

# El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana

# **El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana**

© Generalitat Valenciana, Consellería de Benestar Social,  
Direcció General de Drogodependències y FAD, 1997.

**Edita y distribuye:**

GENERALITAT VALENCIANA	FAD
Consellería de Benestar Social	Fundación de Ayuda
Direcció General de Drogodependències	contra la Drogadicción
Paseo de la Alameda, 16	Avda. de Burgos, 1 y 3
46010 Valencia	28036 Madrid
Teléfono: 96 - 386 60 51	Teléfono: 91 - 383 80 00
Fax: 96 - 386 71 43	Fax: 91 - 302 69 79

**Dirección técnica del proyecto:**

Bartolomé Pérez Gálvez (Direcció General de Drogodependències)  
Juan José Hernández Micó (Direcció General de Drogodependències)  
Eusebio Megías Valenzuela (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción)

**Trabajo de campo, análisis e informe:**

EDIS  
Dirección y análisis: José Navarro Botella  
Muestra y proceso de datos: José M<sup>a</sup> Alonso Torréns  
Trabajo de campo: Red de EDIS, dirigida por Javier Giménez Marín  
Análisis: José Navarro Botella y Enrique Gómez González

**Diseño:**

Quadro  
Plaza de Valencia, 9 - 28529 Rivas Vaciamadrid (Madrid)

**Impresión:**

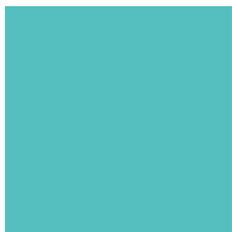
ANCARES, C.B.  
Resina, 13 - 28021 Madrid

**ISBN:**

84-

**Depósito legal:**

M-



Desde que se iniciara la presente Legislatura, constituye una prioridad del Gobierno Valenciano la prevención y la asistencia a las personas drogodependientes, en nuestra responsabilidad por mejorar el bienestar social de los hombres y mujeres de nuestra Comunidad.

En este empeño, el primer objetivo ha sido la elaboración de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, aprobada por las Cortes Valencianas el día 11 de junio de 1997. La necesidad de normalizar la asistencia sanitaria a las drogodependencias, de reducir la prevalencia e incidencia de estas enfermedades a través de medidas preventivas y de consolidar un modelo de gestión que cumpla con las exigencias de multidisciplinariedad que precisa la atención a un problema tan complejo, precisaban el desarrollo de un marco legislativo específico.

De este modo, la Generalitat Valenciana ha conseguido propiciar un destacado grado de consenso social y político, en cuyo seno se determinen el conjunto de medidas y actuaciones dirigidas a la prevención, asistencia, incorporación y protección social de las personas afectadas por el uso y/o abuso de sustancias que puedan generar dependencia y que contemple la adecuada ordenación y organización de los sistemas públicos de asistencia sanitaria, social y educativa.

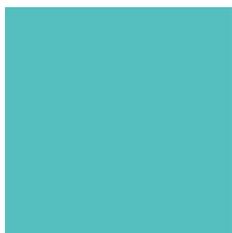
En este contexto se enmarca la presente investigación, *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana*, primera de esta naturaleza realizada en la Comunidad Valenciana, ante la inevitable necesidad de diseñar nuestras políticas de intervención sobre una realidad conocida, tanto epidemiológica como sociológicamente.

Deseo que la publicación de este estudio contribuya a un mejor conocimiento de la realidad sobre la que actuamos y, por ende, facilite el diseño de las estrategias de intervención en el ámbito de las drogodependencias, de todos, Admi-

nistración y ciudadanos, los que participamos en la consecución de una sociedad valenciana capaz de comprometerse en la participación activa en el rechazo de las drogas y en el apoyo a la incorporación social de las personas con problemas de drogodependencias. A todos ellos, mi reconocimiento y distinguida consideración.

Valencia, junio de 1997

Eduardo Zaplana Hernández-Soro  
Presidente de la Generalitat Valenciana



El fenómeno del consumo y/o uso indebido de drogas se caracteriza por su intrínseca complejidad, como consecuencia, principalmente, de su carácter multifactorial y multisectorial, así como por tratarse de un fenómeno dinámico y cambiante. La complejidad del fenómeno origina, a su vez, problemas de salud, psicosociales, educativos, económicos, jurídicos y éticos, sin olvidar la incidencia del mismo en el denominado estado del bienestar.

Por otra parte, la existencia de diferentes Administraciones Públicas con competencias en la materia, así como de un elevado nivel de desconcentración de funciones entre departamentos de una misma Administración, añade una variable más de complejidad al problema que nos ocupa. Por último, no hay que olvidar la necesidad de dar respuesta al fenómeno desde la vertebración social que se nos presenta, no sólo como posible, sino como necesaria y eficaz.

Ante esta realidad, la planificación autonómica, previa y rigurosa, con la determinación de objetivos generales y específicos por áreas de intervención, se configura como un instrumento útil y necesario para la consecución de la eficacia y eficiencia que se precisan en las políticas de actuación en esta materia.

Así pues, la publicación que presentamos, *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana*, primera de una serie de investigaciones que se realizarán con carácter periódico, responde, básicamente, a dos necesidades. De una parte, la del Gobierno Valenciano de orientar su acción política desde un conocimiento científico de la realidad social. De otra, la voluntad de proporcionar una información pertinente, epidemiológica y sociológica, a todas aquellas entidades, públicas y privadas, y profesionales comprometidos, que desarrollen sus actuaciones en el ámbito de las drogodependencias.

En este contexto se ha diseñado la presente investigación, utilizando el instrumento de la encuesta, perfectamente válido para los objetivos perseguidos y optimizando el conocimiento y la experiencia derivada de estudios de esta naturaleza realizados en España y en el extranjero. Para su diseño y realización se ha contado con el concurso técnico de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y de EDIS, ambas entidades de contrastada experiencia

en este campo. El informe que presentamos nos muestra la situación en la Comunidad Valenciana a finales de 1996.

El informe está dividido en dos partes. La primera, tras una descripción de los objetivos y la metodología de la investigación, se refiere al *Consumo de drogas en la Comunidad Valenciana*, abordando la problemática del consumo de estas sustancias desde una perspectiva eminentemente descriptiva y con carácter epidemiológico. La segunda, *Motivaciones, factores de riesgo y consecuencias en el consumo de drogas. Actitudes ante las drogas*, de una orientación sociológica, nos aproxima a una mejor comprensión de la percepción social del fenómeno, actitudes personales y comportamientos observados, así como el conocimiento de la población acerca de la respuesta institucional al problema.

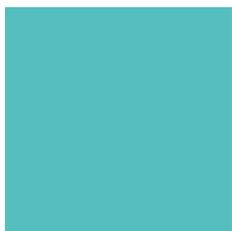
El esfuerzo realizado por los investigadores al comparar los resultados obtenidos con los de otras Comunidades Autónomas y otros estudios nacionales, nos muestran una realidad que, sin ánimo de ser exhaustivos, se caracteriza por los siguientes resultados:

- En cuanto al consumo de drogas se refiere, en consonancia con las tendencias generales, el alcohol y el tabaco, siguen siendo las drogas de mayor prevalencia: un 35% refieren fumar diariamente y un 12.3% declaran beber alcohol habitualmente.
- En general, se produce un estancamiento en el consumo de las denominadas drogas ilegales o no institucionalizadas, si bien aparecen datos preocupantes en relación con los estimulantes.
- En relación con el consumo de drogas de diseño o de síntesis, destaca un uso ocasional o de fin de semana, superior al de otros territorios, si bien un 65% de los que iniciaron el consumo lo han abandonado, igualándose las prevalencias de consumos, en el uso frecuente o habitual (0.3%).
- El principal modelo de policonsumo estaría formado por los estimulantes (cocaína, drogas de síntesis y anfetaminas), a los que se acompañaría los alucinógenos y la cannabis.

Con esta primera aproximación epidemiológica, la Consellería de Bienestar Social pretende iniciar una serie de estudios que, orientando la actuación de la Generalitat Valenciana en esta materia, favorezca el desarrollo de una política eficiente en la atención y la prevención de las drogodependencias en la Comunidad Valenciana.

Valencia, junio de 1997

Marcela Miró Pérez  
Consellera de Bienestar Social  
de la Generalitat Valenciana



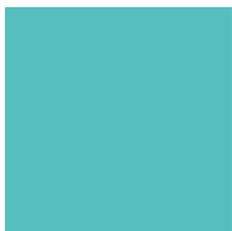
# ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	<b>11</b>
<b>Presentación</b> .....	<b>29</b>
<b>Objetivos y metodología</b> .....	<b>35</b>
1. Objetivos del estudio .....	35
2. Metodología de la investigación .....	44
<b>PRIMERA PARTE: El consumo de drogas en la Comunidad Valenciana</b> .....	<b>53</b>
<b>1. Conocimiento y proximidad de las drogas e información sobre su peligrosidad</b> .....	<b>55</b>
1. Conocimiento y proximidad de las drogas .....	56
2. Información sobre la peligrosidad de las drogas y razones de la misma .....	60
<b>2. El consumo de tabaco</b> .....	<b>67</b>
1. Introducción .....	67
2. Los consumos de tabaco y tipología de fumadores .....	68
3. La edad de inicio y los perfiles de los fumadores .....	71

<b>3. El consumo de alcohol</b> .....	<b>77</b>
1. El consumo de alcohol y su posible evolución .....	77
2. Frecuencia en el consumo de alcohol, edad de inicio, tipos de bebidas y cantidad consumida .....	80
3. Tipología de bebedores y perfil de los bebedores abusivos .....	87
<b>4. El consumo de otras drogas</b> .....	<b>95</b>
1. Inhalables .....	98
2. Cannabis .....	101
3. Cocaína .....	105
4. Drogas de síntesis .....	112
5. Heroína .....	120
6. Analgésicos morfínicos y otros opiáceos .....	127
7. Alucinógenos .....	131
8. Anfetaminas .....	135
9. Tranquilizantes .....	138
10. Hipnóticos .....	142
11. Analgésicos comunes .....	146
<b>5. Policonsumo, prevalencias y características asociadas</b> .....	<b>151</b>
1. El uso múltiple de drogas o policonsumo .....	151
2. Prevalencias y posible evolución .....	162
3. Características asociadas al consumo de drogas .....	165
<b>SEGUNDA PARTE: Motivaciones, factores de riesgo y consecuencias en el consumo de drogas. Actitudes y actuaciones ante las drogas</b> .....	<b>169</b>
<b>1. Motivaciones y fuentes de obtención en el consumo de drogas</b> .....	<b>171</b>
1. Motivaciones para el consumo de drogas .....	172
2. Razones para no consumir drogas .....	178
3. Fuentes de obtención de las drogas .....	180

<b>2. Factores de riesgo en el consumo de drogas</b> .....	<b>185</b>
1. Introducción .....	185
2. Resultados en cada variable .....	188
3. Los factores de riesgo en las distintas drogas .....	190
4. Los consumos de drogas y la problematidad de los factores de riesgo considerados .....	194
<b>3. Consecuencias y grados de dependencia subjetiva en el consumo de drogas y/o alcohol</b> .....	<b>199</b>
1. Consecuencias derivadas del consumo de alcohol y/o drogas .....	200
2. Grado subjetivo de dependencia .....	205
<b>4. Opiniones y actitudes de la población sobre las drogas y determinadas actuaciones ante las mismas</b> .....	<b>211</b>
1. Sanción o permisividad del uso de drogas ilegales .....	212
2. Grado de acuerdo con algunas actuaciones actuales .....	216
3. Ayudas y medidas en la lucha contra las drogas .....	220
<b>5. Conocimiento y valoración del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y de las actuaciones de los Ayuntamientos</b> .....	<b>220</b>
1. Conocimiento y valoración del Plan Autonómico sobre Drogodependencias .....	229
2. Conocimiento y valoración de los Planes Municipales .....	235
<b>6. Conocimiento de diversas actuaciones ante las drogas en la Comunidad Valenciana</b> .....	<b>239</b>
1. Conocimiento de diversas actuaciones ante las drogas .....	239
<b>Principales resultados y conclusiones</b> .....	<b>245</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>257</b>
<b>Anexo: Cuestionario</b> .....	<b>265</b>





# INTRODUCCIÓN

Cada vez de forma más evidente se impone la necesidad de disponer de un marco comprensivo de los fenómenos y dificultades a abordar, si se quiere planificar coherente y eficazmente las intervenciones, preventivas y asistenciales, sobre los problemas de drogas y sobre las drogodependencias.

Hay un primer momento, que en España hemos vivido con intensidad en los últimos años, en que la urgencia de las necesidades impiden el sosiego necesario para una planificación racional. Hay que atender urgencias y hay que hacerlo con tanta inmediatez y efectividad como para no disponer del espacio necesario de reflexión que permite una programación a medio y largo plazo. Por otra parte, en estas situaciones de urgencia, la coincidencia con circunstancias de deprivación y de insuficiencia de los recursos, minimizan en cierta medida los errores que podrían derivarse de la ausencia de planificación racional. Son tantos los problemas y tan urgentes, que apenas si existe el riesgo de que lo que hagamos vaya a ser inútil. Casi seguro, en esas situaciones, sea lo que sea lo que pongamos en marcha (dentro de los límites marcados por el sentido común y por lo razonable), dispone de un ámbito de maniobra que va a propiciar que la actuación tenga un sentido y un impacto positivo en el conjunto de las necesidades.

En estos momentos, después de más de diez años de trabajo institucional y de trabajo de la sociedad civil en el campo de los consumos de drogas, se ha con-

seguido un nivel de respuesta, que limita hasta cierto punto las urgencias en la construcción de las intervenciones y que posibilita ese espacio de sosiego reflexivo exigido para una planificación metodológicamente cuidada. Ya no es permisible actuar llevados del puro voluntarismo, en la certeza de que, hagamos lo que hagamos, actuaremos *en perdigonada*, con una cierta seguridad de que con nuestras actuaciones, por improvisadas que sean, vamos a acertar en una diana que inicialmente se muestra enormemente amplia y, por tanto, fácilmente accesible.

Hemos alcanzado una situación de madurez y de desarrollo profesional e institucional en las intervenciones que hace inaceptable actuar sin seguir unas cautelas metodológicas, que son las que condicionan la planificación racional y eficaz a medio y largo plazo. Para esa planificación, ahora sí, es absolutamente prioritaria la definición del marco de necesidades en que nos movemos, del ordenamiento de las urgencias que tenemos que atender y de la perspectiva de objetivos sucesivos a los que queremos hacer frente. Mucho más desde el momento en que también resulta obligado tener en cuenta la lógica modificación de las tendencias que se ha producido en la última década, en los consumos, en los patrones de los mismos, en los perfiles de los consumidores, en el sentido y la intencionalidad de los usos de drogas, etc. Todo ello, condiciona una nueva situación que obliga a una relectura de lo actuado y que, en cualquier caso, condiciona la necesidad absoluta de tener en cuenta esos cambios de cara a la planificación y al proyecto de futuro.

El análisis de necesidad es siempre un proyecto inacabable. Por mucho que se profundice en el nivel y en el ámbito de las exigencias, por mucho que se disecionen los distintos elementos constituyentes de los fenómenos sociales, por mucho que se avance en la comprensión de la construcción de los conflictos, siempre van a quedar elementos por definir, por despistar o por delimitar. Forma parte del rigor metodológico saber situar los límites en las ambiciones de conocimiento, relacionando esos límites con el esfuerzo necesario para acotarlos y con las energías precisas para dar cuenta de los mismos. Esa cuestión, que es la que tiene que ver con la eficiencia de nuestras actuaciones, obliga a que el planificador, por mucho que quisiera conocer en profundidad y exhaustivamente las dificultades con las que se enfrenta y los recursos de los que dispone, deba asumir una cierta insuficiencia de conocimientos, para superar la cual debería poner en marcha un ejercicio de acciones que, desde un cierto punto, empiezan a no compensar, a no estar justificadas. En esa asunción de los límites del conocimiento, impuestos por exigencias metodológicas, es preci-

so elegir qué tipo de instrumentos y qué intensidad en la utilización de los mismos resultan más acordes con las pretensiones que tratan de alcanzarse.

El presente estudio, puesto en marcha por el interés y la iniciativa de la Generalitat Valenciana, tiene como objetivos inmediatos el conocimiento del marco de problemas que contextualiza los consumos de drogas en el territorio de la Comunidad y del clima social que, subyaciendo en ese marco, explica por qué se van produciendo los conflictos y qué cuestiones son las que matizan la construcción y desarrollo de los mismos. Para esa intención se entendió que, metodológicamente, la opción primaria a elegir era la utilización del instrumento constituido por una encuesta epidemiológica y de opinión sobre la población general.

Es obvio que todos los instrumentos presentan determinadas limitaciones y que la encuesta epidemiológica y de opinión no deja de tenerlas. No hay ninguna fórmula instrumental que permita resultados plenos. Sólo la combinación de muchas estrategias puede ir ampliando el marco de lo conocido, sabiendo que la energía (metodológica y presupuestaria) precisa para coordinar ese conjunto de instrumentos diversos llega un momento en que empieza a ser ineficiente. Dicho de otra manera: los beneficios conseguidos con un aumento del conocimiento, no compensan el esfuerzo de la utilización de instrumentos complementarios y del coste presupuestario que son precisos para conseguirlos.

Por tanto, en una primera aproximación, la Generalitat Valenciana, eligió la encuesta epidemiológica y de opinión como la fórmula para ir dando cuenta del marco de realidad de los conflictos. Este instrumento, con esos obvios límites que antes señalábamos, presenta, como es sabido, dos dificultades fundamentales:

- 1º En lo que se refiere a la investigación de las prevalencias existe un riesgo de infranotificación, determinado por la reacción de ocultamiento que, casi inevitablemente, se produce en muchas personas cuando se les interroga sobre comportamientos que o son ilegales o tienen la imagen de ser vistos como estigmatizadores.
- 2º Cuando se investigan las actitudes ante los consumos de drogas es muy difícil la evitación de términos, preguntas o interrogantes, tremendamente cargados del peso de estereotipo que conforma el imagi-

nario social respecto a las drogas. Esto implica que, ante determinadas preguntas, es muy difícil evitar responder “lo que se supone que hay que decir” en lugar de “lo que realmente se siente”. De esta forma, podemos encontrarnos que las encuestas de opinión y los análisis de actitudes, en muchas ocasiones, confirman, una y otra vez, posiciones que parecen estereotipadas y que dudosamente se ven confirmadas por el análisis de los indicadores indirectos de esas actitudes. Es decir cuando analizamos lo que se responde en las encuestas y lo comparamos con aquellos elementos conductuales que tendrían que confirmar esas respuestas, observamos ciertas discrepancias. Esto, que es sobradamente conocido desde hace muchos años y que dio lugar a que algún autor incluso aventurara la existencia de dos formas actitudinales (la “actitud discursiva verbal” y la “actitud comportamental”), es especialmente vigente en el ámbito de las drogas, en la medida en que siempre es especialmente vigente en aquellos ámbitos que están más cargados de emocionalidad y que, por tanto, afectan más nuclearmente a la construcción de la representación social de los fenómenos, al imaginario social.

Ante estas dos dificultades, inevitables desde el punto de vista del instrumento aislado, existen dos fórmulas que pueden ser utilizadas para minimizar los sesgos de las respuestas y las conclusiones equivocadas, al menos en sus aspectos más evidentes.

En relación con la infranotificación de ciertos comportamientos, se ha aprendido que el marco de respuestas a partir de una sola encuesta no tiene tanto valor en sí mismo cuanto a través de la comparación de ese marco con la serie de secuencias y escenas sucesivas que, a partir de la utilización del mismo método, se van produciendo a lo largo de los años. Es posible que la cuantificación de las respuestas presente sesgos, incluso es posible que la dimensión y el sentido de esos sesgos puedan ir cambiando con el tiempo (sería, por ejemplo, potencialmente posible que un comportamiento que se ocultase por estigmatizado en un momento determinado pudiera revalorizarse en otro momento y dar lugar a alguna sobrenotificación), pero en cualquier caso, si utilizamos la misma metodología en el establecimiento de las preguntas y en el análisis de las mismas, iremos poco a poco marcando un abanico de tendencias que van a ser mucho más sugeridoras, mucho más ilustradoras de la situación y que, en definitiva, nos van a dar mucha más información que la que se deriva de una encuesta aislada.

En este sentido, si es cierto que una encuesta epidemiológica de este tipo es la primera vez que se realiza en la población general del territorio de la Comunidad Valenciana<sup>1</sup>, no es menos cierto que existen numerosos precedentes, bien referidos a todo el territorio del Estado, bien referidos a distintas Comunidades (Andalucía, Galicia, País Vasco, etc.), que van a permitir, puesto que fueron contruidos desde una metodología similar, apreciar tendencias, contrastar discrepancias, señalar coincidencias... Es decir que la pretensión y la posibilidad activa de la presente investigación no es sólo limitarse a la información que proporciona por sí misma sino, sobre todo, situar o resituar esa información en el marco del contexto general de informaciones que vienen dadas por instrumentos similares y de las que ya disponemos. Eso ha enriquecido enormemente las sugerencias y los contenidos informativos que se derivan del informe.

En relación con el estereotipo social que puede condicionar determinadas modificaciones o sesgos en la investigación de actitudes y de opiniones, hemos de decir que, después de diez años de convivir y de construir el estereotipo, hemos aprendido a desvelar algunos de los aspectos que éste adopta. Quizás no sepamos cuáles son las posiciones verdaderas respecto a algunas cuestiones pero, al menos, hemos aprendido a dudar de la indiscutibilidad de algunas de esas otras posiciones que aparecen como ciertas. Si no hemos conseguido aproximarnos a la verdad absoluta, sí hemos conseguido aprender a sortear algunas trampas que determinados espejismos nos plantean en el camino. Eso posibilita, al menos, que podamos ser cautos a la hora de la interpretación o que sintamos que debemos analizar con más cuidado, comparando, cuestionando, tratando de desvelar el sentido último de algunos hallazgos, resituándolos como hipótesis a comprobar.

Lo anterior vale desde el punto de vista metodológico, desde el punto de vista del análisis científico, y no invalida en modo alguno que desde la perspectiva institucional, el constructo del imaginario social pueda ser tan determinante, tan decisivo y tan importante de desvelar como las raíces últimas del mismo. Dicho de otra manera, sea cual sea la verdad subyacente, existe una media verdad superficial que, por mucho que adopte rasgos de estereotipo, no deja de constituir un panorama de vivencia colectiva que es preciso tener en cuenta, que no se puede en modo alguno desdeñar y que exige de los profesionales y

---

1. Existen dos precedentes parciales: una encuesta en la ciudad de Valencia, en 1991, y una encuesta de evaluación de hábitos de salud de la juventud valenciana, en 1997.

sobre todo de las instituciones una atención continua, preocupada y activa. Es obvio que también los precedentes en otros espacios o en otras poblaciones nos van a permitir elementos de comparación, que enriquezcan la pura visión obtenida desde la aplicación en el territorio valenciano del instrumento que en este momento nos ocupa.

Acaso por su magnitud, el primer elemento que resalta en el presente estudio es el impacto presencial de las drogas y de los comportamientos asociados a ellas, dentro de la Comunidad Valenciana. Es innegable, a la vista de los resultados de la investigación, que las drogas tienen una presencia, y una presencia importante, en la cotidianeidad de la estructura social de este territorio. Los porcentajes de personas que conocen las drogas y tienen contacto con consumidores, que sienten que la accesibilidad a los consumos es fácil y que perciben algún tipo de conflicto en relación con los mismos, no dejan lugar a dudas respecto al volumen presencial del fenómeno. En este sentido, la sociedad valenciana no es diferente y no se separa significativamente de otras comunidades españolas. Los resultados son sensiblemente similares en los distintos espacios y probablemente se ven mucho más condicionados por una convivencia prolongada en el tiempo con el fenómeno y por la integración que se deriva de una comunicación mediática que no conoce fronteras territoriales, que por peculiaridades territoriales, que si bien determinan matices en algunos aspectos (tanto más matizables cuanto más concretos y limitados sean) no permiten en cambio grandes diferenciaciones en relación con la consideración global del fenómeno. No puede decirse que, por los resultados actuales, la presencia de las drogas en la Comunidad Valenciana sea mayor que en otros territorios, pero tampoco se adivina que en su conjunto sea menor, más limitada o más leve.

Sí es de señalar que, como por otra parte se deduce de otras investigaciones, no deja de haber una manipulación inconsciente en este fenómeno de reconocimiento y de convivencia. De hecho, una vez más, se demuestra que existe una sobreidentificación del término droga con la condición de ilegalidad o de ilicitud. Es mucho más difícil reconocer como droga lo cotidiano, lo familiar y lo admitido que lo extraño y lo prohibido. No es de extrañar que, en contra de cualquier lógica interpretativa, haya menos personas que reconozcan a la “droga alcohol” que las que reconocen a la “droga cocaína”. Obviamente el mismo estereotipo funciona ante la pregunta que se preocupa por el número de consumidores que son reconocidos, que también, presumiblemente, elimina a los consumidores de las “drogas que no se viven como drogas” y que, de incluir a los usuarios abusivos de alcohol, aumentaría previsiblemente la tasa de las que son reconocidas como personas con problemas de consumo.

En el ámbito de la presencia del fenómeno, el cuadro se complementa con las cuestiones sobre la vivencia que la población tiene respecto a la facilidad o dificultad para obtener las drogas. En este apartado los resultados, que coinciden esencialmente con los que se dieron en otras investigaciones, explican rotundamente que la presencia de las drogas, después de unos años de convivencia con la extensión de la oferta y de los consumos, es vista como algo inmediato y muy accesible, sobre todo desde aquellos grupos de población que se correlacionan más con los consumidores. Obviamente esto, que supone un innegable factor de riesgo, nos obligaría a reforzar los esfuerzos para controlar en la medida de lo posible la oferta y la disponibilidad de drogas en los ambientes ciudadanos. Pero, más allá de eso, probablemente a lo que nos obligue de forma inmediata sea a trabajar la prevención de los consumos desde el convencimiento de que, al margen de aspiraciones ideales y a medio o largo plazo, nuestros ciudadanos, y más concretamente nuestros jóvenes, deberán prepararse para defenderse de los riesgos de una convivencia próxima con esas sustancias.

Por otra parte durante muchos años se ha preconizado la necesidad de aumentar la información sobre las drogas (efectos, riesgos, peligros...), como una manera de articular la prevención de los consumos. Después de unos años de historia en este sentido, la población valenciana se siente bastante informada al respecto. Es claro que la distribución del nivel de información se reparte esencialmente tal cual era esperable: tienen más información sobre drogas los grupos que, en general, tienen más información sobre cualquier cuestión. En este aspecto las variables independientes hábitat poblacional, edad, nivel de estudios, nivel profesional, clase social, etc., son definitivas.

No obstante conviene señalar que, más allá de la primaria conclusión de que habría que aumentar los esfuerzos informativos en los grupos de población más deprivados, hay que prestar una especial atención a un grupo que resalta por su significatividad, como es el grupo de los consumidores. En todo el conjunto de consumidores, los niveles de conocimiento que se confiesan sobre la peligrosidad o los efectos de las drogas no son tan altos como cabría esperar. Aparece una discrepancia importante entre lo que saben sobre la materia los que quisieron o se vieron obligados a abandonar el consumo y lo que dicen saber los que siguen consumiendo. Parecería que abandonaron el consumo los que *aprendieron* de una propia experiencia negativa o que, en cualquier caso, esos mismos responden desde la vivencia de esa experiencia negativa, que les hace entender que han aprendido suficientemente (en términos coloquiales podría decirse que han escarmentado). Por el contrario, los que siguen consumiendo,

si bien muchos de ellos creen estar informados por encima de la media, no lo están tanto como sería razonable esperar. Esto tiene especial significación cuando entendemos que el nivel subjetivo de información tiene tanto que ver con lo que se cree conocer como con lo que se desearía conocer. En este aspecto, resulta inquietante cualquiera de las dos dimensiones de la cuestión en relación con la población consumidora. Malo sería que sintieran que conocen mal los efectos y los riesgos de las drogas que usan. También resultaría preocupante que estuvieran consumiendo con la inquietud de que no conocen todo lo que deberían conocer y, que en alguna medida, están asumiendo un comportamiento a ciegas.

Especial relevancia tiene el comentario anterior cuando enfocamos el análisis en el grupo de consumidores de drogas de síntesis y de anfetaminas. En estos casos, que además se distribuyen en un perfil de población que coincide casi exactamente con la población de los que deberían estar más informados, los niveles de conocimiento que se confiesan están incluso por debajo de la media de esta población “más informada”. Un poco caricaturescamente podría decirse que este grupo de consumidores serían los menos informados entre los que deberían estarlo más. Si esto es así, eso constituiría una obvia situación de riesgo que nos obligaría a plantear estrategias informativas especiales para este grupo de población<sup>2</sup>.

El panorama de los consumos en la Comunidad Valenciana queda ampliamente reflejado en la información epidemiológica del estudio. En general, como no podría ser de otra manera, la situación en esta Comunidad se adapta en líneas generales a la que ya es sobradamente conocida en el conjunto del Estado. La magnitud de las prevalencias, la distribución de éstas, el cómo se distribuyen en determinadas poblaciones y en determinadas edades, incluso, lo que puede adivinarse de las tendencias de evolución, coinciden substancialmente con las que puedan encontrarse en el resto de España.

No obstante pueden apreciarse elementos que resultan claramente significativos. Tanto en las magnitudes de las prevalencias como en determinados elementos asociados a las mismas, aparecen particularidades que diferencian el contexto de realidad de este territorio del que puede apreciarse en otros espacios geográficos y culturales.

---

2 .A este respecto conviene subrayar que las estrategias informativas habituales se dirigen a la población de no consumidores o de consumidores sólo potenciales y, más rara vez, están pensadas para informar a los que ya son usuarios habituales de las drogas.

En lo que se refiere a las sustancias legales, más allá de una cierta disminución relativa de los consumos de alcohol en relación con los que se dan en otros territorios de España, las pautas de uso confirman en términos generales esa tendencia decreciente (en términos globales) que se viene advirtiendo desde hace años. Sin embargo, aparecen distintos elementos que, a la espera de confirmación y análisis, no dejan de resultar inquietantes.

El presente estudio ratifica lo ya señalado por diversos autores en relación con el aumento del consumo de tabaco en la población femenina de las franjas de menor edad, que fuman en mayor proporción que sus compañeros varones. Este fenómeno, ya descrito y que ha dado lugar a diferentes interpretaciones, desde una mayor precocidad en el uso del tabaco por parte de las mujeres (Comas, D., 1994) hasta un inicio común con el de los varones pero en menor intensidad y con un abandono más precoz del hábito (Elzo, J. y otros, 1996), precisa de una mayor investigación. Podría aventurarse o en cualquier caso podría plantearse como hipótesis a descartar, que el mayor consumo que sistemáticamente parece apreciarse entre las jóvenes, va a ir perdiendo progresivamente su carácter transitorio y, a medida que esas jóvenes vayan creciendo y si no se confirma la hipótesis de Javier Elzo, irá significando una progresiva extensión del hábito femenino de fumar, conllevando de manera secundaria un aumento de la prevalencia global de este comportamiento.

El fenómeno descrito, aún sin tener en cuenta algunos indicios ya sugeridos que señalan un incremento en el consumo de tabaco por parte de los jóvenes en su conjunto (chicos y chicas), debería ser estudiado más en profundidad para tratar de entender sus raíces. No deja de ser sugerente correlacionar la situación actual con la que hace ya más de diez años fue advertida (Megías, E., 1984), en relación con que, aunque no se tradujese en un mayor comportamiento de consumo, podía adivinarse una mayor precocidad en las actitudes positivas de las niñas hacia el uso de tabaco. Dar cuenta de esta situación y comprender mejor su génesis parecería fundamental para plantear actuaciones preventivas eficaces.

En relación con los consumos de alcohol en la Comunidad Valenciana (en casi todos los niveles de consumo, por debajo de la media nacional), también puede advertirse este mayor peso de la población femenina en las franjas de consumidores de edades juveniles. Esta feminización precoz del consumo de alcohol, que no había sido tan claramente señalada anteriormente como la del tabaco (Javier Elzo apunta a una mayor presencia femenina entre los que se inician

pero con mucho menos peso en las cantidades de alcohol ingeridas), resulta particularmente claro en este estudio. Las tasas de adolescentes y de jóvenes mujeres que consumen abusivamente alcohol, están por encima de las correspondientes a los chicos. Por las mismas razones que se señalaban al apuntar este fenómeno respecto al tabaco, estaría más que justificado intentar profundizar en el conocimiento de esta situación, para plantear estrategias preventivas que pudieran abortar un posible riesgo en relación con el desarrollo del hábito de consumo alcohólico.

Muchas discusiones han sido planteadas en relación con las edades de inicio del consumo legal, sobre todo del alcohol. Existe una discusión respecto a la fiabilidad de los hallazgos a partir de las encuestas de opinión. Parecería que en las franjas más adultas la lejanía del recuerdo distorsiona la memoria del inicio, generando una notificación de edades mucho más tardía que la que correspondería a la realidad. En cualquier caso, los hallazgos que habitualmente se refieren a este inicio del consumo de alcohol frecuentemente chocan con lo que dicta la lógica observacional. No parece que las respuestas de las edades de inicio correspondan a lo que se deriva de la observación de la costumbre social. En un hábito tan extendido, durante tantos años tan integrado en lo familiar, como ha sido el hábito alcohólico, no parece razonable creer que las edades de inicio están, por término medio, alrededor de los quince años. Parecería que a lo que se responde es no tanto al inicio real a los primeros consumos de alcohol cuanto al inicio ritual de ese consumo. Inicio ritual que obvia los consumos puntuales que se hacen en el seno de lo familiar y que subraya el aspecto grupal e intencional de los consumos. No puede evadirse la sugerencia de que cuando a alguien le preguntan cuándo empezó a consumir alcohol a lo que responda sea a cuándo cree recordar que se inició su consumo de alcohol de forma autónoma, con una intencionalidad determinada, en el contexto en el que después va a desarrollarse ese consumo y a través de unas pautas concretas de uso. Es claro que esta hipótesis no está de ninguna manera confirmada en el presente estudio ni en los hallazgos que pudieran extraerse de otras investigaciones; sin embargo la fuerte discrepancia que parece existir entre las respuestas y un análisis inductivo de las formas de consumo juvenil, permitirían hipotetizar el planteamiento anterior.

Las derivaciones de esta hipótesis, que tendría que ser confirmada o negada en su caso, adquieren especial relevancia cuando se especula sobre la implicación de los riesgos de esa forma ritual de iniciación. Acaso algunos de estos riesgos son desvelados en los análisis que el grupo de Javier Elzo realiza en relación

con la juventud vasca, y que señalan una intencionalidad inicial en el consumo, que iguala a las franjas juveniles y que buscaría no tanto el uso de alcohol como un producto más sino por el efecto psicoactivo del mismo. De ahí se derivarían fácilmente los episodios de embriaguez o la búsqueda del “estar colocado”.

Quizás también con esta hipótesis pueda correlacionarse el evidente desplazamiento del uso de cannabis hacia formas de consumo más normalizadas.

La cannabis, que, de acuerdo con los resultados del presente estudio, es consumida en la Comunidad Valenciana en una proporción significativamente mayor que en otros territorios, presenta un perfil de inicio muy similar en su distribución por edades al que se da en relación con el alcohol, con únicamente un retraso de un año. Por otra parte la inclusión de este producto en los modelos de policonsumo encabezados por las drogas legales y concretamente por el alcohol, generaría un cierta proximidad intencional en el contexto de uso de estas sustancias, sobre todo en las franjas juveniles.

También en la información epidemiológica de esta investigación, más allá de algunas matizaciones en las prevalencias de consumo de distintas sustancias ilícitas (mayor prevalencia del uso de cocaína y de drogas de síntesis, cierta menor prevalencia en el consumo de tranquilizantes), siempre en relación con otros territorios autonómicos, lo más significativo podría ser la modificación que se produce de los modelos de policonsumo. En pura teoría podría existir una ausencia de correlación entre la gradación de los modelos de policonsumo y la naturaleza de éstos y el conjunto de las prevalencias de los usos de drogas. Esta diferencia sería muy importante y lógica si existieran monoconsumos extendidos y el hábito del policonsumo se redujese a poblaciones de consumidores muy recortadas. No es esta la realidad sino que, incluso en relación con las drogas legales aunque en mucha menor medida, el comportamiento del policonsumo es el habitual en la mayoría de los usuarios de drogas. Esto implica lógicamente que las fórmulas y la distribución de los policonsumos se van a correlacionar intensamente con las tasas de prevalencia de las distintas sustancias que los constituyen y, en general, con las prevalencias globales de los consumos de drogas.

Pues bien, el presente estudio explica con claridad que en la Comunidad Valenciana el modelo de policonsumo que ha accedido a primer rango por su peso, extensión y significación, es el determinado por un conjunto de substan-

cias que genéricamente podrían entenderse como estimulantes (cocaína, drogas de síntesis y anfetaminas), más alucinógenos y cannabis. Es de señalar que, en relación con casi la totalidad de estas sustancias, concretamente con la cocaína, con las drogas de síntesis y con el cannabis, puede apreciarse una significativa mayor prevalencia de uso en la Comunidad Valenciana que en otros territorios del Estado español. La presencia de la cannabis en este conjunto de sustancias estimulantes, a la vez que, como luego veremos, también tiene una presencia significativa en el modelo de policonsumo constituido por las sustancias legales, establece una cierta conexión entre estas dos fórmulas de policonsumo.

Podría pensarse que, en relación con la cannabis, lo que se da es una disociación en el sentido de su uso, que hace que pudiera ser utilizada en contextos y con intencionalidades claramente diferenciadas; una población la correlaciona con el uso de estimulantes y otra población la correlaciona con el uso de sustancias normalizadas. Esta hipótesis ya tendría en sí misma implicaciones importantes de cara a las estrategias preventivas. Pero, además, existe la posibilidad de hipotetizar la presencia simultánea de la cannabis en contextos diferentes de policonsumo en relación con que esta droga podría constituir un cierto nexo o aproximación entre patrones de uso que, hasta este momento, habían estado claramente diferenciados. Podría aparecer la sugerencia de que existe una cierta aproximación en la intencionalidad de uso de las sustancias legales hacia lo que es la intencionalidad para el grupo de estimulantes; o que, en sentido contrario, el uso de drogas ilícitas estimulantes está experimentando un proceso de normalización que las aproxima a la estructura funcional de las sustancias legales.

Estas hipótesis, que no son por el momento más que especulaciones sugeridas, precisarían de confirmación, dada la implicación y relevancia que tendrían en lo que se refiere a las posibilidades de extensión de los consumos y a los riesgos que éstos implicarían y, también, en lo que respecta a las exigencias metodológicas de prevención.

El desplazamiento del primer rango de presencia del policonsumo encabezado por la heroína, no justifica en modo alguno que se desdeñen los riesgos que éste implica ni que se dé por liquidada su presencia. En primer lugar se trata de un hecho muy reciente, que incluso no se ha producido aún en algunos territorios autonómicos (Andalucía); en segundo lugar, que haya sido sustituido en su protagonismo por el policonsumo de estimulantes no disminuye ni un ápice

la importancia epidemiológica y, sobre todo, de impacto consecuente de los policonsumos de opiáceos; por último, en tercer lugar, la situación evolutiva es tan reciente, que no permite estar tranquilo respecto a la posibilidad de que se produzcan inversiones en la tendencia. Más allá de la distribución de importancia en el rango de prevalencia epidemiológica, el policonsumo de opiáceos sigue constituyendo un factor de riesgo de primer orden y sigue traducándose en la mayoría de las demandas y exigencias que en este momento se plantean en relación con los consumos de drogas. Por tanto, lejos de estar justificada una visión triunfalista en relación con la desaparición del consumo de estas sustancias, es preciso mantener no sólo todos los esfuerzos relativos a la atención de sus consecuencias negativas sino también toda la vigilancia y el esfuerzo preventivo, para confirmar el descenso o para evitar el rebrote o la inversión de las tendencias.

Las drogas legales se encuentran en el tercer rango de las fórmulas de policonsumo, a pesar de su innegable mayor prevalencia genérica. Esto se explica por el hecho de que, en sí mismas, son las que permiten un mayor comportamiento monoconsumista, y justifica por tanto que pueda coexistir una alta prevalencia del uso de las sustancias con una menor proyección del policonsumo en el que éstas se incluyen. En cualquier caso, como se señalaba, uno de los aspectos más significativos e importantes en relación con esta forma de consumo múltiple, sería la presencia en el mismo (en una parte de sus usuarios) de la cannabis. Esto supone un elemento de primer orden de cara a las implicaciones del consumo, en todos los aspectos, que exige una especialísima atención y una actitud de cuidado en la interpretación de los indicadores y en la naturaleza de las intervenciones. De confirmarse este fenómeno, nos obligaría a una revisión de nuestras posiciones y a una relectura de los datos, sobre todo en lo referido a los riesgos y al discurso comunicacional con que estos riesgos quisieran abordarse.

Conviene señalar, como un elemento que subraya la ambigüedad en la aproximación del cannabis como puente entre los consumos normalizados y los consumos ilícitos de estimulantes, la correlación innegable que existe entre el uso de ese producto y el fracaso escolar. En este sentido la cannabis no se diferencia de la cocaína o las drogas de síntesis o la heroína. Existe una correlación positiva muy importante entre el consumo de estas sustancias y determinadas situaciones conflictivas, que pueden estar en la génesis o en el abanico de consecuencias del consumo, pero que en cualquier caso indican que esa *normalización* de la que se habla no deja de ser una metáfora, que indica una aproximación a lo cotidiano en algunos aspectos pero que no implica en modo alguno que esos

comportamientos sean unos comportamientos neutros, ajenos a las consecuencias negativas y extendidos por igual entre todos los grupos de población (con o sin factores de riesgo y con o sin situaciones de limitación personal o grupal).

Finalmente, el cuarto modelo de policonsumo sería el constituido por el grupo genérico de los psicofármacos. Probablemente, los psicofármacos cuyo policonsumo se correlaciona con las franjas de mayor edad, puesto que aquella otra forma de uso que tiene la moda de frecuencia en edades más juveniles, debería incluirse en el policonsumo asociado a los narcóticos.

De forma complementaria hay que añadir, como un elemento de enriquecimiento de la comprensión del abanico epidemiológico de la Comunidad Valenciana, que en este territorio también se confirma la tendencia al uso progresivamente minoritario de vía parenteral en los usuarios de heroína y cocaína, sobre todo en los de heroína. Además, del estudio presente se deriva que la presencia de la utilización de la vía parenteral es tanto menor cuanto menores son las edades en las que se incluyen los usuarios de heroína; hasta el punto de que, en las franjas de menor edad, la vía inyectada es prácticamente inexistente. Esto, como ya se ha señalado, implica por una parte una disminución de los riesgos de uso de esta sustancia (a partir de un patrón de consumo menos lesivo) pero, al tiempo, supone quizás mayor riesgo de extensión del uso, en la medida en que se hace por un comportamiento menos *antinatural*, más normalizado, que el que supone la inyección. En cualquier caso, esta última hipótesis dista de ser una hipótesis simple y unidireccional porque también se podría argumentar que es precisamente el rito de lo extraordinario, de la inyección, lo que supuso el factor de iniciación para muchos de los usuarios tradicionales.

Para completar el panorama de los consumos en la Comunidad Valenciana, no se puede evitar hacer alguna reflexión sobre la tan manida cuestión de los consumos de drogas sintéticas. Efectivamente, este territorio, en el estereotipo social, ha sido connotado como el territorio donde, por antonomasia, se presentaba el consumo de las drogas de síntesis y, más concretamente, del éxtasis. Los datos del presente estudio, en cierta medida, vienen a confirmar una parte del estereotipo. Parece cierto que en la Comunidad Valenciana se ha extendido el consumo de drogas sintéticas, incluso algo más allá de lo que se da en otros territorios<sup>3</sup>. Pero también es cierto que este consumo no se presenta de

---

3 .En realidad los datos epidemiológicos señalan un notable mayor número en los que probaron o los que consumieron el último año. Las tasas se igualan al referirse al consumo del último mes. Es como si en la Comunidad Valenciana se hubiera iniciado este comportamiento que, posteriormente, ha sido igualado por su extensión y crecimiento en otros lugares.

forma aislada, ni puede separarse del de otras sustancias estimulantes de las que se habla menos en el imaginario social: la cocaína, las anfetaminas y, sobre todo, la cannabis utilizada en este contexto.

Pese a la insuficiencia que lógicamente implica la metodología de esta investigación y pese a la diferencia en la forma de abordaje, los hallazgos del presente estudio en lo que se refiere a los consumos de drogas de síntesis y en prácticamente todos los aspectos, confirman substancialmente lo encontrado a través de la investigación por técnicas etnográficas (Gamella, J., 1997). Tanto en lo referido al patrón de consumo, como a la intencionalidad de éste, como al contexto comportamental en el que se da, como al correlato de riesgos que supone, como a las consecuencias percibidas, como al nivel de conflictos y peligros establecido, etc., los hallazgos de esta investigación coinciden casi en su totalidad con los encontrados en la investigación sobre cinco Comunidades Autónomas por medio de técnicas antropológicas realizada por la Universidad de Granada.

Conviene subrayar que en la presente encuesta, como en otras, aparecen elementos que indican la dificultad en muchos casos de mantener los consumos de drogas sintéticas en el ámbito excluyente del fin de semana. Ciertamente ese es el patrón habitual de inicio y, por otra parte, el más generalizado, pero también empieza a producirse una extensión de los consumos hacia la semana laboral, en las franjas de consumidores de mayor edad o con mayor tiempo de uso, lo cual sugeriría la aparición de consumos más compulsivos, con menos control de la capacidad de abstinencia.

Una más profunda investigación merece la coincidencia de dos hechos, acaso correlacionados: el consumo del éxtasis a pesar de que muchos de sus usuarios lo creen peligroso y el sentimiento de esos usuarios de no estar suficientemente informados sobre los riesgos de su comportamiento. Parecería que eso, además de una mayor investigación, exigiría un abordaje preventivo en relación con esos usuarios; mucho más puesto que, tal como de manera coincidente con otros estudios señala la presente investigación, es muy posible que gran parte, hasta dos tercios, de los consumidores de éxtasis, pueden dejar su uso espontáneamente después de unas primeras experiencias con la sustancia.

Lógicamente el capítulo de la investigación que se refiere a los factores de riesgo y a la problematicidad asociada a los consumos no puede ser entendido como un intento de desvelar la totalidad de circunstancias que se correlacionan con los diferentes consumos, tratando de determinar un panorama exhaustivo y

abarcativo de todos los conceptos. Esto no puede ser así y la parrilla de valores y de circunstancias que se contemplan no deja de ser un planteamiento hipotetizado, que no por muy razonable que pueda resultar en principio dejaría de precisar ser validado en otras investigaciones. En cualquier caso, lo que sí implica este aspecto del análisis es la posibilidad de correlacionar los diferentes consumos con el mayor o menor peso de un conjunto de elementos, que tradicional y lógicamente aparecen como elementos de riesgo o de conflicto. Esa mayor o menor correlación va a determinar una distancia actitudinal y probabilística entre los consumos y las posibles situaciones de conflicto/riesgo.

En ese sentido resulta llamativa la situación intermedia en la que se encuentra la cannabis, que viene a confirmar las consideraciones que hacíamos antes a partir de otros elementos. La cannabis (al menos la cannabis consumida en el último año, que es por lo que se pregunta) parece arrojar ligeros niveles de problematicidad y no asociarse sino levemente a aquellos factores de riesgo que, por el contrario, implican muy severamente a consumos de drogas más consideradas como tales. Esto, que evidentemente puede que tenga que ver con la evolución del sentido del consumo de la cannabis y, desde luego, con la evolución del imaginario social, no deja de suponer severas implicaciones de cara, como decíamos antes, a la posible extensión de los consumos, a los riesgos de los mismos y al abordaje preventivo.

Un especial interés, por lo que puede tener de desvelamiento de las razones profundas de los consumos y, desde luego, por lo que ofrece de posibilidad instrumental de prevención, tiene el análisis de las motivaciones para el consumo o de las motivaciones para el no consumo.

Es obvio que las motivaciones expresadas por los consumidores o por los no consumidores, serán el resultado de un conjunto de fenómenos que, en parte se derivarán de las experiencias objetivas de los ciudadanos y en parte serán productos de la representación social que existan sobre los fenómenos de drogas. Es decir, cuando a alguien se le pregunta por qué consume, en parte va a responder qué es lo que siente de cara al consumo, qué es lo que le atrae de él y, en parte, también va a responder qué es lo que se supone que tendría que sentir en el caso de que deseara consumir, la representación social. En algún aspecto, las drogas sirven para lo que el conjunto de la sociedad imagina que sirven y funcionan tal como este conjunto espera que funcionen. Por supuesto que, a su vez, esas expectativas no son caprichosas ni gratuitas y, en alguna medida, están condicionadas, en una interacción dialéctica, con el efecto real y objetivo (sí es que éste existe de manera unívoca) de las diferentes sustancias.

En cualquier caso la conjunción de estos dos elementos resulta absolutamente definitiva para plantear la evolución del sentido de los consumos a lo largo del tiempo. Que, en la experiencia individual y en el imaginario colectivo, pierdan cada vez más peso los elementos de contravención de la norma y los elementos de escape de los problemas, para aumentar en dimensión relativa la búsqueda del placer y la diversión, resulta enormemente significativo para entender qué es lo que pasa y para intervenir sobre lo que pasa. Sin duda lo más significativo de ese capítulo es la enorme relevancia que están tomando las intencionalidades lúdicas hedonistas, para construir la motivación hacia los consumos. Eso, que en alguna medida convierte a las drogas en un producto de consumo, tiene una especial relevancia en lo que se refiere a situación social de riesgo. Secundariamente conviene señalar algunos matices, que indican determinadas motivaciones para determinados consumos: correlación de tranquilizantes y problemas laborales, correlación de alcohol y drogas de síntesis y favorecimiento de las relaciones sociales, correlación entre dificultades vividas e intencionalidad de escapar de ellas y consumos de opiáceos, etc.

Para completar el conocimiento de lo necesario para prevenir, más allá del conocimiento de las motivaciones, hay que atender las razones para no consumir. En ese sentido resulta especialmente significativa una postura que a veces se trabaja poco en las estrategias de prevención: no consumo porque siento que no tengo necesidad de hacerlo. Esa llamada a la autoestima<sup>4</sup>, al orgullo personal, ha sido poco trabajada y probablemente puede ofrecer amplias posibilidades de eficacia. En segundo lugar la utilización de la información sobre los riesgos no puede ser desdeñada en todos los casos como un elemento preventivo más. Sobre todo, los riesgos ordenados según la jerarquía en que las distintas poblaciones los señalan: salud, conflictos personales, etc. (y, dentro de la salud, la gradación de problemas físicos, problemas de adicción o problemas grupales, que también se apunta).

En un contexto social tan marcado por la invasión mediática como el que nos movemos no es extraño que las respuestas que apuntan a la expresión del imaginario social en lo que se refiere a la vivencia de los problemas, a las respuestas ante ellos y a la eficacia de esas respuestas, coincida con los encontrados en otras investigaciones. La posición de la población de la Comunidad Valenciana

---

4 Por supuesto, evitando caer en la algo ridícula y desde luego no creíble presunción de que, nadie, nunca, necesitará estimularse, por la razón de que “todos llevamos la droga en nosotros mismos”, que ocasionalmente se ha expresado.

de cara a la legalización o de cara al suministro de metadona, expresan claramente la evolución que se ha ido dando en estos aspectos a lo largo de los últimos años en toda España y coincide substancialmente con lo que se encuentra en otras investigaciones.

Una anécdota muy significativa viene dada por la situación de los consumidores de drogas de síntesis y de algunas otras sustancias, que parecen tener una actitud más agresiva hacia los consumidores de opiáceos, probablemente en un intento de diferenciar su propia situación y de ahuyentar el fantasma de la estigmatización por la atribución de la condición de drogadicto .

Tampoco sorprende que la valoración de las actuaciones de las instituciones sea mejor que la valoración institucional, y que sea tanto mejor cuanto más se refiera a poblaciones que han precisado de los servicios. Quien ha necesitado un servicio puede haber confrontado con la realidad un estereotipo que siempre tiende a pensar que las cosas son insuficientes. En la Comunidad Valenciana los planes institucionales no son excesivamente conocidos, pero no aparecen muy distantes de otras realidades autonómicas en lo que se refiere al conocimiento por la población de los programas de intervención y a la valoración que se hace de éstos.

Es de esperar que el compromiso institucional y la solidaridad social permitan seguir avanzando en ese sentido. El presente estudio da un conjunto de pistas importantes para decidir hacia dónde debe ir esa andadura y cómo debe construirse la progresión.

Eusebio Megías Valenzuela  
Director Técnico de la FAD



## PRESENTACIÓN

El presente estudio sobre *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana*, consta de dos partes diferenciadas, pero complementarias entre sí. La primera de ellas, de carácter más epidemiológico, trata todas las cuestiones referidas a los consumos de tabaco, alcohol, psicofármacos y drogas ilegales. En ella se indaga sobre las prevalencias en cada sustancia, los usos asociados, las edades de inicio, las características sociodemográficas o perfiles de los consumidores. Y todo ello va precedido por un capítulo que, a modo de introducción a los consumos, analiza la presencia y proximidad de las drogas entre la población valenciana, así como la información que creen tener sobre la peligrosidad de las mismas.

La segunda parte tiene ya una orientación más sociológica y trata de los diversos factores asociados con el consumo de las distintas sustancias, y también de una serie de cuestiones relacionadas con la dimensión social de la realidad de las drogas. Aquí se investigan las motivaciones y los factores de riesgo en el consumo de drogas, las razones por las que no las consumen los que no hacen, las consecuencias de diverso tipo que sufren los que sí las consumen, las principales fuentes de obtención de las drogas, y el grado de dependencia subjetiva de las mismas. Desde la perspectiva de la opinión pública se estudia también con bastante detalle lo que piensan los ciudadanos respecto a la permisividad o sanción del uso de drogas y su grado de acuerdo con una serie de actuaciones ante esta problemática, y de los tipos de ayudas y medidas que deman-

dan en la lucha contra las drogas. Y también se incluye el aspecto institucional, pues se recoge el grado de conocimiento que la población tiene del Plan Autonómico de Drogodependencias y de las actuaciones de los Planes Municipales, así como la valoración que hace de la labor realizada en ambos niveles.

Estas dos partes, que constituyen el grueso del informe, van precedidas por un amplio capítulo de objetivos y metodología. En lo referido a los objetivos se detallan de forma minuciosa todos los indicadores y variables mediante los cuales se investigan todos los aspectos contenidos en el estudio. En la parte dedicada a la metodología se exponen las características técnicas de la investigación. De éstas cabe indicar aquí, sucintamente, que la encuesta se ha realizado de forma aleatoria y es representativa de toda la población de la Comunidad Valenciana de 15 años en adelante, residente en todo tipo de hábitats, en las tres provincias, en las poblaciones turísticas y las que no lo son, y en las distintas zonas de áreas sanitarias. En el análisis se incluyen, además de estas variables territoriales, otras de carácter sociológico (sexo y edad, nivel educativo, rol familiar, ocupación y clase social), de tal modo que los resultados incluyen un análisis particularizado de los datos más relevantes en cada segmento poblacional.

Y por último, el informe se cierra con un capítulo resumen que reúne los principales resultados y conclusiones de la investigación. No es objeto de una presentación exponer con detalle estos resultados y conclusiones, entre otras razones por la propia extensión de dicho capítulo. No obstante, si parece de cierto interés para el posible lector ofrecerle una síntesis muy breve de los principales hallazgos que podrá encontrar en las dos partes del estudio y en el capítulo de conclusiones, ciertamente prescindiendo ahora de los datos concretos, que sí se recogen en dichos textos, y centrándonos tan sólo en la esencia de los mismos.

En primer lugar cabe señalar que las drogas no son algo extemporáneo ni ajeno a la realidad social. Se producen y cambian en unos tiempos concretos y tienen una fuerte interrelación con la sociedad en la que se usan. A este respecto hemos observado, por una parte, que la presencia y proximidad de las drogas entre la población valenciana es bastante notoria: la inmensa mayoría mencionan el nombre de varias drogas, la mitad conocen a alguien que consume alguna de ellas y más de las tres cuartas partes creen que es fácil poder encontrarlas y obtenerlas.

En lo que se refiere a los consumos, la temporalidad y la socialidad de las drogas se expresa en su condición dinámica y por su cualidad de hecho social.

Aunque no disponemos de ningún estudio anterior en la Comunidad Valenciana en población general (tan sólo hay uno de 1991 en la ciudad de Valencia), por las comparaciones que hemos podido hacer con los de otras Comunidades y otros estudios nacionales, se puede hipotetizar que también en esta Comunidad se estarían produciendo una serie de cambios. Algunas sustancias “clásicas”, como el tabaco, el alcohol, la heroína y otros opiáceos se encontrarían en una tendencia de disminución de los consumos, mientras que otras tendrían un uso bastante consolidado, como la cocaína y la cannabis, y habría otras más de moda y en cierto proceso de incremento, como las drogas de síntesis y asociadas (anfetaminas y alucinógenos).

Esto tiene, sin duda, su importancia en la orientación de las actuaciones de intervención ante las drogas en alza; sin embargo, no debe de hacerse una lectura simplista de la situación, pues si bien las sustancias estimulantes configuran hoy el principal modelo de policonsumo (cocaína, drogas de diseño y anfetaminas, fundamentalmente), los narcóticos (heroína y otros opiáceos) constituyen un segundo modelo de consumo asociado aún bastante importante, especialmente por la intensa problemática que generan. Tampoco hay que desdeñar la seriedad de los modelos de policonsumo que forman las drogas legales (tabaco y alcohol) y los psicofármacos, pues son usadas por grupos de población muy amplios. Y la cannabis, que aparece asociada en varios modelos de policonsumo, requiere también un seguimiento específico.

Las motivaciones para el consumo de drogas tienen, sin duda, un fuerte componente individual, ya que cada sujeto interioriza y verbaliza una serie de razones específicas (placer y diversión, contacto social, hacer algo prohibido, escapar a problemas diversos, malas condiciones de trabajo, etc.). Sin embargo, no están exentas de la influencia del contexto sociocultural dominante en cada momento. En los años setenta y primeros ochenta las motivaciones rupturistas y de transgresión social eran muy importantes, mientras que hoy ocupan un lugar muy secundario. Actualmente, las motivaciones más prevalentes son básicamente hedonistas y utilitarias, bastante acordes con la realidad más consumista y descomprometida de la sociedad de fines de los noventa.

El uso de las drogas es hoy algo cotidiano y que, en gran parte, se realiza por segmentos de población normalizada (profesionales y trabajadores, estudiantes, cabezas de familia y amas de casa...). Excepto en las situaciones más extremas de marginalidad de ciertos drogodependientes (especialmente heroinómanos o alcohólicos), amplios segmentos de población hacen un consumo de dro-

gas que es, en cierta medida, compatible con una conducta aceptable y que no produce alarma social. Sin embargo, esto no quiere decir que su relación con la droga esté desprovista de un potencial de problematidad, bien en una serie de factores de riesgo que generan o refuerzan los consumos, bien en unas consecuencias o efectos negativos que los mismos acaban produciendo. Y saber esto es muy importante para una adecuada intervención ante el problema.

En este sentido, complementariamente al análisis de las motivaciones, hemos comprobado que hay una clara relación entre el consumo de drogas y la existencia de situaciones problemáticas en lo familiar, lo social y lo personal, aumentando la probabilidad de los consumos, según se incrementa el grado de problematidad en estos tres ámbitos. Su presencia como factores de riesgo parece innegable, y a tener muy en cuenta cuando se trate de reducir los consumos. Una adecuada intervención debería plantearse desde una triple perspectiva: la disminución de la presencia social de las drogas (represión del tráfico y contención de la oferta); modificación de ciertos valores y estados emocionales que están en la base de las principales motivaciones explícitas (valores alternativos y actividades que los vehiculen); y desactivación de los factores de riesgo que se relacionan con el consumo de drogas (diálogo y armonía familiar, no consumo de drogas por parte de los padres, actividades de ocio más creativas, mejores expectativas para los jóvenes, mayor integración y participación social, etc.). Obviamente, la amplitud de estas actuaciones va más allá de la posible intervención de los planes y programas específicos sobre drogas y requiere de la concurrencia de otras actuaciones más amplias de desarrollo social.

En lo referido a las consecuencias, un 15.4% de los usuarios de alcohol y/o drogas indican sufrir alguna consecuencia o efectos negativos derivados del consumo. Este porcentaje es aparentemente pequeño porque la pregunta fue realizada también a consumidores moderados de alcohol y a usuarios esporádicos u ocasionales de drogas. Sin embargo, cuando la cruzamos con la cantidad de alcohol y con el tipo de droga, ya vemos que los bebedores abusivos señalan consecuencias negativas en una proporción cercana al 50%, los usuarios, en los últimos doce meses, de cannabis en torno al 40%, los de cocaína y drogas de síntesis próximos ya al 70%, y los de heroína y otros opiáceos prácticamente en el cien por cien. Además de los problemas de sufrimiento personal y deterioro de la salud, la trascendencia social de estas consecuencias es innegable, pues algunas de las consecuencias negativas importantes son las que se tienen en el trabajo (absentismo, disminución del rendimiento, accidentes, sanciones...), lo cual también se ha demostrado con detalle en otro reciente estudio (FAD-

EDIS (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996*. Madrid: FAD), en lo económico, en lo familiar y las relaciones con los demás, sin olvidar los accidentes de tráfico o los delitos.

Dentro de esta dimensión social de las drogas son también muy relevantes las cuestiones referidas a la opinión pública, y en especial lo que se relaciona con la actuación institucional ante el problema. Durante mucho tiempo la imagen dominante sobre el fenómeno de las drogas ha sido la de la marginalidad, siendo el temor, e incluso la alarma social, sus efectos más visibles. Actualmente la mayoría de la población sigue teniendo temor y en ocasiones el comportamiento es muy reactivo; sin embargo, comienza ya a observarse una mejor comprensión del problema. Ciertamente, es mayoritaria la opinión favorable a la sanción del consumo de drogas y que la principal medida demandada es la de represión del tráfico (un 45%), pero también lo es que otro 42.3% prefiere en primer lugar actuaciones positivas, tales como las campañas de información, la educación sobre las drogas en las escuelas, la mejora de las condiciones de vida, la motivación de las personas, la orientación y asesoramiento a las familias, o el incremento de centros y servicios de atención a los drogodependientes.

Por otra parte, va calando la idea de que el uso de drogas no es algo exclusivo de personas marginales movidas por el vicio. Cada vez se tiene más claro que puede afectar, y que de hecho afecta, a personas de conducta muy normalizada y que en realidad es como una enfermedad. Los prejuicios y resistencias van dando paso paulatinamente a un mayor apoyo a las actuaciones institucionales en este terreno. Ello se refleja claramente en algunas cuestiones hasta no hace mucho bastante controvertidas; como por ejemplo, los programas de administración de metadona o los de facilitación de jeringuillas o preservativos. Los tres programas suscitan hoy un claro grado de acuerdo y aprobación por parte de la población de la Comunidad Valenciana (lo cual también hemos comprobado en otras Comunidades Autónomas).

Finalmente, en esta actitud de apoyo institucional, observamos que, aunque no es muy elevado el conocimiento que se tiene de la existencia del Plan Autonómico de Drogodependencias o de los Planes Municipales (lo que ocurre también respecto a casi todos los organismos de la Administración), los que sí los conocen hacen una valoración bastante positiva de las actuaciones y la labor que están realizando ante la problemática de las drogas en la Comunidad Valenciana. Y más alentador es aún que una parte importante de los ciudadanos indiquen tener conocimiento de la realización de una serie de actuaciones

concretas en la prevención del uso de drogas, en formación e información, en centros de atención a drogodependientes y de asistencia a problemas de alcoholismo, o de actividades inespecíficas con asociaciones de padres y vecinos, con empresas y con jóvenes.

En fin, en esta línea de adecuar lo mejor posible las actuaciones y respuestas ante la realidad de las drogas, ha sido orientado y realizado el presente estudio. Los datos y conclusiones que en él se recogen, al igual que las breves ideas expuestas en esta presentación, sólo pretenden ayudar a comprender mejor este fenómeno y ser de alguna utilidad a aquellos que han de planificar y llevar a buen término las oportunas actuaciones.

José Navarro  
Director del Estudio  
EDIS



# OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

## 1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Las drogas son un **hecho social** que implica tanto a los que las consumen como al conjunto de la sociedad. Su uso está relacionado con una serie de factores sociales (realidad familiar, situación económica y social, influencia grupal, paro...), a la vez que el abuso en las mismas genera unas claras consecuencias individuales, pero también de indudable repercusión social (accidentes laborales y de tráfico, sobrecoste sanitario, conductas asociales y delictivas...).

Por otra parte, la presencia de las drogas se convierte igualmente en un fenómeno social de opinión pública. Los temores, incluso la alarma social, que suscitan los problemas y conflictos asociados a estos consumos comportan, a su vez, unas actitudes ante este hecho y una demanda de intervención institucional ante el mismo.

Ante esta innegable dimensión social que adquiere el consumo de drogas, la orientación de cualquier actuación ante esta problemática requiere contemplar, tanto la realidad personal de los consumidores (tipos y patrones de consumos, características sociodemográficas, motivaciones y factores de riesgo asociados, etc.), como el posicionamiento de la población (proximidad a las drogas, motivaciones para el no consumo, ayudas y medidas ante las drogas, permisividad o sanción de los consumos, apoyo a los programas de metadona o de

facilitación de jeringuillas y preservativos para la reducción de daños, conocimiento de actividades de prevención y asistencia, etc.).

Otra realidad importante en el fenómeno de las drogas es su **dinámica**. En los diversos estudios realizados se observan una serie de aspectos, algunos de ellos de cierta permanencia en el tiempo y otros que han ido experimentando determinados cambios. Las sustancias más extendidas e integradas socialmente, como el tabaco y el alcohol, siguen siendo de amplio consumo, pero poco a poco van modificándose sus patrones de uso: se observa cierto descenso general en el hábito de fumar diariamente, así como en el uso abusivo del alcohol; sin embargo, entre los jóvenes y determinados segmentos sociales específicos la situación es más preocupante. Entre los primeros especialmente en el uso excesivo de alcohol los fines de semana, y que en algunos casos ya va instaurando pautas de consumo más continuado.

Otro tanto parece que ocurre con las drogas ilegales más *clásicas* como la cannabis y la heroína que se encuentran en un estado de cierta contención, pero sin que pueda minusvalorarse su presencia o incluso un posible rebrote. Los cambios experimentados en las vías de uso de la heroína (menos por vía parenteral) o el retraso de la edad de inicio, son sin duda datos positivos, pero sus efectos siguen haciendo necesaria una adecuada acción de atención a quienes se encuentran en un proceso de uso problemático, así como una labor de prevención para su no inicio en el consumo.

Sin embargo, otras drogas, como la cocaína y, sobre todo, las drogas de diseño, van marcando unas tendencias de progresiva penetración en el tejido social. La cocaína en sectores sociales cada vez más diversificados, aunque afortunadamente en una expansión menor de lo que se llegó a temer en un principio. Las drogas de síntesis, que en 1995 habían consumido en alguna ocasión en España un 5% de los jóvenes de 19 a 24<sup>1</sup> años, son uno de los consumos emergentes y crecientes de los próximos años y que van a requerir probablemente una importante acción de formación y prevención sobre todo en sectores juveniles.

La potencialidad de cambio implícita, tanto en la propia dinámica de los consumos, como en la evolución de la dimensión social de los mismos, está siendo

---

1. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS-EDIS (1995). «Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas.» En: *Memoria 1995*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

estudiada desde diferentes perspectivas (epidemiológicas, sociales, antropológicas, etc.); así como en distintos ámbitos y segmentos sociales (nacional y autonómico; entre escolares, padres de alumnos, jóvenes, trabajadores, etc.). Los enfoques y los resultados han sido, como era de esperar, muy variados, pero entre las investigaciones más solventes realizadas en nuestro país —y lo que hemos podido ver en una amplia revisión internacional de estudios— se observan una serie de objetivos comunes de conocimiento.

Estos **objetivos de conocimiento** también han estado básicamente presentes en nuestros estudios sobre el Consumo de Drogas en España y en los de diversas Comunidades Autónomas (Madrid, Galicia, Andalucía, Aragón...), así como en los de sectores específicos como el mundo laboral<sup>2</sup>. Estos objetivos se pueden clasificar en seis grandes grupos:

- Conocimiento de las prevalencias y patrones de consumo de las diferentes drogas.
- Características demográficas y sociales de los usuarios de cada una de ellas.
- Modelos básicos en los policonsumos y tendencias que se apuntan, especialmente en las drogas emergentes.
- Principales motivaciones y factores de riesgo asociados o presentes en las distintas drogas. Y consecuencias personales y sociales derivadas del uso de las mismas.
- Opiniones y actitudes de la población ante la realidad de las drogas, presencia de las mismas en su medio y actuaciones y medidas ante el problema de las drogas.
- Conocimiento y valoración de las actuaciones y servicios institucionales ante las drogas, tanto entre usuarios efectivos o potenciales, como entre el conjunto de la población.

Estos seis grupos de objetivos generales de conocimiento se componen, a su vez, de diversos objetivos específicos o temáticas concretas de investigación.

---

2. FAD-EDIS (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Centrándonos en la realidad de la Comunidad Valenciana, y teniendo en cuenta el conocimiento ya adquirido en los estudios citados, la presente investigación consta de los siguientes **objetivos o temáticas específicas**:

## 1.1. Prevalencias en el consumo de los diferentes tipos de sustancias

Este bloque es central en el estudio y trata de definir los distintos consumos existentes, así como las prevalencias en cada tipo de drogas. Las sustancias incluidas aquí han sido las siguientes:

- Drogas legales:
  - tabaco
  - alcohol
- Psicofármacos:
  - tranquilizantes
  - hipnóticos
  - analgésicos comunes
  - analgésicos morfínicos y otros opiáceos
- Drogas ilegales:
  - inhalables
  - cannabis
  - anfetaminas
  - alucinógenos
  - heroína
  - cocaína
  - drogas de síntesis

## 1.2. Patrones de consumo de cada tipo de sustancias

En esta parte se estudian los distintos patrones de consumo en cada tipo de sustancias, en torno a cuatro clases de indicadores: secuencias de uso en el tiempo, edades de inicio en el consumo, vías de consumo y modos del mismo.

Su desarrollo sería, básicamente, el siguiente:

- Secuencias de uso en el tiempo:
  - Para las drogas ilegales: consumo alguna vez, en los últimos 12 meses, en los últimos treinta días. Frecuencia de uso en este período.
  - Para el tabaco y el alcohol: tipos de fumadores y bebedores, según periodicidad y/o cantidad de consumo. Frecuencia en el consumo de alcohol.
  - Y para los psicofármacos: uso alguna vez, en los últimos 12 meses y en los últimos treinta días. Frecuencia de uso en este período.
- Edades de inicio en el uso de cada droga:
  - Edades medias de inicio y distribución según grupos de edades.
- Vías de consumo, especialmente para la heroína y la cocaína:
  - Inyectada
  - Otras vías (inhalada, esnifada, fumada...).
- Modos de consumo:
  - Monoconsumo, para cada droga en concreto.
  - Policonsumo, con los diversos tipos de asociaciones, índices y modelos de policonsumo.

### 1.3. Perfiles de los consumidores de los distintos tipos de drogas

Mediante la inclusión de una serie de variables de clasificación y cualidad, y con el cruce de las mismas con todas las de consumo, se analizan las diversas características demográficas y sociales de los usuarios de cada sustancia, definiendo sus perfiles según:

- Sexo y edad.
- Nivel educativo.
- Ocupación y profesión.
- Rol familiar.
- Clase social subjetiva.
- Hábitat.
- Provincia.
- Zona.
- Tipo de población (turística y no turística).

Estas variables son de gran importancia para poder hacer un análisis de los diferentes niveles de riesgo y actuación prioritaria en cada segmento de población y zona territorial, según las prevalencias observadas en el uso de las distintas drogas.

#### 1.4. Comparación de la realidad de las drogas y posibles tendencias

Dado que el presente estudio utilizaría muchos de los indicadores que se han ido manteniendo en el tiempo en otros estudios nacionales y autonómicos, podría realizarse un análisis comparativo con algunos datos de los mismos y, desde la evolución de estos datos, hipotetizar las posibles tendencias que apuntan los consumos y los fenómenos asociados, tales como:

- En el consumo del tabaco y el alcohol.
- En el de los psicofármacos.
- En el de las drogas ilegales, con especial atención a las más problemáticas, como la heroína y la cocaína, o a las más recientes como las drogas de síntesis.
- En los perfiles o características de los usuarios de cada tipo de sustancias.
- En otra serie de indicadores (motivaciones, factores de riesgo, opinión y actitudes, conocimiento y valoración de los servicios) muy útiles para la intervención ante esta problemática, y que veremos a continuación.

#### 1.5. Principales motivaciones en el consumo de drogas

Como tema también central de este bloque analítico de la Encuesta se estudian las distintas motivaciones del consumo de:

- el alcohol,
- los psicofármacos,
- y las distintas drogas ilegales.

De un modo específico se contempla lo referido a las motivaciones iniciales y presentes en el uso de drogas de síntesis.

Pero también se indaga sobre otros temas relacionados con esta dimensión del fenómeno:

- Por una parte la presencia social de las drogas o facilidad en obtenerlas, es decir, la oferta.
- Y como contrapolo positivo de las motivaciones para el consumo, se investigan las motivaciones para no consumir drogas por parte de quienes no lo hacen, ya que éstas pueden ser utilizadas como factores de prevención.

## 1.6. Los factores de riesgo

Junto a las motivaciones explicitadas por los usuarios de drogas y la presencia social y oferta de las mismas, hay un tercer elemento que interviene en los procesos de iniciación y consolidación del consumo de drogas: los factores de riesgo concurrentes en la realidad existencial de cada persona. En los diferentes análisis que hemos hecho de los mismos hay tres grupos de factores a tomar en consideración, a saber:

- **Factores familiares:** En este factor se incluyen una serie de circunstancias de la realidad familiar que pueden tener alguna relación con una mayor predisposición al uso de drogas; circunstancias tales como si los padres beben en exceso o toman drogas, el grado de conflictividad con los padres o la pareja, etc.
- **Factores sociales:** Aquí se contemplan determinadas situaciones o condiciones sociales potencialmente relacionadas con el uso de drogas: la relación grupal, la situación económico-social, la participación e integración social, la proximidad a las drogas y la facilidad para obtenerlas, etc.
- **Factores personales:** Este tercer factor estaría compuesto por una serie de situaciones personales de cierta problematicidad o inestabilidad, tales como el sentimiento de agobio o tensión, la sensación de no poder superar las dificultades, la pérdida de confianza en sí mismo, la insatisfacción personal, etc.

Estos distintos factores intervienen en unas ocasiones como situaciones que coadyuvan en el inicio del consumo de drogas, mientras que en otras surgen o se consolidan a partir de los mismos consumos y actúan, a su vez, retroalimentándolos.

## 1.7. Las consecuencias del uso de drogas y ayudas para dejarlas

Un tema importante es saber qué consecuencias está generando el uso de drogas, así como las demandas de ayudas para dejarlas. En este bloque se estudian las siguientes cuestiones concretas:

- **Consecuencias y problemas del uso de drogas:** En la salud, los estudios, las relaciones familiares, o el trabajo; problemas económicos, de relación social, con la ley o la policía, etc. Se investiga de forma específica los posibles efectos negativos en el consumo de drogas de síntesis.
- **Dependencia en el consumo de drogas:** Se investiga en qué medida le resultaría posible o no abandonar el uso de drogas, según las diferentes sustancias consumidas: alcohol, cannabis, tranquilizantes, hipnóticos, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc.
- **Ayudas para dejar las drogas:** Desde la perspectiva de los usuarios de drogas, se indaga sobre los tipos de ayudas solicitados para abandonar el uso de drogas: desintoxicación, atención médico-sanitaria, ayuda psicológica, ayuda en formación laboral o para encontrar trabajo, asesoramiento a la familia, reinserción social, etc.

## 1.8. Opiniones y actitudes de la población ante las drogas y valoración de las medidas contra las mismas

Los bloques temáticos sobre la epidemiología de las drogas, las motivaciones y factores de riesgo, las consecuencias y demandas de ayudas son, sin duda, una parte esencial en el conocimiento necesario para la actuación ante esta problemática, pero no son suficientes, a estos efectos, pues sólo se refieren a la parte de la realidad que afecta a los consumidores.

Como ya hemos indicado al principio, el fenómeno de las drogas es un hecho social, algo que interesa al conjunto de la sociedad y sobre lo cual hay una determinada opinión pública. El cabal conocimiento de esta otra dimensión del problema es muy importante, ya que de dicha opinión y actitudes y de la acción informativa-formativa que se realice depende que la actuación ante las drogas goce de un mayor o menor apoyo social.

La evolución de esta opinión y del apoyo social que facilita o dificulta viene, en buena medida, determinada por la imagen que se vaya configurando en torno a

esta problemática y por las expectativas que se tengan ante la misma. Estas cuestiones se investigan mediante los siguientes indicadores:

- Información que se tiene sobre las drogas, especialmente sobre la peligrosidad y efectos de las mismas.
- Razones por las que llega a considerarse peligrosa la utilización de drogas.
- Ayudas y medidas ante las drogas. Desde la perspectiva de la población qué ayudas se creen más efectivas para dejar las drogas (centros especializados, servicios médicos generales y consultas privadas, la acción de la familia, de los educadores, las organizaciones juveniles de ayuda, etc.). Y qué medidas sociales y políticas se piden para luchar contra las drogas (represión del tráfico, campañas de información, educación y prevención en la escuela, programas de orientación y asistencia familiar, etc.).
- Grado de apoyo a diversas actuaciones y programas para el tratamiento de determinados problemas, con atención especial a la administración de metadona y la facilitación de jeringuillas estériles y preservativos.
- Actitudes ante el uso de drogas, en los lugares públicos y en el ámbito privado.

Estos indicadores, con distinto grado de contrastación en otros estudios, permiten conocer cómo va evolucionando la opinión pública. Sin embargo, dado que en muchas ocasiones esta opinión está condicionada por la comunicación que se hace del fenómeno de la droga, se ha incluido también en el presente estudio otro indicador sobre presencia o cercanía de la droga, de modo que los consumos se puedan evaluar desde un mayor o menor contacto con la problemática en cuestión, según esté en la propia familia, entre amigos cercanos, en conocidos más lejanos, o en nadie en particular y sólo en el *ambiente en general*.

## 1.9. Conocimiento y valoración del Plan Autonómico de Drogodependencias y de los Planes Municipales

Ante la problemática y las demandas generadas por las drogas, el Plan Autonómico de Drogodependencias de la Comunidad Valenciana y los Planes Municipales están dando una respuesta. En el estudio se incluyen una serie de indicadores sobre esta cuestión, que permiten ver la percepción que los ciudadanos tienen sobre la misma.

Los indicadores concretos han sido los siguientes:

- Conocimiento de la existencia del Plan Autonómico de Drogodependencias y de los Planes Municipales.
- Valoración de la actuación del Plan Autonómico de Drogodependencias y de los Planes Municipales.
- Conocimiento de algunas actuaciones concretas (en formación y prevención, en tratamientos, en participación social, etc.)

Estos indicadores se analizan en función de diversos rasgos de la población (hábitat, zona, tipo de población, sexo y edad, nivel educativo, ocupación, etc.), para de este modo ver con mayor detalle en qué segmentos de la sociedad valenciana está penetrando más la percepción y valoración del Plan Autonómico de Drogodependencias y los Planes Municipales. Así como el grado de conocimiento específico de las actuaciones realizadas ante las drogas.

## 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El instrumento de investigación utilizado ha sido una encuesta epidemiológica y de opinión, aplicada a la población residente en la Comunidad Valenciana, con arreglo a las siguientes características técnicas:

### 2.1. El universo

El universo de la encuesta ha sido la población residente en la Comunidad Valenciana, de 15 años en adelante, en todos sus territorios: los distintos hábitats, las tres provincias, las zonas de áreas sanitarias y, finalmente, poblaciones turísticas y las que no lo son.

### 2.2. La muestra

En base a este universo, la muestra realizada cumple las siguientes condiciones: representativa de esta población y constituida de forma aleatoria y polietápica, habiendo sido estratificada en base a las siguientes etapas y variables:

## A. Distribución proporcional

- Hábitats: municipios de hasta 10.000 habitantes, de 10.001 a 50.001, de 50.001 a 100.000, de 100.001 a 250.000 y de más de 250.000.
- Provincias: Castellón, Valencia y Alicante.
- Zonas: en base a las 20 áreas de salud, el Centro Valenciano de Documentación sobre Drogodependencias nos facilitó (a efectos de que el análisis desagregado de los datos fuera significativo estadísticamente) una agrupación en seis grandes zonas, que de forma resumida denominaremos del siguiente modo\*:
  1. Castellón-Vinaroz-Segorbe.
  2. Valencia-Paterna-Masamagrell-Mislata-Requena.
  3. Valencia-Torrente-Catarroja.
  4. Alzira-Gandía-Játiva.
  5. Alicante-Denia-Villajoyosa.
  6. Elche-Orihuela-Alcoi-Villena.
- Zonas turísticas y no: la muestra se distribuyó, de forma también proporcional, en 13 poblaciones turísticas (con un peso del 38.8% del total de población) y en 51 no turísticas (con un peso del 61.2%). En total se incluyeron 64 ciudades o pueblos, que con la distribución en los distintos barrios y distritos alcanza en total unos 210 puntos de muestreo efectivo.
- Sexo: hombres el 48.4% y mujeres un 51.6%.

## B. Distribución no proporcional

En los estudios sobre uso de drogas, tanto autonómicos (Aragón, Galicia, Andalucía, Madrid...), como nacionales (*Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas 1995*, de la DGPNSD), con el fin de optimizar las bases muestrales de los usuarios de drogas minoritarias (heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc.), en la variable de edad se hace una afijación no proporcional, sobrerrepresentando los estratos de edad de menos de 35 años. Posteriormente, en los resultados, se restituye la proporcionalidad, mediante un equilibraje muestral en el que se aplican los correspondientes factores de ponderación.

Esta es la técnica estadística que hemos utilizado también en el presente estudio en la Comunidad Valenciana, en lo que a la variable edad se refiere. Las

---

\* En adelante se utilizará la siguiente denominación abreviada: Castellón-Vinaroz, Valencia-Paterna, Valencia-Torrente, Alzira-Gandía, Alicante-Denia, Elche-Orihuela.

magnitudes proporcionales, las no proporcionales asignadas y los factores de ponderación aplicados, para cada grupo de edad, han sido los siguientes:

CUADRO A DISTRIBUCIÓN POR EDADES			
GRUPO DE EDAD	PROPORCIONAL	NO PROPORCIONAL ASIGNADAS	FACTORES PONDERACIÓN
15 a 18	167	400	0.42
19 a 24	252	600	0.42
25 a 34	385	500	0.77
35 a 44	318	250	1.27
45 y más	878	250	3.51

En los resultados que vamos a exponer en el informe ya se ha restituido la proporcionalidad de cada grupo de edad, de modo que son representativos del peso real en que se da cada fenómeno estudiado en la población real.

El tamaño de la muestra ha sido de 2.000 entrevistas. Y el margen de error para el conjunto, con un nivel de confianza del 95.5% y siendo  $P=Q$ , es del  $\pm 2.2\%$ .

### 2.3. El trabajo de campo

En base a estas características de la muestra, el trabajo de campo se ha realizado mediante el sistema de rutas aleatorias, para la elección de la calle, el edificio, la vivienda y el sexo de la persona a entrevistar. En la variable edad se han aplicado las proporciones de cuotas asignadas a cada grupo de edad, tal como se ha visto en el cuadro A.

Las entrevistas han sido siempre personales y realizadas por un entrevistador de EDIS en los domicilios de los entrevistados. Se ha procurado conseguir en la entrevista un cierto aislamiento de los demás miembros de la familia, especialmente en el caso de los jóvenes. Cuando esto no era posible, se ha intentado hacer la entrevista en el vestíbulo, el rellano de la escalera, la puerta de la casa...

La aplicación de la encuesta se realizó entre el 10 de noviembre y el 10 de diciembre de 1996. La supervisión de cuestionarios se hizo según se iba reali-

**CUADRO B**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PUNTOS DE MUESTREO BÁSICO POR HÁBITATS, ZONAS Y POBLACIONES TURÍSTICAS Y NO TURÍSTICAS<sup>1</sup>**

ZONAS	HASTA 10.000 HABITANTES	DE 10.001 A 50.000 HABITANTES	DE 50.001 A 100.000 HABITANTES	DE 100.001 A 250.000 HABITANTES	MÁS DE 250.000 HABITANTES	Nº ENTREVISTAS Y P. MUESTREO
<b>1. Castellón-Vinaroz</b>	Alcora Calig Segorbe Vall d'Alba Benicasim Puig	15 15 15 15 7 12	Onda Vila-Real Burrriana Vinaroz Puzol	27 26 17 16 6	30 Castellón	67 268 (13)
<b>2. Valencia-Paterna</b>	Buñol Casinos Chelva Chiva Villar Arzopispo	21 21 20 20 20	Burjasot Liria Mislata Requena Massamagrell	28 28 28 27 14		437 (11)
<b>3. Valencia-Torrente</b>	Alcaicer Sedavi	12 12	Catarroja Silla Xirivella Quart	31 31 30 8	Torrente	31 342 (8)
<b>4. Alzira-Gandia</b>	Alberic Benifaró de Vall Enguera Ollería Navarrés	22 22 22 22 22	Alginet Alzira Carlet Sueca Játiva Cullera	27 26 26 26 26 12	Torrente Gandia	26 279 (12)
<b>5. Alicante-Denia</b>	Agost Alfaz del Pí Pego	18 17 17	Callosa S. Vicente Raspeig Denia Villajoyosa	28 28 26 26		299 (8)
<b>6. Elche-Orihuela</b>	Albatera Catral Guardamar S. Formentera S. Hondón Nieves Sax	14 14 13 13 13 13	Concentaina Novelda Orihuela Santa Pola	39 38 38 20	Alcoi Elda Eleche	31 31 98 375 (13)
<b>Total entrevistas y puntos muestreo básico</b>	447 (27)	703 (28)	149 (5)	165 (2)	536 (3)	2.000 (65)

1. Subrayadas, las poblaciones turísticas.

zando el trabajo de campo. Por imperfección en la selección muestral o insuficiente información en la encuesta, se desecharon un total de 56 cuestionarios, los cuales fueron repetidos, en personas de los mismos lugares y características de los desechados, entre el 12 y el 15 de diciembre.

## 2.4. La población estudiada

Las características sociodemográficas de la población estudiada, en las variables muestrales y en otras de clasificación, son las siguientes:

<b>VARIABLES MUESTRALES</b>		
	N	%
<b>Hábitat</b>		
Hasta 10.000 hab.	447	22.3
De 10.001 a 50.000 hab.	703	35.2
De 50.001 a 100.000 hab.	149	7.5
De 100.001 a 250.000 hab.	165	8.2
Más de 250.000 hab.	536	26.8
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>
<b>Provincia</b>		
Castellón	231	11.5
Valencia	1.112	55.6
Alicante	657	32.9
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>
<b>Zona</b>		
Castellón-Vinaroz	268	13.5
Valencia-Paterna	437	21.8
Valencia-Torrente	342	17.1
Alzira-Gandía	279	13.9
Alicante-Denia	299	14.9
Elche-Orihuela	375	18.9
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>
<b>Tipo de población</b>		
No turística	1.225	62.1
Turística	775	38.8
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	968	48.4
Mujer	1.032	51.6
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>
<b>Edad</b>		
De 15 a 18 años	167	8.3
De 19 a 24 años	252	12.6
De 25 a 34 años	385	19.2
De 35 a 44 años	318	15.9
De 45 y más años	878	43.9
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>

Y en lo que se refiere a otras variables de clasificación utilizadas en el análisis, la distribución obtenida es la siguiente.

<b>OTRAS VARIABLES DE CLASIFICACIÓN</b>		
	N	%
<b>Rol familiar</b>		
Cabeza familia	676	33.8
Cónyuge	664	33.2
Hijo no emancipado	515	25.8
Hijo emancipado	90	4.5
Otros	55	2.7
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>
<b>Estudios</b>		
Sin estudios	286	14.3
EGB (inicial-medio)	323	16.2
EGB (superior)	522	26.1
BUP (1º y 2º)	113	5.6
BUP (3º) - COU	238	11.9
FP 1	111	5.5
FP 2	86	4.3
Medios	168	8.4
Superiores	140	7.0
Otros	5	0.2
NS/NC	8	0.4
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>
<b>Estudios (agrupados)</b>		
Sin estudios	286	14.3
Primarios-EGB	845	42.2
BUP-COU	351	17.6
FP 1 y 2	197	9.8
Medios y Superiores	308	15.5
Otros y NS/NC	13	0.6
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>
<b>Actividad</b>		
Grandes empresarios	2	0.1
Empresarios medios-pequeños	165	8.3
Profesionales, cuadros medios	99	5.0
Funcionarios	109	5.5
Trabajadores servicios	240	12.0
Trabajadores industria	130	6.5
Trabajadores campo	68	3.4
En paro, cobrando seguro	41	2.1
En paro, sin cobrar seguro	104	5.2
Busca primer empleo	33	1.7
Estudiantes	291	14.5
Amas de casa	455	22.8
Jubilados-pensionistas	241	12.0
Otra	17	0.8
NS/NC	4	0.2
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>

	N	%
<b>Actividad (agrupada)</b>		
Empresarios	167	8.4
Profesionales, cuadros y funcionarios	208	10.5
Trabajadores y empleados	438	21.9
Parados y buscan primer empleo	178	9.0
Estudiantes	291	14.5
Amas de casa	455	22.8
Jubilados-pensionistas	241	12.0
Otras y NS/NC	21	1.0
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>
<b>Clase social</b>		
Baja	89	4.5
Media-baja	397	19.8
Media-media	1.249	62.4
Media-alta	203	10.2
Alta	33	1.7
NS/NC	28	1.4
	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>

En lo que se refiere a la actividad hay que señalar que ésta se compone de dos grandes categorías, los activos (ocupados y parados) y los inactivos (estudiantes, amas de casa y jubilados-pensionistas). Esto es de gran importancia para evaluar si la cobertura y representatividad de la encuesta es la adecuada. Comparando las proporciones obtenidas en la presente encuesta con los datos de la Encuesta de Población Activa del INE para el conjunto nacional, podemos ver lo siguiente:

ENCUESTA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA		ENCUESTA DE POBLACIÓN ACTIVA DEL INE	
Activos		Activos	
Ocupados	40.7%	Ocupados	38.0%
Parados	9.0%	Parados	10.5%
Inactivos	50.3%	Inactivos	51.5%
Total	100.0%	Total	100.0%

Como puede observarse, en la presente encuesta están perfectamente representados los activos, y en especial los ocupados; no habiéndose producido ningún sesgo de sobrerrepresentación de los inactivos (especialmente amas de casa o jubilados-pensionistas). Esto es de gran importancia para la plena validez de los resultados de una encuesta de este tipo.

## 2.5. El cuestionario

El cuestionario consta de 122 preguntas, estructuradas en los siguientes grandes bloques temáticos:

- Variables de estratificación y otros datos de situación.
- El consumo de tabaco.
- El consumo de alcohol.
- El consumo de psicofármacos y de drogas ilegales.
- Vías de consumo de la cocaína y la heroína.
- Cuestiones específicas sobre las drogas de diseño.
- Motivaciones y factores de riesgo en el consumo de drogas.
- Consecuencias del consumo de drogas.
- Opiniones y actitudes de la población ante la realidad de las drogas y demanda de medidas.
- Información respecto a la peligrosidad de las drogas.
- Conocimiento y valoración del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y de los Planes Municipales.
- Conocimiento de actuaciones realizadas en información, prevención, asistencia y otras inespecíficas.

Este cuestionario se recoge íntegramente en un anexo, al final del Informe.

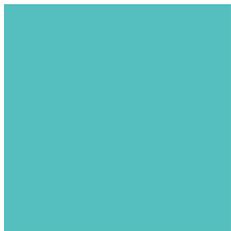




## **PRIMERA PARTE**

**El consumo de drogas  
en la Comunidad Valenciana**





# CAPÍTULO UNO

## Conocimiento y proximidad de las drogas e información sobre su peligrosidad

En la primera parte de este estudio se expondrán y analizarán en detalle los consumos de las distintas drogas incluidas en la encuesta a la población de la Comunidad Valenciana. Veremos las prevalencias de cada sustancia en los diferentes períodos de tiempo considerados, la continuidad de uso, las características o perfiles sociodemográficos de los consumidores de cada tipo de droga, los consumos asociados de diversas sustancias o policonsumo, así como otra serie de datos complementarios.

Todo ello se estudiará a lo largo de cuatro capítulos monográficos: el consumo de tabaco; el consumo de alcohol; el consumo de otras drogas; el policonsumo, prevalencias y características asociadas.

En su conjunto, y en las comparaciones que haremos en determinadas drogas con los resultados de estudios de otras Comunidades, estos capítulos nos darán una perspectiva de cuál es el actual estado de situación en la Comunidad Valenciana, respecto a este fenómeno.

Sin embargo, antes de entrar en los datos concretos de los consumos, conviene fijar un poco la atención en algo que está en la antesala de aquéllos: el conocimiento y la proximidad que los ciudadanos tienen de las drogas y la información sobre su peligrosidad. Además de las motivaciones y los factores de riesgo en la generación de la demanda y consumo de drogas —cuestiones que veremos en la segunda parte del estudio— la presencia misma de ellas, su cercanía

y accesibilidad, y la medida en que se consideren o no peligrosas, constituyen también unas condiciones básicas para la existencia de un riesgo potencial añadido a las motivaciones y situaciones individuales específicas.

Como introducción al análisis de los consumos, vamos a ver en este primer capítulo, todas estas cuestiones, y ello a través de cinco indicadores concretos: conocimiento de nombres de drogas, conocimiento de personas que usan drogas, facilidad para obtener las drogas, información sobre la peligrosidad de las drogas, y razones por las que las drogas podrían ser peligrosas.

Veamos a continuación los resultados obtenidos en la encuesta sobre estos temas.

## 1. CONOCIMIENTO Y PROXIMIDAD DE LAS DROGAS

En este apartado vamos a ver los resultados de los tres primeros indicadores:

### 1.1. Conocimiento de nombres de drogas

Sobre esta cuestión se solicitó, en pregunta abierta, a todos los entrevistados que indicaran todos los nombres de drogas (o equivalentes en lenguaje vulgar) que conocieran. Del total de 2.000 entrevistados, 1.790, el 89.5%, indicaron uno o más nombres, alcanzando un total de 6.081 respuestas; lo que da una media de 3.4 nombres de drogas por cada entrevistado que contestó a la pregunta. Tan sólo 210 personas, un 10.5%, no mencionó ningún nombre.

Aunque sea de un modo nominal no hay duda que la realidad de las distintas drogas es un hecho muy presente entre la población de la Comunidad Valenciana: en las conversaciones de los jóvenes, en las preocupaciones de los padres y, sobre todo, en los medios de comunicación social.

En lo que se refiere a la mención de nombres concretos de drogas, una vez asimilados los equivalentes, y convirtiendo en base cien el total de respuestas obtenidas, la relación de las drogas nombradas es la que recoge porcentualmente la siguiente tabla:

**TABLA 1.1.**  
**CONOCIMIENTO DE NOMBRES DE DROGAS**

DROGAS	% DE ENTREVISTADOS	% SOBRE TOTAL DE RESPUESTAS
Heroína	66.8	19.7
Cocaína	75.6	22.3
Cannabis	65.6	19.3
Anfetaminas	21.9	6.4
Alcohol	26.0	7.6
Tabaco	18.8	5.5
Alucinógenos	26.6	7.8
Drogas síntesis	36.5	10.7
Hipnosedantes	2.0	0.6
Total	339.8	100.0
Base	(1.790)	(6.081)

En la primera columna de la tabla 1.1 se recoge el porcentaje de entrevistados que señalan el nombre de cada droga, y en la segunda el porcentaje sobre el total de respuestas. Según esto podemos ver que las más mencionadas son la cocaína, la heroína y la cannabis (entre el 75 y el 65% de los entrevistados las nombran) y que acumulan el 61.3% de las respuestas.

A continuación encontramos las drogas de síntesis que las nombran un 36.5% de los entrevistados, y son el 10.7% del total de respuestas. El alcohol y los alucinógenos son las dos siguientes más nombradas con un 26% de los entrevistados y con casi un 8% de las respuestas cada una.

Si agrupamos ahora las respuestas que mencionan drogas ilegales y las de las drogas legales (tabaco, alcohol e hipnosedantes), podemos ver las siguientes proporciones:

DROGAS ILEGALES	DROGAS LEGALES
86.3	13.7

Según puede verse hay una fuerte predominancia de las drogas ilegales. Esta polarización de la imagen de droga en torno a las ilegales (cocaína, heroína, cannabis, drogas de síntesis...) oculta la importancia real de las legales, en especial el tabaco y los hipnosedantes y, en parte, el alcohol. Este estereotipo es muy común; en un reciente estudio que hemos realizado en Andalucía<sup>1</sup> un 84.3% de las respuestas eran drogas ilegales y el 15.7% las legales.

Dada la generalización de esta imagen no se observan diferencias significativas en los cruces con las distintas variables independientes.

## 1.2. El conocimiento de otras personas que tomen drogas

Situándonos de una forma más próxima a la realidad concreta de cada entrevistado, se les preguntó si conocían alguna persona que consumiera algún tipo de droga; y a los que respondieran afirmativamente, en qué círculo o ámbito estaban estas personas respecto al entrevistado.

Un 56% de los entrevistados respondieron que SÍ conocían a alguna o algunas personas que usaran drogas, por un 42% que indicó que no. Estas proporciones están muy próximas a las observadas también en Andalucía (un 57% sí y el 41.5% no).

En lo referido a los ámbitos en que se encuentran estas personas podemos ver la tabla siguiente:

	%
NO, ninguna	42.0
SÍ, en mi familia	4.5
SÍ, entre los amigos	17.7
SÍ, compañeros de trabajo o estudios	5.8
SÍ, algún conocido	28.0
NS/NC	2.0
Total	100.0
Base	(2.000)

1. EDIS (1996). *Los andaluces ante las drogas V*. Sevilla: Comisionado para la Droga.

Un 28% de los entrevistados conoce a alguien que tome drogas en un ámbito muy o bastante próximo: la propia familia (4.5%), los amigos (17.7%) y los compañeros de trabajo o estudios (5.8). Otro 28% conoce a alguien en un ámbito algo más genérico “algún conocido”. Estas proporciones son muy parecidas a las observadas en Andalucía: un 26% en el ámbito cercano y un 32% en el más genérico.

Tomando como referencia los tres ámbitos más cercanos podemos ver que quienes en mayor medida señalan cada uno presentan el siguiente perfil:

- En la propia familia: Este ámbito es señalado principalmente por las mujeres, las personas de mediana edad y mayores; por los padres, amas de casa y pensionistas. Sin duda se están refiriendo, especialmente, a la situación de cónyuges e hijos.
- Entre los amigos: Aquí destacan algo más los hombres que las mujeres, de edades jóvenes, de 15 a 18 años y de 19 a 24, principalmente. Estudiantes, trabajadores con empleo y sobre todo los parados. La referencia principal es el grupo de iguales. Y principalmente en núcleos urbanos medios y grandes.
- Entre compañeros de trabajo o estudios: El perfil de los que señalan este ámbito es muy similar al anterior: hombres, jóvenes de 15 a 24 años, pero también de 25 a 34. Estudiantes, trabajadores, profesionales y funcionarios.

### 1.3. Facilidad para encontrar y obtener drogas

En este tercer indicador se preguntaba a los entrevistados si creían que era fácil o difícil encontrar y poder obtener drogas cuando se quieren. Las respuestas obtenidas son las siguientes:

<b>TABLA 1.3.</b>	
<b>FACILIDAD PARA LA OBTENCIÓN DE DROGAS</b>	
	%
Muy fácil	42.5
Fácil	36.1
Unas veces fácil y otras difícil	5.5
Difícil	2.0
Muy difícil	1.5
NS/NC	12.4
Total	100.0
Base	(2.000)

Como puede verse el resultado es muy inquietante: un 78.6% de los entrevistados opina que la obtención de drogas es fácil o muy fácil; frente a tan sólo un 3.5% que cree que es difícil o muy difícil. Este mismo grado de facilidad se observa en Galicia (77.5%).

Dada la generalidad de la opinión mayoritaria, el cruce con las variables independientes no arroja diferencias muy significativas; en todo caso cabría señalar que los que en mayor medida creen que es fácil o muy fácil son principalmente los hombres, las personas jóvenes y de edades intermedias, los residentes en núcleos urbanos y en poblaciones turísticas; en los que el promedio se eleva entre el 85 y el 95%. Y los que en mayor proporción opinan que es difícil o muy difícil, entre un 10 y un 15%, son las mujeres, las personas mayores, en poblaciones rurales y en algunas de las no turísticas.

Resumiendo lo visto en los tres indicadores cabe concluir que la presencia y proximidad de las drogas entre la población de la Comunidad Valenciana es bastante alta: un 89.5% señalan nombres de drogas, con una media de 3.4 nombres por persona; de ellos un 86.3% son nombres de drogas ilegales. El 56% de la población de referencia conoce a alguien que consume drogas, de ellos un 28% en ámbitos cercanos (familia, amigos, compañeros). Finalmente, un 78.6% creen que es fácil o muy fácil poder encontrar y obtener drogas.

## 2. INFORMACIÓN SOBRE LA PELIGROSIDAD DE LAS DROGAS Y RAZONES DE LA MISMA

Los tres indicadores anteriores señalan la existencia de un potencial de riesgo ante las drogas, por su presencia y proximidad. No obstante, el consumo efectivo de las mismas no se produce de forma automática. Para que éste se dé se requiere también de unas motivaciones y de unas situaciones de riesgo específico. Por el contrario, hay elementos que pueden actuar de forma preventiva o disuasoria, entre ellos la percepción que se tenga respecto a la peligrosidad de las drogas y las consecuencias negativas que conllevan.

Sobre estas dos últimas cuestiones los resultados obtenidos en la encuesta son los que se exponen a continuación.

## 2.1. Información sobre la peligrosidad de las drogas

Respecto a esta cuestión se preguntó a los entrevistados si se sentían informados respecto a la potencial peligrosidad y los posibles efectos de las drogas.

Las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

**TABLA 1.4.**  
**SE SIENTEN INFORMADOS**  
**SOBRE LA PELIGROSIDAD DE LAS DROGAS Y SUS EFECTOS**

	%
Nada	4.7
Poco	10.4
Algo	27.0
Bastante o mucho	56.0
NS/NC	1.9
Total	100.0
Base	(2.000)

Un poco más de la mitad de la población de referencia, el 56%, señala sentirse bastante o muy informado sobre la peligrosidad de las drogas y sus efectos. En el otro extremo un 15.1% indica que no se sienten informados o muy poco, a los que habría que añadir, en rigor, el 27% que tan sólo se siente algo informado, y el 1.9% que ni siquiera responde a la pregunta.

En realidad nos encontramos ante dos amplios segmentos de población, casi iguales: uno bien informado y otro con un importante déficit de información.

Si tomamos estos datos de forma dicotómica y los cruzamos con las distintas variables independientes podemos ver los perfiles de los que se sienten más y menos informados.

**TABLA 1.5-A.**  
**PERFILES DE LOS MÁS INFORMADOS Y DE LOS QUE NO LO ESTÁN**  
**(SEGÚN LAS VARIABLES DE CLASIFICACIÓN)**

<b>MÁS INFORMADOS</b>	<b>56%</b>	<b>MENOS INFORMADOS</b>	<b>44%</b>
Poblaciones:		Poblaciones:	
- De 50.001 a 100.000 hab.	68.5	- Hasta 10.000 hab.	46.0
- De 100.001 a 250.000 hab.	69.6	- De 10.001 a 50.000 hab.	47.2
- Más de 250.000 hab.	56.2		
- De 19 a 24 años	66.0	- De 15 a 18 años	40.1
- De 25 a 34 años	64.0	- Más de 44 años	52.5
- De 35 a 44 años	64.2		
Estudios:		Estudios:	
- BUP-COU	61.7	- Sin estudios	58.5
- FP 1 y 2	63.5	- Primarios-EGB	48.0
- Medios y superiores	75.1		
- Profesionales y funcionarios	75.6	- Amas de casa	46.1
- Estudiantes	68.4	- Pensionistas	68.1
		- Parados	46.5
Los que se ubican en la clase:		Los que se ubican en la clase:	
- Media-media	60.0	- Baja	47.1
- Media-alta y alta	63.1	- Media-baja	55.1

**TABLA 1.5.-B**  
**PERFILES DE LOS MÁS INFORMADOS Y DE LOS QUE NO LO ESTÁN**  
**(SEGÚN BEBAN ABUSIVAMENTE O NO**  
**Y USEN DROGAS ACTUALMENTE O LAS HAYAN ABANDONADO)**

Los que no beben alcohol o lo hacen de forma moderada	59.6	Los bebedores: altos y excesivos	63.5
Y respecto a las drogas, los que han abandonado el uso de:		Y respecto a las drogas, los que actualmente siguen usando:	
- Cocaína	90.7	- Heroína	65.1
- Heroína	85.7	- Drogas de síntesis	56.1
- Drogas de síntesis	72.2	- Anfetaminas	50.1
- Cannabis	74.3	- Otros opiáceos	65.5
- Otros opiáceos	88.0	- Hipnóticos	67.2

A partir de los datos de la tabla 1.5 podemos ver que quienes en mayor medida SÍ se sienten informados presentan los siguientes rasgos comunes: residen en núcleos urbanos medios y grandes; edades jóvenes e intermedias; buen nivel educativo; estudiantes, profesionales y funcionarios; nivel social medio y medio-alto. No beben alcohol o lo hacen de forma moderada. Y un segmento minoritario, pero muy significativo, de quienes han abandonado el uso de drogas, especialmente, cocaína, heroína y otros opiáceos, drogas de síntesis y cannabis.

Por el contrario, los que en mayor proporción NO se sienten informados son, por una parte, los muy jóvenes (15 a 18 años) y los más mayores (45 y más años); los residentes en pueblos rurales y núcleos urbanos pequeños. De bajo nivel educativo, no activos económicamente (amas de casa, pensionistas y parados); y de posición social más modesta (clase baja y media-baja). Por otra parte, encontramos también a bebedores altos y excesivos y a los que actualmente están consumiendo drogas, especialmente heroína y otros opiáceos, drogas de síntesis, anfetaminas e hipnóticos.

Es muy importante, a efectos de intervención sobre el problema, la doble relación encontrada entre abandono del consumo y mayor información, por un lado, y consumo actual y menor información, por otro.

Las diferencias observadas en los cruces de estas variables son significativas, pues los chi cuadrados permiten descartar la hipótesis nula con unas probabilidades entre  $P < .00001$  y  $P < .04981$ .

## 2.2. Razones por las que las drogas pueden ser peligrosas

Por último se preguntó a todos los entrevistados por las razones por las que, en su opinión, las drogas podrían ser peligrosas. En total contestaron 1.962 entrevistados, el 98.1%, que aportaron 3.761 respuestas, lo que da una media de 1.9 respuestas por entrevistado.

En la tabla siguiente se recogen en una columna el porcentaje de entrevistados que indican cada razón concreta, y en otra los porcentajes que obtienen estas razones sobre el total de respuestas; veamos a continuación estos resultados.

**TABLA 1.6.**  
**RAZONES POR LAS QUE LAS DROGAS PUEDEN SER PELIGROSAS**

RAZONES	% DE ENTREVISTADOS	% DE RESPUESTAS
Tienen efectos secundarios en la salud	60.5	31.6
Crean adicción	48.5	25.3
Provocan problemas familiares, laborales y sociales	39.6	20.6
Están adulteradas	14.7	7.7
Requieren mucho dinero	9.2	4.8
Pueden inducir al delito	15.2	7.2
Otras razones diversas	4.1	2.1
Total	191.7	100.0
Base	(1.962)	(3.761)

Las tres razones más importantes por las que las drogas podrían ser peligrosas son, en opinión de la población, el que tienen efectos secundarios en la salud, el que crean adicción y el que provocan problemas familiares, laborales y sociales. Estas razones las señalan entre el 60.5 y el 39.6% de los entrevistados, y en total acumulan el 77.5% de las respuestas.

La posible inducción al delito, la adulteración y el que requieren mucho dinero, la señalan entre un 15.2 y el 9.2% de los entrevistados, acumulando el 19.7% de las respuestas.

Si tomamos la palabra clave de cada tipo de razón, los conceptos semánticamente esenciales a efectos de la comunicación en campañas y actuaciones preventivas, (vistas éstas desde la perspectiva de las advertencias de riesgos concretos), ordenados según su importancia, serían los siguientes:

- 1º Salud
- 2º Adicción
- 3º Problemas
- 4º Delito
- 5º Adulteración
- 6º Dinero

Si cruzamos estas razones con las variables independientes podemos ver quienes son los que ponen un mayor énfasis en cada tipo de razón:

- Según el sexo se observa que los hombres y las mujeres no tienen en esta ocasión opiniones muy diferenciadas y coinciden en gran medida; quizás quepa señalar que las mujeres destacan algo más los problemas familiares, laborales o sociales.
- En lo que respecta a la edad vemos que los más jóvenes, de 15 a 18 años y de 19 a 24 señalan la adicción como principal factor de peligrosidad de las drogas; los de edad intermedia enfatizan los efectos sobre la salud; y los de 35 años en adelante indican los problemas que pueden provocar.
- En los niveles educativos bajos se señalan principalmente los efectos sobre la salud y los problemas; los de niveles medios y superiores destacan la salud y la adicción.
- Los empresarios y profesionales remarcan la adicción y la salud. Los trabajadores insisten en la salud y los problemas. Y las clases pasivas señalan también la salud y los problemas, y dentro de ellas las amas de casa dan especial importancia a la inducción al delito.

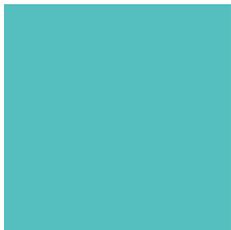
En el resto de variables independientes no se observan mayores diferencias de opinión.

Resumiendo lo visto en este apartado, podemos concluir que la mitad de la población de la Comunidad Valenciana se siente informada sobre la peligrosidad y los efectos de las drogas, mientras que la otra mitad indica que no o de forma insuficiente.

Este mayor déficit de información se da en unos sectores de la población hacia los que habría que orientar ciertas actuaciones informativas, especialmente en los más jóvenes, de bajo nivel educativo, en poblaciones rurales o urbanas pequeñas. Y de un modo muy especial hacia los actuales consumidores de drogas.

Las razones principales por las que la población cree que las drogas son peligrosas se articulan en torno a tres conceptos básicos, ordenados del siguiente modo: daño a la salud, adicción, y problemas sociolaborales, y otros tres secundarios, el delito, la adulteración y el coste en dinero. Conceptos, sin duda, de gran importancia para la comunicación de prevención y disuasión ante las drogas, por la credibilidad que tienen.





# CAPÍTULO DOS

## El consumo de tabaco

### 1. INTRODUCCIÓN

En el capítulo anterior hemos visto una serie de cuestiones que son de gran interés como contextualizadoras de los consumos de las distintas drogas en la Comunidad Valenciana. Entrando ya en el análisis, la primera droga que vamos a estudiar es el tabaco. Esta droga —que aún no es tenida como tal por una gran parte de la población— es la más utilizada, junto al alcohol, y también una de las que más consecuencias tiene a largo plazo. No obstante, su escasa influencia en la modificación de la conducta y su amplia integración social y cultural ha hecho posible que su uso haya gozado de una gran tolerancia.

Pero poco a poco la investigación médica y social sobre sus efectos ha ido demostrando su gran nocividad sobre la salud, así como otros efectos derivados (sobrecoste sanitario, absentismo laboral, perjuicio a los no fumadores...). Lo cierto es que, paulatinamente, se han ido produciendo una serie de actuaciones preventivas e institucionales orientadas a reducir su consumo. Actualmente, las tasas de consumo son todavía muy elevadas, pero parece haberse iniciado un proceso de disminución bastante sostenido.

En dos estudios de ámbito nacional, que realizamos hace alrededor de una década, uno en población general (1984)<sup>1</sup> y otro entre trabajadores (1987)<sup>2</sup>,

- 
1. NAVARRO, J.; VARO, J.; LORENTE, S. (1985). *El consumo de drogas en España*. Madrid: Cruz Roja Española.
  2. NAVARRO, J. et al. (1987). *La incidencia de las drogodependencias en el mundo laboral*. Madrid: UGT.

observamos que eran fumadores diarios el 41.4% de la población de doce años en adelante, mientras que entre los trabajadores de 16 a 65 años la proporción ascendía al 54.1%.

En 1993 y 1994 otros dos estudios nacionales a población española en general<sup>3</sup> cifraban los fumadores diarios entre un 32 y un 34%. Y ya en 1995 la última encuesta del Plan Nacional sobre Drogas<sup>4</sup> estimaba que fumaban diariamente un 30.4% de la población de quince años en adelante. Finalmente, en un reciente estudio, esta vez de nuevo entre población trabajadora, promovido por la FAD<sup>5</sup>, los fumadores diarios eran un 48.3% del total de este tipo de población.

En este proceso de disminución del uso del tabaco cabría situar también los resultados obtenidos en la presente encuesta en la Comunidad Valenciana, aunque se encuentran unas tasas de fumadores diarios importantes y algo por encima del promedio nacional.

Entrando ya en el análisis de estos datos en la población valenciana, de quince años en adelante, analizaremos la información obtenida en los dos siguientes apartados: los consumos de tabaco y tipología de fumadores, y la edad de inicio y los perfiles de los fumadores.

## 2. LOS CONSUMOS DE TABACO Y TIPOLOGÍA DE FUMADORES

Sobre este particular la primera tabla de resultados es la tabla 2.1.

Un 58.1% de la población de la Comunidad Valenciana, de 15 años en adelante, ha fumado en alguna ocasión. De ellos un 41.6% fuma actualmente, de los que el 35.0% lo hace diariamente.

---

3. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1994). *Encuesta nacional de salud en España 1993*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

PNSD-CIS (1993). «Opiniones y comportamiento de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol.» En: *Memoria 1993*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

4. PNSD-EDIS (1995). «Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas.» En: *Memoria 1995*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

5. FAD-EDIS (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

**TABLA 2.1.**  
**EL CONSUMO DE TABACO**

	%
Nunca han fumado	41.9
Antes fumaban, ahora no	16.5
Fuman ocasionalmente	6.6
Fuman diariamente	35.0
Total	100.0
Base	(2.000)

Un dato muy importante, relacionado con lo dicho anteriormente sobre la disminución del uso del tabaco, es que un 16.5% de la población de referencia ha abandonado el consumo del mismo.

La tasa de fumadores diarios, el 35%, es algo mayor que la observada a nivel nacional (entre el 30.5 y el 34%, según el estudio en cuestión). En otros dos recientes estudios<sup>6</sup> realizados en Andalucía y Galicia, la tasa de fumadores en las mismas edades que las consideradas en la Comunidad Valenciana se situaría entre el 32 y el 34%.

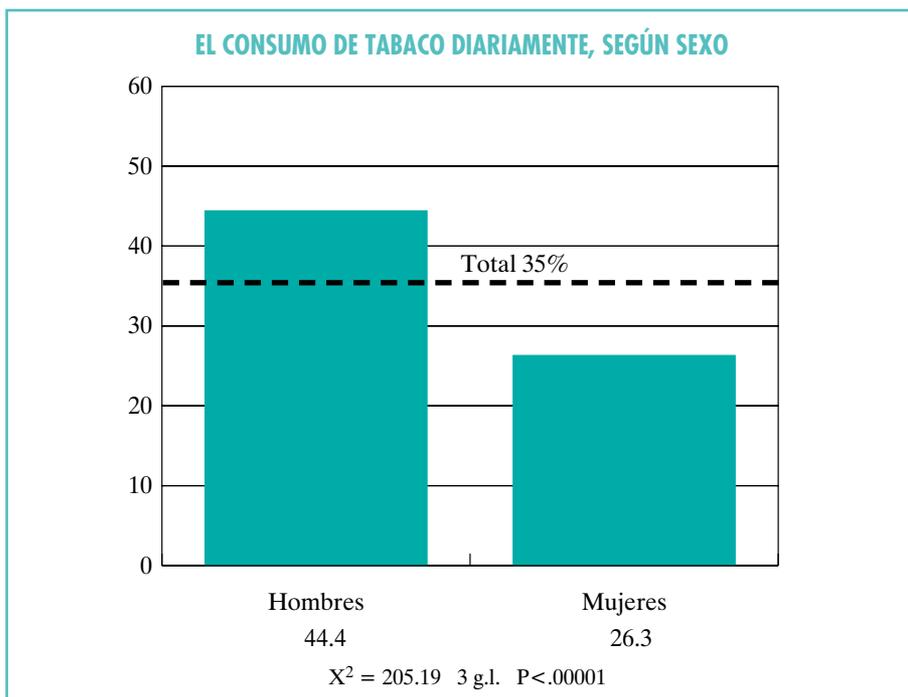
En otro estudio realizado en la ciudad de Valencia<sup>7</sup> en 1991, la tasa de fumadores diarios en población de 15 años en adelante, era de un 42.8%. Los datos que se ofrecerán de este estudio, en ésta y en las demás drogas, lo son a título ilustrativo, ya que al referirse sólo a la ciudad de Valencia no son directamente comparables con los del presente, que incluye a toda la Comunidad Valenciana.

Si tenemos en cuenta que entre 1984 y 1996 el consumo de tabaco ha disminuido, en el conjunto nacional, entre 8 y 10 puntos porcentuales, y que esta ten-

6. EDIS (1996). *Los andaluces ante las drogas V*. Sevilla: Comisionado para la Droga.

EDIS (1996). *El consumo de drogas en Galicia IV*. Santiago: Plan Autonómico de Drogodependencias.

7. EMER (1991). *Estudio epidemiológico de drogas en la ciudad de Valencia*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.



dencia se ha confirmado también en las Comunidades de Andalucía y Galicia, es bastante probable que en la Comunidad Valenciana, en función de la tasa de fumadores observada actualmente, se haya dado una reducción, quizás algo menor, pero también importante de alrededor de los seis puntos porcentuales.

En lo que se refiere a la cantidad de tabaco fumada diariamente podemos ver que un 98.7% de los fumadores diarios lo hace en la modalidad de cigarrillos y que, según la cantidad fumada al día de los mismos, tenemos la siguiente tipología de fumadores:

**TABLA 2.2.**  
**TIPOLOGÍA DE FUMADORES**

	%
Moderados (menos de 10)	19.2
Medio-altos (de 10 a 20)	64.9
Extremos (de 21 a 40 ó más)	15.9

Según estos datos casi dos tercios de los fumadores diarios de cigarrillos lo son medio-altos, algo menos de una quinta parte son fumadores moderados, mientras que casi un 16% lo son extremos. La media global de cigarrillos diarios es de 16.37 cigarrillos por persona. Un 45.7% fuma por encima de 16 cigarrillos diarios.

A partir de los datos de la población de la Comunidad Valenciana, de quince años en adelante, podemos elevar los porcentajes y estimar, de manera aproximada, el número absoluto de fumadores. La cifra total de fumadores sería de unas 1.330.000 personas, de las que 1.120.000 serían fumadores diarios y otros 210.000 ocasionales.

### 3. LA EDAD DE INICIO Y LOS PERFILES DE LOS FUMADORES

#### 3.1. La edad de inicio en el consumo de tabaco

La edad media del inicio en el consumo de tabaco es la de los 16.83 años. Y según el sexo podemos observar lo siguiente:

	<b>EDAD MEDIA DE INICIO</b>	<b>COEFICIENTE VARIACIÓN</b>
Hombres	16.71	0.36
Mujeres	17.03	0.23
Global	16.83	0.31

La edad de inicio en los hombres es algo más precoz que la de las mujeres. Los coeficientes de variación no son muy altos, lo que nos indica que las medias son bastante representativas, aunque hay cierta amplitud. Para profundizar algo más en esto podemos ver con mayor detalle la siguiente distribución:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 10 años	4.8
De 11 a 13 años	8.1
De 14 a 16 años	43.9
De 17 a 19 años	27.1
De 20 años en adelante	16.1

La mayor parte de inicios en el consumo de tabaco se produce entre los 14 y los 16 años con un 43.9%.

### 3.2. El perfil de los fumadores

Cruzando la pregunta referida al consumo de tabaco con las diversas variables de clasificación incluidas en la encuesta, podemos determinar los perfiles sociodemográficos de los fumadores.

En primer lugar veremos los datos referidos a dos variables muy significativas ( $P < .00001$ ), que son el sexo y la edad.

**TABLA 2.4.**  
**EL CONSUMO DE TABACO, SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD**

	TOTAL	SEXO		EDAD				
		Hombres	Mujeres	15-18	19-24	25-34	35-44	45 y más
Nunca han fumado	41.9	26.4	56.4	47.9	33.5	27.3	29.7	54.0
Antes fumaban, ahora no	16.5	23.2	10.3	3.0	8.0	14.1	16.7	22.4
Fuman ocasionalmente	6.6	6.1	7.1	12.7	11.2	7.3	6.0	4.0
Fuman diariamente	35.0	44.4	26.3	36.4	47.4	51.3	47.6	19.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Base	(2.000)	(967)	(1.032)	(165)	(251)	(384)	(317)	(878)

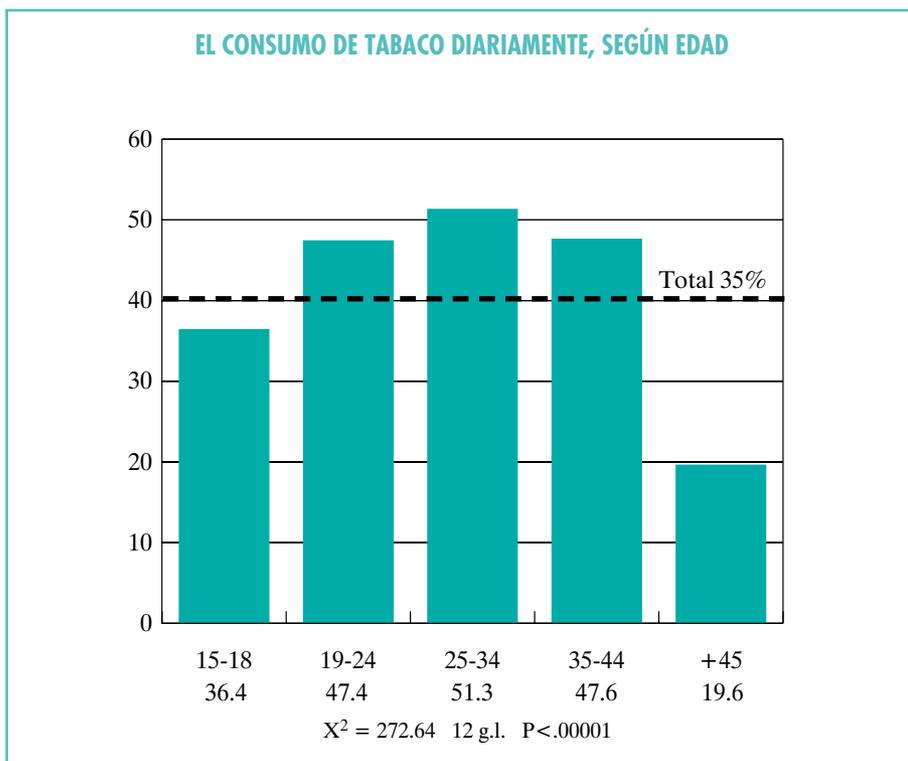
Sexo:  $X^2 = 205.19$  3 g.l.  $P < .00001$

Edad:  $X^2 = 272.64$ . 12 g.l.  $P < .00001$

A partir de estos datos podemos concluir lo siguiente:

- Las mujeres no han fumado nunca en una proporción muy superior a la de los hombres, el 56.4% frente al 26.4%; a la vez que los hombres fuman a diario mucho más que las mujeres: el 44.4% y el 26.3%, respectivamente. En favor de los hombres estaría el que han abandonado el uso del tabaco en un porcentaje ya bastante alto: un 23.2%, por tan sólo un 10.3% las mujeres.
- Los más jóvenes, 15-18 años, y los más mayores, de 45 en adelante son los que en mayor proporción indican no haber fumado nunca: el 47.9% y el 54.0%, respectivamente. En el grupo de los más mayores es algo mayor el peso de las mujeres que el de los hombres, lo cual tiene su influencia, ya que éstas no han fumado nunca en mayor proporción.
- No obstante, hay que señalar que en el grupo de 15 a 18 años ya hay un importantísimo porcentaje de fumadores diarios: un 36.4%, y otro 12.7% de ocasionales. La fuerte escalada en el fumar diariamente se inicia entre los 15 y 18 años, sigue entre los 19 y los 24 años con un 47.4% y alcanza su punto máximo entre los 25 y los 34 con el 51.3%.
- A partir de los 35 años y hasta los 44 se mantiene una tasa alta de fumadores diarios, pero con una tendencia suave al descenso: el 47.6%. Los que abandonaron el uso de tabaco se sitúan en el 16.7%. Esta tendencia se hace ya muy acusada a partir de los 45 años, con tan sólo un 19.6% de fumadores diarios y un 22.4% que ha dejado de fumar.
- Si cruzamos ahora el consumo de tabaco con las variables de sexo y edad conjuntamente vemos que las mujeres de 15 a 18 años fuman a diario incluso en mayor proporción que los hombres (41.5% y 31%, respectivamente). En los siguientes grupos de edad, son los hombres los que fuman diariamente en mayor medida, pero las mujeres lo hacen también en porcentajes muy elevados:
  - Hombres: 19 a 24 años el 49.6%, de 25 a 34 el 58.5% y 35 a 44 años un 54.4%.
  - Mujeres: 19 a 24 años el 45.6%, 25 a 34 un 43.8% y 35 a 44 un 40.6%.

Sólo a partir de los 45 años las diferencias son ya grandes, pues mientras los hombres fuman diariamente un 34.7% las mujeres sólo lo hacen ya el 6.7%.



Como puede verse la prolongación del hábito de fumar tabaco a diario es considerable: unos treinta años de promedio. Los grupos de mayor riesgo serían los comprendidos entre los 19 y los 44 años, hacia los que habría que orientar las campañas de persuasión al abandono; pero las preventivas de disuasión al comienzo hay que orientarlas hacia edades anteriores: entre los 11 y los 16 años, en los que se producen el 52% de los inicios en el uso de tabaco.

Si consideramos ahora el conjunto de las variables de clasificación o sociodemográficas, podemos ver que las características o perfil básico de los fumadores diarios sería el que se recoge en la siguiente tabla:

**TABLA 2.5.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE TABACO DIARIO**

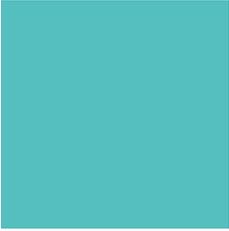
VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	44.4
Mujeres	26.3
De 21 a 24 años	47.4
De 25 a 34 años	51.3
De 35 a 44 años	47.6
<b>Hábitat</b>	
En todos los hábitats y especialmente	
De 100.001 a 250.000 hab.	38.5
Más de 250.000 hab.	39.7
<b>Provincia</b>	
En las tres provincias y algo más en	
Valencia	37.2
<b>Zona</b>	
Valencia-Paterna	40.9
Alzira-Gandía	36.1
Valencia-Torrente	34.6
<b>Población</b>	
Turística	38.2
No turística	33.0
<b>Rol familiar</b>	
Cabezas de familia	40.4
Hijos no emancipados	44.2
Hijos emancipados	47.8
<b>Estudios</b>	
De todos los niveles, pero especialmente	
BUP-COU	41.1
FP 1 y 2	45.4
Medios-Universitarios	38.6
Algo más los que repitieron curso o cambiaron de nivel	46.4
<b>Ocupación</b>	
Empresarios y directivos	45.5
Profesionales y funcionarios	45.0
Trabajadores	51.6
Parados	50.0
<b>Clase social</b>	
Todas las clases sociales, en especial	
Baja y media-baja	42.1
Alta	52.9
Total	35.0

De los datos de la tabla 2.5. podemos observar que los rasgos del perfil de los fumadores diarios serían los siguientes: como ya hemos dicho antes, los hombres en casi doble proporción que las mujeres, así como los grupos de edad

comprendidos entre los 19 y los 44 años. En todos los hábitats, en las tres provincias y en todas las zonas, aunque destacando algo los núcleos urbanos, la provincia de Valencia y las zonas de Valencia-Paterna, Alzira- Gandía y Valencia-Torrente. Y también en poblaciones turísticas y las que no lo son, aunque un poco más en las primeras.

Cabezas de familia e hijos, emancipados y no. De todos los niveles educativos, pero especialmente de BUP-COU, FP 1 y 2 y medios-superiores. Empresarios y directivos, profesionales y funcionarios, trabajadores y parados. De todas las clases sociales, aunque algo más en la baja y media-baja y en la alta.

Como puede verse se trata de un segmento muy amplio de la población valenciana, pues comprende sectores sociales muy diversos. Esto es debido a la extensión que tiene el uso del tabaco y que es una droga socialmente integrada. Las diferencias observadas en estas variables son muy significativas en las de sexo y edad, con unos chi cuadrados que permiten descartar la hipótesis nula con  $P < .00001$ . Las diferencias de las demás variables son menos significativas, oscilando entre  $P < .00406$  y  $P < .15736$ ; lo que confirma la generalidad del uso del tabaco.



# CAPÍTULO TRES

## El consumo de alcohol

### 1. EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SU POSIBLE EVOLUCIÓN

El alcohol es una sustancia cuyo consumo está también muy integrado en la cultura occidental en general, y en la española en particular. La tolerancia social en el uso de bebidas alcohólicas es, al igual que en el tabaco, muy grande; sin embargo, su mayor capacidad para modificar la conducta y las extremas situaciones de degradación personal, y de consecuencias sobre terceros, que su uso abusivo comporta, ha hecho que exista una mayor conciencia sobre su potencial peligrosidad.

Por otra parte, los cambios producidos en el tipo de bebidas consumidas y en los tiempos y modos mismos del consumo, han ido generando la aparición de otros tipos de problemas y de una nueva conciencia sobre su dimensión como fenómeno social. El progresivo aumento del consumo de bebidas destiladas de más alta graduación y los modos compulsivos de beber, con una alta concentración alcohólica en cortos períodos de tiempo, han acelerado la manifestación de procesos de alcoholización en edades más juveniles. Al tiempo que la asociación del alcohol con el uso de otras drogas ha creado una cierta alarma social, y la necesidad de dar una respuesta a la problemática que esta situación conlleva.

El consumo de alcohol, especialmente el abusivo, alcanzó probablemente su punto álgido entre los últimos años setenta y la década de los ochenta. En estos

momentos parece que nos encontramos en una cierta fase de transición, no exenta de algunas aparentes contradicciones. Las proporciones de uso de alcohol siguen siendo elevadas; sin embargo, el porcentaje en general y la tasa de bebedores abusivos en particular, están disminuyendo. Y al mismo tiempo que muchos jóvenes se resisten cada vez más a tomar bebidas alcohólicas, otros incrementan su consumo, especialmente en lugares de diversión y durante los fines de semana.

En lo relativo a la posible evolución del consumo de alcohol, en la última Memoria del Plan Nacional sobre Drogas<sup>1</sup> se dice textualmente: “El consumo de bebidas alcohólicas está bastante extendido entre la población española. En 1995, por ejemplo, casi la mitad de los españoles mayores de 14 años consumía bebidas alcohólicas, al menos una vez al mes y un 15.1% lo hacía diariamente”. Y en una de las tablas expone los resultados de diversos estudios realizados en el último decenio, de los que tomamos los referidos al consumo de alcohol en el último mes, en población general de 15 ó 16 años en adelante.

1985	(15 años y más)	69.0%
1993	(16 años y más)	53.4%
1995 <sup>2</sup>	(15 años y más)	49.2%

En general se puede concluir que la disminución del porcentaje que tomó alcohol en el último mes es muy clara, especialmente en relación a 1985, que alcanza casi los veinte puntos porcentuales. No se dan en esta Memoria datos comparativos de bebedores abusivos, pero esta tendencia al descenso del consumo de alcohol en general, tiene su correspondencia también en una cierta disminución de los consumos abusivos en particular, como hemos podido observar en otros estudios (FAD-EDIS, 96; EDIS 96-a y EDIS 96-b).

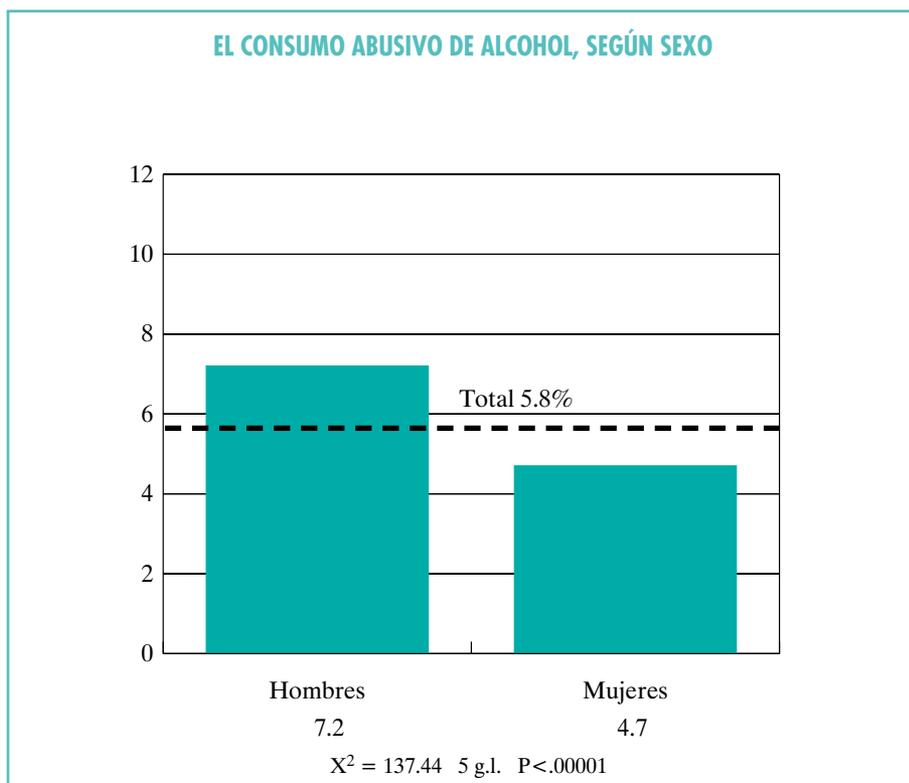
En el presente estudio en la Comunidad Valenciana no se cuenta con una serie de investigaciones anteriores que nos permitan hacer un seguimiento detallado

1. PNSD (1996). *Memoria 1995*. Madrid: DGPNSD.

2. Los datos de 1995 proceden de PNSD-EDIS (1995). «Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas.» En: *Memoria 1995*. Madrid: DGPNSD.

del consumo de alcohol en la misma; no obstante, de forma aproximativa, compararemos algunos de los datos actuales con los obtenidos en la encuesta sobre *El consumo de drogas en España* de 1984. Y a título indicativo ofreceremos también los datos del estudio en la ciudad de Valencia de 1991.

Entrando ya en el análisis de los resultados de la encuesta en la Comunidad Valenciana, la información obtenida la ordenaremos en los siguientes apartados: frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas en el último mes; tipo y cantidad de bebidas consumidas en el día anterior a la entrevista; edad de inicio en el consumo, y tipología de bebedores y perfiles de los bebedores abusivos.



## 2. FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, EDAD DE INICIO, TIPOS DE BEBIDAS Y CANTIDAD CONSUMIDA

### 2.1. Frecuencia en el consumo de alcohol

La primera pregunta realizada sobre el alcohol fue si en el último mes habían tomado algún tipo de bebida alcohólica, y en caso afirmativo con qué frecuencia. A la que un 56.4% respondió que SÍ había tomado alguna bebida alcohólica, mientras que un 42.9% indicó que NO lo había hecho; (tan sólo un 0.7% no contestó a la respuesta). En este mismo período del último mes, en Galicia bebieron alcohol el 54% de la población y en Andalucía un 53.4%, (en ambos casos de 12 años en adelante). Estos porcentajes equivalen a casi un 58% de la población de quince y más años, que es la población de referencia en la Comunidad Valenciana.

Las frecuencias de consumo observadas son las que se recogen en la tabla siguiente:

	%
NO tomaron alcohol	42.9
1 vez al mes, aproximadamente	8.3
2 a 3 veces al mes	15.4
1 a 2 veces a la semana	15.4
3 a 4 veces a la semana	5.0
5 a 6 veces a la semana	2.8
Diariamente	9.5
NS/NC	0.7
Total	100.0
Base	(2.000)

Un 23.7% de la población contemplada tomó alcohol con poca frecuencia (1 a 3 veces al mes), un 20.4% lo hizo con una frecuencia media (1 a 4 veces semana), y el 12.3% bebió con una frecuencia alta (5 a 6 veces a la semana o diariamente).

Los perfiles de los que no consumieron alcohol en el último mes y los de los que sí lo hicieron en cada una de estas tres frecuencias básicas, serían los siguientes:

- **No consumieron alcohol (42.9%).** Las mujeres un 53.4%, por un 32.3 los hombres. Los de más de 45 años (58.3). En las poblaciones de menos de 10.000 habitantes (44.1) y de más de 250.000 (44.6). En las zonas de Valencia-Paterna (47.6), Alzira-Alzira (45.5) y Alicante-Denia (50.7). Los cónyuges (60.2) y los abuelos (63.6). Y las amas de casa (70.7) y los jubilados y pensionistas (55.3). De nivel educativo medio-bajo (49.7%).
- **Poca frecuencia (23.7%).** Las mujeres el 26.9 por un 20.6 los hombres. Los de 15 a 18 años (37.8) y los de 19 a 24 (35.7). En la zona de Alzira-Gandía (30.8). Los hijos no emancipados (34.5) y los que sí (29.2). De nivel educativo FP 1 y 2 (36.7) y medio-superior (32.9). Estudiantes (37.7). De clase social media-media (28.8).
- **Media frecuencia (20.4%).** Los hombres un 27.2% por un 14.5 las mujeres. Los de 19 a 24 años (34.5) y los de 25 a 34 (31.3). En las zonas de Castellón-Vinaroz (33.5) y Elche-Orihuela (27.8) y en poblaciones no turísticas (21.3). En los hábitats de 50.001-100.000 habitantes (27.1) y de 100.001 a 250.000 (32.3). Cabezas de familia (21) e hijos emancipados (36.0) y no emancipados (37.1). Con estudios de BUP-COU (23.9) y medio-superiores (31.9). Repetidores de cursos (35.7) y los que tuvieron que cambiar de nivel (43.0). Profesionales (31.7), parados (29) y estudiantes (28.7). De clase social media-media (21.4).
- **Alta frecuencia (12.3%).** Los hombres 19.9 por el 5.3 las mujeres. Los de 25 a 34 años (10.9), de 35 a 44 (12.9) y de 45 en adelante (17.1). En las zonas de Valencia-Torrente (18.1) y Alicante-Denia (13.8). En las poblaciones turísticas (14.6), en los núcleos urbanos medios (12.1) y grandes (15.3). Cabezas de familia (21.4) e hijos emancipados (14.6). De estudios primarios (14.6) y medios-universitarios (12.7). Empresarios (23.6), trabajadores (18.1), parados (13.6) y jubilados (21.1) de todas las clases sociales.

Las diferencias observadas en estas variables son significativas: los  $X^2$  permiten descartar la hipótesis nula con unas probabilidades entre  $P < .00001$  y  $P < .00577$ . La menos significativa sería la de poblaciones turísticas con  $P < .10976$ .

A efectos de lo que después veremos sobre la cantidad de alcohol bebida en días laborables y días de fin de semana, cabe señalar aquí que el patrón de consumo de fin de semana (frecuencia media) se da principalmente entre los jóvenes de 19 a 24 años y los de 25 a 34. En este último grupo se produce la transición al patrón de consumo diario (alta frecuencia), el cual se consolida a partir de los 35 a 44 años y de 45 en adelante.

## 2.2. Edad de inicio en el consumo de alcohol

La edad global media de inicio en el consumo de alcohol es 16.16 años. Según el sexo, las edades medias son las siguientes:

**TABLA 3.2.**  
**EDADES MEDIAS DE INICIO EN EL ALCOHOL**

	EDAD MEDIA DE INICIO	COEFICIENTE VARIACIÓN
Hombres	15.93	0.19
Mujeres	16.51	0.26
Global	16.16	0.22

La edad media de inicio es medio año más precoz en los hombres que en las mujeres, en las que, según el coeficiente de variación, es más amplio el abanico de edades en que tomaron alcohol por primera vez.

La distribución general de las edades de inicio en el consumo de alcohol, en términos porcentuales sería la siguiente:

**TABLA 3.3.**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS EDADES DE INICIO EN EL ALCOHOL**

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 10 años	3.4
De 11 a 13 años	9.6
De 14 a 16 años	48.2
De 17 a 20 años	32.0
De 21 años en adelante	6.8

El grupo de edad más importante en el inicio del uso del alcohol es el de 14 a 16 años en el que se acumulan el 48.2% de los casos.

En el resto de las variables sociodemográficas podemos observar que las edades medias más tempranas de inicio en el uso del alcohol tienen el siguiente perfil:

- La provincia de Alicante: 15.82.
- Las zonas de Alicante-Denia: 15.97, y de Elche-Orihuela: 15.73.
- Las poblaciones no turísticas: 15.92.
- En los hábitat de 10.001 a 50.000 habitantes: 15.88, y en los de 50.001 a 100.000: 15.69.
- Y en lo que se refiere a la edad se observa la siguiente distribución:
  - 15 a 18 años: 14.10
  - 19 a 24 años: 15.03
  - 25 a 34 años: 15.48
  - 35 a 44 años: 16.53
  - 45 y más años: 18.01

En esta última variable es preciso señalar que cuanto mayor es la edad más lejano es el recuerdo, con el posible efecto de un cierto sesgo en el mismo.

### 2.3. Tipos de bebidas y cantidad de alcohol consumido

A continuación se les preguntó si habían tomado algún tipo de bebida alcohólica el día anterior a la entrevista (con trabajo de campo durante un mes, incluyendo cuatro fines de semana). Y en los casos afirmativos cuál o cuáles tipos de bebida y qué cantidad de cada una de ellas. Del total de la población de 15 años en adelante un 31.2% indicó haber tomado una o más clases de bebidas alcohólicas en el día anterior. Este porcentaje es unos 7 a 9 puntos porcentuales menor que los observados en Andalucía y Galicia.

Las distintas bebidas tomadas en este día anterior resultaron serlo en las siguientes proporciones:

**TABLA 3.4.**  
**TIPOS DE BEBIDAS CONSUMIDAS**

	% TOTAL GENERAL	% ENTRE LOS QUE SÍ BEBIERON
Ninguna	68.8	–
Cervezas	18.6	59.6
Vasos de vino pequeños	10.9	34.9
Vasos de vino grandes	2.7	8.6
Licores (coñac, anís, ginebra y otros similares)	3.8	12.2
Whisky	4.1	13.2
Combinados	3.7	11.9
Vermut, aperitivos, finos, amontillados	0.4	1.3
Carajillos	5.8	18.6
Champaña	0.7	2.2
Total	119.5*	162.5*
Base	(2.000)	(624)

\* Suma más de cien por ser respuesta múltiple, pues muchos entrevistados consumieron en un mismo día más de una clase de bebidas.

Del total de personas que bebieron en el día anterior a la entrevista, la media de bebidas distintas tomadas fue de 1.62 por persona. La bebida más tomada fue la cerveza, que se bebió en un 59.6% de los casos, en segundo lugar fue el vino (vasos pequeños + vasos grandes) en el 43.5%. Las bebidas de más alta graduación alcohólica (licores, whisky, combinados, vermouths, aperitivos...) se tomaron en un 37.3% de las bebidas consumidas. Un 18.6% de las bebidas utilizadas fueron carajillos y tan sólo en un 2.2% champaña o cava.

Aquellos que señalaron que habían tomado algún tipo de bebida alcohólica el día anterior, se les solicitó que indicaran que número de vasos, copas o demás medidas habían tomado de cada una de las distintas bebidas que hubieran consumido. Dado que las entrevistas se han realizado a lo largo de un mes, incluyendo los fines de semana, se ha podido estimar la ingesta media en mililitros de alcohol en los días laborables y en los de fin de semana, así como el promedio diario general.

En el siguiente cuadro vamos a recoger las medias resultantes, en primer lugar tomando como base de cálculo toda la población, de quince años en adelante (bebedores y no bebedores), y a continuación solamente a los que bebieron en el día anterior:

<b>CUADRO A</b>	
<b>MEDIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL EN ML. EN DÍAS LABORABLES DE FIN DE SEMANA Y PROMEDIO DIARIO GENERAL</b>	
<b>Toda la población entrevistada (2.000)</b>	
Días laborables	10.64 ml.
Días de fin de semana	19.80 ml.
Promedio diario	14.65 ml.
<b>Sólo los bebedores (624)</b>	
Días laborables	40.58 ml.
Días de fin de semana	51.84 ml.
Promedio diario	46.58 ml.

Según estos datos podemos ver que el 31.2% de la población de la Comunidad Valenciana, de quince años en adelante, que bebió en el día anterior a la entrevista, ingirió un promedio diario de alcohol, en los últimos treinta días, de 46.58 ml. por persona que bebió. El alcohol tomado en días laborables fue de 40.58 ml. y en los días de fin de semana se elevó a los 46.58 ml. Al cruzar estos datos por la edad podemos ver que la máxima ingesta de alcohol en los días laborables lo hacen los de 35 a 44 años con 51.65 ml; mientras que en los días de fin de semana lo hacen los de 19 a 24 años con una media de 77.13 ml, seguidos de los de 25 a 34 con 64.83 ml.

Aunque los promedios de los que bebieron son los más importantes desde el punto de vista individual, pues expresan el potencial problema del que bebe en exceso, no recogen bien la perspectiva general, pues puede ocurrir, por ejemplo, que en determinado grupo de edad los que beben sean pocos, pero los que lo hacen beban mucho. Para analizar mejor esta perspectiva general nos centraremos ahora en los promedios del conjunto de la población, los cuales sintetizan la cantidad de alcohol bebida con la proporción de bebedores. Según esto podemos ver los siguiente datos:

**CUADRO B**  
**CANTIDAD DE ALCOHOL BEBIDA EN CADA DÍA DE LA SEMANA, EN ML.**

<b>PROMEDIO</b>	<b>14.65</b>
Lunes	7.06
Martes	11.31
Miércoles	10.99
Jueves	12.82
Viernes	21.40
Sábado	24.65
Domingo	16.21

Como puede verse la mayor ingesta de alcohol se produce los viernes y los sábados, que en general son los días de salir de copas, ir a discotecas, fiestas, etc. El viernes se obtuvo una media de 21.40 ml. y el sábado de 24.65 ml.

**CUADRO C**  
**CANTIDAD DE ALCOHOL BEBIDA SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD, EN ML.**

<b>PROMEDIO</b>	<b>14.65</b>
Hombres	19.44
Mujeres	10.14
De 15 a 18 años	9.33
De 19 a 24 años	19.48
De 25 a 34 años	19.75
De 35 a 44 años	19.82
De 45 y más años	10.09

La media de alcohol en ml. de los hombres casi duplica a la de las mujeres, 19.44 y 10.14, respectivamente; y por edades las medias más altas se alcanzan entre los 19 y los 44 años; que se sitúan entre 19.49 y 19.82.

Respecto al resto de las variables sociodemográficas las mayores ingestas de alcohol, en promedio de ml. diario, serían las siguientes:

- En la provincia de Valencia: 18.21
- En las zonas de Valencia-Torrente: 34.46
- En las poblaciones turísticas: 20.23
- En los hábitats de más de 250.000 habitantes: 25.08
- Los hijos emancipados: 33.54
- Los de estudios de FP 1 y 2: 23.35, y los de medios-superiores: 17.65
- Los que repitieron varios cursos: 20.53, y los que tuvieron que cambiar de nivel: 51.82
- Empresarios y directivos: 32.74, trabajadores 21.09 y parados 21.79
- Los que beben en una frecuencia alta: 41.09
- Los bebedores abusivos: 140.9

Todos estos datos apuntan ya unos grupos de riesgo en el consumo de alcohol, pero precisan ser completados con el análisis de la tipología de bebedores y el perfil de los bebedores abusivos, lo cual vamos a ver en el siguiente apartado.

### 3. TIPOLOGÍA DE BEBEDORES Y PERFIL DE LOS BEBEDORES ABUSIVOS

#### 3.1. Tipología de bebedores

A partir de la cantidad de alcohol consumido por cada entrevistado hemos elaborado una tipología de bebedores siguiendo la misma metodología aplicada en otros estudios<sup>3</sup>. Dicha tipología sería la siguiente:

---

3. En el estudio ICSA-GALLUP (1984). *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española*. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo.

En el estudio NAVARRO, J.; VARO, J.; LORENTE, S. (1985) *El consumo de drogas en España*. Madrid: Cruz Roja Española.

En los estudios regionales EDIS (1986). *El consumo de drogas en Aragón*. Zaragoza: Diputación General de Aragón. EDIS (1988, 1990, 1992 y 1994). *Los andaluces ante las drogas (I, II, III y IV)*. Sevilla: Comisionado para la Droga. EDIS (1989). *Factores de riesgo en el consumo de drogas*. Madrid: Plan Regional Drogas. EDIS (1988, 1992, 1994 y 1996). *El consumo de drogas en Galicia (I, II, III y IV)*. Santiago: Plan Autonómico de Drogodependencias. FAD-EDIS (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996*. Madrid: FAD.

	ML. ALCOHOL
Abstinentes	0
Ligeros	1 a 25
Moderados	26 a 75
Altos	76 a 100
Excesivos	101 a 150
Gran riesgo	Más de 150

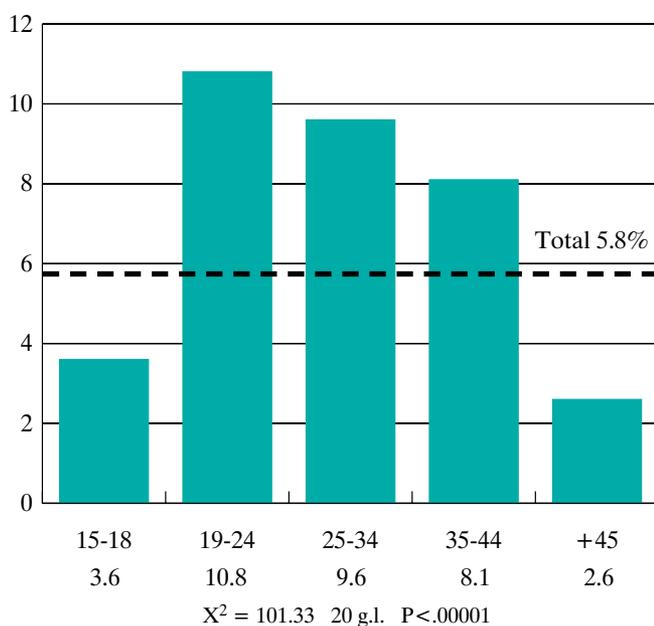
Con estas categorías, según el consumo de alcohol realizado por los encuestados el día anterior a la entrevista, la tipología resultante en la Comunidad Valenciana sería la siguiente.

**TABLA 3.5.  
TIPOLOGÍA DE BEBEDORES**

	%
Abstinentes	68.1
Ligeros	15.4
Moderados	10.0
Altos	1.9
Excesivos	1.7
Gran riesgo	2.2
NS/NC	0.7
Total	100.0
Base	(2.000)

Si unimos las tres categorías de bebedores con un consumo, en el día anterior, superior a los 75 ml. de alcohol (altos+excesivos+gran riesgo) obtenemos el grupo que denominaremos bebedores abusivos; en esta situación se encontrarían el 5.8% de la población de la Comunidad Valenciana de quince años en adelante.

### EL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL, SEGÚN EDAD



Esta proporción de bebedores abusivos es algo inferior a la observada en Galicia y en Andalucía, en las que encontramos un 8.4% y un 7.8%, respectivamente. Y dado que en estas dos Comunidades ha habido una cierta disminución de la tasa de bebedores abusivos respecto a estudios anteriores, cabe hipotetizar que también en la Comunidad Valenciana se estaría dando una tendencia de descenso en el uso abusivo de alcohol. A título meramente indicativo cabe señalar que en el estudio *El consumo de drogas en España*, de 1984, la tasa de bebedores abusivos observada en la Comunidad Valenciana fue de un 7%. En el estudio de la ciudad de Valencia de 1991, la tasa de bebedores abusivos era en dicha población de un 10.6%.

Dado que estas tasas de bebedores abusivos, y la tipología de bebedores en general, están elaboradas a partir de la ingesta de alcohol en el día anterior a la entrevista, procede cruzar esta variable con la de frecuencia, de este modo podemos ver los que, además de ser bebedores abusivos, beben de modo habitual. Veamos en primer lugar la tabla resultante:

**TABLA 3.6.**  
**TIPOLOGÍA DE BEBEDORES Y FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL**  
**EN EL ÚLTIMO MES**

Frecuencia	Hasta 2-3 veces mes	1-4 veces semana	5-7 veces semana	No tomó alcohol	Total
Abstinentes	302	184	16	858	1.360
	22.2	13.5	1.2	63.1	68.5
	63.8	45.0	6.6	100.0	
Ligero	93	105	109		307
	30.3	34.2	35.5		15.5
	19.7	25.7	44.7		
Moderado	37	83	80		200
	18.5	41.5	40.0		10.1
	7.8	20.3	32.8		
Alto	11	11	16		38
	28.9	28.9	42.1		1.9
	2.3	2.7	6.6		
Excesivo	11	12	12		35
	31.4	34.3	34.3		1.8
	2.3	2.9	4.9		
Gran riesgo	19	14	11		44
	43.2	31.8	25.0		2.2
	4.0	3.4	4.5		
Total	473	409	244	858	1.984
	23.8	20.6	12.3	43.2	100.0

$\chi^2 = 964.17$  15 g.l.  $P < .00001$

En esta tabla se han eliminado 16 casos que no responden a alguna de las dos preguntas. En la parte superior de cada celdilla se recogen el número de entrevistados comunes en cada categoría de ambas variables; el porcentaje situado en la segunda línea es para la lectura horizontal y el de la tercera línea es para la lectura vertical.

Resumiendo lo más importante de estos datos, podemos ver que el 42.1% de los bebedores altos bebió en el último mes con una frecuencia alta (de cinco a siete días por semana); también lo hizo un 34.3% de los excesivos y el 25% de los de gran riesgo. Unificando los tres grupos de bebedores de más de 75 ml. de

alcohol en el grupo de bebedores abusivos y tomando de él los que además bebieron en una frecuencia alta y refiriéndonos al conjunto de la población, tenemos que un 2% de la población de la Comunidad Valenciana de 15 años en adelante estaría en máximo riesgo alcohólico.

Finalmente, elevando los porcentajes a términos absolutos, podemos estimar de forma aproximada que unas 185.000 (5.8%) habrían bebido, en el día anterior, por encima de los 75 ml., éste sería el grupo de bebedores abusivos. Y de ellos unos 65.000 (2%) habrían bebido además en una frecuencia alta en el último mes, y serían el grupo de máximo riesgo alcohólico.

### 3.2. Perfil de los bebedores abusivos

Al cruzar la tipología de bebedores con las variables sociodemográficas, podemos ver las características de cada grupo o categoría de la tipología y determinar su perfil, en especial el que más nos interesa: el de los bebedores abusivos. Las variables más significativas ( $P < .00001$ ) son el sexo y la edad, por lo que comenzaremos el análisis con ellas. Veamos la siguiente tabla:

**TABLA 3.7.**  
**TIPOLOGÍA DE BEBEDORES, SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD**

	TOTAL*	SEXO		EDAD				
		Hombres	Mujeres	15-18	19-24	25-34	35-44	45 y más
Abstinentes	68.5	56.3	80.0	77.9	71.2	62.4	59.6	72.0
Ligero	15.5	21.4	10.0	10.4	8.4	16.8	19.1	16.6
Moderado	10.1	15.1	5.4	8.0	9.6	11.1	13.2	8.9
Alto	1.9	2.2	1.7	1.8	5.6	3.9	0.9	0.5
Excesivo	1.8	2.6	1.0	1.8	2.8	3.1	4.1	0.4
Gran riesgo	2.2	2.4	2.0	0.0	2.4	2.6	3.1	1.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Base	(1.984)	(962)	(1.025)	(163)	(250)	(386)	(319)	(866)

\* No se incluyen los 16 casos que no contestan

Sexo:  $X^2 = 137.44$  5 g.l.  $P < .00001$   
 Edad:  $X^2 = 101.33$  20 g.l.  $P < .00001$

A partir de los datos de esta tabla podemos observar lo siguiente:

- Las mujeres no bebieron alcohol el día anterior en mayor proporción que los hombres, un 80% en aquellas y el 56.3% en éstos. Y según la edad los más abstinentes fueron los de 15 a 18 años con un 77.9%, los de 19 a 24 el 71.2 y, en el otro extremo, los mayores de 45 años con un 72%.
- Los hombres bebieron de un modo abusivo por encima del promedio general, alcanzando un 7.2%. Pero aunque las mujeres lo hicieron en menor medida, también hay un importante grupo de riesgo entre las mismas, pues el 4.7% bebió por encima de los 75 ml.
- Aunque en los dos grupos de edad más joven la gran mayoría fueron abstinentes o bebieron de un modo ligero o moderado, encontramos también unos grupos de riesgo: en el de 15 a 18 años ya se observa un 3.6% que bebió de forma abusiva, y en el de 19 a 24 la tasa se eleva a un 10.8%. Esta tasa se mantiene alta entre los 25 y los 34 años con el 9.6%; bajando al 8.1% en los de 25 a 44 años y al 2.6% a partir de los 45.
- Si al igual que hemos hecho en el tabaco, cruzamos ahora los consumos abusivos de alcohol con las variables de sexo y edad conjuntamente, vemos que en el grupo más joven se observa el mismo fenómeno: las mujeres de 15 a 18 años bebieron abusivamente el día anterior en mayor proporción que los hombres (un 4.3% y el 2.2%, respectivamente). En los siguientes grupos de edad son los hombres los que beben abusivamente en mayor proporción, pero también con porcentajes elevados en las mujeres:
  - Hombres: 19 a 24 años un 13.9%, 25 a 34 el 12.9%.
  - Mujeres: 19 a 24 años un 7.8%, 25 a 34 años el 6.8%.

Sólo a partir de los 35 años las diferencias se hacen mayores, pues mientras los hombres de 35 a 44 años beben abusivamente en un 12.1%, las mujeres bajan ya al 3.1%.

Si nos centramos ahora en el análisis del perfil de los bebedores abusivos, incorporando ya el conjunto de las variables independientes podemos ver la tabla 3.8.

Como ya hemos dicho anteriormente, los rasgos más destacados del perfil de los bebedores abusivos son el sexo y la edad: los hombres en casi doble proporción que las mujeres, y los grupos de edad joven e intermedia.

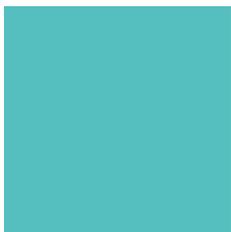
**TABLA 3.8.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL ABUSIVO**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	7.2
Mujeres	4.7
De 19 a 24 años	10.8
De 25 a 34 años	9.6
De 35 a 44 años	8.1
<b>Hábitat</b>	
En todos los hábitats y especialmente en: Más de 250.000	11.9
<b>Provincia</b>	
Valencia	8.1
Alicante	4.7
<b>Zona</b>	
Valencia-Torrente	13.0
Alicante-Denia	5.9
<b>Población</b>	
Turística	9.3
<b>Rol familiar</b>	
Cabezas de familia	5.3
Hijos no emancipados	9.2
Hijos emancipados	12.5
<b>Estudios</b>	
Primarios	6.5
FP 1 y 2	10.8
Medios-Superiores	6.6
<b>Ocupación</b>	
Empresarios y directivos	12.2
Profesionales y funcionarios	5.0
Trabajadores	8.9
Parados	11.4
<b>Clase social</b>	
Todas las clases sociales, en especial	
Media-baja	9.3
Alta	6.8
Total	5.8

Geográfica y socialmente el uso del alcohol está muy extendido: en todos los hábitats, provincias, zonas, niveles educativos y profesionales, y clases sociales. No obstante cabe destacar un uso abusivo algo mayor en los grandes núcleos urbanos, en las poblaciones turísticas, en las provincias de Alicante y Valencia, y especialmente en las zonas de Valencia-Torrente y Alicante-Denia. Así como entre los empresarios y directivos, profesionales y funcionarios, trabajadores y

parados. Y segmentos de la clase media-baja y alta. Estas variables son significativas, con probabilidades entre  $P < .00001$  y  $P < .00103$ .

Al igual que vimos en el tabaco, el alcohol es una sustancia muy integrada social y culturalmente, y aunque el uso abusivo tiene algunos rasgos específicos, lo cierto es que se da en sectores sociales muy amplios y diversos.



# CAPÍTULO CUATRO

## El consumo de otras drogas

Muchas de las diversas investigaciones realizadas sobre el consumo de drogas de la última década tuvieron como punto de partida, en lo que a la medida del consumo se refiere, el cuestionario que utilizamos en nuestro estudio *El consumo de drogas en España de 1984*. Esta parte del cuestionario tenía su base en un modelo propuesto por Smart y cols. (1980) en un programa de investigación de la Organización Mundial de la Salud, el cual había sido ya aplicado en nuestro país, con algunas adaptaciones, en otros estudios regionales (Varo y cols., 1983 y Varo, Aguinaga, 1984). Este modelo había sido sometido a varios controles de fiabilidad y validez por Whitehead y Smart (1972), Single y cols. (1975), Smart (1975), Johnston (1980) y O'Malley (1983), así como por Medina y cols. (1981) en lengua castellana.

Este cuestionario fue aplicado en otros estudios y por nosotros en Aragón (1986), Madrid (1988), Andalucía (1987-1996) y Galicia (1988-1996), y hemos podido validarlo en un colectivo de usuarios de drogas (1993) y en otro nacional *La incidencia de las drogas en el mundo laboral 1996*, que replicaba una década después el que realizamos en 1987 en el mismo ámbito. En él la secuencia temporal que se utilizaba era el consumo, en los últimos seis meses y en los últimos treinta días; y en este último período de tiempo distintas frecuencias de uso: menos de una vez a la semana, una vez por semana, de 2 a 6 veces por semana y diariamente una o más veces.

En el presente estudio en la Comunidad Valenciana se quería, por una parte, conservar la secuencia temporal básica para poder hacer algunas comparaciones y, por otra, homologarlo lo más posible a otras encuestas internacionales de gran tradición, como la *Encuesta familiar nacional sobre abuso de drogas en Estados Unidos*<sup>1</sup> y, en general, también en lo básico a la orientación que el Plan Nacional sobre Drogas ha dado a su última encuesta nacional<sup>2</sup>. Esta aproximación nos ha inducido a extender la secuencia primera a una previa de usó alguna vez, y ampliar la de seis a doce meses. En las frecuencias de uso de los últimos treinta días hemos optado por mantener las de los estudios anteriores, ya que permiten distinguir entre los consumos frecuentes o habituales y los más esporádicos u ocasionales.

La realización de la encuesta ha sido personal y en los domicilios del entrevistado, tal como se indica en la metodología, y se han tenido en cuenta muchas de las observaciones derivadas de la revisión metodológica realizada sobre la encuesta de EEUU, en 1989<sup>3</sup>, respecto a la estructuración y comprensibilidad de las cuestiones, la privacidad y el anonimato de la entrevista, las contaminaciones semánticas, así como en el tratamiento y análisis de los datos obtenidos.

Las sustancias incluidas en el cuestionario, además del tabaco y el alcohol, vistos anteriormente, han sido las siguientes:

1. Inhalables
2. Cannabis
3. Cocaína
4. Drogas de síntesis\*
5. Heroína
6. Analgésicos morfínicos y otros opiáceos
7. Alucinógenos

---

1. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1993). *National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates 1992*. Rockville (Maryland): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA).

2. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS-EDIS (1995). «Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas.» En: *Memoria 1995*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

3. GFROERER, J.; TURNER, CH. C. y LESSLER, J. T. (1992). *Survey Measurement of Drug Use, Methodological Studies*. Rockville: NIDA..

GFROERER, J. (1992). «Methodology of the U.S. National Household Survey on Drug Abuse.» En: EMCDDA (1992). *Health Related Data and Epidemiology in the European Community*. Brussels: EMCDDA.

\* En el cuestionario se utilizó la denominación más común de drogas de diseño.

8. Anfetaminas
9. Tranquilizantes
10. Hipnóticos
11. Analgésicos comunes

En el análisis de los resultados obtenidos en cada una de estas sustancias se incluye lo siguiente:

- Tabla general con los datos del consumo de alguna vez, de los últimos doce meses, del último mes y dentro de éste las frecuencias de uso agrupadas del modo siguiente:
  - Menos de una vez por semana
  - Una vez por semana
  - De dos a seis veces por semana
  - Diariamente
- Edad media de inicio en el consumo.
- Tabla de características o perfil de los consumidores, según el conjunto de variables de clasificación utilizadas
- Gráfico de consumos desagregado por las variables de sexos y edades.

En el estudio de todos estos datos se incluirán también los índices de continuidad en el uso de cada sustancia en los períodos de tiempo considerados. Finalmente, en un apartado específico se analizarán los policonsumos observados y las posibles tendencias en el uso de drogas.

Por último, señalaremos que, dado que la experiencia demuestra que cuando no se hacen elevaciones de los porcentajes de los consumos a números absolutos, la curiosidad del lector o la necesidad operativa de quienes utilizan estos informes, les llevan a improvisar cálculos de personas, nos anticiparemos a este requerimiento y, al igual que hemos hecho en los capítulos de tabaco y alcohol, ofreceremos unas estimaciones aproximativas del número razonablemente probable de consumidores. Claro está que, mientras en aquellos productos el porcentaje de usuarios era alto o bastante aceptable para que las elevaciones no se desviaran mucho de la posible realidad, en estas drogas de uso más reducido, excluyendo los psicofármacos y la cannabis, los cálculos pueden tener un error potencial mayor y por lo tanto sólo deben ser tomados de forma meramente indicativa, y solamente en los períodos de uso más amplios, sobre todo en las de consumo más minoritario, y por lo tanto con bases muestrales reducidas.

## 1. INHALABLES

Al preguntar a los entrevistados por estas sustancias se les explicaba que se trataba de diversos productos industriales o de uso doméstico (gasolinas, colas, pegamentos, pinturas, disolventes...), cuya inhalación producía una serie de efectos dopantes.

Las respuestas obtenidas a esta pregunta (tabla 4.1.) indican que el uso de inhalables en la Comunidad Valenciana es, al igual que en otras Comunidades, bastante reducido. Un 0.7% señalan haberlos usado alguna vez, un 0.3% lo hicieron en los últimos doce meses, y tan sólo un 0.1% en los últimos treinta días. De estos últimos el uso fue esporádico u ocasional, inferior a una vez por semana.

La continuidad de uso resultaría ser la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 42.8%.
- Último mes/últimos 12 meses: 33.3%.

El consumo de inhalables en el período treinta días es el mismo que el observado en Galicia y en Andalucía en 1996 (0.1%). En la ciudad de Valencia el consumo de inhalables en 1991 era, en este mismo período de tiempo, de un 0.25%.

**TABLA 4.1.**  
**EL CONSUMO DE INHALABLES**

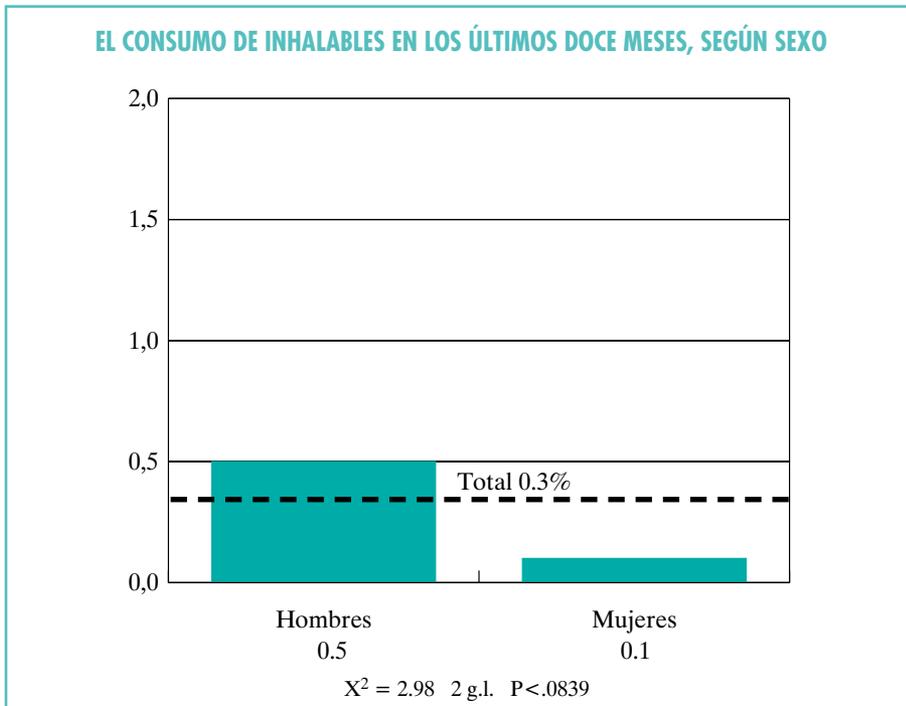
Consumió alguna vez	0.7%
Edad media de inicio en el consumo (años)	17.46
Consumió en los últimos doce meses	0.3%
Consumió en el último mes	0.1%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	0.1%
• Una vez por semana	0.0%
• De dos a seis veces por semana	0.0%
• Diariamente	0.0%

En lo que se refiere a la edad de inicio en el uso de inhalables se observa la siguiente distribución:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	24.4
De 15 a 17 años	33.2
De 18 a 21 años	25.5
De 22 años en adelante	16.9

El grupo de edad en que se producen mayores inicios en el uso de inhalables son los 15 a 17 años, con un 33.2%. En el conjunto de usuarios la edad global media son los 17.46 años, 16.76 en los hombres y 18.74 en las mujeres.

Y respecto al perfil de los que usaron inhalables en los últimos doce meses (tabla 4.2.) podemos ver que son principalmente hombres 0.5, por un 0.1 las mujeres; los de 15 a 18 años 0.6, 19 a 24 y 25 a 34 un 0.8. En los núcleos urbanos medios y grandes. En las provincias de Castellón y Valencia y en las zonas de Castellón-Vinaroz y Valencia-Paterna, así como en las poblaciones turísticas.



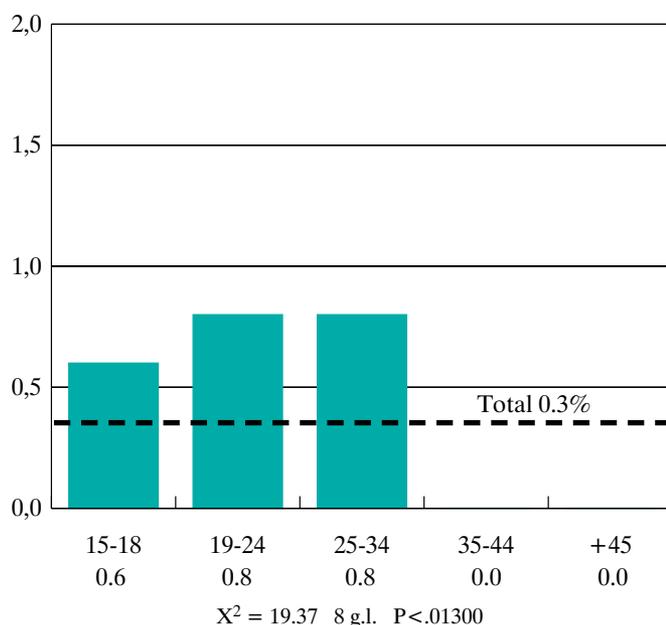
Son hijos emancipados y no, de diversos niveles educativos. Trabajadores y parados principalmente; de clase media-baja y media-media.

Las diferencias observadas en varias de estas en estas variables son significativas, pues los  $X^2$  permiten descartar la hipótesis nula con unas probabilidades entre  $P < .00001$  y  $P < .09919$ . No lo son las de estudios, provincia y tipos de población, con  $P < .7409$  a  $P < .2227$ .

**TABLA 4.2.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE INHALABLES**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	0.5
Mujeres	0.1
De 15 a 18 años	0.6
De 19 a 24 años	0.8
De 25 a 34 años	0.8
<b>Hábitat</b>	
De 50.001 a 100.000 hab.	0.7
De 100.001 a 250.000 hab.	1.2
Más de 250.000 hab.	0.8
<b>Provincia</b>	
Castellón	0.9
Valencia	0.4
<b>Zona</b>	
Castellón-Vinaroz	0.7
Valencia-Paterna	0.5
<b>Población</b>	
Turística	0.5
No turística	0.1
<b>Rol familiar</b>	
Hijos no emancipados	0.8
Hijos emancipados	2.2
<b>Estudios</b>	
Primarios	0.4
FP 1 y 2	0.5
Medios-Superiores	0.6
Repitieron varios cursos	5.4
<b>Ocupación</b>	
Trabajadores	0.7
Parados	1.7
<b>Clase social</b>	
Media-baja	0.8
Media-media	0.2
<b>Total</b>	<b>0.3</b>

## EL CONSUMO DE INHALABLES EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN EDAD



## 2. CANNABIS

La cannabis (hachis, marihuana...) es la tercera droga más consumida, después del alcohol y el tabaco y exceptuando los analgésicos comunes. Según los datos de la presente encuesta (tabla 4.3.) un 19.3% de la población de la Comunidad Valenciana, de quince años en adelante, la ha usado alguna vez; un 8.3% lo hizo en los últimos doce meses y de ellos el 6.3% también la consumió en los últimos treinta días. En este último período de tiempo se observa un uso frecuente o habitual (de 2 a 6 veces por semana y diariamente) del 2.2%.

La continuidad de uso de la cannabis es la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 43.1%.
- Último mes/Últimos 12 meses: 75.9%.

En el indicador del último mes el uso de la cannabis en la Comunidad Valenciana (6.3) fue mayor que en Galicia (2.7) y Andalucía (4.1). En el estudio de la ciudad de Valencia de 1991, el consumo observado fue de un 7.6%.

Elevando los porcentajes a números absolutos se podría estimar que, de forma aproximada, habrían usado cannabis en la Comunidad Valenciana, en el último mes, unas 200.000 personas, de las que alrededor de unas 70.000 lo harían frecuente o habitualmente.

**TABLA 4.3.**  
**EL CONSUMO DE CANNABIS**

Consumió alguna vez	19.3%
Edad media de inicio en el consumo (años)	18.54
Consumió en los últimos doce meses	8.3%
Consumió en el último mes	6.3%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	2.9%
• Una vez por semana	1.2%
• De dos a seis veces por semana	0.9%
• Diariamente	1.3%

Respecto a la edad de inicio en el uso de cannabis, la distribución observada es la siguiente:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	9.1
De 15 a 17 años	44.4
De 18 a 21 años	30.5
De 22 años en adelante	16.0

Un 44.4% del total usaron cannabis por primera vez entre los 15 y los 17 años; a este grupo de edad le sigue en importancia el de 18 a 21 con el 30.5%.

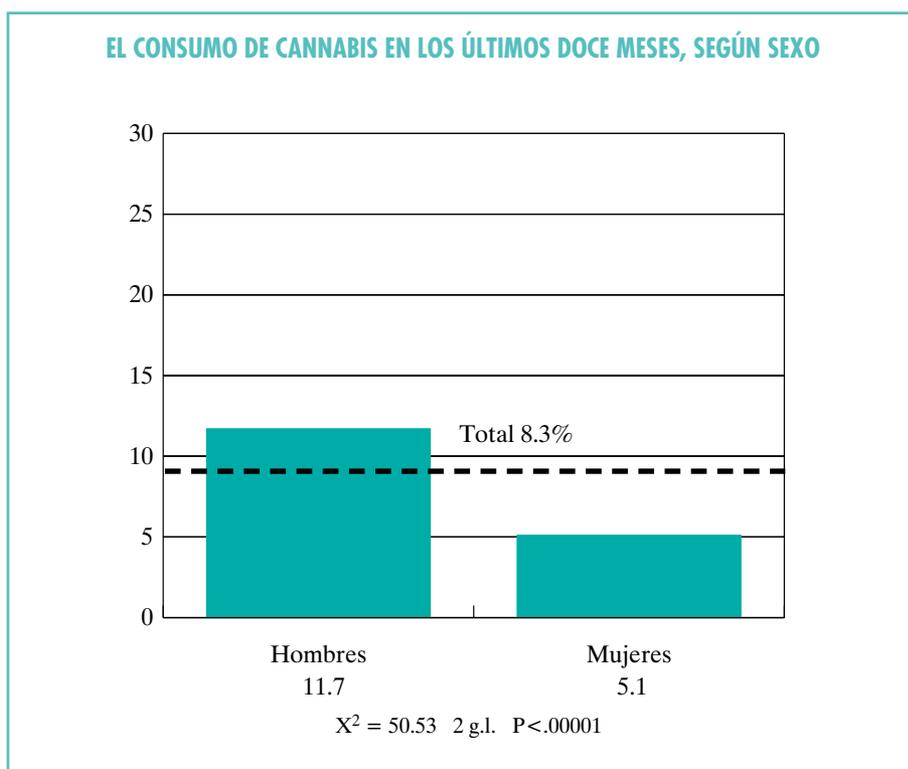
La edad global media de inicio en la cannabis son los 18.54 años, 18.14 en los hombres y 19.25 en las mujeres.

Y el perfil de los que en los últimos doce meses consumieron cannabis (tabla 4.4.) sería básicamente el siguiente: los hombres en doble proporción que las

mujeres, un 11.1 y un 5.1 por ciento, respectivamente. Los de 15 a 18 años 20.4%, 19 a 24 el 25.3 y 25 a 34 un 10.9. En todos los hábitats, y especialmente en las grandes ciudades. También en todas las provincias y todas las áreas sanitarias, destacando Valencia-Torrente y Alicante-Denia. Y en las poblaciones turísticas.

Son hijos no emancipados y sí emancipados. De niveles educativos de BUP, FP y medios-superiores. Destacan los que repitieron varios cursos y los que tuvieron que cambiar de nivel. Estudiantes, trabajadores y parados. Y en segmentos de todas las clases sociales.

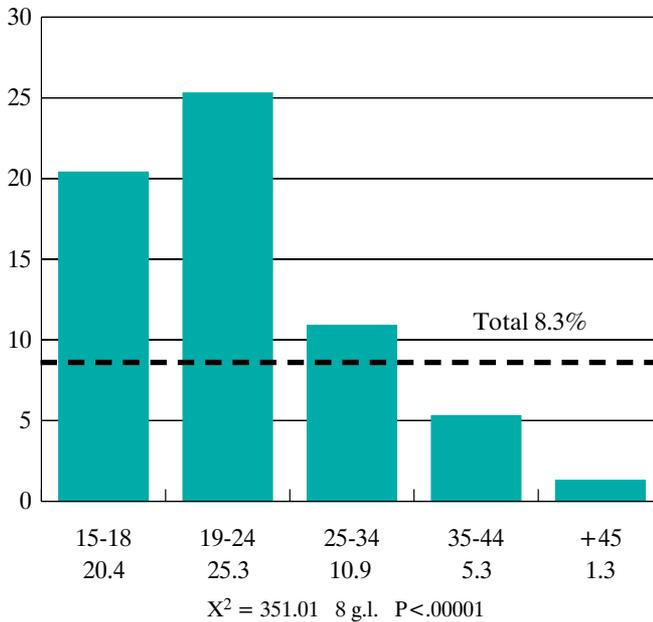
Las diferencias observadas en estas variables son significativas, con unos  $X^2$  que permiten descartar la hipótesis nula con unas probabilidades entre  $P < .00001$  y  $P < .00847$ . La menos significativa es la clase social con  $P < .03917$ , lo que nos indica que el uso de la cannabis está extendida de un modo muy regular en todas ellas.



**TABLA 4.4.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE CANNABIS**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	11.1
Mujeres	5.1
De 15 a 18 años	20.4
De 19 a 24 años	25.3
De 25 a 34 años	10.9
<b>Hábitat</b>	
En todos los hábitats y especialmente en Más de 250.000 hab.	12.1
<b>Provincia</b>	
En las tres provincias y algo más en Valencia	9.4
<b>Zona</b>	
En todas las zonas, especialmente en Valencia-Torrente	13.7
Alicante-Denia	9.2
<b>Población</b>	
Turística	11.3
No turística	6.4
<b>Rol familiar</b>	
Hijos emancipados	26.7
Hijos no emancipados	21.6
<b>Estudios</b>	
BUP-COU	13.4
FP 1 y 2	14.7
Medios-Superiores	12.4
Repitieron varios cursos	36.4
Tuvieron que cambiar de nivel	19.0
<b>Ocupación</b>	
Estudiantes	21.3
Parados	14.6
Trabajadores	11.6
<b>Clase social</b>	
En todas las clases	6.7 a 9.3
<b>Total</b>	<b>8.3</b>

### EL CONSUMO DE CANNABIS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN EDAD



## 3. COCAÍNA

Sin llegar a las tasas de consumo de la cannabis, la cocaína es otra de las drogas ilegales cuyo uso, aunque sea esporádico u ocasional, está también relativamente extendido. En la presente encuesta en la Comunidad Valenciana (tabla 4.5.), en población de quince años en adelante, las prevalencias observadas han sido las siguientes: un 6% señalan haberla usado alguna vez, el 3.2% lo hicieron en los últimos doce meses, y un 2.3% la consumieron en los últimos treinta días.

La continuidad de uso de la cocaína resulta ser, pues, la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 53.3%.
- Último mes/Últimos 12 meses: 71.8%.

En el período del último mes el consumo observado es básicamente esporádico u ocasional: un 2.1%, Ya en una prevalencia más frecuente o habitual (dos o seis veces por semana o diariamente) encontramos a un 0.2%.

**TABLA 4.5.**  
**EL CONSUMO DE COCAÍNA**

Consumió alguna vez	6.0%
Edad media de inicio en el consumo (años)	21.18
Consumió en los últimos doce meses	3.2%
Consumió en el último mes	2.3%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	1.4%
• Una vez por semana	0.7%
• De dos a seis veces por semana	0.2%
• Diariamente	0.0%

En el cuadro 1 hemos recogido más de una treintena de estudios, realizados en los últimos quince años, en los que se indaga el consumo de cocaína. No todos son comparables entre sí, pues tienen poblaciones y ámbitos de referencia distintos (población general, jóvenes, escolares, trabajadores; nacionales, autonómicos, locales...). Sin embargo, si ofrecen una interesante panorámica del uso de esta droga.

Los más homologables al presente estudio en la Comunidad Valenciana serían los realizados en 1996 en las Comunidades de Galicia y Andalucía, en el indicador de uso más actual, el último mes se observa un consumo de un 1.3% y un 1.4%, respectivamente; mientras que en la Comunidad Valenciana hemos encontrado una prevalencia del 2.3%.

Sin embargo, en los consumos frecuentes o habituales la diferencia es menor, ya que oscila entre el 0.1 y el 0.2%. En el estudio realizado en la ciudad de Valencia en 1991, el consumo de cocaína en el último mes se situaba, en dicha ciudad, en el 3.2%.

El consumo de cocaína en la Comunidad Valenciana, en números absolutos, se situaría en el último mes alrededor de las 74.000 personas, de las que entre 5.000 a 7.000 estarían haciendo un uso más frecuente o habitual.

**CUADRO 1**  
**CONSUMO DE COCAÍNA**  
**(MÉTODO DE ENCUESTA)**

AUTOR Y MUESTRA	AÑO	ÁMBITO	CONCEPTO	%
Gutiérrez	1981	Álava	Consumidores esporádicos	0.8
			Consumidores ocasionales	0.4
			Consumidores habituales	0.2
Marquínez	1981	Vizcaya	Consumidores esporádicos	1.5
			Consumidores ocasionales	0.5
			Consumidores habituales	0.4
Calafat y cols.	1982	Mallorca	Alguna vez	1.7
			Menos de 1 vez/semana	0.5
			Varias veces/semana	0.0
Varo, Aguinaga, Cortaire	1983	Pamplona	Alguna vez	2.0
			Últimos 12 meses	0.9
			Últimos 30 días	0.5
Varo, Aguinaga	1983	Navarra	Alguna vez	3.4
			Últimos 12 meses	1.9
			Últimos 30 días	1.2
Varo, Aguinaga	1984	La Rioja	Alguna vez	4.3
			Últimos 12 meses	-
			Últimos 30 días	1.1
EDIS 12 y más años	1981	España	Alguna vez	3.5
EDIS 12 y más años	1984	España	Alguna vez	3.7
			Últimos 6 meses	1.8
			Últimos 30 días	0.1
EDIS 12 y más años	1986	Aragón	Alguna vez	2.4
			Últimos 6 meses	1.2
			Últimos 30 días	0.1
EDIS-UGT Trabajadores	1987	España	Alguna vez	5.6
			Últimos 6 meses	3.2
			Últimos 30 días	2.4
			Uso habitual	0.2
EDIS 15 y más años	1984	Andalucía	Últimos 6 meses	3.1
			Uso habitual	0.1
EDIS-Comisionado 16 y más años	1987	Andalucía	Últimos 6 meses	3.1
			Últimos 30 días	2.8
			Uso habitual	0.1
EDIS-Comisionado 12 y más años	1988	Galicia	Últimos 6 meses	1.7
			Últimos 30 días	1.5
			Uso habitual	0.1
EDIS-PRD 14-28 años	1988	Madrid	Últimos 6 meses	8.5
			Últimos 30 días	6.5

AUTOR Y MUESTRA	AÑO	ÁMBITO	CONCEPTO	%
Comas, Domingo 16-64 años	1989	Madrid	Últimos 12 meses	2.2
			Últimos 30 días	0.9
14-70 años	1989	C. y León	Últimos 12 meses	2.9
			Últimos 30 días	1.6
EDIS-Comisionado 14 y más años	1989	Andalucía	Últimos 6 meses	2.7
			Últimos 30 días	1.9
			Uso habitual	0.15
15-64 años	1990	Cataluña	Últimos 12 meses	1.7
			Últimos 30 días	0.6
12 y más años	1991	Aragón	Últimos 6 meses	3.1
			Últimos 30 días	2.7
EMER-Ayto.Valencia 15 y más años	1991	Valencia (ciudad)	Algún vez	8.6
			Últimos 6 meses	4.1
			Últimos 30 días	3.2
EDIS-Comisionado 14 y más años	1992	Andalucía	Últimos 6 meses	2.9
			Últimos 30 días	2.0
			Uso habitual	0.15
EDIS-Comisionado 12 y más años	1992	Galicia	Últimos 6 meses	1.5
			Últimos 30 días	1.2
			Uso habitual	0.1
14-70 años	1992	C. y León	Últimos 12 meses	4.5
			Últimos 30 días	1.8
EDIS-Comisionado 12 y más años	1994	Andalucía	Últimos 6 meses	3.1
			Últimos 30 días	2.4
			Uso habitual	0.1
Comas, Domingo 15-29 años	1994	España	Alguna vez	7.8
			Repitieron	5.6
			Uso habitual	2.0
EDIS-Comisionado 12 y más años	1994	Galicia	Últimos 6 meses	2.02
			Últimos 30 días	1.65
			Uso habitual	0.16
DGPNSD-CIS 16 y más años	1994	España	Actualmente con alguna frecuencia	0.5
DGPNSD-CUANter Escolares 14-18 años	1994	España	Alguna vez	2.4
			Últimos 12 meses	1.7
			Últimos 30 días	1.0
DGPNSD-EDIS 15 y más años	1995	España	Alguna vez	2.9
			Últimos 12 meses	1.5
			Últimos 30 días	0.4
FAD-EDIS Trabajadores 16-65 años	1996	España	Alguna vez	8.2
			Últimos 12 meses	4.5
			Últimos 30 días	3.1
			Uso habitual	0.2
EDIS-Comisionado 12 y más años	1996	Galicia	Alguna vez	2.7
			Últimos 6 meses	1.8
			Últimos 30 días	1.3
			Uso habitual	0.1

AUTOR Y MUESTRA	AÑO	ÁMBITO	CONCEPTO	%
EDIS-PRD Trabajadores 16-65 años	1996	Madrid	Alguna vez	9.0
			Últimos 12 meses	5.3
			Últimos 30 días	3.8
			Uso habitual	0.5
EDIS-Comisionado 12 y más años	1996	Andalucía	Alguna vez	4.0
			Últimos 12 meses	2.0
			Últimos 30 días	1.4
			Uso habitual	0.1
EDIS-Dir. Gral. de Drogo dependencias 15 y más años	1996	C. Valenciana	Alguna vez	6.0
			Últimos 12 meses	3.2
			Últimos 30 días	2.3
			Uso habitual	0.2

En lo relativo a la edad de inicio en el uso de la cocaína podemos ver la siguiente distribución:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	3.6
De 15 a 17 años	11.1
De 18 a 21 años	45.0
De 22 a 25 años	24.6
De 26 años en adelante	15.0

El grupo de edad en que se produce un mayor número de inicios es el de 18 a 21 años, con el 45% del total; seguido del de 22 a 25 con un 24.6%.

La edad global media de inicio en el uso de cocaína es 21.18 años; siendo los 20.30 en los hombres y 23.21 en las mujeres.

A los usuarios de cocaína (y también a los de heroína) se les preguntó por qué vía consumían esta sustancia más frecuentemente. Un 2% indicaron que inyectada y el 98% por otras vías (inhalada, fumada, esnifada, etc.).

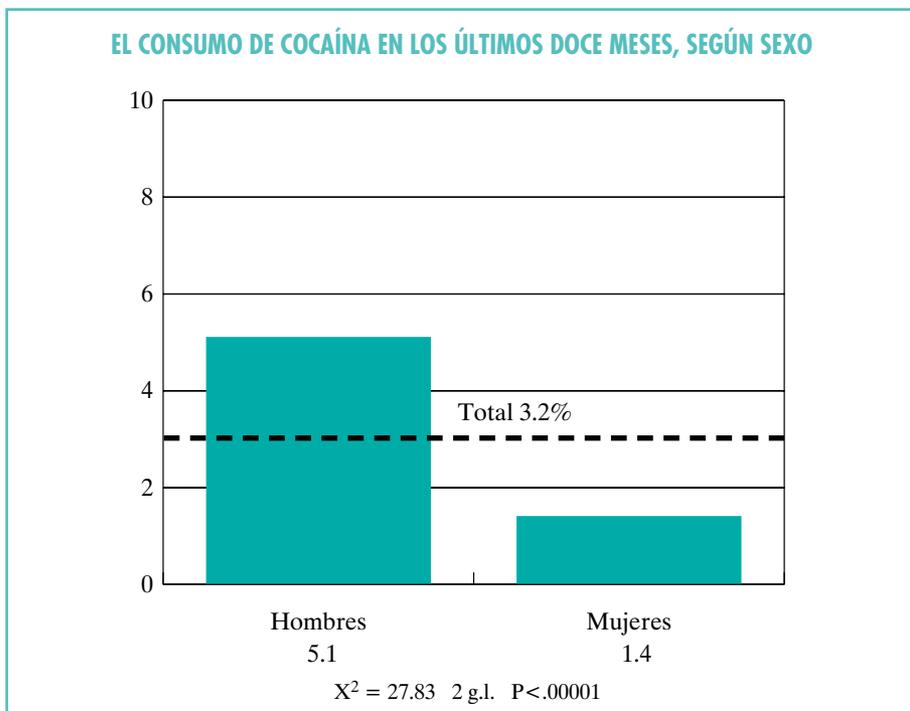
De los que lo hicieron inyectándose, entre los hombres asciende a un 2.7%, no habiendo encontrado ningún caso entre las mujeres. Por edades no observamos ningún caso en los de 15 a 18 años y en los de 19 a 24. Entre los de 25 a 34 hay

un 2.4% y entre los de 35 a 44 un 5.3%. Tampoco encontramos ningún caso a partir de los 45 años.

Finalmente, en lo que se refiere al perfil de los que usaron cocaína en los últimos doce meses (tabla 4.6.) podemos ver que son, principalmente, hombres un 5.1%, por el 1.4 de las mujeres; los de 15 a 18 años un 4.2, 19 a 24 el 7.6, 25 a 34 un 6.5 y de 35 a 44 el 1.6. En los núcleos urbanos, sobre todo en los medios y grandes. En las tres provincias y, especialmente, en las poblaciones turísticas y en las zonas de Castellón-Vinaroz, Valencia-Torrente y Alicante-Denia.

Son hijos emancipados y no, así como un segmento de cabezas de familia. De nivel educativo medio-alto, aunque con un grupo de repetidores y de los que tuvieron que cambiar de nivel. Profesionales y funcionarios, trabajadores, parados y estudiantes. De los diversos estratos de clase media y de la clase alta.

Las diferencias observadas en muchas de estas variables son significativas, con unos  $X^2$  que permiten descartar la hipótesis nula con probabilidades entre  $P < .00001$  y  $P < .00390$ . Lo serían menos la provincia, el hábitat y la clase social,

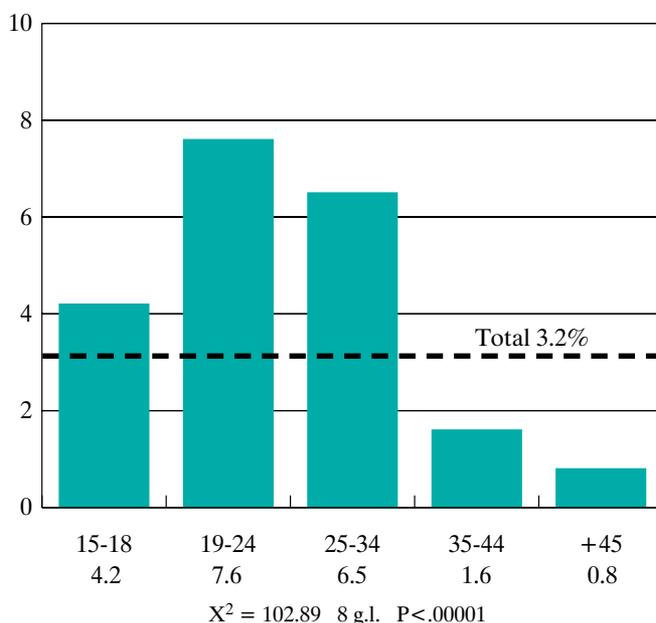


con  $P < .14223$ ,  $P < .11468$  y  $P < .93592$ , respectivamente. Lo cual nos indica que el uso de esta sustancia está relativamente extendida en los diversos ámbitos.

**TABLA 4.6.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE COCAÍNA**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	5.1
Mujeres	1.4
De 15 a 18 años	4.2
De 19 a 24 años	7.6
De 25 a 34 años	6.5
De 35 a 44 años	1.6
<b>Hábitat</b>	
De 10.001 a 100.000 hab.	2.7
De 100.001 a 250.000 hab.	3.8
Más de 250.000 hab.	4.8
<b>Provincia</b>	
Castellón	3.0
Valencia	3.4
Alicante	2.7
<b>Zona</b>	
Castellón-Vinaroz	3.2
Valencia-Torrente	5.6
Alicante-Denia	3.4
<b>Población</b>	
Turística	4.9
No turística	2.0
<b>Rol familiar</b>	
Hijos emancipados	15.6
Hijos no emancipados	6.2
Cabezas de familia	2.0
<b>Estudios</b>	
FP 1 y 2	6.6
Medios-Superiores	5.2
BUP	2.9
Repitieron varios cursos	16.1
Cambiaron de nivel	10.1
<b>Ocupación</b>	
Profesionales y funcionarios	3.4
Trabajadores	6.2
Parados	7.3
Estudiantes	4.1
<b>Clase social</b>	
Media	3.4
Alta	6.1
Total	3.2

#### EL CONSUMO DE COCAÍNA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN EDAD



#### 4. DROGAS DE SÍNTESIS

La Comunidad Valenciana fue, probablemente, una de las zonas de España en la que más temprano irrumpieron las drogas de síntesis; esto ha producido que la proporción de los que la han usado alguna vez sea algo más alta que en otros lugares. Sin embargo, su posterior extensión a otras Comunidades ha hecho que el uso actual esté mucho más equilibrado, con prevalencias muy parecidas, como veremos a continuación.

Los datos de la presente encuesta en la Comunidad Valenciana (tabla 4.7.) indican que un 3.7% de la población de quince años en adelante las haya usado alguna vez. (Un 2.4% en Andalucía y el 1.4% en Galicia). De ellos un 1.8% las usó en los últimos doce meses. (Un 1.6% en Andalucía y el 1% en Galicia). Finalmente, en el período más reciente del último mes lo hicieron un 1.3%. (También el 1.3% en Andalucía y un 0.9% en Galicia). Como puede verse en el tiempo presente las prevalencias están mucho más igualadas que en el punto de arranque de alguna vez.

**TABLA 4.7.**  
**EL CONSUMO DE DROGAS DE SÍNTESIS**

Consumió alguna vez	3.7%
Edad media de inicio en el consumo (años)	20.38
Consumió en los últimos doce meses	1.8%
Consumió en el último mes	1.3%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	0.7%
• Una vez por semana	0.3%
• De dos a seis veces por semana	0.3%
• Diariamente	0.0%

En el cuadro 2 se ofrecen, a título ilustrativo, los datos de una serie de estudios realizados en los últimos cuatro años.

El uso de las drogas de síntesis es bastante esporádico u ocasional: el 1% de los que las usaron en el último mes lo hicieron con una frecuencia máxima de una vez a la semana, mientras que en un uso más frecuente o habitual encontramos a un 0.3% (en la frecuencia de 2 a 6 veces por semana).

La continuidad de uso sería la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 48.7%.
- Último mes/Últimos 12 meses: 72.2%.

Si establecemos el índice de continuidad total, es decir, los que las siguen tomando de los que lo han hecho alguna vez obtenemos un 35%. Es decir, una de cada tres personas que las usaron las siguen tomando y dos de cada tres las han dejado de usar. En este dato hay una gran coincidencia con los obtenidos por J. Gamella y A. Álvarez en un reciente estudio sobre las drogas de síntesis.<sup>5</sup>

5. GAMELLA, J.F. y ÁLVAREZ, A. (1997). *Drogas de síntesis en España: patrones y tendencias de adquisición y consumo. Un estudio antropológico en cinco Comunidades Autónomas* (de próxima aparición).

En términos absolutos podemos estimar que alrededor de unas 42.000 personas usaron drogas de síntesis en la Comunidad Valenciana, en el último mes; de ellas unas 9.000 a 10.000 lo estarían haciendo de un modo frecuente o habitual.

**CUADRO 2**  
**CONSUMO DE DROGAS DE SÍNTESIS**  
**(MÉTODO DE ENCUESTA)**

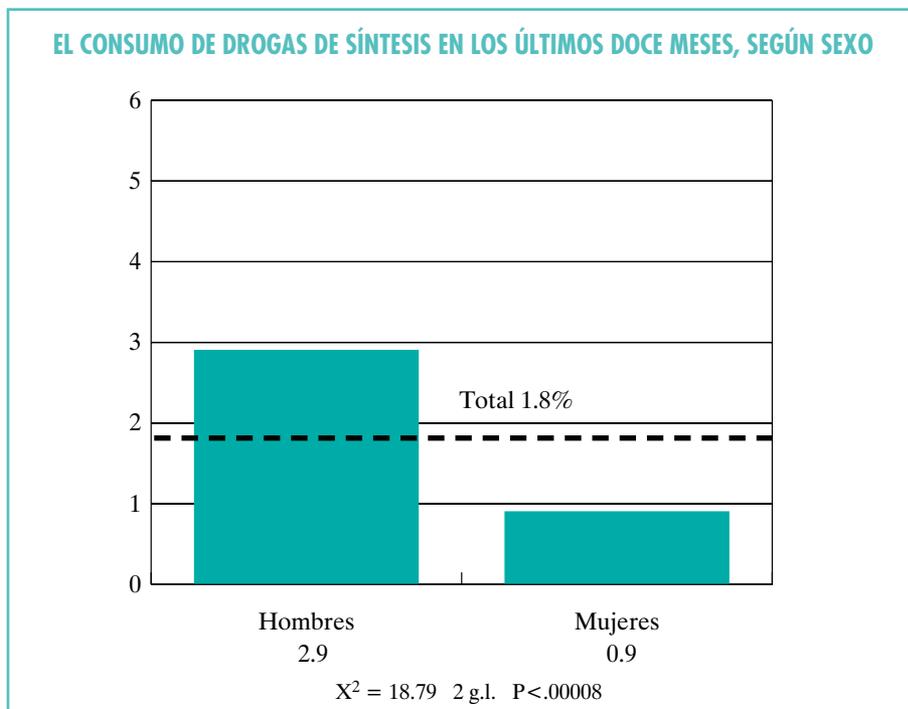
ESTUDIO	POBLACIÓN	AÑO	PERIODO	%
España PNSD-CIS	General 16 años y más	1993	Con alguna frecuencia	0.2
España INJUVE	Jóvenes 15-29 años	1994	Alguna vez - Drogas de diseño - Speed	4.8 4.3
Andalucía EDIS-Comisionado	General 12 años y más	1994	Últimos 6 meses - 21-24 años	1.3 5.3
Galicia EDIS-Comisionado	General 12 años y más	1994	Últimos 6 meses 19-24 años, medio urbano	0.8 5.7
España PNSD-CUANTER	Escolar 14-18 años	1994	Alguna vez Últimos 12 meses Último mes	3.5 3.0 2.0
España PNSD-EDIS	General 15 años y más	1996	Alguna vez Últimos 12 meses - 19-24 años Últimos 30 días	1.6 1.1 3.3 0.3
España FAD-EDIS	Trabajadores 16-65 años	1996	Alguna vez Últimos 12 meses - 16-24 años	4.3 2.3 8.3
Galicia EDIS-Comisionado	General 12 años y más	1996	Alguna vez Últimos 6 meses - 19-24 años Últimos 30 días	1.4 1.0 4.4 0.9
Madrid EDIS-PRD	Trabajadores 16-65 años	1996	Alguna vez Últimos 6 meses - 19-24 años - 25-34 años	5.8 3.9 7.3 6.2
Andalucía EDIS-Comisionado	General 12 años y más	1996	Alguna vez Últimos 6 meses - 21-24 años Últimos 30 días	2.4 1.6 4.9 1.3
C. Valenciana EDIS-Dir. Gral. de Drogodependencias	General 15 años y más	1996	Alguna vez Últimos 12 meses - 19-24 años Últimos 30 días	3.7 1.8 5.6 1.3

Las edades de inicio en el uso de drogas de síntesis se distribuyen del siguiente modo:

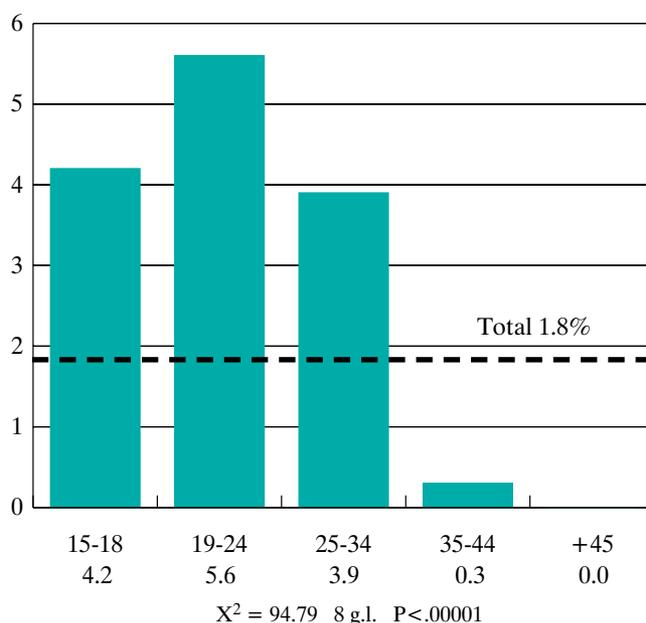
AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	3.4
De 15 a 17 años	23.6
De 18 a 21 años	40.4
De 22 a 25 años	17.2
De 26 años en adelante	15.4

La mayor proporción de inicios en el uso de estas sustancias se da entre los 18 y los 21 años, con el 40.4% y entre los 15 y los 17 con un 23.6%.

La edad global media de inicio son los 20.38 años; 20.32 en los hombres y 20.50 en las mujeres.



### EL CONSUMO DE DROGAS DE SÍNTESIS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN EDAD



El perfil de los que usaron drogas de síntesis, en los últimos doce meses (tabla 4.8) es el siguiente: los hombres 2.9 y las mujeres 0.9; los de 15 a 18 años 4.2, de 19 a 24 el 5.6 y los de 25 a 34 un 3.9. En todos los hábitats, especialmente a partir de 50.000 habitantes; en las tres provincias y sobre todo en las zonas de Castellón-Vinaroz, Valencia-Torrente, Alzira-Gandía y Alicante-Denia. Y en las poblaciones turísticas y las que no lo son.

Son hijos emancipados y no; de niveles de estudios primarios y medios; abundan los que repitieron varios cursos y los que cambiaron de nivel. Principalmente son estudiantes, trabajadores y parados; de todas las clases sociales, especialmente de media-media.

Las diferencias observadas en la mayoría de estas variables son significativas, con  $X^2$  que permiten descartar la hipótesis nula con probabilidades entre  $P < .00001$  y  $P < .07066$ . No lo son mucho las de hábitat, provincia, zonas y clase

social, con  $P < .47348$  a  $P < .72637$ ; lo que como ya hemos dicho refleja la amplitud de la extensión geográfica y social de estas sustancias.

**TABLA 4.8.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS DE SÍNTESIS**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	2.9
Mujeres	0.9
De 15 a 18 años	4.2
De 19 a 24 años	5.6
De 25 a 34 años	3.9
<b>Hábitat</b>	
En todos los hábitats y especialmente: A partir de 50.000 hab.	2.4
<b>Provincia</b>	
En las tres provincias	1.7 a 2.1
<b>Zona</b>	
En todas las zonas, especialmente en las de:	
Castellón-Vinaroz	2.2
Valencia-Torrente	2.9
Alzira-Gandía	2.1
Alicante-Denia	1.8
<b>Población</b>	
Turística	1.9
No turística	1.7
<b>Rol familiar</b>	
Hijos emancipados	7.8
Hijos no emancipados	5.0
<b>Estudios</b>	
Primarios-EGB	1.8
BUP	2.0
FP 1 y 2	3.0
Repitieron curso	10.7
Cambiaron de nivel	5.0
<b>Ocupación</b>	
Estudiantes	3.1
Trabajadores	3.2
Parados	3.9
<b>Clase social</b>	
Todas las clases sociales, en especial Media-media	1.9
Total	1.8

## 4.1. Sobre las peculiaridades del consumo de drogas de síntesis

Además de los datos sobre el consumo de drogas de síntesis, vistos anteriormente, se incluyeron en la encuesta una serie de preguntas sobre algunas peculiaridades de las drogas de síntesis. La base muestral de usuarios de estas drogas es superior al centenar de entrevistados, pero que una vez ponderados equivalen proporcionalmente a 73 casos.

Los resultados obtenidos en cada cuestión son los siguientes:

- **Con quién las tomaron por primera vez:** El 82.6% de los que tomaron estas drogas en alguna ocasión lo hizo con los amigos, un 8.5 con conocidos y un 6% con la pareja. Las mujeres señalan en un 16% la pareja.

Los más jóvenes son los que en mayor medida indican los amigos, entre el 90 y 100%. Los de 25 a 34 años un 20% indican la pareja.

- **Con qué motivo las tomaron por primera vez:** El 43.6% lo hizo para bailar o divertirse, otro 43.1 para sentir sensaciones nuevas y un 6.9 para hacer algo prohibido. Las mujeres señalan más las sensaciones nuevas 52.6, y los hombres el bailar o divertirse 52.9. El hacer algo prohibido es mencionado más por los más jóvenes 16.3.

- **Cómo las obtuvieron en la primera ocasión:** Al 44.6% les invitó un amigo o conocido, a un 25.6 se la compró a un amigo, un 20.4 la compró en un bar o discoteca o en la calle y a un 5.5 les invitó un desconocido. Las mujeres y los de 19 a 24 son los que más indican que les invitó un amigo o conocido: 57.9 y 56.5, respectivamente. Y los hombres son los que más la compraron en la calle o en un bar o discotecas: 23.1.

- **Cuántas sesiones de consumo\*\* han tenido:** La media de sesiones de consumo que han tenido es de 9.41. Un 30% han tenido más de 10 sesiones de consumo, de los que un 11% han tenido más de 20. Los hombres han tenido una media de 10.11 sesiones y las mujeres 8.03. La media más alta es la de los de 19 a 24 años con 12 sesiones.

(La media de sesiones de consumo en Andalucía es de 8.82).

---

\*\*Por sesión de consumo se entiende el período de tiempo en el que se está bajo los efectos de las drogas de síntesis, de forma continuada y sin llegar, en ningún momento, a estar sobrio; a diferencia de una toma ocasional de estas sustancias.

- **Número máximo de pastillas tomadas en una misma sesión de consumo:** Las medias máximas de pastillas tomadas en una misma sesión de consumo es de 3.84. Un 28.2 por ciento tomó de 4 pastillas en adelante, de los que un 8.1% tomó 7 ó más. La media de los hombres fue 4.32 y 2.98 la de las mujeres.

(La media de pastillas tomadas en Andalucía es de 3.83).
- **Efectos negativos en los días siguientes de haberlas tomado:** Un 25.7% indica la fatiga o el cansancio, un 17.7 % dificultades para dormir, un 10% dificultades para concentrarse, un 11.9 pérdidas de memoria y otro 11.9 tristeza, apatía o depresión. Los de 15 a 18 años y los de 19 a 24 son los que más señalan la fatiga o cansancio: 31.5; mientras que los de 25 a 34 años o más, son los que en mayor medida indican las dificultades para concentrarse 10 a 18.2%.
- **En qué medida creen que el uso de drogas de síntesis es peligroso:** Un 11.9 piensa que no lo es, un 39.4 que lo es algo, y el 48.6 cree que lo es bastante o mucho. Las mujeres son las que más creen que es peligroso: 56.3.
- **Han recibido algún tratamiento médico a causa de estas drogas:** Un 92.7% indica que no y el 7.3% que sí lo ha recibido (un 4.2 de urgencia y el 3 no de urgencia). Los hombres son los que más lo han recibido en general: 7.8, pero las mujeres las que más de urgencia 5.6%. Un 12.5% de los de 15 a 24 años que han usado drogas de síntesis han recibido tratamiento de urgencia.
- **Actualmente siguen tomando drogas de síntesis:** El 35% indica que sí y un 65 no las sigue tomando. Hay igualdad entre hombres y mujeres, pero por la edad los que más las siguen tomando son los de 15 a 18 años un 44.4% y los de 19 a 24 el 43.5%.
- **En qué días toman las drogas de síntesis:** El 90.5% las toman los fines de semana, un 3.2 cualquier día de la semana y un 6.4 sólo ocasionalmente. El 100% de las mujeres las toma sólo los fines de semana, pero un 5.6% de los hombres lo hace cualquier día de la semana. Según la edad el 100% de los de 15 a 18 y de los de 19 a 24 las toman sólo el fin de semana, pero un 9.1% de los de 25 a 34 años lo hace cualquier día.
- **Razones para seguir tomándolas y para haber dejado de hacerlo (en preguntas abiertas):**

- Para seguir tomándolas: principalmente para divertirse, bailar e ir de fiestas; porque las toman sus amigos; por las sensaciones que les producen; porque les gusta o se lo pasan bien; y para cambiar de conciencia.
  - Para haberlas dejado: fundamentalmente por los efectos secundarios o porque no les sentaban bien, porque no las necesitan; porque perjudican la salud; porque son caras; porque las probaron y no les gustaron; porque son peligrosas; por influencia positiva de otras personas.
- **Quisieran dejar de tomarlas:** De los que actualmente las toman, un 66.2 no quiere dejar de tomarlas, a un 11.8 sí le gustaría dejarlas y un 22.1 tiene dudas. Entre los hombres un 12% quisieran dejarlas y entre las mujeres un 33% tienen dudas. Por edades los que en mayor medida no quieren dejarlas son los más jóvenes, 15 a 18 años, un 75%, pero a partir de los 19-24 se quiere dejarlas (11.1) y más aún a partir de los 21 a 34 con el 18.2%.
- **Qué tipo de ayuda les gustaría recibir si decidieran dejar de tomarlas:** Aproximadamente la mitad dicen que ninguna, que pueden hacerlo ellos mismos. La otra mitad indican, principalmente la ayuda de la familia y de los amigos, un centro o tratamiento especializado, ayuda médica particularizada, y solidaridad de la gente.

Para un mayor abundamiento en la realidad y problemática del consumo de drogas de síntesis, remitimos al citado estudio de J. Gamella y A. Álvarez.

## 5. HEROÍNA

Durante varios años la heroína ha sido la droga que ha suscitado una mayor atención social e institucional. Las graves consecuencias que acarrea a sus usuarios y la problemática social que en general conlleva, creó una fuerte alarma social entre la población, lo cual generó una amplia actuación de los poderes públicos y también de numerosas entidades privadas. Actualmente, el uso de heroína parece haber experimentado un cierto descenso, aunque los efectos que siguen teniendo hacen necesaria mantener la lucha contra su tráfico y las actuaciones preventivas y asistenciales.

En la encuesta realizada en la Comunidad Valenciana (tabla 4.9.) hemos observado que un 1.1% de la población de quince años en adelante la ha usado

alguna vez; un 0.7% lo hicieron en los últimos doce meses, y el 0.5% la consumió en los últimos treinta días. De ellos un 0.2% la estarían usando de un modo frecuente o habitual.

**TABLA 4.9.**  
**EL CONSUMO DE HEROÍNA**

Consumió alguna vez	1.1%
Edad media de inicio en el consumo (años)	21.14
Consumió en los últimos doce meses	0.7%
Consumió en el último mes	0.5%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	0.1%
• Una vez por semana	0.2%
• De dos a seis veces por semana	0.0%
• Diariamente	0.2%

Al igual que hemos hecho con la cocaína y las drogas de síntesis hemos recogido (cuadro 3) los resultados de una amplia serie de estudios realizados en nuestro país desde principios de los años ochenta. En lo que a su comparabilidad se refiere, valga aquí lo dicho anteriormente.

El consumo de esta sustancia en la Comunidad Valenciana, en el indicador más reciente de los últimos treinta días (0.5%) es prácticamente idéntico al observado en Galicia (0.6%) y en Andalucía (0.5%). El uso frecuente o habitual se sitúa en las tres Comunidades entre el 0.1 y el 0.2%. En el estudio de 1991, el consumo de heroína, en los últimos treinta días, en la ciudad de Valencia era de un 0.9%.

La continuidad de uso de la heroína sería la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 63.4%.
- Último mes/Últimos 12 meses: 71.4%.

Y en lo que se refiere a los posibles usuarios de heroína, en términos absolutos, se podría estimar, de forma aproximada, que en el último mes la habrían usado unas 14.000 a 16.000 personas, de las que entre 5.000 a 6.000 lo estarían haciendo de un modo frecuente o habitual.

**CUADRO 3**  
**CONSUMO DE HEROÍNA U OPIÁCEOS**  
**(MÉTODO DE ENCUESTA)**

MUESTRA	AÑO	CONCEPTOS	%
Nacional + 15 años	1980	Opiáceos	Últimos 6 meses 2.0
Vizcaya + 15 años	1980	Opiáceos	Esporádicos Ocasionales Habituales 0.6 0.1 0.3
Mallorca Escolares 13-18 años	1982	Opiáceos	1 vez Ocasionalmente Varias veces/semanal 1.2 0.3 0.0
Navarra 15-21 años	1983	Heroína	Alguna vez Últimos 12 meses Últimos 30 días 1.8 1.6 0.8
Pamplona Escolares 14-21 años	1983	Heroína	Alguna vez Últimos 12 meses Últimos 30 días 1.2 1.1 0.6
Nacional 15-64 años EDIS	1981	Opiáceos	Alguna vez 2.0
Nacional 12 y más años EDIS	1984	Heroína	Alguna vez Últimos 6 meses Últimos 30 días Uso habitual 1.8 1.1 0.9 0.3
Aragón 12 y más años EDIS	1986	Heroína	Alguna vez Últimos 6 meses Uso habitual 0.9 0.7 0.1
Nacional Trabajadores EDIS-UGT	1987	Heroína	Alguna vez Últimos 6 meses Últimos 30 días Uso habitual 1.8 0.7 0.6 0.3
Andalucía 15 y más años EDIS	1984	Heroína	Últimos 6 meses Uso habitual 1.3 0.2
Andalucía 16 y más años EDIS-Comisionado	1987	Heroína	Últimos 6 meses Últimos 30 días Uso habitual 1.6 1.1 0.3
Galicia 16 y más años EDIS-Comisionado	1988	Heroína	Últimos 6 meses Últimos 30 días Uso habitual 1.0 0.9 0.2
Madrid 14-28 años EDIS-PRD	1988	Heroína	Últimos 6 meses Últimos 30 días 3.4 1.9
Madrid 14-64 años Comas, Domingo	1989	Heroína	Últimos 12 meses Últimos 30 días 0.3 0.2

MUESTRA	AÑO	CONCEPTOS	%	
Castilla y León 14-70 años	1989	Opiáceos	Últimos 12 meses	0.5
			Últimos 30 días	0.4
Andalucía 14 y más años EDIS-Comisionado	1989	Heroína	Últimos 6 meses	1.6
			Últimos 30 días	1.2
			Uso habitual	0.3
Cataluña 15-64 años	1990	Heroína	Últimos 12 meses	0.2
			Últimos 30 días	0.2
Aragón 12 y más años	1991	Heroína	Últimos 6 meses	0.2
			Últimos 30 días	0.1
Valencia (ciudad) 15 años y más EMER-Ayto. Valencia	1991	Heroína	Alguna vez	2.0
			Últimos 6 meses	0.9
			Últimos 30 días	0.9
Andalucía 14 y más años EDIS-Comisionado	1992	Heroína	Últimos 6 meses	1.8
			Últimos 30 días	1.3
			Uso habitual	0.24
Galicia 12 y más años EDIS-Comisionado	1992	Heroína	Últimos 6 meses	1.0
			Últimos 30 días	0.7
			Uso habitual	0.15
Castilla y León 14-70 años	1992	Opiáceos	Últimos 12 meses	0.5
			Últimos 30 días	0.4
España 15-29 años Comas, Domingo	1994	Heroína	Alguna vez	1.6
			Repitieron	0.8
			Uso habitual	0.4
Andalucía 12 y más años EDIS-Comisionado	1994	Heroína	Últimos 6 meses	1.6
			Últimos 30 días	1.0
			Uso habitual	0.3
Galicia 12 y más años EDIS-Comisionado	1994	Heroína	Últimos 6 meses	1.05
			Últimos 30 días	0.74
			Uso habitual	0.17
España 16 y más años DGPNSD-CIS	1994	Heroína	Actualmente con alguna frecuencia	0.1
España Escolares 14-18 años DGPNSD-CUANTER	1994	Heroína	Alguna vez	0.5
			Últimos 12 meses	0.3
			Últimos 30 días	0.2
España 15 y más años DGPNSD-EDIS	1995	Heroína	Alguna vez	0.8
			Últimos 12 meses	0.5
			Últimos 30 días	0.3
España Trabajadores 16-65 años FAD-EDIS	1996	Heroína	Alguna vez	1.1
			Últimos 12 meses	0.4
			Últimos 30 días	0.3
Galicia 12 y más años EDIS-Comisionado	1996	Heroína	Alguna vez	1.2
			Últimos 6 meses	0.7
			Últimos 30 días	0.6
			Uso habitual	0.1

MUESTRA	AÑO	CONCEPTOS	%	
Madrid Trabajadores 16-65 años EDIS-PRD	1996	Heroína	Alguna vez	1.4
			Últimos 6 meses	0.8
			Últimos 30 días	0.7
Andalucía 12 y más años EDIS-Comisionado	1996	Heroína	Alguna vez	1.6
			Últimos 6 meses	0.7
			Últimos 30 días	0.5
			Uso habitual	0.2
C. Valenciana 15 y más años EDIS-Dir. Gral de Drogodependencias	1996	Heroína	Alguna vez	1.1
			Últimos 12 meses	0.7
			Últimos 30 días	0.5
			Uso habitual	0.2

En lo que se refiere a las edades de inicio en el uso de heroína, la distribución observada es la siguiente:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	3.8
De 15 a 17 años	7.3
De 18 a 21 años	49.3
De 22 a 25 años	33.8
De 26 años en adelante	5.8

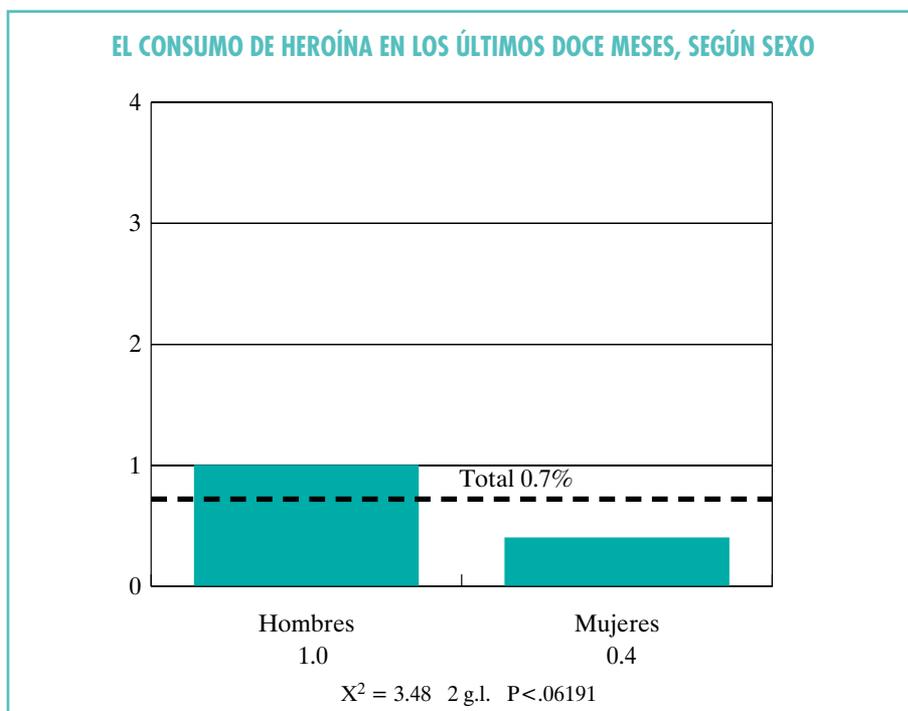
Casi la mitad de los que han usado heroína alguna vez se iniciaron en ella entre los 18 y los 21 años, y un tercio entre los 22 y los 25. La edad media de inicio en el uso de heroína es de 21.14 años; 20.70 en los hombres y 22.03 en las mujeres.

Respecto a la vía por la que consumen heroína más frecuentemente, observamos que un 28.6% la usaban inyectada y un 71.4% por otras vías (inhalaada, fumada, etc.). Por sexos y edades tenemos que mientras la práctica totalidad de las mujeres (95%) la consumen por otras vías y sólo un 5% inyectada, los hombres se la inyectan un 43%. Por edades vemos que el 100% de 15 a 18 la usan por otras vías, pero en los 19-24 años se la inyectan ya un 25%, lo cual se eleva a un 33% en los de 25 a 34 años.

El perfil de los que usaron heroína en los últimos doce meses (tabla 4.10.) es el siguiente hombres un 1% y mujeres el 0.4%; de 15 a 18 años 0.6, de 19 a 24 un 1.2 y de 25 a 34 el 2.6. En las tres provincias, en los núcleos urbanos medios y grandes. En las zonas de Castellón-Vinaroz, Valencia-Paterna, Valencia-Torrente y Alicante-Denia. En las zonas turísticas un 1.2 por el 0.4 en las no turísticas.

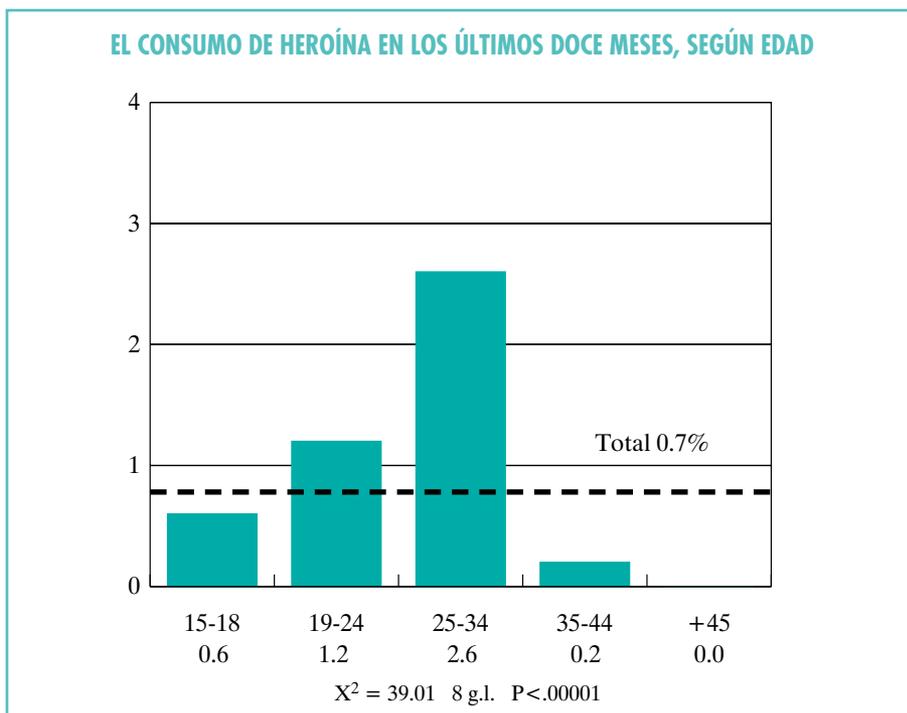
Son hijos emancipados y no emancipados; de niveles educativos primario y medio; repetidores de cursos y los que tuvieron que cambiar de nivel. Trabajadores y, principalmente, parados. De clase social media-baja y media-media.

La mayoría de las variables analizadas tienen diferencias significativas, con unos  $X^2$  que permiten descartar la hipótesis nula con probabilidades entre  $P < .00001$  y  $P < .16137$ . Las que menos lo son sería la provincia, el área sanitaria y la clase social con  $P < .31658$  a  $P < .51796$ .



**TABLA 4.10.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE HEROÍNA**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	1.0
Mujeres	0.4
De 15 a 18 años	0.6
De 19 a 24 años	1.2
De 25 a 34 años	2.6
<b>Hábitat</b>	
De 50.001 a 100.000 hab.	1.4
De 100.001 a 250.000 hab.	2.5
Más de 250.000 hab.	1.1
<b>Provincia</b>	
En las tres provincias	
<b>Zona</b>	
Castellón-Vinaroz	1.1
Valencia-Paterna	0.9
Valencia-Torrente	0.7
Alicante-Denia	1.0
<b>Población</b>	
Turística	1.2
No turística	0.4
<b>Rol familiar</b>	
Hijos emancipados	7.8
Hijos no emancipados	1.4
<b>Estudios</b>	
Primarios-EGB	0.6
FP 1 y 2	1.0
BUP y medios	1.1
Repitieron varios cursos	7.3
Tuvieron que cambiar de nivel	10.0
<b>Ocupación</b>	
Trabajadores	1.1
Parados	3.9
<b>Clase social</b>	
Media-baja	1.8
Media-media	0.5
Total	0.7



## 6. ANALGÉSICOS MORFÍNICOS Y OTROS OPIÁCEOS

Los analgésicos morfínicos y otros opiáceos tienen un uso muy asociado al de la heroína, su coeficiente de correlación es de .732 estableciéndose entre ambas sustancias un amplio policonsumo (Capítulo 5). Son también de un uso minoritario y, aunque en algunos casos se utilicen de forma terapéutica, una parte muy importante de sus consumidores son drogodependientes.

Los resultados obtenidos en la encuesta (tabla 4.11.) en la Comunidad Valenciana son los siguientes: un 0.8% de la población de referencia los ha usado en alguna ocasión; el 0.6% lo hizo en los últimos doce meses y un 0.5% los usó también en el último mes. (En este último período de tiempo en Andalucía lo usó también el 0.5%, y un 0.3% lo hizo en Galicia). En un uso frecuente o habitual encontramos un 0.2%. En el estudio realizado en 1991, en la ciudad de Valencia, el consumo de opiáceos en los últimos 30 días era del 0.5%.

La continuidad de uso sería la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 75%.
- Último mes/Últimos 12 meses: 83.3%.

Como puede verse la continuidad en el uso de estas sustancias es muy elevada.

En términos absolutos podría estimarse que el uso de analgésicos morfínicos y otros opiáceos se situaría, en el último mes, en torno a las 14.000 a 16.000 personas, de las que alrededor de las 5.000 a 6.000 lo harían de un modo frecuente o habitual.

**TABLA 4.11.**  
**EL CONSUMO DE ANALGÉSICOS MORFÍNICOS Y OTROS OPIÁCEOS**

Consumió alguna vez	0.8%
Edad media de inicio en el consumo (años)	23.47
Consumió en los últimos doce meses	0.6%
Consumió en el último mes	0.5%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	0.3%
• Una vez por semana	0.0%
• De dos a seis veces por semana	0.2%
• Diariamente	0.0%

La distribución de las edades de inicio en el consumo de morfínicos y otros opiáceos sería la siguiente:

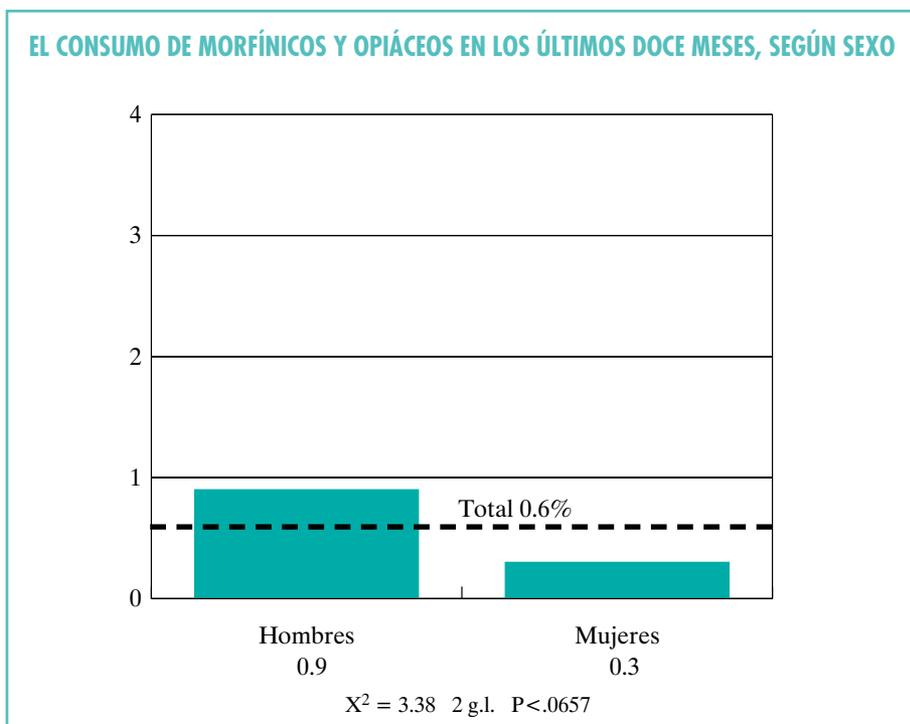
AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	5.0
De 15 a 17 años	4.5
De 18 a 21 años	7.5
De 22 a 25 años	70.9
De 26 años en adelante	12.1

El grupo de edad más importante en el inicio del uso de estas sustancias sería el de 22 a 25 años con un 70.9% del total de casos observados. La edad global media de inicio sería los 23.47 años; 24.14 en los hombres y 21.71 en las mujeres.

El perfil de los usuarios de estas sustancias (tabla 4.12.) es muy similar al visto en los usuarios de heroína, pues un 70% lo son de ambas sustancias. Hombres un 0.9% y mujeres el 0.3%; los de 19-24 años el 0.8% y los de 25 a 34 un 2.6%. En las tres provincias, en los núcleos urbanos medios y grandes; en las poblaciones turísticas, y en las zonas de Valencia-Paterna, Valencia-Torrente y Alicante-Denia.

Hijos emancipados y no; de diversos niveles educativos; repetidores de curso y los que cambiaron de nivel. Trabajadores y parados y de clase social media-baja y media-media.

Las diferencias de varias de estas variables son significativas, con unos  $X^2$  que permiten descartar la hipótesis nula con probabilidades de  $P < .00001$  a

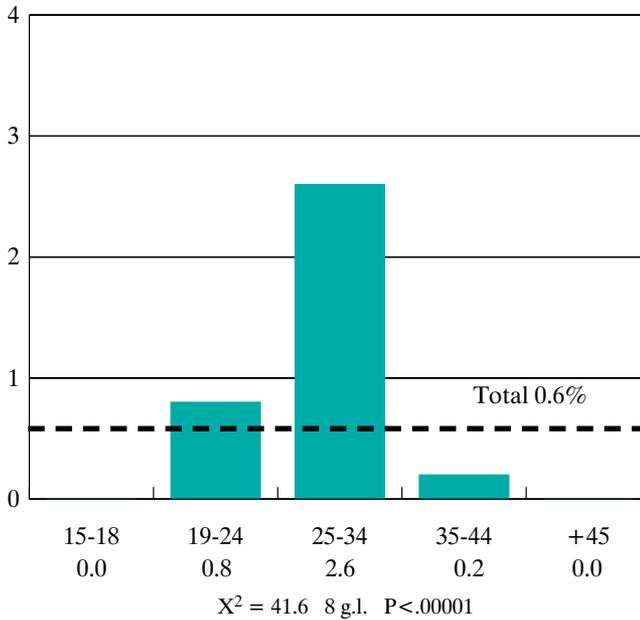


P<.06570. Las menos significativas serían la provincia, el hábitat y la clase social con P<.2154 a P<.6851.

**TABLA 4.12.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE MORFÍNICOS Y OPIÁCEOS**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	0.9
Mujeres	0.3
De 19 a 24 años	0.8
De 25 a 34 años	2.6
<b>Hábitat</b>	
De 50.001 a 100.000 hab.	1.4
De 100.001 a 250.000 hab.	1.2
Más de 250.000 hab.	0.9
<b>Provincia</b>	
En las tres provincias y especialmente en	
Valencia	0.4
Alicante	0.9
<b>Zona</b>	
Valencia-Paterna	0.7
Valencia-Torrente	0.6
Alicante-Denia	1.0
<b>Población</b>	
Turística	0.9
No turística	0.4
<b>Rol familiar</b>	
Hijos emancipados	6.7
Hijos no emancipados	1.2
<b>Estudios</b>	
Repitieron cursos	5.4
Tuvieron que cambiar de nivel	10.0
<b>Ocupación</b>	
Trabajadores	1.1
Parados	3.4
<b>Clase social</b>	
Media-baja	1.8
Media-media	0.4
Total	0.6

## EL CONSUMO DE MORFÍNICOS Y OPIÁCEOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN EDAD



## 7. ALUCINÓGENOS

Los alucinógenos son un tipo de drogas que tuvieron un consumo relativamente importante en los años setenta y primeros años ochenta; posteriormente su consumo descendió bastante, hasta que en los años noventa ha vuelto a incrementarse, probablemente de la mano de las drogas de síntesis, con las que establece un cierto consumo asociado. El coeficiente de correlación observado es de .546.

Los datos sobre el consumo de alucinógenos en la Comunidad Valenciana son los siguientes: los usó alguna vez el 3.8%; lo hizo en los últimos doce meses un 1.1%; y los consumió en los últimos treinta días el 0.6%. En este último período de tiempo todo el consumo observado es esporádico u ocasional. (En Andalucía y Galicia los usó en el último mes un 0.8 y un 0.5, respectivamente). Y en el estudio de la ciudad de Valencia el consumo en 1991, en los últimos 30 días era de un 0.6%.

La continuidad de uso sería la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 28.9%
- Último mes/Últimos 12 meses: 54.5%.

De forma aproximada se puede estimar que usaron alucinógenos, en el último mes, alrededor de 18.000 a 20.000 personas. El uso sería esporádico, pero unas 9.000 a 10.000 lo harían una vez a la semana.

**TABLA 4.13.**  
**EL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS**

Consumió alguna vez	3.8%
Edad media de inicio en el consumo (años)	18.99
Consumió en los últimos doce meses	1.1%
Consumió en el último mes	0.6%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	0.3%
• Una vez por semana	0.3%
• De dos a seis veces por semana	0.0%
• Diariamente	0.0%

Las edades de inicio de los alucinógenos son las siguientes:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	7.6
De 15 a 17 años	43.7
De 18 a 21 años	26.2
De 22 a 25 años	11.1
De 26 años en adelante	11.4

Entre los 15 y los 17 años se producen el mayor número de inicios en el uso de alucinógenos, con el 43.7% del total, seguido de los de 19 a 24, con el 26.2%. La edad media de inicio es de 18.99 años, 17.98 en los hombres y 21.07 en las mujeres.

El perfil de los que en los últimos doce meses usaron alucinógenos es el siguiente: hombres 1.8% y mujeres 0.5; los de 15 a 18 años 4.8 y los de 19 a 24

el 3.2. En los núcleos urbanos grandes. En las zonas de Castellón-Vinaroz y Valencia-Torrente. En las poblaciones turísticas.

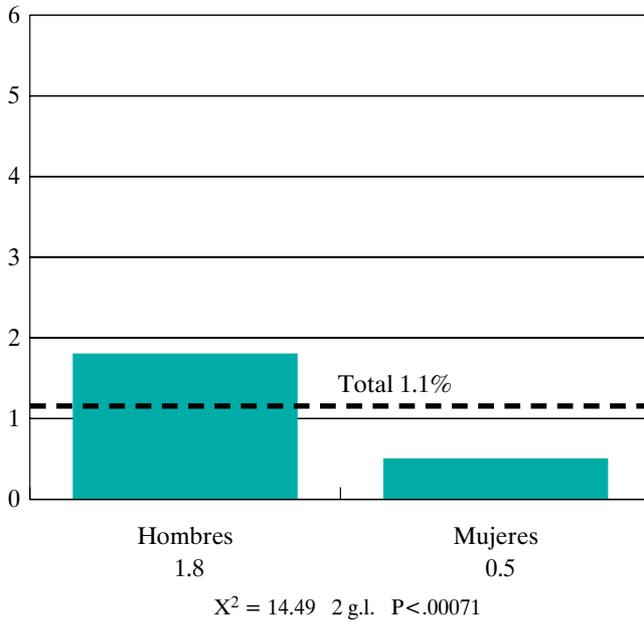
Son hijos no emancipados, principalmente; de estudios medio altos. Estudiantes, profesionales y funcionarios y parados. De clase media-media.

Las diferencias observadas en muchas de estas variables son significativas, con unos  $X^2$  que permiten descartar la hipótesis nula con unas probabilidades entre  $P < .00001$  y  $P < .05635$ . No lo son las de zonas, provincias, clase social y hábitat, con  $P < .16041$  a  $P < .77048$ .

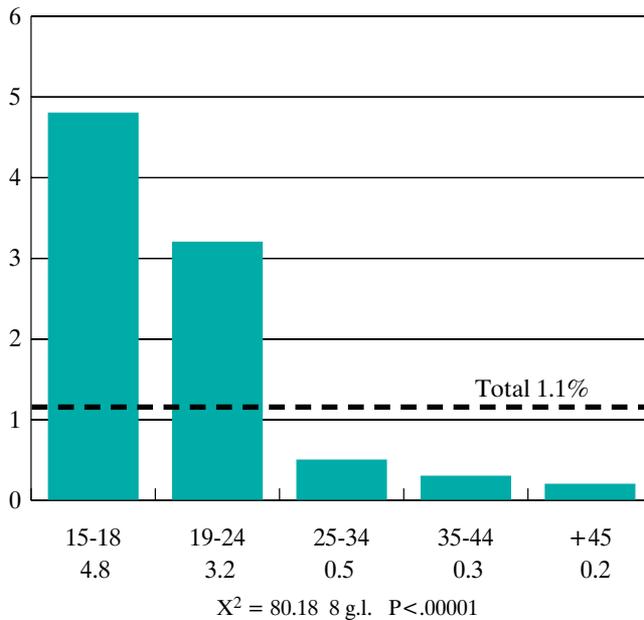
**TABLA 4.14.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE ALUCINÓGENOS**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	1.8
Mujeres	0.5
De 15 a 18 años	4.8
De 19 a 24 años	3.2
<b>Hábitat</b>	
De 100.001 a 250.000 hab.	1.2
Más de 250.000 hab.	1.5
<b>Provincia</b>	
Castellón	1.7
Valencia	1.4
<b>Zona</b>	
Castellón-Vinaroz	1.4
Valencia-Torrente	2.7
<b>Población</b>	
Turística	1.4
No turística	0.9
<b>Rol familiar</b>	
Hijos no emancipados	3.3
<b>Estudios</b>	
BUP	2.0
FP 1 y 2	2.0
Medios-Superiores	1.9
Repetidores de varios cursos	3.6
<b>Ocupación</b>	
Estudiantes	3.8
Profesionales y funcionarios	1.9
Parados	1.7
<b>Clase social</b>	
Media-baja	1.2
Total	1.1

### EL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN SEXO



### EL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN EDAD



## 8. ANFETAMINAS

Las anfetaminas son unas sustancias estimulantes cuyo uso está en cierta medida asociado a la cocaína, las drogas de síntesis y los alucinógenos, con coeficientes de correlación con estas drogas de alrededor de .400, con las que forma el modelo más importante de policonsumo, como veremos en el Capítulo 5.

El consumo de anfetaminas en la Comunidad Valenciana es de un 4.5% en el uso alguna vez, de un 1.3% en el de los últimos doce meses, y el 1% en el período más reciente de los últimos treinta días. (En Galicia un 0.4% y un 1.1% en Andalucía). En el estudio de 1991 en la ciudad de Valencia, el consumo de anfetaminas en los últimos 30 días era de un 1.4%.

En este último período de tiempo el consumo es mayormente esporádico u ocasional, aunque en el frecuente o habitual encontramos un 0.3%.

La continuidad de uso sería la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 28.9%.
- Último mes/Últimos 12 meses: 76.9%.

Y en números absolutos los usuarios el último mes se situarían alrededor de los 30.000, de los que entre los 8.000 y los 10.000 las estarían consumiendo de modo frecuente o habitual.

**TABLA 4.15.**  
**EL CONSUMO DE ANFETAMINAS**

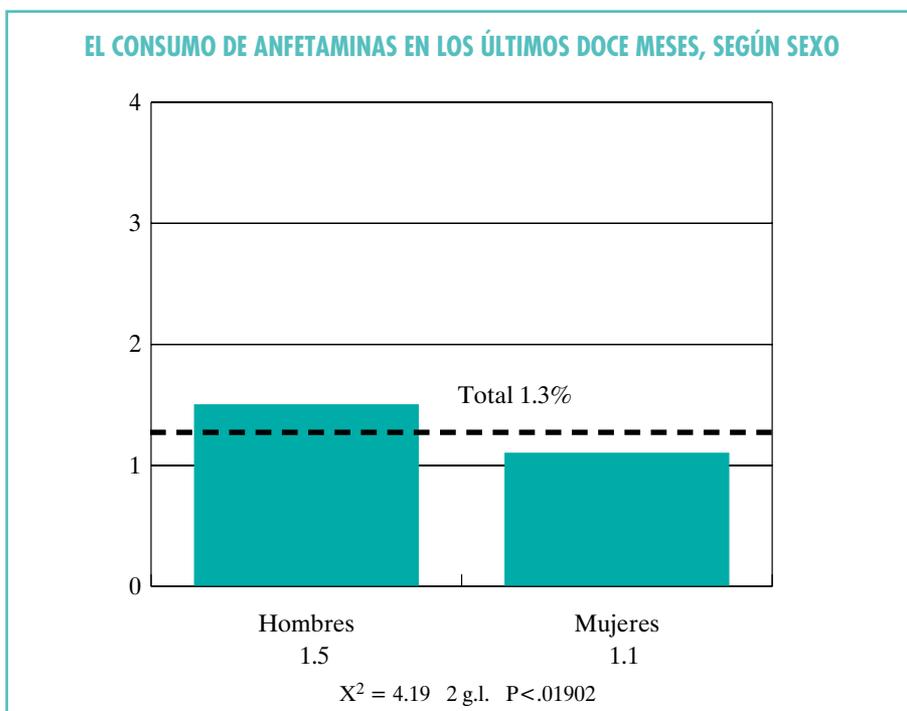
Consumió alguna vez	4.5%
Edad media de inicio en el consumo (años)	22.55
Consumió en los últimos doce meses	1.3%
Consumió en el último mes	1.0%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	0.4%
• Una vez por semana	0.3%
• De dos a seis veces por semana	0.0%
• Diariamente	0.3%

La distribución de edades de inicio del uso de anfetaminas sería la siguiente:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	4.4
De 15 a 17 años	20.0
De 18 a 21 años	37.5
De 22 a 25 años	13.6
De 26 años en adelante	24.9

El grupo más importante en el inicio del uso de anfetaminas es el de 18 a 21 años, con un 37.5%. Luego hay un segmento de usuarios cuyo inicio es más tardío, de los 26 años en adelante, con un 24.9%. La edad media de inicio son los 22.55 años; los 21.53 en los hombres y los 23.84 en las mujeres.

El perfil de los usuarios de anfetaminas sería el siguiente: hombres 1.5 y mujeres 1.1; de 15 a 18 años 2.4 y de 25 a 34 el 1.8. En núcleos urbanos medios y grandes, en Valencia y Alicante, y en las zonas de Valencia-Torrente, Alzira-Gandía y Elche-Orihuela. Algo más en poblaciones turísticas.



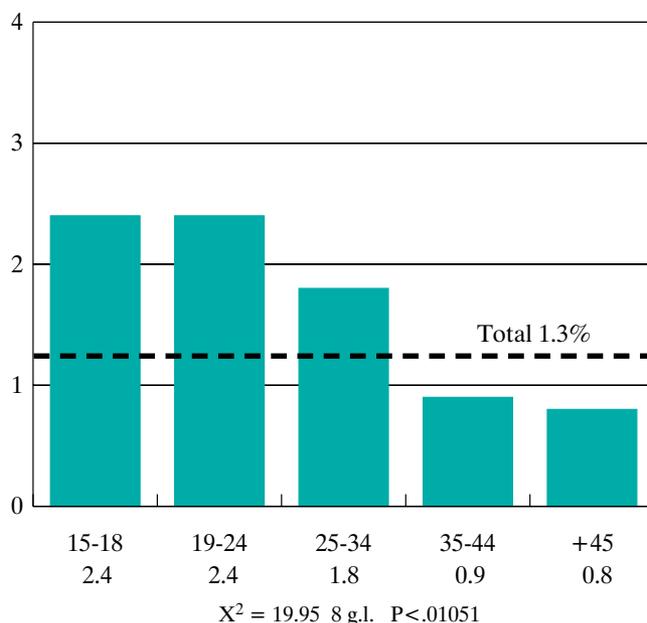
Son hijos emancipados y no emancipados; de niveles educativos diversos. Estudiantes, profesionales y trabajadores; de clase social media-media y media-alta.

Las diferencias observadas en una serie de variables son significativas, con unos  $X^2$  que permiten descartar la hipótesis nula con probabilidades de  $P < .00001$  a  $P < .01902$ .

**TABLA 4.16.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	1.5
Mujeres	1.1
De 15 a 18 años	2.4
De 19 a 24 años	2.4
De 25 a 34 años	1.8
<b>Hábitat</b>	
De 50.001 a 100.000 hab.	2.0
De 100.001 a 250.000 hab.	1.9
Más de 250.000 hab.	1.9
<b>Provincia</b>	
Valencia	1.8
Alicante	0.9
<b>Zona</b>	
Valencia-Torrente	3.0
Alzira-Gandía	2.5
Elche-Orihuela	1.1
<b>Población</b>	
Turística	1.4
No turística	1.2
<b>Rol familiar</b>	
Hijos no emancipados	2.3
Hijos emancipados	4.5
<b>Estudios</b>	
Primarios-EGB	1.2
BUP	1.7
Medios-Superiores	2.6
Repetidores de varios cursos	7.1
<b>Ocupación</b>	
Profesionales y funcionarios	2.4
Estudiantes	2.1
Trabajadores	1.4
<b>Clase social</b>	
Media-media	1.0
Media-alta	4.9
Total	1.3

### EL CONSUMO DE ANFETAMINAS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN EDAD



## 9. TRANQUILIZANTES

Los tranquilizantes son una serie de psicofármacos que, en general, son usados de forma terapéutica y en la mayoría de los casos bajo prescripción médica. No obstante, desde hace algunos años se viene observando un uso muy continuado en unos casos, así como un amplio autoconsumo, asociado en ciertas ocasiones al uso de otros psicofármacos e incluso como alternativos a drogas ilegales.

En la Comunidad Valenciana, al igual que en otras Comunidades, el uso de tranquilizantes, es bastante amplio: en alguna vez un 12.3% de la población de referencia indica haberlos consumido; un 5.7% lo hizo en los últimos doce meses y un 4% en el período más reciente del último mes. (En este período los usó el 5.2% en Andalucía y un 4.4% en Galicia). En el estudio de 1991, en la ciudad de Valencia, se investigó el consumo de benzodiacepinas (incluyendo tanto los tranquilizantes como los hipnóticos); la prevalencia observada en esta ciudad, en los últimos 30 días, fue de un 9.6%.

En este período del último mes el consumo frecuente o habitual fue de un 2.8%.

La continuidad de uso sería la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 46.3%.
- Último mes/Últimos 12 meses: 70.2%.

El número aproximado de personas que el último mes habrían utilizado tranquilizantes sería de una 400.000, de las que unas 75.000 lo estarían haciendo de modo frecuente o habitual.

**TABLA 4.17.**  
**EL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES**

Consumió alguna vez	12.3%
Edad media de inicio en el consumo (años)	35.72
Consumió en los últimos doce meses	5.7%
Consumió en el último mes	4.0%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	1.0%
• Una vez por semana	0.2%
• De dos a seis veces por semana	0.4%
• Diariamente	2.4%

La estructura de las edades de inicio en el consumo de tranquilizantes es la siguiente:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	12.0
De 15 a 25 años	26.0
De 26 a 35 años	21.0
De 36 a 45 años	16.0
De 46 años en adelante	25.0

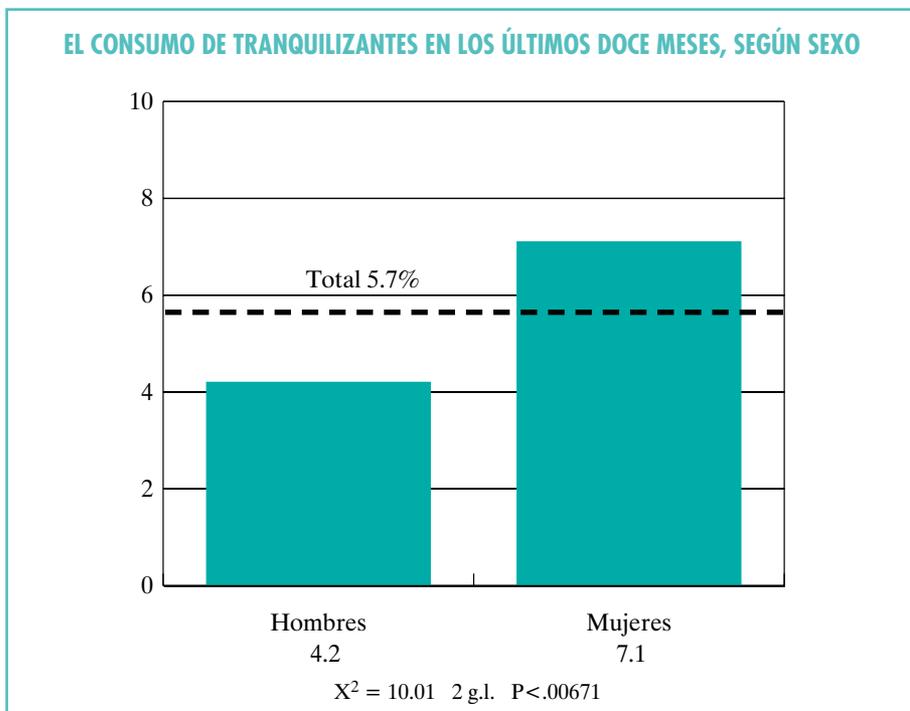
Como puede observarse, esta distribución tiene dos modas estadísticas, o puntos de máximo inicio en el uso de tranquilizantes: una joven, 15 a 25 años, con el 26% y otra mayor, de 46 años en adelante con un 25%.

La edad global media resultante son los 35.72 años; 37.79 en los hombres y 34.35 en las mujeres.

Los perfiles de los usuarios de tranquilizantes cambian bastante respecto a lo visto en las drogas anteriores: ahora predominan las mujeres, un 7.1%, por un 4.2 los hombres; y también las edades mayores: 19 a 24 y 35 a 44 el 4.4% y un 8% en los de más de 44 años. En todo tipo de poblaciones, aunque especialmente en las pequeñas y las muy grandes.

También varía el rol familiar: cabezas de familia, cónyuges y abuelos. Son de estudios diversos, aunque predominan los niveles bajos, si bien hay también un segmento de medios-superiores. Profesionales y funcionarios, parados, amas de casa y pensionistas. Están presentes en todas las clases sociales, pero sobre todo en los estratos populares.

Las diferencias observadas en las distintas variables son significativas, unos  $X^2$  que permiten descartar la hipótesis nula entre  $P < .00001$  y  $P < .01369$ . La única

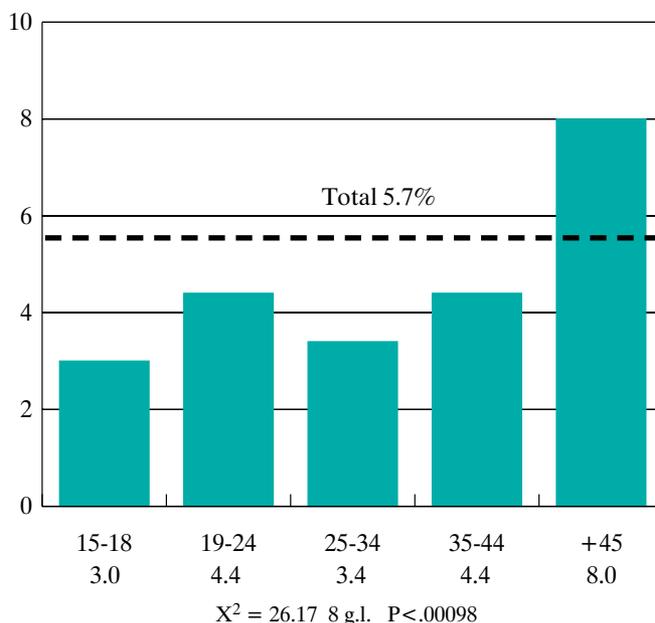


no significativa es la población turística o no, su  $P < .93909$  nos indica que los tranquilizantes se consumen prácticamente por igual en uno u otro tipo de zona: 5.9 y 5.6%, respectivamente.

**TABLA 4.18.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE TRANQUILIZANTES**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	4.2
Mujeres	7.1
De 19 a 24 años	4.4
De 35 a 44 años	4.4
De 45 años y más	8.0
<b>Hábitat</b>	
Hasta 10.000 hab.	7.4
Más de 250.000 hab.	7.6
<b>Provincia</b>	
Valencia	8.6
<b>Zona</b>	
Valencia-Paterna	6.8
Valencia-Torrente	7.7
Alzira-Gandía	11.2
<b>Población</b>	
Turística	5.9
No turística	5.6
<b>Rol familiar</b>	
Cabezas de familia	6.1
Cónyuge	6.6
Abuelos	11.1
<b>Estudios</b>	
Sin estudios o incompletos	9.4
Primarios	5.2
Medios-Superiores	6.2
<b>Ocupación</b>	
Profesionales y funcionarios	5.8
Parados	6.7
Amas de casa	7.7
Pensionistas	5.8
<b>Clase social</b>	
Baja	14.6
Media-baja	7.1
Media-alta	5.2
Total	5.7

## EL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN EDAD



## 10. HIPNÓTICOS

Este tipo de sustancias fueron definidas a los entrevistados como “pastillas para dormir”, diferenciándolo en lo posible de la definición de los tranquilizantes (“pastillas para calmar los nervios o la ansiedad”). En todo caso se observa que ambas sustancias tienen un consumo asociado, constituyendo el núcleo del modelo de policonsumo de los psicofármacos (Capítulo 5).

El consumo de hipnóticos en la Comunidad Valenciana es el siguiente: un 5% los ha usado alguna vez, un 3.9% lo ha hecho en los últimos doce meses, y un 3.4% los usó en el último mes (En este último período se observa un uso del 2.7% en Galicia y del 1.5% en Andalucía). El consumo frecuente o habitual es del 1.9%.

La continuidad de uso sería la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 78%.
- Último mes/Últimos 12 meses: 87%.

En términos absolutos se puede estimar que estarían usando hipnóticos en el último mes unas 110.000 personas, de las que alrededor de las 60.000 lo estarían haciendo de modo frecuente o habitual.

**TABLA 4.19.**  
**EL CONSUMO DE HIPNÓTICOS**

Consumió alguna vez	5.0%
Edad media de inicio en el consumo (años)	40.36
Consumió en los últimos doce meses	3.9%
Consumió en el último mes	3.4%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	1.1%
• Una vez por semana	0.4%
• De dos a seis veces por semana	0.5%
• Diariamente	1.4%

Las edades de inicio en el uso de hipnóticos son las que se recogen en el siguiente cuadro:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 17 años	13.3
De 18 a 25 años	12.1
De 26 a 35 años	14.5
De 36 a 45 años	21.4
De 46 años en adelante	38.7

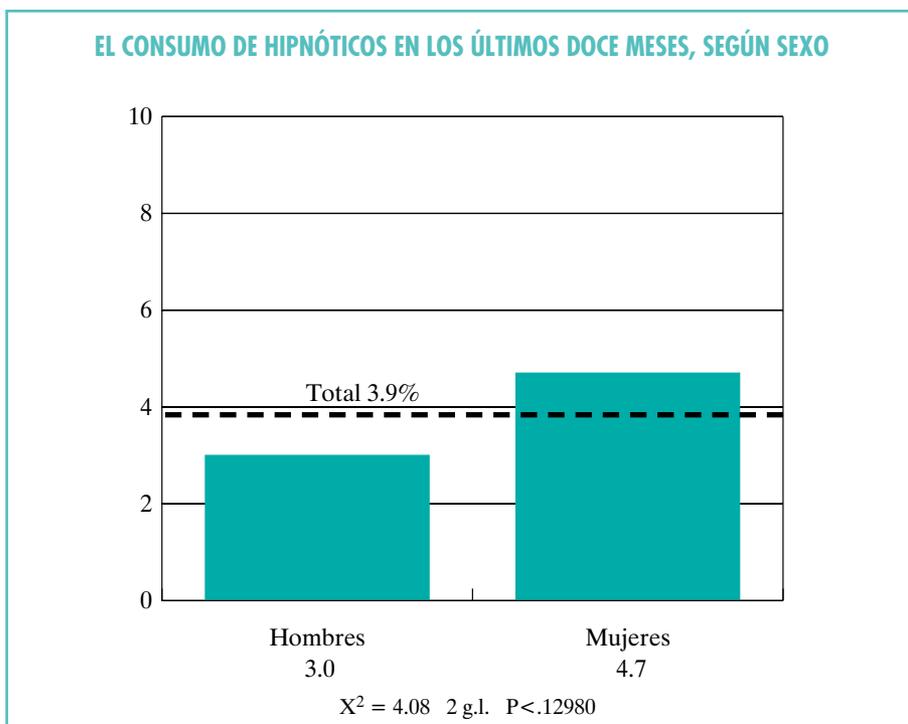
En estas sustancias la mayor parte de los inicios en su consumo se producen en los dos grupos de mayor edad: 36 a 45 años un 21.4% y el 38.7% a partir de los 46 años en adelante.

La edad global media de inicio en el uso de hipnóticos son los 40.36 años; 44.70 en los hombres y 37.52 en las mujeres.

El perfil de los usuarios de hipnóticos es muy semejante al de los de tranquilizantes: mujeres en mayor proporción que los hombres, 4.7 y 3%, respectivamente; también en edades mayores: 35 a 44 años 3.1 y de 45 en adelante 6.4%. En todo tipo de hábitats, aunque algo más en los pequeños y los más grandes.

Igualmente los cabezas de familia y cónyuges. De nivel educativo bajo, aunque con un segmento de medios-superiores. Amas de casa, pensionistas, profesionales-funcionarios y parados. De clase social media-baja y media-media.

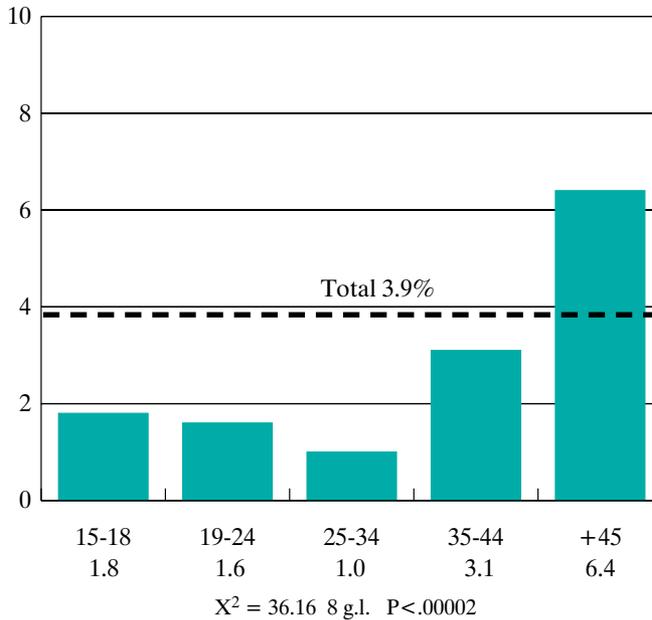
Las diferencias observadas en muchas de estas variables son significativas, con unos  $X^2$  que permiten descartar la hipótesis nula con  $P < .00001$  a  $P < .12980$ . La menos significativa sería el tipo de población, turística o no turística, con  $P < .31184$ .



**TABLA 4.20.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE HIPNÓTICOS**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	3.0
Mujeres	4.7
De 35 a 44 años	3.1
De 45 años en adelante	6.4
<b>Hábitat</b>	
Hasta 10.000 hab.	5.8
De 10.001 a 50.000 hab.	4.9
Más de 250.000 hab.	2.8
<b>Provincia</b>	
Valencia	4.8
Alicante	3.0
<b>Zona</b>	
Castellón-Vinaroz	4.0
Valencia-Paterna	3.4
Alzira-Gandía	7.4
<b>Población</b>	
No turística	4.3
Turística	3.1
<b>Rol familiar</b>	
Cabezas de familia	4.0
Cónyuge	5.9
<b>Estudios</b>	
Sin estudios	9.1
Primarios-EGB	3.1
Medios-Universitarios	5.5
<b>Ocupación</b>	
Amas de casa	6.6
Pensionista	10.3
Profesionales y funcionarios	2.9
Parados	2.2
<b>Clase social</b>	
Media-baja	5.0
Media-alta	4.2
Total	3.9

### EL CONSUMO DE HIPNÓTICOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN EDAD



## 11. ANALGÉSICOS COMUNES

Los analgésicos comunes son unas sustancias usadas por la mayor parte de la población, en tratamientos sintomáticos y en afecciones muy diversas. En muchos estudios sobre uso de drogas no se incluyen, sin embargo, en algunos casos se observa que un uso continuado o abusivo puede acabar asociándose al consumo de otros psicofármacos, como veremos luego al analizar el policonsumo.

El uso de analgésicos comunes, alguna vez ha alcanzado el 81.1% de la población de la Comunidad Valenciana, a un 54.9% en los últimos doce meses, y al 36.3% en los últimos treinta días. (En este último período de tiempo los usó un 33% en Andalucía y el 19.5% en Galicia). Un 6.2% lo estaría usando de modo frecuente o habitual.

La continuidad de uso sería la siguiente:

- Últimos 12 meses/Alguna vez: 67.7%.
- Último mes/Últimos 12 meses: 66.1%.

En el último mes habrían usado analgésicos comunes unas 1.100.000 personas, de las que alrededor de 200.000 lo estarían haciendo de modo frecuente o habitual.

**TABLA 4.21.**  
**EL CONSUMO DE ANALGÉSICOS COMUNES**

Consumió alguna vez	81.1%
Edad media de inicio en el consumo (años)	14.76
Consumió en los últimos doce meses	54.9%
Consumió en el último mes	36.3%
Frecuencia de consumo en el último mes	
• Menos de una vez por semana	23.4%
• Una vez por semana	6.6%
• De dos a seis veces por semana	3.1%
• Diariamente	3.1%

Las edades de inicio en el uso de analgésicos comunes son las que recoge la siguiente distribución:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 6 años	18.4
De 7 a 10 años	26.4
De 11 a 15 años	21.3
De 16 a 20 años	19.1
De 21 a 25 años	2.0
De 26 a 30 años	4.1
De 31 años en adelante	8.2

El inicio recordado en el uso de los analgésicos comunes se produce principalmente en la infancia, hasta los 10 años, con 44.8% del total. La edad media de inicio son los 14.76 años, 13.94 en los hombres y 15.47 en las mujeres.

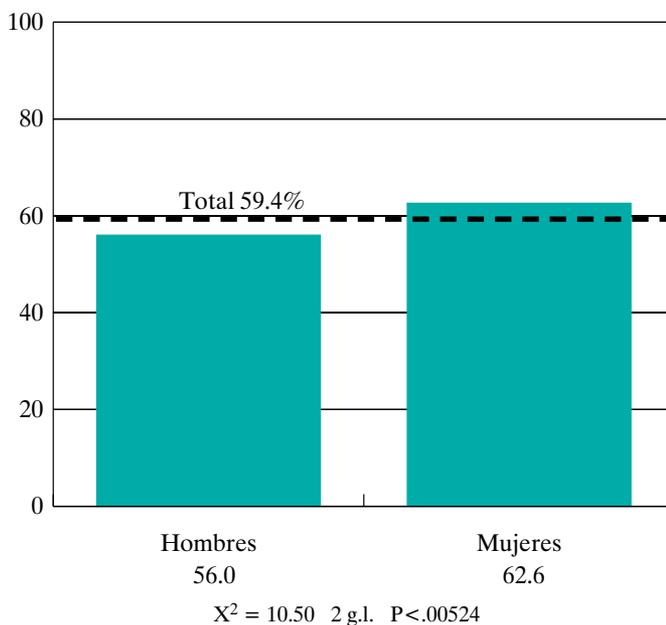
El perfil de los consumidores es muy general, con todo tipo de hábitats, provincias y zonas; con sectores de niveles educativos y sociales diversos. Dentro de este amplio uso de los analgésicos comunes, cabe destacar un uso algo mayor en las mujeres, los de 25 a 34 años, cónyuges, amas de casa, profesionales-funcionarios y los estudiantes.

Las diferencias observadas en estas variables son significativas con unas probabilidades entre  $P < .00001$  y  $P < .17390$ . No lo es en esta ocasión la edad, con  $P < .9801$ , pues el uso de estas sustancias está extendido en todas las edades sin apenas diferencias.

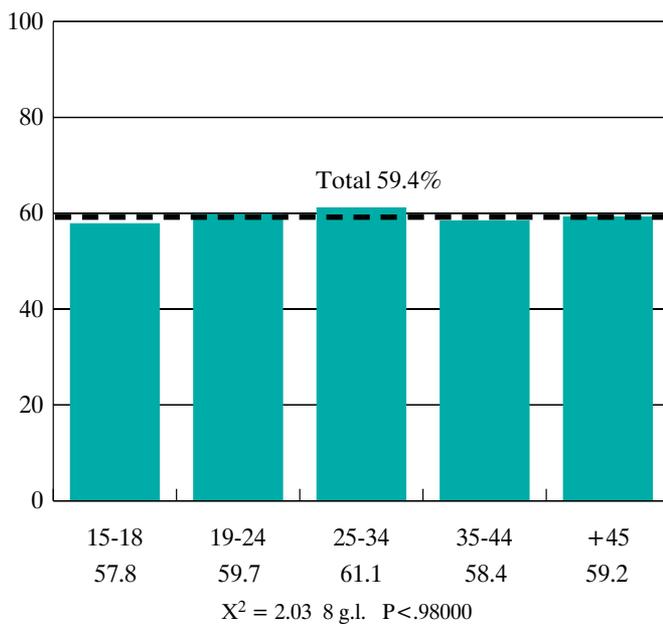
**TABLA 4.22.**  
**PERFIL BÁSICO DE LOS CONSUMIDORES DE ANALGÉSICOS COMUNES**  
**(EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES)**

VARIABLES	%
<b>Sexo y edad</b>	
Hombres	56.0
Mujeres	62.6
De 19 a 24 años	59.7
De 25 a 44 años	61.1
De 45 años y más	59.2
<b>Hábitat</b>	
En todos los hábitats y especialmente en Más de 50.000 hab.	65.6
<b>Provincia</b>	
En las tres provincias y especialmente en Alicante	71.6
<b>Zona</b>	
En todas las zonas, especialmente en Valencia-Torrente	56.4
Alicante-Denia	63.2
Elche-Orihuela	78.7
<b>Población</b>	
Turística	63.7
No turística	56.8
<b>Rol familiar</b>	
Cónyuges	63.6
<b>Estudios</b>	
De todos los niveles educativos	
<b>Ocupación</b>	
Profesionales y funcionarios	64.8
Estudiantes	63.2
Amas de casa	62.0
<b>Clase social</b>	
De todas las clases sociales y especialmente Media-media	62.3
Total	59.4

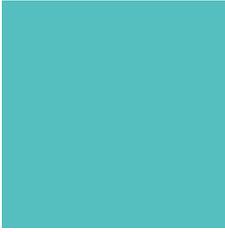
### EL CONSUMO DE ANALGÉSICOS COMUNES EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN SEXO



### EL CONSUMO DE ANALGÉSICOS COMUNES EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN EDAD







# CAPÍTULO CINCO

## Policonsumo, prevalencias y características asociadas

### 1. EL USO MÚLTIPLE DE DROGAS O POLICONSUMO

En todos los estudios sobre consumos de drogas que hemos realizado se ha podido verificar que una buena parte de los consumidores de drogas no usan tan sólo una, sino varias de ellas. Esto es especialmente cierto entre los usuarios de unas determinadas drogas (heroína, cocaína, alucinógenos, drogas de síntesis...) en los que se da un amplio policonsumo. Por el contrario, en otras (tabaco, psicofármacos...) hay un patrón de monoconsumo algo mayor.

A partir de la información de la presente encuesta, los resultados obtenidos sobre este particular serían los que ofrecemos a continuación.

Un 42.3% de la población de la Comunidad Valenciana de quince años en adelante no ha usado ninguna droga en los últimos doce meses, no fuman diariamente o no beben por encima de los 75 ml. de alcohol al día (en este colectivo se incluirían a los que sólo fuman ocasionalmente y a los que beben alcohol de forma ligera o moderada).

Mientras que el 57.7% sí usaron alguna o algunas drogas en este período de tiempo o sí fuman diariamente o beben alcohol de forma abusiva (por encima de los 75 ml. día). De estos un 36.5% usa una sola droga (que equivale al 63.2% de los que usan tabaco, alcohol o drogas), el 14% usa dos (el 24.3% de los que usan alguna) y el 7.2% restante toman tres o más drogas (lo que signifi-

ca el 12.5% de los que toman drogas, fuman diariamente y/o beben por encima de los 75 ml. día de alcohol). Este último colectivo es el considerado más específicamente policonsumidor.

El desglose de estos datos podemos verlos en la siguiente tabla:

**TABLA 5.1.**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS ENCUESTADOS, SEGÚN EL NÚMERO DE DROGAS QUE UTILIZAN**  
**(INLUIDO EL ALCOHOL Y EL TABACO)\***

NÚMERO DROGAS	ENTREVISTADOS	% SOBRE EL TOTAL	% SOBRE CONSUMIDORES
0	847	42.3	–
1	730	36.5	63.2
2	281	14.0	24.3
3	95	4.7	8.1
4	35	1.7	2.9
5	8	0.4	0.7
6	1	0.1	0.2
7	3	0.2	0.4
8 ó más	1	0.1	0.2
<b>Total</b>	<b>2.000</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

\* Sólo bebedores abusivos y fumadores diarios

Sintetizando estos datos vemos que:

No consumieron ninguna	42.3%
Consumieron una	36.5%
Consumieron dos	14.0%
Consumieron tres o más	7.2%

En lo que se refiere al monoconsumo, es decir, el 36.5% de personas que consumen una sola droga, podemos ver lo siguiente:

**TABLA 5.2.**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS QUE TOMAN UNA SOLA DROGA:**  
**MONOCONSUMO**

DROGA	%
Tabaco	54.0
Inhalables	22.6
Analgésicos comunes	55.3
Tranquilizantes	39.0
Alcohol	28.7
Analgésicos morfínicos	0.0
Hipnóticos	16.8
Anfetaminas	12.9
Cannabis	20.6
Alucinógenos	3.0
Cocaína	0.8
Drogas de síntesis	1.1
Heroína	0.0

Las sustancias que tienen un mayor monoconsumo son el tabaco con un 54% y los analgésicos comunes con un 55.3%; en todo caso pueden tomar también alcohol, pero siempre por debajo de los 75 ml. (esto es aplicable a los usuarios de todas las demás drogas).

Unos porcentajes medios de monoconsumo serían un 28.7% de los que toman alcohol (por encima de los 75 ml.), los que usaron tranquilizantes un 39%, un 22.6% de los de inhalables y un 20.6% de los de cannabis y 16.8% de hipnóticos.

Finalmente, con un monoconsumo bajo (es decir, alto policonsumo) tendríamos a los usuarios de drogas de síntesis 1.1%, anfetaminas 12.9%, alucinógenos 3%, cocaína 0.8% y los consumidores de heroína y morfínicos u otros opiáceos en los que no hemos encontrado ningún caso de monoconsumo.

Pasando al análisis en profundidad del policonsumo, droga a droga primero, y en los distintos tipos de consumo múltiple después, podemos ver los cuadros A y B.

Según las medias de asociaciones que cada droga tiene con las demás, del cuadro B, podemos ver cómo se ordenan según sus índices de policonsumo.

**TABLA 5.3.**  
**ÍNDICES DE POLICONSUMO**

DROGAS	ÍNDICE DE POLICONSUMO
1º Heroína	5.65
2º Morfínicos y otros opiáceos	4.37
3º Drogas de síntesis	3.74
4º Alucinógenos	3.53
5º Cocaína	3.44
6º Inhalables	3.16
7º Anfetaminas	3.14
8º Hipnóticos	2.69
9º Cannabis	2.34
10º Alcohol	2.19
11º Tranquilizantes	2.01
12º Tabaco	1.71
13º Analgésicos comunes	1.67

A partir de estos índices de policonsumo podemos ver que las sustancias más politoxicómanas (en relación casi inversa a lo visto en el monoconsumo) serían la heroína y los morfínicos y seguidas de las drogas de síntesis, los alucinógenos y la cocaína; con unos índices (o medias de asociaciones) entre 5.65 y 3.44.

En una posición intermedia estarían los inhalables, las anfetaminas, los hipnóticos, y la cannabis; con unos índices de policonsumo entre 3.16 y 2.34.

**CUADRO A**  
**ASOCIACIÓN DE CONSUMOS DIVERSOS**

	GAS		Tabaco		Alcohol		Inhabiles		Cannabis		Cocaína		D. síntesis		Heroína		Otros opiáceos		Alucinógenos		Antetaminas		Tranquilizantes		Hipnóticos		Analg. comunes	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gas	378	54.0	68	58.3	4	44.5	128	58.5	33	60.1	21	55.5	4	71.6	3	62.3	30	56.0	36	57.6	44	33.2	9	39.4	114	30.7		
Tabaco	68	9.7	33	28.7	2	23.6	20	9.3	4	6.7	4	10.0	1	14.8	1	24.5	8	14.8	4	5.5	4	2.8	1	3.7	22	6.0		
Alcohol	4	0.6	2	1.8	2	22.6	2	0.7	1	1.4	2	4.3	1	13.6	0	0.0	3	6.2	2	3.2	2	1.2	0	0.0	2	0.4		
Inhabiles	128	18.3	20	17.4	2	18.0	45	20.6	29	52.2	12	33.5	2	41.8	1	14.8	19	36.2	19	30.8	17	13.3	3	13.9	40	10.8		
Cannabis	33	4.8	4	3.2	1	8.6	29	13.2	0	0.8	13	34.7	4	63.1	2	29.7	15	28.3	17	26.1	7	5.4	1	3.4	11	3.0		
Cocaína	21	3.0	4	3.2	2	18.0	12	5.7	13	23.2	0	1.1	1	21.0	1	14.8	20	37.7	14	22.3	6	4.7	1	3.7	7	2.0		
D. síntesis	4	0.6	1	0.7	1	8.6	2	1.1	4	6.4	1	3.2	0	0.0	2	37.8	4	7.4	2	3.6	3	2.5	2	9.0	0	0.0		
Heroína	3	0.5	1	1.1	0	0.0	1	0.4	2	2.8	1	2.1	2	34.5	0	0.0	4	8.1	2	2.4	0	0.3	2	7.1	0	0.0		
Otros opiáceos	30	4.3	8	6.8	3	36.8	19	8.9	15	27.3	20	54.2	4	70.2	4	83.9	2	3.0	18	28.5	3	2.5	4	16.1	6	1.7		
Alucinógenos	36	5.2	4	3.0	2	22.6	19	8.9	17	29.7	14	37.9	2	40.7	2	29.7	18	33.7	8	12.9	10	7.7	2	7.1	10	2.6		
Antetaminas	44	6.2	4	3.2	2	17.2	17	7.9	7	12.7	6	16.6	3	58.1	0	8.1	3	6.2	10	16.0	51	39.0	7	32.3	28	7.6		
Tranquilizantes	9	1.3	1	0.7	0	0.0	3	1.4	1	1.4	1	2.3	2	35.7	2	31.0	4	6.8	2	2.5	7	5.5	4	16.8	8	2.0		
Hipnóticos	114	16.2	22	19.1	2	17.9	40	18.3	11	19.8	7	20.0	0	0.0	0	0.0	6	11.5	10	15.4	28	21.6	8	33.3	205	55.3		

diagonal se sitúan los consumidores exclusivos de cada producto.



Y ya en un grado menor de policonsumo se encontraría el alcohol, el tabaco, los tranquilizantes y los analgésicos comunes; con unos índices entre 2.19 y 1.67.

Tomando ahora del cuadro A las principales asociaciones que, una a una, cada droga establece con las demás podemos destacar las siguientes:

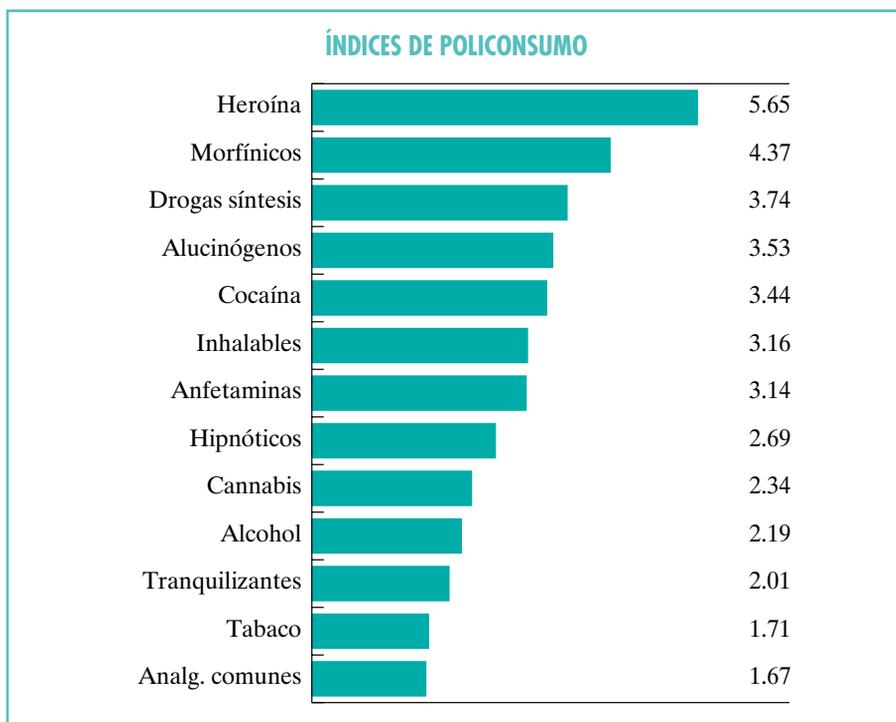
- Entre los que fuman **tabaco** a diario un 9.7% bebe alcohol por encima de los 75 ml. y un 18.3% consume también cannabis.
- De los que beben **alcohol** (por encima de 75 ml.) un 58.3% fuma tabaco y el 17.4% usa cannabis.
- En los que usan **inhales** un 44.5% fuma tabaco y el 23.6% bebe alcohol abusivo. Un 18% tomó también drogas de diseño, un 18% cannabis y un 22.6% anfetaminas.
- Entre los consumidores de **cannabis** un 58.5% fuma tabaco y un 9.3% tomó alcohol abusivo; un 13.2% usó también cocaína y un 5.7% drogas de síntesis y un 8.9% alucinógenos y anfetaminas.
- De los que usaron **cocaína** un 60.1% fuma tabaco y un 6.7% bebió alcohol abusivo. Un 52.2% también usó cannabis, un 23.2% drogas de diseño y el 6.4% heroína.
- En los consumidores de **drogas de síntesis** un 55.5% fuma tabaco y el 10% toma alcohol abusivo. Un 34.7% consumió también cocaína, un 54.2% alucinógenos un 37.9% anfetaminas y un 33.5% cannabis.
- Entre los que usaron **heroína** el 71.6% fuma tabaco y un 14.8% bebió abusivamente alcohol. Un 41.8% usó también cannabis, el 63.1% cocaína y un 34.5% morfínicos.
- De los consumidores de **alucinógenos** un 56% usa tabaco y un 14.8% alcohol abusivo. Un 28.3% usa cocaína, el 36.2% cannabis, el 37.7% drogas de síntesis.
- En los que consumen **anfetaminas** el 57.6% fuma tabaco y el 5.5% bebe alcohol abusivo. Un 30.8% usó cannabis, el 22.3% drogas de síntesis y el 26.1% cocaína.
- Entre los usuarios de **tranquilizantes** un 33.2% fuma tabaco, un 5.5% usa hipnóticos y el 21.6% analgésicos comunes.
- De los que usaron **hipnóticos** un 39.4% fuma tabaco. El 32% usa también tranquilizantes y un 33.3% analgésicos comunes.

- En los que consumen **analgésicos comunes** un 30.7% son fumadores de tabaco, un 6% bebió alcohol abusivo y el 10.8% usó cannabis.
- La base muestral de los que usaron **morfínicos u otros opiáceos** es muy pequeña, por lo que los datos deben ser tomados con cautela. En todo caso cabe señalar como asociación más importante que un 37.8% usó también heroína y un 83.9% alucinógenos.

Todas estas diversas drogas forman asociaciones entre sí muy variadas, de las que hemos comentado las principales; pero esto lo hemos hecho droga a droga. La siguiente fase en el análisis será ver si esta amplia gama de asociaciones, vistas de forma particularizada, forma agrupaciones de carácter más general que pudieran constituir tipos específicos o modelos básicos de policonsumos.

Con el fin de comprobar si esto sucede, hemos sometido los datos a un análisis factorial de componentes principales. Los resultados obtenidos los vamos a ofrecer y comentar a continuación. Veamos en primer lugar la matriz de correlaciones.

A partir de esta matriz de correlaciones se extrae la matriz factorial que nos da un total de catorce factores o tipos de policonsumo distintos; no obstante, tan



## MATRIZ DE CORRELACIONES

DRUGA	Tabaco	Alcohol	Inhalables	Cannabis	Cocaína	D. síntesis	Heroína	Morfínicos opiáceos	Alucinógenos	Anfetaminas	Tranquilizantes	Hipnóticos	Analg. comunes
Tabaco	1,00000												
Alcohol	,28129	1,00000											
Inhalables	,05110	,10043	1,00000										
Cannabis	,31989	,16002	,12476	1,00000									
Cocaína	,18790	,14809	,15130	,47776	1,00000								
D. síntesis	,13342	,11939	,22687	,35949	,56848	1,00000							
Heroína	,09908	,13682	,33117	,17300	,30691	,25461	1,00000						
Morfínicos	,07880	,08660	,24789	,12938	,23227	,15195	,73179	1,00000					
Alucinógenos	,10877	,07620	,11255	,38653	,50866	,54644	,13202	,13015	1,00000				
Anfetaminas	,09085	,04477	,11120	,24463	,39248	,32967	,14094	,14460	,37146	1,00000			
Tranquilizantes	,01966	,03128	,01204	,00437	,04125	,03621	,09069	,07847	,01830	,10468	1,00000		
Hipnóticos	,07867	,03022	,01951	,01318	,00918	,02019	,09279	,07025	,04251	,02543	,16348	1,00000	
Analg. comunes	,07133	,00838	,03784	,04618	,01034	,01961	,09878	,08114	,00633	,01066	,02995	,04054	1,00000

sólo cuatro de ellos son realmente importantes, acumulando entre los cuatro un 56% de la explicación del total de la varianza. Con el fin de optimizar estos cuatro factores han sido rotados, siendo la matriz factorial resultante la siguiente:

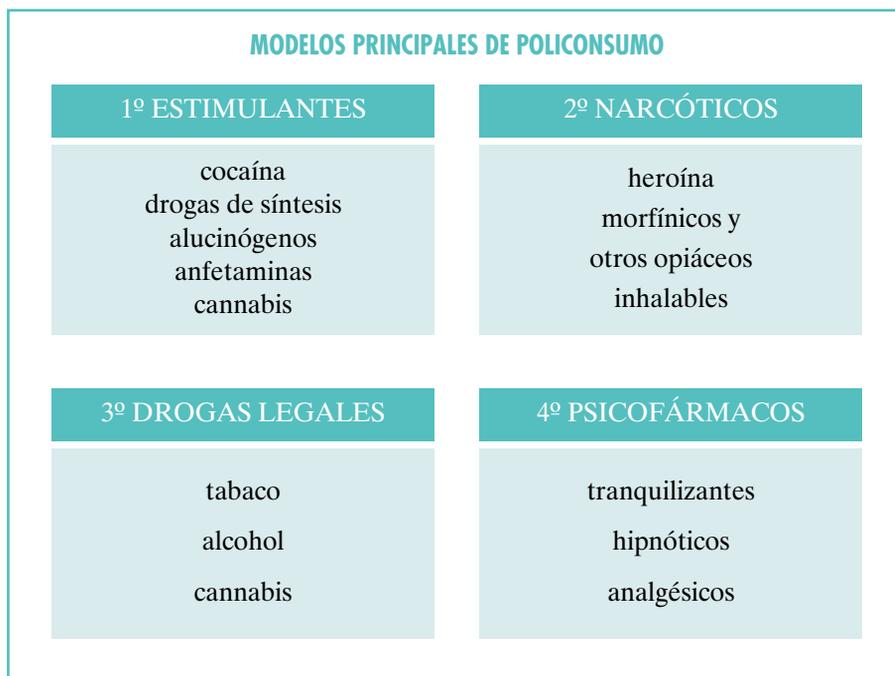
<b>MATRIZ FACTORIAL</b>				
VARIABLES	FACTORES			
	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
Alucinógenos	,80225	,01693	,00089	,00747
Cocaína	,77832	,18405	,16104	,02327
Drogas de síntesis	,77403	,15942	,04150	,02478
Anfetaminas	,62422	,06939	,04049	,12298
Cannabis	,58846	,04993	,41023	,05782
Heroína	,14493	,88183	,10084	,10878
Morfinicos	,08545	,85880	,05624	,11052
Inhalables	,16316	,54489	,00645	,15634
Tabaco	,12671	,01061	,79390	,07484
Alcohol	,01836	,09534	,74597	,00626
Tranquilizantes	,03180	,06334	,01709	,72093
Hipnóticos	,00548	,06083	,05245	,71531
Analgésicos comunes	,04352	,24420	,04557	,31901
Peso	3,22224	1,59505	1,33478	1,07195
Explicación varianza	24,8%	12,3%	10,3%	8,2%
Varianza acumulada	24,8%	37,1%	47,3%	55,6%

A partir de esta matriz factorial vemos que se constituyen cuatro factores o modelos básicos de policonsumo. Estos serían los siguientes:

- El primer modelo sería el más importante, con una explicación de la varianza del 24.8%. Y sería básicamente el de los **estimulantes** (cocaína, drogas de síntesis y anfetaminas), a los que acompañarían los alucinógenos y la cannabis.
- El siguiente modelo de policonsumo más importante sería el constituido por los **narcóticos** (heroína, morfinicos y otros opiáceos), a los que acompañarían los inhalables. (12.3% de la explicación de la varianza).
- El tercer modelo estaría formado por las **drogas legales** (tabaco y alcohol), con la presencia, en una parte de sus usuarios, de la cannabis. (10.3% de la varianza).
- Finalmente, el cuarto modelo importante, sería el de los **psicofármacos** (tranquilizantes e hipnóticos), acompañados de los analgésicos comunes (8.2% de la varianza).

La aparición como primer factor o modelo de policonsumo el de los estimulantes es un hecho reciente (PNSD-EDIS, 95; EDIS 96-b; FAD-EDIS, 96) y el presente de la Comunidad Valenciana), y señala la fuerte presencia actual de la cocaína y las drogas de diseño, principalmente. Hasta hace muy poco el primer factor o modelo lo constituían los narcóticos, y que aún aparece en algunas Comunidades (Andalucía 96). El de las drogas legales y el de los psicofármacos están básicamente en la misma posición, alternándose en ocasiones en el factor 3º y 4º.

Lo que dicho de otro modo significaría que hay un consumo múltiple en ascenso nucleado por la cocaína y las drogas de síntesis y asociadas (alucinógenos y anfetaminas). Otro en cierto descenso, pero todavía muy importante en torno a la heroína. Y que siguen muy arraigados los consumos de tabaco-alcohol y los de psicofármacos. Finalmente, hay que señalar que la cannabis, está presente, por una parte en el policonsumo de carácter más ascendente, en el modelo de los estimulantes, y, por otra, en el de las drogas legales, entre una población sin excesiva problematidad. Y lo mismo se puede decir del tabaco y el alcohol, que aunque mayoritariamente son usados por población normalizada (factor 3º) también son consumidos en los demás modelos, aunque su peso en estos factores sea mucho menor.



## 2. PREVALENCIAS Y POSIBLE EVOLUCIÓN

### 2.1. Las prevalencias

Las prevalencias o tasas de consumo en los distintos períodos de tiempo serían las que se recogen en el cuadro A.

<b>CUADRO A</b>			
<b>CONSUMOS DE LAS DISTINTAS DROGAS</b>			
<b>DROGAS</b>	<b>ALGUNA VEZ</b>	<b>ÚLTIMOS 12 MESES</b>	<b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b>
Inhalables	0.7	0.3	0.1
Cannabis	19.3	8.3	6.2
Cocaína	6.0	3.2	2.3
Drogas de síntesis	3.7	1.8	1.3
Heroína	1.1	0.7	0.5
Morfínicos y otros opiáceos	0.8	0.6	0.5
Alucinógenos	3.8	1.1	0.6
Anfetaminas	4.5	1.3	1.0
Tranquilizantes	12.3	5.7	4.0
Hipnóticos	5.0	3.9	3.4
Analgésicos comunes	81.1	54.9	36.3

Si retomamos los datos del tabaco y el alcohol, según sus períodos de tiempo considerados, podemos ver que sus prevalencias son las siguientes:

<b>CUADRO B</b>		
<b>CONSUMOS EN EL TABACO Y EL ALCOHOL</b>		
	<b>ÚLTIMO MES</b>	<b>EN EL DÍA ANTERIOR</b>
Alcohol	56.4	31.2
	<b>ALGUNA VEZ</b>	<b>ACTUALMENTE</b>
Tabaco	58.1	41.6

De las prevalencias recogidas en los dos cuadros podemos ver que las sustancias cuyo uso está más extendido entre la población de la Comunidad Valenciana, aparte de los analgésicos comunes, son el tabaco, el alcohol, la cannabis y los tranquilizantes. En una posición intermedia están la cocaína, los hipnóticos, las anfetaminas, los alucinógenos y las drogas de síntesis. Y ya en un uso muy minoritario encontramos la heroína, los morfínicos y otros opiáceos y los inhalables.

Si tenemos en cuenta los consumos abusivos en el tabaco (diario) y en el alcohol (más de 75 ml.), y en las demás drogas el uso frecuente o habitual (de dos a seis veces por semana y diariamente) los consumos potencialmente problemáticos serían los siguientes:

<b>CUADRO C</b>	
<b>USOS ABUSIVOS Y FRECUENTES O HABITUALES</b>	
<b>DROGAS</b>	<b>FRECUENTE O HABITUAL</b>
Inhalables	0.0
Cannabis	2.2
Cocaína	0.2
Drogas de síntesis	0.3
Heroína	0.2
Morfínicos y otros opiáceos	0.2
Alucinógenos	0.0
Anfetaminas	0.3
Tranquilizantes	2.8
Hipnóticos	1.9
Analgésicos comunes	6.3
<b>TABACO</b>	<b>FUMADORES</b>
Diarios	35.0
Diarios y de 10 cigarrillos en adelante	28.8
<b>ALCOHOL</b>	<b>BEBEDORES</b>
Abusivos	5.8
Abusivos y frecuentes	2.0

Estos consumos abusivos y frecuentes o habituales tienen una importancia epidemiológica y social diferente, unas veces por los niveles de riesgo que implican y, otras, por lo extenso de las prevalencias y los elevados policonsumos. Así cabría destacar los consumos frecuentes o habituales de la cocaína, las drogas de diseño, la heroína, los morfínicos y otros opiáceos y las anfetaminas, con prevalencias entre el 0.2 y el 0.3% y un alto policonsumo. También, pero sobre todo por su mayor extensión, hay que mencionar los consumos frecuentes o habituales de cannabis; el uso diario, y por encima de los 10 cigarrillos, de tabaco; y el uso abusivo y frecuente del alcohol.

## 2.2. La posible evolución

En lo que se refiere a las tendencias o posible evolución de los consumos, no es posible establecer unas comparaciones rigurosas, pues no hay otros estudios anteriores en la Comunidad Valenciana, que permitan medir con cierta precisión cómo ha evolucionado cada sustancia en el tiempo; tan sólo uno realizado en 1991 en la ciudad de Valencia, el cual hemos ido citando a título ilustrativo. Pero la comparación estricta no es posible, ya que sólo representa a una parte de la población de la Comunidad y que, además, por ser un gran núcleo urbano tiene unas prevalencias mayores a las de otras poblaciones.

En todo caso, por la evolución vista en otras Comunidades (Andalucía y Galicia) y algunos datos de encuestas nacionales, cabría señalar, sólo a título de hipótesis (a confirmar en posteriores estudios), que las tendencias o posible evolución en la Comunidad Valenciana podrían ser las siguientes: las sustancias en tendencia de **disminución** serían el tabaco, el alcohol, la heroína y los morfínicos y otros opiáceos. En tendencia de **incremento** podrían encontrarse las drogas de síntesis, las anfetaminas y los alucinógenos, y en un consumo asociado la cocaína y la cannabis; esta expansión podría estar quizás alcanzando ya su techo. Finalmente, los psicofármacos, especialmente los tranquilizantes y los hipnóticos se encontrarían en un uso bastante **estabilizado**, aunque en períodos cortos de tiempo puedan experimentar oscilaciones de pequeñas disminuciones o incrementos.

No obstante, insistimos en que los consumos de cada sustancia y su posible evolución hay que contemplarlos desde la perspectiva de los policonsumos y sus distintos modelos vistos en el apartado anterior. Allí vimos que el primer factor o modelo era el de los estimulantes, constituido básicamente por las dro-

gas en un posible proceso de expansión. El segundo factor o modelo era todavía el de los narcóticos (heroína, morfínicos y otros opiáceos) que, aunque son sustancias que estarían en un probable descenso, aún tienen una gran importancia epidemiológica. Los otros dos modelos de drogas legales (tabaco-alcohol) y psicofármacos, aunque en descenso unas y estabilizadas otras —y también menos politoxicómanas— son de una gran relevancia social, debido a la amplitud de sus consumos.

### 3. CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS

Desde los perfiles de los consumidores o características asociadas de distintas drogas, recogidas en el cuadro D podemos concluir lo siguiente:

- En lo que se refiere al hábitat hay varias sustancias que son consumidas en todos los medios: rural, urbano medio y urbano grande; dichas sustancias son el tabaco, el alcohol, y los tranquilizantes. Y otras drogas se asocian más sus consumos al medio urbano, especialmente en el grande; éstas son la cannabis, la heroína (y otros opiáceos), la cocaína y las drogas de síntesis (y las anfetaminas y los alucinógenos).
- Respecto al sexo, los hombres son los mayores consumidores de diversas drogas: tabaco, alcohol, cannabis, heroína, cocaína y drogas de síntesis. Las mujeres lo son más en los psicofármacos, aunque también hay que tener en cuenta las fumadoras diarias (un 26.3%) y las bebedoras abusivas (un 4.7%), y que en edades jóvenes en ambas drogas alcanza porcentajes elevados cercanos a los de los hombres, incluso en el grupo de 15 a 18 años las mujeres fuman a diario y beben abusivamente más que los hombres.
- En lo relativo a la edad, observamos que el tabaco y el alcohol alcanzan consumos elevados en amplios segmentos de edad, entre los 15 y los 45 años, y especialmente entre los 25 y los 34 en el tabaco y los 19 y los 34 en el alcohol. Son de consumo básicamente juvenil la cannabis, las drogas de síntesis, la heroína y la cocaína, con un segmento de edades intermedias, 25 a 34 años, sobre todo en cannabis, heroína y cocaína. Los psicofármacos son usados principalmente por personas de edad madura y mayores.
- Varias drogas son usadas por personas de todos los niveles educativos, así ocurre con el tabaco, el alcohol, las drogas de síntesis y los tranquili-

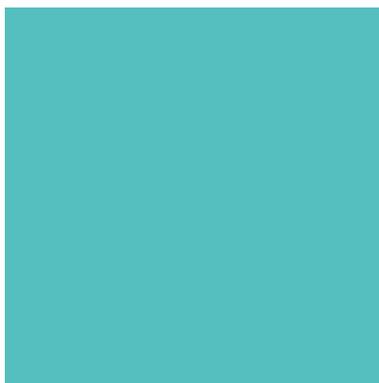
## CUADRO D PERFILES DE LOS CONSUMIDORES DE DIVERSAS DROGAS

GA	SEXO Y EDAD	HÁBITAT Y POBLACIÓN	ZONAS	PROVINCIA	ROL FAMILIAR	NIVEL EDUCATIVO	OCUPACIÓN	CLASE SOCIAL
20-30 años)	Hombres	44.4	Valencia-Paterna	En las tres provincias	Cabezas familia	De todos los niveles	Empresarios-Dir. Profesional-Func. Trabajadores Parados	De todas las clases sociales
	Mujeres	26.3	Alzira-Gandia		Hijos			
	19-24 años	47.4	Valencia-Torrente					
	25-34 años	51.3						
35-44 años)	Hombres	7.2	Valencia-Torrente	Valencia	Cabezas familia	De todos los niveles	Empresarios-Dir. Profesional-Func. Trabajadores Parados	De todas las clases sociales
	Mujeres	4.7	Alicante-Denia	Alicante	Hijos			
	19-24 años	10.8						
	25-34 años	9.6						
35-44 años)	Hombres	8.1						
	Mujeres	11.1	Valencia-Torrente	En las tres, y más en Valencia	Hijos	FP 1 y 2 Medios y Superiores	Estudiantes Parados Trabajadores	De todas las clases sociales
	Mujeres	5.1	Alicante-Denia					
	15-18 años	20.4						
19-24 años)	Mujeres	25.3						
	Hombres	10.9	Castellón-Vinaroz	En las tres provincias	Hijos	FP 1 y 2 Medios y Superiores	Profesional-Func. Trabajadores Parados	Media y Alta Media-baja
	Mujeres	1.4	Valencia-Torrente		Cabezas familia			
	19-24 años	7.6	Alicante-Denia					
25-34 años)	Mujeres	6.5						
	Hombres	1.6						
	Mujeres	1.0	Castellón-Vinaroz	En las tres provincias	Hijos	Primarios-EGB	Parados	Media-media
	15-18 años	0.4	Valencia-Paterna			FP 1 y 2 BUP y medios		
19-24 años)	Mujeres	0.6	Valencia-Torrente					
	Hombres	1.2	Alicante-Denia					
	19-24 años	2.6						
	Mujeres	2.9	Castellón-Vinaroz	En las tres provincias	Hijos	Primarios-EGB	Estudiantes Trabajadores Parados	De todas las clases y más en Media-media
35-44 años)	Hombres	0.9	Valencia-Torrente					
	Mujeres	4.2	Alzira-Gandia					
	15-18 años	4.2	Alzira-Gandia					
	19-24 años	5.6	Alicante-Denia					
25-34 años)	Hombres	3.9	Rural y urbano					
	Mujeres	4.2	Valencia-Paterna	En las tres, y más en Valencia	Cabezas familia	Sin estudios	Profesional-Func. Parados	Baja Media-baja
	19-24 años	7.1	Valencia-Torrente		Cónyuges	Primarios-EGB	Annas de casa	Media-media
	35-44 años	4.4	Alzira-Gandia		Abuelos	Medios-Superiores	Penionistas	Media-media
45 y más años)	Hombres	4.2						
	Mujeres	7.1						
	19-24 años	4.4						
	35-44 años	4.4						
45 y más años)	Hombres	8.0						
	Mujeres	4.2						
	19-24 años	4.4						
	35-44 años	4.4						

zantes. La cannabis y la cocaína las usan ciudadanos de un nivel educativo medio-alto, mientras que la heroína y otros opiáceos las consumen, principalmente, los de nivel medio-bajo, con un pequeño segmento de medios-superiores.

- En lo que se refiere a la ocupación observamos que los parados tienen unas prevalencias en el consumo de todas las sustancias superiores a las tasas medias. Los empresarios y directivos y los profesionales tienen un consumo alto en el alcohol abusivo, la cocaína y los tranquilizantes. Los trabajadores, cualificados y no, sobresalen en el uso de tabaco, alcohol, cocaína, cannabis y drogas de síntesis. Los estudiantes en la cannabis y las drogas de síntesis. Y las amas de casa y los pensionistas en los psicofármacos.
- El tabaco, el alcohol, la cannabis y las drogas de síntesis tienen un uso muy difundido en todas las clases sociales de la Comunidad Valenciana. La cannabis en todos los estratos de las clases medias. La cocaína en las clases medias y la alta. La heroína en la clase baja y media-baja. Y los tranquilizantes en la clase baja y todos los estratos de las clases medias.
- Según el rol familiar los hijos, no emancipados y sí emancipados, tienen unas prevalencias más altas en el tabaco, el alcohol abusivo, la cannabis, la cocaína, las drogas de síntesis y la heroína. Los cabezas de familia en el tabaco, el alcohol, la cocaína y los tranquilizantes. Y los cónyuges y los abuelos en los tranquilizantes y demás psicofármacos.
- Todas las drogas se consumen en las tres provincias de la Comunidad Valenciana, pero en la de Valencia se alcanzan unas prevalencias más altas en el alcohol abusivo, la cannabis y los tranquilizantes. En Alicante también es más alta la tasa de bebedores abusivos.
- En lo que se refiere al tipo de población, turística y no turística, tienen ambas unas prevalencias muy parecidas en el tabaco, las drogas de síntesis y los psicofármacos. En las turísticas es algo más alta la del alcohol abusivo, la cannabis, la cocaína y la heroína.
- En lo que se refiere a las zonas la de Valencia-Torrente tiene unas prevalencias altas en todas las drogas. La de Valencia-Paterna sobresale en el tabaco, la heroína y los tranquilizantes. La de Alicante-Denia en el alcohol abusivo, la cannabis, la cocaína, la heroína y las drogas de síntesis. La de Alzira-Gandía en el tabaco, drogas de síntesis y tranquilizantes. Y la de Castellón-Vinaroz en la cocaína, la heroína y las drogas de síntesis.

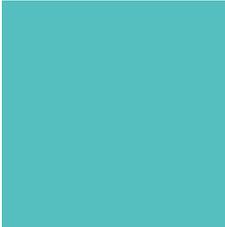
Otras características asociadas al consumo de drogas serían las referidas a las motivaciones por las que las toman y a los factores de riesgo concurrentes. Pero dada la importancia cualitativa de estos aspectos, se les ha dedicado dos capítulos específicos a su análisis, el primero y el segundo de la segunda parte del informe, a los cuales nos remitimos.



## **SEGUNDA PARTE**

**Motivaciones, factores de riesgo  
consecuencias en el consumo de drogas  
Actitudes y actuaciones ante las drogas**





# CAPÍTULO UNO

## Motivaciones y fuentes de obtención en el consumo de drogas

En los planes de actuación contra la droga, la prevención adquiere una importancia prevalente. Sin olvidar la intervención en campos como el tratamiento o la reinserción, proteger a los no consumidores o a aquellos que se encuentran en una fase muy ocasional de consumo, supone una actuación prioritaria en la lucha contra la droga.

En este sentido la presente encuesta recoge las motivaciones que llevan a los usuarios de drogas a consumir estas sustancias y, al mismo tiempo, considera las razones por las cuales los no consumidores deciden no usar drogas. Por su parte, entre los usuarios de drogas indagamos en las fuentes por las que obtienen estos productos. Estas cuestiones, sin duda, reportan una información muy válida para diseñar las actuaciones de prevención oportunas.

Hay que advertir, no obstante, que las motivaciones que aquí se recogen son una verbalización, o expresión subjetiva, de lo que los consumidores de drogas entienden que son sus motivos para usarlas. Esto es, sin duda, solamente una parte de esta realidad, pues otra se sitúa en aquellas condiciones o situaciones más objetivas (situación familiar, conducta de los padres ante las drogas, proximidad a consumidores de drogas, situación económica y social, grado de integración social y grupal, situaciones de agobio, pérdida de la confianza en sí mismo, insatisfacción personal, etc.) que potencialmente pueden ser factores de riesgo para el consumo de drogas. Factores que, obviamente, hay que tener también en cuenta en las actuaciones de prevención.

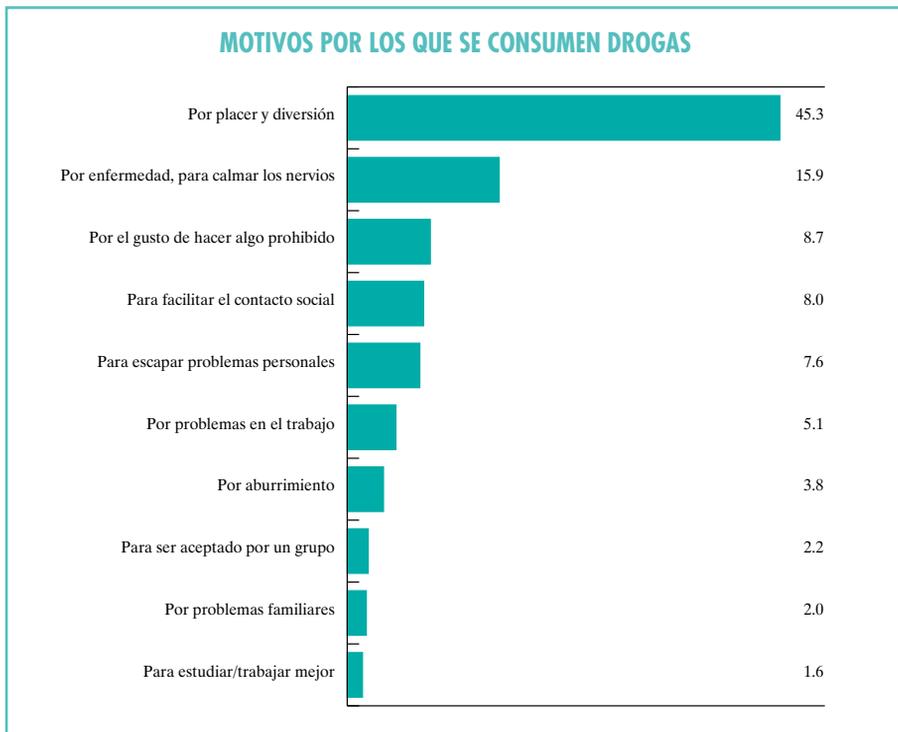
Estas cuestiones más objetivas, que veremos en un capítulo posterior sobre factores de riesgo, se complementan con las motivaciones que vamos a ver en el presente capítulo, el cual se centrará en los siguientes apartados:

- Las motivaciones para el consumo de drogas
- Razones para no consumir drogas
- Fuentes de obtención de las drogas.

Veamos a continuación los resultados obtenidos en cada una de estas cuestiones.

## 1. MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS

A los entrevistados que indicaron haber consumido alcohol o alguna o varias drogas (excepto los que tomaron sólo analgésicos comunes) en los últimos doce meses, se les pidió que indicaran el motivo o los dos motivos principales por los que tomaban estos productos.



A continuación ofrecemos todas las respuestas obtenidas. Al tratarse de una pregunta de respuesta múltiple, el número de casos (entrevistados que contestan a la pregunta) no se corresponde con el número de respuestas, por lo que en la tabla 1.1. ofrecemos dos columnas de porcentajes: en la primera de ellas los porcentajes vienen determinados por la base del total de respuestas (936 sobre 936 = 100%), mientras que en la segunda, por la base del total de casos (936 sobre 649 = 144.3%).

**TABLA 1.1.**  
**MOTIVACIONES POR LAS QUE SE CONSUMEN ALCOHOL O DROGAS**

MOTIVACIONES	% SOBRE RESPUESTAS	% SOBRE CASOS
Por placer y diversión	45.3	65.3
Por enfermedad, para calmar los nervios, el dolor...	15.9	22.9
Por el gusto de hacer algo prohibido	8.7	12.5
Para facilitar la conversación o el contacto social	8.0	11.5
Para escapar a problemas personales	7.6	11.0
Por las condiciones de trabajo	5.0	7.3
Por aburrimiento	3.8	5.4
Para ser aceptado por un grupo	2.2	3.2
Por problemas familiares	2.0	2.8
Para estudiar o trabajar mejor	1.6	2.3
Por sentirme marginado en el trabajo	0.1	0.1
Total	100.0	144.3
Base	(936)	(649)

Cada entrevistado que responde a esta pregunta menciona 1.44 razones por las que ha consumido alcohol o drogas en el último año.

Y el motivo principal por el que se consumen drogas es el placer y la diversión, muy por delante de motivos de enfermedad, nervios o dolor, que indican — como veremos más adelante— los consumidores de psicofármacos básicamente, o el gusto de hacer algo prohibido, la facilitación del contacto social, etc.

Podemos clasificar en tres grandes grupos los motivos de la tabla 1.1, según su naturaleza:

- Motivos de carácter **individual**: incluye escapar a problemas personales, aburrimiento, enfermedad o la búsqueda de placer y diversión; son los motivos más comunes por los que se consumen alcohol y drogas, suponiendo el 72.6% de las respuestas.
- Motivos de carácter **macrosocial**: abarca problemas laborales de marginación o de malas condiciones de trabajo, problemas de transgresión social (el gusto de hacer algo prohibido) o de funcionalidad (usan las drogas para mejorar en el rendimiento laboral o académico); representan el 15.4% de los motivos por los que se consumen drogas.
- Motivos de carácter **microsocial**: incluye problemas familiares y grupales (facilitar la conversación, el contacto social o la integración en un grupo) son los menos comunes y suponen el 12.2% de las razones que conducen a consumir estas sustancias.

A continuación vamos a cruzar esta variable con las distintas de clasificación y con el tipo de droga consumida. Para ello consideraremos como base 100, en todos los casos, el número de respuestas obtenidas, y no el de casos (entrevistados).

Analizamos en primer lugar el cruce con los tipos de droga consumida.

- La razón de escapar a problemas personales se menciona especialmente entre los usuarios de morfínicos y otros opiáceos (44.6%), heroína (40.6%), inhalables (35.0%) y anfetaminas (18.7%).
- El gusto de hacer algo prohibido supone el 21% de las razones que dan los usuarios de cannabis para consumir esa droga; el 20.9% de las que dan los usuarios de cocaína; el 16.3% de las de los de alucinógenos y el 15.7% de las razones que dan los que usan drogas de síntesis.
- La razón de consumir para buscar placer o animarse es la más mencionada por los usuarios de drogas de síntesis (52.7%), de cannabis (50.3%), de morfínicos y otros opiáceos (50%), de alucinógenos (49.4%), de cocaína (48%), de heroína (46.8%), por los bebedores abusivos (46.6%), por los consumidores de inhalables (46.3%), de analgésicos comunes (45.4%) y de anfetaminas (42.6%).
- Las razones de enfermedad y dolor suponen el 16.5% de las respuestas de los que toman analgésicos comunes, pero destacan especialmente por

**TABLA 1.2.**  
**MOTIVACIONES PARA CONSUMIR DROGAS, SEGÚN DROGA CONSUMIDA EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES**

	Alcohol (abusivo)	Analg. comunes	Tranquilizantes	Hipnóticos	Antefetaminas	Inhalables	Cannabis	Cocaína	Drogas síntesis	Heroína	Morfínicos y otros opiáceos	Alucinógenos	Total general
Escapar a problemas personales	11.6	7.5	3.5	0.4	18.7	35.0	10.4	11.2	10.3	40.6	44.6	8.8	7.6
El gusto de hacer algo prohibido	8.1	10.4	4.8	3.1	8.3	3.7	21.0	20.9	15.7	4.8	1.9	16.3	8.7
Por placer, por animarme	46.6	45.4	9.2	10.4	42.6	46.3	50.3	48.0	52.7	46.8	50.0	49.4	45.3
Por aburrimiento	3.5	3.4	-	-	1.9	-	2.2	1.4	3.4	-	-	1.1	3.8
Para estudiar o trabajar mejor	2.3	1.6	1.3	0.5	9.2	7.5	1.9	2.6	3.9	-	-	1.1	1.6
Facilitar la conversación o el contacto social	12.2	6.1	0.7	1.8	6.2	-	5.6	5.3	6.9	-	-	6.4	8.0
Por problemas familiares	1.2	2.1	3.1	8.9	1.1	-	1.2	2.4	1.4	3.0	3.5	1.1	2.0
Marginado o discriminado en el trabajo	-	0.1	-	-	-	3.8	0.2	-	-	-	-	-	0.1
Condiciones de trabajo	7.0	5.0	11.3	8.9	8.9	-	1.8	3.3	-	-	-	10.3	5.0
Deseo de ser aceptado por un grupo	5.2	2.0	0.7	1.3	-	3.7	4.8	4.9	3.5	3.2	-	4.4	2.2
Enfermedad, dolor	2.3	16.5	65.5	64.7	3.2	-	0.6	-	2.1	1.6	-	1.1	15.9
Media	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Desviación típica	(172)	(504)	(128)	(93)	(40)	(11)	(259)	(107)	(59)	(26)	(22)	(38)	(936)

representar el 65.5% de las razones por las que se consumen tranquilizantes y el 64.7% por las que se consumen hipnóticos.

- Por su parte, el 9.2% de las razones que dan los consumidores de anfetaminas son para mejorar el rendimiento en los estudios o en el trabajo. Los bebedores abusivos señalan en el 12.2% de sus respuestas, que beben por facilitar la conversación o el contacto social. Los usuarios de hipnóticos indican los problemas familiares en el 8.9% de las respuestas. Y el 11.3% de las razones que dan los consumidores de tranquilizantes y el 10.3% los de alucinógenos para consumir esas sustancias, responden a las malas condiciones de trabajo.

Por tanto, parece que el consumo de determinadas sustancias responde a motivaciones muy concretas, como hemos podido comprobar.

Seguidamente tomamos las razones más habituales por las que se consumen estos productos (placer, enfermedad, el gusto de hacer algo prohibido, facilitar el contacto social y escapar a problemas personales) y las cruzamos con las distintas variables de clasificación.

En mayor proporción influye en el consumo de drogas la búsqueda de placer o animarse en los hombres, de edades comprendidas entre los 25 y 44 años, en los hijos emancipados o no, con estudios secundarios y en los profesionales o funcionarios, trabajadores y parados.

El perfil de los que más mencionan razones de enfermedad o dolor son las mujeres, de edades avanzadas, cónyuges, sin estudios y amas de casa o jubilados.

Por su parte, el consumo de drogas por parte de los más jóvenes (de 15 a 24 años), hijos no emancipados, estudiantes y con FP está más motivado por razones de transgresión social como es el gusto de hacer algo prohibido.

Los profesionales y funcionarios mencionan en el 16.5% de las respuestas que consumen droga por facilitar el contacto social; y los parados —en el 15.1%— por escapar a problemas personales.

Respecto a las clases sociales, sólo en las minoritarias (alta, media-alta y baja) hemos detectado unos promedios algo mayores que el general en las razones por las que se consumen drogas.

**TABLA 1.3.**  
**PRINCIPALES RAZONES POR LAS QUE SE CONSUMEN DROGAS, SEGÚN LAS DISTINTAS VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

VARIABLES	Placer o animarme	Enfermedad o dolor	Gusto por hacer algo prohibido	Facilitar el contacto social	Escapar a problemas personales
Provincia	Alicante Castellón	Valencia	19.5	Castellón	18,4
Zona	Alicante-Denia Elche-Orihuela	Alzira-Gandía	38.4	Castellón-Vinaroz	13.1
Hábitat		Hasta 10.000 hab.	22.8	De 100.001 a 250.000 hab.	25.4
Sexo	Hombres	Mujer	23.9		
Edad	25-34 años 35-44 años	Más de 45 años	36.5	15-18 años 19-24 años	17.0 17.1
Rol familiar	Hijo no emancipado Hijo emancipado	Cónyuge	34.3	Hijo no emancipado	14.8
Estudios	BUP FP	Sin estudios	44.6	FP	13.4
Ocupación	Profesionales-Func. Trabajadores Parados	Amas de casa Jubilados	54.0 51.1	Estudiantes Profesionales-Func.	16.1 16.5
Clase social	Media-alta Alta	Baja	23.5	Alta Baja	19.1 13.1
Promedio			15.9	8.7	8.0
					14.7
					7.6

## 2. RAZONES PARA NO CONSUMIR DROGAS

Al igual que la información del anterior apartado sirve para comprender mejor los motivos que conducen al consumo de drogas y adecuar así las actuaciones oportunas, el análisis que hacemos a continuación será útil para orientar las actuaciones preventivas, mediante el reforzamiento de las razones que más inciden en el no consumo de drogas.

Pedimos a los no usuarios de drogas que indicaran la razón principal por la cual no consumen ningún tipo de droga. Los resultados obtenidos son los siguientes:

MOTIVOS	%
Convicciones personales de tipo moral	15.2
Perjudican la salud	31.1
Son perjudiciales para la sociedad	2.5
Me siento bien y no me hacen falta	43.2
Son ilegales	1.4
Crean problemas personales, familiares y laborales	2.8
Mis padres o familiares no lo aceptarían	0.1
Por miedo	1.1
Porque no me fío de mí, ni de mi control	0.7
Otra razón	1.9
Total	100.0
Base	(1.473)

Como podemos ver, tres son las razones principales por las que no se consumen drogas. Nueve de cada diez no consumidores dicen que no usan drogas porque se sienten bien y no las necesitan (el 43.2%), porque perjudican la salud (31.1%) o por convicciones personales de tipo moral (15.2%). El resto de razones esgrimidas, de carácter más proyectivo (perjudican a la sociedad, ilegales, temor...) son ciertamente minoritarias.

Estudiemos las tres razones principales, atendiendo a las variables de clasificación.

**TABLA 1.5.**  
**RAZONES PRINCIPALES POR LAS QUE NO SE CONSUMEN DROGAS,**  
**SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

VARIABLES	Convicciones de tipo moral		Perjudican la salud		No me hacen falta	
Provincia			Alicante	36.8	Castellón	48.8
Zona			Alicante-Denia	41.1	Castellón-Vinaroz	50.0
					Alzira-Gandía	52.3
					Elche-Orihuela	50.6
Hábitat			50.001-100.000 hab.	43.1	Hasta 10.000 hab.	52.7
					100.001-250.000 hab.	55.2
Edad	Más de 45 años	18.2	Más de 45 años	35.9	19-24 años	52.7
					25-34 años	50.9
					35-44 años	48.8
Rol familiar	Cabeza familia	18.9			Hijo no emancipado	51.8
Estudios	Sin estudios	21.9	Sin estudios	39.5	FP	48.5
Ocupación			Ama de casa	37.2	Empresarios	49.3
			Jubilados	42.5	Profesionales-func.	51.3
					Estudiantes	52.4
Clase social	Baja	23.1			Media-baja	48.3
Promedio		15.2		31.1		43.2

Parece que las convicciones de tipo moral explican en mayor medida el no consumo de drogas en los mayores de 45 años, los cabezas de familia, los que no tienen estudios y los de la minoritaria clase baja. En la misma línea, no consumen por considerar que las drogas perjudican la salud, especialmente los mayores de 45 años, los que no tienen estudios y las amas de casa y jubilados.

Responden a características distintas los que en mayor proporción indican que no consumen drogas porque no les hace falta: los que tienen entre 19 y 44 años (proporción mayor cuanto más jóvenes), los hijos no emancipados, los que tienen FP, los empresarios, profesionales, funcionarios y estudiantes, y los de clase media-baja.

### 3. FUENTES DE OBTENCIÓN DE LAS DROGAS

A los entrevistados que consumieron alguna droga (sin incluir en esta ocasión el alcohol y exceptuando los analgésicos comunes) en los últimos doce meses, les preguntamos quién le ha facilitado las sustancias. Las posibilidades de respuesta son múltiples, por lo que en la tabla 1.6. ofrecemos los porcentajes sobre dos bases: la del número de casos (individuos consumidores que responden a la pregunta) y la del número de respuestas obtenidas:

FUENTES DE OBTENCIÓN	% SOBRE RESPUESTAS	% SOBRE CASOS
Compañeros de colegio	1.7	2.1
Compañeros de trabajo	1.5	1.9
Amigos del barrio	12.9	16.4
Otros amigos	19.1	24.3
Padres-hijos-cónyuges	1.2	1.5
Hermanos	0.7	0.9
Médico u otro sanitario	39.6	50.3
En bares, discotecas	9.8	12.4
En la calle por un proveedor	11.1	14.1
Otros	2.5	3.1
Total	100.0	144.3
Base	(428)	(338)

Cada consumidor de drogas en el último año, recurre como media a 1.27 distintas fuentes de obtención de drogas.

Los médicos u otros sanitarios representan el principal canal de obtención, pero solamente por el efecto de los usuarios de psicofármacos. Los amigos (del barrio u otros) son una fuente de obtención muy común entre los consumidores de drogas (suponen el 32% de las respuestas y lo mencionan el 40.7% de los usuarios), por delante de los proveedores de la calle (el 11.1% de las respuestas mencionadas por el 14.1% de los consumidores) y de establecimientos como bares, discotecas y similares (9.8 y 12.4% respectivamente).

Seguidamente cruzamos esta variable con la droga de uso. En este cruce utilizaremos como base el número de respuestas obtenidas (428) y consideraremos las cuatro principales fuentes de obtención (amigos del barrio y otros, médico u otro sanitario, algún proveedor de la calle y en bares o discotecas).

**TABLA 1.7.**  
**PRINCIPALES FUENTES DE OBTENCIÓN DE DROGAS, SEGÚN DROGA DE USO**

	Médicos y otros sanitarios	Amigos del barrio y otros	Algún proveedor de la calle	Bares, discotecas y similares
Inhalables	–	26.0	35.1	28.8
Cannabis	–	52.2	17.8	15.3
Cocaína	–	46.0	25.6	16.9
Drogas de síntesis	–	45.3	21.5	21.6
Heroína	–	30.5	39.1	29.0
Morfinicos y otros opiáceos	–	28.5	44.4	27.1
Alucinógenos	–	50.2	23.4	14.4
Anfetaminas	20.6	34.2	25.2	9.4
Tranquilizantes	83.8	6.1	4.5	1.3
Hipnóticos	88.8	3.1	1.7	1.1
Promedio general	39.6	32.0	11.1	9.8

Lógicamente, los consumidores de psicofármacos obtienen estas sustancias a través de médicos y sanitarios (sobre todo los consumidores de tranquilizantes e hipnóticos).

Las otras fuentes de obtención son más utilizadas por los consumidores abusivos de alcohol y de drogas ilegales. Así, los círculos de amigos se mencionan más entre los consumidores de cannabis, de alucinógenos, de cocaína y de drogas de síntesis; los proveedores de la calle representan una fuente de obtención importante para los que utilizan inhalables, heroína y morfinicos y otros opiáceos; todos éstos, junto a los que toman drogas de síntesis, también mencionan en alta proporción a los bares, discotecas y establecimientos similares.

**TABLA 1.8.**  
**PRINCIPALES FUENTES DE OBTENCIÓN DE DROGAS, SEGÚN LAS DISTINTAS VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

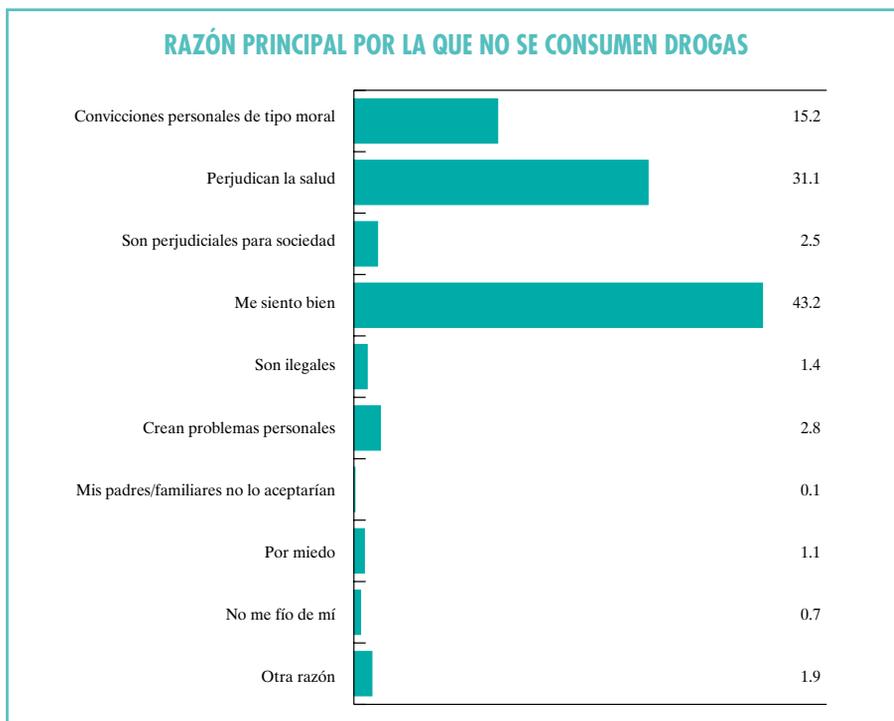
VARIABLES	Médicos y otros sanitarios	Amigos del barrio y otros	Algún proveedor de la calle	Bares, discotecas y similares
Provincia	Valencia 45.9	Castellón 48.5	Alicante 16.1	Castellón 16.1
Zona	Alzira-Gandía 62.6	Castellon-Vinaroz Alicante-Denia 38.2 39.0	Valencia-Torrente Alicante-Denia 16.2 18.1	
Hábitat	Hasta 10.000 hab. 55.9	De 50.0001 a 100.000 hab. 41.2	De 100.001 a 250.000 hab. 16.1	De 100.001 a 250.000 hab. 13.9
Sexo	Mujer 56.8	Hombre 38.9	Hombre 15.8	Hombre 12.1
Edad	35-44 años 50.0	15-18 años 57.6	25-34 años 24.4	15-18 años 16.4
	Más de 45 años 89.7	19-24 años 52.0		19-24 años 15.4
				25-34 años 16.0
Rol familiar	Cabeza familia 69.4	Hijo no emancipado 52.1	Hijo no emancipado 31.6	Hijo no emancipado 17.9
	Cónyuge 92.1			
Nivel de estudios	Sin estudios 87.4	BUP 46.8	Universitarios 14.9	BUP 16.6
		FP 52.1		
Ocupación	Amas de casa 97.4	Trabajadores 41.9	Trabajadores 18.0	Trabajadores 14.8
	Jubilados 98.0	Parados 39.1	Parados 22.5	Parados 16.0
		Estudiantes 52.1	Estudiantes 14.9	Estudiantes 14.9
Clase social	Baja 62.9	Media 41.8	Baja 22.8	Media-baja 15.3
		Alta 20.0	Alta 20.0	
Promedio	39.6	32.0	11.1	9.8

Estudiaremos ahora los perfiles de quienes mencionan estas cuatro fuentes de obtención en mayor proporción.

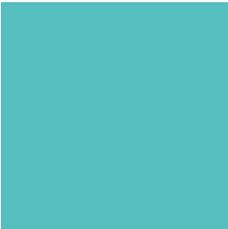
Encontramos diferencias importantes en el perfil de los que en mayor proporción mencionan que el médico u otros sanitarios les facilitan las sustancias que consumen, y el de los que más indican el grupo de amigos, los proveedores de la calle, o los bares y discotecas como fuentes de obtención.

Las mujeres, de edades avanzadas (especialmente a partir de los 45 años), con un rol relacionado con lo doméstico, que no tienen estudios, amas de casa y jubilados son los que, principalmente, reciben los productos que toman a través de los médicos y otros sanitarios.

En cambio, en mayor proporción los hombres que las mujeres, los jóvenes hasta 34 años (sobre todo en los casos del círculo de amigos y de bares y discotecas), los hijos emancipados o no, con estudios secundarios (o universitarios en el caso de los proveedores de la calle) y los trabajadores, parados y estudiantes, mencionan las otras tres principales fuentes de obtención: amigos, proveedor calle, y bares-discotecas.







# CAPÍTULO DOS

## Factores de riesgo en el consumo de drogas

### 1. INTRODUCCIÓN

En el capítulo anterior se han analizado las motivaciones que indicaban los usuarios de drogas para haberse iniciado en el consumo de las mismas. Dicha verbalización de motivos es una expresión subjetiva que hay que contemplar junto a otra serie de circunstancias o condiciones relacionadas con su realidad personal, familiar y social. Esta dimensión algo más objetiva es lo que, en los estudios de drogas, hemos venido denominando factores de riesgo.

Sin embargo, hay que señalar, que estos factores de riesgo no hay que entenderlos como causas en un sentido determinista. Se trata de una serie de hechos, en unas cuestiones, o de estados emocionales, en otras, que aparecen correlacionados con el consumo de drogas, bien como factores facilitadores del consumo, bien como consecuencia que lo refuerza y retroalimenta.

Desde un punto de vista técnico es preciso señalar que no se trata tanto de ver la influencia de una u otra circunstancia por separado, sino de la presencia de un conjunto de ellas que intervienen de un modo más global, lo que requiere un análisis multivariable; a tal efecto hemos contemplado los factores de riesgo desde tres perspectivas complementarias: la familia, la integración social y el equilibrio interno personal. Para la construcción de estos tres ámbitos explicativos se han incluido en el cuestionario una serie de variables cuyo objetivo es

valorar estos tres aspectos y que en el proceso de datos se tratan conjuntamente, constituyéndose de este modo tres ejes básicos de análisis, según se expone a continuación:

1. Eje familiar
2. Eje social
3. Eje personal

El **eje familiar** se configura con las siguientes variables:

- ¿Cómo son las relaciones que mantiene Vd. con sus padres o con sus hijos?
- ¿Cómo calificaría Vd. las relaciones que tiene con su mujer/marido/pareja?
- ¿Sus padres, o uno de los dos, beben en exceso o toman alguna otra droga?

El **eje social** está compuesto por las siguientes cuestiones:

- ¿Conoce alguna persona que consuma drogas? En caso afirmativo ¿en qué ámbito (familiar, amigos, compañeros, conocidos...)?
- ¿Cree Vd. que es fácil o difícil encontrar y poder obtener drogas, cuando se quieren?
- ¿Se relaciona y se siente Vd. integrado en algún grupo de amigos y compañeros?
- ¿Participa Vd. en alguna asociación u organización de vecinos, cultural, política, deportiva o de cualquier otro tipo, aunque no sea miembro asociado?
- Dígame, por favor, cuál es su punto de vista sobre la sociedad en que vivimos.
- Pensando en su realidad concreta, ¿cómo cree que es su posición económica y social?

El eje de **satisfacción y equilibrio interno o personal** integra los aspectos siguientes:

- Con cierta frecuencia ¿se nota Vd. agobiado y en tensión?
- ¿Tiene Vd. la sensación de que no puede superar sus dificultades?

- Últimamente ¿ha perdido Vd. la confianza en sí mismo?
- En general, en el momento actual de su vida ¿se siente Vd. satisfecho o insatisfecho?

Metodológicamente la formulación de estas variables mediante el sistema de encuesta cerrada y precodificada ha exigido utilizar en todas ellas una misma escala de respuesta, que permitiera posteriormente comparar entre sí las contestaciones de los diversos individuos. Se han utilizado, por lo tanto, siempre escalas de cinco posiciones. Para cada uno de los tres ejes estudiados la elaboración de resultados ha consistido básicamente en:

- Calcular las puntuaciones medias, en cada una de las variables del eje, de la población entrevistada.
- Calcular la puntuación media global del eje.
- Separación de las medias de los grupos de usuarios de drogas y no usuarios; en base a la cual se realiza el primer análisis de la relación existente entre los factores y el uso de drogas.
- Este proceso se completa con un análisis de regresión logística para ver la probabilidad existente entre el uso de cada droga y su nivel de problematidad.

Para el tratamiento y análisis de los datos se considera que a menor puntuación media en alguno de los ejes, existe mayor presencia de factores de riesgo en el mismo, ya que, sobre la escala de 1 a 5, las puntuaciones “uno” indican el mayor grado de conflictividad o problemática y las puntuaciones “cinco” el menor. En tres variables (las nº 119, 120 y 121) que la expresión es de sentido inverso ya se han reconvertido las puntuaciones medias, de modo que sean homogéneas con todas las demás.

Los resultados y conclusiones que se deriven del examen de los tres ejes considerados se presentan en dos fases. El primer paso será el de los resultados, expresados en puntuación media, del conjunto de la población en cada una de las trece variables y los tres ejes; el segundo nivel consistirá en el análisis de los tres ejes explicativos contraponiendo la población no consumidora y el grupo de consumidores para comprobar si efectivamente se percibe la presencia de estos factores de riesgo en el consumo de drogas, a lo que se añadirá el análisis de regresión logística para determinar la probabilidad del consumo de cada droga, según el grado de problematidad observado.

## 2. RESULTADOS EN CADA VARIABLE

Considerando las distintas variables como la base para la construcción de los tres ejes multivariantes, veremos en primer lugar los resultados obtenidos en cada una de las trece variables específicas utilizadas. La puntuación media obtenida por cada una de ellas en el conjunto de la muestra entrevistada es la que se recoge en la siguiente tabla:

**TABLA 2.1.**  
**PUNTUACIONES MEDIAS EN CADA VARIABLE**

VARIABLE	PUNTUACIÓN MEDIA
Relaciones padres-hijos	4.27
Relaciones pareja	4.28
Beben o toman drogas los padres	4.73
Conoce a alguien que consume drogas	3.87
Facilidad para la obtención de drogas	1.67
Grado de integración grupal	3.77
Grado de participación social	2.02
Opinión sobre la sociedad	2.71
Su situación económica-social	3.35
Sentimiento de agobio y/o tensión	3.70
Sensación de no superar dificultades	4.31
Pérdida de confianza en sí mismo	4.63
Grado de satisfacción personal	3.64

Teniendo en cuenta que en la escala utilizada (1 a 5) el tres es el punto medio y que las puntuaciones por debajo indican en cada variable una situación de tendencia negativa (problemática o conflictiva) y que las que lo superan señalan una tendencia positiva (de equilibrio, integración, satisfacción), podemos observar que en diez de las trece variables las puntuaciones medias del conjunto de la población son positivas; por el contrario, en el grado de participación social en la facilidad para la obtención de drogas, y en la opinión sobre la sociedad, las puntuaciones expresan una valoración inferior o en tendencia negativa,

aunque también en lo referido a su situación económica-social, al grado de satisfacción personal y al sentimiento de agobio y/o tensión las puntuaciones medias obtenidas no son muy altas.

Si a partir de estas variables específicas construimos los tres ejes o tipos de factores explicativos básicos, los resultados obtenidos son los de la tabla siguiente:

<b>EJES O TIPOS DE FACTORES DE RIESGO</b>	<b>PUNTUACIONES MEDIAS</b>
I. Familiar	4.41
II. Social	2.92
III. Personal	4.08
Puntuación global media	3.80

La puntuación media obtenida en el conjunto de las variables que configuran el eje o factor familiar es de 4.41, es decir, una situación en general bastante positiva. También positiva, aunque ya más moderadamente, es la puntuación del eje o factor personal, 4.08. Sin embargo, el conjunto de variables que componen el eje o factor social, con una puntuación media de 2.92, ya se sitúa en una tendencia negativa.

Como resultante de estas tres medias obtenemos una global, de 3.80, la cual en general es positiva. Si fuera cierta la hipótesis de que existiera relación entre estas puntuaciones y el consumo o no de drogas nos encontraríamos ante un nivel de riesgo general moderado, es decir, en una situación razonablemente positiva en estos tres ámbitos, especialmente en el familiar y el personal, que podrían estar actuando como factores de protección para el no consumo de drogas entre la mayoría de la población. Ante esto es preciso insistir en que, aunque la realidad de las drogas sea un problema serio que requiere de la adecuada atención, no se trata de algo generalizado, sino de unos consumos y unas situaciones limitadas a unos colectivos concretos y, en muchos casos, en unas condiciones de cierta normalidad.

Ciertamente, estas consideraciones tienen sentido si, efectivamente, se confirma que existe alguna relación entre los factores de riesgo y el consumo de drogas. Para comprobarlo, vamos a analizar por separado el comportamiento de estos factores en los que usaron drogas y los que no lo hicieron, comparando así los resultados obtenidos en uno y otro colectivo, y seguidamente entre los consumidores de cada droga en particular para ver si se aprecian diferencias en los factores de riesgo en sus usuarios específicos y los que no lo son.

### 3. LOS FACTORES DE RIESGO EN LAS DISTINTAS DROGAS

Transcendiendo los resultados generales vamos a desagregar los datos de los que no consumen ningún tipo de droga (excepto los que sólo ocasionalmente fuman) por una parte, y los que consumen alguna o algunas y/o alcohol o son fumadores diarios por otra. Una vez globalizadas las medias de las distintas variables contempladas en los ejes familiar, social y personal, los resultados obtenidos son los que se recogen en la siguiente tabla:

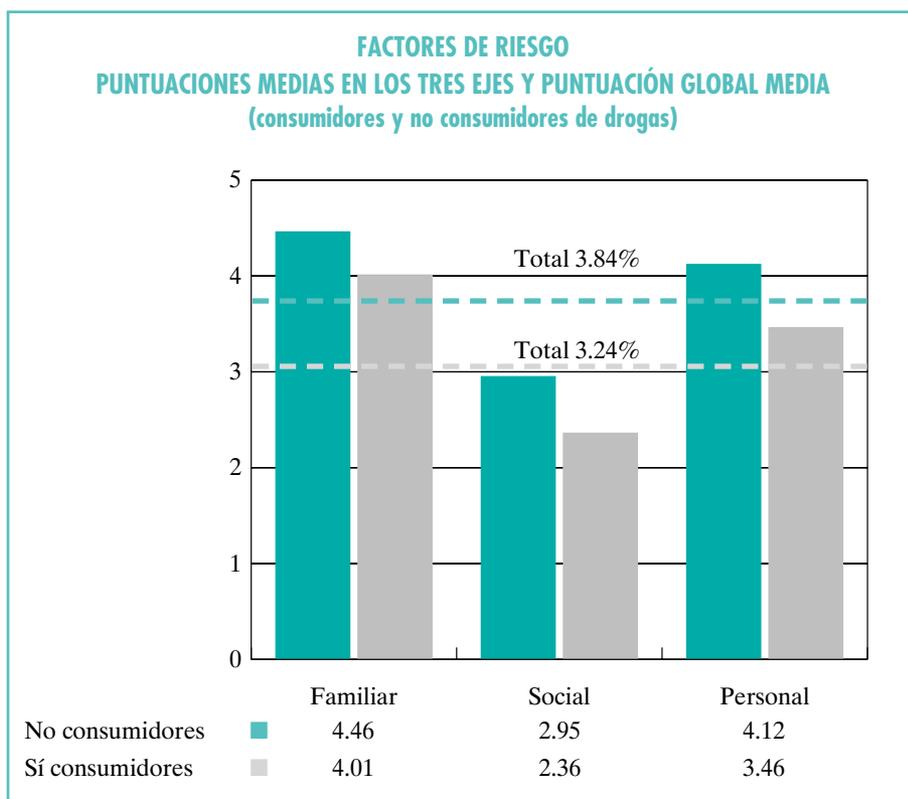
**TABLA 2.3.**  
**FACTORES DE RIESGO EN LOS CONSUMIDORES DE DROGAS**  
**Y EN LOS NO CONSUMIDORES**

EJES	a. No consumidores	b. Sí consumidores	a/b	b/a
Familiar	4.46	4.01	1.12	0.89
Social	2.95	2.36	1.25	0.80
Personal	4.12	3.46	1.20	0.83
Puntuación global media	3.84	3.24	1.20	0.84

Según las medias globales en cada eje y la global media se verifica la hipótesis de que sí se da una relación entre la presencia de estos factores de riesgo y el consumo de drogas, pues en los tres ejes los no consumidores alcanzan una puntuación más positiva que los sí consumidores y que se traduce en una puntuación media de 3.84 y de 3.24, respectivamente.

Si por otra parte nos fijamos en los cocientes recogidos en las columnas a/b y b/a podremos ver claramente el comportamiento de estos factores en su cualidad de riesgo o de protección. Si el cociente resultante en cada uno de ellos fuera uno nos indicaría que no hay relación ninguna entre ellas y el consumo o no de drogas, si el cociente resultante entre b (consumidores) y a (no consumidores) es inferior a uno indica la existencia de relación entre factores de riesgo y consumo de drogas. Por la misma lógica si el cociente entre a y b es superior a uno también existiría relación entre los factores y el no consumo de drogas, pero de signo contrario, es decir, actuando como factores de protección.

A partir de este planteamiento podemos ver, según los datos de la tabla anterior, que en los consumidores de drogas el cociente es inferior a uno en los tres ejes, con uno global de 0.84, lo cual expresa la relación entre dicho consumo y los factores de riesgo. En sentido inverso los cocientes en los no consumidores son siempre superiores a uno, alcanzando 1.20 en el conjunto, es decir, en su



sentido de protección. Esta misma relación la hemos observado en nuestro estudio en la Comunidad de Galicia (1996), en la que los cocientes eran de 0.80 y 1.25, respectivamente.

Profundizando ahora en el análisis de la relación existente entre los factores de riesgo y cada droga en particular veremos la tabla 2.4.

**TABLA 2.4.**  
**FACTORES DE RIESGO DE CADA DROGA EN PARTICULAR**

DROGAS	Familiar	Social	Personal	Puntuación global media	Cociente con no consumidores
Tabaco	4.40	2.84	4.06	3.76	0.979
Alcohol	3.96	2.77	3.87	3.53	0.912
Alcohol abusivo	3.90	2.71	3.80	3.36	0.875
Cannabis	4.18	2.61	3.80	3.52	0.916
Anfetaminas	4.06	2.66	3.63	3.45	0.898
Tranquilizantes	4.37	2.71	3.59	3.55	0.924
Hipnóticos	4.34	2.81	3.72	3.62	0.942
Alucinógenos	4.01	2.71	3.50	3.42	0.892
Cocaína	4.08	2.51	3.56	3.38	0.880
Analg. comunes	4.45	2.94	4.05	3.81	0.992
Analg. morfínicos	2.75	1.72	1.97	2.14	0.557
Heroína	2.74	1.70	1.93	2.12	0.552
Drogas de síntesis	3.93	2.47	3.65	3.35	0.870
Inhalables	2.70	1.88	2.01	2.19	0.570

Si consideramos los datos de la columna “cociente con no consumidores” y tenemos en cuenta que cuanto más se acerque éste a uno menos relación existe

entre los factores de riesgo y la droga considerada, y que dicha relación es más intensa cuanto más se aleje el cociente de la unidad, podemos ver lo siguiente:

- Hay dos drogas en las que no hay prácticamente ninguna relación (o es muy débil) entre el consumo y los factores de riesgo: los analgésicos comunes y el tabaco, con unos cocientes muy cercanos a la unidad, 0.992 y 0.979.
- En cuatro tipos de drogas hay una relación entre su consumo y los factores de riesgo, aunque no es muy intensa: los hipnóticos con un 0.942, los tranquilizantes con un 0.924, la cannabis con un 0.916 y el alcohol (consumo semanal) con un 0.912.
- En otras cuatro sustancias, y en el alcohol abusivo, la relación entre el consumo de las mismas y los factores de riesgo se torna ya más acusada: las anfetaminas con un 0.898, los alucinógenos con un 0.892, la cocaína con un 0.880, el alcohol abusivo con un 0.875 y las drogas de síntesis con un 0.870.
- Finalmente, en una relación muy intensa encontramos tres drogas: los inhalables con 0.570, los morfínicos y otros opiáceos con 0.557 y la heroína con 0.552.

Señalamos de nuevo que cuando hablamos de factores de riesgo no nos referimos a una causalidad lineal, sino a situaciones asociadas que unas veces generan el consumo y otras, actuando como efecto, lo retroalimentan. En todo caso lo que sí parece cierto es que la disminución del grado de problematización actúa como factor de protección. Recordemos que el cociente de los no consumidores (tabla 2.3.) es de 1.20.

De aquí hay que extraer la conclusión de que toda acción preventiva o de reducción del consumo, además de la represión del tráfico y de la concienciación sobre la peligrosidad de las drogas, ha de contribuir a la desactivación de las motivaciones (vistas en el capítulo anterior) y de los factores de riesgo aquí analizados. Sin duda, una mejor armonía familiar, el abandono del alcohol abusivo u otras sustancias por los padres, una mejor integración social (valores positivos, disminución del paro, participación cultural y social, etc.) y un mejor equilibrio interno personal (mejores expectativas para los jóvenes, aumento de la confianza en sí mismo y de la satisfacción personal...) serían importantes factores de protección ante el abuso de alcohol y los psicofármacos y el uso de drogas.

## 4. LOS CONSUMOS DE DROGAS Y LA PROBLEMATICIDAD DE LOS FACTORES DE RIESGO CONSIDERADOS

Por último para completar y reforzar lo dicho anteriormente sobre la relación existente entre los factores de riesgo y el consumo de drogas hemos realizado también un análisis de regresión logística. En él la variable dicotómica consumo-no consumo se constituye como variable dependiente a explicar, y la técnica consiste básicamente en modelizar la probabilidad de que se dé el consumo de una determinada sustancia, según los diferentes niveles de problematicidad en los distintos factores de riesgo.

En las variables dependientes a explicar, el consumo de cada droga, en función de la obtención de un número de casos suficientes, se han tomado los indicadores de consumo siguientes:

- Tabaco: fuman actualmente
- Alcohol: consumo semanal y consumo abusivo (por separado)
- Analgésicos comunes, tranquilizantes, hipnóticos y cannabis: consumo en los últimos doce meses
- Drogas de síntesis, inhalables, alucinógenos, anfetaminas, heroína y cocaína: consumo alguna vez.

Respecto a las variables independientes explicativas los factores introducidos son los ya conocidos: familiares, sociales y personales, y los indicadores se han elaborado en función de las puntuaciones medias obtenidas en la escala de 1 a 5 en que se valoraba cada una de las variables que componían cada factor o eje. Según estas valoraciones cada factor tiene los siguientes indicadores:

- Muy o bastante problemáticos.
- Poco problemáticos.
- Nada problemáticos.

Desde estos tres indicadores se ha establecido como grupo de referencia el más normalizado, es decir, el de los que en el conjunto de variables que forman cada tipo de factor expresaron situaciones o estados nada problemáticos. Este grupo toma valor uno y con relación a él los otros dos, los poco problemáticos (situaciones intermedias), y los muy o bastante problemáticos (situaciones más graves), pueden tener valores inferiores o superiores a uno, lo cual indicará una menor o una mayor probabilidad en el consumo de cada droga en cuestión.

Teniendo esto en cuenta, una vez realizada la regresión logística, se ha construido la tabla 2.5. En ella no aparece el grupo de referencia (los no problemáticos) ya que éste siempre toma valor uno. Los otros dos grupos tienen en cada factor y para cada droga las *odds ratio* obtenidas\*.

Analizados los *odds ratio* de la tabla anterior podemos concluir lo siguiente:

- En los analgésicos comunes, el tabaco y el alcohol (consumo semanal) las probabilidades de consumo entre los de mayor grado de problematidad, respecto a los no problemáticos, son bajas, no llegando en ningún factor a 1.4.
- En cinco tipos de drogas las probabilidades de consumo son ya más significativas, en dos de los tres factores, entre los de mayor grado de problematidad; a saber las siguientes:
  - Tranquilizantes: en el factor familiar 1.8 y en el personal 2.9
  - Hipnóticos: 2.7 en el familiar y 2.5 en el personal
  - Cannabis: 2.1 en el social y 1.8 en el personal
  - Anfetaminas: 1.4 en el social y 2.9 en el personal
  - Alucinógenos: 1.6 en el social y 1.6 en el personal.
- Y otras cinco sustancias, aunque con un peso en sus *odds ratio* de diferente importancia, tienen unas probabilidades de consumo significativas, en las situaciones de mayor problematidad, en los tres factores considerados. Estas se pueden clasificar según su intensidad en dos grupos:
  - Algo más ligeras:
    - Cocaína: 1.4 en el factor familiar, 1.8 en el social y 1.6 en el personal.
    - Drogas de síntesis: 1.5 en el familiar, 2.1 en el social y 1.5 en el personal.
    - Alcohol abusivo: 2.3 en el familiar, 1.9 en el social y 2.4 en el personal.
  - Más intensas:
    - Inhalables: 2.8 en el familiar, 3.8 en el social y 2 en el personal.
    - Heroína: 2.8 en el familiar, 2.9 en el social y 2.8 en el personal.
    - Morfínicos y otros opiáceos: 2.9 en el familiar, 4.5 en el social y 3.7 en el personal. (Estos son, en gran parte, consumidores también de heroína, y algo más mayores. Capítulos 4 y 5 de la parte primera).

---

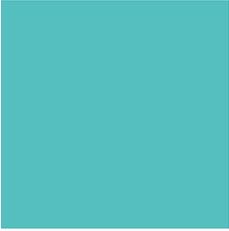
\* Aquí la forma de lectura de los datos es la inversa a la de las tablas anteriores: cuanto mayor es el ratio obtenido más alta es la probabilidad de que se dé el consumo de la droga en cuestión.

**TABLA 2.5.**  
**PROBLEMATICIDAD EN LOS FACTORES DE RIESGO Y CONSUMO DE DROGAS**  
**(ODDS RATIO DERIVADOS DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA)**

	Tabaco (fumán actualmente)	Alcohol (consumo semanal)	Alcohol (abuso)	Analgésicos comunes (últimos 12 meses)	Tranquilizantes (últimos 12 meses)	Hipnóticos (últimos 12 meses)	Cannabis (últimos 12 meses)	Inhalables (alguna vez)	Drogas de síntesis (alguna vez)	Alucinógenos (alguna vez)	Antefamínicos (alguna vez)	Heroína (alguna vez)	Morfínicos opiáceos (alguna vez)	Cocaína (alguna vez)
<b>FACTORES FAMILIARES</b>														
Muy o bastante problemáticos	1.021	0.984	2.314	1.012	1.803	2.754	1.374	2.851	1.463	1.123	1.149	2.776	2.889	1.413
Poco problemáticos	0.997	0.922	1.210	0.917	0.997	0.869	0.826	1.801	0.826	1.072	1.072	1.040	0.830	0.914
<b>FACTORES SOCIALES</b>														
Muy o bastante problemáticos	1.288	1.106	1.871	1.101	1.013	1.041	2.137	3.771	2.106	1.616	1.445	2.887	4.462	1.810
Poco problemáticos	0.950	0.962	0.992	0.926	1.002	1.037	0.896	1.178	0.853	0.961	1.046	0.976	0.782	0.904
<b>FACTORES PERSONALES</b>														
Muy o bastante problemáticos	1.302	1.283	2.417	1.010	2.949	2.487	1.763	1.971	1.544	1.557	2.932	2.847	3.367	1.654
Poco problemáticos	1.002	1.121	1.212	1.001	1.012	0.683	1.266	1.235	1.285	1.236	1.246	0.974	1.559	1.236

Así pues, mediante la regresión logística se confirman, con mayor precisión, los mismos resultados de la relación observada entre los consumos y los factores de riesgo, vistos en el apartado anterior. En aquél se prueba y ordena en cada sustancia la relación existente, en éste se determina la probabilidad del consumo de cada droga en los distintos niveles de problematicidad de cada factor, con referencia al grupo no problemático. Por ello insistimos en lo dicho anteriormente, respecto a la necesidad de desactivar, en la medida de lo posible, los factores de riesgo, ya que según estos disminuyen en su grado de problematicidad, desciende también la probabilidad de que se produzca (o retroalimente) el consumo de drogas.





## CAPÍTULO TRES

### Consecuencias y grados de dependencia subjetiva en el consumo de drogas y/o alcohol

Las consecuencias producidas por el consumo de alcohol y/o drogas son un hecho importante que no queríamos obviar en esta investigación. Estas consecuencias generan unas situaciones problemáticas que se multiplican a medida que el consumo de alcohol y/o drogas se hace más frecuente y continuado. Puede ocurrir con mucha probabilidad que el consumidor habitual de estas sustancias ingrese en una espiral de problemas que afecte a variados aspectos de su vida —problemas de salud, familiares y de relación, laborales e incluso legales— y de la que cada vez es más difícil escapar.

Del mismo modo, las primeras sesiones de consumo de una droga concreta o el paso de un consumo moderado de alcohol a otro más abusivo, hacen aparecer pequeñas consecuencias ante las cuales los consumidores demuestran un desconocimiento o una excesiva confianza de dominio bastante preocupantes y, sin darse cuenta, se ven atrapados en la espiral de problemas de la que acabamos de hablar.

Por tanto, ante estas consideraciones, el capítulo queda dividido en los dos siguientes apartados:

- Consecuencias derivadas del consumo de drogas y/o alcohol.
- Grado subjetivo de dependencia.

Veamos a continuación los resultados obtenidos en cada una de estas cuestiones.

## 1. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

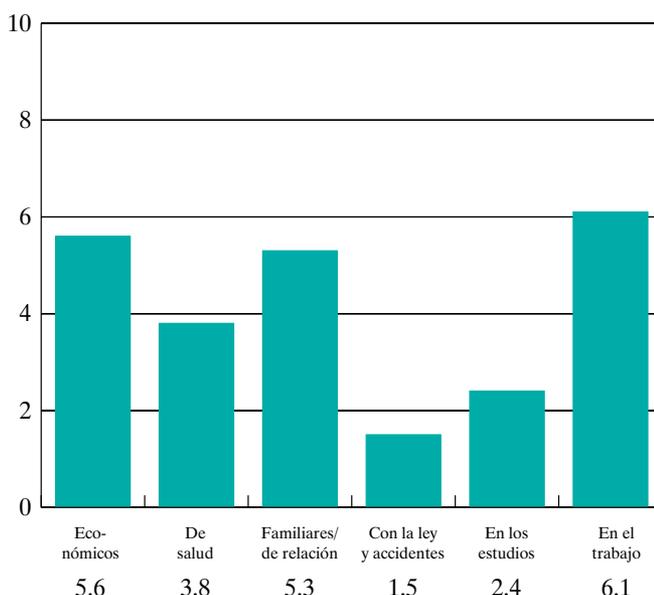
A aquellos entrevistados que habían consumido drogas en el último año o alcohol en el día anterior a la entrevista, se les preguntó por las consecuencias negativas que les había producido su consumo. Al tratarse de una pregunta de respuesta múltiple, los entrevistados a quienes les competía la pregunta podían señalar todas las consecuencias que, efectivamente, les había producido ese consumo.

Pues bien, sobre una base de 745 entrevistas, el 84.6% dice que ese consumo no le ha ocasionado ninguna consecuencia. El 15.4% restante que sí ha padecido alguna consecuencia, señala una media de 1.86 consecuencias por consumidor.

La tabla siguiente ofrece los resultados obtenidos, considerando en la primera columna los porcentajes sobre el total de respuestas obtenidas (844), y la segunda columna, los porcentajes sobre el total de consumidores que responden a la pregunta (745).

CONSECUENCIA	% SOBRE RESPUESTAS	% SOBRE CASOS
Falto alguna vez a clase	1.9	2.1
Voy mal en los estudios	0.5	0.6
Falto alguna vez al trabajo	3.5	4.0
Problemas laborales (sanciones, despidos, etc.)	1.3	1.4
Me impide encontrar trabajo o conservar el actual	1.3	1.4
Conflictos familiares	4.6	5.2
Problemas económicos	5.6	6.4
He perdido amigos	0.7	0.8
Enfermedades	3.8	4.3
Accidentes	1.0	1.2
He estado detenido o en prisión	0.5	0.5
Otros	0.6	0.7
Ninguno	74.7	84.6
Total	100.0	113.3
Base	(844)	(745)

**CONSECUENCIAS AGRUPADAS PRODUCIDAS POR EL CONSUMO  
DE ALCOHOL Y/O DROGAS**  
(sobre el total de respuestas obtenidas)



Los problemas más comunes que produce el consumo de alcohol y/o drogas en los consumidores de la Comunidad Valenciana, mayores de 15 años, son los de trabajo (6.1% de las respuestas), los de carácter económico (5.6%) y los de tipo familiar o de relación (5.3%). En un segundo plano se situarían los de salud (3.8%) y parecen menos comunes los académicos (2.4%) o los legales y accidentes (1.5%).

Al cruzar esta variable con las de clasificación, tomaremos los porcentajes sobre el total de respuestas. La tabla 3.2. nos ofrece los perfiles de los que en mayor medida señalan que el consumo de alcohol y/o drogas les ha ocasionado los problemas prevalentes de trabajo, familiares y de relación, económicos y enfermedades.

Proporcionalmente, se indican más los problemas de trabajo en las poblaciones de 50.001 a 100.000 habitantes, entre los cónyuges y los empresarios; en la clase

**TABLA 3.2.**  
**PRINCIPALES CONSECUENCIAS PRODUCIDAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS, SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

VARIABLES	Problemas de trabajo	Problemas familiares y de relación	Problemas económicos	Enfermedad											
Zona	Valencia-Torrente	16,6	Valencia-Torrente	10,9	Valencia-Torrente	8,8									
Tipo de zona	Turística	9,9	Turísticas	9,4											
Hábitat	De 50.001 a 100.000 hab.	10,6	De 50.001 a 100.000 hab.	9,1	Más de 250.000 hab.	11,2	De 100.001 a 250.000 hab.	8,0	Más de 250.000 hab.	7,3					
Edad															
			15-18 años	9,5	25-34 años	9,7									
			19-24 años	10,4											
Rol familiar	Cónyuge	10,2	Hijo no emancipado	9,2						Hijo emancipado	6,2				
Ocupación	Empresarios	16,6	Parados	12,3	Parados	15,0				Amas de casa	7,0				
Clase social	Baja	32,4	Baja	14,0	Baja	11,6				Media-baja	6,3				
			Alta	9,6	Media-baja	9,6				Alta	6,2				
Promedio		6,1		5,3		5,6					3,8				

baja se menciona mucho este tipo de problemas, aunque los que viven en ese estrato social son una minoría.

Los problemas familiares y de relación son más señalados en poblaciones de 50.001 a 100.000 habitantes, entre los jóvenes de 15 a 24 años, los hijos no emancipados y los parados. Los pertenecientes a las minoritarias clases alta y baja mencionan estos problemas en proporciones considerables.

Los problemas económicos, por su parte, son proporcionalmente más mencionados en poblaciones con más de 250.000 habitantes, por los jóvenes entre 25 y 34 años, por los parados y en las clases humildes (baja y media-baja).

Mencionan una mayor proporción de enfermedades producidas por el consumo de alcohol y/o drogas los que viven en poblaciones con más de 100.000 habitantes, los hijos emancipados y las amas de casa.

A continuación señalamos la proporción de respuestas que suponen los que dicen que el consumo de alcohol y/o drogas no les ha producido ninguna consecuencia negativa, sobre el total de respuestas y según la droga de uso:

<b>CONSUMIDORES DE ALCOHOL</b>	<b>NINGUNA %</b>
Ligeros	92.1
Moderados	70.0
Altos	60.8
Excesivos	59.6
Gran riesgo	27.4
<b>PSICOFÁRMACOS</b>	<b>NINGUNA %</b>
Tranquilizantes	75.2
Hipnóticos	71.3
Analgésicos morfínicos y otros opiáceos	2.8
<b>DROGAS ILEGALES</b>	<b>NINGUNA %</b>
Inhalables	3.4
Cannabis	59.7
Cocaína	34.3
Drogas de síntesis	37.2
Heroína	1.3
Alucinógenos	36.9
Anfetaminas	41.1
<b>PROMEDIO GENERAL</b>	<b>74.7</b>

Los datos de este cuadro son bastante significativos:

- A medida que aumenta el consumo de alcohol, disminuye de manera lineal y considerablemente la proporción de los que no mencionan ninguna consecuencia por su consumo, llegando a representar tan sólo algo más de la cuarta parte (27.4%) sobre el total de respuestas de los bebedores de gran riesgo, los que no señalan ninguna consecuencia.
- En los psicofármacos hay diferencias: entre los que toman tranquilizantes e hipnóticos, la mayoría no señala consecuencias negativas, pero muy pocos son los que toman analgésicos morfínicos y otros opiáceos y no indican consecuencias negativas.
- Respecto a las drogas ilegales, en todos los casos —excepto en el caso de la cannabis— las respuestas que señalan consecuencias superan a las que no indican ninguna. Esto ocurre sobre todo en el caso de la heroína y de los inhalables, siendo menos llamativo, pero en cualquier caso también preocupante, en los casos de cocaína, alucinógenos, drogas de síntesis y anfetaminas.

Sin abandonar las drogas de uso, seguidamente vamos a ver la incidencia de las distintas consecuencias agrupadas, en cada una de ellas.

Las mayores proporciones de respuestas que señalan los problemas de estudios aparecen entre los consumidores de inhalables y alucinógenos. Por su parte, los problemas de trabajo en los bebedores abusivos, consumidores de heroína, y otros opiáceos e inhalables.

Vemos también que en los casos de drogas ilegales y analgésicos morfínicos y otros opiáceos —de marcado uso entre drogodependientes— se concentran muchas respuestas en las consecuencias familiares, de relación, económicas y enfermedades (estas últimas, exceptuando los casos de cannabis y drogas de síntesis).

Los que en mayor proporción dirigen sus respuestas a las consecuencias legales o accidentes son los que usan cocaína, heroína, otros opiáceos e inhalables.

**TABLA 3.3**  
**CONSECUENCIAS AGRUPADAS PRODUCIDAS POR EL CONSUMO**  
**DE DROGAS Y/O ALCOHOL, SEGÚN LA DROGA DE USO**  
**(PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE RESPUESTAS)**

DROGAS DE USO	Problemas de estudios	Problemas de trabajo	Familiares y de relación	Económicos	Enfermedad	Accidentes y problemas legales
Bebedores ligeros y moderados	1.9	3.8	4.6	4.4	2.1	0.6
Bebedores abusivos	5.4	19.7	5.4	6.1	6.1	4.1
Tranquilizantes	1.1	3.8	7.7	6.5	4.1	1.1
Hipnóticos	1.6	2.1	6.6	7.7	4.5	1.6
Analg. morfínicos, otros opiáceos	–	17.1	28.6	31.5	12.8	7.2
Inhalables	10.1	15.8	23.1	19.2	22.1	6.2
Cannabis	4.1	4.9	11.0	11.5	4.6	3.0
Cocaína	4.5	9.5	16.2	19.2	8.9	5.7
Drogas de síntesis	5.1	5.9	25.7	14.7	4.9	3.5
Heroína	2.6	16.0	32.2	30.7	11.0	6.1
Alucinógenos	6.9	4.2	13.9	21.0	14.4	2.8
Anfetaminas	2.2	2.1	19.1	18.8	13.6	1.1
Promedio general	2.4	6.1	5.3	5.6	3.8	1.5

## 2. GRADO SUBJETIVO DE DEPENDENCIA

Independientemente del grado de adicción real que crea cada droga, parece importante conocer —como ya hablamos en la introducción— la propia percepción subjetiva de cada consumidor respecto al uso que hace de las drogas y su grado de dependencia. Para ello, preguntamos a los que consumieron drogas en el último año y/o alcohol en el día anterior a la entrevista si, a su juicio, serían capaces de dejar de usar alcohol o drogas en cuanto se lo propusieran.

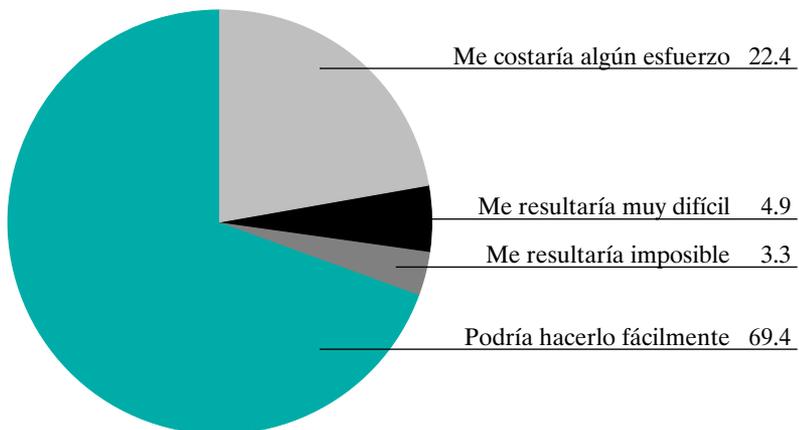
Los resultados que hemos obtenido se recogen en la tabla 3.4.

**TABLA 3.4.**  
**¿CREE VD. QUE PODRÁ DEJAR DE USAR ALCOHOL Y/O DROGAS?**

VALOR	GRADO DE DIFICULTAD	%
1	Me resultaría imposible	3.3
2	Me resultaría muy difícil	4.9
3	Me costaría algún esfuerzo	22.4
4	Podría hacerlo fácilmente	69.4
	Total	100.0
	Base	(737)
	Valor medio	3.57

El 8.2% de los consumidores de alcohol y/o drogas confiesa que dejar su uso le resultaría imposible o muy difícil. Si a ello le añadimos el 22.4% que dice que le costaría algún esfuerzo, resulta que el 30.6% de los consumidores reconocen la dificultad (en menor o mayor medida) para abandonar el consumo de drogas y/o alcohol.

**¿CREE VD. QUE PODRÁ DEJAR DE USAR ALCOHOL Y/O DROGAS?**



No obstante, siete de cada diez creen que dominan la situación y, si se propusieran abandonar el consumo de alcohol y/o drogas, lo podrían hacer fácilmente.

Si a los distintos grados de dificultad para abandonar el consumo les damos los valores expresados en la tabla 3.4 (imposible=1; muy difícil=2; con algún esfuerzo=3; fácilmente=4), obtenemos una puntuación media de 3.57.

Por tanto, detectamos que, en general, los consumidores de alcohol y/o drogas mayores de 15 años en la Comunidad Valenciana creen que tienen un grado subjetivo de dependencia bastante bajo.

Antes de estudiar esta variable en función de la droga de uso —sin duda, el aspecto más interesante—, vamos a conocer los perfiles de los que en mayor proporción aseguran que abandonar este consumo les resultaría muy difícil o imposible, y de los que dicen que podrían hacerlo fácilmente.

**TABLA 3.5.**  
**LES RESULTARÍA MUY DIFÍCIL O IMPOSIBLE DEJAR DE USAR ALCOHOL Y/O DROGAS O PODRÍAN HACERLO FÁCILMENTE, SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

VARIABLES	Muy difícil o imposible		Fácilmente	
<b>Zona</b>	Castellón-Vinaroz	13.1	Alzira-Gandía Elche-Orihuela	81.2 88.6
<b>Hábitat</b>	De 50.001 a 100.000 hab.	25.0	Hasta 10.000 hab.	74.3
	De 100.001 a 250.000 hab.	12.0	De 10.001 a 50.000 hab. De 100.001 a 250.000 hab.	76.9 84.0
<b>Edad</b>	25-34 años	11.7	15-18 años 19-24 años	79.7 77.1
<b>Rol familiar</b>	Hijo emancipado	24.0	Hijo no emancipado	78.2
<b>Estudios</b>			BUP FP Universitarios	76.3 74.0 77.8
<b>Ocupación</b>	Profesionales-Funcionarios Parados	11.9 15.9	Profesionales-Funcionarios Estudiantes	83.7 84.8
<b>Clase social</b>	Baja	17.0	Media Media-alta	75.3 80.0
<b>Promedio</b>		8.2		69.4

En poblaciones de 50.001 a 250.000 habitantes, los jóvenes de 25 a 34 años, los hijos emancipados y los profesionales-funcionarios o parados son los que, en mayor proporción, aseguran que dejar de usar alcohol y/o drogas les resultaría muy difícil o imposible. En cambio, los que piensan que podrían abandonar ese uso más fácilmente son los jóvenes de 15 a 24 años, hijos no emancipados, con estudios secundarios o universitarios, los profesionales, funcionarios y parados.

Respecto a las clases sociales, los que dicen estar en clase media (la mayoría de los entrevistados) creen en mayor proporción, junto con los de clase media-alta (una minoría) que podrían dejar el consumo de alcohol y/o drogas. En el polo opuesto se sitúa una minoría que pertenece a la clase baja.

En estas variables de clasificación hemos encontrado altos niveles de significación que van desde  $P < .00001$  para el hábitat, ocupación y clase social hasta  $P < .00306$  para el nivel de estudios o  $P < .08016$  para la edad.

Seguidamente y para considerar las distintas drogas de uso vamos a tener en cuenta la puntuación media para cada una de ellas y las proporciones de los que dicen que dejar el uso de drogas y/o alcohol les resultaría muy difícil o imposible y de los que aseguran que lo harían fácilmente.

**TABLA 3.6.**  
**PODRÍAN DEJAR EL USO DE ALCOHOL Y/O DROGA FÁCILMENTE, LES RESULTARÍA MUY DIFÍCIL O IMPOSIBLE Y PUNTUACIÓN MEDIA, SEGÚN DROGA DE USO**

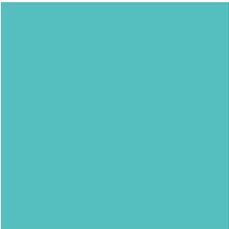
DROGA DE USO	MUY DIFÍCIL O IMPOSIBLE %	FÁCILMENTE %	PUNTUACIÓN MEDIA
Bebedores abusivos	11.9	52.3	3.37
Ligeros y moderados	7.4	75.2	3.65
Tranquilizantes	20.0	53.7	3.27
Hipnóticos	12.3	50.7	3.32
Otros opiáceos	91.6	8.4	1.58
Inhalables	80.0	20.0	2.00
Cannabis	15.3	67.5	3.45
Cocaína	34.9	42.9	2.89
Drogas de síntesis	23.5	55.9	3.24
Heroína	92.3	7.7	1.54
Alucinógenos	19.0	57.1	3.19
Anfetaminas	30.0	36.0	2.72
Promedio general	8.2	69.4	3.57

Atendiendo a las puntuaciones medias y a las proporciones de una u otra opción de respuesta, observamos un muy alto grado de dependencia subjetiva en los usuarios de heroína, otros opiáceos e inhalables, y en menor medida, pero también alto, en los consumidores de cocaína y de anfetaminas. En un tercer escalón podemos situar a los que toman drogas de síntesis, alucinógenos y tranquilizantes.

A su vez, el grado de dependencia subjetiva es bastante más alto entre los consumidores abusivos de alcohol que entre los que consumen de manera ligera o moderada.

Los niveles de significación para las distintas drogas de uso son muy altos, con una  $P < .00001$  en todos los casos excepto en los siguientes: hipnóticos ( $P < .00113$ ), alucinógenos ( $P < .00292$ ), cannabis ( $P < .00430$ ) y drogas de síntesis ( $P < .03969$ ).





## CAPÍTULO CUATRO

### Opiniones y actitudes de la población sobre las drogas y determinadas actuaciones ante las mismas

Como es bien sabido, las drogas son un hecho social en el que no sólo están implicados los usuarios de las mismas, sino también directa o indirectamente el conjunto de la sociedad; y también es una realidad que supone un estado de opinión y unas actitudes ante este problema.

En el presente capítulo vamos a analizar las corrientes de opinión de la población de la Comunidad Valenciana, mayor de 15 años, ante diversas actuaciones para la lucha contra la droga.

Detectar el grado de rechazo o acogida popular ante decisiones concretas en un tema tan complejo como el de la droga, parece de vital importancia. No en vano, el rechazo masivo a una de estas actuaciones puede incidir negativamente en ella.

Los temas que tratamos en las páginas siguientes pueden ser polémicos entre la población; hablaremos de la permisividad o sanción del consumo de drogas en el ámbito público y en el privado, del tratamiento alternativo con metadona a heroinómanos, de la posibilidad de facilitar jeringuillas y preservativos a los usuarios de drogas para evitar enfermedades infecciosas... en fin, actuaciones que con el necesario apoyo social encontrarían mayores posibilidades de alcanzar el objetivo que persiguen. Y ese grado de apoyo social es el que intentamos detectar a continuación.

Así pues, el capítulo actual quedará dividido en los tres siguientes apartados:

- Sanción o permisividad del uso de drogas ilegales.
- Grado de acuerdo con algunas actuaciones actuales.
- Ayudas y medidas en la lucha contra las drogas.

## 1. SANCIÓN O PERMISIVIDAD DEL USO DE DROGAS ILEGALES

Estudiamos en primer lugar la opinión de la población valenciana mayor de 15 años ante dos cuestiones que afectan al conjunto de la sociedad. Planteamos a los entrevistados si debería sancionarse el uso de drogas ilegales en lugares públicos y, por otro lado, si se debería permitir o sancionar (leve o penalmente) el consumo privado de drogas.

Por los resultados obtenidos que ofrecemos en seguida, parece que la población valenciana adopta una actitud sancionadora ante estas cuestiones, más acusada aún en el caso del consumo en lugares públicos.

**TABLA 4.1.**  
**¿DEBE SANCIONARSE EL CONSUMO PÚBLICO Y PRIVADO DE DROGAS ILEGALES?**

SANCIÓN O PERMISIVIDAD	EN LUGARES PÚBLICOS	EN ÁMBITOS PRIVADOS
Permitirse	16.6	37.4
Sancionarse	77.5	51.0
NS/NC	5.9	11.6
Total	100.0	100.0
Base	(2.000)	(2.000)

Resulta clara, pues, la actitud sancionadora de esta población ante el consumo de drogas ilegales: el 77.5% sancionaría el uso en lugares públicos y el 51% lo haría en el caso del consumo privado. Esta opinión es bastante común; por ejemplo, en Galicia un 89.3% creen que debería sancionarse en los lugares públicos y un 53.7% en el ámbito privado. En Andalucía los porcentajes son del 83.9% y el 65.1%, respectivamente.

En esta actitud sancionadora del consumo privado se distinguen dos grados de sanción: leve y penal. Del 51% que sancionaría este consumo, una ligera mayoría se inclinaría por la sanción leve (26.9%) frente a la penal (24.1%).

Por su parte, los ciudadanos se muestran más dubitativos (NS/NC) respecto a la sanción o no, en el caso del consumo privado (11.6%) que en el consumo en lugares públicos (5.9%).

Para detectar los perfiles de quienes muestran actitudes más o menos sancionadoras, vamos a omitir a los que no se decantaban por una u otra opción (sanción o permisividad), reconstruyendo los datos con base 100. Así quedarían los resultados generales:

	LUGARES PÚBLICOS	ÁMBITO PRIVADO
Permisividad	17.7	42.3
Sanción	82.3	57.7
Total	100.0	100.0
Base	(1.882)	(1.769)

Es interesante, para comenzar, estudiar estas cuestiones según los usuarios de las distintas drogas (tabla 4.2.).

En todos los casos hay un mayor grado de permisividad con el uso privado que con el público, aunque las diferencias son importantes según los grupos establecidos de usuarios de las diferentes drogas.

Así, el grado de permisividad con estos consumos es muy bajo (incluso menor que el promedio general) entre los que usan tranquilizantes o hipnóticos.

Entre los bebedores, los más abusivos se muestran más permisivos que los bebedores ligeros y moderados.

Y donde se detectan posturas muy favorables a permitir el uso público y privado de drogas ilegales es entre los propios consumidores de drogas ilegales, sobre todo entre los que usan heroína, otros opiáceos o inhalables y, en menor medida, entre los que consumen cannabis y anfetaminas.

**TABLA 4.2.**  
**PROPORCIÓN DE LOS QUE SE MUESTRAN PERMISIVOS CON EL USO PÚBLICO  
Y PRIVADO DE DROGAS ILEGALES, SEGÚN LOS USUARIOS DE CADA TIPO DE DROGAS**

DROGAS DE USO	GRADO DE PERMISIVIDAD	
	USO PÚBLICO	USO PRIVADO
Bebedores ligeros y moderados	18.5	52.3
Bebedores abusivos	38.0	68.4
Inhalables	83.3	100.0
Cannabis	43.9	79.7
Cocaína	58.6	85.7
Drogas de síntesis	51.5	86.1
Heroína	92.9	100.0
Alucinógenos	63.2	77.3
Anfetaminas	45.8	66.7
Analgésicos morfínicos y otros opiáceos*	91.7	100.0
Tranquilizantes	7.4	40.8
Hipnóticos	14.7	34.3
Promedio general	17.7	42.3

\* Aunque farmacológicamente los analgésicos morfínicos debieran ir en el grupo de los hipnóticos y tranquilizantes (psicofármacos), los incluimos con las drogas ilegales por ser sustancias muy utilizadas por los drogodependientes.

Los niveles de significación son bastante altos; para los dos tipos de consumo y casi todas las drogas de uso sucede que  $P < .00001$ , excepto en los siguientes casos: para el uso público, inhalables ( $P < .00005$ ), anfetaminas ( $P < .00007$ ) y tranquilizantes ( $P < .01094$ ); para el uso privado, inhalables ( $P < .00433$ ), heroína ( $P < .00005$ ), otros opiáceos ( $P < .00010$ ), tranquilizantes ( $P < .08730$ ) e hipnóticos ( $P < .00465$ ).

Respecto a las distintas variables de clasificación (ver tabla 4.3) los que se muestran más permisivos con el consumo de drogas ilegales (público o privado, indistintamente), son los hombres más que las mujeres, los jóvenes, los hijos emancipados o no, con estudios secundarios o universitarios, y los profesionales, funcionarios, parados y estudiantes. En cambio muestran una actitud más sancionadora, las mujeres más que los hombres, de edades avanzadas, con rol familiar de cónyuges, sin estudios o elementales y las amas de casa y jubilados.

**TABLA 4.3.**

**ACTITUDES MÁS PERMISIVAS Y SANCIONADORAS DE LOS USOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DE DROGAS ILEGALES, SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

TIPO DE CONSUMO		Provincia	Zona	Hábitat	Sexo	Edad	Rol familiar	Nivel de estudios	Ocupación						
<b>USO PÚBLICO</b>															
Actitud															
Permisiva (17.7%)	Castellón	25.6	Valencia-Torrente	28.3	50.001 a 100.000	31.3	Hombre	21.4	19-24 años	23.8	Hijo no emanc.	23.2	Universitarios	28.7	Profesionales
									25-34 años	22.7	Hijo emanc.	38.3			Funcionarios
															Parados
Sancionadora (82.3%)			Gandía-Alzira	90.9	Mujer	85.7	45 años y más	86.6	Cónyuge	87.4	Sin estudios	86.7	Amas de casa	89.6	Jubilados
<b>USO PRIVADO</b>															
Permisiva (42.3%)	Castellón	49.8	Castellón-Vinaroz	47.3	50.001-100.000	59.3	Hombre	49.0	15-18 años	47.1	Hijo no emanc.	52.5	BUP	48.7	Profesionales
			Valencia-Torrente	54.5	100.001-250.000	49.4			19-24 años	53.7	Hijo emanc.	68.7	FP	47.3	Funcionarios
			Alicante-Denia	58.9	Más de 250.000	52.3			25-34 años	54.0		Universitarios	65.6	Parados	52.3
									35-44 años	51.5		Estudiantes	50.0		
Sanción leve (30.5%)	Valencia	36.0	Valencia-Paterna	47.6	Hasta 10.000	36.4						Sin estudios	37.0		
Sanción penal (27.3%)			Alzira-Gandía	38.9	10.001-50.000	33.6	Mujer	31.1	45 años y más	37.8	Cónyuge	33.0	Sin estudios	42.7	Amas de casa
			Elche-Orihuela	32.6								Jubilados	38.0		

Al cruzar el uso privado con las distintas variables de clasificación, en todos los casos se producen niveles de significación con  $P < .00001$ . En el uso público los niveles de significación también son muy altos, variando en las variables de provincia ( $P < .00383$ ), hábitat ( $P < .00002$ ), sexo ( $P < .00006$ ) y edad ( $P < .00014$ ).

En cualquier caso, a lo largo del apartado los niveles de significación son bastante altos y ayudan a corroborar los datos ofrecidos.

## 2. GRADO DE ACUERDO CON ALGUNAS ACTUACIONES ACTUALES

La administración de metadona a los consumidores de heroína como tratamiento alternativo y de reducción del daño, o facilitar jeringuillas esterilizadas y preservativos a los usuarios de drogas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas como la hepatitis o el SIDA, son algunas de las estrategias actualmente utilizadas para mejorar, no sólo la calidad de vida de los consumidores de drogas, sino del conjunto de la población en general.

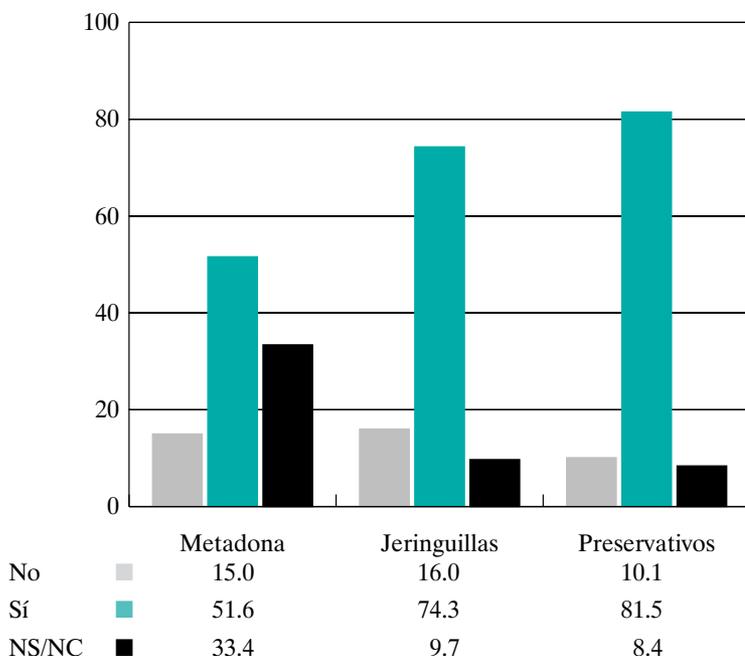
Preguntamos a los entrevistados el grado de acuerdo con estas actuaciones. Los resultados se recogen en la siguiente tabla:

**TABLA 4.4.**  
**GRADO DE ACUERDO CON LA ADMINISTRACIÓN CONTROLADA DE METADONA, JERINGUILLAS Y PRESERVATIVOS**

¿ESTÁ VD. DE ACUERDO?	METADONA	JERINGUILLAS	PRESERVATIVOS
No	15.0	16.0	10.1
Sí	51.6	74.3	81.5
NS/NC	33.4	9.7	8.4
Total	100.0	100.0	100.0
Base	(2.000)	(2.000)	(2.000)

Por lo general, la población valenciana de 15 años en adelante acepta de bastante buen grado estas actuaciones. Quizás exista un cierto grado de confusión o desconocimiento (la tercera parte de los entrevistados no se deciden) en la administración de metadona a los usuarios de heroína como tratamiento alternativo.

### GRADO DE ACUERDO CON LA ADMINISTRACIÓN CONTROLADA DE METADONA, JERINGUILLAS Y PRESERVATIVOS



A la hora de considerar las distintas variables de clasificación para conocer qué grupos se muestran más y menos de acuerdo con cada una de estas actuaciones, vamos a ignorar a los que no se pronuncian (NS/NC), obteniendo así los siguientes resultados generales:

	METADONA	JERINGUILLAS	PRESERVATIVOS
En desacuerdo	22.6	17.7	11.0
De acuerdo	77.4	82.3	89.0
Total	100.0	100.0	100.0
Base	(1.331)	(1.805)	(1.833)

Muy en la línea de lo visto en el apartado anterior (tabla 4.5.), los colectivos que se muestran más proclives con estas actuaciones son los jóvenes hasta 34 años, los hijos emancipados o no, los que tienen estudios secundarios o universitarios (aunque también los que no tienen estudios se muestran muy de acuerdo con la administración controlada de metadona) y los profesionales, funcio-



narios y estudiantes. En cambio, son más reacios a adoptar estas medidas los mayores de 45 años, cónyuges y cabezas de familia, con bajos niveles de estudios (con la anterior salvedad de la administración de metadona), y los empresarios y jubilados.

Hemos encontrado altos niveles de significación ( $P < .00001$ ) en todas las variables estudiadas para la administración de jeringuillas, excepto para el sexo; en la variable estudios para la administración de metadona; y en las variables de edad, rol familiar y ocupación para la administración de preservativos. En los demás casos, aunque los niveles de significación no lleguen a  $P < .00001$  son también bastante altos.

Según se sea usuario de cada una de las distintas drogas obtenemos los siguientes resultados:

**TABLA 4.6.**  
**PROPORCIÓN DE ENTREVISTADOS QUE ESTÁN DE ACUERDO**  
**CON LAS TRES ACTUACIONES, SEGÚN SEAN USUARIOS DE LAS DIVERSAS DROGAS**

DROGA DE USO	METADONA	JERINGUILLAS	PRESERVATIVOS
Bebedores abusivos	62.8	75.2	83.6
Inhalables	100.0	83.3	100.0
Cannabis	84.3	92.7	96.4
Cocaína	75.0	93.7	96.8
Drogas de síntesis	70.0	94.3	97.1
Heroína	100.0	100.0	100.0
Otros opiáceos	100.0	100.0	100.0
Alucinógenos	80.0	90.5	100.0
Anfetaminas	79.2	100.0	100.0
Tranquilizantes	81.9	95.2	98.2
Hipnóticos	45.6	82.4	83.8
Promedio general	77.4	82.3	89.0

Como vemos, todos acogen de buen grado estas tres actuaciones. No obstante, hay un menor grado de acuerdo con ellas entre los bebedores abusivos y los que toman hipnóticos. Del mismo modo, los consumidores de cocaína y de drogas de síntesis muestran un menor grado de acuerdo, con respecto al promedio general, con la administración controlada de metadona.

Los más favorables a estas actuaciones son, sobre todo, los que usan heroína y otros opiáceos, seguidos de los consumidores de inhalables y anfetaminas.

### 3. AYUDAS Y MEDIDAS EN LA LUCHA CONTRA LAS DROGAS

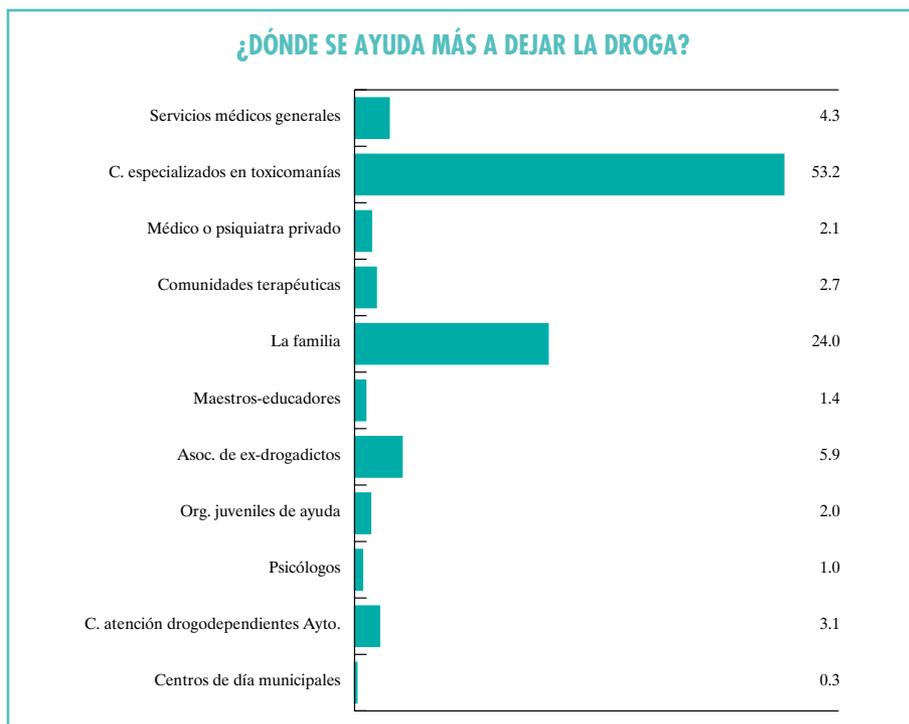
Parece importante conocer la opinión de la población valenciana (de 15 años en adelante) sobre las ayudas que consideran más eficaces para abandonar la droga (proyectadas hacia los individuos, las familias e instituciones y servicios básicos) y sobre las medidas generales que más demandan para luchar contra la droga (orientadas hacia actuaciones sociales y políticas más generales como la represión, la prevención, etc.).

Analicemos estas dos cuestiones por separado.

#### 3.1. Ayudas para abandonar la droga

El 9.1% de los entrevistados no respondieron a esta cuestión (NS/NC). Reha-ciendo los datos sin estos entrevistados, obtenemos los siguientes resultados:

<b>TABLA 4.7.</b>	
<b>¿DÓNDE SE AYUDA MÁS A DEJAR LA DROGA?</b>	
	%
Servicios médicos generales	4.3
Centros especializados en toxicomanías	53.2
Médico o psiquiatra privado	2.1
Comunidades terapéuticas	2.7
La familia	24.0
Maestros-educadores	1.4
Asociaciones de ex-drogadictos	5.9
Organizaciones juveniles de ayuda	2.0
Psicólogos	1.0
Centros de atención a drogodependientes de Ayuntamientos	3.1
Centros de día municipales	0.3
Total	100.0
Base	(1.818)



La población valenciana piensa que donde más se ayuda a dejar la droga es en los centros especializados en toxicomanías (53.2%), aunque una parte importante (24%) se decanta por la familia. El resto de opciones señaladas son minoritarias, destacando entre ellas las asociaciones de ex-drogadictos y en menor medida, los servicios médicos generales. Estas mismas respuestas las hemos encontrado en los estudios de Andalucía y Galicia en 1996.

Esta opinión general encuentra desviaciones importantes al desagregarse a los consumidores de distintas sustancias. La tabla 4.8. expresa este cruce.

Los consumidores de inhalables, heroína y otros opiáceos centran sus respuestas en los centros especializados en toxicomanías y en las comunidades terapéuticas, ignorando por completo a instituciones tan significativas como la familia.

De un modo similar se pronuncian los usuarios de alucinógenos y de anfetaminas, quienes responden mayoritariamente que donde más se ayuda a dejar la droga es en los centros especializados y en las comunidades terapéuticas, pero



sin olvidar a la familia o a las asociaciones de ex-drogadictos en el caso de los usuarios de alucinógenos.

Un grupo distinto estaría formado por los que toman cannabis, cocaína y drogas de síntesis: éstos, como todos, señalan de manera mayoritaria a los centros especializados, pero dan más importancia a la familia que a las comunidades terapéuticas; incluso destacan en el mismo nivel a las asociaciones de ex-drogadictos.

También los bebedores abusivos mencionan en primer lugar los centros especializados, por delante de la familia y las organizaciones juveniles de ayuda; detrás sitúan a las comunidades terapéuticas y las asociaciones de ex-drogadictos.

Algunos niveles de significación de las variables dependientes en este cruce son los siguientes: bebedores abusivos,  $P < .00001$ ; inhalables,  $P < .05107$ ; cannabis,  $P < .00594$ ; heroína,  $P < .08804$ ; otros opiáceos,  $P < .01056$ ; alucinógenos,  $P < .00076$ .

Las distintas variables de clasificación, por su parte, dibujan los perfiles de quienes en mayor proporción señalan las tres instituciones más prevalentes en la ayuda para abandonar el uso de drogas (centros especializados en toxicomanías, la familia y las asociaciones de ex-drogadictos).

**TABLA 4.9.**  
**PROPORCIONES DE ENTREVISTADOS**  
**QUE SEÑALAN LAS TRES INSTITUCIONES PREVALENTES PARA DEJAR EL USO DE DROGAS,**  
**SEGÚN DISTINTAS VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

VARIABLES	Centros especializados		La familia		Asociaciones ex-drogadictos	
Provincia			Castellón	31.8		
Zona	Alzira-Gandía	62.0	Castellón-Vinaroz	29.9	Valencia-Torrente	9.6
Hábitat			10.001-50.000 hab.	28.4	100.001-250.000 hab.	9.3
Edad	19-24 años	59.3	45 años y más	31.6	15-18 años	8.3
	35-44 años	59.5				
Rol familiar	Hijo emancipado	62.5	Cabeza de familia	28.7	Hijo no emancipado	8.3
			Cónyuge	27.0		
Ocupación	Prof.-Funcionarios	61.9	Empresarios	32.5	Estudiantes	9.9
			Amas de casa	29.3		
			Jubilados	37.1		
Clase social	Media	56.8			Media-baja	9.7
Promedio	53.2		24.0		6.0	

Se mencionan en mayor proporción los centros especializados por los que tienen entre 19 y 24 años y 35 y 45 años, los hijos emancipados, los profesionales, funcionarios y los que se consideran de clase media.

Los de edades más avanzadas (45 años y más), cabezas de familia, cónyuges, amas de casa, jubilados y empresarios señalan en mayor proporción a la familia.

Por su parte, los que más indican las asociaciones de ex-drogadictos son los jóvenes de 15 a 18 años, los hijos no emancipados y los estudiantes.

Para todas las variables, excepto la edad ( $P < .00003$ ), los niveles de significación presentan una  $P < .00001$ .

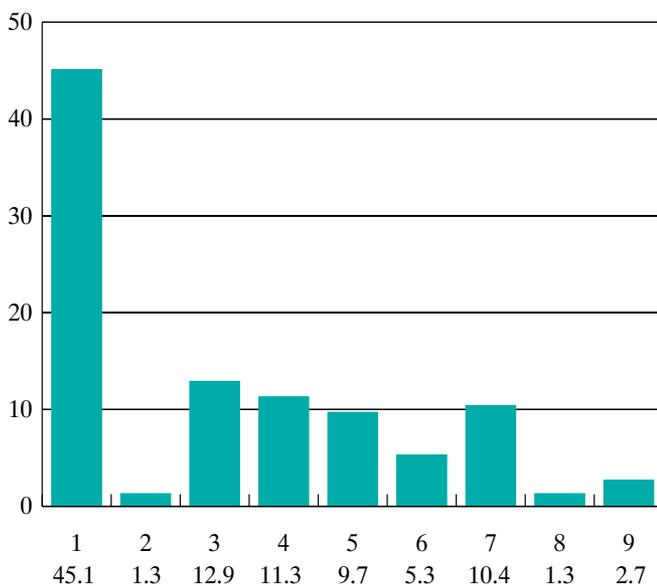
### 3.2. Medidas para luchar contra las drogas

Desde un punto de vista más general, preguntamos a los entrevistados sobre las medidas más eficaces para luchar contra la droga. El 6.1% no respondió a la pregunta (NS/NC) y tomando como base 100 al resto de consultados, obtuvimos los siguientes resultados:

**TABLA 4.10.**  
**MEDIDAS MÁS EFICACES PARA LUCHAR CONTRA LA DROGA**

MEDIDAS	%
Represión de los traficantes	45.1
Represión de los consumidores	1.3
Campañas de información sobre sus consecuencias	12.9
Despenalización de las drogas	11.3
Mejora de las condiciones de vida (trabajo, ocio, etc.)	9.7
Crear estímulos y motivar a la gente	5.3
Educación sobre las drogas en las escuelas	10.4
Más centros de asistencia y tratamiento	1.3
Programas de orientación y asistencia familiar	2.7
Total	100.0
Base	(1.878)

### MEDIDAS MÁS EFICACES PARA LUCHAR CONTRA LA DROGA



1. Represión de los traficantes
2. Represión de los consumidores
3. Campañas de información sobre sus consecuencias
4. Despenalización de las drogas
5. Mejora de las condiciones de vida (trabajo, ocio, etc.)
6. Crear estímulos y motivar a la gente
7. Educación sobre drogas en las escuelas
8. Más centros de asistencia y tratamiento
9. Programas de orientación y asistencia familiar

La represión del tráfico de drogas es la medida más demandada (45.1%) por la población valenciana de 15 años en adelante. Otras cuatro medidas —campañas de información sobre las consecuencias del uso de drogas (12.9%), la despenalización de las drogas (11.3%), la educación sobre las drogas en las escuelas (10.4%) y la mejora de las condiciones de vida (9.7%)— se sitúan en un segundo escalón. El resto son minoritarias, aunque entre ellas destaca el crear estímulos y motivar a la gente (5.3%).

A continuación cruzamos esta variable con los consumidores excesivos de alcohol y con los usuarios de las distintas drogas ilegales y de otros opiáceos (psicofármacos utilizados básicamente por drogodependientes).

Por los resultados de la tabla 4.11. comprobamos que la represión del tráfico de drogas —mayoritariamente demandada por la población— no está muy



secundada por los bebedores excesivos de alcohol y los usuarios de drogas ilegales. Los centros de atención y tratamiento, así como las campañas de información son demandadas principalmente, por los usuarios de heroína y otros opiáceos.

Por su parte, la mejora de las condiciones de vida es una medida que piden sobre todo los que toman alucinógenos y anfetaminas, pero también por los que consumen cocaína, cannabis y los bebedores abusivos. Éstos, junto a los usuarios de anfetaminas, demandan en altas proporciones la creación de estímulos y la motivación de la gente. También los bebedores abusivos junto a los que usan inhalables demandan en mayor medida la educación sobre las drogas en las escuelas.

Respecto a los niveles de significación, casi todos tienen una  $P < .00001$ . Las excepciones son: los usuarios de inhalables ( $P < .02067$ ), de alucinógenos ( $P < .00006$ ) y de tranquilizantes ( $P < .00088$ ).

Por lo tanto, las demandas en este sentido siguen dos vías distintas: por un lado, las peticiones de la población general, básicamente persiguiendo el tráfico de drogas, sin olvidar otras actuaciones como las campañas de información o la educación sobre las drogas en las escuelas; por otro, las demandas de los usuarios de drogas: campañas de información y potenciar la creación de centros de asistencia y tratamiento, así como la mejora de las condiciones de vida y la motivación de las personas, o las medidas de liberalización.

En las variables de clasificación tan sólo hemos encontrado diferencias significativas en las tres medidas más reclamadas por la población en general. La tabla 4.12. expresa estas diferencias.

La represión de los traficantes es una medida especialmente apoyada por las personas de edades avanzadas que, desempeñan un rol familiar de cabeza de familia o cónyuge, tienen bajo nivel cultural y son principalmente amas de casa o jubilados.

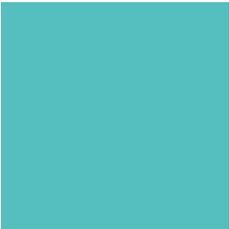
Por su parte, medidas más liberales como la despenalización de las drogas o las campañas de información sobre las consecuencias de su consumo, son más demandadas por personas jóvenes, hijos emancipados o no, universitarios (en el caso de despenalización de las drogas) y por profesionales, funcionarios y estudiantes; la diferencia radica en que las campañas de información son más

demandadas por las mujeres que por los hombres, mientras que ocurre lo contrario con la despenalización de las drogas.

Los niveles de significación de estas variables tienen una  $P < .00001$ , excepto en el sexo, aunque también es un nivel de significación bastante alto ( $P < .00022$ ).

**TABLA 4.12.**  
**MEDIDAS PREVALENTES PARA LUCHAR CONTRA LA DROGA,**  
**SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

VARIABLES	Represión traficantes		Campañas de información		Despenalización de las drogas	
Provincia			Alicante	16.7		
Zona	Valencia-Paterna	61.2	Alicante-Denia	17.1	Valencia-Torrente	15.2
			Elche-Orihuela	16.6	Alicante-Denia	16.0
Hábitat	Hasta 10.000 hab.	53.0	50.001-100.000 hab.	23.9		
			100.001-250.000 hab.	20.8		
Sexo			Mujer	15.3	Hombres	14.7
Edad	45 años y más	56.3	15-18 años	19.0	19-24 años	17.6
Rol familiar	Cabeza de familia	53.4	Hijos no emanc.	17.6	Hijos no emanc.	15.6
	Cónyuge	49.5	Hijos emancipados	18.0	Hijos emancipados	16.9
Estudios	Sin estudios	64.8			Universitarios	16.8
	EGB	52.4				
Ocupación	Amas de casa	57.9	Prof.-funcionarios	18.4	Prof.-funcionarios	18.8
	Jubilados	64.2	Estudiantes	17.7	Estudiantes	15.9
Promedio		45.1		12.9		11.3



# CAPÍTULO CINCO

## Conocimiento y valoración del Plan Autonómico sobre Drogodependencias y de las actuaciones de los Ayuntamientos

Dedicamos los dos últimos capítulos de este estudio a detectar el grado de conocimiento que la población tiene de diversos planes de actuación contra las drogas, que se están llevando a cabo en la Comunidad Valenciana.

En el presente capítulo estudiaremos este conocimiento sobre el Plan Autonómico sobre Drogodependencias de la Comunidad Valenciana y sobre los Planes Municipales que desarrollan diversos Ayuntamientos. A su vez, pedimos a los que conocen estos planes, que los valoren desde la acción que realizan. Por supuesto, siguiendo la línea de los últimos capítulos, distinguiremos entre los resultados de la población en general y los de los consumidores de distintas drogas, pues las actitudes e implicación de unos y otros no son las mismas ante estas cuestiones.

Veremos, pues, ahora las siguientes materias: Conocimiento y valoración del Plan Autonómico sobre Drogodependencias. Conocimiento y valoración de los Planes Municipales de diversos Ayuntamientos.

### 1. CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS

#### 1.1. Conocimiento

Un 17.7% de la población de 15 años en adelante indica tener conocimiento de la existencia del Plan Autonómico sobre Drogodependencias de la Comunidad Valenciana. El 80.2% dice no conocerlo y un 2.1% no responde a la pregunta.

Para establecer las oportunas comparaciones con las variables de clasificación y las drogas de uso, vamos a ignorar a los que no se pronuncian en esta pregunta, rehaciendo los datos en base 100 con los que sí responden, resultando los siguientes porcentajes generales:

- No conocen el Plan Autonómico sobre Drogodependencias, 81.9%;
- Sí lo conocen, el 18.1%.

Considerando estos últimos datos, según las distintas variables de clasificación, en la siguiente tabla se expresan los grupos que en mayor medida conocen y desconocen este Plan sobre Drogodependencias:

**TABLA 5.1.**  
**CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DEL PLAN AUTONÓMICO**  
**SOBRE DROGODEPENDENCIAS, SEGÚN DISTINTAS VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

VARIABLES		Mayor conocimiento	Menor conocimiento
Hábitat	Más de 250.000 hab.	23.5	De 10.001 a 50.000 hab. 87.9
Edad	35-44 años	24.3	15-18 años 86.1
Rol familiar	Hijo no emancipado	34.1	
	Cabeza de familia	29.1	
Nivel de estudios	Medios y universitarios	30.9	Sin estudios 88.8
Ocupación	Profesionales-funcionarios	31.9	Empresarios 86.0
			Estudiantes 86.1
			Jubilados 89.3
Clase social	Media-alta	24.4	
	Media-media	23.1	
Promedio		18.1	81.9

Entre los de edades de 35 a 44 años, los hijos emancipados y los cabezas de familia, los que tienen estudios medios o universitarios y los profesionales y funcionarios hay un mayor grado de conocimiento de este Plan sobre Drogodependencias; entre las clases sociales destacan los que se consideran en la minoritaria clase media-alta y la amplia clase media-media.

Por el contrario, muestran un menor grado de conocimiento los jóvenes de 15 a 18 años, los que residen en ciudades pequeñas, empresarios, estudiantes y jubilados, así como los de bajo nivel educativo.

Los gráficos recogen los datos de las variables más significativas (hábitat, edad y estudios).

Como vemos, en las poblaciones intermedias (especialmente en las de 10.001 a 50.000 habitantes) se conoce en menor medida la existencia del Plan Autonómico sobre Drogodependencias que en poblaciones más habitadas. Es más, a partir de los 50.001 habitantes, el grado de conocimiento crece con el hábitat.

En cuanto a la variable edad, detectamos un incremento lineal del conocimiento de este Plan, desde los 15 hasta los 44 años, aunque decrece entre las personas de más avanzada edad (45 años y más).

Del mismo modo, a medida que el nivel de estudios es más alto, aumenta la proporción de los que dicen que saben de la existencia del Plan Autonómico sobre Drogodependencias.

Los niveles de significación de las variables de clasificación consideradas son muy altos, con una  $P < .00001$ .

Quienes muestran los mayores grados de conocimiento de este Plan, son los consumidores de las distintas drogas ilegales, como se ve en la tabla 5.2.

**TABLA 5.2.**  
**PROPORCIÓN DE LOS QUE CONOCEN EL PLAN AUTONÓMICO**  
**SOBRE DROGODEPENDENCIAS, ENTRE LOS QUE CONSUMIERON EN EL ÚLTIMO AÑO**  
**LAS SIGUIENTES DROGAS ILEGALES**

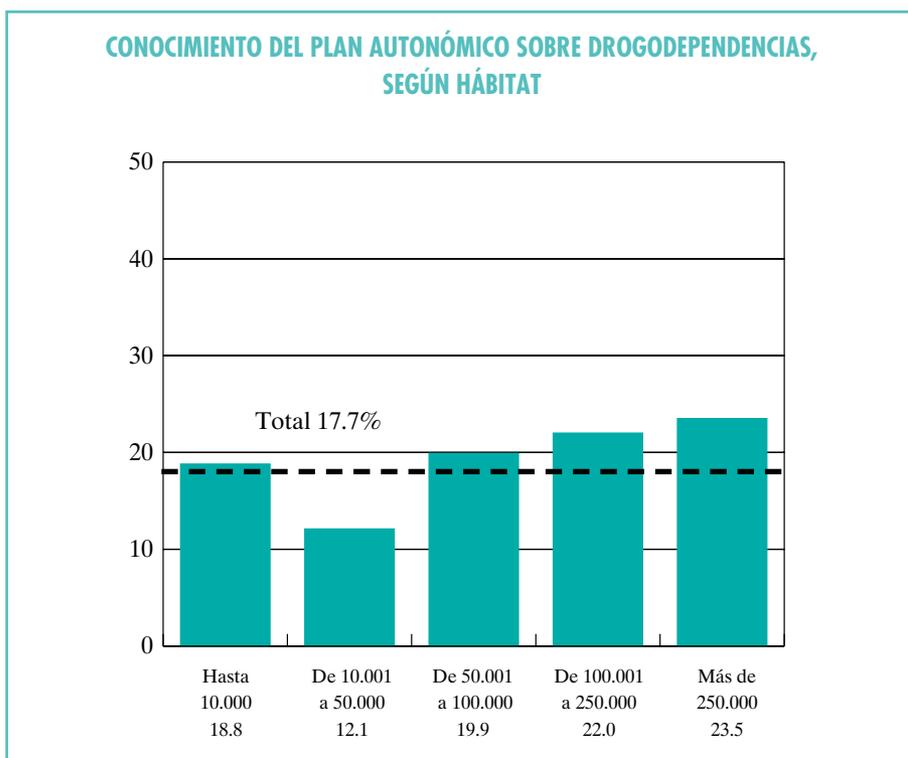
DROGAS DE USO	%
Inhalables	66.7
Cannabis	26.5
Cocaína	34.9
Drogas de síntesis	22.2
Heroína	57.1
Otros opiáceos*	58.3
Alucinógenos	27.3
Anfetaminas	30.8
Promedio general	18.1

\* Aunque los “otros opiáceos” pertenecen al grupo de los psicofármacos, los hemos considerado junto a las drogas ilegales —siguiendo la línea del estudio— por ser usados principalmente por los drogodependientes.

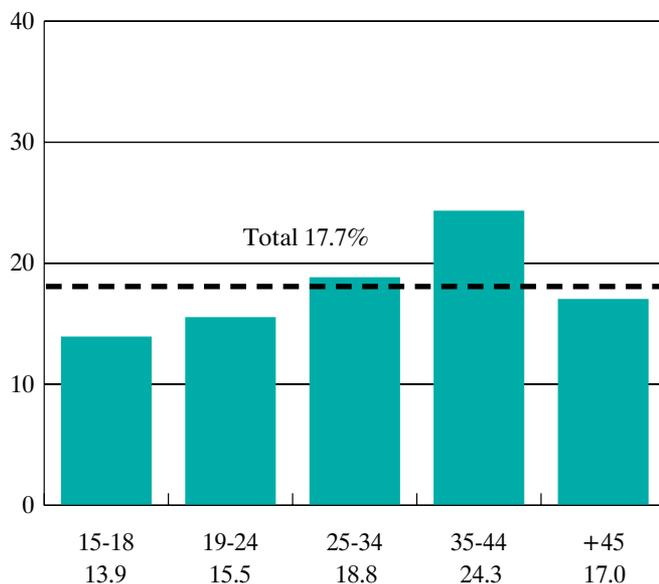
Por los resultados de la tabla 5.2 comprobamos que los usuarios de las distintas drogas tienen un conocimiento de este Plan superior, en todos los casos, al promedio general.

Este grado de conocimiento es mayor entre los que toman heroína, otros opiáceos e inhalables, mientras que es menor entre los usuarios de drogas de síntesis, de cannabis y de alucinógenos.

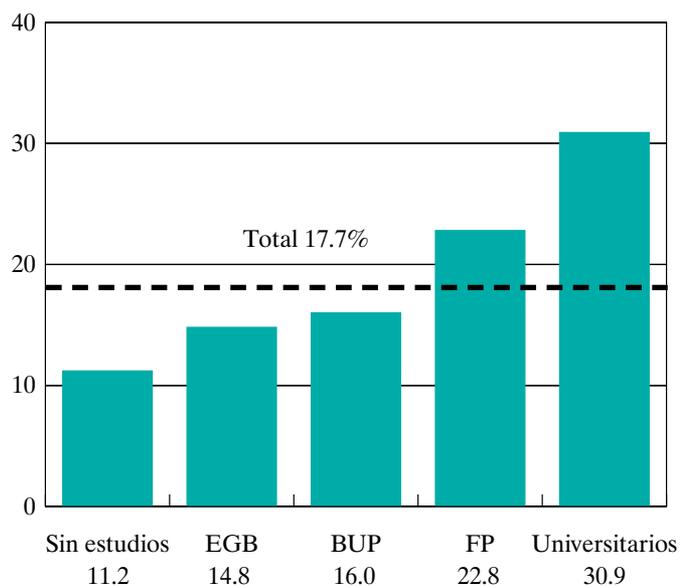
En este caso, los niveles de significación más altos aparecen en los consumidores de heroína ( $P < .00001$ ), de cocaína ( $P < .00002$ ), de anfetaminas ( $P < .00019$ ) y de otros opiáceos ( $P < .00033$ ); los más bajos, entre los usuarios de inhalables ( $P < .00767$ ) y de alucinógenos ( $P < .00686$ ).



### CONOCIMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS, SEGÚN EDAD



### CONOCIMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS, SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS



## 1.2. Valoración

Al 17.7% del total de entrevistados que dijeron conocer la existencia de este Plan sobre Drogodependencias, les pedimos que valoraran su actuación en una escala de 1 a 10. Agrupadas estas valoraciones en tres posiciones generales, obtuvimos los siguientes resultados:

	%
Valoración negativa (1 a 4)	15.8
Valoración positiva media (5 y 6)	38.1
Valoración positiva alta (7 a 10)	46.1
Total	100.0
Base	(289)
Puntuación global media	6.11

La valoración mayoritaria es bastante positiva (sólo un 15.8% considera su actuación de manera negativa) alcanzando en la escala de diez puntos una puntuación global media de 6.11.

Es todavía más alta esta estimación entre aquellos que en los últimos doce meses han consumido drogas ilegales (tabla 5.4.).

Sólo los que consumieron en el último año cannabis (5.77) y alucinógenos (5.40) y que dicen conocer la existencia del Plan Autonómico sobre Drogodependencias, valoran por debajo del promedio general (6.11) las acciones que realiza este Plan. El resto de consumidores de distintas drogas ilegales en el último año, lo valoran más positivamente, especialmente los que toman heroína (7.81), inhalables (7.91) y otros opiáceos (8.26).

Estas tendencias hablan por sí solas a favor del Plan sobre Drogodependencias, pues sus efectivos o potenciales destinatarios (los usuarios de drogas ilegales) no sólo tienen mayor conocimiento de este Plan, sino que también valoran más positivamente sus actuaciones.

Entre la población general, las valoraciones más altas se dan entre los siguientes grupos: los que residen en las zonas sanitarias de Alzira-Gandía (7.27) y de Valencia-Paterna (6.64); los que tienen entre 15 y 34 años (6.43); los que tienen EGB y estudios medios-superiores (6.58) y los estudiantes (6.69), amas de casa (6.52) y profesionales y funcionarios (6.9).

**TABLA 5.4.**  
**VALORACIÓN DE LA ACCIÓN REALIZADA POR EL PLAN AUTONÓMICO**  
**SOBRE DROGODEPENDENCIAS, SEGÚN LOS USUARIOS DE LAS DISTINTAS DROGAS**

DROGAS DE USO	VALORACIÓN MEDIA
Inhalables	7.91
Cannabis	5.77
Cocaína	6.35
Drogas de síntesis	6.52
Heroína	7.81
Otros opiáceos	8.26
Alucinógenos	5.40
Anfetaminas	6.25
Promedio general	6.11

## 2. CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LOS PLANES MUNICIPALES

### 2.1. Conocimiento

Un 13% de la población indica tener conocimiento de las respuestas dadas por su Ayuntamiento ante el problema de las drogas, a través de los Planes Municipales. El 84.3% las desconoce y un 2.7% no sabe o no contesta a la pregunta. Omitiendo a estos últimos y tomando al resto como base 100, obtenemos que:

- el 86.7% no tiene conocimiento de los Planes Municipales
- y el 13.3% sí los conoce.

Al igual que hemos hecho en el apartado anterior vamos a comparar estos resultados generales con las diferentes variables de clasificación y las distintas drogas de uso, comenzando por aquéllas.

**TABLA 5.5.**  
**MAYOR Y MENOR GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS PLANES MUNICIPALES,**  
**SEGÚN DISTINTAS VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

VARIABLES	Mayor conocimiento		Menor conocimiento	
Provincia			Castellón	92.5
Zona	Valencia-Torrente	19.7	Castellón-Vinaroz Alzira-Gandía	91.3 91.2
Hábitat	Más de 250.000 hab.	20.1	Hasta 10.000 hab.	92.4
Rol familiar	Hijo emancipado	28.2		
Nivel de estudios	Medios y universitarios	24.4	Sin estudios	92.5
Ocupación	Profesionales-funcionarios	25.7	Empresarios	90.6
Promedio		13.3		86.7

Los grupos que tienen un mayor grado de conocimiento de estos Planes Municipales son: los que residen en grandes ciudades, los hijos emancipados, los que tienen estudios medios o universitarios y los profesionales y funcionarios. En cambio, son menos conocidos entre los residentes en poblaciones que no pasan de los 10.000 habitantes, los que no tienen estudios y los empresarios.

En estas variables los niveles de significación más altos pertenecen al hábitat, al nivel de estudios y a la ocupación ( $P < .00001$ ), siendo también altos los del resto: rol familiar ( $P < .00004$ ), zona ( $P < .00006$ ) y provincia ( $P < .00532$ ).

Respecto a los que consumieron en el último año algún tipo de drogas ilegales (incluidos los “otros opiáceos”), ocurre lo mismo que en el apartado anterior: muestran un grado de conocimiento de estos planes claramente superior al promedio general de la población valenciana. Así se demuestra en la tabla 5.6.

Este grado de conocimiento, al igual que sucedía con el Plan Autonómico sobre Drogodependencias, es especialmente alto entre los usuarios de heroína, de otros opiáceos y de inhalables; es más bajo, pero siempre por encima del promedio general, entre los que toman cannabis, drogas de síntesis y anfetaminas.

Los niveles de significación más altos los encontramos en los usuarios de heroína y de otros opiáceos, con una  $P < .00001$  y en los que consumen cocaína, con una  $P < .00002$ . Los consumidores de cannabis presentan el más bajo nivel de significación ( $P < .01559$ ).

**TABLA 5.6.**  
**PROPORCIÓN DE LOS QUE CONOCEN LOS PLANES MUNICIPALES,**  
**ENTRE LOS QUE USARON EN EL ÚLTIMO AÑO ALGÚN TIPO DE DROGAS ILEGALES**

DROGAS DE USO	VALORACIÓN MEDIA
Inhalables	66.7
Cannabis	19.5
Cocaína	23.8
Drogas de síntesis	20.6
Heroína	57.1
Otros opiáceos	58.3
Alucinógenos	22.7
Anfetaminas	20.8
Promedio general	13.3

## 2.2. Valoración

También pedimos a los que conocen los Planes Municipales que los valoraran de 1 a 10 en función de sus actuaciones. La siguiente tabla expresa esta valoración:

**TABLA 5.7.**  
**VALORACIÓN DE LAS ACTUACIONES LLEVADAS A CABO**  
**POR LOS PLANES MUNICIPALES**

	%
Valoración negativa (1 a 4)	22.8
Valoración positiva media (5 y 6)	39.9
Valoración positiva alta (7 a 10)	37.3
Total	100.0
Base	(209)
Puntuación global media	5.72

También aquí la valoración predominante es positiva, aunque menos alta que en lo concerniente al Plan Autonómico sobre Drogodependencias. En la escala de 10 puntos, la puntuación media resultante es de 5.72.

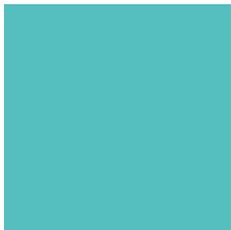
Veamos cómo se valoran estos Planes Municipales entre los consumidores de distintas drogas ilegales (en el último año) que dicen conocerlos.

**TABLA 5.8.**  
**VALORACIÓN DE LAS ACTUACIONES LLEVADAS A CABO**  
**POR LOS PLANES MUNICIPALES, SEGÚN LOS USUARIOS DE LAS DISTINTAS DROGAS**

DROGAS DE USO	VALORACIÓN MEDIA
Inhalables	8.40
Cannabis	5.20
Cocaína	6.61
Drogas de síntesis	6.31
Heroína	8.60
Otros opiáceos	8.88
Alucinógenos	4.82
Anfetaminas	5.95
Promedio general	5.72

A excepción de los usuarios de cannabis (5.20) y de alucinógenos (4.82) que previamente dijeron conocer los Planes Municipales, el resto de usuarios de distintas drogas ilegales valoran sus actuaciones por encima del promedio general de la población valenciana. Los que más positivamente lo valoran son los consumidores de inhalables (8.40), de heroína (8.60) y de otros opiáceos (8.88).

Las valoraciones más altas entre la población general se dan entre: los que viven en la provincia de Castellón (7.17), en poblaciones de hasta 10.000 habitantes (6.23) y de 100.001 a 250.000 (6.59); entre los de estudios bajos y medios (6.94), los parados (6.93), los trabajadores (6.27), las amas de casa (6.18), los profesionales y funcionarios (6.12).



# CAPÍTULO SEIS

## Conocimiento de diversas actuaciones ante las drogas en la Comunidad Valenciana

Dedicamos el capítulo anterior a captar el conocimiento y valoración que la población valenciana de 15 años en adelante tiene de los Planes Municipales y Autonómico sobre Drogodependencias.

En el capítulo actual avanzamos un paso más, estudiando el conocimiento que esa población tiene de actuaciones más generales en la lucha contra las drogas, como la prevención, formación, información, atención y asistencia a drogodependientes, realizadas en la Comunidad Valenciana.

Siguiendo la línea marcada a lo largo del estudio, consideraremos los grupos que en mayor medida conocen estas actuaciones y el grado de conocimiento que presentan los más afectados: los usuarios habituales de drogas ilegales.

### 1. CONOCIMIENTO DE DIVERSAS ACTUACIONES ANTE LAS DROGAS

Sobre el total de la población de 15 años en adelante, el grado de conocimiento que se tiene de cada una de las diversas actuaciones ante las drogas en la Comunidad Valenciana es el que se resume en la tabla 6.1.

A mayor amplitud de los medios empleados (publicaciones, folletos, campañas de concienciación, etc.), más extenso es el grado de conocimiento de la actuación; por el contrario, cuanto más definido sea el campo de actuación (asocia-

ciones de padres, vecinos, empresas, etc.), el conocimiento cuantitativo es menor, aunque pueda ser mayor la rentabilidad cualitativa.

**TABLA 6.1.**  
**¿CONOCE O HA OÍDO HABLAR DE ALGUNA**  
**DE LAS SIGUIENTES ACTUACIONES CONTRA LA DROGA?**

ACTUACIONES	CONOCEN	NO CONOCEN	TOTAL	BASE*
Actuaciones generales para prevenir el uso de drogas	67.5	32.5	100.0	(1.905)
Actuaciones de formación e información sobre las drogas	34.5	65.5	100.0	(1.871)
Centros municipales de atención de drogodependientes	40.2	59.8	100.0	(1.875)
Centros de prevención y asistencia a problemas de alcoholismo	48.2	51.8	100.0	(1.875)
Actividades inespecíficas con asociaciones de padres, vecinos, empresas, etc.	20.7	79.3	100.0	(1.847)

\* Las bases no llegan a las 2.000 entrevistas porque se ignoran a los que NS/NC.

En la tabla 6.2 podemos ver aquellos grupos de población que, en mayor medida, conocen las distintas actuaciones contra la droga. Estos grupos son, principalmente, los siguientes: los que residen en la zona de Valencia-Torrent; los que viven en ciudades grandes, especialmente con más de 250.000 habitantes; los que tienen entre 35 y 44 años; los hijos emancipados; los que tienen estudios secundarios (BUP o FP) y, sobre todo, los que tienen estudios universitarios; los profesionales y funcionarios, y en menor medida, los parados y estudiantes.

Los niveles de significación que hemos encontrado en estas variables son bastante altos, destacando en las variables de ocupación y nivel de estudios, cruzadas con todas las actuaciones consideradas, una  $P < .00001$ . Lo mismo ocurre con el hábitat al cruzarla con todas las actuaciones consideradas, excepto la de prevención del uso de drogas.

Los niveles menos significativos, pero altos en cualquier caso, se detectan al cruzar la variable “rol familiar” con las actividades inespecíficas ( $P < .02771$ ),

**TABLA 6.2.**  
**GRUPOS QUE EN MAYOR PROPORCIÓN CONOCEN O HAN OÍDO HABLAR DE DISTINTAS ACTUACIONES CONTRA LA DROGA,**  
**SEGÚN VARIABLES DE CLASIFICACIÓN**

VARIABLES	Prevención del uso de drogas	Formación e información sobre drogas	Centros de atención a drogodependientes	Prevención y asistencia a alcohólicos	Actividades inespecíficas
<b>Zona</b>	Valencia-Paterna Alzira-Gandía	Valencia-Torrente	Valencia-Torrente	Valencia-Torrente	Valencia-Torrente
<b>Hábitat</b>	Más de 250.000 hab.	100.001-250.000 hab. Más de 250.000 hab.	50.001-100.000 hab. 100.001-250.000 hab. Más de 250.000 hab.	50.001-100.000 hab. 100.001-250.000 hab. Más de 250.000 hab.	50.001-100.000 hab. Más de 250.000 hab.
<b>Edad</b>	15-18 años 19-24 años 35-44 años	25-34 años 35-44 años	19-24 años	35-44 años	35-44 años
<b>Rol familiar</b>	Hijo no emancipado Hijo emancipado	Hijo emancipado	Hijo emancipado	Hijo emancipado	Hijo emancipado
<b>Nivel de estudios</b>	BUP Universitarios	FP Universitarios	BUP Universitarios	BUP FP Universitarios	BUP Universitarios
<b>Ocupación</b>	Empresarios Estudiantes	Prof.-Funcionarios Estudiantes	Prof.-Funcionarios Parados	Prof.-Funcionarios Parados	Prof.-Funcionarios Trabajadores
<b>Promedio</b>	67.5	34.5	40.2	78.2	20.7

con la formación e información sobre drogas ( $P < .02783$ ) y con la prevención del uso de drogas ( $P < .03540$ ).

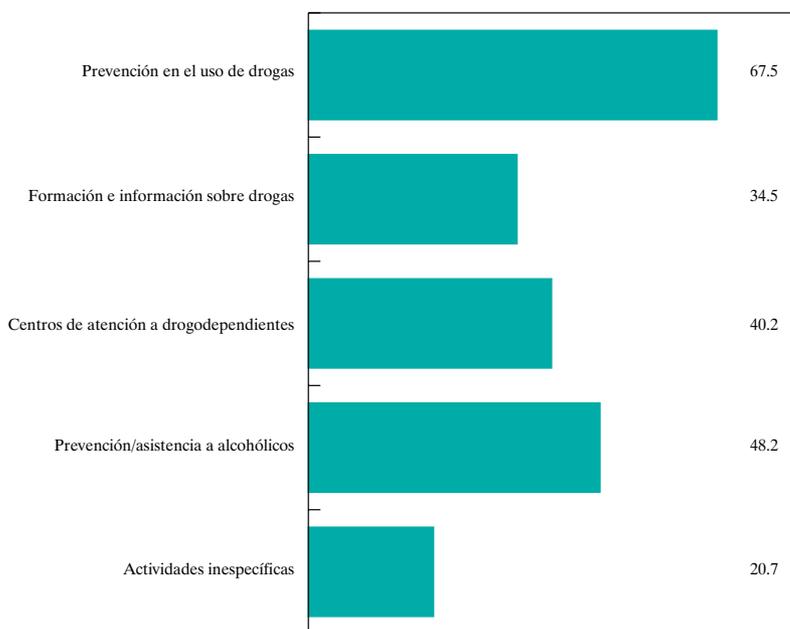
Por último, los bebedores de alcohol (en el día anterior a la entrevista) y los consumidores de las diferentes drogas ilegales y psicofármacos (en los últimos doce meses) muestran los siguientes grados de conocimiento de las cinco actuaciones consideradas:

**TABLA 6.3**  
**PROPORCIÓN DE LOS QUE CONOCEN O HAN OÍDO HABLAR**  
**DE LAS DISTINTAS ACTUACIONES CONTRA LA DROGA,**  
**SOBRE EL TOTAL DE LOS USUARIOS DE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS**

DROGAS DE USO	Prevención del uso de drogas	Formación e información sobre drogas	Centros de atención a drogodependientes	Prevención y asistencia a alcohólicos	Actividades inespecíficas
Bebedores ligeros y moderados	70.3	34.4	40.5	48.7	21.8
Bebedores abusivos	63.3	36.9	52.0	63.3	35.7
Inhalables	100.0	16.7	66.7	33.3	0.0
Cannabis	72.0	44.2	58.2	62.4	25.0
Cocaína	71.0	41.3	65.1	69.8	31.1
Drogas de síntesis	74.3	36.1	41.7	52.8	20.6
Heroína	84.6	0.0	69.2	30.8	7.1
Morfínicos y otros opiáceos	83.3	0.0	63.6	25.0	0.0
Alucinógenos	81.8	45.5	42.9	52.4	38.1
Anfetaminas	84.0	42.3	42.3	53.8	40.0
Tranquilizantes	75.2	39.6	42.2	62.7	25.7
Hipnóticos	70.3	38.4	31.5	47.1	20.0
Promedio general	67.5	34.5	40.2	48.2	20.7

Como hemos venido haciendo a lo largo del estudio, advertimos que, farmacológicamente, los morfínicos y otros opiáceos forman parte del mismo grupo que los tranquilizantes e hipnóticos (psicofármacos) pero, a diferencia de éstos, su uso lo hacen fundamentalmente drogodependientes.

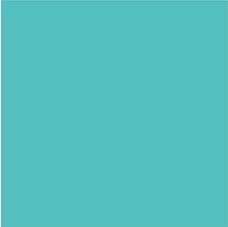
### PORCENTAJE DE LOS QUE CONOCEN O HAN OÍDO HABLAR DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTUACIONES CONTRA LA DROGA



Por lo general, los consumidores de estas sustancias tienen un grado de conocimiento de estas actuaciones superior al promedio general. Esto es más destacable entre los usuarios de anfetaminas, de alucinógenos, de cocaína y, en menor medida, entre los usuarios de cannabis y los bebedores abusivos.

Destaca el hecho de que los consumidores de inhalables, de heroína y de otros opiáceos tienen un alto conocimiento de las actuaciones generales de prevención del uso de drogas y de los centros de atención a drogodependientes; en cambio, muy pocos de ellos conocen o han oído hablar de los centros de prevención y asistencia a alcohólicos y presentan un conocimiento casi nulo de las actuaciones de formación e información sobre las drogas y de las actividades inespecíficas con distintas asociaciones. Los que mayor conocimiento tienen de los centros de prevención y asistencia en problemas de alcoholismo son los bebedores abusivos y los usuarios de cocaína.





## PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del conjunto de resultados y conclusiones, vistos a lo largo de los distintos capítulos del informe, cabe destacar, a modo de resumen general, lo siguiente:

En lo que se refiere a la **presencia y proximidad** de las drogas entre la población de la Comunidad Valenciana cabe concluir que es bastante alta: un 89.5% señalan nombres de drogas, con una media de 3.4 nombres por persona; de ellos un 86.3% son nombres de drogas ilegales. El 56% de la población de referencia conoce a alguien que consume drogas, de ellos un 28% en ámbitos cercanos (familia, amigos, compañeros). Finalmente, un 78.6% creen que es fácil o muy fácil el poder encontrar y obtener drogas.

Respecto a la **información sobre la peligrosidad de las drogas**, podemos concluir que la mitad de la población de la Comunidad Valenciana se siente informada sobre la peligrosidad y los efectos de las drogas, mientras que la otra mitad indica que no lo está o que lo está de forma insuficiente.

Este mayor déficit de información se da en unos sectores de la población hacia los que habría que orientar ciertas actuaciones informativas, especialmente entre los más jóvenes, los de bajo nivel educativo, en las poblaciones rurales o urbanas pequeñas. Y de un modo muy especial hacia los actuales consumidores de drogas.

Las razones principales por las que la población cree que las drogas son peligrosas se articulan en torno a seis conceptos básicos, ordenados del siguiente

modo: salud, adicción, problemas, delito, adulteración y dinero. Conceptos, sin duda, de gran importancia para la comunicación de prevención y disuasión ante las drogas.

En lo relativo a los **consumos y prevalencias** de las distintas drogas consideradas en la encuesta, los resultados obtenidos son los siguientes:

<b>DROGAS ILEGALES Y PSICOFÁRMACOS</b>			
<b>DROGAS</b>	<b>ALGUNA VEZ</b>	<b>ÚLTIMOS 12 MESES</b>	<b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b>
Inhalables	0.7	0.3	0.1
Cannabis	19.3	8.3	6.2
Cocaína	6.0	3.2	2.3
Drogas de síntesis	3.7	1.8	1.3
Heroína	1.1	0.7	0.5
Morfínicos y otros opiáceos	0.8	0.6	0.5
Alucinógenos	3.8	1.1	0.6
Anfetaminas	4.5	1.3	1.0
Tranquilizantes	12.3	5.7	4.0
Hipnóticos	5.0	3.9	3.4
Analgésicos comunes	81.1	54.9	36.3

<b>ALCOHOL Y TABACO</b>		
	<b>ÚLTIMO MES</b>	<b>EN EL DÍA ANTERIOR</b>
Alcohol	56.4	31.2
	<b>ALGUNA VEZ</b>	<b>ACTUALMENTE</b>
Tabaco	58.1	41.6

De las prevalencias recogidas en los dos cuadros podemos ver que las sustancias cuyo uso está más extendido entre la población de la Comunidad Valenciana, aparte de los analgésicos comunes, son el tabaco, el alcohol, la cannabis

y los tranquilizantes. En una posición intermedia están la cocaína, los hipnóticos, las anfetaminas, los alucinógenos y las drogas de síntesis. Y ya en un uso muy minoritario encontramos la heroína, los morfínicos y otros opiáceos y los inhalables.

**Los consumos abusivos y frecuentes o habituales:** Si tenemos en cuenta los consumos abusivos en el tabaco (diario) y en el alcohol (más de 75 ml.), y en las demás drogas el uso frecuente o habitual (de dos a seis veces por semana y diariamente) los consumos potencialmente problemáticos serían los siguientes:

DROGAS	FRECUENTE O HABITUAL
Inhalables	0.0
Cannabis	2.2
Cocaína	0.2
Drogas de síntesis	0.3
Heroína	0.2
Morfínicos y otros opiáceos	0.2
Alucinógenos	0.0
Anfetaminas	0.3
Tranquilizantes	2.8
Hipnóticos	1.9
Analgésicos comunes	6.3
<b>TABACO</b>	<b>FUMADORES</b>
Diarios	35.0
Diarios y de 10 cigarrillos en adelante	28.8
<b>ALCOHOL</b>	<b>BEBEDORES</b>
Abusivos	5.8
Abusivos y frecuentes	2.0

Estos consumos abusivos y frecuentes o habituales tienen una importancia epidemiológica y social diferente, tanto por la potencial problematicidad de sus consecuencias, como, en algunas sustancias, por la extensión de su consumo.

Quizás cabría destacar los consumos frecuentes o habituales de la cocaína, las drogas de síntesis, la heroína, los morfínicos y otros opiáceos y las anfetaminas, con prevalencias entre el 0.2 y el 0.3% y un alto policonsumo. Sobre todo por su mayor extensión, hay que mencionar los consumos frecuentes o habituales de cannabis; el uso diario, y por encima de los 10 cigarrillos, de tabaco; y el uso abusivo y frecuente del alcohol.

Sobre el uso múltiple de drogas o **policonsumo** hemos visto que se dan un amplio número de asociaciones en los usos de las diversas sustancias, pero que de todos ellos hay cuatro modelos básicos que explican el 56% del total de la varianza. Estos modelos son los siguientes:

1. El primer modelo sería el más importante, con una explicación de la varianza del 24.8%. Y sería básicamente el de los **estimulantes** (cocaína, drogas de síntesis y anfetaminas), a los que acompañarían los alucinógenos y la cannabis.
2. El siguiente modelo de policonsumo más importante sería el constituido por los **narcóticos** (heroína, morfínicos y otros opiáceos), a los que acompañarían los inhalables (12.3% de la explicación de la varianza).
3. El tercer modelo estaría formado por las **drogas legales** (tabaco y alcohol), con la presencia, en una parte de sus usuarios, de la cannabis (10.3% de la varianza).
4. Finalmente, el cuarto modelo importante, sería el de los **psicofármacos** (tranquilizantes e hipnóticos), acompañados de los analgésicos comunes (8.2% de la varianza).

La aparición como primer factor o modelo de policonsumo el de los **estimulantes** es un hecho reciente (PNSD-EDIS, 95; EDIS 96-b; FAD-EDIS, 96) y el presente de la Comunidad Valenciana), y señala la fuerte presencia actual de la cocaína y las drogas de síntesis, principalmente. Hasta hace muy poco el primer factor o modelo lo constituían los **narcóticos**, y que aún aparece en algunas Comunidades (Andalucía 96). El de las **drogas legales** y el de los **psicofármacos** están básicamente en la misma posición, alternándose en ocasiones en el factor 3º y 4º.

Lo que, dicho de otro modo, significaría que hay un consumo múltiple en ascenso nucleado por la cocaína y las drogas de síntesis y asociadas (alucinógenos y anfetaminas). Otro en cierto descenso, pero todavía muy importante, en torno a la heroína. Y que siguen muy arraigados los consumos de tabaco-alco-

hol y los de psicofármacos. Finalmente, hay que señalar que la cannabis está presente, por una parte, en el policonsumo de carácter asociado a los estimulantes, y, por otra, en el modelo de consumo relativo a drogas legales, generalmente en una población sin excesiva problematidad. Y lo mismo se puede decir del tabaco y el alcohol, que aunque mayoritariamente son usados por población normalizada (factor 3<sup>o</sup>) también son consumidos en los demás modelos, aunque su peso en estos factores sea mucho menor.

En lo que se refiere a las **tendencias o posible evolución** de los consumos, no es posible establecer unas comparaciones rigurosas, pues no hay otros estudios anteriores en la Comunidad Valenciana que permitan medir con cierta precisión cómo ha evolucionado cada sustancia en el tiempo, tan sólo uno realizado en 1991 en la ciudad de Valencia, el cual hemos ido citando a título ilustrativo. Pero la comparación estricta no es posible, ya que sólo representa a una parte de la población de la Comunidad y que, además, por ser un gran núcleo urbano, tiene unas prevalencias mayores a las de otras poblaciones.

En todo caso, por la evolución vista en otras Comunidades (Andalucía y Galicia) y algunos datos de encuestas nacionales, cabría señalar, sólo a título de hipótesis a confirmar en un posterior estudio, que las tendencias o posible evolución en la Comunidad Valenciana podrían ser las siguientes: las sustancias en tendencia de **disminución** serían el tabaco, el alcohol, la heroína y los morfínicos y otros opiáceos. En tendencia de **incremento** podrían encontrarse las drogas de síntesis, las anfetaminas y los alucinógenos, y en un consumo asociado la cocaína y la cannabis; esta expansión podría estar quizás alcanzando ya su techo. Finalmente, los psicofármacos, especialmente los tranquilizantes y los hipnóticos se encontrarían en un uso bastante **estabilizado**, aunque en períodos cortos de tiempo puedan experimentar oscilaciones de pequeñas disminuciones o incrementos.

No obstante, insistimos en que los consumos de cada sustancia y su posible evolución, hay que contemplarlos también desde la perspectiva de los policonsumos y sus distintos modelos vistos anteriormente.

De los **perfiles de los consumidores**, vistos con detalle en los capítulos 2, 3 y 4 (a los cuales, para mayor abundamiento, nos remitimos), cabe resaltar lo siguiente:

1. En cuanto al **hábitat** hay varias sustancias que son consumidas en todos los medios: rural, urbano medio y urbano grande; dichas sustancias son

el tabaco, el alcohol, y los tranquilizantes. Y otras drogas presentan unos consumos más asociados al medio urbano, especialmente al grande; éstas son la cannabis, la heroína (y otros opiáceos), la cocaína y las drogas de síntesis (y las anfetaminas y los alucinógenos).

2. Respecto al **sexo**, los hombres son los mayores consumidores de diversas drogas: tabaco, alcohol, cannabis, heroína, cocaína y drogas de síntesis. Las mujeres lo son más en los psicofármacos, aunque también hay que tener en cuenta las fumadoras diarias (un 26.3%) y las bebedoras abusivas un (4.7%), y que en edades jóvenes en ambas drogas alcanzan porcentajes elevados cercanos a los de los hombres, incluso en el grupo de 15 a 18 años las mujeres fuman a diario y beben abusivamente más que los hombres.
3. En lo relativo a la **edad**, observamos que el tabaco y el alcohol alcanzan consumos elevados en amplios segmentos de edad, entre los 15 y los 45 años, y especialmente entre los 25 y los 34 en el tabaco y los 19 y los 34 en el alcohol. Son de consumo básicamente juvenil la cannabis, las drogas de síntesis, la heroína y la cocaína, con un segmento de edades intermedias, 25 a 34 años, sobre todo en cannabis, heroína y cocaína. Los psicofármacos son usados principalmente por personas de edad madura y mayores.
4. Varias drogas son usadas por personas de todos los **niveles educativos**, así ocurre en el tabaco, el alcohol, las drogas de síntesis y los tranquilizantes. La cannabis y la cocaína la usan ciudadanos de un nivel educativo medio-alto, mientras que la heroína y otros opiáceos la consumen, principalmente, los de nivel medio-bajo, con un pequeño segmento de medios- superiores.
5. En lo que se refiere a la **ocupación** observamos que los parados tienen unas prevalencias en el consumo de todas las sustancias superiores a las tasas medias. Los empresarios y directivos y los profesionales tienen un consumo alto en el alcohol abusivo, la cocaína y los tranquilizantes. Los trabajadores, cualificados y no, sobresalen en el uso de tabaco, alcohol, cocaína, cannabis y drogas de síntesis. Los estudiantes en la cannabis y las drogas de síntesis. Y las amas de casa y los pensionistas en los psicofármacos.
6. El tabaco, el alcohol, la cannabis y las drogas de síntesis tienen su uso muy difundido en todas las **clases sociales** de la Comunidad Valenciana. La cannabis en todos los estratos de las clases medias. La cocaína en las

clases medias y la alta. La heroína en la clase baja y media-baja. Y los tranquilizantes en la clase baja y todos los estratos de las clases medias.

7. Según el **rol familiar** los hijos, no emancipados y sí emancipados, tienen unas prevalencias más altas en el tabaco, el alcohol abusivo, la cannabis, la cocaína, las drogas de síntesis y la heroína. Los cabezas de familia en el tabaco, el alcohol, la cocaína y los tranquilizantes. Y los cónyuges y los abuelos en los tranquilizantes y demás psicofármacos. Obviamente en esta variable resulta determinante el peso de la edad.
8. Todas las drogas se consumen en las tres **provincias** de la Comunidad Valenciana, pero en la de Valencia se alcanzan unas prevalencias más altas en el alcohol abusivo, la cannabis y los tranquilizantes. En Alicante también es más alta la tasa de bebedores abusivos.
9. En lo que se refiere al **tipo de población**, turística y no turística, tienen ambas unas prevalencias muy parecidas en el tabaco, las drogas de síntesis y los psicofármacos. En las turísticas es algo más alta la del alcohol abusivo, la cannabis, la cocaína y la heroína.
10. En lo que se refiere a las **zonas** la de Valencia-Torrente tiene unas prevalencias altas en todas las drogas. La de Valencia-Paterna sobresale en el tabaco, la heroína y los tranquilizantes. La de Alicante-Denia en el alcohol abusivo, la cannabis, la cocaína, la heroína y las drogas de síntesis. La de Alzira-Gandía en el tabaco, las drogas de síntesis y los tranquilizantes. Y la de Castellón-Vinaroz en la cocaína, la heroína y las drogas de síntesis.

Otras características asociadas al consumo de drogas serían las referidas a las motivaciones por las que las toman y a los factores de riesgo concurrentes. Pero dada la importancia cualitativa de estos aspectos, se les ha dedicado dos capítulos específicos a su análisis, el primero y el segundo de la Segunda Parte del informe, de los que cabe resaltar las siguientes conclusiones.

Sobre las **motivaciones** podemos ver que la mayoría de las razones por las que los consumidores de alcohol y de drogas toman estos productos, responden a la búsqueda de placer y diversión; así lo mencionan el 65.3% de estos consumidores y que suponen el 45.3% de todas las razones por ellos indicadas para consumir drogas.

El 54.7% de las restantes motivaciones aducidas se reparten entre las enfermedades o el dolor, el gusto de hacer algo prohibido, el facilitar el contacto social, el escapar a problemas personales, o familiares, las condiciones o problemas de trabajo y otras ya más minoritarias.

Y respecto a las razones o motivaciones por las que NO se consumen drogas, la mayor parte de los que no lo hacen (el 43.2%) indican que no las necesitan; el 31.1%, porque perjudican la salud y el 15.2% por convicciones morales. Las dos últimas razones son más mencionadas, proporcionalmente, por las personas mayores, sin estudios, amas de casa o jubilados, mientras que los que en mayor proporción dicen que no les hace falta son jóvenes, hijos no emancipados, así como los empresarios, profesionales, funcionarios o estudiantes.

**Los factores de riesgo:** la anterior verbalización de motivos para consumir o no drogas es una expresión subjetiva que hay que contemplar junto a otra serie de circunstancias o condiciones relacionadas con su realidad personal, familiar y social. Esta dimensión algo más objetiva es lo que, en los estudios de drogas, hemos venido denominando factores de riesgo.

Sin embargo, hay que señalar que estos factores de riesgo no hay que entenderlos como causas en un sentido determinista. Se trata de una serie de hechos, en unas cuestiones, o de estados emocionales, en otras, que aparecen relacionados con el consumo de drogas, bien como factor generador del consumo, bien como consecuencia que lo refuerza y retroalimenta.

De modo pormenorizado hemos estudiado diversas situaciones que hemos agrupado en tres ejes: el familiar, el social y el personal (ver Capítulo 2 de la Segunda Parte). Mediante un análisis de regresión logística hemos podido constatar que la probabilidad de consumir drogas es mayor cuando aumenta el grado de problematidad en estos factores, de tal modo que se observan los siguientes ratios:

- En los analgésicos comunes, el tabaco y el alcohol (consumo semanal) las probabilidades de consumo entre los de mayor grado de problematidad, respecto a los no problemáticos, son bajas, no llegando en ningún factor a 1.4.
- En cinco tipos de drogas las probabilidades de consumo son ya más significativas, en dos de los tres factores, entre los de mayor grado de problematidad; a saber las siguientes:
  - Tranquilizantes: en el factor familiar 1.8 y en el personal 2.9.
  - Hipnóticos: 2.7 en el familiar y 2.5 en el personal.
  - Cannabis: 2.1 en el social y 1.8 en el personal.
  - Anfetaminas: 1.4 en el social y 2.9 en el personal.
  - Alucinógenos: 1.6 en el social y 1.6 en el personal.

- Y otras cinco sustancias, aunque con un peso en sus *odds ratio* de diferente importancia, tienen unas probabilidades de consumo significativas, en las situaciones de mayor problematidad, en los tres factores considerados. Estas se pueden clasificar según su intensidad en dos grupos:
  - Algo más ligeras:
    - Cocaína: 1.4 en el factor familiar, 1.8 en el social y 1.6 en el personal.
    - Drogas de síntesis: 1.5 en el familiar, 2.1 en el social y 1.5 en el personal.
    - Alcohol abusivo: 2.3 en el familiar, 1.9 en el social y 2.4 en el personal.
  - Más intensas:
    - Inhalables: 2.8 en el familiar, 3.8 en el social y 2 en el personal.
    - Heroína: 2.8 en el familiar, 2.9 en el social y 2.8 en el personal.
    - Morfínicos y otros opiáceos: 2.9 en el familiar, 4.5 en el social y 3.7 en el personal. (Estos son, en gran parte, consumidores también de heroína, y algo más mayores. Capítulos 4 y 5 de la Primera Parte).

Toda acción preventiva o de reducción del consumo, además de la represión del tráfico y de la concienciación sobre la peligrosidad de las drogas, habría de contribuir simultáneamente a la desactivación de las motivaciones y de los factores de riesgo. Sin duda, una mejor armonía familiar, el abandono del alcohol abusivo u otras sustancias por los padres, una mejor integración social (valores positivos, disminución del paro, participación cultural y social, etc.) y un mejor equilibrio interno personal (mejores expectativas para los jóvenes, aumento de la confianza en sí mismo y de la satisfacción personal...) serían importantes factores de protección ante el abuso de alcohol y los psicofármacos y el uso de drogas.

En lo relativo a las **consecuencias** de las drogas, una parte importante de los consumidores de alcohol y/o drogas (el 84.6%) asegura que este consumo aún no les ha producido ninguna consecuencia negativa. Los que sí indican alguna consecuencia, el 15.4%, señalan una media de 1.86 consecuencias por consumidor.

Los principales problemas que produce este consumo son (sobre el total de respuestas obtenidas) de carácter laboral (6.1%), económicos (5.6%), familiares y de relación (5.3%) y de salud (3.8%); en menor medida se señalan problemas en los estudios (2.4%) o con la ley y accidentes (1.5%).

Hemos detectado un mayor índice de consecuencias negativas a medida que el consumo de alcohol se hace más abusivo, en las drogas ilegales (especialmente

heroína e inhalables) y analgésicos morfínicos u otros opiáceos, y en medidas algo menores en las restantes (cocaína, drogas de síntesis, cannabis...).

Respecto a la **dependencia subjetiva** observamos que entre los consumidores de alcohol y/o drogas, el 8.2% opina que abandonar el uso de las sustancias que consume le resultaría imposible o muy difícil; un 22.4% reconoce que le costaría algún esfuerzo y el 69.4% cree que podría hacerlo fácilmente.

Según las distintas drogas de uso, estos datos generales varían considerablemente. Por ejemplo, a medida que el consumo de alcohol se hace más abusivo, aumenta el grado de dependencia subjetiva. A su vez, los que usan heroína, otros opiáceos e inhalables creen que dejar su uso es muy difícil o imposible. Pero también en el resto de drogas ilegales detectamos esta tendencia, sobre todo en los casos de cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis y alucinógenos. Incluso significativas proporciones de usuarios de tranquilizantes e hipnóticos aseguran que difícilmente podrían pasar sin ellos.

En lo relativo a la **permisión o sanción** del uso de drogas, podemos concluir que aunque se es más tolerante con el uso de drogas ilegales en el ámbito privado que en el público, la población valenciana de 15 años en adelante se muestra mayoritariamente partidaria de sancionar este consumo: el 51% sancionaría el uso privado de drogas ilegales, y el 77.5% sancionaría el uso público de esas sustancias

Los consumidores de drogas ilegales así como los bebedores abusivos se desmarcan de esta tendencia mayoritaria y abogan por la permisividad del uso público y privado (este último, en mayor medida). Los que consumen psicofármacos y los bebedores ligeros y moderados se sitúan más en la línea de la población general.

**Actuaciones, ayudas y medidas ante las drogas:** respecto a la administración de **metadona** a los consumidores de heroína como tratamiento y a la facilitación de **jeringuillas esterilizadas** y **preservativos** para evitar la transmisión de enfermedades contagiosas, la población valenciana expresa un amplio grado de apoyo. Así, el 51.6% está a favor de la administración de metadona, el 74.3% a favor de facilitar jeringuillas esterilizadas y el 81.5% a favor de facilitar preservativos.

Los consumidores de drogas ilegales muestran todavía un mayor grado de aprobación, especialmente los propios usuarios de heroína y otros opiáceos.

Los que más apoyan estas tres actuaciones son los jóvenes, los hijos emancipados o no y los que tienen estudios secundarios o universitarios. El rechazo, en cambio, es mayor en personas de edad avanzada, cónyuges, cabezas de familia y con bajos niveles educativos.

En opinión de la población, los centros especializados en toxicomanías (53.2%) son los lugares donde más se **ayuda a dejar la droga**; en un segundo plano se menciona a la familia (24%), y entre los minoritarios destacan las asociaciones de ex-drogadictos (5.9%) y los servicios médicos generales (4.3%).

Los consumidores de drogas ilegales coinciden en señalar a los centros especializados como los lugares más adecuados para abandonar el consumo, pero algunos (consumidores de inhalables, de heroína, de otros opiáceos, de inhalables y de anfetaminas) dan más importancia a las comunidades terapéuticas que a la familia.

En cuanto a las **medidas más eficaces en la lucha contra la droga**, los entrevistados se decantan por la represión de los traficantes (45.1%), aunque no olvidan la importancia de las campañas de información (12.9%), la despenalización de las drogas (11.3%), la educación en las escuelas (10.4%) o la mejora de las condiciones de vida (9.7%).

**Conocimiento y valoración del Plan Autonómico y de los Planes Municipales:** en general el grado de conocimiento que los ciudadanos tienen de los organismos de la Administración (Central, Autonómica o Local) es muy limitado. Y dentro de esta escasa información, resulta bastante aceptable que un 18% de la población valenciana en general indique tener conocimiento de la existencia del Plan Autonómico de Drogodependencias y un 13% de los Planes Municipales.

El nivel de conocimiento, en ambos casos, es mayor en el medio urbano, especialmente a partir de los 100.000 habitantes, en las edades jóvenes e intermedias: 25 a 34 años y 35 a 44. Y en progresión lineal, según aumenta el nivel educativo, sin duda porque paralelamente aumenta también el grado de información. En estos segmentos de población el nivel de conocimiento se eleva entre un 24 y un 31%. Y ya entre los usuarios de determinadas drogas (heroína, morfínicos, inhalables...) el grado de conocimiento se sitúa en torno al 60%.

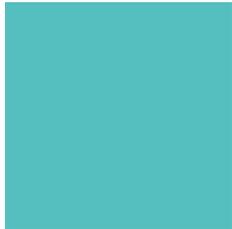
Por otra parte, los que SÍ conocen estos Planes valoran sus actuaciones ante las drogas de un modo mayoritariamente favorable: un 84.2% tienen una opinión

positiva de la labor de Plan Autonómico y el 77.2% también valora positivamente la de los Planes Municipales. En una escala de diez puntos alcanzan una puntuación media de 6.11 y 5.72, respectivamente.

**Conocimiento de diversas actuaciones contra las drogas en la Comunidad Valenciana:** menos de un 5% no contesta a las preguntas referidas a estas actuaciones ante las drogas. Del 95% de la población de la Comunidad Valenciana que sí responde a las mismas, el grado de conocimiento que tienen respecto a cada tipo de actuación concreta es el siguiente:

	% QUE CONOCEN
Actuaciones generales para prevenir el uso de drogas	67.5
Actuaciones de formación e información sobre las drogas	34.5
Centros municipales de atención de drogodependientes	40.2
Centros de prevención y asistencia a problemas de alcoholismo	48.2
Actividades inespecíficas con asociaciones de padres, vecinos, empresas, juventud	20.7

En las ciudades más pobladas y por parte de los hijos emancipados, los que tienen estudios medios o universitarios y entre los profesionales y funcionarios aparecen los mayores grados de conocimiento de estas actuaciones. Del mismo modo, y por lo general, estas actuaciones son también algo más conocidas entre los usuarios de drogas ilegales, de psicofármacos y por los bebedores de alcohol.



## BIBLIOGRAFÍA

AGUINAGA, M.y MADOZ, V. (1992). «Consumo de drogas.» En: FUNDACIÓN BARTOLOMÉ DE CARRANZA (1992). *Los jóvenes navarros 1991*. Pamplona: FBC.

ALONSO TORRENS, F. J. (1979). *El alcoholismo en la ciudad de Vitoria*. Álava: Cáritas.

ALONSO TORRENS, F. J. (1990). *Hábitos de consumo de bebidas alcohólicas en Asturias*. Oviedo: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

ALONSO TORRENS, F. J. (1992). «La investigación epidemiológica sobre alcoholismo en España.» En: AUTORES VARIOS (1993). *Drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

ALONSO TORRENS, F. J. (1996). *Las condiciones de vida de la población pobre (en varias comunidades y provincias)*. Madrid: FOESSA.

ALVIRA, F. (1986). *Consumo de alcohol y otras drogas en los adolescentes españoles y factores que influyen en el mismo*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.

ALVIRA, F. y COMAS, D. (1989). *El consumo de drogas en el municipio de Madrid*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

ANGULO, J. (1987). *Juventud y drogas en Getafe*. Getafe: Ayuntamiento de Getafe.

ANGULO, J. (1994). *Los universitarios de Madrid. Actitudes y valores*. Madrid: Dirección General de la CAM.

ANGULO, J. (1996). *La solidaridad en la juventud*. Madrid: INJUVE.

ARBEX, C. y otros (1991). *Censo sistemático de investigaciones sociológicas sobre drogas*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

ARBEX, C. y otros (1991). *La investigación sociológica sobre drogodependencias. Aspectos metodológicos*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

ARBEX, C., MOWBRAY, R. y RECIO, J.L. (1991). «Revisión metodológica de investigaciones sobre drogas ilegales.» En: ARBEX, C. y otros (1991). *La investigación sociológica sobre drogodependencias. Aspectos metodológicos*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

AUTORES VARIOS (1993). *Drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

BARRIO, G.; BRAVO, M. J.; DE LA FUENTE, L.; VICENTE, J. «Household Surveys on Drug Use: Current Situation and Prospects.» En: *Health Related Data and Epidemiology in the European Community (EMCCDDA)*. Brussels 21-23 September 1992.

BOGANI, M.E. (1982). *El alcoholismo, enfermedad social*. Barcelona: Plaza y Janes.

CALAFAT, A.; AMENGUAL, M.; FARRES, C. y MONTSERRAT, M. (1982). «Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de enseñanza media y formación profesional de Mallorca.» *Drogalcohol VII* (3): 117-126.

CALAFAT, A.; AMENGUAL, M.; FARRES, C. y MONTSERRAT, M. (1983). «Características del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre alumnos de enseñanza media de Mallorca» *Drogalcohol VIII* (4): 155-174.

CIDUR-EDIS (1980). *Juventud y droga en España*. Madrid: Dirección General de la Juventud, Ministerio de Cultura.

CIRES (1991). *La droga como problema social*. Madrid: CIRES.

CIS (1986). *Actitudes y comportamientos de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas*. Madrid: CIS.

COMAS, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura, Instituto de la Juventud.

COMAS, D. (1985). «Conceptos y datos básicos sobre uso de drogas por la juventud española.» En: *Revista de Estudios de Juventud* (17): 11-37.

COMAS, D. (1990). «Las drogas en la sociedad española.» En: GINER, S. (1990). *España: sociedad y política*. Madrid: Espasa-Calpe.

COMAS, D. (1991). *El síndrome de Haddock: alcohol y drogas en enseñanzas medias*. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa del Ministerio de Educación y Ciencia.

COMAS, D. (1992). «La fundamentación teórica y las respuestas sociales a los problemas de prevención.» En: *Adicciones* 4 (1): 15-24.

COMAS, D. y ROLDAN, G. (1992). «Las salidas del laberinto.» En: *Intervención de drogodependencias*. Segovia: GID.

COMAS, D. (1993). «La necesidad de modelos teóricos ante los resultados de las investigaciones realizadas desde 1980.» En: AUTORES VARIOS (1993). *Drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

COMAS, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Madrid: INJUVE.

COMAS, D. (1995). «Representación social y estrategias sobre las drogas: el caso español.» En: AUTORES VARIOS: *Aprender a cambiar*. Barcelona: ITACA.

COUNCIL OF EUROPE (1995). *22nd Meeting of Experts, in Epidemiology of Drug Problems Population Surveys: Proceedings*. Strasbourg: Council of Europe.

CUANTER-PNSD (1994). *Encuesta sobre drogas a la población escolar*. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior.

DE LA FUENTE, L.; BARRIO, G.; BRAVO, M.; LÓPEZ, R. (1991). *Infección por VIH en usuarios de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1993). *National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates 1992*. Rockville (Maryland): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA).

EDIS (1986). *El consumo de drogas en Aragón*. Zaragoza: Diputación General de Aragón.

EDIS (1990). *Consecuencias sociales del paro en Aragón*. Zaragoza: Diputación de Aragón.

EDIS (1988, 1990, 1992, 1994 y 1996-a). *Los andaluces ante las drogas (I, II, III, IV y V)*. Sevilla : Comisionado para la Droga.

EDIS (1988, 1992, 1994 y 1996-b). *El consumo de drogas en Galicia (I, II, III y IV)*. Santiago: Plan Autonómico de Drogodependencias.

EDIS (1989). *Factores de riesgo en el consumo de drogas*. Madrid: Plan Regional Drogas Madrid.

EDIS (1996-c). *La incidencia de las drogas en el medio laboral de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidroga.

ELZO, J. (1984, 1986, 1987, 1992). *Drogas y escuela I, II, III, IV*. San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.

ELZO, J. (1989). *Los jóvenes y su relación con las drogas*. Vitoria: Gobierno Vasco.

ELZO, J. (1992). *Euskadi ante las drogas 92*. Vitoria: Gobierno Vasco.

ELZO, J. (1992). *Delincuencia y drogas*. Vitoria: Gobierno Vasco.

ELZO, J. y otros (1996). *Drogas y escuela V*. Bilbao: Gobierno Vasco.

EMER (1991). *Estudio epidemiológico de drogas en la ciudad de Valencia*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.

FAD-EDIS (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

GAMELLA, J. F. y ÁLVAREZ, A. (1997). *Drogas de síntesis en España: patrones y tendencias de adquisición y consumo. Un estudio antropológico en cinco Comunidades Autónomas*. (de próxima aparición).

GFROERER, J. (1992). «Methodology of the U.S. National Household Survey on Drug Abuse.» En: EMCDDA (1992). *Health Related Data and Epidemiology in the European Community*. Brussels: EMCDDA.

GFROERER, J.; TURNER, CH. C. y LESSLER, J. T. (1992). *Survey Measurement of Drug Use, Methodological Studies*. Rockville: NIDA.

GONZALEZ DURO, E. (1979). *Consumo de drogas en España*. Madrid: Villalar.

ICSA-GALLUP (1984). *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española*. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo.

JOHNSTON, L. D. (1980). *Review of General Population Surveys of Drug Abuse*. Ginebra: OMS.

JOHNSTON, L. D.; O`MALLEY, P.M. y BACHMAN, J. G. (1985). Use of Licit and Illicit Drugs by America`s High School Students (1975-1984). Rockville: NIDA.

JOHNSTON, L. D. (1989). «La técnica de encuestas en la evaluación del uso indebido de drogas.» *Boletín de Estupefacientes* 41 (1 y 2): 36-46.

KORMBLITH, A.B. (1981). «Multiple Drug Abuse Involving Nonopiate Nonalcoholic Substances. a) I. Prevalence. Int. J. Addict, b) II. Physical Damage, Long-term Psychological Effects and Treatment Approaches and Success.» Int., J. addict.

LUENGO, A. y otros (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Santiago: Plan Autonómico Drogodependencias.

MEDINA MORA, M.E. y cols. (1981). «Validez y fiabilidad de un cuestionario utilizado para estudiar el uso de drogas entre estudiantes mexicanos de enseñanza media.» *Boletín de Estupefacientes* XXXIII.

- MEGIAS, E. (1984). *Actitudes básicas respecto al consumo de drogas, en la población escolar de una zona de Madrid*. Madrid: INSAM. (sin publicar).
- MEGIAS, E. (1986). «Registro Acumulativo de Drogodependientes de la Comunidad de Madrid.» *Actas Luso - Esp. Neuro. Psiquiatr.* 14 (5): 379-388.
- MEGIAS, E. (1988). «Prevención del SIDA en drogodependientes en grupos de riesgo afines.» *Comunidad y Drogas* (7).
- MEGIAS, E. (1991). «Colaboración con otras instituciones responsables de la intervención: equipos sanitarios y sociales de tratamiento, prevención y reinserción.» *Comunidad y Drogas* (Monografía nº 13): 5-74.
- MEGIAS, E. (1993). «Situación actual y evolución de las drogodependencias en España.» *Farmacéuticos* 175 (suplemento): 8-10.
- MEGIAS, E. (1996). «Prevenir consumos en las empresas... ¿Exigencia o moda?» *Revista Itaca* I (1): 31-50.
- MENDOZA, R. (1987). «Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles.» *Comunidad y Drogas* (5 y 6).
- MENDOZA, R. (1991). *Los escolares y la salud*. Madrid: Delegación del Gobierno para el PNSD.
- MENDOZA, R. (1992). «España: un estudio sobre el tabaquismo entre los adolescentes escolarizados.» *Bulletin du Prevention du Tabagisme* (18).
- MENDOZA, R., SAGRERA, M. R. y BATISTA, J. M. (1994). *Conductas de los escolares relacionados con la salud (1989-1990)*. Madrid: CSIC.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1994). *Encuesta nacional de salud en España 1993*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (1989). *National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates, 1990*. Rockville: NIDA.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (1991). *National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings, 1990*. Rockville: NIDA.
- NAVARRO, J.; VARO, J.; LORENTE, S. (1985). *El consumo de drogas en España*. Madrid: Cruz Roja Española.

NAVARRO, J. (1987). «Perfil básico del problema de las toxicomanías en España.» *Comunidad y Drogas* (1).

NAVARRO, J. et al. (1987). *La incidencia de las drogodependencias en el mundo laboral*. Madrid: UGT.

NAVARRO, J. (1989). «Factores de riesgo en el consumo de drogas.» En: *Reinserción social y drogodependencias*. Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.

NAVARRO, J. (1992). «Resultados relevantes de algunos indicadores en investigaciones sobre alcohol y drogas.» En: AUTORES VARIOS (1993). *Drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

NAVARRO, J. (1994). *La pobreza en España*. Madrid: Fundación Argentaria.

NAVARRO, M.; MATEO, M. J. (1993). *Informe juventud en España 1992*. Madrid: INJUVE.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *Programme on Substance Abuse: Strategy Document/Work Plan 1992*. Ginebra: WHO.

ORIZO, F. et al. (1985). *Juventud española 1984*. Madrid: Fundación Santamaría.

ORIZO, F. A. (1994). *Dinámica intergeneracional en los sistemas de valores de los españoles*. Madrid: CIS.

PEINADO, A.; PEREÑA, F. y PORTERO, P. (1993). *La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: CAM.

PEREZ MARTINEZ, M. T. (1994). *Dificultades en la implantación preventiva*. Madrid: Plan Regional Sobre Drogas de Madrid.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS-CIS (1993). «Opiniones y comportamiento de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol.» En: *Memoria 1993*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS-EDIS (1993). «Características, actitudes y opiniones de los usuarios de drogas que actualmente no están en tratamiento.» En: *Memoria 1993*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS-EDIS (1995). «Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas.» En: *Memoria 1995*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

RECIO, J. L.; CANALES, R. (1981). *La población española ante las drogas*. Madrid: Cáritas.

RODRIGUEZ CABRERO, G. (1993). «Drogodependencias y exclusión social desde la reflexión sociológica.» En: AUTORES VARIOS (1993). *Drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

SANCHEZ MORO, C. (1988). *Conocimiento y valoración de las medidas y servicios de atención a toxicómanos*. Madrid: Delegación del Gobierno para el PNSD, Colección Documentos Técnicos.

SANTODOMINGO, J. (1979). «Epidemiología del alcoholismo en España.» En: AUTORES VARIOS (1979). *Sociedad y alcoholismo*. Madrid: Documentación Social/Cáritas.

SINGLE, E., KANDEL, D. y JOHNSON, B.D. (1975). «The Reliability and Validity of Drug Use Responses in a Large-Scale Longitudinal Study.» *Journal of Drug Issues* 5: 426-443.

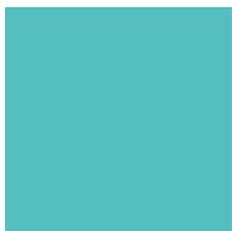
SMART, R. G. et al. (1980). *A Methodology for Student Drug Use Surveys*. Ginebra: OMS.

VALEDERRAMA, J.C. y otros (1997). *Evolución de los hábitos de salud en la juventud de Valencia*. Valencia: Ajuntament de Valencia, PMD, Universitat de Valencia.

VARO, J. R.; AGUINAGA, M. y CORTAIRE, R. (1983). *La edad escolar y el uso de drogas*. Pamplona: Diputación Foral.

VARO, J. R.; AGUINAGA, M. (1983). «El consumo de drogas.» En: *Encuestas sobre la juventud de Navarra*. Pamplona: Fundación Bartolomé de Carranza

VARO, J. R.; AGUINAGA, M. y Cols. (1984). *El consumo de drogas en la Rioja*. Logroño: Escuela de Asistentes Sociales de Logroño, Caja de Ahorros de Zaragoza, Aragón y Rioja, Logroño.



# ANEXO

## Cuestionario

EDIS S.A.  
E/405  
Noviembre 1996

### EL CONSUMO DE DROGAS Y ACTITUDES DE LA POBLACION DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Nº cuestionario

1. Hábitat
2. Provincia
3. Zona
4. Zona turística
5. Sexo
6. Edad

Presentación: Estamos realizando una encuesta entre la población de la Comunidad Valenciana sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias. El objetivo de la misma es la obtención de información para la realización de una serie de actuaciones de prevención y tratamiento ante los problemas que de este consumo pudieran derivarse. Su colaboración sería de gran importancia y sus respuestas se tratarían estadísticamente de forma completamente anónima.

## I. Datos de situación personal y social

7. ¿Qué edad tiene Vd? .....

8. ¿Cuál es su situación o rol familiar?

1. Cabeza de familia
2. Cónyuge
3. Hijo no emancipado
4. Hijo emancipado
5. Otros (abuelos, tíos, etc.)

9. ¿Cuál es el nivel de estudios alcanzado por Vd.?

01. Analfabeto, sin estudios o menos de EGB
02. EGB (ciclo inicial y medio)
03. EGB (ciclo superior)
04. BUP (cursos 1º y 2º)
05. BUP (curso 3º y COU)
06. FP 1
07. FP 2
08. Medios (escuelas universitarias) y 1er. ciclo de Facultades y Escuelas Técnicas
09. Superiores (2º ciclo y 3er. ciclo o doctorados)
10. Otros. Especificar .....
00. NS/NC

10. En lo referente a como realizó sus estudios (o cómo los está realizando si aún es estudiante), dígame de las siguientes situaciones cuál se ajusta más a su caso personal: (Leerselas)

1. Los concluí (o los lleva) con normalidad
2. Repetí algún curso
3. Repetí varios cursos
4. Tuve que cambiar de nivel o de carrera
5. Abandoné los estudios sin concluir el nivel en el que estaba, o no pude pasar a un nivel superior
0. NS/NC

11. ¿Cuál es su actividad profesional o su ocupación en la actualidad?

(Mostrar Tarjeta A)

01. Empresarios grandes y altos directivos de la empresa privada o la Administración
02. Empresarios medios y pequeños, autónomos, comerciantes, y pequeños propietarios agrícolas

- 03. Profesionales, técnicos y cuadros medios
- 04. Funcionarios, y miembros Fuerzas Armadas y de Seguridad
- 05. Trabajadores y empleados de los servicios
- 06. Trabajadores de la industria
- 07. Trabajadores y jornaleros del campo
- 08. En paro, con trabajo anterior, cobrando subsidio
- 09. En paro, con trabajo anterior, sin subsidio
- 10. Buscando primer empleo
- 11. Estudiante
- 12. Ama de casa
- 13. Jubilado o pensionista
- 14. Otra situación; especificar .....
- 00. NS/NC

**12. Hablando de cosas más generales, dígame, por favor, nombres de drogas que a Vd. le suenen o conozca**

(Respuesta espontánea. No sugerir. Anotar las que indiquen)

- 1. Heroína
- 2. Cocaína
- 3. Cannabis (hachis, marihuana, etc.)
- 4. Anfetaminas (speed)
- 5. Alcohol
- 6. Tabaco
- 7. Alucinógenos (TRIPY, LSD...)
- 8. Drogas de diseño (pastis, pirulas...)
- 9. Otras. Especificar .....
- 0. NS/NC

## II. Consumo de alcohol y tabaco

**13. ¿Podría indicarme si es fumador?**

- 1. Nunca he fumado
- 2. No fumo, pero sí era fumador
- 3. Sólo fumo ocasionalmente
- 4. Fumo diariamente
- 0. NS/NC

A los que hayan fumado items 2, 3 y 4 de la P. 13 se les hará la P. 14

A los que no hayan fumado item 1 de la P. 13 se les hará la P. 16

14. ¿A qué edad comenzó Vd. a fumar? .....   
(NS/NC = 00)

Sólo a los que fuman diariamente ítem 4 de la P. 13 se les hará la P.15

15. ¿Qué cantidad de cigarrillos fuma Vd. diariamente? .....   
(NS/NC = 99)

A TODOS

16. En el último mes, ¿ha tomado algún tipo de bebida alcohólica. En caso afirmativo ¿con qué frecuencia?
1. Una vez al mes aproximadamente
  2. Dos-tres veces al mes
  3. Una-dos veces semana
  4. Tres-cuatro veces semana
  5. Cinco-seis veces semana
  6. Diariamente
  7. No
  0. NS/NC

A los que responden NO (ítems 7 y 0) pasar a la P. 27

A los que responden SÍ (ítems 1 a 6) se les hará la siguiente batería de preguntas: P. 17 a P. 26

17. ¿A qué edad tomó Vd. por primera vez alguna bebida alcohólica?   
(NS/NC = 00)

18-26. ¿Podría indicarnos si bebió Vd. en el día de ayer, alguna de las siguientes bebidas? En caso afirmativo dígame qué cantidad tomó de cada una de ellas:

Leer una a una y anotar el nº de vasos o copas cuando haya consumo,  
00 si no lo hay y 99 si no sabe)

18. Cerveza (Nº de botellines o cañas) .....
19. Vino (Nº de vasos pequeños) .....
20. Vino (Nº de vasos grandes) .....
21. Licores: (coñac, anís, ginebra, y otros) (Nº de copas) .....
22. Whisky (Nº whiskies) .....
23. Combinados - chupitos (Nº combinados) .....
24. Vermut, aperitivos, finos, amontillados (Nº copas) .....
25. Carajillos (Nº carajillos) .....
26. Champaña (Nº copas) .....

### III. Consumo de otras drogas

#### A TODOS

A continuación le voy a mencionar otro tipo de sustancias; dígame, por favor, si las ha usado alguna vez y, si lo ha hecho, a qué edad aproximada lo hizo por primera vez, y también si las usó en los últimos doce meses y en los últimos treinta días y, en este último supuesto, con qué frecuencia lo ha hecho.

(Entrevistador: leer una a una, en cada secuencia temporal de izquierda a derecha, y si la hubiera usado, por lo menos alguna vez, anotar la edad del primer uso. Si ha usado en los últimos treinta días anotar la frecuencia).

#### 27-30. Inhalables (gasolinas, colas, pegamentos, disolventes...)

27. Uso ¿Los usó alguna vez?

- 1. Sí
- 2. No

28. ¿A qué edad los usó por primera vez? .....

29. Uso reciente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

- 1. Sí
- 2. No

30. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los últimos 30 días?

- 1. Nada
- 2. Menos de una vez/semana
- 3. Una vez por semana
- 4. De 2 a 6 veces/semana
- 5. Diariamente

#### 31-34. Cannabis (hachís, marihuana, porros)

31. Uso ¿La usó alguna vez?

- 1. Sí
- 2. No

32. ¿A qué edad la usó por primera vez? .....

33. Uso reciente ¿La usó en los últimos 12 meses?

- 1. Sí
- 2. No

34. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los últimos 30 días?
1. Nada
  2. Menos de una vez/semana
  3. Una vez por semana
  4. De 2 a 6 veces/semana
  5. Diariamente

**35-38. Cocaína**

35. Uso ¿La usó alguna vez?
1. Sí
  2. No
36. ¿A qué edad la usó por primera vez? .....
37. Uso reciente ¿La usó en los últimos 12 meses?
1. Sí
  2. No
38. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia la usó en los últimos 30 días?
1. Nada
  2. Menos de una vez/semana
  3. Una vez por semana
  4. De 2 a 6 veces/semana
  5. Diariamente

**39-42. Éxtasis u otras drogas de diseño (pastis, pirulas)**

39. Uso ¿Las usó alguna vez?
1. Sí
  2. No
40. ¿A qué edad las usó por primera vez? .....
41. Uso reciente ¿Las usó en los últimos 12 meses?
1. Sí
  2. No
42. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia las usó en los últimos 30 días?
1. Nada
  2. Menos de una vez/semana
  3. Una vez por semana
  4. De 2 a 6 veces/semana
  5. Diariamente

**43-46. Heroína**

43. Uso ¿La usó alguna vez?

- 1. Sí
- 2. No

44. ¿A qué edad la usó por primera vez? .....

45. Uso reciente ¿La usó en los últimos 12 meses?

- 1. Sí
- 2. No

46. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia la usó en los últimos 30 días?

- 1. Nada
- 2. Menos de una vez/semana
- 3. Una vez por semana
- 4. De 2 a 6 veces/semana
- 5. Diariamente

**47-50. Otros opiáceos (Metadona, Deprancol, Buprex, Sosegón, etc.)**

47. Uso ¿Los usó alguna vez?

- 1. Sí
- 2. No

48. ¿A qué edad los usó por primera vez? .....

49. Uso reciente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

- 1. Sí
- 2. No

50. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los últimos 30 días?

- 1. Nada
- 2. Menos de una vez/semana
- 3. Una vez por semana
- 4. De 2 a 6 veces/semana
- 5. Diariamente

**51-54. Alucinógenos (LSD, tripis y otros)**

51. Uso ¿Los usó alguna vez?

- 1. Sí
- 2. No

52. ¿A qué edad los usó por primera vez? .....

53. Uso reciente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

1. Sí
2. No

54. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los últimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez/semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces/semana
5. Diariamente

**55-58. Anfetaminas (pastillas para no dormir, estimulantes para adelgazar)**

55. Uso ¿Las usó alguna vez?

1. Sí
2. No

56. ¿A qué edad las usó por primera vez? . . . . .

57. Uso reciente ¿Las usó en los últimos 12 meses?

1. Sí
2. No

58. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia las usó en los últimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez/semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces/semana
5. Diariamente

**59-62. Tranquilizantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad, Valium, Librium, Tranxilium, etc.)**

59. Uso ¿Los usó alguna vez?

1. Sí
2. No

60. ¿A qué edad los usó por primera vez? . . . . .

61. Uso reciente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

1. Sí
2. No

62. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los últimos 30 días?
1. Nada
  2. Menos de una vez/semana
  3. Una vez por semana
  4. De 2 a 6 veces/semana
  5. Diariamente

**63-66. Hipnóticos o somníferos (pastillas para dormir, Mogadon, Dormodor, Noctamid, Rohipnol, Halción, etc.)**

63. Uso ¿Los usó alguna vez?

1. Sí
2. No

64. ¿A qué edad los usó por primera vez?.....

65. Uso reciente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

1. Sí
2. No

66. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los últimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez/semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces/semana
5. Diariamente

**67-70. Analgésicos comunes**

67. Uso ¿Los usó alguna vez?

1. Sí
2. No

68. ¿A qué edad los usó por primera vez?.....

69. Uso reciente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

1. Sí
2. No

70. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los últimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez/semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces/semana
5. Diariamente

A los que hayan tomado alguna o alguna de estas drogas en los últimos 12 meses se les hará la P. 71 (excepto a los que tomen sólo analgésicos comunes)

**71. ¿Quién le ha facilitado, en los últimos 12 meses, estos productos?**

(Respuesta múltiple: anotar todas las que diga)

01. Compañeros de colegio
02. Compañeros de trabajo
03. Amigos del barrio
04. Otros amigos
05. Mis padres, hijos o cónyuge
06. Mis hermanos
07. Médico u otro sanitario
08. En bares, discotecas u otros establecimientos
09. En la calle por un proveedor
10. Otros. Indicar cuál .....
00. NS/NC

## IV. Motivaciones, problemas, actitudes y demandas ante las drogas

Las preguntas 72 a 74 se harán a los que tomaron alcohol en el día de ayer y/o alguna droga en los últimos 12 meses (excepto a los que tomen sólo analgésicos comunes)

**72. ¿Cree Vd. que podrá dejar de usar alcohol o drogas?**

1. Me resulta imposible
2. Me resulta muy difícil
3. Me costaría algún esfuerzo
4. Podré hacerlo fácilmente
0. NS/NC

**73. ¿Cuál de las siguientes razones es la más parecida a su razón por la que empezó a tomar alguno/s de estos productos y luego continuó tomándolo/s al menos durante algún tiempo?**

(Indique las DOS razones más importantes)

**TARJETA B**

01. Por escapar a problemas personales o por animarme
02. Por el gusto de hacer algo prohibido
03. Por placer, para divertirme
04. Por aburrimiento
05. Por estudiar o trabajar mejor

- 06. Por facilitar la conversación o el contacto social
- 07. Por problemas familiares
- 08. Por sentirme marginado o discriminado en el trabajo
- 09. Por las condiciones de trabajo
- 10. Por deseo de ser miembro de un grupo y sentirme aceptado por él
- 11. Por enfermedad, dolor, nervios, dormir
- 00. NS/NC

**74. El consumo de alcohol y/o drogas ¿le ha ocasionado en los últimos doce meses problemas o consecuencias negativas en alguno de los siguientes campos? En caso afirmativo, dígame los TRES más importantes:**

(Respuesta múltiple: anotar todas las que digan)

**TARJETA C**

- 01. Falto alguna vez a las clases
- 02. Voy mal en los estudios
- 03. Falto alguna vez al trabajo
- 04. Problemas en el trabajo (sanciones, despidos, etc.)
- 05. No me permite encontrar trabajo o conservar el empleo
- 06. Conflictos familiares (con padres, cónyuge o hijos)
- 07. Problemas económicos
- 08. He perdido amigos
- 09. Enfermedades
- 10. Accidentes
- 11. He estado detenido o en prisión
- 12. Otros. Especificar cuales .....
- 13. Ninguna
- 00. NS/NC

Sólo a los que hayan indicado tomar cocaína y/ o heroína alguna vez (P. 35 y 43) se les hará la siguiente pregunta

**75-76. ¿Por qué vía consumió cocaína y/o heroína más frecuentemente?**

- 1. Inyectada
- 2. Otras vías (esnifada, inhalada, fumada, etc.)

- 75. Cocaína
- 76. Heroína

Atención entrevistados: las preguntas 77 a 90 se harán solamente a los que hayan tomado éxtasis u otras drogas de diseño alguna vez (Sí en P. 39)

77. Cuando tomó por primera vez drogas de diseño, ¿con quién lo hiciste?

1. Con amigos
2. Con conocidos
3. Con cónyuge o pareja habitual
4. Con pareja ocasional
5. Solo
6. Con otras personas
0. NS/NC

78. ¿Con qué motivo o fin principal las probó?

1. Para sentir nuevas sensaciones
2. Por hacer algo prohibido
3. Para bailar o divertirme
4. Para no dormir
5. Para trabajar o estudiar
6. Para comunicarme mejor
7. Para mantener relaciones sexuales
8. Otras. ¿Cuál? .....
9. Para hacer lo mismo que los de mi grupo
10. NS/NC

79. En esa primera ocasión, ¿cómo las obtuvo?

1. Comprándolas a un amigo o conocido
2. Comprándolas en la calle, bar o discoteca
3. Me invitó un desconocido
4. Me invitó un amigo o conocido
5. Me la ofreció mi pareja
6. Otra. ¿Cuál? .....
0. NS/NC

Entrevistador: Aclarar que por sesión de consumo se entiende el periodo de tiempo en el que se está bajo los efectos de las drogas de diseño de forma continuada y sin llegar, en ningún momento, a estar sobrio.

80. ¿Cuántas sesiones de consumo ha tenido aproximadamente hasta la fecha?

(NS/NC = 99)

81. ¿Qué número máximo de pastillas ha tomado en una sesión de consumo?

(NS/NC = 99)

**82. Qué efectos negativos ha notado los días siguientes de haber tomado drogas de diseño?**

(Respuesta múltiple)

1. Fatiga o cansancio
2. Dificultades para dormir
3. Dificultades para concentrarte
4. Pérdidas de memoria
5. Dificultades para estudiar o trabajar
6. Tristeza, ganas de no hacer nada, depresión
7. Irritabilidad o mal humor
8. Otros. ¿Cuáles? .....
9. Ninguno
10. NS/NC

**83. ¿En qué medida cree Vd que el uso de las drogas de diseño es peligroso?**

1. Nada
2. Poco
3. Algo
4. Bastante o mucho
0. NS/NC

**84. ¿Ha recibido algún tratamiento médico como consecuencia de consumir drogas de diseño?**

1. No, nunca
2. Sí, de urgencia
3. Sí, pero no de urgencia
0. NS/NC

**85. ¿Actualmente sigue tomando drogas de diseño?**

1. No
2. Sí
0. NS/NC

Ítem 1: P. 86, ítem 2: P. 87, ítem 0: P. 91

**86. ¿Por qué razón principal no las toma actualmente?**

.....  
.....

Ir a P. 91

A los que hayan dicho que Sí en la P. 85 les haremos las P. 87 a 90

**87. ¿Por qué razón principal las sigue tomando?**

.....  
.....

**88. ¿En que días de la semana suele tomarlas, principal mente?**

1. Cualquier día de la semana
2. Días laborables
3. Fines de semana
4. Otros .....
0. NS/NC

**89. ¿Quisiera o le gustaría dejar de tomarlas?**

1. No
2. Sí
3. Tengo dudas
0. NS/NC

**90. En todo caso, ahora o más adelante si lo necesitara, ¿qué tipo de ayuda le gustaría recibir si se planteara dejar de tomarlas?**

(Respuestas abiertas. Anotar lo que digan)

.....  
.....

Fin de preguntas específicas de drogas de diseño

Entrevistador: La P. 91 sólo a los que no tomen alguna droga de la batería de la P. 27 a la 70.

(Excepto a los que tomen sólo analgésicos comunes)

**91. ¿Cuál es la razón principal por la cual no consume ningún tipo de droga?**

(Leerselas)

01. Por convicciones personales de tipo moral
02. Porque perjudican la salud
03. Porque son perjudiciales para la sociedad
04. Porque me siento bien y no me hacen falta
05. Porque son ilegales
06. Porque crean problemas personales, familiares y laborales
07. Porque mis padres o familiares no lo aceptarían
08. Por miedo
09. Porque no me fío de mí, ni de mi control
10. Por otra razón
00. NS/NC

De nuevo a todos los entrevistados

**92. ¿Se siente Vd. informado respecto a la potencial peligrosidad y los posibles efectos de las drogas?**

1. Nada
2. Poco
3. Algo
4. Bastante o mucho
0. NS/NC

**93. En todo caso ¿por qué razones principales cree Vd. que las drogas podrían ser peligrosas?**

(Leerselas) (Señalar las dos más importantes)

1. Porque tienen efectos secundarios en la salud
2. Porque en muchas ocasiones están adulteradas
3. Porque crean adicción
4. Porque requieren un fuerte gasto económico
5. Porque pueden provocar problemas familiares, laborales o sociales
6. Porque en ciertos casos inducen a la comisión de delitos
7. Por otras razones. Indicar cuales .....
0. NS/NC

**94. Independientemente de que Vd. tome drogas o no, ¿dónde cree que más se ayuda a dejar las drogas?**

(Señalar UNA, la más importante)

#### **TARJETA D**

01. Servicios médicos generales
02. Centros especializados en toxicomanías
03. Médico o psiquiatra privada
04. Comunidades terapéuticas
05. La familia
06. Maestros-educadores
07. Asociaciones de ex-drogadictos
08. Organizaciones juveniles de ayuda
09. Psicólogos
10. En los centros de atención a drogodependientes de los Ayuntamientos
11. En los centros de día municipales
00. NS/NC

95. Y en lo que se refiere a las medidas para la lucha general contra la droga, ¿qué medida cree Vd. que sería la más eficaz?

(Señalar tan sólo UNA, la más importante)

**(TARJETA E)**

1. Represión de los traficantes de drogas
2. Represión de los consumidores de drogas
3. Campañas de información en los medios de comunicación sobre las consecuencias de las drogas
4. Despenalización de las drogas
5. Mejorar las condiciones de vida (trabajo, ocio, etc.)
6. Crear estímulos y motivar a la gente
7. Educación sobre las drogas en las escuelas
8. Más centros de asistencia y tratamiento
9. Programas de orientación y asistencia familiar
0. NS/NC

96. ¿Está Vd. de acuerdo en que se administre, de forma controlada, metadona a los heroínómanos que estén en tratamiento?

1. No
2. Sí
0. NS/NC

97-98. ¿Estaría Vd. de acuerdo en que se facilite jeringuillas esterilizadas y preservativos a los usuarios de drogas, con el fin de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas, como la hepatitis y el SIDA?

1. No
2. Sí
0. NS/NC

97. Jeringuillas

98. Preservativos

99. ¿Vd. cree que debe sancionarse el consumo de drogas ilegales en lugares públicos (calles, parques, bares, etc.)?

1. No
2. Sí
0. NS/NC

**100. En lo que se refiere al uso privado de drogas, ¿con cuál de las siguientes posibles actuaciones está Vd. más de acuerdo?**

(Leerselas)

1. Debe permitirse
2. Debe sancionarse de modo leve (multa, retirada temporal del carnet de conducir o del pasaporte...)
3. Debe tener una sanción penal (incluso la privación de libertad)
0. NS/NC

**101. ¿Conoce Vd. o ha oído hablar en alguna ocasión del Plan Autonómico sobre Drogodependencias de la Comunidad Valenciana?**

1. No
2. Sí
0. NS/NC

A los que digan que sí se les hará la P. 102. Items 1 y 0: pasar a la P. 103

**102. ¿Cómo valoraría Vd. la acción que este departamento está realizando ante la droga, en una escala del 1 al 10?**

(NS/NC = 00)

**103. ¿Conoce Vd. o ha oído hablar en alguna ocasión de las respuestas de su Ayuntamiento ante el problema de las drogas, a través de los Planes Municipales?**

1. No
2. Sí
0. NS/NC

A los que digan que sí se les hará la P. 103. Items 1 y 0: pasar a la P. 105

**104. ¿Y cómo valoraría esta acción de su Ayuntamiento ante la droga, en una escala de 1 a 10?**

(NS/NC = 00)

**105-109. ¿Conoce o ha oído hablar de alguna de las siguientes actuaciones contra la droga en la Comunidad Valenciana**

(Leer y responder una a una)

## TARJETA F

105. Actuaciones generales para prevenir el uso de drogas (publicaciones, folletos, manuales, campañas de concienciación social, etc.)
106. Actuaciones de formación e información sobre las drogas (para profesionales, educadores, padres y agentes sociales)
107. Centros municipales de atención de drogodependientes
108. Centros de prevención y asistencia a problemas de alcoholismo (asociaciones de ex- alcohólicos y Ayuntamientos)
109. Actividades inespecíficas con asociaciones de padres, vecinos, en las empresas, con la juventud
  1. No
  2. Sí
  0. NS/NC

## V. Otros factores de riesgo

Como le hemos indicado todas sus respuestas serán tratadas estadísticamente de forma anónima y confidencial. Para concluir la entrevista podría responderme lo siguiente:

110. ¿Cómo son las relaciones que mantiene Vd. con sus padres, o con sus hijos?
  1. Muy malas
  2. Bastante malas
  3. Regulares
  4. Bastante buenas
  5. Muy buenas
  0. NC/No compete
111. ¿Cómo calificaría Vd. las relaciones que tiene con su mujer/marido/pareja o persona con quien convive maritalmente?
  1. Muy insatisfactorias
  2. Bastante insatisfactorias
  3. Ni satisfactorias, ni insatisfactorias
  4. Bastante satisfactorias
  5. Muy satisfactorias
  0. NC/No compete

112. ¿Sus padres, o uno de los dos, beben en exceso o toman alguna otra droga?
1. Mucho
  2. Bastante
  3. Regular
  4. Poco
  5. Nada
  0. NC/No compete
113. ¿Conoce Vd. alguna persona que consuma, aunque sea esporádicamente, algún tipo de droga?. En caso afirmativo ¿en cuál de los siguiente ámbitos?
1. Sí, en mi familia
  2. Sí, en mi círculo de amigos
  3. Sí compañeros de trabajo o estudios, vecinos
  4. Sí, algún conocido
  5. No, ninguna
  0. NS/NC
114. ¿Cree Vd. que es fácil o difícil encontrar y poder obtener drogas, cuando se quieren?
1. Muy fácil
  2. Fácil
  3. Unas veces fácil y otras difícil
  4. Difícil
  5. Muy difícil
  0. NS/NC
115. ¿Se relaciona y se siente Vd. integrado en algún grupo de amigos y compañeros?
1. Nada
  2. Poco
  3. Regular
  4. Bastante
  5. Mucho
  0. NS/NC
116. ¿Participa Vd. en alguna asociación u organización de vecinos, cultural, política, deportiva o de cualquier otro tipo, aunque no sea miembro o asociado?
1. Nada
  2. Poco
  3. Regular
  4. Bastante
  5. Mucho
  0. NS/NC

**117. Dígame, por favor, ¿cuál es su punto de vista sobre la sociedad en que vivimos?**

1. Es muy injusta e imperfecta
2. Es bastante injusta e imperfecta
3. Tiene cosas positivas y cosas negativas
4. Es bastante aceptable
5. Es la mejor sociedad posible
0. NS/NC

**118. Pensando en su realidad concreta, ¿cómo cree que es su posición económica y social?**

1. Muy insatisfactorias
2. Bastante insatisfactorias
3. Ni satisfactorias, ni insatisfactorias
4. Bastante satisfactorias
5. Muy satisfactorias
0. NS/NC

**119. Con cierta frecuencia ¿se nota Vd. agobiado y en tensión?**

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

**120. ¿Tiene Vd. la sensación de que no puede superar sus dificultades?**

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

**121. Últimamente ¿ha perdido confianza en si mismo?**

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

**122. En general, en el momento actual de su vida, ¿se siente Vd. satisfecho o insatisfecho?**

1. Muy insatisfecho
2. Bastante insatisfecho
3. Ni satisfecho ni insatisfecho
4. Bastante satisfecho
5. Muy satisfecho
0. NS/NC

**123. ¿En qué clase social se encuentra o se situaría?**

1. Baja
2. Media-baja
3. Media-media
4. Media-alta
5. Alta
0. NS/NC

**Datos relativos a la entrevista:**

- a. Hora
- b. Duración (en minutos)
- c. Fecha

**Anotar en la hoja de respuestas los datos del entrevistado**

