



PREVENCIÓN

grupo de trabajo para
la prevención y el
estudio del consumo de
tabaco alcohol cannabis
en ocio y jóvenes

La evidencia en prevención de la tríada **tabaco-alcohol-cannabis**

Mariàngels Duch Moyà

Yasmina Castaño Martínez

Larissa A. Nobre-Sandoval

Catalina Espitia-Cepeda

Joseba Zabala Galán

Víctor José Villanueva-Blasco

(Coordinadores)

Financiado por



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



LA EVIDENCIA EN PREVENCIÓN DE LA TRÍADA TABACO-ALCOHOL-CANNABIS

P'TAC PREVENCIÓN

Grupo de Trabajo para la prevención y el estudio del consumo de tabaco-alcohol-cannabis en ocio y jóvenes

Mariàngels Duch Moyà

Yasmina Castaño Martínez

Larissa A. Nobre-Sandoval

Catalina Espitia-Cepeda

Joseba Zabala Galán

Víctor José Villanueva-Blasco

(Coordinadores)

Autores

Arturo Alvarez-Roldan. Universidad de Granada – UGR

Otger Amatller Gutiérrez. Fundación Salud y Comunidad – FSC

Elisardo Becoña Iglesias. Universidad de Santiago de Compostela – USC

Yasmina Castaño Martínez. Instituto Europeo de Estudios en Prevención – IREFREA

Mariàngels Duch Moyà. Instituto Europeo de Estudios en Prevención – IREFREA

Catalina Espitia-Cepeda. Universidad Central de Cataluña – UVic-UCC

Alba González-Roz. Universidad de Oviedo – UNIOVI

Manuel Isorna Folgar. Universidad de Vigo – UVIGO.

Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones – RIAPAD

Montse Juan Jerez. Instituto Europeo de Estudios en Prevención – IREFREA

Carla López Núñez. Universidad de Sevilla – US

Adelaida Lozano-Polo. Universidad de Murcia – UM

Carmela Martínez-Vispo. Universidad de Santiago de Compostela – USC

Belen Montesa Lou. CoidadosAmente

Larissa A. Nobre-Sandoval. Instituto Europeo de Estudios en Prevención – IREFREA

Juan Carlos Permuy Bermúdez. CoidadosAmente

Esteve Saltó Cerezuela. Agència de Salut Pública de Catalunya – ASPCAT

Josep M. Suelves Joanich. Agència de Salut Pública de Catalunya – ASPCAT

Víctor José Villanueva-Blasco. Universidad Internacional de Valencia – VIU.

Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones – RIAPAD

Joseba Zabala Galán. Médico de Salud Pública en Vitoria-Gasteiz

Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas o las del Ministerio de Sanidad

ISBN: 978-84-128331-1-9

Edición 2024

ÍNDICE

5 Prólogo

9 Unidad 1. La prevención como ciencia

Elisardo Becoña Iglesias y Esteve Saltó Cerezuela

17 Unidad 2. Epidemiología de la tríada TAC: la huella en salud y ODS

Carmela Martínez-Vispo, Adelaida Lozano-Polo, Larissa de Almeida Nobre-Sandoval y Josep M. Suelves Joanxich

39 Unidad 3. La perspectiva de género en prevención

Arturo Alvarez-Roldan, Adelaida Lozano-Polo y Manuel Isorna Folgar

95 Unidad 4. Tabaco y productos relacionados, formas de consumo y riesgos asociados

Adelaida Lozano-Polo, Carmela Martínez-Vispo, Carla López Núñez, Josep M. Suelves, Víctor J. Villanueva-Blasco, Manuel Isorna Folgar y Joseba Zabala Galán

123 Unidad 5. Alcohol, formas de consumo y riesgos asociados

Yasmina Castaño Martínez, Catalina Espitia-Cepeda, Otger Amatller Gutiérrez, Manuel Isorna Folgar y Montse Juan Jerez

145 Unidad 6. Cannabis, formas de consumo y riesgos asociados

Víctor J. Villanueva-Blasco, Manuel Isorna y Joseba Zabala Galán

173 Unidad 7. Factores de riesgo y protección asociados al consumo

Víctor J. Villanueva-Blasco, Carla López Núñez, Belén Montesa Lou y Juan Carlos Permuy Bermúdez

207 Unidad 8. Modelos de ocio enmarcados en el consumo de TAC

Montse Juan Jerez, Mariàngels Duch Moyà y Yasmina Castaño Martínez

231 Unidad 9. La prevención ambiental

Elisardo Becoña Iglesias, Esteve Saltó Cerezuela y Josep M. Suelves Joanxich

251 Unidad 10. La prevención desde las familias del consumo de TAC

Larissa de Almeida Nobre-Sandoval, Montse Juan Jerez, Juan Carlos Permuy Bermúdez y Belén Montesa Lou

273 Unidad 11. La prevención escolar basada en la evidencia frente al consumo de TAC

Josep M. Suelves Joanxich, Esteve Saltó Cerezuela, Víctor J. Villanueva-Blasco y Adelaida Lozano-Polo

291 Unidad 12. Prevención selectiva e indicada de los problemas relacionados con el consumo de TAC

Alba González-Roz, Joseba Zabala Galán, Otger Amatller Gutiérrez, Belén Montesa Lou y Juan Carlos Permuy

307 Anexos

— Prólogo —

En población joven española, el consumo de sustancias psicoactivas supone una gran pérdida tanto económica como social. Su impacto en población adolescente es significativo y conlleva graves consecuencias, tanto familiares como para el conjunto de la sociedad, afectando al bienestar social. De forma que la prevención del consumo de sustancias forma parte del debate público y de las políticas que abordan su uso y los problemas asociados.

La prevención del uso de sustancias tiene como objetivo evitar o retrasar el inicio del consumo y reducir el consumo o evitar un consumo problemático entre aquellas personas que ya las consumen. También conlleva metas de mayor trascendencia, como el desarrollo seguro y saludable de la infancia, adolescencia y juventud de forma que la persona pueda desplegar todo su potencial y talento desde un marco saludable.

Aunque durante las últimas décadas hemos visto grandes avances, tanto a nivel europeo como en España, en el desarrollo de intervenciones en prevención basadas en la evidencia científica, todavía restan muchos desafíos, especialmente su transferencia en forma de buenas prácticas que se implementan en la escuela o en la comunidad.

El Manual *“La evidencia en prevención de la tríada tabaco-alcohol-cannabis – P’TAC Prevención”* que aquí presentamos supone una revisión del estado actual de la evidencia científica. Es decir, compila “lo que funciona” en la práctica, en referencia a las tres sustancias más consumidas por la población joven de nuestro país: alcohol, tabaco y cannabis. El enfoque preventivo que se realiza es desde una mirada multidisciplinar y aplicada, orientado a facilitar una serie de conocimientos y estrategias que puedan serles útiles a los profesionales del ámbito de la prevención de adicciones.

En el desarrollo del Manual, ha participado un grupo de 19 expertos de distintos ámbitos, que desarrollan su trabajo tanto en universidades y centros de investigación, como en entidades y servicios de la administración, o en organizaciones y fundaciones de la sociedad civil. Estos profesionales, organizados en diversos grupos de trabajo, han llegado a consensos sobre el contenido y las recomendaciones más importantes para cada una de las Unidades.

El objetivo del presente Manual es contribuir a la transferencia del conocimiento científico-técnico hacia su aplicación en la práctica preventiva. El Manual crea puentes entre lo que nos dice la ciencia y lo que sabemos de la práctica con el fin de:

- Dar a conocer la relación que se establece entre la tríada TAC en los contextos donde se produce dicho consumo entre la población joven.
- Proporcionar información y aprendizajes sobre la evidencia en prácticas de consumo de esta tríada.
- Fomentar las buenas prácticas en prevención en los diversos contextos de consumo.

Desarrollar un pensamiento crítico tanto en las situaciones donde se produce este consumo como sobre ideas preconcebidas o esfuerzos preventivos que o bien no producen efecto o producen efectos perjudiciales.

El alcance de este Manual depende de la acogida y percepción de utilidad que de éste tenga el amplio colectivo de profesionales que intervienen en el ámbito juvenil, incluyendo a profesionales de las Ciencias Sociales y de la Salud, de Ciencias del Comportamiento, de la Comunicación, de la industria del ocio, así como a responsables de entidades sociales o decisores políticos. Esperamos que todo este amplio colectivo halle de interés lo que en este Manual se ofrece en relación a la prevención de la tríada TAC (tabaco, alcohol, cannabis). Entendemos que el empoderamiento y apoyo a los profesionales del ámbito socio-sanitario es una de las mayores contribuciones que podemos aportar para que, juntos, impulsemos el potencial transformador que la prevención tiene en nuestra sociedad.

El Manual se estructura en Unidades que aglutinan los conocimientos de manera coherente y complementaria. La Unidad 1 presenta una introducción a la ciencia de la prevención, así como a sus fundamentos y eficacia. La Unidad 2 introduce en la epidemiología de la tríada TAC, así como en su impacto medioambiental y en salud. La Unidad 3 aporta la perspectiva de género en la prevención del consumo de TAC. Las Unidades 4 (Tabaco), 5 (Alcohol) y 6 (Cannabis) informan sobre las formas de consumo de cada sustancia y los riesgos asociados a dicho consumo. La Unidad 7 se centra en los factores de riesgo y factores de protección asociados al consumo de cada sustancia y en su aplicabilidad a la práctica. La Unidad 8 introduce en modelos de ocio enmarcados en el consumo de TAC y las redes de colaboración comunitaria como sistema efectivo para abordar la problemática. La Unidad 9 define y desarrolla la prevención ambiental, aportando medidas eficaces para la reducción del consumo de TAC y pasos para su implementación. La Unidad 10 desarrolla la prevención del consumo de TAC desde las familias, así como los retos que supone trabajar con las familias en red. La Unidad 11 se centra en la prevención escolar frente al consumo de TAC, presentando los principios y componentes de la prevención escolar efectiva. Finalmente, la Unidad 12 aborda la prevención selectiva e indicada de los problemas relacionados con el consumo de TAC, proporcionando recursos de evaluación de los problemas relacionados, las evidencias de efectividad de los programas y las prácticas de prevención disponibles para reducir dichos consumos.

En el marco de los procesos de formación en los que el presente Manual puede ser utilizado, se ha complementado con una serie de audiovisuales que exponen de manera resumida los contenidos abordados en cada Unidad.

Esperamos que este Manual proporcione una valiosa orientación que permita que las intervenciones preventivas se desarrollen desde el marco de la evidencia científica, las buenas prácticas y la ética profesional que asegura los efectos beneficios de las intervenciones a quiénes son beneficiarias de éstas.

Mariàngels Duch Moyà – Yasmina Castaño Martínez
Larissa A. Nobre-Sandoval – Joseba Zabala – Víctor José Villanueva-Blasco

— UNIDAD 1 —

La prevención como ciencia

Elisardo Becoña Iglesias
Esteve Saltó Cerezuela

1. Delimitación y definición de prevención

El consumo de drogas, como otras adicciones, se ha convertido en un grave problema social. Ante ello, un modo adecuado de afrontarlo es mediante la prevención.

La ciencia de la prevención ha sido definida por *The Science for Prevention Academic Network* (SPAN, <https://euspr.org/span/>) como “el estudio sistemático de las intervenciones para reducir la incidencia de comportamientos desadaptativos y promover comportamientos adaptativos en las poblaciones. Esto requiere ser experto en una variedad de enfoques teóricos y metodológicos con el propósito de realizar investigaciones dentro de los sistemas sociales, de la familia, la salud, la educación, el lugar de trabajo, la comunidad, el bienestar social, la planificación ambiental, el diseño urbano y la política fiscal.”

Si delimitamos qué es la prevención, cara a diferenciarla de otros abordajes del problema (ej., información, educación, etc.), hay acuerdo de que la misma tiene que tener los cuatro elementos que se indican a continuación:

1. Una acción clara con el objetivo de que con la misma no se produzca cierta conducta, o reduzcamos su frecuencia de aparición, en este caso el consumo de drogas en menores de edad o en jóvenes.
2. Una metodología de evaluación que permita comprobar que lo que hacemos sirve para el objetivo preventivo, y que podamos reproducir lo que hacemos en cualquier otro lugar.

3. Un programa preventivo estructurado (con sus objetivos, acciones, temporalización, estrategias y técnicas de entrenamiento y cambio de conducta, un cierto número de sesiones para lograr la adecuada dosis, un sistema de evaluación objetivo, sesiones de refuerzo a lo largo del tiempo, etc).
4. Una adecuada cualificación y entrenamiento profesional de quien la lleva a cabo para que la misma funcione.

El objetivo de la prevención es reducir, amortiguar o eliminar la causa del problema. En el caso del consumo de drogas, su objetivo no es simple. De ahí que se consideran varios objetivos a lograr, no necesariamente todos, como son (Becona, 2002):

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Limitar el número y tipo de drogas utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba de drogas al abuso y dependencia de las mismas.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Como es evidente, por los datos que tenemos, va a ser difícil bajar a un nivel cero, pero sí va a ser posible lograr varios de los objetivos anteriores con un adecuado y eficaz programa preventivo.

2. Niveles y tipos de intervención preventiva

En 1980, Caplan propuso la distinción de tres tipos de prevención: la primaria, la secundaria y la terciaria. Estos tres tipos de prevención eran equivalentes, a grandes rasgos, a prevención (prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria). Con el mayor peso que fue adquiriendo la prevención del consumo de drogas, esta clasificación encorsetaba mucho los programas preventivos. Por ello, Gordon (1983) propuso tres tipos de prevención: la universal, la selectiva y la indicada. Pronto, el Instituto de Medicina Norteamericano la asumió (Institute on Medicine, 1994) y es la que ha prevalecido hasta ahora. Así, si la prevención la dirigimos a adolescentes, *la prevención universal* se dirige a todos ellos. Se incluirían en ella la mayoría de los programas preventivos escolares, como los que fomentan habilidades y clarifican valores, habilidades para la vida, etc. *La prevención selectiva* es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio. Se dirigen a grupos de riesgo. Finalmente, *la prevención indicada* es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o personas que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo (ver Tabla 1).

Más recientemente, el *Institute of Medicine* norteamericano, en 2009 (O’Connell et al., 2009) y en 2019 (National Academies of Science, Engineering and Medicine, 2019) amplió todo el abanico al considerar cuatro niveles de intervención en el campo de la salud, desde el más general, al más específico, como son los de promoción de la salud, prevención, tratamiento y recuperación (ver Tabla 1).

Tabla 1. Tipos de prevención

Conceptualización	Tipos de prevención	Definición
Caplan (1980)	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.
Gordon (1987)	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción (ej., adolescentes de 12 a 14 años de edad).
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores de drogas o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Fuente: Caplan (1980) y Gordon (1983).

3. Desde la reflexión y la experiencia

La ciencia de la prevención es hoy una realidad. En la actualidad disponemos no sólo de muchos conocimientos sobre el nivel de consumo, los factores que llevan al mismo, los factores de riesgo y de protección, etapa del desarrollo de mayor riesgo de consumo, distintos procesos que facilitan el consumo, sino que también sabemos cómo podemos revertir esta situación con programas preventivos eficaces. Esto le ha dado visibilidad y fuerza a un campo tan necesario para reducir este problema, como se aprecia en múltiples programas preventivos que están en marcha, sobre todo en el campo escolar, pero también en otros como el familiar, el comunitario, el ambiental, en el laboral, y otros.

A pesar de todo lo anterior hay aspectos relevantes que se deben considerar y tener en cuenta porque no facilitan hacer la labor preventiva entre los que destacan la escasa financiación existente en el campo preventivo; el que no siempre se utilicen programas preventivos eficaces, o que aunque siendo probable que lo sean no se han evaluado; que con más frecuencia de la deseada se hace pasar por prevención lo que no lo es (ej., información, educación, tratamiento); la gran rotación profesional que hay en este campo; y, sobre todo, y quizás lo más preocupante, la creciente normalización social del consumo de drogas (en especial de tabaco, alcohol y cannabis) que lleva a que amplias capas sociales consideren el consumo de drogas como algo normal, algo que está ahí y que nada o poco podemos hacer ante esa situación. Olvidan que la prevención puede reducir dicho consumo de modo significativo y así evitar enfermedad y muerte en miles de personas a corto y a largo plazo. De ahí que quede mucho camino que recorrer en este campo.

Bibliografía

- Becona, E. (2002). *Bases científicas de la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Institute of Medicine. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, P. J. Mrazek y R. J. Haggerty (eds.), Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Washington, DC: National Academy Press.
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., Chittleborough, C., Langford, R., Er, V., Lingman, R., Pasch, K., Gunnell, D., Hickman, M., y Campbell, R. (2018). Individual, family, and school-level intervention targeting multiple risk behaviours in young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD009927. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2>
- Miller, T. R. y Hendrie, D. (2009). *Substance abuse prevention dollars and cents: A cost-benefit analysis*. Washington, D. C.: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). *Fostering healthy mental, emotional, and behavioral development in children and youth. A national agenda*. Washington, DC: The National Academies Press.
- O'Connell, M. E., Boat, T. y Warner, K E. (Eds.). (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academic Press.
- Robertson, E. B., David, S. L. y Rao, S. A. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide for parents, educators, and community leaders*, 2nd ed. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

— UNIDAD 2 —

Epidemiología de la tríada TAC: la huella en salud y ODS

Carmela Martínez-Vispo

Adelaida Lozano-Polo

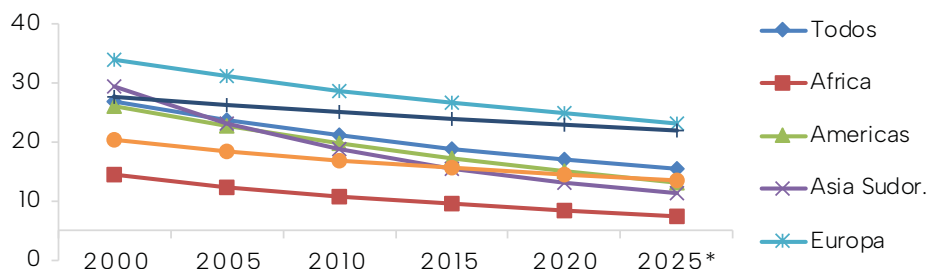
Larissa de Almeida Nobre-Sandoval

Josep M. Suelves Joanxich

1. Epidemiología del consumo de tabaco

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) señala que el 22,3% de la población adulta consumía tabaco en el año 2020, siendo el 36,7% hombres y el 7,8% mujeres, lo que supone en números absolutos, más de 1300 millones de personas que fuman. Debemos señalar que desde finales del siglo XIX el consumo de tabaco creció de manera exponencial y rápida especialmente entre la población de los países más desarrollados, pero, tras demostrarse su impacto y efectos negativos para la salud, los datos de prevalencia del consumo reflejan una reducción del mismo (Figura 1), aunque la situación epidemiológica varía en función de la región/país (Dai et al., 2022). Es importante destacar que, a pesar de dicha reducción, el crecimiento de la población implica que el número absoluto de personas fumadoras se ha incrementado en muchas regiones del mundo (Reitsma et al., 2019).

Figura 1. Prevalencia del consumo de tabaco en personas mayores de 15 años en todo el mundo de 2000 a 2025, por regiones



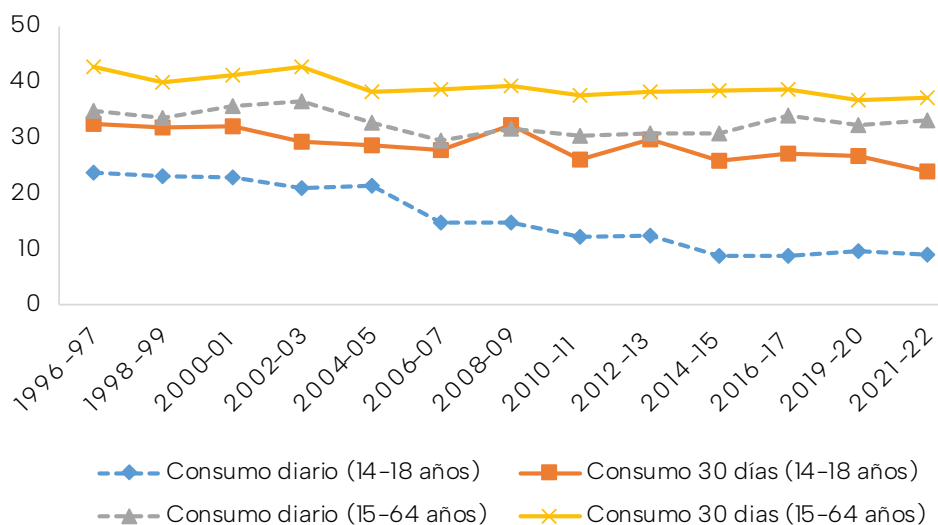
Fuente: Organización Mundial de la Salud (2020) WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking 2000-2025. *Estimado

Por otro lado, si consideramos la edad, se estima que a nivel mundial más de 155 millones de personas de entre 15 y 24 son fumadores de tabaco, lo que supone un 20,1% de los chicos y un 4,95% de las chicas (Reitsma et al., 2021).

Con respecto a los datos a nivel de España, la Encuesta Europea de Salud en España más reciente (ESEE, 2021) indica que el 19,8% de la población de 15 y más años fuma diariamente (23,3% hombres y 16,4% mujeres). Además, se destaca en esta encuesta que el porcentaje de hombres fumadores diarios alcanzó su máximo en el grupo de edad de 25 a 34 años (30,9%) mientras que en las mujeres lo hace en el grupo de edad de 45 a 54 años (23,8%).

Por otro lado, los últimos informes elaborados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2023) también reflejan una tendencia a la baja del consumo, aunque siguen siendo porcentajes todavía muy elevados (Figura 2), tanto en la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES, 2023a) como la Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES, 2022).

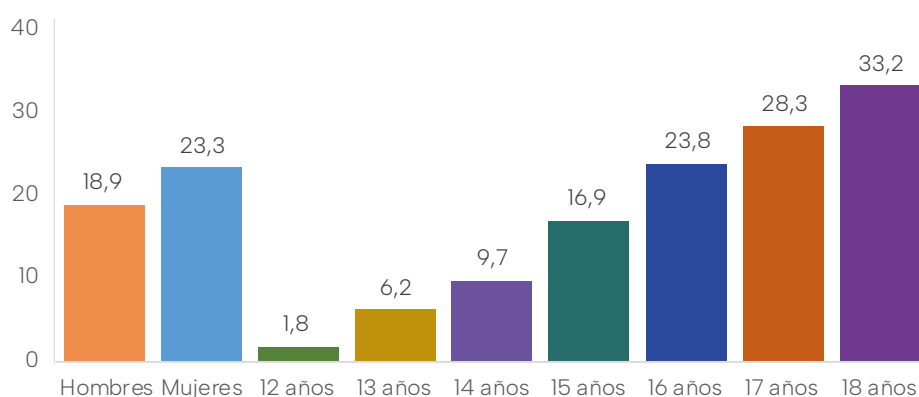
Figura 2. Evolución de la prevalencia del consumo de tabaco en España



Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (2022) y Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (2022).

En el caso específico de la población joven (de 14 a 18) los datos de la encuesta ESTUDES (2023a) reflejan que la prevalencia del consumo de tabaco en este grupo de edad es mayor en las mujeres que en los hombres, tanto en el consumo diario (mujeres: 8,1%; hombres: 6,9%), como en el último mes (mujeres: 23,3%; hombres: 18,9%). Así mismo, se observa un aumento de los porcentajes a medida que se incrementa la edad (Figura 3).

Figura 3. Prevalencia del consumo de tabaco (últimos 30 días) en España en función de la edad y el sexo



Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (2023a).

Nota: Datos referentes al grupo de edad 12 y 13 años extraídos de ESTUDES (2023b).

De media, se consumen 6 cigarrillos al día, siendo ligeramente superior en chicos que en chicas tanto en el grupo de 12-13 años (6,3 cig./día vs. 4,8 cig./día) como en el de 14 a 18 años (7,5 cig./día vs. 6 cig./día) (ESTUDES 2023a, 2023b). Analizando el tipo de cigarrillos consumidos, los jóvenes de entre 12 y 13 años fuman más habitualmente cigarrillos de cajetilla (46,1%), mientras que solo el 15,45% fuman exclusivamente cigarrillos de liar. En cuanto a los jóvenes de entre 14 y 18 años, casi la mitad afirma que consume indistintamente cigarrillos de cajetilla y de liar (49,0%). Destaca la reducción del consumo de sólo tabaco de liar (16,5%) con respecto a la encuesta previa de

2021 (22,5%), así como el uso en este grupo poblacional de otros productos relacionados con el tabaco como el consumo de cigarrillos electrónicos, situándose en el 26,3% en el último mes. En cuanto a los jóvenes de entre 12 y 13 años, el 11,2% ha usado cigarrillos electrónicos en los últimos 30 días siendo mayor el porcentaje de chicas (12,3%) que de chicos (10,2%).

Mencionar que la edad media del inicio del consumo de tabaco se sitúa en torno a los 14 años de edad y que, aunque se ha reducido el porcentaje de manera significativa desde los años 90, todavía el 38,8% de jóvenes de entre 14 y 18 años conviven con personas que fuman diariamente en sus hogares. Finalmente, comentar que a pesar de la creencia generalizada de que la población joven no quiere dejar de fumar, los datos reflejan que un 41,5% de estudiantes fumadores ha intentado dejar de fumar y que sólo un 28,2% no se plantea hacerlo.

2. Epidemiología del consumo de alcohol

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida a nivel mundial (OMS, 2022). Destaca que la Región de Europa de la OMS es la que muestra los niveles más elevados de consumo de alcohol per cápita del mundo (Tabla 1). Este hecho ha conllevado el desarrollo de estrategias para su abordaje a nivel europeo (Plan de Acción europeo de la OMS dirigido a reducir el consumo de riesgo de alcohol 2012–2020). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo para reducir dicho consumo, sólo se consiguió reducirlo de 12,3 litros en 2005 a 9,8 litros en 2016 (OMS, 2018), siendo el porcentaje de consumidores actuales de alcohol en la región europea del 60% de la población de 15 o más años de edad.

Tabla 1. Indicadores del nivel de consumo de alcohol y patrón de consumo episódico excesivo por regiones mundiales de la OMS

	Población de 15 o más años	Población de 15 o más años de edad que consume alcohol	
	% consumidores actuales alcohol	Gramos/día (Media)	% personas con patrón consumo episódico excesivo*
África	32	40,0	50
Américas	54	32,8	41
Mediterráneo Oriental	3	46,1	10
Europa	60	37,4	43
Asia Sudoriental	33	26,3	41
Pacífico Occidental	54	30,0	41
Global	43	32,8	40

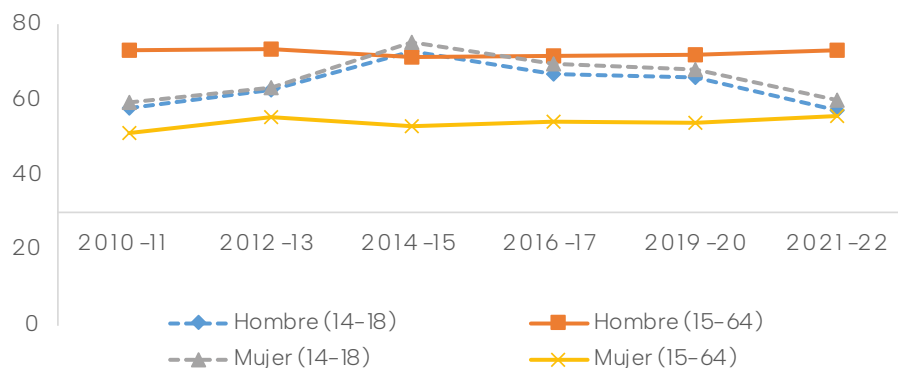
*beber más de 60 gramos de alcohol puro por ocasión al menos una vez al mes

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global status report on alcohol and health*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

En España, los informes y encuestas más actuales señalan asimismo que el alcohol es la sustancia más consumida entre la población adulta y joven (OEDA, 2023). En concreto, según la última encuesta EDADES (2022), un 64,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido alcohol en el último mes, un 9% refiere hacerlo diariamente y un 15,4% señala haber realizado *binge drinking* (tomar 5 o más bebidas alcohólicas, si es hombre, o 4 o más bebidas alcohólicas, si es mujer, en un intervalo aproximado de dos horas). Destaca que el consumo de alcohol en el último mes es mayor en los hombres (73,1%) que en las mujeres (55,7%). La tendencia de consumo de alcohol en nuestro país se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, con pequeños altibajos en algún año en concreto, pero sin observarse una reducción en la prevalencia de consumo de esta sustancia.

En lo que se refiere a la población joven, más de la mitad (56,6%) de los estudiantes de entre 14 y 18 años de edad ha consumido alcohol en los últimos 30 días (ESTUDES, 2023a), mientras que en el grupo de edad de 12-13 años alcanza el 21,5% (ESTUDES, 2023b). Además, en los últimos 30 días, el 20,8% de los estudiantes de 14 a 18 años ha experimentado alguna borrachera y el 28,2% ha realizado *binge drinking* (tomar 5 o más vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas). En cuanto al consumo de alcohol teniendo en cuenta el sexo, los datos señalan que entre los jóvenes de 14 a 18 años es más frecuente el consumo de esta sustancia entre las mujeres (58,7 vs 54,4%) (ESTUDES, 2023a); mientras que en la población de 12-13 años de edad (22,3 vs 20,6%) y en el de 15 o más años de edad (73,1 vs 55,7%), los porcentajes son mayores en el caso de los hombres (EDADES, 2022; ESTUDES, 2023b) (Figura 4). Este patrón también se manifiesta con respecto a la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días, más frecuente en las chicas que en los chicos en el grupo de edad de 14 a 18 años (21,9% vs 19,7%); mientras que en la población de 15 a 64 años ocurre a la inversa (11,9% vs 21,5%). Sin embargo, en lo que respecta a la práctica reciente de *binge drinking* este tipo de consumo se da más frecuentemente en los chicos independientemente de la edad.

Figura 4. Evolución de la prevalencia del consumo de alcohol (últimos 30 días) en función del sexo en España



Fuente: Encuesta ESTUDES (2023a) y Encuesta EDADES (2022).

Por último, mencionar que en lo que respecta al tipo de bebida alcohólica, los combinados (cubatas) son el tipo más prevalente entre los estudiantes (22,4%), y especialmente entre las chicas (23% respecto al 21,9% entre los chicos). En segunda posición se sitúa la cerveza/sidra, seguido de los licores fuertes.

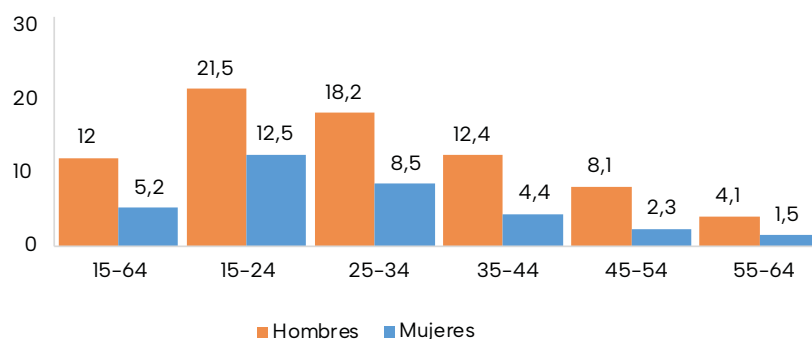
3. Epidemiología del consumo de cannabis

Según el último Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2022), el cannabis es la sustancia ilegal más consumida a nivel global, con una prevalencia anual en los jóvenes de 15 y 16 años del 5,8 %, frente al 4,1 % en la población de 15 a 64 años. También se ha señalado que en la población mundial alrededor del 1,8% de las personas de 15 a 64 años ha consumido cannabis a diario o casi a diario en el último mes, siendo la mayoría (61%) menores de 35 años (OEDA, 2023).

De la misma manera, en España, se observa que el cannabis también es la droga con mayor prevalencia de consumo entre la población de 15 a 64 años, alcanzando el 8,6% de consumo en el último mes, y un 2,8% de consumo diario (EADADES, 2022). Al analizar la prevalencia en función de la edad y el sexo en este grupo poblacional, destaca que los porcentajes mayores de consumo en los últimos 30 días se dan en los hombres de entre 15 y 34 años de edad (Figura 5).

En cuanto a los datos referidos a la población joven, el cannabis es la droga ilegal con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes de 14 a 18 años, siendo un 15,6% la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, lo que indica una tendencia descendente desde 2006, estabilizándose en 2023 (ESTUDES, 2023a). En cuanto a los datos en función del sexo, se observa que la prevalencia de consumo es mayor en los chicos que en las chicas. Así, un 13,9% de las chicas y un 15,8% de los chicos de entre 14 y 17 años han consumido cannabis en el último mes; mientras que, entre los jóvenes de 18 años, estos porcentajes se incrementan tanto en chicos (28,5%) como en chicas (23,6%). Destacar que, en cuanto a la frecuencia de consumo en el último mes, lo más habitual, es que dicho consumo de cannabis se produzca de for-

Figura 5. Prevalencia del consumo de cannabis (últimos 30 días) en España en función de la edad y el sexo



Fuente: Encuesta EDADES (2022).

ma esporádica (1 o 2 días) en ambos sexos, siendo la frecuencia de 20 o más días un 1,7% en los chicos y un 1% en las chicas.

Por otro lado, en cuanto a la cantidad de cannabis consumida, aquellos que han fumado cannabis en los últimos 30 días indican que fuman de media 3,4 porros al día, siendo este consumo mayor en los chicos (4 porros/día) que en las chicas (2,8 porros/día). Además, debemos señalar que el tipo de consumo es similar para la marihuana (35,2%), el hachís (30,2%) y los dos tipos (34,6%), lo cual contrasta con encuestas previas pues se observa una disminución del consumo de hierba y un aumento del consumo de resina. Además, el consumo se produce generalmente mezclada con tabaco (75,7%). Mencionar que la forma de consumo de cannabis es mayoritariamente en forma de porro o canuto (96,8%), seguido de agua, bongos, cachimbos o shishas (9,9%), por vía oral (9,5%) en forma de pasteles y galletas, entre otras preparaciones o en cigarrillos electrónicos (4,4%).

Por último, los datos referidos al porcentaje de consumidores problemáticos de cannabis (según el CAST) en la población de estudiantes de 14 a 18 años, indican que el 2,4% presentan puntuaciones iguales o superiores a 4 en el CAST, lo que indica un consumo problemático de esta sustancia.

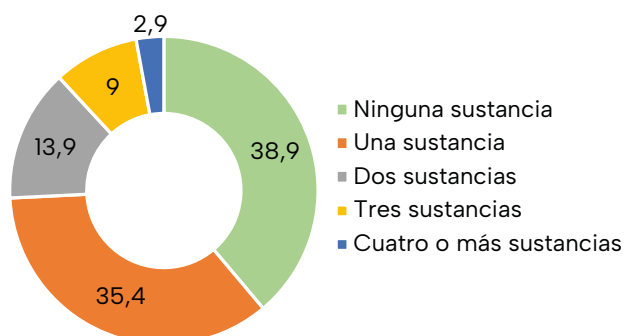
4. Prevalencia de consumo de varias sustancias o policonsumo

En muchas ocasiones, el consumo de sustancias psicoactivas no se da de manera aislada, sino que es frecuente que en un mismo momento temporal se consuman dos o más sustancias. Este patrón supone un incremento del nivel de riesgo asociado a dichas sustancias, potenciando los efectos de unas sobre otras. Los datos referidos a la prevalencia del policonsumo entre la población de 15 a 64 años de edad muestran que el porcentaje de personas que ha consumido dos o más sustancias psicoactivas diferentes en el último mes es de un 33,7% (EDADES, 2022), siendo, de manera genérica, más frecuente en hombres que en mujeres. Si tenemos en cuenta la edad y el sexo, los hombres de entre 25 y 34 años son los que presentan una mayor prevalencia, mientras que en el tramo de edad 45-54 años es más frecuente en las mujeres.

En cuanto a los datos de la población más joven, de 14 a 18 años de edad, el policonsumo también es un fenómeno frecuente que alcanza el 36,4% en el último año y el 25,8% en el último mes (Figura 6). Si tenemos en cuenta el sexo, los datos señalan que el policonsumo es más frecuente entre las chicas, aunque si nos centramos en el policonsumo de sustancias ilegales los chicos son los que presentan una mayor frecuencia.

Si nos centramos en el consumo de las tres sustancias psicoactivas objeto de este documento, los datos señalan que el 89,4% de las personas de entre 15 y 64 años que han consumido cannabis en el último mes han consumido también tabaco en este periodo; y que algo más del 20% de los que han consumido tabaco han consumido cannabis en este plazo temporal (EDADES, 2022). Un patrón similar de consumo se ha encontrado en los jóvenes de entre 14 y 18 años, pues se ha señalado que el 38,2% de los que fumaban tabaco diariamente, habían consumido cannabis en los últimos 30 días (ESTUDES,

Figura 6. Prevalencia de policonsumo en los últimos 30 días en estudiantes de 14 a 18 años



Fuente: Encuesta ESTUDES (2022).

2022). Por tanto, resulta claro que el consumo de estas dos sustancias está estrechamente relacionado.

Además, los datos de prevalencia de borracheras y *binge drinking* entre consumidores de cannabis en los últimos 30 días indican que el 63,3% de estos se ha emborrachado y el 67,3% ha realizado *binge drinking* en el último mes (ESTUDES, 2022). Estos porcentajes superan el 75% cuando hablamos de consumidores problemáticos de cannabis.

Estos datos reflejan los hallazgos de investigaciones recientes en los que se encuentra que es frecuente que se dé el consumo de dos o más de estas tres sustancias en jóvenes (Lee et al., 2022) y que el consumo de tabaco, alcohol, o cannabis de forma independiente se relaciona con un incremento de la probabilidad de consumo simultáneo con alguna de las otras dos sustancias (Roche et al., 2019).

5. Impacto en salud, medioambiental y ODS

La OMS estima que cada año fallecen 8,7 millones de personas en el mundo a causa del consumo de tabaco, de las que 1,3 millones lo hacen por estar expuestas al humo de tabaco (OMS, 2023). En 2019, el segundo factor de riesgo de mortalidad más importante a nivel mundial fue el tabaco, produciendo el 15,4% de todas las muertes. Además, el consumo de tabaco es el principal factor de riesgo asociado a las enfermedades cardiovasculares, las cuales son, a su vez, la principal causa de morbilidad y muerte prematura, responsables de 17,9 millones de fallecimientos anuales (el 31% de todas las muertes en el mundo). En cuanto al consumo de alcohol, la OMS estima que anualmente fallecen 3 millones de personas debido a su consumo, destacando que estas muertes se producen en edades tempranas. En concreto, se ha señalado que el consumo de alcohol está asociado con un 13,5% de fallecimientos de personas de 20 a 39 años. En lo que respecta a los riesgos asociados al consumo de cannabis, se ha señalado que su consumo implica un riesgo de mortalidad aproximadamente cuatro veces superior al de la población general (OMS, 2016). Así, el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, siendo el cannabis la más frecuentemente usada, se encuentran en el top 10 de los factores de riesgo para la salud y calidad de vida de la población. En las unidades correspondientes a cada una de las sustancias se describe más en detalle las implicaciones para la salud que supone el consumo de cada una de estas sustancias psicoactivas.

Además, el impacto de estas tres sustancias no se limita a cuestiones relacionadas con la salud, sino que se extiende al medio ambiente. De hecho, la OMS (2022) estima que en el cultivo del tabaco y la producción de cigarrillos supone la pérdida de 600 millones de árboles y 200.000 hectáreas de tierra, el consumo de 22.000 millones de toneladas de agua y la emisión de 84 millones de toneladas de CO₂. Destaca también que cada año se vierten 4,5 bi-

llones de colillas no biodegradables que contienen sustancias químicas y microplásticos que contaminan el agua afectando gravemente la flora y la fauna marinas. También se ha señalado que el cultivo de materias primas para la producción de bebidas alcohólicas requiere de enormes cantidades de agua y que la producción del mismo supone la liberación de grandes cantidades de gases de efecto invernadero, lo que contribuye al calentamiento global (IAS, 2022). Por último, investigaciones recientes destacan que la producción de cannabis tiene un impacto ambiental negativo debido al uso de agua que requiere, los efectos de los pesticidas y la contaminación atmosférica y del agua que supone (Wartenberg et al., 2021).

Por tanto, no es de extrañar que el consumo de tabaco, alcohol y cannabis se hayan incluido como una de las prioridades de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) incluidos en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. En concreto, el Objetivo 3, contempla como propósito garantizar una vida sana y la promoción del bienestar de las personas de todas las edades, e incluye entre sus metas reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en todo el mundo, incluidas las enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mediante su prevención y tratamiento. Es más, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye una meta específica centrada en la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

Asimismo, tanto la producción y consumo de tabaco, como de alcohol y cannabis, tiene también un impacto negativo en la economía (i.e., gastos en servicios sanitarios para paliar los efectos negativos en la salud de las personas) y en el medio ambiente (i. e., producción industrial del tabaco), por lo que el abordaje de esta problemática es fundamental para: (1) la reducción de las desigualdades ya que, aunque el consumo de estas sustancias afecta negativamente a todas las personas, su impacto es especialmente importante para las comunidades más vulnerables (ODS 10); y, (2) la acción por el clima (ODS 13) pues la producción y el consumo de estas sustancias generan emisiones de gases de efecto invernadero y contaminación del aire. Además, el consumo de estas sustancias y su producción también producen desigualdades de género, cuestión a tener en cuenta de cara a reducir este objetivo (ODS 5).

6. Desde la reflexión y la experiencia

Los datos de prevalencia del consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol y el cannabis son esenciales para la práctica preventiva, ya que proporcionan información sobre el alcance y la naturaleza del problema del consumo de drogas en una población determinada. Estos datos permiten a los diferentes agentes implicados en la práctica preventiva (por ejemplo, a los profesionales de la salud, educadores, y a los responsables políticos) comprender mejor la magnitud y relacionar estas informaciones a los determinantes sociales vinculados al problema del consumo de drogas.

Asimismo, los datos de prevalencia del consumo de sustancias desglosados por edad, sexo, tipo de sustancia y otros factores relevantes como la edad de inicio, permiten a los profesionales de la salud, educadores y a otros actores clave en el campo de la prevención, identificar grupos de población específicos que pueden estar en mayor riesgo de consumo de sustancias y, por lo tanto, sean más vulnerables.

Por otro lado, los datos de prevalencia pueden ayudar al diseño de las políticas preventivas específicas, además de intervenciones ambientales (Becoña, 2021). Aunque las tendencias permanecen estables (y altas), a día de hoy en España seguimos sin una política específica e integradora para prevenir las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol (Villalbí et al., 2014). Conocer cuáles son las sustancias más consumidas, sus tendencias, el tipo de productos que se usan y los patrones de consumo en un contexto determinado, debería apoyar las decisiones para implementar amplias estrategias de prevención, la creación de entornos seguros y saludables con impactos poblacionales (Becoña, 2021; Burkhart et al., 2022).

Además, los datos de prevalencia de consumo de drogas pueden ser utilizados para evaluar la efectividad de las acciones en prevención que se están implementando pues permiten comparar las tasas de consumo de sustancias antes y después de la implementación de las diferentes políticas preventivas o los programas/intervenciones de prevención. Dicha comparación permite evaluar no sólo si las medidas preventivas llevadas a cabo han tenido un impacto positivo en la reducción del consumo de sustancias, sino también la magnitud de dicho impacto.

Por último, debemos destacar que los datos de prevalencia también pueden ser transferibles a diferentes contextos y poblaciones. Así, los datos referidos al consumo de sustancias en una región pueden ser de utilidad para la aplicación de intervenciones de carácter preventivo, así como para la formulación de políticas específicas en otros países o regiones con perfiles de consumo de sustancias similares. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los contextos sociales y las poblaciones pueden variar considerablemente en términos de cultura, políticas, acceso a los servicios de salud, etc., por lo que el uso de esta información debe realizarse con cautela y teniendo siempre en cuenta las características específicas del contexto.

En el contexto actual, resulta imperativo abordar las tendencias que indican un aumento significativo en el consumo de sustancias entre las chicas, según los resultados más recientes. Urge unir esfuerzos para comprender las causas subyacentes, reevaluar enfoques preventivos y ajustar estrategias de intervención.

En resumen, los datos de prevalencia de consumo de drogas son fundamentales para diseñar, implementar y evaluar intervenciones preventivas efectivas. Al utilizar estos datos, los profesionales implicados en la prevención y los responsables de la formulación de políticas pueden dirigirse a los grupos de población más vulnerables y reducir el impacto negativo del consumo de sustancias en la población.

Bibliografía

- Becoña, E. (2021). *La prevención ambiental en el consumo de drogas: ¿qué medidas podemos aplicar?*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Burkhart, G., Tomczyk, S., Koning, I., y Brotherhood, A. (2022). Environmental prevention: ¿Why do we need it now and how to advance it?. *Journal of Prevention*, 43(2), 149–156. <https://doi.org/10.1007/s10935-022-00676-1>
- Crummy, E. A., O'Neal, T. J., Baskin, B. M., y Ferguson, S. M. (2020). One Is Not Enough: Understanding and Modeling Polysubstance Use. *Frontiers in Neuroscience*, 14, 569. <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.00569>
- Dai, X., Gakidou, E., y Lopez, A. D. (2022). Evolution of the global smoking epidemic over the past half century: strengthening the evidence base for policy action. *Tobacco Control*, 31(2), 129–137. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056535>
- GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1223–1249. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
- Institute of Alcohol Studies. (2022). People, Planet, or Profit: alcohol's impact on a sustainable future. <https://www.ias.org.uk/wp-content/uploads/2022/11/People-Planet-or-Profit-alcohols-impact-on-a-sustainable-future-IAS.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). Encuesta Europea de Salud en España. 2020 Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm
- Lee, C. M., Calhoun, B. H., Abdallah, D. A., Blayney, J. A., Schultz, N. R., Brunner, M., y Patrick, M. E. (2022). Simultaneous Alcohol and Marijuana Use Among Young Adults: A Scoping Review of Prevalence, Patterns, Psychosocial Correlates, and Consequences. *Alcohol Research: Current Reviews*, 42(1), 08. <https://doi.org/10.35946/arcr.v42.1.08>

Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Sánchez-Queija, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Morgan, A., y Leal-López, E. (2020). *Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018 en España*. Ministerio de Sanidad, 2020.

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2018/HBSC2018_InformeTecnico.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994–2021*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Estadísticas 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-ESTADISTICAS.pdf>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995–2022*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Monografía Cannabis 2022. Consumo y consecuencias*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2022_OEDA_Monografia_Cannabis.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023a). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994–2023*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023b). *Estudio piloto ESTUDES 2023 12 Y 13 años. Encuesta piloto sobre uso de drogas y adicciones en estudiantes de enseñanzas secundarias de 12 y 13 años de 1º y 2º ESO en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_OEDA_InformePilotoESTUDES_1y2_ESO.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2022). *World Drug Report 2022*. <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251056/9789241510240-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global status report on alcohol and health*. Geneva. <https://iigt.org/wp-content/uploads/2018/09/WHO-GSR-Alcohol-2018.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Tobacco: poisoning our planet*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051287>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Tabaco Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Alcohol Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Siete de cada 10 personas están protegidas por al menos una medida de control del tabaco*. <https://www.who.int/es/news/item/31-07-2023-seven-out-of-10-people-protected-by-at-least-one-tobacco-control-measure>
- Reitsma, M. B., Flor, L. S., Mullany, E. C., Gupta, V., Hay, S. I., y Gakidou, E. (2021). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and initiation among young people in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet Public Health*, 6(7), e472–e481. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00102-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00102-X)
- Reitsma, M. B., Kendrick, P. J., Ababneh, E., Abbafati, C., Abbasi-Kangevari, M., Abdoli, A., Abedi, A., Abhilash, E. S., Abila, D. B., Aboyans, V., Abu-Rmeileh, N., Adebayo, O. M., Advani, S. M., Aghaali, M., Ahinkorah, B. O., Ahmad, S., Ahmadi, K., Ahmed, H., Aji, B.,... y Gorini, G. (2021). Spatial, temporal, and

- demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 397(10292), 2337–2360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)
- Rey-Brandariz, J., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M. I., Varela-Lema, L., Giraldo-Osorio, A., Mourino, N., y Ruano-Ravina, A. (2021). Smoking-attributable mortality in Spain: A systematic review [Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en España: Revisión sistemática]. *Adicciones*, 35(2), 185–196. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1619>
- Rey, J., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M. I., Galán, I., Schiaffino, A., Varela-Lema, L., Naveira, G., Montes, A., López-Vizcaíno, M. E., Giraldo-Osorio, A., Mourino, N., Mompart, A., y Ruano-Ravina, A. (2022). Smoking-attributable mortality in the autonomous communities of Spain, 2017. *Revista Española de Cardiología*, 75(2), 150–158. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2020.10.023>
- Roche, D. J. O., Bujarski, S., Green, R., Hartwell, E. E., Leventhal, A. M., y Ray, L. A. (2019). Alcohol, tobacco, and marijuana consumption is associated with increased odds of same-day substance co- and tri-use. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 40–49. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.035>
- Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P. J., Fernández, E., García-Basteiro, A. L., Benavides, F. G., Glenn, S. D., Krish, V., Lazarus, J. V., Martínez-Raga, J., Masana, M. F., Nieuwenhuijsen, M. J., Ortiz, A., Sánchez-Niño, M. D., Serrano-Blanco, A., Tortajada-Girbés, M., Tyrovolas, S.,... y Colaboradores de GBD en España. (2018). The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica*, 151(5), 171–190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
- Villalbí, J. R., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, A., y Brugal, M. (2014). Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 515–528. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000400006>
- Wartenberg, A. C., Holden, P. A., Bodwitch, H., Parker-Shames, P., Novotny, T., Harmon, T. C., Hart, S. C., Beutel, M., Gilmore, M., Hoh, E., y Butsic, V. (2021). Cannabis and the environment: What science tells us and what we still need to know. *Environmental Science & Technology Letters*, 8(2), 98–107. <https://doi.org/10.1021/acs.estlett.0c00844>

— UNIDAD 3 —

La perspectiva de género en prevención de TAC

Arturo Alvarez-Roldan

Adelaida Lozano-Polo

Manuel Isorna Folgar

1. ¿Por qué hay que tener en cuenta el sistema sexo-género en PTAC?

El sistema sexo-género es un marco conceptual que se utiliza para comprender y analizar la interacción entre las características biológicas (sexo) y las construcciones sociales y culturales (género) que influyen en la vida de las personas.

El sexo se refiere a las características biológicas y fisiológicas que diferencian a los seres humanos en categorías de “hombre” y “mujer”. Estas características incluyen cromosomas sexuales (XX en mujeres, XY en hombres), órganos reproductivos y características hormonales. El sexo biológico generalmente se asigna al nacer en función de características físicas observables, como los genitales. Un pequeño porcentaje de individuos (por debajo de 1 de cada 2000 nacimientos) son intersexuales, presentan combinaciones cromosómicas inusuales y rasgos corporales ambiguos (Meyer-Bahlburg, 2017).

El género es una construcción social que abarca expectativas, roles, comportamientos y atribuciones culturalmente asignados a las categorías de “masculino” y “femenino”. Tiene que ver con las oportunidades, las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas (OMS, 2018). A diferencia del sexo, el género es una construcción social que varía entre culturas y a lo largo del tiempo. Incluye normas sociales sobre cómo se espera que se comporte, se exprese y se relacione cada género en una sociedad. Por ejemplo, en algunas culturas se espera que los hombres sean fuertes y agresivos, mientras que en otras se espera que sean más emocionales y sensibles. Del mismo modo, las expectativas sobre la apariencia y el comportamiento de las mujeres también varían en distintas sociedades. Se denomina “cisgénero” a las personas cuyo sexo biológico e identidad de

género coinciden. Sin embargo, hay personas que no se identifican con el sexo biológico que tenían al nacer ni con la identidad de género que se les asignó en su infancia, y prefieren que se las reconozca como “transgénero”, “no binarias” o “de género diverso”. Las personas que no siguen las normas y expectativas de género de la sociedad suelen sufrir discriminación, violencia y exclusión social, lo que repercute negativamente en su salud y bienestar.

El sistema sexo-género reconoce que estas dos dimensiones, sexo y género, están interrelacionadas y que las experiencias individuales y sociales son moldeadas por esta interacción. Este enfoque es esencial para comprender cuestiones como las desigualdades de género, la discriminación basada en el género, y cómo estas dinámicas afectan la salud, el bienestar y las oportunidades de las personas en diferentes contextos sociales y culturales (Greaves y Ritz, 2022; Heise et al., 2019; Johnson et al., 2009).

Existen diferencias neurobiológicas y hormonales entre hombres y mujeres que explican por qué el consumo de tabaco, alcohol y cannabis (TAC) produce efectos distintos en cada uno de los sexos (Becker et al., 2017; Fattore et al., 2014) (Tabla 1). La absorción, el metabolismo y la excreción de estas sustancias difieren en cada sexo. Por ejemplo, las mujeres metabolizan la nicotina en el hígado más rápidamente que los hombres (Benowitz, 2008), pero metabolizan el alcohol más lentamente (Erol y Karpyak, 2015). Los niveles hormonales durante el ciclo menstrual afectan al deseo de fumar, siendo mayor con niveles más bajos de estrógenos y progesterona en la fase folicular (Mendrek et al., 2014; Weinberger et al., 2015). Estos factores influyen en cómo hombres y mujeres responden a la exposición y al consumo de TAC. El sexo también puede afectar a la respuesta a tratamientos farmacológicos, como la naltrexona, que reduce el deseo de beber más en las mujeres que en los hombres (Herbeck et al., 2016).

Tabla 1. Algunos factores clave relacionados con el sexo

Tabaco	Alcohol	Cannabis
Las mujeres que fuman cigarrillos son más vulnerables a las enfermedades respiratorias, incluida la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), aunque los niveles de exposición al tabaco sean más bajos. Esto se debe probablemente a que los pulmones y las vías respiratorias son más pequeñas, y al papel que juegan las hormonas sexuales en el metabolismo del tabaco fumado (Aryal et al., 2014; Han et al., 2007).	La transición del inicio al uso regular de alcohol se produce más rápidamente en las mujeres que en los hombres (efecto telescópico) (Erol y Karpyak, 2015).	La transición del inicio al uso regular de cannabis se produce con más rapidez en las mujeres que en los hombres (efecto telescópico) (Kerridge, et al, 2018; Khan et al., 2013).
Las mujeres metabolizan la nicotina más rápidamente que los hombres, debido en parte al impacto de las hormonas ováricas sobre la enzima CYP2A6 encargada del metabolismo de la nicotina en el hígado. Tomar anticonceptivos orales con estrógenos aumenta el metabolismo de la nicotina (Benowitz, 2008).	Las mujeres pueden verse más afectadas por el alcohol debido al menor porcentaje de agua corporal total, los niveles más bajos de deshidrogenasa en la mucosa gástrica y las tasas más lentas de metabolismo del alcohol (Erol y Karpyak, 2015).	Hay alguna evidencia de una mayor sensibilidad a los efectos subjetivos del cannabis, sobre todo en bajas dosis, en las mujeres que en los hombres (Cooper y Haney, 2014; Fogel et al., 2017).
Fumar activa diferentes sistemas cerebrales modulados por la actividad noradrenérgica en mujeres y hombres. Los varones fuman para reforzar los efectos de la nicotina, mientras que las mujeres lo hacen para aliviar los afectos negativos que les produce su abstinencia (Verplaetse et al., 2014).	Las mujeres desarrollan daños hepáticos mayores que los hombres tomando menores cantidades de alcohol (Erol y Karpyak, 2015).	Estudios animales indican que las ratas hembra metabolizan el THC más rápidamente que los machos (Wiley y Burston, 2014). Sin embargo, cuando también se les administra CBD, este inhibe el metabolismo del THC, siendo este efecto más pronunciado en las ratas macho (Britch et al., 2017)

Tabla 1 (cont.). Algunos factores clave relacionados con el sexo

Tabaco	Alcohol	Cannabis
El ciclo menstrual puede condicionar las ganas de fumar de las mujeres. La disminución de estrógenos y progesterona durante la fase folicular aumenta el síndrome de abstinencia de la nicotina. Después de la ovulación, durante la fase lútea, cuando los niveles están más altos, sería el momento adecuado para intentar de dejar de fumar (Mendrek et al., 2014; Weinberger et al., 2015).	Las mujeres que tienen un consumo de alcohol crónico son más sensibles que los hombres a los efectos neurotóxicos que produce el alcohol (Medina et al., 2008).	Un estudio en el que se midieron los efectos cognitivos del uso de cannabis en jóvenes (18-26 años) reveló que los efectos negativos sobre la velocidad psicomotora y la capacidad secuenciadora eran mayores en los hombres que en las mujeres (Lisdahl y Price, 2012).
Las mujeres realizan más intentos para dejar de fumar que los hombres, pero con menos éxito. La vareniclina es el tratamiento más eficaz en las mujeres, en comparación con los parches de nicotina o el bupropion. En los hombres no se han observado diferencias en la eficacia de los tres tratamientos (Smith et al., 2014, 2017).	Las chicas con episodios de consumo intensivo de alcohol (binge drinking) muestran una atención sostenida y una memoria de trabajo más deficientes que los chicos que consumen alcohol de la misma manera (Squeglia et al., 2011).	
	El fármaco naltrexona produce una mayor reducción del deseo de consumir alcohol en las mujeres que en los hombres (Herbeck et al., 2016).	

Adaptado de Greaves et al. (2020).

En cuando al género se pueden distinguir cuatro factores que influyen en cómo las personas usan TAC y son afectadas por su consumo (Greaves y Hemsing, 2020) (Figura 1):

- a.** Roles y normas de género: Expectativas y comportamientos apropiados para cada género en una sociedad.
- b.** Identidad de género: Cómo una persona se identifica en términos de género, ya sea como hombre, mujer u otro.
- c.** Relaciones de género: Relaciones entre personas de diferentes géneros, incluyendo íntimas, de amistad y familiares.
- d.** Regulaciones y normas de género en instituciones: Normas y reglas aplicadas en instituciones como educación, política y religión.

Figura 1. Dimensiones del género



Hombres, mujeres y personas de género diverso tienen actitudes, expectativas y valores diferentes sobre el consumo de TAC, los factores que lo desencadenan y los riesgos asociados (Tabla 2).

Tabla 2. Algunos factores clave relacionados con el género

Tabaco	Alcohol	Cannabis
Las mujeres a menudo fuman para afrontar emociones negativas y tratar de controlar su estado de ánimo (Greaves, 2015; Triandafilidis et al., 2017).	En los varones, las percepciones tradicionales de la masculinidad están relacionadas con los motivos para beber y los problemas asociados (Hughes et al., 2016; Patr6-Hernández et al., 2020; Uy et al., 2014).	Los hombres consumen cannabis con mayor frecuencia y en dosis más elevadas que las mujeres. Esta tendencia puede estar cambiando, especialmente entre los adolescentes, en algunos países (Carliner et al., 2017; Cuttler et al., 2016; Johnson et al., 2015; Matheson y Le Foll, 2023).
Las mujeres que fuman experimentan con más frecuencia que los hombres depresión y les cuesta más dejar de fumar (Komiya et al., 2018).	La coocurrencia de depresión y uso de sustancias es frecuente en las mujeres. Las intervenciones que abordan ambos problemas conjuntamente obtienen mejores resultados entre las mujeres (Baker et al., 2010; Blake et al., 2001; Kumpfer et al., 2008; Schwinn et al., 2016).	Los hombres experimentan más que las mujeres con distintas formas de administración de cannabis, incluyendo la combustión de resinas o aceites más potentes (Daniulaityte et al., 2017; Lee et al., 2016). Hay evidencias de que las mujeres pueden tener una mayor preferencia por los comestibles (Friesen et al., 2016; Friesen, 2017).
Los mensajes publicitarios de la industria del tabaco asocian fumar con el empoderamiento de las mujeres y su atractivo sexual. En los hombres, fumar es un signo de masculinidad (Amos et al., 2012; Anderson et al., 2005).	Los hombres tienen menos factores de protección que las mujeres con relación al consumo de alcohol. Por ejemplo, no está tan mal visto o sancionado socialmente que un hombre beba, como que lo haga una mujer (Brady et al., 2016; Nolen-Hoeksema, 2004; Nolen-Hoeksema y Hilt, 2006; Schulte et al., 2009).	Algunas mujeres pueden consumir cannabis como forma de resistencia y rebeldía frente a los modelos de feminidad más tradicionales, adoptando roles que se consideraban tradicionalmente masculinos (comprar cannabis, liar un porro, fumar con frecuencia, etc.) (Dahl y Sandberg, 2014; Haines et al., 2009).
Las mujeres que fuman suelen estar preocupadas con que al dejarlo ganarán peso (Torchalla et al., 2012).	El consumo de alcohol en varones está más relacionado con la violencia tanto de pareja como con extraños (Peralta et al., 2010).	Conducir después de haber fumado cannabis es más frecuente entre los hombres (Sterzer et al., 2022; Whitehill et al., 2014).

Tabla 2 (cont.). Algunos factores clave relacionados con el género

Tabaco	Alcohol	Cannabis
Las personas jóvenes transgénero fuman a diario más que las cisgénero, según algunos estudios (Day, et al., 2017; Eisenberg et al., 2017).	Los episodios de consumo intensivo de alcohol son más frecuentes en las personas transmasculinas que en las transfemeninas. Esto puede deberse, en parte, a la creencia sociocultural de que el consumo intensivo de alcohol es parte de la masculinidad y una forma socialmente aceptada de hacer frente al estrés entre las personas transmasculinas (Scheim et al., 2016).	Las personas transgénero pueden consumir cannabis como una forma de afrontar el estrés que les provoca su condición de minoría estigmatizada (Cotaina et al., 2022; Gonzalez et al., 2017; Reisner et al., 2015).
Se debe prestar atención al policonsumo de las tres sustancias, ya que pueden ser complementarias (cannabis – tabaco, tabaco – alcohol) (Agrawal et al., 2012; King y Epstein, 2005; Ren et al., 2020) o sustitutas (alcohol – cannabis) (Risso et al., 2020; Subbaraman, 2016). El uso simultáneo de alcohol y cannabis y los problemas asociados son mayores entre los chicos que entre las chicas (Subbaraman y Kerr, 2015; Yurasek et al., 2017).		

Adaptado de Greaves et al. (2020).

Las normas de género determinan lo que se considera una conducta aceptable o no respecto al consumo de TAC para cada género. Las mayores diferencias en la forma de beber entre hombres y mujeres se observan en países y culturas con roles de género muy distintos (Wilsnack et al., 2009, 2000). En sociedades tradicionales, el consumo de alcohol se percibe como expresión de la superioridad y poder masculinos, mientras se espera que las mujeres se abstengan o moderen su consumo para cumplir roles femeninos de cuidadoras y madres (Hughes et al., 2016; Patró-Hernández et al., 2020; Uy et al., 2014). El consumo o abstinencia de alcohol por parte de cada género es una estrategia para adaptarse a normas sociales (Schulte et al., 2009).

Por otro lado, el uso no aceptado socialmente de estas sustancias puede representar rebeldía y experimentación, manifestando autoafirmación y nuevas construcciones de identidad de género. Por ejemplo, el uso de cannabis por mujeres jóvenes a veces se interpreta como rechazo a modelos tradicio-

nales de feminidad (Dahl y Sandberg, 2014; Haines et al., 2009). Esta interpretación se aplica también al consumo intensivo de alcohol entre mujeres adolescentes y jóvenes (Romo-Avilés et al., 2015, 2018).

Los programas de prevención, tratamiento y reducción de daños deben adoptar una perspectiva de género que considere las necesidades y particularidades específicas de cada género (Amaro et al., 2001; Liquori O'Neil y Lucas, 2015; Mutatayi et al., 2022; UNODC, 2016). Su objetivo debe ser prevenir y reducir el consumo de drogas, mejorar la calidad de vida de quienes las consumen sin fomentar discriminación de género, y transformar condiciones estructurales que sostienen desigualdades de género respecto al uso de drogas y su abordaje asistencial. Además, deben facilitar el acceso a recursos para abordar adicciones, adaptándose a las necesidades de cada género y evitando la estigmatización.

2. Diferencias de sexo-género en el consumo de la tríada TAC en jóvenes y sus consecuencias

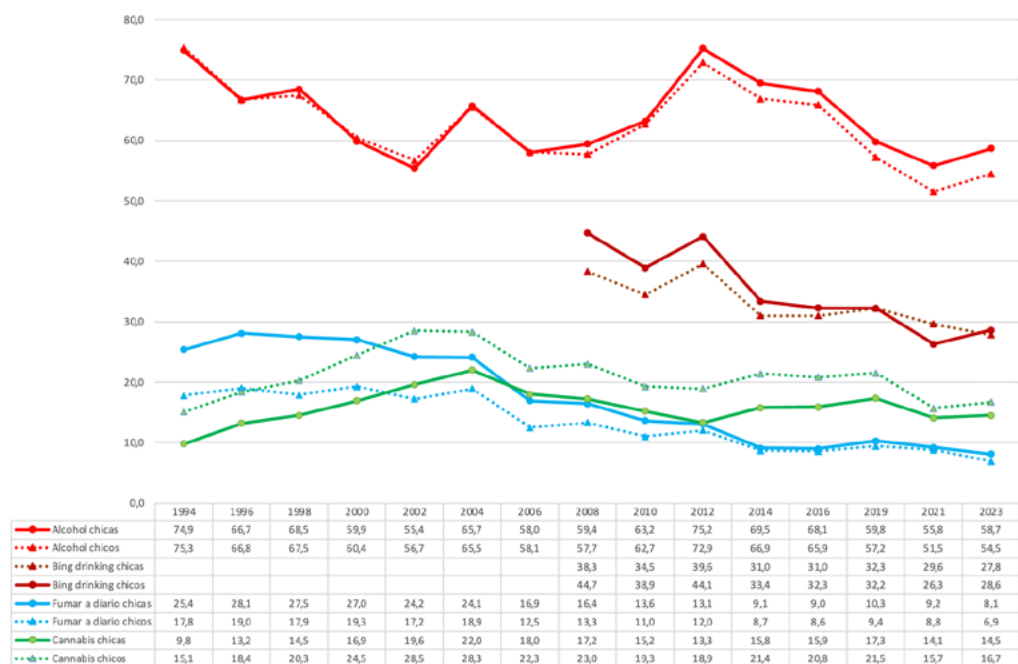
2.1. Epidemiología

El consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes presenta notables disparidades entre hombres y mujeres, evidenciando patrones distintivos que van más allá de la mera prevalencia. En términos generales, los hombres jóvenes tienden a utilizar más drogas y asumir mayores riesgos en comparación con las mujeres de la misma edad en todo el mundo (UNODC, 2022), lo que resulta congruente con las teorías evolucionarias (Ellis et al., 2012). Sin embargo, al observar los datos de las encuestas de uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en España, se perciben algunos patrones llamativos.

Desde que en 1994 se realizó la primera encuesta escolar en España, la prevalencia de uso de tabaco en los últimos 30 días fue más elevada en las chicas que en los chicos hasta 2012, pasando a converger desde entonces (el margen de error de la encuesta es 0,6%). El consumo de alcohol entre ambos sexos fue similar hasta 2012, para situarse ligeramente por encima en las mujeres a partir de ese año. El uso de cannabis ha sido siempre mayor entre los varones (OEDA, 2023a) (Figura 2).

Apoyándose en datos como estos, algunas autoras afirman que en las últimas décadas se han producido dos tendencias epidemiológicas, desde un punto de vista de género: una reducción en la brecha de género en el consumo de algunas drogas, sobre todo en la adolescencia; y un incremento en el uso de las sustancias legales por parte de la juventud (Romo-Avilés, 2018: 67).

Figura 2. Evolución de la prevalencia de uso de TAC en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14–18 años, según sexo (%)



Fuente: OEDA (2023a)

La hipótesis de que se ha producido una convergencia en las últimas décadas en las tasas de uso de alcohol y problemas relacionados con su consumo entre hombres y mujeres en las cohortes más jóvenes ha sido planteada en varios estudios (Erol y Karpyak, 2015). Algunos autores la han extrapolado incluso al consumo de cannabis (Chapman et al., 2017). Aunque los hombres y las mujeres jóvenes suelen ser más parecidos en su forma de beber que los adultos, las diferencias de género en el consumo de alcohol persisten en los países de nuestro entorno, con proporciones que oscilan típicamente entre 2 y 3 en la frecuencia y cantidad de alcohol ingerido o los episodios de consumo intensivo (Mäkelä et al., 2006). Veamos con mayor detenimiento lo que ha ocurrido en nuestro país.

En España, los datos de las encuestas sobre drogas a la población entre 15–64 años reflejan un cambio de tendencia en el uso de TAC por parte de las mujeres nacidas a partir de los años 60. Cada vez más mujeres prueban estas sustancias a lo largo de su vida, y las diferencias de género en la prevalencia de uso alguna vez en la vida han desaparecido en las cohortes más jóvenes (Colell, Sánchez-Niubò, y Domingo-Salvany, 2013). Sin embargo, esto no significa que se haya reducido la brecha de género en el consumo de TAC. Cuando se desagregan los datos de prevalencia de uso en los últimos 30 días por grupos de edad y sexo, los varones lideran el consumo de las tres sustancias en todas las cohortes, incluida la de 15 a 24 años (Figura 4), una tendencia que se ha mantenido desde 1995 hasta la actualidad (OEDA, 2023b). Además, la intensidad de los consumos (medida a través de la frecuencia de uso y las dosis medias) es más elevada en los hombres que en las mujeres, incluso en la adolescencia. En 2022, la prevalencia de los episodios de consumo intensivo de alcohol (*binge drinking*) en los últimos 30 días fue 22,1% en los hombres de 15–19 años y 18,2% en las mujeres de la misma edad (OEDA, 2023b: 62; véase también Donat et al., 2021). La encuesta de estudiantes de Enseñanzas Medias de 2023 reveló que los chicos (14–18 años) fuman diariamente un promedio de cigarrillos mayor que las chicas, 7,5 frente a 6 (OEDA, 2023a: 43); y también más porros al día, 4 frente a 2,8 (OEDA, 2023a: 54).

Por lo que respecta a la segunda de las tendencias señalada por Romo-Avilés, la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en los últimos 30 días en adolescentes no ha aumentado en España en los últimos años, sino disminuido. Desde 2012 hasta 2023, la prevalencia de consumo de alcohol en el último mes se redujo un 18,4% en los chicos y un 16,5% en las chicas, y la prevalencia de los episodios de consumo intensivo (*binge drinking*) cayó un 15,5% en los chicos y un 11,8% en las chicas (Figura 3). La prevalencia de fumadores diarios disminuyó un 5,1% en los chicos y un 5% en las chicas (OEDA, 2023a). La misma tendencia en la disminución del consumo de alcohol se ha observado en la mayoría de los países de la Unión Europea en las dos últimas décadas (Holmes et al., 2022). Las diferencias de género no se deben a que más chicas beban o lo hagan con más intensidad, sino a que más chicos han dejado de beber o lo hacen con menor intensidad.

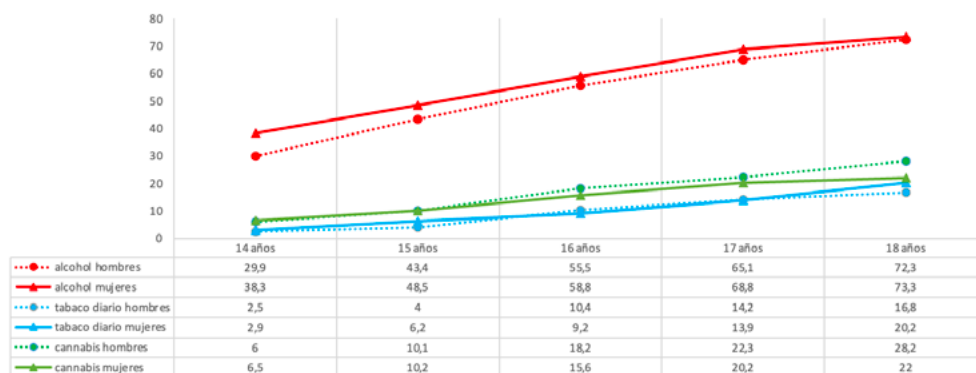
Figura 3. Prevalencia de uso de TAC en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y grupo de edad (%)



Fuente: OEDA (2023b)

Si nos fijamos en los datos de consumo de TAC en los adolescentes desagregados por edad y sexo (Figura 4), observamos que sólo a los 18 años hay más chicas que chicos que fumen a diario (recordemos que el margen de error de la encuesta es 0,6%). Por el contrario, a esa edad el diferencial de género en el consumo de alcohol en el último mes desaparece, ambos géneros beben igual. Estudios recientes han mostrado que la estructura del cerebro de los jóvenes, cuya maduración se produce antes en las mujeres, hace que ellas sean potencialmente más vulnerables al consumo de alcohol, o estén más predispuestas a beber, que ellos (Jones et al., 2023), lo que quizás pueda tener alguna relación con estos datos. Con respecto al cannabis, los chicos empiezan a consumirlo más que las chicas a partir de los 16 años y la diferencia se incrementa notablemente a los 18 años (Figura 4) (OEDA, 2022). Como han señalado algunas autoras, centrarse únicamente en lo que ocurre en el grupo de edad más joven para extraer conclusiones sobre las tendencias de la población en el consumo de sustancias como el alcohol puede conducir a malentendidos y simplificaciones, dada la complejidad que reviste la relación entre edad, género, cohorte, nivel socioeconómico y con-

Figura 4. Prevalencia de uso de TAC en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y grupo de edad (%)



sumo (Bratberg et al., 2016; Wilsnack, 2018). El consumo de TAC aumenta desde la adolescencia hasta que los jóvenes alcanzan aproximadamente los 25 años. Las mujeres suelen consumir más al inicio de la adolescencia, mientras que los hombres tienden a hacerlo más hacia la mitad de la adolescencia y al principio de la edad adulta (Chen y Jacobson, 2012).

Algunos estudios también resaltan diferencias en el consumo de TAC entre personas cisgénero y transgénero, siendo estas últimas más propensas a su uso (Connolly y Gilchrist, 2020; Cotaina et al., 2022; Day et al., 2017; Eisenberg et al., 2017; Fuxman et al., 2021; Newcomb et al., 2020). Dentro de las personas transgénero también se han observado diferencias en el uso de alcohol y cannabis. Por ejemplo, una investigación encontró que la prevalencia de uso de alcohol, cannabis y otras drogas en los últimos tres meses en una amplia muestra de personas transgénero era mayor en las personas transmasculinas que en las transfemininas. La incomodidad con la propia identidad transgénero se relacionó con el consumo excesivo de alcohol en las personas transmasculinas y con el uso de cannabis en las personas transfemininas (Gonzalez et al., 2017). En otra investigación hallaron la misma disparidad en la frecuencia de episodios de uso intensivo de alcohol (Scheim et al., 2016). En España no disponemos de datos con los que poder contrastar estas afirmaciones. En los estudios realizados en otros países este patrón

parece estar mediado por factores como el nivel de victimización (Day et al., 2017; Reisner et al., 2015; Wolfe et al., 2021). Para las personas transgénero, el consumo de sustancias psicoactivas puede ser una estrategia de regulación emocional para hacer frente a experiencias traumáticas y al estrés asociado con el estigma, los prejuicios y el acoso que sufren (Cotaina et al., 2022).

2.2. Percepción del riesgo

En general, el consumo habitual (al menos una vez semanalmente para el cannabis, o a diario en el caso del tabaco o el alcohol) de todas las sustancias es percibido como menos arriesgado por los chicos que por las chicas en la encuesta a estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 2021, la última disponible con datos desagregados por género (OEDA, 2022: 185). El alcohol es la sustancia cuyo uso habitual se considera menos problemático. Tan solo uno de cada dos adolescentes considera que tomar bebidas alcohólicas a diario puede causar muchos problemas. La mayoría (94%) cree que fumar un paquete de cigarrillos a diario puede ocasionar graves daños a la salud, una opinión que hace veinte años no compartía una cuarta parte. Por lo que respecta al cannabis, la percepción del riesgo de un uso habitual es un poco menor (89%) que la de fumar un paquete de cigarrillos diario, pero significativamente mayor en las chicas (92%) que en los chicos (85%) (OEDA, 2022: 183 y 185). De particular interés es la posibilidad de que la legalización del cannabis pueda contribuir a la disminución de su percepción de riesgo y a un incremento de su consumo entre colectivos que antes lo veían como una conducta arriesgada, entre los que se encuentran las mujeres jóvenes, un efecto que ha sido observado en algunos estudios recientes realizados en EE.UU. (Ambrose et al., 2021; Matheson y Le Foll, 2023). Un reciente estudio, realizado con una amplia muestra de personas que habían consumido cannabis en el último mes, no encontró ningún efecto significativo de la percepción del riesgo por sexo sobre los niveles de consumo (dosis y frecuencia), lo que sugiere que ambos sexos se ven afectados igualmente por distintos niveles de percepción del riesgo. El sexo sí tenía un efecto significativo sobre la cantidad consumida (mayor en los varones) y la percepción del riesgo sobre la frecuencia de uso (mayor en las personas con menor percepción del riesgo) (Lorenzetti et al., 2023).

2.3. Efecto telescópico

Varias investigaciones han señalado que las mujeres progresan de manera más acelerada que los hombres desde el inicio del consumo de alcohol y cannabis hacia el inicio de la dependencia y el primer ingreso al tratamiento, un fenómeno que se conoce como “efecto telescópico” (Brady y Randall, 1999; Fonseca et al., 2021; Hernandez-Avila et al., 2004; Kerridge et al., 2018; Khan et al., 2013; Randall et al., 1999). Cuando las mujeres ingresan en tratamiento, sobre todo por consumo de alcohol, generalmente presentan un cuadro clínico más severo (más problemas médicos, conductuales, psicológicos y sociales) que los hombres, a pesar de haber consumido menos y durante un período de tiempo más corto en comparación con los hombres. En uno de los estudios se mostró que las mujeres no experimentaban problemas con el alcohol o alcoholismo antes que los hombres, sino que progresaban más rápido al tratamiento (Lewis y Nixon, 2014). Todas estas investigaciones se realizaron con personas que se encontraban en tratamiento. Al intentar replicar los hallazgos con datos de encuestas poblacionales no se ha detectado el “efecto telescópico” (Alvanzo et al., 2011; Keyes et al., 2010). Por otra parte, varias investigaciones han señalado que este efecto disminuye o desaparece entre las cohortes más jóvenes (Johnson et al., 2005; Randall et al., 1999).

2.4. Consecuencias adversas y comorbilidad psiquiátrica

El impacto negativo del consumo problemático de sustancias en la salud y el bienestar psicosocial en las mujeres tiende a ser más pronunciado que en los hombres. En comparación con los hombres, las mujeres que ingresan en tratamiento por consumo de drogas presentan un mayor deterioro clínico, psiquiátrico y psicosocial, así como una peor calidad de vida en general (Mchugh et al., 2018).

Las mujeres pueden tener un riesgo más elevado que los hombres de padecer enfermedades relacionadas con el tabaco, incluyendo el cáncer de pulmón y el infarto de miocardio (Mucha et al., 2006). Hombres y mujeres parecen manifestar una sensibilidad diferente al humo del tabaco. Las mujeres desarrollan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) más grave con menores niveles de exposición al tabaco. Esto puede tener distintas razones.

Primero, podría existir una predisposición genética específica de género en algunas familias. Segundo, las mujeres podrían recibir una mayor exposición con la misma cantidad de humo del tabaco, ya que tienen pulmones y vías respiratorias más pequeños que los hombres. Tercero, las diferencias entre los géneros en la preferencia de las marcas de cigarrillos y las técnicas de inhalación, así como la exposición al humo de segunda mano, también pueden influir. Además, las hormonas pueden afectar al metabolismo del tabaco fumado (Aryal et al., 2014; Han et al., 2007).

A las mujeres les resulta más difícil dejar de fumar que a los hombres (Smith et al., 2014). Las mujeres metabolizan la nicotina más rápido que los hombres, debido en parte al impacto de las hormonas ováricas sobre la enzima CYP2A6 encargada del metabolismo de la nicotina en el hígado. Tomar anticonceptivos orales con estrógenos aumenta el metabolismo de la nicotina (Benowitz, 2008). El ciclo menstrual puede condicionar las ganas de fumar de las mujeres. La disminución de estrógenos y progesterona durante la fase folicular aumenta el síndrome de abstinencia de la nicotina. Después de la ovulación, durante la fase lútea, cuando los niveles están más altos, sería el momento adecuado para intentar de dejar de fumar (Mendrek et al., 2014; Weinberger et al., 2015).

Por otra parte, se ha observado que existe un fuerte vínculo entre la dependencia de la nicotina y la depresión, que podría aclarar en parte las diferencias de sexo en el nivel de dependencia de la nicotina. Las mujeres tienen una mayor prevalencia de trastorno depresivo que los hombres. Un estudio comprobó que la relación entre la tendencia depresiva y la dependencia de la nicotina se daba en mujeres que buscan terapia para dejar de fumar, pero no en hombres (Komiyama et al., 2018). Fumar activa diferentes sistemas cerebrales modulados por la actividad noradrenérgica en mujeres y hombres. Las mujeres fuman para aliviar los efectos negativos que les produce la abstinencia y mejorar su estado de ánimo, mientras que los varones lo hacen para reforzar los efectos de la nicotina (Verplaetse et al., 2014).

En cuanto al consumo de alcohol, las mujeres se intoxican con dosis menores que los hombres y presentan una mayor prevalencia de problemas re-

lacionados con el consumo (Erol y Karpyak, 2015; Fonseca et al., 2021). Las mujeres pueden verse más afectadas por el alcohol debido a que tienen un menor porcentaje de agua corporal total, niveles más bajos de deshidrogenasa en la mucosa gástrica –una enzima encargada de una buena parte del metabolismo del alcohol– y tasas más lentas de metabolismo del alcohol en sus diversas fases (Erol y Karpyak, 2015; Fonseca et al., 2021).

Las mujeres que consumen alcohol de manera excesiva presentan una mayor comorbilidad psiquiátrica que los hombres, especialmente en ansiedad y depresión, y tienen un mayor riesgo de sufrir daños hepáticos (Erol y Karpyak, 2015; Fonseca et al., 2021). Además, muestran una mayor sensibilidad a los efectos neurotóxicos, lo que se traduce en un desarrollo más rápido de la pérdida de volumen cerebral y disfunciones cognitivas (Erol y Karpyak, 2015; Fonseca et al., 2021). Las diferencias de género en la neurotoxicidad se han replicado en modelos animales (Maynard et al., 2018) y también se han observado en relación con el consumo intensivo de alcohol en la adolescencia (Medina et al., 2008; Squeglia, et al., 2011).

Las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar cirrosis hepática debido al alcohol que los hombres (Rehm et al., 2010). El consumo de alcohol, incluso de manera moderada, se ha asociado con un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres. Se piensa que los niveles elevados de estrógeno y testosterona inducidos por el alcohol pueden contribuir a este riesgo (Erol y Karpyak., 2015). El consumo de alcohol en mujeres también se ha asociado con ciclos menstruales irregulares, una menor fertilidad y un mayor riesgo de sufrir abortos espontáneos (Erol y Karpyak., 2015). Por último, aunque más hombres que mujeres mueren como consecuencia del consumo excesivo y crónico de alcohol, el riesgo relativo de mortalidad en personas en tratamiento es mayor en las mujeres que en los hombres (Holman et al., 1996; Roerecke y Rehm, 2013).

En cuanto al cannabis, se han realizado muchas menos investigaciones sobre las diferencias de género en las consecuencias de su consumo. Un estudio con una muestra representativa de la población estadounidense señaló que las mujeres con trastornos por uso de cannabis tenían tasas más altas

de comorbilidad por trastornos del estado de ánimo y ansiedad, mientras que los varones presentaban más trastornos relacionados con el consumo de sustancias y una personalidad antisocial. La gravedad de los trastornos por uso de cannabis era mayor en los hombres (Khan et al., 2013). Otra investigación posterior sugirió que los factores ambientales, como el logro educativo y el apoyo instrumental, y sus correlatos cerebrales asociados desempeñan un papel más importante en el desarrollo de los trastornos por uso de cannabis en las mujeres. Por otro lado, los factores individuales, tales como la personalidad, la salud mental y los factores neurocognitivos, que han sido a menudo relacionados con el consumo crónico y la dependencia, contribuyen más fuertemente al desarrollo de estos trastornos en los hombres (Niklason et al., 2022). Varios trabajos han mostrado que las diferencias de género en la prevalencia de los trastornos por uso de cannabis desaparecen cuando se controla la frecuencia del consumo. Los hombres y las mujeres que lo consumen con la misma frecuencia parecen tener la misma probabilidad de experimentar los problemas relacionados con el uso, aunque las mujeres parecen manifestar más problemas en las relaciones interpersonales que los hombres (Callaghan et al., 2020; Gutkind et al., 2023). Algunas investigaciones experimentales han sugerido que las mujeres pueden ser más sensibles que los hombres a los efectos subjetivos que produce, especialmente a bajas dosis (Cooper y Haney, 2014; Fogel, et al. 2017). Otro estudio experimental observó que fumar cannabis disminuía la sensibilidad al dolor y aumentaba su tolerancia en los hombres, pero no en las mujeres (Cooper y Haney, 2016). Las mujeres que buscan tratamiento experimentan mayor malestar durante la abstinencia, especialmente síntomas relacionados con el estado de ánimo (irritabilidad, inquietud, aumento de la ira y arrebatos violentos) y gastrointestinales (náuseas y dolor de estómago) (Herrmann et al., 2015). Los estudios con modelos animales han descubierto que las ratas hembra metabolizan más rápido el THC que las macho (Wiley y Burston, 2014), una diferencia que desaparece cuando se les administra también CBD (Britch et al., 2017). No obstante, estos hallazgos están todavía lejos de aclarar las diferencias que se observan en los patrones conductuales de los roedores bajo los efectos de los cannabinoides. Por último, hay que señalar que un estudio en el que se midieron los efectos cognitivos del uso de cannabis en jóvenes (18-26 años) reveló que los efectos negativos sobre la velocidad psicomotora y la capaci-

dad secuenciadora eran mayores en los hombres que en las mujeres (Lisdahl y Price, 2012). La relación entre el uso intensivo de cannabis en la adolescencia, las alteraciones en el cerebro, el deterioro cognitivo y el fracaso escolar es objeto de un amplio debate (Lisdahl et al., 2014; Lorenzetti et al., 2020). Hay evidencias de que las alteraciones cerebrales preceden generalmente el consumo de cannabis, que su uso habitual empeora el rendimiento escolar de estudiantes que ya tenían un mal desempeño escolar e incrementa la probabilidad de que no acaben la educación secundaria. El abandono del consumo parece que permite la recuperación de las alteraciones cognitivas, pero no de las repercusiones que el fracaso escolar tendrá en la vida futura de esos adolescentes (Lorenzetti et al., 2020).

2.5. Tratamiento y latencia

Las mujeres que experimentan trastornos por consumo de sustancias suelen buscar tratamiento con menos frecuencia que los hombres a lo largo de sus vidas, debido a que enfrentan diversas barreras específicas de género. Estas incluyen responsabilidades relacionadas con el cuidado de los hijos, el embarazo, el estigma social, la presión familiar, la falta de apoyo social, la vulnerabilidad a sufrir abusos y violencia, así como la limitación de recursos económicos (Greenfield et al., 2007, 2010; Schamp et al., 2021; Shirley-Beavan et al., 2020; UNODC, 2018). No obstante, estas diferencias en el acceso al tratamiento y la atención recibida de los servicios asistenciales se han reducido notablemente en los países desarrollados (Greenfield et al., 2007).

En España, en 2020, la mayoría de las personas admitidas a tratamiento por consumo excesivo o dependencia de alcohol y drogas ilegales fueron varones, representando el 74% cuando la sustancia principal fue alcohol y el 78% cuando fue cannabis (OEDA, 2022: 260). Las personas que buscan tratamiento por consumo de alcohol tienden a hacerlo a una edad más avanzada (alrededor de 46,4 años en promedio), en comparación con quienes buscan tratamiento por consumo de cannabis, que lo hacen a una edad más temprana (aproximadamente 27,5 años en promedio) (OEDA, 2022: 269). Se observan diferencias de género en la latencia (diferencia entre la edad de inicio del consumo y la edad de demanda de tratamiento). Los hombres tienden a tener

una latencia más larga tanto para el alcohol (28,8 años) como para el cannabis (12,1 años) en comparación con las mujeres (25,9 y 11,1 años, respectivamente) (OEDA, 2022: 272–274). Las mujeres que demandaron tratamiento por consumo de alcohol empezaron a beber después de los 18 años, edad a la que comienza a invertirse la diferencia entre los géneros en el consumo de alcohol en las encuestas. Por otro lado, la diferencia de género en la latencia se reduce considerablemente cuando la sustancia es el cannabis y el inicio en el consumo se produce en la adolescencia.

En cuanto a los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, su eficacia suele ser menor en las mujeres, con la excepción de la vareniclina, a pesar de que las mujeres realizan más intentos de cesación que los hombres (Smith et al., 2014, 2017). No se han encontrado diferencias en la respuesta de hombres y mujeres al tratamiento de la dependencia del alcohol con naltrexona (Erol y Karpyak, 2015), aunque un estudio más reciente señala que reduce más el deseo de beber en las mujeres que en los hombres (Herbeck et al., 2016). El tratamiento con el ansiolítico buspirona para dejar de usar cannabis no ha dado resultados en ninguno de los géneros (McRae-Clark et al., 2015). Además, en las mujeres se observó que la motivación para seguir el tratamiento y su inicio empeoraban los resultados (Sherman et al., 2016)

Las experiencias de programas de tratamiento con competencia cultural y sensibilidad de género hacia personas transgénero o no binarias son muy limitadas. Una revisión de diversas intervenciones psicosociales para reducir el consumo de alcohol en este colectivo con diversos enfoques, como la terapia individual, el asesoramiento cognitivo individualizado, la terapia grupal y el tratamiento en centros especializados para este colectivo, sólo encontró una reducción del consumo con un efecto moderado en cuatro estudios (Chapa-Montemayor y Connolly, 2023).

2.6. Igualdad de género y uso de TAC

La relación entre el uso de sustancias psicoactivas y la desigualdad de género requiere una atención cuidadosa. Varias investigaciones han mostrado que el aumento de la igualdad de género está fuertemente correlacionado con el incremento del tabaquismo entre las mujeres a nivel mundial (Hagen et al., 2016; Hitchman y Fong, 2011). En España, la desigualdad de género disminuyó notablemente entre 1960 y 2010, al mismo tiempo que se produjo un proceso de convergencia en las tasas de tabaquismo entre hombres y mujeres (Bilal et al., 2016).

En cuanto al alcohol, la misma relación no se ha establecido con claridad. Un extenso estudio realizado en 23 países, incluido España, encontró que las diferencias de género en el consumo de alcohol están relacionadas con la posición que ocupan las mujeres en la sociedad y su nivel de modernización. Las disparidades de género en la forma de beber disminuían a medida que los roles de hombres y mujeres se aproximaban en diversas áreas sociales (Kuntsche et al., 2006; Rahav et al., 2006). Otro estudio llevado a cabo en Estados Unidos descubrió que la disminución del sexismo estructural en los diferentes estados, entre 1988 y 2016, estaba vinculada al aumento del consumo de alcohol en las mujeres (McKetta et al., 2022).

Estos hallazgos sugieren que, a medida que los países avanzan en la igualdad de género, algo que sin duda beneficia a los derechos y la salud de las mujeres, se necesitan dedicar recursos y políticas adicionales para prevenir el consumo tabaco y alcohol entre las mujeres.

3. Claves del enfoque de género en prevención del consumo de TAC

El propósito primordial de los programas de prevención es reducir la incidencia del consumo de drogas y prevenir su progresión. Estos programas se dividen en tres categorías según el grupo al que van dirigidos. La prevención universal se enfoca en la población en general, especialmente en los jóvenes, independientemente de si han iniciado o no el consumo de sustancias. La prevención selectiva se dirige a individuos vulnerables que ya hacen uso de sustancias y podrían desarrollar consumos problemáticos. Por último, la prevención indicada es más personalizada y se centra en aquellas personas que presentan signos de consumo problemático o podrían necesitar tratamiento. Este tipo de prevención busca detener la escalada en el consumo al ayudar a las personas consumidoras de drogas a identificar y abordar sus factores de riesgo (Brotherhood y Sumnall, 2011).

A pesar de que el sexo y el género interactúan, influyendo en el consumo de TAC, los efectos que producen estas sustancias y las respuestas a las intervenciones, la mayoría de los programas de prevención aplicados hasta la fecha no fueron diseñados teniendo en cuenta la perspectiva de género, y al implementarlos tampoco suele considerarse (Amaro et al., 2001; Mutatayi et al., 2022; Pozo-Gordaliza et al., 2016). Para que los programas de prevención estén informados por la perspectiva de género deben basarse en evidencias científicas y tener en cuenta las necesidades específicas de los distintos géneros.

En general, los adolescentes de ambos géneros comparten factores de riesgo y protección para el consumo de TAC. La exposición a experiencias adversas durante la infancia (abusos físicos, sexuales o emocionales, acoso escolar, exposición a actos violentos dentro y fuera de la familia, etc.) se ha relacionado con el consumo de TAC en numerosos estudios (Hines et al., 2023;

Kilpatrick et al., 2000; Kristman-Valente et al., 2013; Shin et al., 2009). La violencia y los abusos sexuales se consideran uno de los principales factores de riesgo para las mujeres debido a su alta prevalencia de victimización (UNODC, 2016). La baja autoestima, entornos familiares o escolares difíciles o permisivos, así como tener pares antisociales o que rompen las normas sociales, son otros factores de riesgo para el consumo de TAC. Por otro lado, los factores relacionados con la unión familiar, la crianza de los hijos y las relaciones con pares prosociales son considerados factores protectores (Norman, 1997; Stone et al., 2012). No obstante, hay alguna evidencia que sugiere diferencias de género y que algunos factores de protección pueden tener un mayor efecto en las mujeres adolescentes y jóvenes (Dir et al., 2017; Sabet et al., 2015).

Los factores a nivel individual serían:

- a.** Ser asertiva (defender y expresar las opciones personales) y saber comunicarse sin agresividad (Blake et al., 2001; Schwinn et al., 2016).
- b.** Tener habilidades para resolver problemas y resiliencia (Fergus y Zimmerman, 2005; Norman, 1997; Schwinn et al., 2016; Turner et al., 1995).
- c.** Poseer habilidades para afrontar y manejar situaciones desafiantes y de estrés, así como resistir las presiones grupales y rechazar propuestas para consumir drogas (Blake et al., 2001; Kumpfer et al., 2008; Schwinn et al., 2016)
- d.** Mantener una autoimagen y una imagen corporal positivas (Elliot et al., 2008; Schinke et al., 2008; Schwinn et al., 2016).
- e.** Sostener una actitud positiva hacia las normas y las restricciones sobre el consumo de drogas (Bränström et al., 2008).
- f.** Estar comprometida con la escuela y mantener un buen expediente académico (Griffin et al., 2000; Hawkins et al., 1992); aunque estudios más recientes no han encontrado diferencias de género con relación a este factor (Kenney y Dennis, 2019; Zaharakis et al., 2018).

En cuanto a los factores a nivel familiar, estos son:

- a.** Mantener fuerte apego o relación con el padre y la madre (Kumpfer, 2014; Turner et al., 1995; UNODC, 2016).
- b.** Control parental del horario y las relaciones de las niñas (por ejemplo, horarios de salida y regreso a casa) (Bränström et al., 2008; Epstein et al., 2017; Rusby et al., 2018).
- c.** Que las madres conozcan el paradero, las actividades y las compañías de sus hijas; y tengan capacidad y disponibilidad para comunicarse con ellas (Epstein et al., 2017; Kumpfer, 2014; Rusby et al., 2018; Schinke et al., 2008). Con adolescentes latinos, la comunicación con el padre y la madre parece que puede beneficiar más a los varones (Lac et al., 2011)
- d.** Que existan normas familiares en contra del consumo de alcohol y otras drogas (Griffin et al., 2000; Longshore et al., 2007; Schinke et al., 2008).
- e.** Por su parte, los factores a nivel social que se han informado son:
 - f.** Tener amistades y relaciones afectivas con personas que no consumen drogas (Epstein et al., 2017; Matson et al., 2023; Schinke et al., 2008; Schwinn et al., 2016).
 - g.** Contar con compañeros y compañeras prosociales que respeten las normas y las recomendaciones de salud (Schinke et al., 2008)
 - h.** Ser popular entre pares, tener experiencias positivas en la escuela y practicar deportes (Butler et al., 2022; Norman, 1997; Turner et al., 1995).
 - i.** Mantener apego con adultos de confianza (profesorado, cuidadoras) a los que poder recurrir (Turner et al., 1995); aunque otros estudios no han visto diferencias de género en el efecto que tienen las relaciones de apoyo social (Wormington et al., 2013)

En resumen, la asertividad y las habilidades para enfrentar y resolver problemas desempeñan un papel crucial en el desarrollo de la autoestima, la autoeficacia y la identidad de las mujeres adolescentes, reduciendo así el riesgo de consumo de TAC. La madre y el padre desempeñan un papel fundamental al fomentar la responsabilidad y promover el rechazo del uso de TAC, lo cual contribuye a que las adolescentes adquieran confianza en sí mismas y desarrollen un sentido de valor como miembros de la familia. Además de la familia, el respaldo social en entornos educativos, por parte del profesorado y otras personas adultas cuidadoras, así como mantener relaciones con pares que rechazan el consumo de estas sustancias, pueden contribuir a la resiliencia en las adolescentes y que sigan un estilo de vida saludable.

Hace más de dos décadas Amaro et al. (2001) llevaron a cabo una revisión exhaustiva de las teorías fundamentales que respaldan los programas de prevención del uso de drogas. Concluyeron que tanto los modelos teóricos tradicionales (acción razonada, aprendizaje social, desarrollo social, clústeres de amigos, conducta problema, autorrechazo, autocontrol, control social, interaccional, socio-ecológico) como aquellos informados por el género y específicos del género (expresión diferencial del malestar psicológico, vulnerabilidad, yo en relación, socialización estructural, socialización de roles de género, socialización personalidad, género y poder) poseían un potencial significativo para el desarrollo de programas de prevención dirigidos a mujeres. Las recomendaciones que proporcionaron para seleccionar modelos teóricos sobre los cuales basar programas de prevención específicos de género continúan siendo plenamente relevantes (Amaro et al., 2001: 277-278):

- a.** Deben abordar el proceso de socialización de los roles de género, considerando cómo las normas culturales y sociales influyen en las expectativas de comportamiento basadas en el género. Además, se debe prestar atención a cómo niños y niñas aprenden y adoptan roles de género a lo largo de su desarrollo, asumiendo tareas específicas en cada etapa.
- b.** Deben establecer estrategias para fomentar simultáneamente la resiliencia, incluyendo el sentido de valía, poder, esperanza, virtud y com-

petencia, y facilitar los tres componentes de autodeterminación que promueven el desarrollo: relaciones, competencia y autonomía.

- c.** Deben abordar los resultados negativos asociados con la propensión de las chicas hacia la internalización, como la disminución de la autoestima, la depresión y los trastornos alimentarios. También es crucial considerar la mayor importancia que otorgan a las relaciones, siendo más susceptibles a influencias externas y definiendo su identidad en relación con los demás.
- d.** Puede ser de importancia seleccionar modelos que indiquen formas de fortalecer relaciones críticas para el desarrollo y equilibrar las desigualdades de poder. Esto incluye la estructura familiar (considerando la cohesión, el apoyo y la comunicación), el equilibrio estructural del poder en las relaciones íntimas (incluyendo la coerción, la dominancia y la equidad), y la vulnerabilidad de las mujeres, que implica un mayor riesgo de abuso psicológico, físico y sexual.

La prevención del consumo de sustancias debe tener en cuenta la diversidad de género, las vulnerabilidades específicas de cada género y el impacto de la socialización de género en estas vulnerabilidades desde la infancia y la adolescencia temprana. Para lograrlo, los programas deben establecer mecanismos que permitan examinar las normas de género y el consumo de drogas en un contexto cultural dado, así como las interacciones sociales entre los géneros. Es esencial explorar cómo estos aspectos psicosociales pueden influir en el consumo de sustancias con el objetivo de construir resiliencia. Las necesidades y vulnerabilidades de las personas transexuales y no binarias son aún menos conocidas que las de las mujeres, por lo que se necesitan más estudios.

4. Recomendaciones de buenas prácticas en prevención universal con perspectiva de género

La prevención universal debe orientarse a prevenir el uso de TAC promoviendo una visión igualitaria y corresponsable de las relaciones entre los géneros. Para ello puede ser útil incorporar las siguientes recomendaciones:

- a.** Analizar críticamente las creencias, valores y actitudes equivocadas que normalizan el consumo de TAC en la juventud. Repasar la prevalencia de uso de TAC por género. Discutir y cuestionar el papel del TAC en el establecimiento de relaciones y el desarrollo de la sociabilidad (Amaro et al., 2001).
- b.** Examinar y discutir los roles y las normas de género, y cómo influyen en el inicio y desarrollo de uso de TAC entre los jóvenes (Hunt y Antin, 2019). Abordar cómo las dinámicas de poder en las relaciones entre los géneros pueden contribuir al inicio o escalada en el uso de TAC. Desarrollar estrategias de resistencia a estas presiones considerando el género.
- c.** Prestar atención a los factores de protección y riesgo diferenciales entre chicos y chicas (Liquori O'Neil y Lucas, 2015; Mutatayi et al., 2022).
- d.** Desarrollar habilidades cognitivas y sociales diferenciadas por género que contribuyan a aumentar la resistencia al uso de TAC frente a las presiones del grupo de iguales (Amaro et al., 2001; UNODC, 2016).

- e. Analizar cómo las normas de género pueden dificultar que las mujeres o las personas de género diverso soliciten ayuda para tratar su consumo de TAC (Schamp et al., 2021; UNODC, 2018).
- f. Promover la solidaridad entre los géneros, fomentar la corresponsabilidad y la necesidad de relaciones seguras entre personas de distinto género (Mutatayi et al., 2022).
- g. Aplicar programas escolares con una perspectiva de género, permitiendo la posterior evaluación de su eficacia para los distintos géneros (Layland et al., 2022). La evidencia disponible muestra que las intervenciones universales realizadas en la escuela pueden ser efectivas para prevenir el consumo de TAC, a diferencia de las intervenciones a nivel familiar o individual (MacArthur et al., 2018).
- h. Crear espacios seguros para abordar estas cuestiones. Facilitar discusiones en pequeños grupos con un lenguaje informal. Permitir que los temas sensibles (sexualidad, imagen corporal, embarazo, abuso sexual, maltrato) sean abordados en grupos donde no estén presentes personas del otro género (incluido monitor/a) (Sumnall et al., 2006). Se deben combinar sesiones específicas de género y mixtas.
- i. Revisar y denunciar la publicidad, muchas veces encubierta, de sustancias legales como el tabaco y el alcohol que se dirige a jóvenes de diferentes géneros utilizando su preocupación por la apariencia, la popularidad y el éxito (Anderson et al., 2005; Savell et al., 2015).

5. Recomendaciones de buenas prácticas en prevención selectiva e indicada con perspectiva de género

A continuación, se indican algunas de las medidas que pueden implementarse en prevención con personas en riesgo.

- a. Analizar críticamente los modelos culturales de género, su relación con el uso de drogas y las conductas problema asociadas: conductas antisociales, violencia (incluyendo la de género), absentismo y fracaso escolar, etc. (O'Neil y Lucas, 2015; Mutatayi et al., 2022).
- b. Abordar cómo la cultura del alcohol y las drogas contribuye a normalizar relaciones abusivas y violentas entre los géneros. Trabajar los mitos y falsas creencias relacionadas con las diferencias de género, el consumo de sustancias (sobre todo alcohol y cannabis) y las relaciones de dominación entre los géneros (Freeman et al., 2015; Grubb y Turner, 2012; Hayes et al., 2016; Tinkler et al., 2018).
- c. Los programas de intervención para espectadores en situaciones de violencia sexual (*bystander intervention programs*) parecen ser efectivos para cambiar las actitudes y comportamientos y prevenir la violencia sexual. Se implementaron inicialmente en campus universitarios estadounidenses y posteriormente se extendieron a lugares de entretenimiento nocturno donde se consume alcohol y drogas (Mujal et al., 2021; Powers y Leili, 2018).
- d. Identificar en la historia personal traumas que pueden estar relacionados con un uso problemático de drogas: maltrato y abuso infantil,

violencia familiar o de pareja (Anderberg y Dahlberg, 2018; Choenni et al., 2015; Hines et al., 2023).

- e. Utilizar la entrevista motivacional y la tutoría (intervenciones personales en las que se brinda apoyo, orientación y asistencia sobre el consumo de drogas) con una perspectiva de género. Existen evidencias de que ambas intervenciones pueden ser eficaces en la reducción del consumo en las primeras etapas (Foxcroft et al., 2016; Lindson et al., 2019; McCambridge et al., 2008; Thomas et al., 2011).
- f. Desarrollar e incorporar nuevas formas de tratamiento e intervenciones dirigidas a la reducción de daños, que incluyan apoyo educativo, psicosocial y sanitario: talleres socioeducativos con componentes estéticos, sofrología, y otros modelos alternativos psicoterapéuticos (Mutatayi et al., 2022)
- g. Implementar talleres orientados al abordaje de los traumas causados o relacionados con el consumo, la reducción del estigma, el empoderamiento y el desarrollo de habilidades (Mutatayi et al., 2022).
- h. Recomendar el abandono del consumo en mujeres gestantes (WHO, 2014).
- i. Facilitar el acceso al sistema asistencial a las mujeres y las personas transgénero creando ambientes seguros para estos colectivos, con profesionales que hayan recibido formación con perspectiva de género sobre los tratamientos (Shirley-Beavan et al., 2020; UNODC, 2016; Valentine y Maund, 2017).

6. Desde la reflexión y la experiencia

El objetivo final de integrar la perspectiva de género en la prevención de drogodependencias es lograr la igualdad de oportunidades entre hombres, mujeres y personas de género diverso. Al llevar a cabo programas de prevención, tratamiento o reducción de daños, es crucial abordar de manera transversal el género, prestando atención a los factores de riesgo específicos de cada género.

En consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, los programas de prevención de drogodependencias deben contribuir a “alcanzar la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y niñas”. Para lograrlo, se deben adoptar las siguientes recomendaciones:

- a.** Incorporar el marco jurídico de igualdad de género y no discriminación por razón de sexo.
- b.** Desagregar por sexo y/o género la información epidemiológica sobre el consumo de sustancias y sus consecuencias, así como los resultados de los programas de prevención.
- c.** Combatir cualquier discriminación hacia las mujeres y las minorías de género, y contribuir al empoderamiento de estos colectivos.

Al planificar programas de prevención universal, selectiva o indicada, es necesario tener en cuenta la perspectiva de género en cada fase. Esto implica la participación de todos los géneros, diferenciando objetivos y medidas de actuación según las características de cada uno.

Conocer datos epidemiológicos actualizados desglosados por género, así como las creencias, valores y normas de la población objetivo, facilitará un análisis más ajustado de las necesidades de los diferentes géneros y ayudará a establecer medidas para reducir las desigualdades.

El análisis de activos y recursos también debe realizarse con perspectiva de género. Al planificar, implementar y evaluar programas, es esencial contar con la participación de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones de diversos colectivos, fomentando la participación comunitaria y la intersectorialidad con perspectiva de género.

Los programas deben basarse en modelos teóricos respaldados por evidencia científica, capaces de explicar cómo y por qué las intervenciones conducirán a resultados específicos en cada población diana. Para ello, es esencial revisar estudios con perspectiva de género para identificar las necesidades de hombres, mujeres y personas de género no binario en relación con las drogodependencias.

Las medidas adoptadas en los programas deben orientarse a reducir las desigualdades de género y utilizar un lenguaje inclusivo y no sexista. Asimismo, se debe cuidar que los materiales empleados en las intervenciones sean adecuados para cada género, evitando la reproducción de estereotipos de género tradicionales.

Bibliografía

- Agrawal, A., Budney, A. J., y Lynskey, M. T. (2012). The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: A review. *Addiction*, 107, 1221–1233. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03837.x>
- Alvanzo, A. A. H., Storr, C. L., La Flair, L., Green, K. M., Wagner, F. A., y Crum, R. M. (2011). Race/ethnicity and sex differences in progression from drinking initiation to the development of alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2–3), 375–382. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.04.024>
- Amaro, H., Blake, S. M., Schwartz, P. M., y Flinchbaugh, L. J. (2001). Developing theory-based substance abuse prevention programs for young adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 21(3), 256–293. <https://doi.org/10.1177/0272431601021003002>
- Ambrose, C. A., Cowan, B. W., y Rosenman, R. E. (2021). Geographical access to recreational marijuana. *Contemporary Economic Policy*, 39(4), 778–807. <https://doi.org/10.1111/coep.12518>
- Amos, A., Greaves, L., Nichter, M., y Bloch, M. (2012). Women and tobacco: A call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tobacco Control*, 21(2), 236–243. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050280>
- Anderberg, M., y Dahlberg, M. (2018). Gender differences among adolescents with substance abuse problems at Maria clinics in Sweden. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(1), 24–38. <https://doi.org/10.1177/1455072517751263>
- Anderson, S. J., Glantz, S. A., y Ling, P. M. (2005). Emotions for sale: Cigarette advertising and women's psychosocial needs. *Tobacco Control*, 14(2), 127–135. <https://doi.org/10.1136/tc.2004.009076>
- Aryal, S., Diaz-Guzman, E., y Mannino, D. M. (2014). Influence of sex on chronic obstructive pulmonary disease risk and treatment outcomes. *International Journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 9, 1145–1154. <https://doi.org/10.2147/COPD.S54476>

- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., y Connolly, J. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: Short-term outcome. *Addiction*, 105(1), 87–99. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02757.x>
- Becker, J. B., McClellan, M. L., y Reed, B. G. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of Neuroscience Research*, 95(1–2), 136–147. <https://doi.org/10.1002/jnr.23963>
- Benowitz, N. L. (2008). Clinical pharmacology of nicotine: Implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 83(4), 531–541. <https://doi.org/10.1038/clpt.2008.3>
- Blake, S. M., Amaro, H., Schwartz, P. M., y Flinchbaugh, L. J. (2001). A review of substance abuse prevention interventions for young adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 21(3), 294–324. <https://doi.org/10.1177/0272431601021003003>
- Brady, J., Iwamoto, D. K., Grivel, M., Kaya, A., y Clinton, L. (2016). A systematic review of the salient role of feminine norms on substance use among women. *Addictive Behaviors*, 62, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.add-beh.2016.06.005>
- Brady, K. T., y Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Addictive Disorders*, 22(2), 241–252. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70074-5](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70074-5)
- Bränström, R., Sjöström, E., y Andréasson, S. (2008). Individual, group and community risk and protective factors for alcohol and drug use among Swedish adolescents. *European Journal of Public Health*, 18(1), 12–18. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm038>
- Bratberg, G. H., Wilsnack, S. C., Wilsnack, R., Håvås Haugland, S., Krokstad, S., Sund, E. R., y Bjørngaard, J. H. (2016). Gender differences and gender convergence in alcohol use over the past three decades (1984–2008), the HUNT Study, Norway. *BMC Public Health*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3384-3>
- Britch, S. C., Wiley, J. L., Yu, Z., Clowers, B. H., y Craft, R. M. (2017). Cannabidiol- Δ^9 -tetrahydrocannabinol interactions on acute pain and loco-

- motor activity. *Drug and Alcohol Dependence*, 175, 187–197. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.046>
- Brotherhood, A., y Sumnall, H. R. (2011). *European drug prevention quality standards*. EMCDDA. Luxembourg: The Publication Office of the European Union.
- Butler, A., Romano, I., y Leatherdale, S. T. (2022). A scoping review of school-level risk and protective factors of youth cannabis use: An application of the socio-ecological model. *Preventive Medicine*, 164, 107235. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107235>
- Callaghan, R. C., Sanches, M., y Kish, S. J. (2020). Quantity and frequency of cannabis use in relation to cannabis-use disorder and cannabis-related problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 217, 108271. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108271>
- Carliner, H., Mauro, P. M., Brown, Q. L., Shmulewitz, D., Rahim-Juwel, R., Sarvet, A. L., Wall, M. M., Martins, S. S., Carliner, G., y Hasin, D. S. (2017). The widening gender gap in marijuana use prevalence in the U.S. during a period of economic change, 2002–2014. *Drug and Alcohol Dependence*, 170, 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.10.042>
- Chapa Montemayor, A. S., y Connolly, D. J. (2023). Alcohol reduction interventions for transgender and non-binary people: A PRISMA-ScR-adherent scoping review. *Addictive Behaviors*, 145, 107779. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107779>
- Chapman, C., Slade, T., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., y Teesson, M. (2017). Evidence for sex convergence in prevalence of cannabis use: A systematic review and meta-regression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(3), 344–352. <https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.344>
- Chen, P., y Jacobson, K. C. (2012). Developmental trajectories of substance use from early adolescence to young adulthood: Gender and racial/ethnic differences. *Journal of Adolescent Health*, 50(2), 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.05.013>
- Choenni, V., Hammink, A., y van de Mheen, D. (2017). Association between substance use and the perpetration of family violence in industrialized countries: A systematic review. *Trauma, Violence and Abuse*, 18(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/1524838015589253>

- Colell, E., Sánchez-Niubò, A., y Domingo-Salvany, A. (2013). Sex differences in the cumulative incidence of substance use by birth cohort. *International Journal of Drug Policy*, 24(4), 319–325. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.09.006>
- Connolly, D., y Gilchrist, G. (2020). Prevalence and correlates of substance use among transgender adults: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 111, 106544. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106544>
- Cooper, Z. D., y Haney, M. (2014). Investigation of sex-dependent effects of cannabis in daily cannabis smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 136(1), 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.12.013>
- Cooper, Z. D., y Haney, M. (2016). Sex-dependent effects of cannabis-induced analgesia. *Drug and Alcohol Dependence*, 167, 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.001>
- Cotaina, M., Peraire, M., Boscá, M., Echeverria, I., Benito, A., y Haro, G. (2022). Substance Use in the Transgender Population: A meta-analysis. *Brain Sciences*, 12(3), 1–21. <https://doi.org/10.3390/brainsci12030366>
- Cuttler, C., Mischley, L. K., y Sexton, M. (2016). Sex differences in cannabis use and effects: A cross-sectional survey of cannabis users. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 1(1), 166–175. <https://doi.org/10.1089/can.2016.0010>
- Dahl, S. L., y Sandberg, S. (2014). Female cannabis users and new masculinities: The gendering of cannabis use. *Sociology*, 49(4), 696–711. <https://doi.org/10.1177/0038038514547896>
- Daniulaityte, R., Lamy, F. R., Barratt, M., Nahhas, R. W., Martins, S. S., Boyer, E. W., Sheth, A., y Carlson, R. G. (2017). Characterizing marijuana concentrate users: A web-based survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 399–407. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.034>
- Day, J. K., Fish, J. N., Perez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., y Russell, S. T. (2017). Transgender youth substance use disparities: Results from a population-based sample. *Journal of Adolescent Health*, 61(6), 729–735. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.024>
- Dir, A. L., Bell, R. L., Adams, Z. W., y Hulvershorn, L. A. (2017). Gender differences in risk factors for adolescent binge drinking and implications for intervention and prevention. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 289. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00289>

- Donat, M., Barrio, G., Pulido, J., Pérez, C., Belza, M. J., y Regidor, E. (2021). The limits of measuring binge drinking prevalence for epidemiological surveillance: An example from Spain. *Drug and Alcohol Dependence*, 228, 109022. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109022>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., y Coleman, E. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521–526. [10.1016/j.jadohealth.2017.04.014](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014)
- Elliot, D. L., Goldberg, L., Moe, E. L., DeFrancesco, C. A., Durham, M. B., McGinnis, W., y Lockwood, C. (2008). Long-term outcomes of the ATHENA (athletes targeting healthy exercise y nutrition alternatives) program for female high school athletes. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 52(2), 73–92.
- Ellis, B. J., Del Giudice, M., Dishion, T. J., Figueredo, A. J., Gray, P., Griskevicius, V., Hawley, P. H., Jacobs, W. J., James, J., Volk, A. A., y Wilson, D. S. (2012). The evolutionary basis of risky adolescent behavior: implications for science, policy, and practice. *Developmental Psychology*, 48(3), 598–623. <https://doi.org/10.1037/a0026220>
- Epstein, M., Hill, K. G., Roe, S. S., Bailey, J. A., Iacono, W. G., McGue, M., Kristman-Valente, A., Catalano, R. F., y Haggerty, K. P. (2017). Time-varying effects of families and peers on adolescent marijuana use: Person-environment interactions across development. *Development and Psychopathology*, 29(3), 887–900. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000559>
- Erol, A., y Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>
- Fattore, L., Melis, M., Fadda, P., y Fratta, W. (2014). Sex differences in addictive disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35(3), 272–284. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.04.003>
- Fergus, S., y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>

- Fogel, J. S., Kelly, T. H., Westgate, P. M., y Lile, J. A. (2017). Sex differences in the subjective effects of oral Δ^9 -THC in cannabis users. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 152, 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2016.01.007>
- Fonseca, F., Robles-Martínez, M., Tirado-Muñoz, J., Alías-Ferri, M., Mestre-Pintó, J. I., Coratu, A. M., y Torrens, M. (2021). A gender perspective of addictive disorders. *Current Addiction Reports*, 8(1), 89–99. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00357-9>
- Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., Almeida Santimano, N. M. L., y Moreira, M. T. (2016). Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD007025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007025.pub4>
- Freeman, R., Wegner, R., Abbey, A., Pierce, J., Pegram, S. E., y Woerner, J. (2015). Sexual assault perpetrators' justifications for their actions: Relationships to rape supportive attitudes, incident characteristics, and future perpetration. *Violence Against Women*, 21(8), 1018–1037. <https://doi.org/10.1177/1077801215589380>
- Friese, B., Slater, M. D., Annechino, R., y Battle, R. S. (2016). Teen use of marijuana edibles: A focus group study of an emerging issue. *Journal of Primary Prevention*, 37(3), 303–309. <https://doi.org/10.1007/s10935-016-0432-9>
- Friese, B., Slater, M. D., y Battle, R. S. (2017). Use of marijuana edibles by adolescents in California. *Journal of Primary Prevention*, 38(3), 279–294. <https://doi.org/10.1007/s10935-017-0474-7>
- Fuxman, S., Valenti, M., Kessel Schneider, S., O'Brien, K. H. M. M., y O'Donnell, L. (2021). Substance use among transgender and cisgender high school students. *Journal of LGBT Youth*, 18(1), 40–59. <https://doi.org/10.1080/19361653.2020.1727814>
- Gonzalez, C. A., Gallego, J. D., y Bockting, W. O. (2017). Demographic characteristics, components of sexuality and gender, and minority stress and their associations to excessive alcohol, cannabis, and illicit (noncannabis) drug use among a large sample of transgender people in the United States. *Journal of Primary Prevention*, 38(4), 419–445. <https://doi.org/10.1007/s10935-017-0469-4>

- Greaves, L. (2015). The meanings of smoking to women and their implications for cessation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(2), 1449–1465. <https://doi.org/10.3390/ijerph120201449>
- Greaves, L., Brabete, A. C., Hemsing, N., Stinson, J., y Wolfson, L. (2020). *Integrating sex and gender informed evidence into your practices: Ten key questions on sex, gender y substance use*. Vancouver, British Columbia, Canada: Centre of Excellence for Women's Health.
- Greaves, L., y Hemsing, N. (2020). Sex and gender interactions on the use and impact of recreational cannabis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020509>
- Greaves, L., y Ritz, S. A. (2022). Sex, gender and health: Mapping the landscape of research and policy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2563. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052563>
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., y Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339–355. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.004>
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D., y Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1–21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>
- Griffin, K. W., Scheier, L. M., Botvin, G. J., y Diaz, T. (2000). Ethnic and gender differences in psychosocial risk, protection, and adolescent alcohol use. *Prevention Science*, 1(4), 199–212. <https://doi.org/10.1023/a:1026599112279>
- Grubb, A., y Turner, E. (2012). Attribution of blame in rape cases: A review of the impact of rape myth acceptance, gender role conformity and substance use on victim blaming. *Aggression and Violent Behavior*, 17(5), 443–452. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.06.002>
- Gutkind, S., Shmulewitz, D., y Hasin, D. (2023). Sex differences in Cannabis use disorder and associated psychosocial problems among US adults, 2012–2013. *Preventive Medicine*, 168, 107422. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107422>
- Hagen, E. H., Garfield, M. J., y Sullivan, R. J. (2016). The low prevalence of female smoking in the developing world: gender inequality or maternal

- adaptations for fetal protection?. *Evolution, Medicine, and Public Health*, 2016(1), 195–211. <https://doi.org/10.1093/emph/eow013>
- Haines, R. J., Johnson, J. L., Carter, C. I., y Arora, K. (2009). “I couldn’t say, I’m not a girl” – Adolescents talk about gender and marijuana use. *Social Science and Medicine*, 68(11), 2029–2036. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2009.03.003>
- Han, M. L. K., Postma, D., Mannino, D. M., Giardino, N. D., Buist, S., Curtis, J. L., y Martinez, F. J. (2007). Gender and chronic obstructive pulmonary disease: Why it matters. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 176(12), 1179–1184. <https://doi.org/10.1164/rccm.200704-553CC>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64–105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>
- Hayes, R. M., Abbott, R. L., y Cook, S. (2016). It’s her fault: Student acceptance of rape Myths on two college campuses. *Violence Against Women*, 22(13), 1540–1555. <https://doi.org/10.1177/1077801216630147>
- Heise, L., Greene, M. E., Oppen, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., Zewdie, D., y Gender Equality, Norms, and Health Steering Committee. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*, 393, 2440–54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)
- Herbeck, D. M., Jeter, K. E., Cousins, S. J., Abdelmaksoud, R., y Crèvecoeur-MacPhail, D. (2016). Gender differences in treatment and clinical characteristics among patients receiving extended release naltrexone. *Journal of Addictive Diseases*, 35(4), 305–314. <https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1189659>
- Hernandez-Avila, C. A., Rounsaville, B. J., y Kranzler, H. R. (2004). Opioid-, cannabis- and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.02.001>
- Herrmann, E. S., Weerts, E., y Vandrey, R. (2015). Sex differences in cannabis withdrawal symptoms among treatment-seeking cannabis users. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 23(6), 415–421. <https://doi.org/10.1037/pha0000053>

- Hines, L. A., Jones, H. J., Hickman, M., Lynskey, M., Howe, L. D., Zammit, S., y Heron, J. (2023). Adverse childhood experiences and adolescent cannabis use trajectories: findings from a longitudinal UK birth cohort. *The Lancet. Public Health*, 8(6), e442–e452. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00095-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00095-6)
- Hitchman, S. C., y Fong, G. T. (2011). Gender empowerment and female-to-male smoking prevalence ratios. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(3), 195–202. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.079905>
- Holman, C. D. A. J., English, D. R., Milne, E., y Winter, M. G. (1996). Meta-analysis of alcohol and all-cause mortality: A validation of NHMRC recommendations. *Medical Journal of Australia*, 164(3), 141–145. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1996.tb122011.x>
- Holmes, J., Fairbrother, H., Livingston, M., Meier, P. S., Oldham, M., Pennay, A., y Whitaker, V. (2022). Youth drinking in decline: What are the implications for public health, public policy and public debate?. *International Journal of Drug Policy*, 102, 103606. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103606>
- Hughes, T. L., Wilsnack, S. C., y Kantor, L. W. (2016). The influence of gender and sexual orientation on alcohol use and alcohol-related problems: Toward a global perspective. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 121–132.
- Hunt, G., y Antin, T. (2019). Gender and intoxication: from masculinity to intersectionality. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(1), 70–78. <https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1349733>
- Johnson, J. L., Greaves, L., y Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health*, 8, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-14>
- Johnson, P. B., Richter, L., Kleber, H. D., McLellan, A. T., y Carise, D. (2005). Telescoping of drinking-related behaviors: Gender, racial/ethnic, and age comparisons. *Substance Use and Misuse*, 40(8), 1139–1151. <https://doi.org/10.1081/JA-200042281>
- Johnson, R. M., Fairman, B., Gilreath, T., Xuan, Z., Rothman, E. F., Parnham, T., y Furr-Holden, C. D. M. (2015). Past 15-year trends in adolescent marijuana use: Differences by race/ethnicity and sex. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.025>

- Kenney, A., y Dennis, C. B. (2019). Environmental paths that inform adolescent substance use prevention. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(7), 897–908. <https://doi.org/10.1080/10911359.2019.1633982>
- Kerridge, B. T., Pickering, R., Chou, P., Saha, T. D., y Hasin, D. S. (2018). DSM-5 cannabis use disorder in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III: Gender-specific profiles. *Addictive Behaviors*, 76, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.07.012>
- Keyes, K. M., Martins, S. S., Blanco, C., y Hasin, D. S. (2010). Telescoping and gender differences in alcohol dependence: New evidence from two national surveys. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 969–976. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081161>
- Khan, S. S., Secades-Villa, R., Okuda, M., Wang, S., Pérez-Fuentes, G., Kerridge, B. T., y Blanco, C. (2013). Gender differences in cannabis use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1–3), 101–108. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.015>
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., y Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19–30. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.1.19>
- King, A. C., y Epstein, A. M. (2005). Alcohol dose-dependent increases in smoking urge in light smokers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(4), 547–552. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000158839.65251.fe>
- Komiyama, M., Yamakage, H., Satoh-Asahara, N., Ozaki, Y., Morimoto, T., Shimatsu, A., Takahashi, Y., y Hasegawa, K. (2018). Sex differences in nicotine dependency and depressive tendency among smokers. *Psychiatry Research*, 267, 154–159. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.010>
- Kristman-Valente, A. N., Brown, E. C., y Herrenkohl, T. I. (2013). Child physical and sexual abuse and cigarette smoking in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 53(4), 533–538. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.06.003>
- Kumpfer, K. L. (2014). Family-based interventions for the prevention of substance abuse and other impulse control disorders in girls. *ISRN Addiction*, 308789. <https://doi.org/10.1155/2014/308789>

- Kumpfer, K. L., Smith, P., y Summerhays, J. F. (2008). A wakeup call to the prevention field: Are prevention programs for substance use effective for girls?. *Substance Use and Misuse*, 43(8–9), 978–1001. <https://doi.org/10.1080/10826080801914261>
- Kuntsche, S., Gmel, G., Knibbe, R. A., Kuendig, H., Bloomfield, K., Kramer, S., y Grittner, U. (2006). Gender and cultural differences in the association between family roles, social stratification, and alcohol use: A European cross-cultural analysis. *Alcohol and Alcoholism*, 41(1), i37–i46. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl074>
- Lac, A., Unger, J. B., Basáñez, T., Ritt-Olson, A., Soto, D. W., y Baezconde-Garbanati, L. (2011). Marijuana use among Latino adolescents: Gender differences in protective familial factors. *Substance Use and Misuse*, 46(5), 644–655. <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.528121>
- Layland, E. K., Caldwell, L. L., Ram, N., Smith, E. A., Wegner, L., y Jacobs, J. J. (2022). Adolescent substance use behavior change through school intervention is improved by teacher and school implementation support together, especially for girls. *Prevention Science*, 23(7), 1251–1263. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01394-0>
- Lee, D. C., Crosier, B. S., Borodovsky, J. T., Sargent, J. D., y Budney, A. J. (2016). Online survey characterizing vaporizer use among cannabis users. *Drug and Alcohol Dependence*, 159, 227–233. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.020>
- Lewis, B., y Nixon, S. J. (2014). Characterizing gender differences in treatment seekers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(1), 275–284. <https://doi.org/10.1111/acer.12228>
- Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., y Aveyard, P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD006936. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub4>
- Liquori O’Neil, A., y Lucas, J. (2015). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication n. 104. <https://unicri.it/promoting-gender-responsive-approach-addiction>
- Lisdahl, K. M., y Price, J. S. (2012). Increased marijuana use and gender predict poorer cognitive functioning in adolescents and emerging adults. *Journal*

- of the *International Neuropsychological Society*, 18(4), 678–688. <https://doi.org/10.1017/S1355617712000276>
- Lisdahl, K. M., Wright, N. E., Medina-Kirchner, C., Maple, K. E., y Shollenbarger, S. (2014). Considering cannabis: The effects of regular cannabis use on neurocognition in adolescents and young adults. *Current Addiction Reports*, 1(2), 144–156. <https://doi.org/10.1007/s40429-014-0019-6>
- Longshore, D., Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F., y St Clair, P. A. (2007). School-based drug prevention among at-risk adolescents: Effects of ALERT plus. *Health Education and Behavior*, 34(4), 651–668. <https://doi.org/10.1177/1090198106294895>
- Lorenzetti, V., Hoch, E., y Hall, W. (2020). Adolescent cannabis use, cognition, brain health and educational outcomes: A review of the evidence. *European Neuropsychopharmacology*, 36, 169–180. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.03.012>
- Lorenzetti, V., McTavish, E., y Matias, J. (2023). Do sex differences and risk perception affect cannabis exposure? Results from a sample of current cannabis users from the European Web Survey on Drugs. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01124-9>
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., Chittleborough, C., Langford, R., Er, V., Lingam, R., Pasch, K., Gunnell, D., Hickman, M., y Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD009927. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2>
- Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K., y Room, R. (2006). Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 41(1), 8–18. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl071>
- Matheson, J., y Le Foll, B. (2023). Impacts of recreational cannabis legalization on use and harms: A narrative review of sex/gender differences. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1127660>
- Matson, P. A., Stankov, I., Krutkova, M., Flessa, S., Fichtenberg, C. M., y Ellen, J. M. (2023). Investigating the relative influence of romantic sex partners and close friends on adolescent alcohol and marijuana use. *Prevention Science*, 24(4), 676–687. <https://doi.org/10.1007/s11121-023-01536-y>

- Maynard, M. E., Barton, E. A., Robinson, C. R., Wooden, J. I., y Leasure, J. L. (2018). Sex differences in hippocampal damage, cognitive impairment, and trophic factor expression in an animal model of an alcohol use disorder. *Brain Structure and Function*, 223(1), 195–210. <https://doi.org/10.1007/s00429-017-1482-3>
- McCambridge, J., Slym, R. L., y Strang, J. (2008). Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction*, 103(11), 1809–1818. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02331.x>
- Mchugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., y Green, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical psychology review*, 66, 12–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- McKetta, S., Prins, S. J., Hasin, D., Patrick, M. E., y Keyes, K. M. (2022). Structural sexism and Women's alcohol use in the United States, 1988–2016. *Social Science and Medicine*, 301, 114976. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2022.114976>
- McRae-Clark, A. L., Baker, N. L., Gray, K. M., Killeen, T. K., Wagner, A. M., Brady, K. T., ... Norton, J. (2015). Bupropion treatment of cannabis dependence: A randomized, placebo-controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 156, 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.013>
- Medina, K. L., McQueeney, T., Nagel, B. J., Hanson, K. L., Schweinsburg, A. D., y Tapert, S. F. (2008). Prefrontal cortex volumes in adolescents with alcohol use disorders: Unique gender effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(3), 386–394. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00602.x>
- Mendrek, A., Dinh-Williams, L., Bourque, J., y Potvin, S. (2014). Sex differences and menstrual cycle phase-dependent modulation of craving for cigarette: An fMRI pilot study. *Psychiatry Journal*, 2014, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2014/723632>
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2017). Intersex care development: Current priorities. *LGBT Health*, 4(2), 77–80. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0021>
- Mucha, L., Stephenson, J., Morandi, N., y Dirani, R. (2006). Meta-analysis of disease risk associated with smoking, by gender and intensity of smoking. *Gender Medicine*, 3(4), 279–291. [https://doi.org/10.1016/s1550-8579\(06\)80216-0](https://doi.org/10.1016/s1550-8579(06)80216-0)

- Mujal, G. N., Taylor, M. E., Fry, J. L., Gochez-Kerr, T. H., y Weaver, N. L. (2021). A systematic review of bystander interventions for the prevention of sexual violence. *Trauma, Violence, and Abuse*, 22(2), 381–396. <https://doi.org/10.1177/1524838019849587>
- Mutatayi, C., Morton, S., Robles Soto, N., Pálsdóttir, K. I., y Pires, V. (2022). *Implementing a gender approach in drug policies: Prevention, treatment and criminal justice*. Paris: Council of Europe, Pompidou Group.
- Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W., y Mustanski, B. (2020). High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49(2), 645–659. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01533-9>
- Niklason, G. R., Rawls, E., Ma, S., Kummerfeld, E., Maxwell, A. M., Brucar, L. R., Drossel, G., y Zilverstand, A. (2022). Explainable machine learning analysis reveals sex and gender differences in the phenotypic and neurobiological markers of Cannabis Use Disorder. *Scientific Reports*, 12(1), 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-19804-2>
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 981–1010. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.003>
- Nolen-Hoeksema, S., y Hilt, L. (2006). Possible contributors to the gender differences in alcohol use and problems. *Journal of General Psychology*, 133(4), 357–374. <https://doi.org/10.3200/GENP.133.4.357-374>
- Norman, E. (Ed.). (1997). *Drug-free youth. A compendium for prevention specialists*. New York: Routledge.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023a). *Estudes 2023. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, 1994-2023*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023b). *Informe 2023: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Estadísticas 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Género y salud. Recuperado el 20 de noviembre de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Patrón-Hernández, R. M., Nieto Robles, Y., y Limiñana-Gras, R. M. (2020). Relación entre las normas de género y el consumo de alcohol: una revisión sistemática. *Adicciones*, 32(2), 145–158. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1195>
- Peralta, R. L., Tuttle, L. A., y Steele, J. L. (2010). At the intersection of interpersonal violence, masculinity, and alcohol use: The experiences of heterosexual male perpetrators of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 16(4), 387–409. <https://doi.org/10.1177/1077801210363539>
- Powers, R. A., y Leili, J. (2018). Bar training for active bystanders: Evaluation of a community-based bystander intervention program. *Violence Against Women*, 24(13), 1614–1634. <https://doi.org/10.1177/1077801217741219>
- Rahav, G., Wilsnack, R., Bloomfield, K., Gmel, G., y Kuntsche, S. (2006). The influence of societal level factors on men's and women's alcohol consumption and alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 41(1), i47–i55. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl075>
- Randall, C. L., Roberts, J. S., Del Boca, F. K., Carroll, K. M., Connors, G. J., y Mattson, M. E. (1999). Telescoping of landmark events associated with drinking: A gender comparison. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(2), 252–260. <https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.252>
- Rehm, J., Taylor, B., Mohapatra, S., Irving, H., Baliunas, D., Patra, J., y Roerecke, M. (2010). Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*, 29(4), 437–445. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00153.x>
- Reisner, S. L., Greytak, E. A., Parsons, J. T., y Ybarra, M. L. (2015). Gender minority social stress in adolescence: Disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research*, 52(3), 243–256. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.886321>
- Ren, Y., Castro Campos, B., y Loy, J. P. (2020). Drink and smoke; drink or smoke? The interdependence between alcohol and cigarette consumption for men in China. *Empirical Economics*, 58(3), 921–955. <https://doi.org/10.1007/s00181-018-1557-x>

- Risso, C., Boniface, S., Subbaraman, M. S., y Englund, A. (2020). Does cannabis complement or substitute alcohol consumption? A systematic review of human and animal studies. *Journal of Psychopharmacology*, 34(9), 938–954. <https://doi.org/10.1177/0269881120919970>
- Roerecke, M., y Rehm, J. (2013). Alcohol use disorders and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 108(9), 1562–1578. <https://doi.org/10.1111/add.12231>
- Romo-Avilés, N. (2018). Drugs and gender. In T. Mota Ronzani (Ed.), *Drugs and social context*. (pp. 63–76). Springer.
- Romo-Avilés, N., Marcos-Marcos, J., Gil-García, E., Marquina-Márquez, A., y Tarragona-Camacho, A. (2015). Bebiendo como chicos: consumo compartido de alcohol y rupturas de género en poblaciones adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(1), 13–28.
- Romo-Avilés, N., Marcos-Marcos, J., Tarragona-Camacho, A., Gil-García, E., y Marquina-Márquez, A. (2018). “I like to be different from how I normally am”: Heavy alcohol consumption among female Spanish adolescents and the unsettling of traditional gender norms. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(3), 262–272. <https://doi.org/10.1080/09687637.2016.1259390>
- Rusby, J. C., Light, J. M., Crowley, R., y Westling, E. (2018). Influence of parent-youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of Family Psychology*, 32(3), 310–320. <https://doi.org/10.1037/fam0000350>
- Sabet, K. A., Cohen, M., y Ferri, M. (2015). What is the role of gender in prevention? In A. Liquori O’Neil y J. Lucas (Eds.), *Promoting a gender responsive approach to addiction* (pp. 73–86). Turin: UNICRI Publication n. 104.
- Savell, E., Gilmore, A. B., y Fooks, G. (2015). How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*, 111(1), 18–32. <https://doi.org/10.1111/add.13048>
- Schamp, J., Simonis, S., Roets, G., Van Havere, T., Gremeaux, L., y Vanderplasschen, W. (2021). Women’s views on barriers and facilitators for seeking alcohol and drug treatment in Belgium. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 175–189. <https://doi.org/10.1177/1455072520964612>

- Scheim, A. I., Bauer, G. R., y Shokoohi, M. (2016). Heavy episodic drinking among transgender persons: Disparities and predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, 167, 156–162. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.011>
- Schinke, S. P., Fang, L., y Cole, K. C. A. (2008). Substance use among early adolescent girls: Risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 191–194. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.12.014>
- Schulte, M. T., Ramo, D., y Brown, S. A. (2009). Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 535–547. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.003>
- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Hopkins, J., y Thom, B. (2016). Risk and protective factors associated with adolescent girls' substance use: Data from a nationwide Facebook sample. *Substance Abuse*, 37(4), 564–570. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1154495>
- Sherman, B. J., Baker, N. L., y McRae-Clark, A. L. (2016). Gender differences in cannabis use disorder treatment: Change readiness and taking steps predict worse cannabis outcomes for women. *Addictive Behaviors*, 60, 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.04.014>
- Shin, S. H., Edwards, E. M., y Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive Behaviors*, 34(3), 277–280. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.023>
- Shirley-Beavan, S., Roig, A., Burke-Shyne, N., Daniels, C., y Csak, R. (2020). Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00429-5>
- Smith, P. H., Kasza, K. A., Hyland, A., Fong, G. T., Borland, R., Brady, K., Carpenter, M. J., Hartwell, K., Cummings, K. M., y McKee, S. A. (2014). Gender differences in medication use and cigarette smoking cessation: Results from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine and Tobacco Research*, 17(4), 463–472. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu212>
- Smith, P. H., Weinberger, A. H., Zhang, J., Emme, E., Mazure, C. M., y McKee, S. A. (2017). Sex differences in smoking cessation pharmacotherapy comparative efficacy: A network meta-analysis. *Nicotine and Tobacco Research*, 19(3), 273–281. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw144>

- Squeglia, L. M., Schweinsburg, A. D., Pulido, C., y Tapert, S. F. (2011). Adolescent binge drinking linked to abnormal spatial working memory brain activation: Differential gender effects. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(10), 1831–1841. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01527.x>
- Sterzer, F. R., Caird, J. K., Simmons, S., y Bourdage, J. S. (2022). A scoping review of predictors of driving under the influence of cannabis (DUIC) in young drivers. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 88(9), 168–183. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2022.05.014>
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., y Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747–775. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.014>
- Subbaraman, Meenakshi S., y Kerr, W. C. (2015). Simultaneous versus concurrent use of alcohol and cannabis in the national alcohol survey. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(5), 872–879. <https://doi.org/10.1111/acer.12698>
- Subbaraman, Meenakshi Sabina. (2016). Substitution and complementarity of alcohol and cannabis: A review of the literature. *Substance Use y Misuse*, 51(11), 1399–1414. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1170145>
- Sumnall, H., McGrath, Y., McVeigh, J., Burrell, K., Wilkinson, L., y Bellis, M. (2006). *Drug use prevention among young people evidence into practice briefing*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Thomas, R., Lorenzetti, D., y Spragins, W. (2011). Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD007381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007381.pub2>
- Tinkler, J. E., Becker, S., y Clayton, K. A. (2018). “Kind of natural, kind of wrong”: Young people’s beliefs about the morality, legality, and normalcy of sexual aggression in public drinking settings. *Law and Social Inquiry*, 43(1), 28–57. <https://doi.org/10.1111/lsi.12235>
- Tomczyk, S., Isensee, B., y Hanewinkel, R. (2016). Latent classes of polysubstance use among adolescents – a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 12–29. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.035>
- Torchalla, I., Okoli, C. T. C., Böttorff, J. L., Qu, A., Poole, N., y Greaves, L. (2012). Smoking cessation programs targeted to women: A systematic review.

- Women and Health*, 52(1), 32–54. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.637611>
- Triandafilidis, Z., Ussher, J. M., Perz, J., y Huppatz, K. (2017). ‘It’s one of those “It’ll never happen to me” things’: young women’s constructions of smoking and risk. *Health, Risk and Society*, 19(5–6), 260–283. <https://doi.org/10.1080/13698575.2017.1384801>
- Turner, S., Norman, E., y Zunz, S. (1995). Enhancing resiliency in girls and boys: A case for gender specific adolescent prevention programming. *The Journal of Primary Prevention*, 16(1), 25–38. <https://doi.org/10.1007/BF02407231>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women*. Vienna.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *World Drug Report 2018, Booklet 5, Women and drug: Drug use, drug supply and their consequences*. *World Drug Report 2018*. United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World Drug Report, 2022. Global Overview: Drug Demand*. United Nations publication.
- Uy, P. J., Massoth, N. A., y Gottdiener, W. H. (2014). Rethinking male drinking: Traditional masculine ideologies, gender-role conflict, and drinking motives. *Psychology of Men and Masculinity*, 15(2), 121–128. <https://doi.org/10.1037/a0032239>
- Valentine, V., y Maund, O. (2017). *Transgender inclusion in drug and alcohol services*. Edinburgh: Scottish Trans Alliance and Equality Network
- Verplaetse, T. L., Weinberger, A. H., Smith, P. H., Cosgrove, K. P., Mineur, Y. S., Picciotto, M. R., Mazure, C. M., y McKee, S. A. (2014). Targeting the noradrenergic system for gender-sensitive medication development for tobacco dependence. *Nicotine and Tobacco Research*, 17(4), 486–495. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu280>
- Weinberger, A. H., Smith, P. H., Allen, S. S., Cosgrove, K. P., Saladin, M. E., Gray, K. M., Mazure, C. M., Wetherington, C. L., y McKee, S. A. (2015). Systematic and meta-analytic review of research examining the impact of menstrual cycle phase and ovarian hormones on smoking and cessation. *Nicotine and Tobacco Research*, 17(4), 407–421. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu249>

- Whitehill, J. M., Rivara, F. P., y Moreno, M. A. (2014). Marijuana-using drivers, alcohol-using drivers, and their passengers: Prevalence and risk factors among underage college students. *JAMA Pediatrics*, 168(7), 618–624. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.5300>
- World Health Organization. (2014). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*.
- Wiley, J. L., y Burston, J. J. (2014). Sex differences in $\delta 9$ -tetrahydrocannabinol metabolism and in vivo pharmacology following acute and repeated dosing in adolescent rats. *Neuroscience Letters*, 576, 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2014.05.057>
- Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Ahlström, S., Bondy, S., Csémy, L., Ferrence, R., Ferris, J., Fleming, J., Graham, K., Greenfield, T., Guyon, L., Haavio-Mannila, E., Kellner, F., Knibbe, R., Kubicka, L., Loukomskaja, M., Mustonen, H.,... Weiss, S. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: Cross-cultural patterns. *Addiction*, 95(2), 251–265. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95225112.x>
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Gmel, G., y Kantor, L. W. (2018). Gender differences in binge drinking. *Alcohol Research : Current Reviews*, 39(1), 57–76.
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D., y Gmel, G. (2009). Gender and alcohol consumption: Patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction*, 104(9), 1487–1500. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02696.x>
- Wolfe, H. L., Biello, K. B., Reisner, S. L., Mimiaga, M. J., Cahill, S. R., y Hughto, J. M. W. (2021). Transgender-related discrimination and substance use, substance use disorder diagnosis and treatment history among transgender adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 223, 108711. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108711>
- Wormington, S. V., Anderson, K. G., Tomlinson, K. L., y Brown, S. A. (2013). Alcohol and other drug use in middle school: The interplay of gender, peer victimization, and supportive social relationships. *Journal of Early Adolescence*, 33(5), 610–634. <https://doi.org/10.1177/0272431612453650>

- Yurasek, A. M., Aston, E. R., y Metrik, J. (2017). Co-use of alcohol and cannabis: A review. *Current Addiction Reports*, 4(2), 184–193. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0149-8>
- Zaharakis, N., Mason, M. J., Mennis, J., Light, J., Rusby, J. C., Westling, E., ... Way, T. (2018). School, friends, and substance use: Gender differences on the influence of attitudes toward school and close friend networks on cannabis involvement. *Prevention Science*, 19(2), 138–146. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0816-y>

— UNIDAD 4 —

Tabaco y productos relacionados, formas de consumo y riesgos asociados

Adelaida Lozano-Polo

Carmela Martínez-Vispo

Carla López Núñez

Josep M. Suelves

Víctor J. Villanueva-Blasco

Manuel Isorna Folgar

Joseba Zabala Galán

1. Descripción de los productos relacionados con el tabaco

El “tabaco” (*Nicotiana tabacum*) es una planta solanácea originaria de América (Gallardo et al., 2004). Esta sustancia puede consumirse de diferentes formas (Figura 1). A continuación, se describen brevemente cada uno de los productos derivados del tabaco.

Figura 1. Tabaco y productos relacionados



Cigarrillo



Puro, purito



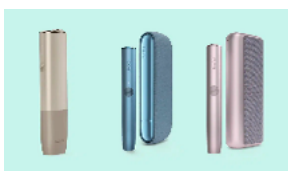
Tabaco de liar



Bolsitas de nicotina



Cachimba



PTC



DSLNL

Fuente: Adaptado de la página web ‘Estilos de vida saludable’ del Ministerio de Sanidad.
<https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/tabaco/tabacoY/productos/home.htm>

1.1. Consumo de tabaco tradicional y evolución a nuevas formas de consumo

La forma más frecuente de consumo de tabaco es mediante el cigarrillo (Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer [AIIC], 2016), al que identificamos como tabaco convencional. Se trata de un tubo de hojas de tabaco curadas, cortadas finamente, enrolladas y envueltas en un papel delgado, habitualmente con un filtro en un extremo (Instituto Nacional del Cáncer). Contiene otros ingredientes para darle sabor, y siempre tiene nicotina que es la sustancia principal asociada a la adicción (Villanueva-Blasco et al., 2022). Al combustionar produce un humo que es inhalado por las personas fumadoras y las que están a su alrededor. Otra forma de uso convencional son los puros y puritos (envueltos en hoja de tabaco y sin filtro generalmente). Todos ellos están elaborados de forma masiva por procedimientos industriales.

En los últimos años ha ido aumentando el uso de tabaco de liar, el cual contiene picadura de tabaco suelta (0,4 -0,75 gr) (AIIC, 2016). Este tipo de tabaco se caracteriza porque son sus consumidores quienes lo lían manualmente incorporándole una boquilla o un filtro.

1.2. Cachimba o pipa de agua (shisha, narguile o hookah)

También se ha incrementado en nuestro contexto el uso de tabaco para pipa de agua, el “Moasel” que es un tabaco aromatizado o fermentado (con melaza u otras sustancias) para usar en una cachimba o pipa de agua. En este caso se inhala a través de una manguera el humo del tabaco aromatizado calentado con carbón (AIIC, 2016) y que ha pasado por un recipiente con agua (u otro tipo de líquido para darle sabor). Esto supone la inhalación adicional de otras partículas además del tabaco y los aromatizantes que se desprenden del propio sistema (papel de aluminio, esmalte, conexiones, boquillas, etc.). En su humo se han encontrado los mismos tóxicos que en el tabaco convencional, con mayor concentración de CO y menor de nitrosaminas (Galindo, 2019). Se estima que el consumo de una cachimba podría equivaler a fumar de 20 a 100 cigarrillos. Su uso es habitualmente colectivo, siendo frecuente que varias personas compartan la cachimba (con una o varias mangueras) (Lozano, 2019; Villanueva-Blasco et al., 2022)

1.3. Productos de tabaco de consumo oral

Existen otros productos de tabaco que se introducen en la boca (AIIC, 2016) para masticarlos (o, en el caso del *snus*, se mantienen sobre las encías) y permitir la absorción de nicotina a través de las mucosas. Aunque no requieren combustión ni se inhalan, han mostrado importantes efectos perjudiciales para la salud, por lo que están prohibidos en la mayor parte de la Unión Europea.

1.4. Productos de tabaco calentado (PTC)

Desde 2017 existen en el mercado los PTC, también conocidos como tabaco por calentamiento o tabaco sin humo. Son sistemas que funcionan mediante un dispositivo electrónico que calienta una “cápsula” o “cartucho” de tabaco molido y comprimido, que además contiene otros aditivos como propilenglicol y glicerina para emitir el aerosol con apariencia de humo, y aromatizantes. El tabaco alcanza así una temperatura menor de 400°C, lo que ha llevado a la industria a denominarlo “tabaco sin combustión” (Lozano, 2019; Ministerio de Sanidad, 2022b; Villanueva-Blasco et al., 2022).

1.5. Cigarrillos electrónicos o vapeadores

Se trata de sistemas electrónicos susceptibles de liberar nicotina (DSLN), aunque también sin nicotina. Mediante batería o pila calientan un líquido que contiene propilenglicol, glicerina, saborizantes y otros muchos componentes entre los que se suele encontrar la nicotina (hasta un máximo de 20mg/ml de acuerdo con la normativa europea) (González Carreño y Lozano, 2020; Ministerio de Sanidad, 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020a, 2021; Villanueva et al., 2021, 2022). Estos dispositivos pueden ser desechables, recargables mediante un contenedor de carga, o recargables con cartucho de un solo uso (Lozano, 2019) y presentan una gran variabilidad en sus diseños. Sus componentes son muy variados dependiendo de sus saborizantes (se han identificado más de 15.000: específicas de marcas de tabaco, de bebidas alcohólicas, frutas, dulces, menta, incluso procedentes del cannabis, como el THC y el CBD) (Villanueva-Blasco et al., 2021). Se suelen agrupar en 4 “generaciones”, dependiendo de la tecnología utilizada por el dispositivo y del empleo de sales de nicotina o bien de su base libre (Figura 2) (González-Carreño y Lozano-Polo, 2020).

 1ª Generación	Cig-a-likes. Se parecen externamente a los cigarrillos. También se conoce como desechables o sistemas cerrados.
 2ª Generación	Vape pens. Por lo general, son más grandes que los cigarrillos y parecen plumas estilográficas. También se llaman recargables.
 3ª Generación	Box mods. También conocidos como tanques de vapor y vaporizadores personales mods (VTMS), vaporizadores personales avanzados (APV), unidades modulares o sistemas abiertos.
 4ª Generación	Vape pods. Requieren un calentamiento previo. Sales de nicotina con alta disponibilidad, lo que lo hace muy adictivo.

Figura 2. Tipos de cigarrillos electrónicos o vapeadores

Fuente: González-Carreño, C y Lozano-Polo, A (coord.) Documento de consenso del CNPT sobre Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina. Madrid; 2020

1.6. Productos de nicotina oral

Los últimos productos que han salido al mercado relacionados con tabaco son productos de nicotina oral (bolsas de nicotina o “nicotine pouches”) que además llevan saborizantes (Ministerio de Sanidad, 2023). A diferencia del Snus, estas bolsas de nicotina no llevan tabaco, pero sí nicotina sintética. Actualmente no están regulados como productos de tabaco.

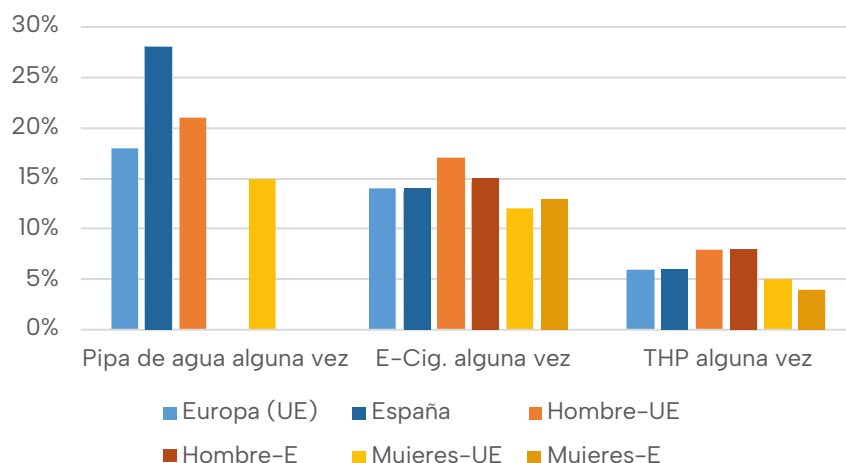
1.7. Consumo de los productos relacionados con el tabaco

En la unidad 2 se ha descrito la epidemiología del consumo de tabaco convencional, y se han aportado datos acerca del consumo de alguno de estos productos relacionados. Sin embargo, hemos de destacar que no hay buenas fuentes de datos acerca de la prevalencia del consumo de estos productos ni

del perfil de sus consumidores, porque no se han incorporado en las encuestas poblacionales, a excepción de los cigarrillos electrónicos.

El Eurobarómetro de 2020 reflejaba que en Europa un 18% de la población había probado el tabaco de pipa de agua, dato que se había incrementado respecto a 2017 (13%). El consumo es mayor en hombres (21%) que en mujeres (15%) y en la población joven. En España el consumo está por encima de la media europea, (28%), siendo el sexto país donde más se consume (Figura 3).

Figura 3. Consumo de productos relacionados con tabaco en Europa y España por sexo. Eurobarómetro 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Eurobarómetro 2020. Unión Europea

Un 14% de la población europea había probado los cigarrillos electrónicos en 2020 y un 6% los productos de tabaco calentado, sin cambios respecto a 2017. El uso de cigarrillos electrónicos es mayor en hombres que en mujeres, y más frecuente en la población más joven. Además, el consumo es mayoritariamente con nicotina y con saborizantes de frutas (cereza y fresas), de tabaco o menta. España se encuentra en la media en ambos casos.

En población adolescente la encuesta ESTUDES (2023a) nos ofrece datos de consumo alguna vez de tabaco de liar, cachimba y cigarrillo electrónico. Podemos observar un incremento en el caso de los cigarrillos electrónicos. El consumo es ligeramente superior en las mujeres (Tabla 1) (OEDA, 2021).

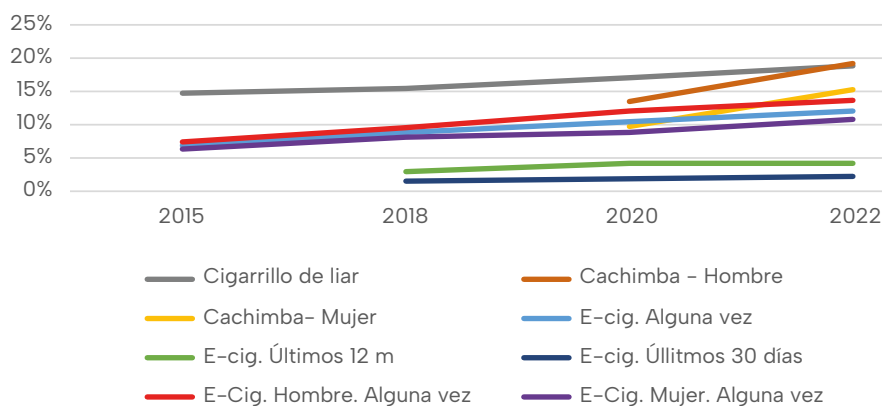
Tabla 1. Consumo de productos relacionados con tabaco. Población 14 – 18 años (ESTUDES)

Tipo de producto	2014	2016	2019	2021	2023
Cigarrillo de liar. Últimos 30 días			14,1%		16,5%
Cigarrillo de liar – chicos		12,6%	14,2%	21,5%	15,3%
Cigarrillo de liar – chicas		8,1%	14,1%	23,2%	17,4%
Cachimba. Alguna vez			47,3%	40,5%	57,9%
Cachimba chicos				40,4%	59,1%
Cachimba chicas				40,7%	56,7%
E-cig. Alguna vez			48,4%	44,3%	54,6%
E-cig. Últimos 12 m			37,8%	22,8%	46,0%
E-cig. Últimos 30 días			14,9%	8,1%	26,3%
E-Cig. Chicos. Alguna vez	18,8%	22,6%	52,4%	46,9%	52,2%
E-Cig. Chicas. Alguna vez	12,0%	17,5%	44,5%	41,7%	56,8%

El estudio realizado entre estudiantes de 12 y 13 años (ESTUDES 2023 12 y 13 años) indica que un 15,4% refiere haber usado cigarrillos de liar. En cuanto a las cachimbas, las han usado alguna vez un 9,5% y en el último año un 7. Por último, y en relación al uso de cigarrillos electrónicos, un 25,2% indica haberlos usado alguna vez, un 21% en los últimos 12 meses y un 11,2% en los últimos 30 días. El consumo por sexo es dispar dependiendo del tipo de producto de tabaco. (ESTUDESb).

Además, en la encuesta EDADES (2022) se observa una ligera tendencia al incremento del uso de los distintos productos de tabaco en la población española de 15 a 64 años (Figura 4) siendo mayor el consumo entre hombres (OEDA, 2022).

Figura 4. Evolución del consumo de productos relacionados con tabaco en población 15 a 64 años. España por sexo (EDADES)



Fuente. Elaboración propia a partir de datos de EDADES. Observatorio Español sobre Drogas

3. Principales riesgos asociados al consumo de tabaco y productos relacionados

El consumo de tabaco no tiene ningún nivel seguro, cualquier cantidad es perjudicial. Esto es debido al efecto negativo que producen sus componentes, destacando la nicotina (principal causa de la adicción y patología cardiovascular), el alquitrán (relacionado con patología oncológica) y el monóxido de carbono – CO (relacionado con enfermedad cardiovascular por la hipoxia o falta de oxígeno que produce y con enfermedades respiratorias). En el humo del tabaco se encuentran más de 7000 productos químicos, más de 250 son tóxicos y 70 cancerígenos. En la siguiente tabla se muestran los principales componentes del tabaco convencional y de los productos relacionados (Tabla 2) (CDC, 2023; Lozano, 2019; Villanueva-Blasco et al., 2022).

Las principales enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (Tabla 3) son cardiovasculares, respiratorias y oncológicas (Figura 5) (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., 2014; Villanueva-Blasco et al., 2022). A parte del problema de adicción que causa, dado que la nicotina es una de las drogas más adictivas, junto a la heroína y la cocaína.

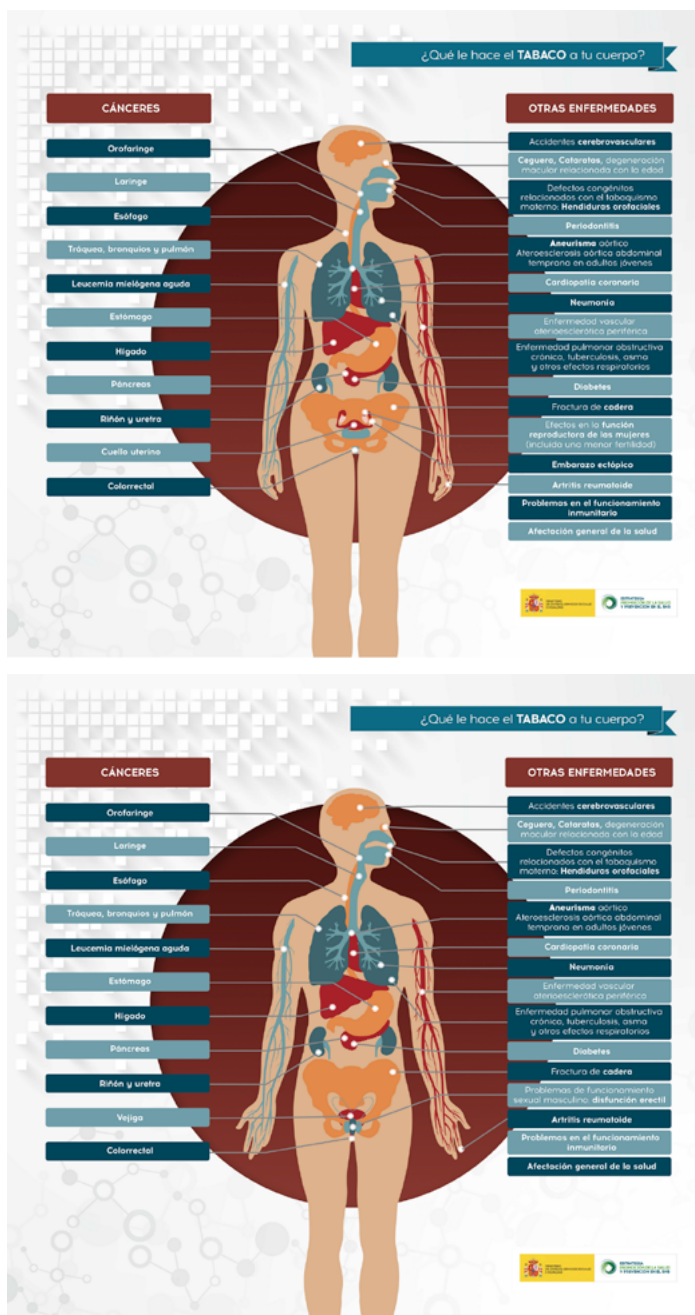
Los estudios muestran que el consumo de tabaco daña a todo el organismo y reduce la capacidad del sistema inmunitario (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 2014). Su consumo está implicado en 6 de las primeras 8 causas mundiales de mortalidad.

Tabla 2. Sustancias químicas presentes en el tabaco y productos relacionados

Tabaco	Tabaco en pipas de agua	Tabaco por calentamiento	Cigarrillos electrónicos o vapeadores
> Monóxido de carbono (CO). > Nicotina. > Alquitrán > Partículas PM 2.5 > Metales pesados: plomo, cadmio, cromo, arsénico, ... > Hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP). > Ácido acético y esteárico > Amoniaco > Arsénico, > Cianuro de hidrógeno > Cloruro de vinilo > Benceno > Estireno > Formaldehído > Fenol > Naftalina > Nitrosaminas > Polonio 210 > Tolueno ...	Prácticamente los mismos que en tabaco, más los producidos por la combustión del carbón: > CO (más cantidad) > Nicotina > Alquitrán > Aldehídos volátiles: formaldehído y benceno > Partículas PM 2,5 > Óxido nítrico > Metales pesados > Nitrosaminas específicas del tabaco > HAP. Además, componentes de la degradación de saborizantes y aditivos, así como de elementos del sistema.	Prácticamente los mismos componentes del humo de tabaco, aunque hay algunos en menor cantidad, se ha observado que otros están en mayor concentración, como los metales pesados: > Nitrosaminas > Benzopirenos > Hidrocarburos cíclicos, > CO > Óxidos de nitrógeno. > Metales pesados: hierro, titanio... > Formaldehído (derivado del propilenglicol)	> Propilenglicol. > Glicerina vegetal. > Nicotina (a veces). > Compuestos orgánicos volátiles. > Formaldehído. > Acetaldehído. > Benzo(a)pireno. > Partículas PM 2.5. > Silicatos. > Metales pesados: níquel, cromo, hierro, plata, estaño, zinc, ... > Nitrosaminas (menor cantidad que el tabaco). > Además, los derivados de los saborizantes y aditivos.

CO: monóxido de carbono

Figura 5. Patologías y enfermedades asociadas al consumo de tabaco según sexo



Fuente: Página web 'Estilos de vida saludable' del Ministerio de Sanidad. <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/tabaco/tabacoY/productos/home.htm>

Tabla 3. Patologías y enfermedades asociadas al consumo de tabaco y productos relacionados

Patologías relacionadas con tabaco	Patologías relacionadas con tabaco calentado	Patologías relacionadas con cigarrillos electrónicos
> Accidentes cerebro vasculares > Aneurisma aórtico, aterosclerosis aortica abdominal temprana en adultos jóvenes > Artritis reumatoide > Asma y otros efectos respiratorios > Cáncer: orofaringe, laringe, esófago, tráquea, bronquios, pulmón, Leucemia mielógena aguda, estómago, hígado, páncreas, riñón y uretra, cuello uterino, vejiga, colorrectal. > Cardiopatía coronaria > Caries > Ceguera, cataratas, degeneración macular relacionada con la edad > Diabetes Mellitus Tipo 2 > Efectos en la función reproductora en mujeres, incluida la infertilidad, embarazos ectópicos y en hombres disfunción eréctil > Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) > Enfermedad vascular aterosclerótica periférica > Fractura de cadera > Hendiduras orofaciales > Neumonía, tuberculosis > Periodontitis > Peor progreso de la COVID19 > Problemas en el funcionamiento inmunitario	> Riesgo cardiovascular por la nicotina y los aditivos (hierro, titanio, gomas o humectantes) > Riesgos a nivel respiratorio por la glicerina y propilenglicol > Estudios de laboratorio en ratas muestran daño de la función endotelial, generando riesgo cardíaco y arterosclerosis > Mayor sensibilidad a tener infecciones respiratorias. > Faltan estudios a medio y largo plazo, sin embargo, dado sus componentes se presupone que tienen potencialmente los mismos riesgos que el tabaco	> Intoxicación por consumo de nicotina > Explosiones: lesiones importantes en cara y mandíbula o quemaduras. > Lesiones pulmonares y respiratorias: > bronquiolitis respiratoria > EVALI > hemorragia alveolar difusa > neumonías > neumonitis > Disfunción vascular, aumento de coágulos, aumentando el riesgo cardiovascular > Mayor riesgo infección por COVID-19

En el caso del tabaco de liar, algunos estudios refieren que los contenidos de nicotina, alquitrán y CO en el humo de éste están muy por encima de lo permitido en el cigarrillo convencional (70%, 85% y 84%, respectivamente). Así mismo, se observa incluso un mayor riesgo de cáncer de boca, laringe, faringe y pulmón. Además, está relacionado con envejecimiento de la piel, dificultad de cicatrización, falta de rendimiento deportivo, así como con déficits de atención y de memoria en adolescentes y por supuesto con una gran adicción (Villanueva-Blasco et al., 2022).

Con el consumo de cachimba (Galindo, 2019; Fu et al., 2020; Villanueva et al., 2021; Villanueva-Blasco et al., 2022; CDC, 2023), se presentan los mismos riesgos asociados al tabaco, más los producidos por los diferentes aromatizantes (Farag et al., 2018), y por el hecho de compartir la pipa de agua (Villanueva-Blasco et al., 2021, 2022). Los estudios refieren que aumenta la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, producen deficiencia pulmonar e incluso envenenamiento por CO, así como enfermedad cardíaca y respiratoria (es factor de riesgo para EPOC y el cáncer de pulmón). Se relaciona con diversos cánceres (boca, esófago y vejiga) al comprometer la genética, produce una alteración del aparato digestivo y excretor, así como patología de las encías, deterioro de salud mental, reflujo gastroesofágico o infertilidad masculina. Al igual que con tabaco convencional, causa bajo peso al nacer (Galindo, 2019). Su uso está asociado a mayor riesgo de transmisión de enfermedades respiratorias como tuberculosis (TBC), hepatitis vírica o herpes, y de la COVID19 (Villanueva-Blasco et al., 2022).

En el caso del tabaco por calentamiento (Ministerio de Sanidad, 2022b), hay pocos estudios sobre sus riesgos para la salud, principalmente porque se necesita más tiempo para ver cómo afectan al organismo. La FDA lo considera un producto de "riesgo modificado" al tener menor concentración de mucho de los tóxicos de los cigarrillos convencionales, aunque se mantienen por encima de los niveles de seguridad (CDC, 2022; Peruga et al., 2022). No se ha demostrado que sean de riesgo reducido (CDC, 2022; Ministerio de Sanidad, 2022; OMS, 2020b; Peruga et al., 2022), que disminuya la patología ni la mortalidad asociada al tabaco. Además, estudios independientes refieren que producen los procesos químicos de oxidación propios de la combus-

tión, aunque a baja temperatura, con los riesgos que esto conlleva (Davis et al., 2019).

En cuanto a los riesgos de los cigarrillos electrónicos hay que destacar por un lado las intoxicaciones por consumo accidental de nicotina en menores y las lesiones o quemaduras por explosiones (CDC, 2023; González-Carreño y Lozano-Polo 2020; Ministerio de Sanidad, 2022a; OMS, 2020; OMS, 2021a; Villanueva-Blasco et al., 2022). En cuanto a problemas de salud asociados a su uso, se precisan más estudios a medio y largo plazo. La evidencia actual refiere que se relaciona con lesiones respiratorias (CDC, 2023; Glantz y Bareham, 2018; González-Carreño y Lozano-Polo, 2020; McConnell, 2017; Ministerio de Sanidad, 2022a; OMS, 2020; OMS, 2021a), por una mayor reactividad pulmonar, disminución de los sistemas de defensas y aumento de las secreciones respiratorias, por lo que produce diferentes tipos de neumonías, bronquiolitis respiratoria, hemorragia alveolar difusa, neumonitis, y la EVALI (Enfermedad Pulmonar Grave Asociada a Vapear) que produce un cuadro agudo y grave que puede requerir el ingreso en una unidad de cuidados intensivos. Los principales síntomas de EVALI son tos, dificultad para respirar o dolor en el pecho, náuseas, vómitos, dolor abdominal o diarrea, fiebre, escalofríos o pérdida de peso, llegando incluso a producir un fallo respiratorio (CDC, 2020). También produce disfunción vascular (World Heart Federation, 2021), formación de coágulos y por tanto aumento del riesgo cardiovascular. Una reciente revisión sistemática (Sharma et al., 2023), ha identificado que su uso aumenta el riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM). Por otra parte, hay estudios que alertan de los riesgos de los propios saborizantes y aditivos utilizados en estos dispositivos (Birch et al., 2022; OMS, 2021) porque afectan la función del epitelio de las vías respiratorias y probablemente contribuyan a los efectos respiratorios adversos.

En relación al uso de las bolsitas de nicotina, los estudios disponibles indican riesgos propios de la nicotina (cardiovasculares, diabetes tipo II, muerte fetal en caso del consumo en embarazadas, e intoxicación por nicotina que van desde sensación de zumbido en la cabeza, náuseas y vómitos en casos leves a convulsiones y depresión respiratoria en casos graves). Además, se han descrito alteración del ADN por las nitrosaminas (Ministerio de Sanidad, 2023).

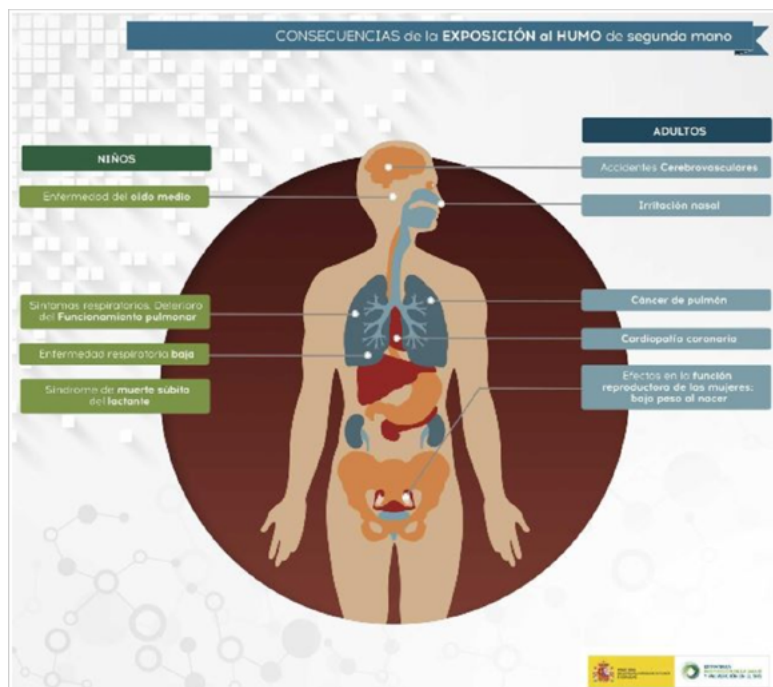
4. Riesgos de la exposición al HAT y aerosoles de productos relacionados con tabaco

La exposición al humo de tabaco, conocido como Humo Ambiental de Tabaco (HAT) o tabaquismo de segunda mano (tabaquismo involuntario o pasivo), tiene importantes riesgos para la salud. La Agencia Internacional de Control del Cáncer (AICC) reconoce el humo de tabaco como un cancerígeno de nivel 1, del que no hay ningún nivel de seguridad. Así, se relaciona con un aumento de la incidencia y la mortalidad por IAM y accidente cerebrovascular, así como problemas respiratorios (tos, molestias faríngeas entre otros) y cáncer de pulmón (Figura 6). En el caso de los menores, se relaciona con infecciones de oído (otitis), exacerbaciones del asma, síntomas respiratorios (tos, estornudos y falta de aliento) e infecciones respiratorias (bronquitis y neumonía) así como Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (AICC 2016; CDC, 2023; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 2014).

En el humo emitido por las cachimbas, además de los tóxicos del tabaco, las hierbas o melazas, se acumulan los propios del carbón utilizados para la combustión. Esto supone un riesgo extra, aumentando las posibilidades de intoxicaciones agudas. Este humo se acumula en los lugares donde se usan, siendo una alta fuente de contaminación por CO, partículas finas, nicotina, etc. que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, respiratoria o cáncer (Villanueva-Blasco et al., 2022).

En el caso de los nuevos productos del tabaco y otros productos relacionados (PTC, DSLN) todavía se precisan más estudios para determinar los efectos que producen a medio y largo plazo. Sin embargo, existen investigaciones que muestran que los aerosoles que producen pueden contaminar el ambiente, por lo que se deben tomar medidas de precaución hasta que existan más evidencias al respecto (Ministerio de Sanidad, 2022b; OMS, 2020b).

Figura 6. Patologías y enfermedades asociadas a la exposición al Humo Ambiental de Tabaco en adultos y en la infancia



Fuente: Página web 'Estilos de vida saludable' del Ministerio de Sanidad. <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/tabaco/tabacoY/productos/home.htm>

Actualmente está prohibido usar productos de tabaco en espacios públicos cerrados, incluido los PTC o el tabaco para pipa de agua, así como en algunos entornos al aire libre (recintos sanitarios y educativos, parques infantiles). En el caso de los DSLN la regulación es más laxa estando sólo prohibido su uso en recintos sanitarios y educativos, parques infantiles, centros de la administración pública y en el transporte público, por lo tanto, estamos expuestos a sus aerosoles en la mayoría de los espacios de uso público (hostelería, restauración, comercios, etc.). (González-Carreño y Lozano-Polo, 2020).

5. Estrategias de captación de nuevos consumidores

En relación a los riesgos y daños asociados al consumo de tabaco, la industria ha impulsado distintas estrategias (que se abordarán en mayor profundidad en la unidad 9), para promover estos productos como menos perjudiciales y como estrategia para la cesación tabáquica (Villanueva-Blasco et al., 2022).

Además, desde el principio, la industria ha ido sacando al mercado nuevos productos indicando que eran menos tóxicos, como fue el caso del tabaco con filtro o el llamado tabaco “light”, actualmente prohibido al comprobarse que no reducía riesgos y, sin embargo, inducía falsas creencias de seguridad a la población. O como el caso del tabaco de liar que ha sido promocionado como más natural, menos tóxico o como un producto orgánico, sin aportar datos que demuestren estas cualidades, dado que precisa de una elaboración similar y en ocasiones requiere de otros aditivos para conseguir que mantenga sus cualidades y combustione correctamente (Villanueva-Blasco et al., 2022).

En el caso del PTC no hay ningún estudio que evalúe su eficacia para dejar de fumar y los que analizan sus efectos sobre salud no han podido demostrar que hay menor morbilidad ni tampoco menor mortalidad (Tattan-Birch et al., 2022). Las investigaciones han reflejado menos componentes tóxicos, pero no han observado cambios en parámetros biológicos respecto al tabaco, por lo que se debe descartar su utilidad para reducir daños en tabaquismo en base a la evidencia actual (OMS, 2020b, OMS, 2023).

En el caso de los cigarrillos electrónicos (González-Carreño y Lozano-Polo, 2020) hay que destacar que no se ha solicitado autorización a ninguna agencia del medicamento para su utilización como herramienta para dejar

de fumar. Sin embargo, se siguen promocionando como método seguro para este fin. Existen distintos estudios que han evaluado esta cuestión (Hajek, 2019, Hartmann-Boyce et al., 2022), sin existir una clara evidencia al respecto (González-Carreño y Lozano-Polo, 2020; Ministerio de Sanidad, 2022a; OMS, 2020a). Los estudios que están financiados por la industria del tabaco o de cigarrillos electrónicos tienen más posibilidades de encontrar utilidad para esta cuestión y menos efectos secundarios, por lo que hay que hacer un análisis teniendo en cuenta los posibles conflictos de intereses (SEDET, 2020; semFYC, 2022). La mayoría de las revisiones sistemáticas indican que no hay diferencias significativas que apoyen que son un método útil para dejar de fumar y que, en el caso de ayudar a dejar de fumar, mantienen la adicción a la nicotina de los cigarrillos electrónicos (Fan y Lee, 2021). Así mismo, se refleja que es necesario ampliar los estudios que analicen los efectos secundarios, así como los perjuicios de su uso. Ni la OMS, ni la Agencia del Medicamento Europeo los recomienda como método para dejar de fumar a día de hoy (OMS, 2020a; OMS, 2021). Los informes del Ministerio de Sanidad van en este sentido también, de acuerdo a las evidencias actuales (OMS, 2020a; OMS, 2021; Ministerio Sanidad, 2022a). En cuanto a la reducción de daños, un mensaje ampliamente repetido en las estrategias de marketing de los cigarrillos electrónicos es que es un 95% menos perjudicial. Sin embargo, este dato que de forma estimatoria se estableció por consenso hace unos años, no tiene base científica que lo sustente (semFYC, 2022). Cada día son más los estudios que relacionan el uso de estos dispositivos con distintas patologías (González-Carreño y Lozano-Polo, 2020; McConnell, 2017; Ministerio Sanidad, 2022a; OMS, 2020^a, 2021, 2023), demostrando que no se trata de simple vapor de agua como quieren hacer pensar, sino que se trata de un producto con riesgos para la salud por los componentes de sus aerosoles y que induce al consumo a los más jóvenes (Glantz y Bareham, 2018; González-Carreño y Lozano-Polo, 2020; OMS, 2020, 2021; Ministerio de Sanidad, 2022a; Villanueva-Blasco et al., 2022).

6. Desde la reflexión y la experiencia

Como se ha ido informando a lo largo del capítulo, cualquier producto relacionado con tabaco es perjudicial para la salud de las personas que lo consumen, y de las que están expuestas a su humo o aerosoles, incluso para el planeta. Aunque la industria tabacalera (que ha comprado gran parte de las empresas de otros productos relacionados con el tabaco) intente vender los “nuevos” productos como métodos de reducción de daños, esta cuestión no ha sido demostrada, y todavía pasaran años hasta que pueda demostrarse dado que los efectos de su consumo se muestran tras 15 o 20 años de su consumo. En este sentido, las estrategias de prevención del consumo de tabaco deben desnormalizar cualquier tipo de consumo para hacerlo menos atractivo a la población juvenil, tal y como propone el Convenio Marco de la OMS de Control de Tabaco y las Estrategias del ENDGAME (Punto Final al tabaco) <https://nofumadores.org/end-game-del-tabaco-en-espana-2030/>. Esto significa aumentar la regulación para reducir su accesibilidad (aumentar edad de compra, reducir puntos de venta, aumentar el precio...), eliminar su publicidad, promoción y patrocinio, restringir las zonas en las que se permite su consumo, tanto en espacios abiertos como cerrados, etc... en definitiva hacer más difícil el consumo para que lo más fácil sea mantener una vida sin tabaco y sin productos relacionados. En definitiva, los riesgos reales que suponen estos productos son el motivo por lo que es preciso poner en marcha los Programas de Prevención Ambiental, Escolar, Familiar y Comunitarios, de los cuales se irán tratando en diferentes unidades. Diversas Asociaciones y Sociedades científicas, ONGs y otras entidades del tercer sector están llevando a cabo medidas de abogacía por la salud para exigir políticas de control de tabaquismo más eficaces. Entre ellas, destacan No fumadores.org (<https://nofumadores.org/>), CNPT (<https://cnpt.es/>) y sus sociedades miembro y ENSP (<https://ensp.network/>).

Por otra parte, destacar la necesidad de que los agentes de salud, tanto sanitarios, como docentes y profesionales de los medios de comunicación, entre otros, conozcan la realidad sobre los distintos productos relacionados con tabaco para que puedan proporcionar información veraz, basada en las evidencias científicas y sin conflictos de intereses. Los diferentes agentes sociales tienen un papel esencial en la prevención del consumo de estas sustancias, cada uno en su ámbito de actuación. Proporcionar una información adecuada, sobre los efectos, riesgos, consecuencias puede ayudar a que la población tome decisiones informadas. Esta información se puede trasladar de muchas maneras, en intervenciones educativas en el entorno sanitario o comunitario, programas educativos en centros escolares y universitarios, campañas de sensibilización en medios de comunicación de masas, redes sociales, internet... Por supuesto, se ha de aplicar en consulta de profesionales de la salud para promover el abandono, sin derivar al consumo de otros productos. Es necesario regular la publicidad a través de internet. Además, debemos ser capaces de llegar a “influencers” de las generaciones más jóvenes para que contribuyan a enviar estos mensajes y evitar que la población juvenil sea nuevamente manipulada y engañada por las industrias del tabaco y de productos relacionados. De una forma u otra, hemos de fomentar la capacidad crítica de la población ante esta manipulación de la industria respecto a los riesgos para la salud y del medio ambiente. Podemos contribuir a generar esta capacidad crítica, trasladando información sobre sus perjuicios, sobre los intereses “ocultos” de la industria y sobre las consecuencias a la sostenibilidad del planeta con programas de prevención escolar basados en competencias sociales e influencias sociales, tal y como se explicará en la unidad correspondiente. A nivel nacional, podemos destacar el concurso educativo Clases sin Humo que se ha llevado a cabo en distintas comunidades autónomas que se basa también en promover un compromiso grupal de no fumar y en potenciar que el alumnado genere las propias campañas de prevención y sensibilización.

En cuanto a las campañas en medios de comunicación de masas, que pueden trasladar la información respecto a los productos, riesgos y efectos, es necesario reflejar que para que sean efectivas deben cumplir ciertos criterios: no crear rechazo, estar adaptadas al público objetivo, estar mantenidas

en el tiempo (mínimo 4 semanas de duración y realizarse mínimo 3 años), implicar al colectivo al que van dirigidas en su diseño, desarrollo y evaluación, tener un amplio alcance (distintos canales y medios). Principalmente estas acciones, se han llevado a cabo mayoritariamente por administraciones públicas y, en algunos casos, por ONGs (Tabla 4), no siendo muy frecuentes en nuestro país.

Tabla 4. Ejemplo de campañas de prevención del tabaquismo

Campañas de prevención del tabaquismo

Ministerio de Sanidad: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/ciudadania/campannas/home.htm>

Día Mundial sin Tabaco. OMS: <https://www.who.int/es/campaigns/world-no-tobacco-day>

Asociación Española Contra el Cáncer "The Last Casting": <https://www.contraelcancer.es/es/actualidad/sala-de-prensa/campana-antitabaco/video>

FAD: <https://fad.es/sensibilizacion/campanas>

Campaña prevención del tabaquismo: "Por tus huesos, no fumes": <https://www.youtube.com/watch?v=ly4EGTUIVj8>

Fundación Más Qué Ideas. ¿Y tú? ¿Qué tipo de fumador eres?: https://www.youtube.com/watch?v=y_QdpYqZw9E&feature=youtu.be

El País. Las campañas más creativas para poner freno al tabaquismo: https://elpais.com/elpais/2017/05/29/fotorrelato/1496049254_858591.html#foto_gal_8

Campaña Tobacco Free Kids: <https://www.tobaccofreekids.org/es>

Campaña de exfumadores (Consejos). CDC: <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/acerca/index.html>

Además, suelen centrarse en personas mayores para que dejen de fumar, poniendo el foco en los riesgos, cuando también sería necesario hacerlo en los beneficios de una vida sin tabaco, dado que la población juvenil no tiene concepción del riesgo a largo plazo. Por ello, se precisaría además de adaptarse a las nuevas metodologías de marketing social (que ha demostrado ser efectivas en salud pública), ser llevadas a cabo de manera más sistemáticas y continuas. Y no sólo que estén realizadas por las instituciones para la población, sino que la propia población juvenil sea la generadora de estas campañas, incluyendo investigación formativa.

Otras de las medidas adaptadas para aplicar la información sobre los riesgos de los productos de tabaco es el empaquetado del tabaco. El hecho de reducir todo tipo de publicidad en los paquetes y empaquetados de otros productos, e incluir imágenes de sus efectos reales disuade del consumo. Por ello, se debe introducir el empaquetado neutro de tabaco en nuestro país, al igual que se ha realizado en otros contextos.

Y por otra parte, es necesario ampliar las restricciones de los saborizantes a todos los productos relacionados con tabaco, tal y como se va a realizar con el tabaco calentado al transponer la Directiva Europea (RD 41/2024). De manera que queda pendiente regular los saborizantes del tabaco para pipa de agua y cigarrillos electrónicos o vapeadores.

Bibliografía

- Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. (2016). *Código Europeo Contra el Cáncer*. <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/>
- Barrientos-Gutierrez, I., Islam, F., Cho, Y. J., Salloum, R. G., Louviere, J., Arillo-Santillán, E., Reynales-Shigematsu, L. M., Barnoya, J., Saenz de Miera Juarez, B., Hardin, J., y Thrasher, J. F. (2020). Assessing cigarette packaging and labelling policy effects on early adolescents: results from a discrete choice experiment. *Tobacco Control*, 30, 505-514. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2019-055463>
- Instituto Nacional del Cáncer. Cigarrillo. En *Diccionario del Instituto Nacional del Cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cigarrillo>
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). *Brote de lesiones pulmonares asociado al uso de productos de cigarrillos electrónicos o vapeo*. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/spanish/enfermedad-pulmonar-grave/index.html

- Centers for Disease Control and Prevention. (2022, noviembre). *Heated Tobacco Products*. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/heated-tobacco-products/index.html
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Smoking & Tobacco Use <https://www.cdc.gov/tobacco/index.htm>
- Davis, B., Williams, M., y Talbot, P. (2019). iQOS: evidence of pyrolysis and release of a toxicant from plastic. *Tobacco Control*, 28(1), 34–41. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2017-054104>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2014) *Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso*. Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud. <https://www.cdc.gov/tobacco/sgr/50th-anniversary/pdfs/executive-summary-spanish.pdf>
- Fan, T., y Lee, G. (2021). Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons. *American Family Physician*, 103(12), 753–754.
- Farag, M. A., Elmassry, M. M., y El-Ahmady, S. H. (2018). The characterization of flavored hookahs aroma profile and in response to heating as analyzed via headspace solid-phase microextraction (SPME) and chemometrics. *Scientific Reports*, 8(1), 17028. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-35368-6>
- Francis, D. B., Mason, N., Ross, J. C., y Noar, S. M. (2019). Impact of tobacco-pack pictorial warnings on youth and young adults: A systematic review of experimental studies. *Tobacco Induced Diseases*, 17, 17–41. <https://doi.org/10.18332/tid/108614>
- Fu, M., Feliu, A., y Fernández, E. (2021). Shishas: another way of tobacco smoking... Another source of exposure to toxic compounds. *Archivos de Bronconeumología*, 57(7), 449–450. <https://doi.org/10.1016/j.arbr.2021.05.011>
- Galindo, C., González, A. C., Espigares, E. y Moreno, E. (2019). Riesgo para la salud pública de fumar tabaco en cachimba. *Higiene y Salud Ambiental*, 19, 1775–1785

- Gallardo, C., Hernández, S., Almonacid, S. (2004). Planta del tabaco. Composición físico-química del humo del tabaco. Patología asociada a su consumo. *Monografía de Neumomadrid*, 7: 27-40
- Glantz, S. A., y Bareham, D. W. (2018). E-Cigarettes: Use, Effects on Smoking, Risks, and Policy Implications. *Annual Review of Public Health*, 39, 215-235. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013757>
- González-Carreño, C. y Lozano-Polo, A. (2020.) *Documento de consenso del CNPT sobre Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina*. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Hajek, P., Phillips-Waller, A., Przulj, D., Pesola, F., Myers Smith, K., Bisal, N., Li, J., Parrott, S., Sasieni, P., Dawkins, L., Ross, L., Goniewicz, M., Wu, Q., y McRobbie, H. J. (2019). A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *The New England Journal of Medicine*, 380(7), 629-637. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1808779>
- Hartmann-Boyce, J., Lindson, N., Butler, A. R., McRobbie, H., Bullen, C., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Turner, T., Fanshawe, T. R., y Hajek, P. (2022). Electronic cigarettes for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD010216. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub7>
- Lozano Polo, A. (2020). Nuevas formas de fumar y de consumir nicotina: de la cachimba al cigarrillo electrónico. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia*, 19, 343-347. <https://realacademiamedicinamurcia.es/wp-content/uploads/2023/10/Anales-2019.pdf>
- McConnell, R., Barrington-Trimis, J. L., Wang, K., Urman, R., Hong, H., Unger, J., Samet, J., Leventhal, A., y Berhane, K. (2017). Electronic Cigarette Use and Respiratory Symptoms in Adolescents. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 195(8), 1043-1049. <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0804OC>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Informe sobre los cigarrillos electrónicos: situación actual, evidencia disponible y regulación*. Ministerio de Sanidad <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/profesionales/docs/InformeCigarrillosElectronicos.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Productos de tabaco por calentamiento: Consideraciones de tipo sanitario y legal*. Ministerio de Sanidad <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/profesionales/docs/InformeCigarrillosElectronicos.pdf>

- sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/profesionales/docs/Informe_productos_tabaco_calentado.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Bolsitas de Nicotina ("Nicotine Pouches")*. In: *Informe Del Instituto Federal para Valoración de Riesgos (BFR) de Alemania*. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/profesionales/docs/NicotinePouches_informe.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023a). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994–2023*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023b). *Estudio piloto ESTUDES 2023 12 Y 13 años. Encuesta piloto sobre uso de drogas y adicciones en estudiantes de enseñanzas secundarias de 12 y 13 años de 1º y 2º ESO en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_OEDA_InformePilotoESTUDES_1y2_ESO.pdf
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995–2022*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Electronic nicotine and non-nicotine delivery systems: A brief*. Organización Mundial de la Salud (OMS). Oficina Regional para Europa. <https://iris.who.int/handle/10665/350474>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Nota informativa sobre los productos de tabaco calentados*. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334318/WHO-HEP-HPR-2020.2-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Who Report on the Global Tobacco Epidemic, 2021. Addressing new and emerging products*. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343287/9789240032095-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *New WHO report sheds light on the dark impact of e-cigarettes and heated tobacco products*. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://www.who.int/europe/news/item/22-09-2021-new-who-report-sheds-light-on-the-dark-impact-of-e-cigarettes-and-heated-tobacco-products>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Tabaco. Datos y cifras*. Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Opazo Breton, M., Britton, J., Brown, J., Beard, E., y Bogdanovica, I. (2021). Was the implementation of standardised tobacco packaging legislation in England associated with changes in smoking prevalence? A segmented regression analysis between 2006 and 2019. *Tobacco Control*, 32, 195–204. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056694>
- Park, H. R., O'Sullivan, M., Vallarino, J., Shumyatcher, M., Himes, B. E., Park, J. A., Christiani, C., Allen, J., y Lu, Q. (2019). Transcriptomic response of primary human airway epithelial cells to flavoring chemicals in electronic cigarettes. *Scientific Reports*, 9(1), 1400. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-37913-9>
- Real Decreto 47/2024, de 16 de enero, por el que se modifica el Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados. BOE. 15. 17 de enero de 2024; 6095–6098
- Peruga, A., Rodríguez Lozano, F., López, M. J., Córdoba García, R., Nerín, I., Sureda, X., y Fernández, E. (2022). Los productos de tabaco calentado: nuevo reto en el control del tabaco [Tobacco heated products: a new challenge in tobacco control]. *Gaceta Sanitaria*, 36(1), 57–59. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.12.033>
- Sharma, A., Gupta, I., Venkatesh, U., Singh, A. K., Golamari, R., y Arya, P. (2023). E-cigarettes and myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology*, 371, 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2022.09.007>
- Sociedad Española de Expertos en Tabaquismo. (2020). *Descifrando La Revisión Cochrane Sobre Cigarrillos Electrónicos*. Sociedad Española de Es-

- pecialistas en Tabaquismo (SEDET). <https://sedet.org/descifrando-la-revision-cochrane-sobre-cigarrillos-electronicos>
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. (2022). *Mitos y realidades sobre el vapeo, desde la evidencia científica*. Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT). Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). <https://www.semfy.com/grupo-abordaje-semfy-manipulacion-vapeo/>
- Tattan-Birch, H., Hartmann-Boyce, J., Kock, L., Simonavicius, E., Brose, L., Jackson, S., Shahab, L., y Brown, J. (2022). Heated tobacco products for smoking cessation and reducing smoking prevalence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD013790. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013790.pub2>
- Tommasi, S., Blumenfeld, H., y Besaratinia, A. (2023). Vaping Dose, Device Type, and E-Liquid Flavor are Determinants of DNA Damage in Electronic Cigarette Users. *Nicotine & Tobacco Research*, 25(6), 1145-1154. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntad003>
- Villanueva-Blasco, V. J., Isorna Folga, M., González-Carreño, C., Lozano-Polo, A., y Eslava, D. (2021). *Nuevas modalidades de consumo de cannabis-tabaco (dispositivos electrónicos y cachimba) y riesgos asociados*. Curso EVICT online sobre el nudo cannabis tabaco. Proyecto EVICT. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Villanueva-Blasco, V. J., Lozano-Polo, A., y Isorna Folga, M. (2022). *Nuevas formas de fumar. Bases para la prevención de las nuevas formas de consumir tabaco y productos relacionados*. Fundación Ayuda a la Drogadicción (FAD). Junta de Andalucía.
- World Heart Federation. (2021). *World Heart Federation calls for strict regulation of e-cigarettes and greater oversight of the industry's marketing and sales strategies*. World Heart Federation (WHF). <https://world-heart-federation.org/news/world-heart-federation-calls-for-strict-regulation-of-e-cigarettes-and-greater-oversight-of-the-industrys-marketing-and-sales-strategies>

— UNIDAD 5 —

Alcohol, formas de consumo y riesgos asociados

Yasmina Castaño

Catalina Espitia

Otger Amatller

Manuel Isorna

Montse Juan

1. Datos ESTUDES 2023 con perspectiva de género

El alcohol continúa siendo la sustancia psicoactiva más consumida entre la muestra del ESTUDES, aumentando 2 puntos porcentuales la prevalencia de consumo de alguna vez en la vida; 3,1 puntos porcentuales en la prevalencia de consumo de los últimos 12 meses; y, 3 puntos porcentuales en la prevalencia de consumo de los últimos 30 días con respecto a los datos registrados en el 2021. Actualmente, la prevalencia de consumo en alguna ocasión en la vida es de 75,9% (ESTUDES, 2023).

La edad media de inicio de consumo en ambos sexos se sitúa en los 13.9 años, y aumenta de manera proporcional a la edad (ESTUDES, 2023). La prevalencia de consumo de los últimos 30 días en mujeres (58,7%) fue mayor que la de hombres (54,5%). Donde mayor diferencia se evidencia es en el tramo de edad entre los 14 y 18 años, donde la prevalencia de consumo de los últimos 30 días, es de 36,5% para el grupo de 14 años y de un 73,8% para el de los 18 años (ESTUDES, 2023).

En cuanto a las borracheras en los últimos 30 días se evidencia que en casi todos los tramos de edad (excepto a los 17 años) las mujeres presentan más borracheras que los hombres. Adicionalmente, es importante mencionar que a los 18 años se alcanza la mayor prevalencia de borracheras en mujeres (32,8%) que en hombres (32%). En la misma línea, el 20,8% de los estudiantes ha experimentado en los 30 días previos a la encuesta una borrachera, aunque, con respecto a los datos de 2021 se evidencia una disminución de estudiantes que se han emborrachado en este tramo temporal (23,2% y 20,8% respectivamente) (ESTUDES, 2023).

En los últimos 30 días hay una prevalencia del 28,2% de estudiantes que hizo *binge drinking*, es decir, que “ha tomado 5 o más vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas”. En cuanto a la diferencia

Tabla 1. Otras modalidades (minoritarias) de consumo

Forma de consumo	Definición
Eyeballing	Aplicación directa de alcohol sobre la mucosa ocular.
Oxy-shots o "chupitos de la risa"	Consumo de alcohol a través de dispositivos de nebulización junto con oxígeno.
Tampodka	Impregnar un tampón con vodka e introducirlo en la vagina o en el recto.
Mezcla de alcohol con bebidas energizantes	Mezcla de alcohol con bebidas con alto contenido en cafeína, guaraná...
Gominolas	Consumo de gominolas que han estado en un recipiente con alcohol.
Bebida púrpura	Mezcla de Jarabe para la tos con soda
Bebidas alcohólicas saborizadas	Bebidas de diseño con alcohol listas para tomar (ej., Bacardi Breezer).

Fuente: Isorna y Arias (2022)

por sexo, se evidencia que este patrón de consumo es mayor en hombres (28,6%) que en mujeres (27,8%) (ESTUDES, 2023).

Con respecto al tipo de consumo, los combinados son la bebida alcohólica más consumida entre los estudiantes participantes (22,4%), siendo las mujeres las que escogen este producto con mayor frecuencia (23% vs 21,9% respectivamente); seguido de la cerveza y sidra, con una prevalencia mayor en hombres (16,1%) que en mujeres (11,1%) (ESTUDES, 2023).

A pesar de la restricción de venta de alcohol a personas menores de edad, un elevado porcentaje de los estudiantes entre 14 y 18 años refirió haber conseguido alcohol en supermercados (54,1%), bares (54,9%) y tiendas de barrio (49,4%).

Aunque muy minoritarias, se han detectado nuevas formas de consumo (Isorna y Arias, 2022) en los últimos años que es interesante conocer (Tabla 1), además de un nuevo tipo de TCANE (Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado, la ebriorexia, que consiste en el uso de medidas restrictivas, compensatorias y de control de peso para un posterior consumo de alcohol (Pietrabissa et al., 2018; Martínez et al., 2014).

2. Factores de riesgo y protección

La evidencia de las últimas décadas indica que las conductas de riesgo suelen estar interrelacionadas, como sugieren los estudios que muestran asociaciones entre varios problemas en la adolescencia (Biglan et al., 1990, 2004). En este sentido, el alcohol es uno de los que adquiere un papel central en el entramado de riesgos en población juvenil. Si nos centramos solo en el desarrollo de conductas adictivas, sabemos que algunas sustancias actúan como puerta de entrada para la iniciación de diferentes consumos. La primera droga de la secuencia suele ser el alcohol, acompañado del tabaco (más accesibles porque son legales y están disponibles), seguido de la marihuana y finalmente el resto de las sustancias (Kandel et al., 1978). En este sentido, el alcohol actúa como catalizador de diversas conductas de riesgo, actuando tanto a modo de disparador, como de modulador de conductas como el acoso escolar y laboral, los trastornos de salud mental (estado de ánimo, ansiedad, espectro psicótico, conducta alimentaria), los problemas socioeconómicos, los trastornos por juego de apuestas, los trastornos del sueño o el rendimiento académico y laboral.

Considerando las conexiones que se crean entre los riesgos, sabemos que cuando uno se incrementa en intensidad, afecta a otros; pero de igual modo, cuando se interviene sobre uno, reduciendo el riesgo, éste puede actuar como factor de protección sobre los demás. Por eso el uso de estrategias que partan desde la prevención del consumo de alcohol pueden ser de gran interés.

Las políticas públicas cumplen un rol importante en favorecer o desincentivar el consumo de alcohol. Algunas de ellas se plantean en la Tabla 2.

Tabla 2. Políticas públicas que pueden influir en el consumo de alcohol por eje temático

Ejes temáticos	Políticas públicas	Información de interés
Política fiscal y de precios	Impuestos como instrumento para subir el precio y disminuir el consumo	Esta política hace referencia al aumento del coste del producto, ya que se ha estudiado que este reduce su demanda, lo que se traduce en menos daños a la salud y en un aumento de los ingresos para la administración.
Regulación de la accesibilidad física y la disponibilidad del alcohol	Regulación de puntos de venta, espacios de consumo (horarios, límites, espacios de venta de alcohol). Regulación de venta a menores.	Está bien estudiado que, a mayor disponibilidad y fácil acceso, mayor consumo de alcohol. Por eso, políticas que regulen y generen barreras en la disponibilidad y accesibilidad de la sustancia reducen el consumo. La situación del ocio nocturno en España se ha caracterizado en las últimas décadas por contar con horarios de cierre tardíos, venta de alcohol en locales sin licencia, bajo precio de bebidas alcohólicas, lo que contribuye a la elevada incidencia de consumo.
Medidas sobre conducción de vehículos y alcohol	Regulación de límites para la conducción y otras actividades. Controles de alcohol en aire espirado Suspensión del permiso de conducir.	El registro de accidentes atribuible al consumo de alcohol está ampliamente estudiado. Por eso, se proponen políticas enfocadas en el establecimiento de niveles máximos de alcoholemia en conductores, establecimiento de un carné por puntos y la penalización de conductas que atentan contra la seguridad ciudadana.
Tratamiento e intervención precoz	Formación del personal sanitario. Programas en atención primaria de salud y otros entornos asistenciales Programas en entornos laborales. Consolidación y acreditación de una red especializada de atención a la dependencia Programas dirigidos a los familiares de las personas con dependencia Fomento de organizaciones y grupos de ayuda mutua de afectados y familiares Tratamiento obligatorio para personas con problemas legales relacionados con el alcohol.	El cribado por medio de instrumentos validados como el AUDIT y el CAGE, así como las intervenciones breves en atención primaria y contextos hospitalarios han mostrado efectividad.

Tabla 2 (cont.). Políticas públicas que pueden influir en el consumo de alcohol por eje temático

Ejes temáticos	Políticas públicas	Información de interés
Regulación de la promoción y publicidad	Restricción de la publicidad en medios de comunicación y espacios públicos . Restricción del patrocinio.	La publicidad del alcohol cada vez más enfocada hacia la población joven ha influido en la normalización de la percepción del consumo de alcohol.

Fuente: Adaptado de Villalbí y Bosque-Prous, 2020.

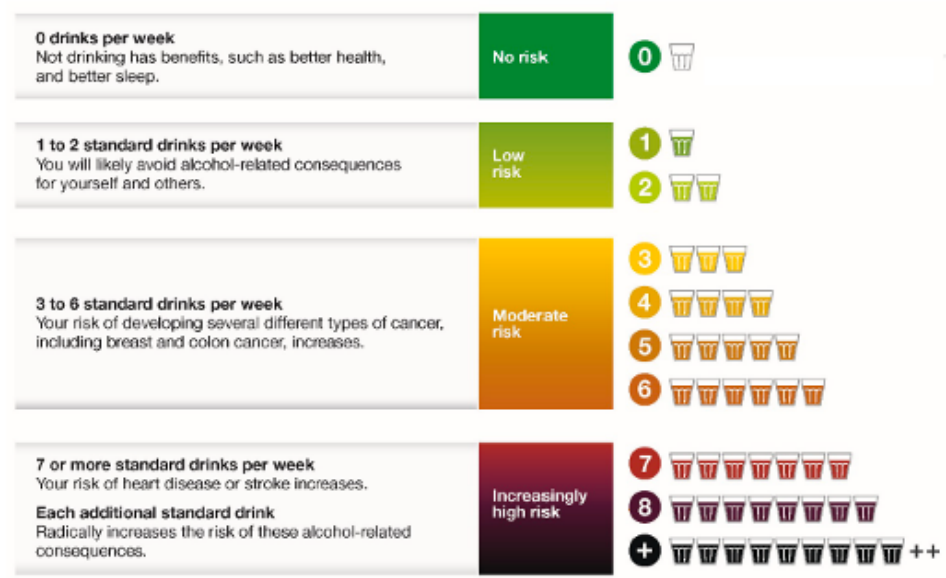
Según investigaciones recientes, la conciencia sobre los riesgos del consumo de alcohol entre los jóvenes españoles es baja (Suárez-Relinque et al., 2017). La evidencia sugiere que una mayor disponibilidad se asocia con un mayor consumo de alcohol y consecuencias asociadas (Dimova et al., 2022). La industria alcoholera ha logrado insertar el alcohol como núcleo del ocio de manera tan arraigada que, hoy en día, es prácticamente inimaginable acudir a una fiesta donde no se sirva. Su uso se contempla como una forma de entretenimiento, como facilitador social, pero a menudo se obvia que se trata de una sustancia tóxica que comporta graves consecuencias para la salud, la seguridad y el bienestar de las personas, especialmente para los menores. Las conductas de mayor riesgo suelen darse principalmente en entornos recreativos, y la normalización del consumo de alcohol lo convierte en uno de los comportamientos más prevalentes entre los jóvenes. Parte del problema es la presión social, la influencia de la industria, y la desprotección que resulta de ello en los menores. Conductas tan normalizadas como comprar el alcohol directamente a los adolescentes a modo de “mal menor”, permitirles beber una cerveza por la creencia de que todo el mundo lo hace o lo ha hecho siendo joven, o el mito de que beber una copa de vino con las comidas es bueno para la salud, son las que mantienen el problema. Esta normalización del consumo de alcohol en España es un factor de riesgo para los jóvenes, porque crecen en esta cultura del consumo y con el tiempo se produce la imitación de esta conducta, por lo que se considera un ritual de socialización, para pasar el rato, sin tener en cuenta sus riesgos reales (Redondo, 2016).

Una revisión europea de los factores ambientales (Hughes et al., 2011) encontró que un entorno permisivo, bebidas con descuento, hacinamiento y música a todo volumen contribuían significativamente a los problemas relacionados con el alcohol. Además de esto hay que considerar las lagunas existentes en la normativa que regula el control de publicidad de bebidas alcohólicas. España regula la publicidad de bebidas alcohólicas a menores y la publicidad de alto contenido alcohólico, pero no controla la de bebidas como la cerveza, el vino o el champán; ni la de las vallas publicitarias o el consumo en series de televisión y películas (Tortosa, 2010). Según la Ley General de Publicidad (34/1998), la comunicación audiovisual de bebidas alcohólicas superiores a 20° está prohibida excepto en la franja entre la una y las cinco de la madrugada, sin embargo, los anuncios de las bebidas alcohólicas más consumidas (por ejemplo, la cerveza), pueden emitirse sin esa restricción e incluso usan recursos que pueden resultar muy atractivos para la gente más joven e incitarles a consumir, como grupos de amigos, viajes, canciones y personajes famosos que los jóvenes tienen como referentes. Además de la publicidad, la disponibilidad del producto también se relaciona con un mayor consumo, pues la exhibición de bebidas en escaparates y las ofertas promocionales, aumentan la exposición al alcohol, especialmente cuando los precios son bajos (Pastor et al., 2020; Sureda et al., 2018). La imagen favorable del alcohol y la disponibilidad de bebidas alcohólicas *light* a precios asequibles, así como el microclima social creado por los jóvenes, juegan un claro papel en la normalización del alcohol y el aumento de su consumo (Rodríguez-Martos, 2007).

3. Consecuencias y riesgos asociados al consumo

El consumo de alcohol continuado se relaciona con la aparición de enfermedades fisiológicas a largo plazo como la hipertensión arterial, alteraciones del sueño, gastritis, úlcera gastroduodenal, cirrosis hepática, disfunciones sexuales, cardiopatías, deterioro cognitivo, encefalopatías (PNSD, sf) y cáncer (ej., pulmón y colon) (Paradis et al., 2023). La Figura 1 plasma una representación del riesgo acumulado según la cantidad de alcohol ingerido habitualmente.

Figura 1. Riesgo acumulado según cantidad de alcohol ingerido habitualmente



Fuente: Paradis et al. (2023)

El consumo de alcohol también está relacionado de manera directa con problemáticas de salud mental externalizantes (problemas comportamentales, hiperactividad etc.) y, con problemas internalizantes como la depresión, ansiedad y comportamiento suicida (Strandheim et al., 2011).

3.1. Depresión

El estudio de Bartoszek et al. (2020) encontró una asociación positiva entre el nivel de depresión que presentaba la población diana y el consumo de alcohol, teniendo en cuenta que el 17,82% que indicó un mayor consumo de alcohol, puntuó un nivel de depresión leve en el Inventario de Depresión de Beck. En la misma línea, Balluerka et al. (2020), reportan que la narrativa de algunas personas participantes evidenció un aumento en el consumo de alcohol y/o cigarrillo durante el confinamiento. Adicionalmente, los participantes del estudio indicaron “cambios en sus actitudes y estados de ánimo respecto de su vida anterior y también cambios a lo largo del confinamiento. Estos cambios se refieren, sobre todo, a estados de ánimo disfóricos, y también eufóricos” (Balluerka et al. 2020, p.38).

Finalmente, un estudio transversal realizado a personas mayores de 18 años residentes del Reino Unido (691 personas), evidenció que el aumento de consumo de alcohol predominó en el rango de edad entre los 18 y 34 años y, adicionalmente se propone que la prevalencia de malestar psicológico (depresión) era significativamente mayor en las personas que habían reportado un incremento en su consumo de alcohol (Jacob et al., 2021).

3.2. Ansiedad

Según Torres et al. (2010), “Los pacientes que sufren de ansiedad o depresión pueden abusar del alcohol, del cigarrillo o de otras drogas para aliviar temporalmente sus síntomas. La presencia del trastorno psiquiátrico primario incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno por abuso de sustancias, como en el caso de ciertos trastornos de ansiedad en los cuales el consumo de alcohol y de otras drogas puede ser usado para controlar el pánico” (p.18).

Por otro lado, se ha visto que en adolescentes el estrés y la ansiedad por las diferentes transiciones que están teniendo puede aumentar el consumo de alcohol debido a las propiedades ansiolíticas que tiene el alcohol (depressor del SNC) (Correia y Marcassa, 2018). En el estudio de Strandheim et al. (2011) se evidenció que la sintomatología ansiosa incrementaba la probabilidad de frecuencia de consumo de alcohol especialmente en las mujeres.

3.3. Suicidio

Según Borges et al. (2017) el riesgo de atentar contra la propia vida aumenta 37 veces más después de haber tenido un consumo abusivo de alcohol. Es importante tener en cuenta que el abuso del alcohol provoca alteraciones en el estado del ánimo que a su vez afectará de manera directa la toma de decisiones. Cuando hay una intoxicación por alcohol (borrachera) pueden surgir emociones de tristeza, infelicidad, melancolía. También hay deficiencia cognitiva racional que aumenta las ideas suicidas y por ende los actos impulsivos. Según la OMS (2021), hay 7 veces más probabilidades de intento de suicidio después de beber alcohol. Aproximadamente el 18% de los suicidios a nivel mundial tuvieron que ver con el consumo de alcohol.

Otros problemas relacionados con el uso ocasional o continuado de alcohol incluyen: violencia, tanto de pareja, como sexual y no sexual (Paradis et al., 2023) y sexualidad de riesgo (ESTUDES, 2022).

El consumo de alcohol conlleva una serie de consecuencias a nivel social, familiar, académico y profesional. Es una de las principales causas de pérdida de años de vida laboral y, por tanto, de pérdidas de desarrollo económico y productividad (OEDA, 2021). El rendimiento académico es notablemente diferente entre quienes consumen alcohol y quienes no, tanto a nivel de notas (10 puntos porcentuales por debajo) como en repetición de cursos, ausentismo, dificultad de concentración, número de expulsiones (ESTUDES, 2021; OEDA, 2021). Dentro de la familia pueden presentarse agresiones de diferente tipo, abandono, entre otras (APA, 2010), y se presenta dificultad para cumplir con sus obligaciones en todas sus áreas de ajuste. Por ejemplo, puede producirse la pérdida del trabajo, peleas en la familia, pérdida de año escolar.

Con respecto a la morbilidad asociada al alcohol, en el año 2019, el Registro Específico de Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas registró un total de 920 muertes, el alcohol estuvo presente en el 39,7% de estos casos los cuales fueron mayoritarios en mujeres (43,6% y 38,7% respectivamente) (OEDA, 2021). Ahora bien, si tenemos en cuenta el periodo de tiempo entre el 2010 y 2017 a nivel nacional se estima que hubo 15.489 muertes al año atribuibles al alcohol mayormente en hombres (73,8%). Un meta-análisis de Zhao et al. (2023) encontró que las personas clasificadas como ex bebedores presentan mayores tasas de mortalidad en comparación con los abstemios. En referencia al sexo se evidencia que para todas las causas de mortalidad las mujeres presentaban mayor riesgo que los hombres cuando bebían 25 gramos o más por día. Sin embargo, cuando el consumo era menor a 25g de media, el riesgo de mortalidad fue similar para ambos sexos.

4. Soluciones: qué funciona y qué no.

La evidencia científica nos muestra que para prevenir o reducir el consumo de alcohol en la población de manera efectiva, las intervenciones deben ser multicomponente y a todos los niveles. Aunque en el apartado correspondiente para cada tipo de prevención se profundizará en cada uno de los niveles en función del ámbito: familiar, escolar o ambiental, a continuación se especifican algunas de las medidas que se consideran de buenas prácticas en el caso del alcohol, así como otras que se consideran perjudiciales.

Según diversos autores (Junta de Castilla y León, 2016; Villalbí y Bosque-Prous, 2020), hay una serie de medidas a nivel político y administrativo que se hacen necesarias para prevenir y reducir el consumo de alcohol en un territorio. Concretamente hablamos de:

- a.** Introducir leyes de responsabilidad civil aplicables a los establecimientos de venta y dispensación de alcohol y permitir su venta solo bajo licencia.
- b.** Subir los precios de las bebidas alcohólicas mediante el incremento de impuestos y fijar un precio mínimo por unidad. Un precio más alto puede retrasar la edad de inicio en las personas más jóvenes y reducir el consumo de las personas que realizan un consumo excesivo de alcohol.
- c.** Limitar los días y horas de venta de alcohol en bares, discotecas, restaurantes y otros establecimientos de venta y dispensación. En ausencia de dichas limitaciones, la literatura muestra que el número de incidentes y accidentes relacionados con el alcohol aumenta.

- d. Limitar la cantidad de establecimientos de venta de alcohol por zona. La evidencia indica que una mayor concentración de puntos de venta de alcohol se relaciona con mayor índice de consumo y de problemas asociados; y regular su ubicación ya que su cercanía a centros educativos se relaciona con mayor incidencia de consumo en adolescentes.
- e. Mantener la edad mínima de dispensación de alcohol y asegurarse de que siempre se pide un documento identificativo.

De igual modo, también se recomienda llevar un control del contenido y volumen de la publicidad relacionada con el alcohol. Para ello se recomienda regular legalmente el contenido y volumen de publicidad sobre alcohol en espacios publicitarios y eventos deportivos y culturales. La evidencia indica que la exposición en la adolescencia a anuncios relacionados con la venta de alcohol, en cualquiera de sus formas (televisión, móvil, banners), aumenta la probabilidad de consumo, al igual que la presencia continuada de bebidas alcohólicas en eventos deportivos y su promoción por parte de figuras de referencia. Campañas publicitarias de la industria con mensajes que intentan ser preventivos como el de un “consumo responsable” han demostrado ser ineficaces e incluso iatrogénicos, especialmente entre los menores.

Asegurarse de que los empleados de locales que venden y dispensan alcohol estén formados en dispensación responsable de alcohol (DRA) es otra de las medidas recomendadas. De acuerdo con la literatura, el entrenamiento en DRA se asocia con un descenso significativo de la tasa de consumo excesivo de alcohol y con un menor porcentaje de accidentes de tráfico relacionados con el alcohol.

A nivel educativo, contar con una política escolar que integre en su planificación la implementación de programas preventivos basados en evidencias, así como una normativa que incluya un control de posibles consumos en el centro y con protocolos que ayuden a identificar lugares y momentos de consumo entre los estudiantes, es igualmente importante para la prevención y la detección temprana de casos.

Con respecto a las intervenciones en contextos de uso, se sabe que para que sean efectivas, deben acompañarse de supervisión policial que asegure el cumplimiento de las leyes y deben involucrar a la comunidad. Asimismo, hay que dejar de lado prácticas que la investigación muestra que no funcionan como las intervenciones informativas (mesas de información, folletos...) en los mismos espacios de ocio.

No obstante, estos componentes de por sí no garantizan el éxito preventivo. Es necesario conocer el contexto, la legislación vigente, los modelos de consumo y el panorama sociopolítico para poder adaptar las estrategias clave de la manera más ajustada posible. Dos ejemplos de ello son el modelo islandés y el modelo STAD.

El modelo islandés surgió en los años 90, a raíz de la necesidad de reducir su tasa de consumo de sustancias, que se encontraba por encima de la media europea. Para ello, se creó un grupo formado por responsables políticos, funcionarios y expertos en prevención para analizar el problema y buscar soluciones y se creó el modelo (Sigfusdottir et al., 2011). Su objetivo era reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección presentes a nivel comunitario, a través de la implicación de todos los sectores de la comunidad (Nash et al., 2005; Palsdottir, 2003). Para conseguirlo, desarrollaron una serie de estrategias que incluían: crear coaliciones locales, conseguir financiación local, desarrollar estrategias de participación comunitaria, insertar cambios a nivel político y administrativo (toques de queda, prohibición de publicidad vinculada al alcohol, legislación contundente), y dedicar personal administrativo únicamente para trabajar en la implementación del modelo (Kristjansson et al., 2020). Los resultados en términos de eficacia fueron muy positivos. El problema es que se trata de un modelo que no es extrapolable a otros países, por las características propias de Islandia (baja densidad poblacional, estilo de vida, modelo de comunidad). Es un modelo que podría llevar años implementar en otras regiones y sin garantías de éxito, ya que todavía hay poca evidencia de la relación causal entre la aplicación del modelo y el descenso real del consumo de alcohol (Kristjansson et al., 2016), por lo que se precisaría de un compromiso político que pocos estados pueden asumir.

Por otra parte, el modelo STAD, otra estrategia de prevención ambiental ya aplicada en siete países europeos, se ha mostrado eficaz en la disminución de la tasa de *binge drinking*, así como en la reducción de la tasa de violencia asociada al alcohol, y en la dispensación de alcohol a personas menores de edad o intoxicadas. Parte de su éxito reside en su capacidad de adaptación en función del modelo de consumo experimentado en cada país (consumo de interior, de exterior, en festivales o en vida nocturna). El modelo nació en Estocolmo, Suecia, con el objetivo de reducir el consumo intensivo de alcohol a través de la movilización comunitaria, el entrenamiento en DRA y la aplicación de medidas policiales estrictas en función de las regulaciones vigentes (<https://stadineurope.eu/>). La aplicación del modelo se ha mostrado eficaz, especialmente en relación con la disminución de la tasa de dispensación de alcohol a personas vulnerables (Quigg et al., 2022) y de venta en establecimientos a menores (Duch et al., 2020).

5. Desde la reflexión y la experiencia

A continuación se presentan dos ejemplos de estrategias preventivas eficaces relacionadas con el consumo de alcohol.

AMPHORA fue una iniciativa (2009–2012) cofinanciada por la Unión Europea y elaborada por 13 países comunitarios para reducir el consumo de alcohol, ya que “el consumo per cápita de alcohol en Europa, es el más alto del mundo, además de mermar la salud y reducir la productividad, es la causa de 138.000 muertes cada año” (Cordis,sf). Más información disponible en: <https://cordis.europa.eu/project/id/223059/reporting>

ALICE–RAP (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe – Reframing Addictions Project) es un proyecto de investigación (2011–2016) cofinanciado por la Comisión Europea que reúne a unos 200 científicos de más de 25 países y 29 disciplinas diferentes. Sus objetivos son fortalecer la evidencia científica, informar el diálogo público y de políticas, y fomentar un debate amplio y productivo sobre los enfoques actuales y alternativos de la adicción. Sus hallazgos se dividieron en siete categorías: gobernanza de las adicciones; impacto de las sustancias y comportamientos adictivos en el bienestar individual y social; determinantes del efecto perjudicial de las conductas adictivas, conceptos espaciotemporales sobre sustancias y conductas adictivas; impacto del mercado en las sustancias y comportamientos adictivos; nueva gobernanza de las sustancias y conductas adictivas; y trabajo en red e investigación multidisciplinar. Más información disponible en: <http://www.alicerap.eu/about-alice-rap.html>

Bibliografía

- American Psychological Association. (2010). *Trastornos del consumo de alcohol y su tratamiento*. <https://www.apa.org/topics/substance-use-abuse-addiction/alcohol>
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, D. M., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L., y Santed, M. A., (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento: Informe de investigación. Recuperado de: https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Consecuencias_psicologicasCOVID19.pdf
- Bartoszek, A., Walkowiak, D., Bartoszek, A., y Kardas, G. (2020). Mental Well-Being (Depression, Loneliness, Insomnia, Daily Life Fatigue) during COVID-19 Related Home-Confinement-A Study from Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7417. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207417>
- Biglan, A., Brennan, P. A., Foster, S. L., y Holder, H. D. (2004). Helping adolescents at risk: Prevention of multiple problem behaviors. Guilford Press. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.12.022>
- Biglan, A., Metzler, C. W., Wirt, R., Ary, D., Noell, J., Ochs, L., French, C., y Hood, D. (1990). Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behavior among adolescents. *Journal of behavioral medicine*, 13(3), 245–261. <https://doi.org/10.1007/BF00846833>
- Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., y Rossow, I. (2017). A metaanalysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. 47(5), 949–57. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>
- Correia, E., y Marcassa, A. (2018). Correlation between anxiety and alcohol consumption among college students. *Periódicos Electrónicos en Psicología*. 20(2), 107–119. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p107-119>
- Dimova, E., Lekkas, P., Maxwell, K., Clemens, T. L., Pearce, J. R., Mitchell, R., Emslie, C., Shortt, N. (2022). Exploring the influence of local alcohol avai-

- lability on drinking norms and practices: a qualitative scoping review. *Drug and Alcohol Review*. 42(3), 691–703. <https://doi.org/10.1111/dar.13596>
- Duch, M., Gervilla, E., Juan, M., Guimarães, C., Kefauver, M., Elgán, T.H., Gripenberg, J., y Quigg, Z. (2020). Effectiveness of a Community-based intervention to increase supermarket vendors' compliance with age restrictions for alcohol sales in Spain: a pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph17165991>
- Hughes, K., Quigg, Z., Eckley, L., Bellis, M., Jones, L., Calafat, A., Kosir, M., van Hasselt, N. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction*, 106(1), 37–46. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03316.x>
- Isorna, M., y Arias, (2022). Una aproximación al panorama actual de las nuevas formas de consumo de drogas. *Adicciones*, 34(1), 3–12. <https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.1787>
- Jacob, L., Smith, L., Armstrong, N. C., Yakkundi, A., Barnett, Y., Butler, L., McDermott, D. T., Koyanagi, A., Shin, J. I., Meyer, J., Firth, J., Remes, O., López-Sánchez, G. F., y Tully, M. A. (2021). Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults. *Drug and alcohol dependence*, 219(108488). 10.1016/j.drugalcdep.2020.108488
- Junta de Castilla y León. (2016). *Guía práctica para reducir el consumo de alcohol*. https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/4/529/GUIA%20%20PRAT.%20REDUCIR%20CONSUMO%20ALCOHOL%20.v7_DEFINITIVA.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true
- Kandel, D. B., Kessler, R. C., y Margulies, R. Z. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. *Journal of youth and adolescence*, 7(1), 13–40. <https://doi.org/10.1007/BF01538684>
- Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, T., Mann, M. J., Sigfusson, J., y Allegrante, J. P. (2016). Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997–2014. *Addiction*, 111(4), 645–52. <https://doi.org/10.1111/add.13248>
- Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., Sigfusdottir, I. D. (2020). Implementing the Icelandic Model for Preven-

- ting Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*, 21(1), 70–79. <https://doi.org/10.1177/1524839919849033>
- Martínez, A. G., López-Espinoza, A., Navarro Meza, M., López-Uriarte, P. y Salazar Estrada, J. G. (2014). Trastornos de la conducta de beber: Una propuesta de investigación. *Revista Mexicana De Trastornos Alimentarios*, 5(1), 58–69.
- Nash, S. G., McQueen, A., y Bray, J. H. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: family environment, peer influence, and parental expectations. *Journal of Adolescent Health*, 37(1), 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.jado-health.2004.06.004>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Estudes 2023. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, 1994–2023*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Global status report on alcohol and health, 2018*. Editor.
- Plan Nacional sobre Drogas. (s,f). *A largo plazo (efectos crónicos)*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/alcohol/menuAlcohol/largoPlazo.htm>
- Paradis, C., Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sher, K., y the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. (2023). *Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report*. Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.
- Pastor, A., Molina, I., Sandín, M., Conde, P., Bosque-Prous, M., Franco, M., Shortt, N., Sureda, X. (2020). Availability, promotion, and signs of alcohol consumption: a mixed methods study of perceived exposure and objective measures. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17218153>.
- Pietrabissa, G., Rossi, A., Gaudenzi, M., Bertuzzi, V., Tagliagambe, A., Volpi, C., Manzoni, G.M., Cattivelli, A., Mannarini, S., Castelnuovo, G., y Simpson, S. (2018). Drunkorexia: empirical investigation and analysis of the characteristics of the phenomenon in an Italian sample of adolescents and

- young adults. *Psychology, Society & Education*, 10(3), 285–299. <https://doi.org/10.25115/psye.v10i1.2135>
- Quigg, Z., Butler, N., Hughes, K., y Bellis, M. A. (2022). Effects of multi-component programmes in preventing sales of alcohol to intoxicated patrons in nightlife settings in the United Kingdom. *Addictive Behaviors Reports*, 15. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2022.100422>
- Redondo, M. (2016). Motivaciones de los adolescentes para el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol y tabaco. Estudio cualitativo. Tesis. Recuperado de: <https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/760/1/9788416819553.pdf>
- Rodríguez-Martos, A. (2007). ¿Por qué es tan difícil legislar sobre alcohol en España? *Adicciones*, 19(4), 325–332.
- Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L., Gudmundsdottir, M. L., Allegrante, J. P. (2011). Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland. *Global Health Promotion*, 18(3), 23–6. <https://doi.org/10.1177/1757975911412403>
- Strandheim, A., Bratberg, G. H., Holmen, T., Coombes, L., y Bentzen, N. (2011). The influence of behavioural and health problems on alcohol and drug use in late adolescence – a follow up study of 2399 young Norwegians. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*. 5(17). 10.1186/1753–2000–5–17
- Suárez-Relinque, C., Del Moral, G., Martínez, B., y Musitu, G. (2017). Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7). <https://doi.org/10.1590/0102–311X00129716>
- Sureda, X., Carreño, V., Espelt, A., Villalbí, J. R., Pearce, J., Franco, M. (2018). Alcohol in the city: wherever and whenever. *Gac. Sanit.*, 32(2), 172–175. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.06.008>
- Torres, Y., Posada, J., Bareño, J., y Berbesí, D. Y. (2010). Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 14s–35s. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a02.pdf>
- Tortosa, V. (2010). Publicidad y alcohol: situación de España como país miembro de la Unión Europea. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 1(1), 30–38.

- Villalbí, J. R., y Bosque-Prous, M. (2020). Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol: prioridades para España. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202011168.
- Zhao, J., Stockwell, T., Naimi, T., Churchill, S., Clay, J., y Sherk, A. (2023). Association Between Daily Alcohol Intake and Risk of All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analyses. *JAMA network open*, 6(3), e236185. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6185>

— UNIDAD 6 —

Cannabis, formas de consumo y riesgos asociados

Víctor J. Villanueva-Blasco

Manuel Isorna Folgar

Joseba Zabala Galán

1. Introducción

La industria del cannabis ha mostrado una creciente expansión al amparo de diversos contextos que han regulado su consumo, tanto con fines terapéuticos como otros vinculados al ocio y espacios recreativos. Los cambios regulatorios que se han dado en algunos países han contribuido a un cambio en su percepción social, favoreciendo una imagen más aceptada como “planta con fines medicinales” y “sustancia de bajo riesgo” en su consumo. Asimismo, este cambio de imagen ha favorecido su normalización, ha incrementado su demanda y, con ello, su disponibilidad y accesibilidad. A través de diversas estrategias de rebranding y publicidad, la industria ha fomentado una “cultura cannábica”, estimulando el autocultivo y un sentido de pertenencia entre los consumidores. En paralelo, la industria cannábica ha desarrollado la comercialización de nuevos productos asociados a distintas formas y vías de consumo del cannabis. Este proceso de diversificación de formas, vías de consumo y productos asociados al cannabis converge con el fomento de crear una cultura cannábica en la que facilitar a los consumidores nuevas experiencias.

En el presente capítulo se presenta una revisión de las distintas formas y vías de consumo de cannabis, con el objeto de que estas sean conocidas por los y las profesionales de prevención de adicciones. Es importante que cuando se interviene a nivel preventivo se tenga una cierta noción sobre los patrones de consumo; bien para dar consejos de salud de manera informada respecto a los riesgos asociados; bien para detectar consumidores experimentados y/o intensivos que, por este motivo, sean candidatos a programas de prevención indicada.

2. Consumo de cannabis por vía respiratoria

La vía intrapulmonar es la principal vía de consumo de cannabis. Del total de THC, entre un 10–30% llega a los pulmones y la sangre, un 30% se destruye por la combustión y un 50% se pierde en el aire. La cantidad final de THC absorbido en el organismo depende de la profundidad y número de caladas, así como de la concentración de THC del cannabis fumado o inhalado. El THC se detecta en sangre de inmediato después de la primera calada (1–2 minutos) y las concentraciones máximas se alcanzan entre los 3 y 10 minutos. Es habitual en los fumadores de cannabis inhalar profundamente y contener la respiración para lograr la máxima absorción de THC en los pulmones (Hall et al., 2009). En consecuencia, es conveniente recomendar hacer caladas más espaciadas y menos profundas, para evitar que la cantidad de THC en sangre sea muy elevada y le genere lo que los usuarios denominan “un blanco”.

El consumo de cannabis por vía intrapulmonar fumada adopta formatos diferentes según sea el contenido y método de liado, pudiendo considerarse (Isorna et al., 2019):

- a. El porro (o spliff, en inglés) consiste en un cigarro liado o enrollado de marihuana o hachís mezclado con tabaco. De hecho, es la forma más común de consumo de cannabis entre la mayoría de los consumidores europeos (Pirone et al., 2015). El consumo dual de cannabis-tabaco expone a los consumidores a los riesgos de ambas sustancias, incluida la adicción dual, lo que se ha denominado el nudo cannabis-tabaco (ÉVICT, 2015).
- b. Un “Joint” es un cigarro de marihuana (sin tabaco), motivo por el cual también se le denomina “verde”. Esta forma de consumo es minoritaria

en España, situándose en aproximadamente 1 de cada 10 consumidores. El consumo de un “verde” implica que la cantidad de THC fumada que entra en el organismo es mayor, con los riesgos que ello supone, tanto en el desarrollo más rápido de la adicción como a nivel de efectos sobre la salud específicos para esta sustancia.

- c.** Cuando se usa la cobertura de hoja de un puro relleno de cannabis se denomina “*Blunt*”. Esta forma de preparación es poco frecuente en nuestro medio y se usa preferentemente en el continente americano. Este consumo expone a los riesgos conjuntos planteados anteriormente para el “porro” y el “verde”.

Respecto a estas formas de consumo, hay que considerar los distintos elementos que son utilizados en su preparación y/o consumo, ya que posteriormente van a determinar asimismo riesgos asociados diferentes. Entre los elementos habituales, encontramos:

- a.** La boquilla: Las más utilizadas son las de cartón y las de filtro (Grifell, 2015). Los filtros de monoacetato de celulosa son muy utilizados en cigarrillos, sobre todo con tabaco de liar y en los porros con hachís. La mora consiste en utilizar la punta del cigarro como boquilla, tomando alrededor de unos 10 mm de tabaco. La tuquera (*Joint Stick*), es un trozo de caña hueca en la que en un extremo se coloca el porro y por el otro orificio se fuma. El tipo de boquilla va a determinar la mayor o menor cantidad de partículas que pasan al organismo, o se quedan en el filtro, exponiendo a una mayor o menor cantidad de riesgos asociados.
- b.** El papel de liar: El papel de liar se utiliza para los porros *Joint* y *Spliff*, no así para el *Blunt* cuya cobertura de tabaco sustituye al papel de liar. El papel suele estar fabricado de pasta de madera o pasta textil (lino, arroz, cáñamo, esparto y yute) o una mezcla. En cuanto al engomado, actualmente se utiliza acetato de polivinilo o goma arábica. Con el papel de liar pueden plantearse formatos alternativos al habitual, como su forma en “L” o “V”, el biturbo o triturbo, o porro triple enredado o trenza, porro Tulipán, recubierto con aceite de hachís (Twax Joint),

entre otras. A nivel preventivo, en los y las consumidores que muestran formatos de consumo alternativos al “porro” habitual es indicativo de una mayor experiencia de consumo, por lo que hay que plantear las acciones a un nivel de prevención indicada.

- c.** El contenido: El contenido de cannabis (marihuana, hachís o aceite de hachís) que se utiliza en un porro, y si se mezcla con tabaco, cambia dependiendo del tipo de consumo y tolerancia. Puede ir de 100 miligramos a 1 gramo. En España, lo más frecuente es que con un gramo de hachís o marihuana se obtengan 3 o 4 porros. A la cantidad variable, hay que sumarle la diferente concentración del principio activo (THC), observándose una gran variabilidad en los efectos tras su inhalación. A lo largo de las dos últimas décadas el aumento de las concentraciones de THC ha crecido de forma progresiva (Chandra et al., 2018). Por tanto, el número de porros que se obtienen por gramo de hachís o marihuana va a ser un elemento clave para determinar el patrón de consumo y posible adicción, aunque en este sentido es clave también la frecuencia de consumo y la concentración de THC.

3. Consumo de cannabis inhalado

El consumo de cannabis inhalado consiste en aspirar el humo resultado de la combustión de cannabis solo o con otros productos, a través de distintos dispositivos como pipas, cachimbas o cigarrillos electrónicos. En función del dispositivo utilizado se observan diferencias en la cantidad de humo aspirado, en la prolongación de la aspiración y las toxinas producidas. Por tanto, es importante conocer cómo se produce el consumo de cannabis inhalado a través de estos dispositivos y cuáles son los riesgos asociados con el objeto de ajustar los mensajes y acciones preventivas.

El consumo de cannabis inhalado presenta particularidades en función del dispositivo utilizado.

- a.** Pipa de agua (también llamadas cachimba, hookah, shisha o narguile). Permiten fumar tabaco, cannabis y otras sustancias aromáticas a través de un filtro de agua y una o varias boquillas. Chabrol et al. (2002) informan que el consumo en cachimba presenta efectos más rápidos y de mayor intensidad. Fumar en cachimba hace que las inhalaciones envíen más humo a los pulmones y por tanto más THC, lo que amplifica el efecto del cannabis debido principalmente a su efecto broncodilatador (Tetrault et al., 2007).
- b.** El bong es un formato concreto de pipa de agua que puede utilizarse para fumar cannabis. Consta de una cazoleta, un tallo, el interior (la base), una cámara de humo (tubo) y la boquilla.
- c.** Vaporizadores. Una forma cada vez más extendida de consumir el cannabis es mediante el uso de vaporizadores. La inhalación al vaporizar cannabis da lugar a concentraciones máximas de THC en sangre en un

plazo de 15 a 30 minutos y disminuye en un plazo de 2 a 3 horas (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

- d. Cigarrillos electrónicos. La expansión del consumo de cannabis ha contribuido al desarrollo de una nueva industria de productos para consumir cannabis de manera alternativa a la habitual forma fumada. De esta manera, los usuarios que utilizan cigarrillos electrónicos convencionales pueden sustituir los cartuchos de nicotina por otros que contienen THC, o CBD, o incluso mezclar líquidos enriquecidos con nicotina con los de THC, reproduciendo el consumo dual de cannabis-tabaco en este formato. Aunque ya hay compañías que han empezado a fabricar porros electrónicos desechables. Esta modalidad de consumo está ganando adeptos entre los consumidores frente a los porros tradicionales, ya que pasan más desapercibidos en espacios públicos.
- e. Dabbing. En los últimos tiempos se le ha dado mucha difusión al consumo de aceite de hachís o *"dabbing"*. Consiste en calentar sobre una superficie o pequeño elemento en forma de tubo (que se llama *"dab rig"* o *"clavo"*) concentrados de cannabis obtenidos a través de distintos procesos.
- f. Hotboxing. Hacer un *"hotboxing"* (también denominado *"burbuja"*, *"submarino"* o *"campana"*), es el acto de fumar una gran cantidad de cannabis en un espacio cerrado y reducido, habitualmente en grupo, inhalando así el humo de segunda mano.

4. Consumo de cannabis por vía oral

Es importante destacar que ingerir cannabis (aceites, pasteles, infusiones) por vía oral proporciona unos efectos diferentes a cuando es fumado o vaporizado. Los efectos suelen ser más duraderos y psicodélicos. Con la ingestión de cannabis la absorción de THC se ralentiza por la presencia de comida (Grotenhermen, 2003; Huestis, 2005), por lo que la concentración máxima de THC en plasma aparece a las 2–4 horas, con el inicio de los efectos entre 30 minutos y 2 horas post administración, pudiendo durar hasta 6 horas. El hecho de tardar más tiempo en hacer efecto es un factor de riesgo de sobredosis o intoxicación. Es por ello por lo que, en el caso de consumir, hay que ser prudentes y esperar los efectos al menos una hora después de tomar la primera dosis (pastel, infusión, etc.) de cannabis.

El consumo de cannabis por vía oral puede realizarse de distintas formas:

- a.** Infusión: El THC es liposoluble pero no hidrosoluble, es decir, se puede disolver en grasas, pero no en agua. Esto hace que la infusión con agua sea poco efectiva. Por el contrario, si se utiliza leche, la lipofilia del THC facilitará su unión a las grasas que ésta contiene.
- b.** Macerado en alcohol: Las tinturas de cannabis se logran tras la maceración del cannabis en alcohol.
- c.** Repostería: Una forma habitual de consumo de cannabis vía oral es mediante pasteles, galletas o preparados similares con marihuana o aceite de hachís (“hash brownies”).

5. Preparados de cannabis transdérmicos.

Otra vía de administración de cannabis es la cutánea o transdérmica, a través de la piel. Por sus características lipofílicas, los cannabinoides se disuelven bien en grasas pero tienen una menor capacidad de penetración transdérmica que las sustancias hidrofílicas. Aunque hay quien las usa en patologías crónicas, artrosis, fibromialgia y enfermedades reumáticas, hay que decir que no hay ningún tratado de dermatología que recomiende su uso debido a la falta de evidencia científica.

6. Riesgos y daños asociados al consumo de cannabis

6.1. Riesgos asociados al consumo de cannabis por vía respiratoria

Al hablar del consumo dual de cannabis-tabaco, existe la creencia de que el tabaco de liar tiene menos riesgo para la salud que los cigarrillos convencionales, que tiene menos aditivos, o que es menos dañino (Laugesen et al., 2009). Sin embargo, la realidad es otra, así los contenidos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono alcanzan valores de hasta el 70%, el 85% y el 84%, respectivamente. En consecuencia, desde un enfoque de reducción de riesgos y daños, la recomendación a los fumadores de porros es que estos sean con tabaco de cigarrillo en lugar de tabaco de liar.

En caso de fumarse sin filtro (o con filtros poco eficientes), la concentración de partículas en las vías aéreas es cuatro veces mayor que al fumar tabaco y la forma de fumar genera temperaturas más altas modificando procesos bioquímicos y la producción de numerosas sustancias. Las temperaturas de combustión durante el consumo de cannabis alcanzan los 500–900°C (Davis et al., 1984; Giroud et al., 2015).

Durante el consumo de cannabis fumado, el consumidor o consumidora puede realizar inspiraciones profundas y contener la respiración para garantizar la máxima absorción de THC y nicotina en los pulmones (Grifell, 2015). Pero a la vez, también se inhalan otras sustancias como cianuro de hidrógeno, alquitrán, nicotina, dióxido de carbono, nitrosaminas propias del tabaco, aminas aromáticas, óxido de nitrógeno, amoníaco, benzopirenos, y trazas de plomo, selenio, arsénico, cromo, y níquel entre otras sustancias. Algunas de ellas son cancerígenas y otras tóxicas a determinadas dosis (Chatkin et al., 2017; Organización panamericana de la salud, 2016). Existe evidencia sobre que el consumo de cannabis en dosis altas y moderadas produce diversos síntomas respiratorios y es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de pulmón (Chatkin et al, 2017).

También existe suficiente evidencia respecto a la relación entre fumar cannabis y la inflamación amplia de las vías respiratorias, una resistencia más alta en las vías respiratorias y una hiper inflamación de los pulmones, que se relaciona con mayor frecuencia de síntomas de bronquitis crónica en personas que fuman cannabis regularmente (Tashkin, 2013). Fumar cannabis también puede afectar la capacidad de defensa del sistema respiratorio, incrementando la probabilidad de adquirir infecciones respiratorias, como la neumonía (Owen et al., 2014). Polen et al. (1993) encontraron un mayor número de bajas laborales ocasionadas por enfermedad respiratoria entre las personas que fumaban cannabis.

Los hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP), como los benzopirenos y los fenoles, se producen en el humo del porro, lo que sugiere que su consumo también puede ser un factor de riesgo para el cáncer, particularmente de pulmón (Sparacino et al., 1990). A diferencia del tabaco, los fumadores de po-

rros inhalan bocanadas más largas y de mayor volumen, conteniendo la inspiración por varios segundos para forzar la máxima absorción del THC, por lo que retienen cantidades de alquitrán y monóxido de carbono (CO) entre 3 y 5 veces mayores respectivamente que al fumar tabaco (Chatkin et al., 2017).

6.2. Riesgos asociados al consumo de cannabis inhalado.

En el consumo de cannabis con pipa de agua, el hecho de que el humo atraviese el filtro de agua puede hacer pensar a los fumadores que es inocuo o menos dañino; sin embargo, el humo inhalado contiene además de la nicotina y/o el THC, otros compuestos tóxicos (monóxido de carbono, formaldehído, hidrocarburos poliaromáticos, arsénico y plomo) derivados de la combustión con el carboncillo (Albisser et al., 2013). Según Primack et al. (2016), el consumo de tabaco en cachimba suponía inhalar 56 veces más humo, 25 veces más alquitrán, 2,5 veces más nicotina y 10 veces más monóxido de carbono que la forma de fumado convencional. Traducido en cigarrillos, la equivalencia se sitúa entre 25 y 50 cigarrillos para una sola sesión de cachimba (Cobb et al., 2011). Esta equivalencia señalada observada para el tabaco es análoga para el consumo de cannabis en pipa de agua.

Asimismo, la combustión del carbón en la cachimba produce sustancias cancerígenas, metales pesados, hidrocarburos aromáticos policíclicos y diversas toxinas, todas ellas relacionadas con enfermedades pulmonares, cardíacas y cáncer (Etemadi et al., 2017). El tabaco, junto con el alquitrán, aporta otras sustancias cancerígenas que no son solubles en agua y se ha comprobado que aumenta el riesgo de EPOC y cáncer de pulmón, ya que pasan directamente al sistema respiratorio de los fumadores siendo un factor de riesgo importante (Alzaabi et al., 2017). Recientemente su consumo en cachimba se ha relacionado con el cáncer de boca, esófago, estómago, vejiga, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares, deterioro de la salud mental, reflujo gastroesofágico y la infertilidad masculina (Bhatnagar et al., 2019; Maziak et al., 2015; Organización Panamericana de la Salud, 2016).

El uso de la cachimba puede ser percibido como una práctica social que favorece el consumo grupal, pudiendo llevar a compartir las boquillas y la

manguera de la cachimba. Esta práctica constituye un problema sanitario, ya que aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades respiratorias como la tuberculosis, o viriasis como la hepatitis o el herpes, asociados a la humedad existente ya que, en ocasiones, no se renueva el agua de la cachimba durante varias sesiones, lo que favorece la aparición y reproducción de bacterias perjudiciales para la salud (Galindo et al., 2019). El consumo inhalado de cannabis en bong compartido con otros usuarios/as, también aumenta el riesgo de transmisión y contagio de enfermedades, principalmente respiratorias (Munckhof et al., 2003).

La evidencia inequívoca de que el humo de la combustión del cannabis y sus derivados (marihuana, hachís) contienen carcinógenos y provoca patología pulmonar (Chatkin et al., 2017) ha llevado a la industria del cannabis a construir la imagen de que la vaporización, al eliminar el humo, es más salvable. Sin embargo, menos toxicidad no equivale a menor riesgo para la salud. La industria argumenta que la vaporización del cannabis a menor temperatura es más segura que fumarlo, puesto que da lugar a menos componentes de alto peso molecular en comparación con el cannabis fumado (Bloor et al., 2008). Pero no hay evidencia de que la vaporización del cannabis sea una alternativa más segura que fumarlo, dado que debe sopesarse la reducción de los componentes tóxicos del humo frente a los peligros de la intoxicación aguda y las consecuencias a largo plazo para el encéfalo (Eisenberg et al., 2014; Wilsey et al., 2013).

Además, en la vaporización influyen las diferentes temperaturas de vaporización de los diversos cannabinoides, ya que cada uno tiene una temperatura de vaporización diferente. Sobre los 157°-165° se vaporiza el THC; el CBD sobre los 178° a 190°; el CBN a 185°; el THCV a 222°. Sin embargo, la combustión a unos 230° desencadena una eclosión de diferentes elementos de mayor toxicidad. Así pues, la afirmación de que la vaporización del cannabis es una alternativa más segura a “fumar” es incierta.

Obviamente, si se cambia el humo por un aerosol se reducen los riesgos relacionados con la combustión, pero hay que tener en cuenta que el uso de los cigarrillos electrónicos está produciendo enfermedades respiratorias gra-

ves. En este sentido hay que recordar el brote de lesiones pulmonares asociado al uso de cigarrillos electrónicos o vapeo, conocidas como “EVALI” siglas en inglés de “lesión pulmonar asociada la vapeo”. El CDC ha identificado más de 2800 casos desde abril de 2019 hasta febrero de 2020, y 68 muertes en 29 estados (CDC, 2020). El cuadro clínico del EVALI presenta tos, dificultad para respirar o dolor en el pecho, náuseas, vómitos, dolor abdominal o diarrea, fiebre, escalofríos o pérdida de peso. Esta alerta sanitaria, parece estar relacionado con acetato de vitamina E, utilizado como aditivo (espesante) en productos de cigarrillos electrónicos que contienen THC (CDC, 2020). Sin embargo, no hay evidencia suficiente para descartar la contribución de otras sustancias químicas, como las contenidas en productos con THC o sin THC. De hecho, algunas personas con EVALI refieren usos de cigarrillos electrónicos únicamente con nicotina y sin THC.

Respecto al consumo de cannabis en cigarrillos electrónicos, los cartuchos de aceite de cannabis, igual que los de nicotina que se utilizan con los cigarrillos electrónicos, llevan mayoritariamente propilenglicol, un compuesto químico que sirve de base al líquido y cuyos efectos sobre la salud se desconocen (Popova, 2015).

Finalmente, hay que considerar los riesgos de exposición involuntaria al humo del cannabis, o humo de cannabis de segunda mano. Al tratarse de humo procedente de la combustión de cannabis, muy frecuentemente consumido junto a tabaco, son de aplicación todos los riesgos de la exposición involuntaria al humo de segunda mano de tabaco, con el agravante de toxicidad, al entrar en combustión más cantidad de sustancias, con posibles efectos psicoactivos derivados.

6.3. Riesgos asociados al consumo de cannabis por vía oral.

El uso de comestibles evita los riesgos en el sistema respiratorio, pero la aparición retardada del efecto psicoactivo puede resultar en el uso de dosis más altas que las previstas. Concretamente, la ingesta de cannabis a través de repostería supone el mayor riesgo de sobredosificación o intoxicación, debido a la gran variabilidad y tardanza entre la ingesta y el inicio de los efectos.

6.4. Efectos sinérgicos del consumo dual de cannabis y tabaco

En algunas de las formas de consumo de cannabis anteriormente descritas, se indica que se realiza mezclándolo con tabaco. Este aspecto es muy relevante, porque el consumo dual de cannabis-tabaco no solo incide en el mantenimiento del consumo de ambas sustancias, sino que incrementa también su potencial adictivo (Hindocha et al., 2016). Hay evidencia de que el consumo de cannabis ejerce un efecto reforzador sobre el consumo de tabaco (Amos et al., 2004), asociándose a una mayor dependencia a la nicotina (Rubinstein et al., 2014). Así, conviene mencionar que, en los recursos terapéuticos de deshabituación tabáquica o cannábica, el enfoque suele dirigirse exclusivamente a una de las dos sustancias, ignorando así las sinergias e implicaciones mutuas que existen en este consumo dual, obteniéndose peores resultados en los procesos de cesación y mantenimiento de la abstinencia (Esteban et al., 2019).

6.5. Otros riesgos y daños asociados al consumo de cannabis

Hay cierta evidencia científica que indica que el riesgo de que una persona sufra un ataque al corazón durante la primera hora después de haber fumado cannabis es casi 5 veces más alto (Mittleman et al., 2001). Esta observación se constata en parte por el aumento de la presión arterial (en algunos casos) y el ritmo cardíaco que se puede incrementar entre 20 y 50 palpitaciones más por minuto.

El consumo de cannabis también puede ocasionar *hipotensión ortostática* (vértigo o mareo al ponerse de pie), posiblemente aumentando el peligro de desmayarse o caerse. La tolerancia hacia algunos de los efectos cardiovasculares usualmente se desarrolla después de estar expuesto al THC repetidamente (Jones, 2002).

Fumar cannabis está relacionado con una inflamación pulmonar y de las vías respiratorias. Las personas que fuman cannabis regularmente han reportado más síntomas de bronquitis crónica que las personas que no fuman (Tashkin, 2013).

Se constata que bebés de madres que han consumido cannabis durante el embarazo, responden de forma distinta a estímulos visuales, tiemblan más y tienen un llanto agudo, lo cual puede indicar que hay problemas en su desarrollo neurológico (Fried y Makin, 1987; de Moraes et al., 2008). Establecer cuáles son los efectos del cannabis en el desarrollo prenatal es importante ya que una parte de los embarazos no son planeados y la proporción de estos casos es considerablemente más alta entre los adolescentes y los jóvenes, por lo tanto, muchas mujeres pueden usar cannabis, o expuestas al humo de segunda mano del cannabis, sin ser conscientes de estar embarazadas

En cuanto al impacto sobre la salud mental, la revisión de Murray et al. (2016) establece la relación entre el consumo de cannabis y la aparición de psicosis. Desmonta teorías con muy escasa evidencia científica como la de la auto-medicación o el impacto positivo del CBD sobre la salud mental de los usuarios, e incide en la importancia pronóstica del consumo de cannabis en pacientes con esquizofrenia.

La impregnación y acumulación en la grasa corporal de cannabinoides en consumidores habituales puede ampliar el tiempo de ventana de positividad en sangre en los test de drogas de abuso, lo que puede acarrear a las personas usuarias infracciones administrativas y responsabilidad penal relacionadas, en el caso de la comisión de infracciones o delitos. A este respecto, los consumidores de cannabis deberían evitar conducir durante las 6 horas posteriores al consumo y nunca conducir tras ingerir alcohol y cannabis ya que existe potenciación de los efectos agudos negativos sobre la capacidad de conducción. Es recomendable evitar la conducción como mínimo las 6 horas tras la ingesta, ya que el pico plasmático de THC es a los 5-30 minutos tras su uso y disminuye a las 2-4 horas, aunque la intoxicación y el deterioro cognitivo agudo pueden persistir entre 3 y 6 horas. Aún podría alargarse más en caso de elevadas dosis de THC y/o ingesta por vía digestiva.

7. Cannabis y cannabinoides con fines terapéuticos

7.1. Usos médicos del cannabis y cannabinoides

En 2018, el Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía (EMCDDA) publicó el Informe sobre uso médico del cannabis y cannabinoides, donde se concretaban los fármacos que habían superado los ensayos clínicos necesarios y, tras ser supervisados por la Agencia Europea del Medicamento (y ratificados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), tenían licencia para ser administrados bajo prescripción facultativa para distintas enfermedades y dolencias. A continuación, se señalan los medicamentos que contienen cannabinoides autorizados para su comercialización y cuáles son sus propiedades terapéuticas demostradas científicamente:

- a.** Dronabinol (Marinol®, Syndros®). Son cápsulas orales o solución con THC sintético (Dronabinol). Está indicado para anorexia asociada con pérdida de peso en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y náuseas y vómitos asociados con la quimioterapia para el cáncer, generalmente después de que los tratamientos convencionales no hayan obtenido los resultados esperados.
- b.** Nabilone (Cesamet® y Canemes®). Son cápsulas orales que contienen un cannabinoide sintético similar al THC. La principal indicación para su uso son las náuseas y vómitos asociados con la quimioterapia, generalmente después de que los tratamientos anteriores hayan fallado (Abuhasira et al., 2018).
- c.** Nabiximol (Sativex®). Contiene principalmente 2 cannabinoides, el 9-delta-tetrahidrocannabinol (THC) y el cannabidiol (CBD). Se comercializa como aerosol para nebulización en la mucosa oral. El THC y

CBD actúan sobre los receptores cannabinoides humanos CB1 y CB2 implicados en el control del tono muscular. Sativex® está indicado como tratamiento de los síntomas en pacientes adultos con espasticidad moderada o grave debida a la esclerosis múltiple (EM) que no han respondido de forma adecuada a otros medicamentos antiespásticos (Iversen, 2007; Russo y Guy, 2006).

- d. Epidiolex (ingrediente activo-CBD): Es una solución oral de CBD indicada para el tratamiento de las convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut o el síndrome de Dravet en pacientes de 2 años de edad o mayores (Osakwe, 2016; Rago y Santoso, 2008).

En los tratados internacionales de control de drogas, el consumo de cannabis se limita a fines científicos y médicos (UNODC, 2013) y exigen que el uso médico sea supervisado por médicos y que estos fármacos se dispensen con receta. En cada país, el uso médico del cannabis y otras drogas puede precisar el seguimiento de los médicos prescriptores y los pacientes para garantizar que los medicamentos a base de cannabis se prescriben adecuadamente y que no se desvíen para usos no médicos o consumo excesivo de los pacientes (EMCDDA, 2019).

7.3. Usos inadecuados del cannabis con fines terapéuticos o medicinales

Es evidente que el consumo de cannabis en ambientes de ocio o recreativos, o en cualquiera de las formas descritas anteriormente, no son medicamentos, ni han pasado por ensayos clínicos, ni tienen autorización por parte de la Agencia Europea del Medicamento o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. En consecuencia, no pueden ser considerados para usos medicinales o terapéuticos, aunque haya una importante estrategia de captura corporativa por parte de la industria que pretenda hacer creerlo (Isorna et al., 2023). En este sentido, el Informe del EMCDDA es taxativo: “ningún país que permite el uso terapéutico del cannabis recomienda su consumo fumado, sino la administración bajo prescripción facultativa de medi-

camentos para los que ha sido probada su seguridad y eficacia". Es decir, no existe el "porro terapéutico".

Sin embargo, son incontables las revistas, webs y foros pro-cannabicos que fomentan el autocultivo y el consumo de cannabis basándose en supuestos beneficios terapéuticos para multitud de enfermedades, realizando una apología del consumo en cualquiera de sus formas. Esta práctica supone un incentivo encubierto para que las personas se automediquen con cannabis. Este hecho conlleva varios riesgos, como retrasos en el diagnóstico de la patología por la que se está automedicando, resistencia y pérdida de eficacia a posibles tratamientos, efectos secundarios, intoxicación, dependencia y adicción al cannabis.

8. Desde la reflexión y la experiencia

A partir de la evidencia científica que señala el camino hacia las intervenciones preventivas, la adaptación de los mensajes a los distintos colectivos y poblaciones destinatarias es esencial. Además, dada la normalización generada en torno al consumo de cannabis, y la ingente cantidad de falsas creencias y fake news en torno a su consumo, han generado una banalización de este y de sus efectos negativos, así como su imagen terapéutica. Por ello, es clave determinar previamente los patrones de consumo de cannabis, motivos para el consumo, creencias asociadas al consumo, y otras consideraciones, de cara a ajustar la información y asesoramiento que se ofrezca a nivel preventivo.

Los mensajes de prevención deben enfatizar el retraso en la edad de inicio del consumo ya que los riesgos de efectos adversos son menores si el consumo se inicia más tardíamente.

Algunas ideas clave que deben transmitirse, y que pueden adaptarse según la población destinataria de la intervención serían:

- a. La mejor manera de evitar los riesgos asociados al consumo de cannabis es la abstinencia.

Pero si consumes, ten en cuenta las siguientes recomendaciones:

- a. El consumo regular o diario es el que está asociado a la mayoría de los efectos adversos. Intenta que tu consumo sea ocasional.
- b. Procura conocer la naturaleza y composición de lo que consumes.

- c.** Consume cannabis con bajo contenido de THC.
- d.** Es preferible utilizar cannabis con mayor contenido de CBD que de THC.
- e.** Haz caladas más espaciadas y menos profundas, para evitar que la cantidad de THC en sangre sea muy elevada y te de “un blancazo”.
- f.** Utiliza filtros de monoacetato de celulosa en los porros.
- g.** Intenta reducir la cantidad de hachís o marihuana que pones a los porros. Intenta obtener entre 6–8 porros con un gramo de hachís o marihuana.
- h.** Evita el consumo de cannabis fumado, priorizando la vía oral (comestible) o vaporizado.
- i.** Si haces un consumo de cannabis inhalado, evita la inhalación profunda ya que incrementa los riesgos de daño pulmonar.
- j.** Si consumes cannabis en pipa de agua, aunque el humo atraviese el filtro de agua, esto no hace que sea inocuo o menos dañino.
- k.** Al consumir en pipa de agua, las inhalaciones son mayores, con una equivalencia a 25 y 50 cigarrillos/porros. Por tanto, evita consumir cannabis en pipa de agua (cachimba).
- l.** El consumo grupal de cannabis en pipa de agua tiene riesgos. Evítalo, o usa tus propias boquillas y mangueras.
- m.** La ingesta de cannabis a través de repostería es la menos perjudicial, pero supone el mayor riesgo de sobredosificación o intoxicación, debido a la gran variabilidad y tardanza entre la ingesta y el inicio de los efectos. Evita consumir mucho y muy seguido.

- n.** El consumo dual de cannabis-tabaco no solo incide en el mantenimiento del consumo de ambas sustancias, sino que incrementa también su potencial adictivo.
- o.** Si se es consumidor dual de cannabis-tabaco, en los procesos de cesación y mantenimiento de la abstinencia es recomendable abordar ambas sustancias.
- p.** Existe medicamentos basados en cannabinoides que tienen propiedades terapéuticas, pero estas son limitadas a unas pocas enfermedades, y no las curan, sólo mitigan ciertos síntomas.
- q.** No existe el “porro terapéutico”. El cannabis fumado, inhalado o ingerido por vía oral no es un producto terapéutico válido. Es más, puede ser contraproducente y generar daños añadidos.

Bibliografía

- Abuhasira, R., Schleider, L., Mechoulam, R. y Novack, V. (2018). Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*, 49, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.01.019>
- Albisser, S., Schmidlin, J., Schindler, C., Tamm, M., y Stolz, D. (2013). Water pipe smoking and its association with cigarette and cannabis use in young adults in Switzerland. *Respiration*, 86(3), 210–215. <https://doi.org/10.1159/000342894>
- Alzaabi, A., Mahboub, B., Salhi, H., Kajingu, W., Rashid, N., y El-Hasnaoui, A. (2017). Waterpipe use in the Middle East and North Africa: Data from the

- breathe study. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(11), 1375–1380. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw256>
- Amos, A., Wiltshire, S., Bostock, Y., Haw, S., y McNeill, A. (2004). 'You can't go without a fag... you need it for your hash' a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people. *Addiction*, 99(1), 77–81. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00531.x>
- Bhatnagar, A., Maziak, W., Eissenberg, T., Ward, K. D., Thurston, G., King, B. A., Sutfin, E. L., Cobb, C. O., Griffiths, M., Goldstein, L. B., y Rezk-Hanna, M. (2019). Water pipe (Hookah) smoking and cardiovascular disease risk: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 139(19), e917–e936. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000671>
- Bloor, R. N., Wang, T. S., Španěl, P., y Smith, D. (2008). Ammonia release from heated 'street'cannabis leaf and its potential toxic effects on cannabis users. *Addiction*, 103(10), 1671–1677. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02281.x>
- CDC. (2020). *Brote de lesiones pulmonares asociado al uso de productos de cigarrillos electrónicos o vapeo*. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/spanish/enfermedad-pulmonar-grave/index.html
- Chabrol, H., Roura, C. y Armitage, J. (2003). Bongs, a method of using cannabis linked to dependence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 709. <https://doi.org/10.1177/070674370304801011>
- Chandra, S., Radwan, M. M., Majumdar, C. G., Church, J. C., Freeman, T. P., y ElSohly, M. A. (2019). New trends in cannabis potency in USA and Europe during the last decade (2008–2017). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(1), 5–15. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-00983-5>
- Chatkin, J. M., Zabert, G., Zabert, I., Chatkin, G., Jimenez-Ruiz, C. A., de Granda-Orive, J. I., Buljubasich, D., Solano, S., Figueiredo, A., Ravara, S., Riesco, J. A., Gratziou, C. (2017). Patología pulmonar asociada al consumo de marihuana. *Archivos de Bronconeumología*, 53(9), 510–515. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.03.019>
- Cobb, C. O., Shihadeh, A., Weaver, M. F. y Eissenberg, T. (2011). Waterpipe tobacco smoking and cigarette smoking: A direct comparison of toxicant exposure and subjective effects. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(2), 78–87. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq212>

- Davis, K. McDaniel, I., Caddell, L. y Moody, P. (1984). Some smoking characteristics of marijuana cigarettes. S. Agurell, W.L. Dewey, R.E. Willette (Eds.), *The Cannabinoids: Chemical, Pharmacologic, and Therapeutic Aspects* (pp. 97-109). Academic Press Inc.
- de Moraes, M. C., Guinsburg, R., Mitsuhiro, S., Chalem, E., y Laranjeira, R. R. (2008). Neurobehavioral profile of healthy full-term newborn infants of adolescent mothers. *Early human development*, 84(5), 281-287. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.07.001>
- Eisenberg, E., Ogintz, M., y Almog, S. (2014). The pharmacokinetics, efficacy, safety, and ease of use of a novel portable metered-dose cannabis inhaler in patients with chronic neuropathic pain: a phase 1a study. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 28(3), 216-225. <https://doi.org/10.3109/15360288.2014.941130>
- Esteban, A., Olano, E., Moreno, J. J., Pinet, C., y Duaso, M. J. (2019). Revisión del tratamiento del uso conjunto del tabaco y del cannabis. *Informació psicológica*, (117), 58-70. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2019.117>
- Etemadi, A., Gandomkar, A., Freedman, N. D., Moghadami, M., Fattahi, M. R., Poustchi, H., Islami, F., Boffetta, P., Dawsey, S. M., Abnet, C. C., y Malekzadeh, R. (2017). The association between waterpipe smoking and gastroesophageal reflux disease. *International Journal of Epidemiology*, 46(6), 1968-1977. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx158>
- EVICT (2015). *Proyecto Evidencia Cannabis Tabaco. Grupo de trabajo para el estudio y abordaje de políticas de control del policonsumo de cannabis y tabaco en España*. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. [http://evictproject.org/wpcontent/uploads/2015/09/Informe EVICT 2015.pdf](http://evictproject.org/wpcontent/uploads/2015/09/Informe%20EVICT%202015.pdf).
- Fried, P. A., y Makin, J. E. (1987). Neonatal behavioural correlates of prenatal exposure to marihuana, cigarettes and alcohol in a low risk population. *Neurotoxicology and teratology*, 9(1), 1-7. [https://doi.org/10.1016/0892-0362\(87\)90062-6](https://doi.org/10.1016/0892-0362(87)90062-6)
- Galindo, C., González, A. C., Espigares, E. y Moreno, E. (2019). Riesgo para la salud pública de fumar tabaco en cachimba. *Higiene y Salud Ambiental*, 19(3), 1775-1785.
- Giroud, C., De Cesare, M., Berthet, A., Varlet, V., Concha-Lozano, N., y Favrat, B. (2015). E-cigarettes: a review of new trends in cannabis use. *Interna-*

- tional Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9988–10008. <https://doi.org/10.3390/ijerph120809988>
- Grifell, M. (2015). *Anatomía de un porro. En: Entendiendo el binomio tabaco cannabis*. Grupo EVICT. http://evictproject.org/wpcontent/uploads/2015/09/Informe_EVICT_2015.pdf.
- Grotenhermen, F. (2003). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clinical Pharmacokinetics*, 42(4), 327–60. <https://doi.org/10.2165/00003088-200342040-00003>
- Hall, W., Degenhardt, L. y Teesson, M. (2009). Understanding comorbidity between substance use, anxiety and affective disorders: Broadening the research base. *Addictive Behaviors*, 34(6–7), 795–799. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.010>
- Hindocha, C., Freeman, T. P., Ferris, J. A., Lynskey, M. T., y Winstock, A. R. (2016). No smoke without tobacco: a global overview of cannabis and tobacco routes of administration and their association with intention to quit. *Frontiers in psychiatry*, 7, 104. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00104>
- Huestis M. A. (2005). Pharmacokinetics and Metabolism of the Plant Cannabinoids, D-9-THC, Cannabidiol and Cannabinol. Pertwee R., Ed. En *Cannabinoids*. Germany: Springer, pp. 657–690. https://doi.org/10.1007/3-540-26573-2_23
- Isorna, M., Villanueva-Blasco, V. J., Veiga, S., y Otero, M. (2019). Formas de consumo del cannabis: características, riesgos y danos asociados. En Dykinson. (Ed.), *Cannabis. Evidencia científica vs. Controversia social* (pp. 59.97).
- Isorna, M., Burillo-Putze, G., y Villanueva-Blasco, V. (2023). Captura corporativa, fake news procannabis y posición de los consumidores ante su regulación. *Global Health Promotion*, 30(1), 95–104. <https://doi.org/10.1177/17579759221107604>
- Iversen, L. (2007). *The science of marijuana*. Oxford University Press, Oxford.
- Jones, R.T. (2002). Cardiovascular system effects of marijuana. *Journal of clinical pharmacology* 42(11), 42(11), 58S–63S. <https://doi.org/10.1002/j.1552-4604.2002.tb06004.x>
- Laugesen, M., Epton, M., Frampton, C. M., Glover, M., y Lea, R. A. (2009). Hand-rolled cigarette smoking patterns compared with factory-made ci-

- garette smoking in New Zealand men. *BMC public health*, 9, 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-194>
- Maziak, W., Taleb, Z. B., Bahelah, R., Islam, F., Jaber, R., Auf, R. y Salloum, R. G. (2015). The global epidemiology of waterpipe smoking. *Tobacco Control*, 24 (S1), 3–12. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-051903>
- Mittleman, M. A., Lewis, R. A., Maclure, M., Sherwood, J. B., y Muller, J. E. (2001). Triggering myocardial infarction by marijuana. *Circulation*, 103(23), 2805–2809. <https://doi.org/10.1161/01.cir.103.23.2805>
- Munckhof, W. J., Konstantinos, A., Wamsley, M., Mortlock, M., y Gilpin, C. (2003). A cluster of tuberculosis associated with use of a marijuana water pipe. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 7(9), 860–865.
- Murray, R. M., Quigley, H., Quattrone, D., Englund, A., y Di Forti, M. (2016). Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis. *World Psychiatry*, 15(3), 195–204. <https://doi.org/10.1002/wps.20341>
- Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía. (2018). *Uso médico del cannabis y los cannabinoides*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2019). *Uso médico del cannabis y los cannabinoides: preguntas y respuestas para la elaboración de políticas*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988*. Naciones Unidas, Nueva York. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_S.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos*. Washington D.C.: OPS. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34944/9789275319925_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Osakwe, O. (2016). Pharmaceutical regulation: the role of government in the business of drug Discovery. In Osakwe, O. and Rizvi, S. A. A. (eds.), *Social*

- aspects of drug discovery, development and commercialization*, Elsevier, London, 3–27.
- Owen, K., Sutter, M. y Albertson, T. (2014). Marijuana: respiratory tract effects. *Clinical Reviews in allergy & immunology*, 46(1), 65–81. <https://doi.org/10.1007/s12016-013-8374-y>
- Pirone, A., Noor, A. y Burkhart, G. (2015). *Tobacco in cannabis joints: Why are we ignoring it?*. En Lisbon Addictions Conference 2015, Lisboa, Portugal.
- Polen, M., Sidney, S., Tekawa, I., Sadler, M. y Friedman, G. (1993). Health care use by frequent marijuana smokers who do not smoke tobacco. *Western Journal of Medicine*, 158(6), 596–601.
- Popova, L. (2015). *El auge de los porros electrónicos que causan controversia en EE.UU.* https://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2015/01/150122_eeuu_marihuana_cannabis_porros_electronicos_auge_jg.
- Primack, B. A., Carroll, M. V., Weiss, P. M., Shihadeh, A. L., Shensa, A., Farley, S. T., Fine, M. J., Eissenberg, T., y Nayak, S. (2016). Systematic review and meta-analysis of inhaled toxicants from waterpipe and cigarette smoking. *Public Health Reports*, 131(1), 76–85. <https://doi.org/10.1177/003335491613100114>
- Rago, L. K. y Santoso, B. (2008). Drug regulation: history, present and future. En van Baxtel, C. J., Santoso, B. and Edwards, I. R. (eds.), *Drug benefits and risks: an international textbook of clinical pharmacology*, OIS Press and Uppsala Monitoring Centre, 65–7.
- Rubinstein, M. L., Rait, M. A., y Prochaska, J. J. (2014). Frequent marijuana use is associated with greater nicotine addiction in adolescent smokers. *Drug and alcohol dependence*, 141, 159–162. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.05.015>
- Russo, E. B. y Guy, G. W. (2006). A tale of two cannabinoids: the therapeutic rationale for combining tetrahydrocannabinol and cannabidiol. *Medical Hypotheses*, 66(2), 234–246. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2005.08.026>
- Sparacino, C. M., Hyldburg, P. A., y Hughes, T. J. (1990). Chemical and biological analysis of marijuana smoke condensate. *NIDA research monograph*, 99, 121–140.
- Tashkin, D. (2013). Effects of marijuana smoking on the lung. *Annals of the American Thoracic Society*, 10(3), 239–247. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201212-127FR>

- Tetrault, J. M., Crothers, K., Moore, B. A., Mehra, R., Concato, J., y Fiellin, D. A. (2007). Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. *Archives of Internal medicine*, 167(3), 221–228. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.3.221>
- Wilsey, B., Marcotte, T., Deutsch, R., Gouaux, B., Sakai, S., y Donaghe, H. (2013). Low-dose vaporized cannabis significantly improves neuropathic pain. *The Journal of Pain*, 14(2), 136–148. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.10.009>

— UNIDAD 7 —

Factores de riesgo y protección asociados al consumo

Víctor J. Villanueva-Blasco

Carla López Núñez

Belén Montesa Lou

Juan Carlos Permuy Bermúdez

1. Introducción a los factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias

Los factores que se relacionan con el consumo de sustancias, o con la ausencia de este, se deben analizar de manera integrada y holística, teniendo en cuenta diferentes modelos etiológicos que tratan de explicar el inicio y mantenimiento de las conductas adictivas (Fernández-Artamendi et al., 2021).

En este sentido, los factores de riesgo (FFRR) se definen como atributos o características individuales, condición situacional y/o contexto ambiental que

Tabla 1. Factores de riesgo generales para el uso de sustancias

Nivel microsituacional (variables interpersonales)	Variables vinculadas con la persona	Nivel macrosituacional (ambiente)
- Absentismo y abandono escolar. - Ocio marcado por salidas nocturnas y exposición a contextos de ocio particulares (por ej., salas de música electrónica). - Presión hacia el consumo por parte del grupo de iguales. - Consumo de sustancias por parte de la familia. - Estilos parentales negligente e indulgente. - Conflictos familiares y violencia.	- Edad de inicio precoz. - Búsqueda de sensaciones e impulsividad. - Actitudes positivas hacia el consumo. - Presencia de problemas de salud mental (ansiedad, depresión, trastornos de personalidad, estrés, etc.). - Necesidad de transgredir las normas establecidas. - Ser hombre se relaciona con mayor riesgo de dependencia y ser mujer con un progreso más rápido hacia un Trastorno por Uso de Sustancias.	- Disponibilidad contextual de las sustancias. - Banalización social del consumo y aceptación del mismo. - Deprivación social y bajo estatus socioeconómico. - Influencia directa de la publicidad (en especial, tabaco y alcohol). - Leyes que favorecen el consumo de sustancias.

Nota: Adaptado a partir de Alfonso et al. (2009); Becoña et al. (2012); Becoña y Cortés (2011); Carballo-Crespo et al. (2004); Fernández-Artamendi y Cortés-Tomás (2021); Fernández-Artamendi et al., 2021; Öztas et al. (2018); Romer y Szobot (2017).

incrementa la probabilidad del uso/abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento) (Clayton, 1992). Por el contrario, los factores de protección (FFPP) son aquellos que inhibe, reduce, limita o modula el consumo, o la transición en el nivel de implicación en este (Clayton, 1992).

Tabla 2. Factores de protección generales para el uso de sustancias

Nivel microsituacional (variables interpersonales)	Variables vinculadas con la persona	Nivel macrosituacional (ambiente)
- Apego familiar. - Oportunidades para la implicación en la familia. - Refuerzos por la implicación en la familia. - Cohesión, cordialidad y apego con uno o ambos padres durante la infancia. - Supervisión parental de las actividades y conductas diarias. - Creencias saludables y claros estándares de conducta. - Altas expectativas parentales. - Un sentido de confianza básico. - Dinámica familiar positiva. - Oportunidades para la implicación prosocial. - Oportunidades para la implicación en la escuela. - Refuerzos por la implicación en la escuela. - Rendimiento escolar exitoso y apego a la escuela. - Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial. - Creencias saludables y claros estándares de conducta. - Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del Centro. - Clima instruccional positivo. - Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras. - Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas. - No fácilmente influenciado por los iguales.	- Habilidades sociales. - Un temperamento o disposición positiva. - Un amplio repertorio de habilidades de afrontamiento sociales. - Creencia en la propia autoeficacia y habilidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes. - Una orientación social positiva. - Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial. - Creencias saludables y claros estándares de conducta. - Sentido positivo de uno mismo. - Actitudes negativas hacia las drogas. - Relaciones positivas con los adultos.	- Refuerzos por la implicación en la comunidad. - Oportunidades para implicarse en la comunidad. - Un sistema de apoyo externo positivo. - Apoyo y recursos formales e informales de la familia. - Normas, creencias y estándares conductuales contra el uso de drogas. - Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad. - Descenso de la accesibilidad a la sustancia. - Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. - Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad. - Mensaje de los mass media de resistencia al uso de drogas. - Descenso de la accesibilidad. - Incremento del precio a través de los impuestos. - Aumentar la edad de compra y acceso. - Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas.

Nota: Adaptado a partir de Gardner et al. (2001); Kumpfer et al. (1998).

Según Clayton (1992) son cinco los supuestos básicos que caracterizan los FFRR en relación con el abuso de drogas:

- a.** Los FFRR pueden estar presentes o no en un caso concreto.
- b.** La presencia de un solo FR no genera necesariamente causalidad para el abuso de sustancias. Y a la inversa, su ausencia no garantiza que el uso o abuso no se produzca. Esta misma dinámica es aplicable a los FFPP.
- c.** El número de FFRR presentes se relaciona con la probabilidad de abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
- d.** La mayoría de los FFRR y FFPP tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
- e.** Algunos FFRR son susceptibles de ser modificados directamente mediante intervención, reduciéndose su probabilidad de aparición, o incluso eliminándolos. Por el contrario, en otros casos sólo es posible atenuar su efecto como modulador y reducir la probabilidad de que actúe como promotor o potenciador del uso de drogas.

Por su parte, Becoña (2001) señala que el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los FFRR y FFPP; y la relación entre estos y las transiciones en el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

De este modo, podemos establecer varias conclusiones en relación a los FFRR y FFPP:

- a.** La presencia de FFRR y FFPP aumenta o disminuye, respectivamente, la probabilidad del consumo; pero no lo causa. Por tanto, el abuso de sustancias es meramente probabilístico.

- b. Cuantos más FFRR se acumulen, mayor será la probabilidad de que una persona se convierta en consumidora eventual y posteriormente habitual. La presencia de múltiples factores de riesgo está asociada tanto al inicio como a la gravedad de la implicación en el consumo de drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999).
- c. Sin embargo, es importante hacer constar que la mayoría de las personas que tienen un riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos. Lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra (Robertson et al., 2004).

2. FFRR y FFPP específicos para el consumo de tabaco

En relación a los FFRR, diversos estudios indican que el consumo de tabaco por parte de familiares (Jester et al., 2019; Kleinjan et al., 2015; Madani et al., 2017; So y Yeo, 2015; Wang et al., 2018) y amistades son factores de riesgo para el consumo de esta sustancia (Wang et al., 2018); sin embargo, este efecto está mediado por factores genéticos, la imitación conductual, la presión de grupo y ser fumadores pasivos (Liao et al., 2013; Mays et al., 2014; Moore et al., 2016; Okoli y Kodet, 2015). El tabaquismo de los padres afectará al tabaquismo temprano de los hijos debido al modelo de comportamiento y es más probable que los padres fumadores permitan que sus hijos tengan la oportunidad de fumar (Jester et al., 2019). Sin embargo, las conductas de fumar de las amistades parecen tener una mayor asociación con el consumo en comparación con las conductas de padres o hermanos (Schuler et al., 2019). Por el contrario, un estudio longitudinal indicó que el tabaquismo entre pares solo predijo el inicio temprano del tabaquismo; sin embargo, el tabaquismo de los padres predijo tanto el inicio como el nivel de tabaquismo (Jester et al., 2019).

En relación a la influencia de las dinámicas familiares en el consumo de tabaco, Eslava et al. (2022) encontraron un efecto indirecto entre el conflicto familiar y el consumo de cigarrillos convencionales a través de la búsqueda de sensaciones y la premeditación.

Entre los FFPP encontramos que el control de los padres, los estilos parentales positivos y la comunicación entre padres y adolescentes (Bailey et al., 2018; Pettigrew et al., 2018; Rusby et al., 2018), la prohibición de fumar en casa (O'Loughlin et al., 2014) y la discusión intrafamiliar de los efectos perjudiciales del tabaco puede reducir la intención de empezar a fumar (Masood et al., 2015) y predijeron un menor consumo de sustancias por parte de los

adolescentes. Asimismo, la participación de los padres y una relación familiar saludable ayudan a los adolescentes a tomar mejores decisiones al elegir las amistades (Schofield et al., 2015), suponiendo esto una influencia indirecta en el consumo de sustancias más adelante en sus vidas (Van Ryzin et al., 2012).

En los últimos años ha crecido la popularidad del cigarrillo electrónico (CE). Estudios previos afirman que los FFRR para el uso de CE en adolescentes son similares a los del tabaco convencional (Hanewinkel y Isensee, 2015).

Entre los FFRR se señala que son los hombres quiénes más usan los CE (Bowe et al., 2021; Chang y Seo, 2021; Conner et al., 2019; Kinnunen et al., 2021; Xiao, et al., 2019; Yoong et al., 2021; Zavala-Arciniega et al., 2019). También destaca la búsqueda de sensaciones (Case et al., 2017; Conner et al., 2019) y niveles más altos de impulsividad (Becker et al., 2021; Bold et al., 2017; Case et al., 2017; Conner et al., 2019). La búsqueda de sensaciones también se ha relacionado como una variable que media entre el conflicto familiar y el uso de CE (Eslava et al., 2022).

Al igual que para el consumo de cigarrillos convencionales, una mayor aceptación y uso de CE por parte de la familia (El-Amin et al., 2022; Fite et al., 2018; Kinnunen et al., 2018) o las amistades (Fadus et al., 2019; Hammal y Finegan, 2016) son factores de riesgo para el uso de CE. En relación a ello, los procesos de influencia social directa (presión) (McDonough et al., 2016) o indirecta (expectativas grupales, modelado, etc.) (Gazis et al., 2010) pueden tener un papel relevante en el inicio y mantenimiento del uso de CE. Los adolescentes expuestos a los CE informan una autoeficacia más baja para resistirse al consumo (Durkin et al., 2021).

Por el contrario, entre los FFPP encontramos que la influencia positiva de los padres frente al consumo de tabaco puede amortiguar el efecto de las normas de los compañeros y las expectativas positivas relacionadas con el uso de CE (Trucco et al., 2021).

3. FFRR y FFPP específicos para el consumo de alcohol

La adolescencia es un período crítico en el que más probablemente aumenta el consumo de alcohol, ya que representa un período de transición entre la etapa infantil y la adulta, marcado por la búsqueda de la identidad personal (Fernández-Artamendi et al., 2021; Pons y Buelga, 2011; Woolfolk, 2008).

Los modelos sociales son muy importantes para explicar el consumo de alcohol por parte de los adolescentes (Espada et al., 2008; Stickley et al., 2013). En particular, en este estudio se muestra cómo el consumo de alcohol por parte de los padres, los hermanos y el mejor amigo del adolescente explica su consumo, siendo esta última figura (mejor amigo) la más influyente. En esta línea, Golpe et al. (2017) demuestran que los principales factores de riesgo del consumo intensivo de alcohol fueron el consumo por parte del grupo de iguales, así como en el entorno familiar, hora tardía de llegada a casa y mayor cantidad de dinero disponible. En particular, las actitudes parentales favorables al consumo de alcohol influyen en la conducta de consumo de los adolescentes (Jander et al., 2013). Además, los resultados revelaron que la intención de consumir alcohol aumenta cuando el padre y los hermanos del adolescente son bebedores, aunque la mayor influencia a este respecto también es el consumo del mejor amigo. Estos hallazgos son compartidos por otras investigaciones en las que se ha demostrado la gran influencia en el consumo de alcohol por parte de los adolescentes, cuando sus hermanos y amigos se emborrachan (Obradors-Rial et al., 2014). Ali y Dwyer (2010) también destacan que existe un aumento de la probabilidad del consumo de alcohol por parte de los adolescentes cuando consumen sus compañeros de clase, siendo la escasa resistencia a la presión grupal un factor de riesgo muy importante (de la Villa Moral Jiménez et al., 2006). En su estudio, Pettigrew et al. (2016) analizaron cómo las fiestas de final de curso suponen un riesgo para

el aumento del consumo intensivo de alcohol por parte de los adolescentes, quienes consideran que dicho consumo forma parte del ritual de despedida. En definitiva, la influencia del grupo de iguales es importante para comprender el consumo de alcohol en la adolescencia.

Por otro lado, el consumo de alcohol aumenta cuando existe un mayor malestar psicológico (Balogun et al., 2014), así como un estilo evitativo ante el afrontamiento de problemas en la vida cotidiana (Doumas et al., 2006; Pirkle y Richter, 2006). La búsqueda de expectativas positivas y gratificantes también explican el aumento del consumo de alcohol, ya que en muchas ocasiones los más jóvenes consumen esta sustancia con el objetivo de modificar su estado de ánimo y su comportamiento (Pons y Buelga, 2011). De esta manera, se buscan efectos de “activación” (cuando el alcohol aumenta la desinhibición y funciona como facilitador social) o de “sedación” en otros momentos (efecto ansiolítico del alcohol) (Goldman y Darkes, 2004; Pons y Buelga, 2011). Parece que estas expectativas positivas aparecen ya desde niños y van aumentando hasta llegar a la adolescencia (Hipwell et al., 2005). Los niños van desarrollando tales imágenes positivas del bebedor, y asumen que es normal beber cuando se llega a la adolescencia (Hampson et al., 2006; Pons y Buelga, 2011).

Algunas de las principales variables que influyen en el consumo de alcohol (así como de otras sustancias) es una baja percepción del riesgo de su consumo (Parada et al., 2011), así como la presencia de creencias distorsionadas sobre la ingesta de alcohol o una mayor disposición conductual hacia el consumo (de la Villa Moral Jiménez et al., 2006). Además, la presencia de expectativas positivas frente al consumo y la compra de alcohol se asocian con un consumo de riesgo, así como un bajo nivel académico (Obradors-Rial et al., 2014). Por otro lado, otra variable que influye en el consumo de alcohol son las diferencias de género. En general, los estudios indican que ser varón es un factor de riesgo en la medida en que los chicos tienden a consumir de manera más intensiva que las chicas (Fuller-Thomson et al., 2013; Peralta et al. 2010).

En su revisión, Pons y Buelga (2011) también destacan los siguientes factores de riesgo que pueden llevar a los adolescentes a iniciar o a mantener su consumo de alcohol:

- a.** Búsqueda de un estado de euforia, sentir relajación y pérdida de la noción del tiempo (Cortés et al., 2008).
- b.** Atracción y gratificación inmediata; en la adolescencia, aquellas conductas que se presentan como peligrosas pueden resultar más atractivas (Desrichard y Denarié, 2005).
- c.** Transgresión, iniciación al mundo adulto, reputación entre el grupo de iguales y aumento del atractivo personal.
- d.** Aumento de la autoestima y del sentimiento de pertenencia al grupo de iguales. Necesidad de autoafirmación.
- e.** Percepción negativa de sí mismos y relaciones familiares negativas, así como bajos recursos para hacer frente al estrés y bajo apoyo afectivo en sus familias (Buelga y Musitu, 2006).
- f.** Mayores dificultades para alcanzar el estándar de masculinidad que impera en la sociedad (Monk y Ricciardelli, 2003).
- g.** Conducta antisocial (Young et al., 2008).
- h.** Relación entre la interiorización de las creencias tradicionales sobre la masculinidad y roles de género y el consumo de alcohol en varones jóvenes (Capraro, 2000).
- i.** Búsqueda de estimulación y novedad. Búsqueda de diversión.
- j.** Variables familiares: ausencia de comunicación, expresión emocional, apoyo, comprensión y control parental. Ausencia de afecto y aceptación (Buelga y Musitu, 2006). Gracia et al. (2010) destacan que un ma-

yor consumo de alcohol, tabaco y cannabis en los adolescentes cuyos padres basan la socialización en un estilo de bajo afecto y alto control, o de bajo afecto y bajo control. Otras variables son la insatisfacción familiar, clima familiar negativo, baja cohesión familiar y modelado familiar marcado por el consumo de alcohol por parte de los padres. Respecto a este punto, previos estudios (por ej., Martínez-Loredo et al., 2016) han mencionado explícitamente que un estilo educativo negligente de los padres aumenta el riesgo de Trastorno por Uso de Alcohol.

- k. Consumo en situaciones de ocio y tiempo libre, los fines de semana.
- l. Contexto social, cultural y mediático: influencia de la publicidad y los medios de comunicación. Disponibilidad social de la sustancia. Las campañas comerciales que promocionan el consumo de alcohol incrementan su valor percibido, asociándolo a la diversión, amistad, placer, noche, atractivo, libertad, etc., es decir, a los valores que suelen estar priorizados en la jerarquía de valores de los adolescentes (Buelga et al., 2006).

Respecto a este último punto, Jones y Magee (2011) declaran en su estudio que la exposición al consumo de alcohol en medios tales como televisión, periódicos y revistas, Internet, paneles publicitarios, etc., está asociado al aumento del consumo de alcohol por parte de los adolescentes. En esta misma línea, Jernigan et al. (2017) comprobaron que aquellos jóvenes que están más expuestos a la publicidad del alcohol, es más probable que se inicien en el consumo de alcohol, así como lleven a cabo conductas de embriaguez.

4. FFRR y FFPP específicos para el consumo de cannabis

En relación a los FFRR que aumentan el riesgo de consumo de cannabis, la evidencia señala la búsqueda de sensaciones e impulsividad (Dougherty et al., 2013; Felton et al., 2015; Lee-Win et al., 2018; Squeglia et al., 2014). A este respecto, a través de un metaanálisis, VanderVeen et al. (2016) concluyeron que el consumo de cannabis se asociaba con todos los rasgos relacionados con la impulsividad, excepto con la falta de perseverancia.

También hay evidencia de que el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se relacionaría con una mayor probabilidad de consumir cannabis (Folgar et al., 2018; Molina et al., 2018). Concretamente, los adolescentes con TDAH presentan aproximadamente 1.5 veces más probabilidad que sus iguales sin TDAH de desarrollar abuso o dependencia al cannabis (Gignac et al., 2005). De igual manera, se ha asociado el Trastorno por Ansiedad Social (TAS) a una mayor probabilidad de consumo de cannabis (Scheier y Griffin, 2021). Otros factores psicológicos y de salud mental igualmente se han relacionado con una mayor probabilidad de consumo de cannabis, tales como baja autoestima, escaso autocontrol y poca capacidad de afrontamiento (Coffey et al., 2003; Fergusson et al., 2003).

En relación con lo anterior, Casajuana et al. (2021) señalan tres motivaciones principales para el consumo señaladas por los usuarios de cannabis: la mejora de sensaciones positivas, la costumbre, y como estrategia de afrontamiento. Estos mismos autores informan que el consumo de cannabis para afrontar el malestar emocional es el principal motivo de consumo en aquellos usuarios con un patrón de uso más intenso y problemático. Por tanto, este consumo por afrontamiento durante la adolescencia puede ser un indicador de mayor rapidez en la progresión hacia un consumo regular y más problemático (Matali et al., 2018). Estos hallazgos pueden estar relacionados con

el hecho de que aquellos adolescentes que se inician a edades tempranas (14-16 años) en el consumo de cannabis, y que experimentan efectos buscados no negativos, muestran un mayor riesgo de dependencia del cannabis posteriormente (Fergusson et al., 2003).

En relación a los FFRR familiares que aumentan el riesgo de uso de cannabis durante la adolescencia incluyen mala calidad de las relaciones entre padres e hijos, el conflicto parental y el consumo de cannabis por parte de los padres y/o hermanos (Degenhardt et al., 2010; Fergusson et al., 2015). Bares et al. (2011) señalaron que los hijos de padres usuarios de cannabis presentaban alta prevalencia de uso de esta sustancia. En cuanto a la estructura familiar, Waldron et al. (2014) señalaron la separación parental como un factor relacionado con el uso temprano y posterior dependencia al cannabis y al alcohol. Otros factores de riesgo relacionados con el consumo de cannabis gestionables desde la familia son la frecuencia de las salidas o la hora de vuelta a casa (Llorens et al., 2011).

En cuanto a los FFRR relacionados con los iguales, se señala el efecto de la influencia social directa (presión) (p.e. Hendricks et al., 2015; McDonough et al., 2016) o indirecta (expectativas grupales, modelado, etc.) (p.e. Gazis et al., 2010) sobre el consumo propio de cannabis, como mecanismo de obtener una mayor aprobación de los iguales (p.e. Poulin et al., 2011). Se ha observado que la tendencia a establecer amistades con compañeros consumidores de cannabis se da por procesos de selección de pares (p.e. de la Haye et al., 2013; Poulin et al., 2011), o por socialización con iguales consumidores (p.e. de la Haye et al., 2013). Sin embargo, los hallazgos señalan que la selección de pares es un predictor más fuerte para el consumo de cannabis (p.e. de la Haye et al., 2013).

A nivel escolar, los FFRR identificados con el consumo de cannabis son el fracaso escolar en sus múltiples formas, como el bajo rendimiento escolar, bajo compromiso con la educación y abandono escolar temprano (Townsend et al., 2007; Tu et al., 2008).

Los FFRR de tipo comunitario o ambiental están menos estudiados, pero se tiene evidencia de algunos de ellos, especialmente en los últimos tiempos en relación a los procesos de legalización del cannabis terapéutico o del cannabis con fines recreativos. Los estudios sobre el efecto de la legalización del cannabis con fines terapéuticos señalan un aumento del consumo y del trastorno por uso de cannabis (TUC) en adultos (Cerdá et al., 2012, 2020; Hasin et al., 2017). Asimismo, Cerdá et al. (2020) y UNODC (2020) señalan que el consumo de cannabis ha aumentado en la mayoría de los lugares donde se ha legalizado su consumo con fines no médicos. En cuanto al consumo en adolescentes, Rusby et al. (2018) compararon cohortes de jóvenes antes y después de la legalización en Oregón, encontrando que no había ningún efecto en el inicio del consumo, pero sí un mayor uso entre los consumidores previos a la legalización. Según Budney y Borodovsky (2017) la legalización del consumo de cannabis ha conllevado una serie de oportunidades de venta y distribución que pueden implicar un incremento del consumo de éste y el posible desarrollo de un TUC.

Relacionado con los procesos de legalización del cannabis, D'Amico et al. (2015) informan que los adolescentes que habían visto anuncios de marihuana medicinal en vallas publicitarias, revistas u otros medios en los últimos tres meses tenían una mayor probabilidad de consumir cannabis y una mayor intención de hacerlo hasta un año más tarde. Otros estudios apuntan en esta misma dirección respecto al efecto de la publicidad. Borodovsky et al. (2016, 2020) y Luc et al. (2020) informan que la publicidad engañosa de sobre las potencialidades terapéuticas y curativas de cannabis, o el supuesto menor riesgo de las nuevas formas de consumo a través de vaporizadores y comestibles, afecta negativamente a los consumidores jóvenes, nuevos o inexpertos.

Finalmente, el autocultivo, entendido como el cultivo a pequeña escala y destinado al propio consumo, facilita la disponibilidad de la sustancia, un abaratamiento del coste y, en consecuencia, facilita la extensión del consumo (Amado et al., 2019; Isorna et al., 2016).

Por otra parte, los FFPP que disminuyen el riesgo de consumo de cannabis han sido menos estudiados, pero igualmente se dispone de evidencias sobre algunos de ellos. La revisión realizada por Scheier y Griffin (2021) concluyó que la timidez y la ansiedad social se asociaban con un menor consumo de tabaco, alcohol y cannabis. A nivel familiar, los estilos educativos intransigentes con el consumo de drogas, así como aquellos que desarrollan la autoridad, rigor y firmeza de los progenitores sobre el consumo de cannabis, se relacionan con un menor consumo de esta sustancia por parte de los adolescentes (Calafat et al., 2014; Choquet et al., 2008; Vermeulen-Smit et al., 2015). Lopez-Quintero y Neumark (2015) señalan que no tener un familiar consumidor en primer grado de consanguinidad está fuertemente asociado con la resistencia al consumo de cannabis.

Asimismo, también se ha señalado como FFPP los estilos de afrontamiento activos. Concretamente, la búsqueda de apoyo social de los padres ante problemas, la realización de esfuerzos cognitivos para pensar en posibles soluciones y la utilización de estrategias de afrontamiento (Linage-Rivadeneyra et al., 2012).

5. Desde la reflexión y la experiencia

Más allá de la evidencia científica, la experiencia práctica en centros escolares y en el espacio clínico apunta a una serie de FFRR y FFPP que, aunque no han sido estudiados o no disponen de evidencia concluyente, deben ser tenidos en consideración a la hora de intervenir en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes.

A. La importancia de los entornos de apoyo

Vivir en entornos socioeconómicos desfavorables, con mayor fragmentación familiar y desarraigo, determina una forma de estar en el mundo y de identificarse como persona. En este sentido, muestran una mayor vulnerabilidad los menores con dificultades de aprendizaje, en entornos con pocos recursos económicos, materiales y personales que ayuden a compensar sus dificultades académicas. El sistema educativo actual presenta una forma de embudo que desplaza al diferente o al que presenta dificultades de adaptación. Es un sistema educativo donde los docentes conviven poco con los adolescentes en espacios de educación no formales, vinculares y humanizantes. Este aspecto también se observa en el entorno familiar. Las dinámicas sociales generan estilos de crianza deficitarios en atención e hiperactivos en exigencia y competitividad. Algunos adolescentes se encuentran desnutridos de afecto, pero también de responsabilidades y de límites.

También se observa un proceso de adelanto de la adolescencia a la etapa infantil. El acceso temprano a las nuevas tecnologías, a internet y las redes sociales, o la hipersexualización de la infancia, provocan que los tiempos de la infancia sean cada vez más cortos y las “adolescencias” lleguen antes. Niños y niñas de educación primaria muestran conductas púberes y adolescentes pero, biológicamente y madurativamente, siguen siendo niños y niñas. Desde

el punto de vista psicológico, se hallan todavía en construcción y esto los hace más vulnerables a la influencia y manipulación, con acceso a contenidos y producto inapropiados para su edad.

También es necesario reflexionar sobre cómo el modelo androcentrista está afectando a la construcción de la identidad en las menores. En relación a los consumos TAC, se observa un consumo más temprano en chicas que en chicos, en un intento por equipararse a estos, adoptando modelos de masculinidad asociados al riesgo y el consumo de sustancias.

Esta falta de acompañamiento de los adultos, ofreciendo apoyo a los menores a tener más recursos internos emocionales que les ayuden a superar los problemas, se convierte en un FFRR. Las ansiedades de los cambios puberales en su cuerpo, de la separación de sus figuras de referencia familiares, el vacío y la angustia frente al futuro, son situaciones de vulnerabilidad, que atraviesan casi todos y todas. El consumo, y en último término la adicción, pueden subyacer a un conflicto psicológico, dónde aquellos adolescentes que presentan menos recursos de afrontamiento muestran una mayor vulnerabilidad.

Los adolescentes tienen pocos espacios de encuentro con sus adultos de referencia donde tener la oportunidad de poner palabras a la angustia y dar voz a sus temores. Por tal motivo, es importante crear estos espacios para escucharles en primer término, ofrecerles apoyo y orientación, y ayudarles a tolerar la espera, entender que crecer es un proceso lento que requiere cierto grado de compromiso y supone poder atravesar los sufrimientos inherentes al proceso de dejar de ser niño/a.

Por otra parte, en relación al consumo de TAC, también hay que tener en cuenta el papel de diversos determinantes subjetivos de los y las adolescentes. Las bajas expectativas de futuro y autoestima actúan como factor de vulnerabilidad. También la falsa percepción de control (“yo controlo”, “puedo dejarlo cuando quiera”), que se integran dentro del consumo de TAC como rito de transición hacia la adultez, otorgando una identidad compartida

y prestigio social. Todo ello hace que, a sus ojos, merezca la pena el consumo frente a cualquier riesgo o consecuencia que se derive.

Considerando todo lo expuesto anteriormente, es importante tener en cuenta la significación que tiene el consumo de TAC para cada adolescente, qué representa, qué simboliza, qué sustituye, qué busca resolver, qué mitiga. Por ejemplo, el cigarro puede ser un “estar con”, un vínculo con un objeto externo que usan con un fin concreto.

B. La influencia negativa de los entornos sustitutorios

La anteriormente señalada falta de espacios para la expresión de los adolescentes de sus problemáticas y la falta de acompañamiento de los adultos deja un vacío que, en ocasiones y cada vez en mayor medida, vienen a cubrir las redes sociales. El problema radica en que estas son utilizadas (también cada vez con mayor frecuencia) por parte de la industria del tabaco, el alcohol y el cannabis para publicitar expresa o encubiertamente sus productos, influenciar y manipular a los potenciales nuevos consumidores y fidelizar a los consumidores.

Las redes sociales, a través de diversas apps, influencers, youtubers, streamers, y otras estrategias de acercamiento y captación, proyectan una imagen tergiversada e interesada sobre el tabaco y las nuevas formas de consumo (vapers y cachimbos), el alcohol y el cannabis. El target poblacional al que se dirigen es, mayoritariamente, público joven y potencialmente vulnerable. Desde hace unos años, estos influencers empezaron a influir rápidamente en el mundo de la moda, cosmética, salud mental, estilo de vida o en política, despertando debates en torno a su formación, profesionalidad y ética a la hora de abordar estas temáticas debido a su enorme presencia e impacto en plataformas como Facebook, Twitter, Instagram, Youtube, Twitch, TikTok, etc. Representan modelos de ser joven y adulto y constituyen un espacio nuevo en el que los adolescentes conviven y se relacionan diariamente.

Desde el mundo adulto conviene reflexionar sobre esta cuestión y exigir una regulación más exigente sobre este sector en relación a la publicidad

y promoción del consumo de TAC. Asimismo, exige que a través de esos necesarios espacios de acompañamiento adulto a los y las adolescentes, se fomente el pensamiento crítico respecto a estas estrategias y manipulaciones de la industria.

C: El consumo de TAC como alternativa de ocio

En la actual cultura del ocio y tiempo libre, es evidente la falta de espacios de encuentro para los y las adolescentes. Esto ha generado que los espacios de interacción principales se hayan desplazado hacia el ocio nocturno, mediados por el consumo de TAC gracias a las estrategias de la industria para vincular fiesta y consumo de sustancias a diversión y relación social.

Esta relación ocio-consumo representa entre los más jóvenes una díada difícil de cuestionar y deconstruir. Y a ello han contribuido intereses económicos, publicidad, desistimiento de las políticas y normativas en sus funciones de protección, normalización de estos escenarios por parte de la sociedad y de muchas familias, entre otras consideraciones. A esto se suma la falta de espacios de ocio adolescente, alternativas al botellón y al ocio nocturno, lugares cubiertos donde conversar, espacios de cultura adolescente, gratuidad en esa cultura (cine, teatro, conciertos, talleres, locales sociales con actividades juveniles y no solo infantiles o de tercera edad). Espacios donde puedan relacionarse para ligar, conocer gente nueva, espacios liberados de la mirada de los adultos.

Bibliografía

- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., y Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338.
- Ali, M. M., y Dwyer, D. S. (2010). Social network effects in alcohol consumption among adolescents. *Addictive Behaviors*, 35(4), 337-342. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.12.002>
- Amado, B. G., Villanueva, V. J., Vidal-Infer, A., y Folgar, M. I. (2019). Diferencias de género entre autocultivadores de cannabis en España. *Adicciones*, 32(3), 181-92. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1142>
- Bailey, J. A., Epstein, M., Steeger, C. M., y Hill, K. G. (2018). Concurrent and prospective associations between substance-specific parenting practices and child cigarette, alcohol, and marijuana use. *Journal of Adolescent Health*, 62, 681-687. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.290>
- Balogun, O., Koyanagi, A., Stickley, A., Gilmour, S., y Shibuya, K. (2014). Alcohol consumption and psychological distress in adolescents: a multi-country study. *Journal of Adolescent Health*, 54(2), 228-234. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.034>
- Bares, C. B., Delva, J., Grogan-Kaylor, A., y Andrade, F. (2011). Family and parenting characteristics associated with marijuana use by Chilean adolescents. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 2, 1-11. <https://doi.org/10.2147/SAR.S16432>
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., y Cortés-Tomás, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Sociedad Científica

- Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (Socidrogalcohol).
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R., y Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19, 1-10. <https://doi.org/10.3109/09687637.2011.631060>
- Borodovsky, J. T., Crosier, B. S., Lee, D. C., Sargent, J. D., y Budney, A. J. (2016). Smoking, Vaping, Eating: Is Legalization Impacting the Way People Use Cannabis? *International Journal of Drug Policy*, 36, 141-147. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.022>
- Bowe, A. K., Doyle, F., Stanistreet, D., O'Connell, E., Durcan, M., Major, E., O'Donovan, D., y Kavanagh, P. (2021). E-cigarette-only and dual use among adolescents in Ireland: Emerging behaviours with different risk profiles. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), Article 332. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010332>
- Budney, A., y Borodovsky, J. T. (2017). The potential impact of cannabis legalization on the development of cannabis use disorders. *Preventive Medicine*, 104, 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.06.034>
- Buelga, S., y Musitu, G. (2006). Famille et adolescence: Prévention de conduites à risque. En D. Jacquet, M. Zabalia y H. Lehalle (Eds.), *Adolescences d'aujourd'hui*. Presses Universitaires de Rennes.
- Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G., y Lila, M. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents' drug consumption. En S. Jackson, y L. Goossens (Eds.), *Handbook of adolescent development* (pp. 337-385). Psychology Press.
- Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña, E., y Fernández-Hermida, J. R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 138(1), 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.705>
- Capraro, R. L. (2000). Why college men drink: Alcohol, adventure and the paradox of masculinity. *Journal of American College Health*, 48(6), 307-315. <https://doi.org/10.1080/07448480009596272>
- Casajuana, C., López-Pelayo, H., Oliveras, C., Colom, J., Gual, A., y Balcells-Oliveró, M. M. (2021). Relación entre las motivaciones para consumir

- y el consumo problemático de cannabis. *Adicciones*, 33(1), 31–42. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1221>
- Carballo-Crespo, J. L., García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J. R., García-Cueto, E., Errasti-Pérez, J. M., y Al-Halabi-Díaz, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 674–679.
- Cerdá, M., Mauro, C., Hamilton, A., Levy, N. S., Santaella-Tenorio, J., Hasin D., Wall, M. M., Keyes, K. M., y Martins, S. S. (2020). Association Between Recreational Marijuana Legalization in the United States and Changes in Marijuana Use and Cannabis Use Disorder From 2008 to 2016. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 165–171. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3254>
- Cerdá, M., Wall, M., Keyes, K. M., Galea, S., y Hasin, D. (2012). Medical marijuana laws in 50 states: investigating the relationship between state legalization of medical marijuana and marijuana use, abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 120(1–3), 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.06.011>
- Chang, Y., y Seo, Y. S. (2021). E-cigarette use and concurrent risk behaviors among adolescents. *Nursing Outlook*, 69(3), 302–310. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.09.005>
- Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Falissard, B., y Chau, N. (2008). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. *Alcohol and Alcoholism*, 43(1), 73–80. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agm060>
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. D. Glantz, y R. W. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15–51). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10107-001>
- Coffey, C., Carlin, J. B., Lynskey, M., Li, N., y Patton, G. C. (2003). Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *The British Journal of Psychiatry*, 182(4), 330–336. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.4.330>
- Conner, M., Grogan, S., Simms-Ellis, R., Cowap, L., Armitage, C. J., West, R., Marshall, A., y Siddiqi, K. (2021). Association between age at first reported e-cigarette use and subsequent regular e-cigarette, ever cigarette and

- regular cigarette use. *Addiction*, 116(7), 1839–1847. <https://doi.org/10.1111/add.15386>
- Cortés, M. T., Espejo, B., y Giménez-Costa, A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, 20(3), 396–402.
- D’Amico, E. J., Miles, J. N. V., y Tucker, J. S. (2015). Gateway to Curiosity: Medical Marijuana Ads and Intention and Use during Middle School. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 613–619. <https://doi.org/10.1037/adb0000094>
- Degenhardt, L., Coffey, C., Carlin, J. B., Swift, W., Moore, E., y Patton, G. C. (2010). Outcomes of occasional cannabis use in adolescence: 10-year follow-up study in Victoria, Australia. *The British Journal of Psychiatry*, 196(4), 290–295. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.056952>
- de la Haye, K., Green, H. D., Kennedy, D. P., Pollard, M. S., y Tucker, J. S. (2013). Selection and influence mechanisms associated with marijuana initiation and use in adolescent friendship networks. *Journal of Research on Adolescence*, 23(3), 474–486. <https://doi.org/10.1111/jora.12018>
- de la Villa Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F. J., y Sirvent Ruiz, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52–58.
- Desrichard, O., y Denarié, V. (2005). Sensation seeking and negative affectivity as predictors of risky behaviors: A distinction between occasional versus frequent risk-taking. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1449–1453. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.01.011>
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Dawes, M. A., Furr, R. M., Charles, N. E., Liguori, A., Shannon, E. E., y Acheson, A. (2013). Impulsivity, Attention, Memory, and Decision-Making among Adolescent Marijuana Users. *Psychopharmacology (Berl)*, 226(2), 307–319. <https://doi.org/10.1007/s00213-012-2908-5>
- Doumas, D. M., Turrissi, R., y Wright, D. A. (2006). Risk factors for heavy drinking and associated consequences in college freshmen: Athletic status and adult attachment. *Sport Psychologist*, 20(4), 419–434. <https://doi.org/10.1123/tsp.20.4.419>
- Durkin, K., Williford, D. N., Turiano, N., Blank, M. D., Enlow, P. T., Murray, P. M., Banvard-Fox, C., y Duncan, C. (2021). Associations between peer use, costs and benefits, self-efficacy, and adolescent E-cigarette use. *Jour-*

- nal of Pediatric Psychology*, 46(1), 112–122, <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa097>
- El-Amin, S., Kinnunen, J. M., y Rimpelä, A. (2022). Adolescents' perceptions of harmfulness of tobacco and tobacco-like products in Finland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), Article 1485. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031485>
- Eslava, D., Martínez-Vispo, C., Villanueva-Blasco, V. J., Errasti-Pérez, J. M., y Al-Halabí, S. (2022). Family Conflict and the Use of Conventional and Electronic Cigarettes in Adolescence: the Role of Impulsivity Traits. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00828-8>
- Espada Sánchez, J. P., Pereira, J. R., y García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531–537.
- Fadus, M. C., Smith, T. T., y Squeglia, L. M. (2019). The rise of e-cigarettes, pod mod devices, and JUUL among youth: Factors influencing use, health implications, and downstream effects. *Drug and Alcohol Dependence*, 201, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.011>
- Félix-Ortiz, M., y Newcomb, M. D. (1999). Vulnerability for drug use among Latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27(3), 257–280. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199905\)27:3<257::AID-JCO-P2>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199905)27:3<257::AID-JCO-P2>3.0.CO;2-0)
- Felton, J. W., Collado, A., Shadur, J. M., Lejuez, C. W., y MacPherson, L. (2015). Sex differences in self-report and behavioral measures of disinhibition predicting marijuana use across adolescence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 23(4), 265–274. <https://doi.org/10.1037/pha0000031>
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., y Horwood, L. J. (2015). Psychosocial sequelae of cannabis use and implications for policy: findings from the Christchurch Health and Development Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1317–1326. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1070-x>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Beautrais, A. L. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction*, 98(12), 1681–1692. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00573.x>

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., y Swain-Campbell, N. R. (2003). Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychological Medicine*, 33(1), 15–21. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006402>
- Fernández-Artamendi, S., y Cortés-Tomás, M. T. (2021). Determinantes psicosociales. En J. Bobes, M. Casas, y M. Gutiérrez (Eds.), *Manual de trastornos adictivos para la práctica clínica, 3ª Edición* (pp. 51–72). Adamed.
- Fernández-Artamendi, S., López-Núñez, C., Coloma-Carmona, A., y Carballo, J. L. (2021). *Tratamientos psicológicos para las conductas adictivas en población infanto-juvenil* (pp. 651–698). Pirámide.
- Fite, P. J., Cushing, C. C., Poquiz, J., y Frazer, A. L. (2018). Family influences on the use of e-cigarettes. *Journal of Substance Use*, 23(4), 396–401. <https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1436601>
- Folgar, M. I., Golpe, S., Otero, M., Ayesta, F. J., y Gómez, P. (2018). Consumo de tabaco y autoestima en adolescentes con y sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): propuestas para una mejor prevención. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(4), 69–82.
- Fuller-Thomson, E., Sheridan, M. P., Sorichetti, C., y Mehta, R. (2013). Underage binge drinking adolescents: Sociodemographic profile and utilization of family doctors. *ISRN Family Medicine*, 2013, 728730. <https://doi.org/10.5402/2013/728730>
- Gardner, S. E., Brounstein, P. J., y Winner, C. (2001). *Guide to Science-based Practices. Principles of substance abuse prevention (Volume 3)*. United States. Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention (U.S.). SAMHSA.
- Gazis, N., Connor, J. P., y Ho, R. (2010). Cultural identity and peer influence as predictors of substance use among culturally diverse Australian adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 30(3), 345–368. <https://doi.org/10.1177/0272431609333276>
- Gignac, M., Wilens, T. E., Biederman, J., Kwon, A., Mick, E., y Swezey, A. (2005). Assessing Cannabis Use in Adolescents and Young Adults: What Do Urine Screen and Parental Report Tell You? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(5), 742–750. <https://doi.org/10.1089/cap.2005.15.742>

- Goldman, M. S., y Darkes, J. (2004). Alcohol expectancy multiaxial assessment: A memory network-based approach. *Psychological Assessment*, 16(1), 4–15. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.1.4>
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., y Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256–267. <https://doi.org/10.20882/adicciones.932>
- Gracia, E., Fuentes, M. C., y García, F. (2010). Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 265–278. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a7>
- Hammal, F., y Finegan, B. A. (2016). Exploring attitudes of children 12–17 years of age toward electronic cigarettes. *Journal of Community Health*, 41(5), 962–968. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0178-6>
- Hampson, S. E., Andrews, J. A., Barckley, M., y Severson, H. H. (2006). Personality predictors of the development of elementary school children's intentions to drink alcohol: The mediating effects of attitudes and subjective norms. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 288–297. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.288>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Cerdá, M., Keyes, K. M., Stohl, M., Galea, S., y Wall, M. M. (2017). US Adult Illicit Cannabis Use, Cannabis Use Disorder, and Medical Marijuana Laws: 1991–1992 to 2012–2013. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 579–610. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0724>
- Hendricks, G., Savahl, S., y Florence, M. (2015). Adolescent peer pressure, leisure boredom, and substance use in low-income Cape Town communities. *Social Behavior and Personality*, 43(1), 99–110. <https://doi.org/10.2224/sbp.2015.43.1.99>
- Hipwell, A. E., White, H. R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Chung, T., y Sembower, M. A. (2005). Young girls' expectancies about the effects of alcohol, future intentions and patterns of use. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(5), 630–639. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.630>
- Isorna, M., Amado, B. G., Cajal, B., y Seijo, D. (2016). Perfilando los consumidores de cannabis que autocultivan a pequeña escala. *Anales de Psicología*, 32(3), 871–878. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.3.218561>
- Jander, A., Mercken, L., Crutzen, R., y De Vries, H. (2013). Determinants of binge drinking in a permissive environment: Focus group interviews with

- Dutch adolescents and parents. *BMC Public Health*, 13, Article 882. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-882>
- Jernigan, D., Noel, J., Landon, J., Thornton, N., y Lobstein, T. (2017). Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*, 112(Suppl. 1), 7–20. <https://doi.org/10.1111/add.13591>
- Jester, J. M., Glass, J. M., Bohnert, K. M., Nigg, J. T., Wong, M. M., y Zucker, R. A. (2019). Child and adolescent predictors of smoking involvement in emerging adulthood. *Health Psychology*, 38(2), 133–142. <https://doi.org/10.1037/hea0000703>
- Jones, S. C., y Magee, C. A. (2011). Exposure to alcohol advertising and alcohol consumption among Australian adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 46(5), 630–637. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agr080>
- Kinnunen, J. M., Rimpelä, A. H., Lindfors, P. L., Clancy, L., Alves, J., Hoffmann, L., Richter, M., Kunst, A. E., y Lorant, V. (2021). Electronic cigarette use among 14-to 17-year-olds in Europe. *European Journal of Public Health*, 31(2), 402–408. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa145>
- Kleinjan, M., Engels RCME, DiFranza JR. (2015). Parental smoke exposure and the development of nicotine craving in adolescent novice smokers: the roles of DRD2, DRD4, and OPRM1 genotypes. *BMC Pulmonary Medicine*, 15, Article 115. <https://doi.org/10.1186/s12890-015-0114-z>
- Kumpfer, K. L., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., Millman, J., Orrego, M. E. V., Rinehart, N., Smith, I., Spoth, R., y Steele, M. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Lee-Winn, A. E., Mendelson, T., y Johnson, R. M. (2018). Associations of personality traits with marijuana use in a nationally representative sample of adolescents in the United States. *Addictive Behaviors Reports*, 8, 51–55. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2018.06.005>
- Liao, Y., Huang, Z., Huh, J., Pentz, M. A., y Chou, C. P. (2013). Changes in friends' and parental influences on cigarette smoking from early through late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), 132–138. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.01.020>

- Linage-Rivadeneira, M., Lucio-Gómez-Maqueo, M. A. (2012). The relationship between youth substance abuse and coping strategies. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 4(1), 55–66. <https://doi.org/10.5460/jbhisi.v4.1.32971>
- Llorens Aleixandre, N., Tomás Dols, S., Aguilar Serrano, J., y Tortajada Navarro, S. (2011). Consumo de cannabis: ¿los factores de riesgo y protección varían según la edad?. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(4), 427–438.
- Lopez-Quintero, C., y Neumark, Y. (2015). Prevalence and determinants of resistance to use drugs among adolescents who had an opportunity to use drugs. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.01.015>
- Luc, M. H., Tsang, S. W., Thrul, J., Kennedy, R. D., y Moran, M. B. (2020). Content analysis of online product descriptions from cannabis retailers in six US states. *International Journal on Drug Policy*, 75, Article 102593. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.10.017>
- Madani, A., Aghamolaei, T., Madani, M., y Zarei, F. (2016). Prevalence of smoking and associated internal and external factors in high school students in Bandar Abbas, Iran. *Journal of Preventive Medicine*, 2(4), 39–49.
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Artamendi, S., Weidberg, S., Pericot, I., López-Núñez, C., Fernández-Hermida, J. R., y Secades, R. (2016). Estilos educativos y uso de alcohol en adolescentes: un estudio longitudinal. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(1), 27–36. <https://doi.org/10.3390/ejihpe6010003>
- Masood, M., Masood, Y., MdSabri, B. A., Younis, L. T., Yusof, N., Reidpath, D., y Petti, S. (2015). Within-Family Discussion on Harmful Effects of Smoking and Intention to Initiate Smoking Among European Adolescents. *Journal of Addiction Medicine*, 9(4), 261–265. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000127>
- Matali, J. L., Simons, J., Pardo, M., Lleras, M., Pérez, A., y Andión, O. (2018). Propiedades psicométricas de la versión española del Marihuana Motives Measure en población adolescente consumidora. *Adicciones*, 30(4), 282–291. <https://doi.org/10.20882/adicciones.947>

- Mays, D., Gilman, S. E., Rende, R., Luta, G., Tercyak, K. P., y Niaura, R. S. (2014). Parental smoking exposure and adolescent smoking trajectories. *Pediatrics*, 133(6), 983–991. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3003>
- McDonough, M. H., Jose, P. E., y Stuart, J. (2016). Bi-directional effects of peer relationship and adolescent substance use: A longitudinal study. *Journal of Youth Adolescence*, 45, 1652–1663. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0355-4>
- Molina, B. S. G., Howard, A. L., Swanson, J. M., Stehli, A., Mitchell, J. T., Kennedy, T. M., Epstein, J. N., Arnold, L. E., Hechtman, L., Vitiello, B., y Hoza, B. (2018). Substance use through adolescence into early adulthood after childhood-diagnosed ADHD: Findings from the MTA longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(6), 692–702. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12855>
- Monk, D., y Ricciardelli, L. A. (2003). Three dimensions of the male gender roles as correlates of alcohol and cannabis involvement in young Australian men. *Psychology of Men and Masculinity*, 4(1), 57–50. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.57>
- Moore, G. F., Littlecott, H. J., Moore, L., Ahmed, N., y Holliday, J. (2016). E-cigarette use and intentions to smoke among 10–11-year old never-smokers in Wales. *Tobacco Control*, 25(2), 147–152. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2014-052011>
- Obradors-Rial, N., Ariza, C., y Muntaner, C. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 381–385. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.004>
- O'Loughlin, J. L., Barry, A. D., O'Loughlin, E. K., y Tremblay M. (2014). Home smoking bans may increase the risk of smoking onset in children when both parents smoke. *Nicotine and Tobacco Research*, 16(7), 1009–1013. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu035>
- Okoli, C. T., y Kodet, J. (2015). A systematic review of secondhand tobacco smoke exposure and smoking behaviors: Smoking status, susceptibility, initiation, dependence, and cessation. *Addictive Behaviors*, 47, 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.03.018>
- Öztaş, D., Kalyon, A., Ertugrul, A., Gündogdu, Ç., Balcioglu, H., Saglan, Y., Bilge, U., y Karahan, S. (2018). Evaluation of risk factors affecting substance

- use among tenth-grade students. *BioMed International Research*, Article 1407649. <https://doi.org/10.1155/2018/1407649>
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S., y Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 23(1), 53–63. <https://doi.org/10.20882/adicciones.167>
- Peralta, R. L., Steele, J. L., Nofziger, S., y Rickles, M. (2010). The impact of gender on binge drinking behavior among U.S. college students attending a Midwestern university: An analysis of two gender measures. *Feminist Criminology*, 5(4), 355–379. <https://doi.org/10.1177/1557085110386363>
- Pettigrew, S., Biagioni, N., y Jongenelis, M. I. (2016). Anticipating and addressing event-specific alcohol consumption among adolescents. *BMC Public Health*, 16, Article 661. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3355-8>
- Pettigrew, J., Miller-Day, M., Shin, Y. J., Krieger, J. L., Hecht, M. L., y Graham, J. W. (2018). Parental messages about substance use in early adolescence: Extending a model of drug-talk styles. *Health Communication*, 33(3), 349–358. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1283565>
- Pirkle, E. C., y Richter, L. (2006). Personality, attitudinal and behavioral risk profiles of young female binge drinkers and smokers. *Journal of Adolescent Health*, 38(1), 44–54. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.09.012>
- Pons, J., y Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde una perspectiva psicosocial y ecológica. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 75–94. <https://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a7>
- Poulin, F., Kiesner, J., Pedersen, S., y Dishion, T. J. (2011). A short-term longitudinal analysis of friendship selection on early adolescent substance use. *Journal of Adolescence*, 34(2), 249–256. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.05.006>
- Robertson, E., David, S., y Rao, S. (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. *Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad (Segunda Edición. Versión Abreviada)*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. https://nida.nih.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf
- Romer, D., y Szobot, C. (2017). Prevention of substance use disorder. En D. L. Evans, E. B. Foa, R. E. Gur, H. Hendin, C. P. O'Brien, D. Romer, M.

- E. P. Seligman, y B. T. Walsh (Eds.), *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know* (2^a Ed.) (pp. 459–476). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780199928163.003.0019>
- Rusby, J. C., Light, J. M., Crowley, R., y Westling, E. (2018). Influence of parent–youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of Family Psychology*, 32(3), 310–320. <https://doi.org/10.1037/fam0000350>
- Rusby, J. C., Westling, E., Crowley, R., y Light, J. M. (2018). Legalization of Recreational Marijuana and Community Sales Policy in Oregon: Impact on Adolescent Willingness and Intent to Use, Parent Use, and Adolescent Use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(1), 84–92. <https://doi.org/10.1037/adb0000327>
- Scheier, L. M., y Griffin, K. W. (2021). Youth marijuana use: a review of causes and consequences. *Current Opinion in Psychology*, 38, 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.06.007>
- Schofield, T. J., Conger, R. D., y Robins, R. W. (2015). Early adolescent substance use in Mexican origin families: Peer selection, peer influence, and parental monitoring. *Drug and Alcohol Dependence*, 157, 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.10.020>
- Schuler, M. S., Tucker, J. S., Pedersen, E. R., y D'Amico, E. J. (2019). Relative influence of perceived peer and family substance use on adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use across middle and high school. *Addictive Behaviors*, 88, 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.025>
- So, E. S., y Yeo, J. Y. (2015). Factors associated with early smoking initiation among korean adolescents. *Asian Nursing Research*, 9(2), 115–119. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.05.002>
- Squeglia, L. M., Rinker, D. A., Bartsch, H., Castro, N., Chung, Y., Dale, A. M., Jernigan, T. L., y Tapert, S. F. (2014). Brain volume reductions in adolescent heavy drinkers. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 9, 117–125. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2014.02.005>
- Stickley, A., Koyanagi, A., Koposov, R., McKee, M., Roberts, B., Murphy, A., y Ruchkin, V. (2013). Binge drinking among adolescents in Russia: Prevalence, risk and protective factors. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1988–1995. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.009>

- Townsend, L., Flisher, A. J., y King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 295–317. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0023-7>
- Tu, A. W., Ratner, P. A., y Johnson, J. L. (2008). Gender differences in the correlates of adolescents' cannabis use. *Substance Use & Misuse*, 43(10), 1438–1463. <https://doi.org/10.1080/10826080802238140>
- Trucco, E. M., Cristello, J. V., y Sutherland, M. T. (2021). Do parents still matter? the impact of parents and peers on adolescent electronic cigarette use. *Journal of Adolescent Health*, 68(4), 780–786. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.12.002>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *Press Statement – 2 December 2020. CND votes on recommendations for cannabis and cannabis-related substances*. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_63Reconvened/Press_statement_CND_2_December.pdf
- VanderVeen, J., Hersherberger, R., y Cyders, M. (2016). UPPS-P model impulsivity and marijuana use behaviors in adolescents: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 181–190. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.09.016>
- Van Ryzin, M. J., Fosco, G. M., y Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1314–1324. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.020>
- Vermeulen-Smit, E., Verdurmen, J. E. E., Engels, R. C. M. E., y Vollebergh, W. A. M. (2015). The role of general parenting and cannabis-specific parenting practices in adolescent cannabis and other illicit drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 147, 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.014>
- Waldron, M., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Lynskey, M. T., Slutske, W. S., Glowinski, A. L., Henders, A., Statham, D. J., Martin, N. G., y Heath, A. C. (2014). Parental Separation and Early Substance Involvement: Results from Children of Alcoholic and Cannabis Dependent Twins. *Drug and Alcohol Dependence*, 134(1), 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.010>

- Wang, J. W., Cao, S. S., y Hu, R. Y. (2018). Smoking by family members and friends and electronic cigarette use in adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Induced Diseases*, 16, 5, 1-11. <https://doi.org/10.18332/tid/84864>
- Woolfolk, A. (2008). *Educational psychology*. Allyn y Bacon.
- Xiao, L., Parascandola, M., Wang, C., y Jiang, Y. (2019). Perception and current use of E-cigarettes among youth in China. *Nicotine & Tobacco Research*, 21(10), 1401-1407. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty145>
- Yoong, S. L., Hall, A., Leonard, A., McCrabb, S., Wiggers, J., d'Espaignet, E. T., Stockings, E., Gouda, H., Fayokun, R., Commar, A., Prasad, V., Paul, C., Oldmeadow, C., Chai, L., Thompson, B., y Wolfenden, L. (2021). Prevalence of electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 6(9), 661-673. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00106-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00106-7)
- Young, R., Sweeting, H., y West, P. (2008). A longitudinal study of alcohol use and antisocial behaviour in young people. *Alcohol and Alcoholism*, 43(2), 204-214. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agm147>
- Zavala-Arciniega, L., Lozano, P., Kollath-Cattano, C., Gutierrez-Torres, D. S., Arillo-Santillán, E., Barrientos-Gutiérrez, I., Hardin, J. W., y Thrasher, J. F. (2019). E-cigarette use frequency and motivations among current users in middle school. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, Article 107585. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107585>

— UNIDAD 8 —

Modelos de ocio enmarcados en el consumo de TAC

Montse Juan Jerez
Mariàngels Duch Moyà
Yasmina Castaño Martínez

1. Qué sabemos del modelo de ocio basado en el consumo de TAC

1.1. El ocio de los adolescentes

Las salidas con los amigos son muy frecuentes entre los adolescentes en edad escolar, con frecuencias similares en ambos sexos (OEDA, 2023). Entre aquellos que salen con una frecuencia semanal, el 64% lo hacen por la tarde y un 19% por la noche (Tabla 1). Junto con la práctica de algún deporte, salir y estar con amigos se encuentra entre las prácticas lúdicas preferidas por los adolescentes. Es destacable que el porcentaje de adolescentes que sale por la noche ha disminuido en la encuesta de 2023 respecto a la encuesta de 2021, donde era del 23%. Quizás esto sea el inicio de una tendencia.

Tabla 1. Actividades de ocio semanales realizadas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo (%)

	Total	Hombre	Mujer
Practicar algún deporte	72,2	82,5	61,5
Leer libros por diversión	22,6	14,5	30,8
Salir con amigos por las tardes	63,9	63,2	64,7
Salir con amigos por las noches	18,8	19,7	17,9

Fuente: OEDA (2023). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023, pág. 82

Si sumamos los porcentajes de los estudiantes que salen con amigos con frecuencia semanal y mensual, estar con amigos por las tardes es una actividad practicada por el 91% de los estudiantes, mientras que las salidas nocturnas las realizan el 56% de los mismos (Tabla 2), en porcentajes similares según sexo. De forma que salir con amigos, como actividad más practicada, constituye una actividad significativa para situar en el entramado de consumos de sustancias en la adolescencia.

Tabla 2. Salidas con amigos por las tardes/noches realizadas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14–18 años (%)

	Total	Semanal	Mensual
Salir con amigos por las tardes	91,0	63,9	27,1
Salir con amigos por las noches	55,7	18,7	37,0

Fuente: OEDA (2023). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994–2023, pág. 82

Si nos fijamos en los principales consumos de sustancias, como la tríada tabaco-alcohol-cannabis (TAC), vemos que las frecuencias varían en función de la actividad realizada (Tabla 3), de forma que mientras algunas actividades parecen actuar como factores de protección otras podrían constituir factores de riesgo para el consumo de estas sustancias.

Pero el análisis por separado de cada actividad lúdica y su relación con una o varias sustancias es insuficiente y en absoluto debería establecerse una relación determinista, ya que los factores de riesgo y los de protección se relacionan unos con otros y crean una sintaxis de combinaciones muy compleja. Sin embargo, su examen sí permite identificar algunas tendencias de enorme interés. Por ejemplo, mientras que leer parece actuar como un factor de protección, salir por la tarde o por la noche con amigos actuaría como un factor de riesgo. Al tiempo que hacer deporte actuaría tanto como factor de riesgo o de protección, de forma que es preciso matizar por sustancias. Un análisis más detallado nos permitiría discernir consumos según el deporte practicado o los formatos en que este se practica.

Al analizar más en detalle las salidas nocturnas, la primera valoración en pro de la prevención es que encontramos una ligera tendencia a la baja entre los adolescentes que salen de noche (Tabla 4). La evolución, durante los últimos años es que, tras el lapsus que supuso la COVID, el porcentaje de adolescentes que nunca sale de noche se mantiene, con un ligero incremento de los que no lo hacen. También se reduce el porcentaje de los que salen con una frecuencia semanal, aunque se incrementa la de los que lo hacen con una frecuencia mensual, lo que consolida el ocio nocturno como actividad preferida.

Tabla 3. Prevalencia de consumo de sustancias de tabaco, alcohol y cannabis en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14–18 años según las actividades de ocio realizadas (%)

	Tabaco	Alcohol	Cannabis
Ha practicado deporte	26,6	73,7	20,9
No ha practicado deporte	36,0	74,2	27,5
Ha leído libros	22,9	69,7	17,7
No ha leído libros	34,8	80,1	27,6
Ha salido con amigos/tardes	28,2	75,0	22,2
No ha salido con amigos/tardes	13,2	47,5	11,2
Ha salido con amigos/noches	35,0	85,7	27,2
No ha salido con amigos/noches	7,9	42,0	6,5
Tiene otros hobbies	24,3	71,4	19,5
No tiene otros hobbies	32,0	76,9	24,5

Fuente: OEDA (2023). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994–2023, pág. 83

1.2. El ritual de salir con los amigos durante la adolescencia

Siguiendo con las actividades que realizan los adolescentes, a primera vista, parece que salir con amigos, ya sea por la tarde o por la noche, constituye un factor de riesgo para el consumo de TAC. Por otro lado, durante la adolescencia estar con amigos es una actividad muy relevante. Los amigos significan

Tabla 4. Frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%)

Frecuencia de salida	2006	2021	2023
Nunca	11,8	25,3	13,0
Mensual o menos	35,3	35,8	47,8
Semanal	52,8	39,0	39,3

Fuente: OEDA (2023). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994–2023, pág. 83

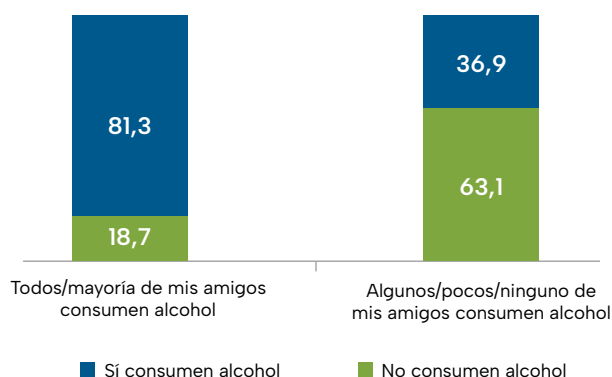
muchas cosas: socializar, ligar, experimentar, compartir, aprender, etc. Divertirse fuera del ambiente familiar es una práctica iniciática propia de la adolescencia, un deseo de muchas personas y algo tan difícil de controlar como los cambios hormonales y fisiológicos que también se producen en esas edades.

Aquí emerge una paradoja, salir con amigos parece que constituye un factor de riesgo al tiempo que es también una necesidad social y cultural necesaria para el buen desarrollo del adolescente. ¿Cómo se podría resolver esa contradicción haciendo intervenir factores preventivos? Aquí entra la cuestión ambiental o contextual. Haría falta plantearse si el factor de riesgo es estar con amigos o cómo, dónde y rodeado de quienes se está cuando los adolescentes salen con los amigos. Es decir, hay que entrar en la dimensión más compleja de los ambientes, los contextos, las circunstancias, los estilos de diversión, las perspectivas creadas acerca de lo que es divertirse, etc., para desgranar los factores que hay que transformar desde la prevención.

Hablemos un poco de los ambientes de ocio. Los ambientes donde el consumo de TAC es un hecho intrínseco actúan como inductores a dicho consumo. Los adolescentes imitan, hacen lo que ven hacer, ya sea a sus pares o a otros a los que adoptan como modelo. El consumo dentro de los grupos de iguales lleva décadas investigándose y está bien documentado (Calero, 2022) por expertos de distintas disciplinas. En la práctica, y continuando con datos de los estudiantes de España, hay un mayor porcentaje de consumo de alcohol en los estudiantes cuyo grupo de amigos también toma bebidas alcohólicas (OEDA, 2021). Así, el 81,3% de aquellos que informan que todos o la mayoría de sus amigos bebieron alcohol en los últimos 30 días indica también un consumo en ese periodo. En cambio, en el grupo en el que pocos o ninguno de sus amigos consume, la prevalencia desciende al 36,9%.

Ocurre algo similar cuando se trata el consumo de tabaco y cannabis. Ambas prevalencias de consumo superan el 60% en alumnos que pertenecen a grupos sociales con una mayoría de amigos que han consumido estas sustancias en el último mes. Y, al igual que con el alcohol, estas prevalencias de consumo disminuyen en los estudiantes que tienen amigos donde la prevalencia de consumo es menor (13,5% tabaco y 11,6% cannabis).

Figura 1. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en función de la percepción de que todos o solo unos pocos de sus iguales consumen esa misma sustancia (últimos 30 días) (%). España, 2021



Fuente: OEDA (2021). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021, pág. 126

1.3. El ocio nocturno como factor de riesgo

El ocio nocturno es un espacio para adultos en el que se han ido infiltrando los menores de edad. A través de prácticas como el botellón y de fiestas y festivales programados por entidades públicas o privadas, el ocio nocturno se ha ido extendiendo y 'normalizando'. También como significado simbólico y ritual de mayor independencia y acceso hacia la vida adulta.

La correlación entre la frecuencia de salidas nocturnas y el consumo de las principales sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, cannabis) en el último año es evidente. Como indica el informe ESTUDES 2023 (OEDA, 2023), se produce un aumento en el consumo de estas sustancias cuanto mayor es la frecuencia de salidas nocturnas de los alumnos de 14 a 18 años (Tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según la frecuencia de salidas nocturnas en los últimos 12 meses (%)

Frecuencias de salidas	Tabaco	Alcohol	Cannabis
Nunca	5,3	33,1	4,8
Menos de una noche al mes	16,4	67,3	12,6
De 1 a 3 noches al mes	29,9	82,8	23,9
1 noche a la semana	35,0	85,8	27,4
2 noches a la semana	44,3	89,6	33,1
3-4 noches a la semana	50,2	90,7	40,3
Más de 4 noches a la semana	55,1	90,1	44,2

Fuente: OEDA (2023). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023, pág. 85

1.4. El consumo de TAC aumenta progresivamente a medida que se intensifican las salidas nocturnas

Según los datos del informe ESTUDES 2023 (OEDA, 2023), la mayoría de los estudiantes que ha salido de noche reconoce haber consumido bebidas alcohólicas en los 12 meses previos a la encuesta. A mayor intensidad de salidas, aumenta el porcentaje de quienes consumen. Mientras que el porcentaje de quienes consumen se reduce prácticamente a la mitad entre aquellos que nunca han salido de noche en los últimos 12 meses (33,1%).

Con respecto al tabaco, el 5,3 % de los estudiantes que nunca ha salido de noche informa haber fumado, porcentaje que aumenta progresivamente según aumentan las frecuencias de salidas nocturnas, llegando casi a quintuplicarse cuando aumenta el número de salidas nocturnas a la semana. Por su parte, el cannabis tiene una presencia inferior al 5% entre los adolescentes que no han salido por la noche en el último año. Sin embargo, la prevalencia aumenta cuando empieza a registrarse cierto hábito de salidas nocturnas, alcanzando el 44,3% en el nivel de frecuencia de salidas más alto.

La asociación entre drogas y diversión ha ido calando en amplios sectores juveniles, de tal forma que el uso de sustancias psicoactivas (sobre todo el alcohol) ha devenido un referente obligado de la cultura juvenil, un componente esencial de su ocio.

1.5. Policonsumo

Consumir al mismo tiempo más de una sustancia es un hábito que afecta una cuarta parte de los jóvenes que informa haber consumido drogas el último mes (OEDA, 2023). Es también relevante señalar que el policonsumo, cuando se incluyen drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales, es más practicado por ellas que por ellos, independientemente del tramo temporal analizado (OEDA, 2023)

Tabla 6. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14–18 años, según sexo (%)

	Alguna vez		Último año		Último mes	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
No consumo	22,5	17,4	26,1	20,4	41,9	35,8
Solo una sustancia	38,5	34,6	41,6	39,1	34,7	36,1
Policonsumo	30,9	48,1	32,2	40,5	23,5	28,1

Fuente: OEDA (2023). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994–2023, pág. 75

*Drogas legales e ilegales: Tabaco, alcohol, hipnosedantes con/sin receta, inhalables volátiles, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB.

Desde una perspectiva evolutiva, el policonsumo de dos o más sustancias tiende a crecer (OEDA, 2023). Independientemente de la consideración de droga legal/ilegal, se obtiene que el consumo de todas ellas tiene una mayor prevalencia entre aquellos alumnos que han hecho un consumo compulsivo en un espacio corto de tiempo (binge drinking) o se han emborrachado en los últimos 30 días.

2. El policonsumo de TAC y sus consecuencias en el bienestar durante la adolescencia.

Resultados de la encuesta PEMPA

La encuesta PEMPA (Plan Estratégico Municipal de Prevención de las Adicciones) se desarrolló en 2022, como iniciativa del Ayuntamiento de Palma, y fue coordinada por IREFREA. Se realizó en siete centros educativos de la ciudad, a un total de 2020 alumnos, con una muestra final de 1872 alumnos. Los principales datos de la encuesta se encuentran recogidos en el informe “Enquesta sobre prevenció de les addiccions a Palma”.

Para el curso P'TAC se han elaborado algunos datos que aportan información significativa, ya que ponen en relación el consumo de TAC con variaciones en las actividades de ocio y el bienestar y control emocional.

2.1. Estudiantes y policonsumo

De acuerdo con los resultados de la encuesta, un 26,1% de los participantes había consumido alcohol en el último mes (20,3% en el grupo de menores y un 52,4% entre el grupo de adultos); un 17% consumió tabaco (13,6% menores, 32,4% adultos); un 12,1% vapeó (11,6% menores, 14,3% adultos) y un 6,7% consumió marihuana (6,2% menores, 9,2% adultos). El hecho de que un 28,6% de los menores de edad consumieran como mínimo una de las tres sustancias en el mes previo a la evaluación, revela la naturaleza crítica de la situación ya que hablamos de que casi un 30% de los adolescentes encuestados pueden considerarse consumidores habituales.

Si nos centramos en el policonsumo en esos grupos de edad, un 14,4% de los menores participantes, frente a un 33,9% de los adultos, consume dos o

más de las sustancias con mayor prevalencia (alcohol, nicotina en tabaco o cigarrillo electrónico, cannabis) sin que se evidencien diferencias por sexo. Más concretamente, en el grupo de menores, la muestra de 12 a 14 años presenta una tasa de policonsumo del 4,6%, que aumenta de forma significativa ($p<.001$) hasta el 20,2% en la franja de 15 a 17 años, en el mes anterior a la encuesta.

2.2. La felicidad y el bienestar

En la muestra PEMPA, encontramos que los alumnos que manifiestan haber consumido alcohol o cannabis de manera habitual (consumo mensual), muestran puntuaciones más bajas cuando se les pide que puntúen su grado de felicidad en una escala de 1 a 10. Los estudiantes que presentan un estado de ánimo más bajo, tienden a presentar mayores posibilidades de policonsumo, especialmente cuando se comparan con los no consumidores. Estos resultados son congruentes con los hallados en la literatura, donde se esgrime la hipótesis de que, si bien la frecuencia de uso no tiene gran relación con el bienestar emocional, las consecuencias negativas derivadas del consumo sí que inciden sobre éste de manera negativa (Allen y Holder, 2014; Jongenelis et al., 2019).

2.3. El control emocional

Existe una estrecha relación entre la regulación emocional y el consumo de sustancias, pues en ocasiones el consumo se da con el objetivo de regular emociones desagradables (Lannoy et al., 2021; Weiss et al., 2022). Algunos estudios apuntan a que esta relación también se produce en el policonsumo (Zuckermann et al., 2020). En concreto, en la muestra PEMPA, se evaluó la relación entre policonsumo, supresión emocional y reevaluación cognitiva. Aunque en general no se establecía dicha relación, se encontró que entre el grupo de menores de edad las mayores puntuaciones en supresión se relacionaban ligeramente con el consumo de 2 o más sustancias.

2.4. Las prácticas de ocio

La relación entre consumo y actividades de ocio ha generado en las últimas décadas cierta controversia dado que, a pesar de que algunos estudios apoyan la hipótesis de que participar en actividades de ocio constituye un factor protector, otros sugieren que determinadas prácticas pueden ser iatrogénicas o no tener ningún efecto sobre los consumos. En la muestra PEMPA, encontramos que, en general, salir por las tardes y por las noches con amigos, se relaciona con mayor frecuencia de uso de la tríada TAC. Por el contrario, leer, pasar tiempo en familia, tocar un instrumento o jugar a juegos de mesa, se relacionan con menor uso de determinadas sustancias. Además, existen algunas diferencias por sexo, mientras que practicar deporte constituye entre los hombres un factor de riesgo para el policonsumo, en las mujeres actúa como un factor de protección.

Teniendo en cuenta el número de actividades de ocio semanales en las que participan los jóvenes vemos que, aunque entre el grupo de adultos no parece haber diferencias entre los que practican el policonsumo y los que no, en el grupo de los menores el policonsumo se relaciona con una menor práctica de actividades de ocio semanales.

3. La gestión del ocio como espacio de consumo de TAC: prevención individual y social

3.1. La evolución del ocio promotor del consumo de TAC

Los especialistas en prevención mantienen desde hace ya algunos años que, durante la adolescencia, los jóvenes que participan en actividades alternativas al ocio nocturno son menos proclives a involucrarse en el abuso de sustancias (Navarro, 2000; Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

La adolescencia y la juventud son etapas de exploración y experimentación, en las que muchas veces el consumo de sustancias psicoactivas se inicia con fines recreativos o experimentales. Como se ha mencionado, en este inicio intervienen los hábitos del grupo de pares, la facilidad de acceso a las sustancias, las percepciones que los adolescentes tienen sobre las mismas, así como las principales actividades que se realizan en las instituciones educativas y centros de salud. (García-Carpintero-Muñoz et al. 2020)

En las últimas décadas del siglo XX se consolidó el ocio nocturno en España, así como en Europa, como un fenómeno social con trascendencia en el consumo de drogas (Calafat et al., 2000), con tendencia a convertirse en un ocio predominante o hegemónico. Esa tendencia ha seguido creciendo como un incentivo turístico y de atracción de jóvenes, deviniendo en ciertos núcleos urbanos y centros turísticos específicos, especialmente en la costa mediterránea, en un ocio de 'excesos'. En las islas Baleares incluso se ha legislado, a través de la llamada Ley de excesos (2020), para poner freno a esta tendencia.

Todo ello constituye un grave problema de seguridad y salud pública dado que el consumo de drogas se ve asociado a una serie de conductas de riesgo (accidentes, balconing, violencia y agresiones sexuales entre otras) así como a un cúmulo de enfermedades graves para la salud en todas sus dimensiones (Feltmann et al., 2021).

La etiqueta de ‘ocio nocturno’ como un contexto de riesgo se ha consolidado en la literatura científica que analiza el fenómeno (Calafat et al., 2009). El consumo y policonsumo de TAC está ‘normalizado’ en esos ambientes. Además de las consecuencias en la salud y bienestar de los individuos, también se ha estudiado su relación con las conductas violentas. Los factores más importantes asociados con la participación en la violencia, realizado desde un análisis multivariado, fueron una alta frecuencia de intoxicación por alcohol y de sustancias ilícitas como el cannabis en el último año (Calafat et al., 2009). También hay estudios que muestran la correlación con ciertos ambientes musicales, como la música electrónica (Nordfjærn, 2017), frecuentes también en los ambientes nocturnos donde participan los jóvenes; o las asociaciones entre ocio nocturno y violencia sexual (Quigg et al., 2020)

3.2. La prevención basada en el modelo de ‘ocio nocturno’

A inicios del siglo XXI emergieron propuestas de ‘sustitución’ y ‘tratamiento’ de ese modelo de ocio tóxico. Esas propuestas recibieron denominaciones como ‘ocio alternativo’ o ‘reducción del daño’. Desde el ámbito del ocio alternativo, la propuesta era que, si se ofrecían más actividades de ocio saludable en el contexto nocturno éstas sustituirían a las actividades de ocio tóxico tan vinculado al consumo de drogas. Mientras que, desde el ámbito de la reducción de riesgos, bajo la premisa de que el consumo de drogas es intrínseco a la diversión, lo que había que hacer era ofrecer información sobre las drogas y cómo consumirlas para evitar efectos y problemas indeseados. De forma que buena parte de las estrategias se barajaron entre estas dos categorías: sustituir o informar, pero el problema era más complejo de lo que parecía.

Una diferencia esencial entre ambos tipos de programas es que, mientras los de reducción de riesgos no cuestionan la lógica de la llamada “cultura re-

creativa”, los de ocio alternativo buscan cambios esenciales al tratar de crear alternativas positivas de socialización de los jóvenes a través de la “cultura de la noche” (Calafat, 2003). En cualquier caso, ambos tipos de programas no han de verse como incompatibles o contradictorios, sino más bien como estrategias complementarias. InJuve en 2002 publicó el manual “Redes para el tiempo libre. Guía metodológica para la puesta en marcha de programas de ocio alternativo de fin de semana”, un ejemplo de cómo se veía esta prevención hace dos décadas

También y en paralelo, a lo largo de este siglo, el modelo de ‘ocio nocturno’ se ha ido extendiendo hacia nuevos espacios como el ‘botellón’, las neofiestas (como el *Birracrucis* o el *Much* en Mallorca) y los ‘tardeos’, entre otras. Nuevos formatos de fiesta que comparten la ingesta abusiva de alcohol. El fenómeno del botellón, junto con las neofiestas, se ha consolidado como un ritual recreativo de gran importancia en el ocio de los jóvenes y ha contribuido a la expansión de un patrón preocupante de consumo de alcohol y otras sustancias. Los resultados de un estudio reciente (García-Couceiro et al., 2020) muestran que el 27,3% de los adolescentes de la muestra participaron en un botellón en el transcurso del último año. El 96,6% reconoció beber alcohol cuando acude a un botellón, el 53,4% consumir alcohol y tabaco, y un 30,2% tres o más sustancias. Esta práctica se asocia con tasas significativamente mayores de consumo intensivo de alcohol (28% vs. 0,9%), así como con un consumo de riesgo de alcohol, cannabis y drogas en general.

3.3. Retos para transitar hacia un ocio de calidad. La dimensión comunitaria de la prevención

Las soluciones para transitar de un modelo de ocio basado en el consumo de TAC a otro de calidad (en términos de salud pública) y valioso (de capacitación de los jóvenes) dependen de un enfoque multisectorial e integral. Si en algo es unánime la literatura científica de la prevención es en que las medidas aisladas no son preventivas, no tienen un impacto real para cambiar las tendencias ante el consumo. Para ello son necesarias estrategias y acciones a nivel social, comunitario, implicando a todos los sectores; hay que poner en conexión el nivel de las personas y el relacional, lo individual y colectivo.

Desde ese amplio paisaje integral debe haber un enfoque en el territorio local (municipalidad), terreno donde se cuecen las relaciones entre las personas (ciudadanos) y se acuerdan estrategias sociales y culturales con sus normas, límites e impactos (estilo de gobernabilidad).

La dimensión del ocio merece una mirada 360°, un enfoque que abarque una dimensión personal, humana y social. Aunque el ocio tiene una enorme trascendencia en educación, bienestar, salud y economía; a pesar de ello es poco visible en la gestión educativa y familiar y en los aprendizajes fundamentales que afectan al crecimiento humano y social. Hablar de ocio no es hablar de tiempo libre, concepto más ligado al mundo laboral y del trabajo, creado en la era industrial y adaptado al ritmo de la fábrica y las administraciones.

El concepto de ocio abarca todos los ámbitos de la vida, se integra en el devenir orgánico de las personas y las comunidades. A nivel municipal y de barrio, juega un papel de enorme valor en la construcción del capital social, de las estructuras de cohesión, de las relaciones intergeneracionales y también como paradigma preventivo de muchos de los problemas.

En IREFREA se ha estudiado y se han desarrollado programas para insertar ingredientes preventivos vinculados a las prácticas de ocio, distintas al ocio alternativo o a la reducción de riesgos. Sin embargo, todas las iniciativas requieren comprender el ocio cómo una dimensión esencial en la vida humana; un hecho universal, en su concepción filosófica; un bien cultural y de comunicación de gran diversidad, en la concepción social. ¿Cómo visibilizar la dimensión del ocio para insertarlo como una estrategia preventiva clave?

4. Programas escolares que incorporan la educación en el ocio como estrategia preventiva

En el Portal de Buenas Prácticas en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones, iniciativa del PNSD, encontramos nueve programas escolares. La mayoría incorpora el espacio del ocio como un espacio donde prevenir, sin embargo sólo seis de ellos incorporan mensajes y experiencias en relación con este ámbito, integrando temas como: la presión en el grupo de iguales, los amigos, la diversión, el juego, y las actividades de tiempo libre, entre otros.

Algunos elementos a tener en cuenta, que complementan y entrelazan otros aspectos abordados en la Unidad 11, son:

- a.** Aunque la mayoría de programas miran el ocio como espacio preventivo, no entran en la gestión de este ocio, solo lo tratan como un marco o campo preventivo.
- b.** Los programas escolares suelen tener una dimensión universal y estar orientados a fomentar habilidades para la vida y valores prosociales, dimensiones claves en las actividades de ocio.
- c.** La implementación de programas escolares requiere la adopción de otras medidas complementarias que involucren a toda la comunidad educativa (docentes, familias, otros mediadores).
- d.** Los programas escolares no se centran únicamente en la prevención del consumo de TAC, sino que se dirigen a múltiples riesgos vinculados con esos consumos.

Un ejemplo de programa escolar que entiende el ocio como espacio preventivo es el programa Tú Decides (Calafat et al., 2023) . El proceso del programa posibilita que profesorado y alumnado se sumerjan en distintos escenarios de ocio, donde compartir experiencias y expectativas; y facilita que puedan ser debatidas situaciones en las que están presente los consumos de TAC. A partir de esas situaciones concretas se desarrolla un debate, propuestas y actitudes preventivas.

5. Desde la reflexión y la experiencia

En países como Reino Unido, Suecia, Canadá, Australia y Nueva Zelanda el abordaje del consumo de alcohol de los adolescentes y jóvenes en el ámbito del ocio mediante el desarrollo de plataformas comunitarias multicomponente es ya una realidad política. Estos enfoques integrales combinan aspectos de movilización comunitaria, una estricta aplicación de la ley, vigilancia, campañas educativas y de sensibilización en los medios, un plan para los establecimientos con licencia para vender alcohol para trabajar conjuntamente y compartir información con la policía, y un programa de formación del personal de los locales que proporciona habilidades en dispensación responsable de bebidas alcohólicas y resolución de conflictos.

Una de las claves es crear capital social, concepto que hace referencia al resultado de la colaboración entre personas dentro de un grupo, un municipio o un colectivo. Estas crean conexiones que dinamizan comunidades y personas para el desarrollo de sus objetivos, a nivel municipal, autonómico o nacional, ante necesidades de salud pública y de bienestar ciudadano.

En España se han desarrollado diversas implementaciones de programas preventivos en el ámbito del ocio, con un enfoque ambiental y comunitario, que cuentan con resultados positivos y han sido incluidos en portales como Xchange, HNT y el Portal de BBPP. Los resumimos a continuación:

STAD in Europe - STAD

Es una estrategia de prevención desarrollada en Suecia que ha obtenido excelentes resultados en la reducción del consumo excesivo de alcohol en los locales nocturnos. El programa ha mostrado efectos significativos en la disminución del consumo de menores, la reducción del servicio a clientes embriagados, y el descenso de las agresiones relacionadas con el consumo de alcohol. En España se ha implementado en la ciudad de Palma donde se exploró el consumo de alcohol y la embriaguez de los adolescentes que practican el botellón y analizó sus actitudes hacia el consumo de alcohol (<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/11/3885>) y otro para analizar medidas objetivas y autoinformadas sobre el consumo de alcohol y evaluar el papel de los factores sociales en el consumo de alcohol en botellones (<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2890>). Asimismo, se evaluó la efectividad de la intervención comunitaria desarrollada para aumentar el cumplimiento de las restricciones de edad para la venta de alcohol en supermercados que dio resultados muy positivos entre las cadenas de locales que habían participado en la formación de formadores y de sus equipos (<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/16/5991>). Más información sobre el programa en: <http://www.stadineurope.eu/>

STOP-SV

El objetivo general del proyecto es crear una dinámica de acciones interconectadas implicando en el liderazgo a la industria recreativa. Las acciones pretenden: i) Explorar y evaluar las condiciones que facilitan y/o promueven el acoso sexual y la violencia sexual en los contextos de ocio nocturno; ii) Crear un sistema para deconstruir estas condiciones y promover el cambio; y, iii) Socializar el problema y las soluciones mediante la vinculación estratégica de los diversos agentes involucrados (representantes de la economía nocturna,

administraciones públicas y sociedad civil). Los resultados del estudio exploratorio realizado en España muestran que el trabajo comunitario desarrollado y la formación de los trabajadores en el ocio nocturno está asociada con una disminución sobre los mitos de violencia sexual por parte de los participantes y un aumento en su disposición y confianza para intervenir (<https://academic.oup.com/eurpub/article/31/3/659/6170944?guestAccessKey=c1a9a29f-7bc7-403c-a099-52346ee4874a&login=false>). Más información sobre el programa en: <http://www.irefrea.eu/>

FERYA

Es un programa de prevención dirigido a los responsables de las organizaciones de familia para que participen activamente en la prevención de los riesgos que afectan a los adolescentes. Este programa, diseñado e implementado por los profesionales de IREFREA junto con las federaciones de las asociaciones de padres y madres participantes, trabaja el empoderamiento de las organizaciones de familia y la capacitación de sus líderes como organizaciones clave en la socialización de la prevención. Más información sobre el programa en: <https://ferya.es/>

POQIB

La Plataforma por un Ocio de Calidad en las Islas Baleares (POQIB), plataforma multisectorial gestionada y coordinada por la Conselleria de Salut a través del Plan de Adicciones y Drogodependencias de las Islas Baleares (PADIB), con apoyo de IREFREA, integra a más de cuarenta organizaciones de esta comunidad autónoma. La POQIB fomenta el trabajo comunitario a nivel local para reconvertir las fiestas patronales y locales, y el ocio en espacios lúdicos y de diversión, con iniciativas preventivas orientadas a que los menores de edad no consuman alcohol (ni otras drogas) desde iniciativa plurales de todos los colectivos. Más información sobre el programa en: https://www.caib.es/sites/padib/ca/plataforma_doci_de_qualitat-94620

Bibliografía

- Allen, J., y Holder, M. D. (2014). Marijuana use and well-being in university students. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 15(2), 301–321. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9423-1>
- Calafat, A. (2003). *Reflexiones acerca de la cultura del ocio y consumo de drogas. Seminario sobre la prevención de las drogodependencias en espacios de ocio*. Palma de Mallorca.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A., Juan, M. y Duch, M. A. (2009). Preventive interventions in nightlife: a review. *Adicciones*, 21 (4), 387–414.
- Calafat, A., Becoña, E., Duch, M. y Juan, M. (2023). *Tú Decides. Programa de prevención de las adicciones en el ámbito escolar. Manual del Profesorado*. Palma: IREFREA.
- Decreto Ley 1/2020, del 17 de enero, contra el turismo de excesos para la mejora de la calidad en zonas turísticas. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-2389>
- Feltmann, K., Elgán, T. H., Strandberg, A. K., Kvillemo, P., Jayaram-Lindström, N., Grabski, M., Waldron, J., Freeman, T., Curran, H. V., y Gripenberg, J. (2021). Illicit Drug Use and Associated Problems in the Nightlife Scene: A Potential Setting for Prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4789. MDPI AG. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/ijerph18094789>
- García-Carpintero-Muñoz, M. Á., Tarriño-Concejero, L., y de Diego-Cordero, R. (2020). Consumption of Substances in Nightlife Settings: A Qualitative Approach in Young Andalusians (Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5646. MDPI AG. Retrieved from <http://doi.org/10.3390/ijerph17165646>

- García-Couceiro N, Isorna Folgar M, Varela Mallou J, Gandoy-Crego M, Braña Tobío T, Rial Boubeta A. (2020). El fenómeno del botellón. Análisis descriptivo y posibles implicaciones a partir de una muestra de adolescentes gallegos. *Revista Española de Salud Pública*, (94), 1-15.
- Errasti, J. M., Fernández, J. R., Secades, R., y Vallejo, G. (2002). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención del ocio alternativo*. Colegio Oficial de Psicólogos-PNSD
- Instituto de la Juventud. (2002). *Redes para el tiempo libre. Guía metodológica para la puesta en marcha de programas de ocio alternativo de fin de semana*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Instituto Europeo de Estudios en Prevención. (s.f.). *Tú Decides. Programa oficial en las Islas Baleares*. <https://tudecides.plus/>
- Jongenelis, M. I., Jardine, E., Kameron, C., Rudaizky, D., Pettigrew, S. (2019). E-cigarette use is associated with susceptibility to tobacco use among Australian young adults. *International journal on drug policy*, 74, 266-273. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.06.017>
- Lannoy, S., Duka, T., Carbia, C., Billieux, J., Fontesse, S., Dormal, V., Gierski, F., López-Caneda, E., Sullivan, E. V., y Maurage, P. (2021). Emotional processes in binge drinking: A systematic review and perspective. *Clinical Psychology Review*, 13(84). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101971>
- Navarro Botella, J. (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Nordfjaern, T. (2017). Violence involvement among nightlife patrons: The relative role of demographics and substance use. *Aggressive Behavior*, 43(4), 398-407. <https://doi.org/10.1002/ab.21698>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023a). *Estudes 2023. Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España, 1994-2023*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Estratégico Municipal de Prevención de las Adicciones. (2022). *Encuesta sobre prevención de les addiccions a Palma*. <https://www.palma.cat/documents/39028/13129341/ENQUESTA+ESCOLAR+PREVENCIO%C3%93+DE+LES+ADDICCIONS+DE+PALMA+2022.pdf/b0eae429-f387-ae3e-7861-7b5858d97702?t=1684821107254&download=true>

- Quigg, Z., Bigland, C., Hughes, K., Duch, M., y Juan, M. (2020). Sexual violence and nightlife: A systematic literature review. *Agression and violent behavior*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101363>
- Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2003). *Consumos de drogas y factores de riesgo en los jóvenes ovetenses*. Oviedo. Concejalía de la Juventud del Ayuntamiento de Oviedo.
- Weiss, N. H., Kiefer, R., Goncharenko, S., Raudales, A. M., Forkus, S. R., Schick, M. R., y Contractor, A. A. (2022). Emotion regulation and substance use: A meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 230, 109131. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109131>
- Zuckermann, A. M. E., Williams, G. C., Battista, K., Jiang, Y., de Groh, M., y Leatherdale, S. T. (2020). Prevalence and correlates of youth poly-substance use in the COMPASS study. *Addictive behaviors*, 107, 106400. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106400>

— UNIDAD 9 —

La prevención ambiental

Elisardo Becoña Iglesias

Esteve Saltó Cerezuela

Josep M. Suelves Joanxich

1. ¿Qué es la prevención ambiental?

En los últimos años, junto a la prevención universal, selectiva e indicada, ha surgido un nuevo tipo de prevención, la *prevención ambiental*. El preludio de la misma está en los inicios de la década del 2000, donde se hace evidente que un modo excelente de prevenir el consumo de drogas es a través de cambios normativos, mediante leyes y normas. Como afirma Burkhart (2011), la prevención ambiental son las estrategias que alteran las normas y los ambientes físicos, sociales y económicos sin basarse en la persuasión. Es decir, “las estrategias de prevención ambiental se dirigen a alterar los ambientes inmediatos culturales, sociales, físicos y económicos en los que las personas hacen sus elecciones sobre el consumo de drogas” (p. 89).

Se considera que la prevención ambiental abarcaría tres áreas:

- a.** A nivel macro en forma de políticas de control del alcohol y del tabaco.
- b.** En estrategias para mejorar el clima y el *ethos* (forma común de vida o de comportamiento que adopta un grupo de individuos que pertenecen a una misma sociedad) en los centros educativos.
- c.** Políticas locales para ambientes de diversión.

Por tanto, se centran en influir en toda la comunidad o sociedad más que intentar inducir a las personas a que cambien su conducta. De ahí que las estrategias ambientales pueden ser macro (ej., restringir la disponibilidad) o micro (ej., en el ambiente familiar, normas familiares y estilos educativos).

Una intervención relevante en el nivel macro son los lugares recreativos. De modo más concreto, la prevención ambiental incluye, en el nivel macro,

cambios físicos, económicos y legislativos; y, en el nivel meso, normas y leyes en la comunidad y en la escuela, incluyendo estrategias no coercitivas como promover normas o conductas positivas y el clima escolar (Burkhart, 2014).

Foxcroft (2014) realizó una amplia conceptualización de los tipos de prevención, a partir de la prevención ambiental. Dado que la misma se solapa con la prevención universal propone hacer una diferenciación entre *función* y *propósito* en la prevención. Así, distingue tres tipos fundamentales de prevención: ambiental, del desarrollo e informativa. Cada una de estas tres, a su vez, puede ser universal, selectiva e indicada (ver Tabla 1).

Para Foxcroft (2014), la *prevención ambiental* es la que incluye aquellas intervenciones que pretenden reducir la disponibilidad de oportunidades para implicarse en conductas de riesgo para la salud en un ambiente particular. La *prevención del desarrollo* comprende aquellas intervenciones destinadas a dar forma a la socialización y el desarrollo de los jóvenes a medida que crecen y maduran, para que sean menos susceptibles a las oportunidades de conductas de riesgo que están presentes en su ambiente. La *prevención informativa* comprende aquellas intervenciones que están destinadas a mejorar directamente el conocimiento y la conciencia, por ejemplo, a través de desafiar las creencias y actitudes preexistentes acerca de los comportamientos de riesgo para la salud, o simplemente proporcionando información sobre riesgos y daños.

Por tanto, la prevención ambiental comprende intervenciones que ayudan a limitar la disponibilidad de oportunidades para conductas desadaptadas, a través de políticas que incluyen todo el sistema, restricciones y acciones. Por ejemplo, restricciones legales, (des)incentivos económicos o prevención del delito. Las intervenciones ambientales preventivas pueden ser implementadas en el nivel regional, nacional, local, comunitario u organizacional.

Tabla 1. Tipos de prevención

	Universal	Selectiva	Indicada
Ambiental	Hacer los comportamientos ilegales, por ej., el consumo de cocaína, o imponer multas por conducir borracho; política de impuestos y precios para productos insanos; control de armas que prohíben comprarlas sin la aprobación de las autoridades.	Reducir la densidad de los locales que venden alcohol en barrios de alto riesgo; mejorar la iluminación de las calles y disponer de circuito cerrado de TV en el centro de las ciudades; restricciones por edad para la compra de productos perjudiciales, por ej., comprar tabaco o alcohol.	Legislación para prevenir la violencia individual y la obtención de armas de fuego; encarcelación para sacar a los individuos de los lugares en los que pueden causar daño a otros, o a ellos mismos.
Desarrollo	Programas de crianza en el que estén padres e hijos juntos para modelar y practicar interacciones positivas e implementación de reglas; programas de manejo de las conductas en clase que fomenten conductas prosociales en los niños; programas de habilidades sociales/para la vida que enseñen a los jóvenes habilidades para afrontar las influencias sociales.	Programas de visitas a los hogares para madres en alto riesgo, por ej., el primer embarazo en adolescentes; programas familiares/de crianza con grupos de familias de alto riesgo, por ej., familias en las áreas más deprimidas en una región o país.	Terapia multisistémica para individuos con graves conductas antisociales o criminales, consejo individual o grupal o desarrollo de habilidades con adolescentes con características particulares de personalidad, por ej., varones con problemas de control de impulsos.
Informativa	Programas de crianza en el que estén padres e hijos juntos para modelar y practicar interacciones positivas e implementación de reglas; programas de manejo de las conductas en clase que fomenten conductas prosociales en los niños; programas de habilidades sociales/para la vida que enseñen a los jóvenes habilidades para afrontar las influencias sociales.	Programas de visitas a los hogares para madres en alto riesgo, por ej., el primer embarazo en adolescentes; programas familiares/de crianza con grupos de familias de alto riesgo, por ej., familias en las áreas más deprimidas en una región o país.	Terapia multisistémica para individuos con graves conductas antisociales o criminales, consejo individual o grupal o desarrollo de habilidades con adolescentes con características particulares de personalidad, por ej., varones con problemas de control de impulsos.

Fuente: Adaptado a partir de Foxcroft (2014)

2. Medidas de prevención ambiental eficaces para la reducción del consumo de alcohol

Disponemos de diversa legislación estatal que regula la venta, consumo y publicidad de las bebidas alcohólicas. Igualmente, varias sociedades científicas han elaborado informes sobre cómo reducir el consumo de alcohol y mejorar la salud de la población. La mayoría de estas medidas son de prevención ambiental.

La evidencia disponible nos indica que las medidas eficaces de prevención ambiental para reducir el consumo de alcohol son las siguientes (Babor et al., 2018; 2023; Becoña, 2021; Strang et al., 2012):

- a.** Prohibición de la publicidad de las bebidas alcohólicas. Esta medida es muy eficaz, sobre todo cuando se prohíbe el consumo en lugares públicos (ej., transporte público, establecimientos de venta de alcohol, centros educativos, vallas publicitarias, etc.), en los medios de comunicación de masas (periódicos, revistas, radio, televisión, redes sociales, etc.); prohibir la publicidad indirecta, o encubierta, del alcohol en todos sus medios (publicidad indirecta, financiación de eventos, venta de productos con la misma marca, bebidas 0.0, etc.); prohibir la publicidad o promoción que facilita el mayor consumo de alcohol (ej., promociones 2 x 1, horas felices, etc.).
- b.** Incrementar los impuestos sobre el alcohol. Esta medida es muy eficaz, sobre todo cuando el incremento está por encima del IPC, cuando hay un precio mínimo para el alcohol, o se facilita que haya bebidas sin alcohol más baratas.

- c.** Regulación de la venta de alcohol. Ha mostrado ser eficaz subir la edad mínima para beber alcohol a los 21 años y, sobre todo, que haya un buen nivel de vigilancia para su cumplimiento. También regular la venta de alcohol, como controlar puntos de venta, eliminar la venta ilegal de alcohol, regular las tiendas de 24 horas, controlar el acceso de los menores a locales de venta de alcohol; medidas estrictas sobre la elaboración de alcohol; prohibir la venta de alcohol fuera de los lugares habilitados; regular y controlar la venta de alcohol; otras medidas relacionadas con el consumo (ej., tipo de vasos, música, etc.); prohibir consumir alcohol y drogas, así como su venta, en las escuelas, institutos y universidades.
- d.** Reducir el número de locales en los que se vende alcohol. Es una medida eficaz, pero sobre la que hay fuerte resistencia a implantarla. Por la ley de la oferta y la demanda, a mayor exposición mayor posibilidad de consumo.
- e.** Incrementar los lugares donde se prohíbe el consumo. Sobre todo, en la vía pública, como calles, parques públicos, plazas, etc.; prohibición de consumir y vender bebidas alcohólicas en recintos escolares; prohibición de consumir alcohol y vender alcohol en los lugares de trabajo.
- f.** Restricciones de la promoción, venta y consumo de alcohol en eventos públicos. Este es uno de los lugares en donde se consume más alcohol y a donde más acuden los jóvenes. Se ha mostrado eficaz establecer áreas libres de alcohol; tener carteles bien visibles indicando la prohibición de beber a menores; controlar la edad de acceso a la compra (18 o más años) y un sistema sancionador por su incumplimiento; sancionar a los camareros que vendan alcohol a personas embriagadas; llamar a los servicios de seguridad o de urgencias cuando se detecta una persona embriagada; prohibir beber alcohol fuera del recinto habilitado para ello (ej., aparcamiento, cerca del evento o a sus puertas); no permitir la venta de bebidas de gran tamaño (ej., de litro) en eventos públicos; dejar de servir alcohol una hora antes del cierre; acceso a agua y refrescos a buen precio; y, lugares de dispensación de agua gratuita.

- g.** Advertencias en el envase de las bebidas. Proporcionar información sobre las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol y mensajes de salud a personas de riesgo (ej., sobre todo jóvenes y mujeres embarazadas).
- h.** Regular el consumo de alcohol en vía pública. Regulación más restrictiva; hacer controles rutinarios de alcoholemias en la vía pública; potenciar el ocio y la diversión sana sin alcohol; restringir el consumo de alcohol en acontecimientos masivos (ej., conciertos, acontecimientos deportivos); multas y medidas alternativas para los que consumen alcohol en la vía pública; publicitación de la normativa legal en vigor; y, control y erradicación del botellón.
- i.** Tráfico y conducción. Dada la relación entre consumo excesivo de alcohol y accidentes de tráfico se precisa poner en práctica medidas más restrictivas, como disminuir el nivel máximo de alcohol en sangre con el que se permite conducir a 0.08 gr/l; incrementar las pruebas de alcoholemia aleatorias; introducir el alcoholímetro en todos los coches; tener un adecuado sistema de reeducación sobre el alcohol para retirar las multas o reducir la sanción; en personas vulnerables o reincidentes en las sanciones, derivarlos a dispositivos preventivos o a centros de tratamiento; bloqueadores de arranque del motor si ha bebido alcohol por encima de lo permitido; y, mejorar el transporte gratuito para los jóvenes que salen a divertirse. Estas medidas son muy eficaces.
- j.** Ocio y diversión saludables. Potenciar el ocio saludable sin alcohol; desnormalizar la borrachera y el consumo excesivo de alcohol en el ocio y diversión; potenciar las bebidas sin alcohol; prestar una atención especial al botellón, cara a su erradicación; tener un claro sistema sancionador por las borracheras, orinar en la calle, tirar desperdicios debido al consumo en vía pública, etc.
- k.** Industria del alcohol y dispensadores de alcohol. La industria del alcohol tiene que tener un papel importante en las medidas de control del consumo excesivo de alcohol y de que los consumos de alcohol no

sean de riesgo. Sabemos el papel que tiene la industria en interferir la toma de medidas de prevención ambiental. De ahí la necesidad de implementar programas específicos de concienciación, para elaboradores, distribuidores y, sobre todo, vendedores y dispensadores directos de alcohol. Igualmente hacerles partícipes de la necesidad de ciertas medidas (ej., reducir puntos de venta o dispensación, edad mínima de consumo, etc.) para promover y preservar la salud pública.

- l.** Mejorar el sistema sancionador. Las medidas anteriores son eficaces con un régimen de inspección y sancionador eficiente.
- m.** Campañas informativas orientadas al conocimiento de la normativa por parte de la población y su continua mejora.
- n.** Y todo lo anterior debe complementarse con la potenciación de los programas preventivos en la escuela; facilitar los programas de screening y de tratamiento, sobre todo para las personas con problemas con el abuso o la dependencia del alcohol; potenciar la investigación cara a la mejor toma de decisiones en cada momento; y coordinar las medidas entre administraciones y los distintos organismos de cada administración.

3. Medidas de prevención ambiental eficaces para la reducción del consumo de tabaco

En relación al consumo de tabaco disponemos del Convenio Marco para el control del tabaquismo, de la OMS, el cual ha permitido dar un salto cualitativo en su control. En la tabla 1.2 indicamos las principales medidas que proponen para que con ellas se pueda reducir drásticamente el consumo de tabaco. La mayoría se han puesto en práctica o se va en la línea de lo que el Convenio Marco recomienda.

Tabla 2. Principales medidas del Convenio Marco para el control del tabaquismo de la Organización Mundial de la Salud

-
- > Incrementar los impuestos de los productos del tabaco.
 - > Incluir advertencias claras sobre la incidencia del tabaco en la salud en los paquetes de cigarrillos. Éstos deben ocupar al menos un 30% del paquete.
 - > Prohibir toda publicidad del tabaco, promoción del mismo o de otros productos con la marca del tabaco.
 - > Incrementar la información, educación y concienciación de la población sobre las consecuencias del tabaco en la salud.
 - > Proteger contra la exposición pasiva al humo del tabaco.
 - > Prohibir la venta de tabaco a menores.
 - > Potenciar los programas preventivos para que los jóvenes no fumen.
 - > Facilitar tratamientos para que los que fumen dejen de fumar.
 - > Eliminar el comercio ilícito de tabaco, como el que se hace a través de contrabando o de otros procedimientos fraudulentos.
-

En relación a nuestro medio, hay varias medidas de prevención ambiental que es necesario implementar para reducir dicho consumo, como son:

- a.** Incrementar el precio del tabaco, de todos los tipos de tabaco. Esto exige una presión fiscal sin excepciones para todos esos productos y que no haya excepciones en los nuevos que van surgiendo. El incremento del precio del tabaco es una de las medidas más eficaces de que disponemos para reducir su consumo.
- b.** Reducir los lugares públicos de consumo de tabaco (ej., estadios de fútbol, concentraciones al aire libre de personas, etc.).
- c.** Mejorar la protección de los niños y adolescentes ante el tabaco, prohibiendo fumar en lugares en donde están ellos (ej., coche, parques infantiles, aire libre, etc.).
- d.** Prohibir fumar en los alrededores de los centros de salud y de los hospitales.
- e.** Prohibir fumar en los alrededores de los centros docentes, especialmente en su entrada.
- f.** Tener un empaquetado neutro de los cigarrillos. Esto permite eliminar la publicidad directa e indirecta de las marcas de cigarrillos.
- g.** Prohibir y sancionar el uso de las redes sociales para anunciar directa o indirectamente tabaco por personas financiadas por la industria del tabaco.
- h.** Monitorizar y desenmascarar las tretas de la industria tabaquera hacia los jóvenes (ej., el tabaco de liar como bueno y natural, los cigarrillos electrónicos son sanos, nuevas formas de fumar como más seguras).
- i.** Reducir los puntos de venta de tabaco.

- j.** Campañas informativas sobre tabaco y salud, mantenidas en el tiempo.
- k.** Incrementar los programas preventivos en la escuela en relación al tabaco.
- l.** Incidir en diversos colectivos profesionales con un papel ejemplar (desde el médico, farmacéuticos, psicólogos, enfermería, educadores, comunicadores sociales, etc.) para que no fumen o para que dejen de fumar.
- m.** Potenciar los programas de deshabituación tabáquica.
- n.** Perseguir el contrabando de tabaco y el mercado ilícito de tabaco.
- o.** Mejorar el sistema sancionador, para lograr el adecuado cumplimiento de las medidas anteriores.

4. Medidas de prevención ambiental para la reducción del consumo de cannabis

Conocemos distintas medidas de prevención ambiental eficaces para reducir el consumo de cannabis. Las que han mostrado ser eficaces son (Becoña, 2021, Onciou et al., 2018):

- a.** Publicidad. Se está haciendo publicidad directa e indirecta del cannabis. Es preciso regularla en las revistas pro-cannabis, la venta de sus semillas en establecimientos, y otros objetos para su cultivo, así como los clubs cannábicos, evitando los subterfugios legales.
- b.** Venta y tráfico de cannabis. Como droga ilegal se debe perseguir su venta y tráfico como las otras drogas, de acuerdo con la actual legislación vigente.
- c.** Mejorar el régimen sancionador para los consumidores de cannabis en vía pública.
- d.** Nuevas medidas legales para reducir el consumo de cannabis (ej., conocimiento de las normas legales sobre el cannabis, medidas alternativas al encarcelamiento a los consumidores o pequeños traficantes, control de la venta en torno a los centros escolares, etc.).
- e.** Ocio y diversión. Dado el alto consumo de cannabis en el ocio y la diversión se precisa una mayor vigilancia y control en esos lugares; favorecer y potenciar una diversión sana sin alcohol ni drogas; potenciar programas de ocio alternativo eficaces; control del consumo de drogas cuando en ese lugar son frecuentes peleas, actos violentos, agresiones, etc.; regular las fiestas de adolescentes.

- f.** Tráfico y conducción. Incrementar el número de controles aleatorios en conductores sobre el consumo de cannabis; incrementar las sanciones a los conductores que circulan habiendo consumido cannabis; inmovilización del vehículo en conductores consumidores de cannabis; retirada del carnet de conducir en consumidores de cannabis cuando tienen accidentes de tráfico; y, reeducación por los puntos de carnet perdidos por consumo de cannabis.
- g.** Escuelas e institutos. Incrementar los controles del consumo y del tráfico de cannabis y otras drogas en el centro; política de un centro escolar saludable; educación de los profesores sobre el cannabis y otras drogas; y, aplicar sistemáticamente programas preventivos.
- h.** Auto-cultivadores de cannabis. Por la relevancia que tienen éstos cara al consumo, se precisa un seguimiento minucioso de los mismos, regular y aplicar las sanciones administrativas y legales en función del cultivo ilegal aprehendido; control y seguimiento de los congresos pro-consumo de cannabis; mejorar en los auto-cultivadores la educación, prevención y tratamiento; y, hacer frente a la contra-prevención y a los intereses subyacentes al negocio del cannabis y de los auto-cultivadores.
- i.** Campañas informativas sobre el cannabis y sus efectos negativos en la salud para la población y los jóvenes; campañas para desnormalizar el consumo de cannabis; y, hacer frente a la contra-prevención, contra-información y banalización del consumo, así como desenmascarar a los grupos pro-cannabis y sus intereses.
- j.** Programas preventivos en la escuela, la familia y para los que ya consumen.
- k.** Programas de screening y de tratamiento para los que han empezado a consumir o ya son consumidores, sobre todo para los más jóvenes o que están escolarizados.
- l.** Investigación sobre el cannabis para incrementar el conocimiento y la mejor toma de decisiones objetivas sobre el consumo de cannabis;

para contrarrestar la estrategia de bloqueo que hace la contra-preven-
ción; para aumentar el número de personas, investigadores y profesio-
nales implicadas en la salud.

- m.** Coordinación de las medidas entre las distintas administraciones y dentro de cada administración.

5. Pasos a dar para que se implanten medidas de prevención ambiental

La aplicación de las medidas de prevención ambiental exige un esfuer-
zo importante por parte de distintos actores. Normalmente este tipo de
medidas se ponen en práctica desde la administración (estructura política),
en unos casos para reducir los costes que les produce, pero en la mayoría de
las ocasiones estas medidas se ponen en práctica por las presiones desde
abajo (asociaciones de pacientes, profesionales sanitarios, asociaciones de
consumidores, u otros) (Babor et al., 2023).

Debido a lo anterior, cara a la aplicación de medidas de prevención am-
biental, hay una serie de estrategias que hay que poner en práctica para con-
vencer a la administración de que las ponga en práctica, cuando nos referi-
mos al consumo de alcohol, tabaco o drogas ilegales, como es el cannabis.
Estas son (Becoña, 2023):

- a.** Mostrar que la prevención ambiental es un procedimiento eficaz, o muy eficaz, para prevenir el consumo de drogas. Debe ser considera como un tipo más de prevención para ser utilizado sinérgicamente con los otros tipos de prevención.

- b.** Hay que informar, concienciar y convencer a los responsables políticos y sociales de la necesidad de la prevención ambiental. Suele haber una fuerte resistencia a poner en práctica medidas de control, sobre todo por los grupos con intereses (ej., industria del alcohol, tabaco y cannabis). Desde el campo sanitario y social debe incidirse en los que toman decisiones para que prime la salud al negocio. Hemos aprendido mucho sobre el tabaco y su control. Es un buen modelo a seguir para la reducción y control de otras sustancias psicoactivas.
- c.** Hay que crear coaliciones pro-salud para la regulación y control del consumo de las sustancias. En estas coaliciones tienen que estar las personas afectadas, o los que quieren evitar los efectos negativos del consumo, como personas, grupos o asociaciones del campo sanitario, educativo, social, consumidores, pacientes, etc. Las coaliciones son más fuertes que los grupos individuales o que las personas sobre todo para ser interlocutores con la administración.
- d.** Mantener la motivación en el tiempo, saber que pequeños pasos de hoy son grandes pasos mañana, no olvidar la responsabilidad social que cada uno tiene, y ser realistas, resilientes y pacientes. Estos procesos son largos. Debemos saberlo y tener en cuenta que lograr cambios que parecen lógicos y razonables puede llevar mucho tiempo conseguirlos.
- e.** Saber que hay muchas dificultades y que hay que vencer múltiples resistencias. Dado que en torno a estos temas hay muchos intereses (económicos, recaudatorios, laborales, empresariales, grupales, políticos, ideológicos, etc.) hay que ser conscientes de que a lo largo del camino van a surgir múltiples dificultades, frustraciones, abandonos. Es lo habitual, sobre todo cuando el proceso se alarga en el tiempo. Sabiéndolo es más fácil hacer un plan realista a corto, medio y largo plazo. Por otra parte, los resultados han sido claros hasta ahora en el alcohol, tabaco, drogas ilegales, como en otras adicciones comportamentales, en relación a un mayor control, una reducción en el consumo en muchas de ellas, a pesar del trabajo pendiente por hacer.

6. Desde la reflexión y la experiencia

El presente de la prevención ambiental es de claro optimismo. Tanto en España, otros países de Europa y, sobre todo, en los países anglosajones y otros desarrollados, en las últimas décadas se han producido importantes avances en lo que conocemos por prevención ambiental.

En relación a las drogas legales, el Convenio Marco para el control del tabaco de la Organización Mundial de la Salud ha sido todo un hito, que ha transformado este campo. Y ha demostrado, sin lugar a dudas, de que se puede hacer mucho con un simple cambio normativo, a pesar de que para lograrlo se ha tardado décadas.

En el caso del alcohol se han dado pasos importantes. Pasos. Aún no se ha llegado a la meta. Pero las normativas del control del consumo de alcohol en la conducción han logrado una importante reducción de la mortalidad en todos los países, como en el nuestro. Queda pendiente seguir avanzando para poder tener una ley para el control del consumo de alcohol en menores. Tres intentos previos a nivel nacional han sido fallidos. Pero la persistencia permitirá una normativa en este sentido más pronto que tarde. Estamos seguros de ello.

La situación no es tan buena en el caso del cannabis. Hemos vivido una fase de enorme incremento del consumo en los últimos años. Los últimos datos indican incluso un ligero descenso del consumo, probablemente debido a que se ha llegado al tope máximo tolerable socialmente de consumo. Los consumos altos, o muy altos, disparan las consecuencias negativas de esa sustancia y es a partir de ahí cuando empieza a descender el consumo. Con ese descenso, también bajan las consecuencias negativas que produce.

Otras drogas ilegales tienen altos niveles de consumo (ej., cocaína). En cambio, ha descendido el consumo de heroína, que fue la droga que llevó por delante a miles de adictos a la misma en España desde los años 70 hasta el momento presente. La alta percepción de riesgo hacia ella ha facilitado tal descenso.

En suma, el presente indica importantes logros de la prevención ambiental. Queda camino por recorrer, pero sabemos cómo hacerlo, y conocemos cada vez mejor como esquivar los baches y atrancos en el camino.

En relación al futuro, hemos aprendido mucho en los últimos años de las medidas de prevención ambiental que se pueden aplicar de modo eficaz en distintas drogas, tanto legales como ilegales, e igualmente en las adicciones comportamentales. Hay que seguir en esta línea en los próximos años.

Bibliografía

- Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossnow, I. y Sornpaisarn, B. (2023). *Alcohol: No ordinary commodity, (3rd ed)*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., Humphreys, K., Medina-Mora, M. E., Obot, I., Rehm, J., Reuter, P., Room, R., Rossow, I. y Strang, J. (2018). *Drug policy and the public good (2nd ed.)*. Oxford, RU: Oxford University Press.
- Becoña, E. (2021). *La prevención ambiental en el consumo de drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?* Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2023). *Unidades didácticas sobre prevención ambiental en drogodependencias y adicciones comportamentales*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

- Burkhart, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones*, 23(2), 87–100.
- Burkhart, G. (2014). Is environment really a function?. *Prevention Science*, 15, 825–828.
- Foxcroft, D. R. (2014). Can prevention classification be improved by considering the function of prevention?. *Prevention Science*, 15, 818–822.
- Oncioiu, S. I., Burkhart, G., Calafat, A., Duch, M., Perman-Howe, P. y Foxcroft, D. R. (2018). *Environmental substance use prevention interventions in Europe*. Lisboa, Portugal: EMCDDA.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D. y Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: Evidence for effective interventions. *The Lancet*, 379, 71–83.

— UNIDAD 10 —

La prevención desde las familias del consumo de TAC

Larissa de Almeida Nobre-Sandoval

Montse Juan Jerez

Juan Carlos Permuy Bermúdez

Belén Montesa Lou

1. La familia como factor de riesgo y de protección ante el consumo de TAC

La familia es el ámbito principal en la crianza, el cuidado y la educación de los niños y adolescentes y por ello ha sido el foco de atención en el ámbito de la prevención de las adicciones. Por ello las intervenciones preventivas con las familias se pueden plantear a lo largo de todo el ciclo de la vida, y que tengan como objetivo no solamente evitar problemas y agravios, pero, además, promocionar una vida plena y satisfactoria a todos los miembros. (Becoña, 2002; Murta et al., 2015).

Las familias de cualquier configuración son una unidad social esencial para la manera como nuestra sociedad se organiza. Por medio de la interacción en el grupo familiar los individuos se hacen miembros de un grupo social y de una cultura. De forma que es en la familia el lugar donde se transmite información y valores, se desarrollan creencias normativas, se fomentan actitudes, y se estimulan o extinguen conductas. Consecuentemente, la familia es el primero, y uno de los principales, agentes socializadores de los humanos.

La prevención familiar es, por tanto, un proceso de socialización más o menos sistematizado de oferta de recursos, basados en la evidencia científica, que lleva de manera consistente a resultados positivos, especialmente en situaciones de transición y vulnerabilidad a lo largo del ciclo de la vida. Prepara a los agentes de socialización para mejorar sus habilidades, o influir sobre los contextos de socialización para que sean lo más positivos posibles, contrarrestando riesgos, especialmente en etapas de transición de la vida (Becoña, 2002; OEDT, 2020). La Figura 1, resume las intervenciones y políticas preventivas que se han encontrado eficaces, en diferentes momentos del ciclo de la vida, de acuerdo con la edad de grupo y el contexto de intervención (UNODC y OMS, 2013).

Figura 1. Intervenciones en cada etapa de desarrollo

	Prenatal e infancia	Infancia temprana	Infancia media	Adolescencia temprana	Adolescencia	Edad adulta
Familia	Infancia prenatal y visitas ★★		Habilidades para la crianza ★★★★			
	Intervenciones para mujeres embarazadas con problemas de consumo de sustancias ★					
Escuela		Educación en la edad temprana ★★★★	Habilidades personales y sociales ★★★	Habilidades personales y sociales e influencias sociales en la educación ★★★		
			Gestión del aula ★★★		Abordando vulnerabilidades individuales ★★	
			Políticas que mantienen a los niños en clase ★★		Políticas y cultura escolar ★★	
Comunidad				Políticas de alcohol y tabaco ★★★★★		
				Iniciativas comunitarias multicomponentes ★★★		
					Campañas mediáticas ★	
					Tutorización ★	
					Eventos de entretenimiento ★	
Trabajo					Prevención en el lugar de trabajo ★★★	
Sector Sanitario					Breve introducción ★★★★	

Fuente: UNODC (2013).

Nota: Acorde con los estándares internacionales de la UNODC en cuanto a la eficacia de las estrategias : ★ limitada / ★★ adecuada / ★★★ buena / ★★★★ muy buena / ★★★★★ excelente).

Aunque el curso P`TAC cuenta con una unidad específica para los factores de riesgo y protección asociados al consumo (Unidad 7), nos parece preciso recordar aquellos específicamente relacionados con la prevención familiar en el ámbito de las relaciones intrafamiliares (relaciones dentro de la familia nuclear).

Figura 2. Factores de riesgo y protección asociados al consumo de TAC en las relaciones intrafamiliares

Factores de protección	Factores de riesgo
Apego seguro	Exposición, disponibilidad de las sustancias y actitudes de los padres ante las drogas
Prácticas parentales de supervisión	Mala gestión de los conflictos familiares
Monitoreo y disciplina	Estilos parentales negligentes o autoritarios
Cohesión familiar	Prácticas parentales inapropiadas (uso de violencia, exigencia en discordancia con la etapa de desarrollo)
Comunicación prosocial	Histórico familiar de conflictos y conductas de riesgo (hábitos adictivos)
(Telzer et al., 2014; Zappe y Dell’Aglío, 2016)	Psicopatologías graves (Al-Halabí y Errasti, 2007; Bitancourt, et al., 2016; Telzer et al., 2014; Zappe y Dell’Aglío, 2016)

2. Estilos parentales y su relación con las adicciones

Los estilos parentales tienen implicaciones relevantes para el desarrollo de estrategias de prevención del consumo de drogas centradas en el entorno familiar. Cuando se habla de estilos parentales (EP) son muchas las referencias científicas relevantes. Baldwin, fue el primero que estableció de modo claro la relación entre estilo de crianza de los padres y comportamiento posterior de sus hijos, ya en la década de los años 40 del siglo XX. Más adelante, en las décadas de los 70 y los 80, Diana Baumrind, sintetizó la enorme información científica sobre Baumrind (2013) a partir de la literatura científica existente sobre EP y estableció cuatro tipos:

- a.** Autoritario: Uso de una disciplina rígida, incluso con castigos. Ejerce una disciplina basada en la afirmación del poder. La comunicación es pobre, las reglas son inflexibles, la independencia escasa y hay bajos niveles de manifestaciones afectivas.
- b.** Democrático (o autoritativo): Exigente y al mismo tiempo sensible, acepta y alienta la progresiva autonomía de sus hijos. Uso de una normativa estricta pero en el contexto de manifestaciones afectivas y de aceptación de los hijos.
- c.** Permisivo (o indulgentes): Bajo uso del control normativo, poco exigente, tienen una confianza completa en sus hijos quienes disponen de una gran libertad y poca conducción. Fomenta la independencia y la individualidad y muestra una alta calidez afectiva.
- d.** Negligente (o indiferente): No impone límites y tampoco proporciona afecto, muestra frialdad afectiva y bajo control disciplinario. Se concentra en las tensiones de su propia vida y no le queda tiempo para sus hijos.

Los estilos parentales se siguen investigando porque en cada contexto cultural hay variaciones significativas respecto a la función preventiva de cada estilo. Además la síntesis incorpora una complejidad de factores que transitan de un estilo a otro, hay que considerar los estilos distintos que pueden tener la madre y el padre.

Figura 3. Coordenadas de control y afecto correspondiente a los estilos parentales



Fuente: Adaptado de Baumrind (2013)

Figura 4. Efectos de los estilos parentales en las hijas e hijos



Fuente: Adaptado de Juan et al. (2018)

La relación entre EP con consumo de TAC es directa y presenta variaciones de género importantes, cambia según sea el padre o la madre quien consume, o si son los hijos o las hijas. Las investigaciones realizadas en España enfocadas en relacionar los EP con consumo de drogas en la adolescencia muestran que hay relaciones significativas.

Para conocer en profundidad estas relaciones, se recomienda la investigación de Becoña et al. (2013), donde se puede destacar que:

- a.** Los estilos parentales pueden influir de manera indirecta en el consumo de drogas, rendimiento académico, grupo de iguales, agresividad y delincuencia, ansiedad y depresión, impulsividad y autocontrol.
- b.** En España, los estilos parentales que mejor previenen el consumo de drogas son, en primer lugar, el democrático (alto control, alto afecto), seguido del permisivo (bajo control, alto afecto).
- c.** Se necesitan más estudios que analicen la influencia de la cultura y los contextos vinculados a los estilos parentales
- d.** Se precisan más estudios que analicen la relación entre estilos parentales y consumo de drogas de manera longitudinal, incluyendo entrevistas con padres e hijos para obtener información adicional y complementaria más fiable

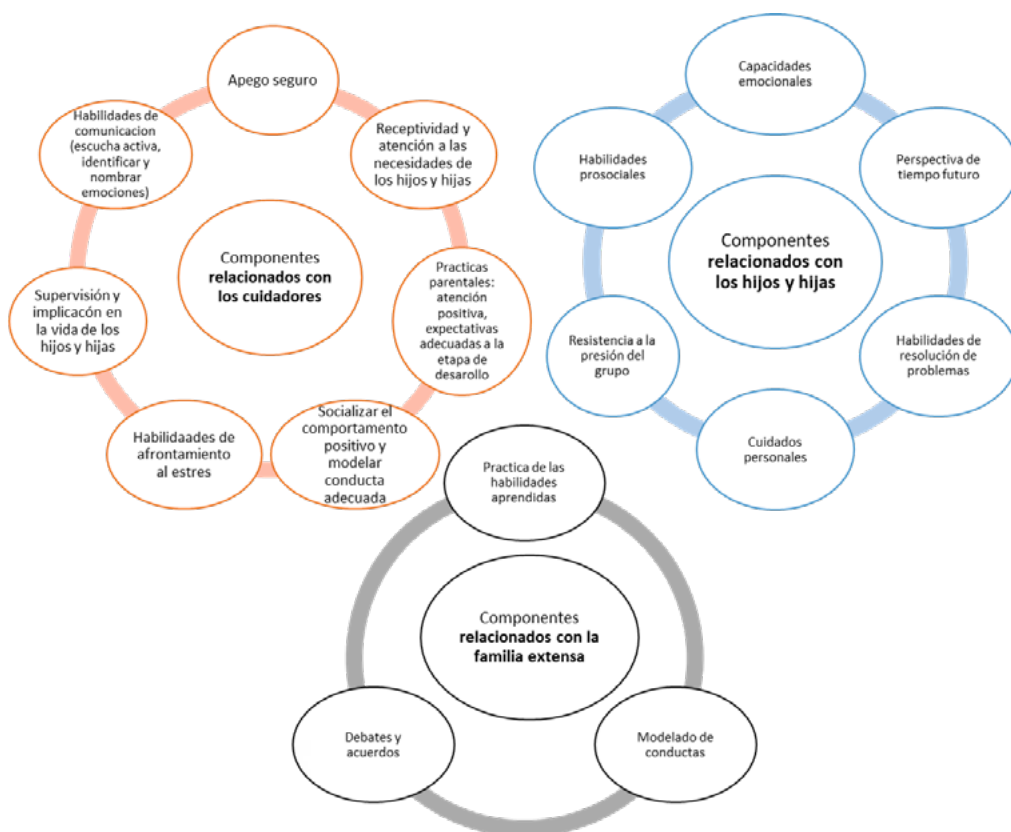
3. Los principales componentes de las intervenciones de prevención familiar

La prevención familiar tradicionalmente se organiza en “programas preventivos” que pueden ser clasificados como “universales, selectivos o indicados” y suelen trabajar componentes centrales enfocados a los cuidados (responsabilidad, respuesta adecuada a las necesidades, protección en el embarazo), a la dinámica familiar, los procesos de comunicación y las actitudes hacia el consumo.

Estos programas se realizan en espacios diversos y conviven con otras intervenciones, por ejemplo, programas preventivos para las familias, propios del contexto escolar o en el contexto comunitario.

La gran mayoría de los programas han estado pensados para los padres/madres, pero hay formatos que involucran a toda la familia y suelen tener mejor resultados que los destinados exclusivamente a los cuidadores directos. La Figura 5 resume los componentes centrales en las intervenciones familiares en el nivel micro (programas de desarrollo de habilidades y competencias parentales).

Figura 5. Componentes centrales de los programas de prevención familiar, para madres/padres/cuidadores, para los hijos e hijas y para las familias



Fuente: Elaboración propia.

4. Retos para el futuro en prevención familiar: transitar de la implementación de programas al desarrollo de sistemas. Las familias como parte de la red comunitaria

Un cambio importante de paradigma, en el abordaje de la prevención desde las familias, es pasar de ver la prevención familiar desde un nivel micro de intervención (programas de desarrollo de habilidades y competencias parentales eficaces) a un nivel macro que facilite el desarrollo de conexiones y la participación con vistas a desarrollar un sistema social conectado con gran influencia en el impulso de nuevas políticas y estrategias y el desarrollo de entornos comunitarios saludables (Juan et al., 2022).

Lo que define la situación actual es que la prevención dirigida a las familias sigue siendo dispersa, desconectada y mal enfocada. Se implementa desde una perspectiva de programas estructurados, desarrollados como una factoría de instrucciones y engranajes, cuando lo que se necesita es que forme parte de un sistema social orgánico en el que las familias son la base del bienestar. Muchos programas están orientados a paliar situaciones disruptivas e inherentes a la vida (accidentes en la familia, divorcio, brote de enfermedad incapacitante) que simplemente activan protocolos normativos o disciplinarios de corrección.

De forma que los programas producen efectos inconsistentes a lo largo del tiempo y provocan carencias en la adhesión de los padres a los programas. Las familias están constantemente en cambio y cada familia es única. Las familias son entes vitales y conectados al entorno que experimentan conflictos

permanentes y no pueden ser tratadas uniformemente ni como máquinas a reprogramar. De forma que las familias se resisten a participar en programas que consideran son para ‘familias problemáticas’. Les cuesta entender que la prevención es un factor para el cuidado de la salud y el bienestar, útil para afrontar situaciones potenciales propias de la vida que hay que saber gestionar. Hasta que este enfoque no se considere en la base de la prevención va a ser complicado hacer que los programas funcionen.

La evolución de la prevención desde las familias precisa de nuevas miradas, actuaciones en red y de la conexión entre diferentes sectores que conforman la sociedad y se preocupan por el bienestar de la población (sanidad, educación, servicios sociales, seguridad, sociedad civil, etc.). El reto ahora es transitar de las ofertas aisladas de programas hacia acciones coordinadas. Un sistema de conexión que facilite la accesibilidad de las familias a los programas y que les acompañe a lo largo de sus procesos de transición (embarazo, ingreso en la escuela, pubertad, climaterio). Sobre todo que los programas y procesos integren a las familias como agentes activos, o activos en salud.

Este Sistema de Prevención sería un conjunto integrado de componentes que trabajan juntos (Durlak y DuPre, 2008) incluyendo interacción multisectorial y mecanismos suficientes de acompañamiento. Esta vertebración supone la identificación de las necesidades de las familias y sus hijos e hijas, la selección de intervenciones apropiadas a cada fase, un seguimiento para la implementación efectiva en los múltiples sectores de atención, la evaluación continua, la adaptación a los contextos y la mejora de la calidad. Todo muy complejo si se tiene en cuenta que además supone necesariamente la participación de las familias como colectivo.

En resumen, un sistema de distribución/reparto de la prevención implica dar apoyo y acompañar a las familias a lo largo del ciclo de la vida para:

- a.** Realizar una identificación de necesidades, continuada e intersectorial
- b.** Ofertar programas a la red de atención de acuerdo a las diferentes etapas de desarrollo

- c.** Capacitar a las familias para su participación. No limitarse a proveer información sobre la oferta de actividades preventivas.
- d.** Desarrollar sistemas de comunicación eficientes de manera que faciliten la captación y el mantenimiento de las familias en las acciones preventivas.
- e.** Ofertar una formación continuada de los profesionales.
- f.** Garantizar la sostenibilidad de recursos y programas
- g.** Evaluar de forma eficiente e intercomunicada, para la mejora continua de intervenciones y programas y valorar su continuidad.

Un sistema preventivo contempla tanto las unidades familiares, como las organizaciones comunitarias y los contextos vitales, también el territorio o ámbito local donde se desarrollan las experiencias. Las familias no son tantos clientes receptores de intervenciones sino activos en salud estratégicos para realizar cambios que afectan al entorno: creando redes de colaboración entre familias y otras entidades, fortaleciendo su capacidad de influir sobre el ambiente, con un enfoque participativo de base comunitaria y con el objetivo de proteger a todos los menores, no solamente a sus hijos e hijas.

Los programas de prevención familiar de mayor calidad que se desarrollan en España son accesibles en la base de datos del Portal de Buenas Prácticas en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones, iniciativa del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), y en la plataforma Xchange del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, en sus siglas en inglés). Mencionamos los principales programas entre los españoles accesibles a través del Portal de Buenas Prácticas: PROTEGO, PASE.bcn, Juego de Llaves y FERYA – familias en red y activas.

5. Conocer y abordar las “prácticas bien intencionadas”, pero “contra preventivas” desde las familias

Otro reto, quizás el más difícil, es abandonar prácticas que llevan años implementándose y que no tienen ningún efecto positivo, o son contra preventivas. Es esencial que profesionales de los distintos sectores implicados en prevención conozcan y comprendan la necesidad de dilucidar estas prácticas y no fomentarlas.

Mencionamos algunas, entre las más relevantes, en la prevención de los consumos de TAC para los menores de edad:

- a. Familias con actitud favorable al consumo. Estas familias minimizan y banalizan el consumo, de forma que promocionan o facilitan que se consuma. Incluso hay padres/madres que consideran que el alcohol consumido o preparado en casa para su consumo posterior es de mejor calidad o más seguro. En la última Encuesta ESTUDES 2021 (OEDA, 2021), el 28,6 de los estudiantes entre 14-18 años informa haber conseguido alcohol en su propia casa (pág. 44).
- b. Consumo de TAC parental o en el entorno familiar (hermanos/as, parientes, amistades cercanas). Si aumenta la disponibilidad de acceso a las sustancias, se favorece su consumo y la normalización (el 40% de los estudiantes se provee de alcohol en casas de otras personas).
- c. Desconocimiento de los padres de la importancia de implementar estilos parentales efectivos. Como la de establecer límites y normas claros

y precisos, limitar los recursos de acuerdo con la edad, o pactar horarios, lugares y actividades de ocio.

- d.** No considerar el entorno donde los hijos e hijas desarrollan sus actividades de ocio (presencial u online) como factor de riesgo. Muchas familias piensan que todo depende de ellas y que si educan bien a sus hijos/hijas estos serán inmunes a los riesgos. A veces no son conscientes de los riesgos que presenta el entorno, o de su capacidad para crear entornos seguros. Otras, cuando ven el entorno como problema, no saben cómo actuar.
- e.** Desconocimiento de los riesgos emergentes. La aparición de nuevos estilos, dispositivos o soportes para el consumo de TAC (vapeadores, cachimbas, bebidas energéticas, etc). Estas innovaciones a menudo se acompañan de campañas de márketing y promocionan modas que seducen a los adolescentes.
- f.** Desconocimiento de los daños que produce el uso de TAC, en todos los aspectos de la vida, tanto física, mental como social y de las consecuencias, a corto y largo plazo, en salud y bienestar. Muchas madres/padres no son conscientes de las consecuencias prácticas de los consumos de TAC.
- g.** Falta de identificación de las estrategias de la industria. La más dañina ha sido la del 'consumo responsable' haciendo creer que las personas menores de edad tienen la capacidad para poder ser los únicos responsables de su consumo. De esta forma delegan en la educación la actuación preventiva e individualizan la responsabilidad en el consumidor.

6. Desde la reflexión y la experiencia

La finalidad de abordar la prevención familiar de manera crítica es, sin duda, impulsar una prevención que tenga en cuenta todo el potencial de las familias, no solamente como entes socializadores, sino también como un agente social que debería formar parte en la toma de decisión de su entorno y en las políticas sociales y comunitarias.

Para profesionales que van a trabajar en esta temática prevenir considerando a las familias requiere:

- a.** Comprender las fases del desarrollo humano es clave para plantear intervenciones adecuadas a cada fase. Las familias son entes orgánicos.
- b.** Valorar que las familias son diversas y que forman un núcleo para que se potencialice un desarrollo pleno y positivo de las personas. También que las familias son extensas y tienen un entorno.
- c.** Considerar que las familias son parte de la sociedad civil, están organizadas y son activos en salud con capacidad de modificar las condiciones del entorno.
- d.** Potenciar que las familias sean los nudos relacionales que conectan toda una red de recursos, espacios y servicios, que van desde acciones micro hasta la política y cultura. Los contextos importan.
- e.** Asumir que las conductas de consumo están fuertemente moldeadas por el proceso de socialización y, por lo tanto, las familias juegan un papel clave en dicho proceso. Por ello, es preciso tener en cuenta que el compromiso y la implicación de las familias en los programas (y acciones en general) es un factor dinámico y que cambia a lo largo del tiempo

Trabajar con las familias, como ámbito preventivo, ya cuenta con recursos bien enmarcados en los modelos teóricos que sostienen una práctica segura y basada en la evidencia. Sin embargo, trasladar a la práctica la teoría es aún un reto. Por esto motivo, esta unidad invita a impulsar la prevención desde las familias como un reto para futuros profesionales de las múltiples disciplinas emparentadas con la prevención. Hay que mirar hacia nuevos horizontes con estrategias innovadoras e interactivas:

- a.** La gestión del ocio y la educación para el ocio como campo fundamental de la prevención y del aprendizaje. El ocio es una dinámica clave en la vida familiar, incorpora múltiples aprendizajes y la potencialidad de compartir experiencias.
- b.** Retomar intervenciones preventivas tempranas. Incorporar programas en las fases de embarazo, lactancia y primera infancia podría ser una forma motivadora de vincular a padres y madres en las distintas fases del ciclo vital.
- c.** Desarrollar una mejor transferencia de los estilos parentales a la práctica. Ser madres y padres como parte de un aprendizaje continuado y una aventura vital. Para ello hay que desarrollar predisposición a la autorregulación, en la co-regulación de los hijos e hijas en la primera infancia, en el desarrollo del control de impulsos, la capacidad de espera, la capacidad de frustración y el apego seguro.
- d.** La prevención desde un enfoque intersectorial, de actuaciones en red, permite cambios muy necesarios en el devenir de las profesiones y las instituciones. Muchos profesionales tienen la oportunidad de ser parte activa de estos cambios y transformaciones.
- e.** Los profesionales también son parte de una familia. La mayoría de los profesionales que trabajan en prevención familiar son también padres/madres. Esta es una situación que facilita la empatía y compartir experiencias.

- f. Las familias están organizadas, pero sus organizaciones necesitan apoyo y acompañamiento. Se podría aprovechar como espacios de intervención las entidades de la sociedad civil que ya actúan como organizaciones de familias (AMPAS, asociaciones de vecinos y otros colectivos). Fomentando las conexiones entre estas familias y sus entornos de manera que la prevención forma parte del entramado que proporciona un desarrollo pleno y seguro de las nuevas generaciones. Que sientan que están inseridas en el problema pero también forman parte de la solución. Que esta red de organizaciones pueda promover hábitos de vida saludables e involucrarse en el desarrollo de un ocio valioso con sus familias.
- g. Las familias, además, son un importante “receptor” de la prevención en los medios de comunicación. Metodologías de persuasión basadas en la evidencia, como el “Modelo de flujo de comunicación de dos pasos” de Paul Lazarsfeld et al. (1944) señalan a los padres como un agente de influencia para los hijos en casi todas las etapas de sus vidas. Es preciso que las familias comprendan el coste del consumo, deshagan tópicos y promuevan conductas prosociales.
- h. Las familias organizadas son un importante actor social capaz de defender y fomentar la prevención (*Advocacy*), empoderadas para defender los intereses, la salud y el bienestar de los menores.

Bibliografía

- Al-Halabí, S., Errasti, J. M. (2007). Factores condicionantes de la participación de padres y madres en los programas familiares de prevención del consumo de drogas llevados a cabo en el aula. *Boletín Electrónico de Salud Escolar TIPICA*, 3(1). http://tipica.org/media/system/articulos/vol3NI/alhalabi_factores_condicionantes_de_la_participacion_de_los_padres_en_la_preencion.pdf.
- Baumrind, D. (2013). Authoritative parenting revisited: History and current status. In R. E. Larzelere, A. S. Morris, y A. W. Harrist (Eds.), *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development* (pp. 11–34). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13948-002>
- Becoña, E. (2021). *La prevención ambiental en el consumo de drogas: ¿qué medidas podemos aplicar?*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., Calafat, A., Fernández-Hermida, J. R., Juan, M., Sumnall, H., Mendes, F., y Gabrhelik, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 25(3), 292–298. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.294>
- Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña, E., Fernández-Hermida, J. R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.705>
- Durlak, J.A., & DuPre, E.P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327–350.
- Gilligan, C., Wolfenden, L., Foxcroft, D. R., Williams, A. J., Kingsland, M., Hoddler, R. K., Stockings, E., McFadyen, T. R., Tindall, J., Sherker, S., Rae, J. y Wiggers, J. (2019). Family-based prevention programmes for alcohol use

- in young people. *Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), 1465–1858. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012287.pub2>.
- Juan, M., Nobre-Sandoval, L. A., y Duch, M. (2022). *La prevención familiar de las adicciones. Desafíos y oportunidades de las estrategias de calidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Juan, M., Calafat, A., Duch, M., y Guerrero, M. A. (2018). *Programa Familias en red y activas. Manual del programa*. Palma: IREFREA.
- Murta, S. G., Günther, I. A., y Guzzo, R. S. L. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental no curso de vida: indicadores para a ação. In Murta, S. G., Leandro-França, Santos, K. B., y Polejack, L. (Eds). *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção* (pp. 75–92). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Negreiros, J., Brage, L. B., de Vicente, M. V., y Fernández, J. A. (2020). Revisión sistemática de programas de prevención familiar universal: análisis en términos de eficacia, retención y adherencia. *Adicciones*, 33(4), 345–558.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2020). *Currículo de Prevención Europeo. Un Manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia*. (Orte C., Amer, J. y Gomila, M.A., Rementeria, O. rev). Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Organización Mundial de la Salud. (2013) *International Standards on Drug Use Prevention*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Telzer, E.H.; Gonzales, N. & Fuligni, A.J. (2014) Family Obligation Values and Family Assistance Behaviors: Protective and Risk Factors for Mexican-American Adolescents' Substance Use. *Journal Youth Adolescence*, 43, 270–283. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9941-5>
- Zappe, J.G. & Dell'Aglio, D.D. (2016). Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65, 44–52. <https://doi.org/10.1590/0047-2885000000102>

— UNIDAD 11 —

La prevención escolar basada en la evidencia frente al consumo de TAC

Josep M. Suelves Joanxich

Esteve Saltó Cerezuela

Víctor J. Villanueva-Blasco

Adelaida Lozano-Polo

1. El porqué de la prevención en la escuela

Son varias las razones que destacan el papel de la escuela en la prevención del consumo de TAC:

- a.** La escuela es un importante agente de socialización primaria que continúa el proceso de socialización iniciado en la familia.
- b.** La experimentación con las sustancias adictivas más comunes –como el tabaco, el alcohol y el cannabis– se produce en la edad escolar.
- c.** La obligatoriedad de la escolarización hasta los 16 años ayuda a que los programas de prevención escolar consigan llegar a la mayoría de jóvenes y sus familias.
- d.** El inicio temprano en el uso de sustancias es un importante factor de riesgo para el posterior uso problemático (Gilvery, 2000; Kandel, 2002; Stone et al, 2012).
- e.** Los centros educativos proporcionan un entorno óptimo para realizar intervenciones preventivas (Pereira y Sanchez, 2018; Lassi et al, 2015) y de forma coste-efectiva (Deogan et al., 2015).

2. La prevención del uso de TAC en el marco de la educación para la salud

La escuela cumple una función educativa que constituye un destacado determinante de la salud. La universalización del acceso a la educación ha contribuido decisivamente, a lo largo del tiempo, a la mejora del estado de salud y a la reducción de las desigualdades sociales y de género en salud. Proporcionar a la escuela y a los profesionales de la educación, el apoyo necesario para que lleven a cabo eficazmente su función es esencial para promover la salud de la población.

Apoyar la escuela no significa reorientar radicalmente sus funciones ni sustituir el trabajo que llevan a cabo los profesionales que trabajan en el ámbito educativo y que son responsables –con el resto de la comunidad educativa– de lo que sucede en el aula. Se trata más bien de colaborar con la comunidad educativa para que esta pueda integrar la educación para la salud en los centros educativos.

En España, la educación para la salud cobró una especial relevancia con la aprobación de la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) en 1990, que la consideraba un contenido transversal. Esa perspectiva se ha mantenido en las reformas legales posteriores, de manera que se mantiene el propósito de que las competencias en materia de salud se adquieran desde las diferentes materias que integran el currículo, como la educación física o el conocimiento del medio social y natural. Como contrapartida, el hecho de que esas competencias deban adquirirse desde diferentes materias comporta que la responsabilidad de la educación para la salud no esté en manos de nadie en particular dentro de la escuela, lo que amenaza con relegar a un segundo plano sus contenidos y evaluación.

Más allá de la transmisión formal de contenidos, la escuela facilita la adquisición y la práctica de habilidades sociales y traslada al alumnado modelos y normas de conducta. En el ámbito del tabaquismo, por ejemplo, el desarrollo normativo ha contribuido a convertir la totalidad de los centros en entornos libres de humo de tabaco y de los aerosoles de los cigarrillos electrónicos.

Aunque sabemos que la intervención preventiva debe focalizarse principalmente hacia la transición entre la educación primaria y la secundaria, cuando hay mayor riesgo de iniciarse en el consumo de drogas, esto no implica que no se intervenga en las diferentes etapas educativas:

- a.** Educación infantil: Programas enfocados a intervenir sobre factores de riesgo como el comportamiento agresivo, conducta social negativa y dificultades académicas.
- b.** Educación primaria: Los programas deben basarse en el entrenamiento en hábitos y conductas saludables, y en la promoción de actitudes y creencias críticas frente a las drogas. Las intervenciones deben orientarse a la mejora de habilidades de autocontrol, conciencia emocional, comunicación, resolución de conflictos y apoyo académico.
- c.** Educación secundaria: Los programas deben aumentar la competencia académica y social con la mejora de habilidades en el ámbito de los hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relación con los compañeros, autoeficacia y reafirmación personal, habilidades para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes contrarias al uso de drogas y fortalecimiento del compromiso personal ante las de drogas.

3. Evaluación de programas de prevención escolar

Desde comienzos de la década de 1990, se han publicado numerosos estudios de evaluación y revisiones para conocer la efectividad de diferentes programas de prevención escolar en el ámbito de las drogodependencias (Tobler, 1992; 1997; Nation et al. 2003; Pentz, 2003; Gottfredson y Wilson, 2003; McBride, 2003).

En una serie de meta-análisis de investigaciones realizadas por Tobler et al. (1986, 1992, 1997) se puso de manifiesto que los programas de prevención efectivos tenían efectos positivos a corto plazo sobre el uso de sustancias y sugirieron que los programas con mayor impacto positivo eran aquellos que abordaban la influencia social, desarrollaban habilidades generales y de rechazo al consumo, y utilizaban una metodología de trabajo activa que favorecía la interacción y el intercambio de ideas entre los participantes, como también se ha visto en trabajos posteriores (Villanueva, 2017). Por el contrario, los programas de prevención que no permitían la interacción y la participación de los escolares, con contenidos basados en la simple transmisión de información sobre los efectos de las sustancias o en la modificación de actitudes y que hacían uso, en general, de metodologías poco activas, demostraron ser ineficaces e incluso, en algunos casos, tener importantes efectos adversos (Tobler, 1997).

Una revisión (Thomas et al., 2015) de 50 ensayos aleatorizados en los que se evaluaron diferentes programas de prevención escolar mostró una reducción del 12% el inicio del uso de tabaco más de un año después de la intervención. Los programas más efectivos fueron los orientados a la mejora de las competencias sociales y los que combinaron este enfoque con el modelo de influencias sociales.

En general, las revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre la eficacia de programas escolares de prevención de drogas (alcohol, tabaco y canna-

bis) establecen que las intervenciones basadas en una combinación de los enfoques de influencia social y competencia social han demostrado efectos protectores, pequeños pero consistentes, en la prevención del consumo de drogas (Das et al., 2016; Faggiano et al., 2014), siendo los más efectivos en comparación con otras tipologías de programas preventivos (Mannocci et al., 2019; Thomas et al., 2013; Tobler y Stratton, 1997).

4. Principios de la prevención escolar efectiva

En un estudio (Nation et al., 2003) que resumía las principales revisiones de la literatura científica en 4 áreas de contenidos (consumos de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas, comportamiento sexual de riesgo, fracaso escolar y violencia juvenil), se señalaron algunas de las características que comparten los programas de prevención efectivos (Tabla 1).

Tabla 1. Principios de la prevención efectiva

Dimensión	Principio
Características del programa	> Amplitud > Relevancia > Dosis suficiente > Justificación teórica
Características de la población destinataria	> Elección del momento apropiado
Metodología	> Uso de métodos de enseñanza variados > Interactividad > Capacitación > Evaluación de resultados

Fuente: Nation et al. (2003)

4.1. Amplitud

Diferentes estudios (Nation et al., 2003; Pentz, 2003) coinciden en señalar la importancia de que los programas de prevención escolar se basen en intervenciones amplias dirigidas a todos los sistemas que tienen algún impacto en el desarrollo de problemas de conducta de los jóvenes, como la escuela, la familia y la comunidad. Así, aquellos programas que incluyen una amplia variedad de intervenciones y comprometen varios de los contextos que tienen una influencia primaria sobre los escolares (familia, amigos, barrio), son los más efectivos para prevenir o retrasar el inicio del consumo (Nation et al., 2003).

Hay pruebas de que la participación de los padres (“tareas para casa”) aumenta la comunicación positiva entre padres e hijos, acerca y ayuda a prevenir el uso de sustancias (Pentz, 2003). Asimismo, cuando la escuela se integra en intervenciones comunitarias más amplias a diferentes niveles, los programas tienen la capacidad de contrarrestar gran parte de los factores que influyen en los consumos (escuela, medios de comunicación, familia, comunidad), refuerzan las normas sociales relativas al no consumo y proporcionan una exposición prolongada a lo largo de varios años (Pentz, 2003).

4.2. Relevancia

Diferentes estudios (McBride, 2003; Nation et al., 2003; Pentz, 2003 y Gottfredson, 2003) coinciden en señalar que los programas de prevención escolar efectivos deben ser relevantes para el alumnado y basarse en sus necesidades. Es necesario que las actividades desarrolladas tengan significado para los adolescentes, les resulten interesantes (McBride, 2003) y favorezcan su implicación activa. Se ha señalado que una de las consecuencias más importantes de la falta de significación de los programas es la dificultad para captar y retener a los participantes procedentes de grupos de riesgo (Pentz, 2003). Algunos estudios (McBride, 2003) han señalado la utilidad de una fase formativa, previa a la implementación del programa, que ayude a reconocer las posibles necesidades de los participantes. Aunque esta fase preliminar lleva algún tiempo, puede ser muy útil para adecuar la intervención a las experiencias e intereses del alumnado (McBride, 2003).

En esta misma línea, se ha destacado la importancia de diseñar los programas de prevención teniendo en cuenta la cultura (normas sociales, valores y creencias) de la población destinataria.

4.3. Dosis suficiente

Algunos estudios han señalado la importancia de aspectos relacionados con la intensidad y duración del programa: número de sesiones, longitud y duración total del programa o el espacio entre sesiones (Nation, 2003).

Se ha observado (Gottfredson, 2003) que los programas de prevención escolar de mayor duración no son necesariamente los que muestran los mayores efectos: programas relativamente breves (menos de cuatro meses y medio) son generalmente más efectivos que aquéllos que tienen una duración superior.

Por otra parte, diferentes estudios (Gottfredson, 2003; McBride, 2003; Nation, 2003; Pentz, 2003) coinciden en destacar la importancia de las sesiones “de refuerzo” a la hora de aumentar la efectividad de los programas de prevención escolar, ya que los efectos de las intervenciones preventivas en la escuela tienden a desvanecerse con el paso del tiempo. El número de sesiones identificadas en la literatura varía, pero a menudo los programas incluyen un mayor número de sesiones en los primeros años tras la intervención y menos sesiones en los años siguientes (McBride, 2003).

4.4. Justificación teórica

Es necesario de que los programas de prevención se basen en teorías fundamentadas en base a los resultados de estudios empíricos (Nation, 2003). Un buen número de estudios indican que los programas más efectivos son aquéllos que basan su desarrollo, implementación y evaluación en una o más teorías psicosociales (Pentz, 2003). Algunas de las principales teorías que han servido para diseñar programas de prevención efectivos son: la teoría del desarrollo social, la teoría del aprendizaje social, la del aprendizaje sociocognitivo (autoeficacia), la del apoyo social, la del grupo de iguales, etc.

4.5. Elección del momento apropiado

En general, se ha planteado que las intervenciones deberían implementarse en la etapa de la vida de los niños en la que pudieran tener el mayor impacto sobre la conducta (Nation et al., 2003). Sin embargo, algunos programas se implementan demasiado tarde –cuando ya se ha iniciado el uso de sustancias– o demasiado pronto –en un momento del desarrollo en que la intervención es menos relevante para el alumnado (Nation et al., 2003).

Algunos estudios (McBride, 2003) han identificado tres periodos en que los programas de prevención escolar pueden tener mayor impacto:

- a. Inmediatamente antes de que se inicie el uso experimental de sustancias.
- b. Durante el periodo en que una gran parte del alumnado está comenzando a experimentar por primera vez con uso de sustancias. Esta fase de relevancia temprana asegura que los estudiantes reciben el programa cuando la información y las habilidades que se trabajan en las sesiones tienen significado y aplicación práctica.
- c. En un período tardío, cuando aumenta la prevalencia del consumo y cambian los contextos en que se consume. Esta fase sería importante a la hora de proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para hacer frente a estas nuevas situaciones.

También se ha destacado (McBride, 2003; Nation et al., 2003) la necesidad de adaptar los contenidos de los programas preventivos al nivel de desarrollo intelectual, cognitivo y social de los participantes, así como a su edad (Tobler y Stratton, 1997).

4.6. Uso de métodos de enseñanza variados

Se ha sugerido que los programas de prevención efectivos deben usar métodos variados de enseñanza, incluyendo algún componente activo relacionado con el entrenamiento en habilidades, además de los componentes habituales de información y/o de modificación de actitudes (Nation, 2003).

La mayoría de estudios concluyen que las intervenciones más efectivas producen sus efectos a través del desarrollo de habilidades relacionadas con la toma de decisiones, la percepción de riesgo, la autoeficacia y las normas percibidas, o a través del desarrollo de habilidades interpersonales que capacitan a los adolescentes para resistir la presión del grupo de iguales para consumir (Pentz, 2003).

Resulta fundamental que los programas de prevención se orienten al cambio de conducta y no únicamente a la transmisión de conocimientos o a la modificación de actitudes en relación al uso de sustancias.

4.7. Interactividad

Para algunos autores (Tobler, 1992; Tobler y Stratton, 1997), la clave del éxito de los programas preventivos es la interacción con el grupo de iguales, en contraposición a las intervenciones “magistrales” del profesorado. El alumnado ha de tener la oportunidad de interactuar en pequeñas actividades de grupo e intercambiar ideas sobre cómo manejar situaciones relacionadas con el consumo. Se ha demostrado que la interacción permite que los adolescentes reciban retroalimentación de sus creencias e ideas en un entorno seguro donde el profesional proporciona información útil para corregir percepciones erróneas en relación a la prevalencia y los efectos de las sustancias, mantiene la conducta orientada a la tarea, promueve la adquisición de habilidades prácticas y, en definitiva, maximiza las oportunidades de intercambio entre los participantes (McBride, 2003).

4.8. Capacitación

Tobler (1992) comparó la efectividad de varios tipos de aplicadores de los programas de prevención escolar: profesionales de la salud, profesores generales, profesores especialistas en educación para la salud, e iguales de la misma edad, entre otros, y no halló diferencias significativas entre los diferentes aplicadores del programa.

Independientemente de la persona que finalmente aplique el programa, la mayoría de las revisiones coinciden en señalar la importancia de que los miembros del equipo que conduce el programa sean sensibles, competentes y hayan

recibido un entrenamiento, apoyo y supervisión adecuados (Nation et al., 2003), y que apliquen los programas de prevención con fidelidad a su diseño original.

4.9. Evaluación de resultados

La evaluación de los programas de prevención es necesaria para determinar la efectividad de los programas. En ocasiones, los profesionales pueden asumir que un programa es efectivo sin ningún fundamento o basándose en la evidencia de un caso único o anecdótico (Nation, 2003).

Tabla 2. Lo que funciona y lo que no funciona

Qué es lo que funciona		Qué es lo que no funciona	
Aplicación y estructura			
> Métodos interactivos	> Didácticas como impartir clase		
> Sesiones muy estructuradas y trabajo de grupo	> Debates no estructurados o espontáneos		
> Seguir un currículum	> Excesivo peso en el juicio y la intuición del profesorado		
> Implementado por formador/profesor formado	> La evidencia para usar la programación de prevención dirigida por pares frente a la de personaes adultas es débil		
> Implementarlo en sesiones de 10 a 15 semanas	> Actividades individuales o pocas actividades		
> Programas multicomponentes	> La envidencia del uso de sesiones de refresco en los años siguientes es débil		
Contenido			
> Habilidades de toma de decisiones, comunicación y resolución de problemas	> Aumentar el conocimiento del alumnado proporcionando información sobre drogas específicas, esto puede convertir al alumnado en personas consumidoras más informadas		
> Habilidades sociales y personales, y relaciones con las iguales	> Los testimonios de personas exdrogadictas pueden acabar sensacionalizando el consumo de drogas y hacerlo más atractivo		
> Auto-eficacia y asertividad	> Centrarse únicamente en la construcción de la autoestima		
> Habilidades de resistencia a las drogas y de refuerzo del compromiso personal contra el consumno de drogas	> Prueba aleatoria de drogas		
> Refuerzo de actitudes y normas antidroga	> Tácticas de miedo e historias aterradoras que exageran y falsean los peligros del consumo de drogas e incluso contradicen las propias experiencias del alumnado y aquellas de sus iguales		
> Apoyo para el éxito académico y el fomento de hábitos de estudio			

Fuente: Currículum Europeo de Prevención (OEDT, 2019)

5. Programas disponibles en España

En España hay casi medio centenar de programas preventivos, aunque no todos ellos cuentan con evaluación de su eficacia. Entre los que sí tienen evaluaciones de su eficacia hallamos los siguientes programas: Project EX, Unplugged, PASE.bcn, Construyendo Salud, Programa Saluda, ALERTA ALCOHOL, En Plenas Facultades, EmPeCemos, ITACA, Mantente REAL, Programa de intervención psicosocial, Programa de prevención del IAMS, Programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo, Programa preventivo en Cataluña, R&R2, Sé Tú Mismo/a, Sobre Canyes i Petes, y Tú Decides. De estos, se concluye que los más efectivos presentan las siguientes características (Medina-Martínez y Villanueva-Blasco, 2023): contienen entre 7-16 sesiones; se basan en modelos de influencia social comprehensivos; utilizan metodologías interactivas; incluyen componentes de conocimientos e información, habilidades sociales y personales (toma de decisiones, empatía, comunicación efectiva, control de emociones y estrés, asertividad, autoestima, motivación, resolución de problemas), ocio saludable, resistencia a la presión social y publicitaria, pensamiento crítico, entrenamiento de habilidades generales para la vida y educación normativa; y, algunos, implementan sesiones de refuerzo.

Clase sin Humo, un programa escolar en el que se invita a un grupo-clase de escolares a mantenerse sin fumar a lo largo de todo el curso académico a cambio participar en un concurso, es probablemente el programa escolar de prevención universal del tabaquismo más extensamente implementado en España, y ha demostrado en estudios internacionales su efectividad para prevenir el inicio del tabaquismo y evitar la progresión del consumo. Con el fin de incorporar contenidos que permitan abordar el binomio cannabis-tabaco, el proyecto EVICT ha desarrollado una propuesta didáctica destinada a ser utilizada en el marco del proyecto Clase sin Humo.

El programa ARGOS es un modelo de estrategia para intervenir en la prevención, detección precoz y atención de adicciones en la Región de Murcia, que conjuga la acción en los ámbitos sanitario, educativo y familiar, con una estrategia comunitaria de formación y participación, en la que se implica a la red sanitaria pública, a educación y a la red de prevención de adicciones de entidades locales, aplicando una metodología científica y de sostenibilidad para la prevención de las adicciones. El Programa educativo “Alcohol: conciencia con ciencia” y “ALTACAN” forma parte de la fase comunitaria del Programa ARGOS-Murcia para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

6. Bases de datos sobre programas escolares basados en la evidencia

Algunas herramientas pueden facilitar la identificación de algunos de los programas de prevención disponibles en España que están basados en la evidencia científica. La Unión Europea impulsó, en colaboración con el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), el Minimum European Quality Standards in Drug Demand Reduction (EQUS; Uchtenhagen y Schaub, 2011) para el establecimiento de estándares europeos de calidad en prevención de drogas (EMCDDA, 2011, 2013). Asimismo, se crearon distintos portales web repositorio de programas preventivos, donde se recoge información sobre estos y se clasifican en términos de calidad. A nivel europeo, destaca el Xchange Prevention Registry (EMCDDA, s.f.) o Exchange on Drug Demand Reduction Action (EDDRA). En España se encuentran el portal de Prevención Basada en la Evidencia (Socidrogalcohol, s.f.) y el Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y Otras Adicciones (Portal BBPP Adicciones; DGPNSD, s.f.).

7. Desde la reflexión y la experiencia

A lo largo de las últimas décadas se han acumulado evidencias que han hecho posible el diseño e implantación de programas de prevención del uso de tabaco, alcohol y cannabis en la escuela.

En España se han desarrollado numerosos programas de prevención escolar, algunos de los cuales han sido evaluados con resultados favorables. A pesar de estas fortalezas, ciertas cuestiones pueden ir en contra de una adecuada planificación, y posterior implementación, de los programas de prevención escolar, y merecen ser evitadas o corregidas:

- a.** Desarrollo de programas sin suficiente planificación previa y en respuesta a crisis puntuales percibidas (especialmente cuando van acompañadas de mensajes alarmistas).
- b.** Intervenciones guiadas por la improvisación y llevadas a cabo por distintos actores de manera descoordinada.
- c.** Programas implementados por profesionales (profesionales de los centros educativos o ajenos al mismo) con poca implicación con la estructura y dinámicas del centro escolar.
- d.** Poca o ninguna inversión en la formación de las personas que estarán a cargo de la implementación del programa y en la facilitación de recursos de apoyo.

Bibliografía

- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, M. D., y Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59(4S), S61–S75. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.021>.
- Deogan, C., Zarabi, N., Stenström, N., Högberg, P., Skärstrand, E., Manrique-Garcia, E., Neovius, K., y Månsdotter, A. (2015). Cost-effectiveness of school-based prevention of cannabis use. *Applied Health Economics Health Policy*, 13(5), 525–542. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0175-4>.
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, D., Guillén-Riquelme, A. (2015). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*, 27(1), 5–12. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.106>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2011). *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals, EMCDDA manuals 7*. Publications Office of the European Union. www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013). *European drug prevention quality standards: a quick guide*. Centre for Public Health, Liverpool John Moores University. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/792/TD0113424ENN_451473.pdf
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3>
- Gilvery, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 55–80.
- Kandel, D. B. (2002). *Stages and pathways of drug involvement: Examining the gateway hypothesis*. Cambridge University Press.

- Lassi, Z. S., Salam, R. A., Das, J. K., Wazny, M. K., y Bhutta, Z. A. (2015). An unfinished agenda on adolescent health: Opportunities for interventions. *Seminars in Perinatology*, 39(5), 353–360. <https://doi.org/10.1053/j.sem-peri.2015.06.005>
- Mannocci, A., Backhaus, I., D'Egidio, V., Federici, A., Villari, P., y La Torre, G. (2019). What public health strategies work to reduce the tobacco demand among young people? An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Health policy*, 123(5), 480–491. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.009>
- Medina-Martínez, J., Villanueva-Blasco, V. J. (2023). Prevention Versus Pseudo-prevention: a Systematic Review of School Drug Prevention and its Indexing in Best Practice Portals. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01122-x>
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., y Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6–8), 449–456. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.6-7.449>
- Pereira, A. P., y Sanchez, Z. M. (2018). Drug use prevention: Factors associated with program implementation in Brazilian urban schools. *BMC Public Health*, 18(1), 334. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5242-y>.
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., y Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747–775. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.014>.
- Suelves, J. M. (1998). Evaluación de programas escolares de prevención del abuso de drogas: algunas indicaciones derivadas del meta-análisis. *Idea Prevención*, (16), 50–60.
- Suelves, J. M, Saltó, E. (Coords.) *Nudos: Unidad didáctica sobre cannabis-tobaco para alumnado a partir de Educación Secundaria Obligatoria*. <http://evictproject.org/wp-content/uploads/2017/09/EVICT-material-escolar-didactica.pdf>
- Thomas, R. E., McLellan, J., y Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Systematic Review*, 2013(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001293.pub3>

- Tobler, N. S., y Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128. <https://doi.org/10.1023/A:1024630205999>
- Uchtenhagen, A., y Schaub, M. (2011). *Minimum quality standards in drug demand reduction EQUS. Research*. Institute for Public Health and Addiction. <https://doi.org/10.5167/uzh-101345>
- Villanueva, V. J. (2017). *Diseño y evaluación de la eficacia de un programa de habilidades para la vida en la prevención del consumo de sustancias en adolescentes* (Tesis doctoral, Universidad de Santiago de Compostela), Santiago de Compostela.

— UNIDAD 12 —

Prevención selectiva e indicada de los problemas relacionados con el consumo de TAC

Alba González-Roz

Joseba Zabala Galán

Otger Amatller Gutiérrez

Belén Montesa Lou

Juan Carlos Permuy

1. Detectando un consumo problemático de tabaco, alcohol y cannabis (TAC)

Los indicadores de consumo problemático de alcohol, tabaco y cannabis (TAC) en adolescentes tienen que ver con la forma en que el consumo de cannabis afecta al propio joven y a los ámbitos en los que realiza su vida cotidiana, como son: la familia, la escuela y el ocio. Por eso conviene explorar todas esas áreas vitales.

Es importante visualizar y registrar los usos de las tres sustancias para observar concurrencias entre las mismas, tanto en días laborables, como en fines de semana. El consumo combinado de las tres sustancias al mismo tiempo es algo más que habitual, y se vincula con un número más elevado de consecuencias y problemas asociados.

La mayor parte de las pruebas de *screening* y evaluación conductual contemplan los distintos contextos donde ocurren los consumos para establecer un grado de deterioro. Citaremos tres test de *screening* a los que habitualmente recurrimos a la hora de cuantificar el nivel de impacto para la tríada que se menciona. Estos son: el AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) para el consumo problemático de alcohol, el CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) o el CUDIT-R (*The Cannabis Use Disorder Identification Test-Revised*) para el de cannabis, así como el FTND (*Fagerstrom Test for Nicotine Dependence*), para la evaluación de la dependencia a la nicotina.

No obstante a la hora de poder valorar un posible consumo problemático debemos de realizar una toma de datos a través de una entrevista, que nos permitan adentrarnos en la vida del joven. Datos individuales relativos a su edad, a la posible existencia de antecedentes de enfermedad física o trastornos del comportamiento, a la edad de inicio, así como los datos de su historia vivencial que condicionen o hayan podido condicionar sus decisiones y sus comportamientos de consumo. Siempre debemos valorar y detectar cualquier antecedente de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), impulsividad, trastornos del estado de ánimo y episodios psicóticos.

Datos relativos al ámbito familiar, si se trata de una familia monoparental o biparental o existe una separación de sus padres, rol que desempeña la familia y el nivel de impacto que sus consumos de alcohol, tabaco y cannabis tienen en el clima familiar. Si el consumo del joven es percibido como algo problemático, o si por el contrario se encuentra aceptado por la familia.

Es importante también recabar datos sobre el consumo de drogas en la familia y si vive en un ecosistema familiar libre de humo o inmerso en el humo de los consumos de los adultos a su alrededor.

Algunas señales que nos pueden poner sobre aviso de un consumo problemático de la Triada TAC son las siguientes:

- a.** En el caso del tabaco, al ser la nicotina una droga altamente adictiva, conviene actuar rápidamente para evitar progresiones rápidas a un trastorno por consumo de nicotina. Dejar pasar una semana puede ser tarde. Un consumo repetitivo de tabaco precoz a los 13-15 años debe de encender todas las alarmas. Otro dato a tener en cuenta es el hecho de que el joven compre tabaco para uso personal de forma habitual. Pues ello obliga a contactar con algún estanco, bar, o adulto que les facilite el suministro.
- b.** Tratándose del alcohol, hay que tener en cuenta, el uso habitual repetitivo en fines de semana y más aún en días laborables, el consumo de marcas de alcohol de alta graduación, así como la experimentación repetitiva de mezclas de alcohol con refrescos, zumos o bebidas energéticas. También hay que tener en cuenta si el consumo se realiza en el propio domicilio, o si ocurre en situaciones de dificultad vivencial como pueda ser el estrés, la inseguridad...
- c.** En el caso del cannabis, el consumo en el contexto escolar y también el primer porro del día (porro mañanero) y el último del día (porro buenas noches) son indicadores de problemas asociados. Este último puede ser indicativo de una necesidad de consumo nocturno, por dificultades en la conciliación del sueño inducidas por la ausencia de cannabis. Otros datos centinela son la adicción ya establecida al tabaco, el consumo doméstico de porros, o la existencia de deudas económicas a consecuencia de los negocios del trapicheo.

Todo ello impacta en el estilo de vida del joven y ello se puede reflejar tanto en disfunciones escolares como en el abandono de la práctica deportiva y las rutinas de casa y en el clima familiar. Resumiendo, ante una sospecha de consumo problemático en la triada TAC no hay que tardar un minuto en aplicar la regla de las 6 ERRES: " ante una chica o un chico en RIESGO, REINCIDENTE, es URGENTE: RESPONDER y REACCIONAR RÁPIDO y en RED.

2. Evidencias de la efectividad de los programas de prevención selectiva e indicada dirigida al consumo de TAC

En España, los programas de prevención que se han evaluado y cuentan con evidencias de su efectividad pueden localizarse en las siguientes bases de datos: 'Prevención Basada en la Evidencia', 'Portal de Buenas Prácticas [PPBB]' y 'Xchange'. En contraste con la prevención universal, existen pocas iniciativas de prevención selectiva e indicada evaluadas y que cuenten con aval empírico de su efectividad. Ello no significa que la prevención no sea eficaz, si no que la evaluación de los programas preventivos sigue siendo una práctica infrecuente en España.

En términos generales, todas las actividades preventivas que evidencian efectos positivos sobre la reducción del consumo de sustancias muestran las siguientes características: a) son programas multicomponentes; b) se incluye una metodología interactiva; c) incluyen una dosis (número de sesiones) suficiente; d) se enmarcan en una teoría o modelo; e) se dirigen a construir relaciones positivas entre los iguales, los adultos y la familia; f) se implementan a tiempo y tienen en cuenta las necesidades específicas de cada etapa evolutiva; g) son culturalmente relevantes, adaptados al contexto y las normas sociales; y, h) los implementadores reciben un entrenamiento previo (Nation et al., 2003).

Lo que sigue es una síntesis de los objetivos y componentes de los programas de prevención selectiva e indicada eficaces. El texto finaliza con la exposición de un programa de prevención que ha sido evaluado y resulta eficaz para reducir el consumo del alcohol, cannabis, y tabaco.

2.1. Objetivos de los programas de prevención selectiva e indicada

Todas las acciones y programas de tipo selectivo o indicado pueden realizarse en un formato individual y/o grupal. Pueden dirigirse a la persona en cuestión, a la familia, a los iguales, a la escuela y a la comunidad. Los objetivos más habituales en los programas de prevención que son efectivos se muestran en la Tabla 1. A modo de ejemplo, los programas de prevención escolar que han arrojado resultados más favorables sobre la reducción del consumo intervienen también con las familias y se preocupan de disponer y promover normas y valores al servicio de una vida saludable y un ocio incompatibles con el consumo de sustancias.

Tabla 1. Objetivos de los programas de prevención selectiva e indicada eficaces

Nivel de prevención	Objetivo
Individual	Proporcionar información (individualizada) sobre el uso de drogas, sus efectos y consecuencias.
	Promover una actitud crítica frente al consumo de alcohol, cannabis, y tabaco.
	Favorecer una toma de decisiones responsable.
	Entrenar habilidades sociales para evitar la presión de los iguales al consumo.
Escolar	Evitar el absentismo escolar y la desescolarización prematura.
	Incrementar la implicación de la familia en la escuela.
	Establecer unas normas de comportamiento consistentes.
Familiar	Fomentar en la familia unas actitudes de rechazo hacia el consumo de drogas.
	Fomentar la parentalidad positiva.
	Incrementar la comunicación asertiva.
Comunitario	Ofrecer alternativas de ocio, acceso a servicios y oportunidades para que los jóvenes se impliquen en la comunidad.
	Favorecer unas normas y actitudes que desalienten el uso de drogas.

2.2. Estrategias eficaces de los programas de prevención selectiva e indicada

Entre las principales estrategias que se han mostrado eficaces en prevención selectiva e indicada, se señalan:

- a. Información sobre el tabaco, alcohol y cannabis, sus componentes, y efectos.** La psicoeducación es un componente habitual en los programas de prevención, si bien, su inclusión no parece ser necesaria ni suficiente para promover cambios en el consumo. De hecho, las acciones que se dirigen a proveer información solamente no han mostrado efectos beneficiosos (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019).
- b. Feedback normativo.** Este componente pretende promover un cambio de actitudes y comportamiento. Las personas proporcionan información sobre su propio consumo y se presenta información específica (acorde a su grupo de edad y sexo) del uso de drogas. Este componente tiene relevancia en la medida en la que las normas descriptivas (percepción del consumo de otros) parece ser un factor de riesgo que predice el uso de drogas y el cannabis en particular (Burkhart, 2009).
- c. Entrenamiento en habilidades para la vida.** Se incluyen aquí el entrenamiento en formas de regulación emocional efectivas, habilidades de comunicación asertiva para el rechazo de ofrecimientos de drogas y solución de conflictos mediante el procedimiento de solución de problemas descrito por D’Zurilla y Goldfried (1971) (ver Tabla 2).
- d. Fomento de un ocio saludable.** Una de las estrategias ensayadas en el campo de la prevención es la denominada “generación de alternativas”

(Santos Fano, 2004). Esta consiste en desarrollar formas incompatibles con el consumo de sustancias que proveen a la persona de fuentes gratificantes y alternativas al uso de drogas. La promoción de un ocio saludable no debe consistir en un mero incremento de actividades, es considerada una oportunidad para fomentar valores, habilidades interpersonales y de resistencia a las drogas.

- e. Estrategias de la Entrevista Motivacional.** Las técnicas motivacionales son muy habituales en las intervenciones breves (IB), que tienen el objetivo de incrementar la motivación para el cambio, reducir o eliminar el consumo, y se realizan por un profesional sanitario (psicólogo, trabajador social, etc.), pero también en el contexto escolar. Las IB que muestran mejores resultados incluyen habitualmente los siguientes componentes: evaluación del uso de sustancias, *feedback* normativo sobre el riesgo o consecuencias asociadas al consumo, psicoeducación sobre las consecuencias a corto, medio y largo plazo, análisis funcional, y entrenamiento en estrategias de afrontamiento para evitar consumir.

Tabla 2. Fases del entrenamiento en solución de problemas

Fase	Descripción
I	Descripción operativa del problema.
II	Generación (sin valorar su adecuación) de alternativas de solución.
III	Ventajas y desventajas de cada una de las alternativas generadas en la Fase II.
IV	Implementación de una alternativa de solución y reevaluación ¿Es eficaz?

El portal de buenas prácticas [PPBB] califica estas intervenciones con un nivel de evidencia elevado para la intervención con adolescentes que consumen alcohol y tabaco. Además, existe aval empírico de su utilización con adultos y adolescentes y el nivel de evidencia de su efectividad para la reducción del consumo parece ser mayor para el alcohol (Gaume et al., 2022) y el tabaco en comparación con el cannabis (Coloma-Carmona y Carballo, 2021).

3. Desde la reflexión y la experiencia

No todos los adolescentes se dejan seducir de la misma forma por el tabaco, el cannabis y el alcohol, hay determinantes individuales y variables contextuales. Dos variables relevantes que explican la tríada TAC son la escasa orientación a valores personales y las escasas o nulas expectativas de futuro. Además, hay algunas características inherentes a la adolescencia que se acentúan en determinados contextos vulnerables: el control omnipotente (yo puedo dejarlo cuando quiera), y el rito de transición a la adultez (inicio en el consumo). Con el consumo se gana una percepción de prestigio social, el consumo proporciona una identidad compartida, y ello les facilita 'ser' alguien dentro de un grupo gracias al consumo (lo que yo soy con un cigarro en la mano, en lo que me transformo...). Las ansiedades de los cambios puberales en su cuerpo, de la separación de sus figuras de referencia familiares, el vacío y la angustia frente al futuro, son situaciones de vulnerabilidad, por las que atraviesan casi todos los jóvenes.

La adicción al TAC no es una casualidad, los que lo prueban y quedan pegados esconden un conflicto psicológico básico que en cada uno es diferente, suelen ser adolescentes que presentan menos recursos para calmar ese malestar. En gran medida, se trata de menores con dificultades de aprendizaje, en entornos con pocos recursos económicos, materiales y personales que ayuden a compensar sus dificultades académicas.

En este contexto, no hay duda de que la evidencia es necesaria para poder tener una garantía de que los programas desarrollados, y que estamos implementando, están contribuyendo a reducir los factores de riesgo vinculados al uso de drogas y/o potenciar los de protección. Cabe tener en cuenta que de evidencias hay muchas y diversas y que el sistema de evaluación ha nacido en un entorno clínico que difícilmente se puede aplicar de igual manera en el ámbito preventivo. La distancia existente entre profesionales e investiga-

dores en el ámbito de la prevención es demasiado grande y ha generado situaciones de las cuales no nos podemos enorgullecer ni unos ni otros. Desde la investigación se han creado programas sin tener en cuenta a los profesionales que los van a aplicar y existen programas con alto nivel de evidencia desaprovechados y con un nivel de aplicación ridículo por no ser programas realistas con las condiciones actuales de la prevención aplicada. Por otra parte, técnicos y técnicas locales han creado centenares de programas municipales ignorando tal esfuerzo investigador en los que la evaluación brilla por su ausencia. Lógicamente estos programas no surgen de la nada, sino de la experiencia de años de experiencia por parte de estos, pero parece claro que el trabajo conjunto, entre unos y otros, podría multiplicar los resultados.

A falta de existir una literatura académica que recoja estos programas nacidos de la prevención local, vamos a intentar ofrecer una serie de experiencias en prevención selectiva e indicada que merecen ser tenidas en cuenta.

Si nos fijamos en la prevención selectiva podremos concluir que la mayoría de los programas existentes están circunscritos en el ámbito educativo a través de grupos con alumnado con un mayor grado de factores de riesgo, pero también podemos empezar a ver acciones en el ámbito comunitario, a través de servicios sociales o de salud mental o en espacios de ocio nocturno donde la estrategia de prevención entre iguales tiene un papel muy destacado.

La prevención indicada, donde el abordaje ya es individualizado, es un buen complemento a la prevención selectiva y tiene especial valor por sus funciones de detección y atención precoz, impidiendo así el desarrollo de los trastornos adictivos. Desgraciadamente, al ser una intervención individualizada, genera muchas dudas de quien debe intervenir y demasiadas veces se genera un vacío entre los equipos de prevención y los de tratamiento que nadie cubre. Los primeros porque al existir un consumo habitual consideran que no tienen herramientas de intervención, y los segundos porque consideran que el consumo no es 'suficientemente problemático' al tener una presión asistencial muy alta y priorizar a los casos más graves. Esto ha provocado la creación de experiencias locales sumamente interesantes pero que solo están presentes en esos municipios donde existe una apuesta clara por la prevención.

Preventure: un ejemplo de buena práctica en prevención indicada

Preventure es un programa de prevención indicada dirigido a jóvenes de entre 11 y 19 años. Se trata de una intervención breve de 2 sesiones de 90 minutos de duración y dirigida por un profesional sanitario y coterapeuta. También se ha implementado en contextos escolares por profesionales entrenados. Los grupos se configuran en función de las características de personalidad de los participantes y los contenidos se adaptan específicamente a sus necesidades. El contenido aborda desde una perspectiva cognitivo-conductual los factores de riesgo más relevantes para el uso de sustancias, incluyendo la sensibilidad a la ansiedad, la impulsividad y la búsqueda de sensaciones. Es un programa que no aborda de forma específica las drogas y se dirige a distintos rasgos de personalidad que confieren vulnerabilidad para el uso de sustancias. En la primera sesión, se aborda el establecimiento de objetivos. Los participantes reciben información individualizada sobre la relación entre las variables de personalidad que se abordan y las conductas de afrontamiento desadaptativas (p.ej., evitación, dependencia interpersonal, agresividad). Siguiendo una metodología interactiva, los participantes identifican conductas reforzantes y alternativas al uso de drogas.

Su eficacia se ha evaluado en al menos ocho estudios aleatorizados con grupo de intervención y control (Conrod et al., 2016). El programa ha evidenciado resultados positivos en la reducción del consumo de alcohol en forma de atracón y las consecuencias negativas relacionadas con el consumo. También se ha mostrado efectivo para reducir el consumo de tabaco y cannabis. Estos efectos se han evidenciado a largo plazo (24–36 meses) (Debenham et al., 2021; Mahu et al., 2015; Newton et al., 2016).

Programa de medidas educativas a menores - Alternativas a la Sanción Administrativa por consumo de drogas en la vía pública (ASA)

Los protocolos de prevención sobre drogas-ASA son una alternativa a la sanción administrativa para aquellos menores de edad que han sido denunciados por una infracción relacionada con el consumo o tenencia ilícita de drogas,

de acuerdo con lo que se prevé en el artículo 36.16 de la Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. Se trata de ofrecer una medida educativa alternativa a la sanción (suspensión de la sanción administrativa siempre que los menores y sus familias sigan un programa educativo que cumplan satisfactoriamente), con el objetivo de evitar o disminuir los riesgos asociados al consumo de drogas. También se pueden considerar una estrategia de detección precoz (para evitar o disminuir riesgos asociados al consumo de drogas). Tiene como objetivos específicos: detectar situaciones de riesgo y hacer la derivación que proceda a otros recursos de la red sociosanitaria; orientar con relación a las necesidades personales detectadas en el menor denunciado; asesorar a la familia con relación al consumo de drogas y otros riesgos asociados; velar para que la medida educativa se cumpla satisfactoriamente; y garantizar una óptima coordinación entre todos los agentes implicados.

Intervenciones entre iguales en contextos recreativos

Las intervenciones en espacios de ocio nocturno como stands informativos, distribución de materiales informativos, alcoholímetros para conductores de vehículos, trabajo específico con colectivos o espacios concretos a través de la metodología de intervención entre iguales genera una credibilidad entre la población consumidora mucho mayor que aquella que podamos conseguir desde los y las profesionales. Los objetivos de estas acciones pasan por facilitar el acceso de los consumidores de drogas a espacios de información y asesoramiento sobre drogas en los mismos espacios de ocio, compilar información de manera periódica sobre el mercado ilegal de drogas y alertar de forma temprana a los consumidores sobre la presencia de productos adulterados que representen un riesgo para la salud con especial atención al fenómeno de las nuevas sustancias psicoactivas.

Servicios de orientación y asesoramiento a jóvenes y/o sus familias

Son servicios que principalmente han sido creados desde los municipios para llenar el vacío existente entre la prevención grupal y los recursos de

tratamiento que no dan respuesta si no existe un consumo adictivo o gravemente problemático. Son servicios presenciales u online que dan respuesta a cualquier duda o problemática relacionada con el consumo de alcohol, de otras drogas o incluso de pantallas y que permiten llegar a los consumidores puntuales o habituales. Es una buena herramienta para evitar el paso de unos consumos menos graves a consumos más graves.

Los protocolos de prevención, detección e intervención sobre drogas en los centros de educación secundaria

Estos protocolos tienen como objetivo fomentar, por una parte, la implementación de medidas preventivas (no punitivas) y, por otra, detectar y abordar educativamente los comportamientos y situaciones de riesgo relacionados con el consumo de drogas que pueden producirse en un centro educativo.

Bibliografía

- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Pirámide.
- Becoña, E. (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Burkhart, G. (2009). Creencias normativas en estrategias preventivas: una espada de doble filo. Efectos de la percepción de normas y normalidad en campañas informativas, programas escolares y medidas ambientales. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(4), 376–400.
- Chazal, C., Roux, C., Kinouani, S., Schuers, M., Fortin, F., Pereira, B., Blanc, O., Piñol-Domenech, N., Brousse, G., Vorilhon, P., y Laporte, C. (2022). Effectiveness of brief interventions in primary care for cannabis users aged from 12 to 25 years old: a systematic review. *Family practice*, 39(6), 1156–1168. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab050>

- Coloma-Carmona, A., y Carballo, J. L. (2021). Medidas y programas de prevención: puntos fuertes y débiles. En: *Guía clínica de cannabis. SOCIDRO-GALCOHOL* (pp. 83-100). SOCIDROGALCOHOL Guía clínica de cannabis (aeped.es)
- Conrod, P. J. (2016). Personality-targeted interventions for substance use and misuse. *Current Addiction Reports*, 3(4), 426–436. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0127-6>
- D’Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Debenham, J., Grummitt, L., Newton, N. C., Teesson, M., Slade, T., Conrod, P., y Kelly, E. V. (2021). Personality-targeted prevention for adolescent tobacco use: Three-year outcomes for a randomised trial in Australia. *Preventive Medicine*, 153, 106794. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106794>
- Gaume, J., Bertholet, N., McCambridge, J., Magill, M., Adam, A., Hugli, O., y Daeppen, J. B. (2022). Effect of a novel brief motivational intervention for alcohol-intoxicated young adults in the emergency department: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 5(10), e2237563. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.37563>
- Mahu, I. T., Doucet, C., O’Leary-Barrett, M., y Conrod, P. J. (2015). Can cannabis use be prevented by targeting personality risk in schools? Twenty-four-month outcome of the adventure trial on cannabis use: A cluster-randomized controlled trial. *Addiction*, 110(10), 1625–1633. <https://doi.org/10.1111/add.12991>
- Moreno Arnedillo, J. J. (2022). *Tabaquismo. Programa para dejar de fumar*. Díaz de Santos.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., y Davino, K. (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *The American Psychologist*, 58(6-7), 449–456. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.6-7.449>
- Newton, N. C., Conrod, P. J., Slade, T., Carragher, N., Champion, K. E., Barrett, E. L., Kelly, E. V., Nair, N. K., Stapinski, L., y Teesson, M. (2016). The long-term effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program in reducing alcohol use and related harms: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(9), 1056–1065. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12558>

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2019). *Currículum de Prevención Europeo*. <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11733/EUPC%20Manual%20ES.pdf>
- Orgilés, M., Méndez, F. X. y Espada, J. P. (2022). *Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en la infancia y adolescencia*. Pirámide.
- Ramírez de Arellano, A. (2023). *Gramática de la prevención de adicciones: documento técnico para la prevención local de las adicciones*. Edita: Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Gramática de la prevención de adicciones. Documento técnico para la prevención local de las adicciones (sanidad.gob.es)
- Santos-Fano, M. (2004). Detección e intervención con jóvenes en riesgo en el ámbito escolar. En A. González Menéndez, J.R. Fernández-Hermida, R. Secades-Villa (Eds.), *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo* (pp.85-121). Colegio Oficial de Psicólogos. Fernandez et al_2004_Deteccion Evaluación Intervencion.pdf (irefrea.eu)
- Secades-Villa, R. (1995). *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*. Pirámide.

— ANEXOS —

Arturo Álvarez Roldán
Otger Amatller Gutiérrez
Elisardo Becoña Iglesias
Yasmina Castaño Martínez
Mariàngels Duch Moyà
Catalina Espitia-Cepeda
Alba González-Roz
Manuel Isorna Folgar
Montse Juan Jerez
Carla López Núñez
Adelaida Lozano-Polo
Carmela Martínez-Vispo
Belén Montesa Lou
Larissa de Almeida Nobre-Sandoval
Juan Carlos Permuy Bermúdez
Esteve Saltó Cerezuela
Josep M. Suelves Joanxich
Víctor J. Villanueva-Blasco
Joseba Zabala Galán

Webs institucionales de referencia

Centers for Disease Control and Prevention: <https://www.cdc.gov/>

Copolad, España: <http://copolad.eu/es/>

Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo: www.cnpt.es

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: <https://pnsd.sanidad.gob.es>

FAD: <https://fad.es/>

Know the risks. E-cigarettes and young people: <https://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/>

National Institute for Health and Care Excellence: <https://www.nice.org.uk/>

National Institute of Mental Health: <https://www.nimh.nih.gov/index.shtml>

National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías:

https://www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones:

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: <https://www.unodc.org/unodc/index.html>

Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es>

Substance Abuse and Mental Health Service Administration: <https://www.samhsa.gov/>

The Tobacco Atlas: <https://tobaccoatlas.org/>

Web Estilos de vida saludable: Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad. <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/tabaco/home.htm>

Webs de Portales de Evidencia Científica y Buenas Prácticas

Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental, CIBERSAM: <https://bi.cibersam.es/>

Best practice portal (EMCDDA):

https://www.emcdda.europa.eu/toolkit/preventiontoolkit_en

Blueprints for healthy youth development: <https://www.blueprintsprograms.org>

Cochrane Iberoamérica: <https://es.cochrane.org/es>

Healthy Nightlife Toolbox: <http://hntinfo.eu/>

Instituto Nacional de Ciberseguridad/IS4K: <https://www.incibe.es/menores/>

Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas y otras Adicciones: <http://www.buenaspracticasadicciones.es>

Prevención basada en la evidencia: www.prevencionbasadaenlaevidencia.net

Registro de intervenciones evaluadas en prevención Xchange (EMCDDA): https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_en

Encuestas epidemiológicas

Encuesta Europea de Salud en España (Ministerio de Sanidad): <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/home.htm>

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad: <http://inclasns.msssi.es/>

Instituto Nacional de Estadística (INE):

https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735971047

Informes y Estadísticas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA): <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

Guías, Manuales y otros documentos de referencia

Castañón, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. https://www.google.com/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=yved=2ahUKEwir-Oq2y-NH8AhUS_aQKHRpNC2sQFnoECAwQAQyurl=https%3A%2F%2Fwww.in-mujeres.gob.es%2FareasTematicas%2Fsalud%2Fpublicaciones%2FSerie-salud%2Fdocs%2FIntervdrogodep.pdfyusg=AOvVawIP3QZe4axlTCw

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2019). *Políticas sobre drogas y perspectiva de género en las Américas: Hallazgos de los informes nacionales de la séptima ronda del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM)*. http://www.cicad.oas.org/mem/Reports/7/Full_Eval/MEM-Gender_Report-ESP.pdf

Curriculum de prevención Europeo (EUPC). Formación en prevención para dar forma a decisiones y políticas de prevención basadas en la ciencia (EMCDDA) https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en

Diputació de Barcelona. (2021). *Guia Pràctica per a la incorporació de la perspectiva de gènere en la prevenció i l'abordatge de les addiccions*. <https://llibreria.diba.cat/cat/unclick/descargaebook.php?uid=F29B9ECDB7F8E-CB4048D77F6B34D8014D4B235728D3EFF456C04B8BE1FD930DEy-c=65993ym=descarga>

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addition. (2023). Best practice portal – evidence database. https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries_en?evidence_terms=yeyvidence_rating=Allyoutcome=Allyeyvidence_summary_area=Allysubstance=Allytarget=1324

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addition. (2023). Women and drugs: health and social responses. <https://www.emcdda.europa.eu/>

publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses_en

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addition. (2017). Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/attachments/documents/6235/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Women-who-use-drugs.pdf

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addition. (2005). Differences in patterns of drug use between women and men. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/387/TDS_gender_64783.pdf

Generar escuelas promotoras de salud: pautas para promover la salud en la escuela: https://escpromotorasdesalud.weebly.com/uploads/1/3/9/4/13940309/generar_escuelas_promotoras_de_salud.pdf

Guía: Estrategias de intervención en el ámbito familiar: Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-42450>

Informe – La prevención con enfoque en las familias: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2022_DGPNSD_InformePrevencionFamiliarAdicciones.pdf

Making every school a health-promoting school – Implementation Guidance WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025073>

Making every school a health-promoting school – Global standards and indicators. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059>

Martínez-Redondo, P., y Luján-Acevedo, F. (2021). *Hombres y adicciones. Intervención desde perspectiva de género*. UNAD. https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1615204390_hombres_y_adicciones_digital_unad.pdf

Martínez, P., Vicente, O., Martín, M. V, Fernández, A., Rodríguez, G., Echeberría, A. M., ... Barros, R. (2021). *La perspectiva de género en el ámbito de las drogas y las adicciones. Recursos y experiencias para promocionar y consolidar su aplicación integral*. https://riod.org/wp-content/uploads/2022/06/RIOD_PERSPECTIVA-GENERO-EN-AMBITO-DROGAS-1.pdf

Medidas alternativas a Menores Infractores por consumo de Cannabis y Alcohol en Barcelona: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000200007

Medidas alternativas a Menores Infractores por consumo de Cannabis y Alcohol en Vitoria-Gasteiz: https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/was/contenidoAction.do?uid=u3fc754f9_172e490f216__7fe3&idioma=es&lang=es&locale=es

Mimbrero Mallado, C., y Navarro-Pérez, P. (s.f.). *Género y exclusión social. Guía para la incorporación del enfoque de género en programas y proyectos*. Enlace. <https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/guiaenlace.pdf>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). *Substance use in women research report*. <https://nida.nih.gov/download/18910/substance-use-in-women-research-report.pdf?v=b802679e27577e5e5365092466ac42e8>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2020). *Substance use in women. DrugFacts*. <https://nida.nih.gov/download/19238/substance-use-in-women-drugfacts.pdf?v=8e3444077b0c0e237d1413403790818a>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Género y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Pacheco Arellano, S. E., y Rementería-Roces, O. (2021). *Protocolo Inclusión de la perspectiva de género en programas de prevención de adicciones*. Federación Española de Municipios y Provincias. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2021_Protocolo_Inclusion_Genero_Preencion_Adicciones.pdf

Pinheiro-Carozzo, N. P., Silva, I. M. D., Murta, S. G., y Gato, J. (2020). Intervenções familiares para prevenir comportamentos de risco na adolescência: possibilidades a partir da Teoria Familiar Sistêmica. *Pensando famílias*, 24(1), 207-223.

Pompidou Group – Council of Europe. (2022). *Implementing a gender approach in drug policies: prevention, treatment and criminal justice*. <https://rm.coe.int/2022-ppg-implementing-a-gender-approach-in-drug-policies-a-pg-handbook/1680a66835>

Promover la salud en la escuela: de la evidencia a la acción. Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UIPES). Disponible en: ht-

[tps://fundadeeps.org/wp-content/uploads/eps_media/recursos/documentos/143/PSeE_deEvidenciaaalaAccion.pdf](https://fundadeeps.org/wp-content/uploads/eps_media/recursos/documentos/143/PSeE_deEvidenciaaalaAccion.pdf)

Sánchez Pardo, L. (2014). *Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género. Recomendaciones con base en la evidencia*. Alicante. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2014_Guia_preencion_genero_Diputacion_Alicante.pdf

Schools for Health in Europe network foundation: <https://www.schoolsforhealth.org/>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*. Vienna. https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC_Women_Treatment_Case_Studies_E.pdf

Web Código Europeo Contra el Cáncer. OMS. <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/doce-formas/tabaco/459-que-tipos-de-productos-del-tabaco-se-usan-en-europa>

World Health Organization. (2014). *Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2011). *Gender mainstreaming for health managers: A practical approach*. <https://www.who.int/publications/item/9789241501057>

Wyatt Kaminski, J., Valle, L. A., Filene, J. H., y Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of abnormal child psychology*, 36(4), 567-589. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9>

Recursos y materiales para la reflexión y uso preventivo

“Así atraen las marcas de alcohol a las mujeres en Facebook e Instagram”.

Esta noticia resume un estudio pionero llevado a cabo en Reino Unido que describe la forma en que la industria alcoholera se dirige a la población femenina, adoptando incluso mensajes del posfeminismo. Accesible en: <https://www.drogasgenero.info/asi-atraen-las-marcas-de-alcohol-a-las-mujeres-en-facebook-e-instagram/>

“¿Cómo se hace el marketing del tabaco en la actualidad? Estrategias para seguir vendiendo veneno”.

Este trabajo analiza las estrategias de la industria tabacalera en la actualidad para luchar contra la legislación antitabaco. El texto ilustra cómo actúan las empresas tabacaleras para sortear las leyes que regulan el consumo de tabaco, y cómo se han ido diversificando hacia nuevos mercados de venta de cigarrillos electrónicos y marihuana. Accesible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/37171/Como%20se%20hace%20el%20marketing%20del%20tabaco%20en%20la%20actualidad%20Estrategias%20para%20seguir%20vendiendo%20veneno-%20OShea%20Niall%20Thomas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

“¿Cómo se hace el marketing del tabaco en la actualidad? Estrategias para seguir vendiendo veneno”.

Esta serie trata acerca de las consecuencias negativas que se derivan para los consumidores debido a la negligencia del marketing de ciertos productos populares. El capítulo recomendado aborda las consecuencias negativas de vapear, que ha hecho que muchas personas (especialmente los más jóvenes) se “enganchen” a la nicotina debido a ciertos productos atractivos, como los *Juul*. Accesible en: Netflix: “Broken” – Temporada 1, capítulo 2 (“Enganchados al vapeo”).

“Content analysis of instagram posts by leading cannabis vaporizer brands”.

Este artículo científico desarrolla un análisis de contenido de las características de las publicaciones de la red social *Instagram* de algunas de

las marcas más populares de vaporizadores de cannabis en Estados Unidos. Accesible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871620305184>

Empaquetado Neutro (Unitat Control Tabac–World Health Organization):

Este video considera las principales características del empaquetado neutro, sus objetivos, beneficios y algunas desmitificaciones de argumentos que ha hecho la industria. Accesible en: <https://www.youtube.com/watch?v=hjQjA5c8GpU>

“Género y drogas”. Esta guía explica diferentes aspectos relacionados con la perspectiva de género en temas referentes a la prevención y tratamiento del consumo de drogas. Entre otras áreas, incluye la relación del consumo de sustancias con la salud sexual y reproductiva, las motivaciones y factores asociados a dicho consumo, la influencia de la publicidad e incluso la violencia de género. Accesible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf

Grupo EVICT – Evidencia cannabis tabaco: Grupo de expertos que estudian el policonsumo entre el cannabis y el tabaco. Dentro de la página web tendrá acceso a diferentes recursos infográficos, audiovisuales y de formación. Adicionalmente, la página web proporciona las diferentes redes sociales del grupo EVICT. Accesible en: <https://evictproject.org/>

“Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo”. Este estudio describe la relación entre la identidad femenina y el consumo de sustancias. Para ello se analiza, entre otros aspectos, cómo ciertos cambios en la sociedad occidental pueden conllevar un aumento de la vulnerabilidad de la mujer ante el consumo de drogas. Accesible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200010

“Influencers: la estrategia del vapeo para llegar a los jóvenes”. Esta noticia permite profundizar acerca de las estrategias que actualmente utiliza la industria para promocionar los cigarrillos electrónicos entre los más jóvenes, sobre todo a través de personas influyentes como youtubers, actrices o cantantes, entre otros. Accesible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/06/01/influencers-la-estrategia-del-vapeo-para-llegar-a-los-jovenes/>

Infografía Cigarrillo Electrónico (Ministerio de Sanidad): Este recurso propone generalidades de qué es el Cigarrillo Electrónico, sus principales afectaciones de consumo sobre la salud y su normativa vigente. Accesible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/ciudadania/img/Infografia_Cigarrilloelectronico.jpg

Infografía Productos de Tabaco Calentado (Ministerio de Sanidad): Este recurso propone generalidades de qué es el tabaco calentado, sus principales afectaciones de consumo sobre la salud y su normativa vigente. Accesible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/ciudadania/img/Infografia_productos_tabaco_calentado.jpg

“¿No tienes redes sociales? Las redes sociales y la figura del influencer en el desarrollo de los/as adolescentes”. Este trabajo académico aborda el análisis de la influencia psicológica, física y social de las redes sociales en el desarrollo de la adolescencia, así como el papel de los *influencers* durante este período evolutivo. Accesible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02991/full>

“Picture Me Drinking: Alcohol-Related Posts by Instagram Influencers Popular Among Adolescents and Young Adults”. Este artículo científico hace un análisis de contenido de diferentes publicaciones relacionadas con el consumo de alcohol, que 178 personas influyentes y populares (*“influencers”*) han realizado en la red social Instagram. En particular, este análisis aborda distintos aspectos tales como la frecuencia de las publicaciones relacionadas con el alcohol, el tipo de *influencers* que realizan tales publicaciones y las características de las mismas. Accesible en: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02991/full?utm_source=Email_to_authors_&utm_medium=Email&utm_content=T1_11.5e1_author&utm_campaign=Email_publication&field=&journalName=Frontiers_in_Psychology&id=497588

Productos de tabaco y cigarrillos electrónicos: semejanzas y diferencias. Folleto para profesionales sanitarios. Este folleto profundiza en diferentes recomendaciones dirigidas a profesionales sanitarios con el fin de que puedan tener información de calidad y basada en la evidencia para poner en práctica en su ejercicio profesional. Accesible en: <https://sms.carm.es/riscmur/handle/123456789/6491?show=full>

Recursos de screening, evaluación y diagnóstico

Tabaco

El Test de Fagerström de la Dependencia a la Nicotina (FTND) tiene 6 ítems y se encuentra validado en español, el acceso al instrumento es gratuito. Permite evaluar el nivel de gravedad de la dependencia física a la nicotina y ofrece puntos de corte para su interpretación:

Dependencia baja: 0-3 puntos

Dependencia moderada: 4-7 puntos

Dependencia elevada: 8-10 puntos

Alcohol

Test para identificar los trastornos del uso de alcohol (AUDIT), se encuentra validado en español y permite detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol. Un punto de corte de 11 se relaciona con buena sensibilidad y especificidad.

Cuestionario breve para la identificación de las consecuencias relacionadas con el alcohol (B-YAACQ). Este instrumento consta de 24 ítems con formato de respuesta dicotómico y ha sido validado al español. No cuenta con puntos de corte, puntuaciones más elevadas son indicativas de niveles más elevados de problemas relacionados con el alcohol.

Cannabis

El cuestionario CUDIT-R cuenta con evidencias de validez en jóvenes de la población española. Consta de 8 ítems y permite identificar el riesgo de trastorno por uso de cannabis cuando se obtiene una puntuación igual o superior a 8. Los ítems o preguntas se asimilan a los criterios diagnósticos del trastorno por uso de sustancias.

Escala Cannabis Abuse Screening Test (CAST). La CAST es una escala de cribado de consumo problemático de cannabis. Contiene 6 ítems con opción de respuesta dicotómica, en los que se evalúa la frecuencia de distintos problemas asociados al consumo a lo largo del último año.

El cuestionario de problemas con el cannabis para adolescentes (CPQ-A) es un instrumento de *screening* para evaluar los problemas asociados al consumo en jóvenes. Tiene 27 ítems y una opción de respuesta dicotómica. Se puede obtener una puntuación total sumando los ítems. Un punto de corte igual o superior a 5 es indicativo de abuso de cannabis.



Financiado por



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

