

Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud.

La juventud se encuentra inmersa en una sociedad en cambio constante, donde los patrones de consumo definen en parte la identidad del individuo. El consumo de drogas no es diferente en este aspecto. La situación actual se caracteriza por el policonsumo de sustancias ligado a las situaciones de ocio. El abuso de todas estas sustancias tiene consecuencias para la salud, tanto física como psicosocial, siendo un inicio temprano en el consumo de drogas un predictor de posteriores problemas psicosociales y de abuso de sustancias. El alcohol sigue siendo, con diferencia, la droga más consumida por los jóvenes, siendo característico de esta generación un consumo en grandes cantidades durante los fines de semana. Le siguen el tabaco y el cannabis. La proporción de estudiantes que ha tomado tranquilizantes ha aumentado. El uso del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, sustancias volátiles, heroína) está mucho menos extendido. Parece que las prevalencias de consumo de la mayoría de sustancias se están estabilizando aunque sus consumos en España están a la cabeza de los países occidentales.

Palabras clave: juventud, drogas, salud, epidemiología, España, consumo, abuso.

Introducción

La sociedad actual se caracteriza por un estado de cambio constante. Es más notable el cambio tecnológico, pero a su vez, y en gran medida potenciados por éste, se dan cambios en la sociedad que no se asimilan fácilmente. El acceso instantáneo a todo tipo de información a través de Internet, la capacidad de acceder en todo momento y en todo lugar a las redes sociales, los cambios económicos, los grandes movimientos migratorios, que tienen tanto origen como consecuencias a lo largo de todo el mundo. Todos estos fenómenos tienen un carácter global, pero afectan a la representación del mundo y de sí mismo que hace cada joven, así como a su vida social y a sus patrones de consumo.

En las últimas décadas se han producido cambios en la familia que afectan a la visión del mundo de los jóvenes y su situación en él. Estos cambios se resumen en una reducción del número de miembros de la familia debido al descenso de la natalidad. Aunque también están normalizándose otros modelos de parentesco. Por otra parte, los hijos conviven durante más años con los padres, pero las relaciones familiares cotidianas son menos frecuentes al realizarse muchas actividades de los miembros de la familia fuera de casa. Además, durante el tiempo que se pasa en casa, las relaciones entre los miembros de la familia están obstaculizadas por el uso de las nuevas tecnologías y la televisión. Por último, la función socializadora de la familia se comparte con otras instancias, como la escuela y el grupo de

iguales. Esta función socializadora de la familia es esencial para el desarrollo saludable de los niños y para el desarrollo de un autoconcepto positivo y el aprendizaje de patrones de consumo adecuados, así como para un comportamiento responsable ante las drogas.

Ya se han observado cambios en los patrones de consumo en los jóvenes en las dos últimas décadas, el más notable es el cambio de un consumo de alcohol regular pero más comedido y de bebidas de baja gradación, a un consumo en grandes cantidades, de bebidas de alta gradación, durante el fin de semana. Otro cambio observado en los patrones de consumo juveniles es el del policonsumo de sustancias.

Sin embargo, parece que las prevalencias de consumo de la mayoría de sustancias se están estabilizando o incluso reduciendo. Este cambio es más acusado en el caso del tabaco, y de las drogas ilegales más extendidas, cuyo consumo había crecido más en los últimos años, el cannabis y la cocaína. De modo que no hay motivo para la alarma social, pero tampoco para entusiasmarse, ya que el consumo de drogas en España sigue estando a la cabeza de Europa.

Para la realización de este artículo tomaremos como referencia la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006, enmarcada en la serie de encuestas que vienen desarrollándose en España de forma bienal desde 1994, dirigidas a los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias (1). Esta encuesta sólo recoge información de una parte de la juventud, pero a falta de encuestas comparables sobre jóvenes de edades mayores, será nuestro punto de referencia. Otra fuente importante para este análisis es la Encuesta Domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Es un programa bienal de encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas, promovido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), y que viene dándose desde 1995 hasta 2005 (2). Los principales resultados de estas encuestas están recogidas en el Informe 2007 del Observatorio Español Sobre Drogas (3).

En 2006 las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años seguían siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. El alcohol sigue sacando una gran diferencia a las demás drogas. Un 79,6% había tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 46,1% tabaco y un 36,2% cannabis. La proporción de consumidores de estas sustancias en los 30 días previos a la encuesta fue de 58% para alcohol, 27,8% para tabaco y 20,1% para cannabis. La proporción de estudiantes que había tomado alguna vez en la vida tranquilizantes fue de un 12,6%. La proporción de los que los han tomado sin receta alguna vez en la vida ha ido aumentando ligeramente en los últimos años, situándose en un 7,6%, manteniéndose estable este tipo de consumo en el último año y en el último mes. El uso del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, sustancias volátiles, heroína) está mucho menos extendido, situándose la prevalencia alguna vez en la vida entre el 1% y el 5,7% y la prevalencia en los últimos 30 días entre el 0,5% y el 2,3% (Tabla 1). Si tomamos como referencia las edades comprendidas entre los 15 y 34 años y entre 35 y 64 en 2005, observamos que los jóvenes y los adultos jóvenes tienen mayores prevalencias de consumo que los mayores para todas las sustancias excepto para los hipnosedantes (Figura 1). La edad media de iniciación de tratamiento por primera vez se situó en 29,2 años en 2005 (3).

Los principales rasgos que caracterizan la situación actual son el policonsumo de sustancias y los consumos recreativos ligados al ocio. Por ejemplo, existe una estrecha asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. En 2006 un 95,7% de los que habían consumido tabaco en el último año había consumido en el mismo periodo alcohol y un 67,6% cannabis. También existe asociación entre el consumo de los distintos psicoestimulantes (cocaína, éxtasis, anfetaminas) y los alucinógenos (3). Estas características de la juventud española no son muy distintas de las de la población europea y norteamericana.

Edad media de inicio en el consumo

Una edad temprana de inicio es un factor precursor específicamente importante (y potencialmente prevenible) de problemas posteriores con el alcohol. Esto ha sido demostrado de forma más consistente en adultos (4,5), pero también es relevante para el uso y abuso en la adolescencia (6,7). De hecho, se ha demostrado que la iniciación al alcohol es un mediador clave en la conexión entre la influencia parental, escolar y de los iguales y el abuso de alcohol posteriormente (8).

Parece que ciertas características de la iniciación al alcohol (como beber en reuniones familiares y sentirse ebrio/a) y ciertas formas de beber (consumo orientado a la ebriedad) son particularmente predictivos de problemas posteriores con el alcohol (9,10,11). Hay también cierta preocupación sobre hasta qué punto un comienzo temprano de uso de alcohol sirve como puente hacia el uso de otras sustancias (12).

En 2006 las sustancias que se empezaban a consumir más tempranamente eran el tabaco, las sustancias volátiles y el alcohol, cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. Le siguen los tranquilizantes y el cannabis (14,2 y 14,6 años, respectivamente). La cocaína, el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas fueron las que se empezaron a consumir a una edad más tardía (15,4, 15,5, 15,5 y 15,6 años, respectivamente). No se observaron variaciones importantes de la edad de inicio por sexo ni con respecto a años anteriores, si bien en 2006 para hipnosedantes, cocaína y sustancias volátiles se ha adelantado algo, y para heroína se ha retrasado (tabla 2).

Los mayores incrementos en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis se producen entre los 14 y los 16 años. En cambio, para los psicoestimulantes (éxtasis, cocaína o anfetaminas), se produce entre los 16 y los 18 años. Ello, como es lógico, tiene que ver con la edad en que se comienza a consumir, muy posterior en estas últimas sustancias (3).

El uso regular entre los muy jóvenes todavía es raro. Según el Observatorio Europeo sobre Drogas y las Toxicomanías (OEDT), la información a nivel europeo sugiere que el uso de drogas ilícitas entre gente muy joven (menos de 15 años) está confinada a una pequeña minoría. Entre los que comienzan a consumir sustancias a una edad temprana, la evidencia sugiere que la experimentación temprana con sustancias psicoactivas, incluidos el alcohol y el tabaco, se asocian con un mayor riesgo de desarrollar problemas más adelante en la vida.

El uso regular entre los menores de 15 años se encuentra más a menudo en un grupo de la población altamente problemático, en el que el uso de sustancias está asociado con otros trastornos psicológicos y sociales

concurrentes o precedentes, y a menudo pueden ser indicadores de problemas sociales o de trastornos neuronales o del comportamiento (13). Por ejemplo, una gran encuesta a jóvenes de 17 años en Francia encontró que dos tercios de los encuestados que habían usado cannabis antes de los 12 años eran fumadores diarios de cannabis a los 17, mientras que aquellos que no empezaron a usar cannabis antes de la edad de 16-17 eran en su mayoría fumadores ocasionales (14).

Diferencias entre chicos y chicas en el consumo de drogas

Estas diferencias no deben verse sólo desde el punto de vista social, sino también desde el punto de vista fisiológico, ya que los efectos que tienen las drogas no son los mismos en los hombres que en las mujeres. Por ejemplo, una menor cantidad de alcohol afecta en mayor medida a las mujeres, debido a su constitución física, con un mayor contenido en grasa y menor de agua. Esto hace que tanto la ebriedad como las consecuencias negativas del consumo de alcohol se den antes en mujeres que abusan del alcohol que en hombres.

En cuanto al tabaco, las mujeres empiezan a fumar un poco más tarde, menos cigarrillos y prefieren el tabaco con menos nicotina y alquitrán. Sin embargo, los efectos del tabaco son también en su mayoría peores para las mujeres que para los hombres, siendo los más graves los daños en el sistema cardiovascular y los relacionados con el embarazo y la lactancia. Aunque en el caso de las mujeres jóvenes lo más preocupante pueda ser unos mayores daños en la piel y la boca (15). Además, según el National Institute on Drug Addiction (NIDA), es más difícil para las mujeres iniciar la abstinencia y, al hacerlo, es más probable que sufran una recaída. Algunos factores que pueden contribuir a estos hechos son la intensidad de los síntomas de abstinencia y la preocupación por el aumento de peso después de dejar de fumar, que pueden ser más severos en las mujeres y, por descontado, para las chicas jóvenes (16)

Los chicos jóvenes consumen en mayor medida que las chicas todas las drogas ilegales, y también consumen alcohol y tabaco más intensivamente, aunque el consumo de éste último está más extendido entre las chicas y el consumo de alcohol está igualmente extendido en ambos sexos. El consumo de tranquilizantes sí es algo que está claramente más extendido entre las chicas.

En el caso de las drogas ilegales, las diferencias en las prevalencias por sexo son más acusadas a medida que el consumo es más frecuente o intensivo. Es decir, la diferencia relativa es mayor para el consumo en los últimos 30 días que para el consumo alguna vez en la vida.

Diferencias en el consumo de drogas por Comunidad Autónoma

La encuesta ESTUDES no está diseñada para obtener estimaciones de la prevalencia de consumo de las drogas menos extendidas con una precisión aceptable para áreas pequeñas. Sin embargo, sí permite sacar algunas conclusiones sobre las diferencias interautonómicas con respecto al consumo de tabaco, alcohol o cannabis.

En 2006 se observan diferencias interautonómicas importantes en la proporción de estudiantes que fumaban tabaco diariamente, variando las

cifras entre 2,3% en Melilla y 22,2% en Aragón (14,8% para el conjunto de España). Las comunidades con una proporción de fumadores diarios significativamente superior a la estatal eran Aragón, Castilla y León, Extremadura y La Rioja, y las que la tenían inferior: Ceuta, Melilla, Baleares, Canarias y la Comunidad Valenciana.

También se aprecian ciertas diferencias con respecto a la proporción de estudiantes que habían tomado bebidas alcohólicas alguna vez en los últimos 30 días, variando las cifras entre 25,6% en Ceuta y 70,8% en el País Vasco (58% en el conjunto de España). Las comunidades con una proporción de bebedores en los últimos 30 días significativamente superior a la estatal fueron: Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Navarra, País Vasco y La Rioja, y las comunidades con una proporción inferior: Ceuta, Melilla, Andalucía, Baleares, Canarias, y Madrid.

Con respecto a la proporción de estudiantes que habían consumido cannabis alguna vez en los últimos 12 meses, las cifras variaban entre un 7% en Ceuta y un 39,9% en Navarra (29,8% en el conjunto de España). La mayoría de las comunidades, no obstante, se situaban entre el 25% y el 35%. Las comunidades con una proporción de consumidores significativamente superior a la estatal en cualquier período de referencia fueron: Aragón, Cataluña, Navarra, País Vasco y La Rioja, y las comunidades con cifras significativamente inferiores, Ceuta, Melilla, Andalucía y Canarias (3).

Jóvenes y las distintas drogas

Consumo de tabaco

El tabaco es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) todavía la primera causa de muerte prevenible en el mundo (17). En el año 2000 se le atribuyeron 4,83 millones de muertes prematuras en el mundo (18). Su consumo está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades (de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer) y es la principal causa de buena parte de muertes por cáncer de pulmón y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares (19).

El tabaco aún mantiene una imagen atractiva entre gran parte de la juventud, que sigue siendo un objetivo prioritario de las campañas de promoción de su consumo. Los y las adolescentes informan de funciones positivas de fumar, como el control del peso o de estados de ánimo negativos y la adopción de una imagen de madurez y seguridad (20). Sin embargo, se pueden notar varios efectos indeseables de su consumo al poco tiempo de empezar a fumar, como arrugas prematuras y rostro amarillento, manchas en los dientes y caries dentales, mal aliento y mal olor corporal y manchas amarillentas en uñas y dedos. Efectos sobre la imagen corporal, que tanto preocupa a los adolescentes. Además de éstos, se han documentado varios efectos a corto plazo en la salud de los jóvenes, como una función pulmonar reducida, un agravamiento del estado físico, un aumento en los problemas de asma, un aumento de la tos y falta de aliento (21). También existe evidencia de una relación positiva entre el uso de cigarrillos y el subsiguiente uso de alcohol y cannabis (22).

Según datos de 2006, el consumo de tabaco entre los jóvenes está bajando (3). Así, la prevalencia de consumo diario descendió desde un 21,5% en 2004 a un 14,8% en 2006, siendo, como ya se ha apuntado, algo mayor ésta en las

chicas que en los chicos (Figura 2). La edad media se ha mantenido en los 13 años, pero la edad media en la que se consume diariamente ha aumentado un año, y además, se consume menos cantidad, lo que es un avance en la prevención del consumo de tabaco en adolescentes.

La gran mayoría de los estudiantes que fumaban se habían planteado dejar de fumar en alguna ocasión, siendo mayor el porcentaje de chicas que se lo han planteado (76,6%) que en los chicos (67,8%), y siendo también mayor entre ellas el porcentaje de quienes lo han intentado realmente (41% frente al 35,4%).

En cuanto a su rol como fumadores pasivos, a casi la mitad de los estudiantes (48,2%) les molestaba mucho o bastante que fumaran en lugares cerrados estando ellos presentes. También es de resaltar que en 2006 un 10% menos de los estudiantes convivía con alguna persona que fumase diariamente en su hogar, en comparación con 2004.

Consumo de bebidas alcohólicas

Las investigaciones desarrolladas en los últimos treinta años, han demostrado que el consumo excesivo de alcohol puede provocar graves trastornos físicos, psicológicos y del comportamiento. El riesgo de padecer estos trastornos a lo largo de la vida es mayor cuando este consumo se inicia en la adolescencia. El alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido en 2006 entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 79,6% de los jóvenes en 2006 había probado el alcohol alguna vez, un 80% lo había consumido en el último año y casi el 60% en el último mes, aumentando este porcentaje de estudiantes que habían bebido alcohol a medida que avanza la edad, llegando a un 76,5% en los estudiantes de 18 años (3).

La población juvenil rara vez presenta cirrosis hepática u otros trastornos, que se suelen presentar en los adultos tras varios años de abusar del alcohol. Sin embargo las últimas investigaciones científicas han demostrado que el consumo de alcohol en la adolescencia, y especialmente el consumo “en atracón”, puede afectar al sistema nervioso central a distintos niveles, interfiriendo con el desarrollo del cerebro, que en esta etapa es crítico. Este tipo de consumo de alcohol afecta al hipocampo, una parte del sistema nervioso responsable de la memoria y el aprendizaje. El consumo abusivo produce alteraciones de las relaciones personales, del rendimiento escolar, comportamientos violentos y conductas peligrosas para la salud, como prácticas sexuales de riesgo o conducir bajo sus efectos. Además, los bebedores frecuentes sufren de peor salud subjetiva y general, y producen un mayor número de estancias nocturnas en el hospital que los bebedores poco frecuentes o los no bebedores (23).

El consumo de alcohol durante los fines de semana, sobre todo entre los jóvenes, se ha convertido en un problema de salud pública. Esto a pesar de que el consumo de alcohol entre los estudiantes ha descendido considerablemente desde las dos últimas encuestas de ESTUDES, tanto en el consumo en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días. Sin embargo, la frecuencia de borracheras en los últimos 30 días entre los que habían consumido alcohol en ese periodo aumentó ligeramente con respecto a 2004, continuando la tendencia ascendente observada desde 1994 (figura 3). Por lo tanto, aunque se reduce la extensión del consumo de alcohol, sigue aumentando la práctica de esta conducta de riesgo, cuyos daños

neurológicos potenciales se han apuntado, por parte de la juventud. Otro riesgo de estas conductos para los jóvenes inexpertos es el de la intoxicación etílica, que puede producir un estado de coma e incluso la muerte.

En 2006 un 55,3% de los estudiantes de 14-18 años se había emborrachado alguna vez en la vida y el 25,6% lo había hecho en el último mes. Por edad, la prevalencia de borracheras durante el último mes variaba desde el 10,3% a los 14 años hasta el 40,3% a los 18 años.

Los lugares preferidos por los estudiantes para beber siguen siendo los bares, los espacios abiertos, como calles, plazas o parques, y las discotecas. Globalmente, la bebida que más consumen son las copas o combinados, aunque en días laborables prefieren la cerveza. Los lugares donde los estudiantes conseguían con más frecuencia bebidas alcohólicas eran bares o pubs (70,8%), discotecas (59,2%), supermercados (51,8%) e hipermercados (37%).

Finalmente, otro aspecto asociado al consumo de bebidas alcohólicas por los jóvenes, y quizás el más peligroso, es el de la conducción de vehículos. En 2006 más del 20% de los estudiantes de 14-18 años (34,3% de los de 18) reconocía haber sido pasajero en los últimos 12 meses en vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol. Además, casi un 10% de los estudiantes de 14-18 años declaraba haber conducido en los últimos 12 meses un vehículo (coche, moto) bajo los efectos del alcohol, cifra que ascendía a un 14,9% en los estudiantes de 18 años (3).

Cannabis

El cannabis es la primera droga ilegal consumida en España, así como en la Unión Europea, con un aumento significativo del uso desde los años noventa. También es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. La mayor parte de admisiones a tratamiento en menores de 18 años se dan a causa de esta sustancia (3).

El cannabis actúa sobre el sistema cannabinoide, que desempeña un papel fundamental en las funciones de la memoria, la atención y la percepción, así como la actividad motora. De este modo al consumir cannabis todas estas funciones se ven alteradas es más difícil mantener la atención y recordar eventos y la percepción de la realidad se ve alterada, siendo también difícil la estimación del paso del tiempo. Se produce también una disminución de la actividad y mayor dificultad en la coordinación de movimientos.

El consumo habitual de cannabis produce una serie de daños físicos y psicológicos: 1) Los cigarrillos de cannabis o porros (la forma de consumo más extendida) suelen fumarse sin filtro, lo que favorece la aparición de enfermedades pulmonares, como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar o el cáncer de pulmón; 2) Un efecto característico del cannabis es que provoca taquicardias, por lo que puede empeorar el estado de personas con hipertensión o insuficiencia cardíaca; 3) Hay indicios de que el consumo crónico puede haber contribuido al aumento de la incidencia de depresiones y psicosis.

Los efectos más visibles en los jóvenes son los relacionados con el aprendizaje, ya que aumenta las dificultades para estudiar, prestar atención, concentrarse y memorizar. Esto hace que los jóvenes consumidores regulares

de cannabis obtengan peores resultados académicos. También hay cada vez más evidencia de sus efectos negativos sobre la conducción de vehículos, sobre todo en combinación con el alcohol (19).

España se sitúa a la cabeza de los países europeos en cuanto a consumo regular de cannabis entre jóvenes. Existe preocupación por su uso por varias razones. Se han documentado consecuencias negativas para la salud (2,3), así como las relaciones entre uso de cannabis y el aumento del riesgo de tener dificultades psicosociales (24,25,26).

Algunos autores apuntan a que el consumo de cannabis es un fenómeno de la adolescencia independiente del uso de otras sustancias (27), otros han informado de que el uso temprano de cannabis es predictor de un posterior ajuste psico-social problemático (26) y un aumento de la dependencia a dicha sustancia en la edad adulta (29).

Según ESTUDES 2006 un 36,2% de los estudiantes españoles lo habían consumido alguna vez en la vida, un 29,8% en el último año y un 20,1% en los últimos 30 días. El consumo estaba más extendido en los chicos en todos los indicadores, si bien esta diferencia no era tan acusada como para otras drogas ilegales, aunque las diferencias aumentaban al hacerlo la frecuencia o la intensidad del consumo. La prevalencia de consumo diario era de un 3,2% (4,2% en chicos y 2,2% en chicas).

El cannabis era también la droga ilegal que se empezaba a consumir a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Secundaria era de 14,6 años, siendo similar en ambos sexos y no mostrando variaciones significativas respecto a años anteriores. La extensión y la frecuencia de consumo de cannabis se va incrementando con la edad, desde los 14 a los 18 años. El mayor incremento tiene lugar entre los 14 y 15 años. En 2006 a los 18 años un tercio de los estudiantes había consumido cannabis en el último mes y un 11,9% lo había hecho más de 10 días en ese período.

En el 2006 se ha observado un importante descenso del consumo después de muchos años de aumento continuado. De hecho, han descendido con respecto a 2004 tanto la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, como la prevalencia de consumo reciente o actual (figura 4), y el descenso afecta a todas las edades y tanto a hombres como a mujeres. Esto ha ocurrido después de más de una década de aumento en todos los indicadores. Este hecho probablemente está relacionado con el aumento del riesgo percibido por parte de los estudiantes (3).

Un aspecto que suele provocar alarma es el aumento del consumo en edades tempranas. El OEDT compara este tipo de tendencias en el consumo. Los países que registran estos datos de uso informan de aumentos en la prevalencia del uso de cannabis alguna vez en la vida en la adolescencia temprana - la fase de la vida en la que es más probable que se experimente con drogas (14). En todos los países se dan grandes aumentos entre las edades de 11-12 y 15-16. Desde 1995, los mayores incrementos a estas edades (4% o más) se han dado en los nuevos países miembros (República Checa, Estonia, Eslovenia y Eslovaquia) (Figura 5). España está entre los países europeos con un mayor porcentaje de menores de 15 años que han consumido cannabis en alguna ocasión, sólo superada por Suiza y Gales. Canadá se sitúa por delante de los países europeos y los Estados Unidos casi al mismo nivel que España.

Consumo de cocaína

La cocaína es, después del cannabis, la droga ilegal cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes, y en la actualidad (desde 2005) es la droga que genera más demandas de tratamiento, por encima de la heroína y el cannabis, si bien su consumo entre la juventud ha tenido un descenso notable en la última encuesta ESTUDES 2006 (3).

Su uso tiene fundamentalmente una intención recreativa. Al igual que ocurre con las anfetaminas, es utilizada con frecuencia para aguantar sin dormir las noches de fiesta y/o para equilibrar los efectos depresores del alcohol. Además esta droga tiene el efecto a corto plazo de reforzar el autoconcepto. Estas características hacen que la cocaína atraiga a muchos jóvenes en sus momentos de ocio. También produce un aumento inicial de la capacidad de atención y de la concentración. La adicción a esta sustancia se produce tras el consumo repetido durante cierto tiempo, y su síndrome de abstinencia no se manifiesta claramente de forma física, sino más bien a través de un fuerte deseo. Esto hace que muchos consumidores tengan a menudo una falsa sensación de control, pero los deseos de repetir el consumo son muy fuertes, y la abstinencia puede provocar depresiones e irritabilidad. Además, el consumo de cocaína provoca una gran tolerancia, es decir, son necesarias cantidades mucho mayores para conseguir el mismo efecto.

Las contrapartidas más inmediatas de esta sustancia son los cambios emocionales, que unidos al aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria pueden dar lugar a crisis de ansiedad y a pensamientos paranoides (19). A largo plazo, el consumo continuado de cocaína produce un aumento de la tensión arterial y la aparición de enfermedades cardíacas, pero también trastornos cerebrovasculares y neurológicos, enfermedades respiratorias, tanto trastornos agudos (edema pulmonar, infarto pulmonar, hemoptosis) como crónicos (hipertensión pulmonar). Cada vía de consumo presenta sus propias complicaciones. El consumo por vía nasal puede provocar pérdida de olfato, hemorragias nasales, roncquera o incluso la perforación del tabique nasal; en el caso de inyectarse puede provocar reacciones alérgicas a la propia droga o a algunos de los componentes con los que se adultera, así como enfermedades infecciosas asociadas a la vía endovenosa (VIH, hepatitis, etc.). El consumo de cocaína base produce grandes daños pulmonares (29).

El consumo de los estudiantes es fundamentalmente esporádico. En 2006 un 5,7% había consumido cocaína alguna vez en la vida, un 4,1% en los últimos 12 meses y un 2,3% en el último mes. De hecho, más de la mitad de los que lo habían consumido en el último mes lo habían hecho uno o dos días.

En la encuesta ESTUDES 2006 se preguntó por primera vez por separado por el consumo de cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína) y de cocaína base (crack). Los números referentes a la segunda forma no son significativos, pero esta distinción indica preocupación por una forma de consumir cocaína mucho más dañina para la salud y más adictiva, y que es probable que aumente significativamente en los próximos años entre los consumidores más marginales. El aumento de esta vía de consumo puede darse por un cambio en las preferencias de los usuarios problemáticos de drogas, como los inyectores, que pueden ver en la vía inhalada una solución a los problemas que acarrea la vía intravenosa. Esto a su vez puede dar lugar a un cambio en el mercado, creando un espacio para la venta de cocaína preparada en forma de base. Este cambio preocupa al OEDT, que ya alerta

de este tipo de cambios en las grandes ciudades de otros países europeos, como Inglaterra o los Países Bajos, aunque todavía existen muy pocos estudios sobre esta población (30).

Los datos de 2006 nos muestran que ha habido un descenso acusado del consumo de cocaína entre los estudiantes de 14 a 18 años, rompiendo con la tendencia creciente de los últimos años. Este descenso se ha producido sobre todo en los 17 y 18 años, edades en las que se había incrementado mucho su consumo en 2004. Aun así, un informe del OEDT de 2007, revela que el porcentaje de jóvenes entre los 19 y 35 años que la consumen en España es el mayor de Europa, seguido por el Reino Unido (Inglaterra y Gales), y mayor también que el de Canadá y EE.UU. (Figura 6).

Al analizar los datos por grupos de edades, los mayores incrementos desde los años noventa se dieron en el grupo de entre 15 y 34 años, aunque en los años recientes (desde 2001) este incremento sólo ha continuado entre los jóvenes de 15 a 24 años. El mayor incremento se dio en los hombres, sobre todo entre los años 1999 y 2001. En 2006 el consumo fue superior en hombres que en mujeres en los tres indicadores de consumo, y en todas las edades, a excepción de los 14 años que es similar en ambos sexos. La expansión del consumo se produjo sobre todo a los 17-18 años. La edad media de inicio en el consumo fue 15,4 años, un poco antes que en encuestas precedentes (3).

Consumo de éxtasis

El éxtasis o MDMA es una droga químicamente similar a la anfetamina y al alucinógeno mescalina, tiene efectos tales como estimulación mental, emocional y motora, sensación de bienestar y de aumento de fuerza y "aguante" durante horas (que facilita la realización de ejercicio físico y el baile), así como un característico aumento de la percepción sensorial. Puede resultar atractivo a la población juvenil debido a la desinhibición, sociabilidad y sensaciones placenteras que provoca. Por otra parte en consumidores susceptibles, puede producir deshidratación, hipertensión y fallo cardíaco, así como ansiedad, agitación y comportamientos violentos o de riesgo. Durante los días posteriores al consumo de éxtasis pueden producirse fallos de las capacidades mentales como la memoria y la habilidad para procesar la información. Los usuarios crónicos presentan este tipo de problemas de forma permanente, y son más vulnerables a sufrir otros trastornos como disminución de la libido y alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño (19).

En comparación con otras sustancias psicoactivas (como el alcohol, el cannabis o la cocaína en menor medida) el éxtasis es una droga de consumo minoritario en España, y que provoca muy poca demanda de tratamiento (1,3% del total de demandas) (3), aunque debido a la notoriedad que alcanza en los medios de comunicación pudiera parecer lo contrario .

En los últimos años se ha detectado en el mercado español la presencia de una nueva forma de presentación del éxtasis llamada "cristal", término que se utiliza para designar las sales cristalizadas de dicha sustancia. Se presenta en forma de polvo o de pequeña roca, y se consume preferentemente por vía oral, introduciéndolo en cápsulas o en un trozo de papel de fumar ("bombitas"), aunque también puede fumarse, inhalarse o inyectarse. Esta

nueva forma de éxtasis pretende sustituir a las tradicionales pastillas, ya que presenta ventajas de producción, comercialización y distribución para productores y traficantes, y es más fácilmente adulterable. No debe confundirse este “cristal” (éxtasis cristalizado) con el “crystal” (metanfetamina cristalina), pues son drogas distintas con efectos diferentes.

En el 2006 la prevalencia de consumo de esta sustancia continuó descendiendo suavemente, especialmente la prevalencia alguna vez en la vida. El consumo actual (últimos 30 días) apenas varió con respecto a 2004, observándose un ligero aumento entre los varones (2,1% en 2006 y 1,9% en 2004) (3).

Consumo de anfetaminas

Las anfetaminas son derivados químicos de la feniletilamina, siendo la más común el sulfato de anfetamina. Actúan aumentando el nivel de adrenalina, serotonina y dopamina en el cerebro. Esto tiene como efecto un aumento de la energía y de la concentración. En dosis altas puede dar lugar a euforia, labilidad emocional, taquialia (hablar en exceso) y agresividad. Al igual que la cocaína, las anfetaminas estimulan potentemente el sistema de recompensa del cerebro, dando lugar a un gran potencial para crear adicción psíquica, y también se desarrolla una rápida tolerancia a sus efectos (31). En cuanto a los daños físicos que provoca su consumo continuado, el órgano más afectado es el hígado, ya que es el que se encarga de filtrarlo. Por otra parte, la pérdida de apetito que provoca puede dar lugar a una rápida desnutrición en usuarios regulares, lo que puede sumarse a episodios de insomnio, dando lugar a fatigas y falta de energía.

La metanfetamina es una sustancia estimulante derivada de la anfetamina con efectos más potentes sobre el sistema nervioso. Provoca un aumento de la actividad, una disminución del apetito y una sensación de bienestar, a través de la liberación de grandes cantidades de dopamina en las áreas cerebrales relacionadas con el control de la actividad motora, el aprendizaje y el refuerzo. Inmediatamente después de ser fumada o inyectada por vía intravenosa se produce una sensación intensa de placer, a la que se denomina “flash”, que dura sólo unos minutos. La inhalación y la ingesta oral provocan efectos de menor intensidad, más duraderos y de aparición algo más tardía (de 3 a 5 minutos si se inhala y de 15 a 20 minutos si es por vía oral). La metanfetamina produce tolerancia con mucha rapidez debido a que sus efectos placenteros son de corta duración, aunque su eliminación de la sangre es bastante lenta (12 horas). Al intentar mantener este efecto con el uso de dosis repetidas, se potencia su toxicidad y el riesgo de sobredosis (19).

La extensión del consumo de estos psicoestimulantes en 2006 fue similar a la del éxtasis. Se trataba también de un consumo en su mayoría esporádico. Un 3,4% de los estudiantes de 14 a 18 años las había consumido alguna vez en la vida, un 2,6% en el último año y un 1,4% en el último mes. El consumo también estaba más extendido en los varones, y se incrementaba con la edad. El mayor aumento de la prevalencia de consumo se producía entre los 17 y los 18 años. La edad de inicio en el consumo se situó en los 15,6 años, siendo similar en ambos sexos y estando más o menos estabilizada en los últimos años.

El consumo de anfetaminas también descendió en 2006, continuando la tendencia iniciada en 2004. Este descenso se produjo en los tres

indicadores, principalmente en los hombres, y en general a partir de los 16 años (3).

Aunque a escala mundial, en términos de producción y tráfico, la metanfetamina tiene más relevancia que la anfetamina o el éxtasis, su consumo en España es en la actualidad similar al de éxtasis (19). Sin embargo la evolución del mercado de esta sustancia es algo a lo que prestar atención, ya que esta droga en EEUU está tomando una gran relevancia como sustituto de la cocaína en muchos estratos sociales y causando daños considerables en su población, así como en el Sudeste asiático y Oceanía, sobre todo en forma de metanfetamina (32). Un descenso de la oferta de cocaína en España podría dar lugar a un aumento de estos estimulantes de fácil síntesis.

Consumo de tranquilizantes

En este grupo de medicamentos se encuentran fármacos como los antidepresivos, los barbitúricos y las benzodiazepinas. También se los conoce como sedantes o ansiolíticos, ya que deprimen la actividad del Sistema Nervioso, dando lugar a una sensación de relajación y de reducción de la ansiedad. Como cualquier otra droga que actúa sobre el Sistema Nervioso Central, pueden crear adicción, y la interrupción brusca de su consumo puede dar lugar a un síndrome de abstinencia, con síntomas como insomnio o ansiedad y sudores fríos, pudiendo llegar a provocar convulsiones. Estas sustancias son especialmente peligrosas cuando su uso se combina con el del alcohol, siendo ambas sustancias depresoras del SNS, y por tanto potenciando los efectos nocivos de ambas, y pudiendo llegar en último término a un coma y, en los casos más graves, parada respiratoria y muerte.

Aunque su consumo regular no es alto ni ha aumentado significativamente en los últimos años, la edad media de inicio de tranquilizantes sin receta es la tercera más baja (14,4 años) después la del tabaco y el alcohol. También se ha observado un aumento de la prevalencia de consumo alguna vez en la vida con y sin receta. Esta evolución es similar para ambos sexos.

La prevalencia de consumo sin receta fue algo inferior en 2006 respecto a 2004, con cifras de 7,6% alguna vez en la vida, 4,8% el último año y 2,4% el último mes. Como hemos señalado más arriba, al contrario de lo que ocurre con las drogas ilegales, su consumo está más extendido entre las chicas que entre los chicos.

Consumo de alucinógenos

Este grupo de drogas comprende el grupo de las drogas psiquedélicas, disociativas y delirantes, y comprende sustancias como la LSD, la psilocibina (setas psilócibes), la mescalina (peyote, San Pedro) o el DMT (ayahuasca). También se incluye en este grupo a la Ketamina, un anestésico para animales que ha ido ganando popularidad en los ambientes festivos en los últimos años. Estas sustancias tienen en común que no sólo amplifican estados mentales conocidos, como las otras drogas psicoactivas, sino que pueden causar cambios en el pensamiento, las emociones y la percepción, induciendo experiencias que son cualitativamente diferentes a las ordinarias.

El uso de estas sustancias es mayoritariamente esporádico. En 2006 un 4,1% de estudiantes de Secundaria los había consumido alguna vez en la vida, un

2,8 % en el último año y un 1,3% en los últimos 30 días. El consumo estaba mucho más extendido en los chicos llegando a duplicar al de las chicas. Como ocurre con el resto de sustancias, la prevalencia de consumo aumentaba con la edad. La tendencia del consumo en los últimos años parece decreciente (3).

Estas sustancias no crean adicción, ya que el tipo de experiencia que provocan hace difícil el consumo repetido. Sin embargo en Holanda, donde la venta de setas psicólicas estaba permitida, se ha prohibido su comercialización basándose en informes del aumento de las emergencias provocadas por su consumo. La mayoría de éstas siendo ataques de pánico a cargo de turistas jóvenes e inexpertos, (33,34).

Consumo de heroína

Esta droga, cuyas propiedades adictivas y su síndrome de abstinencia, muy visible a nivel físico, son muy conocidas por la población general, ha dejado de ser popular entre la juventud debido a su asociación con el contagio de VIH-SIDA y la devaluación de su percepción social. La incidencia de nuevos usuarios en la juventud descendió de forma pronunciada en los años 80 hasta estabilizarse en 1995 hasta hoy, teniendo un pequeño repunte en 2006. Así, la entrada a tratamiento por primera vez en la vida pasó de 25,7 años en 1991 a 33,2 en 2005 (3).

La heroína es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En 2006 un 1% la había consumido alguna vez en la vida, un 0,8% en el último año y un 0,5% en el último mes, siendo el consumo de los chicos muy superior al de las chicas.

Con respecto a la edad, las máximas prevalencias de consumo se observaron a los 16 años. La edad media de inicio en el consumo se situó en los 14,6 años, un poco más tardía que la registrada en 2004 (14,4 años).

Aún es pronto para saber si este pequeño repunte en 2006 se trata de un cambio de tendencia, pero habrá que prestar atención a su evolución. En su Informe Anual 2008, el OEDT advierte de una posible amenaza al aumentar la disponibilidad de esta droga en el mercado, causada entre otras cosas por un aumento en la producción de opio en Afganistán, que ha llegado a su récord en 2007. Este hecho junto con algunos aumentos en los indicadores de consumo en Europa han hecho a su director, Wolfgang Götz pedir a los estados miembros que tengan sus sistemas de información alerta y sean capaces de responder de forma rápida. Aunque también aclara que *-nada parece indicar que se pueda dar una epidemia como la que experimentó Europa en los 90-* (35).

Consumo de inhalables volátiles

En este grupo se incluyen los poppers, colas, pegamentos, gasolina, nitritos y disolventes. Los más consumidos dentro de este grupo son los poppers. Estas drogas producen un efecto estimulante y vasodilatador que se percibe a los pocos segundos de inhalar la sustancia, con sensación de euforia, ligereza, aumento del deseo sexual, etc. Aunque estos efectos desaparecen rápidamente y dan paso a una sensación de agotamiento. Los efectos adversos producidos son enrojecimiento de la cara y el cuello, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, aumento de la frecuencia cardíaca e hipotensión. Los poppers crean tolerancia, lo que unido a la breve duración de sus

efectos, lo convierte en una droga peligrosa, con un elevado riesgo de intoxicación por sobredosis (19).

En 2006 un 3% de los estudiantes los había consumido alguna vez en la vida, un 1,8% en el último año y un 1,1% en el último mes. El consumo va creciendo progresivamente con la edad, y son en su mayoría los chicos quienes los consumen. Es un consumo generalmente esporádico, cuya edad de inicio en el 2006 se situó en los 13,6 años, la edad más temprana de inicio en el consumo de drogas después del tabaco. Además, esta edad había descendido con respecto a los años 2004 y 2002 (14 y 14,3 años respectivamente). La media de entrada a tratamiento por abuso de estas sustancias es también la más baja de todas las drogas (20,5 años). Estos fenómenos pueden tener relación con la llegada de inmigrantes de países pobres, tanto de África como del sur y el centro de América, donde el consumo de colas y otros productos de bajo precio está más extendido entre la juventud. Otra explicación puede ser el aumento de la popularidad de los poppers y su fácil accesibilidad en el ambiente festivo.

Percepción del riesgo y la disponibilidad

En 2006 aumentó la percepción del riesgo ante el consumo diario de tabaco o alcohol (tanto en fin de semana como diariamente) y ante el consumo habitual de cannabis, siendo las conductas asociadas a un menor riesgo tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente, y tomar tranquilizantes o somníferos esporádicamente.

El riesgo percibido por las mujeres era superior al percibido por los hombres, especialmente para el consumo de alcohol y el de cannabis.

En 2006 las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles eran las de comercio legal y el cannabis. En este sentido, un 91,2% de los estudiantes pensaban que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, un 58,9% tranquilizantes o somníferos, y un 66,8% cannabis.

Por lo que respecta a la evolución temporal de la disponibilidad percibida de drogas entre 2004 y 2006 se observa un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas.

En el caso de algunas drogas, como el cannabis y la cocaína, los descensos son muy importantes y aparecen por primera vez tras un ascenso continuado desde 1994. A pesar de los esfuerzos de las Comunidades Autónomas por controlar la venta de alcohol a menores, el menor descenso en la disponibilidad percibida es el referente al alcohol.

Consumo de drogas en el grupo de iguales

En la etapa adolescente, el grupo de amigos es un marco imprescindible para consolidar la identidad individual y social de los jóvenes. El grupo les va a permitir identificarse con aquellos y aquellas que están pasando por su misma situación, pudiendo reconocerse a sí mismos en este entorno y recibiendo apoyo desde esta comprensión mutua. A cambio de este apoyo, el grupo les exige el seguimiento de unas normas, ejerciendo influencia en el individuo. En la medida en que la familia y la escuela no tengan un peso específico, el grupo aumentará su influencia y hará que éste dependa

excesivamente de él. De esta forma, el consumo o no de drogas por parte de los amigos puede influir en el consumo propio. De hecho, en ESTUDES 2006 se puede observar que las prevalencias de consumo de drogas de los estudiantes en que todos o la mayoría de sus amigos las consumían eran muy superiores a las de los estudiantes en que sólo unos pocos amigos las consumían.

En 2006 el alcohol, el tabaco y después el cannabis eran las sustancias que una mayor proporción de estudiantes afirmaba que consumían todos o la mayoría de sus amigos. Así, un 54,9% de los estudiantes afirmaba que todos o la mayoría de sus amigos habían tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, un 33,2% tabaco y un 14,7% cannabis (3).

Abordaje

El conocimiento de los jóvenes sobre las drogas y sus efectos ha aumentado en los últimos años. En 2006 una amplia mayoría de los estudiantes (86,5%) se consideraba suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados, siendo las principales vías por las que recibían información los padres, los medios de comunicación y los profesores. La proporción de estudiantes que afirmaba haber recibido información por parte de padres o hermanos ha aumentado bastante desde 2004 (3), lo que es una buena noticia desde el punto de vista de los programas preventivos, que proponen un aumento de la comunicación entre padres e hijos sobre estos temas.

En 2006 se han destinado 2.105.000 euros al campo de la prevención y la sensibilización. Se han priorizado los programas de prevención del inicio en el consumo de drogas, especialmente del alcohol y el cannabis, y de los daños asociados a dichos consumos, dirigidos a jóvenes, así como los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias dirigidos especialmente a jóvenes y familias en situación de riesgo o exclusión social. También las acciones de sensibilización dirigidas a población juvenil en contextos lúdicos y de ocio, acciones dirigidas a fortalecer la capacidad de las familias para intervenir activamente en la prevención de las drogodependencias y acciones innovadoras de comunicación destinadas a aumentar la sensibilización sobre los problemas derivados del consumo de drogas. Por último, se sigue dando cada vez más importancia a la prevención en el ámbito laboral.

Es muy importante implicar en las actividades preventivas no sólo a la comunidad educativa, sino también a los profesionales de la salud, fundamentalmente, a los de Atención Primaria. Según el PNSD El sector sanitario no ha tenido hasta la fecha una implicación suficiente en las tareas preventivas. Por este motivo, el Plan de Acción 2005-2008 en el segundo de sus ejes de actuación, prevención y sensibilización social, propone como uno de los objetivos prioritarios la promoción de acciones que impliquen a este importante sector de profesionales (35). Algo que no sólo piden los profesionales, sino los propios jóvenes, ya que este es el colectivo del que prefieren recibir información, seguido de charlas y cursos sobre el tema y de personas que hayan estado en contacto con las drogas (3).

Tabla 1. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2006.

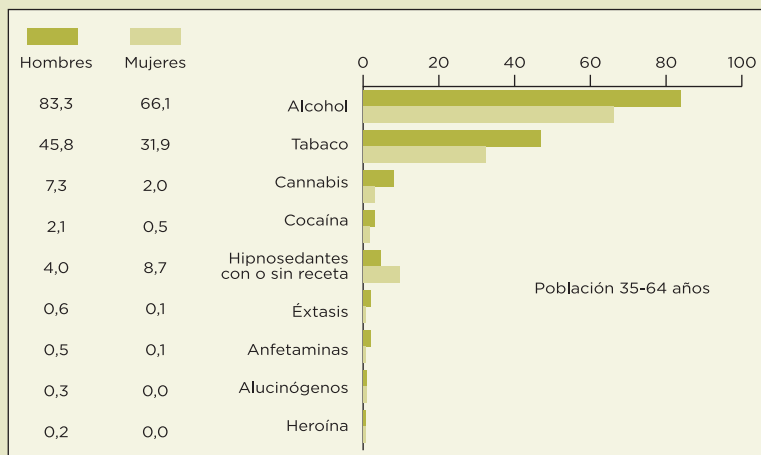
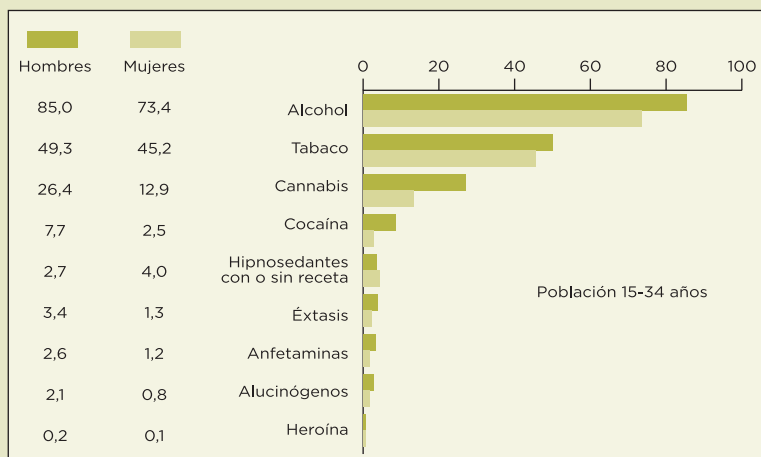
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida							
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6
Hipnosedantes sin receta*	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6
Cannabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses							
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9
Hipnosedantes sin receta*	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8
Cannabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6
Cocaína	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días							
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0
Hipnosedantes sin receta*	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1

* Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 1. **Proporción de la población de 15-34 y 35-64 años que ha usado drogas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2005.**



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-2005.

Tabla 2. Evolución de la edad media del inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2006

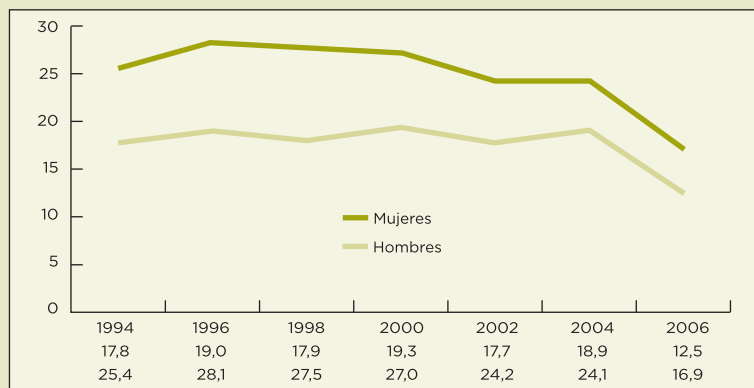
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1
Tabaco (consumo diario)	-	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8
Alcohol (consumo semanal)	-	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0
Hipnosedantes sin receta*	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,4
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6
Cocaína	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,4
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5
Éxtasis	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6
S. Volátiles	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5

* Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta médica

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información

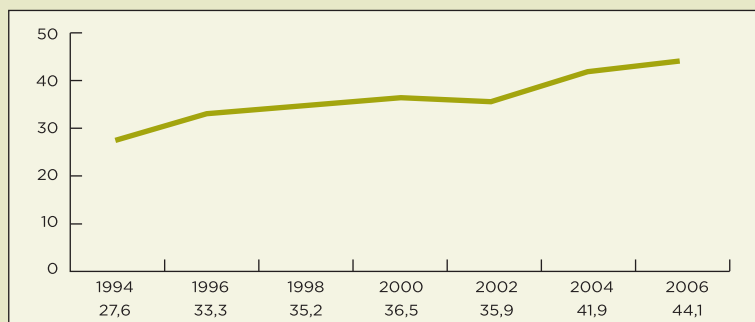
Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 2. Evolución de la prevalencia del consumo diario de tabaco entre estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2006



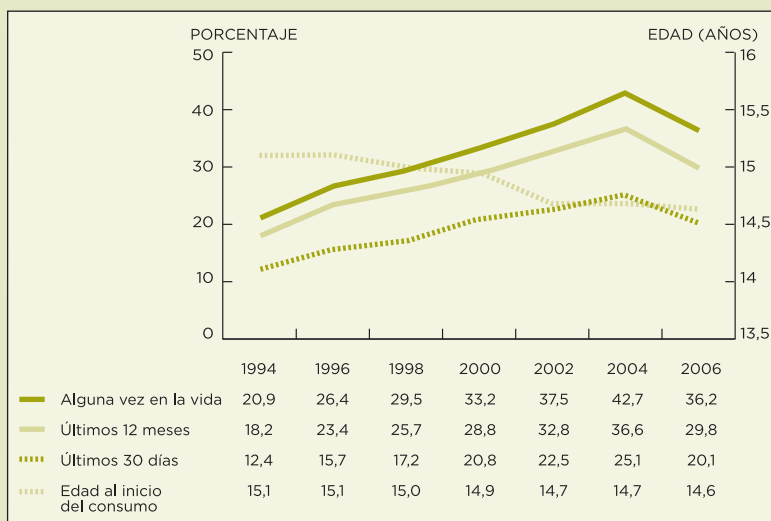
Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 3 **Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que se han emborrachado en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en dicho periodo (porcentajes). España, 1994-2006.**



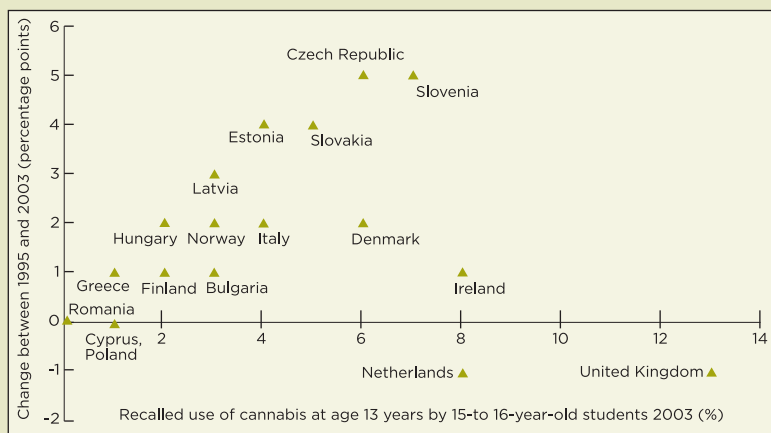
Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 4. **Prevalencia de consumo de cannabis (porcentajes) y edad media al inicio del consumo entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2006.**



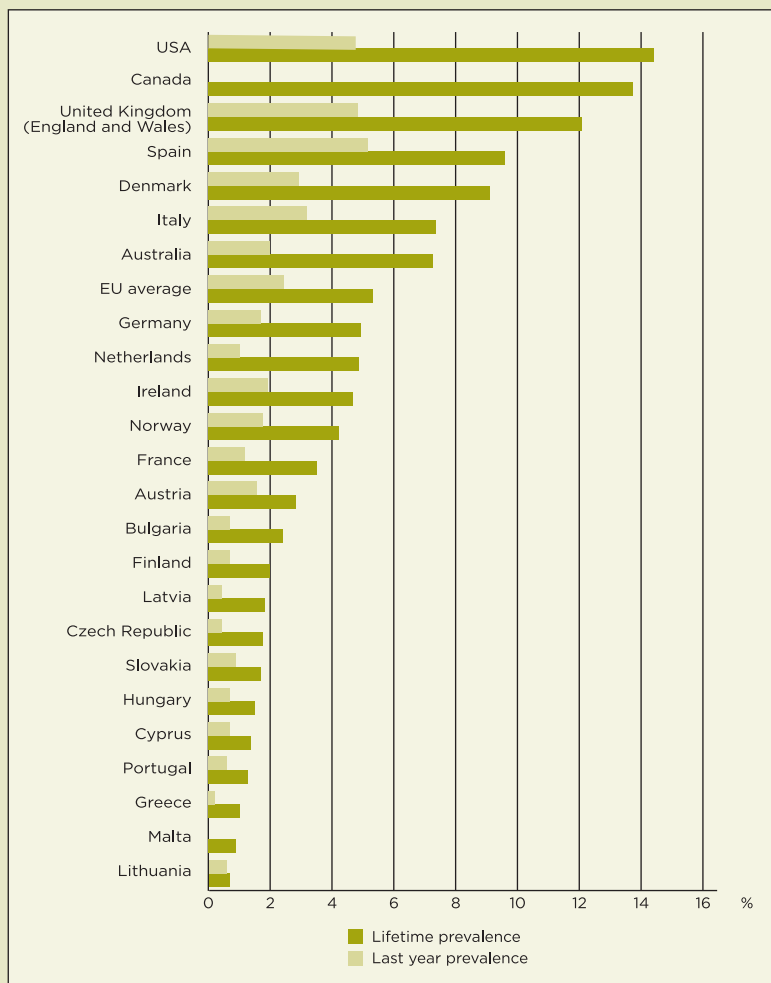
Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2006.

Figura 5. **Cambios entre 1995 y 2003 en uso de cannabis recordado a la edad de 13 años o menos (puntos porcentuales) reportados por estudiantes de 15 a 16 años.**



Nota: pequeños porcentajes y cambios deben tomarse con precaución
 Para Bulgaria y Chipre los cambios se han calculado desde 1999 a 2003, en lugar de desde 1995 a 2003.
 Fuente: ESPAD

Figura 6. Prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida y en el último mes de adultos jóvenes (19-35) en Europa, Australia, Canadá y los EE.UU.



NB: Countries have been ordered according to lifetime prevalence of cocaine use.
 In the European countries, most surveys were conducted between 2001 and 2006, an the standard age range is 15 to 34 years. (In some countries the lower may be 16 or 18 years).
 The European average prevalence rate was calculated as the average of the national prevalence rates weighted by national population of 15-to-34-year-olds (2004, taken from Eurostat).
 In the USA, the survey was conducted in 2005, and the age range is 16 to 34 years (recalculated from original data).
 In the Canada, the survey was conducted in 2004, and the age range is 15 to 34 years (recalculated from original data).
 For Australia, the survey was conducted in 2004, and the age range is 14 to 39 years (recalculated from original data).
 Variations in age ranges may slightly influence disparities between countries. See also table GPS-9
 Sources: USA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health (2005) (www.samhsa.gov and <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>)
 Canada: Adlaf, E. M., Begin, P. and Sawka, E. (eds) (2005), Canadian Addiction Survey (CAS) -A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs- Prevalence of use and related harms: detailed report. Ottawa: Canadian Centre of Substance Abuse
 Australia: Australian Institute of Health and Welfare (2005), 2004 National Drug Strategy Household Survey -Detailed Findings. AIHW Cat. No PHE 66. Canberra: AIHW (Drug Statistics Series No 16)
 Europe: based on Retox national reports (2006).
 Fuente: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007F

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.** Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2006-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
- 2- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.** Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
- 3- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.** Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
- 4- **De Wit DJ** et al. Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157:745-750.
- 5- **Kraus L** et al. Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. *Addiction*, 2000, 95(9):1389-1401.
- 6- **Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ.** Childhood exposure to alcohol and adolescent drinking patterns. *Addiction*, 1994, 89:1007-1016.
- 7- **Gruber E** et al. Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behaviour in late adolescence. *Preventive Medicine*, 1996, 25:293-300.
- 8- **Hawkins JD** et al. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997, 58:280-290.
- 9- **Riala K** et al. Teenage smoking and substance use as predictors of severe alcohol problems in late adolescence and in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:245-254.
- 10- **Warner LA, White HR.** Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking. *Substance Use and Misuse*, 2003, 38(14):1983-2016.
- 11- **Poikolainen K** et al. Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: a 5-year follow-up of 15-19 year old Finnish adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 2001, 36(1):85-88.
- 12- **Kandel DB, Yamaguchi K.** From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:851-855.
- 13- **Clark, D. B., Cornelius, J. R., Kirisci, L. and Tarter, R. E.** (2005), 'Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology', *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 77, pp. 13-21.
- 14- **Drug use and related problems among very young people (under 15 years old).** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007).
- 15- **Gascó García P.** Efectos del consumo de tabaco en la mujer. Zona Hospitalaria. Consulta 7/1/2009. http://www.zonahospitalaria.com/noticias/zh_13/efectos_del_consumo_de_tabaco.shtml
- 16- **¿Hay diferencias entre los sexos al fumar tabaco?** NIDA. Consulta 7/1/09. <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/tabaco/tabaco4.html>.
- 17- **Neglected global epidemics: three growing threats. In: The world health report, 2003.** Shaping the future. Geneva, World Health Organization, 2003.
- 18- **Ezzati M, Lopez AD.** Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 2003, 362(9387):847-852.
- 19- **Guía sobre drogas.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. M-54299-2007.
- 20- **Lambert M, Verduyck P, Van den Broeke S.** Summary of the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M et al., eds. Gender differences in smoking and young people. Brussels, Flemish Institute for Health Promotion, 2002.
- 21- **Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General.** Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, Center for Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.

- 22- **Duncan SC, Duncan TE, Hops H.** Progressions of alcohol, cigarette and marijuana use in adolescence. *Journal of Behavioural Medicine*, 1998, 21(4):375-388.
- 23- **Johnson PB, Richter L.** The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on drug abuse. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 30:175-183.
- 24- **Donovan JE, Jessor R.** Structure of problem behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, 53:890-904
- 25- **Farrell AD, Danish SJ, Howard CW.** Relationship between drug use and other problem behaviours in urban adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60:705-712.
- 26- **Kandel DB et al.** The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement: an overview. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43:746-754.
- 27- **Labouvié E, Bates ME, Pandina RJ.** Age of first use: its reliability and predictive utility. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997, 58:638-643.
- 28- **Fergusson DM, Horwood LJ.** Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 1997, 92(3):279-296.
- 29- **Grant BF, Dawson DA.** Age of onset of drug use and its association with DSM-IV abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 1998, 10:163-173.
- 30- **Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.** Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007
- 31- **Amphetamines: "Drug Use and Abuse: Merk Home Manual Edition"** (html). Merk. Visita 21 de diciembre ,2008.
- 32- **Cloé Carpentier, Danica Klempová,** Global Conference on Methamphetamine. *Drugnet Europe 64*: p. 6. 2008 Emcdda
- 33- **Acute medische hulp in verband met incidenten door het gebruik van roesmiddelen in Amsterdam Een stijgende trend van paddo-incidenten.** Acute medische hulp in verband met incidenten door het gebruik van roesmiddelen in Amsterdam, Een stijgende trend van paddo-incidenten. GGD Amsterdam, januari 2007 Buster M, van Brussel G.
- 34- **Ambulanceritten gerelateerd aan paddogebruik 2007 GGD** Amsterdam, januari 2007
- 35- **Drugnet Europe 64.** Newsletter of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2008.
- 36- http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/areaPrevencion/consumo_02.htm. Visita 4 de enero 2009.

