empieza a fumar al mismo tiempo que tú. Por ejemplo estáis de fiesta los dos: “¿Vamos a probar un cigarro?” “Venga vamos a probarlo” Y se ponen los dos a fumar y por eso yo creo que es diferente entre los hombres y las mujeres.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

La necesidad de imitar el consumo de tabaco de los iguales en un ambiente grupal genera discrepancias entre hombres y mujeres: los hombres piden uniformidad en el consumo mientras que las mujeres no adoptan esas normas.

- *Nosotros tenemos una amiga que sale con nosotros y no fuma y nosotros no la discriminamos ni le decimos: “fuma”* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3). *Que haga lo que le dé la gana.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3). *Son las niñas, son las niñas las que dicen: “mira los niños esos”* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2). *Los niños sois una pandilla de seis o siete y uno no fuma y*

*están todo el día “venga fuma, si no es malo, si es bueno”.* (4ºESO, Hombre 14 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)

El papel de las relaciones con el otro sexo es un factor importante para el consumo de tabaco. Supone un factor favorecedor del consumo porque reafirma el status de masculinidad que permite y facilita el contacto con el sexo opuesto, fundamentalmente en el hombre.

- *Se creen que si uno fuma ya tienes novia.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)

En la mujer adolescente el consumo de tabaco facilita una mayor atracción sexual de los adolescentes varones. Es un papel más pasivo que en los adolescentes hombres. Mientras que pueden rechazar la presión grupal para dejar de fumar en el grupo de amigas, encuentran dificultad para rechazar el tabaco que le ofrece un adolescente del sexo opuesto.

- *Yo llevo fumando cuatro años por lo menos. Fumo porque un día, por una tontería, un muchacho me gustaba y me ofreció tabaco. Me ofreció un cigarro y por no decirlo que no.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Me gusta [un chico]. Vaya que por eso [no aceptar el cigarrillo] deje de gustarle.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Yo no soy machista ni nada pero pienso que las chicas fuman porque tienen influencias de algo, o les gusta un chico o...* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

Incluso conservar una pareja sentimental es un poderoso motivo para dejar de fumar.

- *Tú dejaste de fumar porque te lo dijo... [nombre de un muchacho] Entonces no es porque quisiste. Dejaste de fumar para que siguiera contigo.* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol e intermitente de tabaco. Nivel económico 2)

Se establecen discrepancias en los grupos: las mujeres defienden su motivo para iniciar o mantener el consumo de tabaco (gustar a un muchacho) como un poderoso elemento, mientras que los hombres indican que el suyo (camaradería e integración grupal) es un motivo más válido.

- *Pues mira peor es que sea por un amigo que te dice.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3) *Peor es lo vuestro que os coméis la cabeza.* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol e intermitente de tabaco. Nivel económico 2) *No es que te comas la cabeza. Tienes una edad en la que estás con el “chomineo”, con el “tonteo” y “ahora si me fumo un cigarro, pues a lo mejor...”.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

En las mujeres adolescentes también se encuentra otra motivación en los efectos que creen que el tabaco tiene sobre la imagen corporal, fundamentalmente el control del peso al fumar y el aumento del mismo al dejar el consumo de tabaco.

- *Que no engordas.* (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Mi madre me ha prometido un montón de veces que iba a dejar de fumar y todavía.... Lo intentó y empezó a engordar.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)

Hay también una imagen sexista del tabaquismo por parte de los hombres adolescentes al entender que la mujer asume más riesgos al fumar (por lo que no deberían consumir tabaco).

- *Yo creo también que los hombres somos más protectores que las mujeres. “No fuméis porque es malo”, aunque tú fumes...* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

## ▪ 2.2 Influencias del microsistema

### 2.2.1 La familia como modelo de consumo de tabaco

El inicio del consumo de tabaco se ve influenciado por las actitudes familiares. La vivencia de unos padres que fuman es un ejemplo muy influyente en los adolescentes por ser la primera normalización del consumo de tabaco que llega al menor. En ese ejemplo también tienen un papel importante otros familiares cercanos, como abuelos o hermanos.

- *A lo mejor luego los padres; si la madre fuma, el padre fuma, la hermana fuma, fuma toda la familia; pues entonces...* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *También la familia influye. Yo que vivo con mis abuelos y con mis padres... Mi abuelo fuma, mis padres no fuman y eso también influye.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Porque te acostumbras, desde muy pequeño si tus padres fuman.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *A lo mejor si tus padres fuman lo ves como algo normal y... pues si algún día... puedes llegar a fumar.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

Aunque reconocen que es menos importante que la influencia que puedan ejercer los amigos, refieren de forma mayoritaria que un entorno familiar sin humo es protector.

- *Yo, como mis padres no fuman, no me llama la atención fumar.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

La invitación a fumar de otros adolescentes de la familia ampliada supone un importante estímulo para el inicio del consumo.

- *Tu primo fue el que me enganchó.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)

Pese a esta primera influencia familiar, el consumo de tabaco se erige en uno de los primeros secretos que el adolescente mantiene frente a sus padres. Mientras que el alcohol tomaba forma de una especie de rito de iniciación social, el tabaco es un elemento que no es aceptado por los padres y los propios adolescentes reconocen que el fumar es una actitud mayoritariamente prohibida por los padres.

- *Mi primo cuando era así de mi edad empezó a fumar y para que no viesen se echaba limones en las manos.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *A partir de ese día [comenzar a fumar] yo me callé con mis padres.* (3ºESO, mujer 13 años, consumo intermitente. Nivel económico 2)

Los adolescentes coinciden que ocultar el consumo ante la familia evita problemas, sobre todo en las mujeres, porque evita confrontaciones y que los padres regañen por este motivo. Incluso a veces es gratificante hacer lo contrario de los que dicen los padres, en un esfuerzo por lograr mayor autonomía rompiendo con normas familiares. No hay diferencias por niveles sociales ni poredad.

- *Porque yo sé de gente que con la hora y con muchas cosas dicen “mamá voy a casa de tal con no sé quién” y se supone que están viendo una película y después no están viendo*

*una película y los padres no se están enterando (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) Yo creo que o lo saben o lo intuyen. Cuando ya le digas varias veces que te vas a ver una película a casa de tu amiga... (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) Buscando excusas (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

- *Es lo mismo que cuando te dice tu padre: “no hagas esto que...”, de chico o ahora. Y dices: “pues ahora lo voy a hacer”. (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)*
- *Que te digan: “¡como vengas otra vez así!” Eso influye para que dejes de fumar ahí. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) Y tampoco influye. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1) Para que no te vean [ríen en el grupo]. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

De sus padres esperan una educación basada en su propio comportamiento, reclamando un ejemplo de no consumo en las figuras paterna y materna. Entienden en general que los padres adoptan actitudes intransigentes con el consumo de tabaco, guiados por buenas intenciones hacia ellos, pero rechazan la educación impuesta que no venga acompañada de vivencias familiares de un hogar sin tabaco.

- *Yo creo que quieren cuidar de nosotros para que no nos pase lo mismo que a ellos. Por ejemplo si ellos fuman no quieren que tu fumes para que no te ahogues; que lleves una vida saludable...yo que sé. (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*
- *No es responsable decir “tú no fumes pero yo si fumo”. (4ºESO, mujer 14 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)*

Subyace en el contenido de las entrevistas la existencia de una educación por omisión de los padres respecto al consumo de tabaco: transmiten valores al no intervenir, autorizando de esta forma la realización de conductas de riesgo. Incluso la dificultad de los padres para dejar de fumar actúa de forma paradójica, alimentando la creencia de la casi imposibilidad real de dejar de fumar.

- *Mis padres fumaban, se quitaron hace ya. Casi todos los días me dicen: “me entran unas ganas de fumar un cigarrito” (2ºESO, hombre 13 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Los propios adolescentes reconocen una doble moral en el hecho de que los padres aconsejen no consumir mientras ellos mismos lo hacen. Pero no hay una educación ante el consumo directamente de los padres, sólo adoptan actitudes autoritarias.

- *Yo lo dejé porque como mis padres fumaban... “yo le regaño a mis padres y encima lo hago yo”. (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)*
- *Y es que tu padre no te va a decir: “toma un cigarro” o “toma fuma” (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3). Eso te lo dice cuando te ve y no te das cuenta y dices: “bueno ya me han pillado” (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Hay, a su vez, una educación inversa: los hijos aconsejando a sus padres dejar de fumar. Ocurre sobre todo en adolescentes más mayores (más independencia y más crítica a los adultos)

- *Mi padre se ha quitado por eso porque mi hermano de 7 años le decía siempre que no fumara que era malo y se podría morir.* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Mi madre.... Hasta que no se quitó de fumar no paré [de decírselo]. Y se quitó al final de fumar.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Pese a las críticas anteriores, reproducen esos esquemas con sus hermanos pequeños: el adolescente que fuma le aconseja a sus hermanos pequeños que no fumen.

- *No, porque yo, mi hermana, como la vea con un cigarro la mato, es que la mato.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Hay discrepancias sobre qué consumo sería mejor aceptado por los padres. En general, opinan que sería mejor que los padres se enterasen que consumieran alcohol, sobre todo cerveza, posiblemente por su bajo contenido alcohólico y por ser algo socialmente más extendido. En el caso de los adolescentes con padres fumadores, opinan que entenderían mejor que fumasen a su vez ellos.

- *Normalmente si los padres fuman, aceptan más que el hijo fume a que beba; pero si los padres no fuman aceptan más que beba. Por experiencia propia, no es por otra cosa, vamos.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)
- *Yo prefiere decirles que bebo. Vamos mis padres no beben ni fuman...* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *Los míos por ejemplo, ven peor el tabaco por el hecho de que te enganchas directamente.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Mis padres ve mal las dos cosas.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 2)

De todas formas, en general los padres y las madres optan por ignorar el consumo de sus hijos para evitar conflictos. En caso de tener que hablar sobre el tema, la imagen materna siempre es más cercana y la encargada de hablar con el adolescente.

- *Mi madre sabe que fumo. Mis padres saben que fumo pero mi madre me ve con un cigarro en la boca y me lo trago. Mi padre sí me ha pillado una vez fumando pero fue porque me pilló así en plan... Y me dijo: "¿qué haces?" Y yo: "pues nada, aquí fumando" Cerró la puerta y se fue. No le dijo nada a mi madre porque si no....* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Esto es criticado por los adolescentes como un acto de desinterés por parte de los padres.

- *Si tú a una persona la quieres, no le puedes decir: "fuma que es bueno".* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3) *Eso es porque te da igual lo que le pase.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Mi madre fuma mucho y yo soy incapaz de coger un cigarro; más que nada porque me da asco. No tiene nada que ver que los padres fumen o no. Es según la educación que te den. Según los valores que te dan. "El tabaco es malo, ¿por qué lo haces?" "porque soy*

*tonto, pero tú no bebas nunca*". (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

Los problemas familiares pueden favorecer el inicio del consumo tabáquico entre adolescentes. Al igual que la imagen social del alcohólico que bebe para olvidar, el tabaco podría tener un comienzo en problemas familiares y alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, este argumento parece similar al estereotipo del alcohólico que bebe para olvidar las penas.

- *Que también porque a veces pasan problemas y el alcohol pues lo mismo. Pasan problemas y eso como las películas: "para quitar los males"*. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *La gente que se cree que fumando se alivian todos tus problemas*. (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Luego sobre todo cuando estás muy triste. Estás amargado y dices: "vamos a probar"*. (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Si tus padres discuten mucho pues a lo mejor te metes en drogas, alcohol o tabaco. Porque a lo mejor te afectan mucho las cosas y a lo mejor te vuelves más "eso" con tus amigos*. (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

### **2.2.2 La influencia del grupo de iguales**

Los amigos son un elemento clave para el inicio y el mantenimiento del consumo de tabaco. En el caso del tabaco, la influencia de unos amigos fumadores parece mucho más importante que en el caso del alcohol, sobre todo para los primeros consumos realizados casi siempre fuera del hogar.

- *Yo creo que influyen mucho más nuestros amigos que nuestros padres. Lo que digan nuestros amigos es más sagrado*. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Te dicen: "venga, prueba una calailla"* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Toda la gente que conozco, a mí me han ofrecido*. (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Por influencia de los amigos o por el mero hecho de divertirse*. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

La adaptación a un grupo de iguales es mejor si se tienen los mismos hábitos de consumo, ya que mejora la integración social en ese microsistema y evita el rechazo del resto de miembros. Es una experiencia relatada en primera persona por adolescentes jóvenes que no fuman aún.

- *Se comienza a fumar por las influencias* (2ºESO, hombre 13 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) *Los amigos te dicen: "toma prueba, prueba"* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Si no fumas, tú ya aparte. Tú ya no te vas a juntar con estos por que no. Y si fumas, pues te unes con nosotros*. (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *La amistad. Depende del tipo de amigos que tengas, fumarás, no fumarás; beberás, no beberás. Depende del tipo de amigos que tengas. Depende de la influencia*. (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Si estás en un grupo y todos fuman y tú no fumas, no es fácil, te discriminan*. (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Nuevos ambientes. Yo creo que es que a lo mejor va con otra gente y a lo mejor esa gente fuma y lo dicen: "todos fumamos y tú ahora..." Porque él pensará que para meterse en*

*un grupo si el fuma le será más fácil. (4ºESO, Hombre 14 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)*

También la presión va en sentido contrario: un grupo no fumador no acepta bien a un adolescente fumador. El grupo de pares, por tanto, es una referencia fundamental con sus normas y valores nuevos para incentivar el consumo o el abandono del hábito tabáquico.

- *Si un grupo fuma y tú no fumas, te ven como un bicho raro y si el grupo no fuma y tú fumas, también. (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)*

Sobre este tema aparecen contradicciones en el discurso de los participantes. Se afirma por un lado que se fuma por convicción personal mientras que por otro se reconoce que el consumo se localiza en un ambiente de iguales de consumo.

- *Porque yo tengo amigas que no fuman y a lo mejor yo si fumaba. Y he fumado porque yo he querido no porque estén ellos. (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) Pero, por ejemplo, ella lo dejó. Ella fumaba antes y lo dejó. Y el otro día me dice: “no me salgo con ellos porque segura que me entran ganas “. Sin embargo cuando está con nosotros que ninguno fumamos pues no le da ganas. Eso influye. (4ºESO, hombre 15 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 2) Depende de la suerte que tengas. Si te dejas influir por los demás, si no... Si tú fumas es porque quieres. (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

El consumo diario de tabaco hace que se convierta en un elemento integrador más potente que el alcohol. El grupo de 4º de ESO responden de forma unísona que no fumar en un grupo de fumadores es más difícil que no beber en un grupo que bebe. Se fuma con los amigos, por estar con ellos y pasar un rato agradable, realizando las mismas actividades que realiza todo el grupo (microambiente que propicia el consumo)

- *Toda la gente que conozco a mí me han ofrecido. Me decían: “¿quieres?”, digo: “no, no”. Pero después me decía “¿qué hago yo aquí?” No me gustaba mucho, pero por hacer el tonto un rato me fumaba medio cigarro. (3ºESO, mujer 15 años, consumo en fin de semana de alcohol y diario de tabaco. Nivel económico 3)*

### **2.2.3 Referentes sociales: los adultos jóvenes**

Los adolescentes de ESO y Bachillerato tienen un referente de conducta en los jóvenes universitarios, a quienes ven como independientes y autónomos sin llegar a asumir el status de autoridad de profesores o médicos. Ya se ha comentado en el apartado de motivos para el consumo de alcohol que la entrada en la universidad se entiende como un cambio de vida muy importante que puede afectar tanto al adolescente como a su entorno. De ellos valoran hábitos de riesgo en el consumo de alcohol, comprobado de forma personal durante los momentos de ocio. Suponen un modelo de cómo pasárselo bien en fiestas: marcan una tendencia o evolución lógica a los ojos de los adolescentes entrevistados. Además, se trata de un ejemplo que normaliza el policonsumo en fin de semana, integrando drogas ilegales como parte de la experiencia de un adulto joven, más próximo a los adolescentes que las figuras adultas de su entorno.

- *Por ejemplo, nosotros somos universitarios, bajamos a la feria de noche, ahora en los pubs, en todos. Pues ya ahí van a beber, a fumar, y ya te colocas. (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

La etapa de adulto joven es una etapa donde se contempla una alta posibilidad del inicio de un consumo de tabaco. Este consumo inicial sería, por tanto, algo más tardío que el inicio del consumo de alcohol.

- *Hay gente que cambia la vida radicalmente. De joven te juntas con los mejores amigos, ni fumas ni nada. Luego llegas a los veintitantos y te juntas con lo peor y cambias radicalmente tu vida; normalmente a peor.* (4ºESO, hombre años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

#### **2.2.4 Las figuras de autoridad**

Profesores y sanitarios ofrecen la misma imagen comentada en el apartado del alcohol: se ven como figuras de autoridad lejanas, reproducen las mismas actitudes que los padres y repiten normas que ellos mismos no cumplen mediante la transmisión de una información poco atrayente. Critican el consumo de tabaco en el instituto por parte del profesorado mientras a ellos les impiden fumar. Los profesores reproducen las mismas actitudes que los padres, con una información carente de ejemplo vivencial.

- *Los maestros me veían mal porque fumaba.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Si fumas dentro de tus padres o de los profesores ya te miran con una cara... "mira el chusma ese"* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Yo creo que cuanto más te digan peor. Yo por lo menos para mí es eso.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Los consejos dados por figuras de autoridad, como profesores, se escuchan pero no son tenidas en cuenta hasta haber probado por sí mismos los efectos negativos del consumo de tabaco.

- *Estoy medio asfixiada en las carreras, el tenis. Me lo decían algunos profesores de Educación Física.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)

El uso de un lenguaje poco comprensible, como puede ser la jerga médica, dificulta la comunicación con los adolescentes. Además, se fijan en la conducta del médico frente al consumo más que en sus consejos.

- *Que los médicos utilizan palabras raras y por mucho que te digan "no debes fumar porque para esto y esto..." Vale, a la salida del hospital ya están fumando un cigarro. Yo creo que se hace menos caso a los médicos y a los profesores.* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

Hay debate en los grupos sobre el grado de autoridad que tendría el médico para influir sobre el consumo de tabaco en los menores. Los adolescentes que han tenido menos experiencias con el tabaco indican que harían caso de los consejos médicos, sin embargo los menores fumadores saben que la dependencia al tabaco hace que el consejo directo ("deja de fumar") no es tan útil. Se generan múltiples discrepancias en la conversación sobre este aspecto.

- *Pues si yo fumase y me dijera el médico: "mira no fumes porque va a ser peor para ti, porque tienes un problema o algo", pues yo dejo de fumar* (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2). *Es muy fácil, es muy fácil decir eso* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3) *Eso lo dices ahora porque no fumas. Si fumaras no dirías: "siempre me dice que no fume y no fumo"* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

## ▪ 2.3 Modelos sociales

### 2.3.1 Normalización social del tabaquismo

El consumo de tabaco también se acepta como una experiencia por la que hay que pasar, donde el consumo de prueba es prácticamente universal en esta población independientemente de la opinión del menor. Esa presión social para el consumo de prueba es vivida por los adolescentes que no fuman.

- *El tabaco, seguro que lo pruebas alguna vez aunque no te guste.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Yo sé que el tabaco y la droga es algo que nunca voy a probar porque es algo que no...* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)). *No puedes decir: "de este agua no beberé"* (4ºESO, mujer 15 años, no consumo. Nivel económico 1).

El inicio del consumo del tabaco se asocia al comienzo de los estudios en Educación Secundaria. Es una etapa donde el adolescente se sumerge en un microsistema distinto del familiar, comenzando a desarrollar su potencial socializador, siendo el consumo un elemento de acercamiento a sus iguales.

- *Hoy en día [fumar] es a esa edad, básicamente la edad de estar en los institutos.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)

Además de mejorar la aceptación grupal se trata de una conducta de imitación, el tabaquismo es un comportamiento social considerado como normal en el entorno de pares y por tanto no dañino. Incluso se equipara con un hábito consumista más.

- *No lo ven tan malo. Se ve tanta gente bebiendo y fumando, que la gente no lo ve tan mal: "¿por qué no vamos a hacer esto si hay mucha gente que lo hace?"* (1º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2)
- *Además hay tendencia a imitar a la gente de nuestro entorno. Por ejemplo: "mi vecina se ha comprado no sé qué y tengo que comprármelo" Pues lo mismo pasa con el tabaco y el alcohol.* (1º bachillerato, Mujer 17 años, no consumo. Nivel económico 1)

Los adolescentes indican que, para la sociedad, el tabaquismo se considera una droga blanda. Está dentro de una categoría, junto al alcohol, un escalón inferior a las drogas ilegales.

- *También que el alcohol y el tabaco no se consideran drogas en lo que es la sociedad. Lo ves como drogas blandas.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Están normalizadas. Como lo toma habitualmente la gente... Tú lo ves en locales, tú ves pues... Son drogas pero que están normalizadas.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

El consumo de tabaco es un hecho menos aceptado socialmente que el alcohol, sin embargo hay momentos en el día que este hábito de fumar se considera más normalizado al imitar comportamientos.

- *Depende de la costumbre. Si aquí estás acostumbrado a fumarte un cigarro después de comer como dice ella, pues si fumas te lo vas a fumar después de comer porque es la costumbre. Pero si allí no la hay, no lo haces. Es lo que tú veas.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3).

En ocasiones el consumo de tabaco en preadolescentes se considera algo relativamente aceptado en diversas reuniones donde se celebran eventos importantes.

- *Una comunión de un niño que tiene diez años y veía niños de nueve y diez años fumando ya.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)

La menor normalización del consumo de tabaco es explicada por la diferencia de mentalidad entre adultos y adolescentes. Es diferente para los adultos porque “su época” era distinta, con menos drogas en la calle, que ahora están tan cercanas al adolescente. Actualmente es casi inevitable el consumo de prueba.

- *Si fueran estos tiempos y la gente mayor fuera pequeña, de nuestra edad; en estos tiempos lo probarían [el tabaco] por lo menos. Antes eran otros tiempos. La gente no se entera que ahora la cosa ha cambiado mucho. Una cosa que es normal, que te vayas de marcha hasta las dos de la mañana.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)

Frente a una mayor normalización del alcohol, el tabaco en los adolescentes no está bien valorado por los adultos por lo que, aunque en ocasiones se acepta, ellos refieren tener la sensación de que debe ser un consumo “escondido”, fuera de la vista de la gente mayor.

- *Yo estoy acostumbrada a ver a gente o con litronas o con tabaco. Y a mí no me resulta raro ninguna de las dos cosas.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) *Pero tú ponte en medio del parque a fumar, o en medio de un sitio que pase gente, a ver si la gente te mira.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3) *Bueno, eso sí.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

Sin embargo, el consumo de alcohol está peor aceptado en la calle que el consumo de tabaco, en función de la sensación de daño inmediato que la sociedad transmite y los adolescentes experimentan

- *En la sociedad está peor visto el alcohol y más últimamente que dicen que los jóvenes bebemos más.* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *A los menores no les dice nada la policía si los ve fumando. El tabaco es más limpio. El tabaco tiene menos riesgos. Si estas fumando en el coche puedes ir distraído conduciendo, el alcohol ya vas...* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *En una noche bebes y te mueres. Entonces está peor visto.* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

Todo 4º de ESO considera que se acepta socialmente peor el consumo de alcohol en los adolescentes. Se basan en los efectos inmediatos que les provoca el alcohol, fundamentalmente la pérdida de control y la intoxicación aguda, pese a ser algo muy extendido en la sociedad.

- *Yo creo que el alcohol [es peor] porque el tabaco...* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) *Tú haces una encuesta en España y mucha más gente ha muerto de comas etílicos que de tabaco* (4ºESO, mujer 15 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1) *Es lo que dice él. Tú una noche te fumas diez cigarros, te fumas veinte y no te pasa nada. A lo mejor si te los fumas muy seguidos pues te mareas un poquillo. Pero ahora tú te tomas diez cubatas o te tomas... y te caes al suelo redondo.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3) *Pero es peor a la larga* (4ºESO, mujer 14 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1) *Bueno a la larga; pero a lo mejor tú te tiras veinte años fumando y tienes tus consecuencias. Pero te tiras una noche*

*bebiendo y te mueres. (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)*

En 2º de bachillerato continúan las discrepancias: mientras el tabaco puede controlarse, el alcohol da peor imagen social cuando has consumido de forma excesiva. Sin embargo, el alcohol da un status mayor entre iguales a estas edades.

- *Fumar está mil veces peor visto que emborracharse. (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo diario de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1) Yo que quieres que te diga, yo me puedo fumar cuatro paquetes de tabaco. A lo mejor estoy un poco más nervioso. Pero claro, si me bebo una botella de J-B no veas como estoy. Yo que quieres que te diga, emborracharse no es lo mismo que fumar. Porque fumar puedes fumar todo lo quieras pero sigues controlando. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2) Pero digo de mal visto, porque a lo mejor por emborracharte eres el “guay” y por fumar... (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo diario de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1) Pero el de fumar está adaptado, está más acostumbrado. No es lo mismo encontrarte un tío fumando que un tío borracho. Depende como lo mires (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Se constata una relación entre el valor de las normas impuestas socialmente, como no fumar en el instituto, y el poder de la transgresión, que se traduciría en la acción de fumar en el baño o en lugares donde está prohibido, disfrutando de la ilegalidad y de la seducción de no cumplir la normativa.

- *Yo fumé en segundo, pero nada, porque con la que me iba me decía: “vamos al baño” y fui al baño y pasó lo que paso. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

El acto de fumar supone un acto de rebeldía ante los cambios que se experimentan y la incompreensión que se siente. Es una respuesta a las múltiples prohibiciones que el mundo de los adultos impone, sin diferencias por clase social.

- *Sobre todo la gente de nuestra edad o un poquillo más grandes que no tienen estudios, están peleados con sus padres y se quieren ir con su novio y no le dejan salir. Esos son los que fuman. (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2).*
- *Yo creo que a veces incluso eso, el prohibírtelo, incluso “ah, pues ahora quiero más...” El hecho de prohibírtelo ya... (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo diario de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

Los adolescentes reconocen que la accesibilidad a la compra de tabaco es muy alta, existiendo múltiples lugares donde la edad no es una barrera que impida la compra. Incluso su compra se equipara a la compra de artículos de comida, como el pan.

- *Yo he visto gente que tendría catorce años y dice: “necesito un paquete de tabaco para mi padre” y se lo dan. (3ºESO, mujer 13 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 3)*
- *Hay mucha facilidad para bajar al quiosco y comprar tabaco. (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2) El acceso que tengas para fumar tabaco. Según el acceso que tengas lo tendrás más fácil. Si tienes, por ejemplo, más impedimento que para ir a comprar el pan... (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Los adolescentes más mayores opinan que comprar tabaco es incluso más fácil que comprar alcohol. Este hecho estaría motivado por las ganancias económicas que supone el mercado del tabaco.

- *Si tuvieseis tres años menos, ¿qué sería más fácil comprar? (moderador) Tabaco. (2º bachillerato, al unísono)*
- *Uno de catorce o quince años que aparentaba que era más pequeños y sacó tabaco; así que tampoco...no lo tienen muy en cuenta. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2) Lo que le importa a ellos es sacar dinero aunque tenga trece años. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Mientras que, como se ha expuesto antes, hay una prohibición para fumar, el tabaco es un artículo muy accesible incluso para los adolescentes de corta edad, más incluso que el alcohol.

- *Si no hubiese un acceso tan directo a ellas, no sé. Tú llegas por la calle y ves una máquina de tabaco. Entrar a un bar y hay máquinas de tabaco. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) Si no la hay, vas y lo compras igual. Da igual que haya máquina o no haya. (2º bachillerato, hombre 16 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1) Pero está demasiado fácil el acceso. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Vas a un estanco con trece años y te venden tabaco. (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

Las leyes que prohíben el consumo en lugares públicos dividen a los adolescentes a favor (aquellos que no fuman) y en contra (los fumadores, por considerarlas una disminución de su libertad individual).

- *¿Qué opináis de la ley del tabaco? (moderador) Yo la veo bien. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2) Pues yo no la veo bien. Me están quitando la libertad de fumar. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1) Pues tú me estas jodiendo con el tabaco. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Pero que si te gusta fumar y quieres fumar, pues olé por ti; pero no me jodas a mí porque a ti te guste fumar. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Los adolescentes fumadores indican que existen otras actividades más graves, por contaminantes, y que sin embargo no están penadas.

- *No lleves nunca un coche porque estas contaminando mi aire. No conduzcas una moto. No tires residuos. Cada uno contamina de otras mil formas. No solo el tabaco está contaminado. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)*

En general las leyes que impiden el consumo de tabaco en lugares públicos son bien valoradas por los menores, sin embargo también conocen las trampas que los empresarios hacen para evitar realizar una separación total de ambientes entre fumadores y no fumadores.

- *En un bar todo el mundo fumando y no puede entrar un niño porque ahí se ahoga. Eso no me parece bien. (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)*
- *Yo fui a un bar, a un restaurante chino y allí lo único que los separaba era una línea roja. Bar de fumadores y bar de no fumadores, ya está. (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)*

- *Ha habido bares de amigos de mis padres que lo tienen de, a lo mejor, 103 o 104 metros cuadrados y le has puesto "macetorros" feos de grandes para cubrir el espacio. Para decir "aquí se puede fumar" y así se ahorran las obras. (2º ESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)*

No se comparte por los menores fumadores la necesidad de separar ambientes de fumadores y no fumadores en los restaurantes y los bares, máxime cuando la mayoría de locales hacen trampas para eludir la legalidad.

- *Pero yo lo que no entiendo es porque tengo que entrar a un restaurante y si a mí después de comer me apetece un cigarro... y me tenga que ir a la puerta de la calle. (2º bachillerato, Hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)*
- *Pues te vas a la zona de fumadores. (2º bachillerato, Hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*
- *Sí, pero hay bares que son estrictamente de no fumadores. Y en la mayoría de bares sí puedes fumar y son menores de 100 metros. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)*

Concluyen con un planteamiento muy lógico: si fumar es tan malo para la salud, ¿por qué es legal?

- *Hombre lo que tienen que hacer es: ¿por qué no quitan todo el tabaco y el alcohol? Si eso se hace una encuesta y se firma. (3º ESO, hombre 14 años, no consumidor. Nivel económico 2)*

Los adolescentes fumadores mayores de edad se quejan de la falta de libertad para fumar en el instituto, por falta de comprensión por parte del profesorado. Para ellos, por tener más de 18 años ya no es necesario esconderse y reivindican sus derechos y la capacidad de actuar (y fumar) igual que lo hacen algunos trabajadores del instituto.

- *El problema que tiene esto es que no dejan ningún sitio para fumar. Si hay gente que fuma y se sabe que fuma, que se salga al balcón o nos dejen salir abajo a la puerta; nos fumamos un cigarro, nos subimos. Pues no, no nos dejan ni salir, ni fumar dentro. ¿Qué quieren que hagamos? ¿Qué aguantemos seis horas sin fumar y estemos ahí de los nervios? (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)*
- *Vosotros pensáis que nosotros no debemos fumar dentro del instituto. Pues que nos pongan un lugar para que fumemos específicamente nosotros. Esa es mi libertad de hacer lo que yo quiera. (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)*

Opina este subgrupo de fumadores que la prohibición que impide fumar a los alumnos pretende dar una imagen socialmente aceptable más que expresar una preocupación real por la salud de los alumnos.

- *Que lo quieren hacer más bonito: "no, no si aquí no fuman los chiquillos" (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)*

Otros entienden que se trata de hacer entender el consumo de tabaco entre los alumnos como algo no normal.

- *Se trata de no normalizar la situación de fumar. Si encima le das un espacio para que salgan, pues entonces ya... (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

En todos los grupos, los adolescentes opinan que la ley antitabaco ha provocado un menor consumo de tabaco entre los fumadores.

- *¿Creéis que esa ley ha hecho que la gente fume menos?* (moderador) *Sí* (2º bachillerato, al unísono) *Sobre todo en los puestos de trabajo* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1)
- *Creo que al principio tuvo más "boom" eso de "no se va a poder fumar" pero al final se ha acabado vulgarizando. Al principio todo el mundo quería, pues "me tengo que salir cinco minutos". Todos para fuera y al final han acabado todos cuando se han pillado un momentillo.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo diario de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

### **2.3.2 Relación con el ocio**

El tabaco, a diferencia del alcohol, no se relaciona con momentos de ocio nocturno: para fumar no hay un sitio físico ni un espacio temporal concreto para el consumo. Se trata de una actividad que se realiza diariamente, en relación con el contexto de la relación de pares.

- *Eso, te juntas con los amigos: "vamos a echar..."*. (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Pero hay gente que le da igual lo de la fiesta, que llega a su casa un lunes y se pega una hartada de tabaco.* (2º ESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)

De forma aislada tampoco se entiende el consumo de tabaco, siendo criticado el tabaquismo como una actividad absurda por aquellos adolescentes no fumadores. Siempre va ligado a una actividad en grupo, por lo que la cantidad de tabaco fumada depende del lugar y la gente con la que te encuentres.

- *La diversión de fumar... Es que yo no entiendo el porqué de la diversión de coger un cigarro, tomar humo y soltarlo.* (3º ESO, hombre 14 años, no consumidor. Nivel económico 2)
- *El ambiente, la gente.* (4º ESO, mujer 15 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)
- *Pero es que también tiene mucho que ver el ambiente en el sentido de... Por ejemplo yo estoy en mi casa, a lo mejor un día o mi sábado en mi casa, me puedo fumar dos o tres cigarros, más no. Y a lo mejor estoy en la calle y veo alguien encenderse un cigarro y ya me da gana. Me da gana de fumar un cigarro y a lo mejor estoy por ahí de fiesta y a lo mejor me fumo lo más grande.* (4º ESO, Hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo diario de tabaco. Nivel económico 1)

Algunos adolescentes encuentran el acto de fumar como divertido. Esto genera un debate en el grupo, con opiniones encontradas de otros adolescentes que, dentro del mismo grupo, no relacionan tabaco con diversión sino con dependencia.

- *Y fumas porque fumando te diviertes.* (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1) *No tiene por qué divertirme. También puedes empezar a fumar y... lo que es engancharte. Porque es algo que a lo mejor te llama la atención y dices: "pues...", lo pruebas y ya empiezas de broma con tus amigos: "¡bah! un cigarro no es nada" Y al final acabas enganchantote. Y ya la gente lo que necesita es su cigarro todos los días.* (1º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2) *O su paquete diario* (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

### **2.3.3 Información recibida**

La información que reciben es, para ellos, suficiente. Está orientada a los efectos graves del consumo de tabaco, como la aparición de cáncer, o al menos es lo que más recuerdan.

- *Quien fuma, fuma porque quiere y sabe lo del cáncer y lo que te afecta y todo lo sabe. Hoy en día eso se sabe. Porque nos dan información y eso se sabe.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Esta información es unidireccional y autoritaria, no motiva al cambio y a veces provoca el efecto contrario: reafirmarse en lo que el adolescente quiere hacer frente (fumar) frente a lo que le dicen (no fumar). Rechazan la autoridad y reclaman diálogo de igual a igual.

- *Yo creo que con los anuncios, los profesores y demás, sí que nos lo dicen pero pasa como he dicho con los anuncios, que vamos haciendo lo que nos dé la gana. Es como si te dicen: "estudia, estudia". Tú si quieres lo haces y si no, no lo haces. Vamos, haces lo que te da la gana.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Hombre, que se hable. Que se intente razonar un poco. Porque si es a la fuerza es casi peor. Nada más que por llevar la contraria fumas.* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)

Entre los adolescentes de menor edad se duda bastante de la utilidad de la información recibida sobre el tabaco, generando discusión sobre el tema entre los que creen que es útil y los que plantean que la información no consigue un cambio de actitud entre los fumadores.

- *Sí, ayuda bastante.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2) *Ayuda, pero la gente sigue fumando* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2) *Depende, depende del caso* (2ºESO, hombre 14 años, consumo de alcohol en fin de semana y de tabaco diario. Nivel económico 2)

La información es poco útil porque el consumo es una experiencia necesaria para alcanzar un conocimiento completo sobre lo que es el tabaco, al igual que ocurre con el consumo de alcohol.

- *Al final lo vas a acabar probando y hasta que no pruebes no sabes. Por mucha información que te den, te van a decir: "pruébalo a ver qué pasa" y te va a quedar el gusanillo.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

Olvidan los conceptos fundamentales o los mecanismos de acción básicos causantes de los riesgos para la salud. Sólo se menciona una vez en todas las entrevistas la palabra nicotina, y es para preguntar sobre su acción.

- *Es que apagar un cigarro y encender otro... No sé lo que contaron pero la nicotina... Explíquelo usted. [dirigido al moderador].* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)

La información recibida de los medios de comunicación es recordada sólo parcialmente, siendo los mensajes más impactantes o agresivos (por las imágenes, fundamentalmente) los que llegan a los adolescentes. No diferencian lo importante de lo accesorio en este tipo de información.

- *Que aquí (se señala el cuello) te tienen que hacer un agujero en la garganta.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *Eso salió el otro día en la tele. Salió un experimento. Dentro lo que hay es como petróleo, es negro. Entonces si estas fumando te va a salir...* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)

- *A mí el anuncio que se me ha quedado grabado, es que nunca se me va a olvidar, es este de la droga, el del gusanillo que se te va metiendo. Te imaginas eso y no te hace gracia. (2ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)*
- *Es más peligroso el alcohol que el tabaco, básicamente porque si a lo mejor bebes y conduces tienes peligro de tener accidentes. (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo diario de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

La televisión transmite tanta publicidad que se pierden los mensajes y no se diferencia lo importante de lo accesorio. Prima el sentimiento de autoafirmación frente al sentimiento de “imposición” de los mensajes audiovisuales.

- *Yo creo que una pérdida de tiempo porque luego hacemos lo que nos da la gana. Estamos cinco minutos enganchados la tele viendo anuncios por ejemplo: es lo mismo el tabaco que lo de reciclar. (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2).*

No entienden las medidas legales que impiden la publicidad del tabaco, posiblemente porque creen que dicha propaganda no les afecta. Otros adolescentes no tienen claro si se publicita el alcohol o el tabaco, y basan sus recuerdos en los posibles efectos secundarios del consumo de ambas sustancias. Sin embargo, la conclusión final es que la información recibida por la televisión sería menos influyente que la sensación generalizada de que el tabaco tiene una alta normalización social.

- *Que no se anuncie tabaco me parece mal (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Yo creo que sale más el alcohol en los anuncios porque piensan que es menos perjudicial que el tabaco. (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Ya no es que anuncien alcohol o tabaco en la tele. Eso es lo de menos. Es que la gente como lo ve habitual... (1º bachillerato, hombre 16 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 3).*

## ▪ 2.4 Adicción y riesgo

### 2.4.1 Control y adicción

Existe una sensación de control del tabaco al inicio del consumo, pero reconocen que el tabaquismo se incrementa con el tiempo de forma casi inevitable. Pese a ello, creen que la dependencia se asocia a una mayor edad y a un consumo de tabaco elevado.

- *Al principio fumas yo que sé... Cuando salimos un día: “voy a fumar uno”. Ahí claro que controlan. A lo mejor pillan uno o dan, pero luego cuando llevan un montón de tiempo ya no saben controlar y ya... (4ºESO, Hombre 14 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1).*
- *Empiezas con un cigarrillo, luego con otro y al final acabas todos los fines de semana con el paquete de tabaco (2ºESO, hombre 14 años, consumo de alcohol en fin de semana y de tabaco diario. Nivel económico 2)*
- *Poder se puede quitar todo el mundo [de fumar]. (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)*
- *Al final te enganchas. Por mucho que luchas. Bueno no, y al final sí y al final te enganchas, sobre todo el tabaco. (2º bachillerato, hombre 16 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)*

Desde las primeras etapas de la adolescencia se tiene claro que el tabaco provoca una alta adicción.

- *Pillas vicio* (2ºESO, hombre 14 años, consumo de alcohol en fin de semana y de tabaco diario. Nivel económico 2)
- *Es difícil, muy difícil. Necesitas fuerza de voluntad para dejarlo* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

La adicción al tabaco es un proceso dinámico desde un inicio de prueba, pasando por un consumo de fin de semana elevado y llegando al consumo diario. Es un consumo progresivo, mientras que el consumo de alcohol tiende a hacerse estable.

- *Empiezas con un cigarrillo, luego con otro y al final acabas todos los fines de semana con el paquete de tabaco* (2ºESO, hombre 14 años, consumo de alcohol en fin de semana y de tabaco diario. Nivel económico 2)
- *Y empiezas y luego otro, otro día. Un día, luego otro, pon otro y otro y acabas con tres paquetes al día.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Pero fumas en las fiestas y luego ya fumas todos los días.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 1)
- *Eso es una cadena. Uno empieza a fumar y otro “venga vamos un cigarrillo” y le da una “calailla”, y el otro, y el otro.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Tú lo pruebas y cuando tú estás en una fiesta con tus colegas y te lo piden o te lo ofrecen, pues te lo echas. Y así un cigarro y otro, y otro. Y así hasta que te fumas un paquete al día.* (1ºbachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

La dependencia al tabaco también depende del ambiente donde se encuentre uno y la visualización de otras personas fumando, dentro de un patrón de imitación de conductas.

- *Estaba en mi casa y a lo mejor por lo que sea no he tenido tabaco y me he tirado todo el día sin fumar. Que sí, que me han dado ganas, pero luego digo...Y luego salgo, me voy de mi casa con el paquete entero y llego con el paquete vacío. Y es por eso, por el ambiente. Ves a uno fumando y ya te entra el monillo: “venga voy a fumarme un cigarro”.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Para dejar de fumar es importante la voluntad personal, pero esta opinión es matizada por los adolescentes que tienen un consumo de tabaco elevado, quienes sí se dan cuenta de la adicción provocada por el tabaco y la falta de control sobre su consumo.

- *Depende, si eres de los que puedes dejar de fumar un día o dos pues dices: “ya no fumo más porque no me da la gana”. Pero si eres de los que fuman un paquete diario pues entonces es más difícil.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)
- *Pues yo creo que en la adolescencia es más fácil; dices: “fumo, pues ya no quiero fumar”. No de mayor, que ya te cuesta más.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Depende de la edad y de cuánto tiempo lleves fumando.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2) *Te digo que llevo un año fumando y cuesta.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Yo sé que es malo, pero ya, no es que no me pueda quitar...* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Los más jóvenes indican que se puede dejar de fumar cuando se quiera, sobre todo debido a que en unas personas se genera adicción y en otras no, fundamentalmente por el tipo de consumo que se tenga (de prueba o inicial frente a un consumo diario).

- *Hay gente que no y gente que sí se engancha. Yo creo que de los motivos... Si dices de dejar el tabaco lo puedes dejar. (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*
- *No, no entiendo eso de "estoy fumando, voy a dejar de fumar" Pues lo dejas. No creo que necesites un cigarro si no te mueres. (1º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*
- *Yo creo que hay más dificultades al dejarlo que el hecho de empezar a fumar. (1º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol y tabaco en fin de semana. Nivel económico 2)*

La dificultad para el abandono del tabaco se experimenta con las vivencias de otros familiares, sobre todo con el ejemplo de padres y madres. Se describen mecanismos orales o manuales de satisfacción con el tabaco, lo que indica que conocen (al menos intelectualmente) el gran potencial adictivo psicológico del tabaco.

- *Pero la gente que fuma es para tener algo en la boca. Se toma una piruleta y ya se ha pasado la cosa. Entonces tomate un chicle, no hace falta que sea de nicotina. Y están pensando en algo que no sea fumar, porque claro, dicen: "jó que aburrimiento, pues a por un cigarro". (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *También tener algo entre los dedos. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Mi padre no pudo quitarse (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

Conocen por experiencia de familiares la existencia de tratamientos médicos contra el tabaquismo, pero desconfían de su eficacia porque no les han sido útiles a sus familiares (sobre todo padres y madres). Sin embargo, reconocen la necesidad de una ayuda externa para conseguir dejar de fumar, sobre todo en los adultos.

- *Además eso es todo mentira, lo de los parches esos. Eso no funciona. Mi padre los usó y sigue fumando (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Luego dicen: "tomate estos chicles que te ayudaran a dejar de fumar" Pero esos chicles siguen teniendo adicción de esa. Es lo mismo que te fumes un cigarro o te tomes un chicle (3ºESO, hombre 14 años, no consumo de alcohol e intermitente de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Hay gente que va a psicólogos. (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 1)*

Indican de forma generalizada que la voluntad parece no ser suficiente para dejar el consumo de tabaco. Esta información les viene de múltiples experiencias sobre dejar de fumar (personal, padres, amigos), diferentes entre sí.

- *Lo dicen pero no lo hacen. Que pueden decir que se van a quitar de fumar pero luego lo intentan y no lo consiguen. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Mi madre me ha prometido un montón de veces que iba a dejar de fumar y todavía.... (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Mi padre, por ejemplo, fuma, bueno fumaba, se quitó y para las fiestas fuma un cigarro y no se engancha y mi madre fuma y no se puede quitar. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Yo conozco a una chica de mi clase que hace un año se echó a fumar y llevo un tiempo: "venga, quítate", "mañana ya, ya no fumo". Y siempre la veo con el paquete de tabaco aquí metido. Lo habrá intentado pero eso es como las ganas que te entra de hacer algo... "venga uno más no pasa nada". (3ºESO, hombre 14 años, no consumo de alcohol e intermitente de tabaco. Nivel económico 2).*

Se sigue invocando el tipo de personalidad como algo fundamental en aquellas personas que podrán dejar de fumar.

- *Cuando empieza a dejar de fumar, los tres primeros días son mortales* (1ºbachillerato, mujer 17 años, no consumidora de alcohol, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Según la personalidad que tenga esa persona* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Depende de la persona.* (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Eso es según la persona.* (1ºbachillerato, mujer 17 años, no consumidora de alcohol, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

#### **2.4.2 Riesgo y enfermedad**

En una escala de daño al consumidor, alcohol y tabaco se sitúan como drogas blandas de menor gravedad que las drogas ilegales. Entre el tabaco y el alcohol, el fumador tiene más riesgo por los efectos más dañinos del tabaco, que está asociado a múltiples enfermedades con mayor mortalidad que el alcohol.

- *De fumar se muere mucha gente pero de beber no se ha muerto nadie. Tú vas una noche de fiesta y te bebes un cubata o dos y ves que no te va a pasar nada.* (4ºESO, mujer 14 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1).
- *El tabaco puede ser mucho más perjudicial [que el alcohol]. Te puede provocar cáncer de pulmón.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

Preocupan fundamentalmente los daños inmediatos como la bajada del rendimiento físico y otros problemas estéticos, como la coloración amarillenta de uñas y dientes o el mal olor.

- *Si fumas las uñas se te ponen amarillas.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Mi padre usa una pasta de dientes para quitarse el amarillo de los dientes.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Pero para fumar es que mira: te puede entra cáncer y es una putada. Y encima hueles mal.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Pérdida de sabores.* (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Llego a casa oliendo a tabaco, mi cuarto de baño huele a tabaco.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Mi madre dice: "como no dejes de fumar a mí no me beses porque sabes a cenicero" Eso a mi padre y yo me río.* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)
- *Si antes de fumar te corrías 10 metro y estabas bien, después de fumar llegas allí y estás reventado.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Y te cansas más al correr y todo.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Con lo deportista que soy, estoy medio asfixiada en las carreras, el tenis.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)

El tabaco perjudica el desarrollo físico durante la adolescencia, pero es una opinión sólo de los adolescentes no fumadores.

- *Fumar de trece a quince, o de trece a dieciocho, o de dieciocho a veintitrés, entorpece el crecimiento.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

Los adolescentes reconocen la asociación del consumo de tabaco con el padecimiento de enfermedades de gravedad. Estos efectos los vinculan a un largo periodo de exposición

manifestándose en personas mayores. De esta forma, minimizan el riesgo actual de fumar a su edad.

- *Yo creo que el tabaco es más perjudicial porque ya te da un cáncer de pulmón, de lengua...* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Hombre si eres un gran fumador y llevas veinticinco años fumando, sí.* (2ºESO, hombre 14 años, consumo de alcohol en fin de semana y de tabaco diario. Nivel económico 2)
- *No va a ser lo mismo que estés fumando durante cinco años que durante quince.* (2ºESO, Mujer 13 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico3)
- *Mi abuelo murió de un cáncer de pulmón por fumar; porque fumaba más que un carretero. Y un montón de gente a mí me cuentan que tienen problemas. Y un poco más y le cortan la pierna porque tienen la sangre...* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Pese a tener clara la relación entre tabaco y enfermedades mortales, los adolescentes no ven un peligro inmediato: un daño físico a largo plazo no es real para el adolescente.

- *Fumar mata a largo plazo, pero el peligro puede ser hipotético.* (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

Conocen el concepto de fumador pasivo, sobre todo por la experiencia de fumadores en su propia familia por parte de los adolescentes no consumidores. Refieren la importancia de este hecho como elemento que potencia el consumo de prueba además de perjudicar la salud del que no fuma.

- *También los padres. Si tú por ejemplo no estás fumando y eres fumador pasivo pues a ti también te puede enganchar.* (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Porque eres fumadora pasiva.* (3ºESO, 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Yo lo que quiero que den cuenta, no es que se están perjudicando a ellos mismos sino que perjudican a los de su alrededor.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico2)

Si hacen referencia, en cambio, a la molestia que supone para ellos el que otra persona de su entorno fume cuando ellos no fuman, al tiempo que se reconocen fumadores pasivos obligados.

- *De todas formas nosotros estamos como si hubiésemos fumado mínimo un cigarro. Porque mi madre fuma pero mi padre no; y yo siempre que voy con mi madre, al respirar ese aire...* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)

Esta opinión la expresan, fundamentalmente, los adolescentes no fumadores a quienes les molesta el olor del tabaco.

- *Yo lo que quiero que den cuenta, no es que se están perjudicando a ellos mismos sino que perjudican a los de su alrededor.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico2)

Algunos adolescentes opinan que el consumo de alcohol es peor que el consumo de tabaco, en función de los síntomas inmediatos que puede producir. Esta opinión es mayoritaria entre los adolescentes de mayor edad.

- *El alcohol es peor. El tabaco al fin y al cabo lo que te entra es adicción, relajación, pero no tiene efectos secundarios. Pero quiero decir efectos secundarios al momento que te tomas uno. No es lo mismo que te tomes un cigarro o que te tomes una botella.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)

- *Un coma etílico te puede llevar a morir. Hombre, un cáncer es malo. Es que el cáncer tiene menos posibilidades de que te dé a que te de un coma etílico por beber. A lo mejor te puede dar a largo plazo y a lo mejor en la misma noche puedes morir. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Es más peligroso el alcohol que el tabaco. Por los síntomas directos: si te fumas un cigarro, a la gente no le pasa nada. Si empieza a beber pues si...te emborrachas. Aunque luego a la larga, fumar también te perjudica. (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo diario de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

### **2.4.3 Relación con otras drogas.**

La relación con el consumo de tabaco y otras drogas es discutida. La mayoría de los alumnos de los dos primeros cursos de la ESO indican que los motivos para fumar y para beber son diferentes, explicándolo por los diferentes efectos que producen en el organismo en lo referente a síntomas de enfermedad. Hay, por tanto, unas razones diferentes para beber o para fumar. En el primer caso, se asocia a momentos de fiesta y se corre el riesgo inmediato de sufrir una intoxicación. En el segundo caso, el tabaco relaja y sirven para aliviar momentos estrés.

- *Porque el tabaco te perjudica a los pulmones y la cerveza y las bebidas alcohólica te perjudican al hígado muchísimo (2ºESO, hombre 13 años, consumo intermitente de alcohol y de tabaco. Nivel económico 1)*
- *El alcohol se te sube a la cabeza y los cigarros te tranquilizan (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Yo creo que no tiene nada que ver porque cuando fumas no puedes beber. (2ºESO, mujer 13 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 3)*

Al mismo tiempo también relacionan el consumo de ambas sustancias. La relación fundamental que se establece entre ambas drogas es el perjuicio que pueden causar a la salud. Los menores que han tenido sus primeros consumos de alcohol o de tabaco sí aprecian una relación clara, sobre todo ligado a momentos de ocio en los que el consumo está normalizado.

- *Algo sí que van juntos. Perjudican los dos. (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Sí, yo creo que empiezo a beber, después fumo. Porque estas borracho perdido y ya te dan: "toma un cigarrillo" (2ºESO, hombre 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Pero es lo que dice él, si fumas al final vas a acabar bebiendo (2ºESO, hombre 13 años, consumo intermitente de alcohol y de tabaco. Nivel económico 1)*
- *Eso es, a lo mejor a ti te gusta fumar y luego beber o beber y luego... Hoy día los jóvenes fuman, beben, hacen de todo. (3ºESO, hombre 15 años, no consumo. Nivel económico 2)*

Los adolescentes que relacionan ambas sustancias tienen una mayor experiencia personal de consumo ligado al ocio, momento en el que el consumo de alcohol y tabaco encuentran un espacio compartido.

- *A nuestra edad no. No creo que nadie fume y beba a la vez. (4ºESO, mujer 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) Pues yo sí, pues yo fumo y estoy con mi cubata en la mano (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)*
- *En mi pueblo, los de mi edad es que no hay fin de semana que se vayan a la esquina con una botella de cerveza y un paquete de tabaco y se lo fuman entre todos. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

Los adolescentes más mayores piensan que los motivos para consumir alcohol y tabaco son diferentes. Sin embargo, coinciden en que los momentos de ocio propician el consumo simultáneo de ambos.

- *Cuando bebes, siempre el cuerpo te pide un cigarrillo a veces (risas). No, es verdad, que no es lo mismo, pero que... Yo sé de gente que no fuma habitualmente y que cuando salen, están con su cubatilla y dicen "venga un cigarrillo", pero después, sin embargo, pueden pasar perfectamente. Que una cosa lleva a la otra. (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

Los diferentes motivos para el consumo de alcohol y de tabaco son justificados en función del diferente grado de adicción.

- *Yo es que, vamos, diferencio incluso el tabaco y el alcohol. Cada cosa creo que tiene su grado de adicción. Cuando empiezas algo más fuerte te vas a hinchar, más o menos, al final... (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo diario de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)*

En este consumo conjunto de tabaco y alcohol entraría otras drogas. La motivación para el policonsumo de diferentes drogas, incluido el tabaco, es mejorar los momentos de ocio

- *Lo mismo al final: "voy a emborracharse, voy a emporrarme o voy a pillarme un pelotazo" (hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1) O pasármelo bien para luego contarlo... (hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)*

### 3. MOTIVOS PARA EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

El consumo de tabaco se relaciona con el consumo de cannabis (fumado en forma de porros) porque ambos implican un hábito de fumar muy parecido. No diferenciación de gravedad del consumo. Los adolescentes, en cambio, no establecen esa relación entre alcohol y cannabis.

- *Yo creo que si fumas un porro son los mismos motivos que si fumas un cigarro porque hombre, es lo mismo. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Yo creo que la gente no es consciente y entonces... Le dan un porro, pues se fuman un porro. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Si fumas es más fácil que consumes porros. Si bebes no. (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)*
- *Tú lo que haces es que primero fumas, vale fumo. Después bebes, me divierto. Cuando ya estas harto de estar bebiendo, estas harto de estar siempre igual; pues pruebas una cosa nueva para ver si te los pasas mejor. Y cuando ya te hartas de lo otro, pruebas otra y así hasta que te quedas en el sitio. (2ºESO, hombre 15 años, consumidor en fin de semana de alcohol y diario de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Depende de la persona porque a lo mejor dice: "voy a fumarme un cigarrillo, ahora un cubata, ahora me tomo esta pastilla, ahora me fumo esto para probarlo". (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)*

Se establecería un orden de consumo que incluiría primero las drogas legales para abarcar posteriormente otras drogas ilegales, comenzando por la marihuana. Ese desarrollo del consumo de drogas más sociales a otras drogas ilegales no es defendido por algunos adolescentes: para ellos, la principal motivación sería probar nuevas experiencias, pero no drogas ilegales por el daño que puedan causar.

- *Yo he probado tabaco, fumo. He probado alcohol, bebo. Pero luego me han ofrecido otras cosas que sabes que son mucho más... Que tienen más consecuencias, que son peores, y a mí no se me ha pasado por la cabeza...* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Yo conozco gente que fuma porros nada más y no prueba el tabaco, y dice que le da asco el tabaco* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

Se discute en los grupos de adolescentes de mayor edad las causas de esta asociación en el consumo de drogas. La base del policonsumo se centraría en la personalidad del adolescente consumidor.

- *Yo creo que no tiene nada que ver.* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 1) *Yo creo que tampoco, cada cosa va [por su lado]...* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo en fin de semana de alcohol y diario tabaco. Nivel económico 2) *Pero si has tomado alcohol y tabaco, pues dice: "venga vamos, un porrillo. A ver como es el porrillo"* (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) *Depende del carácter de cada uno* (2º bachillerato, hombre 16 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1) *Depende de cada persona, eso sí.* (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

La personalidad influye en el consumo, aumentado éste si eres más influenciado dentro de un grupo de amigos consumidores. En este punto hay una concordancia alta.

- *Si tú eres una persona que dejas influir, que has probado el tabaco porque te han dicho: "pruébalo". Pues con las drogas lo mismo.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1) *Tienes que tener mucha personalidad y no dejarte influir por los demás para no... Que si fumas es porque tú quieres no porque nadie te diga que fumes y tú digas: "bueno venga voy a fumar"* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3) *Pero hoy en día es muy raro la persona que se deja influir y la persona que no prueba una cosa, prueba la otra. No porque dices: "bueno estoy de guay aquí con mis amigos, estamos de fiesta. Bueno venga". Si me ha ofrecido no será tan malo, ¿no?* (4ºESO, mujer 17 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1) *Y no le voy a "hacer el feo" Porque si ya le has dicho una vez que no, dices "¿cada vez que me ofrezca le voy a decir que no?"* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Hay mucha gente que si se meten en las drogas y se meten en todo eso es por la personalidad* (4ºESO, mujer 17 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)
- *Que te de lo mismo lo que piensan los demás o no; y si no te da lo mismo lo que piensen entonces siempre intentas acercarte a lo que están haciendo ellos para que no piensen mal de ti; mientras que si te da igual lo que piensen haces lo que tú crees que es bueno para ti.* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)
- *Un carácter más influenciado. Que no estás seguro de ti mismo. Que no vayas a destacar mucho para no ser el centro de atención.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

En esa línea, vuelve a surgir la idea de una motivación para el consumo de drogas ilegales relacionado con estados de ánimos depresivos o situaciones conflictivas difíciles de resolver. De nuevo se reproduce la idea de escapar de los problemas mediante el uso de drogas.

- *Tomas drogas si tienes problemas. Dices, estas depre una noche y dice “bueno voy a probarla. (4ºESO, mujer 14 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)*

Aunque en general lo que prima es el deseo de experiencias diferentes, independientemente del riesgo que conlleven. Los efectos de las drogas (euforia, socialización, disminución del cansancio) se aprecian como elementos favorecedores para el consumo durante la adolescencia, todos ellos relacionados con el ocio nocturno.

- *Son el mismo motivo. Porque si te pones a pensar, lo mismo que te ofrecen un cigarrillo, te ofrecen una raya o un porro. Que te lo dicen, igual que te dicen: “¿quieres?; te dicen: ¿quieres? Que no es lo mismo, pero que si tu cuando empiezas a probar una cosa, es igual que cuando tú has probado el tabaco o has probado el alcohol. (4ºESO, mujer 14 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)*
- *En un momento dado dices: “bueno venga vamos a probarlo” Lo prueban, les gusta y ven que se lo pasan bien. O ven que como la gente esa que bebe y se pone como loca y aguantan toda la noche. Pues dices: “si yo con esto me meto no sé cuánto y aguanto toda la noche, pues venga” (4ºESO, mujer 17 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)*

Sin embargo, dentro de la dinámica del ocio nocturno y el probar nuevas experiencias, la frontera entre el consumo de drogas legales e ilegales parece ser muy tenue.

- *No hay mucha diferencia porque tu eso lo pruebas para divertirte y cuando ya te has cansado, ves que siempre es lo mismo con alcohol, pruebas los porros. Cuando ya te cansas de los porros, te pasas a la coca y luego a las pastillas. (2ºESO, hombre 15 años, consumidor en fin de semana de alcohol y diario de tabaco. Nivel económico 2)*
- *Cuando empiezas con una cosa, si eres joven a base de tirar mucho de fiesta, terminas en lo otro. (2ºESO, hombre 15 años, consumidor en fin de semana de alcohol y diario de tabaco. Nivel económico 2)*

Además del tipo de personalidad y la experimentación en momentos de ocio, la mejora del rol y el status personal dentro del grupo de iguales sigue siendo un poderoso motivo para el consumo de drogas ilegales. Subyacen en el fondo unos motivos similares a los del consumo de alcohol y tabaco: nuevas experiencias, aceptar hábitos de riesgo practicados en grupo para seguir los valores grupales y autoafirmarse para coger un status mejor. Las diferencias son establecidas sobre todo por el riesgo que entraña su consumo y la menor normalización social de las drogas ilegales.

- *Encima dices: “jó, que me he fumado un porro o un cachimba”. Que es lo que se lleva ahora. Y eres más importante. Y si ahora dices que te has fumado un cigarro: “pero si eso es normal”. (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)*
- *Si te fumas un porro eres más importante. Si te fumas un cigarro también pero menos (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Fumarse un cigarro o un porro es lo mismo. Lo que pasa es que la gente te ve el porro como una droga que es peor pero hoy en día el cigarro es lo mismo que el porro (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)*
- *Pues yo creo que el porro es peor, es más adictivo. (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)*

- *Es con el porro. Como es droga y es más importante que el cigarro pues más importantes son.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)

Cuando se hace referencia a la diferencia entre drogas legales y no legales los adolescentes hacen referencia a dos puntos. El primero es la acción que cada tipo de droga provoca en quien la consume, siendo peor en el caso de las drogas ilegales. El segundo es el tipo de problemas legales que su posesión puede acarrear, aunque no saben diferenciar muy bien las diferencias penales entre consumo, posesión y tráfico de drogas ilegales.

- *Yo creo que eso [drogas ilegales] coloca más.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo diario de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)
- *Si te dan a ofrecer un cigarro o un porro, ¿qué eliges? Pues un porro, uno que te colocas antes.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Los cigarros son legales y los porros no, Por consumir drogas te pueden meter en la cárcel.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2) *Por consumir no, por traficar.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)

La sensación de riesgo se incrementa cuando se habla de drogas ilegales, respecto de las legales. O bien igualan los efectos del consumo de tabaco o alcohol con el consumo de cannabis, o bien minimizan el efecto del tabaco frente a otras drogas. La mayoría de las opiniones se basan en la inmediatez de los síntomas que provocan cada tipo de droga.

- *El tabaco por ahora yo pienso que es menos importante que las drogas.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Porque con el cigarro no te pasa nada y con el porro estas más alegre que todas las cosas.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Un cigarro te crea adicción pero te relaja, no tiene efectos secundarios. Tú te tomas una raya y te deja... Parece que estás andando por el techo.* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Por tomarte una pastilla se te puede ir la vida.* (3ºESO, mujer 13 años, no consumo. Nivel económico 2)

La adicción es mayor con drogas ilegales, frente a una menor o nula adicción del tabaco o del alcohol. El grado de adicción implica una mayor o menor normalización de las drogas, lo que hace que el consumo se relacione o no: así relacionan más alcohol con tabaco por ser “drogas blandas” y las otras drogas duras entre sí por ser ilegales y no estar normalizado su consumo.

- *Prefiero fumar y beber los fines de semana a probar otra cosa y engancharme a otra cosa.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Lo que pasa es que el tabaco y el alcohol se ve más normal. Ves en la calle todo el mundo con el cigarro en la mano. Entonces lo que haces al final es normalizar la situación. Por ejemplo el que se mete una raya se tiene que ir escondiendo o el que se mete una pastilla.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) *Lo que está legalizado se ve normal.* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)

Dentro de las drogas, la marihuana es más aceptada con menor sensación de riesgo que el resto de las drogas. Se detecta cierta confusión sobre los efectos reales del consumo de marihuana, en parte provocada por las informaciones recibidas posiblemente de los medios de

comunicación sobre el uso médico del cannabis, lo que hace que disminuya la sensación de riesgo y aparezca la idea de un posible uso beneficioso.

- *Los médicos en Amsterdam. Porros para el estrés, para eso es para lo único que lo recetan. Allí en Amsterdam, la ciudad de la marihuana, porque muchos médicos solo recetan la marihuana cuando se van a hacer operaciones o cuando están estresados.* (4ºESO, hombre 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) *No sé dónde es, pero la ponen de tapa* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3) *Tan malo no será* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Un amigo de mi madre tenía dolores de cabeza muy fuertes, muy fuertes y no se lo quitaban. Y se fumaba un porro y se lo quitaba.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)

En la familia se aprenden de forma directa el daño que las drogas ilegales pueden causar. Por otro lado, el gran referente social siguen siendo los adultos jóvenes, que ligan el policonsumo al ocio nocturno.

- *Teniendo la formación que tengo sobre eso y viendo amigos que han estado enganchados y familiares míos que han estado enganchados. Decir que mi tío X ha pillado lo que ha pillado por pillar droga; eso yo no... No se me pasa por la cabeza probarlo.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Por ejemplo, nosotros somos universitarios, bajamos a la feria de noche, ahora en los pubs, en todos. Pues ya ahí van a beber, a fumar, y ya te colocas.* (2ºESO, hombre 15 años, consumo en fin de semana de alcohol y diario de tabaco. Nivel económico 2)

#### 4. MOTIVOS PARA DEJAR DE CONSUMIR

Gran parte de los motivos para el cese del consumo se centran en el tabaquismo, posiblemente por presentar una mayor adicción que el alcohol a los ojos de los adolescentes. Otra importante diferencia, como se ha visto anteriormente, son las características organolépticas de ambas sustancias: mientras que el olor y el sabor del tabaco no son agradables, el alcohol sí suele tener un sabor agradable que incita al consumo.

La personalidad que tenga el adolescente es esgrimido como elemento fundamental para el cese del consumo. En estas edades tempranas se opina que es fácil dejar de fumar, al contrario de lo que ocurre en la gente de más edad y con mayor tiempo como consumidor.

- *Pues yo creo que en la adolescencia es más fácil; dices: "fumo, pues ya no quiero fumar". No de mayor, que ya te cuesta más.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo, nivel económico 2)

La salud es el motivo más esgrimido para no beber y no fumar. Aparece en el discurso de todos los adolescentes como una lección aprendida y socialmente esperable.

- *¿Motivos para dejarlo?, la salud. Porque te empeora en todos los aspectos. El tabaco no te deja respirar bien. El alcohol, que cuando bebes, al día siguiente, aunque no te pases, bueno si te pasa ya... lo tienes que expulsar del cuerpo todo, y hasta que los expulsas...* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

Así, evitar la enfermedad y tener mejor salud es un motivo recurrente en los adolescentes pero poco poderoso para dejar el consumo. En el caso del tabaco se refieren algunos casos donde el conocidos por los adolescentes en familiares o amigos, pero siempre en personas de mayor edad, no para el adolescente.

- *Yo conozco una amiga mía que cuando se hacía más grande le contaron lo que le podía pasar y lo dejó [el tabaco].* (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Suele ser por otros motivos [diferentes de la salud].* (2º bachillerato, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, no consumo de tabaco. Nivel económico 2) *De fumar sí; pero es lo que ha dicho él: por otros motivos.* (2º bachillerato, hombre 18 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 2)

El miedo a enfermar no es una opción que se contemple en esta etapa de la vida. La enfermedad grave causada por el consumo, sobre todo el tabaco, no se aprecia e incluso se desdeña jugando con el riesgo.

- *Es que en nuestra edad todavía no se piensa en lo que puede pasar.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *¡Hombre! si eres un gran fumador y llevas veinticinco años fumando, sí que te da cáncer.* (2ºESO, hombre 14 años, consumo en fin de semana de alcohol y diario de tabaco. Nivel económico 2)
- *A uno que fuma le dicen: “¡pero quítate hombre! ¿cómo va a fumar un chico que hay en nuestra clase? ¡quítate de fumar hombre!” y responde “¡Bah! Si tampoco...un año más o un año menos de vida”* (3ºESO, hombre 14 años, no consumo. Nivel económico 2)

Los síntomas inmediatos que pueden aparecer tras el consumo y la relación que establece el adolescente entre el consumo y el encontrarse físicamente mal sí parecen tener importancia para dejar de consumir. Se citan motivos estéticos ante el consumo de tabaco, sobre todo por parte de mujeres adolescentes.

- *Yo dejé de fumar porque yo hago mucho deporte.* (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)
- *Luego te paras a pensar y dices: “qué tontería, que ahora subo una cuesta y me ahogo”. Yo antes subía, me daba mil vueltas y me recorría Jaén de arriba a abajo y ahora con tal de no andar soy capaz de cogerme un autobús cuesta abajo y todo; porque me ahogo. Ahora me estoy viendo, yo que tengo diecisiete años y subo una cuesta y me ahogo.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo intermitente de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 1)
- *Si fumas las uñas se te ponen amarillas. Y te cansas más al correr y todo.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente, nivel económico 3).

La dependencia a la nicotina es conocida por todos pero no es motivo suficiente *per se* para dejar de fumar. Frente a esta dependencia al tabaco colocan la fuerza de voluntad, la personalidad de cada adolescente y la confianza en uno mismo, que hace que sea más fácil decir no al tabaco (expresado por adolescentes mayores y mujeres).

- *Si no quieres ser como el resto, un simple borrego, no tienes por qué fumar o beber.* (2º bachillerato, mujer 17 años, no consumo, nivel económico 2) *Nosotros tenemos una amiga que sale con nosotros y no fuma y nosotros no la discriminamos ni le decimos: “fuma”* (4ºESO, mujer 17 años, consumo en fin de semana de alcohol y diario de tabaco, nivel económico 3).

- *Tienes que tener mucha voluntad [para dejar de fumar]. Y hay gente que no tiene voluntad. Y yo no tengo voluntad.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Pues yo creo que en la adolescencia es más fácil; dices: “fumo, pues ya no quiero fumar”. No de mayor, que ya te cuesta más.* (2ºESO, hombre 13 años, no consumo, nivel económico 2)

Los adolescentes reconocen, de forma racional, que el consumo de alcohol no reporta beneficios y sí riesgos para la salud. Sin embargo esta racionalización pasa por un consumo personal previo que haga propias las vivencias negativas del alcohol.

- *En el fondo es una tontería. Beneficios, ninguno; bueno sí: verte por ahí tumbado.* (2º bachillerato, hombre 17 años, consumo en fin de semana de alcohol, consumo intermitente de tabaco. Nivel económico 1)

El grupo de pares también condiciona el cese del consumo de alcohol o tabaco. Cuando el entorno de amigos deja de consumir, es más fácil para el adolescente.

- *Los que han dejado de fumar o de beber lo hacen por sus amigos.* (3ºESO, mujer 14 años, no consumo. Nivel económico 2)

Un elemento que surge es el económico. Un alto precio puede provocar que el adolescente se replantee el tabaquismo por el coste que supone y que no puede afrontar.

- *Después del verano pensé que no me llamaba la atención [fumar] porque, yo que se iba a ser algo malo para mí. Porque me iba a estar gastando dinero en el tabaco y encima me estaba perjudicando la salud y dije: “ya no voy a fumar”* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *En vez de comprarme un paquete de fortuna que vale dos cincuenta me compro un paquete de chicles y ese euro cincuenta me lo ahorro.* (3ºESO, mujer 15 años, consumo intermitente de alcohol y tabaco. Nivel económico 3)
- *Me gasto un dinero todas las semanas.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)
- *Yo pienso a veces que las autoridades sanitarias suben el coste del tabaco para que la gente no compre.* (4ºESO, mujer 16 años, consumo en fin de semana de alcohol, no consumo de tabaco. Nivel económico 2)

El coste como elemento limitador genera discrepancias en el caso del consumo de alcohol. No parece que el coste influya tanto como en el caso del tabaco. El siguiente párrafo refleja la discusión surgida en un grupo a propósito de este tema.

- *Yo creo que no.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3) *Si es más caro lo que produce es que la gente al subir el precio pues compre menos.* (4ºESO, mujer 15 años, consumo de alcohol en fin de semana y consumo diario de tabaco. Nivel económico 3) *Yo pienso que no.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3) *Yo también pienso que no* (4ºESO, mujer 15 años, no consumo de alcohol, consumo diario de tabaco. Nivel económico 1) *Porque el que es alcohólico se gasta lo que se tenga que gastar. Y un cubata hoy en día vale cinco euros y pico.* (4ºESO, mujer 17 años, consumo de alcohol en fin de semana, consumo diario de tabaco. Nivel económico 3)



## DISCUSIÓN

Según la OMS (WHO, 2010) el tabaquismo y el alcoholismo son las drogodependencias más extendidas en nuestra sociedad, y representan, respectivamente, la primera y la tercera causa de años de vida con discapacidades. El Observatorio Español sobre Drogas asegura en su último informe que la mayoría de los españoles consume bebidas alcohólicas esporádica o habitualmente (DGPNSD, 2011). La adolescencia es una etapa clave; en ella se conforma el estilo de vida que se mantendrá durante la adultez. Durante su desarrollo aumenta la tendencia al consumo, pero si no se adoptan hábitos nocivos durante esta etapa es menos probable que se adquieran una vez alcanzada la etapa adulta (Urquieta, 2006). La prevalencia de conductas saludables o perjudiciales depende en gran medida de las rutinas adoptadas en esta época de cambios individuales y sociales (Ruiz-Juan, 2009). Los adolescentes componen el colectivo social más vulnerable, incomprendido y desprotegido. A pesar de que las leyes españolas prohíben la compra de alcohol y tabaco a menores de 18 años, se ha demostrado que el inicio en la adicción se produce antes de alcanzar esta edad. Es, por tanto, vital evitar una iniciación prematura, así como potenciar procesos de ayuda estableciendo políticas protectoras más enérgicas y eficaces (Urquieta, 2006).

A principios del siglo XXI, un número creciente de disciplinas y campos de estudio ha incorporado la investigación cualitativa como herramienta básica para el estudio de los fenómenos sociales, culturales y sanitarios (Denzin, 2011; Mercado, 2002). El enfoque cualitativo ha generado un debate entre quienes defienden la mirada cuantitativa y cualitativa, algunos han optado por la incorporación de ambos paradigmas, puesto que los paradigmas presentan ventajas y desventajas complementarias y ofrecen la posibilidad de superar sus mutuas diferencias. La importancia de avanzar en el conocimiento de las necesidades y expectativas en salud de los individuos, así como de los factores que intervienen en la efectividad de las actividades sanitarias, y en particular de los propios profesionales, hace necesaria la realización de estudios cualitativos en las ciencias de la salud (Calderón 2002). La tendencia a la utilización de la Investigación Cualitativa en Atención Primaria es creciente y sus posibilidades de aplicación múltiples. La técnica cualitativa empleada puede ser de gran utilidad puesto que explora en profundidad actitudes y pensamientos de los entrevistados obteniendo datos que no se conseguirían con una simple encuesta. Esta investigación cualitativa permite hacer investigación en el mundo real donde los sucesos y los eventos siguen un curso natural no siempre predecible y que depende de la interacción de los diferentes actores sociales. Investigar desde una perspectiva cualitativa presupone cuestionar la visión unilateral de la ciencia, ofrece la oportunidad de recuperar el discurso de los actores involucrados y, a partir de ello, direccionar los objetivos de la investigación bajo una línea de discurso abierto y estructurado. Un enfoque integrador proporciona indicios teóricos y sustantivos de la realidad, que no sería posible lograr de otra manera, implica ciclos de retroalimentación que aceleran el ciclo gradual de conocimiento por encima de lo que un solo método podría permitir; así un paradigma se enriquece con la complementación y confirmación obtenida por otros paradigmas. En este sentido, se encuentra una manera más rigurosa de evaluar la viabilidad de posibles interpretaciones alternas y la medida en que el contexto influyó en los resultados.

El enfoque cualitativo se ha empleado cada vez más en décadas recientes para tratar de comprender con mayor profundidad el complejo fenómeno del uso y abuso de drogas, más allá de su cuantificación y tratando de profundizar en las explicaciones de informantes que viven en esta problemática, respecto a sus pensamientos, creencias, representaciones, y valores, así como de sus experiencias. Promover la pluralidad metodológica en la investigación en Atención Primaria, supone por un lado, reconocer las fortalezas y limitaciones de las diferentes perspectivas, y por otro, apostar por el rigor y la calidad de los estudios cualitativos. Las

explicaciones se construyen en un contexto el cual tiene un significado para las personas y es determinante en la representación social. La vida social, incluido el consumo de sustancias adictivas en la adolescencia, tiene un carácter dinámico y por ello es importante un acercamiento a su conocimiento desde un enfoque procesual. La representación social trasciende en la esfera simple de las opiniones, imágenes y actitudes, son sistemas cognitivos que tienen una lógica y lenguaje destinado a descubrir y ordenar la realidad; lo valioso es que la realidad no se le impone al individuo, se construye socialmente en un contexto y a partir de las intersubjetividades (Moscovici, 2004; Romero, 2004). Pese a las posibles limitaciones de los diseños de investigación cualitativa, que serán discutidas en siguientes puntos, el presente trabajo permite conseguir una serie de objetivos importantes en el conocimiento de la realidad del consumo de sustancias adictivas por parte de los adolescentes: se realiza una primera aproximación a la problemática del consumo de drogas en la población adolescente estableciendo así un mapa cualitativo de los consumos; se indaga acerca de las distintas pautas de consumo en función de las creencias y vivencias propias; se atisban las posibles tendencias de evolución hacia el futuro de las actuales pautas de consumo y se dejan abiertas líneas futuras de evolución y posibles intervenciones sanitarias en el campo de la Salud Pública.

De los estudios existentes sobre el consumo de drogas en jóvenes, pocos analizan las motivaciones para el consumo de las mismas. Sin embargo, desde el plan nacional contra las drogas y en su última Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2012/2013), conocer esas motivaciones permitiría impulsar políticas preventivas eficaces e intervenciones eficientes para lograr el cese del consumo. Tras conocer los cambios en los patrones de consumo cuantitativo y cualitativo de los adolescentes en un entorno urbano concreto (Pérez-Milena, 2007c; Pérez-Milena, 2007d); era preciso conocer, mediante la recolección de las opiniones libres y espontáneas de todos los participantes, las vivencias, creencias y expectativas de los adolescentes sobre su propio consumo con el fin de posibilitar un conocimiento que habilite unas intervenciones más efectivas, e incorporar las respuestas de los sujetos no consumidores para dilucidar la atribución que realizan sobre la conducta de consumo. La elección del grupo etario para la realización del presente trabajo ha estado condicionada por las características de la escolarización en nuestro país (obligatoria hasta los 16 años) y por las referencias bibliográficas que indican que las conductas de riesgo por consumo de alcohol se inician habitualmente en la adolescencia (Gómez-Rábago, 2001; Nebot, 2006; Martínez-Sabater, 2014).

Respecto a las limitaciones que el diseño de investigación utilizado conlleva a la hora de inferir los resultados a la población adolescente general, habría que hacer referencia en primer lugar al grado de relevancia de los objetivos del estudio, tenidos en cuenta a modo de premisas de partida. En segundo lugar, se ha sido muy cuidadoso con la reflexividad en el proceso de investigación, con la instauración de controles de calidad externos en la generación de las primeras hipótesis y una inmediata retroalimentación al moderador de las entrevistas grupales acerca de su forma de coordinar las mismas. Por último, en la generación de las hipótesis definitivas se ha buscado un enfoque dinámico y en un sentido bidireccional desde lo global hacia lo particular y, pese a la subjetividad que todo diseño cualitativo puede introducir, la presente investigación ha sido desarrollada de forma cuidadosa en los aspectos de la calidad de la transcripción de datos y en los procedimientos más adecuados para evaluar e interpretar las entrevistas transcritas, dando mayor rigor al desarrollo de la misma.

Son múltiples los criterios de calidad propuestos por los diferentes autores para valorar un trabajo de investigación cualitativa. Además de los criterios editoriales y científicos propios de las dos revistas médicas donde se ha publicado la investigación, Elliott (1999) propuso una serie de criterios para la correcta publicación de trabajos cualitativos. Las propuestas centrales de estos autores se cumplen en el presente trabajo dado que existe una adecuada descripción de

la muestra y un manifiesto respeto hacia las personas participantes, hay un reconocimiento de la propia perspectiva del equipo investigador, se han utilizado métodos apropiados que ofrecen coherencia y claridad en los resultados obtenidos que aportan una contribución al conocimiento de investigación y, por último, se espera una resonancia en los lectores al ser un trabajo de fácil comprensión y que permite una representación adecuada.

Calderón (2002) propone algunos criterios relevantes útiles para los estudios realizados en nuestro medio. El primero trata sobre la **adecuación epistemológica y metodológica** de la investigación: consiste no en utilizar una determinada serie de técnicas particulares, sino en lograr una perspectiva de conocimiento desde el cual los fenómenos son estudiados en su contexto. Es por ello fundamental realizar las entrevistas en el medio donde los adolescentes se socializan (el instituto) y por una persona conocida y de confianza, que garantiza confidencialidad y estimula la sinceridad de las respuestas (el médico de Forma Joven). Además, el objetivo del trabajo apunta la necesidad del uso de este tipo de diseño si se desea cumplirlo al finalizar la investigación, dado que los estudios cuantitativos transversales no pueden lograr explorar vivencias y creencias de forma tan intensa.

La **relevancia** es el segundo criterio o referente de calidad y se justifica desde varios ángulos diferentes. Los resultados obtenidos aportan un nuevo cuerpo de conocimiento pero, al mismo tiempo, facilitan la mejora de las condiciones de salud de los adolescentes y la práctica de los profesionales. Desde hace años aparecen nuevos criterios emergentes en la valoración de la idoneidad de la investigación cualitativa. La comunidad como árbitro de calidad es uno de los más destacados entre los propuestos ya que pone de manifiesto la naturaleza comunitaria de la investigación (Sandín, 2000). Si los estudios tienen lugar y están dirigidos a una comunidad, se reivindica que la investigación debería repercutir en la misma, y no sólo servir a propósitos políticos o de producción de conocimiento. Así, se podría argumentar en este sentido que la presente investigación fue punto de partida de una intervención motivacional no farmacológica antitabaco (Pérez-Milena, 2012b) donde la inclusión de los motivos para no fumar y, sobre todo, su disonancia con otras creencias esgrimidas por el adolescente para continuar consumiendo parecen ser un elemento que favorece el cese del consumo de tabaco. Por tanto, se ha reinvertido el conocimiento generado tras la realización de la investigación en una intervención tangible y mensurable en la misma población participante, lo que habla a favor de la validez externa de los datos presentados. Por su parte, autores como Mays (2000) y Hammersley (1992) incluyen, como componente de la relevancia, la capacidad de generalización de los resultados más allá del lugar o de las circunstancias concretas donde la investigación ha tenido lugar. Hay una posibilidad real de inferencia de los resultados obtenidos en la investigación hacia otros adolescentes, acontecimientos y lugares que no han sido directamente observados o entrevistados, como se discutirá seguidamente tras consultar con las publicaciones en salud relevantes sobre el tema. Esa plausibilidad de los datos obtenidos, dentro de un contexto social occidental que globaliza culturas y hábitos de vida en la adolescencia, permitirá establecer una adecuada validez teórica, dado que las construcciones teóricas elaboradas con los resultados permiten dar un paso más allá de la simple descripción e interpretación (Calderón 2002; Popay, 1998).

La **validez** representa otro de los denominadores comunes de la práctica totalidad de los autores en cuanto criterio relativo a la calidad y al rigor en la investigación cualitativa. La labor de investigación debe ser evaluada conforme a criterios diferenciados en función de la perspectiva metodológica utilizada (Popay, 1998). En el amplio ámbito de la investigación cualitativa el significado tradicional del concepto de validez ha sido reformulado, fundamentalmente, en términos de construcción social del conocimiento otorgando un nuevo énfasis a la interpretación de los resultados (Sandín, 2000). Dentro del diseño cualitativo elegido, se puede argumentar a favor de la validez descriptiva (que hace referencia a la precisión o exactitud con

que los hechos son recogidos en los textos o informes sin ser distorsionados por los investigadores, proporcionando una descripción válida de acontecimientos y conductas) y de la validez interpretativa (comprendiendo el significado que tienen para los adolescentes esos acontecimientos y conductas). Se cumpliría, por tanto, el concepto de “complicidad interpretativa”, que Calderón (2002) define como la adecuación a la esencia interpretativa de la investigación cualitativa, mediante el rigor necesario en el desarrollo de cada una de las fases o momentos del proceso de investigación. Como se ha comentado anteriormente, el presente trabajo de investigación se sustenta tanto desde la coherencia teórica como desde la lógica y lo procedimental, y puede ser captada por el lector de tal modo que pueda sentirse partícipe del proceso de interpretación creativa llevado a cabo por el investigador.

Finalmente, se resalta la importancia de la **reflexividad**. Entre los múltiples procedimientos de verificación utilizados para valorar la calidad de un trabajo cualitativo se encuentran los criterios de Creswell (1998) y Johnson (1997), basados en la revisión de los principales criterios de verificación, término que utiliza frente al de validez para designar la especificidad y legítima aportación de la investigación cualitativa. Entre sus criterios, ocupa un lugar central la reflexividad, que se convierte en una cuestión ideológica acerca de dimensiones éticas, políticas, sociales y personales relacionadas con la investigación y, concretamente, se refiere a la conciencia y autocrítica reflexiva que el investigador realiza sobre sí mismo en relación a sus predisposiciones y los posibles sesgos que pueden afectar al proceso de investigación y los resultados. El proceso de reflexividad se ha tenido muy en cuenta por el equipo investigador, desde donde se ha elaborado de manera cuidadosa el análisis y la influencia de las respuestas subjetivas, la dinámica intersubjetiva y el proceso de la investigación en sí y en interacción entre ellos. Se ha realizado un importante esfuerzo no solo para evitar el efecto del investigador sobre el objeto de estudio, sino por reconocerlo y así posibilitar que sea tenido en cuenta tanto por él como por los destinatarios del trabajo de investigación. En todo momento el investigador es visible tanto para los participantes como para los lectores, por lo que resulta más factible el reconocimiento y la evaluación de la impronta de su sensibilidad y capacitación (lo que se denomina “investigator responsiveness”) (Calderón 2002). Esta estrategia es considerada prioritaria cuando las investigaciones cualitativas se desarrollan en grupo porque fomenta la calidad y el rigor de los estudios. Sin embargo, la técnica de la triangulación de los resultados acumula detractores (Sandín, 2000) que cuestionan su relevancia y la posibilidad de garantizar la credibilidad de los resultados. Algo que sí hubiera sido necesario para confirmar la pertinencia de las conclusiones del trabajo hubiera sido la validación desde los participantes, pero por un lado el tiempo invertido en la realización del análisis no lo ha permitido y por otra muchos autores cuestionan la capacidad de que los adolescentes puedan comprender los constructos elaborados por los investigadores.

A continuación se presenta la discusión de los datos obtenidos. Para facilitar la comprensión y lectura se divide en tres apartados:

- Motivaciones para el consumo de Alcohol
- Motivaciones para el consumo de Tabaco
- Relación entre los consumos de Alcohol, Tabaco y Drogas.

# 1. Motivaciones para el consumo de Alcohol

El alcohol es la sustancia psicoactiva más comúnmente utilizada por adolescentes. La legislación establece una edad específica para poder comprar y/o consumir bebidas alcohólicas en casi todos los países en donde el consumo de alcohol ha sido legalizado, tal y como ocurre en España. Esto se debe a que el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad tiene repercusiones en la salud y en el desarrollo de la persona. Los estudios revelan que el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, los episodios recurrentes de consumo en la adolescencia y beber hasta embriagarse pueden afectar negativamente el desarrollo mental, los hábitos de estudio y el desarrollo de las habilidades necesarias para una correcta transición a la edad adulta.

A pesar de que en España el consumo de alcohol en menores de edad se considera ilegal, en la realidad es un comportamiento socialmente aceptado, conocido y permitido por la familia e instituciones educativas. La accesibilidad de los jóvenes a las bebidas alcohólicas es cada vez mayor, a pesar de las prohibiciones impuestas a la venta a menores de edad. La edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los escolares es inferior a los 14 años, según los datos de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (ESTUDES 2012/2013), y más de un 80% de los escolares ha consumido alcohol en alguna ocasión con hasta un 40% de episodios de embriaguez en alguna ocasión. Podría llegarse a la conclusión que, pese a los riesgos, el consumo de alcohol en la población adolescente se ha normalizado en la sociedad española, con un cambio del patrón de consumo mediterráneo al patrón anglosajón (Pérez-Milena, 2007d) lo que entraña un mayor riesgo si cabe.

¿Por qué los adolescentes beben y por qué, además, han variado sus costumbres respecto a los adultos? Los determinantes del consumo de alcohol incluyen factores biológicos, sociales y económicos, como también el entorno más extenso de consumo de alcohol. Estos factores tienen un impacto significativo sobre la respuesta individual al consumo de alcohol y sus resultados y ayudan a determinar las elecciones y las conductas de los consumidores. Los adolescentes y el consumo de alcohol configuran una realidad compleja, interrelacionada y dinámica cuyo conocimiento requiere también de enfoques y métodos que posibiliten comprender mejor aquello que no es cuantificable, y no porque no exista o porque su relevancia sea menor, sino fundamentalmente porque tiene que ver con el comportamiento humano. Los patrones de consumo de alcohol en menores de edad se deben a una variedad de factores: la familia, los amigos, los medios de comunicación, las normas culturales y la religión, así como las políticas gubernamentales. Dado el gran número de variables que influyen en el consumo de alcohol y otras drogas, parece apropiado plantear una etiología multicausal (Espada, 2003). Generalmente, las investigaciones se enfocan en estos factores de a uno por vez; sin embargo, su influencia es compleja e interrelacionada y los efectos no se pueden disgregar fácilmente. Por ello hay un número creciente de investigaciones cualitativas sobre esta realidad social (Hughes, 1997; Seoane, 2004), posiblemente porque las actitudes hacia el consumo de alcohol durante la adolescencia siguen siendo pobremente entendidas por parte de los profesionales encargados de su atención sanitaria. Por ello, es pertinente la realización de un estudio cualitativo para conocer las peculiaridades del consumo en este grupo, con motivaciones y vivencias alejadas del modelo adulto y tradicional (Comas, 2005; Martínez-Sabater, 2014).

## 1.1 Determinantes personales

El autoconcepto en el ser humano se desarrolla paulatinamente desde el nacimiento, tendiendo a lograr mayores niveles de estabilidad durante la adolescencia. Existe vulnerabilidad a

presentar un alto índice en el consumo de alcohol y tabaco en esta etapa que, a la larga, repercutirá en su salud personal. Los teóricos de la personalidad subrayan la vulnerabilidad individual, por ejemplo la teoría de la auto-depreciación de Kaplan (1980) otorga un papel central a las carencias afectivas de la persona. La predisposición genética también tiene una gran influencia sobre la determinación de los patrones y también de los resultados del consumo de alcohol, pero es modificada por la interacción con las variables sociales y económicas. Además de la condición hereditaria de los rasgos que acompañan la dependencia al alcohol, la genética también influye de manera determinante sobre otras características que pueden estar relacionadas con patrones particulares de consumo de alcohol, incluyendo los rasgos de la personalidad y los problemas de salud mental (ICAP, 2009).

De forma clásica se ha descrito un perfil de personalidad del adolescente que le hace más vulnerable al consumo de alcohol siendo los rasgos de impulsividad y perturbación emocional los que se relacionan con un mayor riesgo de morbilidad para este consumo (Amunategui, 1993). En otro trabajo (Pérez-Milena, 2005), realizado en una población de estudio similar a la reclutada para este trabajo, se define un perfil psicológico con mayor tendencia a extraversión y estabilidad en el grupo de adolescentes que han consumido alcohol, sobre todo en adolescentes mujeres y cuando han probado otras drogas; frente a aquéllos que no lo hacen, quienes presentaron una tendencia a la intraversión y al neuroticismo.

El adolescente que reconoce no tomar alcohol tiene mayor sensibilidad así como más dificultades para recuperarse después de una situación emocional o de estrés, siendo un individuo tranquilo, más introspectivo, con tendencia a ser previsor y llevar una vida más ordenada. En cambio, el adolescente que bebe presenta una mayor adaptabilidad al entorno y un mejor control del estrés, con alta sociabilidad, aunque con alta impulsividad y sin adecuado control sobre sus sentimientos. Este perfil de adolescente tendría un mayor número de experiencias sociales y podría liderar e influenciar su grupo de amigos, siendo el acceso al alcohol una forma de relación social (Kuntsche, 2004), que al tiempo puede favorecer un peor rendimiento escolar (Pérez-Milena et al., 2005). Estos rasgos estarían más marcados en las mujeres por su madurez afectiva y social, más temprana que en los varones, y serían más relevantes dada su mayor vulnerabilidad al alcohol. Sin embargo, estos datos no surgen en las entrevistas realizadas, donde los adolescentes parecen no tener la suficiente capacidad introspectiva para relacionar su personalidad con su propio consumo de alcohol.

Junto a estas teorías que se basan en la personalidad y herencia geno/fenotípica del adolescente, también se han planteado propuestas integradoras, como la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977), que intentan conjugar múltiples determinantes del consumo de drogas en la adolescencia. Existen múltiples características individuales—incluyendo la edad actual, la edad en que se comienza a consumir alcohol, los rasgos de la personalidad y el estado de salud física y mental— que pueden afectar al desarrollo de los patrones de consumo de alcohol, aunque los adolescentes no las reconocen en el discurso recogido en este trabajo. Al igual que otros autores, quienes encuentran en sus estudios que el consumo de alcohol permite al adolescente autoafirmarse en la búsqueda de su identidad y su rol adulto (Larrañaga, 2006), los datos obtenidos en este trabajo orientan el consumo de bebidas alcohólicas como una experiencia o fase más en el devenir vital de la adolescencia, un “rito social” en el que se encuentran inmersos y que no siempre es iniciado de forma consciente por el menor. La autoafirmación viene de la mano de un “sentirse mayor”, frente a los adolescentes que no han probado el alcohol, sobre todo entre los varones. Para algunos autores, los déficits y problemas personales constituyen factores de riesgo dado que el adolescente puede intentar compensarlos o aliviarlos recurriendo al consumo de alcohol. En algunos estudios, este consumo se relaciona estrechamente con pobre autoestima y locus de control externo (Alonso, 1996), así como con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Blau, 1988). Sin embargo, en este estudio solo los adolescentes más pequeños relacionan el consumo de alcohol con estados de ánimo como

depresión o con la existencia de problemas familiares o sociales, algo que no ocurre con los adolescentes con experiencia en el consumo. Es fundamentalmente un afán de descubrimiento de la etapa adolescente lo que les lleva a probar el alcohol. Respecto a este punto, cabe insistir en que, de forma indirecta, se ha proyectado en los adolescentes la imagen del consumidor de alcohol como símbolo de “persona exitosa” en la juventud (Programa ADI, 2008; Cernuda, 2009), lo que deja a un lado la idea de beber para olvidar los problemas, más propia de una edad superior y del consumo en solitario.

Se ha hablado tradicionalmente sobre la influencia de la condición socioeconómica, especialmente la marginación social y la privación económica, sobre la relación entre el consumo de alcohol y los problemas derivados. En esta línea, un estudio descriptivo mediante encuesta en adolescentes de Bogotá (Cicua, 2008) encontró que las emociones desagradables presentan un bajo riesgo para el consumo de alcohol, algo que manifestaban más de la mitad de los encuestados. Aunque las autoras encuentran que los factores sociodemográficos están asociados con el aumento de la probabilidad de un mayor consumo de alcohol en la población adolescente, esto no ocurre así en los resultados del trabajo actual que posiblemente refleja en nuestra sociedad la falta de relación entre el consumo de alcohol y la disponibilidad de recursos económicos. Es frecuente que los adolescentes de nuestro entorno tengan la seguridad de contar con el dinero suficiente para la adquisición de las bebidas alcohólicas, cuya tasa de impuestos es una de las más bajas de Europa.

De una forma u otra, el alcohol es una diversión barata para el adolescente y no parece influir en los determinantes personales. Existen en España pocos estudios que analicen los hábitos psicosociales de compra y consumo del alcohol entre la población, especialmente el de alta graduación y los combinados (Strategic Research Center, 2014). El consumo de alcohol, especialmente en el segmento más joven de la población y en forma de combinado, se consume en lugares públicos y se adquiere directamente por el propio consumidor. De hecho, los lugares de consumo de alcohol en España se han desplazado de bares y discotecas, con precios más elevados, al denominado botellón callejero donde previamente se ha comprado la bebida alcohólica a bajo precio. Sin embargo, existe poca evidencia que analice sus hábitos de compra y consumo y su percepción de riesgo en cuanto a la calidad del producto adquirido. Ahí entre en juego el alcohol de garrafa, o más comúnmente denominado “garrafón”, que suele tratarse de alcohol adulterado con alcohol metílico, de menor coste que el alcohol etílico del que se componen las bebidas, o bien rebajado con agua, siendo ambos procesos un fraude contra la salud pública.

La temprana edad de inicio en el consumo de alcohol supondría una evasión al periodo en que el adolescente se encuentra, la transición entre la niñez y la adultez. Mediante el alcohol se buscaría estar más cerca de aquello que los separa de los adultos, asumiendo comportamientos no propios, lo cual deja un vacío en el desarrollo normal del adolescente como persona. Así, las actitudes favorables hacia el consumo de alcohol que actúan como importantes predictores del inicio del consumo (Espada, 2003) están más en relación con motivaciones extrínsecas que intrínsecas.

### **1.1.1 Características propias del alcohol**

Entre los demás motivos que aluden para el consumo de alcohol, como la desinhibición y la socialización, las características organolépticas del alcohol es un determinante básico: a los adolescentes les gusta el sabor de las bebidas alcohólicas (Larrañaga, 2006; Miranda, 2007). En el presente trabajo mencionan diferentes marcas de cerveza, vino y licores, incluso debatiendo sobre la calidad de cada una de ellas. Se consume principalmente cerveza, como también reflejan otros estudios (Gómez-Rábago, 2001), refiriendo que les agrada su sabor y olor, aunque

tanto su menor precio como el uso mayoritario por parte de la población adulta sean factores determinantes.

Como ya citara Heider (1958), el conocimiento del riesgo de una conducta de consumo es entendido por cada sujeto adolescente en función sus propias percepciones y valoraciones de la realidad y no se elabora, por tanto, al margen del sujeto. Es a través de la percepción como conocemos el mundo, y desde la percepción actuamos. La percepción que se tenga de las consecuencias negativas de una conducta es importante a la hora de tomar una decisión sobre la conducta a realizar. Muchos de los adolescentes que han consumido alcohol perciben la experiencia de que la práctica de esa conducta no se ha visto seguida por consecuencias desagradables. Este hecho puede asegurar la permanencia de una conducta si ésta ha producido solo las consecuencias agradables inmediatas, lo que proporciona, además una falsa sensación de seguridad (Larrañaga, 2006).

Así, el consumo de alcohol se convierte en una conducta de riesgo voluntariamente asumida por placer, de la que se sabe que puede suponer consecuencias negativas para la salud, pero que se ejecuta con la seguridad de conseguir un refuerzo, y entre las recompensas que se obtiene está el sabor. Se aprecia un cambio en el tipo de bebidas alcohólicas: se prefieren las bebidas de alta graduación frente a las de baja graduación, como cerveza o vino. ¿Puede ser el sabor la causa del cambio? Diferentes investigadores sugirieron varias razones por las que los licores fuertes podrían ser preferibles a la cerveza entre los adolescentes, razones que incluyen el hecho de que es más fácil esconder el consumo de alcohol poniéndolo en una bebida gaseosa, lo que además haría que el sabor fuera más agradable para los bebedores principiantes. Otra razón podría ser que el nivel de alcohol sea mayor en el licor, por lo que los bebedores que exageran sienten el efecto del alcohol más pronto, lo que junto al cambio en la forma de ocio indicaría que el tipo de alcohol se elige no tanto por el sabor sino por el efecto (Kampov-Polevoy, 2014).

### **1.1.2 Edad**

La edad y el sexo son importantes condicionantes del consumo de alcohol. Uno de cada diez jóvenes de entre 12 y 18 años consume alcohol cada semana. Además, la edad media en la que los adolescentes comienzan a beber es de 13,7 años mientras que los padres creen que el inicio es a los 15 años, según el estudio "Juventud y Alcohol" realizado por la Fundación Pfizer (2014). En las entrevistas se aprecia cómo se desarrollan conductas de consumo alcohólico cada vez a edades más tempranas y se acentúan ya en las etapas iniciales de la adolescencia (Paniagua, 2001). El alcohol es la droga más consumida como queda reflejado en otros estudios (Mendoza, 1998; Paniagua 2001) y perciben como, conforme avanzan desde la adolescencia hacia la juventud, se incrementa tanto el número de consumidores como las cantidades ingeridas (Martínez-Sabater, 2014; Orgaz, 2005).

El inicio del consumo es experimental, los adolescente prueban una nueva experiencia y un nuevo sabor. A partir de ese consumo inicial hay una evolución hacia un consumo intermitente y en grupo, sobre todo en la segunda etapa de la adolescencia (ESTUDES 2012/2013; Pérez-Milena, 2009), con conductas inicialmente gregarias en búsqueda de la aceptación en el microsistema de pares (Hughes, 1997; Seoane, 2004). De este modo, los estímulos para el inicio de consumo de alcohol vienen determinados, según los resultados obtenidos, por dos razones: en primer lugar, ante la necesidad de experimentar vivencias nuevas, y en mayor medida, si estas generan como antes se mencionó, una aceptación en el microsistema de pares. Estudios recientes (Cortés, 2007) muestran la reducción progresiva en la edad de inicio en la práctica del botellón, situándose en 13 años para los adolescentes; siendo una práctica donde la variable sexo no influye. Entre hombres y mujeres adolescentes apenas existen diferencias a la hora de

acudir a beber al botellón (en ambos casos superior al 50% del total) (PND, 2003). No obstante son los hombres y los de mayor edad los que menos planifican, con anterioridad al fin de semana, el botellón. En función de la edad, también destaca que según aumenta ésta, aumenta el porcentaje de los que ingieren alcohol todas las veces en el botellón; es decir, aumenta la frecuencia y seguramente el volumen de consumo (PND, 2003).

La percepción de los espacios puede interpretarse, en este punto, como una variable unida a la edad (Instituto de la Mujer, 2007). Por una parte, las posiciones entre las jóvenes de localidades más pequeñas prefieren la seguridad de un entorno social conocido (PND, 2003). Por otra parte, se plantea la posibilidad de abrirse a lo desconocido donde se pueden vivir nuevas experiencias. Estas posiciones marcan actitudes distintas que pueden permanecer a lo largo del tiempo, según el impulso de acercarse a lo desconocido tenga una mayor o menor importancia para la joven; pero también indican transiciones de una edad a otra. Cuando esta transición tiene lugar, los espacios de ocio frecuentados hasta el momento parecen insuficientes, demasiado conocidos. Por ello, conforme aumenta la edad del adolescente, precisa novedad y nuevas experiencias, lo que puede conllevar un mayor contacto con ambientes donde se consume alcohol.

### **1.1.3 Género**

El género, como construcción social de las diferencias basadas en el sexo, contiene una influencia social -que es diferente para hombres y mujeres- aprendida y cambiante a lo largo del tiempo, con grandes variaciones interculturales e intraculturales. Se entiende aquí el género como «una construcción cultural y social en continuo cambio, que asigna atributos y funciones diferentes a varones y mujeres, y que puede establecer desigualdades en materia de salud, o lo que es lo mismo, puede marcar diferencias innecesarias, evitables e injustas» (Borrell, 2004). El género es una de las características del ser humano que contribuye a particularizar tanto los problemas fisiológicos como los patológicos. De igual forma, se puede hablar del género como un determinante de salud de primera magnitud, que condiciona desigualdades de salud de hombres y mujeres e interacciona con otras categorías o determinantes de salud como etnia, clase social, edad, origen geográfico, etc.

Es obligada su inclusión si se pretenden analizar y explicar posibles diferencias en los hábitos y estilos de vida (Martínez-Pastor, 2010). Los roles de género influyen, de una forma u otra, en el consumo de alcohol de los adolescentes de todas las sociedades pero se ven matizados por otras normas sociales y por el contexto donde los menores viven (Mahalik, 2015). Por ejemplo, la composición de los grupos que acuden al botellón (PND, 2003) muestra una presencia más elevada de hombres que de mujeres, además de una tendencia de los hombres a constituir grupos mayoritariamente masculinos. Los hallazgos encontrados hace una década entre la población universitaria española mostraron que sus estilos de vida relacionados con las enfermedades cardiovasculares eran diferentes con algunas diferencias de género, de forma que las mujeres fumaban más y realizaban menos ejercicio que los varones, aunque consumían menos alcohol y tenían mayor percepción de su daño sobre la salud (Martínez-Pastor, 2010). Estos datos han cambiado en la actualidad, con una simetría de consumo de alcohol entre hombres y mujeres (ESTUDES 2102/2013). Aunque en algún estudio con preadolescentes el predominio de consumo lo tiene claramente el varón (Paniagua, 2001; Martínez-Sabater, 2014), el resto de estudios en adolescentes coinciden que a edades mayores la proporción de escolares de ambos sexos que han consumido alguna vez alcohol llega a ser similar entre hombres y mujeres. Así pues, aunque en décadas pasadas el problema del abuso en el consumo de alcohol era un asunto casi exclusivo del género masculino, en la actualidad, tal como se aprecia en éste y en otros estudios, ha trascendido las barreras de género y es día a día más frecuente que las mujeres beban y abusen de la bebida (Londoño, 2010).

A pesar del consumo alcohólico cuantitativo más elevado en los hombres en general, los desórdenes relacionados con el alcohol parecen ser trastornos más graves en las mujeres y con una mayor repercusión que entre los hombres (Foster, 2015). Ello no impide que en nuestro entorno las intoxicaciones agudas por el alcohol sean similares en varones y en mujeres adolescentes (Orgaz, 2005; ESTUDES, 2012/2013), lo que implica un cambio de actitud de las mujeres jóvenes que aceptan el riesgo del consumo pese a la creencia de su mayor vulnerabilidad, en un intento de equipararse a los varones adolescentes. Sin embargo, destaca la percepción de una mayor vulnerabilidad en las mujeres frente al consumo alcohólico, tanto por la cantidad como por la asociación con otros factores de riesgo. Un reciente estudio realizado en Irlanda del Norte (McAloney, 2015) muestra como más del 40% de los jóvenes ha participado en múltiples conductas de riesgo (2 o más) siendo más frecuente en los varones la concomitancia del consumo de alcohol y las relaciones sexuales frente a las mujeres, dada la mayor vulnerabilidad que presentan frente a este doble factor de riesgo.

Un estudio realizado por el Instituto de la Mujer (2007) agrupó las motivaciones de las mujeres para el consumo de alcohol en tres grupos: en primer lugar, las motivaciones de carácter personal (cerca de 60% para escapar del aburrimiento o encontrar placer), por razones de tipo microsocial (en un 20%, como facilitar la conversación y el contacto social o el deseo de ser aceptado por un grupo) y por último motivaciones de carácter macrosocial (como transgresión social –el gusto de hacer algo prohibido- o de funcionalidad –utilizar estas sustancias para mejorar el rendimiento académico y/o laboral-). ¿Son estos motivos similares entre hombres y mujeres adolescentes? Los adolescentes encuestados, al igual que el estudio descriptivo transversal de Gómez-Rábago (2001), vinculan el consumo de alcohol a un rol de virilidad y autoridad, pero al contrario que esta encuesta nuestra chicas no ven en este consumo como un acto de reafirmación de su igualdad con sus pares masculinos, sino que ven en alcohol un camino sexista de utilización de la mujer (como reclamo para que los chicos entren a las discotecas y consuman). La realidad de las diferentes vivencias derivadas del consumo alcohólico se matizan a través del género como dimensión explicativa: la necesidad del alcohol como vehículo social y los diferentes cambios fisiológicos y sociales que experimenta cada sexo marcan diferencias cualitativas por géneros (Hatchette, 2008; Schulte, 2009) frente a un consumo cuantitativo similar entre hombres y mujeres adolescentes (ESTUDES, 2012/2013; Pérez-Milena, 2007d). Así pues, un análisis de las motivaciones para el consumo de alcohol con un enfoque de género puede llevar a preguntarse acerca de si las diferencias encontradas pueden generar un problema de desigualdad.

## **1.2. Influencia del microsistema**

El consumo de alcohol entre los jóvenes es una realidad social incontestable (Alonso, 1996). Los adolescentes se enfrentan en esta etapa a la necesidad de definir su propia identidad. Esta es una etapa en que se produce el abandono de la niñez, en la que las relaciones con el mundo exterior empiezan a dejar de estar mediadas por la protección y por las normas del entorno familiar y de las instituciones como la escuela. Esta necesidad de cambio recibe múltiples estímulos ante los que los menores reaccionan oponiéndose o aceptando las expectativas familiares, el grupo de amigos, la publicidad y el propio consumo. Las circunstancias externas y exigencias de su entorno son un claro condicionante para el inicio y el mantenimiento del consumo de bebidas alcohólicas.

En esta época de búsqueda de identidad, la influencia del entorno es muy importante y los sujetos resultan especialmente vulnerables en la adquisición de hábitos y conductas peligrosas o no saludables. Tomar bebidas alcohólicas es una de estas actividades que expone al

adolescente a graves riesgos para su salud, sus relaciones sociales o el aprovechamiento escolar. Sin embargo, el consumo de alcohol en muchas culturas occidentales ha sido visto como un comportamiento socialmente aceptado desde tiempo atrás (Cicua, 2008); este hecho repercute en la salud pública y en las relaciones sociales y familiares.

### **1.2.1. La familia**

La familia, y sobre todo el subsistema parental, juegan un papel importante como sustento y a la vez como fuente de conflicto al entrar su ciclo vital en la etapa de la adolescencia (Instituto de la Mujer, 2007). Los padres son acompañantes significativos (Castellana, 2003) que contribuyen a la construcción de la identidad personal del adolescente y ayudan en su proceso de socialización. Por una parte, la familia provee los medios materiales para la subsistencia y el desarrollo, al tiempo que ofrece un respaldo afectivo. Pero, por otra, es un lugar de conflictos ya que los padres representan la norma adulta que retrotrae al joven a su infancia. La necesidad de avanzar hacia la posición adulta plantea a los jóvenes la necesidad de romper con esa desigualdad, esas relaciones asimétricas. Cuando la percepción sobre esa relación desigual basada en el cumplimiento de esa norma deja de tener una importancia vital en la construcción de su propia identidad, el conflicto se va diluyendo poco a poco.

La influencia familiar es la variable que con más insistencia se plantea en trabajos referidos a factores de riesgo, y juega un papel fundamental para explicar la aparición de diversas conductas no saludables (Pons, 1998). Los hábitos de familiares y personas cercanas al adolescente influyen para fijar, mantener o eliminar sus pautas de comportamiento ante el consumo de alcohol (Espada, 2008; Verra, 2009). Los estudios revelan la relación significativa del consumo de alcohol de padres, hermanos e hijos (Espada, 2003). La familia es fundamental en la determinación de las expectativas relacionadas con el alcohol y la conducta de consumo de alcohol, como también lo son las interacciones e influencias de los amigos ya que tanto la familia como los amigos influyen en las redes sociales. De estas dos influencias sociales, la familia se constituye como transmisora principal de actitudes ante el consumo de alcohol transmitiendo hábitos e imponiendo una educación vivencial y normalizando el consumo en situaciones centradas en la relación con los otros y los momentos de ocio, como indican los propios adolescentes en este trabajo. Mientras que la norma en el ámbito familiar es no consumir bebidas alcohólicas de forma continua (Gómez-Rábago, 2001), es en las celebraciones en el ámbito familiar donde se crea un entorno habitual de inicio en el consumo de alcohol por parte del adolescente e incluso de la normalización del mismo como actitud ligada al ocio.

Otro aspecto a destacar es la importancia de que los padres hayan tenido un consumo abusivo de alcohol o drogas, lo que sin duda podría condicionar un patrón de imitación de esta conducta (Instituto de la Mujer, 2007). Este aspecto no aparece en las entrevistas de los grupos de discusión del presente trabajo, posiblemente porque este tipo de influencia no es consciente para los adolescentes o porque es difícil para un menor exponer estos problemas en un grupo de iguales. Los adolescentes, sobre todo los más menores, sí mencionan la posibilidad de un consumo de alcohol como forma de escape a problemas de la persona bebedora, lo que podría ser un reflejo de este problema familiar.

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. Los cambios en la estructura y organización familiar que ocurren en la adolescencia requiere adaptación y flexibilidad de los roles familiares. El buen funcionamiento familiar posibilita la adaptación a estos cambios y se ha relacionado con la estructura de la familia: el tipo de 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 asociarían con la aparición de

diversos problemas durante la adolescencia (García-Campayo, 2004). Sin embargo, datos obtenidos en la misma población donde se ha realizado el estudio muestran que la estructura familiar no influye en la percepción que tiene el adolescente sobre el grado de funcionalidad de su familia, así como tampoco en la sensación de apoyo social, en el consumo de tóxicos ni en la presencia de síntomas indicativos de malestar psíquico (Pérez-Milena, 2007b). Se podría establecer, por tanto, una relación entre mala función familiar, mal apoyo social, mala percepción sobre la salud y mayor estrés, y un mayor consumo de alcohol (Hale, 2005; Lakey, 2004). Así como un vínculo entre un consumo perjudicial de alcohol y percepción de disfunción familiar grave por parte del joven (Pérez-Milena, 2005).

En la población general la disfunción familiar oscila entre el 16 y el 35% (De la Revilla, 1994b), siendo dichos valores parecidos a los que presentan los adolescentes en la actualidad (De la Revilla, 2005; Pérez-Milena, 2012c). Este hecho no coincide con la creencia de los padres de que tienen una comunicación satisfactoria con sus hijos adolescentes en más del 90% de las familias (Navarro, 2004). La adolescencia supone un momento de crisis vital, pero que puede ser útil para lograr una mayor cohesión familiar que mejore el soporte social y facilite la adquisición de hábitos saludables, como la abstinencia del consumo alcohólico. En el discurso de los adolescentes entrevistados se aprecia un mensaje contradictorio por parte de la familia, existiendo un decalaje entre el consumo personal de alcohol a nivel familiar y el mensaje de “no consumo” que dicha familia emite sobre el púber. La enseñanza intelectual no consigue calar en las creencias del adolescente ni ser transmitida de padres a hijos, sino que el adolescente va a imitar las vivencias que observa en sus familiares más cercanos. De hecho, son los propios adolescentes quienes reclaman en los grupos de discusión de este trabajo la coherencia entre la educación que imparten sus padres (más que sus madres) y el consumo de alcohol que éstos realizan, reconociendo la influencia positiva que sus padres y madres ejercen en ellos para el consumo de alcohol (Pérez-Milena, 2007b).

La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente, y pueden desembocar en una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto. Los profesionales del ámbito sanitario y educativo se encuentran en una situación excepcional para ofrecer un asesoramiento individual mediante un asesoramiento anticipado (Marcos, 1999b) e intentar mejorar la comunicación entre los miembros de la familia con el fin de lograr un «arrastre experiencial» significativo con el que el adolescente se acomode a un entorno saludable (Dickinson et al., 1998). En suma, se trata de promover un crecimiento sano y equilibrado del adolescente mediante una intervención multidisciplinaria que se base en el desarrollo de un buen apoyo familiar y social, lo cual prevendría el consumo de alcohol durante la etapa de la adolescencia. Se infiere 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; todo esto centra las actividades de prevención en los padres como un agente central de la intervención en adolescentes (Pons, 1998).

### **1.2.2. El grupo de iguales**

El desarrollo humano no es posible sin la existencia de la sociedad, ya que desde el nacimiento el individuo está sometido a su influencia, cuya presión le hará aprender las reglas sociales, el lenguaje y el conjunto cultural de la misma. El grupo de iguales posiblemente sea el elemento diferencial que define en mayor medida el proceso de socialización durante la adolescencia. A partir del inicio de la adolescencia, existe una constante lucha por sobrepasar los límites impuestos por los padres. Este enfrentamiento se va intensificando con el paso de los años y se

manifiesta en la disputa por los horarios, por los lugares a los que se puede ir y por el control de los amigos con los que se sale. Durante la infancia son las familias y la escuela las referencias principales, pero esto cambia al llegar la adolescencia dado que el grupo de amigos es el referente principal con su inicio de independencia emocional, sus ritos de iniciación y sus costumbres específicas (Galbe, 2012).

Aunque, como se ha descrito en el punto anterior, el inicio del consumo tiene lugar de forma general en el ámbito familiar con motivo de fiestas o celebraciones, el determinante para el mantenimiento habría que buscarlo en la influencia que ejerce sobre el menor su grupo de iguales (Orgaz, 2005). Incluso hay autores que indican que los principales iniciadores en el hábito alcohólico son los amigos, seguidos de los familiares (Paniagua, 2001; Martínez-Sabater, 2014). De cualquier manera, los comentarios recogidos en el presente trabajo señalan la importancia fundamental de los pares en el consumo de alcohol, tanto para el inicio con consumos esporádicos de prueba, como para el mantenimiento de un consumo semanal y en ocasiones de tipo atracón; no hay que olvidar que en un entorno fuera del hogar y rodeados de pares, el alcohol es la droga más consumida por los adolescentes (Martínez-Álvarez, 1996; Paniagua 2001). Suele ser el grupo de amigos el instigador de estos patrones de consumo y, normalmente, el consumo deviene «clandestino» y es ocultado a los mayores (Pons, 1998). El consumo viene a ser una muestra de independencia y un intento de autoafirmación y afiliación, pero con la conciencia de que es una conducta recriminada o no aceptada por los padres.

El consumo de alcohol provoca y favorece una serie de comportamientos que son valorados positivamente por el grupos de jóvenes (Larrañaga, 2006; Río, 2001). Para entender el comportamiento social de los adolescentes, hay que entender lo que está ocurriendo en el contexto de sus iguales o lo que perciben que está ocurriendo (López-Sánchez, 2001) además de considerar los factores del modelado social que se hallan presentes en este tipo de conductas. En términos parecidos a otros estudios (Peinado, 1992; Gómez-Rábago, 2001) queda patente que el alcohol forma parte de la cultura juvenil como eje de la sociabilidad, llevando a un consumo compulsivo cuyo sentido se agota en el acto de beber en el seno de una relación social, de modo que hasta cierto punto no se bebería por placer sino en un intento de mantener la relación social. Los amigos del Instituto son los preferidos por los jóvenes para quedar en algún momento de la semana; sin embargo, durante el fin de semana los amigos conocidos en un “botellón” son los elegidos mayoritariamente (por un 29,1%) para quedar, aunque la diferencia existente con otros amigos no es muy elevada (PND 2003). Es más, el no consumir alcohol podría considerarse una conducta atípica en determinados momentos o situaciones (Larrañaga, 2006), lo que supone un agravante de facto para no “entrar en el entorno y ser uno más” y lo que les resulta más grave: se puede transmitir una imagen de “tío no enrollao” o persona que no va con las normas del grupo y es incapaz de mostrar rebeldía y autonomía. Existe un mayor riesgo de consumo conforme el adolescente es mayor, simplemente por el hecho de que los horarios se van ampliando con la edad, estando relacionada una hora de vuelta a casa más tardía con un mayor consumo de alcohol.

El grupo de iguales cobra especial relevancia entre adolescentes ya que es en esta época cuando se construye y se define la identidad personal. El grupo de amigos es clave para la organización de las actividades de ocio, es con quien se comparten las nuevas y placenteras experiencias y por ello se convierte en el sujeto colectivo (Instituto de la Mujer, 2007). Así se puede encontrar en un estudio sobre población de la misma provincia (PND, 2003) que el tamaño medio de los grupos que acuden al botellón es de 13 adolescentes (7 chicos y 6 chicas), lo que hace que el adolescente acepte las normas de ocio para conseguir la inclusión en estos grupos reducidos. A la hora de buscar aceptación social, los adolescentes son especialmente sensibles a la influencia de los otros, a la interacción y a las presiones entre semejantes (Fraile, 2004). La necesidad de aceptación dentro del grupo de iguales (al mismo nivel que la motivación y la necesidad de no

ser rechazado) sería, por tanto, una motivación muy poderosa para el mantenimiento del consumo de alcohol en momentos de ocio. Esta línea de ideas estaría de acuerdo con el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weis (1985), desde donde se analiza el conflicto generacional e insisten en la importancia del distanciamiento del adolescente de la familia y del entorno escolar. El Modelo Cognoscitivo Social Integrado del Consumo de Alcohol (MCSI) propone enlazar las creencias acerca del consumo, que tienen un origen netamente social, con la importancia dada por el adolescente a resistir la presión de grupo, y la verdadera capacidad de hacerlo, representada tanto en las habilidades sociales que posee como en el deseo de emitir dicha conducta (Londoño, 2010). El déficit para resistir la presión ejercida por los pares está asociado al nivel de consumo, es decir que a menor capacidad de resistir la coacción del grupo mayor es el riesgo de abusar de la ingesta de esta sustancia, tal como lo han evidenciado otros estudios (Londoño, 2010).

No obstante, el grupo de pares puede ejercer una presión positiva en caso de transmitir otros valores relacionados con hábitos de vida saludables o cuando hay una adecuada elección de las actividades de ocio (Pons, 1998). En ello influye de manera notable la percepción de la función familiar del adolescente, dado que no son incompatibles la experiencia del cambio familiar y la nueva experiencia social con los pares. Villarreal-González (2010) mostró en un grupo de estudiantes de Secundaria que el apoyo social comunitario y el funcionamiento familiar se relacionaban con el consumo de alcohol de forma indirecta. El primero lo hacía de forma positiva y significativa a través del apoyo de amigos y el consumo de alcohol de familiares y amigos; y el segundo, lo hacía a través de dos caminos: uno, de forma positiva y significativa, con el apoyo familiar y el consumo de alcohol de familiares y amigos y, dos, de forma positiva a través del ajuste escolar y la autoestima escolar y ésta, de forma negativa, con el consumo de alcohol. Por otra parte, cuando el apoyo familiar percibido por el adolescente es adecuado, el apoyo social también es bueno y de calidad (Pérez-Milena, 2007d) lo que facilita la adopción de conductas saludables que protegen del consumo del alcohol. En la actualidad, la mayoría de las familias españolas defienden que el rol de padre y madre debe fomentar el diálogo con los hijos pero, a diferencia de lo que ocurría anteriormente, asumen que dicho diálogo no debe ir en detrimento del ejercicio de la autoridad ni de la fijación de límites y normas con los hijos (Conde, 2009): por tanto, debe existir un equilibrio adecuado entre familia y amigos, con el cambio progresivo de normas y roles que vaya más allá de su posible incompreensión parcial y puntual por parte de los hijos e hijas.

### **1.2.3. Los adultos jóvenes**

La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) recalca la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Para los adolescentes entrevistados, las figuras adultas más importantes y en las que observan sus estilos de vida son los adultos jóvenes (sobre todo los universitarios): actúan como si fueran autónomos, son casi independientes y poseen una libertad envidiable desde la óptica de un adolescente. El ingreso y permanencia en la universidad se convierte en una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal, que ofrece la posibilidad de moldear la identidad personal. Estos adultos jóvenes conforman un modelo de comportamiento para adolescentes y jóvenes, siendo el consumo de alcohol nocturno e intermitente (en fines de semana, dentro del ocio denominado botellón) algo muy llamativo para los menores (Calafat, 2005; Forsyth, 2010). Es por ello que el espejo social más cercano en edad, los jóvenes universitarios, muestra el consumo excesivo de alcohol como expresión de libertad e independencia (O'Malley, 2002).

El ocio juvenil de fin de semana se ha plasmado en los últimos años, tanto en términos mediáticos como de investigación, en el fenómeno conocido como "botellón", en el que los jóvenes presentan un consumo, en principio, abusivo de alcohol en parques, calles y plazas

(PND, 2003). Se trata de actividades (ir de bares/pubs, ir de “botellón”, ir a fiestas/discotecas y consumir drogas), a las que los jóvenes dedican mayoritariamente uno o dos días del fin de semana y que suelen realizarse con la compañía de amigos. En contraposición, otras actividades que se desarrollan habitualmente en soledad, como son jugar con el ordenador/consola, escuchar música, ver la televisión, charlar en la calle o ir a casas de amigos o a la propia, actividades estas a las que los jóvenes suelen dedicar los tres días del fin de semana. En la presente investigación, los adolescentes entrevistados ponen como modelo social a los estudiantes universitarios, muy cercanos en edad y con un ocio nocturno claramente asociado al consumo de alcohol.

¿Qué creencias tienen los universitarios y transmiten a los adolescentes por empatía? La vida universitaria transcurre, para el joven, bajo un alto intercambio social que sin duda aumenta el riesgo de abusar en el consumo si el grupo inmediato de pares son consumidores, pues sus prácticas conductuales y creencias sirven como modelos a imitar. Existe un claro soporte sobre la función favorecedora que las creencias tienen sobre el consumo de alcohol, máxime cuando se aúnan las expectativas positivas sobre los efectos del consumo, las claves de la acción, la baja percepción de vulnerabilidad y riesgo, y la percepción de altos beneficios sociales derivados del consumo; facilitadores de la ingesta no controlada de bebidas alcohólicas (Londoño, 2005). Por tanto, se podría afirmar que el consumo de alcohol está influenciado por los conceptos erróneos que tienen los jóvenes sobre los hábitos de consumo de sus compañeros (Foxcroft, 2015). No obstante, pueden existir diferentes motivaciones entre adolescentes y universitarios (Cortés, 2008): entre los adolescentes priman motivos lúdicos y de presión social, mientras que entre los universitarios destacan cuestiones relacionadas con la diversión y con factores externos de carácter económico y de mayor comodidad a la hora de consumir. De hecho, sus motivos pueden estar más vinculados con un tipo de ocio particular en el que parece primar el control sobre el mismo (controlar el gasto, la calidad de la bebida, el tipo de música o la tranquilidad del lugar).

En el apartado anterior se llegaba a la conclusión de que cuando el adolescente se percibe como incapaz de resistir la presión del grupo de iguales, se rinde y no ofrece oposición ya que el valor de seguir al grupo supera el valor dado a la familia, maestros y otros adultos. Junto a esta actitud reactiva habría que añadir una segunda línea de conducta proactiva donde probablemente la baja capacidad de resistir es potenciada por el no deseo de resistir la presión, ya que los efectos positivos del consumo son buscados activamente pues se tiene una seria percepción de invulnerabilidad (Planes, 2006). El consumo es visto como una acción normal, propia de la vida universitaria, necesaria para el intercambio social y productora de sensaciones agradables. Por tanto, las expectativas y los beneficios percibidos provocan en el adolescente una baja intención de resistirse ante las demandas del grupo, pues comparte sus razones para el consumo de alcohol, y cuando no las comparte su baja capacidad de oponerse determina el inicio y mantenimiento del consumo.

En esta etapa de transición de la adolescencia a la edad adulta joven, la búsqueda de gratificaciones y satisfacción inmediata es reevaluada para dar paso al desarrollo de valores con implicaciones a largo plazo (Rice, 2000) lo que debe facilitar el control interno del consumo de alcohol. A diferencia del adulto joven, quien se encuentra en el nivel postconvencional del desarrollo moral propuesto por Kohlberg (1992), donde las obligaciones morales se basan en ideales compartidos, son plenamente recíprocas y abiertas al escrutinio y se da una perspectiva no relativa o de razonamiento; los adolescentes se encuentran aún en una etapa anterior con unas menores habilidades cognoscitivas, por lo que el ajuste será peor y tienen un mayor riesgo de uso de sustancias adictivas como el alcohol. En suma, el conjunto de creencias de baja percepción de severidad, vulnerabilidad y riesgo que tienen los universitarios, así como la alta valoración de los efectos positivos de la bebida y la percepción de barreras para moderar o cesar el consumo se encuentran estrechamente relacionados con el consumo abusivo de alcohol;

todo modulado por la presión que hace el grupo que actúa como una clave disparadora de la acción, especialmente en los casos en los que el individuo reporta baja capacidad para oponerse a los deseos de los homólogos (Londoño, 2010). Pese a este conocimiento, aún no se ha demostrado que las intervenciones sobre normas sociales tengan una efectividad suficiente para reducir el consumo indebido de alcohol entre los estudiantes universitarios (Foxcroft, 2015).

#### **1.2.4. Las figuras de autoridad**

De forma clásica se ha descrito que el profesorado es el sujeto protagonista en la interacción con los jóvenes en los institutos y sus actitudes, discurso y modelo de comportamiento influyen en gran parte en las decisiones de los alumnos acerca del alcohol. Incluso el impacto de los mensajes enviados por los profesores en el aula parece ser superior a la misma intervención realizada por un experto ajeno al centro (Calafat, 2005). Sin embargo, los resultados del presente trabajo muestran un distanciamiento de los adolescentes hacia el profesorado como figura de autoridad, desoyendo los mensajes informativos y fijándose únicamente en el papel del docente como ejemplo para el no consumo. Los adolescentes, en su rol de alumnos, sienten cierto distanciamiento e incluso rechazo a estas figuras al aplicarles un rol adulto sentido como muy lejano a sus vivencias personales. Demandan en su mayoría una relación próxima, con un lenguaje y mundo vivencial cercanos a ellos, de igual a igual. Otro tanto ocurre con la figura del médico o del sanitario en general, muy alejado de su microsistema y de sus preocupaciones inmediatas.

En los programas de prevención realizados en los centros escolares, el personal encargado de su realización es menos importante que la forma en la que se interviene, siempre dirigida al incremento de la autoestima de los alumnos para poder vencer la presión social que fluye hacia el consumo (Faggiano, 2014). Los programas basados en la competencia social para evitar el consumo de alcohol y otras drogas son los más representados y muestran una tendencia similar a reducir el consumo de sustancias y la intención de consumir y a mejorar el conocimiento acerca de las drogas, pero los efectos rara vez fueron han sido estadísticamente significativos. Los programas basados en la influencia social presentan efectos débiles que con poca frecuencia resultan significativos. Los programas basados en una combinación de enfoques de competencia social e influencia social parecen tener mejores resultados que las otras categorías, con resultados eficaces para prevenir el consumo. Las intervenciones basadas en el conocimiento no revelan diferencias en los resultados aparte del conocimiento, el cual mejora entre los participantes involucrados en el programa. La mayoría de los efectos positivos observados con más frecuencia entre los programas (Foxcroft, 2011b) incluyen la embriaguez y el beber de forma compulsiva. Las pruebas actuales indican que algunos programas de prevención genéricos psicosociales y del desarrollo pueden ser efectivos y podrían considerarse opciones políticas y prácticas.

Se observa la escasez de estudios sobre el papel y la postura de los docentes y sanitarios en este tema (Milán, 2001), por lo que se hace imprescindible ahondar en sus opiniones y actividades ante el problema de alcohol en el grupo de alumnos, con el propósito de facilitar su concienciación, la toma de decisiones políticas correctas o la elaboración de intervenciones adecuadas. Es curioso como esta visión vivencial puede ser compartida por sus docentes, quienes bien entienden que la mejor actuación es informar para prevenir, dada la escasa percepción de riesgo por el consumo de alcohol. Para algunos autores, una vez alcanzados los efectos y las vivencias negativas del consumo y los subsiguientes sentimientos de culpabilidad, es ahí donde el docente puede empatizar con ese adolescente e incluso utilizarlo como un contraejemplo para el resto de los estudiantes (March-Cerdá, 2010a).

### **1.3. Modelos sociales**

Además de los aspectos anteriormente señalados, el entorno más amplio dentro del cual se desarrolla el consumo de alcohol, incluyendo la cultura general de consumo de alcohol, sus normas y prácticas, creencias religiosas y la disponibilidad del alcohol y su notabilidad, es también de gran relevancia respecto a cómo se desarrollan y avanzan los patrones de consumo de alcohol entre los adolescentes.

#### **1.3.1. Normalización social**

Las políticas concretas sobre drogas acostumbran a enmarcarse en estrategias más generales, y ambas serían la resultante, en una zona y en un momento histórico determinados, de complejos procesos de interacción entre factores económicos, sociales, culturales y políticos, que a su vez se relacionan con unas ideas sobre las drogas preexistentes en aquel lugar y momento, las mismas a su vez también complejas, contradictorias y variadas históricamente. En las últimas décadas, se ha venido observando en la gran mayoría de los adolescente y preadolescentes españoles un cambio cuantitativo y cualitativo en el consumo de alcohol (Paniagua, 2001); al tiempo que reconocen el alcohol como droga, le dan un estatus inferior de riesgo, incluso en la preadolescencia (Paniagua, 2001), en gran medida debido al alto grado de aceptación social.

El uso moderado y esporádico del alcohol es un aspecto aceptado del desarrollo e incorporación del joven a la sociedad adulta. La preocupación por el consumo de alcohol no está en el consumo en sí mismo, como señala Larrañaga (2006). Nuestra cultura es una “cultura del alcohol”. En los adolescentes, el consumo sólo se considera un problema cuando aparecen los problemas graves derivados del consumo abusivo, o cuando se generan problemas sociales (como el ruido o la suciedad del botellón). Se genera, por tanto, una actitud social ambigua en la que, por una parte, se denuncian los efectos perversos del consumo de alcohol y, por otra, se favorece su consumo (García-Martínez, 2000). De hecho, los esfuerzos de prevención que se han desarrollado estos últimos años subestiman algunos aspectos específicos de los determinantes de los comportamientos vinculados a la salud, como que los riesgos se refieren a los factores sociales, es decir, más al entorno social y colectivo de pertenencia que a la vulnerabilidad personal. Los elementos básicos de la estructura de la educación para la salud respecto a la prevención del consumo alcohólico asumen ciertas contradicciones (Larrañaga, 2006), como dejan manifiesto los adolescentes participantes en las distintas entrevistas realizadas. En primer lugar, se encuentra una evidente permisividad social al asumir rasgos culturales y, en muchos casos, identitarios que justifican determinadas conductas de consumo enólico. En segundo lugar, estas conductas de consumo crean, mantiene y refuerzan imágenes positivas en relación con el alcohol. Parece más que evidente que, en cierta medida, la ingesta de alcohol es un factor intrínseco de determinados rituales sociales (fiestas, reuniones...), que forma parte del comportamiento adulto y que puede llegar a constituir un patrón normalizado de socialización y de relación social.

Sin embargo, cuando los adolescentes son preguntados acerca del consumo alcohólico de los adultos (Suárez., 2015) responden que el consumo de alcohol está normalizado entre las personas adultas, se vincula a actos de celebración, se orienta hacia la diversión e incluye el consumo abusivo e intensivo y la presencia de destilados. Aunque los datos de los estudios recientes contradicen en parte la opinión de los adolescentes, pues muestran un patrón de consumo en las personas adultas asociado fundamentalmente al componente gastronómico y social de la bebida, con ingestas moderadas de cerveza y vino; es probable que los adolescentes estén desarrollando y persistiendo en un patrón de consumo anglosajón que creen normativo y cuyos elementos fundamentales son la normalización de la bebida, la vinculación del consumo

con diversión y con actos de celebración, y el consumo abusivo-intensivo. Esto normaliza su consumo y le despoja del riesgo que provoca una droga como el alcohol.

Por otro lado, los adolescentes encuentran múltiples elementos facilitadores y propiciadores del consumo en la propia sociedad, con una presencia cotidiana del alcohol en las relaciones interpersonales y una accesibilidad y permisividad que normaliza su consumo (Hughes, 1997; Seoane, 2004; Van Hout, 2009). Aunque se plantea que la restricción o la prohibición de la publicidad del alcohol pueden reducir la exposición al riesgo que plantea el alcohol a nivel individual y de la población en general, ninguna revisión sistemática hasta la fecha ha evaluado la efectividad, los posibles efectos perjudiciales ni el costo-eficacia de esta intervención (Siegfried, 2014).

### **1.3.2. Relación con el ocio**

El ocio, como muestra la literatura, es el ámbito principal de consumo referido por los adolescentes (Orgaz, 2005). Salir con los amigos, es la actividad central de todas las adolescentes, independientemente de que durante el tiempo libre disponible se incorporen otras actividades, menos generalizadas, como el deporte, la participación en asociaciones, el cine, el teatro, la lectura o los conciertos. En los últimos años se ha producido entre los adolescentes un cambio en el concepto de ocio y tiempo libre, lo cual, unido a desajustes afectivos, psicosociales y educativos propios de esta edad, podría tener relación con el desarrollo de conductas de riesgo (Paniagua 2001). Un aumento del poder adquisitivo, la crisis de determinados valores y un mayor nivel cultural constituyen el marco en el que encontramos encuadrados a los jóvenes actuales. El cambio del consumo de alcohol se observa no sólo en una mayor ingesta, sino también en el tipo de bebidas y en el modo de beber. De ser un elemento más en cualquier reunión, el consumo de alcohol ha pasado a ser el motivo de la misma (Gómez-Rábago, 2001).

Los adolescentes tendrán, por tanto, una experiencia casi ineludible basada en un consumo alcohólico ascendente, progresivo y relacionado con los momentos de ocio, desempeñando el papel de un moderno rito de madurez. Las motivaciones más frecuentes en un entorno lúdico para consumir alcohol son: mejorar la comunicación con los demás, evasión, celebraciones, fiestas, deseo de integrarse en el grupo, afirmar la virilidad o demostrar la liberación y derecho a la igualdad y al placer de beber. La desinhibición (pasarla bien, sentirse contento, disfrutar, reír, hacer locuras...) es señalada como uno de los principales efectos del consumo si bien encontramos estudios (Larrañaga, 2006) donde no parece ser un factor principal aunque es señalado como un determinante secundario. Es importante valorar la aparición de nuevas motivaciones para el consumo, destacando la búsqueda de efectos psicoactivos en el alcohol (Gómez-Rábago, 2001).

Cuando se analiza desde el grupo, el ocio es una actividad, poco diversificada y que se agota en sí misma. El consumo que tiene lugar durante el ocio, es un consumo con un significado más ritual que se caracteriza porque tiene un principio y un fin: el fin de semana. Es precisamente ese carácter ritual lo que actúa como vehículo de cohesión del grupo; si bien estas actividades no tienen continuidad, convirtiéndose el tiempo de ocio en el momento de actualizar los ritos. Se percibe que el grupo de pertenencia no evoluciona, más bien se modifica formando nuevos grupos o aparecen nuevas actividades que protagonizan de manera individual las jóvenes y marcan diferencias respecto al grupo: echarse novio, o salir con algún amigo/a que tenga coche. Estas serían prácticas que van proporcionando a las jóvenes posibilidades de diferenciación.

En general la satisfacción respecto de su tiempo libre por parte de los jóvenes es alta. En una escala de 1 a 10 (en la que 1 es totalmente insatisfecho y 10 totalmente satisfecho) la

satisfacción media se sitúa en un 8,03, sin que existen diferencias significativas en función del sexo o la edad (PND 2003). Más de la mitad de los entrevistados consume alcohol todas las veces que va de botellón. Si a este número añadimos aquellos que lo consumen la mayor parte de las veces, se evidencia que la gran mayoría de los jóvenes que asisten a botellones por lo común consumen alcohol en ellos, hecho que corrobora el carácter de este fenómeno centrado en un ritual colectivo de consumo de alcohol. (PND, 2003). Queda patente, además, la gran asociación entre diversión, desinhibición y consumo excesivo (Cortés, 2008). Este fenómeno simplemente refleja la internalización y réplica, adaptada a sus circunstancias, de un modelo de ocio aprendido por parte del adolescente.

### **1.3.3. Información recibida**

Los adolescentes sienten tener una suficiente información acerca del alcohol y su problemática, no mostrando demasiado interés por recibir información no experimental, aspecto este que se opone, entre otros, a la postura manifestada por la población española reflejada en otros estudios (European Opinion Research Group, 2002; Paniagua, 2001). Se entra pues en una clara contradicción dado que aunque se dice conocer los riesgos y los problemas del consumo, se sigue consumiendo alcohol, posiblemente porque la información sin transmisión de valores no llega al adolescente. En el mismo sentido y quizás explicando este desinterés, sienten lejanas las autoridades informantes oficiales y sienten que la fuente primordial de información es la experiencia directa con la sustancia. En contra de lo manifestado por Larrañaga (2006) no consideran las figuras de autoridad (educadores, sanitarios) como agentes válidos; incluso sienten que su liderazgo les produce rechazo, invitándoles a actuar incluso de forma contraria a lo que les propongan. Por el contrario, sí reconocen como determinante la información recibida en el entorno familiar. Para ellos un interlocutor válido precisa una cercanía desde el punto de vista de la experiencia y la vivencia.

Parece clara la contribución de la publicidad al mantenimiento de la cultura del alcohol y los estímulos de consumo existentes: consumo por diversión, consumo con los amigos, ocio y consumo de alcohol, consumo de alcohol y atracción del sexo opuesto..., todo ello dentro del interés de una sociedad donde priman las actitudes consumistas (Larrañaga, 2006). Pese a ello, las pruebas disponibles no permiten establecer conclusiones sobre el efecto de las campañas en los medios de comunicación sobre el consumo de drogas en los jóvenes (Ferri, 2013). Los adolescentes reclaman, en general, fuentes de información accesibles y rápidas, como pueden ser las redes sociales e internet (ESTUDES, 2012/2013)

## **1.4. Adicción y riesgo**

### **1.4.1. Control y adicción**

El consumo de alcohol en el adolescente es muy elevado, es un consumo mayoritariamente de fin de semana y por la tarde/noche, con una alta prevalencia de intoxicaciones etílicas, consumo que se realiza en espacios públicos, fuera de casa y con los amigos. En estos tiempos no estructurados de ocio prima el consumo frente a las relaciones interpersonales y se favorece una comunicación no saludable (Pérez-Milena, 2010). Este cambio ha supuesto la implantación de un estilo de beber nórdico o anglosajón frente al patrón mediterráneo tradicional caracterizado por: un consumo repartido en los días de la semana (Paniagua, 2001; Gómez, 2001; Larrañaga, 2006; Martínez-Sabater, 2014) El nuevo patrón de consumo alcohólico adoptado por los adolescentes y realizado en lugares al aire libre (o botellón) se asocia a un menor control de las cantidades de alcohol ingeridas y favorece la intoxicación aguda como

experiencia deseable (Kuntsche, 2007; Coleman, 2005; Carlini-Marlatt, 2003). Del mismo modo, no existe un conocimiento del riesgo de consumo de alcohol (Anderson, 2009; Calafat, 2007b). Este hecho es reconocido por los adolescentes encuestados, quienes indican que al “botellón” se va a beber; de ahí el nombre que tiene. Queda muy clara la equiparación entre ambos conceptos, lo que explica la confusión entre los motivos para hacer botellón y para consumir alcohol

En un encuesta realizada en centros educativos españoles (Cortés, 2008) y cumplimentada por más de cuatro mil jóvenes, los motivos más poderosos para beber y acudir al botellón fueron la diversión y el consumo en sí mismo, como reflejan los comentarios recogidos en este estudio. Los aspectos económicos ocupan un lugar secundario entre adolescentes, aunque tiene su peso dado el menor coste económico que supone beber al aire libre frente a consumir en bares o discotecas. Entre los efectos esperados de este tipo de consumo destacan los aspectos positivos a corto plazo derivados del consumo moderado (más hablador, euforia...), con la subsiguiente esperanza de mejora en algunas de las habilidades personales (mayor confianza en sí mismos...). Otras razones señaladas en otros estudios (Franco, 2005) serían: evitar controles existentes en los locales, la amplitud de horarios (en el botellón pueden estar más tiempo), el acceso según la edad (muchos locales nocturnos limitan la entrada a menores) e incluso el consumo concomitante de otras drogas (como cannabis o cocaína).

Aunque el consumo de alcohol es globalmente mayor en los varones que en las mujeres y ellas a su vez tienden a hacerlo de modo más moderado como regla general, la actitud ante el consumo puntual masivo (desarrollado habitualmente dentro del botellón) es similar como también refleja la encuesta ESTUDES (2012/2013). El efecto negativo derivado de la ingesta alcohólica que informan con mayor frecuencia es: emborracharse. Punto este que no valoran negativamente y consideran susceptible de mantener “bajo control”. Incluso reconocen la “borrachera” como una vivencia divertida (Larrañaga, 2006). La mayoría de los adolescentes entrevistados no perciben haber tenido problemas como consecuencia del consumo, lo que atribuyen a sus capacidades de “controlar” y establecer unos límites para no alcanzar un consumo pernicioso de alcohol. Control que basan en sus vivencias previas y en una madurez autoatribuida. Esta percepción puede llevarles a seguir consumiendo sin considerarla una conducta de riesgo (Larrañaga, 2006). No podemos olvidar que la etapa del desarrollo psicológico del adolescente ('pensamiento mágico') les lleva a negar o infravalorar un problema (Suárez, 2003). Parece que los consumidores reducen la peligrosidad del consumo de alcohol, percibiendo en menor medida que éste pueda ocasionarles problemas graves

Al revisar los efectos que los púberes esperan conseguir tras la ingesta de alcohol, llama la atención que todos los adolescentes inciden en los aspectos positivos que derivan de un consumo moderado a corto plazo. La baja vulnerabilidad de los adolescentes a los efectos sedativos y motores (White, 2000) permite comprender que continúen bebiendo en mayor medida que una persona adulta. Sin embargo, estos jóvenes son más vulnerables que los adultos a algunas alteraciones cognitivas producidas por el consumo de alcohol, como las alteraciones de memoria y aprendizaje (García-Moreno, 2004). La combinación de estos aspectos: una reducida susceptibilidad a la sedación y a la incoordinación motora, junto con una mayor sensibilidad al déficit cognitivo, incrementa la probabilidad de experimentar consecuencias negativas a medio-largo plazo, de las cuales los jóvenes no suelen ser conscientes.

Durante las entrevistas, los adolescentes no objetivan un riesgo real de dependencia al alcohol, frente a lo que ocurre con el consumo de tabaco (que se discutirá más adelante). Estudios realizados en la misma zona de estudio indican una alta sospecha de un consumo perjudicial de alcohol (Pérez-Milena, 2005), obteniéndose un valor positivo en el test CAGE en casi las tres cuartas partes de los adolescentes que han bebido alcohol, sin diferencias según el sexo ni la

edad, y relacionados con un mayor número de amigos que toman alcohol y con el consumo de otras drogas ilegales. Pese a que algunos autores consideran que el test CAGE presenta demasiados falsos positivos (Altisent, 1997), otros autores opinan que es una prueba rápida y fiable (Aertgeerts, 2000). Independientemente de esta discusión, queda el hecho preocupante del mal uso del alcohol en la adolescencia y del amplio riesgo del abuso en su consumo en esta población.

#### **1.4.2. Riesgo y enfermedad.**

Se ha comprobado que la toma de alcohol durante la adolescencia, incluso de forma esporádica, puede provocar importantes alteraciones físicas y psíquicas (Kuntsche, 2004). Sin embargo, los adolescentes tienen una baja percepción del riesgo, lo que se vincula con un mayor consumo, quizás debido al clima de tolerancia social y familiar que perciben desde la infancia, junto con la minimización de los riesgos por parte de la sociedad (Orgaz, 2005). En las entrevistas, los adolescentes indican que pueden controlar el consumo al conocer los límites de la cantidad de alcohol que pueden tomar sin que les dañe, incluso pensando que el consumo masivo intermitente es mejor que el consumo moderado diario. Puede que esta sensación de invulnerabilidad sea responsable en buena medida de 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 (Cortés, 2007). Es preocupante la sensación de invulnerabilidad y control en la adolescencia frente al daño que causa en el crecimiento físico, social (Carlini-Marlatt, 2003) y al elevado riesgo de adicción; aparte del reconocido riesgo de consumo asociado de otras drogas (Van Hout, 2009).

Para ellos están claros los beneficios, básicamente: 'diversión', reflejando la relación social establecida con el binomio alcohol/diversión, lo que les lleva a cumplir el patrón de 'pasar el fin de semana'. Aunque reconozcan que consumir alcohol no es bueno, ese componente cognitivo no es suficiente para dejar de hacerlo y no se refleja en la conducta que llevan a cabo. Una explicación posible es que la adopción de medidas preventivas de la salud se realiza a partir del análisis personal de la relación entre costes y beneficios. De hecho, cuando los beneficios se perciben superiores a los costes, la conducta se ejecuta. En el consumo de alcohol, los beneficios son inmediatos y seguros, mientras que los costes son a largo plazo e inciertos. Además, en la juventud prima la inmediatez; prueba de ello es que destacan los problemas inmediatos ocasionados por el exceso de alcohol. La renuncia a la diversión con los amigos es una pérdida elevada, cercana y cierta; por contra la pérdida de salud es una pérdida elevada, pero a largo plazo e incierta. De esta manera, el beneficio percibido de la diversión actúa como motivador de la conducta, unido a la percepción de la norma social de grupo de consumo. Esta percepción social les sirve para justificar su conducta y unificarse con el comportamiento de los otros jóvenes, a la vez que les lleva a mantener la conducta de riesgo. Posiblemente en función de la comparación normativa, consideran su consumo dentro de la normalidad, no encontrándose una valoración objetiva ni para sí mismos ni para los demás.

Según Kahneman y Tversky (1984) las pérdidas elevadas pero inciertas son menos aversivas que las cercanas pero ciertas, esto es: para una persona es más aversiva la certeza de perder un placer seguro que se encuentra a su alcance, que la probabilidad incierta de perder la salud. En esta línea, y como también manifiestan Larrañaga (2006) y Pierce (2002), los jóvenes en las entrevistas expresan poderles más la pérdida de la "diversión del fin de semana" que la posibilidad, percibida como remota, de perder la salud estando siempre a tiempo de dejar de

beber si se presentan sus consecuencias negativas. Todo esto explica la tendencia a minimizar las consecuencias que el alcohol puede tener sobre ellos (Pascual, 2002).

### **1.4.3. Relación con otras drogas**

El consumo elevado de alcohol durante el periodo de crecimiento conlleva numerosas repercusiones negativas sobre la salud física y psicológica de los jóvenes, lo que genera una gran preocupación social en la actualidad. El abuso de alcohol en la adolescencia se relaciona con problemas de salud, fracaso escolar, sexo no planificado, problemas legales, alteraciones afectivas e inicio de consumo de otras drogas (Espada, 2003). Este último factor es especialmente significativo ya que el inicio y mantenimiento del consumo de estas drogas legales ha sido identificado como factor de riesgo y “puente” para iniciarse en el uso o abuso de drogas ilegales (Kandel, 1992; Vargas, 2006) y va de la mano de la presencia de amigos que toman otras drogas cuando salen en su tiempo de ocio (Peñañiel, 2009).

La relación del alcohol con el consumo de otras drogas viene refrendada por las encuestas realizadas tanto a nivel nacional (ESTUDES, 2012/2013) como las ofrecidas por los organismos internacionales (ESPAD, 2011). El uso de más de una sustancia es lo que se conoce como “policonsumo”. Este tipo de consumo cobra también gran importancia en la adolescencia, ya que algunas investigaciones han mostrado que puede conllevar implicaciones más serias y un consumo frecuente de drogas en el futuro (Peñañiel, 2009). En esta línea, otros estudios han encontrado que consumir alcohol es un factor de riesgo para consumir tabaco (Caballero-Hidalgo, 2005). Además, otros estudios han comprobado la relación del consumo de cannabis con el consumo de alcohol (Guxens, 2007) y con el consumo de tabaco (Merline, 2008). Este hecho es compatible con la denominada “teoría de la escalada” de Kandel (1992), que afirma que la implicación en el uso de sustancias pasa necesariamente por diferentes etapas o fases. Los adolescentes progresan generalmente de forma secuencial desde la cerveza o el vino a licores más fuertes y a los cigarrillos y, de ahí, a la marihuana y al cannabis, hasta llegar a otras drogas ilegales de mayor poder adictivo.

La literatura deja clara la relación que los adolescentes establecen entre el consumo de diferentes drogas (Paniagua, 2001; Larrañaga, 2006), constituyéndose al alcohol como puerta de entrada y factor de progresión para el consumo de otras drogas (Santo-Domingo, 2002). En las respuestas obtenidas en las entrevistas, los adolescentes muestran disparidad a la hora de vincular alcohol y otras drogas, los que tienen una mayor experiencia de consumo de alcohol sí reconocen tal relación mientras que los no consumidores no lo ven tan claro, posiblemente por su falta de vivencias en este sentido.

### **1.5. A modo de conclusión**

Si bien existe un amplio consenso en que son múltiples los factores que influyen en la conducta de consumo de alcohol, existe un debate considerable respecto a los determinantes más influyentes, la forma que tienen de interactuar y la mejor forma de abordarlos a través de intervenciones contra el consumo de alcohol. Algunos autores argumentan que tratándose de jóvenes, la familia, otros jóvenes y la cultura general de consumo son los principales determinantes del consumo de alcohol. Otros en cambio se enfocan en influencias tales como la disponibilidad, el marketing del alcohol y el impacto de este sobre la determinación de la conducta. Este debate también se extiende a la identificación de métodos más eficaces y adecuados para la prevención; así como de intervenciones, bien de índole educativa y social o restrictiva en el acceso y exposición al alcohol.

La complejidad de las interacciones entre los diferentes factores hace que las relaciones entre causa y efecto sean difíciles de establecer. Las influencias individuales no se pueden separar de otros factores que son fuertes para la vida de la gente y que determinan las percepciones y las conductas. Dado que el período de la adolescencia es una de las etapas más cruciales de desarrollo durante la vida, es muy importante tener una comprensión clara de las necesidades de los adolescentes y sus problemas de salud. Por ello, es preciso intentar cambiar la compleja cultura que propicia el consumo excesivo de alcohol por parte de los adolescentes (Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016) con una mayor supervisión de los lugares donde se bebe y de los grupos de adolescentes de edad más jóvenes (Howard, 2007). Otras opciones exitosas han sido implementar programas de entrenamiento en habilidades sociales: se debe ayudar a los adolescentes y jóvenes a manejar la presión que su grupo social ejerce para el consumo de alcohol; por tanto, se recomienda actuar en la preadolescencia, teniendo un papel fundamental los padres, profesores, animadores sociales y educadores de calle (Cernuda, 2009; Sepúlveda, 2008). Diferentes autores han propuesto que los padres controlen el dinero que los adolescentes y jóvenes disponen, al tiempo que se deberían realizar campañas de publicidad para concienciar a los diferentes sectores a no vender alcohol a menores de edad, o cuando se considere que lo consumirá un menor (Arbex, 2002; Pérez-Lozao, 2003; Plaza, 2004).

A nivel comunitario, el abaratamiento del costo y el incremento del atractivo de las bebidas no alcohólicas ha sido un medio propuesto para disminuir el consumo de alcohol. Diseñar refrescos o cocteles exóticos no alcohólicos, ayudaría a los jóvenes y adolescentes a tener alternativas válidas para conciliar la necesidad de ocio y la problemática que plantea el consumo de alcohol (Calafat, 2009). Adquiere, de igual forma, mucha importancia el desarrollo de programas educativos que consigan retrasar la edad de inicio del consumo de alcohol, lo que supondría una prevención de los consumos problemáticos del alcohol que conlleva el hecho de que los adolescentes inician el consumo a una edad cada vez más temprana (Camarero, 2000; Cernuda, 2009; Díaz-González, 2002).

Actuar sobre los espacios físicos en donde se concentra la juventud puede facilitar la revisión de su diseño y de este modo ceder lugares donde se creen espacios lo más parecidos a los bares, donde se podrá controlar mejor a los adolescentes y jóvenes, mediante la creación de programas que comporten la presencia de educadores en lugares que ellos frecuentan (Calafat, 2005; Comas, 2004; Fraile, 2003). Otras medidas aconsejan obligar a los bares a crear espacios alejados de la barra y con un volumen de música reducido que permita la comunicación y la organización de actividades atractivas que concentren el tiempo de ocio y diversión. También se incide en la importancia de la familia como factor regulador del consumo y como medio de información. Por último, se recomienda estimular el debate entre las diversas fuerzas políticas para la creación de diversos programas juveniles de control y prevención de las adicciones (Camarero, 2000; Comas, 2005).

Diversas intervenciones basadas fundamentalmente en técnicas cognitivas no han logrado un descenso del consumo alcohólico entre adolescentes (Foxcroft, 2007), mientras que otras intervenciones que emplean la entrevista motivacional personalizada parecen presentar una mayor reducción de problemas relacionados al alcohol (Carey, 2007). Con los resultados obtenidos en esta investigación se pretende incorporar la opinión de los adolescentes a las estrategias empleadas de forma multidisciplinar por educadores y sanitarios para prevenir o conseguir el abandono del hábito alcohólico. 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 (Van Hourt, 2009).

## 2. Motivaciones para el consumo de Tabaco

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 (Scheips, 2005; Niknami, 2008). El inicio en el consumo se produce de manera social con el tabaco a edades muy tempranas (incluso antes de los 14 años) entre la mayoría de adolescentes. Muchos vienen de haber consumido alcohol y pasarán después al consumo de cannabis, aunque aún de manera esporádica en la adolescencia temprana y de forma más continuada en la tardía (Carreter, 2010). Algunos acabarán desarrollando un consumo problemático, diario, en soledad y a cualquier hora del día, a edades más avanzadas.

El consumo de tabaco ha venido experimentando un incremento entre la población adolescente en la década de los noventa y la primera parte de este siglo XXI. ¿Qué explica estas tendencias en el tiempo en el tabaquismo entre los jóvenes? Gruber y Zinman (2000) expusieron varias hipótesis, explicando este hecho por los cambios en las características del fondo o por los cambios en las actitudes de los jóvenes hacia el consumo. Se indica una relación entre el precio y las tasas de tabaquismo: los fumadores jóvenes cayeron en la década de 1980 cuando los precios subieron, se levantó rápidamente de nuevo en la década de 1990 cuando los precios cayeron, y luego disminuyó abruptamente a fines de 1990 cuando los precios subieron de nuevo. También investigaron la sensibilidad al precio por fumadores jóvenes estudiantes de Secundaria en la década de los noventa; siendo la sensibilidad al coste de los cigarrillos muy alta: por cada aumento de 10 por ciento en el precio de los cigarrillos, el tabaco cae un 6,6%. Esta estimación es más de tres veces mayor que las mejores estimaciones de la elasticidad-precio de la participación de tabaquismo entre los adultos fumadores. Usando el indicador que proporciona la elasticidad según el precio, el consumo habrá disminuido un 32% entre los jóvenes desde 1997, mientras que la disminución real fue de sólo el 14 por ciento, por lo que otros factores deben estar claramente implicados.

¿Qué busca el adolescente cuando fuma? Los menores apuntan diversas razones (Carreter, 2010): a) diversión, hay muchos adolescentes que no entienden diversión sin consumo; b) experimentación, por probar cosas nuevas; c) mejorar su valoración dentro del grupo; d) relajación, desinhibición; y e) evasión de los problemas. Como factores protectores se indican la vigilancia de los padres sobre el consumo de los menores, creencias religiosas y el incremento de los precios del tabaco (Schepi, 2005). Al igual que para el alcohol, no hay un solo motivo que explique el inicio o el mantenimiento del consumo de tabaco, sino que las vivencias, las creencias y las expectativas de los adolescentes se mezclan para dar lugar al hábito tabáquico en sus vidas.

### 2.1 Determinantes personales

Entre los factores asociados con el comienzo del consumo de tabaco se ha invocado la influencia de determinantes diversos, entre los que destacan la presencia del tabaquismo en el entorno inmediato: padres, amigos e incluso mejor amigo. Por otro lado De Vries (1995) ha destacado la importancia de algunos determinantes psicosociales del inicio de la conducta fumadora, como las influencias sociales, las actitudes ante el tabaco (pros y contras) y las expectativas de autoeficacia para resistirse a fumar. En este apartado merecen especial atención los términos de autoconcepto y autoestima, que se encuentran íntimamente relacionados. El primero hace referencia a la imagen que cada persona tiene de sí misma y es el resultado de la suma, tanto

de la percepción del sujeto sobre sí mismo como de la de los demás sobre él. Por otro lado, el grado de autoestima viene determinado por la relación entre la imagen que cada uno tiene de sí y la que le gustaría para sí en términos de imagen ideal, y será mayor en la medida en que este ajuste sea mejor. Autoconcepto y autoestima son conceptos dinámicos, es decir, se hallan en continuo cambio a lo largo de la vida, pero la adolescencia es una etapa decisiva para la formación de los mismos. Ambos están relacionados con el bienestar y el ajuste psicológico del sujeto. Algunos autores (Kaplan, 1996; Simons, 1988) señalaron que una baja autoestima y/o una pobre autovaloración serían la base de las conductas desviadas. Un adolescente con un autoconcepto positivo puede mostrar menos vulnerabilidad ante situaciones de riesgo o individuos influyentes que los que carecen de este rasgo psicológico. Un bajo nivel de autoestima hace al sujeto sentirse incompetente para resolver situaciones o problemas y esto provoca frustración. Nuevamente, el tabaco puede aliviar una percepción personal negativa y puede utilizarse para evitar enfrentarse a ella.

Elzo (2000) encontró que los jóvenes consumidores de drogas, en especial los que van más allá de consumos experimentales, se identifican con valores calificados como “presentistas” y de búsqueda de sensaciones (ganar dinero, vivir el presente, experimentar nuevas sensaciones, etc.). Sin embargo, las actitudes por sí solas no tienen por qué ser un predictor directo de la conducta de consumo de drogas. Tal y como señala Calafat (2000), “*parece indiscutible la importancia del desarrollo de un proceso intermedio entre la actitud y la conducta*”. Se trataría de una variable que interviene entre la actitud del sujeto (su actitud permisiva respecto a las drogas) y la conducta que realiza a la hora de tomar una decisión (p.ej. aceptar una invitación para consumir). Özdemir y Koçoğlu (2015) encontraron en un reciente estudio que las puntuaciones de la escala de comparación social tendían a ser más elevadas en los adolescentes que consumen alcohol y fuman tabaco, y en contraste las puntuaciones de la escala del autoconcepto eran más bajas. Por otra parte, algunos estudios (Schuler, 2015; Rojas, 2012) relacionan el consumo de tabaco y de marihuana de forma diaria con los síntomas depresivos en la mayoría de los consumidores con edades comprendidas entre los 12 y 31 años de edad.

En este punto, las investigaciones realizadas en adolescentes han arrojado en ocasiones resultados contradictorios. Saari, Kentala y Mattila (2015) encontraron que una autoestima más baja en adolescentes no se relacionaba con el tabaquismo en la edad adulta aunque sí con un mayor riesgo de consumo regular de tabaco. De cualquier forma, es innegable que los elementos de la personalidad del adolescente tienen cierto grado de influencia sobre el consumo de tabaco, posiblemente en mayor medida que el consumo de alcohol. Para el consumo de tabaco, se podría afirmar que el elemento personal más significativo para el comienzo del consumo se centra en la autopercepción de mayor seguridad que el adolescente obtiene al fumar, elemento clave en el mantenimiento del hábito tabáquico (Cortés, 2005; Kulbok, 2008), descrito como un medio de obtener el control de los sentimientos y aumentar la autoestima (González-Henríquez, 2002; Nilsson, 2010). Diferentes estudios, a su vez, valoran el autocontrol y la actitud positiva ante las normas como factores protectores ante el tabaco (Kulbok, 2008; Smith, 2007).

Para otros autores (Ariza, 2002; Cogollo-Milanés, 2014) las actitudes favorables ante el tabaco y la intención de fumar en el futuro son los factores más predictivos, mientras que las normas subjetivas y las expectativas de autoeficacia no manifiestan valor predictivo para el inicio del consumo de tabaco entre los adolescentes. Sin embargo, parecen ser los propios adolescentes quienes, en última instancia, toman sus propias decisiones para consumir o no tabaco, aunque la motivación personal parece estar influenciada por su entorno (Walsh, 2007; Niknami, 2008). No se encuentran motivaciones diferentes según el nivel socioeconómico del adolescente en la muestra entrevistada en este trabajo, al igual que en el trabajo de Ariza y Nebot (2002). Para algunos autores el status social puede determinar unas prevalencias de tabaquismo diferentes en la población adolescente (Doku, 2010).

### **2.1.1 Características propias del tabaco**

El tabaco no posee unas características organolépticas atractivas para los adolescentes. El sabor es malo y las primeras experiencias son siempre poco agradables. Los adolescentes que no fuman suelen referir que el humo del tabaco es molesto, coincidiendo con los hallazgos de otros estudios (González-Henríquez, 2002; Pérez-Milena, 2012a). Frente a las propiedades de sabor que ofrece el alcohol, el tabaco no es atrayente y los adolescentes indican que solo se produce una acción repetida de consumo, que pueda acabar en tabaquismo mantenido, con la interconurrencia de otros factores, los cuales trataremos en siguientes a continuación.

Los cigarrillos con sabores se han convertido en el medio idóneo para incitar a los jóvenes a fumar, sin embargo no es el sabor lo que atrae más a los adolescentes entrevistados. De la misma manera, aunque existen diferentes formas de consumir tabaco, la manera más habitual de hacerlo entre los adolescentes entrevistados son los cigarrillos y prácticamente no comentan ningún aspecto de los otros tipos de consumo (salvo la pipa de agua), posiblemente por desconocerlos.

### **2.1.2 Edad**

La mayoría de los estudios coinciden en que la adolescencia, como etapa evolutiva, es un período significativo en relación al consumo de sustancias. Parece constatado que el consumo de drogas tiene su origen en edades relativamente tempranas, concretamente en las primeras etapas de la adolescencia (ESTUDES, 2012/2013; Pérez-Milena, 2007c). Una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales hacen a los adolescentes más vulnerables a las conductas problemáticas, ya que les sitúan más cerca de la influencia de tres grupos principales de factores de riesgo: individuales, relacionales y sociales.

La edad media del inicio del consumo ha ido disminuyendo progresivamente, situándose por debajo de los 14 años en España y se ha comprobado cómo la proporción de estudiantes no fumadores que empieza a fumar disminuye después de los 15 años (Ariza, 2002). También se ha determinado que el tabaquismo, al igual que el consumo de alcohol, aumenta a medida que la edad de los adolescentes aumenta (Özdemir, 2015). Estos resultados sugieren que el momento más sensible para actuar es, por tanto, en las primeras etapas de la adolescencia ya que después es menos probable empezar a fumar, ya sea por un proceso de autoselección o por una mayor resistencia a las presiones (Kim, 2015). Mientras, los fumadores incrementan su consumo y tienen mayor riesgo de una elevada dependencia a la nicotina.

DeBlois y Kubzansky (2015) utilizaron datos longitudinales de una cohorte superior a 1700 niños de Estados Unidos, con edades comprendidas entre 6 a 14 años encontrando que una superior autorregulación conductual se relaciona con la reducción de las probabilidades de fumar, siendo la regulación social la que menor significación estadística alcanzó. Este hallazgo señalaría el hecho de que la edad se relacionaría con el tabaquismo a través de la capacidad de autorregulación como factor psicosocial clave. Los estudios apuntan a la importancia de las múltiples formas de autorregulación, en los dominios de la emoción, la atención, el comportamiento y la regulación social, algo que los adolescentes van adquiriendo conforme cumplen más edad y maduran en todas estas parcelas emocionales y del comportamiento.

### **2.1.3 Género**

En algunos estudios, el ser hombre es un factor que predispone al consumo de tabaco en mayor medida que el ser mujer (Kim, 2005). ¿Esto es así? Posiblemente tenga un componente cultural

que aquí, en España, no se encuentra, dado que de hecho el tabaquismo entre mujeres jóvenes ha sido de forma histórica mayor que entre varones. Lo que sí se constatan son diferentes motivaciones para el consumo según el sexo del adolescente, a diferencia de otros estudios realizados fuera de nuestro entorno (Kulbok, 2008). En los varones prima la pertenencia a un grupo mientras que para las mujeres ayuda al control corporal y al inicio de relaciones con el sexo opuesto (Smith, 2007; García, 2006). Existe una mayor precocidad en el inicio del consumo de tabaco en las chicas, lo que permite aventurar un mayor riesgo de convertirse en fumadoras habituales (Ariza, 2012). Hong, Guo y Chen (2015) realizaron en su estudio una aproximación fenomenológica al consumo de tabaco desde la perspectiva del adolescente varón. Los resultados indicaron que la decisión de empezar a fumar estuvo motivada por la curiosidad y como un medio de establecer amistades mientras que las decisiones para continuar fumando estaban vinculadas a la naturaleza adictiva de fumar y como un medio para hacer frente al estrés y pasar el tiempo.

Otros autores basan estas diferencias en la existencia de desigualdades educativas: Bricard (2015) tras un seguimiento de cohortes observa cómo la educación actuaría como variable de confusión respecto al sexo, provocando un menor consumo de tabaco entre los que tienen una mejor asistencia educativa. Estas diferencias son considerables durante la adolescencia, y luego disminuirían a partir de 18 años hasta los 25 años. Por su parte, Idrizovic (2015) aporta un estudio sobre adolescentes de 17 y 18 años donde obtiene una relación entre el consumo de tabaco y las ausencias a la escuela, sobre todo sin justificar, y un cuestionamiento más frecuente de las normas familiares entre hombres; en las mujeres dicho consumo se relaciona con mayor tasa de fracaso escolar, ausencias en el colegio, aumento de conflicto con los padres y una percepción de una menor atención por parte de éstos. No todos los autores atribuyen la misma importancia a la educación. Andersson y Maralani (2015) no encontraron datos que sustentasen una explicación al consumo de tabaco según condicionantes educativos tras valorar factores cognitivos, socioeconómicos y relacionados con la salud. Por su parte, Kim y Chun (2015) encontraron que la edad, el género masculino, la experiencia de ser intimidado, la frecuencia en que se involucraban en peleas físicas, el absentismo escolar y la ansiedad se relacionaron significativamente con una mayor frecuencia de fumar. Por su parte, Idrizovic (2015) aporta un estudio sobre adolescentes de 17 y 18 años donde obtiene una relación entre el consumo de tabaco con faltas en la escuela, mayor número de ausencias sin justificar y un cuestionamiento más frecuente de las normas familiares entre hombres; por el contrario, en las mujeres, dicho consumo se relaciona con mayor tasa de fracaso escolar, ausencias en el colegio, aumento de conflicto con los padres y una percepción de una menor atención por parte de éstos. Sin embargo, Andersson y Maralani (2015) no encontraron datos que sustenten una explicación al consumo de tabaco según condicionantes educativos tras valorar factores cognitivos, socioeconómicos y relacionados con la salud. Por su parte, Kim y Chun (2015) encontraron que la edad, el género masculino, la experiencia de ser intimidado, frecuencia de meterse en peleas físicas, el absentismo escolar y la ansiedad se relacionaron significativamente con una mayor frecuencia de fumar.

De cualquier forma e independientemente del mecanismo por el que el género influya en el consumo de tabaco, parece que el género aporta diferentes motivaciones según la cultura donde se encuentre inmerso el adolescente, aunque siempre matizado por otros factores como son la familia, la presión de los iguales y el microsistema educativo.

## 2.2 Influencia del microsistema

### 2.2.1 La familia

Los factores familiares influyen en el consumo de tabaco del adolescente (Marrón, 2003; Vickers, 2002) y parece claro que la percepción de la función familiar en el adolescente que fuma es peor, con una mayor presencia de casos con disfunción familiar, tanto leve como grave; frente a los no fumadores, aunque sin relación con el tipo de estructura familiar (Pérez-Milena, 2006). Las actitudes ante el tabaquismo y el consumo de alcohol estarían influenciadas por un lado en el autoconcepto que los adolescentes tienen de sí mismos, pero también de forma intensa por las actitudes de la familia hacia ellos (Özdemir, 2015).

La adolescencia es una etapa que supone gran número de cambios en el ciclo vital familiar (Marcos, 1996). El consumo de tabaco en el adolescente se presenta como una imitación precoz de los ritos asociados con la vida adulta (Bras, 2003) pero también podría indicar una inadaptación más prolongada o más intensa a los cambios del ciclo vital, tanto del adolescente como de su familia. Para muchos psicólogos, la ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida serían factores con una influencia negativa para el adolescente, y pueden desembocar en una personalidad con escasa aserción o en un enfrentamiento con el mundo adulto.

Zaborskis y Sirvyte (2015) observan que hay cinco factores familiares independientes que se relacionaron significativamente con un mayor riesgo de tabaquismo en los adolescentes: una escasa vigilancia materna, la baja satisfacción con las relaciones familiares, un mal apoyo de los padres en temas relacionados con la escuela y la comunicación difícil con el padre; mientras que el uso frecuente de los medios electrónicos para comunicarse con los padres no se corresponde con un factor protector. Tanto una familia no funcional como unos padres que no ofrezcan apoyo ni vinculación se relacionan con una mayor prevalencia de tabaquismo entre los adolescentes.

Un dato muy importante es que más de la mitad de los padres son fumadores entre los adolescentes fumadores (García, 2001), lo que constituye una mala referencia para la salud de sus hijos. Pese a que la mayoría de los adolescentes reconoce que sus padres no quieren que fumen, es muy posible que no se acompañe de una motivación eficaz (como pudiera ser el cese del consumo por parte de los mismos padres). Estas actitudes de los padres condicionan el consumo del menor: un ambiente sin humo en el hogar es un factor protector (Sánchez, 2010) y la oposición explícita de los padres ante el tabaquismo de los adolescentes atenúa el efecto de los pares para el consumo (Aburto, 2007; Sargent, 2007). Los adolescentes que no fumaban refirieron que los padres no los dejaban, por lo que la actitud vigilante de los padres y su ejemplo como no fumadores son importantes para evitar el inicio de este consumo. No hay que olvidar que el tabaquismo supone, al tiempo que una imitación de hábitos familiares, un desafío a la autoridad del subsistema parental y que la mayoría de adolescentes fumadores consumen a escondidas de sus padres a pesar de que ellos tenían conocimiento del hábito (González-Henríquez, 2002).

Moolchan, Aung y Henningfield (2003) estudiaron la dependencia al tabaco en adolescentes fumadores según el consumo de sus padres, y comprobaron que cuando existía un consumo de tabaco en la familia, el grado de dependencia a la nicotina era mayor. Aunque la dependencia del tabaco en el adolescente pueda ser de poca intensidad, no se debe olvidar que el ciclo de dependencia del tabaco comienza con la iniciación al tabaquismo en la adolescencia (Prokhorov, 2003) y que la familia estaría desempeñando un importante papel como modelo a seguir. Se

demuestra, por tanto, que la existencia de unos padres fumadores se relaciona positivamente con el tabaquismo de los adolescentes, mientras que la supervisión de los padres se relaciona negativamente (Kim, 2015), siendo el efecto más notorio en países con un producto interior bruto más elevado.

### **2.2.2 El grupo de iguales**

Lo verdaderamente importante es la interdependencia del ser humano con todo y con todos, en un juego de sutiles equilibrios para el que resulta imprescindible una actitud de disponibilidad, de entrega y de apertura. Por desgracia, esto no es lo que enseñan en la escuela, ni en la familia ni en los programas de educación para la salud, siendo sin embargo fundamental para conformar hábitos como el consumo de tabaco a temprana edad. Muchas investigaciones identifican las relaciones con los pares como un factor primario en el tabaquismo de los adolescentes (Caballero, 2005; Kulbok, 2008; Kobus, 2003), algo que aparece frecuentemente en las entrevistas de este estudio. Los adolescentes que fuman tienen otros amigos fumadores con más frecuencia que los que no fuman. Los adolescentes que tienen amigos que también fuman presentan un mayor consumo de tabaco durante un mayor período de tiempo (Pérez-Milena, 2006).

La conducta percibida de los amigos fumadores es un factor señalado para el inicio del tabaquismo (Urberg, 1997), con un riesgo dos veces superior entre los que tienen amigos fumadores respecto de los que no los tienen (Ariza, 2002). En otros estudios (Marrón, 2003; Riedel, 2004) se constata que el adolescente que tiene amigos fumadores presenta un mayor riesgo de fumar, más cantidad de tabaco al día y durante más tiempo. Parece existir también una menor intención de fumar si los amigos no apoyan el consumo de tabaco (Smith, 2007), algo refrendado por las opiniones recogidas en este estudio. El entorno social, por tanto, induce o favorece el consumo de sustancias tóxicas.

En relación con la influencia de los amigos hay que señalar la dificultad de distinguir la influencia de tener amigos fumadores de la selección activa de amigos fumadores. Podría tratarse de un mecanismo ligado a las normas subjetivas que forman parte del proceso de socialización en el grupo de iguales, que actuaría como grupo de presión para el consumo (Cortés, 2005; García, 2006), lo que estaría a favor de la influencia social de los amigos. Sobre este importante factor de riesgo para el consumo se opondría, como una disonancia cognitiva indicada por los adolescentes (Pérez-Milena, 2011) la sensación de adicción a la nicotina, que motivaría el cese del consumo e incluso el cambio de amistades.

Esta aparente paradoja tal vez podría explicarse desde la perspectiva del adolescente, por la necesidad de establecer relaciones sociales, lo que les hace sentir obligado a ir a lugares de ocio donde la presencia de humo del tabaco en el aire es "la norma" (Pericas, 2009). Se han identificado las relaciones entre pares como un factor primario involucrado en el tabaquismo de los adolescentes, 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 (Schepis, 2005). Estos mecanismos estarían influenciados, a su vez, por el contexto social (la familia, el vecindario y los medios de comunicación) y la accesibilidad a la compra.

### **2.2.3 Los adultos jóvenes**

El modelo social más idealizado son los jóvenes universitarios, mientras que se rechazan las imágenes de autoridad (profesores y sanitarios). La entrada a un microsistema previo a la adultez como es el instituto hace que el consumo tabáquico de prueba se convierta en un rito

de socialización casi ineludible, empeorando si existe fracaso escolar (Caballero, 2005). Sin embargo, y frente a la imagen de libertad y ocio nocturno que ofrecen los universitarios con el consumo de alcohol en fin de semana, el tabaquismo en los adultos jóvenes ofrece un matiz de independencia y madurez menos ligado al ocio. Andersson y Maralani (2015) ofrecen en su trabajo unos modelos de inicio del tabaquismo para los adolescentes de 16 años y para los adultos jóvenes de 26 años con un patrón similar, lo que significaría que los menores se incorporan al mundo figurativo de sus adultos más inmediatos a través de este consumo de tabaco.

#### **2.2.4 Las figuras de autoridad**

Los profesores y los profesionales sanitarios critican los valores del adolescente actual, la baja tolerancia a la frustración y la cultura del mínimo esfuerzo imperante en una sociedad que incentiva la recompensa rápida; mostrando preocupación por la falta de respeto hacia los mayores (Carreter, 2011). Para ambos colectivos es difícil detectar el consumo directamente, aunque a veces se intuye por un descenso del rendimiento escolar, y cuando se detecta el consumo de manera directa la consecuencia más frecuente es una sanción punitiva o una expulsión temporal, algo que hace que la familia se ponga a la defensiva en lugar de colaborar para que el adolescente deje el consumo (March-Cerdá, 2010b). Estos profesionales aducen un déficit de formación específica y de recursos socio-sanitarios, así como de personal especializado, dificultando tanto la detección como el abordaje.

El adolescente no acude a la consulta médica al no poseer la suficiente confianza en el facultativo que le atenderá, actuando como barrera la percepción de una posible ausencia de confidencialidad. El sistema sanitario no tiene protocolizada ninguna revisión rutinaria del adolescente, salvo las vacunaciones, resultando insuficiente para poder asentar un marco de confianza y seguimiento que contribuya a un adecuado progreso en el desarrollo del adolescente. El médico de familia duda de la capacidad de prevención que se puede realizar desde Atención Primaria. Cuando se le pide ayuda, generalmente lo hace la familia, pudiendo realizar tan sólo tareas de soporte para minimizar riesgos; pese a esto, los adolescentes tienen preguntas que no se atreven a formular a la familia, los profesores o los médicos y precisarían una figura cercana y confiable (Petersen, 2010). Programas como Forma Joven en Andalucía intenta ofrecer esta figura; la cual, por diferentes problemas, no alcanza a todos los centros de la zona.

Por su parte, los adolescentes participantes en este trabajo valoran el ejemplo personal de sanitarios y profesores mientras que desatienden la información que transmiten por no ser vivencial ni transmitir las creencias de estos profesionales, siendo repetitiva y poco útil. Al igual que la población general, opinan que los profesionales que les atienden en salud y en educación son modelos a seguir para sus pacientes por lo que debe ofrecer su propio modelo de hábitos saludables (no fumar) en lugar de ofrecer sólo información (dejar de fumar mientras ellos fuman) (La Torre, 2012; Voigt, 2009).

## **2.3 Modelos sociales**

### **2.3.1 Normalización social**

La implementación en 2006 de la Ley 28/2005 de prevención del tabaquismo fue un hito para la salud pública moderna en España. Esta ley regula tres aspectos: se prohibió la publicidad del tabaco directa e indirecta y el patrocinio, redujo los puntos de venta, y se prohibió fumar en lugares de trabajo cerrados y espacios públicos, con exenciones de concentración en el sector de la restauración y la hostelería. Se adoptaron otros cambios con capacidad preventiva: se aumentaron los impuestos sobre los cigarrillos, además de ofertar más campañas de información y generar un debate social acerca del tabaquismo. Algunos trabajos consideran que hay elementos que sugieren un impacto positivo en la prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes, en el consumo general de cigarrillos y en la morbilidad por infarto de miocardio agudo (Villalbí, 2009). Las políticas públicas son importantes para la prevención del tabaquismo y para mejorar la salud de la población, ya que crean un contexto propicio para el abandono del hábito de fumar.

Sin embargo, y pese a los cambios sociales tras la ley española antitabaco, el tabaquismo sigue teniendo una gran aceptación social que normaliza su consumo (Leavy, 2010), aunque algo inferior que para el consumo del alcohol. Pero al igual que ocurre con el consumo de bebidas alcohólicas, junto a esta normalización social del tabaquismo existe una gran permisividad social que también es determinante en su consumo. Hay una gran coincidencia entre diferentes organismos en destacar que los intereses económicos subyacentes a la problemática del tabaquismo dificultan su erradicación (Carreter, 2011). Una consecuencia directa de la normalización del consumo de tabaco es que el adolescente tiene un acceso muy fácil a estas drogas, que consigue sin dificultad aún siendo menor de edad. Esta gran accesibilidad para la compra del tabaco se convierte en un factor de riesgo independiente de la influencia familiar y de los pares (Doubeni, 2008; Walsh, 2007).

El tabaquismo (definido como un consumo de cigarrillos en los últimos treinta días) entre estudiantes de secundaria se redujo drásticamente en la década de 1970, se redujo lentamente en la década de 1980, luego aumentó rápidamente a partir de la década de 1990, antes de volver a descender en los últimos años. Algunos autores relacionan estas fluctuaciones con el precio del tabaco (Gruber, 2002). Además, varias décadas de estudios proporcionan evidencia sobre la relación entre el aumento de precios a través de los impuestos al consumo de cigarrillos y la reducción del tabaquismo en adolescentes, que son especialmente sensibles a los precios (Forster, Widome y Bernat, 2007).

### **2.3.2 Relación con el ocio**

Tabaco, alcohol y cannabis son sustancias que generalmente suelen empezar a consumirse en la adolescencia. Los periodos vacacionales, el tiempo libre y de ocio favorecen las relaciones sociales y con ellas la facilidad de acceso a estas sustancias. En la sociedad actual, la adolescencia está expuesta a situaciones de riesgo superiores a la de otras épocas y los propios adolescentes reconocen que es normal en un momento dado (el paso a Educación Secundaria o a Bachillerato) que les sean ofrecidas drogas o “llegue el momento” de probarlas, como un paso más de su crecimiento dentro de las nuevas experiencias que les toca vivir (Paniagua, 2001).

La presión del grupo de amigos es un factor fundamental para iniciarse en el hábito tabáquico. Pero esta presión se da dentro de los momentos de ocio: antes de entrar en el instituto, en el recreo o en el momento de vuelta a casa, cuando se sale en fin de semana o en los momentos

previos a ir a la academia. El tabaquismo al principio de su consumo es un acto social que se realiza durante los momentos de relax, con los amigos, mientras que cuando pasa un tiempo y se afianza aparece un consumo diferente basado más en la adicción que en el ocio. Para los adolescentes el tiempo libre y el tiempo de ocio es un espacio donde pueden practicar libremente actividades diferentes a las realizadas el resto de la semana, las cuales se caracterizan por ser actividades obligatorias, estructuradas por horarios y normas.

Además, este ocio les permite disponer de un espacio de diferenciación con el mundo de los adultos en el que son ellos los que marcan los horarios fuera del control paterno y adulto (Espada et al., 2003). No es extraño por tanto, que el tiempo libre sea considerado como uno de los valores más apreciados entre los jóvenes y que las actividades que se realicen en esos momentos sean diferenciadoras de su actividad cotidiana, muy valoradas y repetitivas. Las normas subjetivas vienen determinadas por la percepción que tiene el joven de que otras personas importantes para él aprueban y esperan que él consuma, además de por su motivación para acomodarse a las expectativas de esas personas. Si el adolescente cree que sus amigos esperan que consuma y él desea agradecerles, esto es, no defraudar sus expectativas, su decisión tenderá a inclinarse hacia el consumo.

### **2.3.3 Información recibida**

Los adolescentes son conscientes de los problemas de salud que pueden ocasionar las drogas, tanto de las complicaciones agudas como de las crónicas. Se consideran muy bien informados, básicamente a través de su entorno social (Carreter, 2011) pero rechazan la información que les ofrecen sanitarios y educadores por ser repetitivas y poco interesantes. ¿Están los adolescentes realmente bien informados sobre el tabaquismo y sus consecuencias? En un estudio realizado en adolescentes españoles de 12 a 14 años de edad (Torrecilla, 2004) más del 90% consideraban al tabaco como droga, un 70% sabía lo que era el tabaquismo pasivo, un 65% relacionaban al cáncer, la bronquitis y el infarto con el consumo de tabaco y el 44% pensaba que el tabaco light era menos dañino. Parece, pues, que la percepción de los adolescentes no se corresponde con la realidad y que la información existente sobre el consumo de tabaco puede considerarse aceptable pero susceptible de mejora. Las campañas preventivas basadas en información no funcionan adecuadamente y se deben dirigir, según los propios adolescentes hacia la potenciación de la autoestima, los sentimientos de responsabilidad y el nivel de confianza del adolescente; estimulando precozmente la adquisición de responsabilidades y la toma de decisiones. Otra meta de la información es llegar a las familias, ya que el ambiente socio-familiar es clave, bien para mejorar la información sobre el tema, bien para promover modelos familiares más adecuados. Los adolescentes, mayoritariamente, no hablan de drogas con sus padres, y los que sí lo hacen suelen ser precisamente los que menos consumen.

La publicidad del tabaco es un tema que no sale en las entrevistas realizadas en este trabajo. Se debe posiblemente a la legislación que impide que se anuncie de forma directa, aunque sigue quedando una publicidad encubierta que los adolescentes no llegan a catalogar como tal y que, por tanto, no pueden criticar. La industria del tabaco asegura que el propósito exclusivo de la publicidad de tabaco es mantener y aumentar las cuotas potenciales de mercado entre las personas adultas ya consumidoras. Sin embargo, diversos estudios (Pierce, 1995; Pierce, 1998; Pierce 2002) señalan como agentes causales del aumento de la demanda de cigarrillos entre los adolescentes a la publicidad del tabaco y a las actividades de promoción relacionadas con este producto. Pierce (1998) hace dos décadas indicaba que hasta un 35% del consumo entre adolescentes se debía a la publicidad. Queda pendiente saber hasta qué punto la publicidad encubierta actual influye en el consumo de los adolescentes

## 2.4 Adicción y riesgo

### 2.4.1 Control y adicción

En la sociedad moderna el tabaco está siendo, un terreno de base para el entrenamiento de la personalidad adictiva, sobre todo en fases tempranas de la evolución de un ser humano todavía sin defensas específicas ante ataques de gran calibre, y, por si fuera poco, con un esqueleto psíquico aún por formar y pendiente de ser educado en unos ejes claros de referencia en los que apoyarse. Los mecanismos por los que un adolescente desarrolla dependencia al tabaco son múltiples (Leavy, 2010; Turner, 2004) y puede ocurrir de una forma rápida, sin tener que haber fumado mucha cantidad ni durante mucho tiempo. Se conforma el consumo de tabaco en la adolescencia, pues, como un caldo de cultivo educador de una actitud adictiva ante la vida en tempranos estadios de desarrollo del ser humano actual. El tabaco no es la consecuencia de una personalidad adictiva previamente formada al consumo, aunque existan elementos previos de ese tipo, así como factores genéticos de predisposición. El tabaco puede actuar como un baño por inmersión en una forma de vida adictiva, justo en el momento en que el adolescente empieza a generar y desarrollar su proyecto de propia identidad en contraste, o en abierta oposición, al mundo de los mayores.

Los adolescentes indican de forma mayoritaria que pueden controlar el consumo de tabaco. Sin embargo, entre los adolescentes más mayores las experiencias de consumo tanto personales como de familiares o personas cercanas de su entorno les hacen plantear dudas sobre la posibilidad real de controlar el consumo; a diferencia de lo que ocurre con el consumo de alcohol. Mientras que diversos estudios indican que sólo el 15% de los que toman bebidas alcohólicas llegan a ser adictos, otros muestran que el 40% de los que prueban el cigarrillo se vuelven fumadores regulares y de éstos, del 80 al 90%, cumplen los criterios diagnósticos de adicción del DSM-IV y aproximadamente el mismo porcentaje presenta síndrome abstinencia en la cesación. 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 (Kulbok, 2008; Leavy, 2010 O'Loughlin, 2003; DiFranza, 2007).

Aparecen otros dos elementos importantes en la adicción en la adolescencia. Por un lado, los consumidores minimizan los riesgos asociados al consumo (Carreter, 2011; Menghrajani, 2005), al tener una falsa sensación de invulnerabilidad, lo que provoca una sensación de control sobre el consumo; el tópico “yo controlo” que los profesionales sanitarios oyen frecuentemente (Bahora, 2009; Moral, 2006). Esta actitud 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. Por otro lado, es un momento donde la existencia de determinados motivos para no fumar y, sobre todo, su disonancia con otras creencias esgrimidas por el adolescente para continuar consumiendo parecen ser un elemento motivador para el cese del consumo de tabaco entre adolescentes (Dijkstra, 2003; Pérez-Milena, 2011). En esta etapa, uno de cada cuatro adolescentes fumadores estaría motivado para el cambio, y esta motivación sería mayor en los adolescentes con un consumo esporádico y/o con bajo número de cigarrillos al día (10 o menos) (Díez-Ganan, 2002; Pérez-Milena, 2006). En los adultos la racionalización de conductas poco saludables, como el hábito tabáquico, es alta, lo que produce una disminución del número de disonancias para justificar de manera más consistente su comportamiento; mientras que los adolescentes tienen un mayor número de disonancias y una menor racionalización de las mismas, lo que puede explicar el alto porcentaje de jóvenes que desean dejar de fumar y supone un recurso sanitario para el cambio en esta conducta adictiva (Pérez-Milena, 2012b)).

En un estudio realizado sobre la misma población del estudio (Pérez-Milena, 2011) la sensación de tener dependencia a la nicotina funciona a la vez como causa del consumo mantenido de cigarrillos y como un poderoso elemento incentivador para el cese del tabaquismo. La mitad de los fumadores adolescentes presentan dependencia a la nicotina, con una adicción alta hasta en la quinta parte del total (DiFranza, 2007). Existe una relación entre dependencia y adherencia al tabaquismo: la presencia de síntomas de abstinencia predice un mayor porcentaje de recaídas tras el cese del consumo. La dependencia a la nicotina parece ser un factor clave en la influencia de familiares y amigos para fumar, por encima de otros factores psicológicos o de enfermedad (Kleinjan, 2009; Van Zundert, 2008). La presencia de síntomas de abstinencia en intentos previos para dejar de fumar se relaciona con una actitud de precontemplación en el adolescente, interfiriendo en las habilidades y la disposición para dejar de fumar (O'Loughlin, 2003). La capacidad del adolescente de percibir y criticar esta dependencia parece revelarse como un contrapunto fundamental a las influencias de los pares y el entorno.

Otro punto a tener en cuenta se muestra en un reciente estudio (Griesler, 2015) donde se indica la existencia de una continuidad del estado de salud a través del tiempo en función de la dependencia a la nicotina. Si esta dependencia es alta en el adolescente, dará lugar a una aparición más frecuente de síntomas relacionados con el tabaquismo en la edad adulta temprana. Esta relación se basa en un mal estado emocional del menor y en una peor calidad del acompañamiento que realiza la familia.

#### **2.4.2 Riesgo y enfermedad**

Es un hecho comprobado que el consumo de tabaco, el alcohol, el sedentarismo o el exceso de peso, entre otros, son factores de riesgo para las principales enfermedades crónicas. En un trabajo realizado por profesionales de enfermería (González-Henríquez, 2002), la mayoría de los jóvenes entendió que salud era sentirse bien tanto física como mentalmente, tener ánimo para realizar las actividades de la vida diaria, estar alegre y que se incluyan los sentimientos; por lo tanto, salud sería sentirse bien con uno mismo. Dentro de los hábitos saludables, la mayoría nombró el ejercicio, la alimentación sin exceso de grasas ni frituras, la higiene, el buen trato personal, las buenas relaciones sociales, recrearse, la libertad de expresión, el respeto hacia los demás y con uno mismo. Por el contrario, como hábitos no saludables destacaron el consumo de tabaco y otras drogas. La mayoría de los entrevistados opinaron que el fumar es un hábito y llama la atención la constante afirmación que el tabaco origina más problemas a la salud que el consumo de alcohol e incluso que el uso del cannabis (González-Henríquez, 2002); ideas posiblemente motivadas por la presión legal y social contra el tabaquismo iniciada en 2004 con la ley antitabaco en España. El incremento de la presión social y legislativa a favor de los espacios sin humo y en contra del tabaquismo surgido tras esta ley ha incrementado la sensación de riesgo en el consumo de tabaco entre los adolescentes, como muestra la encuesta escolar ESTUDES (2012/2013). Estas creencias sobre el riesgo son más frecuente en adolescentes jóvenes o que no consumen tabaco, como así se resalta en el trabajo de Raina (2015) donde la mayoría de los adolescentes con una edad comprendida entre los 13 a 15 años de edad creían que fumar es definitivamente perjudicial para su salud y no ayuda a la socialización, manifestando más del 90% tener una actitud negativa para iniciar el hábito tabáquico.

La conciencia de los efectos nocivos del consumo de tabaco es habitualmente alta en la población adolescente pero, aunque el principal motivo argumentado por los adolescentes para dejar de fumar es la propia salud (Dijkstra, 2003; Kulbok, 2008; Pérez-Milena, 2011), parece ser un sesgo de deseabilidad social. Los adolescentes emiten comentario adecuados, en parte por la presión del exosistema que le rodea y que impone una cultura antitabaco, e incluso para agradar al médico que le atiende o no tener problemas con el profesorado o con sus padres.

Este hallazgo choca con las creencias habituales que tienen los adolescentes sobre su propia invulnerabilidad en cuestiones de salud y no forma parte de ninguna disonancia relevante (Pérez-Milena, 2011; Schneider, 2010). Muchos de los adolescentes refieren que fuman porque es un acto que les proporciona relajación, asociándolo a momentos de tranquilidad y ocio, con la subsiguiente omisión de los efectos excitantes del tabaco. Frente a esta idea, los adolescentes que no fumaban refirieron que el tabaco les dañaba la salud y por esta razón no lo hacían. De forma generalizada los jóvenes refirieron que el tabaco podría producir patologías de carácter respiratorio y cáncer, pero con el matiz de que esos problemas solo les ocurren a las personas mayores, transmitiendo una autopercepción de invulnerabilidad frente a los efectos dañinos del tabaco.

### **2.4.3 Relación con otras drogas**

El consumo conjunto de alcohol y tabaco es un hecho comprobado en la población adulta. El riesgo de enfermedad y muerte es mucho mayor cuando se suman ambas adicciones (NIH, 1998) y los fumadores tienen un mayor grado de dependencia alcohólica. El alcoholismo es 10 veces más común en fumadores que en no fumadores (Ruiz-Risueño, 2012). El inicio en el consumo de tabaco en los adolescentes es superior entre los que también consumen bebidas alcohólicas, con un riesgo dos veces superior que los que no las consumen (Ariza, 2002). 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. Kandel (1992) ya 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 de 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 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.

Los discursos obtenidos en el presente trabajo ofrecen una controversia sobre si las motivaciones para el consumo de alcohol y el de tabaco son parecidas, y si estos dos consumos van juntos y pueden propiciar el consumo de otras drogas. Un grupo de adolescentes, más jóvenes o con menor experiencia en el policonsumo, indican que el consumo de alcohol se asocia a momentos de fiesta y se corre el riesgo inmediato de sufrir una intoxicación, mientras que en el caso del tabaco relaja y sirven para aliviar momentos de estrés. Por tanto, los motivos son diferentes para cada una de las sustancias lo que origina diferentes patrones de consumo, diferentes recompensas tras su consumo y diferentes riesgos. En este orden de ideas, los encuestados son conscientes de la relación entre alcohol, tabaco y drogas siendo perjudiciales para la salud, en mayor medida, cuando se consumen de forma simultánea. Otro grupo de alumnos, más experimentados en el consumo de múltiples drogas, asumen la relación y el consumo de forma progresiva. El consumo de tabaco, para la mayoría de encuestados, conlleva el consumo de cannabis (porro), justificándose en un hábito similar de consumo. Ellos mismos establecen un orden de consumo que incluye primero las drogas legales para abarcar posteriormente drogas ilegales, comenzando por la marihuana. Es destacable que esta progresión en escalada del consumo, de tipo de drogas y de cantidad consumida, no es considerada peligrosa hasta por la tercera parte de los adolescentes mientras que sólo la cuarta parte cree que el cannabis es más dañino que el tabaco (Calafat, 2009).

### 3. Consideraciones finales

Dado el gran número de variables que influyen en el consumo de alcohol y tabaco, parece apropiado plantear una etiología multicausal. Diferentes modelos integran los principales factores que contribuyen al consumo de drogas en la adolescencia, agrupados en factores contextuales (que incluyen variables sociodemográficas, biológicas, culturales y ambientales), factores sociales (en referencia tanto al entorno próximo del adolescente, familia, escuela, grupo de amigos, como a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación y factores personales (que comprenden cogniciones, habilidades, y otras variables personales relevantes) (Espada, 2003). Estos modelos consideran que los factores sociales y personales actúan conjuntamente facilitando la iniciación y escalada del consumo de alcohol y tabaco. Así, algunos adolescentes pueden verse influidos por los medios de comunicación, pero parece mucho más probables que la mayor influencia venga de la mano de familiares o amigos que beben o fuman. Las influencias sociales tienen mayor impacto en los adolescentes psicológicamente vulnerables, cuyos repertorios básicos de conducta son pobres, por ejemplo déficits en habilidades sociales o académicas, y con deficiencias o problemas psicológicos como baja autoestima, ansiedad o estrés. Ello no quita que la presión social y la normalización del consumo sean elementos con gran poder de influencia en todos los adolescentes, y que cuantos más factores de riesgo incidan en un adolescente, mayor probabilidad de consumo de alcohol y tabaco existirá.

El conocimiento de las variables y de los mecanismos que conducen al consumo de alcohol y tabaco es una información útil para elaborar programas de prevención. Así, una intervención dirigida a aumentar la competencia personal mediante entrenamiento asertivo puede tener efectos beneficiosos sobre varios factores psicológicos que protegen del abuso de sustancias, como la adquisición de habilidades para rechazar los ofrecimientos de cualquier tipo de droga y para mejorar la autoestima. Por ello las actividades de prevención que aportan evidencias sobre su eficacia tienen un enfoque integral, proponiéndose intervenciones sobre las influencias sociales y sobre la competencia social de los adolescentes (Thomas, 2007). En este ámbito parece indicado utilizar los elementos motivacionales para prevenir el consumo o conseguir su cese, explicando a los padres la importancia de la educación para la salud desde el hogar (Nilsson, 2010; Sargent, 2001) y mejorando las habilidades para rechazar el tabaco ofrecido por los pares (Cortés, 2005; Leavy, 2010). Esta labor debe afrontarla el personal sanitario desde un enfoque de carácter multidisciplinar y puede comenzar con la consecución de espacios libres de humo en los lugares de reunión de los jóvenes (Niknami, 2008; Aburto, 2007) y el acercamiento a los centros de Educación Primaria y Secundaria (Pérez-Milena, 2012b; Sargent, 2001).

En esta labor preventiva y de promoción de la salud, los consumos de tabaco y alcohol deben entenderse como un factor de riesgo para la aparición de otros hábitos no saludables en los adolescentes. Baste observar el estudio de cohortes realizado en Noruega (Wiiium, 2015) donde observaron el comportamiento de una población adolescente durante 17 años, constatando tres trayectorias de desarrollo (convencional, pasiva y no saludable) e infiriendo que los individuos situados en una trayectoria no saludable, tanto en consumo de alcohol-tabaco como en estilo de alimentación-ejercicio, tienen un mayor riesgo en términos de resultados de salud, constituyéndose por tanto en los objetivos de actuación para las intervenciones de promoción de la salud.

## CONCLUSIONES

1. El género actúa determinando diferentes motivaciones para el consumo de alcohol y tabaco, proporciona a los hombres autoestima, independencia y sensación de pertenencia al grupo mientras que en las mujeres prima el aspecto sexista y de mejora de la imagen personal.
2. La edad provoca diferentes patrones de consumo: de ocasional o de prueba se pasa a un consumo asociado al ocio o diario, siendo este cambio aceptado por los adolescentes como normal.
3. La familia condiciona, con su comportamiento ante las drogas, una conducta imitativa en los menores, pero al mismo tiempo puede ser un factor protector contra las mismas.
4. Los pares constituyen el microsistema donde el adolescente desarrolla sus habilidades sociales y la presión de los iguales se constituye en un elemento fundamental para el inicio y el mantenimiento del consumo.
5. Las figuras sociales relevantes para los adolescentes son los adultos jóvenes, en especial los universitarios, mientras que las figuras de autoridad (sanitarios o profesores) no les aportan información relevante.
6. El consumo de alcohol se encuentra normalizado por la sociedad en mayor medida que el consumo de tabaco, aunque se detecta una actitud social pasiva ante el consumo de los menores.
7. El inicio del consumo, y sobre todo su mantenimiento, se forjan en los momentos de ocio nocturno donde el adolescente tiene libertad para realizar dicho consumo y le es necesario para integrarse en este tipo de diversión.
8. Los adolescentes creen estar bien informados sobre los problemas que genera el consumo, pero no son capaces de demostrarlo en las entrevistas. Demandan una información más acorde con su forma de comunicarse y de ser.
9. El consumo de alcohol no generaría dependencia y se creen capaces de controlar la cantidad que ingieren y de dejarlo cuando ellos quieran; sin embargo hay una mayor vivencia de adicción al tabaquismo tanto propia como de familiares.
10. No se aprecian las enfermedades a corto plazo que provocan estas sustancias, se remiten a patologías propias de adultos que no se relacionarían con su consumo actual.
11. El consumo de alcohol puede preceder al consumo de tabaco, y éste abriría las puertas al consumo de otras drogas como un proceso lógico de descubrimiento y de novedad en el ocio.



## BIBLIOGRAFÍA

- Aberásturi A, Knobel M. La adolescencia normal. México: Paidós; 1985.
- Aburto M, Esteban C, Quintana J., Bilbao A, Moraza FJ, Capelástegui A. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar. Anales de Pediatría. 2007; 66(4): 357–366.
- Adams L, Lonsdale D, Robinson M, Rawbone R, Guz A. Respiratory impairment induced by smoking in children in secondary schools. British Medical Journal. 1984; 288: 891–895.
- Adan A. Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking) Functional and dysfunctional impulsivity in young binge drinkers. Adicciones. 2012; 24(1): 17-22.
- Adamczyk-Robinette SL, Fletcher AC, Wright K. Understanding the Authoritative Parenting–Early Adolescent Tobacco Use Link: The Mediating Role of Peer Tobacco Use. Journal of Youth and Adolescence. 2002; 31(4): 311–318.
- Agrawal A, Lynskey MT, Pergadia ML, Kathleen KB, Heath AC, Martin NG, et al. Early cannabis use and DSM-IV nicotine dependence: a twin study. Addiction 2008; 103(11): 1896-1904.
- Aertgeerts B, Buntinx F, Bande-Knops J, Vandermeulen C, Roelants M, Ansoms S, et al. The value of CAGE, CUGE, and AUDIT in screening for alcohol abuse and dependence among college freshmen. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2000; 24: 53-57.
- Akre C, Michaud PA, Berchtold A, Suris JC. Cannabis and tobacco use: where are the boundaries?. A qualitative study on cannabis consumption modes among adolescents. Health Education Research. 2010; 25(1): 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-Medicina de Familia. 2008; 34(10): 484-488.
- Alcalá M, Azañas S, Moreno C, Gálvez L. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes, estudio de dos cortes. Medicina de Familia. 2002; 3: 81-7.
- Alfonso JP, Huedo TB, Espada JP. Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. Anales de Psicología 2009; 25(2): 330-338.
- Alonso C, Barrio V. Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar. Psicología Educativa. 1996; 2(1): 91-112.

- Alonso C, Del Barrio V. Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1998; 24(97): 679-701.
- Altarriba FX, Bascones A. Libro blanco sobre la relación entre adolescencia y alcohol en España. Madrid: Fundación Alcohol y sociedad; 2006.
- Altisent R, Pico MV, Mosquera J, Aubà J, Córdoba R. Protocolo de alcohol en Atención Primaria. *Formación Médica Continuada*. 1997; 3(4): 5-31
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV TR. Barcelona: Masson; 2002.
- Amezcua M, Gálvez-Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*. 2002; 76: 423-436.
- 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.
- Andersson MA, Maralani V. Early-life characteristics and educational disparities in smoking. *Social Science & Medicine*. 2015; 144: 138-147.
- Anderson P, Farke W. El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones*. 2007; 19: 333-339.
- Anderson TL, Cavanaugh PR, Rapp L, Daly K. Variaciones en el uso de sustancias entre clubbers de acuerdo con factores individuales y de nivel de escena. *Adicciones*. 2009; 21(4): 289-308.
- Araneda C. Jóvenes y drogas en países sudamericanos: Un desafío para las políticas públicas [online]. Montevideo: Sistema subregional de investigación e información sobre drogas. Naciones Unidas: Oficina contra la droga y el delito; 2007 (acceso 24 nov 2013). Disponible en: [http://www.infodrogas.gub.uy/html/actividades/documentos/Estudios\\_Subregional\\_Montevideo\\_Sept\\_2007-ARANEDA.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/html/actividades/documentos/Estudios_Subregional_Montevideo_Sept_2007-ARANEDA.pdf)
- Anderson TL, Cavanaugh PR, Rapp L, Daly K. Variaciones en el uso de sustancias entre clubbers de acuerdo con factores individuales y de nivel de escena. *Adicciones*. 2009; 21(4): 289-308.
- Arillo Santillán E, Fernández E, Hernández Avila M, Tapia Uribe M, Cruz Valdés A, Lazcano Ponce EC. Prevalencia de tabaquismo y bajo desempeño escolar, en estudiantes de 11 a 24 años de edad del estado de Morelos, México. *Salud Pública de México*. 2002, 44(1): 54-66
- Ariza C, García-Contiente X, Villalbí JR, Sánchez-Martínez F, Pérez A, Nebot M. Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. *Gaceta Sanitaria*. 2014; 28(1): 25–33.

- Ariza i Cardenal C, Nebot i Adell M. Predictores De La Iniciación Al Consumo De Tabaco En Escolares De Enseñanza Secundaria De Barcelona y Lleida. *Revista Española De Salud Pública*. 2002; 76(3): 227–238.
- Arnett JJ. *Adolescencia y adultez emergente: un enfoque cultural*. 3ª ed. México: Pearson Education; 2008.
- Asun D, Alvarado R. Aspectos médicos y sociales del consumo de drogas. En: Asun D, Alfaro J, Alvarado R, Morales G, Ed. *Drogas, juventud y exclusión social*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 1991.
- Audrain-McGovern J, Rodríguez D, Kassel JD. Adolescent smoking and depression: evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction*. 2009; 104: 1743–1756.
- Ayesta FJ, De la Rosa L. ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres? *Prevención del Tabaquismo*. 2001; 3: 155-160.
- Babor T, Rehm J, Jernigan D, Vaeth P, Monteiro M, Lehman H. Alcohol, Diabetes, and Public Health in the Americas. *Revista Panamericana De Salud Pública*. 2012; 32(2): 151–155.
- Backinger CL, Fagan P, Matthews E, Grana R. Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tob Control*. 2003; 12: 46-53.
- Baer J. The effects of family structure and SES on family process in early adolescence. *Journal of adolescence*. 1999; 22(3): 342-349.
- Baeza MC. Formación de actitudes como alternativa a la prevención de la droga. *Adicciones*. 1992; 4 (3): 183-196
- Bahora M, Sterk CE, Elifson KW. Understanding recreational ecstasy use in the United States: a qualitative inquiry. *International Journal of Drug Policy*. 2009; 20: 62–69.
- Balodis IM, Potenza MN, Olmstead MC. Binge drinking in undergraduates: relationships with sex, drinking behaviours, impulsivity, and the perceived effects of alcohol. *Behavioral Pharmacology*. 2009; 20: 518-526.
- Bandura, A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
- Barber P, González López-Valcárcel B, Pinilla J, Santana Y, Calvo JR, López A. Attitudes of teenagers towards cigarettes and smoking initiation. *Substance Use Misuse*. 2005; 40: 625-643.
- Barrueco M, Vicente M, Garavís JL, Blanco A, Rodríguez MC. Prevención del tabaquismo en la escuela: resultado de un programa realizado durante tres años. *Archivos de Bronconeumología*. 1998; 34: 323-328.

- Barrueco, Miguel; Gómez Cruz, Generoso; Torrecilla, Miguel; Pérez Trullén, Alfonso; Bartolomé Moreno, Cruz. Valor de la intervención breve y los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en adolescentes. *Archivos de Bronconeumología*. 2007;43(6):334-339.
- Basiony MM. Smoking in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*. 2009; 30(7): 876–881
- Batra V, Patkar AA, Weibel S, Leone FT. Tobacco smoking as a chronic disease: notes on prevention and treatment. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2002; 29(3): 629-648.
- Baumrind D. A developmental perspective on adolescent risk-taking behavior in contemporary America. En: Damon W. Ed. *New directions for child development*. 1987; 37:93–125.
- Bava S, Tapert SF. Adolescent brain development and the risk for alcohol and other drug problems. *Neuropsychology Review*. 2010; 20:398–413.
- Baumrind D. Effective parenting during the early adolescent transition. En: Cowan PA, Hetherington M. Ed. *Family transitions*. Hillsdale, NY: Erlbaum; 1991: 111-163.
- Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 2002.
- Becoña E, Vázquez F. Consumo problemático de sustancias. En: Caballo V, Ed. *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Trastornos generales. Madrid: Siglo XXI; 2001: 213-236.
- Bellis MA, Hughes K. Consumo recreativo de drogas y reducción de daños en la vida nocturna global. *Adicciones*. 2003; 15 (2): 289-309.
- Berjano E, Musitu G. *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. Valencia: Nau Llibres; 1987.
- Berkey CS, Tamimi RM, Rosner B, Lindsay AL, Colditz GA. Young Women with Family History of Breast Cancer and Their Risk Factors for Benign Breast Disease. *Cancer*. 2012; 118(11):2796–2803.
- Berkowitz AD. An overview of the social norms approach. En: Lederman LC, Stewart LP, Eds. *Changing the Culture of College Drinking: A Socially Situated Health Communication Campaign*. Creskill, NJ: Hampton Press; 2005: 194-214.
- Barrueco M, Cruz GG, Torrecilla M, Pérez Trullén A, Moreno CB. Valor de la intervención breve y los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en adolescentes. *Archivos de Bronconeumología*. 2007;43(6):334-339.
- Blau GM, Gillespie JF, Felner RD, Evans EG. Predisposition to drug use in rural adolescents: preliminary relationships and methodological considerations. *Journal of Drug Education*. 1988; 18: 13-22.
- Blum RH. Un hombre de ciencia juzga la droga. En: Dauff L, Ed. *La verdad sobre la droga*. Barcelona: Promoción Cultural; 1973.

- Bobes J, Calafat A. De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones*. 2000; 12 (2): 7-18.
- Boletín Oficial del Estado. 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.
- Borrell C, García-Calvente MM, Martí JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(1): 2-6.
- Botvin GJ, Botvin EM. Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1992; 13(4):290-301.
- Bras J. Prevención en la infancia y adolescencia. En: Brotons C, Ciurana R, Iglesias M, Eds. *Manual de prevención en atención primaria*. Barcelona: EdiDe; 2003: 355-362.
- Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Daily smoking and the subsequent onset of Psychiatric disorders. *Psychological Medicine*. 2004; 34(2): 323-333.
- Bricard D, Jusot F, Beck F, Khat M, Legleye S. Educational inequalities in smoking over the life cycle: an analysis by cohort and gender [online]. *International Journal of Public Health*. 2015; 28. [Epub ahead of print]. <http://link.springer.com/10.1007/s00038-015-0731-6>
- Brook JS, Balka E, Zhang C, Pahl K, Brook DW. Adolescent academic adjustment factors and the trajectories of cigarette smoking from adolescence to the mid-thirties. *International Journal of Mental Health*. 2011; 40: 7-21
- Brook JS, Brook DW, Gordon AS, Whiteman M. The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach. *Genetic, social, and general psychology monographs*. 1990; 116(2):111-267.
- Brosse J. *La Magie des Plantes. Tabac*. Paris: Espaces libres; 1990.
- Brown SA, McGue M, Maggs M, Schulenberg J, Hingson R, Swartzwelder S, et al. A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 Years of Age. *Pediatrics*. 2008; 121(4):290–310.
- Buelga S, Pons J. Alcohol y adolescencia: ¿cuál es el papel de la familia? *Encuentros en Psicología Social*. 2004; 2(11): 39-43.
- Burkhart G. Intervenciones preventivas en la primera infancia en Europa. *Adicciones*. 2001; 13(1):89-100.
- Burns DM. Adicción a la nicotina. En: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Eds. *Harrison: Principios de Medicina Interna*. 18ª ed. Mexico: Interamericana; 2011:2736-2776.

- Burr ML, Anderson HR, Austin JB, Harkins LS, Kaur B, Strachan DP, et al. Respiratory symptoms and home environment in children: a national survey. *Thorax*. 1999; 54(1): 27-32.
- Caamano-Isorna F, Corral M, Parada M, Cadaveira F. Factors associated with risky consumption and heavy episodic drinking among Spanish university students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2008; 69(2): 308-312.
- Caballero-Hidalgo A, González B, Pinilla J, Barber P. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*. 2005; 19(6): 440-447.
- Cadaveira F. Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*. 2009; 21: 9-14.
- Cahill K, Lancaster T, Green N. Intervenciones basadas en estadios para el abandono del hábito de fumar. (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, Número 11, 2010. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 11. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Calafat A, Juan M, Becoña E, Castillo A, Fernández C, Franco M, et al. El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*. 2005; 17(3): 193-202.
- Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil E, Palmer A, et al. Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: Ministerio de Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2000.
- 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(3): 217-223.
- Calafat A, Fernández C, Jerez JM, Becoña E. Mediadores recreativos y drogas: nueva área para la prevención. Valencia: IREFREA; 2007c.
- Calafat A, Juan M, Duch MA. Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: revisión. *Adicciones*. 2009; 21(4): 387-414.
- Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud: apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*. 2002; 76: 473-482.
- Callejo Gallego J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*. 2002; 76: 409-422.
- Camarero LA. Ocio de los jóvenes rurales. *Jornadas Juventud y Ocio de Fin de Semana*. Murcia: Instituto de la Juventud. 2001
- Campo-Arias A. Prevalencia de Dependencia de Nicotina en Algunas Poblaciones: una Revisión Sistemática. *Revista de Salud Pública*. 2006 ; 8(1): 98-107.

- Canales M. Grupos de discusión. En Delgado JM, Gutiérrez J, Eds. Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1994: 225-238.
- Carceller N, Ariste S, Martínez A, Martoell MA, Correa M, DiGiacomo SM. El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto. *Adicciones*. 2014; 26(1): 34-45.
- Carey KB, Scott-Sheldon LA, Carey MP, DeMartini KS. Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. *Addictive Behaviors*. 2007; 32: 2469-2494.
- Carlini-Marlatt B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N, Souza Mde F. Drinking practices and other health-related behaviors among adolescents of São Paulo City, Brazil. *Substance Use & Misuse*. 2003; 38: 905-932.
- Carnacini A, Arfelli G. Selected nutritional components of wine. *Alcologia*. 1994; 6:41-49.
- Carrasco González A, Barriga Jiménez S, León Rubio J. Consumo de alcohol y factores relacionados con el contexto escolar en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2004;9(2):214-217.
- Carreter J, García O, Ródenas JL, Gómez A, Bermejo Y, Villar I. Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Atención Primaria*. 2011; 43: 435-459.
- Casas J, Ceñal MJ, Rosal T, Jurado J, de la Serna O. Conceptos esenciales de la adolescencia. Criterios cronológicos, físico-funcionales, psicológicos y sociales. *Medicine*. 2006;9(61):3931-3937.
- Castellana M. Los padres, unos acompañantes significativos. *Cuadernos de Pedagogía*. 2003; 320: 60-62.
- Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*. 2003; 34: 164-167.
- Caulkins JP, Pacula RL, Paddock S, Chiesa J. What we can—and cannot—expect from school-based drug prevention. *Drug and Alcohol Review*. 2004; 23(1): 79–87.
- Caviedes Altable BE. La televisión y los niños: ¿ es responsable la televisión de todos los males que se le atribuyen? *Atención Primaria*. 2000; 25(3): 142-147.
- Ceinos P. Australia: Aborígenes, minería y supervivencia. En: Ceinos P, Ed. *Minorías étnicas*. Barcelona: Integral Edicions; 1990.
- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1994; 43(2): 1-18.
- Cernuda López J.L.; Estudio del consumo de alcohol y otras drogas en alumnos-as de los cursos de monitores-as de ocio y tiempo libre. *Revista Española de Drogodependencias*. 2009; 34(3): 298-315.

- Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN. Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*. 2003;160(6):1041-1052.
- 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(1), 67-78.
- Cheraghi M, Sundeep S. Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Respiratory Health in Children. *European Journal of Pediatrics*. 2009; 168(8): 897–905.
- Cicua D, Méndez M, Muñoz L. Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*. 2008;4: 115-134.
- Clemente Jiménez M, Rubio Aranda E, Perez Trullén A, Marrón Tundidor R, Herrero Labarga I, FernandezEspinar J. Determinación de la dependencia a la nicotina en escolares fumadores a través del test de Fagerström modificado. *Anales de Pediatría*. 2003; 58 (6): 538-544
- Cogollo-Milanés Z, Gómez-Bustamante EM. Variables Associated with the Onset of Cigarette Smoking Among Adolescent Public Middle-School Students in Cartagena, Colombia. *Aquichán*. 2014; 14(2): 226–236.
- Coleman JC. Friendship and the peer group in adolescence. En: Adelson J, Ed. *New York: Handbook of adolescent psychology*; 1980: 408-431.
- Coleman LM, Cater SM. A qualitative study of the relationship between alcohol consumption and risky sex in adolescents. *Archives of Sexual Behavior*. 2005; 34: 649-661.
- Collins AW, Laursen B. Parent-Child Communication during Adolescence. En: Gardner KA, Cutrona CE, Vagelist AL, Eds. *Handbook of Family Communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2004; 333- 348.
- Comas Arnau D. Ocio nocturno y riesgos: otros hallazgos, otras estrategias. En: *Jornadas Noche Segura: una Opción para el Consenso y la Reducción de riesgos*. Madrid: Energy Control. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas; 2004
- Comas D. Experiencias de ocio como aprendizaje para la vida. En: *Libro de Ponencias: Congreso 'Ser adolescente hoy' (2005)*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2005; 257-272.
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. *Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2)*. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999.
- Conde F. Algunas reflexiones sobre el abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. La importancia de la educación en el consumo de drogas como un medio de prevención en el consumo de drogas. *Revista Española de Drogodependencia* 2009; 34(4): 401-419.

- Consejería de Salud y Bienestar Social. La Población andaluza ante las drogas XII. Drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales. Sevilla: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología; 2011. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencias LA POBLACION ANDALUZA XII 2011.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Drogodependencias_LA_POBLACION_ANDALUZA_XII_2011.pdf).
- Consejería de Asuntos Sociales. II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (200-2007). Sevilla: Junta de Andalucía; 2008.
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. La población andaluza ante las drogas, 2011. Sevilla: Consejería para la igualdad y bienestar social; 2011.
- Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Lizarbe Alonso V, Jiménez Muñoz M. Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria. *Atención Primaria*. 2012; 44(11): 635-637.
- Cortés M, Schiaffino A, Martí M, Fernández E. Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*. 2005; 19(1): 36-44.
- Cortés MT, Espejo B, Giménez JA. Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*. 2007; 19: 357-72.
- Cortés MT, Espejo B, Giménez JA. Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*. 2008; 20(3):396-402.
- Cortés O, Ceñal MJ. Patrones normales del crecimiento y desarrollo físico. La pubertad. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM, Eds. *Medicina de la Adolescencia*. Atención integral. Madrid: Ergon; 2004: 24-32.
- Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, Iacoviello L, De Gaetano G. Wine, beer or spirit drinking in relation to fatal and non-fatal cardiovascular events: a meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*. 2011; 26: 833-850.
- Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. California: Sage; 1998.
- Dalton MA, Tickle JJ, Sargent JD, Beach ML, Ahrens MB, Heatherton TF. The incidence and context of tobacco use in popular movies from 1988 to 1997. *Preventive Medicine*. 2002; 34(5):516-523.
- Daumer J. Perte de la langue et réponses acculturatives: Le cas de la piste des bretons. *Information Psychiatrique*. 1985; 61(10), 1365-1372.
- Dawson DA. The link between family history and early onset alcoholism: earlier initiation of drinking or more rapid development of dependence? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2000; 61(10): 637–646.
- De Bellis MD, Clark DB, Beers SR, Soloff PH, Boring AM, Hall J et al. Hippocampal volume in adolescent-onset alcohol use disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(5): 737-744.

- De la Revilla L. La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: De la Revilla L, Ed. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994a: 37-42.
- De la Revilla L, De los Ríos AM. La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Atención Primaria*. 1994b;13: 73-6.
- De la Revilla L. El uso del genograma en la consulta. Granada: Adhara-Fundesfam; 2005.
- De La Villa M, Rodríguez FJ, Sirvent C. Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*. 2006; 18(1): 52–58.
- De Solà-Morales O. La promoción del abandono del tabaquismo: una revisión de las estrategias. *Consulta Técnica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. 2003.
- De Vries H, Backvler E, Kok G, Dijkstra M. The impact of social influences in the context of attitude, self efficacy, intention and previous behavior as predictors of smoking onset. *Journal of Applied Social Psychology* 1995; 25: 237-257.
- DeBlois ME, Kubzansky LD. Childhood self-regulatory skills predict adolescent smoking behavior. *Psychology, Health & Medicine*. 2015; 1: 1-14.
- Decorte T, Mortelmans D, Tieberghien J, De Moor S. Drug use: an overview of general population surveys in Europe. *Thematic Papers*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2009.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas . Informe sobre alcohol. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2007.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2011.
- Dehne KL, Riedner G. Adolescence , a dynamic concept. *Reproductive Health Matters*. 2001;9: 11–15.
- Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2011.
- DeWit DJ, Adlaf EM, Offord DR, Ogborne AC. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 2000; 157(5):745–750.

- Díaz FJ, Jane M, Salto E, Pardell H, Salleras L, Pinet C, et al. A brief measure of high nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological surveys. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005; 39(3): 161-168.
- Díaz-González T. Programa de prevención del consumo de alcohol en jóvenes a través de una oferta de ocio alternativo en horario nocturno : 'Las mil y una noches'. *Trastornos Adictivos*. 2002; 4(2):92-94.
- Díaz-Morales K. Medición y caracterización de factores familiares individuales, ambientales en consume y no consume de drogas en adolescentes [tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
- Dickinson MA, Ponce ME, Gómez FJ, González E, Fernández MA, Corzo MT, et al. Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. *Atención Primaria*. 1998; 21:275-282.
- Díez-Gañán L, Rodríguez Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar Castellón P, Fernández Pacheco L, Rey Calero JD. Características demográficas, hábitos de vida e historia del consumo de tabaco de los fumadores ocasionales en España. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76(4), 281-291.
- DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD, Weitzman M, Hipple BJ, Winickoff JP. Tobacco Promotion and the Initiation of Tobacco Use: Assessing the Evidence for Causality. *Pediatrics*. 2006; 117(6):1237–1248.
- DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, O'Loughlin J, Pbert L, Ockene JK, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2007; 161(7): 704-710.
- Dijkstra A, Borland R. Residual outcome expectations and relapse in ex-smokers. *Health Psychology*. 2003; 22: 340-346.
- Dirección General de Ordenación y Evaluación Educativa. Evaluación de diagnóstico del curso 2007-2008. Cuestionario de contexto: familia [online]. Consejería de Educación, Junta de Andalucía. 2008 (acceso 13 sept 2011). Disponible en: <http://redes-cepalcala.org/inspector/PED/PED%202007-2008/CUESTIONARIO%20FAMILIA%20PRIMARIA.pdf>
- Doku D, Koivusilta L, Rainio S, et al. Socioeconomic differences in smoking among Finnish adolescents from 1977 to 2007. *Journal of Adolescent Health*. 2010; 47: 479–87.
- Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *British Medical Journal*. 1950; 2: 739-48.
- Donovan RJ, Jancey J, Jones S. Tobacco point of sale advertising increases positive brand user imagery. *Tobacco Control*. 2002; 11(3): 191-194.
- Doubeni CA, Li W, Fouayzi H, DiFranza JR. Perceived accessibility as a predictor of youth smoking. *Annals of Family Medicine*. 2008; 6(4):323-330

- Douglas TC Lai, Kate Cahill, Ying Qin, Jin-Ling Tang. Intervenciones motivacionales para el abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, Número 1, 2010. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Edwards A, Arif A, Hodgson R. Nomenclature et classification des probltmes liés A la consommation de drogue et d'alcool: Mémorandum. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé. 2004; 60(4): 499-520.
- Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ. Highrisk behaviors associated with early smoking: results from a 5-year follow-up. Journal of Adolescent Health 2001; 28(6): 465–473.
- Ellickson PL, McCaffrey DF, Ghosh-Dastidar B, Longshore DL. New Inroads in Preventing Adolescent Drug Use: Results From a Large-Scale Trial of Project ALERT in Middle Schools. American Journal of Public Health. 2003; 93(11): 1830–1836.
- Elliott R, Fischer CT, Rennie DL. Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. British Journal of Clinical Psychology. 1999; 38: 215-229.
- Elzo J, Comas D, Laespada MT, Salazar L, Vielva I. Las culturas de las drogas en los jóvenes: Ritos y fiestas. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2000.
- Encuesta sobre alcohol y drogas en España (2015). EDADES 2013-2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>
- Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España (2013). EDADES 2011-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
- Ennett ST, Tobler NS, Ringwalt CL, Flewelling RL. How effective is drug abuse resistance education? A metaanalysis of Project DARE outcome evaluations. American Journal of Public Health. 1994; 84: 1394-1401.
- Eriksen M, Mackay J, Ross H. The Tobacco Atlas. 4ª ed. Atlanta: American Cancer Society and World Lung Foundation; 2012
- Erikson E. Adolescencia: identidad y crisis. Buenos Aires: Paidós; 1968.
- Espada JP, Méndez X, Griffin K, Botvin GJ. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo. 2003; 84: 9-17.
- Espada JP, Pereira JR, García JM. Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. Psicothema. 2008; 20(4): 531–537.

- Espejo B, Cortés MT, del Río BM, Giménez JA, Gómez C. Traits that define the different alcohol intensive consume type during the practice of “botellon.”. Spanish Journal of Psychology. 2012;15(1):256–264.
- Etter JF, Le Houezec J, Perneger TV. A self-questionnaire to measure dependence on cigarette: The Cigarette Dependence Scale. Neuropsychopharmacology. 2003; 28(2): 359-370.
- European Charter on Alcohol, European Conference on Health, Society and Alcohol (ECHSA), Paris, France, 12-14 December 1995. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995
- European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction (EMCDDA). Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y Novedades [online].. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2015. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>
- European Monitoring Centre For Drugs And Drug Addiction (EMCDDA). Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y Novedades [online].. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2014. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/edr2014>
- European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA). Drug use: an overview of general population surveys in Europe [online]. Lisbon. 2009 Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/gps>
- European Opinion Research Group. Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs. Brussels: Directorate-General for Justice and Home Affairs; 2002.
- Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Richard RD, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparison among countries and categories of smokers. Tobacco control. 1996; 5(1): 52-56.
- Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addictive Behaviors. 1978; 3(3): 235-241.
- Faggiano F, Minozzi S, Versino E, Buscemi D. Universal school-based prevention for illicit drug use. En: Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. John Wiley & Sons, Ltd; 2014 (acceso 8 jul 2015). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003020.pub3/abstract>
- Fantin MB, García HD. Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. Ayaju. 2011;9(2): 193-214.
- Faupel CE. Heroin use, crime and employment status. Journal of Drug Issues. 1988; 18(3): 467-479.
- Fenzel L. Multivariate analyses of predictors of heavy episodic drinking and drinking-related problems among college students. Journal of College Student Development Washington 2005; 46: 126-140.

- Fernández de Sanmamed MJ, Calderón C. Investigación cualitativa en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Eds. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica. 5ª ed. Madrid: Elsevier. 2003; 224-249.
- Fernández-Solá J. Consumo de alcohol y riesgo cardiovascular. Hipertension. 2005; 22(3):117-132.
- Fernández-Solá J. Efectos de las dosis bajas de alcohol. JANO. Medicina y Humanidades. 2008; 1690: 27-31.
- Ferri M, Burkhart G, Allara E, Bo A, Gyarmathy AV, Faggiano F. Media Campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. En: The Cochrane Collaboration, Ed. Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013(acceso 11 ago 2015). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009287>
- Flynn BS, Worden LK, Secker-Walker RH, Badger GJ, Geller BM, Costanza MC. Prevention of cigarette smoking through mass media intervention and school programs. American Journal of Public Health. 1992; 82: 827-834.
- Font-Mayolas S, Planes M. Efectos del modelado por parte de la familia, pareja y amigos en la conducta de fumar de jóvenes universitarios. Adicciones. 2000; 12(4): 467-477.
- Forster JL, Widome R, Bernat DH. Policy interventions and surveillance as strategies to prevent tobacco use in adolescents and young adults. American Journal of Preventive Medicine. 2007; 33(6): 335-339.
- Forsyth AJM, Lennox JC. Gender differences in the choreography of alcohol-related violence: An observational study of aggression within licensed premises. Journal of Substance Use. 2010; 15(2): 75-88.
- Foster KT, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Gender differences in the structure of risk for alcohol use disorder in adolescence and young adulthood. Psychological Medicine. 2015; 45: 3047-3058.
- 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, Numero 2, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. . (Revision Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane, Número 2, 2002. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2002 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Foxcroft D, Tsertsvadze A. Programas universales de prevención de componentes múltiples para el abuso de alcohol en los jóvenes. (Revision Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane, Número 9, 2011a. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2011a Issue 9. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Foxcroft D, Tsertsvadze A. Programas escolares universales para prevenir el abuso del alcohol en los jóvenes. (Revision Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane, Número 5, 2011b. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2011b Issue 5. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Foxcroft DR, Moreira MT, Almeida Santimano NM, Smith LA. Social norms information for alcohol misuse in university and college students. En: Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 (acceso 23 sep 2015). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006748.pub3/abstract>
- Fraile CG, Riquelme N, Pimenta AM. Consumo de Drogas lícitas e ilícitas en escolares y factores de protección y de riesgo. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 2004; 12: 345–351.
- Fraile M, Oca P. Evaluación de un programa de ocio saludable. En: Ponencias de las VII Jornadas sobre Prevención de drogodependencias. Alcorcón: Ayuntamiento, Agencia Antidroga. 2003;167-171.
- Franco M, Juan M, Pereiro C, Calafat A, Castillo A, Becoña E, Ros M. El consumo de alcohol en la lógica del botellón. Adicciones. 2005; 17: 193-203.
- Freixa F. Uso y riesgo de dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes. En: Sánchez-Turet M, Ed. Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias; 1993: 73-108.
- Fundación para la Atención e Incorporación Social. La población andaluza ante las drogas, 2009. Sevilla: Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias de Andalucía; 2011.
- Galbe J, Soriano FJ, Colomer J, Cortés O, Esparza MJ, García J. Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2012; 14(56): 335-342.
- Galván C, Suárez RG, Oliva C, Doménech E. Patología respiratoria en los jóvenes y hábito tabáquico. Archivos de Bronconeumología. 2000; 36(4): 186-190
- García P, Carrillo A, Fernández A, Sánchez JM. Factores de riesgo en la experimentación y el consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años. Actitudes ante el tabaco en los grupos de presión. Atención Primaria. 2006; 37(7): 392-329.
- 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. Revista Prevención del Tabaquismo. 2001; 3: 215-223.

- García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria* 2000; 25: 181-186.
- García-Campayo J, Ed. *La familia y el médico de familia: elementos básicos de intervención desde atención primaria*. Madrid: Mayo; 2004: 27-35.
- García- del Castillo JA, Lopez-Sanchez C, Segura-Diez MC, Garcia del Castillo-Lopez A. Vulnerabilidad al consumo de drogas. En: Rodes-Lloret F, Monera-Olmos CE, Pastor-Bravo M. *Vulnerabilidad Infantil: un enfoque multidisciplinar*. Madrid: Diaz de Santos; 2011: 7-23
- García-García A, Núñez-Caballero S, Moreno-Aranega A, Rojas-Moreno A, Caballero-Villa E, Meléndez-Ortiz C, et al. Evolución del hábito tabáquico en jóvenes universitarios en la primera década del siglo XXI. *Enfermería en Cardiología*. 2010; 50: 47-51.
- García-Martínez A, Benito J. Educación para la salud y elementos socioculturales de la alcoholización. *Anales de Pedagogía*. 2000; 18: 111-124.
- García-Moreno LM, Capilla A, García-Sánchez O, Luque J, Senderek K, Conejo, Arias JL. Alcohol tolerance in rats submitted to different periods of chronic and acute ethanol intake. *Psicothema*. 2004; 16: 211-216.
- García-Moreno LM, Expósito-Torrejón J, Sanhueza-Guzmán C, Angulo M. Análisis de las actividades de ocio en estudiantes de primer curso de la Facultad de Educación : relación con el alcohol. *Revista de Psicología de la Educación*. 2009; 20(1): 165-192.
- García-Señorán MM. *Educación para la salud: el consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de Galicia. Propuesta educativa para su prevención*. [Tesis doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago; 1994.
- Gázquez M, García JA, Espada J. Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y Drogas*. 2009; 9(2): 185-208.
- Giedd JN. The teen brain: insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*. 2008; 42(4): 335–343.
- Ginzler J, Cochran B, Domenech-Rodríguez 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: 725-758.
- Gold MS, Aronson MD, Schwenk TL, Hermann R. *Psychosocial treatment of alcohol abuse and dependence* [Monografía en Internet]. Waltham, MA: UpToDate; 2010. .
- Golub A, Johnson BD. The misuse of the 'gateway theory' in us policy on drug abuse control: a secondary analysis of the muddled deduction. *International Journal of 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 (2): 211-217.

- Gómez-Rábago M, Gómez-NAvarro R. Valoración del consumo de alcohol en estudiantes de derecho y de medicina de la Universidad Complutense de Madrid. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2001; 27: 339-347.
- González-Calleja F, García-Señorán M, González-González SG. Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*. 1996; 8(2): 257-267.
- González-Henríquez L, Berger-Vila K. Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. *Ciencia y enfermería* [online]. 2002; 8(2): 27-35 (acceso 19 nov 2015). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000200004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000200004&script=sci_arttext)
- Granic I, Dichon TJ, Hollestein T. The Family Ecology of Adolescence: A dynamic systems perspective on normative development. En: Adams GR, Berzonsky MD, Eds. *Blackwell Handbook of Adolescence*. Maiden, MA: Blackwell; 2003: 60-91.
- Grant BF, Dawson DA. Age at onset of alcohol use and its association with DSMIV alcohol abuse and dependence. Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse* 1997; 9(1): 103-110.
- Graña J. Muñoz M. Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*. 2000; 8: 249-269.
- Griesler PC, Hu MC, Kandel DB. Nicotine Dependence in Adolescence and Physical Health Symptoms in Early Adulthood [online]. *Nicotine & Tobacco Research*. 2015 [Epub ahead of print] <http://ntr.oxfordjournals.org/content/early/2015/08/13/ntr.ntv149.long>
- Grimshaw GM, Stanton A. Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 4, 2004. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2004 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Grimshaw GM, Stanton A. Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 4, 2007. 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.).
- Gruber J. The Economics Of Tobacco Regulation. *Health Affairs*. 2002; 21(2): 146-162.
- Gruber J, Zinman J. Youth smoking in the United States: evidence and implications. En: Gruber J, Ed. *Risky Behavior Among Youths: An Economic Analysis*. Chicago: University of Chicago Press; 2000: 69–120.
- Guxens M, Nebot M, Ariza C, Ochoa D. Factores asociados al inicio de consumo de cannabis una revisión sistemática de estudios de cohortes. *Gaceta Sanitaria*. 2007; 21(3): 252-260.
- Hale CJ, Hannum JW, Espelage DL. Social support and physical health: the importance of belonging. *Journal of American College Health*. 2005; 53: 276-284.

- 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 and Alcohol Review*. 2005; 24: 39-48.
- Hamel C. *Developmental Tasks of Families with Adolescents: A Pilot Study*. Montreal: McGill University, School of Social Work; 1985.
- Hammersley M. *What's Wrong with Ethnography?* London and New York: Routledge; 1992.
- Hansen W. School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research* 1992; 7(3): 403-430.
- Harper C. The neuropathology of alcohol-related brain damage. *Alcohol and Alcoholism*. 2009; 44(2): 136–140.
- Harris H, Bergkvist L. Alcohol intake and mortality among women with invasive breast cancer. *British Journal of Cancer*. 2012; 106: 592-595.
- Hartford T, Parker D, Light L, Eds. A critique of the distribution of consumption model of prevention. In: *Normative approaches to the prevention of alcohol abuse and alcoholism: proceedings of a symposium (1977, San Diego, California)*. Rockville: U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1980; 26-28.
- Hatchette JE, McGrath PJ, Murray M, Finley GA. The role of peer communication in the socialization of adolescents' pain experiences: a qualitative investigation. *BMC Pediatrics*. 2008; 8(1): 2.
- Haustein KO. Fritz Lickint (1898-1960) – Ein Leben als Aufklärer über die Gefahren des Tabaks. *Suchtmedizin - Addiction Medicine*. 2004; 6(3): 249–255.
- Hawkins JD, Weis JG. (1985). The social development model: an integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*. 1985; 6: 73-97.
- Heider F. *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley and Sons; 1958.
- Heinz AJ, Beck A, Mayer-Linderberg A, Sterzer P, Heinz A. Cognitive and neurobiological mechanism of alcohol-related aggression. *Nature*. 2011; 12(7): 400-413.
- Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, Sitzler ML. Pharmacotherapy for nicotine dependence. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2005; 55(5): 281-299.
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlstrom S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. *The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2011.

- Hidalgo MI, González MP, Montón JL. Fases de la adolescencia y objetivos a conseguir. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2006; 13: 8-12.
- Higgins G, Marcum C. Can the theory of planned behavior mediate the effects of low self-control on alcohol use? *Collage Student Journal*. 2005; 39: 90-103.
- Hillemacher T. Biological mechanisms of alcohol dependence: New perspectives. *Alcohol and Alcoholism*. 2011; 46 (3): 224-230.
- Hong RM, Guo SE, Chen MY. The Experiences of Tobacco Use among South-Western Taiwanese Adolescent Males. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12: 10522-10535.
- Horrocks JE, Palacios JMS. *Psicología de la adolescencia*. Ciudad de México: Trillas; 1984.
- 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. *Journal of American College Health*. 2007; 56: 247-254.
- 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.
- Hughes JR. Distinguishing nicotine dependence from smoking. *Archives of general psychiatry* 2001; 58(9): 817-818.
- Hughes K, MacKintosh AM, Hastings G, Wheeler C, Watson J, Inglis J. Young people, alcohol, and designer drinks: quantitative and qualitative study. *British Medical Journal*. 1997; 314: 414-418.
- Ibañez J. Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI; 1992.
- Idrizovic K, Zenic N, Tahirajl E, Rausavljevic N, Sekulic D. Cigarette smoking among 17-18 years old adolescents – prevalence and association with sociodemographic, familial, sport and scholastic factors. *Medycyna Pracy*. 2015; 66: 153-163.
- Informe de resultados del Estudio Sociológico “Juventud y Alcohol”. Fundación Pfizer 2014. URL: [https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/Estudio\\_Juventud\\_Alcohol.pdf](https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/Estudio_Juventud_Alcohol.pdf)
- Inglés C, Delgado B, Bautista R, Torregrosa M, Espada J, García-Fernández J, et al. Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007; 7(2): 403-420.
- Instituto de la Mujer. El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales; 2007.

- International Center for Alcohol Policies (ICAP). Factores determinantes del consumo de alcohol. ICAP Policies Tools Series Issues Briefings 2009. URL: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=AG3p0J34i0E%3D&tabid=101>
- Jaccard J, Blanton H, Dodge T. Peer influences on risk behavior: an analysis of the effects of a close friend. *Developmental Psychology*. 2005; 41: 135-147.
- Jackson KM, Sher KJ, Cooper ML, Wood PK. Adolescent alcohol and tobacco use: onset, persistence and trajectories of use across two samples. *Addiction*. 2002; 97(5): 517–531.
- Jessor R, Jessor SL. *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press; 1977.
- Jha P. Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nature reviews Cancer* 2009; 9(9): 655-664.
- Jiménez-Muro A, Beamonte A, Marqueta A, Gargallo P, Nerín I. Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*. 2009; 21(1): 21-28.
- Jiménez-Pulido I. *Evolución del consumo del tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes en la última década y relación con el apoyo familiar [tesis doctoral]*. Jaen: Servicio de Publicaciones, Universidad de Jaen; 2012.
- John U, Meyer C, Hapke U, Rumpff HJ. Nicotine dependence and lifetime amount of smoking in a population sample. *The European Journal of Public Health*. 2004; 14(2): 182-185.
- Johnson RB. Examining the validity structure of qualitative research. *Education*. 1997; 118:282-292.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Monitoring the future; national results on adolescent drug use: overview of key findings. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 2003; 1(2): 213-234.
- Julià Cano A, Escapa Solanas S, Marí-Klose M, Marí-Klose P. Psychosocial risk factors in adolescent tobacco use: negative mood-states, peer group and parenting styles. *Adicciones*. 2012; 24(4):309–317.
- Kaempffer AM, Florenzano R, Maddaleno M, Bobadilla E. *Adolescencia y salud pública: Aspectos sociodemográficos. El adolescente en Chile. Características y problemas*. Santiago, Chile: Corporación de Promoción Universitaria; 1981.
- Kampov-Polevoy A, Lange L, Bobashev G, Eggleston B, Root T, Garbutt JC. Sweet-liking is associated with transformation of heavy drinking into alcohol-related problems in young adults with high novelty seeking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2014; 38:2119-2126.
- Kandel DB. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*. 1975; 190: 912-914.

- Kandel DB, Yamaguchi K. From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*. 1993; 83(6): 851–855
- Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progresión in drug involvement from adolescent to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*. 1992; 53: 447-457.
- Kaplan HB. *Deviant behavior in defense of self*. New York: Academic Press; 1980.
- Kaplan HB. Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*. 1996; 292: 345-377.
- Kim HH, Chun J. Examining the Effects of Parental Influence on Adolescent Smoking Behaviors: A Multilevel Analysis of the Global School-Based Student Health Survey (2003-2011) [online]. *Nicotine & Tobacco Research*. 2015 [Epub ahead of print]. <http://ntr.oxfordjournals.org/content/early/2015/08/20/ntr.ntv172.long>
- Kleinjan M, Engels RC, Van Leeuwe J, Brug J, Van Zundert RM, Van den Eijnden RJ. Mechanisms of adolescent smoking cessation: roles of readiness to quit, nicotine dependence, and smoking of parents and peers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009; 99:204-214.
- Kobus K. Peers and adolescent smoking. *Addiction*. 2003; 98(1): 37-55.
- Kohlberg L. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclé de Brouwer; 1992.
- Kokkevi A, Richardson C, Florescu S, Kuzman M, Stergar E. Psychosocial correlates of substance use in adolescence a cross-national study in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007; 86: 67-74.
- Kovacs FM, Gestoso M, Oliver-Frontera M, Gil MT, López J, Mufraggi N. La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003. *Revista Española de Salud Pública*. 2008; 82(6): 677-689.
- Krauskopf D. *Adolescencia y Educación*. Segunda edición. San Jose, Costa Rica: Editorial EUNED; 1994.
- Kreutter K, Gewirtz H, Davenny J, Love C. Drug and alcohol prevention project for sixth graders: First-year findings. *Adolescence*. 1991; 26 (102): 287-293.
- Kulbok PA, Rhee H, Botchwey N, Hinton I, Bovbjerg V, Anderson NLR. Factors influencing adolescents' decision not to smoke. *Public Health Nursing*. 2008; 25(6): 505-515.
- Kumpfer KL, Alvarado R. Strengthening families to prevent drug use in multi-ethnic youth. En: Botvin GJ, Schinke SP, Orlandi Ma, Eds. *Drug abuse prevention with multiethnic youth*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995: 255-294.
- Kuntsche EN, Gmel G. Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*. 2004; 99: 331-339.

- Kuntsche E, Knibbe R, Engels R, Gmel G. Drinking motives as mediators of the link between alcohol expectancies and alcohol use among adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007; 68: 76-85.
- Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*. 2006; 48 (1): 91-98.
- Laespada MT. Consumo de drogas entre escolares donostiarras: un estudio longitudinal durante 21 años. *Revista Española de Drogodependencias* 2003; 28 (1-2): 24-47.
- Lakey B, Scoboria A. The relative contribution of trait and social influences to the links among perceived social support, affect, and self-esteem. *Journal of Personality*. 2005; 73:361-388.
- Laín Entralgo P. *Antropología médica*. Barcelona: Salvat; 1978.
- Lando H, Hipple B, Muramoto M, Klein J, Prokhorov A, Ossip D, et al. Tobacco is a global paediatric concern. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010; 88(1): 2-2A.
- Larrañaga E, Yubero S, Navarro R, Sánchez MC. Factores sociales y educativos en el consumo de alcohol en jóvenes. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*. 2005; 12: 17–31.
- La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czaplicki M, Gualano MR, Thümmel K, Ricciardi W, Boccia A; GHPSS Collaborative Group. Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the global health professions student survey. *Public Health*. 2012; 126: 159-164.
- Lavielle-Sotomayor P, Sánchez-Pérez P, Pineda-Aquino V, Amancio-Chassin. O. Impacto de las características familiares sobre el consumo de tabaco en los adolescentes. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2012; 75(2): 84–89.
- Leavy J, Wood L, Phillips F, Rosenberg M. Try and try again - qualitative insights into adolescent smoking experimentation and notions of addiction. *Health Health promotion journal of Australia*. 2010; 21(3): 208-214.
- Lewis MA, Neighbors C. Who is the typical college student? Implications for personalized normative feedback interventions. *Addictive Behaviors*. 2006; 31(11): 2120-2126.
- Liang Y, Mente A, Yusuf S, Gao P, Sleight P, Zhu J, et al. Alcohol consumption and the risk of incident atrial fibrillation among people with cardiovascular disease. *Canadian Medical Association Journal*. 2012; 184(16): 857-866.
- Lickint F. Tabak und Tabakrauch als ätiologischer Factor des Carcinoms. *Zeitschrift für Krebsforschung* 1930; 30(1): 349–365.
- Lizarbe Alonso V, Rodríguez-Martos A. Prevención de los problemas derivados del alcohol. En: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ed. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

- Llorens Aleixandre N, Palmer Pol A, Perelló del Río MJ. Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*. 2005; 7(2):90-96.
- Londoño C, García W, Valencia SC, Vinaccia S. Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios colombianos. *Anales de Psicología*. 2005; 21(2): 259-267.
- Londoño Pérez C, Valencia Lara SC. Resistencia de la presión de grupo, creencias acerca del consumo y consumo de alcohol en universitarios. *Anales de psicología*. 2010; 26(1): 27-33.
- López-Aranguren E. El análisis de contenido tradicional. En García-Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, Eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. 3.ª ed. Madrid: Alianza; 2001.
- López-Larrosa S, Rodríguez-Arias Palomo JL. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*. 2010; 22(4): 568–573.
- López-Sánchez E, Ros I, De la Rueda E. Llorar en compañía. *Información Psicológica*. 2001; 76: 59-62.
- López-Sánchez MC, García-Rodríguez JA, Rodríguez-Marín J. Diseño y puesta en práctica de un modelo de atención comunitaria. En: Musitu-Ochoa G, Berjano E, Gracia E, Bueno-Abad JR, Eds. *Intervención psicosocial*. Madrid: Popular; 1993.
- Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impacto de la publicidad y la promoción del tabaco sobre el aumento del hábito de fumar en los adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4, 2008*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Luengo MA, Romero JA, Gómez A, Guerra ML. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Santiago de Compostela, España: Ministerio de Educación y Cultura; 1997.
- Luke DA, Stamatakis KA, Brownson RC. State youth-access tobacco control policies and youth smoking behavior in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000;19:180-187.
- Maccoby EE. The role of parents in the socialization of children: A historic overview. *Developmental Psychology*. 1992; 28:1006-1017.
- Madden PA, Heath AC, Pedersen NL, Kaprio J, Koskenvuo MJ, Martin NG. The genetics of smoking persistence in men and women: a multicultural study. *Behavior Genetics*. 1999; 29(6):423-431.

- Mahalik JR, Lombardi CM, Sims J, Coley RL, Lynch AD. Gender, male-typicality, and social norms predicting adolescent alcohol intoxication and marijuana use. *Social Science & Medicine*. 2015;143: 71-80.
- March MX, Orte C. Una metodología para la evaluación de programas de prevención de las drogodependencias. En: Martínez-García MF, Ed. *Psicología Comunitaria*. Madrid: Eudema;1993.
- March-Cerdá JC, Prieto-Rodríguez M, Danet A, Escudero-Carretero M, López-Doblas M, Luque-Martín N. El consumo de alcohol en los adolescentes: una aproximación cualitativa desde los docentes. *Trastornos Adictivos*. 2010a; 12(2): 65–71.
- March-Cerdá JC, Prieto-Rodríguez MA, 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. *Gaceta Sanitaria*. 2010b; 24: 53-58.
- Marcos B. La adolescencia en el contexto familiar. En: De la Revilla L, Ed. *Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en consulta*. Granada: Adhara; 1999a; 659–694.
- Marcos B. El desarrollo familiar. Asesoramiento familiar. En: De la Revilla L, Ed. *Manual de atención familiar. Bases para la práctica familiar en consulta. Vol II*. Granada: Adhara; 1999b:565-582.
- Marrón R, Pérez A, Clemente ML, Herrero I. Factores de inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prevención del Tabaquismo*. 2003; 5: 219-234.
- Marsden J, Boys A, Farrell M, Stillwell G, Hutchings K, Hillebrand J, et al. Personal and social correlates of alcohol consumption among mid-adolescents. *The British Journal of Developmental Psychology*. 2005; 23: 427-450.
- Martínez-Álvarez J, García González J, Domingo Gutiérrez M, Machin Fernández AJ. Consumo de tabaco alcohol y drogas en adolescentes. *Atención Primaria*. 1996; 18: 383-385.
- Martínez-Hernández Á, Marí-Klose M, Julià A, Escapa S, Marí-Klose P, DiGiacomo S. Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimo negativos y rol de la comunicación familiar. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26(5): 421–428.
- Martínez-Llamas A. (1982). *Manual de patología tabaquica. El tabaco y su historia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública; 1982.
- Martínez-Martínez KI, Pedroza-Cabrera FJ, Salazar-Garza ML Programa de intervención breve para adolescentes que abusan del consumo de alcohol y otras drogas: resultados de aplicación con adolescentes consumidores de alcohol de Aguascalientes y Distrito Federal. *Anuario de Investigación en Adicciones*. 2008; 9(1): 46-57.

- Martínez-Pastor A, Balanza-Galindo S, Leal-Hernández M, Martínez-Navarro A, Conesa-Bernal C, Abellán-Alemán J. Influencia del género en los estilos de vida que se asocian a enfermedades vasculares en Universitarios. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2010; 27: 138-45.
- Martínez-Sabater A, Llorca-Tauste J, Blasco-Roque M, Escrivá-Aznar G, Martínez-Puig C, Marzá Gascó A. Estudio descriptivo del consumo de alcohol en los adolescentes de Gandía. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2014; 40(1): 12–17.
- Mathers M, Toumbourou JW, Catalano RF, Williams J, Patton GC. Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies. *Addiction*. 2006; 101(7): 948-958.
- Matsushita S, Higuchi S. A review of the neuroimaging studies of alcoholism. *Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence*. 2007; 42(6): 615–621.
- Maurel D, Boisseau N, Benhamou C, Jaffre C. Alcohol and Bone: Review of Dose Effects and Mechanisms. *Osteoporosis International*. 2012; 23(1): 1–16.
- 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. *Addictive Behaviors*. 2010; 35: 890-895.
- Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*. 2000; 320:50-52.
- McAlaney J, McMahon J. Normative beliefs, misperceptions and heavy episodic drinking in a British student sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007; 68(3): 385-392.
- McAloney K. Clustering of Sex and Substance Use Behaviors in Adolescence. *Substance Use & Misuse*. 2015; 9: 1-6.
- McClain JA, Hayes DM, Morris SA, Nixon K. Adolescent Binge Alcohol Exposure Alters Hippocampal Progenitor Cell Proliferation in Rats: Effects on Cell Cycle Kinetics. *The Journal of Comparative Neurology*. 2011; 519(13): 2697–2710.
- McGill HC, McMahan CA, Zieske AW, Tracy RE, Malcom GT, Herderick EE, et al. Association of coronary heart disease risk factors with microscopic qualities of coronary atherosclerosis in youth. *Circulation*. 2000; 102(4): 374-379.
- Mendoza R, Batista JM, Sánchez M, Carrasco AM. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gaceta Sanitaria*. 1998; 12: 263-271.
- Mendoza R, López P. Escuelas generadoras de salud. *Cuadernos de pedagogía*. 1993; 214:8-12.
- Mendoza R, López P, Sagrera MS. Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones*. 2007; 19: 273-288.

- Menghrajani P, Klaue K, Dubois-Arber F, Michaud PA. Swiss adolescents' and adults' perceptions of cannabis use: a qualitative study. *Health Education Research*. 2005; 20: 476–484.
- Mercado F, Gastaldo D, Calderón C, Eds. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara;2002.
- Mercken L, Steglich C, Sinclair P, Holliday J, Moore L. A longitudinal social network analysis of peer influence, peer selection, and smoking behavior among adolescents in British schools. *Health Psychology*. 2012; 31(4): 450-459.
- Merline A, Jager J, Schulenberg J. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction*. 2008; 103: 84-99.
- Merton R. *Teoría y estructura sociales*. México: Fondo de Cultura Económica; 1984.
- Mestre MV, Cortes MT. Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2007; 39(2): 211-225.
- Míguez MC, Becoña E. ¿Consumen alcohol os nosos rapaces? *Revista Galega do Ensino*. 2008; 52: 79-84.
- Milán T, Calderoni A, Ressa I, Ruiza M. Experiencia de prevención escolar de las drogas en Argentina basado en la teoría de Pichón Riviere. *Adicciones*. 2001; 13(4): 433-438.
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. 2ª ed. London: Sage Publications; 1994.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. 2ª ed. New York: Guilford Press; 2002.
- Miranda JG. *Adolescentes: ocio y consumo de alcohol*. Madrid: Entimema; 2007.
- Mitchell EA, Richard B, Ulrich K, Stephen M, Odhiambo J. The Association Between Tobacco and the Risk of Asthma, Rhinoconjunctivitis and Eczema in Children and Adolescents: Analyses from Phase Three of the ISAAC Programme. *Thorax*. 2012; 67(11): 941-949.
- Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association*. 2004; 291(10): 1238–1245.
- Moolchan ET, Ernst M, Henningfield J. A review of tobacco smoking in adolescents: Treatment and implications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39(6): 682-693.

- Moolchan ET, Aung AT, Henningfield JE. Treatment of adolescent tobacco smokers: issues and opportunities for exposure reduction approaches. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003;70:223-232.
- Moral Jiménez MV, Rodríguez Díaz FJ, Sirvent Ruiz C. Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*. 2006;18:52-58.
- Moreno-Rodríguez C, Muñoz-Tinoco V, Pérez-Moreno PJ, Sánchez-Queija I, Granado-Alcon MC, Ramos-Valverde P, et al. 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.
- Moscovici S. Representações Sociais: investigações em psicologia social. 2ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
- Mrazek PB, Haggerty RJ. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. National Academies Press; 1994.
- Munafò MR, Hitsman B, Rende R, Metcalfe C, Niaura R. Effects of progression to cigarette smoking on depressed mood in adolescents: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction*. 2008;103(1):162-171.
- Muñoz-Rivas MJ, Graña-López JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. 2001;13(1):87-94.
- Murgraff V, Parrott A, Bennett P. Risky single-occasion drinking amongst young people. Definition, correlates, policy, and intervention: A broad overview of research findings. *Alcohol and Alcoholism*. 1999;34(1):3-14.
- Naimi TS, Brewer RD, Mokdad A, Denny C, Serdula MK, Marks JS. Binge drinking among US adults. *Journal of the American Medical Association*. 2003;289(1):70-75.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). PHSE Evidence Review - Secondary Education and FE [online]. Londres: NICE; 2010 (acceso 3 Feb 2013). Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11673/49240/49240.pdf>
- National Institute of Health. Alcohol Alert [online]. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 1998; 39 (acceso 4 dic 2015). Disponible en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa39.htm>
- National Institute on Drug Abuse NIDA. Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Rockville, Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2006.
- National Institute on Drug Abuse NIDA. Serie de reportes de investigación. Adicción al tabaco [online]. 2010 (acceso 17 nov 2012). Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/researchreports/tabaco/>
- Navarro L. Vivienda e integración familiar. Plan Integral de la Juventud Andaluza. Córdoba: Junta de Andalucía; 2004.

- Nebot M, Giménez E, Ariza C, Zoa T. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes de Barcelona entre 1987 y 2004. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 126(4):159
- Niknami SH, Akbari M, Ahmadi F, Babae-Rouchi G, Heidarnia A. Smoking initiation among Iranian adolescents: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2008;14:1290-1300.
- Nilsson M, Emmelin M. "Immortal but frightened" - smoking adolescents' perceptions on smoking uptake and prevention. *BMC Public Health*. 2010; 10: 776.
- Nobili V, Pinzani M. Alcoholic and Non-alcoholic Fatty Liver in Adolescents: A Worrisome Convergence. *Alcohol and Alcoholism*. 2011;46(5):627–629.
- Nowlis H. *La verdad sobre la droga*. París: Unesco; 1982.
- Oberlé G. *Les fastes de Bacchus et de Comus*. París: Belford; 1989.
- Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2007. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior; 2007.
- Observatorio Español de Drogas .Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008\\_Web.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008_Web.pdf)
- Observatorio Español de Drogas . Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundarias (ESTUDES) 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2011. Disponible en: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES\\_2010.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf)
- Observatorio Español de Drogas . Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundarias (ESTUDES) 2012/2013. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2013. Disponible en: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012\\_2013.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf)
- Ochoa E, Madoz A, Vicente N. Diagnóstico y Tratamiento De La Dependencia De Alcohol. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*. 2009; 55(214): 26–40.
- Ojembarrena E, Fernández de Pinedo R, Gorostiza E, Lafuente P, Lizárraga MA. Fracaso escolar en adolescentes y factores sociosanitarios asociados. *Anales Españoles de Pediatría*. 2002;56(5):416-424.
- Olds R, Thombs D. The relationship of adolescent perceptions of peer norms and parent involvement to cigarette and alcohol use. *The Journal of School Health*. 2001; 71: 223-228.
- Oliva A, Parra A, Sanchez I. Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicologico. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2008; 8(1): 153-169.

- O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, Meshefedjian G, McMillan-Davey E, Clarke PB, et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*. 2003; 25(3): 219-225
- O'Malley PM, Johnston LD. Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol Supplement*. 2002; 14: 23–39.
- Organización Panamericana de la Salud. *El Tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá (periodo 1990-1999)*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
- Organización Mundial de la Salud. Encuesta mundial sobre tabaquismo en la juventud: Resultados en las Américas. *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*. 2002; 23(2): 6-9.
- Orgaz Gallego MP, Segovia Jiménez M, López de Castro F, Tricio Armero MA. Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Atención Primaria*. 2005; 36(6): 297–302.
- Orgogozo JM, Dartigues JF, Lafont S, Letenneur L, Commenges D, Salamon R, et al. Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective community study in the Bordeaux area. *Revue Neurologique* 1997; 153(3): 185
- Oriol de Solà M. La promoción del abandono del tabaquismo: una revisión de las estrategias. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2003.
- Otero M, Del Pozo J, Ayesta F. El tabaquismo como trastorno adictivo. *Trastornos Adictivos*. 2004; 6(2): 78-88.
- Özdemir A, Koçoğlu G. Self-concept and social comparison and their relation with smoking and alcohol consumption in adolescents [online]. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2015 [Epub ahead of print] <http://www.degruyter.com/view/j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2015-0061/ijamh-2015-0061.xml>
- Palacios DJ, Bravo FM, Andrade PP. Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International*. 2007; 18(4): 1-13.
- Paniagua Repetto H, García Calatayud S, Castellano Barca G, Sarrallé Serrano R, Redondo Figuero C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre los adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *Anales de Pediatría*. 2001; 55: 121-128.
- Pardell H, Saltó E, Salleras L. *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996.
- Park EW, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Promover el apoyo de un compañero para mejorar el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4, 2008*. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Pascual Pastor F. Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones* 2002; 14 (1): 123-132.
- Pascual P. Conceptos y diagnóstico del alcoholismo. En: Pascual F, Guardia J, Eds. *Monografía sobre el alcoholismo* [online]. Barcelona; Socidrogalcohol. 2012. (acceso 30 nov 2012). Disponibles en: <http://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/monografia-alcoholismo.pdf>
- Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S, et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types - a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2010; 10(1): 258.
- Patten CA, Choi WS, Gillin C, Pierce JP. Depressive symptoms and cigarette smoking predict development and persistence of sleep problems in U.S. adolescents. *Pediatrics*. 2000; 106(2): 23.
- Peinado A, Pareña F, Portero P. *La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Salud. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud; 1992.
- Pennanen M, Haukkala A, de Vries H, Vartiainen E. Longitudinal study of relations between school achievement and smoking behavior among secondary school students in Finland: results of the ESFA study. *Substance Use & Misuse*. 2011; 46(5): 569-579.
- Peñafiel Pedrosa E. Factores de riesgo y protección en grupos de adolescentes policonsumidores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 2009; 9: 63-84.
- 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. *Atención Primaria*. 2006; 37(8):452-456.
- Pérez-Milena A. 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*. Granada: Ed. Adhara; 2007a.
- 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. *Atención Primaria*. 2007b; 39: 61-65.

- 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). *Atención Primaria*. 2007d; 39: 299-304.
- 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. *Atención Primaria*. 2010; 42(12): 604-611.
- Pérez-Milena A, Pérez-Fuentes C, Navarrete-Guillen AB, Mesa-Gallardo MI, Leal-Helmling FJ, Martínez-Perez R. Disonancias cognitivas en la intervención antitabaco motivacional en adolescentes. *SEMERGEN-Medicina de familia*. 2011; 37(4): 188-194.
- Pérez-Milena A, Martínez-Fernández ML, Redondo-Olmedilla M, Álvarez-Nieto C, Jiménez-Pulido I, Mesa-Gallardo I. Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria*. 2012a; 26(1): 51-57.
- Pérez-Milena A, Navarrete Guillén AB, Mesa Gallardo I, Martínez Pérez R, Leal Helming FJ, Pérez Fuentes C. Eficiencia de dos intervenciones motivacionales para la deshabitación tabáquica en adolescentes (breve e intensiva) realizadas en Institutos de Educación Secundaria. *Adicciones*. 2012b; 24: 191-200.
- Pérez-Milena A, Mesa Gallardo I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R, Leal Helming FJ, Jiménez Pulido I. Cambios en la estructura y la función familiar del adolescente. *Salud i Ciencia*. 2012c; 19: 232-236.
- Pérez-Trullén A, Herrero-Labarga I. El tabaquismo, una enfermedad desde la adolescencia. *Prevención del Tabaquismo*. 2002; 4: 1-2.
- Pericas J, González S, Bennasar M, de Pedro J, Aguiló A, Bauzá L. Cognitive dissonance towards the smoking habit among nursing and physiotherapy students at the University of Balearic Islands in Spain. *International Nursing Review*. 2009; 56: 95-101.
- Perkins HW. Social Norms and the Prevention of Alcohol Misuses in Collegiate Contexts. *Journal of Studies on Alcohol*. 2002; 14: 164-172.
- Perkins HW. *The Social Norms Approach to Preventing School and College Age Substance Abuse: A Handbook for Educators, Counselors, and Clinicians*. San Francisco, California: Jossey-Bass; 2003.
- Perkins W. Misperceptions of peer drinking norms in Canada: Another look at the "reign of error" and its consequences among college students. *Addictive Behaviors*. 2007; 32(11): 2645-2656.
- Peters R, Peters J, Warner J, Beckett N, Bulpitt C. Alcohol, Dementia and Cognitive Decline in the Elderly: a Systematic Review. *Age and Ageing*. 2008; 37(5): 505-512.

- Peterson J. A qualitative comparison of parents and adolescents views regarding substance use. *The Journal of School Nursing*. 2010; 26: 53--64.
- Peterson ER. How to Get Focus Group Talking: New Ideas That Hill Stick. *International Journal of Qualitative Methods*. 2007; 6: 140-144.
- Piaget J, Inhelder B. De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1972.
- Pierce JP, Gilpin EA. A historical analysis of tobacco marketing and the uptake of smoking by youth in the United States: 1890-1977. *Health psychology*. 1995; 14: 500-508
- Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, Farkas AJ, Berry CC. Tobacco industry promotion of cigarettes and adolescent smoking. *Journal of the American Medical Association*. 1998; 279:511-515.
- Pierce JP, García M, Saltó E, Schiaffino A, Fernández E. La publicidad del tabaco, ¿incrementa el hábito de fumar entre los adolescentes? *Datos desde California. Gaceta Sanitaria*. 2002; 16(2): 69-76.
- Piko B. Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record Gambier*. 2001; 51: 223-235.
- Pinilla J. Análisis comparado del impacto de las políticas impositivas vía precio en el consumo de tabaco. *Gaceta Sanitaria*. 2002; 16(5): 425-35.
- Plan Nacional contra las Drogas. El fenómeno del botellón. Estudio comparado en Madrid, Galicia y Jaén (2002-2003). URL: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/JuventudDrogodependencias4.pdf>
- Planes M, Gómez AB, Gras S, Font-Mayolas M, Cunil M, Aymerich M, Soto J. Cambios en las percepciones de riesgo frente al SIDA de los estudiantes universitarios durante la última década. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 2006; 77: 39-45.
- Plaza I. Programas de ocio nocturno: presente y futuro. En: XII Jornadas de Drogodependencias. Valencia: Plan Municipal de Drogodependencias; 2004: 89-95.
- Pons J. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Publica*. 1998; 72: 251-266.
- Pons J, Berjano E. El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social [online]. Valencia: Plan Nacional sobre Drogas / Universidad de Valencia. 1999 (acceso 19 oct 2011). Disponible en: <http://www.mir.es/pnd/publica/html/otras.htm>.
- Pons J, Berjano E, García F. Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*. 1996; 8(2): 177-191.

- Popay J, Rogers A, Williams G. Rationale and Standards for the Sistematic Review of Qualitative Literature in Health Services Research. Quality criteria in Qualitative Health Research.1998;8:341-351.
- Posada-Villa JA, Herazo E, Campo-Arias A. The gateway to illegal substance use in Colombia: violations of the gateway rule. Revista de Salud Pública. 2009; 11 (3): 406-413.
- Prokhorov AV, Hudmon KS, Stancic N. Adolescent smoking: epidemiology and approaches for achieving cessation. Paediatric Drugs. 2003; 5: 1-10.
- Prokhorov AV, Winickoff JP, Ahluwalia JS, Ossip-Klein D, Tanski S, Lando H, et al. Youth tobacco use: a global perspective for child health care clinicians. Pediatrics. 2006; 118(3):890-903.
- Qin Z, Zhang L, Wang B, Hirsch EE, May W, Hart R, et al. Current tobacco use trends among Mississippi public high school students: 1993-2009. Journal of the Mississippi State Medical Association. 2011; 52: 3-9.
- Quiles-Marcos Y, Balaguer-Solá I, Pamies-Aubalat L, Quiles-Sebastián MJ, Marzo-Campos JC, Rodríguez-Marín J. Eating habits, physical activity, consumption of substances and eating disorders in adolescents. The Spanish Journal of Psychology. 2011;14(2):712-723.
- Raina R, Krishna M, Murali R, Shamala A, Yalamalli M, Kumar AV. Knowledge, attitude and behavioral determinants of tobacco use among 13-15 year old school children. Journal of International Society of Preventive and Community. 2015; 5: 321-326.
- Ramírez B. El problema social de la producción y consumo de drogas. Caracas: Conacuid; 1988.
- Ramírez B. La cuestión de las drogas en América Latina. Una visión global. Caracas: Conacuid; 1987.
- Ramírez E, Quintana J, Martel H, Ponce J, Vega-Dienstmaier J, Gallo C, et al. Factores predictores de uso de drogas ilegales en personas atendidas en una sala de emergencia. Revista de Neuropsiquiatría. 2010; 73(4): 137.
- Rasmussen M, Due P, Damsgaard MT, Holstein BE. Social inequality in adolescent daily smoking: has it changed over time. Scandinavian Journal of Public Health. 2009; 37:287-294.
- Reid D. Failure of an intervention to stop teenagers smoking. Not such a disappointment as it appears. British Medical Journal. 1999; 319: 934-935.
- Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. BOE 38 de 3 de febrero; p 15284-312. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf> (acceso15/9/2012)

- Revuelta G. Salud y medios de comunicación en España. Gaceta Sanitaria. 2006; 20(1):203-208.
- Reymond-Rivier B. Desarrollo social del niño y del adolescente. 7ª ed. Barcelona: Herder; 1986.
- Rhode P, Kahler CW, Lewinsohn PM, Brown RA. Psychiatric disorders, familial factors, and cigarette smoking: II. Associations with progression to daily smoking. Nicotine and Tobacco Research 2004;6(1): 119-132.
- Rice P. Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura. Madrid: Prentice-Hall; 2000.
- Ridenoura TA, Lanza ST, Donnyb EC, Clarkb DB. Different lengths of times for progressions in adolescent substance involvement. Addictive Behaviors. 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 & Tobacco Research. 2002;4: 351-354.
- Reid L, Elifson K, Sterk C. Ecstasy and gateway drugs: Initiating the use of ecstasy and other drugs. Annals of Epidemiology. 2007; 17: 74-80.
- Río B, Gazopo A. Prevención secundaria en jóvenes consumidores de drogas de síntesis. Transtornos Adictivos. 2001;3(2):41-54.
- Robins L. Straight and devious pathways from childhood to adulthood. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
- Robledo T, Córdoba R (2007). Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales en atención primaria. 2ª ed. Barcelona: Sociedad Española Medicina Familia y Comunitaria (semFYC); 2007
- Rodríguez-Martos A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. Adicciones. 2002; 14: 337-351.
- Roemer R. Acción legislativa contra la epidemia mundial del tabaco. Revista Española de Salud Pública 1996; 70(1): 71-73.
- Rojas G, Gaete J, Guajardo V, Martínez V, Barroilhet S, Meneses J, et al. Consumo de sustancias y síntomas depresivos en escolares de liceos municipales de Santiago. Revista Médica de Chile. 2012; 140(2): 184-191.
- Romer R. Acción legislativa contra la epidemia mundial del tabaco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995.
- Romero M, Rodríguez E, Durand-Smith A, Aguilera R. Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas. Segunda parte. Salud Mental. 2004;27(1):73-85

- Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Programas de control del hábito de fumar para familiares y cuidadores para reducir la exposición de los niños al humo del tabaco en el medio ambiente (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Rosón Hernández B (2008). Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. *Galicia Clinica*; 69(1): 29-44.
- Roussotte FF, Rudie JD, Smith L, O'Connor MJ, Bookheimer SY, Narr KL, et al. Frontostriatal connectivity in children during working memory and the effects of prenatal methamphetamine, alcohol, and polydrug exposure. *Developmental Neuroscience*. 2012; 34(1): 43–57.
- Ruiz J, Corredera M. Grupo de Trabajo "Educación, cultura y ocio". Plan integral de la juventud andaluza. Córdoba: Junta de Andalucía; 2004.
- Ruiz-Juan F, Ruiz-Risueño Abad J, De la Cruz-Sánchez E, García-Montes M. Physical activity and alcohol consumption in adults. *Retos*. 2009; 16: 46–50.
- Ruiz-Risueño Abad J, Ruiz-Juan F, Rivera Z, Isabel J. Alcohol and tobacco consumption in Spanish and Mexican adolescents and its relation to physical and sports-related activity and to the family. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012; 31(3): 211–220.
- Saari AJ, Kentala J, Mattila KJ. Weaker Self-Esteem in Adolescence Predicts Smoking. *BioMedResearchInternational*. 2015; 2015: 687541.
- 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. *Tobacco Control*. 2012; 22(6): 389-394.
- Sáiz PA, González MP, Paredes B, Delgado JM, López JL, Martínez S, et al. Consumo de MDMA (éxtasis) en estudiantes de secundaria. *Adicciones*. 2001; 13 (2): 159-171.
- Salazar-de Garza ML, Valdez-Ruiz JF, Martínez-Martínez KL, Pedroza-Cabrera FJ. Intervenciones breves con adolescentes estudiantes rurales que consumen alcohol en exceso. *Universitas Psychologica*. 2010; 10(3): 803-815.
- Salazar Torres I, Varela Arevalo MT, Cáceres Rodríguez D, Tovar Cuevas JR. El consumo de alcohol y Tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección. *Psicología Conductual*. 2006; 14(1): 77-101.
- 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. *American Journal of Community Psychology*. 2005; 36(3-4): 195–205.
- Salvador M. El sector del tabaco. Análisis Sectorial BBVA. 2001.

- Sánchez ZM, Opaleye ES, Martins SS, Ahluwalia JS, Noto AR. 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(1): 748.
- Sánchez-Perucho JL, Alonso-Varea JM. Programa de prevención e intervención sobre drogas para jóvenes. En: *Psicología española en la Europa de los 90: ciencia y profesión*. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; 1990: 16-22.
- Sánchez-Vidal A. *Psicología Comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias; 1991.
- 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 de México*. 2007; 49(2): 182-193.
- Sandín MP. Criterios de validez en la investigación cualitativa: de la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*. 2000; 18: 223-242.
- Santander RS, Zubarew GT, Santelices CL, Argollo MP, Cerda LJ, Bórquez PM. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista médica de Chile*. 2008; 136(3): 317–324.
- Santo Domingo J. *El alcohol*. Madrid: Rialp; 1990.
- Santo Domingo J. El desarrollo personal del joven y el alcohol. *Transtornos adictivos*. 2002; 4(4): 223-231.
- Santos-Guerra MA. La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. *Atención Primaria*. 1999; 24: 425-430.
- Sanz M, Martínez-Pampliega A, Iraurgi I, Muñoz-Eguileta A, Galíndez E, Cosgaya L, et al. El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas. *Vitoria-Gasteiz: Observatorio Vascode Drogodependencias*; 2004.
- Sargent JD, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics*. 2001; 108: 1256-1262.
- Saura CJ, Inglés BD, Rebeca B, Torregrosa MS, Espada-Sánchez JP, García Fernández JM, et al. Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en Adolescentes Españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2007; 7(2): 403–420.
- Schepis TS, Rao U. Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Current Opinion in Pediatrics*. 2005; 17: 607-612.
- Schneider S, Loeber S, Janssen M, Roehrig S, Solle D. What prevents young adolescents from smoking? Self-reported motives of 12-15-year-old non-smokers. *Health Policy*. 2010; 95: 36-40.

- Schuckit M. Alcohol y Alcoholismo. En: Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Eds. Harrison: Principios de Medicina Interna. 18 ed. México:Interamericana;2011.
- Schuler MS, Vasilenko SA, Lanza ST. Age-varying associations between substance use behaviors and depressive symptoms during adolescence and young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015; 157: 75-82.
- Schulenberg J, Maggs JL. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*. 2002; 14: 54-70.
- Schulte MT, Ramo D, Brown SA. Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29: 535-547.
- 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. Madrid: Instituto de Salud Pública. Di
- rección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid; 2004: 101-128.
- Sepúlveda M, Latorre A, Cultura del uso de drogas : rituales de regulación y consumo controlado de drogas en contextos naturales de ocio festivo. Barcelona: Grupo IGIA; 2008.
- Serrán G. Los indios norteamericanos: ¿Extinción o exterminio? En: Ceinos P, Ed. Minorías étnicas. Barcelona: Integral Edicions; 1990.
- Serrano MS, Rojo B. Historia y epidemiología del tabaquismo. En: Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, Eds. Monografías Neumomadrid. Tabaquismo. Madrid:Ergón; 2004: 9-25.
- Shalatin S, Philip M. The role of obesity and leptin in the pubertal process and pubertal growth: a review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 2003; 27: 869-874.
- Sharma G, Vijayaraghavan S. Nicotinic receptors: role in addiction and other disorders of the brain. *Substance Abuse*. 2008; 1: 81.
- Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal study. *American Psychologist*. 1990; 45(5): 612-630.
- Shiffman S, Balabanis M. Associations between alcohol and tobacco. En: Fertig JB, Allen JP, Eds. Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice. Bethesda, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1995: 17-36.
- Siegfried N, Pienaar DC, Ataguba JE, Volmink J, Kredo T, Jere M, et al. Restricting or banning of alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews

[online]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 (acceso 15 nov 2015). Disponible en: Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010704>

- Simons RL, Conger RD, Withbeck LB A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*. 1988; 18: 293-315.
- Siqueria L, Rolnitzky L, Rickert V. Smoking cessation in adolescents: The role of nicotine dependence, stress, and coping methods. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2001;155:489-495.
- Sirvent C, Moral MV, Rodríguez FJ. Jóvenes & Alcohol: conjunto didáctico-audiovisual para educadores, psicólogos, padres y colectivos mediadores. Valencia: Nau Libres; 2007.
- Smedslund G, Berg R, Hammerstrøm K, Steiro A, Leiknes K, Dahl H, Karlsen K. Intervenciones motivacionales para el abuso de sustancias. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane, Número 5, 2011. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2011 Issue 5. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Smith BN, Bean MK, Mitchell KS, Speizer IS, Fries EA. Psychosocial factors associated with non-smoking adolescents' intentions to smoke. *Health Education Research*. 2007; 22:238-247.
- Snow P, Bruce D. Cigarette smoking in teenage girls: exploring the role of peer reputations, self-concept and coping. *Health Education Research*. 2003; 18: 439.
- Soria-Esojo MC, Velasco-Garrido JL, Hidalgo-Sanjuán MV, De Luiz-Martínez G, Fernández-Aguirre C, Rosales-Jaldo M. Intervención sobre el tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. *Archivos de Bronconeumología* 2005; 4: 654 – 658.
- Soto-Mas F, Villalbí JR, Balcázar H, Valderrama-Alberola J. La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento. *Anales de Pediatría*. 2002; 57(4): 327–333.
- Sowden A, Arblaster L, Stead L. Intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 2, 2006. 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.).
- Spear LP. Alcohol's effects on adolescents. *Alcohol Research & Health* 2002; 26(4): 287-291.
- Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco [online]. - European Union Open Data Portal; 2012 (acceso 23 nov 2014). Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf)

- Stead LF, Lancaster T. Intervenciones para la prevención de la venta de tabaco a menores (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4, 2004. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2004 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. En: Cochrane Database of Systematic Reviews [online]. John Wiley & Sons, Ltd; 2005 (acceso 6 dic 2012). Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001497.pub2/abstract>
- Steinberg L, Lamborn S, Darling N, Monung N, Dornbusch S. Over-time changes in adjustment among adolescent from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. Child Development. 1994; 65: 754-770.
- 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 [online]. 2012 (acceso 29 abr 2015); 2(1): e000543. Disponible en <http://bmjopen.bmj.com/content/2/1/e000543.short>
- Strategic Research Center. El gasto en tabaco, alcohol y juego 2013. Barcelona: EAE Business School; 2014.
- Suárez C, Del Moral G, Martínez B, John B, Musitu G. El patrón de consumo de alcohol en adultos desde la perspectiva de los adolescentes [online]. Gaceta Sanitaria. 2015 [Epubaheadofprint]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.06.004>
- Suárez C, Del Moral G, Musitu G, Sánchez JC, John B. Eficacia de las políticas institucionales de prevención del consumo de alcohol en adolescentes: la opinión de expertos y adolescentes. Atención Primaria. 2014; 46(7): 326-335.
- Suárez F. El adolescente ¿Un problema? Un futuro. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2003; 29(1): 40-49.
- Swahn MH, Bossarte RM, Sullivent EE. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. Pediatrics. 2008; 121(2): 297–305.
- Thomas R. Programas escolares para la prevención del tabaquismo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 2, 2006. 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.).
- Thomas R, Lorenzetti D, Spragins W. Tutelaje de adolescentes para prevenir el consumo de drogas y alcohol. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 11, 2011. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2011 Issue 11. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Thomas R, Perera R Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2, 2007 Número 2, 2007. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Thrasher J, Bentley M. The Meanings and Context of Smoking among Mexican University Students. Public Health Reports. 2006; 121(5): 578-585.
- Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, Heath CW, et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. New England Journal of Medicine. 1997; 337(24): 1705-1714.
- Tinkle CL, Christopher L, Haas-Kogan D. Hepatocellular Carcinoma: Natural History, Current Management, and Emerging Tools. Biologics : Targets & Therapy. 2012; 6:207–219.
- Tobacco, Youth Prevention and Communication Conference. Roma; 2003.
- Tobler NS. Drug prevention programs can work: research findings. Journal of Addictive Diseases. 1992; 11(3): 1-28.
- Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. Journal of Primary Prevention. 2000; 20(4): 275–336.
- Tojo R. Crecimiento normal. En: Cruz M, Ed. Tratado de Pediatría. Madrid: Ergon; 2001: 777-794.
- Torrecilla M, Ruano R, Plaza D, Hernández MA, Barrueco M, Alonso A. Jóvenes y tabaco: prevalencia, patrón y actitud ante el consumo de tabaco. Anales de Pediatría. 2004; 60: 440-449.
- Tramacere I, Scotti L, Jenab M, Bagnardi V, Bellocco R, Rota M, et al. Alcohol drinking and pancreatic cancer risk: a meta-analysis of the dose-risk relation. International Journal of Cancer. 2010; 126(6): 1474-1486.
- Turner L, Mermelstein R, Flay B. Individual and contextual influences on adolescent smoking. Annals of the New York Academy of Sciences. 2004; 1021: 175-197.
- U.S. Surgeon General. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke. a report of the Surgeon General. Washington DC: Department of Health and Human Services; 2006.
- U.S. Surgeon General. The health consequences of smoking: chronic obstructive pulmonary disease. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1984.
- Unger J, Sussman, Dent C. Interpersonal conflict tactics and substance use among high-risk adolescents. Addictive Behaviors. 2003; 28: 979-987.

- Urberg KA, Degirmencioglu SM, Pilgrim C. Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Developmental Psychology*.1997; 33: 834-844.
- Urquieta JE, Hernández-Ávila M, Hernández B. El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Publica de México*. 2006; 48(1): 30–40.
- Van Hout MC. An exploratory study of substance use among Irish youth: a service providers perspective. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2009; 8(1): 99-111.
- Van Zundert RM, Engels RC, Kleinjan M, Van den Eijnden RJ. An integration of parents' and best friends' smoking, smoking- specific cognitions, and nicotine dependence in relation to readiness to quit smoking: a comparison between adolescents with and without asthma. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008; 33: 821-832.
- Vargas C, Trujillo HM. Secuencia, asociación y riesgo de consumo de drogas legales e ilegales en alumnado universitario. *Psicología Conductual*. 2006; 14: 41-62.
- Varo JR, Aguinaga M, Cortaire R. La edad escolar y el uso de drogas. En: *I Jornadas de Medicina e Higiene Escolar*. Pamplona; 1983.
- Vega A. Modelos interpretativos de la problemática de las drogas. *Revista Española de Drogodependencias*.1992;17(4):221-232.
- Ventosa LI. *Delinqüència i dissocialitat*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill; 1990.
- Verra F, Zabert G, Ferrante D, Morello P, Virgolini M. Consumo de tabaco en estudiantes de educación secundaria de Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009; 25(3):227–33.
- Vickers KS, Thomas JL, Patten CA, Mrazek DA. Prevention of tobacco use in adolescents: review of current finding and implications for healthcare providers. *Current Opinion in Pediatrics*. 2002; 14(6): 708-712.
- Vidal-Casero MDC. Factores de iniciación a las drogas. *Farmacia Profesional*. 2000; 14(4): 74-83.
- Villalbí JR. Valoración de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Revista Española de Salud Pública*. 2009; 83: 805-820.
- Villalbí JR; Ballestín M. Developing smoking control policies in school. *Health Promotion International*. 1995;9:99-114.
- Villarreal-González ME, Sánchez-Sosa JC, Musitu G, Varela R. El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Intervención Psicosocial*. 2010;19:
- Vitória PD, Salgueiro MF, Silva SA, de Vries H. Social influence, intention to smoke, and adolescent smoking behaviour longitudinal relations. *British Journal of Health Psychology*. 2011;16:779-98.

- Voigt K, Twork S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J, Kugler J, Bornstein SR, Bergmann A. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Services Research*. 2009;9(1): 219.
- Vries DE, Weijts W, Dijkstra M, Kok GG. The utilization of qualitative and quantitative data for health education program planning, implementation and evaluation: a spiral approach. *Health Education & Behavior*. 1992;19(1): 101-115.
- VV.AA. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid 14 y 15 de Junio de 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Wall M, Brooks J, Holsclaw D, Redding GJ. Health Effects of Smoking on Children. *American Review of Respiratory Disease*. 1985;132(5): 1137-1138.
- Walsh RA, Tzelepis F. Adolescents and tobacco use: systematic review of qualitative research methodologies and partial synthesis of findings. *Substance Use & Misuse*. 2007;42:1269–1321.
- Walters ST, Bennett ME, Miller JE. Reducing alcohol use in college students: a controlled trial of two brief interventions. *Journal of Drug Education*. 2000;30(3): 361-72.
- Wang MQ, Eddy JM, Fitzhugh EC. Smoking acquisition: peer influence and self-selection. *Psychological Reports*. 2000;86:1241-1246.
- Warren KR, Hewitt BG, Thomas JD. Fetal alcohol spectrum disorders: Research challenges and opportunities. *Alcohol Research & Health* 2011;34(1): 4–14.
- Westwood M, Pinzon J. Adolescent Male Health. *Paediatrics and Child Health*. 2008;13(1):31–36.
- White AM, Ghia AJ, Levin ED, Swartzwelder HS. Binge pattern alcohol exposure: Differential impact on subsequent responsiveness to alcohol. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*. 2000;24(8):1251-1256.
- Whitten L. Studies Identify Factors Surrounding Rise in Abuse of Prescription Drugs by College Students. *NIDA Notes* 2006;20(4): 6-7.
- WHO. 10 datos sobre la epidemia de tabaquismo y el control mundial del tabaco [online]. 2011 (acceso 14 oct 2012). Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/tobacco\\_epidemic/tobacco\\_epidemic\\_facts/es](http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/tobacco_epidemic_facts/es)
- WHO. Declaration on Young People and Alcohol. Stockholm: World Health Organization; 2001.
- WHO. Global Status Report on Alcohol and Health. Geneva: World Health Organization; 2014.

- WHO. Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol. Geneva: World Health Organization;2010.
- WHO. Research for International Tobacco Control. Confronting the epidemic: A Global Agenda for tobacco Control Research WHO and RITC. Geneva: World Health Organization;1999.
- WHO | Tobacco [online]. WHO. (acceso 18 oct 2015). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- Winters C, Leitten W, Wagner E, O’Leary T. Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. The Journal of School Health. 2007; 17:196-206.
- Wiium N, Breivik K, Wold B. Growth Trajectories of Health Behaviors from Adolescence through Young Adulthood. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2015;12: 13711-13729.
- Wiium-Andersen IK, Wiium-Andersen MK, Becker U, Thomsen SF. Predictors of age at onset of tobacco and cannabis use in Danish adolescents. The Clinical Respiratory Journal. 2010;4: 162-167.
- Yadav D, Whitcomb DC. The Role of Alcohol and Smoking in Pancreatitis. Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology. 2010; 7(3): 131–145.
- 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 and Alcohol Dependence. 2002;68(3):309-322.
- Yuste MNH. Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas. Revista de Estudios de Juventud. 2003;62:81–91.
- Zaborskis A, Sirvyte D. Familial determinants of current smoking among adolescents of Lithuania: a cross-sectional survey 2014. BMC Public Health. 2015; 15: 889.
- Zieher LM, Guelman LR. Bases neurobiológicas de la adicción a la nicotina. Psicofarmacología. 2005;5: 30.
- Zimmerman MA, Bingenheimer JB, Notaro PC. Natural mentors and adolescent resiliency: A study with urban youth. American Journal of Community Psychology. 2002; 30(2): 221-243.



## DIFUSIÓN DE RESULTADOS

### Comunicaciones a congresos

#### ***XIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria***

Cádiz, 18 al 20 de junio de 2009

1. Pérez Milena A, Redondo Olmedilla M, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Martínez Fernández ML, Pérez Milena R. Estudio cualitativo sobre las motivaciones de los adolescentes para el consumo de alcohol. *Med fam Andal* 2009; 10 (Suplemento 1): 104. ISSN:1576-4524

#### ***XXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.***

Barcelona 25 al 27 de noviembre de 2009

2. Pérez Milena A, Martínez Fernández ML, Redondo Olmedilla M, Mesa Gallardo I, Jiménez Pulido I, Álvarez Nieto C. Estudio cualitativo sobre las motivaciones de los adolescentes para el consumo de tabaco.

#### ***XVIWONCA Europe Conference***

Málaga, 6 al 8 de octubre de 2010

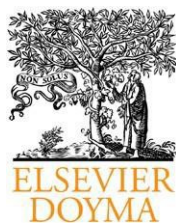
3. Pérez Milena A, Redondo M, Álvarez C, Martínez ML, Jiménez I, Mesa MI. Motivations for street drugs use in adolescents from school in an urban area.

### Publicaciones en revistas médicas

- 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. doi:10.1016/j.aprim.2009.12.009. [Q3, Factor de Impacto 0,619]
- 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. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26:51-7. ISSN: 0213-9111. [Q3, Factor de Impacto 1,116]
- Pérez Milena A, Redondo Olmedilla M, Navarrete Guillén AB. La importancia de incorporar la opinión del adolescente a las actividades contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas). *Aten Primaria*. 2012; 44:239-40. DOI:10.1016/j.aprim.2011.09.010. ISSN: 0212-6567. [Q3, Factor de Impacto 0,619].

### Publicaciones en revistas generales

- ¿Por qué fuman los adolescentes? Revista digital Eroski consumer 2014.  
URL: <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2013/07/07/217176.php>



## ORIGINAL

# Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano

**Alejandro Pérez Milena<sup>a,\*</sup>, Manuel Redondo Olmedilla<sup>b</sup>, Inmaculada Mesa Gallardo<sup>c</sup>,  
Idoia Jiménez Pulido<sup>d</sup>, María Luz Martínez Fernández<sup>e</sup> y Rafael Pérez Milena<sup>f,~</sup>**

<sup>a</sup>Centro de Salud )El Valle\*, Jaén, España Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFYC)

<sup>b</sup>Centro de Salud )El Valle\*, Jaén, España

<sup>c</sup>Centro de Salud )Bollullos del Condado\*, Huelva, España

<sup>d</sup>Distrito Sanitario Jaén Nordeste, Úbeda, Jaén, España

<sup>e</sup>Jefatura de Estudios, Instituto de Educación Secundaria )Jabalculuz\*, Jaén, España

<sup>f</sup>Departamento de Orientación, Instituto Villanueva del Mar, La Herradura, Granada, España

Recibido el 23 de septiembre de 2009; aceptado el 15 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 23 de marzo de 2010

### PALABRAS CLAVE

Adolescente;  
Motivación;  
Alcohol;  
Grupo de discusión;  
Estudiocualitativo

### Resumen

**Objetivos:** Conocer las motivaciones (actitudes, creencias y experiencias) de los adolescentes para el consumo de alcohol.

**Diseño:** Metodología cualitativa con método explicativo. Uso de técnicas conversacionales (grupos de discusión con 6 – 8 adolescentes/grupo, 50 min duración) registradas mediante videograbación durante el curso escolar 2008 – 09.

**Participantes y contexto:** Adolescentes de 12 – 18 años de un instituto urbano de clase media (Jaén, España). Muestreo intencional estratificado por niveles educativos; criterios de heterogeneidad: sexo y consumo de alcohol.

**Método:** Proceso de análisis cualitativo de contenido: codificación, triangulación de categorías y obtención/verificación de resultados.

**Resultados:** Se realizan seis entrevistas grupales, incluyendo 44 adolescentes (54% varones). El tipo de consumo varía con la edad, existiendo diferencias de género en las motivaciones. El alcohol se relaciona con actos lúdico-sociales desde las primeras experiencias familiares, y con el ocio nocturno al entrar en el instituto y aumentar las relaciones entre iguales. Los modelos sociales preferidos son los jóvenes universitarios, con un consumo excesivo en fin de semana que es entendido como un acto de independencia. Se rechazan las figuras de autoridad (profesores/sanitarios), criticando la información recibida (solo de contenidos, sin elementos motivacionales) y la omisión en la educación sobre este tema. Existen una accesibilidad para la compra de alcohol elevada, una sensación de control del consumo y una tendencia a entender las intoxicaciones agudas

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alpemi@gmail.com](mailto:alpemi@gmail.com) (A. Pérez Milena).

~Todos los autores pertenecen al Grupo de Estudio del Adolescente (SAMFYC)

como parte del ocio. Salvo pocas discrepancias, se relaciona el consumo de alcohol con el consumo de tabaco y de otras drogas.  
 Conclusiones: La intervención sobre el consumo alcohólico de los adolescentes debe incorporar sus motivaciones para lograr una mayor eficiencia.  
 & 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Adolescent;  
 Motivation;  
 Alcohol;  
 Discussion group;  
 Qualitative study

**Motivations for alcohol use among adolescents in an urban high school****Abstract**

**Objectives:** To find out the motivation (attitudes, beliefs and experiences) behind adolescent alcohol consumption.

**Design:** Qualitative methodology, explanatory method, using conversational techniques (discussion group with 6 – 8 adolescents/group, 50 min duration) recorded by videotape during the school year 2008/09.

**Participants and context:** Adolescents 12 – 18 years-old of a middle-class urban school (Jaen-Spain). Purposive sampling stratified by level of education; heterogeneity criteria: sex and alcohol consumption.

**Method:** Process of content analysis: coding, triangulation of categories and obtain/verify results.

**Results:** Six group interviews, including 44 teenagers (54% males). The rate of consumption varies with age, and there are gender differences in motivations. Alcohol is related to social and leisure activities from early family experiences, and the nightlife on entering school and as peer relationships increase. The preferred social models are university students, with excessive consumption at the weekend that is understood as an act of independence. Rejection of authority figures (teachers/health), critical attitude to the received information (content only, without motivational elements) and failure in education on this topic. There is high accessibility for the purchase of alcohol, a sense of controlled consumption and a tendency to understand acute poisoning as part of leisure. The adolescents related alcohol consumption, tobacco and drug use (except for minor discrepancies).

**Conclusions:** The intervention on alcohol consumption of adolescents should incorporate their motivation to achieve greater efficiency.

& 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

El consumo de bebidas alcohólicas es un hábito extendido y culturalmente aceptado en nuestra sociedad<sup>1</sup> y no exclusivo de la población adulta. El alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 – 18 años: más del 80% lo han probado alguna vez, más del 70% lo han consumido en el último año y casi el 60% en el último mes<sup>2</sup>. A diferencia de los adultos, el consumo de alcohol se concentra en el fin de semana: casi la cuarta parte de todos los jóvenes beben todos los fines de semana con una mayor preferencia por alcoholes de alta graduación y ligado al consumo de otras drogas<sup>1 – 3</sup>. Estos cambios, incluida la alta frecuencia de intoxicaciones agudas entre los jóvenes (casi el 60% se ha emborrachado alguna vez), hacen del consumo de alcohol entre adolescentes uno de los principales problemas de salud pública<sup>4</sup>.

Las influencias de determinados modelos sociales, las actitudes familiares y ciertos factores personales parecen ser decisivos para el consumo de alcohol<sup>5 – 8</sup>. Para entender este fenómeno es necesaria una visión holística que oriente este problema como un acontecimiento social que hay que comprender, encontrando su sentido a partir de los significados que los propios adolescentes le conceden. El objetivo del trabajo es conocer las motivaciones

(entendidas como actitudes, creencias y vivencias) de los adolescentes de un instituto urbano de Educación Secundaria para el inicio y/o mantenimiento del consumo de alcohol, tanto propias como del resto de adolescentes que conforman su microsistema de iguales.

**Método**

Se realizó un estudio cualitativo mediante un método fenomenológico, adecuado para conocer las opiniones, percepciones y discursos. El estudio fue de tipo explicativo, pretendiendo descubrir y enumerar las causas que conforman el fenómeno, así como identificar cómo interactúan entre sí para elaborar un marco explicativo sobre el mismo.

El trabajo de campo tuvo lugar durante los 2 primeros trimestres del curso escolar 2008 – 09. Los sujetos de estudio fueron los adolescentes escolarizados en un Instituto de Educación Secundaria de una zona urbana de Jaén, con edades comprendidas entre los 12 – 18 años y un nivel socioeconómico medio. Se realizó un muestreo intencional estratificado por niveles educativos (criterio de segmentación), con un tamaño de muestra suficiente hasta alcanzar el punto de saturación, en el que ningún grupo aportó información nueva y relevante. Para dotar al discurso de

heterogeneidad se tuvieron en cuenta las variables de género y el consumo de alcohol (definido como: no consumo, de prueba, en fin de semana)<sup>3</sup>. La selección de los participantes fue realizada por una profesora del instituto que actuó como informante clave, captando a los adolescentes según los criterios previamente establecidos, solicitando su colaboración y facilitando la realización de las entrevistas en el propio centro educativo durante la jornada escolar. Se requirió la firma de consentimiento informado tanto por parte de los participantes como de sus padres y se entregó información escrita sobre el estudio y la voluntariedad de la participación.

La técnica de recogida de la información empleada fue el grupo de discusión<sup>9</sup>, para estudiar la intersubjetividad del grupo considerando la interacción en sí misma como una fuente de datos. Todos los grupos se grabaron en videocámara y fueron moderados por una persona del equipo de investigación no perteneciente al entorno educativo. Se utilizó un guión de preguntas previamente establecido (tabla 1) y se elaboró un diario de campo donde se registraron las incidencias e impresiones que iban apareciendo durante la entrevista grupal. Para evitar que la recogida de información quedase demasiado limitada en función de las preguntas planteadas, se consideró más oportuno realizar entrevistas no estructuradas que favorecieran la interacción entre los propios adolescentes, usando el guión como línea exploratoria inicial que permitiera la aparición de nuevos temas emergentes. De forma paralela, se realizó la transcripción de las conversaciones, en la que se garantizó el anonimato de los participantes que no fueron identificados nominalmente. Se realizaron finalmente seis grupos (uno por cada nivel educativo), con una duración media de 50 min y un total de 44 adolescentes (tabla 2).

Seguidamente se llevó a cabo un análisis de contenido cualitativo<sup>10</sup> que constó de tres fases:

1. Fase de codificación: se realizó una lectura literal de las transcripciones inmediatamente tras su realización, para

generar las primeras hipótesis preanalíticas, valorar la saturación de la información y aplicar los indicadores de calidad del proceso (adecuación del contenido de las reuniones a los objetivos del proyecto; participación de todos los adolescentes del grupo en la exposición de creencias y vivencias; intervenciones adecuadas y registro correctos por parte del moderador; y registro escrito de la hipótesis de trabajo). Esta actitud crítica constante nos permitió asegurar la circularidad y flexibilidad del diseño. Posteriormente, se identificaron las unidades de texto y sus referentes (significados, discursos), se asignaron códigos de colores que indicaban conceptos emergentes del texto y se agruparon en categorías.

2. Fase de triangulación de categorías: Las categorías de análisis se consensuaron entre los miembros del equipo según los objetivos planteados y se redefinieron las categorías definitivas.
3. Fase de obtención y verificación de resultados: se realizó un análisis de contenido con el apoyo del programa informático NUDIST que ayudó a la construcción de las matrices definitivas y a explorar conexiones entre claves para el último análisis definitivo de los datos.

## Resultados

Se obtuvo información de 44 adolescentes repartidos en 6 grupos, con un 54% de hombres (tabla 2). La información recogida se presenta en cuatro categorías y diez subcategorías (tabla 3) que se corresponden con los puntos del guión de la entrevista, las hipótesis generadas y el marco explicativo.

### Determinantes personales

El alcohol presenta un sabor atrayente, con múltiples marcas conocidas por los adolescentes (tabla 4,1). Sin embargo, no hay motivos personales conscientes para el inicio del consumo, aceptándose como una experiencia más (tabla 4,2) que está ligada a una edad concreta situada en la

Tabla 1 Guión de la entrevista para el grupo de discusión

1. Recepción y saludo al grupo
2. Introducción Vais a participar en un estudio de investigación realizado por médicos. Durante esta hora queremos que nos contéis por qué los adolescentes comienzan a beber, de esta forma los médicos sabremos qué pensáis sobre este tema. Vamos a grabar este rato para poder anotar después todo lo que digáis, os recuerdo que esta reunión es confidencial: la cinta grabada se destruirá y vuestro datos no los conocerán otras personas
3. Debate a fondo Imagino que todos conocéis a gente joven con vuestra edad que bebe: ¿Cuáles son los motivos que tienen para consumir alcohol? ¿Los amigos influyen para beber alcohol? ¿La familia tiene importancia en los motivos para consumir alcohol? ¿Cómo veis la actuación de profesores y médicos? ¿Influye la publicidad? ¿Es fácil comprar alcohol? ¿Es malo para la salud? ¿Se relaciona con el consumo de tabaco y con otras drogas?
4. Clausura Vamos a finalizar la entrevista, ¿alguien quiere comentar algo más? Os agradecemos la participación

Tabla 2 Características principales y número de participantes en cada grupo entrevistado

Nivel educativo	Fecha	Número de participantes	Duración (min)	Edad media *	Mujeres (%)	Consumo de alcohol **		
						A(%)	B(%)	C(%)
1.ºESO	27-11-2008	7	45	12,370,2	57	57	43	–
2.ºESO	16-10-2008	6	50	13,570,4	17	34	33	33
3.ºESO	23-10-2008	9	50	13,970,6	78	–	56	44
4.ºESO	23-10-2008	7	48	15,270,5	57	–	43	57
1.ºBACH	9-01-2009	7	53	16,470,4	43	–	29	71
2.ºBACH	21-10-2008	8	55	17,170,2	25	–	37	63

BACH: bachillerato; ESO: Educación Secundaria Obligatoria.

\* La edad se muestra como media de los años  $\pm$  error estándar de la media.

\*\* Consumo de alcohol: A no consumo, B consumo intermitente o de prueba, C consumo en fin de semana.

Tabla 3 Categorías definidas en el análisis cualitativo y

Determinantes personales	1. Características propias del alcohol 2. Edad 3. Género
Influencia del microsistema	4. La familia 5. El grupo de iguales 6. Los adultos jóvenes 7. Las figuras de autoridad
Modelos sociales	8. Normalización social 9. Relación con el ocio 10. Información recibida
Adicción y riesgo	11. Control y adicción 12. Riesgo y enfermedad 13. Relación con otras drogas

segunda etapa de la adolescencia y relacionada con el descubrimiento de una nueva forma de ocio nocturno (tabla 4,3). Un consumo precoz se asocia a otras etnias y a un nivel social más bajo (tabla 4,4), mientras que se admite en reuniones familiares/sociales. El adolescente varón afianza con el consumo de alcohol su rol masculino y su status dentro de un grupo de iguales (tabla 4,5); las mujeres notienen esas impresiones, siendo utilizadas como gancho para la venta de alcohol (tabla 4,6).

### Influencias del microsistema

El primer contacto con el alcohol ocurre en el hogar a través del ejemplo de los padres, con un consumo ligado al ocio y a las reuniones sociales (tabla 4,7), cumpliendo al mismo tiempo un papel de iniciación a la madurez (tabla 4,8). Los padres emiten mensajes contradictorios, ignorando el problema o prohibiendo su consumo con mensajes autoritarios poco comprensibles para el adolescente (tabla 4,9). Los adolescentes, por su parte, critican la educación por omisión, reclaman un ejemplo vivencial y reconocen que la actitud vigilante de los padres impide un consumo excesivo de alcohol. Los familiares jóvenes también tienen una influencia importante (tabla 4,10).

La entrada al instituto supone un cambio marcado por nuevas normas y valores del grupo de iguales. El consumo de alcohol es una experiencia grupal, se dirige a la consecución de una mayor aceptación social y confiere un rol de autoridad personal (tabla 4,11). No hay una ruptura total con las creencias asimiladas en la familia, pero la influencia de los amigos es más consciente en los adolescentes (tabla 4,12).

El paso a la universidad se valora como un nuevo cambio consiguiendo mayor libertad e independencia (tabla 4,13); los universitarios actúan como un poderoso referente social en cuanto a hábitos de vida, asociando el consumo de alcohol al ocio nocturno y al consumo de otras drogas (tabla 4,14). En cambio, hay cierto rechazo a sanitarios y educadores, valorados como figuras de autoridad, con un rol de adulto lejano a sus vivencias personales (tabla 4,15) por lo que transmiten una información poco motivadora y difícil de entender (tabla 4,16). Los adolescentes más pequeños otorgan mayor autoridad al médico mientras que los mayores demandan un diálogo de igual a igual e información de otros adolescentes más experimentados (tabla 4,17).

### Modelos sociales

El consumo de alcohol está completamente normalizado en la sociedad en la que los adolescentes se están integrando, por lo que consideran que la imitación de estos comportamientos sociales es apropiado (tabla 4, 18 y 19). Pese a ello, se constata una dicotomía entre la obligación de cumplir las normas correctas (no consumir) y el poder de transgresión de las mismas, disfrutando de la ilegalidad del consumo para autoafirmarse ante los adultos (tabla 4,20). Hay una alta accesibilidad para su compra, independientemente de la edad (tabla 4,21).

El consumo de alcohol durante la adolescencia se asocia al ocio nocturno (tabla 4,22). Hay discrepancias sobre este punto: los adolescentes con un mayor consumo asocian diversión con alcohol, frente a los no consumidores. Estas divergencias indican diferentes modelos de diversión desde el inicio de la adolescencia (tabla 4,23), hacia la segunda y tercera etapa de la adolescencia donde divertirse es sinónimo de hacer botellón\* y consumir alcohol (tabla 4,24). Prima su efecto socializador y euforizante, lo que

Tabla 4 Citas textuales (verbatim) para cada categoría y subcategorías

## Determinantes personales

- 1 La cerveza, el alcohol y eso no te incitan a probarlo. Yo pienso que bebes por voluntad propia. Yo creo que tú bebes porque te gusta (hombre 13 años; no consumo)
- 2 Nunca me ha llamado la atención y probarlo, lo he probado. ¿Por qué? No lo sé (mujer 15 años; no consumo)
- 3 Cuando cumplés los dieciséis te metes en la noche. Entonces ya es cuando tienes la posibilidad de beber alcohol (mujer 15 años)
- 4 Es que yo he visto a zagales con 9 y 10 años bebiendo por la calle, ya te quedas flipado, serán gitanos (hombre 13 años; consumo intermitente). Se creen machos (hombre 13 años; consumo intermitente)
- 5 Que si no bebes no tienes huevos. (hombre 14 años; consumo en fin de semana)
- 6 Yo he visto camareros que han empezado a hacer el tonto con niñas y les han puesto copas, pero seis o siete copas gratis a unas chiquillas. (hombre 16 años; consumo en fin de semana)

## Influencias del microsistema

- 7 Si ves a tus padres: por ejemplo, mis padres se juntan con los tuyos, empiezan a beber, a beber.. (hombre 13 años; no consumo)
- 8 Te dan a probar el cubata y te sientes mayor (hombre 12 años; consumo intermitente)
- 9 Mi madre me dice que no beba; me dice: )si bebes yo que tú bebería de botellón\* (hombre 13 años; consumo en fin de semana).
- 10 Mi primo fue el que me enganchó (mujer 15 años; consumo en fin de semana) Yo se lo digo a mi hermano. (hombre 13 años; consumo intermitente).
- 11 Haz lo que hace el resto. Al igual que pasa con esto pasa con el resto de las cosas. Vamos a ser todos iguales para no ser menos (mujer 17 años; consumo en fin de semana) Al que no ves con un cubata dices: )cucha\* los )pringaos\* estos que no están aquí más que dando vueltas. Te compras tu cubatilla y ya te ha visto la gente y ya te puedes ir tranquilo (hombre 14 años; consumo en fin de semana)
- 12 Si mis padres me hablan de eso no los escucho. Y sin embargo hablo con mis amigos atiendo a lo mejor a todo lo que dicen (mujer 15 años; consumo en fin de semana)
- 13 Es un cambio radical en tu vida y eso puede afectar a tu personalidad, a tus padres y a tu ambiente familiar (hombre 16 años; consumo en fin de semana)
- 14 Ahora en la feria, por la noche, con todos los universitarios y todo, se beben cinco o más y luego por la mañana están tirados en el suelo (hombre 13 años; no consumo)
- 15 A profesores y médicos no creo que se les haga mucho caso (hombre 16 años; consumo en fin de semana)
- 16 Siempre acaban diciendo lo mismo al final. Luego ya acabas harto de las charlas. (mujer 16 años; consumo intermitente)
- 17 Yo creo que para concienciar a los más chicos tendría que ser gente de nuestra edad, no adultos. Así harían más caso. Sería más cercano. Piensas que son más )guays\* y el profesor resultaba más cargante. (mujer 17 años; consumo en fin de semana).

## Modelos sociales

- 18 Yo creo que llega una edad y todo el mundo lo prueba. (mujer 15 años; consumo en fin de semana)
- 19 No lo ven tan malo. Se ve tanta gente bebiendo y fumando, que la gente no lo ve tan mal: ¿por qué no vamos a hacer esto si hay mucha gente que lo hace? (mujer 16 años; consumo en fin de semana)
- 20 En la feria me puse enfrente de los profesores con un cubata para que me vieran, digo: )es que parezco y todo más chula\*. (mujer 15 años; consumo intermitente)
- 21 Beber es lo habitual y encima te venden donde quieras. Es que hay muy pocos sitios donde te pidan el carnet. (hombre 17 años; consumo en fin de semana)
- 22 Es que se bebe solo cuando hay fiesta. (mujer 13 años; no consumo)
- 23 Que se creen que bebiendo tienen más diversión y yo pienso que para divertirse no hace falta beber. (mujer 13 años; no consumo)
- 24 Yo no suelo beber pero a lo mejor salgo de botellón y a lo mejor voy y me tomo mi copa. (mujer 16 años; consumo en fin de semana)
- 25 ¡Venga, vamos, esta noche nos echamos un cubalibre que es bueno y así duramos más y todas esas cosas! (hombre 14 años; consumo en fin de semana)
- 26 Eso dice mi madre: )¿qué hacéis en el botellón?, ¿a qué vais al botellón?\* No le voy a decir: )allí a ponernos ciegos como los perros\*. Tampoco sé qué contestarle. Si no vas a beber, ¿a qué vas allí? (mujer 17 años; consumo en fin de semana). A conocer gente (mujer 15 años; consumo intermitente). Pero para conocer gente también puedes ir a una discoteca (mujer 17 años; consumo en fin de semana). O te vas al parque o a una cafetería (hombre 17 años; consumo intermitente)
- 27 Porque a lo mejor tu vas a comprar a los moros del parque y ahí sí que venden alcohol (hombre 13 años; no consumo)
- 28 Yo creo que al final son los valores que te den en la casa y la educación. La información que te dan por fuera se tiene que complementar con el valor que te dan en casa. (hombre 17 años; consumo en fin de semana)
- 29 Yo creo que con los anuncios, los profesores y demás, sí que nos lo dicen pero vamos haciendo lo que nos dé la gana. Tú si quieres lo haces y si no, no lo haces. Vamos, haces lo que te da la gana (mujer 13 años; consumo en fin de semana)
- 30 También se promociona. Los mojitos salen en un anuncio (mujer 12 años; no consumo). Ayer salió una noticia, que se encogía el cerebro al beber (hombre 13 años; no consumo)
- 31 Que con el alcohol te quitan puntos en el carnet (hombre 13 años; consumo intermitente)

Tabla 4. (continuación)

Adicción y riesgo
32 )Mi padre no bebe, solo en las fiestas, eso sí, siempre coge un poco de borrachera* (mujer 12 años; no consumo)
33 Llega un momento que digo: )ya está porque me estoy notando mareado o es que me estoy notando...*. Yo, si llega un momento que me noto así, pues paro de bebe y ya está (hombre 14 años; consumo en fin de semana). Es divertido beber cuando estas borracho. (hombre 13 años; no consumo)
34 También te emborrachas por llamar la atención, por querer resaltar. (hombre 17 años; consumo en fin de semana)
35 He visto esas situaciones con los amigos y me jodió mucho porque tuvimos que llevarlo al hospital y todo (hombre 16 años; consumo en fin de semana).
36 El hígado se vuelve a limpiar. Bueno, causa sus consecuencias. Pero con el tiempo bebes un sábado y hasta el otro sábado no vuelves a beber. En ese tiempo el hígado descansa (mujer 15 años; consumo en fin de semana). Es que en nuestra edad todavía no se piensa en lo que puede pasar. (mujer 16 años; consumo en fin de semana)
37 El alcohol sí se puede dejar pero el tabaco no (mujer 13 años; consumo intermitente)
38 A nuestra edad no. No creo que nadie fume y beba a la vez (mujer 16 años; consumo intermitente). Pues yo sí, yo fumo y estoy con mi cubata en la mano (mujer 17 años; consumo en fin de semana)
39 Lo mismo al final: )voy a emborracharse, voy a emporrarme o voy a pillarme un pelotazo* (hombre 17 años; consumo en fin de semana). O pasármelo bien para luego contarloy (hombre 17 años; consumo intermitente)
40 Sí, yo creo que empiezo a beber, después fumo. Porque estás borracho perdido y ya te dan: )toma un cigarrito*. Y bebiendo acabas con los porros y de los porros terminas con otra cosa (hombre 15 años; consumo en fin de semana)

mejora las relaciones intragrupalas y el rendimiento físico y psíquico en las fiestas, permitiendo un mayor disfrute del momento (tabla 4,25). Sin embargo, reconocen que la finalidad del botellón es beber alcohol, por delante de su efecto socializador (tabla 4,26), es más económico y permite un acceso más rápido a la compra del alcohol (tabla 4,27).

Los adolescentes reconocen que la familia es la transmisora social de información más importante sobre el consumo de alcohol, con la transmisión de valores y vivencias (tabla 4,28). Otro tipo de información no se considera útil: la experiencia personal de consumo es necesaria para alcanzar un conocimiento completo sobre lo que es el alcohol (tabla 4,29). Los medios de comunicación dejan impronta por su repetitividad en los anuncios de bebidas alcohólicas (tabla 4,30) contenidos impactantes/agresivos o por implicar medidas punitivas, como la penalización de conducir bebido (tabla 4,31).

### Adicción y riesgo

El adolescente piensa que el consumo de alcohol es fácil de controlar dentro de unos márgenes imprecisos que son fijados primero por las vivencias familiares (tabla 4,32) y luego por la experiencia personal (tabla 4,33). La edad incrementa la sensación de control, buscando en determinadas ocasiones la intoxicación aguda como una experiencia de ocio divertida (tabla 4,34) aunque también conlleva el riesgo de poner fin a la diversión (tabla 4,35). No son conscientes del daño que produce el consumo, pensando que un consumo en fin de semana permite recuperarse y no enfermar (tabla 4,36). No creen que los adolescentes que consumen puedan tener adicción al alcohol, siendo inferior frente a otras drogas (tabla 4,37). La relación con el consumo de tabaco y otras drogas es discutida: los adolescentes que relacionan ambas sustancias tienen una mayor experiencia personal de consumo ligado al ocio (tabla

4,38). La motivación para el policonsumo de diferentes drogas, incluido el alcohol, es mejorar los momentos de ocio (tabla 4,39) y acumular experiencias centradas en el hecho de consumir y experimentar sensaciones nuevas/diferentes (tabla 4,40).

### Discusión

El consumo de alcohol forma parte del proceso de socialización del adolescente, estando presente en todas las relaciones sociales que conforman su microsistema: los propios adolescentes asocian su consumo al ocio y a la consecución de un cierto grado de independencia y autonomía. La edad y el sexo también se configuran como importantes condicionantes del consumo de alcohol. Hay una evolución de un consumo de prueba a otro tipo de consumo intermitente y en grupo, sobre todo en la segunda etapa de la adolescencia<sup>1-3</sup>, con conductas gregarias encaminadas a la aceptación en el microsistema de pares<sup>5,11-14</sup>. Esta realidad se matiza a través del sexo como dimensión explicativa de las diferentes pautas de consumo: la necesidad del alcohol como vehículo social y los diferentes cambios fisiológicos y sociales que experimenta cada sexo marcan diferencias cualitativas por géneros<sup>11,15,16</sup> frente a un consumo cuantitativo similar entre hombres y mujeres adolescentes<sup>1-3</sup>.

La familia se constituye como transmisora principal de un consumo lúdico del alcohol, normalizando su presencia en momentos de reunión social<sup>16,17</sup>. Son los propios adolescentes quienes reclaman coherencia en la transmisión de valores de los padres, rechazando la omisión y ambivalencia en la educación parental. Por otro lado, los adolescentes encuentran múltiples elementos facilitadores y propiciadores del consumo en la propia sociedad, con una presencia cotidiana del alcohol en las relaciones interpersonales y una accesibilidad y permisividad que normaliza su consumo<sup>5,6,11,18,19</sup>. El espejo social más cercano en edad, los

jóvenes universitarios, señala el consumo excesivo de alcohol como expresión de libertad e independencia<sup>20</sup>. Los adolescentes tendrán, por tanto, una primera experiencia de consumo casi ineludible con un incremento del mismo progresivo y relacionado con los momentos de ocio, desempeñando el papel de un moderno rito de madurez. El consumo en lugares al aire libre (o "botellón") se asocia a un menor control de las cantidades de alcohol ingeridas y favorece la intoxicación aguda como experiencia deseable<sup>7,11,15,21</sup>. En este tiempo de ocio no estructurado prima el consumo frente a las relaciones interpersonales, favorece una comunicación entre adolescentes no saludable y se asocia a un alto riesgo de consumo de adicción al alcohol y consumo de otras drogas<sup>6,18,21-23</sup>.

Dado que el periodo de la adolescencia es una de las etapas más cruciales de desarrollo durante la vida, es muy importante tener una comprensión clara de las necesidades de los adolescentes y sus problemas de salud. Es preocupante la sensación de invulnerabilidad y control en la adolescencia frente al daño que causa a su crecimiento físico y social<sup>21</sup>, junto a un alto riesgo de adicción al alcohol<sup>6,22</sup>. Por ello, es preciso intentar cambiar la compleja cultura que propicia el consumo excesivo de alcohol por parte de los adolescentes<sup>4,24</sup> con una mayor supervisión de los lugares donde se bebe y de los grupos de adolescentes de edad más jóvenes<sup>13</sup>.

El guión de entrevista fue útil para homogeneizar la búsqueda de información en cada grupo, enriqueciéndose con la interacción conseguida mediante la dinámica de grupos de discusión y obteniéndose la saturación de la muestra a criterio del grupo investigador. El diseño cualitativo nos permite asegurar la validez interna de los resultados, dada la facilitación de la comunicación horizontal entre investigador y adolescentes, aunque limita la validez externa. La inferencia de estos resultados podría hacerse a otros grupos de adolescentes de similares características basándonos en la literatura científica consultada, permitiéndonos pensar que son resultados aplicables a otros adolescentes de sociedades occidentales<sup>5,7,8,11</sup>. Como limitación se apunta la falta de opiniones de adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos y de adolescentes mayores sin consumo de alcohol. Por un lado, la influencia del nivel social sobre el consumo de alcohol genera opiniones discrepantes<sup>25,26</sup>; por otro, el consumo de los adolescentes de 16 años o más es superior al de la población general, siendo predominantes los patrones de consumo intermitente y en fin de semana<sup>2</sup>. La resolución de estas dudas son líneas de investigación pendientes que deja abiertas este trabajo.

Los adolescentes y el alcohol configuran una realidad compleja, interrelacionada y dinámica cuyo conocimiento requiere también de enfoques y métodos que posibiliten comprender mejor aquello que no es cuantificable. Pensamos que esta realidad social sigue siendo pobremente entendidas por parte de los profesionales encargados de su atención, siendo este punto clave para un mejor abordaje del problema. Diversas intervenciones basadas fundamentalmente en técnicas cognitivas no han logrado un descenso del consumo alcohólico entre adolescentes<sup>27</sup>, mientras que otras intervenciones que emplean la entrevista motivacional personalizada parecen presentar una mayor reducción de problemas relacionados al alcohol<sup>28</sup>.

Con los resultados obtenidos en esta investigación se pretende incorporar la opinión de los adolescentes a las estrategias empleadas de forma multidisciplinar por educadores y sanitarios para prevenir o conseguir el abandono del hábito alcohólico en esta población. 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<sup>6,23,27,28</sup>.

## Puntos clave

### Lo conocido sobre el tema

1. El consumo de alcohol supone un rito de iniciación a la adolescencia en el que se configura una cierta forma de independencia personal.
2. La susceptibilidad a la presión de los iguales es un factor que determina el consumo de alcohol.
3. Tanto la propia familia como la sociedad en general configuran modelos de socialización favorables al consumo de alcohol durante la adolescencia.

### Qué aporta este estudio

1. Existen diferentes motivaciones y vivencias sobre el consumo de alcohol entre los adolescentes en función de su edad y sexo.
2. Los propios adolescentes piden una transmisión de valores de padres y figuras de autoridad, rechazando la información puramente teórica y criticando las omisiones en este aspecto educativo.
3. En el consumo de alcohol durante la adolescencia tiene más importancia la mejora de la socialización que la imitación de modelos sociales. Se debe promover la existencia de mediadores en salud de edad joven que favorezcan hábitos de vida saludables.

## Conflictodeintereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Financiación

El presente trabajo de investigación ha recibido una subvención para la financiación de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía (Secretaría General de Calidad y Modernización de la Junta de Andalucía, BOJA n.º 14 [21-01-2008]).

El contenido del trabajo ha sido presentado de forma parcial como comunicación oral al XIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria celebrado en Cádiz (7-9 de junio de 2009).

## Agradecimientos

Al personal de la Fundación de Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (Jaén) por su apoyo metodológico.

## Bibliografía

- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2007. URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf> (revisado 15/11/2009).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid 2009. URL: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008\\_Web.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008_Web.pdf) (revisado 15/9/2009).
- 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*. 2007;39:299–304.
- Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009 – 2016. BOE 38 de 3 de febrero; p 15284 – 312. URL: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf> (revisado 15/9/2009).
- 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.
- 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.
- Kuntsche E, Knibbe R, Engels R, Gmel G. Drinking motives as mediators of the link between alcohol expectancies and alcohol use among adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007;68:76–85.
- Ludden AB, Eccles JS. Psychosocial, Motivational, and Contextual Profiles of Youth Reporting Different Patterns of Substance Use During Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*. 2007;17:51–88.
- Canales M. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. *Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1994. p. 225–38.
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, 2ª ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
- Seoane L, Diezma JC, García P, Esteban C. Las concepciones de salud de los jóvenes, informe. Volumen II: Prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables. Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid. Madrid 2004; p. 101–28.
- 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.
- 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.
- 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.
- Coleman LM, Cater SM. A qualitative study of the relationship between alcohol consumption and risky sex in adolescents. *Arch Sex Behav*. 2005;34:649–61.
- Schulte MT, Ramo D, Brown SA. Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:535–47.
- 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*. 2007;39:61–5.
- Van Hout MC. An exploratory study of substance use among Irish youth: a service providers perspective. *J Ethn Subst Abuse*. 2009;8:99–111.
- Brown RL, Matousek TA, Radue MB. Legal-age students' provision of alcohol to underage college students: an exploratory study. *J Am Coll Health*. 2009;57:611–8.
- O'Malley PM, Johnston LD. Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *J Stud Alcohol Suppl*. 2002;14:23–39.
- Carlini-Marlatt B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N, Souza Mde F. Drinking practices and other health-related behaviors among adolescents of São Paulo City, Brazil. *Subst Use Misuse*. 2003;38:905–32.
- Parvizy S, Nikbahkt A, Pournaghash Tehrani S, Shahrokhi S. Adolescents' perspectives on addiction: qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2005;7:192–8.
- Van Hout MC. Youth alcohol and drug use in rural Ireland—parents' views. *Rural Remote Health*. 2009;9:1171.
- Coleman LM, Cater S. Pathways for practice and policy to reduce adolescent alcohol abuse: interpretations from a qualitative study. *Int J Adolesc Med Health*. 2006;18:37–41.
- Salonna F, van Dijk JP, Geckova AM, Sleskova M, Groothoff JW, Reijneveld SA. Social inequalities in changes in health-related behaviour among Slovak adolescents aged between 15 and 19: a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2008;8:57.
- Ritterman ML, Fernald LC, Ozer EJ, Adler NE, Gutiérrez JP, Syme SL. Objective and subjective social class gradients for substance use among Mexican adolescents. *Soc Sci Med*. 2009;68:1843–51.
- 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*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Carey KB, Scott-Sheldon LA, Carey MP, DeMartini KS. Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. *Addict Behav*. 2007;32:2469–94.

Original

## Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano

Alejandro Pérez-Milena<sup>a,b,\*</sup>, M.<sup>a</sup> Luz Martínez-Fernández<sup>b,c</sup>, Manuel Redondo-Olmedilla<sup>a</sup>, Carmen Álvarez Nieto<sup>d</sup>, Idoia Jiménez Pulido<sup>b,e</sup> e Inmaculada Mesa Gallardo<sup>b,f</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Gestión Clínica El Valle, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

<sup>b</sup> Grupo de Estudio del Adolescente, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, España

<sup>c</sup> Instituto de Educación Secundaria Jabalcuz, Jaén, España

<sup>d</sup> Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España

<sup>e</sup> Unidad de Gestión Clínica de Úbeda, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

<sup>f</sup> Distrito Sanitario Condado Campiña, Servicio Andaluz de Salud, Huelva, España

### información del artículo

Historia del artículo:

Recibido el 15 de febrero de 2011

Aceptado el 30 de marzo de 2011

On-line el 1 de noviembre de 2011

Palabras clave:

Tabaco

Adolescentes

Motivación

Grupo de discusión

Análisis cualitativo

### r e s u m e n

**Objetivo:** Conocer las motivaciones (actitudes, creencias y experiencias) de los adolescentes para el consumo de tabaco.

**Método:** Diseño cualitativo con videograbación de seis grupos de discusión (6-8 adolescentes, 50 minutos), curso escolar 2008/09. Muestreo intencional de seis grupos (12-18 años) de un instituto urbano de clase media (Jaén-España), usando el nivel educativo como criterio de homogeneidad y el sexo/consumo como criterio de heterogeneidad. Análisis de contenido: codificación, triangulación de categorías y obtención/verificación de resultados.

**Resultados:** Cuarenta y cuatro adolescentes, 54% varones. Fumar relaja y mejora la imagen personal: da seguridad (chicos) y mejora las relaciones con el sexo opuesto, además de controlar el peso (chicas). La familia favorece el tabaquismo por imitación de comportamientos, aunque no lo normaliza. Los amigos constituyen un grupo de presión para el inicio/mantenimiento del consumo. El inicio de la educación secundaria marca el principio del consumo experimental. La sociedad suele normalizar el consumo y es fácil para los menores de edad comprar tabaco. Los universitarios y educadores/sanitarios, dicen estar bien informados, pero recuerdan sólo mensajes impactantes. De forma unánime indican que el tabaco provoca adicción, pero de manera proporcional al tiempo de consumo; sólo les preocupan los síntomas inmediatos provocados por el tabaquismo. Los adolescentes fumadores relacionan el policonsumo con los momentos de ocio.

**Conclusiones:** El estudio aporta motivos potencialmente útiles para mejorar la intervención antitabaco en los adolescentes. La influencia de los amigos, las actitudes parentales, la accesibilidad al tabaco y los síntomas de dependencia parecen ser los factores más relevantes.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Motivations for tobacco consumption among adolescents in an urban high school

#### a b s t r a c t

**Objective:** To determine the motivations (attitudes, beliefs and experiences) for tobacco consumption among adolescents.

**Method:** This study was based on qualitative methodology using six 50-minute discussion groups with 6-8 adolescents per group during the 2008/09 school year. Purposive sampling was performed of 12-18 year-old adolescents attending a middle-class urban school (Jaén, Spain). The sample was stratified by educational level as the homogeneity criterion and gender and tobacco consumption as the heterogeneity criterion. Content analysis consisted of coding, triangulation of categories and obtaining and verifying the results.

**Results:** There were 44 adolescents (54% male). The participants reported that smoking relaxed and improved self-image, providing security (boys) and improving relations with the opposite sex, as well as weight control (girls). The family encouraged smoking by providing a model to imitate, although many adolescents hid their smoking from their families. Friends constituted a pressure group to start or continue smoking. Starting secondary school marked the beginning of experimental use. Society to attempt consumption and buying tobacco was easy for minors. University students were a role model and were free to smoke. The adolescents looked to their parents and educators/health workers to provide a model of abstinence and reported that they were well informed but only remembered powerful messages. Participants unanimously indicated that tobacco causes addiction, but in proportion to the duration of

Keywords:

Tobacco

Adolescents

Motivation

Discussion forums

Qualitative analysis

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es (A. Pérez-Milena).

consumption, and were concerned only with the immediate symptoms caused by smoking. Teenage smokers associated multiple drug use with leisure time.

Conclusions: This study provides useful data on motivation that could be used to improve smoking prevention interventions among adolescents. The most important factors seem to be peer influence, parental attitudes, easy access to tobacco and symptoms of dependence.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud considera el tabaquismo como uno de los principales problemas sanitarios en todo el mundo, sobre todo en la población infantil y adolescente<sup>1</sup>. En España, los adolescentes forman un subgrupo de población de especial riesgo por la alta prevalencia del consumo de tabaquismo<sup>2,3</sup>: hay un contacto inicial precoz, con un porcentaje de tabaquismo elevado y un patrón de consumo diario. Uno de los objetivos prioritarios en salud pública consiste en ayudar a las personas jóvenes a evitar que se inicien en el hábito de fumar, aunque hay incertidumbre sobre cómo hacerlo<sup>4</sup>, y a conseguir el cese del consumo en los fumadores, con una gran variabilidad en la atención prestada y los resultados obtenidos<sup>5</sup>. Parece necesario que se incorporen elementos sensibles al estadio del cambio en los adolescentes<sup>4,5</sup>, por lo que las motivaciones para fumar han de ser tenidas en cuenta por los sanitarios encargados de su atención. Las influencias de determinados modelos sociales (adaptación a un grupo de amigos consumidores, bajo rendimiento escolar), las actitudes familiares (consumo por parte de los padres, mala percepción del funcionamiento familiar) y ciertos factores personales (baja asertividad, ansiedad, rebeldía) parecen ser decisivos para el consumo de tabaco<sup>6,7</sup>.

Para entender este fenómeno se requiere una visión holística que oriente el problema como un acontecimiento social que hay que comprender, y encontrarle sentido a partir de los significados que los propios adolescentes le conceden. Desde esta perspectiva, pretendemos conocer las motivaciones (entendidas como actitudes, creencias y vivencias) de los adolescentes de un instituto urbano de educación secundaria de una zona urbana para el inicio o el mantenimiento del consumo de tabaco, tanto propias como del resto de los adolescentes que conforman su microsistema de iguales.

## Métodos

Se diseñó un estudio cualitativo, adecuado para conocer las opiniones, las percepciones y los discursos. El estudio es de tipo exploratorio y pretende descubrir y enumerar las causas que conforman el fenómeno, así como generar hipótesis para futuras investigaciones.

El trabajo de campo tuvo lugar durante el primer semestre del curso escolar 2008/09. Los sujetos de estudio son los adolescentes

escolarizados en un instituto de educación secundaria de una zona urbana de Jaén, con edades comprendidas entre 12 y 18 años, que proceden de familias con diferente nivel socioeconómico. Se realizó un muestreo intencional, estratificado por niveles educativos (criterio de segmentación), con un tamaño de muestra suficiente hasta alcanzar el punto de saturación, en el cual ningún grupo aportó información nueva y relevante. Para dotar al estudio de heterogeneidad se tuvieron en cuenta las variables sexo (incluyendo tanto hombres como mujeres en todos los grupos), patrón de consumo de tabaco (definido como no consumo, ocasional, en fin de semana y diario)<sup>3</sup> y nivel socioeconómico de la familia (valorado según la ocupación laboral más alta de los padres mediante la escala empleada por el cuestionario de contexto para la familia de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía<sup>8</sup>, agrupando los ítems en tres niveles descritos en la tabla 1). La selección de los participantes la realizó una profesora del instituto que actuó como informante clave (por su labor en la jefatura de estudios durante los últimos 7 años y el conocimiento de todos los criterios empleados), y facilitó la realización de las entrevistas en el propio centro educativo durante la jornada escolar.

La técnica de recogida de la información fue el grupo de discusión<sup>9</sup>, para estudiar la intersubjetividad del grupo considerando la interacción en sí misma como una fuente de datos. Se realizaron seis grupos de discusión (uno por cada nivel educativo), con una duración media de 50 minutos y un total de 44 adolescentes, cuyas características se presentan en la tabla 1 y la figura 1. Todos los grupos se grabaron en videocámara y fueron moderados por un médico de familia no perteneciente al entorno educativo para evitar el sesgo de dependencia social. Se diseñó oportuno realizar entrevistas no estructuradas basadas en un guión como línea exploratoria inicial que permitiera la aparición de nuevos temas emergentes (tabla 2), evitando así que la recogida de información quedase demasiado limitada en función de las preguntas planteadas y favoreciendo la interacción de los propios adolescentes. Se elaboró un diario de campo en el cual se registraron los incidentes y impresiones que iban apareciendo durante el grupo de discusión. De forma paralela se realizó la transcripción de las conversaciones, garantizando el anonimato de los participantes al no identificarlos nominalmente. A continuación se llevó a cabo un análisis de contenido cualitativo<sup>10</sup> que constó de tres fases:

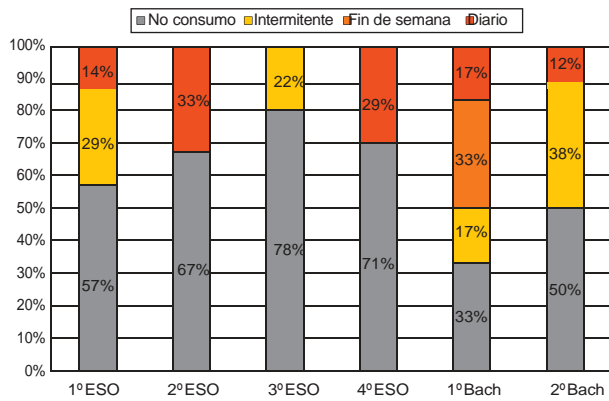
**Tabla 1**  
Características principales y número de participantes en cada grupo entrevistado

Nivel educativo	Fecha	Número de participante	Duración (min)	Edad media <sup>a</sup> (años)	Mujeres	Nivel económico <sup>b</sup>		
						1	2	3
1º ESO	27/11/2008	7	45	12,3 ± 0,2	57%	29%	42%	29%
2º ESO	16/10/2008	6	50	13,5 ± 0,4	17%	17%	83%	–
3º ESO	23/10/2008	9	50	13,9 ± 0,6	78%	11%	67%	22%
4º ESO	23/10/2008	7	48	15,2 ± 0,5	57%	28%	44%	28%
1º Bach.	9/01/2009	7	53	16,4 ± 0,4	43%	17%	50%	33%
2º Bach.	21/10/2008	8	55	17,1 ± 0,2	25%	50%	50%	–

ESO: educación secundaria obligatoria; Bach.: bachillerato.

<sup>a</sup>La edad se muestra como media de los años ± error estándar de la media.

<sup>b</sup>Nivel económico: 1) directivos de empresas o administración pública, técnicos profesionales, científicos e intelectuales, oficiales y rangos superiores de las fuerzas armadas; 2) técnicos y profesionales de apoyo, empleados de tipo administrativo, agricultura y pesquerías, servicio de restauración, personales, protección y vendedores, suboficiales y rangos inferiores de las fuerzas armadas, trabajadores cualificados en agricultura y empresa, artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería; 3) trabajadores no cualificados, dedicados a las labores domésticas propias del hogar, y población inactiva.



**Figura 1.** Patrones de consumo de tabaco en cada grupo de discusión realizado. ESO: educación secundaria obligatoria; Bach.: bachillerato.

- 1) Fase de codificación: el equipo investigador visionó las grabaciones y realizó un equipo literal de las transcripciones inmediatamente tras su realización, para generar las primeras hipótesis preanalíticas, valorar la saturación de la información y aplicar los indicadores de calidad del proceso (adecuación del contenido de las reuniones a los objetivos del proyecto, participación de todos los adolescentes del grupo en la exposición de creencias y vivencias, intervenciones adecuadas y registro correctos por parte del moderador, registro escrito de la hipótesis de trabajo). Una actitud crítica constante permitió asegurar la circularidad y la flexibilidad del diseño. Posteriormente se identificaron las unidades de texto y sus referentes (significados, discursos), se asignaron códigos de colores que indican conceptos emergentes del texto y se agruparon en categorías.
- 2) Fase de triangulación de categorías: las categorías de análisis se consensuaron entre los miembros del equipo según los objetivos planteados y se redefinieron las categorías definitivas.
- 3) Fase de obtención y verificación de resultados: se realizó un análisis de contenido con el apoyo del programa informático NUDIST, que ayudó a la construcción de las matrices definitivas y a explorar conexiones entre claves para el último análisis definitivo de los datos.

**Tabla 2**

Guion de la entrevista para el grupo de discusión

1. Recepción y saludo al grupo
2. Introducción
 

Vais a participar en un estudio de investigación realizado por médicos. Durante esta hora queremos que nos contéis por qué los adolescentes comienzan a fumar, de esta forma los médicos sabremos qué pensáis sobre este tema. Vamos a grabar este rato para poder anotar después todo lo que digáis. Os recuerdo que esta reunión es confidencial: la cinta grabada se destruirá y vuestros datos no los conocerán otras personas.
3. Debate a fondo
 

Imagino que todos conocéis a gente joven, con vuestra edad, que fuma. ¿Cuáles son los motivos que tienen para consumir tabaco? ¿Los amigos influyen para fumar tabaco? ¿La familia tiene importancia en los motivos para consumir tabaco? ¿Cómo veis la actuación de profesores y médicos? ¿Influye la publicidad? ¿Es fácil comprar tabaco? ¿Es malo para la salud? ¿Se relaciona con el consumo de alcohol y con otras drogas?
4. Clausura
 

Vamos a finalizar la entrevista. ¿Alguien quiere comentar algo más? Os agradecemos la participación.

El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Científica del Hospital Ciudad de Jaén, y por el Consejo Escolar del centro educativo. Se requirió la firma de un consentimiento informado tanto por parte de los participantes como de sus padres, y se entregó información escrita sobre el estudio y la voluntariedad de la participación, indicando explícitamente la destrucción final de la videgrabación y el anonimato de los datos obtenidos tras el análisis.

## Resultados

La información recogida se presenta en cinco categorías y doce subcategorías (tabla 3) que se corresponden con los puntos del guion de la entrevista, las hipótesis generadas y el marco explicativo. Las referencias al discurso de los participantes se encuentran en la tabla 4.

### Determinantes personales

No hay motivos personales conscientes para el inicio del consumo, y se acepta como una experiencia más y casi inevitable en el crecimiento adolescente (1) (tabla 4). El olor y el sabor del tabaco es desagradable al inicio del tabaquismo y no es un factor favorecedor del consumo, aunque la repetición del consumo permite acostumbrarse a ellos (2). Es una experiencia relajante que permite evadirse del aburrimiento y se asocia a momentos muy concretos del día (3). El tabaco permite aumentar la confianza en los adolescentes de menor edad, y los alumnos repetidores y de mayor edad se sienten más seguros hablando en cada grupo al tener más experiencia de consumo, y minusvaloran el consumo de los adolescentes de menor edad (4). Personalmente el consumo de fumar supone un rol de autoridad para los adolescentes al de iguales, un paso hacia la madurez y la aceptación de la uniformidad del grupo de amigos, mientras que en las chicas predomina la curiosidad, la sensación de control del peso y la influencia de los amigos varones (5). Los chicos entienden que la mujer asume más riesgos al fumar (6).

**Tabla 3**

Categorías definidas en el análisis cualitativo y subcategorías correspondientes

- |  |
|--|
| <p>Categoría 1. Determinantes personales</p> <p>Subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características propias del tabaco</li> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> </ul>  |
| <p>Categoría 2. Influencia del microsistema</p> <p>Subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La familia</li> <li>• El grupo de iguales</li> <li>• Los adultos jóvenes</li> <li>• Las figuras de autoridad</li> </ul> |
| <p>Categoría 3. Modelos sociales</p> <p>Subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalización social</li> <li>• Relación con el ocio</li> <li>• Información recibida</li> </ul>                                    |
| <p>Categoría 4. Adicción y riesgo</p> <p>Subcategorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control y adicción</li> <li>• Riesgo y enfermedad</li> <li>• Relación con otras drogas</li> </ul>                                 |
| <p>Categoría 5. Motivos para no fumar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la salud</li> <li>• Autoafirmación</li> </ul>   |

**Tabla 4**

Citas textuales (verbatim) para cada categoría y subcategorías

Determinantes personales
1. Lo que no entiendo es lo que me ha pasado, que me han dicho desde el primer momento que no fumara y he acabado fumando (4° ESO, mujer, 15 años, consumo diario, nivel económico 2)
2. Yo la primera vez que fumé voy a probarlo, das lo «calá» y empecé a toser, me me iba a morir (4° ESO, hombre, 17 años, consumo diario, nivel económico 3) Sí, te da asco, pero dices: «voy a probarlo otra vez» (4° ESO, hombre, 15 años, consumo diario, nivel económico 2)
3. Y así se empieza: «es que estoy muy nervioso, me voy a fumar un cigarro» (2° ESO, hombre, 15 años, consumo diario, nivel económico 2) Fumo después de comer porque me sienta bien uno después de cada comida (2° ESO, hombre, 13 años, no consumo, nivel económico 2)
4. Yo, hace un par de años, cuando estaba en cuarto, en los servicios de primero había una humareda que era impresionante. Y veías a los más chuletas que eran los más chicos, y los grandes fuera. En la salida ves a un chaval así de chico diciendo: «dame una calada». Te preguntas: «¿será más feliz?, ¿más chulo?» (2° bachillerato, hombre, 18 años, consumo diario, nivel económico 1) Quieren hacerse los mayores (2° bachillerato, hombre, 17 años, no consumo, nivel económico 2)
5. El primer cigarro te lo echas siempre para aparentar, pienso yo (1° bachillerato, hombre, 16 años) O no, por curiosidad (1° bachillerato, mujer, 16 años, consumo intermitente, nivel económico 1) Fumo porque un día, por una tontería, un muchacho me gustaba y me ofreció tabaco. Me ofreció un cigarro y por no decirle que no (4° ESO, mujer, 17 años, consumo diario, nivel económico 3) Que no engordas (3° ESO, mujer, 14 años, no consumo, nivel económico 2)
6. Yo creo también que los hombres somos más protectores que las mujeres. «No fuméis porque es malo», aunque tú fumes... (4° ESO, hombre, 16 años, no consumo, nivel económico 2)
Influencias del microsistema
7. Porque te acostumbras, desde muy pequeño, si tus padres fuman (3° ESO, mujer, 13 años, no consumo, nivel económico 2)
8. A partir de ese día yo me callé con mis padres (3° ESO, mujer, 14 años, consumo intermitente, nivel económico 2)
9. Es lo mismo que cuando te dice tu padre: «no hagas esto que...», de chico o ahora. Y dices «pues ahora lo voy a hacer» (4° ESO, mujer, 17 años, consumo diario, nivel económico 3)
10. Yo creo que quieren cuidar de nosotros para que no nos pase lo mismo que a ellos. Por ejemplo, si ellos fuman no quieren que tu fumes para que no te ahogues; que lleves una vida saludable... yo que sé (4° ESO, mujer, 15 años, no consumo, nivel económico 1)
11. Si tus padres discuten mucho, pues a lo mejor te metes en drogas, alcohol o tabaco. Porque a lo mejor te afectan mucho las cosas y a lo mejor te vuelves más eso con tus amigos (4° ESO, hombre, 16 años, no consumo, nivel económico 2)
12. La amistad. Depende del tipo de amigos que tengas, fumarás, no fumarás; beberás, no beberás. Depende del tipo de amigos que tengas. Depende de la influencia (4° ESO, hombre, 16 años, no consumo, nivel económico 2) Si estás en un grupo y todos fuman y tú no fumas, no es fácil, te discriminan (4° ESO, hombre, 16 años, consumo intermitente, nivel económico 2)
Modelos sociales
13. Por ejemplo, nosotros somos universitarios, bajamos a la feria de noche, ahora en los pubs, en todos. Pues ya ahí van a beber, a fumar, y ya te colocas (2° ESO, hombre, 15 años, no consumo, nivel económico 2)
14. Siempre acaban diciendo lo mismo al final. Luego ya acabas harto de las charlas (2° bachillerato, mujer, 16 años, no consumo, nivel económico 3) Y que es un adicto el que te lo está diciendo. Simplemente al ser un adulto, yo que sé... yo lo veo como un sermón. Te va a dar la tabarra y entonces ya «vete por ahí» y punto, aunque sepas los riesgos que existen (2° bachillerato, hombre, 17 años, no consumo, nivel económico 2)
15. Hoy en día es a esa edad, básicamente la edad de estar en los institutos (2° ESO, hombre, 15 años, consumo diario, nivel económico 2)
16. No lo ven tan malo. Se ve tanta gente bebiendo y fumando, que la gente no lo ve tan mal: «¿por qué no vamos a hacer esto si hay mucha gente que lo hace?» (1° bachillerato, mujer, 16 años, consumo intermitente, nivel económico 1) Yo creo que llega una edad y todo el mundo prueba el tabaco (4° ESO, mujer, 15 años, consumo diario, nivel económico 3)
17. Yo creo que a veces incluso eso, el prohibírtelo, incluso «ah, pues ahora quiero más...». El hecho de prohibírtelo ya... (2° bachillerato, hombre, 17 años, consumo intermitente, nivel económico 1)
18. Yo he visto gente que tendría 14 años y dice «necesito un paquete de tabaco para mi padre» y se lo dan (3° ESO, mujer, 13 años, no consumo, nivel económico 3)
19. ¿Qué opináis de la ley del tabaco? (moderador) Yo la veo bien (2° bachillerato, hombre, 18 años, consumo de fin de semana, nivel económico 2) Pues yo no la veo bien. Me están quitando la libertad de fumar (2° bachillerato, hombre, 18 años, consumo diario, nivel económico 1) Tú me estas jodiendo con el tabaco (2° bachillerato, mujer, 17 años, no consumo, nivel económico 2)
20. A la gente le da igual lo de la fiesta, que llega a su casa un lunes y se pega una hartada de tabaco (2° ESO, hombre, 14 años, no consumo, nivel económico 3) Eso, te juntas con los amigos: «vamos a echar...» (2° ESO, hombre, 15 años, consumo diario, nivel económico 1)
21. Quien fuma, fuma porque quiere y sabe lo del cáncer y lo que te afecta y todo, lo sabe. Hoy en día eso se sabe. Porque nos dan información y eso se sabe (4° ESO, mujer, 17 años, consumo diario, nivel económico 3)
22. Yo creo que con los anuncios, los profesores y demás, sí que nos lo dicen, pero pasa como he dicho con los anuncios, que vamos haciendo lo que nos dé la gana. Es como si te dicen «estudia, estudia». Tú, si quieres lo haces, y si no, no lo haces. Vamos, haces lo que te da la gana (3° ESO, mujer, 13 años, no consumo, nivel económico 2)
23. Eso salió el otro día en la tele. Salió un experimento. Dentro lo que hay es como petróleo, es negro. Entonces, si estas fumando te va a salir... (3° ESO, mujer, 15 años, consumo intermitente, nivel económico 3)
Adicción y riesgo
24. Al principio fumas, yo que sé... Cuando salimos un día: «voy a fumar uno». Ahí claro que controlan. A lo mejor pillan uno o dan, pero luego, cuando llevan un montón de tiempo, ya no saben controlar y ya... (4° ESO, mujer, 14 años, no consumo, nivel económico 1) Empiezas con un cigarrillo, luego con otro, y al final acabas todos los fines de semana con el paquete de tabaco (2° ESO, hombre, 14 años, consumo diario, nivel económico 2)
25. Depende, si eres de los que dices dejar de fumar, un día o dos, pues dices: «ya no fumo más porque no me da la gana». Pero si eres de los que fuman un paquete diario, pues entonces es más difícil (2° ESO, hombre, 15 años, consumo diario, nivel económico 2)
26. Mi padre no pudo quitarse (3° ESO, mujer, 13 años, no consumo, nivel económico 2)
27. De fumar se muere mucha gente, pero de beber no se ha muerto nadie. Tú vas una noche de fiesta y te bebes una cubata o dos, y ves que no te va a pasar nada (4° ESO, mujer, 14 años, no consumo, nivel económico 1) Fumar mata a largo plazo, pero el peligro puede ser hipotético (2° bachillerato, mujer, 16 años, no consumo, nivel económico 2)
28. Y te cansas más al correr y todo (3° ESO, mujer, 13 años, no consumo, nivel económico 2) Si fumas, las uñas se te ponen amarillas (3° ESO, mujer, 13 años, consumo intermitente, nivel económico 3)
29. Yo lo que quiero que se den cuenta, no es que se están perjudicando a ellos mismos sino que perjudican a los de su alrededor (3° ESO, hombre, 14 años, no consumo, nivel económico 2)
30. A nuestra edad, no. No creo que nadie fume y beba a la vez (4° ESO, mujer, 16 años, no consumo, nivel económico 2) Pues yo sí, pues yo fumo y estoy con mi cubata en la mano (4° ESO, mujer, 17 años, consumo diario, nivel económico 3)
31. Lo mismo al final: «voy a emborracharme, voy a emporrarme o voy a pillarme un pelotazo» (hombre, 17 años, consumo fin de semana, nivel económico 1) O pasármelo bien para luego contarlo... (hombre, 17 años, consumo intermitente, no consumo, nivel económico 2)
32. Sí, yo creo que empieza a beber, después fumo. Porque estás borracho perdido y ya te dan: «toma un cigarrillo». Y bebiendo acabas con los porros y de los porros terminas con otra cosa (hombre, 15 años, consumo fin de semana, nivel económico 2)
Motivos para no fumar
33. ¡Hombre! Si eres un gran fumador y llevas 25 años fumando, sí que te da cáncer (2° ESO, hombre, 14 años, consumo diario, nivel económico 2)
34. Pues yo creo que en la adolescencia es más fácil; dices «fumo, pues ya no quiero fumar». No de mayor, que ya te cuesta más (2° ESO, hombre, 13 años, no consumo, nivel económico 2)
35. Si no quieres ser como el resto, un simple borrego, no tienes por qué fumar o beber (2° bachillerato, mujer, 17 años, no consumo, nivel económico 2) Nosotros tenemos una amiga que sale con nosotros y no fuma, y nosotros no la discriminamos ni le decimos «fuma» (4° ESO, mujer, 17 años, consumo diario, nivel económico 3)

## Influencias del microsistema

El inicio del consumo de tabaco se ve influido por las actitudes familiares (7) (tabla 4), aunque reconocen que es menos importante que la influencia que puedan ejercer los amigos. 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 (8). Ocultar el consumo en la familia evita problemas, sobre todo en las mujeres, y a veces es gratificante hacer lo contrario de lo que dicen los padres (9). De sus padres esperan una educación basada en su propio comportamiento, reclaman un ejemplo de no consumo y entienden las buenas intenciones de sus padres (10). Los problemas familiares pueden favorecer el inicio del consumo tabáquico entre los adolescentes (11).

Los amigos son un elemento clave para el inicio y el mantenimiento del consumo de tabaco: la adaptación a un grupo de iguales es mejor si se tienen los mismos hábitos de consumo, ya que mejora la integración social en ese microsistema y se evita el rechazo (12). El consumo diario de tabaco hace que se convierta en un elemento integrador más potente que el alcohol.

## Modelos sociales

Los jóvenes universitarios son un referente de conducta, y son valorados como independientes y autónomos sin llegar a asumir el estatus de adultos. Suponen un modelo de cómo pasarlo bien en fiestas y normalizan el policonsumo de diferentes drogas como parte de la experiencia de un adulto joven (13) (tabla 4). Profesores y sanitarios se ven como figuras de autoridad legítimas, reproducen las mismas actitudes que los padres y repiten normas que ellos mismos no cumplen mediante la transmisión de una información poco atrayente (14). El uso de jerga médica dificulta la comunicación con los adolescentes. La credibilidad y la autoridad del médico es mayor entre los adolescentes de menor experiencia y menor edad.

El consumo de tabaco se acepta como una actividad social normalizada. Su inicio se sitúa en la experiencia de los estudios de educación secundaria (15) (tabla 4). Es una experiencia por la que hay que pasar, integrada en el desarrollo social del adolescente occidental (16). Se imitan comportamientos sociales que se equiparan con otros hábitos consumistas. También la transgresión de reglas sociales (no fumar en el instituto o ser algo prohibido por los adultos) actúa como elemento motivador (17). Por otro lado, la compra de tabaco es fácil para un menor de edad, por haber la compra, incluso más fácil que el alcohol (18). Las leyes que prohíben el consumo en los lugares públicos dividen a los adolescentes a favor (aquellos que no fuman) y en contra (los fumadores, por considerarlas una disminución de su libertad individual) (19). Todos opinan que esta ley ha provocado un menor consumo de tabaco.

El tabaco, a diferencia del alcohol, no se relaciona con momentos de ocio nocturno: para fumar no hay un sitio físico ni un espacio temporal concreto para el consumo. Se trata de una actividad que se realiza diariamente, en relación con el contexto de la relación de pares (20).

La información que reciben es, para ellos, suficiente (21). Sin embargo, es autoritaria, no motiva al cambio y a veces provoca el efecto contrario: reafirmarse en lo que el adolescente quiere hacer (fumar) frente a lo que le dicen (no fumar) (22). Sólo retienen la información de los medios de comunicación especializadas, agresiva e impactante, sin diferenciarlo importante del accesorio (23).

## Adicción y riesgo

Al inicio hay una sensación de control del consumo de tabaco, pero reconocen que el tabaquismo aumenta con el tiempo de forma casi inevitable. La dependencia se asocia a una mayor edad y

a un consumo de tabaco elevado (24) (tabla 4). Para dejar de fumar es importante la voluntad personal, pero esta opinión es matizada por los adolescentes grandes fumadores, quienes sí se dan cuenta de la adicción provocada por el tabaco y la falta de control sobre su consumo (25). Esta dificultad para el abandono del tabaco se explica con las vivencias de otros familiares (26).

Pese a ello, múltiples en el tabaco como una «droga blanda», que se asemeja a los alcohólicos, pero siempre que transcurra un largo periodo de exposición (27). Sólo preocupan realmente los daños inmediatos, como la bajada del rendimiento físico y otros problemas estéticos (uñas y dientes amarillos, mal olor...) (28). Conocen el concepto de fumador pasivo, sobre todo por la experiencia de fumadores en su propia familia, y conocen la importancia de este hecho (29). La adicción del consumo de tabaco y otras drogas es discutida: los adolescentes que relacionan ambas sustancias tienen una mayor experiencia personal de consumo ligado al ocio (30). La motivación para el policonsumo de diferentes drogas, incluido el tabaco, es mejorar los momentos de ocio (31) y acumular experiencias centradas en el hecho de consumir y experimentar sensaciones nuevas o diferentes (32).

## Motivos para no fumar

El olor y el sabor del tabaco no son agradables. La salud es el motivo más esgrimido para no fumar, pero sólo les preocupan los efectos inmediatos, como un mal rendimiento físico o la coloración amarilla de las uñas y los dientes; las enfermedades graves aparecen en adultos con un consumo prolongado de tabaco (33) (tabla 4). La dependencia de la nicotina es conocida por todos, pero no es motivo suficiente para dejar de fumar (34). La confianza en uno mismo hace que sea más fácil decir no al tabaco, expresado por adolescentes mayores y mujeres (35), sobre todo si el grupo de amigos y amigos no fuma.

## Discusión

El tabaquismo es la consecuencia de un proceso en el cual intervienen, antes incluso del primer consumo, factores conductuales y sociales, y que culmina con décadas de dependencia física y psicológica al tabaco<sup>11</sup>. La iniciación en el consumo de tabaco se produce en general durante la adolescencia, con unas motivaciones que parecen girar en unos ejes fundamentales: factores personales y dependencias/adicción<sup>12-14</sup>. Como factores protectores se indican la vigilancia de los padres sobre el consumo de los menores, las creencias religiosas y el incremento de los precios del tabaco<sup>12</sup>. El presente trabajo indaga la importancia de todos estos factores para el comienzo, el mantenimiento o el cese del tabaquismo en una población de jóvenes escolarizados españoles, desde una visión holística que permita comprender el fenómeno en su totalidad, incluyendo la opinión de fumadores y no fumadores. Son los propios adolescentes quienes, en última instancia, toman sus propias decisiones para consumir o no tabaco, pero parecen estar influenciadas por su entorno<sup>13,14</sup>. No se encuentran motivaciones diferentes según el nivel socioeconómico del adolescente, aunque parece determinar unas prevalencias de tabaquismo diferentes<sup>15</sup>.

El elemento fue la autopercepción de mayor seguridad que el adolescente obtiene al fumar, elemento clave en el mantenimiento del hábito tabáquico<sup>7,16</sup>, descrito como un medio de obtener el control de los sentimientos<sup>17</sup>. Otros estudios valoran el autocontrol y la actitud positiva ante las normas como factores protectores ante el tabaco<sup>16,18</sup>. Se encuentran motivaciones para el consumo diferentes según el sexo del adolescente, a diferencia de otros estudios<sup>16</sup>; en los chicos prima la pertenencia a un grupo, mientras que para las

chicas ayuda al control del peso corporal y al inicio de las relaciones con el sexo opuesto<sup>18-20</sup>.

Muchas investigaciones identifican las relaciones con los pares como un factor primario en el tabaquismo de los adolescentes<sup>6,16,21</sup>, algo que aparece con frecuencia en las entrevistas de este estudio. Se trataría de un mecanismo ligado a las normas subjetivas que se trataría de del mecanismo ligado a las normas de socialización que que actuaría como grupo de presión para el consumo<sup>7,20</sup>. También parece haber una menor intención de fumar si los amigos no apoyan el consumo de tabaco<sup>18</sup>. Al mismo tiempo, las actitudes de los padres condicionan el consumo del menor: un ambiente sin humo en el hogar es un factor protector<sup>22</sup>, y la oposición explícita de los padres ante el tabaquismo de los adolescentes atenúa el efecto de los pares para el consumo<sup>23,24</sup>.

El aula sigue teniendo una gran aceptación social que normaliza su consumo<sup>25</sup>, con una gran accesibilidad para su compra, que viene a ser un factor de riesgo independiente de la influencia familiar y de los pares<sup>13,26</sup>. El modelo social más idealizado son los jóvenes universitarios, mientras que se rechazan las imágenes de autoridad (profesores y sanitarios). La entrada a un microsistema previo a la adultez, como es el instituto, hace que el consumo tabáquico de prueba se convierta en un rito de socialización casi ineludible, que empeora en caso de fracaso escolar<sup>6</sup>.

Los mecanismos por los cuales un adolescente desarrolla dependencia al tabaco son múltiples<sup>25,27</sup>, y puede 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 sus entornos, y lo relacionan con un incremento progresivo del consumo<sup>16,25,28,29</sup>. Además, esta adicción sería la puerta de entrada al consumo de cannabis y otras drogas, a veces mediante un fenómeno de sustitución<sup>30</sup> o bien por un mecanismo de policonsumo en busca de nuevas experiencias. Sin embargo, no a valorar la experiencia como un motivo para dejar de fumar, pese a que otras experiencias en la misma población lo muestran como uno de los principales elementos motivacionales para dejar de hacerlo<sup>31</sup>. La salud parece ser un sesgo de deseabilidad como motivo para el cese del consumo, mientras que la propia asertividad y la madurez personal facilitará «decirno» al tabaco<sup>31</sup>.

La metodología cualitativa desarrollada en este trabajo permite asegurar la validez interna de los resultados, y que favorece la comunicación horizontal entre investigadores y adolescentes, y se enriquecen los datos mediante la dinámica de grupos de discusión; sin embargo, la validez externa está limitada por el tipo de diseño o empleado. Este hecho, junto a disponer de resultados de un solo instituto, empobrecería su inferencia a la población general. Faltarían, además, las opiniones de los adolescentes no escolarizados, con unas vivencias posiblemente diferentes. No encontrar diferencias entre los distintos niveles socioeconómicos valorados y la plausibilidad con los resultados obtenidos en otras poblaciones adolescentes occidentales<sup>12,14,16,17,25,30</sup> permitiría mejorar esta limitación. Quedan pendientes futuras líneas de investigación para explorar las diferencias cualitativas de sexo de los adolescentes fumadores y la influencia de los jóvenes universitarios como modelos sociales.

Las actividades de prevención deben tener un enfoque integral sobre influencias sociales cuando la competencia se realizan adolescentes<sup>4</sup>. Los elementos motivacionales hallados en este estudio pueden ser muy eficaces para prevenir el consumo de tabaco o conseguir su cese, explicando a los padres la importancia de la educación para la salud desde el hogar<sup>17,24</sup> y mejorando las habilidades para rechazar el tabaco ofrecido por los pares<sup>7,25</sup>. Esta labor debe ser multidisciplinaria, y puede comenzar con la consecución de espacios libres de humo en los lugares de reunión de los jóvenes<sup>14,23</sup> y el acercamiento a los centros de educación primaria y secundaria<sup>2,24</sup>.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

El consumo de tabaco suele comenzar en la adolescencia, como respuesta a determinados factores (ligados a la adicción) y a unos modelos de socialización que invitan a fumar (por imitación o por rebeldía), siendo los amigos y la familia los ambientes de mayor influencia.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las principales motivaciones encontradas son el autocontrol, la normalización social, las relaciones entre pares y la dependencia nicotínica, siendo configuradas por la edad y el sexo, y poco por el nivel socioeconómico. La intervención anti-tabaco sería más eficaz si transmitiera valores y habilidades que favorezcan la socialización y la autoestima, contando con el apoyo de mediadores en salud de edad joven.

### Contribuciones de autoría

Todos los autores han trabajado de forma coordinada en el diseño del trabajo, su ejecución y el posterior análisis de los datos mediante la elaboración de hipótesis y la triangulación de éstas. La versión definitiva del artículo cuenta con la aprobación de todos los autores.

### Financiación

Esta investigación ha recibido una subvención de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía (Secretaría General de Calidad y Modernización de la Junta de Andalucía, BOJA n° 14 [21/1/2008]). El contenido del trabajo fue presentado de forma parcial como comunicación al XXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, celebrado en Barcelona del 25 al 27 de noviembre de 2009.

### Conflictos de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

Al personal de la Fundación de Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (Jaén) por su apoyo metodológico, en especial a Guadalupe Pastor Moreno. Al Equipo Directivo y al Departamento de Orientación del IES Jabalruz (Jaén), por su ayuda para la realización de las entrevistas.

### Bibliografía

- Lando HA, Hipple BJ, Muramoto M, et al. El tabaco es un problema que afecta a los niños en el mundo entero. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2010;88:2.
- Delegación de Gobierno en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid 2009. (Consultado el 04/2/2011.) Disponible en: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008\\_Web.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008_Web.pdf).
- Pérez-Milena A, Leal FJ, Jiménez I, et al. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria*. 2007;39:299-304.
- Thomas R, Perera R. Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford: Update Software Ltd; 2007. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Grimshaw GM, Stanton A. Intervención para el abandono del hábito de fumar en personas jóvenes (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 4. Oxford: Update Software Ltd; 2007. Disponible en:

- <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
6. Caballero A, González B, Pinilla J, et al. Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gac Sanit.* 2005;19:440–7.
  7. Cortés M, Schiaffino A, Martí M, et al. Factores cognitivos asociados con el inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Gac Sanit.* 2005;19:36–44.
  8. Evaluación diagnóstica, Cuestionario de contexto (familia). Consejería de Educación de la Junta de Andalucía. 2008/09 (Consultado el 4/2/2011.) Disponible en: <http://www.redes-cepalcala.org/inspector/PED/PED-2008-2009/CONTEXTO%202008%20-%20FAMILIA%20-%20PRIMARIA.pdf>.
  9. Canales M. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. *Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1994. p. 225–38.
  10. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*, 2nd ed. Thousand Oaks, Sage; 1994.
  11. Soto F, Villalbí JR, Balcázar H, et al. La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento. *An Esp Pediatr.* 2002;57:327–33.
  12. Schepis TS, Rao U. Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Curr Opin Pediatr.* 2005;17:607–12.
  13. 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.
  14. Niknami SH, Akbari M, Ahmadi F, et al. Smoking initiation among Iranian adolescents: a qualitative study. *East Mediterr Health J.* 2008;14:1290–300.
  15. Doku D, Koivusilta L, Rainio S, et al. Socioeconomic differences in smoking among Finnish adolescents from 1977 to 2007. *J Adolesc Health.* 2010;47:479–87.
  16. Kulbok PA, Rhee H, Botchwey N, et al. Factors influencing adolescents' decision not to smoke. *Public Health Nurs.* 2008;25:505–15.
  17. Nilsson M, Emmelin M. Immortal but frightened - smoking adolescents' perceptions on smoking uptake and prevention. *BMC Public Health.* 2010;10:776.
  18. Smith BN, Bean MK, Mitchell KS, et al. Psychosocial factors associated with non-smoking adolescents' intentions to smoke. *Health Educ Res.* 2007;22:238–47.
  19. García-Rodríguez O, Suárez-Vázquez R, Secades-Villa R, et al. Smoking risk factors and gender differences among Spanish high school students. *J Drug Educ.* 2010;40:143–56.
  20. García P, Carrillo A, Fernández A, et al. Factores de riesgo en la experimentación y el consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años. *Actitudes ante el tabaco en los grupos de presión. Aten Primaria.* 2006;37:392–9.
  21. Kobus K. Peers and adolescent smoking. *Addiction.* 2003;98 (Suppl 1):37–55.
  22. Sánchez ZM, Opaleye ES, Martins SS, et al. 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.
  23. Aburto M, Esteban C, Quintana JM, et al. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes, Influencia del entorno familiar. *An Pediatr (Barc).* 2007;66:357–66.
  24. Sargent JD, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics.* 2001;108:1256–62.
  25. Leavy J, Wood L, Phillips F, et al. Try and try again - qualitative insights into adolescent smoking experimentation and notions of addiction. *Health Promot J Austr.* 2010;21:208–14.
  26. Doubeni CA, Li W, Fouayzi H, et al. Perceived accessibility as a predictor of youth smoking. *Ann Fam Med.* 2008;6:323–30.
  27. Turner L, Mermelstein R, Flay B. Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Ann N Y Acad Sci.* 2004;1021:175–97.
  28. O'Loughlin J, DiFranza J, Tyndale RF, et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. *Am J Prev Med.* 2003;25:219–25.
  29. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, et al. 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.
  30. 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.
  31. Pérez Milena A, Pérez C, Navarrete AB, et al. Disonancias cognitivas en la intervención antitabaco de adolescentes. *Semergen.* 2011;37:188–94.

significa recomendar y promover políticas y en ningún caso implementar políticas, ya que para eso están los gobiernos soberanos que le otorgan su mandato. En este caso, vale mencionar que la Asamblea Mundial de la Salud, a la que asisten los ministros de Salud de los Estados Miembros, en el año 2004 requirió a la OMS que desarrollara un Código de Práctica Internacional de Reclutamiento para Personal Sanitario<sup>2</sup>. En respuesta a eso se inició un proceso de consulta global, cuyo producto fue la adopción de dicho código por la Asamblea Mundial de 2010<sup>3</sup>. Uno de sus puntos básicos es que «Los Estados Miembros deben satisfacer sus necesidades de Personal de Salud con sus propios recursos humanos en la medida de lo posible y por lo tanto adoptar medidas para educar, conservar y mantener su fuerza laboral de salud, así como los derechos de los trabajadores migrantes están consagrados de igual manera a los trabajadores de salud capacitados en el país».

## Bibliografía

1. Bernardini Zambrini DA, Barengo NC, Bardach A, Hanna M, Macias Nuñez J. ¿Migrar o no migrar? ¿Qué pasará con

nuestra próxima generación de médicos? Estudio sobre causas y motivos en estudiantes avanzados de medicina en 11 universidades de España». *Aten Primaria*. 2011;43: 222-6.

2. The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, WHO 2010. Accesible: 3 Mayo 2011: [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf).
3. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, Report by the Secretariat. WHO 2010. Accesible: 3 Mayo 2011: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A638-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A638-en.pdf).

Diego A. Bernardini Zambrini<sup>1</sup>

*Organización Pan Americana de la Salud (OPS/OMS), Washington DC, Estados Unidos*

*Correo electrónico: bernardd@Paho.Org*

<sup>1</sup> Las opiniones y juicios vertidos en este escrito, corresponden a la opinión del autor y no representa la posición de la institución a la que pertenece.

doi:10.1016/j.aprim.2011.05.009

## La importancia de incorporar la opinión del adolescente a las actividades contra el consumo de alcohol, tabaco y drogas

### The importance of including the opinion of adolescents in activities against the use of alcohol, tobacco and drugs

*Sr. Director:*

He leído con interés el estudio cualitativo de Carreter et al.<sup>1</sup> sobre el consumo de tóxicos en adolescentes, pero sobre todo con alegría. Si en algún momento de la vida de los pacientes podemos ser más eficaces en las actividades preventivas y de promoción de la salud es en la adolescencia. Esta etapa de la vida, a caballo entre pediatría y medicina de familia, pasa desapercibida en gran cantidad de ocasiones y por eso se agradece el esfuerzo por salir del entorno asistencial propio y buscar a esta población en su lugar preferente de socialización: el instituto. Es necesaria una visión holística de este problema de salud pública, y para ello los sanitarios debemos conocer las motivaciones de los adolescentes para el consumo de tabaco, alcohol y drogas. En los resultados ofrecidos por los investigadores sería muy útil ordenar las motivaciones que inducen a los jóvenes al consumo, dado que no todas tienen el mismo peso en las conductas de los adolescentes. Diversión, experimentación y socialización se configuran, posiblemente, como las categorías de mayor peso para una conducta de riesgo<sup>2</sup>. Los valores dominantes de la sociedad favorecen los nuevos patrones de consumo de drogas juveniles basados en la diversión y el placer, lo que se relaciona con el incremento del tiempo dedicado al ocio, de modo muy especial entre los jóvenes<sup>3,4</sup>. Otro aspecto fundamental es la normalización social del con-

sumo, sobre todo en el caso del alcohol. La aceptación social y cultural de que han disfrutado las bebidas alcohólicas en nuestro país ha facilitado la consolidación de unas actitudes frente a los consumos de alcohol determinadas por una enorme tolerancia social hacia los mismos<sup>4</sup>, sobre todo a nivel familiar<sup>5</sup>. Pese a este dato, entre los adolescentes parece tener más importancia la mejora de la socialización que la imitación de modelos sociales<sup>5</sup>. Otros factores, como la edad o el sexo, deben ser tenidos en cuenta, siendo necesaria la incorporación del discurso de los adolescentes menores de 14 años, ya que el inicio del consumo de alcohol y tabaco se sitúa en esa franja etaria y será (con alta probabilidad) la puerta de entrada para el consumo de drogas ilegales<sup>2,5</sup>. Así, la idea de «beber para olvidar» o «parecer mayor al fumar» es más frecuente en la primera etapa de la adolescencia, mientras que la susceptibilidad a la presión de los iguales es un factor que determina el consumo de alcohol de forma más intensa en hombres frente a mujeres<sup>5</sup>.

Como indican los autores, es necesario diseñar intervenciones preventivas a partir del discurso de los adolescentes, teniendo en cuenta edad y sexo de los adolescentes y potenciando los factores protectores que la familia puede desarrollar (el modelado, la relación de afecto y la comunicación abierta)<sup>2</sup>. Los jóvenes también demandan la existencia de mediadores en salud de edad joven que favorezcan una transmisión de valores y vivencias que refuerce la capacidad crítica de decisión del adolescente<sup>5</sup>. Además de la promoción de actividades de ocio constructivo y saludable, dirigidas fundamentalmente a la prevención del consumo, los sanitarios podemos y debemos incorporar elementos motivadores de la intervención sobre adolescentes consumidores. Así, hemos encontrado disonancias cognitivas que se asocian al cese del tabaquismo tras una intervención motivacional<sup>6</sup> y se relacionan con factores

como el sexo, la dependencia de la nicotina y la motivación para el abandono del consumo. El conocimiento y empleo de las motivaciones de los adolescentes para el consumo pueden ayudar a eliminar obstáculos con esta población, ofrecer alternativas y disminuir la deseabilidad del consumo al tiempo que se ofrece ayuda activa para el cese del mismo.

## Bibliografía

1. Carreter Parreño J, García Castillo O, Ródenas Aguilar JL, Gómez Saldaña A, Bermejo Cacharrón Y, Villar Garrido I. Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Aten Primaria*. 2011;43:435-9.
2. García Averaturi L, López Díaz C, Egea Molina E. Sustancias adictivas y adolescencia. Valoraciones, experiencias y recomendaciones de jóvenes, progenitores y educadores canarios sobre el consumo de drogas en los adolescentes. *Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria* 2008 [consultado 22/6/2011]. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentacion/20080925adolesmaqueta.pdf>.
3. Megías E, Elzo J, Comas D, Rodríguez E, Megías I, Navarro J, et al. *Valores sociales y drogas*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2001.
4. Sánchez Pardo L, Navarro Botella J, Valderrama Zurián JC. Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura (proyecto GENACIS). *Sociedad Española de Toxicoma-*

nías, Alicante 2004 [consultado 22/6/2011]. Disponible en: <http://www.documentacion.edex.es/docs/1104SANest.pdf>

5. 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.
6. Pérez-Milena A, Pérez-Fuentes C, Navarrete-Guillén AB, Mesa-Gallardo MI, Leal-Helmling FJ, Martínez Pérez R. Disonancias cognitivas en la intervención antitabaco motivacional en adolescentes. *Semergen*. 2011;37:188-94.

Alejandro Pérez Milena<sup>a,\*</sup>, Manuel Redondo Olmedilla<sup>b</sup> y Ana Belén Navarrete Guillén<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud el Valle, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España. Grupo de Trabajo del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*

<sup>b</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud el Valle, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España*

<sup>c</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Torredonjimeno, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alpemi@gmail.com](mailto:alpemi@gmail.com) (A. Pérez Milena).

doi:10.1016/j.aprim.2011.09.010

## Réplica de los autores

### Author's reply

*Sr. Director:*

Los autores del estudio compartimos y aplaudimos la reflexión efectuada por Pérez Milena et al.<sup>1</sup> acerca de la importancia de la prevención y la promoción de la salud en la población adolescente. La adolescencia es una etapa madurativa clave en el proceso de desarrollo de las capacidades cognitivas, culminación del proceso de transformación del niño en adulto. Resulta fundamental para el desarrollo en esta etapa la adquisición de habilidades en la competencia social, la capacitación de las facultades individuales y la toma responsable de decisiones, mediante la participación activa de los padres en la autorregulación y la crianza de los hijos<sup>2</sup>.

Un mayor conocimiento del entorno motivacional del adolescente resulta el marco base para incorporar una red de acción independiente capaz de implementar maniobras preventivas eficaces<sup>3</sup>, dirigidas específicamente al desarrollo de nuestros jóvenes desde un abordaje multidisciplinario<sup>4</sup>. Sin una intervención activa y específica en esta etapa crítica de la vida estaríamos, y estamos, renunciando a nuestro objetivo principal como médicos, mejorar la salud de la población.

Como médicos especialistas en medicina de familia y comunitaria deberíamos encontrarnos a caballo entre la rica y diversa cotidianidad de la práctica asistencial y el concepto abstracto de medicina comunitaria, más cercano a

la salud pública que a nuestra actividad en la consulta. Es esta vertiente comunitaria de la especialidad la clave del cambio de los grandes problemas de salud que arrastra nuestra sociedad, tan arraigados culturalmente que incluso la sociedad confunde en ocasiones la práctica de malos hábitos con cuestiones identitarias, preservados eficazmente por los fuertes intereses económicos que les subyacen.

Resulta complicado desde el sector sanitario llevar a cabo actividades preventivas cuando la política de recortes llevada a cabo por las administraciones gubernamentales no propicia el clima idóneo para el desarrollo de estas iniciativas. Mientras la revisión de las actividades sanitarias se realice con lupa y tijera, poco se podrá trabajar por la mejora en cualquier área de acción, en un sistema sanitario que se encuentra atado de pies y manos. Es cierto que la excepcionalidad de la crisis económica actual condiciona gravemente la situación, pero el hecho de que se ponga el énfasis de los recortes presupuestarios en las áreas de educación y sanidad revela la miopía grave con la que se visualiza la planificación de nuestro futuro.

Uno de los preceptos básicos de la bioética es el principio de justicia, piedra angular de la práctica médica, así como lo son la autonomía del paciente y los principios de beneficencia y no maleficencia. Por justicia debemos preservar una distribución adecuada de los recursos, asegurando la equidad en su reparto, asegurando así que los intereses de la comunidad son preservados y que el ejercicio de la medicina se dirige hacia los resultados deseados, la mejora de la salud. Por desgracia, este precepto ético no parece ser universal, ya que la justicia de los recortes sanitarios llevados a cabo por las administraciones es bastante dudosa

