



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
España

Villalbí, Joan R; Suelves, Josep M; Saltó, Esteve; Cabezas, Carmen
Valoración de las encuestas a adolescentes sobre consumo de tabaco, alcohol y cannabis en España
Adicciones, vol. 23, núm. 1, 2011, pp. 11-16
Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122829002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Valoración de las encuestas a adolescentes sobre consumo de tabaco, alcohol y cannabis en España

Assessment of surveys of adolescents about smoking and the use of alcohol and cannabis in Spain

JOAN R VILLALBÍ* **, JOSEP M SUELVES***,
ESTEVE SALÓ** ***; CARMEN CABEZAS***.

* Agència de Salut Pública de Barcelona
** Consell Assessor de Tabaquisme, Departament de Salut
*** Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut

Enviar correspondencia a:
Joan R Villalbí
Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl Lesseps 1
08023 Barcelona. jrvillal@aspb.cat

recibido: Junio 2010
aceptado: Septiembre 2010

RESUMEN

Introducción. Para monitorizar conductas relacionadas con la salud en la adolescencia se requieren herramientas que proporcionen datos válidos. El objetivo de este trabajo es revisar y valorar las fuentes de información por edad y sexo sobre consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes en España. **Métodos.** Se buscan los estudios con series prolongadas, revisando su metodología y características. Para cada uno, se valora el número de encuestas y su periodicidad, el tamaño muestral, el instrumento, los indicadores disponibles, y la disponibilidad, accesibilidad y comparabilidad de la información. **Resultados.** Se identifican cinco fuentes que ofrecen datos en períodos prolongados con resultados accesibles: Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES); Estudio de comportamientos de los escolares relacionados con la salud (ECERS-HBSC); Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J); Estudio de factores de riesgo en estudiantes de secundaria (FRESC); Estudio de monitorización de las conductas de salud de los adolescentes (EMCSAT). Todas se basan en métodos sólidos y técnicas de muestreo representativas. Dos cubren toda España, una es regional y dos de ciudades. En alguna ha habido cambios que dificultan comparar la evolución de algún indicador. Los informes están accesibles de forma variable; la comparabilidad se ve limitada para alguna encuesta. Algunas apenas presentan datos estratificados. **Conclusiones.** Se dispone de fuentes de datos valiosas, pero sometidas a condicionantes. Modificar el instrumento de medida de una encuesta para poder compararla con otras plantea dilemas respecto a la comparabilidad interna de las series.

ABSTRACT

Introduction. Monitoring health-related behaviors in adolescence requires instruments capable of providing valid data. The objective of this paper is to review and assess existing information sources on smoking and alcohol and cannabis use by age and sex among adolescents in Spain. **Methods.** A search was carried out for studies with repeated observations over time, and their methods and characteristics reviewed. For each study, the number of surveys, their frequency and their sample size are assessed, as well as the instrument used, the available indicators, and the availability, accessibility and comparability of the information. **Results.** Five sources of information providing data over extended periods of time with accessible data are identified: the National survey on drug use in secondary-school children (Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria; ESTUDES); the Health behavior in school-aged children study (ECERS-HBSC); the Monitoring system for risk factors associated with non-transmissible diseases in young people (Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil; SIVFRENT-J); the Study of risk factors in secondary school children (Estudio de factores de riesgo en estudiantes de secundaria; FRESC); and the Monitoring study of health behaviors in adolescents (Estudio de monitorización de las conductas de salud de los adolescentes; EMCSAT). Two of the surveys cover the whole of Spain, one is regional, and two are city-specific. All use solid methods and representative sampling techniques. In some, changes have occurred that make comparison of the evolution of some indicators difficult. Report accessibility is variable; comparability is limited for some surveys. Some provide almost no stratified data. **Conclusions.** There are valuable sources of data, but all have shortcomings. Changing the measurement instrument in a survey for comparison with others raises dilemmas as to the internal comparability of series.

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones sanitarias han de basarse en el conocimiento de la realidad. Para poder monitorizar conductas de fuerte influencia en la salud (como la sexual, la dieta, o el consumo de tabaco) se requiere de la utilización de fuentes de información sistemáticas que proporcionen datos válidos. Además de un cúmulo diverso de estudios relativamente aislados, en España hay algunas encuestas de ámbito poblacional y de aplicación sistemática y mantenida a lo largo del tiempo que permiten aproximaciones al conocimiento de la situación. Cada una presenta características propias, que condicionan la validez de los datos obtenidos, su disponibilidad, y la interpretación de sus resultados, y que hay que estudiar con rigor para poder utilizarlas con provecho.

En la adolescencia, la etapa en que habitualmente se inician determinados comportamientos y apuntan los patrones de riesgo, esto es particularmente relevante. Además, en estas edades en que la experimentación es un componente esencial del tránsito de la infancia a la vida adulta, se requieren medidas particularmente precisas que permitan diferenciar una conducta relativamente aislada o experimental de una más regular y de los indicios de riesgo¹. Por otra parte, en esta franja de edad se producen cambios en períodos de tiempo muy breves, de forma que algunas conductas que a los 18 años son relativamente frecuentes (por ejemplo, las relaciones sexuales coitales), serán a los 15 bastante excepcionales y por tanto su práctica es casi un auténtico marcador de riesgo: por ello, el detalle por grupos de edad y sexo es en este periodo tan necesario. Además, hay variables que tienen significado distinto cuando se refieren al conjunto de la población de una edad o cuando se refieren a los sujetos de esta edad que han desarrollado una conducta. Así por ejemplo, no es lo mismo decir que el 10% de los adolescentes de 14 años encuestados que fumen de forma regular haya empezado a hacerlo a los 13,4 años, que decir que la edad media de inicio del consumo de tabaco sean los 13,4 años, obviando que el 90% de los sujetos encuestados no fuman². Definir de forma clara y rigurosa los indicadores más relevantes es pues crucial, y si no se hace se inducen errores de interpretación.

El objetivo de este trabajo es inventariar, revisar y valorar las fuentes de información sobre unas conductas de gran relevancia para la salud futura de los sujetos, como son el consumo de tabaco, de alcohol y de cannabis en la adolescencia. Se pretende proporcionar a los profesionales interesados elementos para optimizar su trabajo, y facilitarles el acceso a los datos de calidad que están disponibles en nuestro medio.

MÉTODOS

Mediante búsquedas bibliográficas en Pub Med, en el buscador Google, a partir de la web del Plan Nacional sobre Drogas y del portal del Ministerio de Sanidad, y mediante

mas, se identifican los estudios existentes que ofrecen datos basados en muestras representativas de población adolescente y que incluyen información detallada por edad y sexo sobre consumo de tabaco, alcohol y cannabis, así como sobre otras variables asociadas al consumo^{3,4}. Se descartan las fuentes que no ofrezcan datos específicos para adolescentes o que solamente los presentan incluidos en grupos de edad más amplios, o aquellas que no abarcan tanto el uso de tabaco como el de alcohol y cannabis. Se descartan también los estudios puntuales o no sistemáticos en su realización y accesibilidad. Se incluyen y revisan las fuentes existentes que ofrecen series de datos a lo largo de períodos prolongados y que están accesibles en internet, describiendo su metodología y valorando sus características.

Para cada fuente, se valora el número de encuestas y su periodicidad, el tamaño de la muestra, su representatividad, la información relativa a la validez del instrumento utilizado, los indicadores disponibles para el tabaco, el alcohol y el cannabis, y la disponibilidad, accesibilidad y comparabilidad de los datos brutos y sus explotaciones elaboradas.

RESULTADOS

Se identifican cinco fuentes que cumplen los requisitos descritos: Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES); Estudio de comportamientos de los escolares relacionados con la salud (ECERS-HBSC), que cubre también toda España; Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles dirigido a población juvenil (SIVFRENT-J) de la Comunidad Autónoma de Madrid; Estudio de factores de riesgo en estudiantes de secundaria (FRESC) de Barcelona; Estudio de monitorización de las conductas de salud de los adolescentes (EMCSAT) de Terrassa^{5,6,7,8,9}. Además, se identifican otras fuentes valiosas que no los cumplen, notablemente la Encuesta domiciliaria sobre drogas (EDADES) y encuestas autonómicas similares^{10,11}, así como la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y otras encuestas de salud desarrolladas por comunidades autónomas^{12,13,14,15}. En ellas los datos se presentan de forma agregada para grandes grupos, sin detallar por edad y sexo la información del segmento de adolescentes, o bien no se recoge información sobre todas las sustancias incluidas en los criterios de selección.

La tabla 1 presenta algunas características metodológicas de las cinco encuestas. Todas se basan en técnicas de muestreo diversas pero representativas. Dos cubren toda España, una es de ámbito autonómico y dos son propias de ciudades. Las de mayores dimensiones son las de ámbito estatal (ESTUDES y ECERS-HBSC). Las cinco encuestas se realizan en las aulas mediante cuestionarios anónimos y autoadministrados.

Para todas las encuestas hay informes disponibles, en general accesibles en formato PDF a través de internet. De las cinco encuestas, dos presentan los datos por curso, y tres por grupos de edad. Alguna encuesta presenta los datos

Tabla 1. Algunas características de las encuestas a adolescentes que incluyen información sobre sustancias adictivas y que son de realización sistemática en España.

Estudio Características	ESTUDES	ECERS-HBSC	SIVFRENT-J	FRESC	EMCSAT
Ámbito poblacional	España	España	CA Madrid	Barcelona	Terrassa
Forma de realización	Cuestionario autoadministrado en aula	Cuestionario autoadministrado en aula	Cuestionario autoadministrado en aula	Cuestionario autoadministrado en aula	Cuestionario autoadministrado en aula
Año de inicio	1994	1985	1996	1987	1993
Periodicidad	Bienal	Variable (último período cuatrienal)	Anual	Variable (último período cuatrienal)	Bienal (con un salto de 2003 a 2004)
Tamaño muestral de la última edición	30.183	21.811	2.170	3.089	1.154
Muestreo	Conglomerados bietápico (colegios y aulas), estratificado por CA y titularidad (Pu / Pr)	Conglomerados polietápico (colegios y aulas), estratificado por CA, hábitat y titularidad (Pu / Pr)	Conglomerados bietápico (colegios y aulas), estratificado por zona y titularidad (Pu/Pr).	Conglomerados de aulas estratificado por nivel socioeconómico zona y titularidad (Pu /Co/Pr).	Aleatorio simple de aulas, estratificado por curso y titularidad (Pu / Pr)
Datos más recientes disponibles	2008	2006	2008	2008	2008
Franja de edad cubierta en la última edición	14-18 años	11-17 años	15-16 años (4º de ESO)	13-18 años (2º y 4º ESO y 2º Bach-CFGM)	14-18 años (3º y 4º ESO, 1º y 2º Bach -CFGM)
Sustancias adictivas incluidas	Tabaco, alcohol, cannabis, otras drogas	Tabaco, alcohol, cannabis	Tabaco, alcohol, cannabis, otras drogas	Tabaco, alcohol, cannabis	Tabaco, alcohol, cannabis, otras drogas
Estratos disponibles por edad y sexo	2 (14-18 años y sexo)	6 (13-14, 15-16, 17-18 años y sexo) ^a	2 (4º ESO y sexo)	6 (2º ESO, 4º ESO, 2º Bach-CFGM y sexo)	6 (14, 15-16, 17-18 años y sexo)
Período de disponibilidad de datos comparativos	1995-2008 ^b	2002 y 2006 ^c	1996-2008	1987-2008 ^b	1993-2008

CA: comunidad autónoma

Pu: pública

Co: concertada

Pr: privada

ESO: Educación Secundaria Obligatoria

Bach: Bachillerato

CFGM: Ciclos Formativos de Grado Medio

^a También hay un estrato más joven (11-12 años).

^b No todas las variables son comparables a lo largo de todo el período por cambios en el cuestionario.

^c Se producen cambios en el muestreo.

Tabla 2. Algunas variables clave sobre las principales sustancias adictivas en la última edición de las diversas encuestas a adolescentes que son de realización sistemática en España.

Estudio Variables	ESTUDES	ECERS-HBSC	SIVFRENT-J	FRESC	EMCSAT
Tabaco	Consumo alguna vez, diario últimos 30 días	Consumo alguna vez, frecuencia de consumo.	Consumo alguna vez a la semana, diario, habitual (alguna vez a la semana o diario). Fumadores con permiso de los padres.	Consumo alguna vez a la semana, diario, habitual (alguna vez a la semana o diario).	Consumo alguna vez, últimos 30 días, diario.
Alcohol	Consumo alguna vez, último año, últimos 30 días Detalles consumo laborables y fin semana. Borracheras (en los que han bebido) el último mes, el último año. Atracones (5 o más consumiciones seguidas) alguna vez, últimos 6 meses.	Consumo alguna vez, tipo de bebida, frecuencia de consumo. Borracheras (alguna vez, número)	Consumo diario, semanal, cc consumidos una ocasión, cc consumidos diario. Borracheras último año, últimos 30 días. Bebedores a riesgo (consumo diario más de 50cc. en chicos y de 30 cc. en chicas).	Consumo alguna vez. Borracheras último año.	Consumo alguna vez, últimos 30 días, últimos 7 días. Detalles día, lugar de consumo, número de consumiciones. Atracones (5 o más consumiciones seguidas) alguna vez, últimos 6 meses.
Cannabis	Consumo alguna vez, último año, últimos 30 días Consumo de riesgo según CAST ^a .	Consumo alguna vez, último año (número), últimos 30 días (número).	Consumo alguna vez, último año.	Consumo alguna vez, últimos 30 días. Consumo de riesgo según CAST ^a .	Alguna vez último año, últimos 30 días (número).

^a CAST: Cannabis Abuse Screening Test³².

Los informes con los datos están accesibles de forma variable: en alguno cuesta tener acceso a los datos más antiguos o estos se presentan de manera que no es posible realizar comparaciones. Las series más largas disponibles corresponden a algunas variables de la encuesta FRESC en el segmento de edad más joven y a la EMCSAT. La encuesta ECERS fue la primera, pero ahora presenta los datos de las últimas ediciones en un formato distinto (con agrupaciones de edad bienales) al que se utilizó en las publicaciones de los resultados de las tres primeras (con datos de edad estratificados año a año).

en algún caso se derivan de instrumentos aplicados en otros países. Para dos encuestas se ha testado al menos parcialmente la validez de los datos sobre consumo^{6,17}. A lo largo de los años, los instrumentos de recogida de datos han sufrido modificaciones, que en algún caso han sido de tal magnitud que rompen cualquier comparabilidad para algún indicador.

En la tabla 2 se presentan las principales variables indicadoras de consumo o uso problemático incluidas en la última edición de las diversas encuestas. Para el tabaco y el cannabis hay cierta convergencia en los indicadores disponibles en

variable frecuentemente utilizada en los diversos indicadores (las "borracheras autorreferidas") que tiene componentes subjetivos en su definición que podrían cuestionar su validez.

DISCUSIÓN

Se dispone en España de fuentes de datos valiosas sobre el consumo de sustancias adictivas por los adolescentes, pero están sometidas a diversos condicionantes. Con un esfuerzo en la disponibilidad de información elaborada, algunas fuentes que ofrecen datos de calidad con series largas podrían ofrecer información más útil y un mayor valor añadido. Con las nuevas tecnologías de la información se podría facilitar el acceso a los datos, permitiendo ofrecer a los usuarios algunos análisis en subgrupos predefinidos como se hace para algunas series en los portales del Ministerio de Sanidad y del Instituto Nacional de Estadística¹⁸.

Se constata que hay encuestas domiciliarias (como la ENSE y la EDADES, así como sus equivalentes autonómicos) que recogen una gran cantidad de información sobre población adolescente, pero solamente la publican de forma muy agregada, por lo que el acceso a los datos se ve fuertemente limitado. Esta limitación viene mitigada también en este caso por el hecho de que los investigadores pueden solicitar los datos para realizar explotaciones más detalladas, aunque no siempre se hace público el procedimiento para acceder a las bases de datos.

La mayor encuesta a adolescentes tanto en términos del tamaño muestral como de las series investigadas es la ESTUDES. Pese al gran volumen de variables que incluye, la información publicada a partir de esta fuente es relativamente escueta, con un bajo grado de desagregación por edad, sexo, y tipo de estudios. La composición de la muestra a la que accede ESTUDES incluye tanto al alumnado de segundo ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (un grupo que se puede suponer representativo de la población española de 14-16 años) como al alumnado de bachillerato y ciclos formativos (estudios no obligatorios y, por lo tanto, un grupo menos representativo de la población española entre 16 y 18 años), por lo que la desagregación de algunos resultados por tipo de estudios sería muy recomendable.

Tras algunos estudios en población adulta, la encuesta ECERS-HBSC fue la primera de las aquí estudiadas que se realizó en España en población adolescente con afán de representatividad, voluntad de continuidad, y métodos sólidos¹⁹. Desgraciadamente, los cambios en su desarrollo hacen que no se disponga de una serie larga de observaciones. Los encuestas se interrumpen en 1994 y se reinician en 2002, pero la información se presenta en estratos de edad y sexo distintos a los usados en los informes de las encuestas anteriores. Por tanto, la encuesta a estudiantes españoles con una serie más larga proporciona actualmente a los estudiosos la serie más corta, con sólo dos observaciones (2002 y 2004).

autonómica (SIVFRENT-J), aunque no todas las variables permiten comparaciones a lo largo de toda la serie, por cambios en el cuestionario. Dos presentan los datos por curso y sexo (FRESC y SIVFRENT-J), mientras que la EMCSAT lo hace por edad y sexo. Estas encuestas presentan con cierta frecuencia sus resultados en revistas profesionales^{20,21,22}, así como también la ECERS-HBSC²³.

En algunas sustancias de uso muy prevalente entre los adolescentes, como el alcohol y el cannabis, se hace necesario disponer de indicadores que permitan diferenciar niveles de consumo que suponen un mayor riesgo o reflejen la existencia de un trastorno (como el consumo perjudicial, el abuso o la dependencia). Las soluciones propuestas por las encuestas identificadas en este estudio son diversas. La mayoría trata de obtener una estimación de la ingesta diaria o semanal de etanol ya que, para la población adulta, existe un consenso en cuanto a que el consumo de alcohol supone un mayor riesgo cuando supera una cierta dosis semanal, y en el contexto clínico este tipo de aproximación es relevante²⁴. La diversa tipología y presentación de las bebidas que contienen alcohol, y la irregularidad de los patrones de consumo a lo largo del tiempo, exige el uso de cuestionarios muy extensos para estimar la ingesta semanal, más aún en la adolescencia. Lo cierto es que no se dispone de una metodología común que asegure que las medidas de ingesta de alcohol sean comparables y suficientemente válidas, un problema repetidamente señalado por diversos autores que han invocado la necesidad de estandarizar mejor la medida del consumo de alcohol^{25,26,27,28,29}. No es fácil dirimir esta cuestión, que debería abordarse por un grupo de trabajo de expertos para intentar definir un consenso, como se ha logrado en otros campos.

Otros indicadores del uso de alcohol de mayor riesgo utilizados en las encuestas incluyen los episodios de embriaguez autorreferidos (borracheras) o la ingesta de 5 ó 6 consumiciones alcohólicas en un período de tiempo limitado (lo que los anglosajones denominan *binge drinking*). Alguno de esos indicadores, como la historia de borracheras suelen ser utilizados para comunicar resultados a la opinión pública ya que parecen fáciles de interpretar, pero pueden tener una validez dudosa, pues se basan en el uso de criterios subjetivos personales sobre lo que significa estar intoxicado. Los problemas que afectan a la medida del consumo de alcohol resultan especialmente graves debido a la percepción compartida entre muchos profesionales de que en nuestro país tenemos una situación preocupante, que quizás no se reconoce apropiadamente por la sociedad y los poderes públicos^{30,31}.

A diferencia de lo que ocurre en el caso del alcohol, no ha habido apenas intentos de seleccionar indicadores de un uso problemático de cannabis hasta hace relativamente poco tiempo. El desarrollo reciente de varias escalas breves para evaluar el uso problemático de cannabis^{32,33} ha permitido comenzar a incorporarlas en algunas de las encuestas³⁴.

En la publicación de los resultados de muchas encuestas también se concede mucha importancia a la edad de inicio del consumo como un indicador de las tendencias en el con-

a través de las encuestas escolares no refleja exactamente la edad del inicio del consumo de drogas en la población general: debido a la edad de los entrevistados, es probable que algunos no se inicien en el uso de sustancias hasta bastante después de la encuesta, de manera que la edad media de inicio del consumo de drogas entre los adolescentes que consumen drogas siempre será menor que en la población general.

Hay dos estudios de cobertura internacional en Europa en los que participan diversos países y que plantean posibles comparaciones de interés. Uno es el *Health Behavior in School Children* (HBSC), en el que España ha estado presente de manera intermitente⁶. La encuesta ECERS-HBSC se realizó en España en un principio por el esfuerzo casi voluntarista del núcleo de investigadores que la impulsó inicialmente, y tras un período de ausencia se volvió a realizar con el apoyo institucional del Ministerio responsable en materia de Sanidad. El otro estudio de ámbito internacional existente en esta población es el European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), en el que participan investigadores de una treintena de países, y que suele incorporar en sus tablas algunos datos de España extraídos del ESTUDES³⁵. Como en otros países que cuentan con encuestas de consumo de drogas en la adolescencia, en España no se ha considerado adecuado abandonar la serie de ESTUDES a favor de una posible implantación del proyecto ESPAD, ya que existe una larga serie de datos que no estaría justificado interrumpir solo con el objetivo de facilitar las comparaciones internacionales. Este es un ejemplo del dilema que se plantea entre continuidad del cuestionario y comparabilidad interna de una encuesta o modificación del instrumento para poder realizar comparaciones externas: cuando una encuesta se ha realizado repetidamente, la comparabilidad a lo largo del tiempo es un valor a preservar. Esto suscita problemas cuando se desea mejorar el cuestionario, o armonizarlo con otros para facilitar comparaciones externas, que pueden ser mitigados si en una edición de transición o en un estudio concomitante se usan ambas fórmulas y se valora su comparabilidad para poder aplicarla luego.

REFERENCIAS

1. Nebot M. Las encuestas de salud en el ámbito escolar: entre el rigor y la oportunidad. *Gac Sanit.* 1998;12: 239-40.
2. Villalbi-Hereter JR. Epidemiología del tabaquismo. En: *Tratado de trastornos adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2006; 278-81.
3. Plan Nacional sobre Drogas. Encuestas. [base de datos en Internet]. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.
4. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y Tendencias de los Problemas de Drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y
5. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2009. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008.pdf>.
6. Moreno-Rodríguez C, Muñoz Tinoco V, Pérez Moreno PJ, Sánchez Queija I, Granado Alcon MC, Ramos Valverde P, Rivera de los Santos FJ. Desarrollo adolescente y salud. Resultados del estudio HBSC 2006 con chicos y chicas españoles de 11-17 años. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponible en <http://www.hbsc.es/castellano/inicio.html>.
7. Factores de riesgo. Vigilancia epidemiológica. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142352860788&language=es&pageid=1142331181236&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenericoIndice&tpv=1142331146422&vest=1156329914017.
8. Nebot M (Coord). Factors de risc en estudiants de secundària de Barcelona. Resultats principals de l'informe FRESC 2008. Barcelona: Agència de Salut Pública, 2010. Disponible en http://www.aspb.cat/quefem/documents_enquestes.htm.
9. Schiaffino A, Moncada A, Martín A. Estudi EMCSAT 2008. Conductes de salut de la població adolescent de Terrassa, 1993-2008. Terrassa: Ajuntament de Terrassa, 2009. Disponible en http://www.terrassa.cat/files/319-5110-fitxer/informe_definitiu-salut.pdf?download=1.
10. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EADAES). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2009. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2007.pdf>.
11. Centro de Documentación y Estudios SIIS. Euskadi y drogas 2008. Vitoria: Gobierno Vasco, 2009. Disponible en http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40-2177/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/es_9060/publicaciones_ovd_euskadi_drog.html.
12. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud [base de datos en Internet]. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>.
13. Nivel de salud y estilos de vida. Sistema de información sanitaria del SNS. Disponible en <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/>.
14. Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Barcelona: Departament de Salut, 2007. Disponible en <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/catparsesalut2006.pdf>.
15. Encuesta de Salud del País Vasco, 2007. Vitoria: Gobierno Vasco, 2008. Disponible en http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/encuesta_salud_2007.html.
16. Comín E, Torrubia R, Mor J, Villalbi JR, Nebot M. Fiabilidad de un cuestionario autoadministrado para investigar el

17. Moncada A, Pérez K. Fiabilidad y validez del autoinforme sobre el consumo de drogas en la población escolarizada de secundaria. *Gac Sanit.* 2001;15:406-13.
18. Ministerio de Sanidad y Política Social. Banco de datos. Disponible en <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/solicitud.htm>.
19. Mendoza R. Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles. *Comunidad y Drogas* 1987; 5/6: 83-102.
20. Moncada A, Pérez K. Consumo de tabaco, alcohol y drogas de uso no institucionalizado en los alumnos de enseñanza media de Terrassa. *Gac Sanit.* 1998; 12:249-54.
21. Servicio de Epidemiología. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. Año 2008. *Bol Epidemiol Comunidad Madrid* 2009; 15(2): 3-48. Disponible en http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142557156992&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro.
22. Nebot M, Giménez E, Ariza C, Tomás Z. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes de Barcelona entre 1987 y 2004. *Med Clin (Barc).* 2006; 126:159.
23. Mendoza R, López-Pérez P. Consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género. *Adicciones* 2007; 19: 341-56.
24. Cabezas C, Robledo T, Marqués F, Ortega R, Nebot M, Megido MJ, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 2007;39(Supl 3):27-46.
25. Cortés-Tomás MT, Espejo-Tort B, Jiménez-Costa JA. Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema* 2008; 20: 396-402.
26. Valencia-Martín JL, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Alcohol and self-rated health in a Mediterranean country: the role of average volume, drinking pattern, and alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009;33:240-6.
27. Salomó A, Gras ME, Font-Mayolas S. Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema* 2010; 22: 189-95.
28. Llopis JJ, Gual A, Rodríguez-Martos A. Registro del consumo de bebidas alcohólicas mediante la unidad de medida estándar. Diferencias geográficas. *Adicciones* 2000; 12: 11-9.
29. Dawson DA, Room R. Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. *J.Subst.Abuse* 2000;12:1-21.
30. Cortés MT, Espejo B, Giménez JA. Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones* 2007; 19: 357-72.
31. Calafat-Far A. El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones* 2007; 19: 217-23.
32. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 2007; 12: 233-42.
33. Piontek D, Kraus L, Klempova D. Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2008; 3:25.
34. Klempova D, Sánchez A, Vicente J, Barrio G, Domingo A, Suelves JM, Llorens N, Prieto L, Brime B, Ramírez V. Consumo problemático de cannabis en adolescentes españoles de 14-18 años. Validación de escalas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2009. Disponible en http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf.
35. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2004. Disponible en http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf.