El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana (II)



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL

El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana (II)

© GENERALITAT VALENCIANA, Consellería de Bienestar Social, Dirección General de Drogodependencias y FAD, 1999.

Edita:

GENERALITAT VALENCIANA
Consellería de Bienestar Social
Dirección General de Drogodependencias
Paseo Alameda, 16
46010 Valencia
Teléfono: 96 386 67 30
Fax: 96 386 72 53

FAD
Fundación de Ayuda
contra la Drogadicción
Avda. de Burgos, 1 y 3
28036 Madrid
Teléfono: 91 383 80 00
Fax: 91 302 69 79

Autores:

José Navarro Botella (Director)
Eusebio Megías Valenzuela (Director)
Enrique Gómez González

Muestra, trabajo de campo y proceso de datos:

EDIS
Jose Mª Alonso Torréns
Javier Giménez Marín

Diseño y maquetación:

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

Impresión:

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

ISBN:

84-

Depósito legal:

M-

Es un hecho común, pero no por ello menos cierto, el de resaltar la intrínseca complejidad que presenta el consumo de drogas como fenómeno dinámico y cambiante, que puede ser abordado desde muy diversos sectores y que presenta influencias de un número no menos elevado de factores. El fenómeno, que se mantiene desde hace años como una de las tres principales preocupaciones sociales según las diversas encuestas, presenta una problemática social y personal amplísima que abarca desde aspectos éticos a jurídicos, económicos, sanitarios, educativos… Por otra parte, la gran amplitud, complejidad y diversidad de este fenómeno ha conducido a la intervención en el mismo de un importante número de organismos de las administraciones públicas, entidades privadas, profesionales de diversas especialidades e, incluso, múltiples sectores sociales como pueden ser las familias, los medios de comunicación, el mundo escolar, etc.

El abordaje de esta realidad ha constituido una prioridad para el Gobierno Valenciano desde el inicio de la anterior legislatura, prioridad que ha dado origen a la elaboración de la Ley sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de 1997 y al Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias de 1999, en un esfuerzo por hacer efectiva una planificación autonómica rigurosa, con determinación de objetivos generales y específicos por áreas de intervención, dentro y en concordancia con las normas y el marco de actuación marcado por el Plan Nacional sobre Drogas.

En este contexto, la presente publicación, *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana (II),* se presenta como el segundo escalón de una serie de investigaciones que se realizan con carácter periódico, la primera se realizó en 1996, y uno de cuyos objetivos prioritarios es el de mantener una fuente actualizada de información sobre la evolución del consumo de drogas, en el convencimiento de que el mejor conocimiento de la realidad es una condición básica para la planificación de los diferentes servicios y para mejorar la accesibilidad de los mismos, permitiendo facilitar, de forma simultánea, al conjunto de la sociedad una información pertinente tanto desde el punto de vista epidemiológico como sociológico.

El estudio presente se ha diseñado utilizando, como en el anterior, el instrumento de la encuesta, siguiendo los modelos y experiencias más avanzadas realizadas tanto en España como en el extranjero y buscando la imprescindible línea de

continuidad con la investigación desarrollada en 1996. Para ello se ha mantenido la estructura empleada anteriormente, y así el informe consta de dos partes claramente diferenciadas. La primera, tiene un carácter claramente epidemiológico y proporciona una perspectiva descriptiva del consumo de sustancias en la C.A. Valenciana. La segunda, con orientación primordialmente sociológica, se centra en intentar facilitar una mejor comprensión de las motivaciones, consecuencias y factores de riesgo de los consumos de drogas, así como de las actitudes ante los mismos, conocimiento de las respuestas institucionales, etc.

La presente investigación hace un análisis comparativo tanto con la realizada en 1996, como con los trabajos similares realizados por otras comunidades autónomas, por el Observatorio Español sobre Drogas y por el Observatorio Europeo sobre la Droga y las Toxicomanías, obteniéndose resultados bastante similares a los trabajos citados. Sin embargo, podríamos resaltar los siguientes aspectos:

- El tabaco y el alcohol continúan siendo las drogas con una mayor prevalencia, si bien se observa una tendencia opuesta en la evolución de sus consumos, pues mientras existe un ligero repunte entre los consumidores de tabaco se produce una cierta disminución de los consumidores abusivos de alcohol.
- Se observa un cierto aumento en los consumos de cannabis, cocaína, anfetaminas y tranquilizantes, mientras se produce un ligero descenso en la heroína y otros opiáceos, los hipnóticos y los inhalables.
- En relación con las drogas de síntesis se puede señalar una cierta estabilización o, incluso, un ligero descenso.
- Por último, es preciso señalar que los datos comparativos de los estudios del 96 y el 98 muestran un mayor conocimiento de la población de la existencia de un Plan Autonómico sobre Drogas (3.8% más que en 1996) cuya valoración supera la anteriormente alcanzada, así como un mayor conocimiento de la existencia de planes municipales (2.6% más que en 1996) que, asimismo, son mejor valorados.

La reciente evolución en las pautas de consumo de las drogas, la variable percepción social de la importancia de los mismos, fundamentalmente en lo referente a las drogas institucionalizadas, nos anima en el trabajo emprendido y nos abre una ventana hacia el futuro. Estoy convencida de que la valiosa y rigurosa información que se presenta en este trabajo, será de gran utilidad para todos los sectores sociales implicados en la resolución de los problemas de los consumos de drogas y que el mismo supondrá un elemento clave para la mejora y adecuación de las futuras inciativas a emprender.

Valencia, diciembre 1999

Carmen Más Rubio
Consellera de Bienestar Social
de la Generalitat Valenciana

INDICE

Presentación **9**

Introducción **13**

Objetivos y metodología **19**

A modo de prólogo: La presencia social de las drogas y los estereotipos sobre el alcohol **33**

PRIMERA PARTE: El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la Comunidad Valenciana **53**

1. El consumo de tabaco **55**

1. Los consumos de tabaco, las edades de inicio y la tipología de fumadores 55
2. El perfil sociodemográfico de los fumadores 59

2. El consumo de alcohol **67**

1. El consumo de alcohol: frecuencias, edades de inicio, tipos de bebidas y cantidad 67
2. Tipología de bebedores y su perfil 74
3. Ámbitos del consumo de alcohol 81
4. Otras opiniones sobre el alcohol 84

3. El consumo de otras drogas **87**

Introducción 87
1. Los inhalables 92
2. La cannabis 97

3. La cocaína 103
4. Las drogas de síntesis 108
5. La heroína 113
6. Los otros opiáceos 119
7. Los alucinógenos 123
8. Las anfetaminas 127
9. Los tranquilizantes 131
10. Los hipnóticos 135
11. El crack 139

4. Prevalencias y tendencias de evolución de los consumos y los policonsumos 143
1. Prevalencias y tendencias de evolución de los consumos 143
2. Los policonsumos 146

Apéndice: Comparación de las opiniones sobre el alcohol, la cannabis y las drogas de síntesis 157

SEGUNDA PARTE: Motivaciones, factores de riesgo y consecuencias en el consumo de drogas. Actitudes y actuaciones ante las drogas 159

1. Motivaciones y fuentes de obtención en el consumo de drogas 161
1. Motivaciones para el consumo de alcohol y/o drogas 162
2. Razones para no consumir drogas 169
3. Fuentes de obtención de las drogas 171

2. Factores de riesgo en el consumo de drogas 177
Introducción 177
1. La relación existente entre los factores de riesgo y los consumos de drogas 180
2. La prevalencia o probabilidad en los consumos de drogas y la problematicidad de los factores de riesgo 184

3. Consecuencias del consumo y grados de dependencia subjetiva 195
1. Consecuencias derivadas del consumo de alcohol y/o drogas 195
2. Grado de dependencia subjetiva 202

4. Opiniones y actuaciones ante el alcohol 207
1. Importancia del consumo de alcohol en los jóvenes y consecuencias del mismo 208
2. La publicidad del alcohol 212
3. Actuaciones contra el abuso del alcohol 216

5. Opiniones y actitudes de la población sobre las drogas y las actuaciones ante las mismas **219**
1. Sanción o permisividad del uso de drogas 219
2. Grado de acuerdo con algunas actuaciones actuales 223
3. Ayudas y medidas en la lucha contra las drogas 228

6. Conocimiento y valoración del Plan Autonómico sobre Drogodependencias, de los Planes Municipales y de otras actuaciones **239**
1. Conocimiento y valoración del Plan Autonómico sobre Drogodependencias 239
2. Conocimiento y valoración de los Planes Municipales 245
3. Conocimiento de diversas actuaciones ante las drogas 250

Principales resultados y conclusiones **257**

Bibliografía **269**

Anexo 1: El cuestionario **277**

Anexo 2: La muestra **301**

PRESENTACIÓN

Con el presente estudio se aborda, por segunda vez, de forma sistemática, el análisis del consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana, tomando como universo de referencia a la población general de quince años en adelante residente en los distintos territorios de esta Comunidad.

En el primero de estos estudios, el de 1996, se conocieron los datos básicos del problema de las drogas en la Comunidad Valenciana en cuestiones esenciales tales como las prevalencias de los consumos de las distintas sustancias, los modelos de policonsumo, los perfiles de los consumidores, las motivaciones, los factores de riesgo y las consecuencias de dichos consumos; así como las actitudes y demandas de actuación de la población valenciana ante esta problemática.

Estos primeros datos eran, en general, bastante concordantes con los de otras investigaciones, bien de nivel nacional, como la *Encuesta Domiciliaria* de 1995, bien de nivel autonómico, como en los estudios de Andalucía, Galicia o Canarias, realizados también en 1996 y principios de 1997. Sin embargo, a pesar de la riqueza sincrónica de estos datos, carecían de la perspectiva diacrónica, ya que no existía un estudio similar en el conjunto de la Comunidad Valenciana[1] con el que poder establecer las oportunas comparaciones.

Esta necesidad de creación de unas series temporales que permitieran evaluar la dinámica propia de la realidad de las drogas en esta Comunidad, y poder así estimar las posibles tendencias de evolución, tanto de los consumos en sí y sus factores asociados, como del estado de opinión de la población al respecto, han marcado decisivamente el diseño de la investigación de 1998, ya que para que esto fuera

1. Había uno de 1991, pero cuyo ámbito era tan sólo la ciudad de Valencia.

posible se han tenido que conservar, con la misma formulación, una amplia parte de los indicadores y variables de 1996.

No obstante, como ya en el primer estudio se tuvo en cuenta la homologación de los datos con los de los principales estudios internacionales (como la encuesta de Estados Unidos o las de diversos países europeos) y las del Plan Nacional sobre Drogas y las de otros Planes Autonómicos, los resultados obtenidos en el presente, además de incorporar la perspectiva diacrónica, conservarían también la sincrónica.

De este modo podemos ver cómo han evolucionado en la Comunidad Valenciana los consumos de las distintas sustancias entre 1996 y 1998 y señalar cuáles están en una posible tendencia de aumento, cuáles estarían descendiendo y qué otras se encontrarían estabilizadas. Al tiempo, se constata que estas tendencias son muy similares a las observadas en los informes de 1998, tanto del Observatorio Español sobre Drogas, como del Observatorio Europeo sobre la Droga y las Toxicomanías.

Sin embargo, esta exigencia de continuidad en el análisis del fenómeno de las drogas en la Comunidad Valenciana no ha supuesto una limitación absoluta a la búsqueda de nuevos conocimientos. Muy al contrario, se ha tenido también presente la necesidad de indagar en hechos y opiniones de cierta importancia en el momento actual. Así, las valoraciones que se hacen de ciertas características de los consumos de alcohol, cannabis y drogas de síntesis, determinados estereotipos sociales sobre el alcohol, las opiniones sobre la publicidad alcohólica y la demanda de actuaciones ante el abuso del alcohol por los jóvenes, y también la profundización en los factores de riesgo asociados a los consumos de las distintas drogas. A todas estas nuevas cuestiones se le ha dedicado en esta ocasión un tercio del cuestionario aplicado en la encuesta.

En el análisis de los datos de 1998, también se han dado algunos pasos más que en el del estudio de 1996. Por ejemplo, además de los perfiles particularizados de los consumidores de cada sustancia, en esta ocasión se han definido (mediante las medias factoriales) los perfiles sintéticos de los consumidores que configuran los cuatro modelos principales de policonsumo. Igualmente en el análisis de los factores de riesgo, aparte de incorporar el factor laboral, que no estaba en 1996, el análisis de regresión logística se ha realizado, además de en los cuatro tipos de factores (familiar, personal, social y laboral), de forma desagregada en cada una de las veinticinco variables que constituyen este modelo de factores, pudiendo ver de este modo qué peso específico, o capacidad explicativa, tiene cada variable en particular y cuáles son las más determinantes en su relación con los consumos de cada droga.

Finalmente, en el presente estudio se ha incluido, en el apartado dedicado al análisis de cada una de las trece sustancias estudiadas, una amplia relación de datos, de diversos estudios nacionales y autonómicos, sobre las prevalencias de cada sustancia en los períodos de los últimos seis o doce meses y en el del último mes. Estos datos, que en el estudio de 1996 sólo se ofrecían sobre tres sustancias (cocaína,

heroína y drogas de síntesis) son de gran interés para apreciar cuáles son las magnitudes de los consumos de cada droga, en cada momento y lugar. No obstante, hay que advertir que, en muchos casos, no es posible la comparación directa de las prevalencias, pues los períodos de tiempo considerados (en unos los últimos seis meses y en otros los últimos doce) son distintos, así como las edades de referencia incluidas en las muestras.

Otra singularidad la constituye el análisis del diferente grado de población urbana de cada Comunidad, o la de la población de la Comunidad Valenciana respecto a la del conjunto nacional. Esto es muy importante, pues al ser los consumos de determinadas sustancias eminentemente urbanos, es muy lógico que las prevalencias de Comunidades muy urbanas, como lo es la Valenciana (ver introducción del capítulo tres de la parte primera) sean mayores que las del conjunto nacional o que las de otras Comunidades con un componente rural mayor.

En fin, todos los datos y conclusiones del presente estudio están contenidos en dos partes o grandes bloques; en la primera se recogen los resultados más específicamente epidemiológicos, mientras que en la segunda se ofrecen los referidos a motivaciones, factores de riesgo, consecuencias y actitudes y demandas de actuación ante el problema. Estas dos partes van precedidas de un capítulo que, a modo de introducción, sitúa la realidad de las drogas desde la perspectiva de su presencia social en la Comunidad Valenciana.

José Navarro Botella
Equipo de Investigación Sociológica
EDIS

INTRODUCCIÓN

En la presentación de la anterior publicación *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana,* de 1997, decíamos: "En relación con la infranotificación de ciertos comportamientos, se ha aprendido que el marco de respuestas 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." También hacíamos diversas anotaciones sobre los límites metodológicos que supone una encuesta de opinión y de comportamientos y sobre las diferentes estrategias para superar esos límites.

Pues bien, éste es el momento en que podemos asegurar que las informaciones que nos proporciona la presente publicación, por un lado confirman muchas de las apreciaciones que señalábamos en 1997 y por otro lado las completan, enriqueciendo el panorama y llenándolo de matices.

El cuadro que la sociedad valenciana traza en la actualidad sobre los problemas de drogas es, como no podía ser de otra manera, sensiblemente similar al de 1997. La vivencia de cercanía o cotidianeidad de las drogas, la presencia de los consumos, la imagen de riesgo que éstos suponen, las reacciones que provocan, las opiniones sobre las fórmulas que deben ser privilegiadas en el manejo de los riesgos, las actitudes profundas de la población, son prácticamente idénticas.

Esto es lógico desde el momento en que no es esperable que en dos años cambie de forma significativa la representación social de la población general. Así, se presenta una continuidad de datos en este sentido, que por otra parte coinciden con las líneas generales de la percepción social de la población española en su conjunto.

Lógicamente esta representación colectiva, una vez que se desagrega en función de distintas variables sociodemográficas, sobre todo etarias, presenta sensibles variaciones. Las actitudes de la población cambian en función de los perfiles en que se agrupen, sobre todo de los perfiles de edad, y cambian en función de las distintas sustancias, de las distintas formas de consumo y de la vivencia de "normalidad" que se tenga a la hora de consumir las drogas. Esta diferenciación de forma paradigmática, aparece clara en todas las cuestiones que se refieren a la permisibilidad o la prohibición de los comportamientos de consumo.

Una especial relevancia tiene la diferenciación de las posiciones en el colectivo juvenil. Por un lado, los jóvenes parecen dar menos importancia a los riesgos que para la salud implican los consumos. Si bien son sensibles a la posibilidad de crear una adicción, las razones que les resultan disuasorias para consumir son, sobre todo, razones de tipo instrumental: el alto precio de las sustancias, la potencial adulteración de éstas, la correlación de los consumos con posibles conflictos sociales (delitos y marginalización), etc. Quizás esta visión de los consumos, sujetos a una cierta banalización de los riesgos, supone una circunstancia potencialmente peligrosa, que termina por traducirse en determinados incrementos en las prevalencias de uso.

Lo señalado en relación a la banalización de los riesgos viene a complicarse, en significativas franjas de población juvenil, con una visión complementaria de mayores beneficios derivados del consumo. Estos hipotéticos mayores beneficios (del alcohol y también de otras sustancias) quedan subrayados en el colectivo de jóvenes y de estudiantes, que llegan a tener una visión tan benévola como la que corresponde a los consumidores de drogas establecidos. Además, no es sólo una opinión sino que también parece querer sustentarse en la defensa de experiencias positivas a partir del uso de drogas.

Ni que decir tiene que esta forma de percibir los usos de drogas por el colectivo juvenil supone una situación de primer rango de significatividad, que debe llevar a plantearse renovadas actuaciones preventivas en los distintos ámbitos en donde se desarrolla los procesos de información y orientación (entiéndase, de educación) de los jóvenes.

Como hemos señalado en otras ocasiones, acaso se esté produciendo una confrontación entre la necesidad social de vivir las drogas como algo extraño a la propia estructura, como algo ajeno, y la evidencia de su presencia próxima y continua entre nosotros. Esa confrontación de la "normalización *versus* la alienación" parece querer resolverse a través de una tendencia a la disociación: "drogas más drogas", que se satanizan, y "drogas, menos drogas", que se banalizan. Parecería que existe una tendencia en la representación social a aproximar, a banalizar, la imagen de determinadas sustancias y del uso de las mismas, como una forma de resolver esa discordancia que se da en el propio hecho de vivir como muy cercanos, como cada vez más incluidas en la cultura propia, unas sustancias que, en principio, deberían ser catalogadas como algo extraño. Acaso sea este fenómeno el que explica el pro-

gresivo mejoramiento de la imagen de la cannabis, que en la presente investigación termina por ser vista incluso con tintes más positivos que los que corresponden a una sustancia tan conocida como el alcohol; una mejor imagen, que se traduce en la idea de que es "menos droga", tiene menos riesgos, se maneja más fácilmente y, en definitiva, es una sustancia "más limpia y más inocua".

Insistimos en la importancia de este hecho para cualquier planteamiento de tipo preventivo. Acaso no se trate de "sacralizar" el concepto de factor de riesgo, tratando a toda costa de evitárselos a nuestros jóvenes y generando una sociedad aparentemente aséptica, cuanto de trabajar en el intento de educar a aquéllos en una cultura que les permita discriminar esos riesgos, evitando los más inaceptables, superando otros y, en definitiva, poniéndolos al servicio de la vida.

La visión banalizada de los consumos tiene su correlato en la conceptualización que se hace acerca de las motivaciones para los mismos. Cada vez menos los consumos aparecen justificados por razones de tipo personal, por circunstancias de excepcionalidad o por problemas individuales o colectivos, y cada vez más los consumos se relacionan con circunstancias dirigidas a la búsqueda de estímulos positivos, a la diversión, a la fantasía de instalarse en una situación de gratificaciones prolongadas. Por eso tampoco es extraño que las razones para no consumir se distribuyan entre razones de tipo ético/moral y razones de autosuficiencia, que consideran inútiles los consumos puesto que no son precisos para el propio desenvolvimiento personal. Quizás sean también elementos a tener en cuenta a la hora de plantear estrategias preventivas.

Igualmente en el ámbito de la percepción colectiva, hay que subrayar la creciente preocupación de la población por los usos de alcohol entre los jóvenes. Obviamente estos consumos de alcohol se presentan correlacionados, casi contaminados, por otros problemas de conflictividad ciudadana, de molestias sociales, de accidentalidad, etc. Ante esta preocupación creciente puede advertirse una cierta polarización social. Aproximadamente un 50% de la población se distribuye entre actitudes, hasta cierto punto, permisivas (que niegan o parecen no considerar importante la magnitud de la conflictividad y que, por tanto, se abonan a posiciones "liberales", de inhibición, ante un fenómeno que parecen querer dejar que se desenvuelva por su propia dinámica), y posturas más restrictivas partidarias de tratar de incidir sobre el fenómeno a través de medidas fundamentalmente normativas y controladoras (de la publicidad, de los horarios de los bares, de la regulación del uso de la vía pública, etc.). Entre estas dos posiciones extremas, el otro 50% de la población se desenvuelve en posiciones intermedias.

Como otro elemento constituyente de la representación social, también resulta significativa, la progresiva aceptación, que no es sólo clara sino que parece ir aumentando, de todo lo relativo a programas de reducción del daño. La población parece, cada vez más, entender este tipo de estrategias y considerarlas beneficiosas. Otra cuestión es que, probablemente, entre los posibles beneficios derivados de estas estrategias, se mezclen objetivos de muy distinto rango: desde aquéllos que se preo-

cupan por la mejora de la calidad de vida y por la atención de los derechos de los drogodependientes, hasta aquellos otros que fundamentalmente subrayan objetivos de tranquilización social.

Este contexto de percepción colectiva es el que sirve de marco de presentación, y seguramente condiciona en sus tendencias, a los distintos consumos de sustancias.

Tampoco en este aspecto, lógicamente, se pueden señalar grandes cambios en la situación de la población de la Comunidad Valenciana. Tanto en lo referido a las prevalencias de consumo de cada sustancia como a las situaciones (de definición y de jerarquización) de los policonsumos, la situación es muy parecida a la de hace dos años.

Merece la pena señalar que continúan, aún con ciertos cambios, los elementos que en aquel momento se subrayaron en relación con el consumo juvenil de tabaco y de alcohol. Sigue habiendo una mayor prevalencia de consumo de tabaco en la cohorte femenina de las edades más bajas, si bien la mayor prevalencia parece haberse trasladado desde la franja de 15 a 18 años, que dominaba en la investigación anterior, hasta la franja actual de 19 a 24 años (son las mismas personas, que tienen unos años más). En cualquier caso, aunque menor, también sigue habiendo una mayor presencia de uso de tabaco en las franjas femeninas más juveniles de esta investigación.

También en relación con el consumo de alcohol se puede comprobar este desplazamiento etario: el grupo de bebedores abusivos definido hace dos años, se ha desplazado hacia una franja de algo mayor edad y se encuentra entre los 25 y 34 años. Asimismo, igualmente en relación con el alcohol, se confirma que hay un grupo de mujeres bebedoras de riesgo entre las franjas más juveniles. Entre los 15 y 18 años, pero sobre todo entre la cohorte de 19 a 24.

Parecería que hubo una determinada cohorte de mujeres que en la Comunidad Valenciana incrementó especialmente sus consumos, que siguen consumiendo más que los demás y que, lógicamente, va creciendo con los años. En cualquier caso esto no autoriza a pensar que ese fenómeno de aumento en las prevalencias de usos de alcohol y tabaco fue un fenómeno pasajero, sólo correspondiente a esa determinada cohorte, sino que, aunque atenuado, es un fenómeno que también puede advertirse en la presente investigación. Queda por tanto sin resolver plenamente el interrogante que introducíamos en la publicación anterior respecto a si estábamos en presencia de un aumento de los consumos femeninos, de una "feminización" del consumo de alcohol y de tabaco, que de mantenerse en el tiempo se traduciría en el aumento global de las prevalencias, o por el contrario con lo que nos enfrentábamos era con una moda pasajera que terminaría por volver a la situación original, constituyendo un fenómeno transitorio en el colectivo de mujeres. Con los datos de la presente investigación en la mano la duda sigue sin resolverse, puesto que habría elementos que abonan cada una de las dos interpretaciones.

En el resto de los consumos el panorama es sensiblemente idéntico a el que se encontraba en el corte epidemiológico anterior, salvo en lo que se refiere a esa mejor imagen de los consumos de cannabis, que lógicamente se traduce en un cierto aumento en algunas franjas de población (aunque sea un aumento no enormemente significativo), y que sobre todo implica una forma claramente diferenciada de vivir social e individualmente este consumo.

También éste, como todos los otros elementos relativos a la forma de vivir los problemas de drogas, se presenta como una cuestión enormemente signficativa para prever las futuras tendencias, y que por tanto debe llevar a planteamientos renovados de las estrategias informativas y preventivas.

Eusebio Megías Valenzuela
Director Técnico
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene como base de partida el realizado en 1996 *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana.* Su propósito fundamental es seguir indagando en los consumos de las distintas sustancias psicoactivas y, por comparación con los datos del estudio anterior, establecer unas posibles tendencias de evolución de este fenómeno. Y lo mismo también con otra serie de aspectos relacionados con los consumos de drogas, tales como las motivaciones y las consecuencias de dichos consumos, las actitudes de la población ante esta problemática o las demandas de actuación ante la misma.

Esta opción de continuidad en el estudio de la realidad de las drogas en la Comunidad Valenciana, y su evolución en el tiempo, ha requerido dedicar la mayor parte del cuestionario a una serie de indicadores epidemiológicos y opináticos formulados del mismo modo que en el estudio de 1996. No obstante, se ha visto también la conveniencia de incluir en la encuesta de 1998 una serie de preguntas nuevas orientadas a conocer diversas cuestiones de actualidad, tales como diversas opiniones sobre el consumo del alcohol, la cannabis y las drogas de síntesis, o la profundización en los factores de riesgo asociados al consumo de drogas, así como una serie de opiniones y demandas de actuación ante el uso abusivo de alcohol por los jóvenes. Con esta orientación de continuidad en el análisis y de incorporación de nuevas temáticas, los objetivos concretos de conocimiento del Estudio de 1998 han sido los siguientes:

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:

- **Las drogas legales:**
  - el tabaco
  - el alcohol
- **Los psicofármacos:**
  - los tranquilizantes
  - los hipnóticos
  - los analgésicos morfínicos y otros opiáceos
- **Las drogas ilegales:**
  - los inhalables
  - la cannabis
  - las anfetaminas
  - los alucinógenos
  - la heroína
  - la cocaína
  - las drogas de diseño
  - el crack

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.

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 sanitaria.
- 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.

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 realizase 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.

- 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.

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.

Los factores de riesgo

Junto a las motivaciones explicitadas por los usuarios de drogas y la presencia social 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 cuatro grupos de factores básicos 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.
- **Factores laborales:** En la presente encuesta se han incluido también una serie de factores laborales que pudieran tener una cierta relación con el consumo de drogas, tales como: la situación de trabajo excesivo o jornadas prolongadas, el estrés y la frustración en el trabajo, la inquietud ante el futuro laboral, 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.

Las consecuencias del uso de drogas

Un tema importante es saber qué consecuencias está generando el uso de drogas, así como la sensación de dependencia de las mismas. 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.
- 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.

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

Los bloques temáticos sobre la epidemiologia 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 es bien sabido 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 obtenga 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".

Opiniones sobre el alcohol, la cannabis y las drogas de síntesis

Los temas nuevos incluidos en la presente encuesta han abordado las siguientes cuestiones:

- Estereotipos sobre el alcohol (posibles beneficios personales, psicológicos y sociales del alcohol).
- Opiniones sobre el alcohol, la cannabis y las drogas de síntesis respecto a si:
  - son sustancias que se pueden controlar,
  - son seguras y no peligrosas,
  - son de uso fácil y cómodo,
  - tienen un precio asequible,
  - no se consideran droga.
- Importancia o gravedad del consumo de alcohol por los jóvenes.
- Consecuencias del consumo de alcohol en los jóvenes.
- Opinión sobre si la publicidad del alcohol es excesiva.
- Posibles restricciones a la publicidad alcohólica.
- Actuaciones a promover preferentemente en la lucha contra el abuso del alcohol.

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 sanitaria, 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

Con el fin de obtener una absoluta coherencia en las comparaciones de los resultados de la presente encuesta con los del estudio de 1996, la metodología aplicada en el estudio de 1998 ha sido exactamente la misma. Las características técnicas serían, pues, las que se exponen a continuación.

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 no turísticas.

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:

- **Distribución proporcional**
  - **Hábitats:** municipios de hasta 10.000 habitantes, de 10.001 a 50.000, de 50.001 a 100.000, de 100.001 a 250.000 y de más de 250.000 habitantes.
  - **Provincias:** Castellón, Valencia y Alicante.
  - **Zonas de áreas sanitarias:** en base a las 20 áreas de salud, el Centro Valenciano de Documentación sobre Drogodependencias nos facilitó (a efectos del análisis desagregado de los datos) una agrupación en seis grandes áreas, 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-Villajoiosa.
    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 40.6% del total de población) y en 51 no turísticas (con un peso del 59.4%). En total se incluyeron 64 ciudades o pueblos, que con la distribución en los distintos barrios y distritos, a partir de las correspondientes secciones censales, alcanza en total unos 210 puntos de muestreo efectivo.
  - **Sexo:** 48.9% de hombres y 51.1% de mujeres.
- **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 y 1997*, 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 magnitudes proporcionales, las no proporcionales asignadas y los factores de ponderación aplicados, para cada grupo de edad, han sido los siguientes:

---

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

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 ± 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, etc.

La aplicación de la encuesta se realizó entre el 15 de octubre y el 30 de noviembre de 1998. La supervisión de cuestionarios se hizó según se iba realizando el trabajo de campo, chequeándose telefónicamente y de forma aleatoria el 20% del total de entrevistas. Por imperfección en la selección muestral o insuficiente información en la encuesta, se desecharon un total de 62 cuestionarios, los cuales fueron repetidos, en personas de los mismos lugares y características de los desechados, entre el 5 y el 10 de diciembre.

CUADRO B

Distribución de los puntos de muestreo básico por hábitats, zonas sanitarias y poblaciones turísticas y no turísticas[1]

ZONAS SANITARIAS	HASTA 10.000 HABITANTES		DE 10.001 A 50.000 HABITANTES		DE 50.001 A 100.00 HABITANTES		DE 100.001 A 250.000 HABITANTES		MÁS DE 250.000 HABITANTES		Nº ENTREVISTAS Y P. MUESTREO
1. Castellón-Vinaroz	Alcora	15	Onda	27	Sagunto	30	Castellón	67			268
	Calig	15	Vila-Real	26							(13)
	Segorbe	15	**Burriana**	17							
	Vall d'Alba	15	**Vinaroz**	16							
	Benicasim	7	Puzol	6							
	Puig	12									
2. Valencia-Paterna	Buñol	21	Burjasot	28					**Valencia**		437
	Casinos	21	Liria	28					(zonas 04, 05 y 06)	210	(11)
	Chelva	20	Mislata	28							
	Chiva	20	Requena	27							
	Villar Arzobispo	20	**Massamagrell**	14							
3. Valencia-Torrente	Alcacer	12	Catarroja	31	Torrente	31			**Valencia**		342
	Sedavi	12	Silla	31					(zonas 08 y 09)	187	(8)
			Xirivella	30							
			Quart	8							
4. Alzira-Gandía	Alberic	22	Alginet	27	**Gandía**	26					279
	Benifaró de Valld	22	Alzira	26							(12)
	Enguera	22	Carlet	26							
	Olleria	22	Sueca	26							
	Navarrés	22	Játiva	26							
			Cullera	12							
5. Alicante-Denia	Agost	18	Callosa	28					**Alicante**		299
	Alfa del Pi	17	S. Vicente Raspeig	28					(zonas 15 y 18)	139	(8)
	Pego	17	**Denia**	26							
			Villajoiosa	26							
6. Elche-Orihuela	Albaterra	14	Concentaina	39	Alcoi	31	Elche	98			375
	Catral	14	Novelda	38	Elda	31					(13)
	Guardamar S.	13	Orihuela	38							
	Formentera S.	13	**Santa Pola**	20							
	Hondón Nieves	13									
	Sax	13									
Total entrevistas y puntos muestreo básico		**447 (27)**		**703 (28)**		**149 (5)**		**165 (2)**		**536 (3)**	**2.000 (65)**

1. En negritas las poblaciones turísticas.

4. LA POBLACIÓN ESTUDIADA

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

Variables muestrales

	%
Hábitat	
Hasta 10.000 habitantes	21.8
De 10.001 a 50.000 habitantes	34.6
De 50.001 a 100.000 habitantes	7.8
De 100.001 a 250.000 habitantes	8.0
Más de 250.000 habitantes	27.7
Provincia	
Castellón	12.9
Valencia	54.3
Alicante	32.9
Zona sanitaria	
Castellón-Vinaroz	14.6
Valencia-Paterna	20.7
Valencia-Torrente	17.8
Gandía-Alzira	14.2
Alicante-Denia	14.8
Elche-Orihuela	18.1
Tipo de población	
No turística	59.4
Turística	40.6
Sexo	
Hombre	48.9
Mujer	51.1
Edad	
De 15 a 18 años	8.4
De 19 a 24 años	12.6
De 25 a 34 años	19.3
De 35 a 44 años	15.9
De 45 y más años	43.9
TOTAL	**100.0**

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

Otras variables de clasificación

	%
Rol familiar	
Cabeza de familia	36.3
Cónyuge	30.0
Hijo no emancipado	24.3
Hijo emancipado	7.9
Otros	1.6
Estudios	
Sin estudios	12.4
EGB (inicial-medio)	15.2
EGB (superior)	25.6
BUP (1º y 2º)	7.1
BUP (3º) - COU	11.3
FP 1	5.0
FP 2	6.4
Medios	10.4
Superiores	6.5
Otros	0.1
Estudios (agrupados)	
Sin estudios	12.4
Primarios-EGB	40.8
BUP-COU	18.4
FP 1 y 2	11.4
Medios y superiores	16.9
Otros	0.1
Actividad	
Grandes empresarios	0.6
Empresarios medio-pequeño	11.2
Profesionales-cuadros medios	4.8
Funcionarios	6.7
Trabajadores servicios	14.4
Trabajadores industria	9.2
Trabajadores campo	1.2
En paro, cobrando seguro	1.7
En paro, sin cobrar seguro	1.8
Busca primer empleo	1.4
Estudiantes	13.5
Amas de casa	21.2
Jubilados-pensionistas	11.2
Otra	1.1
NS/NC	0.2

	%
Actividad (agrupada)	
Empresarios	11.8
Profesionales, cuadros y funcionarios	11.5
Trabajadores y empleados	24.8
Parados y buscan primer empleo	4.9
Estudiantes	13.5
Amas de casa	21.2
Jubilados-pensionistas	11.2
Otras	0.2
Clase social	
Baja	2.2
Media-baja	13.6
Media-media	72.7
Media-alta	11.1
Alta	0.4
TOTAL	**100.0**

El cuestionario consta de 131 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.
- Opiniones sobre el alcohol, la cannabis y las drogas de síntesis.
- 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.
- Opiniones y demandas ante el abuso del alcohol.
- 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.

A MODO DE PRÓLOGO

La presencia social de las drogas y los estereotipos sobre el alcohol

Los consumos de las distintas sustancias son los indicadores más efectivos para evaluar el grado de penetración que las drogas tienen en una determinada sociedad en un momento dado. Las prevalencias y modos de uso de cada droga en particular, las edades de inicio en su consumo, los consumos múltiples y los rasgos o perfiles sociodemográficos de los consumidores, constituyen un conjunto de datos que definen y delimitan la magnitud más estrictamente epidemiológica de esta realidad.

Desde el punto de vista más sociológico y actitudinal nos encontramos también con otro tipo de indicadores que expresan otros aspectos de cualidad que acompañan e incluso, en ocasiones, explican el fenómeno del consumo de drogas y sus consecuencias, tales como las motivaciones por las que se consumen drogas, los factores de riesgo relacionados con los consumos, los problemas que generan cada tipo de drogas en particular, así como otras opiniones y actitudes de la población de gran utilidad para la intervención institucional, como lo son las demandas de ayudas y medidas ante la problemática creada por las drogas, el grado de conocimiento y de apoyo con que cuentan las actuaciones en este campo y las instituciones que las promueven o realizan.

Estos dos tipos de cuestiones configuran los dos grandes bloques del presente informe: el epidemiológico, por una parte, y el sociológico y actitudinal, por otra. Ambos contienen las principales informaciones descriptivas y claves analíticas sobre la magnitud y cualidad de la realidad de las drogas en la Comunidad Valenciana. No obstante, algunos de los temas contenidos en la encuesta a la población se refieren a temas generales previos a los consumos y las relaciones sociológicas de los mismos, y que constituirían un conjunto de imágenes sobre el fenómeno de las drogas que vendrían a expresar la presencia social genérica de las mismas, así como una serie de estereotipos culturales, en especial respecto a la droga más socializada de todas, el alcohol.

Por ello, antes de proceder al análisis de las dos partes fundamentales del estudio, nos detendremos un poco en este capítulo previo en el que, a modo de prólogo, veremos algunas cuestiones expresivas de esta presencia social de las drogas, tales como el conocimiento de los nombres de las mismas, el sentimiento de información sobre su peligrosidad, las razones de esta posible peligrosidad, el conocimiento de alguien que tome drogas y la creencia de si es fácil obtenerlas. Estos indicadores ya se incluyeron en el estudio en la Comunidad Valenciana de 1996, por lo que podremos realizar las oportunas comparaciones y ver cómo ha evolucionado el estado de opinión al respecto.

Por último, dada la importancia que tiene el consumo de alcohol, principalmente los usos abusivos y el consumo de fin de semana de ciertos segmentos de población joven, en la presente encuesta se ha dedicado una especial atención a su estudio. En la parte epidemiológica se analizarán en profundidad las prevalencias y los patrones del consumo de alcohol, y también una serie de opiniones sobre el "manejo" de esta sustancia. Así mismo, en la parte más específicamente sociológica, veremos lo que piensa la población valenciana sobre el consumo de alcohol que actualmente hacen los jóvenes y sus consecuencias sobre los mismos, su opinión sobre la publicidad alcohólica y las posibles restricciones que debería tener, así como las actuaciones que deberían promoverse en la lucha contra el abuso del alcohol en general.

Y también en esta introducción veremos, de forma complementaria, una serie de estereotipos sobre los supuestos beneficios del alcohol, muy expresivos del alto grado de penetración cultural que esta sustancia ha alcanzado entre la población.

Los datos obtenidos sobre todas estas cuestiones generales sobre la presencia social de las drogas son los que se ofrecen a continuación.

1. CONOCIMIENTO Y PROXIMIDAD DE LAS DROGAS

Sobre el grado de conocimiento y proximidad de las drogas en el conjunto de la población valenciana, de quince años en adelante, la información obtenida en la encuesta es la que se recoge en los tres apartados siguientes: *Conocimiento de nombres de drogas, Conocimiento de otras personas que tomen drogas y Facilidad para encontrar y obtener drogas.*

Conocimiento de nombres de drogas

Al conjunto de los 2.000 entrevistados incluidos en la muestra se les preguntó, de forma abierta y en respuesta espontánea, por los nombres de todas aquellas drogas que conocieran o de las que hubieran oido hablar. Del conjunto de entrevistados, 1.879, el 93.5%, mencionaron un total de 6.965 nombres de sustancias (o sus equi-

valentes en lenguaje vulgar). Esto nos da una media de 3.71 nombres por cada persona que respondió a la pregunta. Tan sólo un 6.5% de los entrevistados no supo mencionar ninguno.

El nivel de conocimiento de nombres de drogas ha aumentado algo respecto al observado en el estudio realizado en la Comunidad Valencia de 1996, ya que entonces mencionaron alguna droga un 89.5%, con una media de 3.4 nombres por entrevistado.

Aunque este alto grado de conocimiento de drogas no suponga, necesariamente, una predisposición a su consumo o a la aprobación de los mismos, indica, no obstante, que es una temática muy presente en la "comunicación social" de la población de la Comunidad Valenciana.

Respecto a los nombres de drogas específicas mencionadas, una vez clasificada la amplia variedad de respuestas obtenidas, los resultados son los que se recogen en la tabla 1.

TABLA 1
Conocimiento de nombres de drogas (respuesta múltiple)

DROGAS	% DE ENTREVISTADOS	% SOBRE TOTAL DE RESPUESTAS
Heroína	70.0	18.9
Cocaína	81.1	21.9
Cannabis	78.4	21.1
Anfetaminas	30.5	8.2
Alcohol	27.2	7.3
Tabaco	18.9	5.1
Alucinógenos	29.2	7.9
Drogas síntesis	33.8	9.1
Hipnosedantes	1.6	0.5
Total	**370.7**	**100.0**
Base	**(1.879)**	**(6.965)**

En la columna de la izquierda de la tabla 1 tenemos los porcentajes de entrevistados respondientes que indican los nombres de las distintas drogas mencionadas, mientras que en la columna de la derecha se recoge el porcentaje de cada una de ellas sobre el total de respuestas obtenidas.

Las sustancias cuyo nombre o equivalente más indican los entrevistados son la cocaína, la cannabis y la heroína (entre el 81.1% y el 70%), que concentran entre las tres el 61.9% del total de respuestas. Proporción idéntica a la obtenida en 1996, en que las tres sumaban el 61.3%.

En una posición intermedia son nombradas las drogas de síntesis, las anfetaminas, los alucinógenos y el alcohol (entre el 33.8% y el 27.2% de los entrevistados que las mencionan), que acumulan el 32.5% de las respuestas. También en 1996 el 32.5% de las respuestas se referían a estos cuatro tipos de sustancias.

Por último, las que obtienen un menor número de menciones son el tabaco (con un 18.9% de los entrevistados) y los hipnosedantes (con el 1.6%), con tan sólo el 5.6% del total de respuestas. Proporción también muy similar a la de 1996, que fue de un 6.1%.

Aunque el grado de conocimiento de nombres de drogas en general ha aumentado cuatro puntos porcentuales respecto al observado en 1996, la estructura básica de este conocimiento, como acabamos de ver, es en la actualidad prácticamente la misma que la de hace dos años. Lo cual nos conduce de nuevo a lo ya observado entonces, y es la preponderancia de las menciones de las drogas ilegales (heroína, cocaína, cannabis, anfetaminas, drogas de síntesis o alucinógenos), respecto a las menciones de las drogas legales (tabaco, alcohol, tranquilizantes, hipnóticos o analgésicos).

La relación de menciones obtenidas por uno y otro grupo de sustancias es actualmente, al igual que en 1996, muy desproporcionada, tal como podemos ver en el cuadro A.

CUADRO A
Menciones de nombres de drogas ilegales y legales, en % de respuestas, en 1996 y 1998

AÑOS	DROGAS ILEGALES	DROGAS LEGALES
1996	86.3	13.7
1998	87.1	12.9

Esta mayor abundancia de menciones de nombres de drogas ilegales, lo que en realidad nos está indicando es la escasa conciencia que se tiene de que sustancias de amplio consumo y serias consecuencias, como el tabaco o el alcohol, son también drogas.

Esta imagen tópica sobre las drogas está muy extendida. En el estudio de 1996 se comentaba que, por comparación en Andalucía, el 84.3% de nombres de drogas

mencionados eran de sustancias ilegales y tan sólo un 15.7% de sustancias legales. Pues bien, en 1998, las proporciones observadas en esta última Comunidad seguían también siendo prácticamente las mismas: un 83.5% de nombres de sustancias ilegales y un 16.5% de legales[1].

Al realizar los cruces de estas respuestas con las variables independientes, dada la mayoría tan abundante de nombres de drogas ilegales, no se observan diferencias significativas, excepto en las de género y edad, pues entre las mujeres y según aumenta la edad, las drogas legales (en especial el tabaco y el alcohol) son más mencionadas, es decir se tiene una mayor conciencia de que son también drogas.

En la tabla 1 vimos que el 27.2% de los entrevistados nombraban el alcohol y el 18.9% el tabaco. Con referencia a estos datos, y con una significación superior a $P<.05$, las mujeres señalan el alcohol en una proporción del 32.1% por un 22.5% de los hombres y en lo referido al tabaco los porcentajes son el 21.5% y el 17.0% respectivamente.

Por edades, y también con una significación superior a $P<.05$, mientras los de 15 a 18 años mencionan en un 21% el alcohol y en un 16.5% el tabaco, a partir de los 35 años, el 31% nombraron el alcohol y el 21.5% el tabaco. Estos datos son bastante importantes ya que señalan que el segmento de población potencialmente más vulnerable, por su falta de concienciación, ante la penetración publicitaria de estas dos drogas es el de los adolescentes.

El conocimiento de otras personas que tomen drogas

Descendiendo desde la generalidad de conocer el nombre de determinadas drogas a la especificidad de sus consumos, se preguntó en la encuesta si se conocía a alguien que consumiera alguna droga, y en caso afirmativo en qué ámbito, desde una mayor a una menor proximidad, respecto a cada entrevistado en cuestión.

Los resultados obtenidos nos indican que un 57.3% sí conocen a alguien que consuma algún tipo de drogas, mientras que un 41.2% no conocen a nadie (un 1.5% no respondió a la pregunta). Estos porcentajes son muy similares a los obtenidos en 1996, con un 56% que sí conocían a alguien que las consumiera, por un 42% que no.

Desagregando los anteriores datos generales podemos ver que los ámbitos en los que conocen a alguien que tome drogas, comparativamente con 1996, son los que se recogen en la tabla 2.

---

1. EDIS (1996 y 1998) *Los andaluces ante las drogas.* Sevilla: Comisionado para la Droga.

TABLA 2
¿Conoce a alguien que tome drogas?

	1996	1998
No, ninguna	42.0	41.2
Sí, en mi familia	4.5	6.4
Sí, entre los amigos	17.7	17.9
Sí, compañeros de trabajo o estudios	5.8	6.2
Sí, algún conocido	28.1	26.8
NS/NC	2.0	1.5
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(2.000)**	**(2.000)**

Según estos datos vemos que en 1998 un 30.5% de la población conoce a alguien que consume drogas en unos ámbitos cercanos (un 6.4% en la propia familia, un 17.9% entre los amigos y un 6.2% entre compañeros de trabajo o estudios), mientras que un 26.8% expresa un ámbito más lejano: algún conocido.

Estos ámbitos de proximidad-lejanía en el conocimiento de consumos de drogas son muy semejantes a los observados en 1996, tal como queda reflejado en la tabla 1. No obstante, cabe señalar que en 1998 aumenta en 2.5 puntos porcentuales los ámbitos cercanos (el 28% en 1996), especialmente en el de la propia familia.

Con una significación superior a $P<.05$, los que en mayor proporción conocen a alguien que consuma drogas, en los distintos ámbitos, son los que se ofrecen en la tabla 3.

TABLA 3
Los que en mayor proporción conocen a alguien que consuma drogas en los distintos ámbitos, en %

	%
En la propia familia	**6.4**
En zonas turísticas	7.7
Poblaciones de 50.000 a 100.000 habitantes	10.2
De más de 250.000	8.2
Mujeres	8.4
De 25 a 34 años	8.1
De 35 a 44	9.8
Profesionales y cuadros medios	11.4
Parados	11.0
Amas de casa	9.1
Clase social baja o media-baja	9.2
y de media-media	8.1

	%
Entre los amigos	**17.9**
Poblaciones de 100.000 a 250.000 habitantes	21.6
Hombres	20.3
De 15 a 18 años	44.3
De 19 a 24	43.1
De 25 a 34	30.4
Estudiantes	41.6
Trabajadores ocupados	22.3
En paro	31.0
De clase social media-media	18.5
y media-alta	22.7
Compañeros de trabajo	**6.2**
En zonas turísticas	9.1
Poblaciones de 50.000 a 100.000 habitantes	10.8
De más de 250.000	9.0
Hombres	9.0
De 15 a 18 años	9.6
De 25 a 34	7.6
Estudiantes	8.6
Empresarios	10.9
De clase social media-baja	12.0
y media-media	8.6
Algún conocido	**26.8**
En zonas no turísticas	28.9
Poblaciones de 100.000 a 250.000 habitantes	28.1
De 25 a 34 años	34.8
De 35 a 45 años	37.5
Empresarios	34.8
Profesionales y cuadros medios	32.7
Trabajadores ocupados	31.0
En paro	29.0
En los tres estratos de las clases medias	28.0
No conocen a nadie	**41.2**
En poblaciones de menos de 10.000 habitantes	48.2
De 45 años en adelante	66.3
Amas de casa	58.1
Jubilados-pensionistas	80.6
De clase social baja	52.3
y media-baja	50.2

Del conjunto de estos datos se puede concluir que, en general, los mayores grados de conocimiento de alguien que consume drogas se dan en las zonas urbanas medias y grandes, en personas jóvenes y de edad media y entre estudiantes y pobla-

ción activa (ocupada o en paro). Por contra, los mayores niveles de desconocimiento se observan en los núcleos de población más pequeños rurales o semiurbanos, entre personas mayores y no activos económicamente (amas de casa y jubilados-pensionistas).

Entre los que señalan la propia familia hay que destacar a las mujeres (por referencia a los maridos o los hijos) y los de edades medias; mientras que en los que indican los amigos y los compañeros de estudios o de trabajo, predominan los hombres y los jóvenes, y también los de edades medias en el caso de los compañeros de trabajo.

Según la ocupación y la clase social hay una gran diversidad en los distintos niveles de conocimiento, encontrando estudiantes, empresarios, profesionales y cuadros medios, así como trabajadores ocupados y parados. Y lo mismo ocurre en lo referido a las clases sociales, especialmente en los distintos estratos de las clases medias. Lo cual nos indica, una vez más, la amplia presencia social que actualmente tienen las drogas.

La facilidad para obtener drogas

Un tercer indicador para estudiar la presencia social de las drogas es el referido al grado de facilidad o dificultad que, en opinión de la población, existe para poder encontrar y obtener drogas. Preguntados a tal efecto los entrevistados, las respuestas obtenidas, y su comparación con las de 1996, son las siguientes:

TABLA 4
Facilidad para la obtención de drogas

	1996	1998
Muy fácil	42.5	43.5
Fácil	36.1	37.2
Unas veces fácil y otras difícil	5.5	8.4
Difícil	2.0	1.6
Muy difícil	1.5	1.8
NS/NC	12.4	7.5
Total **Base**	**100.0** **(2.000)**	**100.0** **(2.000)**

Un 80.7% de los entrevistados consideran que en la actualidad es fácil o muy fácil encontrar y poder obtener drogas si se desean. Este porcentaje es muy similar al observado en el estudio de 1996, en el que un 78.9% pensaban de este mismo modo. Esta opinión sobre la facilidad para la obtención de drogas está muy generalizada entre la población de otras Comunidades (Galicia, Andalucía, Canarias y Madrid) en las que la proporción de los que lo creen así oscila entre el 75% y el 80%.

Sin duda esto es debido a la inmediata accesibilidad que se tiene a las drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos), consumidos por un amplio segmento de la población, y también a la imagen presente de los consumos de las ilegales en otros segmentos algo más reducidos.

Aunque es grande la amplitud de esta opinión es posible, no obstante, encontrar algunas diferencias, con una significación superior a $P<.05$, de modo que quienes en mayor medida creen que es fácil o muy fácil la obtención de drogas son los siguientes: en la provincia de Valencia (90.7), en los núcleos urbanos medios y grandes (89.1), los de 25 a 34 años (88.1), los hijos emancipados (89.5), las amas de casa y los jubilados-pensionistas (86.5), estos dos últimos colectivos principales usuarios de los psicofármacos; así como empresarios y profesionales (89.3) trabajadores (88.1) y los parados (90.2). Estos segmentos de población activa son los que, en mayor proporción, consumen tabaco, alcohol y, en algunos casos, drogas ilegales, como puede verse en los capítulos sobre el consumo de la primera parte de este informe.

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

Los tres indicadores vistos en el apartado anterior nos han dado una idea de la presencia social de las drogas entre la población de la Comunidad Valenciana, bien en situaciones *de facto,* como el conocimiento de personas consumidoras de drogas, bien en el conocimiento de nombres de drogas o en la imagen que se tiene sobre la facilidad para su obtención.

No obstante, como ya se apuntaba en el estudio de 1996, esta presencia o proximidad de las drogas no significa un consumo automático de las mismas, aunque sin duda sí lo facilita, muy especialmente en el caso de las drogas legales. Y tampoco excluye que una parte de la población considere peligroso su consumo por una serie de razones concretas.

Sobre esta última cuestión, se preguntó a los entrevistados si se sentían informados sobre la potencial peligrosidad de las drogas y sus posibles efectos y, en todo caso, por qué razones las drogas podrían ser peligrosas. Los resultados obtenidos, y su comparación con los de 1996, han sido los siguientes:

Se sienten informados sobre la peligrosidad de las drogas

Sobre esta primera cuestión las respuestas de los entrevistados son las que se recogen en la tabla 5.

TABLA 5
Se sienten informados sobre la peligrosidad de las drogas y sus efectos

	1996	1998
Nada	4.7	4.3
Poco	10.4	9.1
Algo	27.0	27.7
Bastante	56.0	57.4
NS/NC	1.9	1.5
Total **Base**	**100.0** **(2.000)**	**100.0** **(2.000)**

Como puede observarse, el sentimiento actual de la población sobre su información acerca de la peligrosidad y efectos de las drogas es prácticamente el mismo que el observado hace un par de años: algo más de la mitad, un 57.4% (el 56% en 1996) se sienten bastante o muy informados, mientras que la casi otra mitad, un 41.1%, (el 42.1 en 1996) se sienten menos o nada informados.

Si cruzamos estos datos dicotomizados con las distintas variables de clasificación, podemos ver que los segmentos de población que se sienten más o menos informados presentan los perfiles recogidos en la tabla 6.

Al ser las proporciones de los que se sienten más y menos informados sobre la peligrosidad de las drogas los mismos que en 1996, también lo son en esencia los perfiles de uno y otro colectivo. Los mayores niveles de información (con una significatividad entre $P<.05$ y $P<.001$) se dan en los núcleos de población urbanos-medios y grandes, entre las mujeres algo más que en los hombres, en edades jóvenes y medias, en los de nivel educativo medio y alto, en población activa y estudiantes y de clases sociales media-media y media-alta. Y, en su relación al consumo de drogas, los no bebedores y los bebedores excesivos, así como los que antes consumían cocaína, heroína, drogas de síntesis y cannabis.

Por el contrario, los que se sienten menos informados son los que residen en poblaciones rurales o pequeñas, algo más los hombres, los mayores de 45 años, de bajo

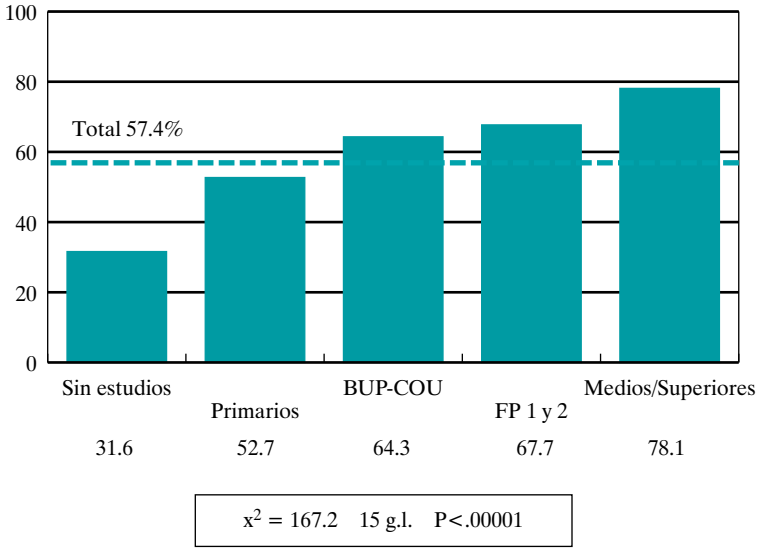
nivel educativo, población no activa y de clases sociales baja y media-baja. Y según la droga consumida, los bebedores moderados y altos, y los actuales consumidores de drogas de síntesis, cocaína y anfetaminas.

TABLA 6
Perfiles de los que se sienten más o menos informados sobre la peligrosidad de las drogas

MÁS INFORMADOS	57.4%	MENOS INFORMADOS	41.1%
De 50.000 a 100.000 hab.	61.7	Menos de 10.000 hab.	49.3
De más de 250.000 hab.	59.9	En Castellón	52.2
En Alicante	64.9		
Mujeres	61.2	Hombres	45.1
De 19-24 años	66.0	De 45 y más años	52.2
De 25-34 años	68.4		
De 35-44 años	65.0		
Con estudios BUP-COU	64.3	Sin estudios incompletos	68.4
FP 1 y 2	67.7	EGB-primarios	47.3
Medios-superiores	78.1		
Profesionales y cuadros	70.1	Amas de casa	44.1
Estudiantes	66.0	Jubilados y pensionistas	61.2
Trabajadores ocupados	57.8	Clase social baja y media-baja	52.1
Parados	61.2		
Clase social media-media	59.7		
Media-alta	61.5		
Los que no beben alcohol	59.1	Los bebedores moderados	43.1
Los bebedores excesivos	61.2	Los bebedores altos	52.6
Los que antes usaban:		Los que actualmente usan:	
– Cocaína	58.1	– Drogas de síntesis	48.1
– Heroína	61.2	– Cocaína	52.2
– Drogas de síntesis	60.1	– Anfetaminas	51.6
– Cannabis	60.7		

De todas estas variables, la que tiene unas diferencias más significativas ($P<.00001$) es la del nivel educativo, cuya correlación con el grado de información es de progresión lineal, según se puede apreciar en el gráfico siguiente:

Se sienten informados de la peligrosidad de las drogas, según el nivel educativo



Las razones por las que las drogas pueden ser peligrosas

A esta pregunta respondieron 1.975 entrevistados, con un total de 3.795 respuestas, lo que da una media de 1.92 respuestas por cada entrevistado que respondió a la

TABLA 7
Razones por las que las drogas pueden se peligrosas (respuesta múltiple)

RAZONES	% DE ENTREVISTADOS	% DE RESPUESTAS
Tienen efectos secundarios en la salud	57.6	30.0
Crean adicción	54.8	28.5
Provocan problemas familiares, laborales y sociales	37.3	19.4
Están adulteradas	19.0	9.9
Requieren mucho dinero	6.9	3.6
Otras razones diversas	14.7	7.7
No contestan	1.8	0.9
Total	**192.1**	**100.0**
Base	**(1.975)**	**(3.795)**

pregunta (tan sólo un 1.2% no respondió). Esta media es prácticamente la misma que la obtenida en 1996, que fue de 1.91 respuestas.

Los efectos secundarios sobre la salud, la creación de adicción y el que provocan problemas familiares, laborales y sociales son, al igual que en 1996, las tres razones más importantes por las que la población cree que las drogas pueden ser peligrosas; las mencionan entre un 57.16% y un 37.3% de los entrevistados, y en total concentran el 77.9% de las respuestas.

En un segundo lugar se encuentran las razones de que están adulteradas, pueden inducir al delito y, finalmente, que requieren mucho dinero. Aquí se sitúan entre el 19.0% y el 6.9% de los entrevistados y que (junto al 1.8% que señalan otras razones varias) suponen el 22.1% de las respuestas restantes.

Si ordenamos los seis ejes conceptuales básicos obtenidos, según su importancia en 1998, y los comparamos con los de 1996, obtenemos el siguiente cuadro:

CUADRO B
Ejes conceptuales básicos de las razones por las que las drogas pueden ser peligrosas, en % de respuestas, en 1996 y 1998

EJES CONCEPTUALES	1996	1998
Salud	31.6	30.0
Adicción	25.3	28.5
Problemas	20.6	19.4
Adulteradas	7.7	9.9
Delito	7.2	7.7
Dinero	4.8	3.6
Otras razones varias	2.1	0.9

Como puede observarse, los ejes conceptuales básicos de las razones por las que las drogas pueden ser peligrosas tienen, actualmente, la misma estructura que en 1996, lo que nos indica que existe un estado de opinión al respecto muy consolidado. Esto confirma la importancia que, ya en el primer estudio, se concedía a estos conceptos esenciales para la comunicación en campañas de concienciación y demás actuaciones de prevención.

Al cruzar estas razones con las variables de clasificación, y con referencia en esta ocasión a la proporción de entrevistados que las mencionan, podemos ver la tabla 8:

TABLA 8
Perfiles de los que en mayor media indican cada razón por la que las drogas pueden ser peligrosas, en % de entrevistados

RAZONES Y PERFILES	%
Tienen efectos secundarios en la salud	**57.6**
Mujeres	58.2
De 45 años en adelante	62.6
De estudios primarios	66.6
De estudios medios-superiores	61.3
En poblaciones de 100.000 a 250.000 habitantes	71.8
Amas de casa	61.7
Jubilados-pensionistas	65.3
Empresarios	61.6
Los usuarios de opiáceos	65.6
Los usuarios de crack	78.8
Crean adicción	**54.8**
Mujeres	57.8
De 15 a 18 años	66.5
De 19 a 24 años	63.7
De 25 a 34 años	56.0
De estudios de BUP-COU	61.2
De estudios FP 1 y 2	61.3
Estudiantes	71.1
Trabajadores	58.8
En poblaciones de 100.000 a 250.000 habitantes	71.2
Los usuarios de cannabis	56.7
Los bebedores abusivos	76.1
Provocan problemas	**37.3**
De 45 años en adelante	43.5
Sin estudios o incompletos	56.1
Parados	40.8
Amas de casa	41.5
Jubilados-pensionistas	52.9
Los bebedores abusivos	39.8
Los usuarios de cocaína	40.1
Los usuarios de inhalables	38.7
Están adulteradas	**19.0**
Hombres	22.9
De 19 a 24 años	25.8
De 35 a 44 años	25.0
Con estudios de FP 1 y 2	30.9
En poblaciones de más de 250.000 habitantes	28.6
Empresarios	24.7
Profesionales y cuadros	26.9
Los usuarios de inhalables	37.4
De cannabis	35.1
De cocaína	40.0
De drogas de síntesis	52.1
De heroína	50.2
De crack	72.9

RAZONES Y PERFILES	%
Inducen al delito	**14.7**
Mujeres	15.6
De 25 a 34 años	17.1
Estudios primarios	18.8
Empresarios	16.4
Jubilados-pensionistas	19.7
En poblaciones de 10.000 a 100.000 habitantes	18.6
Los bebedores excesivos	21.6
Los usuarios de opiáceos	18.5
Los usuarios de anfetaminas y crack	24.5
Requieren mucho dinero	**6.9**
Hombres	8.7
De 15 a 18 años	8.6
De 35 a 44 años	8.3
Empresarios y trabajadores	9.6
Los bebedores excesivos	21.6
Los usuarios de cannabis	11.3
De cocaína	13.9
De heroína	35.2
De alucinógenos	14.6

Del conjunto de datos contenidos en la tabla 8 cabe resaltar lo siguiente:

- Los hombres señalan en mayor medida que las drogas están adulteradas y que requieren mucho dinero, mientras que las mujeres hacen más énfasis en los efectos sobre la salud, en que crean adicción y en que inducen al delito.
- Respecto a la edad, vemos que los más jóvenes mencionan las razones de que crean adicción, están adulteradas, requieren mucho dinero e inducen al delito. Estas tres últimas razones las señalan también los de edades intermedias. Y los mayores de 45 años indican los efectos sobre la salud y el que provocan problemas.
- Por nivel educativo y ocupación, las opiniones están muy distribuidas entre las diversas razones, coincidiendo las amas de casa y los jubilados-pensionistas en los efectos sobre la salud y en que provocan problemas. Los empresarios y profesionales en la de que están adulteradas, y los trabajadores en que requieren mucho dinero.
- Según la droga consumida, podemos ver que las mayores coincidencias entre los usuarios de inhalables, cannabis, cocaína, drogas de síntesis, heroína y crack, se dan en que están adulteradas y, en parte, en que se requiere mucho dinero. Esto último lo señalan también los bebedores abusivos.

3. LOS ESTEREOTIPOS SOBRE EL ALCOHOL

En la encuesta de 1998, uno de los temas nuevos que se han introducido ha sido el referido a los estereotipos existentes sobre el alcohol. A tal efecto se preguntó a los entrevistados si, en su opinión, el alcohol tenía algún tipo de beneficio orgánico, psicológico o social; y a los que señalaban alguno o algunos de ellos se les solicitaba que indicaran de qué beneficios concretos se trataba.

Un primer tratamiento de los datos nos permite saber la proporción de entrevistados que señalaban por lo menos un tipo de beneficio (orgánico, psicológico o social), cuántos mencionaban dos y, finalmente, qué porcentaje indicaban los tres tipos de supuestos beneficios. Los resultados obtenidos son los que se recogen en la tabla 9.

TABLA 9
Indican que el alcohol tiene un tipo de beneficios, dos tipos y los tres tipos

	%
Un tipo de beneficios	64.6
Dos tipos de beneficios	46.2
Los tres tipos de beneficios	18.4
Ninguno de los tres tipos de beneficios	35.4

Casi dos tercios, el 64.6% del total de entrevistados señalan por lo menos uno de los tres supuestos beneficios, un 46.2% indican dos, mientras que un 18.4% llegan a mencionar los tres tipos de beneficios; siendo tan sólo un 35.4% de los entrevistados los que no creen que el alcohol tenga algún tipo de beneficios.

Estas proporciones nos indican la intensa penetración cultural que el alcohol tiene entre los ciudadanos de la Comunidad Valenciana, lo cual, por otra parte, está muy generalizado en nuestro país. En un estudio nacional realizado en 1998 (EDIS-CEAPA)[2], entre padres y madres, se observó que el 63.8% de los mismos atribuían al alcohol un tipo de beneficio, un 30.9% indicaba dos tipos y el 19.8% señalaba los tres tipos.

Si tenemos en cuenta que la media general de beneficios mencionados en la Comunidad Valenciana es de 1.93, y cruzamos esta información con las distintas variables

2. CEAPA-EDIS (1998) *Los padres y madres ante el consumo de alcohol de los jóvenes.* Madrid: Confederación Española de Padres de Alumnos.

de clasificación, podemos ver que quienes señalan un mayor número de beneficios serían los que se recogen en la tabla 10.

TABLA 10
Perfiles de los que mencionan un mayor número de beneficios atribuidos al alcohol

VARIABLES	MEDIA DE BENEFICIOS ATRIBUIDOS
En la provincia de Valencia	1.94
En la zona de Valencia-Torrente	2.30
En la zona de Alicante-Denia	2.25
En las zonas turísticas	2.09
En las poblaciones de 50.000 a 100.000 hab.	2.01
En poblaciones de más de 250.000 hab.	2.12
Los hombres	1.96
De 15 a 18 años	2.03
De 19 a 24 años	1.97
Los hijos emancipados	2.02
De nivel educativo bajo	2.07
De nivel educativo medio	1.95
Estudiantes	2.02
Empresarios	1.98
Trabajadores	1.95
Y en lo que se refiere a los usuarios de drogas:	
Los bebedores abusivos	2.07
Los que fuman diariamente	1.97
Los que usan:	
– cannabis	2.17
– cocaína	2.32
– drogas de síntesis	2.41
– heroína	2.45
– otros opiáceos	2.42
– alucinógenos y anfetaminas	2.31
– hipnosedantes	2.21
– crack	3.01
Media general	**1.93**

En la tabla se recogen con suficiente detalle los perfiles de quienes en mayor medida señalan que el alcohol tiene alguno o algunos beneficios, por lo que a ella nos remitimos. No obstante, queremos resaltar dos datos de capital importancia; el primero de ellos es que son los más jóvenes (15-18 y 19-24 años) los que señalan unas medias más altas de beneficios atribuidos al alcohol, lo cual es un hecho bastante significativo, ya que estos grupos de edad son especialmente vulnerables al uso abusivo de alcohol, tal como veremos en los capítulos sobre los consumos.

El segundo grupo de datos es el referido a las altas medias de beneficios atribuidos al alcohol entre los bebedores abusivos, entre los fumadores diarios, así como entre los consumidores de todas las demás sustancias. Sin duda, encontramos aquí el conocido principio de justificación del uso de sustancias psicoactivas, y que es muy común entre los usuarios de las mismas, en especial en el caso del alcohol, cuyo consumo abusivo se asocia con el de las otras drogas, como también se puede observar en el capítulo referido a los policonsumos.

En lo que se refiere a los supuestos beneficios concretos atribuidos al alcohol, en cada uso de los tres tipos indicados, podemos ver, por último, la tabla 11.

TABLA 11
El alcohol tiene algún beneficio orgánico, psicológico o social

Órganicos		
Estimula la circulación	15.3	
Ayuda a la digestión	9.4	
Cura los catarros	2.2	**40.2**
Abre el apetito	2.1	
Es bueno para combatir el frío	10.6	
Otros	0.6	
No tiene ninguno	58.4	
NS/NC	1.4	
Psicológicos		
Da euforia, alegría	34.0	
Aumenta el tono vital	4.6	
Da valor	3.6	**56.5**
Quita la timidez	13.3	
Ayuda a tomar decisiones	0.5	
Otros	0.5	
No tiene ninguno	42.2	
NS/NC	1.3	
Sociales		
Ayuda a establecer relaciones sociales	21.3	
Facilita el inicio de relaciones sexuales	3.1	
Da fuerza en los trabajos duros	1.7	**28.3**
Estimula la creatividad intelectual y profesional	0.8	
Ayuda a superar las dificultades sociales o profesionales	1.0	
Otros	0.4	
No tiene ninguno	69.8	
NS/NC	1.9	

Según los datos de la tabla 11 los beneficios más mencionados serían los de tipo psicológico con el 56.5% de los entrevistados que los mencionan; y dentro de ellos destacan los siguientes: “da euforia, alegría” (34%) y “quita la timidez” (13.3%).

Le siguen los de tipo orgánico con un 40.2% de entrevistados que los señalan; sobresaliendo "estimula la circulación" (15.3%) y "es bueno para combatir el frío" (10.6%).

Finalmente, los sociales son indicados por un 28.3%, y de manera muy principal el que "ayuda a establecer relaciones sociales".

Estos supuestos beneficios atribuidos al alcohol, sin ignorar la parte de verdad que algunos de ellos puedan tener, tienen también un fuerte componente de estereotipos sociales, arraigados en los usos y costumbres y reforzados por la publicidad del alcohol, pues tan sólo algo menos de uno de cada tres ciudadanos (el 29%) confiesan haber experimentado alguno de ellos en alguna ocasión.

Los que en mayor medida señalan haber experimentado estos beneficios (con $P<.0001$) son los siguientes: los hombres (38%); los de 15 a 18 años (41.8%), los de 19 a 24 (41.5%) y los de 35 a 44 (37.9%). Así mismo, los de nivel educativo medio-bajo (37.6%) y superior (38.5%). Y los profesionales (33%), empresarios (32.3%), trabajadores (32.9%), parados (38.5%) y los estudiantes (39.5%).

PRIMERA PARTE

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la Comunidad Valenciana

CAPÍTULO UNO

El consumo de tabaco

1. LOS CONSUMOS DE TABACO, LAS EDADES DE INICIO Y LA TIPOLOGÍA DE FUMADORES

En el prólogo anterior sobre la presencia social de las drogas, hemos visto como tan sólo un 18.9% de los entrevistados mencionan espontáneamente el tabaco como droga. Esta exigua proporción no se corresponde en absoluto con la de los que en alguna ocasión lo han consumido, y que según los datos que un poco más adelante veremos con detalle, se eleva a un 54.2% de la población de la Comunidad Valenciana de quince años en adelante, y que en el segmento de 15 a 65 años llega hasta un 69%.

Esta amplia penetración del tabaco entre la población valenciana es muy similar a la observada en el conjunto de la población española. En el último estudio de ámbito estatal del Plan Nacional sobre Drogas[1] se puede ver que un 68.5% de la población entre 15 y 65 años ha fumado alguna vez en la vida. La evolución experimentada en los últimos diez o doce años en el consumo de tabaco, especialmente en el uso diario, ha sido de un descenso de entre seis y diez puntos porcentuales según del sector poblacional de que se trate[2]. Sin embargo, en algunos estudios recientes[3] se observaba ya unas prevalencias muy altas de fumadores entre los adolescentes y jóvenes que hacían temer una detención de la tendencia a la disminución del uso de tabaco e, incluso, el riesgo de un posible repunte de la prevalencia global.

---

1. PNSD-SIGMA DOS. *Encuesta Nacional Domiciliaria 1997.* Madrid: Ministerio Interior.

2. FAD-EDIS (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996.* Madrid: FAD y EDIS (1985). *El consumo de drogas en España.* Madrid: Cruz Roja Española.

3. PNSD-CUANTER (1996). *Encuesta Escolar sobre Drogas.* Madrid: Ministerio Interior y EDIS (1997). *El consumo de drogas y factores asociados en el Municipio de Madrid.* Ayuntamiento de Madrid.

Los resultados obtenidos en el presente estudio parecen ir en este sentido. Veamos en primer lugar la tabla 1.1.

TABLA 1.1
El consumo de tabaco

	%
Nunca han fumado	45.8
Antes fumaban, ahora no	11.3
Fuman ocasionalmente	6.4
Fuman diariamente	36.5
NS/NC	0.0
Total	**100.0**
Base	**(2.000)**

Según los datos de esta tabla podemos ver que un 43.1% de la población valenciana de 15 años en adelante indica que en la actualidad es fumadora. De ellos un 6.4% fuman ocasionalmente, mientras que un 36.5% son fumadores diarios.

Si en base a la población de la Comunidad Valenciana, de 15 años en adelante, calculamos el número de fumadores de tabaco que, en términos absolutos, habría en estos momentos, la estimación aproximada se situaría en torno a unos 1.340.000 fumadores, de los cuales 1.135.000 serían fumadores diarios y 205.000 fumadores ocasionales.

Si tomamos como referencia la prevalencia de fumadores diarios, aunque con poblaciones algo distintas, podemos ver el siguiente cuadro:

CUADRO 1.A
Las prevalencias de fumadores diarios en distintos estudios

ÁMBITO POBLACIONAL Y EDADES	AÑO	% FUMADORES DIARIOS
Nacional (15-65 años)	1997	32.9
Galicia (12 y más años)	1996	28.6
Galicia (12 y más años)	1998	32.2
Andalucía (12 y más años)	1996	29.5
Andalucía (12 y más años)	1998	31.0
Canarias (15-65 años)	1997	36.2
Madrid (15-65 años)	1997	36.0
C. Valenciana (15 y más años)	1996	35.0
C. Valenciana (15 y más años)	1998	36.5

Las diferencias observadas se deben fundamentalmente a los distintos segmentos de edad contemplados en cada estudio; en general, cuando más baja es la edad de partida menor es la prevalencia global. A partir de los 15 años, las prevalencias aumentan oscilando, en números redondos, entre el 33% y el 36% de fumadores diarios.

En la Comunidad Valenciana, en relación a 1996, parece haber aumentado un poco la tasa de fumadores, ya que en dicho año era de un 41.6% (el 6.6% ocasionales y el 35% diarios). Aunque el aumento no es grande, podría estar apuntando a una tendencia de incremento, después de varios años de posible descenso. Esto se debería, sin duda, a las altas prevalencias de fumadores entre los jóvenes, especialmente las mujeres de 19 a 24 años (tabla 1.7). Ya indicábamos en 1996[4] que el segmento de edad comprendido entre los 11 y los 16 años era muy crítico, pues en él se producían el 52% de los inicios en el uso de tabaco. En 1998 se observa que los inicios en este grupo de edad se eleva al 57.5% del total. Como es bien sabido, la industria tabaquera está ampliando su mercado en estas franjas de edad, hacia las que en los últimos años está orientando su publicidad de forma muy intensa y selectiva. La edad media de inicio en el uso de tabaco, que en 1996 era de 16.83 años, en 1998 ha bajado a 16.73.

Según los distintos grupos de edad, las proporciones de inicio en el uso del tabaco en cada uno de ellos son los siguientes:

TABLA 1.2
Las edades de inicio en el consumo de tabaco

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 10 años	2.7
De 11 a 13 años	9.4
De 14 a 16 años	48.1
De 17 a 19 años	23.9
De 20 años en adelante	15.9

Aunque, como ya hemos dicho, entre los once y los dieciséis años se sitúa un intervalo de escalada muy crítico, lo cierto es que al cumplir los 19 años ya se habían iniciado el 84.1% de los actuales fumadores.

4. FAD-EDIS (1997). *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana*. Madrid: FAD y Generalitat Valenciana. Direcció General de Drogodependéncies.

Y en lo que se refiere a las edades medias de inicio en el uso del tabaco, según el género y la edad conjuntamente, podemos ver lo siguiente:

TABLA 1.3
Edades medias de inicio en el uso de tabaco, según el género y la edad, conjuntamente

GÉNERO Y EDAD	MEDIAS DE EDAD DE INICIO
Hombres	**16.43**
15-18 años	14.45
19-24 años	15.77
25-34 años	15.23
35-44 años	15.97
45 años en adelante	17.59
Mujeres	**17.17**
15-18 años	14.44
19-24 años	15.76
25-34 años	16.41
35-44 años	16.92
45 años en adelante	21.15
Media general	**16.73**

Si bien es cierto que la media general de inicio de los hombres es algo más precoz que la de las mujeres (16.73 y 17.17, respectivamente), en los dos grupos de edad más joven, 15-18 y 19-24 años, las medias están igualadas en ambos géneros, siendo tan sólo una centésima menor las de las mujeres, con 14.44 y 15.76, por 14.45 y 15.77 las de los hombres. Esta mínima diferencia es irrelevante, pero nos indica la intensa penetración que el tabaco está teniendo entre las mujeres adolescentes y jóvenes.

En lo que se refiere a la cantidad de tabaco consumida por el 98.8% de los fumadores diarios cuya modalidad es el cigarrillo, y la tipología de fumadores resultantes, podemos ver la tabla 1.4.

TABLA 1.4
Tipología de fumadores diarios de cigarrillos

	%
Moderados (menos de 10)	20.2
Medios-altos (de 10 a 20)	63.1
Extremos (de 21 a 40 ó más)	16.8
Media general de cigarrillos/día	**16.76**

Tan sólo uno de cada cinco fumadores de cigarrillos pueden considerarse moderados, mientras que cuatro de cada cinco son fumadores medio-altos o extremos. Un 51.1% de los fumadores consumen por encima de la media general de cigarrillos/día (el 45.7% en 1996).

Entre los fumadores diarios la cantidad media de cigarrillos fumados al día también aumenta un poco, pasando de 16.37 cigarrillos en 1996 a 16.76 en 1998.

Si desagregamos también las medias de cigarrillos fumadas al día, según el género y la edad conjuntamente, obtenemos la tabla 1.5.

TABLA 1.5
Medias de cigarrillos diaros, según el género y la edad, conjuntamente

GÉNERO Y EDAD	MEDIAS DE EDAD DE INICIO
Hombres	**18.29**
15-18 años	13.29
19-24 años	15.31
25-34 años	19.15
35-44 años	23.01
45 años en adelante	17.46
Mujeres	**14.31**
15-18 años	9.87
19-24 años	12.97
25-34 años	13.11
35-44 años	15.89
45 años en adelante	19.18
Media general	**16.76**

Según estos datos podemos ver que la media de cigarrillos diarios de los hombres, con 18.29, es casi cuatro cigarrillos superior a la media de las mujeres, que se sitúa en 14.31. La media más alta la tienen los hombres de 35 a 44 años (23.01 cigarrillos/día) y entre las mujeres las de 45 años en adelante con 19.18.

Obviamente, falta por saber qué proporción de cada género y grupo de edad son fumadores diarios, cuestión que vamos a ver a continuación en el apartado sobre el perfil de los fumadores.

2. EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS FUMADORES

Los resultados recogidos en la pregunta de la tabla 1.1 se han cruzado con las distintas variables de clasificación de la población entrevistada (provincia, hábitat y zona sanitaria; género y edad; estado civil; nivel educativo, ocupación y clase

social). El perfil sociodemográfico de los fumadores, en especial los diarios, resultante de estos cruces es el que vamos a ver a continuación.

Las dos variables más significativas son el género y la edad (P<.00001), por lo que iniciaremos el análisis con las mismas. Veamos a tal efecto la tabla 1.6:

TABLA 1.6
El consumo de tabaco, según el género y la edad, en %

	TOTAL	GÉNERO		EDAD				
		Hombres	Mujeres	15-18	19-24	25-34	35-44	45 y más
Nunca han fumado	45.8	33.1	57.9	45.8	40.1	32.6	35.8	56.8
Antes fumaban, ahora no	11.3	17.0	5.9	6.0	5.6	11.2	13.5	13.3
Fuman ocasionalmente	6.4	3.7	8.9	11.3	8.3	6.8	6.0	4.8
Fuman diariamente	36.5	46.2	27.3	36.9	46.0	49.5	44.7	25.1
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Base	**(2.000)**	**(998)**	**(1.022)**	**(168)**	**(252)**	**(384)**	**(318)**	**(878)**

Género: $x^2 = 191.6$ 3 g.l. P<.00001
Edad: $x^2 = 135.8$ 12 g.l. P<.00001

Para completar estos datos, y tomando en esta ocasión solamente el ítem de fumadores diarios, se ha realizado un cruce conjunto del género y la edad con dicho ítem. Los datos resultantes son los que se recogen en la tabla 1.7.

TABLA 1.7
Los fumadores diarios, según el género y la edad, conjuntamente, en %

GÉNERO Y EDAD	TOTAL	15-18	19-24	25-34	35-44	45 Y MÁS
Hombres	46.2	41.1	42.6	50.0	53.4	43.6
Mujeres	27.3	32.5	50.0	48.7	34.8	9.3
Total	**36.5**	**36.9**	**46.0**	**49.5**	**44.7**	**25.1**

Hombres: $x^2 = 89.79$ 12 g.l. P<.00001
Mujeres: $x^2 = 259.83$ 12 g.l. P<.00001

Si de los datos de estas dos tablas tomamos, en primer lugar, los de la tabla 1.6 podemos ver lo siguiente:

- Las mujeres no han fumado nunca en una proporción bastante superior a la de los hombres: el 57.9% frente al 33.1%. Y también son más fumadoras ocasionales ellas (8.9%) que ellos (3.7%).

- Los hombres son más fumadores diarios que las mujeres, con un 46.2% frente al 27.3%. Aunque en su favor hay que señalar que han abandonado el uso del tabaco en una proporción de tres a uno respecto a las mujeres (el 17% y el 5.9%, respectivamente).

- Los de 45 años en adelante son los que en mayor proporción indican no haber fumado nunca, con un 56.8% (principalmente entre mujeres mayores). A continuación encontramos un 45.8% entre los de 15 a 18 que aún no se ha iniciado en el uso del tabaco.

- En una proporción muy similar al total general, son fumadores diarios los de 15 a 18 años (36.9%); los de 19 a 24 años fuman diariamente el 46%, alcanzando la mayor prevalencia los de 25 a 34 años con un 49.5%. A partir de los 35-44 años se inicia un ligero descenso (44.7%), el cual se hace ya más acusado entre los de 45 años en adelante (25.1%).

Centrándonos ahora en los fumadores diarios (tabla 1.7) podemos afinar aún más el análisis y ver lo siguiente:

- Los hombres son fumadores diarios en mayor proporción que las mujeres en cuatro de los cinco grupos de edad contemplados, alcanzando sus prevalencias máximas en los de 25 a 34 años (50%) y en los de 35 a 44 (53.4%). Aunque también son importantes las de 15-18 (41.1%), 19-24 (42.6%) y 45 y más (43.6%).

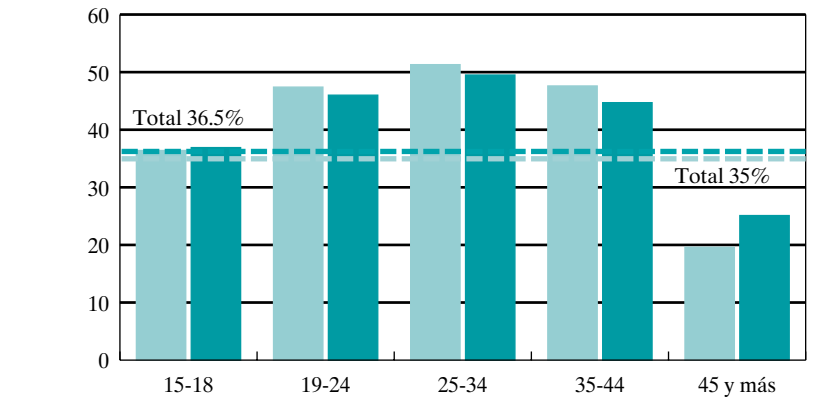
- Las mujeres, a su vez, son más fumadoras diarias que los hombres en el grupo de edad de 19 a 24 años con un 50% de las mismas (por un 42.6% de los hombres). Aunque en menor proporción que los hombres, las mujeres superan su prevalencia total (27.3%) en otros tres grupos de edades: 15-18 (32.5%), 25-34 (48.7%) y 35-44 (34.8%). Sólo a partir de los 45 años cae de forma muy acusada la tasa de fumadoras diarias (9.3%).

Un cambio experimentado, respecto al estudio de 1996, es que hace un par de años las mujeres eran más fumadoras que los hombres en el grupo de 15-18 años (41.5% y 31%, respectivamente), pero no en el de 19 a 24. Actualmente en este grupo de edad, como ya hemos visto, son más fumadoras las mujeres que los hombres. Esto se debe, sin duda, a que las que entonces tenían 17 y 18 años y ahora tienen 19 y 20, siguen fumando actualmente con la misma intensidad que lo hacían hace dos años.

Complementariamente hay que señalar que, en esta ocasión, aunque las mujeres de 15 a 18 años fuman a diario en una proporción importante (el 32.5%) ha disminuido su prevalencia actual respecto a la de 1996, estando en estos momentos por debajo de la de los hombres de su misma edad (36.9%).

Si comparamos la actual estructura de edades de los fumadores diarios con la de 1996 podemos ver el siguiente gráfico:

Los fumadores de tabaco diarios en 1996 y 1998, por edades



	15-18	19-24	25-34	35-44	45 y más
1996	36.4	47.4	51.3	47.6	19.6
1998	36.9	46.0	49.5	44.7	25.1

El conjunto del perfil de los fumadores diarios sería el que se recoge en la tabla 1.8.

TABLA 1.8
Perfil básico de los fumadores diarios de tabaco

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	46.2
Mujeres	27.3
15-18 años	36.8
19-24 años	46.0
25-34 años	49.5
35-44 años	44.7
Hábitat	
En todos los hábitats y especialmente en los de:	
De 10.000 a 50.000 habitantes	37.4
De 100.000 a 250.000 habitantes	38.8
Provincias	
En las tres, y un poco más en la de Valencia	37.2
Zonas	
Valencia-Paterna	40.6
Valencia-Torrente	39.2
Elche-Orihuela	41.6

VARIABLES	%
Población	
No turística	37.0
Turística	36.0
Rol familiar	
Cabezas de familia	40.4
Hijos no emancipados	42.4
Hijos emancipados	48.4
Estudios	
Primarios-EGB	36.5
BUP-COU	38.5
FP 1 y 2	48.0
Medios y superiores	40.4
Ocupación	
Empresarios y directivos	46.0
Profesionales, funcionarios y cuadros medios	40.6
Trabajadores	43.5
Parados	49.1
Clase social	
En todas las clases sociales y especialmente en:	
Media-baja	45.0
Media-alta y alta	46.1
Total	**36.5**

A partir de los datos de la tabla 1.8 podemos concluir que el perfil básico de los fumadores diarios está constituido, principalmente, por los hombres en casi doble proporción que las mujeres y por los grupos de edad de 15 a 44 años. Con la salvedad de las mujeres de 19 a 24 años que, como vimos anteriormente, superan a los hombres de su misma edad. En estas variables las diferencias son muy significativas ($P<.00001$).

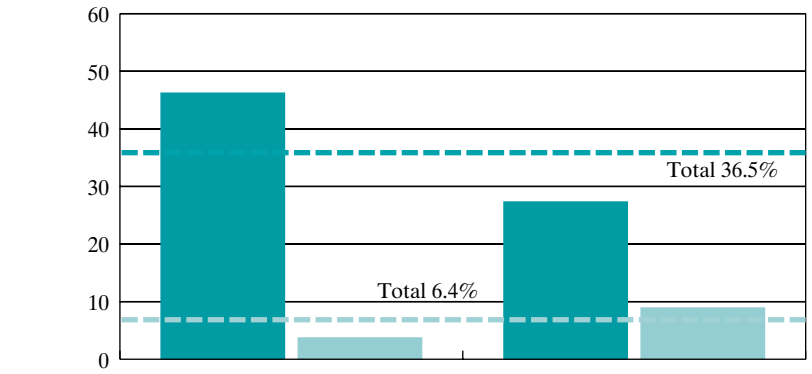
Territorialmente, hay altas prevalencias de fumadores diarios en todos los hábitats y en las tres provincias, no obstante se observan algunas diferencias significativas ($P<.005$), destacando las poblaciones de 10.000 a 50.000 habitantes y de 100.000 a 250.000, así como la provincia de Valencia. Por zonas sanitarias, y con una significación algo mayor ($P<.0001$), las prevalencias más altas son las de Valencia-Paterna, Valencia-Torrente y Elche-Orihuela. Por último, no hay diferencias significativas ($P<.59$) entre las poblaciones turísticas y las que no lo son.

Dependientes a su vez de las variables de género y edad, y con la misma significatividad ($P<.00001$), destacan los fumadores diarios en los roles familiares de cabezas de familia e hijos emancipados y no emancipados.

El hábito de fumar a diario se extiende entre ciudadanos de todos los niveles educativos, aunque sobresalen significativamente (P<.001) los de BUP-COU, FP 1 y 2 y los de estudios medios y superiores. Y desde el punto de vistas ocupacional, las diferencias aún son más significativas (P<.00001), siendo los más fumadores los económicamente activos: empresarios y directivos, profesionales, funcionarios y cuadros medios, trabajadores y parados. Y por clases sociales, encontramos prevalencias altas de fumadores en todas ellas, aunque algo mayores en la media-baja, media-alta y alta (P<.002).

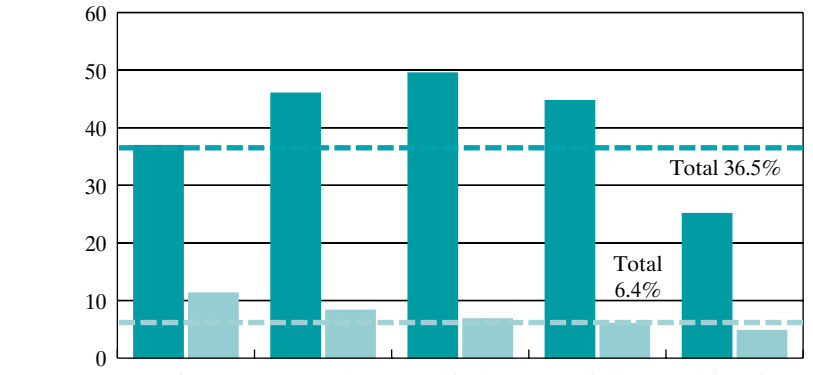
Como puede observarse, la generalización del uso del tabaco a diario es muy amplia y se da en todo tipo de poblaciones y sectores sociales. Es, sin duda, una droga muy integrada social y culturalmente. Las diferencias no se dan tanto por lugar de residencia o nivel educativo, profesional y social, sino por el género y la edad, y por ser o no población económicamente activa, a excepción de los estudiantes que aunque no superan la prevalencia total (36.5%), se encuentran muy cerca de ella con un 34% de fumadores diarios.

El consumo de tabaco ocasional y a diario, según el género



$x^2 = 191.6$ 3 g.l. P<.00001

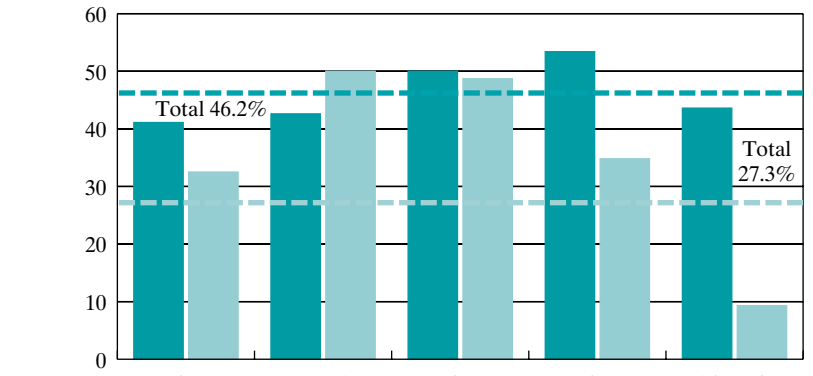
El consumo de tabaco ocasional y a diario, según la edad



	15-18	19-24	25-34	35-44	45 y más
Diario	36.9	46.0	49.5	44.7	25.1
Ocasional	11.3	8.3	6.8	6.0	4.8

$x^2 = 135.8$ 12 g.l. $P<.00001$

Los fumadores diarios, según el género y la edad conjuntamente



	15-18	19-24	25-34	35-44	45 y más
Hombres	41.1	42.6	50.0	53.4	43.6
Mujeres	32.5	50.0	48.7	34.8	9.3

Hombres $x^2 = 89.79$ 12 g.l. $P<.00001$
Mujeres $x^2 = 259.83$ 12 g.l. $P<.00001$

CAPÍTULO DOS

El consumo de alcohol

1. EL CONSUMO DE ALCOHOL: FRECUENCIAS, EDADES DE INICIO, TIPOS DE BEBIDAS Y CANTIDAD

Al igual que ocurre con el tabaco, la proporción de entrevistados que nombran el alcohol como droga (un 27.2% del total) es muy inferior a los que hicieron uso de él, incluso en un período de tiempo corto como lo es el último mes, período en el que un 62.8% de la población de la Comunidad Valenciana, de 15 años en adelante indica haber consumido algún tipo de bebida alcohólica. Esta prevalencia es muy parecida a la observada en el conjunto de España, en la ya citada *Encuesta nacional domiciliaria de 1997,* según la cual un 60.7% de los entrevistados indicaron también haber consumido alcohol en el último mes.

El consumo de alcohol presenta actualmente unas tendencias aparentemente paradójicas: por una parte, disminuye el consumo general de alcohol y la prevalencia de bebedores abusivos, mientras que, por otra, los consumos de bebidas alcohólicas por los adolescentes y los jóvenes son en estos momentos aún bastante preocupantes.

En un reciente estudio[1], realizado entre población laboral de la Comunidad Valenciana, señalábamos que en 1995[2] un 69% de la población había consumido alcohol en el último mes, es decir algo más de ocho puntos porcentuales que en 1997. Por otra parte, según el *Panel de consumo alimentario*[3] la venta de bebidas alcohólicas

1. FAD-EDIS (1998). *La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral de Comunidad Valenciana.* Madrid: FAD y Generalitat Valenciana: Direcció General de Drogodependències.

2. PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1996). *Memoria 1995.* Madrid: Ministerio del Interior.

3. *Panel de consumo alimentario 1995, 1996 y 1997.* Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

en España, entre 1995 y 1997, descendió un 5.8%. Y en lo que se refiere al consumo de alcohol puro *per capita,* entre 1975 y 1995, se pasó de catorce litros a algo menos de diez[4].

Y al tiempo que se ha dado este descenso general del consumo de alcohol, vemos que las prevalencias entre los jóvenes son todavía bastante altas. En la encuesta a población general valenciana de 1996 observábamos que, mientras la tasa de bebedores abusivos en el conjunto de dicha población era de un 5.8%, en el segmento de 19 a 24 años alcanzaba un 10.8% y un 9.6% entre los de 25 a 34 años.

En la actualidad, las prevalencias de bebedores abusivos en la Comunidad Valenciana son muy parecidas a las de hace dos años, con la única variación de que la prevalencia más alta se da ahora en el grupo de 25 a 34 años, sin duda por el desplazamiento al mismo de los que en 1996 se encontraban en el grupo de edad anterior.

Los datos específicos y en detalle del consumo de alcohol en la actualidad en la Comunidad Valenciana son los que se exponen a continuación.

Las frecuencias en el consumo de alcohol

Sobre este particular se preguntó a los entrevistadores con qué frecuencia habían consumido bebidas alcohólicas en el último mes. Los resultados obtenidos son los que se recogen en la tabla 2.1.

TABLA 2.1
Las frecuencias en el consumo de alcohol

	%
No consumieron en el último mes	36.8
1 vez al mes	7.1
2 a 3 veces al mes	14.9
1 a 2 veces a la semana	16.9
3 a 4 veces a la semana	4.4
5 a 6 veces a la semana	1.9
Diariamente	17.6
NS/NC	0.4
Total	**100.0**
Base	**(2.000)**

4. “WORLD DRINK TRENDS” (1996).

Agrupando estos datos en sus categorías básicas podemos ver lo siguiente: un 36.8% no bebió alcohol en el último mes, un 14.9% lo hizo con una frecuencia baja (entre 1 y 3 veces al mes), un 21.3% bebió en una frecuencia media (entre 1 y 4 veces a la semana) y un 19.5% lo hizo ya en una frecuencia mayor (entre 5 y 6 veces a la semana y diariamente).

TABLA 2.2
Perfil de los que no bebieron en el último mes y de los que lo hicieron en los tres tipos de frecuencias, en % (con P<.05 a P<.0001)

	%
No bebieron	**36.8**
Mujeres	48.6
De 35 a 44 años	37.7
De 45 y más años	42.6
Amas de casa	56.1
Abstinentes en el día anterior	58.8
Frecuencia baja	**14.9**
Mujeres	26.4
De 15 a 18 años	30.5
De 19 a 24 años	32.1
De 25 a 34 años	25.1
Estudiantes	33.5
Amas de casa	25.2
Abstinentes día anterior	24.5
Frecuencia media	**21.3**
Hombres	26.6
De 15 a 18 años	29.9
De 19 a 24 años	32.1
De 25 a 39 años	25.1
Empresarios y directivos	24.1
Parados	32.5
Profesionales y cuadros	27.1
Jubilados y pensionistas	43.5
Bebedores ligeros y moderados	29.6
Bebedores abusivos	40.0
Frecuencia mayor	**19.5**
Hombres	31.6
De 35 a 45 años	27.4
De más de 45 años	25.7
Empresarios y directivos	22.4
Profesionales y cuadros	27.1
Trabajadores	31.0
Bebedores ligeros y moderados	53.6
Bebedores abusivos	35.1

Según los datos de la tabla 2.2. podemos ver que, en los que no bebieron en el último mes, el perfil básico es el de mujeres, personas de mediana edad y mayores, principalmente amas de casa, y más de la mitad de los que no bebieron en el día anterior a la entrevista. Entre los que bebieron con baja frecuencia predominan también las mujeres y las amas de casa, pero en las edades destacan los dos grupos más jóvenes (15-18 y 19-24), con un segmento de 25-34 años, así como los estudiantes.

Entre los que bebieron con frecuencia media, la más asimilable al patrón de fin de semana, sobresalen los hombres (aunque también con un 16% de mujeres); los de 15-18 años, 19-24 y 25-35. Por ocupación, encontramos a empresarios y directivos, profesionales y cuadros medios, parados, estudiantes y jubilados-pensionistas, así como dos importantes segmentos de bebedores ligeros y moderados, por una parte, y de bebedores abusivos, por otra.

Finalmente, entre los de una frecuencia mayor, destacan los hombres, los de 35 a 45 años y de más de 45; también empresarios y directivos, y profesionales y cuadros medios, así como trabajadores de la industria y los servicios; más de la mitad de los bebedores ligeros y moderados y más de un tercio de los bebedores abusivos.

Las edades de inicio en el consumo de alcohol

En lo que se refiere a las edades de inicio en el consumo de alcohol, los resultados obtenidos en la encuesta son los siguientes:

TABLA 2.3
Distribución porcentual de las edades de inicio en el consumo de alcohol

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 10 años	5.0
De 11 a 13 años	13.9
De 14 a 16 años	50.9
De 17 a 20 años	24.9
De 21 en adelante	5.5

Al igual que en 1996, el grupo de edad más importante en el inicio del consumo de alcohol es el de 14 a 16 años con un 50.9%, aunque al cumplir los 16 años ya se han iniciado un 69.8% del total de bebedores. En 1996 los inicios hasta los 16 años eran un 61.2%, lo que ha hecho que la edad media de inicio, al igual que en el tabaco, haya descendido, pasando de los 16.16 años en 1996 a los 15.83 en 1998.

Las edades medias de inicio en el consumo de alcohol, según el género y la edad, serían las que se recogen en la tabla 2.4.

TABLA 2.4
Edades medias de inicio en el consumo de alcohol, según el género y la edad, conjuntamente

GÉNERO Y EDAD	MEDIAS DE INICIO EN EL CONSUMO
Hombres	**15.22**
15-18 años	13.98
19-24 años	14.90
25-34 años	14.92
35-44 años	15.52
45 años en adelante	15.67
Mujeres	**16.71**
15-18 años	13.87
19-24 años	15.41
25-34 años	15.56
35-44 años	17.19
45 años en adelante	18.66
Media general	**15.83**

Como puede verse en los datos de la tabla 2.4, la edad media general de los hombres (15.22 años) es más de un año más precoz que la de las mujeres (16.71), y aunque esta mayor precocidad masculina se mantiene a partir de los 19 años en adelante, no ocurre así en el grupo más joven, en el que las mujeres de 15 a 18 años se inician antes que los hombres, con 13.87 y 13.98 años, respectivamente.

Tipos de bebidas y cantidad

Del conjunto de datos obtenidos en la encuesta podemos ver que las proporciones en las que los entrevistados indicaron haber bebido alcohol en los distintos momentos del período de último mes son las siguientes:

- En el último mes 62.8%
- En la última semana 40.8%
- En el día anterior 37.1%

Centrándonos en los que bebieron en el día anterior a la entrevista, durante el mes y medio que duró el trabajo de campo y distribuidas las entrevistas de manera proporcionada entre los días laborables y los de los fines de semana correspondientes, se les solicitó que indicaran qué tipos de bebidas concretas habían consumido y qué cantidad de cada una de ellas.

El 37.1% que indicó haber consumido alcohol en el día anterior había tomado una media de 1.49 clases de bebidas distintas por persona. Las clases de bebidas tomadas y sus proporciones son las que se recogen en la tabla 2.5. En la columna de la izquierda se recogen los porcentajes sobre el total de la muestra, mientras que en la de la derecha sólo se toman ya sobre el colectivo de bebedores.

TABLA 2.5
Tipos de bebidas consumidas

	% TOTAL GENERAL	% ENTRE LOS QUE BEBIERON
Ninguna	62.8	–
Cervezas	20.2	54.3
Vasos de vino pequeños	16.9	45.4
Vasos de vino grandes	1.6	4.3
Licores (coñac, anís, ginebra y otros similares	3.2	8.6
Whisky	3.6	9.7
Combinados	4.1	11.1
Vermuts, aperitivos, finos, amontillados…	0.6	1.6
Carajillos	4.6	12.4
Champaña, cava	0.6	1.6
	118.2*	**149.0***

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

Al igual que en el estudio de 1996, la bebida más tomada en la actualidad es la cerveza, que fue consumida por un 54.3% de los que bebieron. Un 49.7% de los bebedores tomaron vino (vasos pequeños + vasos grandes). En lo que se refiere a las bebidas de alta graduación alcohólica (licores, whisky, combinados, vermuts…), vemos que las tomaron en una proporción del 31%. Finalmente, un 12.4% de los que bebieron tomó carajillos y tan sólo un 1.6% champaña o cava. Esta estructura del consumo de los diferentes tipos de bebidas es, en esencia, la misma que la observada en 1996.

A partir de las cantidades tomadas de cada una de las distintas bebidas y según la equivalencia en alcohol puro en mililitros de cada una de ellas, las medias de consumo, en el conjunto de la población y entre el colectivo de bebedores, son las que se recogen en el cuadro 2.A.

CUADRO 2.A
Medias de consumo de alcohol en ml. en días laborables, de fin de semana y promedio diario general

Toda la población entrevistada	**(2.000)**
Día laborables	12.26
Días de fin de semana	18.77
Promedio diario	15.13
Sólo los bebedores	**(741)**
Día laborables	36.65
Días de fin de semana	44.71
Promedio diario	40.66

El promedio diario semanal en el conjunto de la población valenciana, con 15.13 ml., es muy similar al observado en 1996 (14.65). Y referido al colectivo de bebedores, aunque éste ha aumentado algo respecto al de 1996 (37.1% en 1998, por 31.2% en 1996), la cantidad o promedio diario en la semana ha descendido un poco, situándose en 40.66 ml. (por 46.58 ml. en 1996). Por otra parte, sigue observándose una mayor media en los consumos de los días de fin de semana (44.71 ml) que en los laborables (36.65 ml).

Según los cruces de estas medias con las variables de género y edad, podemos observar lo siguiente:

- Del 37.1% de entrevistados que indicaron haber bebido en el día anterior a la entrevista (a lo largo del mes y medio que duró el trabajo de campo) un 19.7% lo hizo en días laborables y otro 18.4% en los días de fin de semana.
- Según el género podemos ver que un 27.5% de los hombres y el 10.2% de las mujeres bebieron en días laborables; mientras que los días de fin de semana lo hicieron un 24.9% de los hombres y el 12.6% de las mujeres.
- Dentro de estas proporciones de hombres y mujeres bebedores, los hombres consumieron una media de 37.77 ml. los días laborables y 45.54 en los de fin de semana, mientras que las mujeres bebieron 33.78 ml. y 43.12 ml., respectivamente.
- Por edades, los mayores consumos de alcohol se alcanzan entre los de 19 y 24 años con una media de 76.52 ml. en días de fin de semana, y en los de 25 a 24 años con 58.12 ml., también en los fines de semana.

Para profundizar en los distintos grados de consumo de alcohol, y en especial en los consumos abusivos, es necesario dar un paso más en el análisis y elaborar una tipología de bebedores; cuestión ésta que vamos a ver en el siguiente apartado.

2. TIPOLOGÍA DE BEBEDORES Y SU PERFIL

En los puntos precedentes hemos visto ya las distintas proporciones de entrevistados que bebieron algún tipo de bebida alcohólica, las medias de consumo resultantes en ml. de alcohol puro, en promedio general diario, así como en los días laborables y los de fin de semana. A partir de estas cantidades de consumo de alcohol puro, y tomando como referencia el promedio general diario, hemos elaborado una tipología de bebedores, siguiendo criterios internacionales y aplicada en nuestro país en diversos estudios[5]. Dicha tipología sería la siguiente:

CUADRO 2.B
Tipología de bebedores

	ML. DE ALCOHOL	
Tipología*	**Hombres**	**Mujeres**
Abstinentes	0	0
Ligeros	1 a 25	1 a 25
Moderados	26 a 75	26 a 50
Altos	76 a 100	51 a 75
Excesivos	101 a 150	76 a 100
Gran riesgo	Más de 150	Más de 100

* En algunos de los estudios no se distingue entre hombres y mujeres en las medias aplicadas, mientras que en otros sí se ha hecho.

Aplicando esta tipología, los resultados obtenidos en la Encuesta de 1998 son los que se recogen en la tabla 2.6:

---

5. 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. (1984). *El consumo de drogas en España. Madrid:* EDIS-Cruz Roja Española. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Y en NAVARRO, J. et al. (1987). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral.* Madrid: UGT.

En los estudios regionales EDIS-DGA (1986). *El consumo de drogas en Aragón.* Zaragoza:Diputación General de Aragón. EDIS (1987, 1989, 1992, 1994 y 1996). *Los andaluces ante la droga.* Sevilla: Comisionado para la Droga. EDIS-CAM. 1988. *Factores de riesgo en el consumo de drogas.* Madrid: Plan Regional Drogas. EDIS-Xunta de Galicia (1989, 1992, 1994 y 1996). .*El consumo de drogas en Galicia.* Santiago: Plan Autonómico de Drogodependencias. FAD-EDIS (1996) *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana.* Madrid: FAD y Direcció General de Drogodepéndencies.FAD-EDIS (1998). *El Consumo de drogas en el Municipio de Madrid.* Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Y en EDIS (1998). *Las drogas en el mundo laboral de Andalucía.* Sevilla: Comisionado para la Droga.

TABLA 2.6
Tipología de bebedores

	%
Abstinentes	62.7
Ligeros	16.4
Moderados	14.8
Altos	3.0
Excesivos	1.8
Gran riesgo	1.3
Total	**100.0**
Base	**(2.000)**

En lo que se refiere a los bebedores abusivos (altos + excesivos + gran riesgo), en el día anterior a la entrevista, encontramos a un 6.1% del total de la población valenciana de 15 años en adelante. Si bien esta prevalencia, en términos relativos, es tres décimas superior a la registrada en el estudio de 1996, hay que señalar que en términos reales es algo inferior, pues en 1996 se incluían en esta categoría a todos los que hubieran bebido más de 75 mililitros de alcohol/día, mientras que en 1998 el umbral para la mujer se ha situado a partir de los 50 mililitros. De hecho, según esta última clasificación, la prevalencia de bebedores abusivos de 1996 se situaba en torno al 7%.

Esta disminución de casi un punto en los bebedores abusivos entre 1996 y 1998 es coherente con el descenso experimentado en la media general de ingesta de alcohol entre la población bebedora que, como hemos visto anteriormente, ha pasado de 46.58 ml. en 1996 a 40.66 en 1998.

Por otra parte, esta tendencia a la disminución de la prevalencia de bebedores abusivos está en la línea de lo observado en otras Comunidades Autónomas, según podemos ver en el cuadro siguiente:

CUADRO 2.C
Las prevalencias de bebedores abusivos en distintos estudios

ÁMBITO POBLACIONAL Y EDADES	AÑO	% BEBEDORES ABUSIVOS
Andalucía (12 y más años)	1994	9.5
Galicia (12 y más años)	1994	10.5
Andalucía (12 y más años)	1996	7.8
Galicia (12 y más años)	1996	8.4
C. Valenciana (15 y más años)	1996	7.0
Andalucía (12 y más años)	1998	6.5
Galicia (12 y más años)	1998	6.8
C. Valenciana (15 y más años)	1998	6.1

Como puede verse en las tres Comunidades referenciadas, se observa un paulatino pero continuado descenso de las prevalencias de los bebedores abusivos. Esta tendencia, aunque con datos menos directamente comparables, parece observarse también a nivel nacional, habiendo pasado de un ocho o nueve por ciento en 1985 a un seis o siete por ciento en 1997[6].

Profundizando un poco más en el análisis, podemos ver que del conjunto de bebedores abusivos en la Comunidad Valencia (6.1%), algo más de un tercio de los mismos (tabla 2.2) estarían bebiendo con alta frecuencia (a diario o casi a diario); éstos serían los que se encontrarían en un mayor riesgo alcohólico y que se situarían en torno al 2% del conjunto de la población valenciana estudiada, representando en términos absolutos entre 60.000 y 70.000 personas. Otras 100.000 habrían bebido de forma abusiva en el día anterior a la entrevista, pero su frecuencia sería algo menor, básicamente entre 1 y 4 veces a la semana (el 40% del total de bebedores abusivos, según la tabla 2.2).

En lo que se refiere al perfil general de la tipología de bebedores, en las variables de género y edad, podemos ver la siguiente tabla:

TABLA 2.7
Tipología de bebedores, según el género y la edad, en %

	TOTAL	GÉNERO		EDAD				
		Hombres	Mujeres	15-18	19-24	25-34	35-44	45 y más
Abstinente	62.7	47.8	77.1	80.8	73.5	61.2	62.7	56.8
Ligero	16.4	23.2	9.8	9.0	7.9	15.9	14.4	21.2
Moderado	14.8	22.0	7.8	6.6	9.9	12.5	16.6	18.1
Alto	3.0	3.9	2.2	1.8	2.0	5.7	2.8	2.4
Excesivo	1.8	2.4	1.4	1.2	4.0	1.8	2.8	1.0
Gran riesgo	1.3	0.8	1.7	0.6	2.8	2.9	0.6	0.5
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Base	**(2.000)**	**(979)**	**(1.021)**	**(167)**	**(253)**	**(384)**	**(319)**	**(871)**

Género: $x^2 = 199.1$ 5 g.l. P<.00001
Edad: $x^2 = 118.9$ 20 g.l. P<.00001

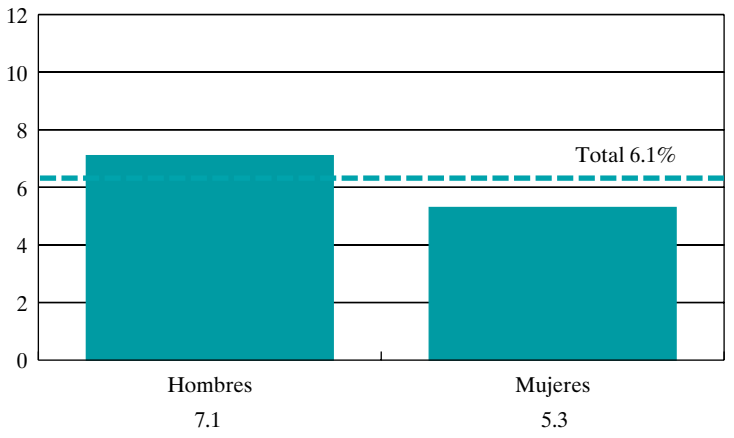
Y si de esta tabla tomamos la agrupación de altos+excesivos+gran riesgo, podemos ver los siguientes datos referidos al conjunto de bebedores abusivos (más de 75 ml. en los hombres y más de 50 ml. en las mujeres).

TABLA 2.8
Los bebedores abusivos, según el género y la edad, en %

TOTAL	HOMBRES	MUJERES	15-18	19-24	25-34	35-44	45 Y MÁS
6.1	7.1	5.3	3.6	8.8	10.4	6.2	3.9

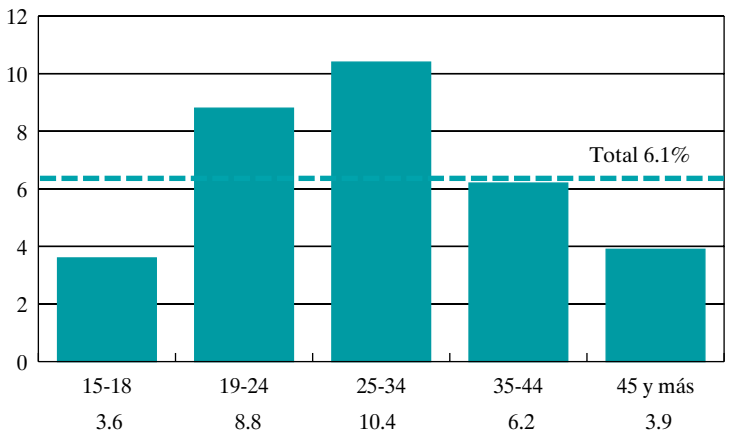
6. NAVARRO, J. (1998) "Aspectos sociológicos y epidemiológicos del consumo de alcohol en España". En *Tratado sobre el alcoholismo* (en prensa).

El consumo abusivo de alcohol, según el género



$x^2 = 199.1$ 5 g.l. P<.00001

El consumo abusivo de alcohol, según la edad



$x^2 = 118.9$ 20 g.l. P<.00001

Y si profundizamos todavía más, y cruzamos conjuntamente las variables de género y edad, podemos ver lo siguiente:

TABLA 2.9
Los bebedores abusivos, según el género y la edad, en %

	TOTAL	15-18	19-24	25-34	35-44	45 Y MÁS
Hombres	7.1	3.3	7.6	11.3	8.6	5.2
Mujeres	5.3	3.9	10.6	9.9	3.8	2.8
Total	**6.1**	**3.6**	**8.8**	**10.4**	**6.2**	**3.9**

Hombres: $x^2 = 110.6$ 20 g.l. P<.00001
Mujeres: $x^2 = 52.47$ 20 g.l. P<.0001

A partir de estas tres últimas tablas (2.7, 2.8 y 2.9) estamos ya en condiciones de extraer las siguiente conclusiones:

- Los que en mayor proporción fueron abstinentes serían las mujeres, el 77.1%, frente a un 47.8% de los hombres. Y por edades, los de 15 a 18 años con un 80.8% y los de 19 a 24 con el 73.5%.
- Los que fueron bebedores ligeros y moderados serían principalmente los hombres, el 45.2% de los mismos, frente a un 17.6% las mujeres. Y por edades, los de 35 a 44 años con un 31% y los de 45 años en adelante con el 39.3%.
- Y en lo que respecta a los bebedores abusivos, vemos que predominan los hombres (7.1%) más que las mujeres (5.3%). Por edades, las prevalencias más altas estarían en el grupo de 19 a 24 años con un 8.8% y en el de 25 a 34 con el 10.4%.
- Y al cruzar las variables de género y edad conjuntamente, vemos que las prevalencias de bebedores abusivos entre los hombres se dan en los de 25 a 34 años con el 11.3% y los de 35 a 44 con un 8.6%. Y por parte de las mujeres, entre las de 19 a 24 años con un 10.6% y las de 25 a 34 con el 9.9%.

Con relación a 1996, se observa que en los de 15 a 18 años aumentaron los abstinentes (80.8% en 1998, por un 77.9% en 1996). También que la prevalencia máxima de bebedores abusivos que en 1996 se situaba en el grupo de 19-24 años (10.8%) se desplaza al de 25-34 en 1998 (10.4%). Finalmente, las mujeres que en el grupo de 15-18 años en 1996 eran más bebedoras abusivas que los hombres (4.35% y 2.2%, respectivamente) lo son también, pero algo menos, en 1998 (3.9% y 3.3%), aunque lo más relevante de lo que se observa es que se trasladan en 1998 al siguiente grupo de 19-24 años, con un 10.6% de mujeres, por un 7.6% los hombres.

Si comparamos la estructura de edades de los bebedores abusivos de 1998 con la de 1996, podemos ver el siguiente gráfico:

Los bebedores abusivos en 1996 y 1998, por edades

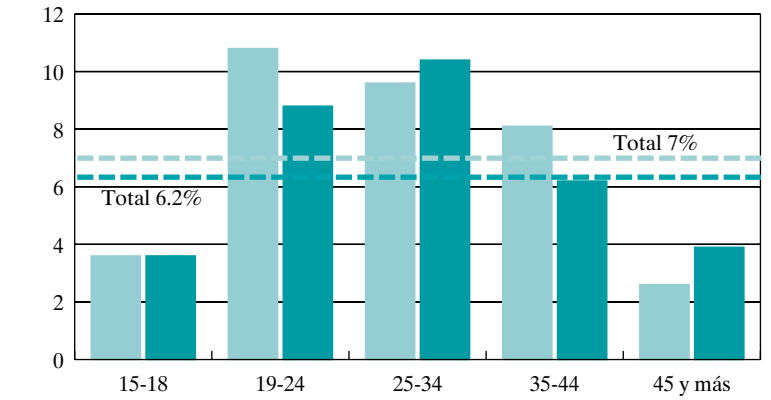


TABLA 2.10
Perfil básico de los consumidores de alcohol abusivo

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	7.1
Mujeres	5.3
19 a 24 años	8.8
25 a 34 años	10.4
Hábitat	
En poblaciones de:	
De 10.000 a 50.000 habitantes	9.7
De 100.000 a 250.000 habitantes	13.8
Provincias	
Alicante	9.3
Zonas	
Alicante-Denia	7.2
Población	
No turísticas	7.6

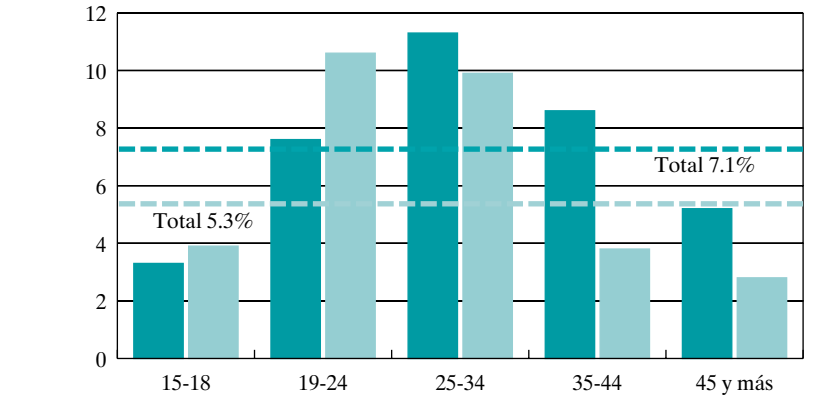
VARIABLES	%
Rol familiar	
Cabezas familia	6.3
Hijos no emancipados	7.9
Hijos emancipados	15.2
Estudios	
Primarios-EGB	6.5
BUP-COU	7.1
FP 1 y 2	6.3
Medios y superiores	8.3
Ocupación	
Empresarios y directivos	6.5
Profesionales y funcionarios	7.2
Trabajadores	8.6
Parados	9.6
Estudiantes	6.6
Clase social	
Media-baja	8.6
Media-media	6.3
Media-alta	8.2
Total	**6.1**

Como ya hemos indicado anteriormente, los bebedores más abusivos son los hombres y los grupos de edad de 19-24 y 25-34 años. Derivadas de estas variables, encontramos en la del rol familiar a los cabezas de familia y a los hijos emancipados y no emancipados. Estas variables tienen diferencias muy significativas ($P<.0001$).

Territorialmente, el consumo de alcohol abusivo se da en todo tipo de población; no obstante cabe destacar las prevalencias de las de 10.000-50.000 habitantes y las de 100.000-250.000; la provincia de Alicante, la zona de Alicante-Denia y las poblaciones no turísticas. Las diferencias tienen una significación menor: entre $P<.05$ y $P<.009$.

Socialmente estos consumos se dan en todos los estratos, en población con niveles educativos diversos y en las amplias capas de las clases medias. La significación de las diferencias están entre $P<.01$ y $P<.006$. Las mayores variaciones (con $P<.00001$) se dan en la variable de ocupación, destacando la población económicamente activa: empresarios y directivos, profesionales y funcionarios, trabajadores ocupados, y parados. Entre la población no activa sobresale un segmento de estudiantes.

El consumo abusivo de alcohol, según el género y la edad, conjuntamente



	15-18	19-24	25-34	35-44	45 y más
Hombres	3.3	7.6	11.3	8.6	5.2
Mujeres	3.9	10.6	9.9	3.8	2.8

Hombres $x^2 = 110.6$ 20 g.l. $P<.00001$
Mujeres $x^2 = 52.47$ 20 g.l. $P<.0001$

3. ÁMBITOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

A los entrevistados que indicaron que habían bebido algún tipo de bebida alcohólica en el último mes (el 62.8% del total) se les preguntó "con quién o en qué circunstancias solían tomar las bebidas alcohólicas, más frecuentemente." Dado que la respuesta podía ser múltiple, de 1.224 entrevistados que respondieron obtuvimos un total de 2.196 respuestas; es decir, una media de 1.79 por persona.

Dichas respuestas, recogidas en doble columna, son las que figuran en la tabla 2.11.

De estos diversos ámbitos en los que se suele consumir alcohol más frecuentemente, destacan la propia casa y familia (45.3% de entrevistados y 25.3% de respuestas), el grupo de amigos/as (55.6% de entrevistados y 31% de respuestas) y las fiestas (24.9% entrevistados y 13.9% de respuestas). Obviamente, estos ámbitos de consumo de alcohol varían sustantivamente según algunas variables sociodemográficas, siendo las más significativas, con mucho, la edad, el nivel educativo, la ocupación y la clase social, con $P<.00001$. También lo son la tipología de bebedores ($P<.001$) y algo menos el género ($P<.05$). No tienen diferencias apreciables significativas las variables territoriales.

TABLA 2.11
Con quién o dónde se consumen las bebidas alcohólicas

	% RESPUESTAS	% ENTREVISTADOS
En mi casa, con mi familia	25.3	45.3
Con algún otro familiar	7.2	12.8
Con un amigo o amiga	10.0	18.0
En el grupo de amigos/as	31.0	55.6
En una discoteca	8.4	15.1
En una fiesta	13.9	24.9
Con compañeros de colegio, o en alguna celebración con ellos	1.5	2.8
En lugares o circunstancias diversas	2.7	4.8
Total	**100.0**	**179.3**
Base	**(2.196)**	**(1.224)**

Si además de los tres ámbitos principales (casa, amigos y fiestas) contemplamos también las discotecas, por su importancia entre los jóvenes, podemos ver la siguiente tabla (2.12) de perfiles.

TABLA 2.12
Perfiles de los consumidores de alcohol en los principales ámbitos de consumo, en % entrevistados

	%
En mi casa, con mi familia	**45.3**
Hombres	46.9
Mujeres	43.1
De 35 a 44 años	57.3
De 45 en adelante	71.1
De estudios incompletos y primarios	65.0
Amas de casa	69.9
Jubilados-pensionistas	85.9
Clase social baja y media-baja	46.4
Clase social media-media	48.6
Bebedores ligeros	71.0
Bebedores moderados	57.8

	%
En el grupo de amigos/as	**55.6**
Hombres	58.1
Mujeres	52.0
De 15 a 18 años	77.4
De 19 a 24 años	74.4
De 25 a 34 años	70.5
BUP y FP 1 y 2	65.1
Con estudios medios y superiores	67.1
Estudiantes	79.6
Empresarios y trabajadores	59.6
Parados	60.2
Clase social media-media	57.8
Clase social media-alta	60.1
Bebedores moderados	55.1
Bebedores excesivos	67.8
En fiestas	**24.9**
Mujeres	33.2
Hombres	19.1
De 15 a 18 años	36.6
De 19 a 24 años	32.1
De 25 a 34 años	31.0
BUP y FP 1 y 2	31.6
Estudios medios y superiores	29.1
Estudiantes	38.7
Amas de casa	34.4
Trabajadores	27.1
Clase social media-media	25.1
Clase social media-alta	24.9
Bebedores altos	30.8
Bebedores gran riesgo	34.8
En discotecas	**15.1**
Mujeres	15.6
Hombres	14.5
De 15 a 18 años	38.7
De 19 a 24 años	37.7
BUP y FP 1 y 2	24.3
Estudiantes	32.8
Parados	26.6
Clase social media-baja	16.4
Clase social media-alta	21.1
Los tres grados de bebedores abusivos	32.5

Lo más significativo de los datos de la tabla 2.12 es la fuerte dicotomización que se produce en los perfiles de los que beben en casa con su familia, por una parte, y los que beben en el grupo de amigos, en fiestas y en discotecas, por otra. Los que beben en casa con su familia, son principalmente personas de edad media y mayor,

de bajo nivel educativo, amas de casa y jubilados-pensionistas, de clases sociales populares, y son bebedores ligeros y moderados.

Por el contrario, los que beben en el grupo de amigos, en fiestas o en la discoteca, son personas jóvenes, de nivel educativo y social medio y alto. Población activa (empresarios y trabajadores, parados) y estudiantes. Y aunque también hay bebedores moderados, en estos tres ámbitos se concentran los tres tipos de bebedores abusivos. Algunas singularidades serían la mayor juventud de los de discotecas y la amplia presencia de las amas de casa en las fiestas.

4. OTRAS OPINIONES SOBRE EL ALCOHOL

En la introducción del presente informe ya hemos visto una serie de opiniones y estereotipos sobre el alcohol (los que lo nombran como droga, los supuestos beneficios que le son atribuidos...). En este apartado vamos a avanzar más en el análisis de las opiniones sobre el alcohol (análisis que se completará en la segunda parte del informe sobre la publicidad alcohólica, la importancia del problema en los jóvenes y las demandas de actuaciones).

Siguiendo los indicadores utilizados en un reciente estudio en el País Vasco[7], los temas que aquí vamos a ver se plantearon al 62.8% de entrevistados que en el último mes consumieron alcohol, y se refieren a la opinión de estos entrevistados sobre cinco cuestiones: si el alcohol es una sustancia que se puede controlar, si es segura y no peligrosa, si es de uso fácil y cómodo, si tiene un precio asequible y si no la consideran una droga. Las respuestas se solicitaron en forma de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas, dando también la posibilidad de responder que no lo saben. Las respuestas obtenidas son las que, en lectura horizontal, se recogen en la tabla 2.13.

TABLA 2.13
Dígame, por favor, si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases referidas al alcohol (en %)

	ACUERDO	DESACUERDO	NO SÉ	TOTAL
Es una sustancia que se puede controlar	73.6	22.6	3.8	100
Es segura y no peligrosa	24.4	73.2	2.4	100
Es de uso fácil y cómodo	93.5	5.7	0.8	100
Tiene un precio asequible	78.9	18.5	2.6	100
No la considero una droga	37.0	55.7	7.3	100

7. ELZO. J; COMAS. D; LAESPADA, T; VIELVA, I. "Nuevos productos y nuevas pautas de consumo en la juventud vasca 1999". Instituto Deusto de Drogodependencias. Bilbao (en prensa).

De los resultados de esta tabla podemos ver que, de las cinco cuestiones planteadas, hay tres que indican posiciones que, mayoritariamente, pueden ser potencialmente facilitadoras de unos consumos de alcohol: una sería que el 73.6% de los actuales consumidores de alcohol cree que ésta es una sustancia que se puede controlar; otra que el 93.5% señala que es de uso fácil y cómodo; y la tercera que el 78.9% piensa que tiene un precio asequible.

Por contra, en dos de las cuestiones la mayoría estaría en una posición teóricamente más resistente o dificultadora de los consumos: la primera sería que el 73.2% está en desacuerdo con que el alcohol sea una sustancia segura y no peligrosa; la segunda el 55.7% que está en desacuerdo con que el alcohol no sea considerado una droga (aunque en este caso no carece de importancia el 37% que sí esta de acuerdo en no considerarlo una droga).

En el cruce de cada una de estas cuestiones con la tipología de bebedores no se observan diferencias significativas en las cuatro primeras, pero en la quinta sí hay diferencias relevantes y significativas ($P<.001$), pues entre los bebedores abusivos vemos que un 52% está de acuerdo en que el alcohol no es una droga.

En el resto de las variables sociodemográficas tampoco hay mayores diferencias respecto a las cuatro primeras cuestiones, pero sí las encontramos nuevamente en la quinta, pues hay unos segmentos de población bastante importantes que están de acuerdo en no considerar el alcohol una droga. Estos colectivos son los segmentos siguientes: un 41% de los hombres, el 51.4% de los de 15 a 18 años, el 47.7% de los que viven en núcleos urbanos grandes, así como un 44.1% de los empresarios, el 39% de los profesionales y funcionarios, el 41.8% de los parados y un 40% de los estudiantes. La significación de estas diferencias respecto al total general (37%) es bastante alta: $P<.003$.

CAPÍTULO TRES

El consumo de otras drogas

INTRODUCCIÓN

La parte del cuestionario que se utiliza en la presente investigación para la obtención de información sobre los consumos de los psicofármacos y de las drogas ilegales, ha sido la misma que la que se aplicó en la Comunidad Valenciana en el estudio de 1996[1]. Sobre la experimentación del cuestionario y la validez de los indicadores incluidos, en dicho estudio decíamos lo siguiente:

> "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

1. FAD-EDIS (1997). *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana.* Madrid: FAD y Generalitat Valenciana. Consellería Benestar Social. Direcció General de Drogodepéndencies.

> 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*[2] y, en general, también en lo básico a la orientación que el Plan Nacional sobre Drogas ha dado a su última encuesta nacional[3]. Esta aproximación nos ha inducido a extender la secuencia primera a una previa de uso 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."

En esta misma línea se ha planteado la presente encuesta de 1998 en todo lo que se refiere al uso de las distintas drogas. No obstante, se han incluido dos cambios; por una parte, dada la amplia extensión del uso de analgésicos comunes y la escasa relevancia de la información que aporta se ha optado por suprimirlos; por otra, se ha incluido el crack, pues el conocimiento de su posible presencia y consumo en la actualidad ha aconsejado hacerlo.

Los tres indicadores básicos: alguna vez, los últimos doce meses y el último mes son también los mismos que los incluidos en la última *Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas* (1997)[4] del Plan Nacional sobre Drogas, y de este mismo modo se estructuran también los datos del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías[5].

---

2. 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).

3. 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.

4. OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS.(1998). *Informe nº 1.* "Estado de situación del consumo de drogas: indicadores sociológicos y patrones de consumo. Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997". (págs. 23 a 32). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

5. OBSERVATORIO EUROPEO DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS. "Informe Anual de 1998 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea." Lisboa 1998.

Y al igual que en el estudio de 1996 en la Comunidad Valenciana:

> "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[6], respecto a la estructuración y compresibilidad 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 psicoactivas por las que se ha preguntado, además del tabaco y el alcohol vistos en los dos capítulos anteriores, han sido las siguientes:

- Inhalables
- Cannabis
- Cocaína
- Drogas de síntesis
- Heroína
- Otros opiáceos
- Alucinógenos
- Anfetaminas y speed
- Tranquilizantes
- Hipnóticos
- Crack

Como viene siendo habitual en la forma de preguntar a los entrevistados, las "drogas de síntesis" se han formulado como "éxtasis u otras drogas de diseño", dado que, en general, son más conocidas de este modo. Por otra parte, en la mayoría de las demás sustancias se han hecho aclaraciones sobre otros términos en que son conocidas e, incluso, en algunos psicofármacos se han citado algunas de las marcas más conocidas, a título de ejemplo.

En cada una de las sustancias citadas, la exposición y el análisis de los datos obtenidos incluye lo siguiente:

---

6. TURNER, CH. C., LESSLER, J.T. y GFROERER, J. (1992). *Survey Measurement of Drug Use. Methodological Studies.* Rockville (Maryland): National Institute on Drug Abuse.

GFROERER, J. (1992). "Methodology of the U.S. National Household Survey on Drug Abuse". En: EMCDDA *Health Related Data and Epidemiology in the European Community.* Bruselas (21-23 septiembre): EMCDDA.

- 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.
- Índices de continuidad de uso[7]:
  - Últimos doce meses/alguna vez.
  - Último mes/últimos doce meses.
  - Índice general de continuidad de uso.
- 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 género y edad.

Además de estas cuestiones comunes en todas las sustancias, en algunas de ellas se incluyen otras específicas, exactamente las siguientes:

- Para la cocaína y/o la heroína: la vía de consumo más frecuente.
- Para la cannabis y las drogas de síntesis se realizaron también las cinco preguntas que ya vimos en el alcohol: si es una sustancia que se puede controlar, si es segura y no peligrosa, si es de uso fácil y cómodo, si tiene un precio asequible, y si no la considera una droga.

En otros capítulos se analizarán otras cuestiones complementarias o explicativas, tales como el uso múltiple de drogas o el policonsumo, comparación de las prevalencias de cada sustancia en los distintos períodos y posibles tendencias, características asociadas al uso de drogas, motivaciones y factores de riesgo, consecuencias del uso de drogas, actitudes y demandas de la población.

En lo que se refiere a las estimaciones de posibles consumidores de cada sustancia , queremos advertir lo siguiente: dichas estimaciones son aproximativas, y a medida que son más pequeñas las prevalencias, los cálculos pueden tener un error potencial mayor y por lo tanto sólo deben ser tomados de forma meramente indicativa. Como base para el cálculo se ha tomado siempre el valor central de los intervalos de confianza, que son los que se exponen en las tablas. En las sustancias de uso más minoritario las estimaciones se harán dentro de un intervalo probable.

---

7. La continuidad de uso significa la proporción de consumidores de una determinada droga que la siguen usando en un período de tiempo, respecto a los que la usaron en otro período más amplio; por ejemplo, los que lo hicieron en el último mes, respecto a los que la usaron en los últimos doce meses.

Finalmente, en lo que respecta a las inevitables comparaciones que hay que hacer, de las prevalencias de las distintas sustancias observadas en la Comunidad Valenciana, con las de otras Comunidades Autónomas, y en especial con las del conjunto nacional, hay que tener en cuenta dos cuestiones muy importantes. La primera de ellas es que una amplia parte de la población de la Comunidad Valenciana (un 40% del total) se encuentran en zonas turísticas, lo cual suele comportar —como puede verse en las tablas de perfiles— unas prevalencias algo más altas en determinadas sustancias.

La segunda, aún más importante que la anterior, es que la población de la Comunidad Valenciana habita en núcleos urbanos en mayor proporción que la de otras Comunidades y que el conjunto nacional. Y esto es muy importante porque, si nos fijamos en las tablas de perfiles, veremos que todas las sustancias ilegales (cannabis, cocaína, drogas de síntesis, heroína y otros opiáceos, alucinógenos, anfetaminas y crack) son consumidas muy principalmente en el medio urbano. Esto hace que, a mayor ratio entre población urbana y población rural, las prevalencias de estas sustancias tiendan a aumentar.

Para que podemos ver de un modo preciso esta mayor realidad urbana de la Comunidad Valenciana respecto al conjunto nacional, hemos tomado la población de esta Comunidad y la de España, a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (Censo 1991 y Padrón Municipal 1996)[8] y las hemos clasificado de tres modos distintos, a saber:

a) Población de hasta 5.000 habitantes y de más de 5.000.

b) Población rural y población intermedia+urbana.

c) Población rural+intermedia y población urbana.

Y en cada una de estas tres clasificaciones hemos obtenido un ratio, dividiendo el segundo término por el primero. Los datos obtenidos se reflejan en el siguiente cuadro 3.A.

Como puede verse en este cuadro, en las tres clasificaciones queda patente el mayor componente urbano de la Comunidad Valenciana respecto al conjunto de la población española: los ratios entre población de más de 5.000 habitantes y de menos de 5.000, población rural y población intermedia+urbana, y población rural+intermedia y urbana, son en los tres casos mayores en la Comunidad Valenciana. Lo cual, dado el mayor consumo de las drogas, especialmente las ilegales, en el medio urbano, explicaría unas prevalencias más altas que en otras Comunidades menos urbanas y que en el conjunto nacional, aún en poblaciones de las mismas edades.

8. Las agrupaciones b y c se toman directamente de la tipología elaborada por el INE en el citado *Censo de población y viviendas de 1991.* (página 103).

CUADRO 3.A
Ratios de ubicación de la población española y de la población de la Comunidad Valenciana

	% POBLACIÓN HASTA 5.000 HAB.	% POBLACIÓN MÁS 5.000 HAB.	RATIO POBLACIÓN MÁS 5.000 / MENOS 5.000
España	16.07	83.93	5.23
C. Valenciana	12.52	87.48	6.99

	% POBLACIÓN RURAL	% POBLACIÓN INTERMEDIA + URBANA	RATIO POBLACIÓN INTERMEDIA + URBANA / RURAL
España	18.0	82.0	4.56
C. Valenciana	9.27	90.7	9.78

	% POBLACIÓN RURAL + INTERMEDIA	% POBLACIÓN URBANA	RATIO POBLACIÓN URBANA / RURAL + INTERMEDIA
España	34.99	65.01	1.86
C. Valenciana	27.04	72.96	2.70

Veamos a continuación los datos obtenidos en la presente encuesta para cada una de las distintas sustancias contempladas.

1. LOS INHALABLES

Los inhalables son una serie de productos bastante comunes de uso doméstico o industrial, tales como colas y pegamentos, gasolinas, disolventes, etc. En el cuestionario así se especíifició a los entrevistados. Su uso como sustancias dopantes es el que se recoge en la tabla 3.1.

El uso de estas sustancias es bastante minoritario. Un 0.7% indica haberlos usado alguna vez, un 0.2% lo hizo en los últimos doce meses, y tan sólo un 0.1% los usó en el último mes. Y estos últimos en la frecuencia de menos de una vez por semana.

TABLA 3.1
El consumo de inhalables

Consumió alguna vez (en %)	0.7
Edad media de inicio en el consumo (años)	15.44
Consumió en los últimos doce meses (en %)	0.2
Consumió en el último mes (en %)	0.1
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
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

La continuidad de uso sería, pues, la siguiente:

- Últimos doce meses/alguna vez: 28.6%
- Último mes/últimos doce meses: 50.0%
- Índice general de continuidad de uso: 14.3%

Respecto al uso de inhalables en la Comunidad Valenciana en 1996 no se observa ninguna variación significativa, pues tan sólo desciende una décima en el uso de los últimos doce meses (cuadro 3.B). En este mismo cuadro podemos ver también las prevalencias de estas sustancias observadas en distintos estudios desde 1984. Y aunque no son directamente comparables por las diferencias en las poblaciones de referencia, sí puede verse que, en general, los consumos son muy similares a los aquí expuestos.

Las edades de inicio en el uso de inhalables en la Comunidad Valenciana serían las siguientes:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	37.0
De 15 a 17 años	46.2
De 18 en adelante	16.8

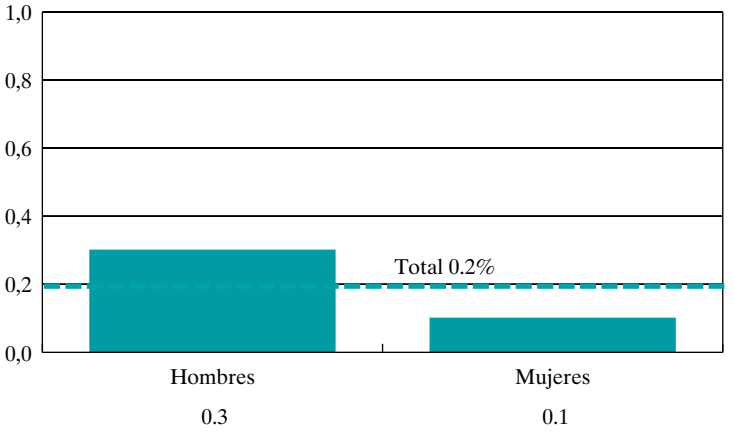
A los 17 años ya se han producido el 83.2% de los inicios. La media de edad son los 15.44 años. En los hombres los 15.66 y en las mujeres los 14.18.

CUADRO 3.B
Prevalencia de los inhalables en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1984	12 años y más. España	5.958	0.4	0.7
1985	12 años y más. Aragón	1.800	0.5	0.3
1986	16-65 años. España. Trabajadores	1.994	0.3	0.4
1987	16 años y más. Andalucía	2.000	0.1	0.1
1988	12 años y más. Galicia	3.700	0.1	0.2
1989	14-64 años. Madrid Municipio	8.002	0.2	0.1
1989	16 años y más. Adalucía	2.000	0.1	0.9
1989	14-70 años. Castilla y León	2.500	0.0	0.2*
1990	15-64 años. Cataluña	1.560	0.5	0.2*
1991	12 años y más. Aragón	1.987	0.2	0.6
1992	14 años y más. Andalucía	2.250	0.0	0.3
1992	14-70 años. Castilla y León	2.500	–	0.0*
1993	12 años y más. Galicia	2.000	–	0.1
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	0.1	0.1
1994	16 años y más. España	17.617	–	–
1994	12 años y más. Galicia	2.300	0.1	0.2
1995	15 años y más. España	9.984	0.02	0.1*
1996	16 años y más. España. Trabajadores ocupados	2.300	0.1	0.2*
1996	12 años y más. Galicia	2.300	0.1	0.2
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	0.1	0.2
1996	15 años y más. C. Valenciana	2.000	0.1	0.3*
1997	15-65 años. Canarias	1.500	0.1	0.4*
1997	15-65 años. España	12.445	0.06	0.16*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	0.2	0.2*
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0.1	0.3
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0.1	0.2
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	0.1	0.2*

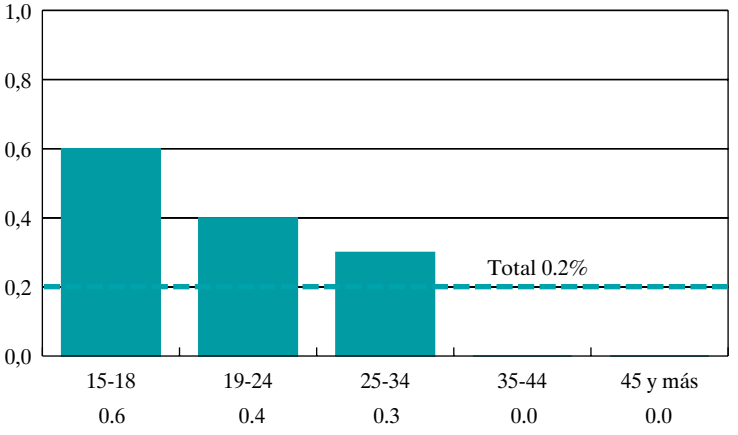
* Últimos doce meses

El consumo de inhalables en los últimos doce meses, según el género



$x^2 = 0.38$ 1 g.l. P<.54

El consumo de inhalables en los últimos doce meses, según la edad



$x^2 = 57$ 4 g.l. P<.21

En lo que se refiere al perfil de los principales consumidores de inhalables, según los datos de la tabla 3.2, podemos ver que es el siguiente: los hombres 0.3% por un 0.1% las mujeres. Los de 15 a 18 años 0.6% y los de 19 a 24 un 0.4%. En los núcleos urbanos grandes, en las provincias de Valencia y Alicante, en las zonas sanitarias de Valencia-Paterna y en Alicante-Denia, así como en las poblaciones turísticas.

Básicamente son hijos emancipados y no emancipados; de estudios primarios-EGB; estudiantes y parados, y clase social media-baja.

Aunque la escasez de la base muestral no permite obtener una significación suficiente en las diferencias observadas en los cruces de variables, los rasgos de estos consumidores coinciden con los vistos en otros estudios más amplios, y también con los del estudio de la Comunidad Valenciana de 1996.

TABLA 3.2
Perfil básico de los consumidores de inhalables (en los últimos doce meses)

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	0.3
Mujeres	0.1
15 a 18 años	0.6
19 a 24 años	0.4
25 a 34 años	0.3
Hábitat	
Más de 250.000 habitantes	0.3
Provincias	
Valencia	0.3
Alicante	0.2
Zonas	
Valencia-Paterna	0.5
Alicante-Denia	0.3
Población	
Turística	0.3
No turísticas	0.1
Rol familiar	
Hijo no emancipado	0.4
Hijo emancipado	0.6
Estudios	
Primarios-EGB	0.3
BUP-COU	0.3
Ocupación	
Estudiantes	0.4
Parados	1.0
Clase social	
Media-Baja	0.4
Total	**0.2**

2. LA CANNABIS

El hachís, la marihuana y otros derivados de la cannabis son la droga ilegal más consumida, con prevalencias que, en determinados segmentos de población, se aproximan bastante a las del tabaco y el alcohol, con las que también forma un amplio grupo de policonsumo (capítulo 4).

Las prevalencias de la cannabis en la Comunidad Valenciana son las que se recogen en la tabla 3.3:

TABLA 3.3
El consumo de cannabis

Consumió alguna vez (en %)	20.8
Edad media de inicio en el consumo (años)	18.19
Consumió en los últimos doce meses (en %)	10.4
Consumió en el último mes (en %)	6.8
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
Menos de una vez por semana	1.8
Una vez por semana	1.9
De dos a seis veces por semana	1.6
Diariamente	1.5

Un 20.8% de la población valenciana ha consumido cannabis alguna vez, el 10.4%, lo ha hecho en los últimos doce meses y el 6.8% también la consumió en el último mes. El consumo frecuente o habitual (de 2 a 6 veces por semana o diariamente) sería de un 3.1%.

La continuidad de uso de la cannabis es la siguiente:

- Últimos doce meses/alguna vez: 50.0%
- Últimos doce meses/alguna vez: 65.4%
- Índice general de continuidad de uso: 32.7%

El consumo actual de cannabis en la Comunidad Valenciana, respecto al de 1996 ha aumentado un par de puntos en el período de los últimos doce meses, aunque en el del último mes serían tan sólo cinco décimas (cuadro 3.C). Esta tendencia de incremento está en la línea de las conclusiones del Observatorio Español sobre Drogas (*Informe nº 1,* página 32) que dice lo siguiente: "Tras un período de cierta estabilización los consumos de cannabis están creciendo de forma significativa en los últimos años."

Las edades de inicio en el consumo de cannabis serían las siguientes:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	9.9
De 15 a 17 años	45.5
De 18 a 21 años	35.8
De 22 en adelante	8.8

A los 17 años se han iniciado ya en el consumo de cannabis un 55.4% del total. La edad media de inicio son los 18.19 años, siendo los 17.11 en los hombres y los 20.14 en las mujeres.

En términos absolutos se podría estimar que unas 210.000 personas consumieron cannabis en el último mes, de los que en torno a unas 95.000 lo estarían haciendo de forma frecuente o habitual.

CUADRO 3.C
Prevalencia de cannabis en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1984	12 años y más. España	5.958	12.2	14.3
1985	12 años y más. Aragón	1.800	5.2	8.3
1986	16-65 años. España. Trabajadores	1.994	11.5	14.7
1987	16 años y más. Andalucía	2.000	9.4	10.8
1988	12 años y más. Galicia	3.700	5.0	5.6
1989	14-64 años. Madrid Municipio	8.002	3.5	6.7*
1989	16 años y más. Adalucía	2.000	5.8	6.9
1989	14-70 años. Castilla y León	2.500	7.8	13.6*
1990	15-64 años. Cataluña	1.560	3.2	5.2*
1991	12 años y más. Aragón	1.987	7.3	8.7
1992	14 años y más. Andalucía	2.250	4.0	4.8
1992	14-70 años. Castilla y León	2.500	6.4	13.4*
1993	12 años y más. Galicia	2.000	1.7	2.4
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	3.9	5.6
1994	16 años y más. España	17.617	2.5	–

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1994	12 años y más. Galicia	2.300	2.4	2.6
1995	15 años y más. España	9.984	2.7	5.8*
1996	16 años y más. España. Trabajadores ocupados	2.300	9.1	11.7*
1996	12 años y más. Galicia	2.300	2.7	3.7
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	4.1	5.8
1996	15 años y más. C. Valenciana	2.000	6.3	8.3*
1997	15-65 años. Canarias	1.500	9.3	11.4*
1997	15-65 años. España	12.445	4.0	7.5*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	6.4	8.4*
1998	12 años y más. Galicia	2.300	3.2	4.0
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	4.3	5.3
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	6.8	10.4*

* Últimos doce meses

El consumo de cannabis en los últimos doce meses, según el género

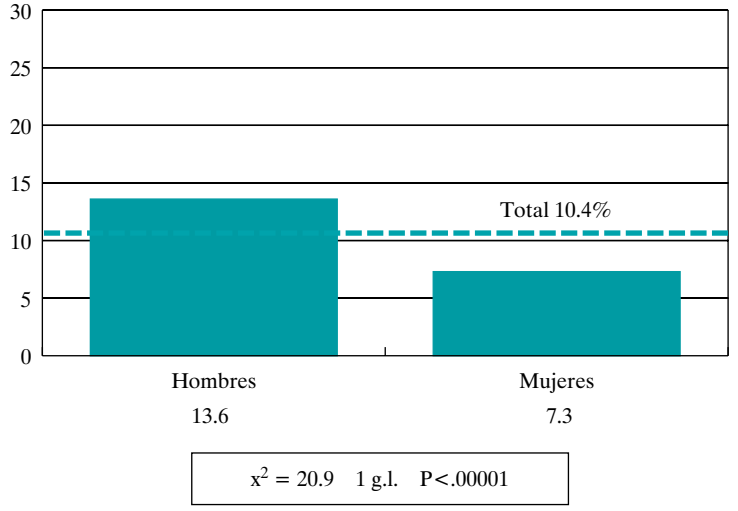


TABLA 3.4
Perfil básico de los consumidores de cannabis (en los últimos doce meses)

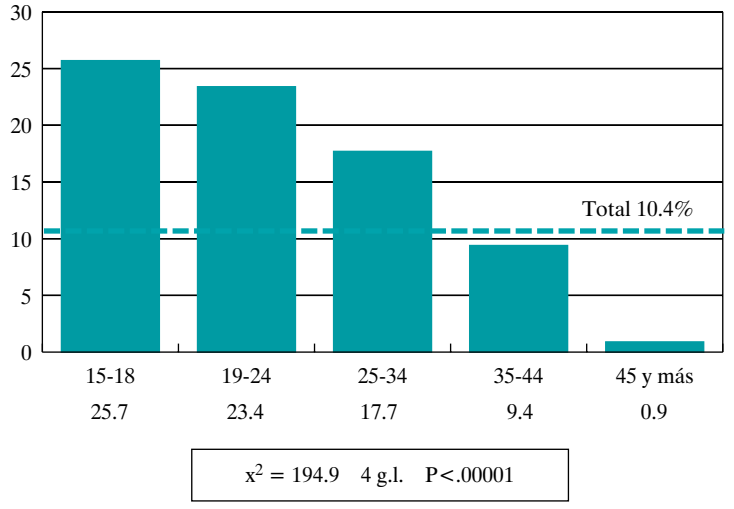
VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	13.6
Mujeres	7.3
15 a 18 años	25.7
19 a 24 años	23.4
25 a 35 años	17.4
Hábitat	
De 10.000 a 50.000 habitantes	10.8
De 100.000 a 250.000 habitantes	15.0
Más de 250.000 habitantes	10.9
Provincias	
En las tres provincias, y especialmente en Alicante	14.9
Zonas	
En todas las zonas, y especialmente en:	
Valencia-Paterna	10.9
Alicante-Denia	12.5
Elche-Orihuela	17.2
Población	
Turísticas	10.1
No turísticas	10.7
Rol familiar	
Hijos no emancipados	25.2
Hijos emancipados	22.9
Estudios	
BUP-COU	18.8
FP 1 y 2	25.0
Medios y superiores	12.7
Ocupación	
Estudiantes	22.6
Parados	22.2
Trabajadores	13.6
Clase social	
En todas las clases sociales y especialmente en:	
Media-baja	12.6
Media-media	10.6
Media-alta	12.6
Total	**10.4**

El perfil básico de los que en los últimos doce años consumieron cannabis es el siguiente: hombres en casi doble proporción que las mujeres (13.6% y 7.3%, respectivamente); de 15 a 18 años un 25.7%, de 19 a 24 el 23.4% y de 25 a 35 un 17.4%. Ambas variables con P<.00001.

También con este alto nivel de significatividad, los hijos emancipados y no emancipados, de estudios de BUP-COU, FP 1 y 2, y medios-superiores. Estudiantes, parados y trabajadores. Con una significatividad un poco menor (p<.05 a P<.001) en las poblaciones urbanas de más de 10.000 habitantes, en las tres provincias, especialmente en Alicante, y en las zonas de Valencia-Paterna, Alicante-Denia y Elche-Orihuela.

Y con prevalencias, muy parecidas y sin diferencias significativas (P<.57) en las poblaciones turísticas y las no turísticas; así como en todas las clases sociales (P<.1), aunque un poco más en los diversos estratos de las clases medias.

El consumo de cannabis en los últimos doce meses, según la edad



Otras opiniones sobre la cannabis

Como ya se ha indicado en la introducción, en la presente encuesta se incluyeron una serie de preguntas a los que habían consumido cannabis alguna vez, para conocer su opinión sobre una serie de cuestiones. Dichas cuestiones y las respuestas obtenidas, en lectura horizontal, son las que se recogen en la tabla 3.5:

TABLA 3.5
Dígame, por favor, si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases referidas a la cannabis (en %)

	ACUERDO	DESACUERDO	NO SÉ	TOTAL
Es una sustancia que se puede controlar	84.7	11.8	3.5	100
Es segura y no peligrosa	54.2	40.0	5.8	100
Es de uso fácil y cómodo	81.4	14.6	4.0	100
Tiene un precio asequible	66.7	24.3	9.0	100
No la considero una droga	24.9	71.7	3.4	100

De las cinco cuestiones estudiadas, las cuatro primeras tienen una opinión mayoritaria potencialmente facilitadora de unos consumos de esta droga: la más alta de todas es que creen que es una sustancia que se puede controlar, con un 84.7%; la siguiente sería que es de uso fácil y cómodo, con el 81.4%; en tercer lugar que tiene un precio asequible, con un 66.7%. En la cuarta, la opinión ya está más dividida, con un 54.2% que está de acuerdo y un 40% que está en desacuerdo.

La única cuestión en la que la opinión mayoritaria es el desacuerdo, y por lo tanto potencialmente dificultadora de su consumo, es "no la considero una droga" con la que un 71.7% está en desacuerdo.

En los cruces con las variables sociodemográficas, las diferencias más significativas encontradas entre los que han consumido cannabis alguna vez ($p<.05$), serían las siguientes:

- En la opinión de que la cannabis es una sustancia que se puede controlar, entre los de 15-18 alcanza el 86.1% y entre los de 19-24 el 91.1%, mientras que a partir de los 45 años baja al 61.5%. También alcanza un punto muy alto entre los estudiantes, con el 92.4%.
- Respecto a que la cannabis es segura y no peligrosa, los de 15 a 18 años están de acuerdo en un 59.2%, mientras que a partir de los 45 años desciende a un 15.4%. Entre los estudiantes el grado de acuerdo es de un 54.4%, entre los parados un 56.4% y entre los trabajadores el 55%.
- Entre los que no la consideran una droga, el mayor grado de acuerdo está en los de 25 a 34 años con el 30% y los de 15 a 18 con el 25.5%.

Y con un grado de significación mayor, tenemos la opinión diferenciada entre los que habían consumido cannabis en los últimos doce meses y los que, habiéndolo

consumido alguna vez, no lo habían hecho en los últimos doce meses. Estas diferencias de opinión serían las siguientes:

- Es una sustancia que se puede contralar (P<.00001), los que no consumen están actualmente de acuerdo un 74.7% y los que sí el 93.4%.
- Es segura y no es peligrosa (P<.00001), los que no consumen están de acuerdo el 35.7% y los que sí el 71.2%.
- Tiene un precio asequible (P<.00001), los que no consumen están de acuerdo un 60.2% y los que sí el 71.3%.
- No la considera una droga (P<.0015) los que no consumen están de acuerdo un 17.6% y los que sí el 31.3%.

Finalmente, en la cuestión de que es de uso fácil y cómodo, no hay diferencias de opinión significativas (P<.36) entre los que han consumido cannabis en los últimos doce meses y los que, habiéndola consumido alguna vez, no lo hicieron en este último período de tiempo.

3. LA COCAÍNA

Exceptuando la cannabis, la cocaína es la sustancia psicoactiva ilegal cuyo consumo está más extendido, especialmente en usos esporádicos o experimentales en los núcleos urbanos. Lidera el principal modelo de policonsumo, asociada a otras drogas psicoestimulantes. Las prevalencias actuales en la Comunidad Valenciana son las que se recogen en la tabla 3.6:

TABLA 3.6
El consumo de cocaína

Consumió alguna vez (en %)	8.5
Edad media de inicio en el consumo (años)	20.54
Consumió en los últimos doce meses (en %)	4.7
Consumió en el último mes (en %)	2.3
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
Menos de una vez por semana	1.6
Una vez por semana	0.5
De dos a seis veces por semana	0.2
Diariamente	0.0

Según los datos de la tabla 3.6 vemos que un 8.5% de la población valenciana de 15 años en adelante ha probado la cocaína en alguna ocasión, de ellos un 4.7% la consumió en los últimos doce meses y un 2.3% lo hizo también en el último mes. En la frecuencia de dos a seis veces por semana la estarían usando en torno al 0.2%.

La continuidad de uso de la cocaína es la siguiente:

- Últimos doce meses/alguna vez: 55.3%
- Último mes/últimos doce meses: 48.9%
- Índice general de continuidad de uso: 27.1%

El consumo actual de cocaína en la Comunidad Valenciana habría aumentado, respecto a 1996, algo más de un punto en los últimos doce meses, fundamentalmente en usos ocasionales, pero estaría estabilizado en el período del último mes (cuadro 3.D) y también en el consumo frecuente o habitual. En el Informe del Observatorio Español sobre Drogas se constata un leve aumento del consumo de cocaína, y en el del Observatorio Europeo se habla de "un aumento modesto pero constante."

Las edades de inicio en el uso de cocaína son las siguientes:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	1.4
De 15 a 17 años	17.0
De 18 a 21 años	51.9
De 22 a 25 años	20.9
De 26 en adelante	8.2

El grupo de edad en el que se dan la mayor parte de los inicios es el de 18 a 21 años con el 51.9%, aunque a los 21 ya se han iniciado el 70.3%. La edad media de inicio son los 20.77 años, siendo los 20.01 en los hombres y los 22.19 en las mujeres.

El número de personas que en el último mes usó cocaína seguiría estando en torno a 73.000 y de 5.000 a 7.000 las que lo harían de un modo más frecuente o habitual.

En lo que se refiere a las vías de consumo de la cocaína tan sólo hemos encontrado a un 0.2% que lo haga por la vía inyectada, mientras que el 99.8% lo hace por otras vías (esnifada, inhalada, fumada, etc). En los cruces por las variables de clasificación no se observan diferencias significativas.

CUADRO 3.D
Prevalencia de la cocaína en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1984	12 años y más. España	5.958	1.4	1.8
1985	12 años y más. Aragón	1.800	0.7	1.2
1986	16-65 años. España. Trabajadores	1.994	2.4	3.2
1987	16 años y más. Andalucía	2.000	2.8	3.3

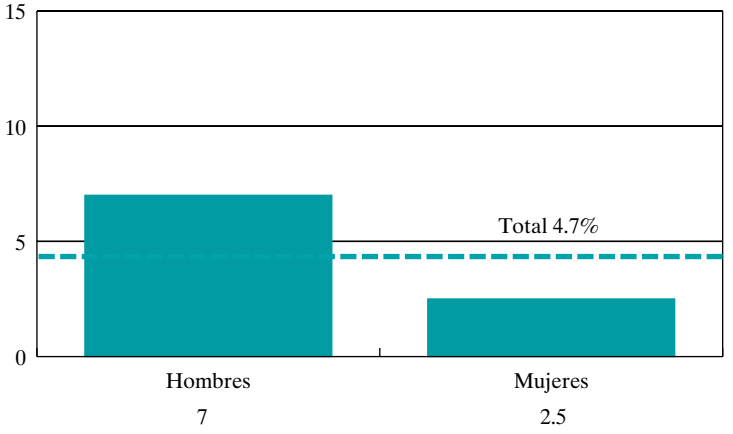
AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1988	12 años y más. Galicia	3.700	1.5	1.7
1989	14-64 años. Madrid Municipio	8.002	0.9	2.2*
1989	16 años y más. Adalucía	2.000	2.3	2.7
1989	14-70 años. Castilla y León	2.500	1.6	2.9*
1990	15-64 años. Cataluña	1.560	0.6	1.7*
1991	12 años y más. Aragón	1.987	2.7	3.1
1992	14 años y más. Andalucía	2.250	2.0	2.9
1992	14-70 años. Castilla y León	2.500	1.8	4.5*
1993	12 años y más. Galicia	2.000	1.2	1.5
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	2.4	3.1
1994	16 años y más. España	17.617	0.5	–
1994	12 años y más. Galicia	2.300	1.6	2.0
1995	15 años y más. España	9.984	0.4	1.5*
1996	16 años y más. España. Trabajadores ocupados	2.300	3.1	4.5*
1996	12 años y más. Galicia	2.300	1.3	1.8
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	1.4	2.0
1996	15 años y más. C. Valenciana	2.000	2.3	3.2*
1997	15-65 años. Canarias	1.500	3.7	5.4*
1997	15-65 años. España	12.445	0.8	1.53*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	1.5	2.4*
1998	12 años y más. Galicia	2.300	1.0	1.3
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	1.4	1.9
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	2.3	4.7*

* Últimos doce meses

El perfil básico de los que consumieron cocaína en los últimos doce meses (tabla 3.7) sería el siguiente: un 7% de los hombres por un 2.5% las mujeres; los de 15-18 años un 4.8%, los de 19 a 24 años un 9.5%, los de 25 a 34 el 10.4% y los de 35-44 el 6%. En los núcleos urbanos medios y grandes, en las tres provincias, especialmente en Alicante, y en las zonas de Valencia-Paterna, Alicante-Denia y Elche-Orihuela. Las diferencias de estas variables son significativa entre $P<.00001$ y $P<03$. Sin embargo, no lo son las de las poblaciones turísticas y no turísticas ($P<.39$).

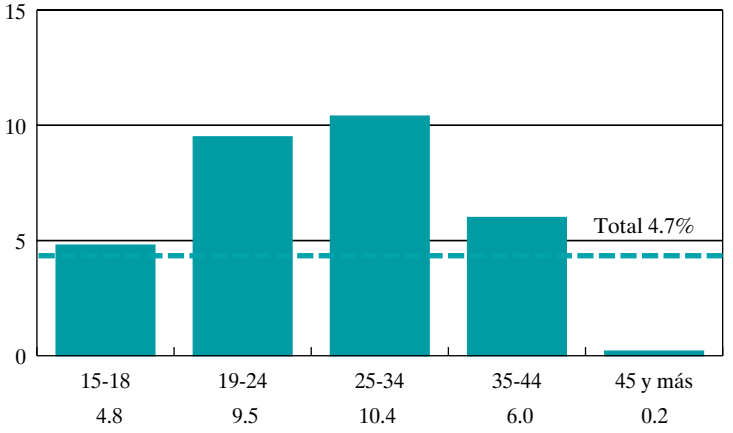
Sí lo son, también mucho (P<.00001), las de rol familiar, con los hijos emancipados y no emancipados; las de nivel educativo con los de BUP-COU, FP y medios-superiores; y las de ocupación, en las que sobresalen los profesionales y funcionarios, trabajadores, parados y estudiantes. Y por clase social destacan los consumos en la media-media y alta, aunque la significatividad de las diferencias es ya más baja (P<.023).

El consumo de cocaína en los últimos doce meses, según el género



$x^2 = 21.6$ 1 g.l. P<.00001

El consumo de cocaína en los últimos doce meses, según la edad



$x^2 = 82.1$ 4 g.l. P<.00001

TABLA 3.7
Perfil básico de los consumidores de cocaína (en los últimos doce meses)

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	7.0
Mujeres	2.5
15 a 18 años	4.8
19 a 24 años	9.5
25 a 34 años	10.4
35 a 44 años	6.0
Hábitat	
En todos los hábitats, y especialmente de:	
De 50.000 a 100.000 habitantes	5.1
Más de 250.000 habitantes	4.8
Provincias	
En las tres provincias, y especialmente en Alicante	7.9
Zonas	
Valencia-Paterna	5.8
Alicante-Denia	6.4
Elche-Orihuela	8.9
Población	
Turísticas	4.1
No turísticas	5.0
Rol familiar	
Hijos no emancipados	8.5
Hijos emancipados	12.8
Estudios	
BUP-COU	7.4
FP 1 y 2	10.1
Medios y superiores	6.2
Ocupación	
Profesionales y funcionarios	7.5
Trabajadores	7.1
Parados	8.2
Estudiantes	4.8
Clase social	
Media-media	5.1
Alta	14.3
Total	**4.7**

4. LAS DROGAS DE SÍNTESIS

La forma de designar en el cuestionario a estas sustancias era la de "éxtasis y otras drogas de diseño", ya que de este modo son más conocidas entre los propios consumidores. Los resultados obtenidos son los que se recogen en la tabla 3.8.

TABLA 3.8
El consumo de drogas de síntesis

Consumió alguna vez (en %)	4.7
Edad media de inicio en el consumo (años)	20.77
Consumió en los últimos doce meses (en %)	1.8
Consumió en el último mes (en %)	1.0
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
Menos de una vez por semana	0.7
Una vez por semana	0.2
De dos a seis veces por semana	0.1
Diariamente	0.0

Un 4.7% de la población de quince años en adelante indica haber consumido drogas de síntesis alguna vez, de ellos un 1.8% las han estado consumiendo en los últimos doce meses y un 1% en el último mes. De estos últimos, un 0.2% las usan una vez por semana y tan sólo un 0.1% de dos a seis veces por semana.

La continuidad del consumo de estas sustancias es la siguiente:

- Últimos doce meses/alguna vez: 38.3%
- Último mes/últimos doce meses: 55.5%
- Índice general de continuidad: 21.3%

Aunque el uso en los últimos doce meses se mantiene en la misma prevalencia que en 1996, la del último mes ha descendido unas tres décimas (cuadro 3.E), y dos décimas los consumos más habituales. Esta tendencia de estabilización e incluso leves descensos de los consumos de las drogas de síntesis está recogida también en las conclusiones del Informe del Observatorio Español sobre Drogas, y en el del Observatorio Europeo refiriéndose al éxtasis, se dice "…ya no aumenta en los Estados miembros en que apareció antes…"

Este descenso en el uso más reciente de las drogas de síntesis, también se constata en la Comunidad Valencia en el índice general de continuidad en el uso, que en la actualidad es de un 21.3%, mientras que en 1996 era del 35%.

Los años de inicio en el consumo de las drogas de síntesis son los siguientes:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	3.6
De 15 a 17 años	27.7
De 18 a 21 años	34.7
De 22 a 25 años	21.3
De 26 en adelante	12.8

A los 17 años ya se han iniciado en el consumo de estas sustancias un 31.3%, proporción que se eleva a los 21 años a un 66%. La edad media de inicio es la de 20.54, siendo de 20.12 en los hombres y 21.50 en las mujeres.

En términos absolutos las personas que, en el último mes, habrían consumido drogas de síntesis se situaría actualmente entre las 30.000 y las 35.000; y las que hacen un consumo más habitual no sobrepasarían, probablemente, las 6.000 ó 7.000.

CUADRO 3.E
Prevalencia de las drogas de síntesis en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	0.9	1.3
1994	16 años y más. España	17.617	0.2	–
1994	12 años y más. Galicia	2.300	0.7	0.9
1995	15 años y más. España	9.984	0.3	1.1*
1996	16 años y más. España. Trabajadores ocupados	2.300	1.8	2.3*
1996	12 años y más. Galicia	2.300	0.9	1.0
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	1.3	1.6
1996	15 años y más. C. Valenciana	2.000	1.3	1.8*
1997	15-65 años. Canarias	1.500	1.9	2.6*
1997	15-65 años. España	12.445	0.2	1.0*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	0.7	1.3*
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0.7	0.8
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0.7	0.9
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	1.0	1.8*

* Últimos doce meses

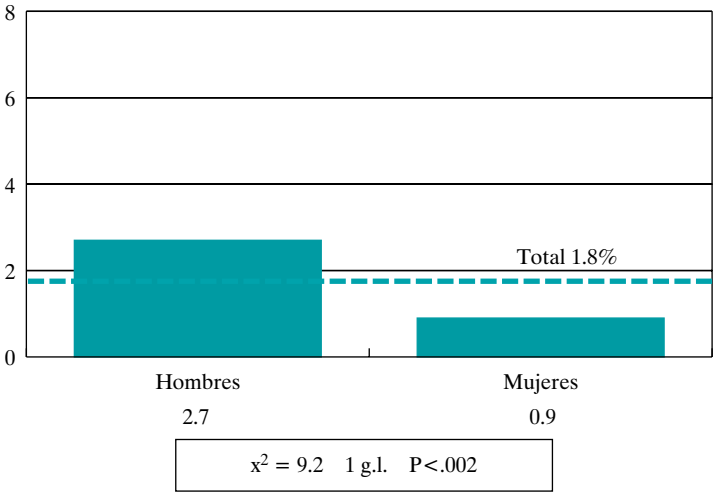
El perfil básico (tabla 3.9) de los que en los doce últimos meses consumieron drogas de síntesis sería el siguiente: un 2.7% los hombres por un 0.9% las mujeres; los de 15-18 años un 4.8%, 19-24 el 4.9% y 25-34 un 2.3% (con P<.00001 y P<.003, respectivamente).

TABLA 3.9
Perfil básico de los consumidores de drogas de síntesis (en los últimos doce meses)

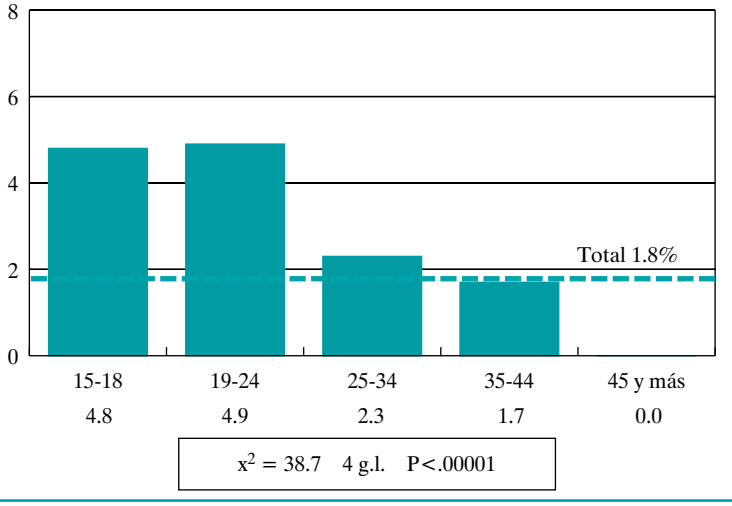
VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	2.7
Mujeres	0.9
15 a 18 años	4.8
19 a 24 años	4.9
25 a 34 años	2.3
Hábitat	
En todos los hábitats, y especialmente de:	
Más de 250.000 habitantes	2.7
Provincias	
Valencia	1.7
Alicante	2.4
Zonas	
Valencia-Paterna	3.4
Alicante-Denia	2.4
Elche-Orihuela	2.5
Población	
Turísticas	2.0
No turísticas	1.6
Rol familiar	
Hijos no emancipados	3.9
Hijos emancipados	6.4
Estudios	
BUP-COU	3.5
FP 1 y 2	3.5
Medios y superiores	1.9
Ocupación	
Estudiantes	3.7
Parados	7.1
Profesionales	2.6
Trabajadores	2.0
Clase social	
Media-baja	1.9
Media-media	1.8
Media-alta	2.3
Total	**1.8**

En todos los hábitats, pero especialmente en los de más de 250.000 (P<.037); en Valencia y Alicante (P<.09); en las zonas de Valencia-Paterna, Alicante-Denia y Elche-Orihuela (P<.005). Algo más en las zonas turísticas, pero sin diferencias muy significativas (P<.5). Hijos emancipados y no emancipados; estudiantes, parados, profesionales y funcionarios (ambas variables con P<.00001); con estudios de BUP-COU, FP y medios-superiores (P<.003). Y en los distintos estratos de las clases medias, aunque con diferencias no muy significativas (P<.13).

Consumo de drogas de síntesis en últimos doce meses, según género



Consumo de drogas de síntesis en últimos doce meses, según la edad



Otras opiniones sobre las drogas de síntesis

En lo que se refiere a las opiniones de los consumidores de drogas de síntesis sobre las mismas, los resultados obtenidos son los que se recogen en la tabla 3.10:

TABLA 3.10
Dígame, por favor, si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases referidas a las drogas de síntesis (en %)

	ACUERDO	DESACUERDO	NO SÉ	TOTAL
Es una sustancia que se puede controlar	40.7	54.3	9.0	100
Es segura y no peligrosa	16.0	77.8	6.2	100
Es de uso fácil y cómodo	92.4	6.3	1.3	100
Tiene un precio asequible	48.8	46.2	5.0	100
No la considero una droga	7.5	88.8	3.7	100

En dos de las cinco cuestiones aparece mayoritariamente una opinión potencialmente facilitadora del consumo de drogas de síntesis: es de uso fácil y cómodo con un 92.4% y tienen un precio asequible con un 48.8%.

Por el contrario en dos de las cuestiones la opinión claramente mayoritaria sería potencialmente dificultadora del consumo; una sería el 77.8% que está en desacuerdo en que es segura y no es peligrosa, y la otra el 88.8% que también están en desacuerdo en no considerarla una droga. Y otra más matizada sería el 54.3% que está en desacuerdo en que es una sustancia que se puede controlar. (Aunque también es significativo que un 40.7% esté convencido de que es una sustancia controlable).

En los cruces de las variables sociodemográficas las diferencias encontradas, dada la escasa base muestral de este colectivo, no son muy significativas ($P<.02$ a $P<.5$); sin embargo cabe señalar las siguientes, respecto a quienes están más de acuerdo:

- Se puede controlar: los consumidores de 15 a 18 años en un 44.4%, trabajadores el 48.3% y estudiantes 47.1%.
- Es segura y no peligrosa: los consumidores mayores de 34 años 50%, trabajadores 24.1% y parados 31%; los que han consumido en los últimos doce meses drogas de síntesis 19.4%.
- Es de uso fácil y cómodo: los consumidores de 25 a 34 años 90.3%; profesionales 100% y trabajadores 93.1%; los que las han consumido en los últimos doce meses 53.1%.

- Tiene un precio asequible: los consumidores de 25 a 34 años 57.1%, profesionales 71.4 y trabajadores 51.7%.
- No la considero una droga: un 11.1% de los consumidores de 15 a 18 años y un 21.4% de los de más de 34; un 26.7% profesionales y el 12.9% que las han consumido en los últimos doce meses.

De todos estos datos el más preocupante sería, sin duda, el 44.4% de los consumidores de drogas de síntesis de 15 a 18 años que creen que se pueden controlar, lo cual les vuelve especialmente vulnerables. Y también el 19.4%, del total de los consumidores de los últimos doce meses, que piensan que es una sustancia segura y no peligrosa.

5. LA HEROÍNA

La heroína tuvo en la década de los ochenta su período de máximo consumo, con prevalencias que, en los últimos seis a doce meses, superaban el 1%. A partir de los primeros años de los noventa se comienza a observar una cierta disminución en los consumos que en la *Encuesta nacional domiciliaria de 1995* se situaban, para este período de tiempo, en torno al 0.5%. A partir de aquí el descenso parece haber continuado, pero ya de un modo más reducido y que podría estar tocando suelo e, incluso, anunciando un posible repunte a través de usos por vías no parenterales.

Los resultados obtenidos en la Comunidad Valenciana en la presente encuesta son los que se recogen en la tabla 3.11:

TABLA 3.11
El consumo de heroína

Consumió alguna vez (en %)	1.3
Edad media de inicio en el consumo (años)	22.29
Consumió en los últimos doce meses (en %)	0.5
Consumió en el último mes (en %)	0.3
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
Menos de una vez por semana	0.1
Una vez por semana	0.0
De dos a seis veces por semana	0.1
Diariamente	0.1

Según los datos de la tabla 3.11, un 1.3% de los entrevistados indica haber consumido heroína alguna vez, un 0.5% lo hizo en los últimos doce meses y de estos un

0.3% en el último mes. En los consumos más frecuentes o habituales se sitúan un 0.2%. La continuidad en el uso de heroína sería, pues, la siguiente:

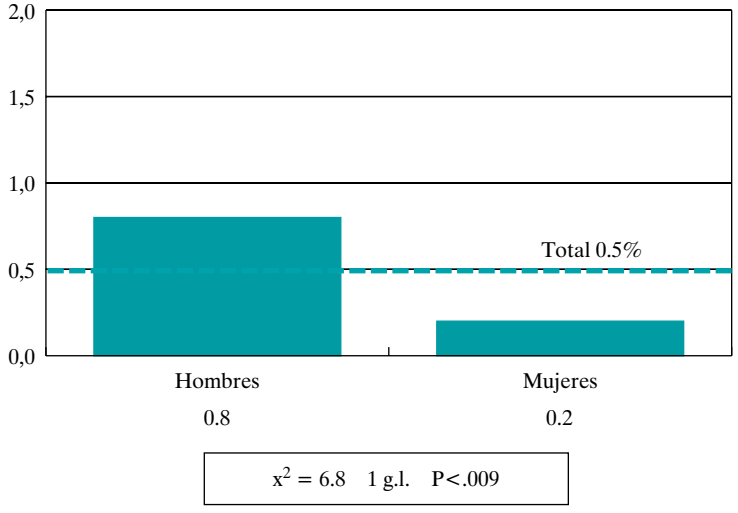
- Últimos doce meses/alguna vez: 38.5%
- Últimos doce meses/alguna vez: 60.0%
- Índice general de continuidad de uso: 23.1%

Con relación a 1996 (cuadro 3.F) el uso de heroína en la Comunidad Valenciana habría descendido un par de décimas, tanto en el período de los últimos doce meses como en el del último mes. Y el índice general de continuidad, que en 1996, se situaba en torno al 40% ahora estaría en un 23%. Esto, sin duda, significaría un cierto descenso en los inicios en el consumo de esta sustancia. Sin embargo en los consumos más frecuentes o habituales las prevalencias están estabilizadas en torno al 0.2%.

En el Informe del Observatorio Español sobre Drogas se señala, en general, un descenso en el consumo de heroína, aunque en el del Observatorio Europeo de 1998 se indica que "en algunos Estados miembros se ha observado el aumento (de heroína) entre consumidores de drogas sintéticas y otras poblaciones jóvenes."

Esto último, unido al hecho de que en torno a un 70% de los que han consumido heroína alguna vez, lo hayan hecho más frecuentemente por vía no parenteral, y tan sólo un 30% por vía parenteral, podría inducir a pensar, como señalábamos

El consumo de heroína en los últimos doce meses, según el género



anteriormente, en la existencia de algún riesgo de cierto repunte en el uso de heroína a un plazo no muy largo.

Sobre este particular, Javier Elzo, en la presentación del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias de 1998 apuntaba que "corremos el riesgo de un aumento de su consumo y de la aparición de un nuevo tipo de usuario." Y señala la iniciación de adolescentes y jóvenes en el consumo de cigarrillos de heroína como un hecho nuevo y preocupante.

También en el estudio realizado en el Municipio de Madrid en 1997[9] en el análisis de los policonsumos de los escolares, se hipotetizaba sobre el posible contacto con la heroína desde un uso inicial de otras sustancias, como la cocaína o las drogas de síntesis.

En cualquier caso, en la presente encuesta vemos que, mientras a partir de los 34 años tan sólo un 42.9% de los consumidores de heroína lo son por vía no parenteral, entre los de 19 a 24 y 25 a 34 lo son entre el 81.8% y el 75%, y en los de 15 a 18 lo son el 100% ($P<.04$).

En lo que se refiere a las edades de inicio en el consumo de heroína se observa lo siguiente:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	3.2
De 15 a 17 años	8.4
De 18 a 21 años	47.4
De 22 a 25 años	12.2
De 26 en adelante	28.9

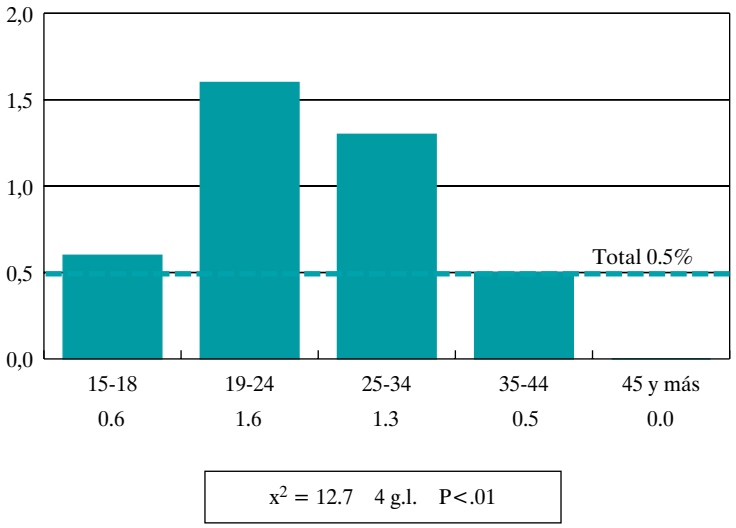
El grupo de edad en el que se produjeron más inicios es el de 18 a 21 años con un 47.4%, habiendo alcanzado a los 21 años un 59% del total de inicios. La edad media resultante son los 22.29 años, que en los hombres son los 21.71 y en las mujeres los 23.26.

En términos absolutos, se podría estimar que el número de consumidores de heroína en el último mes habría descendido a unos 9.000 ó 10.000, pero el número de los de un consumo más habitual continuaría en torno a los 5.000 ó 6.000.

---

9. EDIS (1997). *Estudio del Consumo de Drogas y factores asociados en el Municipio de Madrid.* Ayuntamiento de Madrid. Plan Municipal contra las Drogas (pág. 241).

El consumo de heroína en los últimos doce meses, según la edad



$x^2 = 12.7$ 4 g.l. $P<.01$

CUADRO 3.F
Prevalencia de heroína en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1984	12 años y más. España	5.958	0.9	1.1
1985	12 años y más. Aragón	1.800	0.3	0.7
1986	16-65 años. España. Trabajadores	1.994	0.6	0.7
1987	16 años y más. Andalucía	2.000	1.1	1.5
1988	12 años y más. Galicia	3.700	0.9	1.0
1989	14-64 años. Madrid Municipio	8.002	0.2	0.3*
1989	16 años y más. Adalucía	2.000	1.1	1.5
1989	14-70 años. Castilla y León	2.500	0.4	0.5
1990	15-64 años. Cataluña	1.560	0.2	0.2*
1991	12 años y más. Aragón	1.987	0.1	0.2

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1992	14 años y más. Andalucía	2.250	1.3	1.8
1992	14 -70 años. Castilla y León	2.500	0.4	0.5*
1993	12 años y más. Galicia	2.000	0.7	1.0
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	1.0	1.6
1994	16 años y más. España	17.617	0.1	–
1994	12 años y más. Galicia	2.300	0.7	1.0
1995	15 años y más. España	9.984	0.3	0.5*
1996	16 años y más. España. Trabajadores ocupados	2.300	0.3	0.4*
1996	12 años y más. Galicia	2.300	0.6	0.7
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	0.5	0.7
1996	15 años y más. C. Valenciana	2.000	0.5	0.7*
1997	15-65 años. Canarias	1.500	0.8	0.9*
1997	15-65 años. España	12.445	0.15	0.23*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	0.8	1.0*
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0.5	0.6
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0.5	0.6
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	0.3	0.5*

* Últimos doce meses

El perfil de los que consumieron heroína en los últimos doce meses (tabla 3.12) sería el siguiente: un 0.8% de hombres por un 0.2% mujeres; los de 15 a 18 años un 0.6%, de 19 a 24 el 1.6% y de 25 a 34 el 1.3% (con $P<.009$ y $P<.012$, respectivamente).

En los núcleos urbanos, especialmente de 250.000 habitantes en adelante ($P<.09$); y en el resto de variables territoriales la escasa base muestral nos da ya una significación menor (entre $P<.1$ y $P<.3$); aunque cabe señalar las provincias de Valencia y Alicante, las zonas de Valencia-Paterna y Alicante-Denia y las poblaciones turísticas.

Los hijos emancipados y no emancipados ($P<.04$), de nivel educativo medio y bajo, y estudiantes, parados y trabajadores (ambas variables con $P<.01$). Y algo más en la clase media-baja y media-media, aunque con una significación baja ($P<.5$).

TABLA 3.12
Perfil básico de los consumidores de heroína (en los últimos doce meses)

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	0.8
Mujeres	0.2
15 a 18 años	0.6
19 a 24 años	1.6
25 a 34 años	1.3
Hábitat	
Más de 250.000 habitantes	1.3
Provincias	
Valencia	0.6
Alicante	0.7
Zonas	
Valencia-Paterna	1.0
Alicante-Denia	1.0
Población	
Turísticas	0.9
No turísticas	0.3
Rol familiar	
Hijos no emancipados	0.8
Hijos emancipados	1.9
Estudios	
Primarios-EGB	0.6
BUP-COU	1.0
FP 1 y 2	1.3
Ocupación	
Estudiantes	0.5
Parados	3.1
Trabajadores	0.8
Clase social	
Media-baja	0.7
Media-media	0.6
Total	**0.5**

6. LOS OTROS OPIÁCEOS

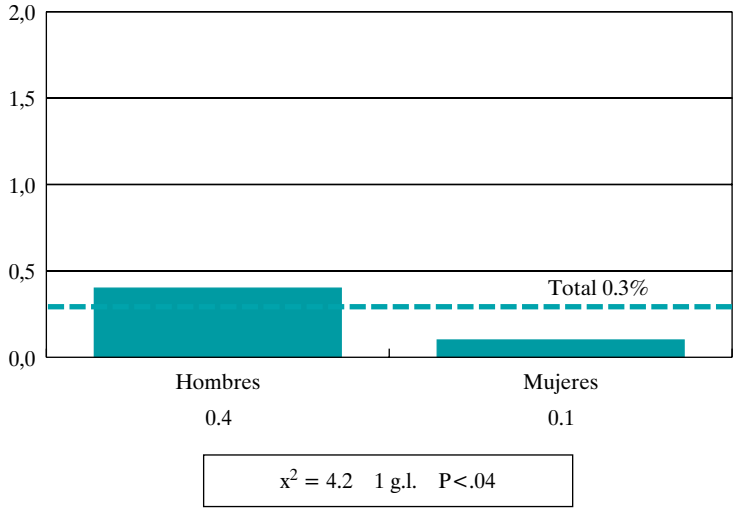
Los otros opiáceos tienen un consumo muy asociado al de la heroína, y en el caso de la metadona se utiliza cada vez más como tratamiento de sustitución de aquélla. Como puede verse en el capítulo cuarto de esta primera parte del informe, ambos tipos de sustancias forman uno de los modelos específicos de policonsumo, en el período de los últimos doce meses.

Los datos obtenidos en la presente encuesta sobre el consumo de otros opiáceos son los que se recogen en la tabla 3.13.

TABLA 3.13
El consumo de otros opiáceos

Consumió alguna vez (en %)	0.6
Edad media de inicio en el consumo (años)	19.59
Consumió en los últimos doce meses (en %)	0.4
Consumió en el último mes (en %)	0.3
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
Menos de una vez por semana	0.1
Una vez por semana	0.0
De dos a seis veces por semana	0.1
Diariamente	0.1

El consumo de otros opiáceos en los últimos doce meses, según el género



Un 0.6% de la población de 15 años en adelante ha consumido otros opiáceos en alguna ocasión, un 0.4% lo hizo en los últimos doce meses y el 0.3% en el último mes. De ellos un 0.2% tendría un consumo más frecuente o habitual.

La continuidad de uso sería la siguiente:

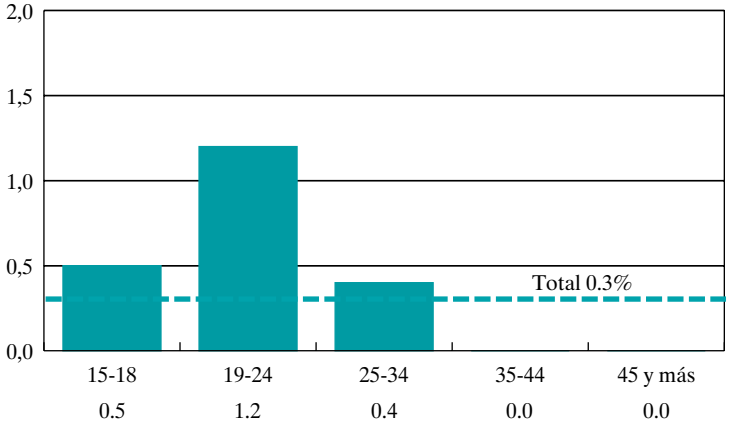
- Últimos doce meses/alguna vez: 66.6%
- Últimos doce meses/alguna vez: 75.0%
- Índice general de continuidad de uso: 50%

Respecto a 1996 (cuadro 3.G) también parece haber descendido dos décimas el consumo de otros opiáceos en los períodos de los últimos doce meses y del último mes pero, al igual que en la heroína, el consumo frecuente o habitual sigue estabilizado en torno al 0.2%.

Las edades de inicio en el uso de otros opiáceos serían las siguientes:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	9.3
De 15 a 17 años	16.0
De 18 a 21 años	48.9
De 22 a 25 años	16.2
De 26 en adelante	9.7

El consumo de otros opiáceos en los últimos doce meses, según la edad



$x^2 = 12.7$ 4 g.l. $P<.01$

El grupo de 18 a 21 años es en el que se da un mayor número de inicios en el consumo, con el 48.9%. A los 21 años ya se han producido un 74.2% de los inicios. La edad media de inicio son los 19.59 años, siendo los 19.55 en los hombres y los 19.76 en las mujeres.

En términos absolutos, entre 8.000 y 9.000 personas habían consumido otros opiáceos en el último mes, de los que entre 5.000 y 6.000 lo harían de un modo más frecuente o habitual.

CUADRO 3.G
Prevalencia de otros opiáceos en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1984	12 años y más. España	5.958	0.9	1.8
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	0.9	1.6
1994	12 años y más. Galicia	2.300	0.2	0.3
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	0.5	0.8
1996	12 años y más. Galicia	2.300	0.3	0.4
1996	15 años y más. C. Valenciana	2.000	0.5	0.6*
1997	15-65 años. España	12.445	0.1	0.2*
1997	15-65 años. Canarias	1.500	0.3	0.4*
1997	12 años y más. Andalucía	2.500	0.4	0.6
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0.4	0.5
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	0.3	0.4*

* Últimos doce meses

En lo que se refiere al perfil de los consumidores de opiáceos, dada la escasez de la base muestral en los consumos de los últimos doce meses, las diferencias observadas en cinco variables son bastante significativas, pero en las restantes no puede descartarse la hipótesis nula.

Las más significativas (entre $P<.01$ y $P<.007$) serían el sexo, con una prevalencia del 0.4% en los hombres por el 0.1% las mujeres; la edad con un 1.2% los de 19 a 24 años; el rol familiar, destacando los hijos emancipados y no emancipados, y la de ocupación, con los estudiantes y los parados. Y finalmente el hábitat, con las poblaciones de más de 250.000 habitantes.

En las demás variables cabe señalar algunas diferencias apreciables, aunque con P<.2 a P<.4, en las provincias de Valencia y Alicante, en las zonas de Valencia-Paterna y Gandía-Alzira, en las poblaciones turísticas, en los de estudios primarios y BUP-COU y en la clase social media-baja.

TABLA 3.14
Perfil básico de los consumidores de otros opiáceos (en los últimos doce meses)

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	0.4
Mujeres	0.1
15 a 18 años	0.5
19 a 24 años	1.2
25 a 34 años	0.4
Hábitat	
Más de 250.000 habitantes	0.5
Provincias	
Valencia	0.4
Alicante	0.3
Zonas	
Valencia-Paterna	0.7
Gandía-Alzira	0.4
Población	
Turísticas	0.4
No turísticas	0.2
Rol familiar	
Hijos no emancipados	0.6
Hijos emancipados	0.6
Estudios	
Primarios-EGB	0.3
BUP-COU	0.5
Ocupación	
Estudiantes	0.4
Parados	2.0
Clase social	
Media-baja	0.7
Total	**0.3**

7. LOS ALUCINÓGENOS

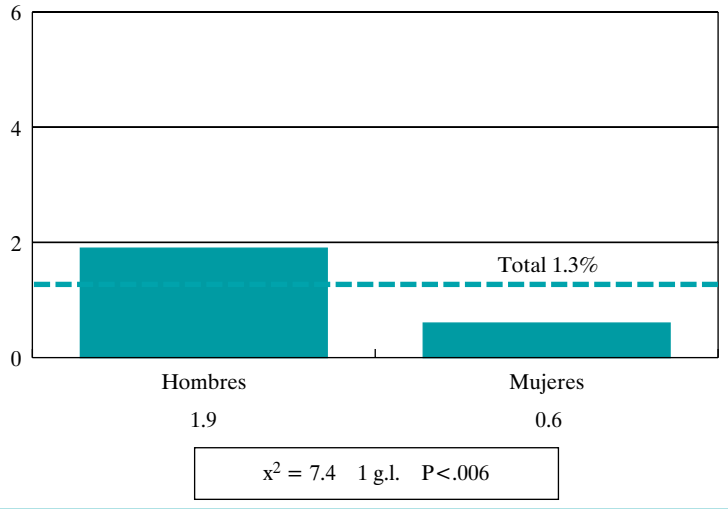
Estas sustancias, formuladas también a los entrevistados como LSD, ácidos, tripis, etc., tienen unos consumos muy asociados a los de ciertos psicoestimulantes como las anfetaminas y la cocaína, o al de las drogas sintéticas. Los resultados obtenidos, en la presente encuesta, sobre sus consumos son los que se recogen en la tabla 3.15.

TABLA 3.15
El consumo de alucinógenos

Consumió alguna vez (en %)	4.6
Edad media de inicio en el consumo (años)	18.56
Consumió en los últimos doce meses (en %)	1.3
Consumió en el último mes (en %)	0.5
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
Menos de una vez por semana	0.3
Una vez por semana	0.1
De dos a seis veces por semana	0.0
Diariamente	0.0

Según los datos de la tabla 3.15, el 4.6% indica haber usado alucinógenos alguna vez, un 1.3% lo hizo en los últimos doce meses y el 0.5% en el último mes. No se observa una frecuencia de uso mayor que un 0.1% de una vez por semana.

El consumo de alucinógenos en los últimos doce meses, según el género



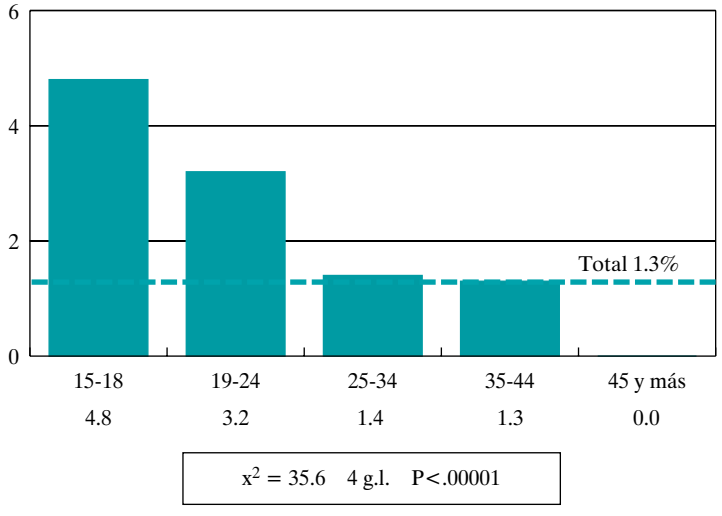
- Últimos doce meses/alguna vez: 28.2%
- Últimos doce meses/alguna vez: 38.5%
- Índice general de continuidad de uso: 10.9%

Respecto a 1996 (cuadro 3.H), el consumo actual de alucinógenos en los últimos doce meses parece haberse incrementado un poco, mientras que en el período del último mes (y también en el uso de una vez por semana, que en 1996 era del 0.3%), se está acusando un ligero descenso. En esta línea ambivalente de los consumos, está también una de las conclusiones del Informe del Observatorio Español sobre Drogas, en la que se señala que es compatible el incremento del contacto con algunas drogas (en un consumo ocasional o experimental) y la reducción de los que hacen un uso frecuente de estas sustancias.

Respecto a las edades de inicio en el uso de los alucinógenos, observamos lo siguiente:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	1.6
De 15 a 17 años	48.8
De 18 a 21 años	31.4
De 22 a 25 años	12.4
De 26 en adelante	5.8

El consumo de alucinógenos en los últimos doce meses, según la edad



La mayor proporción de inicios en el uso de alucinógenos se da en el grupo de edad de 15 a 17 años con el 48.8%. A los 21 años ya se han iniciado el 81.8%. La media de edad de inicio son los 18.56 años, 18.7 en los hombres y 18.2 en las mujeres. Estas sustancias habrían sido consumidos en el último mes por unas 16.000 personas. Y en el uso de una vez a la semana se encontrarían entre 3.000 y 4.000.

CUADRO 3.H
Prevalencia de alucinógenos en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1984	12 años y más. España	5.958	1.5	2.1
1985	12 años y más. Aragón	1.800	0.4	0.8
1986	16-65 años. España. Trabajadores	1.994	0.7	1.3
1987	16 años y más. Andalucía	2.000	0.7	0.8
1988	12 años y más. Galicia	3.700	0.3	0.6
1989	14-64 años. Madrid Municipio	8.002	–	–
1989	16 años y más. Adalucía	2.000	0.3	1.1
1989	14-70 años. Castilla y León	2.500	0.4	0.9
1990	15-64 años. Cataluña	1.560	0.2	0.5*
1991	12 años y más. Aragón	1.987	1.1	1.3
1992	14 años y más. Andalucía	2.250	0.15	0.4
1992	14-70 años. Castilla y León	2.500	0.4	0.6*
1993	12 años y más. Galicia	2.000	0.01	0.6
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	0.3	0.6
1994	16 años y más. España	17.617	–	–
1994	12 años y más. Galicia	2.300	0.2	0.3
1995	15 años y más. España	9.984	0.2	0.7*
1996	16 años y más. España. Trabajadores ocupados	2.300	0.6	0.9*
1996	12 años y más. Galicia	2.300	0.3	0.4
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	0.5	0.8
1996	15 años y más. C. Valenciana	2.000	0.6	1.0*
1997	15-65 años. Canarias	1.500	0.7	1.3*
1997	15-65 años. España	12.445	0.23	0.89*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	0.5	0.8*
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0.3	0.4
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0.4	0.7
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	0.4	1.3*

* Últimos doce meses

En lo que se refiere al perfil de los que en los últimos doce meses consumieron alucinógenos (tabla 3.16), las variables más significativas (entre P<.00001 y P<.07) serían las siguientes: en el género, los hombres con un 1.9% por el 0.6% de las mujeres; en la edad, los de 15-18 años con el 4.8% y los de 19-24 con un 3.2%; los hijos emancipados y no emancipados, en la de rol familiar; en el hábitat, los núcleos urbanos medios y grandes; en las zonas de Valencia-Paterna y Alicante-Denia; en las poblaciones turísticas; y en la ocupación, los estudiantes, profesionales-funcionarios y los parados. Y ya con una significación menor (P<.1 a P<.3) en la provincia de Valencia; y en los tres estratos de las clases medias.

TABLA 3.16
Perfil básico de los consumidores de alucinógenos (en los últimos doce meses)

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	1.9
Mujeres	0.6
15 a 18 años	4.8
19 a 24 años	3.2
25 a 34 años	1.4
Hábitat	
De 50.000 a 100.000 habitantes	1.4
Más de 250.000 habitantes	2.2
Provincias	
Valencia	1.7
Zonas	
Valencia-Paterna	3.4
Alicante-Denia	1.2
Población	
Turísticas	1.7
No turísticas	0.9
Rol familiar	
Hijos no emancipados	3.1
Hijos emancipados	2.6
Estudios	
BUP-COU	2.7
FP 1 y 2	1.4
Ocupación	
Estudiantes	3.3
Profesionales y funcionarios	2.6
Parados	3.0
Clase social	
Media-baja	1.3
Media-media	1.3
Media-alta	1.4
Total	**1.3**

8. LAS ANFETAMINAS

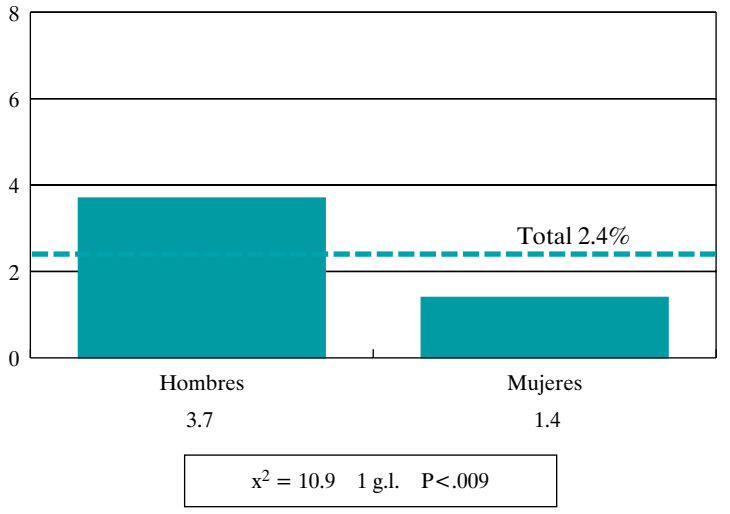
Este tipo de sustancias, al igual que los alucinógenos, configuran el modelo de policonsumo más importante junto con las drogas de síntesis y la cocaína. Y los perfiles de sus consumidores son muy similares a los de estas otras sustancias.

Los resultados obtenidos sobre el consumo de anfetaminas en 1998 en la Comunidad Valenciana son los que se recogen en la tabla 3.17:

TABLA 3.17
El consumo de anfetaminas

Consumió alguna vez (en %)	5.8
Edad media de inicio en el consumo (años)	20.10
Consumió en los últimos doce meses (en %)	2.5
Consumió en el último mes (en %)	1.2
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
Menos de una vez por semana	0.2
Una vez por semana	0.1
De dos a seis veces por semana	0.1
Diariamente	0.0

El consumo de anfetaminas en los últimos doce meses, según el género



Un 5.8%de los entrevistados indica haber consumido anfetaminas en alguna ocasión, un 2.5% lo hizo en los últimos doce meses y el 1.2% en el último mes. En cuanto a la mayor frecuencia de su consumo se observa un 0.2% de menos de una vez a la semana en el último mes, 0.1% una vez por semana y un 0.1% de dos a seis veces por semana. La continuidad de uso de las anfetaminas es la siguiente:

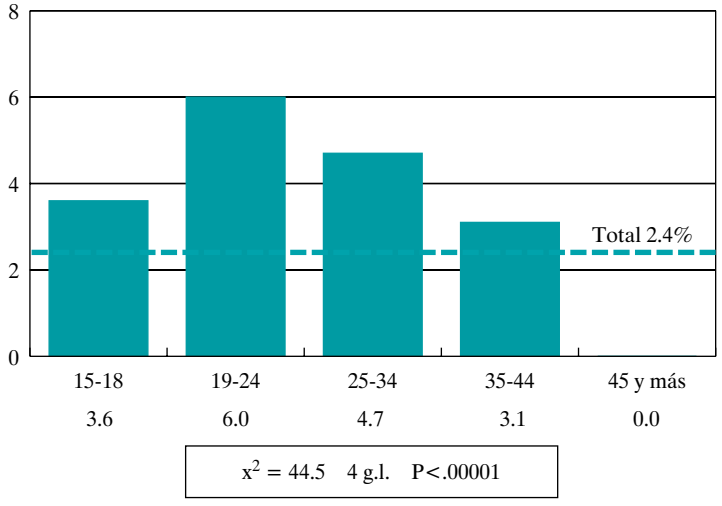
- Últimos doce meses/alguna vez: 43.1%
- Últimos doce meses/alguna vez: 48.0%
- Índice general de continuidad de uso: 20.7%

Con relación a 1996 (cuadro 3.I), se ha producido un aumento en el consumo de anfetaminas en los períodos de los últimos doce meses y del último mes, aunque no en los de mayor frecuencia. Estos aumentos (básicamente en consumos ocasionales y experimentales) son señalados también en el Informe del Observatorio Europeo, que llega a decir del consumo de las anfetaminas "…es probable que en el futuro sea más importante que el de éxtasis."

Las edades de inicio en el uso de anfetaminas son las siguientes:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	0.8
De 15 a 17 años	29.4
De 18 a 21 años	40.1
De 22 a 25 años	16.2
De 26 en adelante	13.6

El consumo de anfetaminas en los últimos doce meses, según la edad



Nuevamente el grupo de edad en que se producen más inicios es el de 18-21 años, con un 40.1%. A los 21 años ya se han iniciado en el consumo de anfetaminas un 70.3% del total. La edad media de inicio es los 20.1 años, siendo los 19.29 en los hombres y los 21.35 en las mujeres.

En términos absolutos entre 36.000 y 38.000 personas habrían consumido anfetaminas en el último mes en la Comunidad Valenciana, pero tan sólo entre 3.000 y 4.000 lo estarían haciendo una vez por semana.

CUADRO 3.1
Prevalencia de las anfetaminas en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1984	12 años y más. España	5.958	3.7	4.9
1985	12 años y más. Aragón	1.800	0.8	1.1
1986	16-65 años. España. Trabajadores	1.994	1.5	1.9
1987	16 años y más. Andalucía	2.000	2.2	2.6
1988	12 años y más. Galicia	3.700	1.4	1.9
1989	14-64 años. Madrid Municipio	8.002	–	–
1989	16 años y más. Adalucía	2.000	1.9	2.9
1989	14-70 años. Castilla y León	2.500	1.2	2.1*
1990	15-64 años. Cataluña	1.560	0.2	0.6*
1991	12 años y más. Aragón	1.987	1.7	2.1
1992	14 años y más. Andalucía	2.250	1.1	1.5
1992	14-70 años. Castilla y León	2.500	0.3	0.8*
1993	12 años y más. Galicia	2.000	0.1	0.4
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	0.4	1.3
1994	16 años y más. España	17.617	–	–
1994	12 años y más. Galicia	2.300	0.4	0.7
1995	15 años y más. España	9.984	0.3	0.9*
1996	16 años y más. España. Trabajadores ocupados	2.300	1.6	–
1996	12 años y más. Galicia	2.300	0.4	0.6
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	1.1	1.3
1996	15 años y más. C. Valenciana	2.000	1.0	1.3*

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1997	15-65 años. Canarias	1.500	0.7	1.2*
1997	15-65 años. España	12.445	0.24	0.87*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	0.2	0.5*
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0.4	0.6
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0.7	0.8
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	1.2	2.5*

* Últimos doce meses

En lo que se refiere al perfil de los que en los últimos doce meses consumieron anfetaminas (tabla 3.18) cabe señalar lo siguiente: con significación entre P<.00001 y P<.006, observamos un 3.7% en los hombres por 1.4% las mujeres, un 6% en los de 19 a 24 años y el 4.7% en los de 25-34; en los núcleos urbanos intermedios y grandes, en poblaciones turísticas; los hijos emancipados y no emancipados; de niveles educativos medios y superiores; estudiantes, profesionales, trabajadores y parados. En la provincia de Alicante y en las zonas de Valencia-Paterna, Alicante-Denia y Elche-Orihuela.

Y ya con una significación menor (P<.12) en la variable de clase social en todas ellas, y un poco más en la media-media y la media-alta.

TABLA 3.18
Perfil básico de los consumidores de anfetaminas (en los últimos doce meses)

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	3.7
Mujeres	1.4
15 a 18 años	3.6
19 a 24 años	6.0
25 a 34 años	4.7
35 a 44 años	3.1
Hábitat	
De 10.000 a 50.000 habitantes	2.7
De 50.000 a 100.000 habitantes	3.8
Provincias	
Alicante	5.6
Zonas	
Valencia-Paterna	2.2
Alicante-Denia	6.1
Elche-Orihuela	5.3

VARIABLES	%
Población	
Turísticas	1.6
No turísticas	3.0
Rol familiar	
Hijos no emancipados	5.0
Hijos emancipados	8.9
Estudios	
BUP-COU	5.2
FP 1 y 2	4.8
Medios-superiores	3.0
Ocupación	
Profesionales y funcionarios	3.9
Trabajadores	3.4
Parados	7.1
Estudiantes	3.3
Clase social	
Media-media	2.9
Media-alta	2.7
Total	**2.5**

9. LOS TRANQUILIZANTES

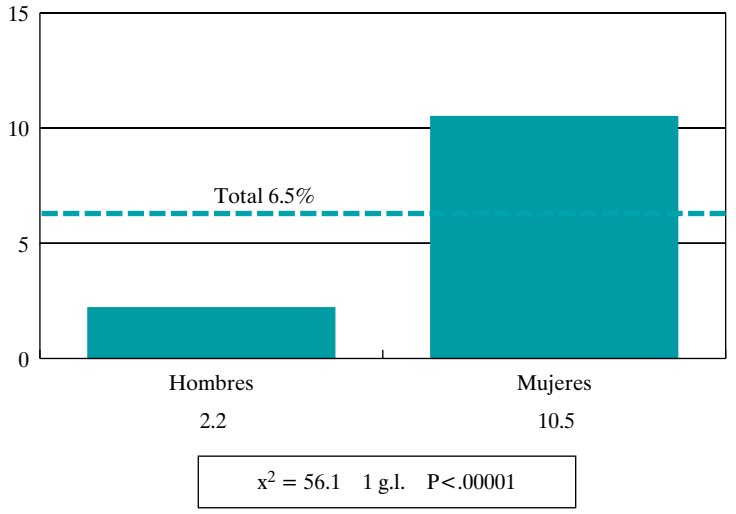
Los tranquilizantes constituyen con los hipnóticos otro modelo de policonsumo completamente distinto a los que configuran los narcóticos y los psicoestimulantes. Su consumo está en una tendencia de cierto aumento.

Las prevalencias observadas en la Comunidad Valenciana en 1998 son las que se recogen en la tabla 3.19.

TABLA 3.19
El consumo de tranquilizantes

Consumió alguna vez (en %)	11.4
Edad media de inicio en el consumo (años)	35.34
Consumió en los últimos doce meses (en %)	6.5
Consumió en el último mes (en %)	5.0
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
Menos de una vez por semana	0.8
Una vez por semana	0.6
De dos a seis veces por semana	1.3
Diariamente	2.3

El consumo de tranquilizantes en los últimos doce meses, según el género



Un 11.4% de los entrevistados indica haber consumido tranquilizantes alguna vez, en 6.5% lo hizo en los últimos doce meses, y el 5% en el último mes. Los consumos más frecuentes o habituales de estas sustancias son altos, pues un 3.6% los usa entre 2 y 6 veces por semana o diariamente.

La continuidad de uso es la siguiente:

- Últimos doce meses/alguna vez: 57.1%
- Últimos doce meses/alguna vez: 76.9%
- Índice general de continuidad de uso: 43.8%

En relación a 1996, el uso de los tranquilizantes en la Comunidad Valencia (cuadro 3.J) ha aumentado en torno a un punto porcentual en los últimos doce meses y en el último mes, y más de ocho décimas en los usos más frecuente o habituales. Este incremento podría deberse a diversas causas, entre ellas, un mayor uso de estas sustancias como inductoras del sueño, en detrimento de los hipnóticos clásicos que descienden casi en la misma proporción. Esta tendencia de aumento del consumo de tranquilizantes es señalada también en el Informe del Observatorio Español sobre Drogas.

Las edades de inicio en el uso de tranquilizantes son las siguientes:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	1.8
De 15 a 17 años	7.4
De 18 a 21 años	15.5
De 22 a 25 años	5.9
De 26 en adelante	69.4

A partir de los 26 años se producen el mayor número de inicios en el uso de tranquilizantes, con un 69.4% en total. La edad media de inicio son los 35.34 años, siendo los 30.57 en los hombres y los 36.62 en las mujeres.

En términos absolutos, unas 160.000 personas habrían utilizado tranquilizantes en el último mes, de las que unas 100.000 lo estarían haciendo de modo habitual.

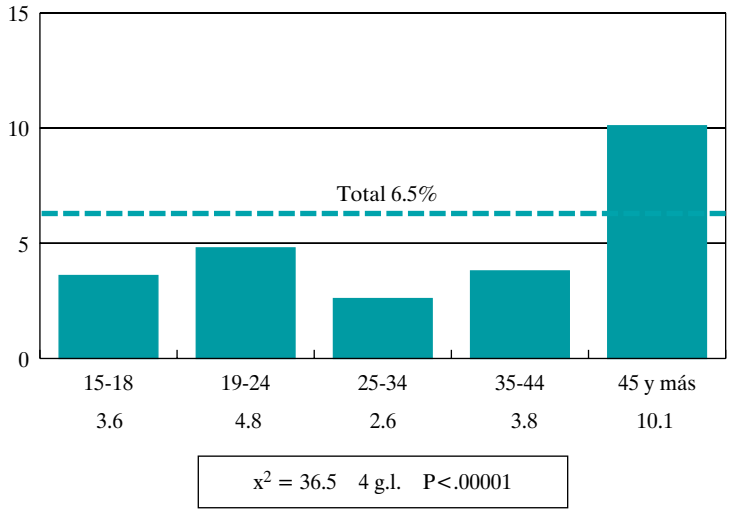
CUADRO 3.J
Prevalencia de los tranquilizantes en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	6.1	7.0
1994	12 años y más. Galicia	2.300	2.6	3.1
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	5.2	6.2
1996	12 años y más. Galicia	2.300	4.4	5.6
1996	15 años y más. C. Valenciana	2.000	4.0	5.7*
1996	16-65 años. España. Trabajadores ocupados	2.300	5.7	–
1997	15 años y más. Canarias	1.500	4.5	5.4*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	3.8	4.8
1998	12 años y más. Galicia	2.300	4.3	4.8
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	5.0	6.5*

* Últimos doce meses

A partir de los datos de la tabla 3.20 podemos ver que el perfil básico de los consumidores de tranquilizantes es el siguiente: mujeres el 10.5%, y personas de 45 y más años 10.1% (ambas variables con $P<.00001$). Y con esta misma alta significatividad, el rol de conyuge; las amas de casa, los empresarios y directores y los parados.

El consumo de tranquilizantes en los últimos doce meses, según la edad



En los núcleos urbanos medios y grandes (P<.02) en poblaciones turísticas (P<.07); en las zonas de Valencia-Torrente, Alzira-Gandía y Alicante-Denia (P<.003). De niveles educativos muy bajos y medios-superiores (P<.02). Y en las clases sociales baja, media-baja y media-media (P<.04).

TABLA 3.20
Perfil básico de los consumidores de tranquilizantes (en los últimos doce meses)

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	2.2
Mujeres	10.5
19 a 24 años	4.8
35 a 44 años	3.8
45 y más años	10.1
Hábitat	
De 100.000 a 250.000 habitantes	11.3
Más de 250.000 habitantes	7.6
Provincias	
Valencia	7.4

VARIABLES	%
Zonas	
En todas las zonas, y especialmente en:	
Valencia-Torrente	9.3
Alzira-Gandía	11.0
Alicante-Denia	6.4
Población	
Turísticas	7.6
No turísticas	5.6
Rol familiar	
Cónyuge	11.5
Estudios	
Sin estudios o incompletos	11.3
Primarios-EGB	7.4
Medios-superiores	6.5
Ocupación	
Amas de casa	15.1
Empresarios	6.0
Parados	6.1
Clase social	
Baja	9.3
Media-baja	9.7
Media-media	6.5
Total	**6.5**

10. LOS HIPNÓTICOS

Estas sustancias, muy asociadas al uso de tranquilizantes y en ocasiones sustituidas por éstos, tuvieron en 1998 en la Comunidad Valenciana, los siguientes consumos.

TABLA 3.21
El consumo de hipnóticos

Consumió alguna vez (en %)	5.4
Edad media de inicio en el consumo (años)	43.71
Consumió en los últimos doce meses (en %)	2.8
Consumió en el último mes (en %)	2.6
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
Menos de una vez por semana	0.5
Una vez por semana	0.2
De dos a seis veces por semana	0.5
Diariamente	1.4

Un 5.4% de la población ha usado en alguna ocasión hipnóticos, de ellos un 2.8% los consumió en los últimos doce meses y un 2.6% en el último mes. El uso más frecuente o habitual es también relativamente alto, con un 1.9% que lo estaría haciendo de 2 a 6 veces por semana o a diario.

La continuidad de uso sería la siguiente:

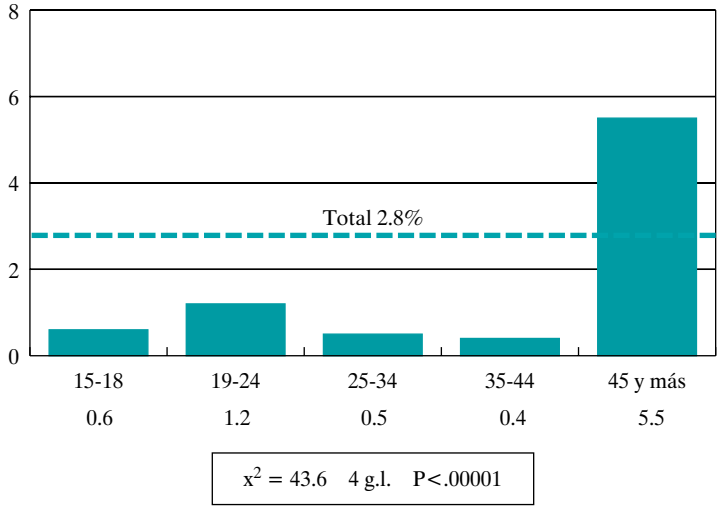
- Últimos doce meses/alguna vez: 51.8%
- Últimos doce meses/alguna vez: 92.8%
- Índice general de continuidad de uso: 48.1%

Respecto a 1996, el consumo de hipnóticos (cuadro 3.K) habría descendido en torno a un punto porcentual en los períodos de los últimos doce meses y del último mes, probablemente por una cierta sustitución por los tranquilizantes. Pero no ocurre así con el uso más frecuente o habitual, que permanece estable.

Las edades de inicio en el uso de hipnóticos serían las siguientes:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 14 años	1.9
De 15 a 17 años	5.8
De 18 a 21 años	5.9
De 22 a 25 años	2.6
De 26 en adelante	83.8

El consumo de hipnóticos en los últimos doce meses, según la edad



Como puede verse, en un 83.8% de los casos el inicio en el consumo de hipnóticos se produce después de los 25 años, con una edad media de 43.71 años; siendo de 44.29 en los hombres y 43.33 en las mujeres.

En conjunto, el número de consumidores de hipnóticos en el último mes sería de unas 70.000 a 80.000 personas, de las que en torno a 60.000 serían consumidores habituales.

CUADRO 3.K
Prevalencia de los hipnóticos en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	2.4	2.8
1994	12 años y más. Galicia	2.300	1.1	1.3
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	1.5	2.2
1996	12 años y más. Galicia	2.300	2.7	2.9
1996	15 años y más. C. Valenciana	2.000	3.4	3.9*
1996	16-65 años. España. Trabajadores ocupados	2.300	1.4	–
1997	15 años y más. Canarias	1.500	2.3	2.9*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	1.0	1.4
1998	12 años y más. Galicia	2.300	2.2	2.4
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	2.6	2.8*

* Últimos doce meses

El perfil de los consumidores de hipnóticos (tabla 3.22) sería básicamente el siguiente: mujeres el 3.4% por un 2.1% los hombres; personas de 45 años en adelante 5.5% ($P<.08$ y $P<.00001$, respectivamente). Cabezas de familia y cónyuges ($P<.0003$).

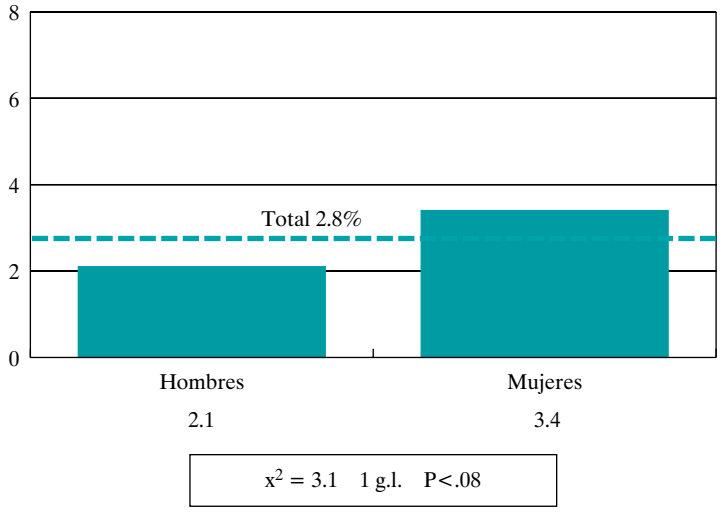
En núcleos urbanos de todos los tamaños, en las zonas turísticas, y en las provincias de Castellón y Valencia (estas variables con $P<.01$). En las zonas de Castellón-Vinaroz, Alzira-Gandía y Valencia-Torrente ($P<.001$). De nivel educativo muy bajo o medio-superior; amas de casa, jubilados-pensionistas, profesionales y funcionarios (ambas variables con $P<.00001$).

Y según la clase social, aunque con una significación algo menor ($P<.03$), en la media-baja y la media-media.

TABLA 3.22
Perfil básico de los consumidores de hipnóticos (en los últimos doce meses)

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	2.1
Mujeres	3.4
45 y más años	5.5
Hábitat	
Hasta 10.000 habitantes	2.6
De 100.000 a 250.000 habitantes	3.8
Más de 250.000 habitantes	4.5
Provincias	
Castellón	3.5
Valencia	3.5
Zonas	
Castellón-Vinaroz	3.1
Valencia-Torrente	5.6
Alzira-Gandía	4.6
Población	
Turísticas	3.9
No turísticas	2.1
Rol familiar	
Cabezas de familia	4.5
Cónyuges	3.2
Estudios	
Sin estudios o incompletos	8.0
Primarios-EGB	3.2
Medios-superiores	2.7
Ocupación	
Amas de casa	6.4
Jubilados-pensionistas	7.1
Profesionales y funcionarios	2.8
Clase social	
Media-baja	5.9
Media-media	2.8
Total	**2.8**

El consumo de hipnóticos en los últimos doce meses, según el género



11. EL CRACK

El crack ha sido, hasta hace poco, una sustancia de uso muy minoritario; por ello no se solía incluir en las encuestas. No obstante, dada su fuerte asociación con los consumos de heroína y otros opiáceos, se ha optado por incluirla en la presente investigación. En el cuadro 3.L se ofrecen las prevalencias del crack observadas en estudios recientes.

Las obtenidas en el presente son las que se recogen en tabla 3.23.

TABLA 3.23
El consumo de crack

Consumió alguna vez (en %)	0.2
Edad media de inicio en el consumo (años)	21.97
Consumió en los últimos doce meses (en %)	0.1
Consumió en el último mes (en %)	0.0
Frecuencia de consumo en el último mes (en %)	
Menos de una vez por semana	0.0
Una vez por semana	0.0
De dos a seis veces por semana	0.0
Diariamente	0.0

Un 0.2% de los entrevistados indica haber probado crack en alguna ocasión y tan sólo un 0.1% en los últimos doce meses. No se observan consumos en el período del último mes, aunque esto no quiere decir que no los haya; pero son tan minoritarios que no son fácilmente detectables por el método de encuesta aleatoria. Por ello no es aconsejable ofrecer índices de continuidad ni estimaciones en números absolutos.

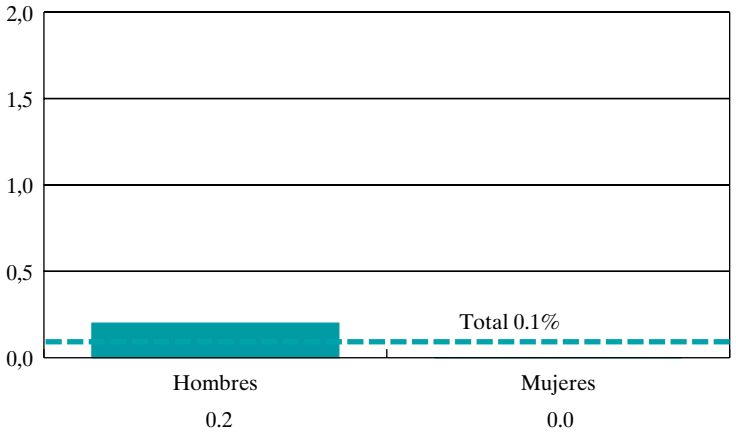
En cuanto a los años de inicio, aunque de forma tan sólo indicativa, sí podemos ver lo siguiente:

AÑOS DE INICIO	%
Hasta los 21 años	38.4
De 22 a 25 años	51.2
De 26 en adelante	10.4

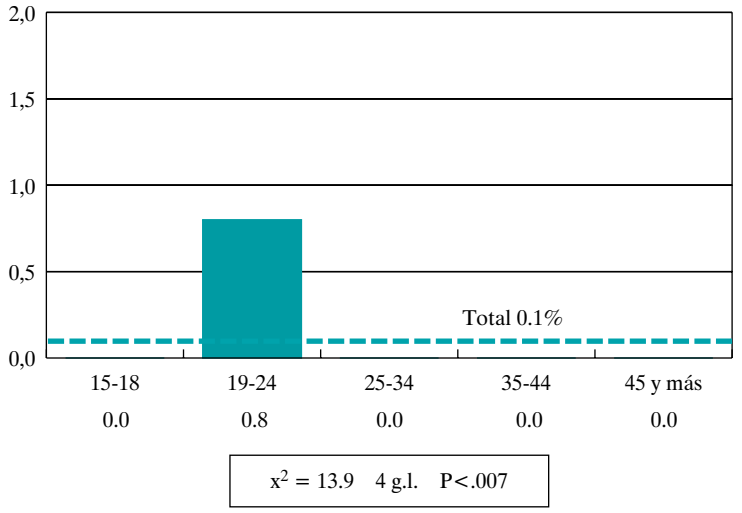
Y la media de edad sería los 21.97 años, con 21.86 los hombres y 23 las mujeres.

Respecto a la asociación entre crack y heroína (que veremos en el capítulo de policonsumo) en el Informe del Observatorio Español sobre Drogas, y refiriendose a la *Encuesta a consumidores de heroína en tratamiento 1996-1997* se dice que el 72.2% ha consumido crack alguna vez en su vida, casi la mitad (46.8%) lo ha hecho en el último año y la cuarta parte (28.5%) en el último mes.

El consumo de crack en los últimos doce meses, según el género



El consumo de crack en los últimos doce meses, según la edad



CUADRO 3.L
Prevalencia del crack en el último mes y en los últimos seis o doce meses

AÑO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	MUESTRA	ÚLTIMO MES	ÚLTIMOS 6 Ó 12 MESES
1995	15 años y más. España	9.984	0.02	0.1*
1997	15-65 años. Canarias	1.500	0.6	0.8*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	0.1	0.2*
1997	15-65 años. España	12.445	0.04	0.15*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0.1	0.2
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0.0	0.1
1998	15 años y más. C. Valenciana	2.000	0.0	0.1

En lo que se refiere al perfil de los consumidores de crack, y con una significación entre P<.05 y P<.007, podemos ver que serían los hombres con 0.2% y los de 19 a 24 años con 0.8%. Y también los que están en paro con un 0.2% y en las poblaciones turísticas 0.2%.

En el resto de las variables la significación ya no llega a P<.05. Con P<.1 a P<-2, estarían los núcleos urbanos grandes, la zona de Valencia-Paterna; los hijos eman-

cipados y no emancipados y los de estudios de BUP-COU. Y ya con P<.4 los de clase media-baja.

TABLA 3.24
Perfil básico de los consumidores de crack (en los últimos doce meses)

VARIABLES	%
Género y edad	
Hombres	0.2
19-24 años	0.8
Hábitat	
Más de 250.000 habitantes	0.4
Provincias	
Valencia	0.3
Zonas	
Valencia-Paterna	0.5
Población	
Turística	0.2
Rol familiar	
Hijos no emancipados	0.4
Hijos emancipados	0.6
Estudios	
BUP-COU	0.5
Ocupación	
Parados	2.0
Clase social	
Media-baja	0.4
Total	**0.1**

CAPÍTULO CUATRO

Prevalencias y tendencias de evolución de los consumos y los policonsumos

1. PREVALENCIAS Y TENDENCIAS DE EVOLUCIÓN DE LOS CONSUMOS

En lo que se refiere a las prevalencias de las distintas drogas analizadas de forma particularizada en los capítulos anteriores, en el cuadro 4.A podemos ver las de los psicofármacos y las de las drogas ilegales, en los tres períodos de tiempo considerados.

CUADRO 4.A
Consumos de las distintas drogas, en %

DROGAS	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
Inhalables	0.7	0.2	0.1
Cannabis	20.8	10.4	6.8
Cocaína	8.5	4.7	2.3
Drogas de síntesis	4.7	1.8	1.0
Herína	1.3	0.5	0.3
Morfínicos y otros opiáceos	0.6	0.4	0.3
Alucinógenos	4.6	1.3	0.5
Anfetaminas	5.8	2.5	1.2
Tranquilizantes	11.4	6.5	5.0
Hipnóticos	5.4	2.8	2.6
Crack	0.2	0.1	0.0

Y en lo referido al alcohol (tomando a los que lo usaron en el último mes y los que lo hicieron en el día anterior a la entrevista) y al tabaco (a los que lo consumieron alguna vez y los que lo hacen actualmente), tenemos el cuadro 4.B.

CUADRO 4.B
Consumos en el tabaco y el alcohol, en %

	ÚLTIMO MES	EN EL DÍA ANTERIOR
Alcohol	62.8	37.3
	ALGUNA VEZ	**ACTUALMENTE**
Tabaco	54.2	42.9

Finalmente, si tenemos en cuenta los usos abusivos del tabaco y el alcohol (fumadores diarios y bebedores abusivos) y los consumos frecuentes o habituales de las otras drogas (de 2 a 6 veces a la semana y diariamente), los consumos más potencialmente problemáticos serían los que se recogen en el cuadro 4.C.

CUADRO 4.C
Usos abusivos y frecuentes o habituales, en %

DROGAS	FRECUENTE O HABITUAL
Inhalables	0.0
Cannabis	3.1
Cocaína	0.2*
Drogas de síntesis	0.1*
Heroína	0.2
Morfínicos y otros opiáceos	0.1
Alucinógenos	0.0*
Anfetaminas	0.1*
Tranquilizantes	3.6
Hipnóticos	1.9
Crack	0.0
TABACO	**FUMADORES**
Diarios	36.5
Diarios y de 10 cigarrillos en adelante	29.1
ALCOHOL	**BEBEDORES**
Abusivos	6.1
Abusivos y frecuentes	2.0

* Es estas sustancias, además del uso frecuente o habitual (de 2 a 6 veces por semana y diariamente) aquí reflejado, en la frecuencia anterior de una vez por semana se observan también los siguientes consumos: en cocaína un 0.5%, en drogas de síntesis un 0.2%, en alucinógenos un 0.1%, y en anfetaminas un 0.1%.

Del conjunto de datos contenidos en estos tres cuadros podemos ver que hay tres sustancias con un consumo ampliamente extendido: el alcohol, el tabaco y la cannabis. En un nivel intermedio de consumo se encontrarían los tranquilizantes, los hipnóticos y la cocaína. Y ya en un grado de consumo algo más minoritario, aunque con prevalencias de cierta importancia entre personas jóvenes, tendríamos las drogas de síntesis y otras de consumo asociado, como las anfetaminas y los alucinógenos, la heroína y los otros opiáceos; y ya con prevalencias muy bajas los inhalables y el crack.

Sin duda, la importancia epidemiológica o la gravedad social del consumo de estas drogas varía, según la potencial peligrosidad de cada una de ellas, y también de la concurrencia de determinadas circunstancias, como la conducción de vehículos o maquinaria, las vías y modos de uso, las frecuencias y cantidades ingeridas, etc. En todo caso, los grupos de riesgo más claros habría que situarlos entre los bebedores abusivos y frecuentes, los fumadores diarios de diez cigarrillos en adelante, y los usuarios frecuentes o habituales (2 a 6 veces semana y diariamente) en los psicofármacos y las drogas ilegales; incluso en estas últimas, frecuencias menores como una vez a la semana, observadas en la cocaína, las drogas de síntesis, los alucinógenos y las anfetaminas.

En el cuadro 4.C se pueden ver bien diferenciadas las magnitudes de estos colectivos de consumos más potencialmente problemáticos: entre un 29.1% y un 36.5% de fumadores diarios; entre un 2% y un 6.1% de bebedores abusivos, entre un 1.9% y un 3.6% de consumidores frecuentes o habituales de hipnóticos, cannabis y tranquilizantes; y entre el 0.1% y el 0.3% en las drogas de síntesis, anfetaminas, cocaína y heroína; aunque si incluimos también la frecuencia de una vez a la semana habría que contemplar otro 0.2% en las drogas de síntesis y un 0.5% en la cocaína.

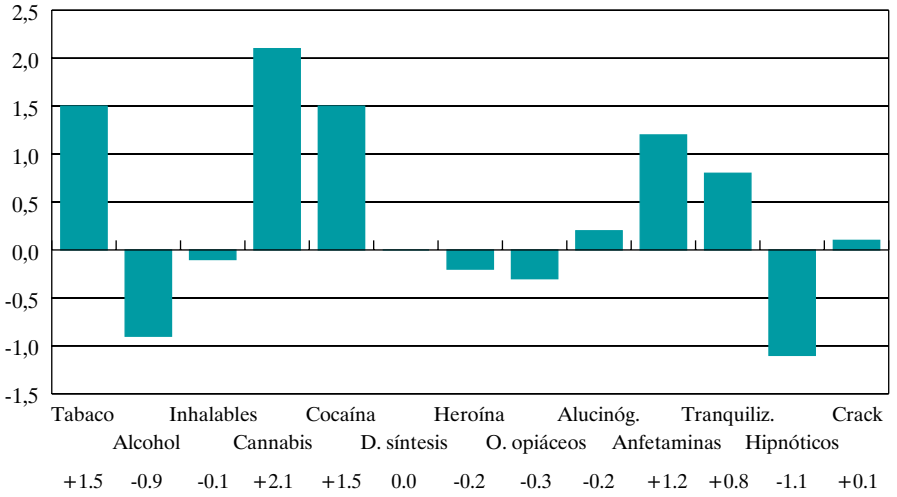
Si nos situamos ahora en la perspectiva de la posible evolución experimentada en los consumos de las distintas drogas, desde el estudio de 1996 hasta el presente de 1998, tomando como referencia los datos relativos al tabaco diario, el alcohol abusivo y las otras drogas en el período de los últimos doce meses, en el gráfico podemos ver las diferencias observadas actualmente.

Según los datos del gráfico, podemos ver que aquellas sustancias cuya tendencia de evolución es de incremento serían el tabaco, la cannabis, la cocaína, las anfetaminas y los tranquilizantes. Por el contrario la tendencia de evolución habría sido de disminución en el alcohol abusivo, los inhalables, la heroína, los otros opiáceos y los hipnóticos. En una situación de estabilización estarían las drogas de síntesis en el período de los últimos doce meses, aunque también habrían descendido algo en el del último mes. Por último aparece un pequeño consumo de crack, cuya evolución reciente en la Comunidad Valenciana no conocemos, ya que ha sido incluido por primera vez en la presente encuesta.

Estas grandes tendencias en la evolución de los consumos de drogas en la Comunidad Valenciana, son coincidentes en general con las señaladas en los informes de

1998 del Observatorio Español sobre Drogas y del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, y que en los capítulos anteriores hemos ido viendo para cada droga en particular.

Evolución del consumo de tabaco diario, alcohol abusivo y otras drogas en los últimos doce meses (diferencias observadas en 1998 respecto a los consumos de 1996)



2. LOS POLICONSUMOS

Hasta aquí hemos visto con detalle los consumos de las distintas sustancias y sus posibles tendencias de evolución, así como los perfiles de los consumidores de las mismas. Sin embargo, lo hemos hecho de forma particularizada, sustancia a sustancia, cuando es bien sabido que un amplio segmento de usuarios lo son, en realidad, de varias de estas sustancias.

Este fenómeno de policonsumo o, en rigor, de varios modelos específicos de policonsumos, es la temática que analizaremos en este apartado.

Con el fin de que el análisis sea significativo, en las sustancias de un uso muy amplio, como lo son el tabaco y el alcohol, tomaremos tan sólo en consideración a

los fumadores diarios y a los bebedores abusivos, y en el resto de drogas solamente a los que las hubieran consumido en el período de los últimos doce meses.

Según esto vemos (tabla 4.1) que un 53.1% de la población valenciana de 15 años en adelante no realizó ninguno de estos consumos, mientras que un 46.9% sí los realizó. De estos últimos un 31.9% usó una sola sustancia, mientras que el 15% fueron policonsumidores.

Los datos completos serían los siguientes:

TABLA 4.1
Distribución de los entrevistados, según el número de drogas que consumen (incluidos tabaco y alcohol)*

NÚMERO DE DROGAS	NÚMERO ENTREVISTADOS	% SOBRE EL TOTAL	% SOBRE CONSUMIDORES
0	1.062	53.1	–
1	639	31.9	68.0
2	178	8.9	18.9
3	63	3.2	6.8
4	30	1.5	3.2
5 ó más	28	1.4	3.1
Total	**2.000**	**100.0**	**100.0**

* Sólo fumadores diarios y bebedores abusivos y consumidores de otras drogas en los últimos doce meses.

Y si resumimos estos datos en lo esencial, tenemos lo siguiente:

No consumieron ninguna	53.1%
Consumieron una	31.9%
Consumieron dos	8.9%
Consumieron tres o más	6.1%

En lo que se refiere a las asociaciones de consumos diversos y al número de drogas asociadas a cada una de ellas podemos ver los cuadros 4.D y 4.E.

CUADRO 4.D
Asociaciones de consumos diversos

	TABACO		ALCOHOL		INHALABLES		CANNABIS		COCAÍNA		D. SÍNTESIS		HEROÍNA		OTROS OPIÁC.		ALUCINÓGENOS		ANFETAMINAS		TRANQUILIZANTES		HIPNÓTICOS		CRACK	
DROGA	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Tabaco	486	66.5	74	58.9	0	10.1	150	71.8	70	73.9	26	73.5	6	60.8	3	59.6	19	76.0	38	75.6	41	31.4	17	30.0	1	59.8
Alcohol	74	10.1	38	30.3	0	0.0	27	13.0	18	18.8	6	16.3	0	2.8	0	6.1	5	18.5	11	22.7	7	5.5	0	0.0	0	0.0
Inhalables	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.3	2	2.1	2	5.5	0	4.1	0	8.9	2	7.7	2	4.5	0	0.0	0	0.0	0	19.1
Cannabis	150	20.5	27	21.6	3	89.9	27	12.8	80	85.3	32	92.1	9	82.0	4	86.9	22	86.7	46	90.6	19	14.8	1	2.1	2	78.9
Cocaína	70	9.6	18	14.1	2	62.8	80	38.6	2	2.2	31	87.7	8	79.0	4	87.4	19	76.6	38	76.2	6	4.8	2	3.3	2	100.0
D. síntesis	26	3.5	6	4.6	2	62.8	32	15.4	31	32.5	0	0.0	5	46.9	5	100.0	16	61.8	19	36.9	6	4.5	2	3.3	2	78.9
Heroína	6	0.9	0	0.2	0	14.0	9	4.1	8	8.8	5	14.1	0	0.0	5	94.6	4	16.0	3	6.3	2	1.5	1	1.1	2	78.9
Otros opiac.	3	0.4	0	0.2	0	14.0	4	2.0	4	4.5	5	13.9	5	43.9	0	0.0	2	8.5	2	3.2	2	1.5	1	1.1	2	78.9
Alucinógenos	19	2.6	5	3.7	2	62.8	22	10.5	19	20.5	16	44.6	4	38.3	2	43.9	0	0.0	14	26.9	2	1.9	0	0.6	0	19.1
Anfetaminas	38	5.2	11	9.1	2	72.9	46	21.9	38	40.7	19	53.1	3	30.3	2	33.0	14	53.7	0	0.6	4	3.0	0	0.0	0	19.1
Tranquilizant.	41	5.6	7	5.7	0	0.0	19	9.2	6	6.6	6	16.5	2	19.0	2	40.9	2	9.9	4	7.6	63	48.7	27	48.2	1	32.8
Hipnóticos	17	2.3	0	0.0	0	0.0	1	0.6	2	1.9	2	5.2	1	6.1	1	13.1	0	1.2	0	0.0	27	20.8	23	41.1	0	0.0
Crack	1	0.2	0	0.0	0	14.0	2	0.9	2	2.4	2	5.1	2	17.0	2	36.7	0	1.7	0	0.9	1	0.6	0	0.0	0	0.0
Total	**730**	**100**	**125**	**100**	**3**	**100**	**208**	**100**	**94**	**100**	**35**	**100**	**11**	**100**	**5**	**100**	**25**	**100**	**50**	**100**	**129**	**100**	**56**	**100**	**2**	**100**

En la diagonal se sitúan los consumidores puros de cada producto.

CUADRO 4.E
Número de drogas asociadas a cada una de ellas

	TABACO		ALCOHOL		INHALABLES		CANNABIS		COCAÍNA		D.SÍNTESIS		HEROÍNA		OTROS OPIAC.		ALUCINÓGENOS		ANFETAMINAS		TRANQUILIZANTES HIPNÓTICOS				CRACK	
NÚMERO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	486	66.5	38	30.3	0	0.0	27	12.8	2	2.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.6	63	48.7	23	41.1	0	0.0
2	140	19.3	59	47.4	1	27.1	77	36.8	11	11.9	0	1.1	0	0.0	0	0.0	1	4.9	4	8.1	39	30.2	21	38.2	0	21.1
3	54	7.4	11	8.5	0	10.1	50	24.0	27	28.7	4	11.3	4	38.2	0	0.0	3	12.4	9	17.3	19	14.8	9	16.0	0	0.0
4	25	3.4	10	7.6	0	0.0	28	13.4	26	27.2	7	20.2	0	0.0	0	5.4	5	18.4	14	28.7	2	1.8	2	3.1	0	0.0
5	10	1.4	2	1.9	0	0.0	10	4.7	11	11.8	7	20.2	2	16.5	0	9.8	4	14.7	8	16.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0
6	9	1.2	3	2.7	2	48.8	11	5.4	11	12.0	10	28.4	1	11.1	1	11.0	8	31.7	10	20.7	2	1.2	0	0.0	0	0.0
7	4	0.6	2	1.4	0	0.0	4	1.8	4	4.7	4	12.7	2	14.4	2	31.0	3	12.7	3	5.7	2	1.5	1	1.7	1	27.1
8	1	0.2	0	0.0	0	0.0	1	0.7	1	0.8	1	3.9	1	12.9	1	27.8	1	2.4	1	1.2	1	1.0	0	0.0	1	32.8
9	0	0.0	0	0.2	0	14.0	1	0.4	1	0.8	1	2.1	1	7.0	1	15.0	1	2.9	1	1.5	0	0.0	0	0.0	0	19.1
10	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
11	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
13	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	**730**	**100**	**125**	**100**	**3**	**100**	**208**	**100**	**94**	**100**	**35**	**100**	**11**	**100**	**5**	**100**	**25**	**100**	**50**	**100**	**129**	**100**	**56**	**100**	**2**	**100**
Media	1.61		2.18		5.03		2.89		3.98		5.28		5.30		7.11		5.18		4.51		1.90		1.90		6.65	
Desv. típica	1.13		1.31		2.36		1.50		1.52		1.47		2.10		1.36		1.61		1.53		1.30		1.05		2.50	

A partir del cuadro 4.D podemos ver, en primer lugar, el monoconsumo, es decir la proporción de consumidores de cada sustancia que consumen, en el patrón de uso señalado, solamente esa sustancia. Estos datos se resumen en la tabla 4.2.

TABLA 4.2
Proporción de consumidores de cada sustancia que consumen solamente esa sustancia

SUSTANCIAS	%
Tabaco	66.5
Tranquilizantes	48.7
Hipnóticos	41.2
Alcohol	30.3
Cannabis	12.8
Cocaína	2.1
Anfetaminas	0.6
Inhalables	0.0
Drogas de síntesis	0.0
Heroína	0.0
Otros opiáceos	0.0
Alucinógenos	0.0
Crack	0.0
Proporción total monoconsumidores	**31.9**

Los monoconsumos más altos se dan en el tabaco (diario) con un 66.5%, seguido de los tranquilizantes y los hipnóticos con el 48.7% y el 41.2%, respectivamente. En una situación intermedia estaría el alcohol (abusivo) con el 30.3% y a cierta distancia la cannabis con el 12.8%.

En el resto de las sustancias el monoconsumo es mínimo, como en la cocaína (2.1%) o las anfetaminas (0.6%), o simplemente no existe: en los inhalables, las drogas de síntesis, los alucinógenos, la heroína, los otros opiáceos y el crack no se observa ningún caso de consumidores puros de esas sustancias; en todas ellas hay policonsumo.

Respecto a este policonsumo a partir del cuadro 4.E, podemos ver qué media de asociaciones con otras drogas establece cada una de ellas en particular. El resumen de estos datos se recoge en la tabla 4.3.

TABLA 4.3
Media de drogas diferentes consumidas por los consumidores de cada una de ellas

DROGAS	MEDIA DE ASOCIACIONES
Otros opiáceos	7.11
Crack	6.65
Heroína	5.30
Drogas de síntesis	5.28
Alucinógenos	5.18
Inhalables	5.03
Anfetaminas	4.51
Cocaína	3.98
Cannabis	2.89
Alcohol	2.18
Tranquilizantes	1.90
Hipnóticos	1.90
Tabaco	1.61

Obviamente, la relación que se establece en el policonsumo es la inversa a la vista en el monoconsumo. Ahora las sustancias que se encuentran en la cabeza son los otros opiáceos, el crack, la heroína, las drogas de síntesis, los inhalables y las anfetaminas, con unas medias de asociaciones entre 7.11 y 4.51. En una posición intermedia estarían la cocaína, la cannabis y el alcohol, entre 3.98 y 2.18 asociaciones. Finalmente el menor policonsumo se daría en los tranquilizantes, los hipnóticos y el tabaco, entre 1.90 y 1.61 asociaciones.

En lo que se refiere a las asociaciones más importantes que cada droga establece con las demás, a partir del cuadro 4.D, podemos ver lo siguiente:

- Entre los que fuman **tabaco** a diario, un 10.1% bebió alcohol de forma abusiva, un 20.5% usó cannabis y un 9.6% cocaína.
- Entre los que bebieron **alcohol** de forma abusiva, un 58.9% fuma tabaco, un 21.6% consumen cannabis y un 14.1% cocaína.
- Entre los que usaron **inhalables,** un 89.9% consumió cannabis, un 62.8% cocaína, alucinógenos y drogas de síntesis y un 72.9% anfetaminas.
- Entre los consumidores de **cannabis,** un 71.8 fuma tabaco, un 13% consume alcohol abusivo, un 38.6% **cocaína,** el 15.4% drogas de síntesis y el 21.9% anfetaminas.
- Entre los que usaron **drogas de síntesis,** un 73.5% fuma tabaco y el 16.3% bebió alcohol abusivo, el 92.1% consumió cannabis, un 87.7% cocaína, un 44.6% alucinógenos y el 53.15 anfetaminas.

CUADRO 4.F
Asociaciones de consumos diversos

	TABACO	ALCOHOL	INHALABLES	CANNABIS	COCAÍNA	D. SÍNTESIS	HEROPINA	OTROS OPIÁC.	ALUCINÓGENOS	ANFETAMINAS	TRANQUILIZANTES	HIPNÓTICOS	CRACK
Tabaco	1,00000												
Alcohol	,12018	1,00000											
Inhalables	-,02158	-,01017	1,00000										
Cannabis	,25092	,09530	,10245	1,00000									
Cocaína	,17302	,11487	,10777	,54565	1,00000								
D. síntesis	,10239	,05536	,18317	,35689	,52229	1,00000							
Heroína	,03661	-,01025	,07327	,17040	,25479	,25026	1,00000						
Otros opiác.	,02373	-,00025	,10968	,12389	,19286	,37048	,64331	1,00000					
Alucinógenos	,09274	,05688	,21679	,28259	,38351	,51773	,24131	,18884	1,00000				
Anfetaminas	,13061	,10923	,17660	,42230	,51465	,43069	,12864	,09604	,36956	1,00000			
Tranquilizant.	-,02809	-,00784	-,01034	,03760	,00101	,05428	,03695	,06920	,01566	,00765	1,00000		
Hipnóticos	-,02303	-,04384	-,00667	-,04619	-,01170	,01944	,01445	,03087	-,01060	-,02725	,28757	1,00000	
Crack	,01631	-,00871	,16228	,07557	,15139	,19820	,36506	,53721	,05373	,03558	,03602	-,00571	1,00000

- Entre los consumidores de **heroína,** un 82% usó cannabis, un 79% cocaína, un 46.9% drogas de sintéticas, un 43.9% otros opiáceos y un 17% crack.
- Entre los usuarios de **otros opiáceos,** un 86.9% usó cannabis, el 87.4 cocaína, el 100% drogas de síntesis, un 94.6% heroína y el 36.7% crack.
- Entre los que consumieron **alucinógenos** un 76% fuma tabaco, un 18.5% tomó alcohol abusivo, un 86.7% cannabis, un 76.6% cocaína, un 61.8% drogas de síntesis y un 53.7% anfetaminas.
- Entre los usuarios de **anfetaminas,** un 75.6% fuma tabaco, un 22.7% tomó alcohol abusivo, un 90.6% cannabis, un 76.2% cocaína y un 36.9% drogas de síntesis.
- Entre los que tomaron **tranquilizantes,** un 31.4% fuma tabaco, un 20.8% consumió hipnóticos y un 14.8% cannabis.
- En los que usaron **hipnóticos,** un 48.8% es consumidor de tranquilizantes y el 30% fuma tabaco.
- Y entre los que usaron **crack,** el 100% usó cocaína, y el 78.9%, cannabis, drogas de síntesis, heroína y otros opiáceos.

Como se ha podido ver, las distintas drogas forman abundantes y muy variadas asociaciones de consumos. Sin embargo, unas pocas combinaciones entre sí forman los modelos principales de policonsumos. Para ver esto hemos realizado un análisis factorial de componentes principales. La matriz de correlaciones y la matriz factorial (rotada) se recogen en los cuadros 4.F y 4.G.

CUADRO 4.G
Matriz factorial

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
Cocaína	**,76378**	**,24321**	-,00013	**,22696**
Anfetaminas	**,76229**	-,04188	-,01788	,08510
Drogas síntesis	**,72668**	**,27625**	,06245	-,04773
Alucinógenos	**,69659**	,10635	-,00376	-,14958
Cannabis	**,65023**	,05336	,00226	**,34942**
Otros opiáceos	,14089	**,88432**	,05333	-,01855
Heroína	,17589	**,78528**	,02389	,03586
Crack	,02915	**,76296**	-,02817	-,04789
Tranquilizantes	,02826	,04337	**,79736**	,00818
Hipnóticos	-,01322	-,00898	**,79661**	-,06133
Tabaco	,17678	,02793	-,03824	**,66791**
Alcohol abusivo	,09722	-,01679	-,05902	**,53314**
Inhalables	**,37947**	,07845	-,10709	-,51791
Peso	**3.29521**	**1.75183**	**1.28369**	**1.11687**
Explicación varianza	**25.3%**	**13.5%**	**9.9%**	**8.6%**
Varianza acumulada	**25.3%**	**38.8%**	**48.7%**	**57.3%**

Con cuatro factores se explica el 57.3% del total de la varianza. Estos cuatro factores configuran los cuatro modelos principales de policonsumo que, según la varianza que explica cada uno, serían los siguientes:

- El primer modelo (25.3% de la varianza) sería el más importante y lo configuran los psicoestimulantes: cocaína y anfetaminas, junto a las drogas de síntesis, los alucinógenos y la cannabis. Y ya de un modo más reducido, los inhalables.
- El segundo modelo (13.5% de la varianza) estaría nucleado en torno a los narcóticos: otros opiáceos y heroína, junto al crack y, ya en menor medida, las drogas de síntesis y la cocaína.
- El tercer modelo (9.9% de la varianza) sería el de los psicofármacos: con los tranquilizantes y los hipnóticos.
- Y el cuarto modelo (8.6% de la varianza) se configuraría en torno a las drogas legales tabaco y alcohol, con presencia algo menor de la cannabis y la cocaína.

Estos cuatro modelos principales de policonsumos son los mismos que ya observamos en 1996 en la Comunidad Valenciana, y que coinciden esencialmente con los del estudio nacional de 1995 y con otros autonómicos.

En los capítulos anteriores hemos visto los perfiles de los consumidores de cada droga concreta. Si analizamos ahora las medias factoriales cruzadas con las distintas variables sociodemográficas, podemos ver también cuáles son los perfiles de los que componen los diversos modelos de policonsumos. Veamos a tal efecto el cuadro 4.H.

CUADRO 4.H
Perfiles de los componentes de los distintos modelos de policonsumo, según las medias factoriales

Modelo 1º: psicoestimulantes	
En poblaciones de más de 250.000 habitantes	0.147
Hombres	0.210
15 a 18 años	0.315
19 a 24 años	0.305
25 a 34 años	0.159
Hijos emancipados	0.415
Hijos no emancipados	0.283
BUP-COU	0.202
FP 1 y 2	0.241
Estudios medios-superiores	0.103
En paro (o no hacen nada)	0.306
Estudiantes	0.203
Profesionales, cuadros medios y funcionarios	0.113
Clase media	0.114
Clase alta	0.372

Modelo 2º: narcóticos	
En poblaciones de más de 250.000 habitantes	0.190
Hombres	0.241
19 a 24 años	0.252
25 a 34 años	0.215
Hijos emancipados	0.229
BUP-COU	0.121
FP 1 y 2	0.130
En paro (o no hacen nada)	0.506
Clase media-baja	0.250
Modelo 3º: psicofármacos	
En poblaciones de 100.000 a 250.000 habitantes	0.156
Más de 250.000 habitantes	0.110
Mujeres	0.227
De 45 y más años	0.295
Cónyuges	0.148
Estudios incompletos o primarios	0.321
Amas de casa	0.356
Jubilados-pensionistas	0.129
Clase social media-baja	0.192
Modelo 4º: tabaco-alcohol	
En poblaciones de 100.000 a 250.000 habitantes	0.221
Más de 250.000 habitantes	0.217
Hombres	0.140
19 a 24 años	0.203
25 a 34 y 35 a 44 años	0.326
Cabezas de familia	0.113
Hijos no emancipados	0.156
Hijos emancipados	0.398
FP 1 y 2	0.280
Estudios medios-superiores	0.126
Empresarios y profesionales-funcionarios	0.139
Trabajadores	0.223
Parados	0.253
Clase media-baja	0.140
Clase media-media	0.116

Según los datos del cuadro 4.H, podemos ver que los perfiles básicos de los consumidores de drogas, incluidas en cada uno de los cuatro modelos principales de policonsumo, son los siguientes:

Modelo 1º – Psicoestimulantes: En las grandes poblaciones urbanas, especialmente las ciudades de Valencia y Alicante. Hombres. Los grupos de edad de 15 a 18 años, 19 a 24 y, ya un poco menos, de 25 a 34. Hijos emancipados y, algo menos, no emancipados. De niveles educativos de BUP-COU, FP 1 y 2 y medios superiores. Estudiantes, parados y profesionales, cuadros medios y funcionarios. De clases medias y alta.

Modelo 2º – Narcóticos: También, en las grandes ciudades. Hombres. De 19 a 24 años y de 25 a 34. Hijos emancipados. Con estudios de BUP-COU y FP 1 y 2. Muy principalmente en paro o que no hacen nada. Y de clase social media-baja.

Modelo 3º – Psicofármacos: En poblaciones medias y grandes. En esta ocasión las mujeres y las personas mayores de 45 años. Los cónyuges. De estudios incompletos o primarios. Amas de casa y jubilados-pensionistas. De clase social media-baja.

Modelo 4º – Tabaco-alcohol: En poblaciones medias y grandes. Hombres. De 19 a 24 años y 25 a 34. Cabezas de familia, hijos emancipados y no emancipados. Con estudios de FP 1 y 2 y medios-superiores. Empresarios, profesionales y funcionarios, trabajadores y parados. De clase social media-baja y media-media.

Es decir, en síntesis, en el modelo de psicoestimulantes tendríamos a personas jóvenes, de buen nivel educativo y ocupacional y básicamente de clases medias y altas. En el de narcóticos serían también jóvenes, pero de nivel educativo bajo, sin empleo y de clase social media-baja. El de los psicofármacos lo conforman principalmente personas mayores, sin actividad económica y de clases populares. Finalmente, el modelo del tabaco-alcohol lo componen personas jóvenes y de edad media, de niveles educativos y ocupacionales diversos, de amplia composición social y principalmente de clase social media-baja y media-media.

Principales modelos de policonsumo

1º PSICOESTIMULANTES	2º NARCÓTICOS	3º PSICOFÁRMACOS	4º DROGAS LEGALES
Cocaína	**Otros opiáceos**	**Tranquilizantes**	**Tabaco**
Anfetaminas	**Heroína**	**Hipnóticos**	**Alcohol abusivo**
Drogas síntesis	Crack		Cannabis
Alucinógenos	Drogas síntesis		Cocaína
Cannabis	Cocaína		
Inhalables			

APÉNDICE

Comparación de las opiniones sobre el alcohol, la cannabis y las drogas de síntesis

En los apartados dedicados a estas sustancias ya hemos analizado los resultados obtenidos respecto a las opiniones sobre las mismas, así como los perfiles de quienes tienen una u otra opinión. En el presente apéndice presentamos reunidas en un solo cuadro, a efectos comparativos, dichas opiniones.

CUADRO A
Opiniones sobre el alcohol, la cannabis y las drogas de síntesis

	ACUERDO	DESACUERDO	NO SÉ	TOTAL
El alcohol: Es una sustancia				
que se puede controlar	73.6	22.6	3.8	100
Es segura y no peligrosa	24.4	73.2	2.4	100
Es de uso fácil y cómodo	93.5	5.7	0.8	100
Tiene un precio asequible	78.9	18.5	2.6	100
No la considero una droga	37.0	55.7	7.3	100
La cannabis: Es una sustancia				
que se puede controlar	84.7	11.8	3.5	100
Es segura y no peligrosa	54.2	40.0	5.8	100
Es de uso fácil y cómodo	81.4	14.6	4.0	100
Tiene un precio asequible	66.7	24.3	9.0	100
No la considero una droga	24.9	71.1	3.4	100
Las drogas de síntesis:				
Es una sustancia				
que se puede controlar	40.7	54.3	9.0	100
Es segura y no peligrosa	16.0	77.8	6.2	100
Es de uso fácil y cómodo	92.4	6.3	1.3	100
Tiene un precio asequible	48.8	46.2	5.0	100
No la considero una droga	7.5	88.8	3.7	100

Como puede verse la cannabis es la sustancia que suscita un mayor grado de acuerdo en las opiniones tolerantes o proclives a su consumo, con cuatro sobre cinco. Le sigue el alcohol con tres, y en último lugar estarían las drogas de síntesis con dos.

Si elaboramos unos ratios de acuerdo/desacuerdo para cada opinión y sustancia, y uno global por opinión y por sustancia, podemos ver lo siguiente:

CUADRO B
Ratios acuerdo/desacuerdo en las opiniones sobre el alcohol, la cannabis y las drogas de síntesis

	ALCOHOL	CANNABIS	DROGAS SÍNTESIS	RATIOS GLOBALES
Es una sustancia que se puede controlar	3.26	7.18	0.75	2.24
Es segura y no peligrosa	0.33	1.36	0.21	0.49
Es de uso fácil y cómodo	16.40	5.57	14.67	10.05
Tiene un precio asequible	4.26	2.74	1.06	2.18
No la considero una droga	0.66	0.35	0.08	0.32
Ratios globales	**1.75**	**1.91**	**0.75**	**1.35**

Tal como se ha dicho anteriormente, la sustancia con un ratio global más elevado proclive a los consumos sería la cannabis, con 1.91; seguida del alcohol con 1.75. Sin embargo, las drogas de síntesis tendrían un ratio global inferior a la unidad: 0.75, es decir teóricamente más favorable al rechazo de las mismas.

Por opiniones, la más proclive a los consumos, con mucho, sería la de que “es de uso fácil y cómodo” con un ratio global de 10.05. Le seguirían, también en esta posición proclive, el que “es una sustancia que se puede controlar” con 2.24 y el que “tiene un precio asequible” con 2.18. Pero serían globalmente de rechazo las de “es segura y no es peligrosa” con 0.49 y “no la considero una droga” con 0.32.

El índice global general de opiniones proclives/rechazo sería de 1.35; es decir, en síntesis, más proclives al consumo que de rechazo del mismo. Por ello las han consumido, pues no hay que olvidar que estas preguntas se han formulado a los consumidores (en alguna ocasión) de cada una de estas sustancias.

SEGUNDA PARTE

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

CAPÍTULO UNO

Motivaciones y fuentes de obtención en el consumo de drogas

Ya en el estudio de 1996, al referirnos a las motivaciones para el consumo de drogas, advertíamos que el análisis pretendía establecer una aproximación al tema. Esta aproximación se produce a través de la verbalización que los usuarios de drogas hacen de los motivos y razones que ellos creen que les llevan a ese consumo. Se trata, por tanto, de expresiones subjetivas que, en todo caso, suponen una información muy válida para el diseño de las actuaciones de prevención oportunas.

Además, en el próximo capítulo *Los factores de riesgo en el consumo de drogas,* ofrecemos una visión ya más objetiva (a través de la facilidad de acceso a las drogas y a través de una serie de situaciones personales, familiares y sociales) que expresamos a través del análisis de los factores de riesgo.

Por tanto, en este capítulo analizaremos tres indicadores que nos darán una primera aproximación a la relación existente entre el uso de drogas y determinadas motivaciones y situaciones.

Estos indicadores son:

- Las motivaciones expresadas por los consumidores de alcohol y/o drogas, para tomar estas sustancias.
- Desde un enfoque opuesto, las motivaciones que expresan los no consumidores para rehusar el consumo.
- La accesibilidad de los consumidores a las drogas, a través de las fuentes de obtención que utilizan para conseguirlas.

La información que se ofrece en este capítulo resultará pertinente para las oportunas políticas de prevención.

1. MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

A los entrevistados que consumieron alcohol el día anterior a la entrevista y/o algún tipo de las drogas consideradas en los últimos doce meses, les preguntamos por los dos motivos principales que les habían empujado al consumo de dichos productos, y que luego continuaron tomándolos al menos durante algún tiempo. La pregunta correspondía realizarse a 950 entrevistados, de los que 164 no la respondieron; ésto supone el 17.3%.

En la siguiente tabla se ofrecen las proporciones de respuestas de los distintos motivos, en función del total de respuestas obtenidas (base 100), y en función del total de personas que responden a la pregunta:

TABLA 1.1
Motivaciones para consumir alcohol y/o drogas

	% SOBRE RESPUESTAS	% SOBRE CASOS
Por placer, para divertirme	54.4	73.5
Por enfermedad, dolor, nervios, para dormir…	12.5	16.8
Por el gusto de hacer algo prohibido	10.2	13.8
Por facilitar la conversación y el contacto social	9.1	12.3
Por escapar a problemas personales	5.3	7.2
Para sentirse aceptado por un grupo	3.8	5.2
Por aburrimiento	1.7	2.3
Por estudiar o trabajar mejor	1.3	1.7
Por las condiciones de trabajo	1.2	1.7
Por problemas familiares	0.3	0.4
Por marginación y discriminación en el trabajo	0.2	0.3
Total	**100.0**	**135.2**
Base	**(1.063)**	**(786)**

Más de la mitad de las respuestas (el 54.4%) se sitúan en el ítem “por placer, para divertirme”, siendo ésta la motivación principal para consumir alcohol y/o drogas. Esta motivación la señalan casi tres cuartas partes de los consumidores que responden a la pregunta (el 73.5%). Las otras dos motivaciones más importantes se sitúan a cierta distancia: los motivos de enfermedad suponen una de cada ocho respuestas (el 12.5%) y lo señalan el 16.8% de los consumidores de alcohol y/o drogas que res-

ponden a la pregunta; mientras, el gusto de hacer algo prohibido representa el 10.2% de las respuestas obtenidas y lo indican el 13.8% de los consumidores que responden a la pregunta.

Las motivaciones de la tabla 1.1. se pueden agrupar en tres grandes grupos, según su naturaleza:

- **De carácter individual:** en el que se incluye escapar a problemas personales, aburrimiento, enfermedad o la búsqueda de placer y diversión; son las motivaciones más habituales, representando el 73.9% de las respuestas dadas por los consumidores que responden a la pregunta.
- **De carácter macrosocial:** contempla las motivaciones de consumir por problemas laborales de marginación y malas condiciones, por problemas de transgresión social (el gusto de hacer algo prohibido) o de funcionalidad (usan las drogas para mejorar el rendimiento laboral o académico) y suponen el 12.9% de las respuestas obtenidas.
- **De carácter microsocial:** comprende los problemas familiares y grupales (facilitar la conversación, el contacto social o la integración en un grupo), situándose en un porcentaje de respuestas (el 13.2%) muy similar a los anteriores motivos de carácter macrosocial.

Conviene establecer una comparación de estos resultados con los del anterior estudio, que permita comprobar la evolución de este indicador.

TABLA 1.2
Evolución de las motivaciones para el consumo de alcohol y/o drogas en la Comunidad Valenciana (1996-98), en %

MOTIVACIONES	1996	1998
Por placer, para divertirme	45.3	54.4
Por enfermedad, dolor, nervios, para dormir…	15.9	12.5
Por el gusto de hacer algo prohibido	8.7	10.2
Por facilitar la conversación y el contacto social	8.0	9.1
Por escapar a problemas personales	7.6	5.3
Para sentirse aceptado por un grupo	2.2	3.8
Por aburrimiento	3.8	1.7
Por estudiar o trabajar mejor	1.6	1.3
Por las condiciones de trabajo	5.0	1.2
Por problemas familiares	2.0	0.3
Por marginación y discriminación en el trabajo	0.1	0.2

MOTIVACIONES	1996	1998
Motivaciones de carácter individual	72.6	73.9
Motivaciones de carácter macrosocial	15.3	12.9
Motivaciones de carácter microsocial	12.1	13.2
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(936)**	**(1.063)**

Las cinco motivaciones principales para consumir alcohol y/o drogas se mantienen desde 1996. Incluso, la más común ("por placer, para divertirme") incrementa su importancia en nueve puntos. También experimentan un crecimiento "el gusto de hacer algo prohibido" y "por facilitar la conversación y el contacto social". En cambio, pierden importancia —aunque mantienen sus posiciones— los motivos de "enfermedad, dolor, nervios o para dormir" y "por escapar a problemas persona les".

El resto de motivaciones minoritarias, en su conjunto, pierden importancia (pasan de un 14.7% en 1996 a un 8.5% en 1998) e intercambian posiciones, sin que influya mucho a la hora de explicar las motivaciones para consumir alcohol y/o drogas entre los consumidores valencianos.

Considerando los agrupamientos de las motivaciones en función de su naturaleza, observamos que mantienen su primacía los de carácter individual, incluso incrementándola ligeramente (1.3 puntos); las de carácter macrosocial pierden 2.4 puntos con respecto a 1996 y las de carácter microsocial ganan 1.1 puntos.

Seguidamente analizamos este indicador, cruzándolo con las distintas variables de clasificación y con los diferentes productos consumidos. En ambos casos se utilizarán los porcentajes referentes a los que responden, y no al total de respuestas obtenidas. Para una mejor comprensión de este análisis, agrupamos las distintas motivaciones en seis:

- Por placer, para divertirme y por aburrimiento: 56.1%.
- Por facilitar los contactos y sentirse aceptado por un grupo: 12.9%.
- Por enfermedad, dolor, nervios y para dormir: 12.5%.
- Por el gusto de hacer algo prohibido: 10.2%.
- Por escapar a problemas personales y por problemas familiares: 5.6%.
- Por problemas laborales y de estudios: 2.7%.

Y comenzamos con las distintas sustancias de uso, estudiando a los que tomaron alcohol, según la tipología:

TABLA 1.3
Motivaciones agrupadas para tomar alcohol y/o drogas, según tipología de bebedor, en % de los que responden*

	TIPOLOGÍA DE BEBEDOR					
Motivaciones	**Ligero**	**Moderado**	**Alto**	**Excesivo**	**Gran riesgo**	**Total**
Escapar a problemas personales y problemas familiares	3.9	7.2	9.2	12.2	24.7	7.6
Por el gusto de hacer algo prohibido	9.3	8.5	19.0	14.1	17.9	13.8
Por placer, para divertirme y por aburrimiento	66.3	67.2	72.3	82.2	88.2	75.8
Por problemas laborales y de estudios	1.7	4.7	4.3	10.9	0.0	3.7
Por facilitar contactos y sentirse aceptado por un grupo	16.9	16.3	10.0	31.7	26.2	17.5
Por enfermedad, dolor, nervios, para dormir	3.1	3.6	10.8	1.6	0.0	16.8
Total	**101.2**	**107.5**	**125.6**	**152.7**	**157.0**	**135.2**
Nº medio motivaciones para consumir	**1,01**	**1,07**	**1,25**	**1,53**	**1,57**	**1,35**

* El total suma más de cien por ser posible señalar más de una motivación.

Los resultados que ofrecen los bebedores de alcohol son claros, e influye bastante su tipología en las motivaciones. De hecho, parece evidente que a medida que la tipología es más grave (se incrementa el consumo), aumenta el número medio de motivaciones para el consumo.

Así, aunque la motivación más frecuente en todas las tipologías es la búsqueda de placer o el aburrimiento, esta motivación está especialmente presente entre los bebedores abusivos (altos, excesivos y gran riesgo), más que entre los ligeros y moderados. Asimismo, la huida de problemas personales y familiares es especialmente mencionado por los bebedores de gran riesgo (24.7%), aunque también por los excesivos (12.2%). También, altas proporciones de estos dos grupos de bebedores aseguran que consumen por facilitar el contacto social o por el deseo de ser aceptados por un grupo (el 31.7% de los excesivos y el 26.2% de los de gran riesgo). Por último, cabe reseñar que el 10.9% de los bebedores excesivos consumen por problemas laborales o de estudios y que el 19% de los bebedores altos consume por el gusto de hacer algo prohibido (quizás este hecho responda a la combinación con el uso de otras drogas, posiblemente ilegales).

Veamos ahora qué motivaciones expresan los consumidores de otras drogas. Estudiaremos por separado las motivaciones que expresan los consumidores de drogas ilegales, de las que expresan los consumidores de psicofármacos que, como vimos en el capítulo referido a los consumos, presentan perfiles distintos:

TABLA 1.4
Motivaciones agrupadas para consumir alcohol y/o drogas, señaladas por los consumidores de distintas drogas ilegales, en % de los que responden*

Motivaciones	Inhalables	Cannabis	Cocaína	Drogas síntesis	Heroína	Otros opiáceos	Alucinóg.	Crack	Total general
Escapar a problemas personales y problemas familiares	10.1	12.6	17.8	14.4	17.6	31.6	13.6	32.8	7.6
Por el gusto de hacer algo prohibido	59.7	27.4	26.9	25.6	32.8	45.0	37.0	46.1	13.8
Por placer, para divertirme y por aburrimiento	69.7	89.8	86.3	81.2	91.9	89.0	80.2	78.9	75.8
Por problemas laborales y de estudios	30.3	5.2	6.8	10.6	6.1	13.1	13.2	0.0	3.7
Por facilitar contactos y sentirse aceptado por un grupo	0.0	13.0	14.9	11.4	15.1	0.0	20.2	0.0	17.5
Por enfermedad, dolor, nervios y para dormir	0.0	1.4	1.0	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	16.8
Total	**169.8**	**149.4**	**153.7**	**144.1**	**163.5**	**178.7**	**164.2**	**157.8**	**135.2**
Nº medio motivaciones para consumir	**1,70**	**1,49**	**1,54**	**1,44**	**1,63**	**1,79**	**1,64**	**1,58**	**1,35**

* El total suma más de cien por ser posible señalar más de una motivación.

Lo primero que destaca de esta tabla es el alto número de motivaciones para consumir, que indican los usuarios de las distintas sustancias incluidas en la tabla 1.4. En todos los casos, este número se sitúa por encima de la media general de consumidores de drogas y/o alcohol, pero son los usuarios de otros opiáceos (1.79), de inhalables (1.70), de alucinógenos (1.64) y de heroína (1.63) los que encuentran un mayor número de razones para consumir estos productos.

La razón más frecuente para todos estos consumidores sigue siendo la búsqueda de placer, de diversión, o por aburrimiento, especialmente en el caso de los que toman heroína (91.9%), cannabis (89.8%), otros opiáceos (89.0%) y cocaína (86.3%). Además, estos consumidores indican en muy altas proporciones con respecto a la media, el gusto de hacer algo prohibido, sobre todo los que toman inhalables (59.7%), crack (46.1%), otros opiáceos (45.0%), alucinógenos (37.0%) y heroína (32.8%). Asimismo, excepto los consumidores de inhalables, altas proporciones de estos usuarios, consumen motivados por escapar a problemas personales, o por problemas familiares, especialmente los que toman crack (31.6%) y otros opiáceos

(32.8%). Finalmente, detectamos altos porcentajes de consumidores de inhalables (30.3%), alucinógenos (13.2%), otros opiáceos (13.1%) y drogas de síntesis (10.6%) que afirman consumir por problemas laborales o de estudios.

Seguidamente, centramos nuestro análisis en las motivaciones expresadas por los usuarios de psicofármacos:

TABLA 1.5
Motivaciones agrupadas para consumir alcohol y/o drogas, señaladas por los consumidores de psicofármacos, en % de los que responden*

MOTIVACIONES	ANFETAMINAS	HIPNÓTICOS	TRANQUILIZANTES	TOTAL GENERAL
Escapar a problemas personales y problemas familiares	20.2	2.8	4.0	7.6
Por el gusto de hacer algo prohibido	26.3	0.6	4.0	13.8
Por placer, para divertirme y por aburrimiento	92.4	7.3	18.7	75.8
Por problemas laborales y de estudios	14.8	1.1	3.6	3.7
Por facilitar contactos y sentirse aceptado por un grupo	19.5	6.6	6.5	17.5
Por enfermedad, dolor, nervios para dormir	0.61	88.0	73.3	16.8
Total	**173.8**	**106.4**	**110.1**	**135.2**
Nº medio de motivaciones para consumir	**1,74**	**1,06**	**1,10**	**1,35**

* El total suma más de cien por ser posible señalar más de una motivación.

Aunque las anfetaminas estén incluidas en el grupo de los psicofármacos, ya vimos que su uso está más asociado al de otras drogas ilegales. En esta lógica, las motivaciones que expresan los usuarios de esta sustancia para consumir estos productos, caminan más en la línea de las drogas ilegales que de los otros psicofármacos (tranquilizantes e hipnóticos), incrementándose el número medio de motivaciones para consumir, hasta 1.74. Por tanto, detectamos altos porcentajes de consumidores de anfetaminas que consumen motivados por búsqueda de placer y diversión o por aburrimiento (el 92.4%), por el gusto de hacer algo prohibido (26.3%) por escapar a problemas personales o por problemas familiares (20.2%), e incluso, por facilitar el contacto social o el deseo de ser aceptado por un grupo (19.5%), motivación estrechamente ligada al consumo más abusivo de alcohol.

Por el contrario, parece que las motivaciones que empujan al consumo a los usuarios de tranquilizantes e hipnóticos no son muchas (presentan un bajo

número medio de motivaciones para consumir), y éstas se centran primordialmente en los motivos de enfermedad, dolor, calmar los nervios o para dormir (así lo señala el 88.0% de los que toman psicofármacos y el 73.3% de los que toman tranquilizantes).

Finalmente, estudiamos aquellos grupos de consumidores de alcohol y/o drogas que señalan unas u otras motivaciones, en función de las distintas variables de clasificación:

- Indican en mayor proporción que consumen motivados por la búsqueda de placer, de diversión, o por aburrimiento (75.8%): los de poblaciones de 100.001 a 250.000 habitantes (83.1%); los jóvenes de 15 a 18 años (84.7%) y de 19 a 24 años (84.3 %); los hijos no emancipados (85.2%) y los hijos emancipados (79.2%); los estudiantes (87.1%) y los parados (79.7%).
- Señalan más que consumen para facilitar el contacto social y sentirse aceptados por un grupo (17.5%): los de la zona de Castellón-Vinaroz (21.3%); los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitantes (20.1%) y de 100.001 a 250.000 (22.5%); los hijos emancipados (20.9%); los profesionales, funcionarios y cuadros medios (21.1%) y los de clase media-alta (21.6%).
- Por problemas de enfermedad, dolor, nervios o para dormir mejor (16.8%) es una razón más señalada por: los de la provincia de Valencia (20.0%); por los de las zonas de Valencia-Torrente (31.6%) y de Gandía-Alzira (28.4%); los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitantes (20.8%); las mujeres (29.7%); los mayores de 44 años (23.8%); los que desempeñan el papel de cónyuge en el rol familiar (30.2%); los que no tienen estudios (20.8%) y los que tienen EGB (20.2%); las amas de casa (48.0%) y los de clase baja (28.7%).
- Señalan en mayor proporción el gusto de hacer algo prohibido (13.8%): los de la zona de Valencia-Torrente (17.0%); los de poblaciones de 100.001 a 250.000 habitantes (17.2%); los jóvenes de 15 a 18 años (30.6%), de 19 a 24 (20.5%) y de 25 a 30 años (23.7%); los hijos no emancipados (29.1%); los que tienen FP 1 y 2 (24.7%); los estudiantes (33.6%) y los de clase media-alta (21.9%).
- La razón de escapar a problemas personales y por problemas familiares (7.6%) es más común entre: los de la zona de Alicante-Denia (13.2%); los jóvenes de 19 a 24 años (13.5%); los hijos no emancipados (11.5%) y los que están en paro (13.4%).
- Finalmente, los que indican en mayor proporción que consumen por problemas en el trabajo o en los estudios (3.7%) son: los de la zona de Alicante-Denia (6.6%); los hijos emancipados (8.1%); los que tienen FP 1 y 2 (7.3%) y los profesionales, funcionarios y cuadros medios (11.3%).

La presencia "más frecuente" de una motivación no indica necesariamente que esa motivación sea la "principal o de más peso" para el grupo de referencia. Este últi-

mo concepto vendría más bien dado por el porcentaje en que se encuentra esa motivación en relación con el total de respuestas (no de respondientes).

Son tanto más significativos los porcentajes encontrados, cuanto más se refieren a menos respuestas diferentes. Esto es particularmente importante en relación con los consumos "más graves" en los que la presencia de muchas motivaciones diferentes (tendencia a la justificación múltiple), contribuye a definir la importancia de las motivaciones más serias y auténticas.

2. RAZONES PARA NO CONSUMIR DROGAS

Del mismo modo que acabamos de estudiar las motivaciones que, desde la propia confesión de los sujetos, incitan al consumo de alcohol y/o drogas, ahora vamos a analizar aquellas razones que previenen de tal consumo. Por tanto, a aquellos entrevistados que no hubieran tomado ninguna de las sustancias consideradas (excluido el tabaco y el alcohol), les pedimos que nos indicaran la razón principal por la que decidieron no consumirlas, obteniendo los siguientes resultados:

TABLA 1.6
Razón principal para no consumir drogas

RAZÓN PRINCIPAL	%
Por conviciones personales de tipo moral	8.8
Porque perjudican la salud	32.6
Porque son perjudiciales para la sociedad	3.1
Me siento bien y no me hacen falta	49.0
Porque son ilegales	0.5
Crean problemas personales, familiares y laborales	2.4
Mis padres o familiares no lo aceptarían	0.3
Por miedo	1.2
Porque no me fío de mí ni de mi control	0.5
Por otra razón	1.6
Total	**100.0**
Base	**(1.266)**

Dos son las razones principales que retraen del consumo de drogas, ambas referentes al equilibrio físico y psíquico de la persona: porque perjudican la salud (así lo

piensa el 32.6% de los que no toman drogas) y porque se sienten bien y no lo necesitan (casi la mitad, el 49%). El resto de razones son minoritarias, destacando en cierto modo las razones personales de tipo moral (8.8%).

¿Qué evolución ha experimentado este indicador desde 1996? En la siguiente tabla comprobamos esta evolución:

TABLA 1.7
Razón principal para no consumir drogas

RAZÓN PRINCIPAL	1996	1998
Por conviciones personales de tipo moral	15.2	8.8
Porque perjudican la salud	31.1	32.6
Porque son perjudiciales para la sociedad	2.5	3.1
Me siento bien y no me hacen falta	43.2	49.0
Porque son ilegales	1.4	0.5
Crean problemas personales, familiares y laborales	2.8	2.4
Mis padres o familiares no lo aceptarían	0.1	0.3
Por miedo	1.1	1.2
Porque no me fío de mi ni de mí control	0.7	0.5
Por otra razón	1.9	1.6
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(1.473)**	**(1.266)**

En este tiempo, las dos razones principales —que ya lo eran en 1996— han experimentado un incremento (especialmente la razón de que se sienten bien y no las necesitan), en detrimento de las convicciones personales de tipo moral, que pierden más de 6 puntos. Esto refuerza aún más las dos motivaciones principales.

Las demás razones, todas minoritarias, se sitúan en datos muy similares a los de hace dos años, lo que confirma la validez de los resultados.

Estos resultados caminan en consonancia con los que EDIS obtuvo en Galicia, en el año 1996, aunque cabe hacer algún matiz. Efectivamente, en la comunidad gallega, los no usuarios de drogas coincidían en señalar mayoritariamente como las dos razones más importantes para no consumir drogas, tanto que son perjudiciales para la salud (el 41.2%), como que no las necesitan porque se sienten bien (el 26.6%).

Como vemos, estos porcentajes se invierten con respecto a los detectados en la Comunidad Valenciana, en que es mayor la proporción de los que dicen que no consumen porque se sienten bien (49.0%), que los que no consumen porque las drogas perjudican a la salud (32.6%). También en Galicia, la tercera razón más señalada son las convicciones personales de tipo moral (12.7%).

Estudiamos a continuación el perfil de los grupos de valencianos no consumidores —en función de las distintas variables de clasificación— que en mayor medida señalan las tres razones más importantes para no tomar drogas:

- Señalan en mayor proporción que no consumen porque se sienten bien y no las necesitan (49.0%): los de la provincia de Valencia (59.0%); los de las zonas de Valencia-Paterna (64.9%), Valencia-Torrente (53.7%) y Gandía-Alzira (57.8%); los de poblaciones de hasta 10.000 habitantes (56.3%); los que no tienen estudios (58.7%) y los trabajadores (55.4%).
- Los que en mayor proporción afirman que no consumen porque perjudican a la salud (32.6%) son: los de la provincia de Alicante (44.4%); los de la zona de Alicante-Denia (57.7%); los de la zona turística (39.1%); los de poblaciones de más de 250.000 habitantes (39.1%); los que tienen FP 1 y 2 (37.7%); los que están parados (46.7%) y los de clase media-baja (45.3%).
- Y los que indican en mayor proporción que no toman drogas por razones personales de tipo moral (8.8%) son: los de la provincia de Castellón (15.6%); los de las zonas de Castellón-Vinaroz (14.8%) y de Elche-Orihuela (16.9%); los de ciudades de 100.001 a 250.000 habitantes (28.4 %); los profesionales, funcionarios y cuadros medios (15.0%) y los de clase media-baja (29.2%).

Al realizar la prueba del chi cuadrado en los cruces de esta variable (razones para no tomar drogas) con las distintas de clasificación, en todos ellos hemos encontrado altos niveles de significación, que permiten rechazar la hipótesis nula. Esta significación ha sido mayor en los cruces con las siguientes variables: provincia, zona sanitaria, tipo de zona, entidad de población, edad, rol familiar, actividad profesional y clase social ($P<.000$).

3. FUENTES DE OBTENCIÓN DE LAS DROGAS

Sólo a los entrevistados que consumieron alguna droga (esta vez sin incluir el alcohol) en los últimos doce meses, les pedimos que nos indicaran quién les facilitó estos productos o en dónde los consiguieron. Podían señalar tantas respuestas como fuentes de obtención utilizara cada consultado que respondió, obteniendo los siguientes resultados:

TABLA 1.8
¿Quién le facilita estos productos o en dónde los consigue?

FUENTES DE OBTENCIÓN	% SOBRE RESPUESTAS	% SOBRE CASOS
Compañeros del colegio	2.4	3.0
Compañeros de trabajo	3.8	4.9
Amigos del barrio	13.5	17.4
Otros amigos	28.7	36.9
Padre-hijos-cónyuge	2.2	2.8
Hermanos	1.0	1.3
Médico u otro sanitario	27.7	35.6
En bares, discotecas u otros establecimientos	9.9	12.8
En la calle por un proveedor	9.1	11.7
Otros	1.6	2.1
Total	**100.0**	**128.5**
Base	**(427)**	**(332)**

Cada consumidor de drogas en los últimos doce meses ha utilizado una media de 1.28 fuentes distintas para la obtención de drogas.

La fuente de obtención más común son los amigos (bien del barrio u otros), a los que acude el 54.3% de los consumidores, suponiendo el 42.2% del total de respuestas. Junto a esta fuente, también los médicos u otros sanitarios son un medio bastante utilizado para la obtención de estos productos (el 35.6% de los consumidores, suponiendo el 27.7% de las respuestas). A un nivel inferior, pero también representando fuentes de obtención importantes, están los bares, discotecas u otros establecimientos (mencionados como fuente de obtención por el 12.8% de los consumidores y representando el 9.9% de las respuestas obtenidas) y los proveedores de la calle (utilizados por el 11.7% de los consumidores, y suponiendo el 9.1% de las respuestas). El resto de fuentes consideradas en la tabla 1.8. son utilizadas por una minoría de consumidores de drogas.

Con respecto a los datos de 1996, no existen cambios en cuanto a las fuentes más utilizadas, pero sí en cuanto a su porcentaje de uso. Veamos la evolución de este indicador en la siguiente tabla, considerando el porcentaje sobre los consumidores:

TABLA 1.9
Evolución de la utilización de las fuentes de obtención de drogas (1996-1998)

FUENTES DE OBTENCIÓN	1996	1998
Compañeros del colegio	2.1	3.0
Compañeros de trabajo	1.9	4.9
Amigos del barrio	16.4	17.4
Otros amigos	24.3	36.9
Padre-hijos-cónyuge	1.5	2.8
Hermanos	0.9	1.3
Médico u otro sanitario	50.3	35.6
En bares, discotecas u otros establecimientos	12.4	12.8
En la calle por un proveedor	14.1	11.7
Otros	3.1	2.1
Total	**127.0**	**128.5**
Base	**(338)**	**(332)**

Los médicos y sanitarios eran, en 1996, la fuente utilizada por una mayor proporción de consumidores (50.3%). Actualmente, siguen siendo un medio de obtención importante, pero son utilizados por una proporción de consumidores claramente más baja (35.6%). Ocurre lo contrario con los amigos, como fuente de obtención: en 1996 eran utilizados por el 40.7% de los consumidores, mientras que en la actualidad esa proporción sube de manera muy importante hasta el 54.3%. Por su parte, los bares y discotecas se mantienen en la misma proporción (en torno a uno de cada ocho consumidores utilizan estos establecimientos para obtener drogas), mientras que los proveedores de la calle son menos utilizados actualmente (11.7% de los consumidores) que en 1996 (14.1%). Las fuentes minoritarias, por su parte, siguen siéndolo, con variaciones mínimas.

Resulta interesante estudiar este indicador en función de la droga consumida. Para ello consideraremos la proporción de consumidores que utilizan cada fuente, y no la del total de respuestas.

Y lo primero que podemos destacar es el número medio de fuentes utilizadas entre los consumidores de cada sustancia:

DROGA DE USO	Nº MEDIO DE FUENTES UTILIZADAS
Inhalables	1.70
Cannabis	1.40
Cocaína	1.55
Drogas de síntesis	1.53
Heroína	1.50
Otros opiáceos	1.75
Alucinógenos	1.47
Crack	2.00
Anfetaminas	1.70
Tranquilizantes	1.09
Hipnóticos	1.13
Total general	**1.28**

Los resultados son bastante claros. Los consumidores de drogas ilegales utilizan un número medio de fuentes bastante mayor que los consumidores de psicofármacos como los tranquilizantes o los hipnóticos, que se encuentran bastante por debajo de la media general. Los que acuden a un mayor número medio de fuentes por consumidor son los que toman inhalables y alucinógenos (en ambos casos, 1.70), otros opiáceos (1.75) y, sobre todo, los consumidores de crack (2.0).

En concreto, destaca el uso de las siguientes fuentes entre los consumidores de distintas sustancias:

- Utilizan en mayor proporción a los **compañeros de colegio**, los consumidores de inhalables (el 27.1%).
- El 13.0% de los usuarios de cocaína y el 18.0% de los de anfetaminas, consiguen estas sustancias a través de los **compañeros de trabajo**.
- La importancia de **los amigos del barrio** como fuente de obtención es mayor para los que toman drogas de síntesis (27.6%), cannabis (21.8%) y alucinógenos (19.0%).
- **Otros amigos** suponen una fuente de obtención importante para los que toman inhalables (42.6%), cannabis (55.6%), cocaína (61.0%), drogas de síntesis (62.5%), heroína (55.0%), otros opiáceos (53.8%), alucinógenos (49.9%) y anfetaminas (67.4%).
- Los que en mayor proporción consiguen drogas a través de diferentes **familiares** (padres, cónyuges, hijos o hermanos) son los que toman inhalables (40.3%), drogas de síntesis (10.3%) y alucinógenos (16.0%).

- Por su parte, los usuarios de psicofármacos como los tranquilizantes (el 82.1%) y los hipnóticos (96.9%) obtienen estos productos, de manera muy mayoritaria, a través del **médico u otro sanitario**.
- Los **bares y discotecas** son especialmente utilizados por los consumidores de productos como los inhalables (32.3%), cannabis (17.3%), cocaína (22.4%), drogas de síntesis (22.6%), heroína (37.2%), otros opiáceos (35.9%), alucinógenos (21.4%) y anfetaminas (27.6%).
- Por último, acuden a los **proveedores de la calle** en mayor proporción, los que consumen inhalables (27.4%), cannabis (17.1%), cocaína (25.9%), heroína (33.7%), otros opiáceos (46.5%) y anfetaminas (20.5%).

Finalmente, mediante las variables de clasificación, estudiamos el perfil de los usuarios de distintas drogas, que en mayor medida utilizan las distintas fuentes de obtención:

- Lógicamente, utilizan a los **compañeros del colegio**, aquellos consumidores que tienen entre 15 y 18 años (11.3%) y los estudiantes (10.7%).
- Los **compañeros del trabajo** son utilizados como fuente de obtención por una mayor proporción de los consumidores de la provincia de Alicante (11.5%), de la zona de Elche-Orihuela (13.9%), de poblaciones de 50.001 a 100.000 habitantes (11.8%); los de 25 a 34 años (9.8 %), los hijos emancipados (11.3%), los de BUP y COU (9.8%) y los trabajadores (12.3%).
- Acuden en mayor proporción a los **amigos del barrio** los consumidores de drogas de la zona de Elche-Orihuela (21.0%), de poblaciones de 10.001 a 50.000 habitantes (20.6%); los varones (23.3%); los de 15 a 18 años (31.4%), los de 20 a 24 (29.1%) y los de 25 a 34 años (21.3%); los hijos no emancipados (28.2%) y los emancipados (23.0%); los que tienen BUP o COU (25.5%) y los que tienen FP 1 y 2 (24.6%), los estudiantes (29.2%), los trabajadores (24.6%) y los de clase media-alta (24.2%).
- Los **otros amigos** suponen una fuente de obtención de drogas más importante para los consumidores de la provincia de Alicante (51.2%), de las zonas de Valencia-Paterna (53.1%) y de Elche-Orihuela (62.0%), de la zona no turística (43.9 %) y de poblaciones de hasta 10.000 habitantes (46.8 %); los de 19 a 24 años (56.7%) y los de 25 a 34 años (55.8%); los hijos emancipados (53.5%) y no emancipados (52.3 %); los que tienen BUP o COU (53.4%) y FP 1 y 2 (60.0%); los empresarios (46.9%), los que están parados (58.3%), los estudiantes (48.1%) y los de clase media-alta (43.0%).
- Consiguen drogas en mayor proporción a través de distintos **familiares** los consumidores de la zona de Alicante-Denia (10.2%), los que tienen estudios medios y superiores (8.2%) y los profesionales, funcionarios o cuadros medios (19.2%).
- Los **médicos u otros sanitarios** son utilizados por altas proporciones de los consumidores de las provincias de Castellón (46.2%) y Valencia (47.7%), de

las zonas de Castellón-Vinaroz (44.7%), Valencia-Torrente (55.2%) y Gandía-Alzira (70.1%), de la zona turística (42.4%) y de ciudades de más de 250.000 habitantes (48.0%); por las mujeres (53.8 %), los de edades superiores a los 44 años (87.9%); los cabezas de familia (59.6%) y los cónyuges (70.2%); los que no tienen estudios (93.6%) y los que tienen EGB (65.1%); las amas de casa (94.1%), los jubilados o pensionistas (98.5%) y los de clase baja (76.2%).

- En cuanto a los **bares, discotecas y otros establecimientos** similares, hay mayor proporción que acude a ellos para obtener drogas entre los usuarios de la provincia de Alicante (18.8%), de la zona de Alicante-Denia (22.0%); los varones (20.1%), los de 35 a 44 años (32.1%), los cabezas de familia (19.3%), los que tienen estudios medios y superiores (24.2%), los profesionales, funcionarios o cuadros medios (32.9%), los que están en paro (20.0%) y los de clase media-alta (25.6%).
- Por último, los que en mayor proporción acuden a los **proveedores de la calle** para obtener estos productos son los consumidores de la zona de Alicante-Denia (19.8%), los de poblaciones de 10.001 a 50.000 habitantes (16.1%) y de 50.001 a 100.000 (17.0%), los varones (18.8%), los de 25 a 34 años (18.1%) y los de 35 a 44 (18.8%), los hijos emancipados (24.5%), los que tienen FP 1 y 2 (25.3%), los profesionales, funcionarios o cuadros medios (22.0%), los que están en paro (21.4%) y los de clase media-alta (21.0%).

CAPÍTULO DOS

Los factores de riesgo en el consumo de drogas

INTRODUCCIÓN

Independientemente del modo en que se clasifiquen, las motivaciones tienen como elemento común el que son verbalizadas por los entrevistados tal y como, en un breve momento de la entrevista, ellos mismos las conciencian. Este método tiene de positivo el reflejar la visión propia que se tiene del asunto, lo cual es de utilidad en las campañas y actuaciones preventivas, pues permite envolver el mensaje en sus propios códigos.

La parte negativa consiste en que, en muchas ocasiones, los entrevistados no tienen una conciencia clara de determinadas situaciones o circunstancias que laten bajo ciertas razones verbalizadas. Por ejemplo, detrás de la búsqueda, a veces compulsiva, de la diversión o el placer se esconden en ocasiones frustraciones o conflictos no resueltos, o también la incapacidad de resistir a la presión social circundante. Circunstancias que, en muchos casos, están actuando como los verdaderos factores de riesgo, generadores o reforzadores, de los usos abusivos de alcohol y de otras drogas.

En el capítulo anterior hemos visto las motivaciones para consumir drogas, que han verbalizado los entrevistados. Pero, dada su insuficiencia explicativa de este otro nivel más sumergido, es necesario completar la indagación. A tal efecto, se ha seguido el mismo método que, con tan buenos resultados, se aplicó en el estudio de la Comunidad Valenciana en 1996. Dicho método consiste en preguntar al entrevistado, sin hacer mención a su relación con el consumo de drogas, por una serie de cuestiones de su realidad personal, familiar, social o laboral. Y posteriormente en el análisis buscar si existe o no una correlación.

Esta metodología es la misma que la de 1996, pero con dos importantes ampliaciones. La primera de ellas es la incorporación de una serie de variables específicas del

factor laboral que no se contemplaron en el estudio anterior. La segunda consiste en ampliar el análisis multivariable de regresión logística, que en 1996 sólo se aplicó a los cuatro tipos de factores resultantes de la agrupación de variables, a cada una de las 25 variables concretas, para así poder ver el peso específico de cada variable en particular, además del conjunto de ellas que configuran cada factor. Esto mismo se ha hecho en otro reciente estudio[1] en población laboral de la Comunidad Valenciana. Su virtualidad consiste en que permite detectar de forma particularizada las situaciones que mayor relación tienen con el consumo de cada droga, lo cual es de gran utilidad para poder planificar las adecuadas actuaciones preventivas o desactivadoras de estas situaciones.

Estas 25 variables, según la numeración que tienen en el cuestionario, serían las siguientes:

10. ¿Cómo realizó, o está realizando sus estudios?

107. ¿Cómo son las relaciones que mantiene Vd. con sus padres o con sus hijos?

108. ¿Cómo calificaría Vd. las relaciones que tiene con su mujer/marido/pareja o persona con quien convive maritalmente?

109. ¿Sus padres, o uno de los dos, beben en exceso o toman alguna otra droga?

110. ¿Conoce Vd. a alguna persona que consuma, aunque sea esporádicamente, algún tipo de droga? En caso afirmativo ¿en cuál de los siguiente ámbitos?

111. En los lugares o ambientes donde Vd. acude a divertirse ¿suele haber personas que beban en exceso o tomen alguna otra droga?

112. ¿Cree Vd. que es fácil o difícil encontrar y poder obtener drogas, cuando se quieren?

113. En la sociedad en que vivimos ¿en qué medida cree Vd. que es importante la obtención de dinero y de poder?

114. ¿En qué medida cree Vd. que en esta sociedad cada cual va a lo suyo sin tener mucho en cuenta a los demás?

115. En el pueblo o barrio en que Vd. vive ¿se dan algunas situaciones de familias marginadas, conflictos o delincuencia?

116. ¿Se siente Vd., agobiado por su actual situación económica o la de su familia?

117. ¿Se ha sentido Vd. en algún momento de su vida, carente de suficiente formación, instrucción educativa o cultura?

1. FAD-EDIS (1998). *La incidencia de las drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana.* Valencia: Generalitat Valenciana. Direcció General de Drogodepéndencies.

118. ¿Participa Vd. en alguna asociación u organización de vecinos, cultural, política, deportiva o de cualquier otro tipo, aunque no sea miembro o asociado?

119. Últimamente ¿siente Vd. que ha perdido confianza en sí mismo?

120. Con cierta frecuencia ¿se nota Vd. agobiado y en tensión?

121. ¿Tiene Vd. la sensación de que no puede superar sus dificultades?

122. En general, en el momento actual de su vida, ¿se siente Vd. satisfecho o insatisfecho?

123. ¿Cuál es su situación contractual en su trabajo actual?

124. ¿Realiza o realizaba Vd. trabajos a destajo o que le exigieran un rendimiento muy alto?

125. ¿Realiza o realizaba Vd. jornadas de trabajo prolongadas con escaso tiempo o pocos días de descanso?

126. ¿Cuál es su grado de satisfacción con la función o trabajo que Vd. desempeña o desempeñaba?

127. ¿Cuál es su grado de satisfacción con la consideración y el trato que recibe o recibía de sus superiores en el trabajo o la empresa?

128. ¿Tiene Vd. o tenía sensación de cansancio intenso o de agotamiento posterior al trabajo?

129. ¿Siente o sentía Vd. tensión, agobio o estrés durante su trabajo?

130. ¿Siente Vd. inquietud o inseguridad ante su futuro laboral?

Las respuestas a cada una de estas preguntas se recogían de forma nominal, ordenadas de tal modo que se correspondían a una escala de cinco puntos cuya equivalencia, en relación al grado de problematicidad expresado, era la siguiente:

1 = Muy negativo.

2 = Bastante negativo.

3 = Regular o algo negativo.

4 = Bastante positivo.

5 = Muy positivo.

Respecto a su relación con el hipotético riesgo, en algunas de las preguntas su formulación tenía un sentido inverso (1 = Muy positivo… 5 = Muy negativo). Estas preguntas son las nº 10, 118, 126 y 127, en las cuales, en el proceso de datos, sus respuestas han sido invertidas en la ubicación en dicha escala, de modo que en el análisis de los resultados las 25 variables corrieran en un mismo sentido de 1 = Muy negativo a 5 = Muy positivo.

Los cuatro tipos de factores básicos se configuran mediante la acumulación de respuestas en cada ítem de las variables que constituyen cada eje o factor explicativo.

Estos ejes o factores son los siguientes:

- Factor familiar: variables 107 a 109 y la 116.
- Factor personal: variables 10, 117 y de 119 a 122.
- Factor social: variables 110 a 116.
- Factor laboral: variables 123 a 130.

Los resultados obtenidos se exponen y analizan en dos apartados. En el primero de ellos se recogen las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las 25 variables específicas, las puntuaciones globales medias de cada uno de los cuatro ejes o factores y, finalmente, la verificación de la posible relación entre estos factores y los consumos de drogas.

En el segundo apartado se profundiza en esta relación, determinando la prevalencia o probabilidad de los consumos cuando en cada factor y variable se da un cierto grado de problematicidad, respecto a cuando no se da; es decir, la probabilidad de los consumos de los que están en situaciones o circunstancias negativas respecto a los que las tienen positivas.

1. LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS CONSUMOS DE DROGAS

Las puntuaciones medias obtenidas por cada una de las distintas variables son las que se recogen en la tabla 2.1.

TABLA 2.1
Puntuaciones medias en cada variable en los cuatro tipos de factores

VARIABLES	PUNTUACIÓN MEDIA
Factor familiar	
107 Relación padres-hijos	4.44
108 Relación con pareja	4.23
109 Abuso alcohol o uso drogas padres	4.81
116 Agobio situación económica familiar	4.44
Factor personal	
10 El fracaso escolar	4.23
117 Carencia de instrucción o formación	4.01
119 Sentimiento de pérdida de confianza en sí mismo	4.66
120 Sensación de agobio y tensión	3.94
121 Sensación de no poder superar las dificultades	4.43
122 Grado actual de satisfacción personal	3.99

VARIABLES		PUNTUACIÓN MEDIA
Factor social		
110	Conocen consumidores de drogas	3.59
111	Uso de drogas en su lugar de diversión	3.58
112	Facilidad de obtener drogas	1.71
113	Importancia del dinero	1.76
114	Cada cual va a lo suyo	1.81
115	Marginalidad en el barrio	4.04
116	Participación social	1.88
Factor laboral		
123	Situación contractual	4.02
124	Trabajo a destajo	3.88
125	Jornadas de trabajo prolongadas	3.62
126	Satisfacción en la función o trabajo	3.91
127	Satisfacción en el trato	4.01
128	Cansancio intenso después del trabajo	3.37
129	Agobio y estrés en el trabajo	3.69
130	Inquietud ante el futuro laboral	3.92

Dado que en la escala utilizada (1 a 5) el punto intermedio es el tres, las puntuaciones que se sitúen por debajo serían de tendencia negativa y expresarían situaciones problemáticas o conflictivas, y las que lo hagan por arriba serían de tendencia positiva (de equilibrio, integración, satisfacción…).

Según esto, podemos ver que de las 25 variables, en once de ellas la mayoría de la población valenciana tiene una situación claramente positiva (por encima del cuatro) y en otras cinco muy cerca del cuatro. Por encima de tres, pero no muy altas, se encuentran las variables que presentarían un cierto grado de problematicidad, como el conocimiento de consumidores de drogas, el uso de drogas en ciertos lugares de diversión, las jornadas de trabajo prolongadas, el cansancio intenso después del trabajo y el agobio y estrés en el mismo. Y en otras cuatro variables se observa un grado de problematicidad bastante amplio: la facilidad para obtener drogas, la excesiva importancia que se da al dinero, la insolidaridad y la escasa participación social.

Esto no quiere decir que, en la relación con el consumo de drogas, las variables que expresan situaciones positivas en general no sean negativas en el colectivo de consumidores; o que las de una problematicidad más amplia sean todas importantes en la relación con los consumos. Todas estas cuestiones las iremos viendo con detalle en las páginas siguientes.

No obstante, antes de entrar en ello vamos a seguir analizando la presencia de los factores de riesgo. Una vez agrupados los resultados de las variables en sus correspondientes ejes o factores, podemos ver lo siguiente:

TABLA 2.2
Puntuaciones medias en los ejes o factores

EJES O TIPOS DE FACTORES DE RIESGO	PUNTUACIONES MEDIAS
Familiar	4.51
Personal	4.21
Social	2.66
Laboral	3.83
Puntuación global media	**3.80**

La puntuación global media en los cuatro factores, o índice general de problematicidad, es de 3.80, exactamente el mismo que el obtenido en el estudio de 1996. Y en conjunto expresa una situación de tendencia en general positiva. En cuanto a cada tipo de factor se refiere, el familiar y el personal serían los más positivos, el laboral ocuparía una posición intermedia y el social tendría una cierta tendencia negativa, por efecto de las variables vistas anteriormente.

Una vez determinado este índice general, el siguiente paso es ver si existe alguna relación entre una mayor problematicidad y el consumo de drogas. Para ello hemos desagregado los índices de los no consumidores y de los sí consumidores. Esto se recoge en la tabla 2.3:

TABLA 2.3
Puntuaciones medias en cada variable en los cuatro tipos de factores

Factores	A No consumidores	B Sí consumidores	A/B	B/A
Familiar	4.58	4.27	1.07	0.93
Personal	4.31	3.86	1.12	0.89
Social	2.76	2.29	1.21	0.82
Laboral	3.99	3.54	1.13	0.88
Puntuación global media	**3.91**	**3.49**	**1.12**	**0.89**

Según estos datos vemos que, efectivamente, los no consumidores alcanzan una puntuación media más alta que los sí consumidores en cada uno de los cuatro fac-

tores y en el conjunto global: 3.91 y 3.49, respectivamente. Y relacionando ambos, vemos en la columna A/B que en los no consumidores, con un cociente de 1.12, estarían actuando como factores de protección, situaciones de tendencia positiva, mientras que en los sí consumidores, con un cociente de 0.89, lo harían como factores de riesgo (situaciones de tendencia negativa).

Y si este mismo análisis lo aplicamos a los consumidores de cada droga en cuestión tenemos la tabla 2.4:

TABLA 2.4
Puntuaciones medias en los factores de riesgo, para usuarios de cada droga en particular

DROGAS	FACTORES				PUNTUACIÓN GLOBAL MEDIA	COCIENTE CON NO CONSUMIDORES
	Familiar	Personal	Social	Laboral		
Tabaco	4.42	4.17	2.53	3.73	3.71	0.95
Alcohol (abusivo)	4.09	3.98	2.34	3.33	3.43	0.87
Inhalables	3.48	3.29	2.04	2.98	2.95	0.75
Cannabis	4.32	4.09	2.23	3.63	3.57	0.91
Cocaína	4.21	3.98	2.18	3.61	3.49	0.89
Drogas síntesis	3.84	3.79	2.09	3.31	3.26	0.83
Anfetaminas	4.30	4.08	2.21	3.70	3.57	0.91
Alucinógenos	4.05	3.81	2.14	3.21	3.30	0.84
Heroína	3.75	3.72	1.84	2.98	3.07	0.78
Otros opiáceos	2.83	3.19	1.92	3.01	2.74	0.70
Crack	2.30	2.73	1.69	2.87	2.40	0.61
Tranquilizantes	4.36	3.51	2.61	3.72	3.51	0.91
Hipnóticos	4.44	3.64	2.65	3.75	3.62	0.92

Si resumimos los datos de la tabla 2.4 en los cocientes obtenidos entre los consumidores de cada droga y los no consumidores, podemos confirmar que, al ser todos ellos inferiores a la unidad, que sería el punto de no relación entre problematicidad y consumos, sí existe dicha relación. En algunas sustancias con una intensidad menor, como en el tabaco, los hipnóticos, la cannabis o los tranquilizantes; en otras algo mayor: alcohol abusivo, cocaína, drogas de síntesis o alucinógenos; y en un tercer grupo aún más fuerte: inhalables, heroína, otros opiáceos y crack.

2. LA PREVALENCIA O PROBABILIDAD EN LOS CONSUMOS DE DROGAS Y LA PROBLEMATICIDAD DE LOS FACTORES DE RIESGO

Una vez verificada la relación entre los factores de riesgo y los consumos de drogas, el siguiente paso consiste en ver cuál es la prevalencia o probabilidad[2] de los consumos cuando en cada factor (y variable concreta) se da un determinado grado de problematicidad, respecto a cuando no se da.

Para ello hemos realizado un análisis de regresión logística en el que la variable dicotómica consumo-no consumo es la variable independiente a explicar. 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 lo que se refiere a las variables dependientes a explicar, el consumo de cada droga, en función de la obtención de un número suficiente de casos, se han tomado los indicadores de consumo siguientes:

- Tabaco: fumadores diarios.
- Alcohol: bebedores abusivos.
- Cannabis, tranquilizantes e hipnóticos: consumo en los últimos doce meses.
- Inhalables, drogas de síntesis, alucinógenos, anfetaminas, cocaína, heroína, otros opiáceos y crack: consumo alguna vez.

Respecto a las variables independientes o explicativas, la problematicidad en los factores de riesgo, también se expresa de forma dicotómica. Se ha tomado como punto de comparación a los que en cada pregunta o variable indican una situación no problemática, y a estos se les da el valor de referencia, respecto al consumo de cada sustancia, de 1. Y a partir de aquí se estiman los valores (odds ratio), en relación a estos consumos, de aquéllos que sí han indicado una situación problemática. Si el valor u odd ratio que toman éstos en cada sustancia y variable es igual o inferior a 1 significa que no existe ninguna relación o asociación entre el consumo de una determinada droga y la situación problemática expresada en una determinada variable. Por el contrario, si el valor u odd ratio es superior a 1, entonces sí existe una relación entre ambas.

Los resultados obtenidos en el conjunto de las variables de cada uno de los cuatro tipos de factores, son los que se recogen en la tabla 2.5.

---

2. Algunos autores reservan el término de probabilidad para los estudios longitudinales, prefiriendo el de prevalencia para los transversales. JOVELL A.J. (1995). "Análisis de regresión logística" *Cuadernos metodológicos CIS.* Madrid.

TABLA 2.5
Problematicidad en el conjunto de cada factor de riesgo y consumo de cada droga (odds ratio derivadas de la regresión logística)

	TABACO	ALCOHOL ABUSIVO	INHALABLES	CANNABIS	D. SÍNTESIS	COCAÍNA	ANFETAMINAS	ALUCINÓGENOS	HEROÍNA	OTROS OPIÁC	CRACK	TRANQUILIZANTES	HIPNÓTICOS
Familiar	1.3	2.4	1.6	1.3	1.3	1.3	1.2	1.2	2.6	2.1	2.4	2.2	1.8
Personal	1.8	2.5	2.7	1.8	1.5	2.5	1.3	1.3	2.9	2.1	2.8	3.4	2.3
Social	1.6	2.3	2.6	3.8	2.6	2.5	2.8	2.7	3.1	3.0	3.1	1.8	1.3
Laboral	1.3	2.7	1.3	2.4	1.6	2.3	2.1	1.2	2.1	2.2	2.3	1.8	1.6

Con una significatividad entre P<.05 y P<.001, todas las odds ratio obtenidas nos indican que, efectivamente, la prevalencia o probabilidad de consumo (si queremos hipotetizar eventos futuros) de los que tienen una situación problemática, es superior a la encontrada en los que tienen una situación no problemática.

En los cuatro factores encontramos odds ratio de cierta importancia en los consumidores de heroína, otros opiáceos, crack y también en los bebedores abusivos de alcohol.

Además de éstos, en el factor familiar cabe destacar también a los usuarios de tranquilizantes e hipnóticos. En el personal a los de inhalables, cocaína, tranquilizantes e hipnóticos. En el social a los de inhalables, cannabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos y tranquilizantes. Y en el laboral a los de cannabis, cocaína, anfetaminas y tranquilizantes.

El tabaco no destaca especialmente en ningún factor, pero está presente en los cuatro, y en el personal y el social alcanza unas odds ratio de relativa importancia.

TABLA 2.6
Problematicidad en los factores de riesgo familiar y personal y consumo de cada droga (odds ratio derivadas de la regresión logística)

VARIABLES		TABACO (DIARIO)	ALCOHOL (ABUSIVO)	TRANQUILIZANTES	HIPNÓTICOS	CANNABIS	COCAÍNA	D. SÍNTESIS	ALUCINÓGENOS	ANFETAMINAS
107	Relación padres/hijos	1.4	2.3	*	*	*	*	1.5	*	*
108	Relaciones con pareja	1.7	4.7	*	*	1.6	2.1	2.6	3.1	*
109	Abusivo alcohol y/o drogas por padres	1.8	1.3	6.4	4.9	1.8	*	*	*	*
116	Agobio situación económica familiar	1.4	6.1	8.2	6.5	*	*	*	*	*
10	Fracaso escolar	*	3.1	2.3	*	2.1	1.9	2.8	1.3	2.1
117	Carencia de instrucción o formación	1.6	2.1	*	*	*	*	1.5	*	2.1
119	Sentimiento de pérdida confianza en sí mismo	2.4	5.3	8.9	*	3.4	1.5	1.8	5.3	2.7
120	Sensación de agobio y tensión	*	1.6	7.9	9.9	*	*	*	*	*
121	Sensación de no poder superar dificultades	2.0	6.8	3.2	10.5	2.3	4.3	*	*	2.3
122	Grado actual de insatisfacción	1.9	2.8	6.9	2.9	*	2.9	*	4.5	1.9

* No hay diferencias relevantes o significativas.

TABLA 2.7
Problematicidad en los factores de riesgo social y laboral y consumo de cada droga (odds ratio derivadas de la regresión logística)

VARIABLES		TABACO (DIARIO)	ALCOHOL (ABUSIVO)	TRANQUILIZANTES	HIPNÓTICOS	CANNABIS	COCAÍNA	D. SÍNTESIS	ALUCINÓGENOS	ANFETAMINAS
110	Conocen consumidores de drogas	2.6	*	*	2.1	6.4	1.8	7.3	2.5	7.9
111	Uso de drogas en su lugar de diversión	2.5	2.5	3.4	*	2.7	2.2	4.6	5.7	3.4
112	Facilidad para obtener drogas	2.9	2.2	3.7	2.6	5.1	3.5	4.5	6.9	8.8
113	Importancia del dinero y el poder	*	*	3.4	*	2.7	2.9	*	3.7	6.6
114	Cada cual va a lo suyo	*	*	*	4.6	5.1	3.1	3.1	2.4	5.7
115	Marginalidad en el barrrio	*	*	*	*	*	2.0	2.4	*	*
118	Participación social	1.5	*	*	*	1.7	1.4	4.2	*	*
123	Situación contractual laboral	1.5	*	*	*	2.8	*	2.2	*	1.5
124	Trabajo a destajo	1.9	2.0	1.6	*	3.6	3.7	3.6	2.8	3.8
125	Jornadas de trabajo prolongadas	*	2.2	*	2.1	*	2.8	*	*	*
126	Satisfacción en la función o trabajo	*	2.0	4.1	6.9	3.3	1.7	2.5	2.6	2.3
127	Satisfacción en el trato	2.0	1.8	3.6	*	2.9	1.8	2.1	3.1	*
128	Cansancio intenso después trabajo	2.1	1.9	*	*	2.8	2.6	*	1.4	1.9
129	Agobio y estrés en el trabajo	*	3.1	3.7	1.8	*	1.9	2.9	*	1.5
130	Inquietud ante futuro laboral	*	*	*	*	*	*	*	*	1.3

* No hay diferencias relevantes o significativas

Hasta aquí se llegó en el estudio de 1996, y los resultados obtenidos actualmente son muy similares a los de entonces, a excepción de que en dicho estudio no se incluyó el factor laboral. En el presente, además de contemplar este factor, hemos profundizado en la indagación y se ha aplicado también el análisis de regresión logística a cada una de las 25 variables específicas.

Para que el análisis de estas posibles relaciones tengan suficiente relevancia hemos tomado en consideración solamente aquellas odds ratio que alcanzan o superan 1.3. En las tablas 2.6 y 2.7 recogemos las odds ratio que en cada sustancia y variable son relevantes y significativas; el asterisco (*) indica que la odds ratio obtenida no expresa diferencias relevantes o significativas.

CUADRO 2.A
Grado de explicación de cada variable en los consumo de drogas, según el número de odds ratios significativas

	NÚMERO DE ODDS RATIO
Facilidad para obtener drogas	9
Uso de drogas en lugares de diversión	8
Realización de trabajos a destajo o con alto rendimiento	8
Insatistacción en la función o trabajo	8
Sentimiento de pérdida de confianza en sí mismo	8
Conocimiento consumidores de drogas	7
No satisfacción con el trato recibido en el trabajo	7
Fracaso escolar	7
Sensación de no poder superar las dificultades	7
Insatisfacción personal	7
Insolidaridad social (cada cual va a lo suyo)	6
Malas relaciones con la pareja	6
Cansancio intenso después del trabajo	6
Agobio o estrés en el trabajo	6
Abuso del alcohol o drogas por los padres	5
Importancia concedida al dinero y al poder	5
La situación contractual en el trabajo	4
Inexistencia participación social	4
Agobio por la situación económica familiar	4

	NÚMERO DE ODDS RATIO
Carencia de instrucción o formación	4
Mala relación padres/hijos	3
Sensación de agobio y tensión	3
Jornadas de trabajo prolongadas	3
Marginalidad en el barrio	2
Inquietud ante el futuro	1
Total odds ratio	**138**

Del conjunto de trece sustancias, sólo nueve tienen suficiente base muestral y ha sido posible el análisis de regresión logística de forma desagregada, variable a variable. Dichas sustancias son las siguientes: tabaco diario, alcohol abusivo día anterior, tranquilizantes, hipnóticos y cannabis últimos doce meses, y cocaína, drogas de síntesis, anfetaminas y alucinógenos alguna vez. Los distintos períodos de tiempo tomados lo han sido en función de obtener, como ya se ha indicado anteriormente, una base muestral suficiente. En los inhalables, la heroína, otros opiáceos y el crack, la escasez de su base muestral no ha permitido la realización del análisis de regresión logística de forma desagregada, variable a variable.

La significación de las diferencias en las odds ratio para el conjunto de variables, en cada sustancia en particular, han sido entre $P<.001$ y $P<.00001$. Y para cada variable en particular el límite aceptado ha sido $P<.1$ a $P<.05$.

A continuación, se recogen las odds ratio relevantes y significativas obtenidas. En la tabla 2.6 están las variables constituyentes de los factores familiar y personal, y en la 2.7 las variables de los factores social y laboral. Y seguidamente en el cuadro 2.A se indican el número de odds ratio encontradas en cada variable.

Según los datos del cuadro 2.A, las 25 variables hipotetizadas como posibles factores de riesgo en el consumo de drogas, interaccionando con las nueve sustancias que, por su suficiente base muestral, han permitido la realización de un análisis de regresión logística específico para cada variable, dan un total de 138 odds ratio con diferencias relevantes y significativas.

Estas variables tienen una capacidad explicativa diferente según el número de odds ratio obtenidos, y que podríamos clasificar en dos grupos básicos: poco o medianamente explicativas (de 0 a 4 odds ratio) y bastante o muy explicativas (de 5 a 9 odds ratio). Esto nos daría el siguiente resultado:

	Nº DE VARIABLES
Poco o medianamente explicativas	5
Bastante o muy explicativas	20

Y si clasificamos también las odds ratio obtenidas para cada sustancia y según sean las variables del factor laboral o de los factores personal, familiar o social, tenemos por último el cuadro 2.B.

CUADRO 2.B
Número de variables explicativas en cada droga, en el factor laboral y en los factores personal, social y familiar

	Nº DE VARIABLES EXPLICATIVAS SEGÚN ODDS RATIO		
Sustancias	**Factor laboral**	**Factores personal, social y familiar**	**Total (odds ratio)**
Alcohol	6	12	18
Cocaína	6	12	18
Tabaco	4	12	16
Cannabis	5	11	16
Drogas síntesis	5	11	16
Anfetaminas	6	10	16
Tranquilizantes	4	10	14
Alucinógenos	4	9	13
Hipnóticos	3	8	11
Total	**43**	**95**	**138**

A partir de los datos recogidos en las tablas 2.6 y 2.7 y en los cuadros 2.A y 2.B, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Existe una clara relación entre las situaciones que configuran los factores de riesgo y los consumos de drogas. De 225 odds ratio posibles, entre las 25 variables y las 9 sustancias a las que se han podido aplicar este análisis específico, 138 son significativas (el 61.3%).
- La relación de estos factores de riesgo, como generadores o reforzadores de los consumos es de carácter multifactorial. De las 138 odds ratio obtenidas 43 son del factor laboral (el 31.2%) y 95 de los factores familiar, personal y social (el 68.8%).

  Esto mismo se ha observado en el estudio anteriormente citado sobre población laboral (FAD-EDIS, 1998), en el que un 37% de las odds ratio son del factor laboral y el 63% de los otros tres factores.

  Si mediante la adecuada operación matemática neutralizamos el diferente número de variables que tiene cada tipo de factor y las odds ratio de cada

una de ellas se convierten en una unidad de medida equivalente, el peso específico en que interviene cada factor resulta ser el siguiente:

0.21 El factor familiar

0.28 El factor personal

0.27 El factor social

0.24 El factor laboral

Lo que nos indica que los factores de riesgo que con un mayor peso estarían interviniendo en la generación o reforzamiento de los consumos de drogas serían el personal y el social, seguidos a no mucha distancia del laboral y el familiar.

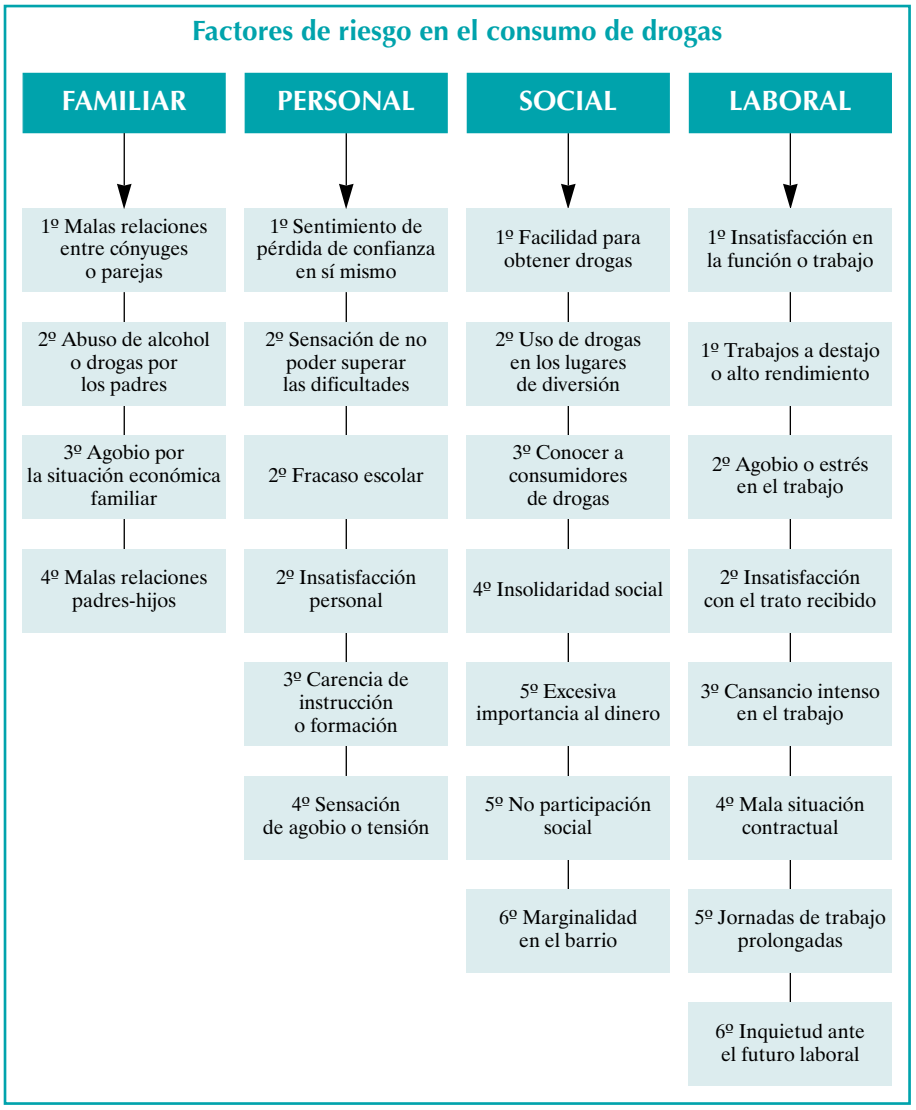
- De las nueve sustancias a las que se ha podido aplicar el análisis de regresión logística, variable a variable, el alcohol abusivo y la cocaína son las sustancias que obtienen un mayor número de odds ratio, 18 cada una de ellas. Con 16 encontramos el tabaco, la cannabis, las drogas de síntesis y las anfetaminas. Los tranquilizantes tienen 14, los alucinógenos 13 y los hipnóticos 11.
- Si agrupamos las variables según el factor al que corresponden, y dentro del mismo las ordenamos según el número de odds ratio que ha obtenido cada una (cuadro 2.A), podemos ver que la ubicación de las mismas en el conjunto del factor sería el que se refleja en la figura adjunta.

  Obviamente, cuando más de una variable se ubican en el mismo orden es porque tienen el mismo número de odds ratio. Esta ordenación nos da una idea clara de la estructura interna de cada uno de los cuatro tipos de factores y de la importancia de cada variable en cada factor. Pero también, en coherencia con los datos del cuadro 2.A, nos señala la fuerte presencia de las variables más explicativas (según su mayor número de odds ratio) encabezando los primeros puestos de cada factor.
- Una última conclusión que se puede extraer es la importancia singularizada de la relación entre determinadas variables concretas y ciertas drogas, medido esto por el alto valor de la odd ratio alcanzada entre los que tienen una situación problemática y los que no, tomados estos últimos siempre como valor de referencia uno, respecto a la prevalencia o probabilidad de consumo de cada sustancia en cuestión. Tomando de las tablas 2.6 y 2.7 las odds ratio más altas, cabe señalar lo siguiente:
  - Las malas relaciones con cónyuge o pareja: alcohol (4.7).
  - El uso de drogas por los padres: tranquilizantes 6.4 e hipnóticos (4.9).
  - El agobio en la situación económica familiar: alcohol (6.1), tranquilizantes (8.2) e hipnóticos (6.5).
  - El fracaso escolar: alcohol (3.1) y drogas de síntesis (2.8).
  - El sentimiento de perdida confianza en sí mismo: alcohol (5.3), tranquilizantes (8.9), cannabis (3.4) y alucinógenos (5.3).
  - La sensación de agobio y tensión: tranquilizantes (7.9), hipnóticos (9.9).

- La sensación de no poder superar las dificultades: alcohol (6.8), tranquilizantes (3.2), hipnóticos (10.5) y cocaína (4.3).
- El grado actual de insatisfacción personal: tranquilizantes (4.5) y alucinógenos (4.5).
- El conocimiento de consumidores de drogas: cannabis (6.4), drogas de síntesis (7.3) y anfetaminas (7.9).
- El uso de drogas en los lugares de diversión: drogas de síntesis (4.6) y alucinógenos (5.7).
- La facilidad para obtener drogas: cannabis (5.1), drogas síntesis (4.5), alucinógenos (6.9) y anfetaminas (8.8).
- La excesiva importancia concedida al dinero y el poder: tranquilizan tes (3.4), alucinógenos (3.7), cocaína (2.9) y anfetaminas (6.6).
- La insolidaridad social: cannabis (5.1), hipnóticos (4.6), cocaína (3.1) y anfetaminas (5.7).
- La no participación social: drogas de síntesis (4.2).
- Los trabajos a destajo o alto rendimiento: cocaína (3.7) y anfetaminas (3.8).
- Las jornadas de trabajo prolongadas: cocaína (2.8).
- La insatisfacción en la función o trabajo: tranquilizantes (4.1) e hipnóticos (6.9).
- No satisfacción en el trato: tranquilizantes (3.6).
- Cansancio intenso después del trabajo: cannabis (2.8) y cocaína (2.6).
- La sensación de agobio y estrés en el trabajo: alcohol (3.1) y tranquilizantes (3.7).

Todos estos datos específicos son coherentes con los comentarios más genéricos que, para el conjunto de cada factor, se hacían a partir de los de la tabla 2.5.

Y de todas estas conclusiones hay que convenir, una vez más, en la insuficiencia explicativa de las motivaciones verbalizadas para el consumo de drogas. Sin duda tienen su valor para devolver a los usuarios de drogas unos mensajes preventivos en sus propios lenguajes, pero a la larga penetran poco en las situaciones de fondo que están generando o reforzando los consumos y su capacidad de modificar estas conductas es pequeña. La actuación modificadora de fondo consistirá en desactivar las situaciones y circunstancias negativas que están presentes en los consumos. El adecuado equilibrio en la familia, el no abuso del alcohol y las drogas por los padres, la mejora de las situaciones de autoestima y confianza en sí mismo, el que las familias no lleguen a situaciones económicas límite o de exclusión social, la no presencia de las drogas en la calle o en los lugares de diversión, unos valores algo más solidarios y menos basados en el dinero y el poder, unas relaciones laborales menos estresantes, limitativas o frustrantes, son condiciones absolutamente necesarias para promover una mayor protección o resistencia ante las drogas. Y esto es, sin duda, una labor que nos concierne a todos.


Factores de riesgo en el consumo de drogas
FAMILIAR
1º Malas relaciones entre cónyuges o parejas
2º Abuso de alcohol o drogas por los padres
3º Agobio por la situación económica familiar
4º Malas relaciones padres-hijos
PERSONAL
1º Sentimiento de pérdida de confianza en sí mismo
2º Sensación de no poder superar las dificultades
2º Fracaso escolar
2º Insatisfacción personal
3º Carencia de instrucción o formación
4º Sensación de agobio o tensión
SOCIAL
1º Facilidad para obtener drogas
2º Uso de drogas en los lugares de diversión
3º Conocer a consumidores de drogas
4º Insolidaridad social
5º Excesiva importancia al dinero
5º No participación social
6º Marginalidad en el barrio
LABORAL
1º Insatisfacción en la función o trabajo
1º Trabajos a destajo o alto rendimiento
2º Agobio o estrés en el trabajo
2º Insatisfacción con el trato recibido
3º Cansancio intenso en el trabajo
4º Mala situación contractual
5º Jornadas de trabajo prolongadas
6º Inquietud ante el futuro laboral

CAPÍTULO TRES

Consecuencias del consumo y grados de dependencia subjetiva

Continuando con la estructura del estudio realizado en 1996, dedicamos el tercer capítulo de la segunda parte de la investigación a las consecuencias producidas por el uso de alcohol y/o drogas en los consumidores de estos productos y a la percepción que esos mismos consumidores tienen de su control sobre el uso de estas sustancias.

En el primer apartado analizaremos la primera de estas cuestiones, teniendo en cuenta que el uso continuado y abusivo, tanto del alcohol como de otras drogas, puede traer consigo, con mucha probabilidad, no sólo un mayor número de consecuencias negativas, sino también el que éstas sean de mayor intensidad. Asimismo, existe un riesgo evidente de dependencia de estas sustancias en esos casos de uso continuado y abusivo.

En este sentido, estudiaremos en el segundo apartado del capítulo, el grado de dependencia subjetiva de los consumidores de alcohol y/o drogas. En ocasiones, es conocido el hecho de que los consumidores demuestran una excesiva confianza ante el consumo de estos productos —incluso en fases de uso continuado— lo que les hace percibir un falso control de la situación.

Así pues, este tercer capítulo consta de dos apartados, en los que se analizan las siguientes materias:

- Consecuencias derivadas del consumo de alcohol y/o drogas.
- Grado de dependencia subjetiva.

1. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

La pregunta sobre las consecuencias negativas que han experimentado los consumidores de alcohol y/o drogas, producto del consumo de estas sustancias, se formuló a los que bebieron alcohol el día anterior a la entrevista y a los consumidores de

otras drogas cuyo consumo se produjo en el último año. Al tratarse de una pregunta de respuesta múltiple, los consultados a quienes competía la pregunta podían señalar todas las consecuencias negativas que, efectivamente, les hubiera producido ese consumo.

Y éstos son los resultados obtenidos:

TABLA 3.1
Consecuencias negativas, producto del consumo de alcohol y/o drogas

CONSECUENCIAS NEGATIVAS	% SOBRE RESPUESTAS	% SOBRE CASOS
Falto alguna vez a clase	1.4	1.5
Voy mal en los estudios	0.3	0.3
Falto alguna vez al trabajo	2.0	2.1
Tengo problemas laborales (sanciones, despidos…)	0.9	1.0
No puedo encontrar trabajo o conservar el actual	0.3	0.3
Tengo conflictos familiares	3.7	4.0
Tengo problemas económicos	2.0	2.1
He perdido amigos	0.6	0.6
Tengo enfermedades	1.2	1.3
He tenido accidentes	1.6	1.7
He estado detenido o en prisión	0.2	0.3
Otros	1.5	1.6
Ninguno	84.3	90.2
Total	**100.0**	**107.0**
Base	**(937)**	**(876)**

Lo primero que podemos deducir de esta tabla, coincidente con lo hallado en múltiples estudios anteriores, es que la gran mayoría de los consumidores de alcohol y/o drogas (nueve de cada diez, exactamente el 90.2%), asegura que no ha sufrido ninguna consecuencia negativa derivada del uso de esos productos.

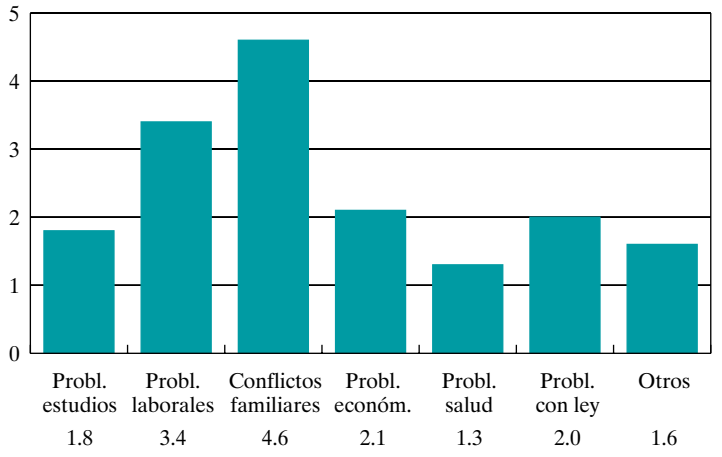
El 9.8% restante reconoce que estos consumos le han provocado consecuencias no deseadas e indica una media de 1.71 consecuencias por consumidor.

Por otra parte, los problemas más comunes producidos por el uso de alcohol y/o drogas en los consumidores valencianos son los conflictos familiares (por los que se ve afectado el 4.0% de estos consumidores), los problemas de carácter económico (el 2.1%) y las ausencias al trabajo (también el 2.1%).

Pero podemos agrupar estos problemas por su naturaleza, de tal modo que podamos facilitar la lectura de los datos y establecer las oportunas comparaciones.

Dicho agrupamiento y los porcentajes resultantes, son los siguientes:

Consecuencias agrupadas producidas por el consumo de alcohol y/o drogas (% sobre el total de casos)



Los conflictos familiares y de relación son los que afectan a una mayor proporción de consumidores de alcohol y/o drogas (al 4.6%), por delante de los problemas laborales (el 3.4%).

A un nivel muy similar entre sí, se sitúan los problemas económicos (afectan al 2.1 % de estos consumidores), los problemas con la ley o accidentes (al 2.0%) y los de tipo académico (1.8%). Los problemas de salud parecen los menos habituales (afectan al 1.3%), pero están presentes en cualquier caso. Existe otro 1.6% de consumidores que se ve afectado por otras consecuencias negativas sin especificar.

La siguiente tabla compara los resultados hasta ahora comentados con los del año 1996.

TABLA 3.2
Comparación de las consecuencias negativas en los consumidores valencianos de alcohol y/o drogas, 1996-1998

CONSECUENCIAS NEGATIVAS AGRUPADAS	1996	1998
Problemas en los estudios	2.7	1.8
Problemas laborales	6.8	3.4
Conflictos familiares y de relación	6.0	4.6
Problemas económicos	6.4	2.1
Problemas de salud	4.3	1.3
Problemas con la ley y accidentes	1.7	2.0
Otros	0.7	1.6
Nº medio de consecuencias negativas por consumidor	1.86	1.71
% de usuarios que no ha sufrido ningún problema	84.6	90.2

Destaca el hecho de que se incrementa en un 5.6% la proporción de consumidores de alcohol y/o drogas que aseguran no haber sufrido consecuencias negativas en el último año, producto del consumo de alcohol y/o drogas.

A su vez, los consumidores que sí dicen haber sufrido consecuencias negativas, señalan un menor número medio actualmente (1.71) que en 1996 (1.86).

Naturalmente, al haberse incrementado en estos dos años la proporción de consumidores que aseguran no haber sufrido consecuencias, y al haber disminuido el número medio de consecuencias negativas señaladas por los que sí han sufrido problemas, desciende la proporción de consumidores que dicen verse afectados por las distintas consecuencias negativas agrupadas. Así, los problemas en los estudios bajan casi un punto; los problemas laborales, descienden a la mitad (3.4%); los conflictos familiares y de relación bajan 1.4 puntos; los de tipo económico bajan hasta 4.3 puntos y los problemas con la ley o accidentes bajan un 3.1%.

Sólo los problemas de salud y otros sin determinar, afectan actualmente a una mayor proporción de consumidores de alcohol y/o drogas que en 1996.

Se puede establecer una comparación entre estos resultados actuales y los que EDIS obtuvo en la Comunidad de Andalucía (1998). Pues bien, en Andalucía, la proporción de los consumidores de alcohol y/o drogas que aseguran que no han sufrido ninguna consecuencia negativa derivada de estos consumos es del 82.1%, bastante más baja que la de la Comunidad Valenciana (90.2%). Y las consecuencias que afectaron a un mayor porcentaje de consumidores en Andalucía son los

conflictos familiares y de relación (a un 5.2% por un 4.6% en la Comunidad Valenciana), los problemas de carácter económico (a un 4.2% por un 2.1% de la Comunidad Valenciana) y los problemas laborales (a un 4.6% por un 3.4% de la Comunidad Valenciana).

Avanzando en nuestro análisis, y centrándonos exclusivamente, de nuevo, en territorio valenciano, en el siguiente cuadro ofrecemos la proporción de consumidores abusivos de alcohol y de cada una de las otras drogas consideradas en nuestra investigación, que reconocen haberse visto afectados por las consecuencias negativas derivadas del consumo de estas sustancias[1], y el número medio de consecuencias negativas señaladas por estos consumidores:

TABLA 3.3
Porcentajes y número medio de consecuencias según sustancias consumidas

	% QUE HA SUFRIDO CONSECUENCIAS	Nº MEDIO DE CONSECUENCIAS
Bebedores abusivos		
Altos	10.8	1.50
Excesivos	15.9	1.57
Gran riesgo	30.6	1.89
Consumidores de distintas drogas		
Inhalables	89.9	1.95
Cannabis	27.8	1.79
Cocaína	43.9	1.98
Drogas de síntesis	50.0	1.89
Heroína	63.8	2.00
Otros opiáceos	71.5	2.50
Alucinógenos	56.3	1.93
Anfetaminas	52.7	2.00
Tranquilizantes	16.6	1.22
Hipnóticos	3.1	1.50
Crack	100.0	3.00
Total	**9.8**	**1.71**

1. Tal como señalamos en el estudio anterior sobre población laboral en la Comunidad Valenciana (FAD-EDIS, 1998), los problemas que presentan cada tipo de usuarios no pueden ser atribuidos específicamente al uso de la sustancia que define al tipo. Ello, por razón de los fenómenos de policonsumo.

No obstante, la frecuencia de la presencia de las diferentes sustancias en las agrupaciones de policonsumo termina por reflejar un "índice de problematicidad" bastante aproximado al que resultaría de la atribución directa de los problemas a cada sustancia.

La proporción de bebedores abusivos afectados por consecuencias negativas derivadas del uso de alcohol y/o drogas es mayor a medida que se incrementa el consumo de alcohol. Además el número medio de consecuencias sufridas también crece a medida que se incrementa ese consumo.

Pero peor es la situación entre los consumidores de otras drogas, a excepción de los usuarios de psicofármacos como los tranquilizantes o los hipnóticos, quienes se ven afectados en bajas proporciones por consecuencias negativas derivadas del uso de alcohol y/o drogas (el 16.6% y el 3.1% respectivamente), aparte de presentar un bajo número medio de problemas aquellos que sí se ven afectados (1.22 y 1.50 respectivamente).

Los que en mayor proporción se ven afectados —por encima de la media— por consecuencias negativas, producto del uso de alcohol y/o drogas, son los consumidores de crack (son muy pocos, pero todos ellos aseguran que se han visto afectados por diferentes problemas), de inhalables (el 89.9%), de otros opiáceos (71.5%), de heroína (63.8%), de alucinógenos (56.3 %) y de anfetaminas (52.7%). Aunque no escapan a las consecuencias negativas los consumidores de cocaína (43.9%) y de cannabis (27.8%).

Asimismo, estos consumidores se ven afectados por distintos problemas, llegando a números medios verdaderamente altos, especialmente entre los que toman crack (3.00), otros opiáceos (2.50), heroína (2.00), anfetaminas (2.00), cocaína (1.98) e inhalables (1.95).

Pero veamos cuáles son las consecuencias concretas que más afectan a unos u otros consumidores.

TABLA 3.4
Consecuencias agrupadas producidas por el consumo de alcohol y/o drogas, según la droga de uso (% sobre el total de afectados)

DROGAS DE USO	ACADEMICOS	LABORALES	FAMILIARES Y DE RELACIÓN	ECONÓMICOS	DE SALUD	LEGALES Y ACCIDENTES
Bebedores altos	–	6.2	3.6	–	1.7	3.1
Bebedores excesivos	4.0	1.5	4.5	1.5	–	2.1
Bebedores gran riesgo	6.2	3.1	19.7	5.3	3.3	3.2
Inhalables	55.8	10.1	88.3	27.7	–	14.0
Cannabis	5.5	8.7	16.1	8.2	2.6	7.2
Cocaína	9.5	14.9	26.1	16.4	3.0	12.7
Drogas de síntesis	11.7	21.5	29.9	22.9	2.1	5.6
Heroína	–	11.1	50.1	24.6	19.0	14.2

DROGAS DE USO	ACADEMICOS	LABORALES	FAMILIARES Y DE RELACIÓN	ECONÓMICOS	DE SALUD	LEGALES Y ACCIDENTES
Otros opiáceos	–	16.3	74.2	58.4	15.2	24.1
Alucinógenos	17.1	23.6	37.6	20.6	5.0	4.9
Anfetaminas	12.1	18.9	31.5	15.5	4.3	18.4
Tranquilizantes	0.5	1.4	1.8	1.8	2.6	0.9
Hipnóticos	–	–	2.3	–	1.1	–
Crack	–	–	73.2	78.9	32.8	51.8
Total general	**1.8**	**3.4**	**4.6**	**2.1**	**1.3**	**2.0**

De un modo general, podemos destacar que los consumidores de tranquilizantes e hipnóticos son los que se ven afectados en menor proporción por estas consecuencias agrupadas, lo que resulta lógico, tras los resultados del cuadro anterior. En cambio, los consumidores de otros productos distintos al alcohol, suelen verse afectados en mayor proporción por todos estos problemas, aunque destacan aún más los siguientes:

- Los que en mayor proporción señalan los **problemas académicos** son los usuarios de inhalables, alucinógenos, anfetaminas y drogas de síntesis.
- En mayor proporción dicen verse afectados por **problemas laborales** los consumidores de alucinógenos, drogas de síntesis, anfetaminas, otros opiáceos y cocaína.
- Los **problemas familiares y de relación** son más señalados por los usuarios de inhalables, otros opiáceos, crack, heroína, alucinógenos, anfetaminas, drogas de síntesis, cocaína y por los bebedores de gran riesgo.
- Se ven afectados en mayor proporción por **problemas económicos** derivados del consumo, los que toman crack, otros opiáceos, inhalables, heroína, drogas de síntesis, alucinógenos, cocaína y anfetaminas.
- Los **problemas de salud** afectan a una mayor proporción de los consumidores de crack, heroína y otros opiáceos.
- Y finalmente, los que en mayor proporción dicen verse afectados por **problemas con la ley o por accidentes** son los consumidores de crack, otros opiáceos, anfetaminas, heroína, inhalables y cocaína.

Por último, y atendiendo a las distintas variables de clasificación, vamos a estudiar el perfil de aquellos consumidores de alcohol y/o drogas que en mayor proporción se ven afectados por las distintas consecuencias agrupadas:

- Los **problemas académicos** (1.8%) son señalados por una mayor proporción de los que tienen entre 15 y 18 años (7.8%), de los hijos emancipados (4.4%) o no (3.9%), de los que están en BUP o COU (3.8%) y, en general, de los estudiantes (7.0%).

- Los **problemas laborales** (3.4%) por los de las zonas de Elche-Orihuela (5.7%) y de Valencia-Paterna (5.3%); por los de 35 a 44 años (6.4%), los que tienen estudios medios y superiores (5.4%), los empresarios (5.5%) y los que están en paro (14.2%).
- Los **conflictos familiares y de relación** (4.6%), por los de las zonas de Alicante-Denia (7.9%) y de Valencia-Paterna (7.0%); por los de 15 a 18 años (10.5%) y los de 25 a 34 (10.3%), los hijos emancipados (10.0%) y no emancipados (11.8%) y los parados (10.4%).
- Los **problemas económicos** (2.1%), por los de 15 a 18 años (5.3%) y los de 19 a 24 años (4.7%), los hijos no emancipados (5.2%), los que tienen BUP o COU (5.0%) y los parados (7.6%).
- Las **enfermedades** (1.3%), por los de 15 a 18 años (3.6%), los que tienen BUP o COU (3.8%) y los estudiantes (3.7%).
- Y los **problemas con la ley y accidentes** (2.0%), por los de la zona de Alicante-Denia (3.8%), los de 15 a 18 años (3.8%), de 19 a 24 años (3.3%) y de 25 a 34 (4.3%), los hijos emancipados (5.7%) y no emancipados (4.2%), los que tienen BUP o COU (4.6%), los empresarios (5.3%) y los que están desempleados (5.0%).

2. GRADO DE DEPENDENCIA SUBJETIVA

A los mismos entrevistados que consumieron alcohol el día anterior a la entrevista, o alguna de las otras drogas en los últimos doce meses, les preguntamos si, a su juicio, serían capaces de abandonar el uso de alcohol y/o drogas en caso de que se lo propusieran. Podíamos medir así la percepción subjetiva de estos consumidores sobre el control en el uso de estas sustancias, independientemente del grado de adicción real que presenten. Y los resultados que obtuvimos fueron los que se reflejan en la siguiente tabla:

TABLA 3.5
¿Cree usted que podrá dejar el uso de alcohol y/o drogas?

GRADO DE DIFICULTAD	%
Me resultaría imposible	1.5
Me resultaría muy difícil	6.2
Me costaría algún esfuerzo	16.5
Podría hacerlo fácilmente	75.8
Total	**100.0**
Base	**(869)**

El 8.5% de los consumidores a quienes compete la pregunta, no la responde. Del resto, considerándolos base 100, tres de cada cuatro aseguran que no tendrían ningún problema para abandonar este consumo cuando se lo propusieran. El resto reconoce que le costaría dejar de usar estos productos, de los cuales un 7.7% asegura que les resultaría muy difícil o imposible.

Con respecto a 1996, los resultados sobre este tema han experimentado la siguiente evolución:

TABLA 3.6
Evolución del grado de dificultad subjetivo para dejar el uso de alcohol y/o drogas, entre los consumidores valencianos (1996-1998)

GRADO DE DIFICULTAD	1996	1998
Me resultaría imposible	3.3	1.5
Me resultaría muy difícil	4.9	6.2
Me costaría algún esfuerzo	22.4	16.5
Podría hacerlo fácilmente	69.4	75.8
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(737)**	**(869)**

Se ha incrementado en estos dos últimos años, en 6.4 puntos, la proporción de consumidores de alcohol y/o drogas que confían en el dominio del consumo y que creen que podrían abandonarlo con toda facilidad en cuanto se lo propusieran. Por su parte, y dentro de la misma lógica, desciende en medio punto la proporción de los que creen que les resultaría imposible o muy difícil dejar este consumo (de un 8.2% a un 7.7%), principalmente por el menor número de los que dicen que les resultaría imposible.

Por tanto, si en 1996 detectamos un grado de dependencia subjetiva bastante bajo, lo es más aún en 1998, mostrando la mayoría de los consumidores una clara confianza en el dominio del uso de estos productos.

Estos datos son bastante diferentes a los que encontramos, por ejemplo, en la comunidad de Galicia, donde (en 1996) el 4.7% de los consumidores reconocían que abandonar este consumo les resultaría imposible; el 14.2%, que muy difícil y sólo —comparado con los consumidores de la Comunidad Valenciana— un 42.1% pensaba que podría abandonarlo fácilmente si se lo propusiera.

Centrándonos de nuevo en los consumidores valencianos, resulta muy interesante estudiar este grado de dependencia subjetiva en función de la droga de uso. A partir de los datos de la siguiente tabla realizamos tal análisis.

TABLA 3.7
Grado de dificultad subjetivo para abandonar el consumo de alcohol y/o drogas, según droga de uso

	GRADO DE DIFICULTAD		
	Imposible o muy difícil	Con alguna dificultad	Fácilmente
Bebedores abusivos			
Altos	3.6	19.6	76.8
Excesivos	7.7	17.9	74.4
Gran riesgo	17.4	17.4	65.2
Consumidores de otras drogas			
Cocaína	10.0	31.1	58.9
Drogas de síntesis	20.6	29.4	50.0
Heroína	45.5	27.3	27.3
Otros opiáceos	60.0	–	40.0
Alucinógenos	20.8	20.8	58.3
Anfetaminas	10.4	33.3	56.3
Tranquilizantes	16.4	29.3	54.3
Hipnóticos	41.8	30.9	27.3
Crack	100.0	–	–
Total	**7.7**	**16.5**	**75.8**

Los consumidores abusivos de alcohol muestran un grado de dependencia subjetivo menor que el de los consumidores de otras drogas. No obstante, cuanto más abusivo es el uso de alcohol, mayor es el grado de dependencia subjetivo que, sin duda, se corresponde con un mayor grado de dependencia real.

Lo mismo ocurre con las otras drogas consideradas. El caso más problemático es el de los consumidores de crack, pues todos ellos aseguran que, prácticamente, no podrían dejar de usar estas sustancias. Los que consumen otros opiáceos, heroína e incluso los que toman hipnóticos, muestran un grado de dependencia subjetiva bastante elevado, siendo una minoría, entre estos consumidores, los que aseguran que podrían dejar el consumo fácilmente. Muestran un grado de dependencia subjetiva menor los que toman cocaína, anfetaminas, tranquilizantes, drogas de síntesis y alucinógenos, aunque en cualquier caso una buena proporción de estos consumidores son conscientes de su dificultad para abandonar el uso de estos productos.

En la tabla 3.7 no se incluye a los consumidores de cannabis e inhalables por no haber encontrado una significación que nos permitiera rechazar la hipótesis nula en la prueba del chi cuadrado. Para las demás sustancias sí que hemos encontrado esa significación, con las siguientes probabilidades en los cruces con: alcohol, cocaína, heroína, otros opiáceos, tranquilizantes, hipnóticos y crack ($P<.000$); drogas de síntesis ($P<.001$), anfetaminas ($P<.003$) y alucinógenos ($P<.01$).

Finalmente, y para concluir el capítulo, estudiamos el perfil de los consumidores que en mayor medida opinan que pueden dominar fácilmente el uso de alcohol y/o drogas, o por el contrario, los que en mayor proporción opinan que les resultaría muy difícil o imposible, en función de las distintas variables de clasificación.

- Los que en mayor proporción creen que les resultaría muy difícil o imposible (7.7%) son los consumidores de la provincia de Castellón (14.1%), de las zonas de Castellón-Vinaroz (13.7%) y de Valencia-Torrente (18.3%), los de ciudades de más de 250.000 habitantes (12.8%), los que no tienen estudios (11.0%), los que están en paro (12.0%), los jubilados o pensionistas (13.4%) y los de clase media-baja (17.2%).
- En cambio, los que en mayor proporción creen que dominan el uso de alcohol y/o drogas y que podrían dejarlo fácilmente (75.8%) en cuanto se lo propusieran, son los consumidores de las zonas de Gandía-Alzira (80.6%) y de Valencia-Paterna (86.8%), los de poblaciones de hasta 10.000 habitantes (84.1%), los que tienen BUP o COU (84.2%), los estudiantes (79.8%) y los de clase media (79.3%).

Al realizar la prueba del chi cuadrado hemos encontrado una alta significación que nos permitía rechazar la hipótesis nula en los cruces con provincia, zona sanitaria, tamaño de hábitat y clase social, con una $P<.000$; nivel de estudios, $P<.002$ y actividad profesional, $P<.01$.

CAPÍTULO CUATRO

Opiniones y actuaciones ante el alcohol

El presente capítulo supone una novedad no sólo con respecto al estudio que realizamos en la Comunidad Valenciana en 1996, sino también con respecto a otros estudios realizados en otras comunidades autónomas del Estado.

En él vamos a tratar algunos temas relacionados con el consumo de alcohol, poniendo especial atención en el uso concreto que hacen los jóvenes de las bebidas alcohólicas.

Los estudios que se han venido realizando en los últimos años sobre el consumo de alcohol y drogas en nuestro país, demuestran que los jóvenes presentan un patrón de consumo de alcohol muy específico y bien diferenciado del uso que hacen otros sectores de la población.

De hecho, la presente investigación no deja de ser una confirmación —eso sí, con detalles concretos— de este hecho. Y ese patrón de consumo que presentan los jóvenes se caracteriza por el abuso de bebidas de alta graduación, concentrado en dos o tres días de la semana que, lógicamente, coinciden con los del fin de semana.

Ante esta situación, parecía conveniente incluir en la presente investigación un capítulo dedicado al estudio de algunas realidades y actuaciones que pudieran ayudar a superar este abuso desmesurado del alcohol por parte de un sector de la población joven bastante numeroso. Para ello, consideramos importante conocer las opiniones de la población ante este hecho, en cuanto a la importancia, la gravedad y las consecuencias de esta realidad; en cuanto a la influencia de la publicidad de bebidas alcohólicas y en cuanto a las actuaciones preferentes para que la lucha contra el abuso del alcohol tenga éxito.

Dentro de esta lógica, el capítulo se divide en los siguientes apartados:

- Importancia del consumo de alcohol en los jóvenes y consecuencias del mismo.
- La publicidad sobre el alcohol.
- Actuaciones contra el abuso del alcohol.

1. IMPORTANCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LOS JÓVENES Y CONSECUENCIAS DEL MISMO

En primer lugar analizamos la importancia o la gravedad que para el conjunto de entrevistados tiene el consumo de alcohol que actualmente hacen los jóvenes. Los resultados obtenidos para la población de la Comunidad de Valencia de 15 y más años son los que se expresan en la siguiente tabla:

TABLA 4.1
Importancia o gravedad del consumo de alcohol entre los jóvenes

IMPORTANCIA	%
Ninguna	2.6
Poca	4.7
Alguna	11.4
Bastante	37.3
Mucha	44.0
Total	**100.0**
Base	**(1.971)**

El índice de no respuesta para esta pregunta (los que no saben o no contestan), se sitúa en el 1.4%.

La gran mayoría de los encuestados (exactamente el 81.3%) conceden bastante o mucha importancia al uso que del alcohol hacen los jóvenes hoy en día en la Comunidad Valenciana. No obstante, encontramos un 7.3% que no le concede ninguna o muy poca importancia al problema y un 11.4% que considera que tiene sólo alguna importancia.

Resulta muy significativo el cruce de esta variable con las distintas tipologías de bebedores de alcohol. De hecho, en la prueba del chi cuadrado, encontramos una alta significación ($P<.000$) que nos permite rechazar la hipótesis nula, encontrando una fuerte relación entre ambas variables.

TABLA 4.2
Importancia o gravedad del consumo de alcohol entre los jóvenes, según tipología de bebedor

IMPORTANCIA	TIPOLOGÍA DE BEBEDOR						
	Abstinente	Ligero	Moderado	Alto	Excesivo	Gran riesgo	Total general
Ninguna	2.0	2.2	4.3	6.9	7.5	7.1	2.6
Poca	4.3	3.4	5.8	8.6	15.0	7.1	4.7
Alguna	10.0	9.0	16.6	17.2	20.0	21.4	11.4
Bastante	40.2	34.7	28.2	41.4	40.0	25.0	37.3
Mucha	43.5	50.8	45.1	25.9	17.5	39.3	44.0
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Base	**(1.237)**	**(323)**	**(277)**	**(58)**	**(40)**	**(28)**	**(1.971)**

Observamos que en las tipologías de un consumo más abusivo, se concede una importancia menor al consumo de alcohol por parte de los jóvenes. Así, el 15.5% de los bebedores altos, el 22.5% de los excesivos y el 14.3% de los de gran riesgo, consideran que el consumo actual de alcohol entre los jóvenes no tiene ninguna o muy poca gravedad. Estos porcentajes son claramente más bajos entre los abstinentes (6.3%) y los bebedores ligeros (5.6%) y empieza a ser relativamente alto entre los bebedores moderados (10.2%).

Por el contrario, las proporciones de los que conceden mucha o bastante importancia al problema son más elevadas entre los abstinentes (el 83.7%) y bebedores ligeros (el 85.5%) que entre el resto de bebedores: moderados, el 73.3%; altos, el 67.3%; excesivos, el 57.5% y de gran riesgo, el 54.3%. Como vemos, esta proporción decrece a medida que nos acercamos a una tipología de consumo más elevado.

Por tanto, se concede una mayor importancia y gravedad al problema entre los bebedores ligeros y los abstinentes, mientras que entre el resto se le concede menos importancia a medida que avanzamos hacia una tipología de bebedor más abusivo.

Estudiemos a continuación el perfil de aquellos que le conceden mayor y menor importancia al problema, considerando las diferentes variables de clasificación. Como puede observarse, estos perfiles están bien definidos por variables específicas.

- Los que en mayor proporción conceden mucha o bastante importancia (81.3%) al problema son los de la zona de Valencia-Torrente (86.2%), los de poblaciones de 100.001 a 250.000 habitantes (85.6%), los mayores de 44 años (92.0%), los cabezas de familia (88.4%), los cónyuges (89.0%), los que no tienen estudios (94.1%), las amas de casa (93.9%), los jubilados y pensionistas (95.8%) y los de clases media-baja (86.7%) y baja (90.5%).

- Y los que en mayor medida consideran que el problema tiene muy poca o ninguna gravedad son los de la zona de Elche-Orihuela (11.2%), los de ciudades de 10.001 a 50.000 habitantes (10.5%) y de 50.001 a 100.000 (10.3%), los de 15 a 18 años (21.0%), los de 19 a 24 años (16.8%), los hijos emancipados (17.0%) y no emancipados (15.4 %), los que tienen BUP o COU (11.6%), los que tienen FP 1 y 2 (10.1%), los que están desempleados (20.9%) y los estudiantes (14.9%).

Los niveles de significación encontrados en la prueba del chi cuadrado han permitido rechazar la hipótesis nula en los cruces con las distintas variables consideradas: zona sanitaria, tamaño de hábitat, grupo de edad, rol familiar, nivel de estudios, actividad profesional y clase social, con una $P<.000$.

Consecuencias del consumo de alcohol en los jóvenes

En el primer capítulo de esta segunda parte de la investigación, hablábamos de las consecuencias que produce el consumo de alcohol y/o drogas, preguntando a los propios consumidores de estos productos sobre su propia experiencia.

En este apartado vamos a estudiar las consecuencias del consumo de alcohol en los jóvenes, preguntando al conjunto de la población. Se trata, por tanto, de una visión menos basada en la experiencia, pero con una proyección social evidente. En definitiva, lo que ahora analizamos es la percepción o creencia de la sociedad sobre los peligros que llega a producir el consumo de alcohol entre los jóvenes.

TABLA 4.3
Consecuencias o problemas que los entrevistados creen que produce el consumo de alcohol en los jóvenes

CONSECUENCIAS	%
De salud	24.7
De carácter	13.8
En los estudios o en el trabajo	4.1
Familiares	6.5
De dinero	1.4
Con los amigos	1.2
Accidentes de tráfico	34.8
Peleas o conflictos	6.9
Otros	4.6
Ninguno	2.1
Total	**100.0**
Base	**(1.984)**

Tan sólo un 0.8% de los 2.000 entrevistados no responde a la pregunta.

Parece que la población valenciana, en consonancia con la variable anterior, se muestra sensible al problema del consumo de alcohol entre los jóvenes, ya que tan sólo un 2.1% de la población de 15 y más años de la Comunidad Valenciana cree que el consumo que hacen los jóvenes del alcohol no genera ningún problema.

Dos son las principales consecuencias que la población valenciana de 15 y más años cree que produce el consumo de alcohol en los jóvenes: los accidentes de tráfico (así lo opina el 34.8%) y los problemas de salud (uno de cada cuatro, el 24.7%). En un segundo nivel se sitúan los problemas de carácter (13.8%), por encima de las peleas y conflictos (6.9%) y de los problemas familiares (6.5%).

Seguidamente estudiamos el perfil de los que en mayor medida mencionan estos cinco problemas más señalados por la población de la Comunidad Valenciana.

- Creen en mayor proporción que el uso de alcohol en jóvenes provoca **accidentes de tráfico** (34.8%), los de las provincias de Castellón (45.1%) y de Alicante (46.7%), los de las zonas de Alicante-Denia (57.6%) y Castellón-Vinaroz (44.7%), los de poblaciones de hasta 10.000 habitantes (42.1%). Y también los bebedores altos (48.3%), excesivos (43.6%) y de gran riesgo (53.8%).
- Los que en mayor proporción señalan los **problemas de salud** (24.7%) son los de la provincia de Valencia (32.0%), los de las zonas de Valencia-Torrente (37.5%) y de Gandía-Alzira (35.9%), los profesionales, funcionarios y cuadros medios (31.0%) y los de clases baja (39.5%) y media-alta (31.3%). También los abstinentes (29.2%).
- Los **problemas de carácter** (13.8%) son indicados por una mayor proporción de los de la provincia de Valencia (16.0%), los de la zona de Valencia-Torrente (21.4%), los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitantes (16.8%) y de 100.001 a 250.000 (18.2%), los de 19 a 24 años (17.1%), los hijos emancipados (16.2%), los empresarios (19.1%) y los de clase media-baja (18.5%). También los bebedores excesivos (17.9%) y los de gran riesgo (19.2%).
- Creen en mayor proporción que el uso de alcohol en los jóvenes genera **peleas y conflictos** (6.9%), los de la zona de Castellón-Vinaroz (11.3%), los de poblaciones de 50.001 a 100.000 habitantes (13.4%), los que no tienen estudios (11.7%), los jubilados y pensionistas (10.6%) y los de clases baja (16.3%) y media-baja (10.0%). También los bebedores moderados (11.0%) y excesivos (10.3%).
- Y los que en mayor proporción creen que se producen **problemas familiares** (6.5%) como consecuencia del uso de alcohol entre los jóvenes, son los de la zona de Valencia-Torrente (10.4%), los de poblaciones de 100.001 a 250.000 habitantes (10.1%) y los de clase media-baja (10.4%). También los bebedores moderados (15.3%).

Los niveles de significación más altos encontrados en la prueba del chi cuadrado, en los cruces con las distintas variables de clasificación, los hemos encontrado en las siguientes variables: provincia, zona sanitaria, tamaño de hábitat, nivel de estudios, clase social y tipología de bebedor, con una P<.000 en todos los casos.

2. LA PUBLICIDAD DEL ALCOHOL

Excluyendo al 5.2% que no sabe o no contesta a la pregunta, la población valenciana se expresa del siguiente modo sobre la idoneidad o no de la publicidad de bebidas alcohólicas:

TABLA 4.4
¿Considera que la publicidad del alcohol actual es adecuada o resulta excesiva?

¿ADECUADA O EXCESIVA?	%
Adecuada	38.9
Algo excesiva	31.0
Bastante o muy excesiva	30.1
Total	**100.0**
Base	**(1.896)**

A pesar de las limitaciones que establece la ley sobre la publicidad de bebidas alcohólicas, y aunque casi cuatro de cada diez entrevistados opinen que la publicidad alcohólica es la adecuada, la mayoría de la población valenciana (el 61.1%) considera que existe un exceso (algo, bastante o mucho) de esta publicidad.

Es aún mayor esta sensación de excesiva publicidad alcohólica (61.1%) entre los de la provincia de Castellón (70.6%), los de las zonas de Alicante-Denia (74.4%) y de Castellón-Vinaroz (69.0%), los de la zona turística (67.8%), los de poblaciones de 100.001 a 250.000 habitantes (67.1%), las mujeres (65.2%), los mayores de 44 años (68.6%), los cónyuges (66.8%), los que no tienen estudios (80.1%), las amas de casa (69.8%), los jubilados y pensionistas (70.0%) y los de clase baja (73.0%).

Por el contrario, opinan en mayor proporción que la publicidad de bebidas alcohólicas es adecuada (38.9%), los de las zonas de Valencia-Paterna (47.3%) y de Elche-Orihuela (46.1%), los de la zona no turística (43.4%), los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitantes (44.8%), los varones (43.1%), los de 15 a 18 años (49.1%), los de 19 a 24 (46.0%) y los de 25 a 34 (48.1%), los hijos emancipados (45.3%) y no emancipados (46.4%), los que tienen FP 1 y 2 (46.1%), los que tienen estudios medios y superiores (44.3%), los trabajadores (45.1%), los parados (44.8%) y los estudiantes (46.1%).

Destaca, por otro lado, que altas proporciones de los bebedores excesivos (el 48.7%) y, especialmente, de gran riesgo (el 57.7%), consideran que la publicidad de bebidas alcohólicas es adecuada.

Al cruzar esta variable con las de clasificación, hemos obtenido una alta significación que permitía rechazar la hipótesis nula: provincia, zona sanitaria, tipo de zona, género, grupo de edad, rol familiar, nivel de estudios y actividad profesional presentan una P<.000; clase social, P<.001; tamaño de hábitat, P<.02. Y tipología de bebedor, P<.01.

Avanzando en nuestro análisis sobre la publicidad de bebidas alcohólicas, a continuación estudiamos las distintas restricciones a esta publicidad que la población valenciana de 15 y más años considera que podrían llevarse a cabo, para mejor adecuación de esa publicidad. Se proyectó una pregunta con dos posibilidades de respuesta.

En esta ocasión se repite el mismo porcentaje de no respuesta que en la pregunta anterior (5.2%).

TABLA 4.5
Restricciones que debería tener la publicidad de bebidas alcohólicas

RESTRICCIONES	% SOBRE TOTAL RESPUESTAS	% SOBRE TOTAL ENTREVISTADOS
Ninguna	8.9	14.6
Las restricciones deben ser pocas	7.2	11.8
No debe haber publicidad en cercanías de colegios	19.1	31.2
No debe haber publicidad en lugares ni en actividades deportivas	5.6	9.2
No debe haber publicidad en ropas o prensas juveniles	5.7	9.3
No debe haber publicidad en publicaciones juveniles	8.2	13.3
No debe haber publicidad en programas de radio juveniles	4.1	6.7
No debe asociarse esta publicidad a personajes populares entre los jóvenes	17.6	28.9
No publicidad en medios de comunicación populares (sólo en revistas adultos)	10.2	16.6
Debe suprimirse por completo la publicidad alcohólica	13.4	21.9
Total	**100.0**	**163.6**
Base	**(3.103)**	**(1.896)**

Aproximadamente, uno de cada cuatro entrevistados (exactamente el 26.4%) considera que deberían llevarse a cabo muy pocas o ninguna restricción en cuanto a la publicidad de bebidas alcohólicas. Por el contrario, un 21.9% se sitúa en el extremo opuesto, opinando que debería suprimirse cualquier forma de publicidad de bebidas alcohólicas.

En cualquier caso, la mayoría de los entrevistados —tres de cada cuatro, el 73.6%— sí cree que deberían llevarse a cabo restricciones que redujeran la presencia de publicidad de bebidas alcohólicas en nuestro entorno y, especialmente, en el de los jóvenes.

Y las restricciones concretas que señala la población de la Comunidad Valenciana, las podemos clasificar en tres niveles, en función de su mayor o menor mención por parte de la población entrevistada:

- La retirada de esta publicidad en las cercanías de los colegios (mencionada por el 31.2% de los entrevistados y representando el 19.1% de las respuestas) y la no asociación a personajes populares entre los jóvenes (señalado por el 28.9% de los consultados y suponiendo el 17.6% de las respuestas), son las restricciones más demandadas por la población valenciana.
- En un segundo nivel se sitúa, por un lado, la retirada de publicidad de bebidas alcohólicas de los medios de comunicación más populares, limitándose sólo a revistas y publicaciones dirigidas exclusivamente a adultos (esta restricción la menciona el 16.6% de los entrevistados y representa el 10.2% del total de respuestas obtenidas); y por otro, la retirada de publicidad de alcohol en publicaciones dirigidas a sectores juveniles de la población (señalado por el 13.3% de los consultados y representando el 8.2% de las respuestas).
- Y, finalmente, las restricciones menos mencionadas, pero en cualquier caso demandadas por la población de la Comunidad Valenciana, son la ausencia de este tipo de publicidad en ropas juveniles (9.3% sobre el total de casos y 5.7% sobre el de respuestas), en lugares y actividades deportivas (señalado por el 9.2% del total de entrevistados y representando el 5.6% del total de las respuestas) y en programas de radio con importante audiencia juvenil (6.7% sobre el total de casos y 4.1% sobre el total de respuestas).

Conviene ahora conocer aquellos grupos de población que en mayor medida opinan que las restricciones a la publicidad de bebidas alcohólicas deberían ser pocas o ninguna (26.4%). Esos grupos que en mayor proporción así opinan, tomando como referencia los porcentajes sobre el total de entrevistados, son: los de la provincia de Valencia (34.9%), los de las zonas de Valencia-Paterna (43.2%) y los de Valencia-Torrente (34.3%), los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitantes (33.0%), los varones (30.2%), los jóvenes de 15 a 18 años (32.8%), de 19 a 24 años (32.2%) y de 25 a 34 años (31.1%), los hijos emancipados (32.0%) y no emancipados (32.2%), los que tienen BUP y COU (33.6%), los que tienen estudios medios y superiores (31.7%), los empresarios (37.8%) y los trabajadores (30.2%).

Por el contrario, los que en mayor proporción opinan que debería suprimirse por completo cualquier forma de publicidad de bebidas alcohólicas (21.9%), son los de la zona de Gandía-Alzira (30.4%), los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitantes (33.4%), los de 35 a 44 años (27.1%) y los mayores de 44 años (28.1%), los que desempeñan el rol familiar de cónyuges (28.5%), los que no tienen estudios (36.2%), las amas de casa (27.3%), los jubilados y pensionistas (35.5%) y los de clases baja (46.0%) y media-baja (29.8%).

En la siguiente tabla mostramos la proporción de bebedores de cada tipología que considera que las restricciones deben ser muy pocas o ninguna, y la de los que creen que debería suprimirse cualquier forma de publicidad de bebidas alcohólicas.

TABLA 4.6

Proporción de los que opinan que debería de haber muy pocas o ninguna restricción a la publicidad de bebidas alcohólicas, y de los que creen que no se debería permitir esta publicidad, entre los bebedores de las distintas tipologías

TIPOLOGÍA DE BEBEDOR	% POCAS O NINGUNA RESTRICCIÓN	% SUPRESIÓN DE LA PUBLICIDAD DE ALCOHOL
Abstinentes	25.4	23.4
Ligeros	22.2	20.3
Moderados	29.1	20.0
Altos	41.8	17.8
Excesivos	28.9	12.7
Gran riesgo	61.2	20.5
Total general	**26.4**	**21.9**

Respecto a los bebedores de alcohol, los que en mayor proporción opinan que no debería de haber restricciones a la publicidad, o que fueran las menos, son los bebedores altos (así lo cree el 41.8% de estos bebedores) y, especialmente, los de gran riesgo (el 61.2%). A su vez, el porcentaje más bajo de los que creen que debería suprimirse la publicidad de bebidas alcohólicas se da entre los bebedores altos (17.8%) y, sobre todo, entre los bebedores excesivos (12.7%).

Por tanto, los que más abusan del consumo de alcohol muestran una actitud más permisiva hacia cualquier tipo de publicidad de bebidas alcohólicas, mientras que los menos bebedores se muestran más críticos con este tipo de publicidad, sobre todo dirigida a los jóvenes.

3. ACTUACIONES CONTRA EL ABUSO DEL ALCOHOL

Para analizar esta variable, pedimos a los entrevistados que señalaran las dos actuaciones que consideraran más importantes para la lucha contra el abuso del alcohol. En la tabla 4.7. se reflejan los resultados procedentes de la encuesta.

TABLA 4.7
Actuaciones preferentes ante el abuso del alcohol

ACTUACIONES	% SOBRE RESPUESTAS	% SOBRE ENTREVISTADOS
Aumentar el control de bares y discotecas	24.1	44.1
Restricción de la publicidad alcohólica	11.2	20.5
Información de los efectos y consecuencias del abuso de alcohol	23.6	43.2
Programas de prevención en las empresas	2.6	4.8
Programas de prevención en centros escolares	23.4	42.9
Cursillos y jornadas de prevención para padres y madres	5.8	10.6
Folletos y materiales informativos para las familias	5.0	9.2
Subvención y apoyos técnicos a las actuaciones de ONGs	2.8	5.2
Otras actuaciones	1.5	2.8
Total	**100.0**	**183.3**
Base	**(3.523)**	**(1.922)**

Un 3.9% de entrevistados no respondió a esta pregunta. Entre los que sí lo hicieron, el número medio de respuestas señaladas por cada uno de ellos es de 1.83.

Las tres medidas que la población valenciana considera preferentes para que la lucha contra el abuso del alcohol tenga éxito son el incremento del control en bares y discotecas (señalado por el 44.1% de los entrevistados y representando el 24.1% de las respuestas obtenidas), la información sobre los efectos y consecuencias que produce el abuso del alcohol (indicado por el 43.2% de los consultados y suponiendo el 23.6% de las respuestas) y los programas de prevención en los centros escolares (mencionado por el 42.9% de los entrevistados y representando el 23.4% de las respuestas). También destaca en cierta medida, aunque a un nivel inferior que las tres anteriores, la restricción de la publicidad de bebidas alcohólicas (mencionada por el 20.5% de los consultados y representando el 11.2% del total de las respuestas), analizada con detalle en las páginas precedentes.

Los grupos de población que más insisten en la preferencia de estas cuatro medidas más importantes para la lucha contra el abuso del alcohol son los siguientes (atendiendo al porcentaje sobre el total de personas que responden a la pregunta y no sobre el total de respuestas obtenidas):

- El incremento del control en bares y discotecas (44.1%) es mencionado por un mayor porcentaje de los de la provincia de Castellón (49.4%), los de poblaciones de hasta 10.000 habitantes (50.4%) y de ciudades entre 100.001 y 250.000 habitantes (52.1%), los de 15 a 18 años (50.6%) y los de más de 44 años (49.4%), los que no tienen estudios (53.1%) y los jubilados y pensionistas (60.5%).
- Por su parte, mencionan en mayor proporción la información sobre los efectos y las consecuencias que produce el abuso del alcohol (43.2%), los de la zona de Elche-Orihuela (54.5%), los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitantes (55.3%), los hijos emancipados (51.4%), los que no tienen estudios (50.1%), los que tienen FP 1 y 2 (49.0%), los que tienen estudios medios y superiores (51.9%), los que están en paro (52.9%) y los de clase baja (56.6%).
- Los programas de prevención en centros escolares (42.9%) son mencionados por una mayor proporción de los que viven en las provincias de Castellón (52.1%) y de Alicante (50.6%), en las zonas de Castellón-Vinaroz (50.9%), de Alicante-Denia (53.3%) y de Elche-Orihuela (48.3%), los de ciudades de 100.001 a 250.000 habitantes (50.2%), los de 35 a 44 años (48.1%), los que tienen FP 1 y 2 (54.2%) y las amas de casa (47.8%).
- Finalmente, los que más mencionan la restricción de publicidad de bebidas alcohólicas (20.5%), son los de la zona de Castellón-Vinaroz (25.6%) y los de Alicante-Denia (35.2%), los de poblaciones con más de 250.000 habitantes (27.4%) y los de clases baja (50.5%) y media-baja (25.6%).

Por último, estudiamos esta preferencia en las actuaciones ante el abuso del alcohol entre los propios consumidores de alcohol, en función de su tipología.

TABLA 4.8
Actuaciones preferentes ante el abuso del alcohol, según tipología de bebedor

ACTUACIONES	TIPOLOGÍA DE BEBEDOR						
	Abstinente	Ligero	Moderado	Alto	Excesivo	Gran riesgo	Total general
Aumentar el control de bares y discotecas	42.4	49.4	45.0	34.1	62.2	30.9	44.1
Restricción de la publicidad alcohólica	20.9	15.7	27.4	12.2	18.8	15.2	20.5
Información de los efectos y consecuencias del abuso de alcohol	43.6	45.7	42.5	44.6	27.6	35.2	43.2
Programas de prevención en las empresas	5.1	5.6	4.1	3.1	–	1.6	4.8
Programas de prevención en los centros escolares	43.7	38.6	34.7	62.0	54.9	71.3	42.9

ACTUACIONES	TIPOLOGÍA DE BEBEDOR						
	Abstinente	Ligero	Moderado	Alto	Excesivo	Gran riesgo	Total general
Cursillos y jornadas de prevención de los padres y madres	10.5	12.0	9.9	18.0	5.6	1.2	10.6
Folletos y materiales informativos para las familias	9.6	8.6	9.6	1.5	7.3	11.3	9.2
Subvención y apoyos técnicos a las actuaciones de ONGs	4.6	5.7	5.4	13.8	7.6	2.8	5.2
Otras actuaciones	2.3	2.2	5.3	6.0	0.8	2.1	2.8
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**183.3**
Base	**(1.209)**	**(305)**	**(278)**	**(57)**	**(38)**	**(26)**	**(1.922)**

Los resultados de la tabla 4.8. demuestran que los abstinentes ofrecen una distribución de respuestas muy similar a la del total general, y es que este grupo representa a la mayoría de los entrevistados (exactamente el 63.2%).

En cuanto a lo más destacado de esta tabla, observamos que el incremento del control en bares y discotecas es más mencionado por los bebedores ligeros (el 49.4%) y, especialmente, por los excesivos (62.2%); la información de los efectos que produce el abuso de alcohol se menciona en bajas proporciones por los bebedores excesivos (27.6%) y de gran riesgo (35.2%), con respecto al total general (43.4%); en cambio, los programas de prevención en centros escolares son especialmente mencionados por los bebedores abusivos: el 62.0 % de los altos, el 54.9% de los excesivos y el 71.3% de los de gran riesgo.

Otros datos destacables son que el 18.0% de los bebedores altos menciona los cursillos y jornadas de formación para los padres, que un 11.3% de los bebedores de gran riesgo señala los folletos y materiales informativos para las familias y que el 13.8% de los bebedores altos destaca las subvenciones y apoyos técnicos a las ONGs, para sus actuaciones ante el abuso del alcohol.

CAPÍTULO CINCO

Opiniones y actitudes de la población sobre las drogas y las actuaciones ante las mismas

Retomando la temática del estudio realizado en 1996, en este capítulo vamos a conocer las opiniones y actitudes de la población ante diversas medidas y actuaciones en la lucha contra las drogas.

Es importante conocer qué piensa la población ante determinadas actuaciones potencialmente polémicas y que necesitan de un apoyo social mínimo para llevarse a cabo. Ya en el estudio anterior detectamos que ese grado de apoyo a algunas actuaciones como la administración de metadona a heroinómanos en tratamiento, o la administración de jeringuillas y preservativos a consumidores, para evitar el contagio de enfermedades como la hepatitis o el SIDA, resultaba ser mayoritario entre la población valenciana de 15 y más años. Asimismo, se podía comprobar quela mayoría de la población de la Comunidad se mostraba contraria a la permisión del uso de drogas en ámbitos privados y, especialmente, en lugares públicos.

En las siguientes páginas vamos a estudiar estas mismas materias, observando la evolución en estos dos últimos años y comprobando cómo se reafirman muchas de las posturas detectadas en el estudio de 1996.

El presente capítulo consta de los tres apartados siguientes:

- Sanción o permisividad del uso de drogas.
- Grado de acuerdo con algunas actuaciones.
- Ayudas y medidas en la lucha contra las drogas.

1. SANCIÓN O PERMISIVIDAD DEL USO DE DROGAS

Comenzamos estudiando la opinión de la población valenciana de 15 años en adelante, sobre la sanción o permisividad del consumo de drogas ilegales, tanto en ámbitos públicos como privados.

En primer lugar ofrecemos los resultados obtenidos, para después compararlos con los del estudio realizado hace dos años.

TABLA 5.1
¿Debe sancionarse el consumo público y privado de drogas ilegales?

SANCIÓN O PERMISIVIDAD	EN LUGARES PÚBLICOS	EN ÁMBITO PRIVADO
Debe permitirse	14.0	38.2
Debe sancionarse	82.1	51.0
NS/NC	3.9	10.8
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(2.000)**	**(2.000)**

La población valenciana de 15 y más años adopta una postura mayoritariamente sancionadora ante el consumo de drogas ilegales, aunque no tan evidente en el caso del consumo en el ámbito privado, como del consumo en lugares públicos.

Podemos concretar que el 51.0% que opina que el consumo de drogas ilegales en el ámbito privado debe sancionarse, está compuesto por una mayoría que lo sancionaría levemente (el 29.2% de los entrevistados), frente a un 21.8% que cree que esa sanción debería ser, incluso, penal.

Asimismo, parece que es más delicado el tema de la permisividad o sanción en el ámbito privado,que en el público, pues no sólo las respuestas se distribuyen de un modo más similar entre sanción y permisividad, sino que además existe un porcentaje más alto de entrevistados que no se pronuncia (el 10.8%), frente al 3.9% en el caso del consumo público.

La evolución de esta opinión en los dos últimos años ha sido la siguiente:

TABLA 5.2
Evolución de la opinón sobre la permisividad o sanción del consumo de drogas ilegales en ámbitos públicos y privados (1996-1998)

	EN LUGARES PÚBLICOS		EN ÁMBITO PRIVADO	
	1996	**1998**	**1996**	**1998**
Debe permitirse	16.6	14.0	37.4	38.2
Debe sancionarse	77.5	82.1	51.0	51.0
NS/NC	5.9	3.9	11.6	10.8
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Base	**(2.000)**	**(2.000)**	**(2.000)**	**(2.000)**

Los resultados obtenidos en el estudio actual, sobre la permisividad o sanción del consumo de drogas ilegales en el ámbito privado, son los mismos que en 1996. Tampoco difieren mucho los obtenidos respecto al consumo en lugares públicos, aunque sí se observa que se refuerza la postura sancionadora ante este consumo.

Esta postura mayoritariamente sancionadora está generalizada en otras comunidades autónomas. Así, en Galicia, el 89.3% y el 53.7% de la población de doce años en adelante sancionaría, respectivamente, el uso público y privado de drogas (datos de 1996) y en Andalucía, también refiriéndonos a población de doce años en adelante y en el año 96, el 83.9% optaría por sancionar el consumo público de drogas ilegales y el 65.0% por sancionar el consumo privado de esos productos.

Seguidamente vamos a estudiar la postura a este respecto de los propios consumidores. Para ello, vamos a ignorar a los que no saben o no contestan a la pregunta, rehaciendo los datos en base 100. Efectuando la misma operación para el conjunto de la población valenciana de 15 y más años, se obtienen los siguientes resultados:

	EN LUGARES PÚBLICOS	EN ÁMBITO PRIVADO
Debería permitirse	14.6	42.8
Debería sancionarse	85.4	57.2

A partir de estos datos, por tanto, compararemos las opiniones de los consumidores de drogas y, más adelante, los perfiles de los que más se inclinan por la sanción, y de los que se muestran más permisivos.

TABLA 5.3
Proporción de consumidores de cada sustancia que se muestran a favor de la permisividad del consumo de drogas ilegales, tanto en el ámbito público, como en el privado, en %

	GRADO DE PERMISIVIDAD	
	En lugares públicos	En ámbito privado
Droga de uso		
Inhalables	100.0	100.0
Cannabis	48.0	83.4
Cocaína	51.7	90.1
Drogas de síntesis	62.9	91.2
Heroína	70.0	90.0
Otros opiáceos	80.0	80.0
Alucinógenos	75.0	95.7
Anfetaminas	70.2	94.0
Tranquilizantes	12.8	44.7
Hipnóticos	7.1	32.1
Crack	100.0	–

	GRADO DE PERMISIVIDAD	
	En lugares públicos	**En ámbito privado**
Tipología de bebedor		
Ligero	11.5	36.0
Moderado	16.7	38.1
Alto	21.1	44.0
Excesivo	15.8	61.1
Gran riesgo	33.3	62.5
Total población 15 y más años	**14.6**	**42.8**

* Los porcentajes están obtenidos sobre el total de los que responden, excluidos los que NS/NC.

Considerando a los consumidores de alcohol, comprobamos que la proporción de bebedores abusivos (altos, excesivos y de gran riesgo) que se muestran partidarios de la permisividad de estos consumos, es superior a la proporción total de la población y, por tanto, superior a la de los bebedores ligeros y moderados.

En cuanto a los consumidores de otras drogas, los resultados son aún más significativos. Sólo los consumidores de psicofármacos, como los tranquilizantes y los hipnóticos, ofrecen opiniones similares a las del conjunto de la población de 15 y más años. Incluso, su postura, por lo general, es aún más tendente a la sanción que la del conjunto de los valencianos de 15 y más años.

Los consumidores de drogas ilegales, por su parte, se identifican totalmente con la permisividad del consumo de estos productos, tanto en ámbitos privados, como en lugares públicos. Esa postura permisiva de estos consumidores es mayoritaria en todos los casos, excepto en el de los usuarios de cannabis respecto al uso en lugares públicos, entre los que el 48% adopta una postura permisiva, por un 52% que lo sancionaría.

Excepto entre los consumidores de tranquilizantes e hipnóticos, y de crack en el caso del consumo en el ámbito privado, los niveles de significación detectados en la prueba del chi cuadrado, han sido muy elevados, permitiéndonos rechazar la hipótesis nula.

Las probabilidades del cruce del consumo público con las distintas drogas de uso han sido las siguientes: tipología de bebedor, $P<.02$; inhalables, cannabis, cocaína, drogas de síntesis, heroína, otros opiáceos, alucinógenos, anfetaminas y crack, $P<.000$.

Por su parte, las probabilidades de mayor significación del cruce del consumo en ámbitos privados con las diferentes drogas de uso han sido éstas: tipología de bebedor, cannabis, cocaína, drogas de síntesis, alucinógenos y anfetaminas, $P<.000$ y heroína, $P<.009$.

Atendiendo a las distintas variables de clasificación, estudiamos ahora el perfil de los que se muestran más y menos permisivos con estos consumos.

En cuanto al consumo de drogas ilegales en lugares públicos, se muestran aún más partidarios de sancionarlo (85.4%), los de la provincia de Castellón (90.5%), los de

45 y más años (94.5%), los cónyuges (91.8%), los que no tienen estudios (94.3%), las amas de casa (94.3%) y los jubilados y pensionistas (93.5%). En cambio, se detecta mayor proporción que lo permitiría (14.6%), entre los de ciudades entre 50.001 y 100.000 habitantes (22.9%), entre los jóvenes de 15 a 18 años (24.1%), de 19 a 24 años (23.1%) y de 25 a 34 años (22.1%), los hijos emancipados (27.0%) y no emancipados (23.9%), los que tienen BUP o COU (20.7%), los que tienen estudios medios y superiores (22.4%), los que están en paro (26.8%) y los estudiantes (22.0%).

Los niveles de significación en estos cruces permiten rechazar la hipótesis nula: grupo de edad, rol familiar, nivel de estudios y actividad profesional ($P<.000$); tamaño de hábitat ($P<.02$); provincia ($P<.05$).

Respecto al consumo de drogas ilegales en el ámbito privado, los que en mayor proporción lo sancionarían (57.2%) son los de la provincia de Castellón (68.1%), los de las zonas de Castellón-Vinaroz (68.8%) y de Gandía-Alzira (70.6%), los que tienen 45 y más años (74.2%), los que desempeñan los roles familiares de cabeza de familia (66.6%) y cónyuge (65.9%), los que no tienen estudios (83.6%) o sólo EGB (66.0%), las amas de casa (72.3%), los jubilados y pensionistas (84.1%) y los de clases baja (87.2%) y media-baja (70.6%). Por su parte, se muestran en mayor proporción partidarios de la permisividad (57.2%) los de las zonas de Valencia-Paterna (48.5%), de Valencia-Torrente (49.7%) y de Elche-Orihuela (47.3%), los de las ciudades de más de 250.000 habitantes (50.5%), los de 15 a 18 años (53.2%), los de 19 a 24 años (56.8%), los de 25 a 34 años (57.9%) y los de 35 a 44 años (53.4%), los hijos emancipados (65.7%) y no emancipados (59.6%), los que tienen BUP o COU (54.8%), los que tienen FP 1 y 2 (48.3%), los que tienen estudios medios y superiores (65.6%), los profesionales, cuadros medios y funcionarios (54.9%), los desempleados (56.0%), los estudiantes (55.1%) y los de clase media-alta (52.6%).

En los cruces de esta variable (permisividad o sanción del consumo de drogas ilegales en el ámbito privado) con las distintas de clasificación hemos encontrado muy altos niveles de significación que nos permitieron rechazar la hipótesis nula (provincia, zona sanitaria, tamaño de hábitat, grupo de edad, rol familiar, nivel de estudios, actividad profesional y clase social, $P<.000$).

2. GRADO DE ACUERDO CON ALGUNAS ACTUACIONES ACTUALES

Actualmente se llevan a cabo algunas actuaciones ante las drogas, con el objeto de mejorar la calidad de vida de los consumidores, en primera instancia, y por extensión, de la propia población. Algunas de esas medidas las consideramos en nuestra investigación, para detectar el grado de apoyo con que cuentan a nivel popular. En concreto, esas medidas que contemplamos son la administración controlada de

metadona a heroinómanos en tratamiento y la administración de jeringuillas esterilizadas y preservativos a los usuarios de drogas, con el fin de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas como la hepatitis o el SIDA.

Y el grado de acuerdo que muestra la población de la Comunidad Valenciana de 15 y más años con cada una de estas medidas, es el siguiente:

TABLA 5.4
Grado de acuerdo con la administración controlada de metadona, jeringuillas y preservativos

¿ESTÁ VD. DE ACUERDO?	METADONA	JERINGUILLAS	PRESERVATIVOS
No	14.5	8.9	5.6
Sí	69.9	87.5	90.7
NS/NC	15.9	3.6	3.6
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Base	**(2.000)**	**(2.000)**	**(2.000)**

El apoyo de la población a estas actuaciones es evidente, siendo todavía más claro en el caso de la administración de jeringuillas y preserva tivos que en el de la administración de metadona. Incluso en este caso, hay una alta proporción de entrevistados (el 15.9%) que no se pronuncia al respecto. No obstante, en los dos últimos años parece que se van confirmando cada vez más estas posturas de apoyo entre la población valenciana a estas actuaciones ante las drogas. Comprobémoslo en la siguiente tabla.

TABLA 5.5
Evolución del grado de acuerdo con la administración controlada de metadona, jeringuillas y preservativos (1996-1998)

¿ESTÁ VD. DE ACUERDO?	METADONA		JERINGUILLAS		PRESERVATIVOS	
	1996	**1998**	**1996**	**1998**	**1996**	**1998**
No	15.0	14.5	16.0	8.9	10.1	5.6
Sí	51.6	69.6	74.3	87.5	81.5	90.7
NS/NC	33.4	15.9	9.7	3.6	8.4	3.6
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
Base	**(2.000)**	**(2.000)**	**(2.000)**	**(2.000)**	**(2.000)**	**(2.000)**

Lo primero que observamos es que en estos dos años se ha incrementado la proporción de los que se muestran de acuerdo con estas tres actuaciones, sobre todo

en el caso de la medida que en 1996 podía levantar más dudas: la administración controlada de metadona, apoyada entonces por la mitad de la población valenciana de 15 y más años, y ahora apoyada por siete de cada diez valencianos mayores de esa edad. Pero además, también observamos cómo se reduce la proporción de los que mostraban dudas ante estas actuaciones, y no respondían a la pregunta, especialmente en el caso de la administración de metadona. Por tanto, parece que se consolida el apoyo popular a estas actuaciones ante las drogas.

Podemos comprobar alguno de estos resultados con los de otras comunidades autónomas, en donde también son apoyadas mayoritariamente estas actuaciones por la población. Así, en el año 1996, el 55.1% de los andaluces con 12 y más años y el 72.5% de los gallegos también con 12 y más años, se mostraban de acuerdo con la administración controlada de metadona a aquellos heroinómanos que estuvieran en tratamiento. Del mismo modo, el 89.0% de esa población de Galicia, en aquel año, apoyaba la administra ción de jeringuillas entre usuarios de drogas, para prevenir el contagio de enfermedades.

Seguidamente, vamos a estudiar el grado de apoyo a estas actuaciones entre los consumidores de drogas, el perfil de aquellos grupos que en mayor medida apoyan estas actuaciones y de los que en mayor medida las desaprueban. Para ello, ignoramos a los que no responden, tanto del total de la muestra como de los grupos de consumidores, obteniendo los siguientes resultados generales:

	ADMINISTRACIÓN CONTROLADA DE...		
	Metadona	**Jeringuillas**	**Preservativos**
En desacuerdo	17.2	9.2	5.9
De acuerdo	82.8	90.8	94.1

Pues bien, considerando estos resultados, los consumidores de drogas muestran el siguiente grado de acuerdo con estas actuaciones:

TABLA 5.6
Proporción de usuarios de cada producto, que muestran su grado de acuerdo con la administración controlada de metadona, jeringuillas y preservativos

	METADONA	JERINGUILLAS	PRESERVATIVOS
Tipología de bebedor			
Ligero	83.2	90.7	92.7
Moderado	80.7	96.4	96.8
Alto	95.8	93.2	94.8
Excesivo	74.3	95.0	95.0
Gran riesgo	68.0	92.6	100.0

	METADONA	JERINGUILLAS	PRESERVATIVOS
Droga de uso			
Inhalables	100.0	100.0	100.0
Cannabis	87.7	95.2	97.1
Cocaína	88.4	94.7	95.8
Drogas de síntesis	93.9	97.1	97.1
Heroína	100.0	100.0	96.0
Otros opiáceos	100.0	100.0	98.0
Alucinógenos	91.7	96.0	100.0
Anfetaminas	96.0	96.1	100.0
Tranquilizantes	84.6	89.9	96.9
Hipnóticos	81.8	75.0	87.5
Crack	100.0	100.0	100.0
Total población 15 y más años	**82.8**	**90.8**	**94.1**

Excluyendo a los consumidores de tranquilizantes e hipnóticos, sólo detectamos una excepción al hecho de que todos los consumidores de los distintos productos muestran un grado de acuerdo con estas actuaciones, superior al de la población de 15 y más años: los bebedores moderados, excesivos y de gran riesgo, aun mostrando mayoritariamente su apoyo a estas actuaciones, lo hacen en menor proporción que el conjunto de la población valenciana de 15 y más años.

En general, los que más apoyan estas actuaciones son los consumidores de inhalables, crack, heroína y otros opiáceos, cuyo apoyo a las mismas es prácticamente absoluto.

Al encontrar resultados muy en la línea del total general, no hemos detectado grandes niveles de significación en los cruces de estas variables con los usuarios de distintas drogas, aunque podemos destacar los siguientes: la administración de metadona con tipología de bebedor ($P<.03$), cannabis ($P<.05$) y anfetaminas ($P<.01$); la administración de jeringuillas con tipología de bebedor ($P<.01$), cannabis ($P<.02$) e hipnóticos ($P<.000$) y, finalmente, la administración de preservativos con cannabis ($P<.05$) y con hipnóticos ($P<.03$).

Y a continuación, concluimos el apartado mostrando en los dos siguientes cuadros aquellos grupos de población que en mayor medida apoyan estas actuaciones, y aquellos que en mayor medida, las rechazan.

Lo más destacado de estos dos cuadros es comprobar cómo los que tienen altos niveles de estudios y se encuadran en las clases acomodadas apoyan en mayor proporción este tipo de actuaciones; mientras que los jubilados y pensionistas, con muy bajos niveles de estudios y de clases humildes, se muestran más contrarios a estas actuaciones.

Los niveles de significación más altos, con una P<.000, los hemos encontrado en los cruces del grado de acuerdo de la administración de metadona con zona sanitaria, nivel de estudios, actividad profesional y clase social; en los cruces del grado de acuerdo de administración de jeringuillas con provincia, zona sanitaria, rol familiar, nivel de estudios, actividad profesional y clase social; y en los cruces de administración de preservativos con rol familiar, nivel de estudios, actividad profesional y clase social.

CUADRO 5.A
Grupos de población que en mayor proporción apoyan cada una de estas tres actuaciones

	%
Administración de metadona	
Valencia-Paterna	91.4
Ciudades de 100.001 a 250.000 habitantes	90.3
De 25 a 34 años	88.5
FP 1 y 2	92.0
Estudios medios-superiores	89.1
Profesores, funcionarios y cuadro medios	92.3
Total población	**82.8**
Administración de jeringuillas	
Elche-Orihuela	94.6
Ciudades de 100.001 a 250.000 habitantes	94.4
Hijos no emancipados	93.5
FP 1 y 2	94.7
Estudios medios-superiores	94.9
Desempleados	98.0
Clase media-alta	95.9
Total población	**90.8**
Administración de preservativos	
Elche-Orihuela	97.7
Cónyuge	96.9
FP 1 y 2	97.4
Estudios medios-superiores	96.7
Desempleados	99.0
Amas de casa	97.1
Clase media-alta	98.1
Total población	**94.1**

CUADRO 5.B
Grupos de población que muestran un mayor grado de desacuerdo con cada una de estas tres actuaciones

	%
Administración de metadona	
Gandía-Alzira	26.2
De 15 a 18 años	23.6
Sin estudios	32.3
Jubilados y pensionistas	28.8
Clase media-baja	28.1
Total población	**17.2**
Administración de jeringuillas	
Provincia Castellón	16.2
Castellón-Vinaroz	15.4
Gandía-Alzira	14.0
Cabeza de familia	13.4
Sin estudios	15.1
Jubilados y pensionistas	23.7
Clase media-alta	15.1
Total población	**9.2**
Administración de preservativos	
Cabeza de familia	9.9
Sin estudios	9.8
Jubilados y pensionistas	18.5
Clase media-baja	11.5
Total población	**5.9**

3. AYUDAS Y MEDIDAS EN LA LUCHA CONTRA LAS DROGAS

En este último apartado del capítulo dedicado a las opiniones y actitudes de la población valenciana de 15 y más años ante las drogas, estudiamos esa opinión con respecto a las ayudas que resultan más eficaces para abandonar las drogas (proyectadas hacia los individuos, las familias e instituciones y servicios básicos) y con respecto a las medidas generales para luchar contra las drogas (orientadas hacia actuaciones sociales y políticas más generales como la represión, la prevención, etc.).

Ayudas para abandonar las drogas

Ignorando al 5.1% que no responde a esta pregunta, los resultados obtenidos para el resto de entrevistados se reflejan en la tabla 5.7.

Puesto que interesa conocer la opinión sobre qué institución concreta ayuda más al abandono de las drogas, sólo cabía una posibilidad de respuesta por cada entrevistado, sin proyectar la pregunta como de respuesta múltiple.

TABLA 5.7
¿Dónde cree que más se ayuda a dejar las drogas?

TIPOS DE AYUDA O INSTITUCIÓN	%
Servicios médicos generales	2.0
Centros especializados en toxicomanías	60.1
Médico o psiquiatra privado	1.9
Comunidades terapéuticas	3.7
La familia	17.2
Maestros-educadores	1.4
Asociaciones de ex-drogadictos	9.6
Organizaciones juveniles de ayuda	0.7
Psicólogos	1.2
Centros de atención a drogodependientes de los Ayuntamientos	2.1
Centros de día municipales	0.1
Total	**100.0**
Base	**(1.898)**

La mayoría de los valencianos de 15 y más años (seis de cada diez) consideran que los centros especializados en toxicomanías son los lugares donde más se ayuda a dejar de consumir drogas. De las demás posibilidades de respuesta, se señala con cierta importancia a la familia (el 17.2%) y, en menor medida, a las asociaciones de ex-drogadictos (9.6%). El resto de ayudas son señaladas por minorías de la población de la Comunidad Valenciana.

La evolución de esta variable en los dos últimos años ha sido la siguiente:

TABLA 5.8
Evolución de la opinión sobre la ayuda más eficaz para dejar las drogas (1996-1998), en %

TIPOS DE AYUDA	1996	1998
Servicios médicos generales	4.3	2.0
Centros especializados en toxicomanías	53.2	60.1
Médico o psiquiatra privado	2.1	1.9
Comunidades terapéuticas	2.7	3.7
La familia	24.0	17.2
Maestros-educadores	1.4	1.4
Asociaciones de ex-drogadictos	5.9	9.6
Organizaciones juveniles de ayuda	2.0	0.7
Psicólogos	1.0	1.2
Centros de atención a drogodependientes de los Ayuntamientos	3.1	2.1
Centros de día municipales	0.3	0.1
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(1.818)**	**(1.898)**

La opinión de la población valenciana no ha variado mucho a este respecto en los dos últimos años (las ayudas minoritarias en 1996 lo siguen siendo actualmente), aunque sí se observan algunas tendencias. Por ejemplo, se refuerza la opinión de que los centros especializados en toxicomanías son las instituciones que más ayudan a dejar las drogas. Por el contrario, desciende la proporción de los que creen que la familia es la institución que más ayuda para abandonar las drogas. Las asociaciones de ex-drogadictos, por su parte, experimentan un incremento de casi cuatro puntos, que les hace afianzarse como la tercera institución que más ayuda para dejar el consumo de drogas.

En las comunidades autónomas de Andalucía y Galicia, en el año 1996 y para la población de 12 y más años, se obtuvieron unos resultados a este respecto bastante similares a los de la población valenciana de 15 y más años. También en estas comunidades se considera a los centros especializados en toxicomanías como las instituciones que más ayudan a dejar las drogas (así lo opina el 61.6% de esa población en Andalucía y el 58.3% de la población gallega), por delante de la familia (el 18.1% en Andalucía y el 25.3% en Galicia). Las asociaciones de ex-drogadictos

ocupan también el tercer lugar entre la población de estas comunidades, aunque en proporciones inferiores a las de la Comunidad Valenciana (el 7.0% en Andalucía y tan sólo el 3.9% en Galicia).

Centrándonos de nuevo en los resultados de la Comunidad Valenciana, a continuación analizamos las opiniones de los consumidores de cada droga sobre las instituciones que más ayudan a dejar las drogas.

Los consumidores de las distintas sustancias coinciden en señalar en mayor proporción a los centros especializados en toxicomanías como las instituciones que más ayudan a dejar las drogas, excepto en el caso de los usuarios de anfetaminas, que creen en mayor proporción que las asociaciones de ex-drogadictos son las que más ayudan a dejar las drogas. Precisamente, altas proporciones de consumidores de cannabis (16.3%), cocaína (19.8%), alucinógenos (16.0%) y los ya mencionados de anfetaminas (37.5%), opinan que son éstas las instituciones que más ayudan a dejar las drogas. También destacan las proporciones que indican a la familia, entre los usuarios de cannabis (24.5%), cocaína (25.6%), alucinógenos (28.0%) e hipnóticos (30.4%).

Otros datos destacables son las proporciones de consumidores de heroína (11.1%), alucinógenos (12.0%) y anfetaminas (6.3%) que consideran a los médicos o psiquiatras privados como los que más ayudan al abandono del consumo de drogas; el 10.7% de consumidores de hipnóticos que mencionan a los servicios médicos generales; el 11.1% y el 22.2% de los usuarios de heroína que mencionan, respectivamente, a las comunidades terapéuticas y a los maestros o educadores. Por último, también podemos destacar que los centros de atención a drogodependientes de los ayuntamientos son considerados como las instituciones que más ayudan a dejar las drogas por el 11.1% de los que consumen heroína y por el 7.7% de los que toman tranquilizantes.

No hemos considerado a los consumidores de algunas drogas (inhalables, otros opiáceos, drogas de síntesis y crack) por la baja significación que presentaban en la prueba del chi cuadrado, y que no permitía rechazar la hipótesis nula. En cambio, los niveles de significación entre los consumidores de las distintas drogas incluidas en la tabla 5.9 sí permitían rechazar la hipótesis nula, resultando las siguientes probabilidades en cada cruce: cannabis, heroína, anfetaminas e hipnóticos, $P<.000$; cocaína y tranquilizantes, $P<.001$ y alucinógenos $P<.02$.

Respecto a la tipología de bebedores de alcohol, también la mayoría de cada una de ellas coincide en señalar a los centros especializados en toxicomanías como las instituciones donde más se ayuda a dejar las drogas, pero podemos destacar que esta proporción es especialmente alta entre los bebedores moderados (67.8%). Pero también podemos mencionar otros datos destacables, según la tipología de bebedor: el 16.0% de los bebedores altos indican los centros de atención a drogodependientes de los ayuntamientos; el 16.2% y el 13.5% de los bebedores excesivos señalan, respectivamente, las asociaciones de ex-drogadictos y los centros de

TABLA 5.9
¿Donde cree que más se ayuda a dejar las drogas?, según consumidor de cada droga, en %

TIPOS DE AYUDAS O INSTITUCIONES	CANNABIS	COCAÍNA	HEROÍNA	ALUCINÓGENOS	ANFETAMINAS	TRANQUILIZANTES	HIPNÓTICOS	TOTAL GENERAL
Servicios médicos generales	0.5	1.2	–	–	2.1	4.3	10.7	2.0
Centros especializados en toxicomanías	45.4	38.4	22.2	40.0	33.3	_	_	1.9
Médico o psiquiatra privado	2.6	4.7	11.1	12.0	6.3	_	_	1.9
Comunidades terapéuticas	5.1	4.7	11.1	4.0	4.2	3.4	7.1	3.7
La familia	24.5	25.6	11.1	28.0	16.7	15.4	30.4	17.2
Maestros-educadores	1.5	3.5	22.2	–	–	1.7	–	1.4
Asociaciones de ex-drogadictos	16.3	19.8	11.1	16.0	37.5	4.3	10.7	9.6
Organizaciones juveniles de ayuda	0.5	–	–	–	–	0.9	–	0.7
Psicólogos	2.0	1.2	–	–	–	0.9	–	1.2
Centros de atención a drogodependientes de los Ayuntamientos	1.5	1.2	11.1	–	–	7.7	1.8	2.1
Centros de día municipales	–	–	–	–	–	–	–	0.1
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

atención a drogodependientes de los ayuntamientos; los bebedores de gran riesgo, por su parte, señalan a la familia (23.8%) y a las asociaciones de ex-drogadictos (14.3%).

Y a continuación estudiamos el perfil de aquéllos que en mayor proporción mencionan las tres instituciones que en mayor medida se consideran como las que más ayudan para abandonar el consumo de drogas:

- Los **centros especializados en toxicomanías (60.1%)** son mencionados en mayor proporción por los de las zonas de Valencia-Paterna (65.3%) y de Alicante-Denia (65.5%), los de poblaciones de hasta 10.000 habitantes (67.5%), los de 45 y más años (64.5%) y las amas de casa (69.3%).
- Mencionan en mayor proporción a **la familia (17.2%),** los de la provincia de Castellón (23.6%), los de la zona de Castellón-Vinaroz (22.3%), los de ciudades de 100.001 a 250.000 habitantes (21.2%), los hijos emancipados (21.5%), los empresarios (22.2%), los profesionales, cuadros medios o funcionarios (23.9%) y los trabajadores (21.6%).
- Y los que más mencionan a las **asociaciones de ex-drogadictos (9.6%),** son los de la provincia de Alicante (15.2%), los de las zonas de Alicante-Denia (13.5%) y Elche-Orihuela (16.8%), los de ciudades de 100.001 a 250.000 habitantes (17.2%), los de 19 a 24 años (13.8%), los hijos emancipados y no emancipados (ambos el 13.2%) y los que están en paro (15.5%).

En los cruces de esta variable con las distintas de clasificación que hemos realizado para dibujar el perfil de los que en mayor proporción señalan las tres ayudas más importantes, hemos encontrado altos niveles de significación (con una $P<.000$) en la prueba del chi cuadrado, que nos permitieron rechazar la hipótesis nula en los siguientes casos: provincia, zona sanitaria, tamaño de hábitat, grupo de edad, rol familiar y actividad profesional.

Las medidas más eficaces en la lucha contra las drogas

Desde un punto de vista más general, preguntamos a los entrevistados por las medidas que consideraban más eficaces en la lucha contra las drogas. Ignorando al 4.2% que no respondió a la pregunta, los resultados obtenidos para esta cuestión son los que se recojen en la tabla 5.10.

Poco más de cuatro de cada diez entrevistados indican la represión de los traficantes como la medida más eficaz en la lucha contra las drogas, convirtiéndose así en la medida más demandada por la población de 15 y más años de la Comunidad Valenciana.

En un segundo plano, en cuanto a su demanda por parte de la población, se sitúa la despenalización de las drogas (12.5%), junto a la educación sobre las drogas en las escuelas (11.9%) y a las campañas de información sobre sus consecuencias

(11.4%). El resto de medidas son demandadas por una minoría, aunque entre ellas destaca la mejora de las condiciones de vida (8.4%), como alternativa al uso de estos productos.

TABLA 5.10
Medidas más eficaces en la lucha contra las drogas

MEDIDAS	%
Represión de los traficantes de drogas	41.7
Represión de los consumidores de drogas	3.8
Campañas de información sobre sus consecuencias	11.4
Despenalización de las drogas	12.5
Mejora de las condiciones de vida (trabajo, ocio, etc.)	8.4
Crear estímulos y motivar a la gente	5.4
Educación sobre las drogas en las escuelas	11.9
Más centros de asistencia y tratamiento	2.0
Programas de orientación y asistencia familiar	2.9
Total	**100.0**
Base	**(1.918)**

Estas consideraciones han evolucionado del siguiente modo en los últimos dos años:

TABLA 5.11
Evolución de la opinión de la población sobre las medidas más eficaces en la lucha contra las drogas (1996-1998), en %

MEDIDAS	1996	1998
Represión de los traficantes de drogas	45.1	41.7
Represión de los consumidores de drogas	1.3	3.8
Campañas de información sobre sus consecuencias	12.9	11.4
Despenalización de las drogas	11.3	12.5
Mejora de las condiciones de vida (trabajo, ocio, etc.)	9.7	8.4
Crear estímulos y motivar a la gente	5.3	5.4
Educación sobre las drogas en las escuelas	10.4	11.9
Más centros de asistencia y tratamiento	1.3	2.0
Programas de orientación y asistencia familiar	2.7	2.9
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(1.878)**	**(1.918)**

Como vemos, los resultados obtenidos coinciden bastante con los del estudio anterior, sin apreciarse cambios de tendencia. La represión de los traficantes desciende ligeramente (3.4 puntos), pero sigue siendo la medida más demandada. Las demás, incluso las demandadas minoritariamente, no sufren variaciones significativas desde 1996.

La represión de los traficantes también era la medida más demandada en 1996 por la población gallega de 12 y más años (el 46.3%), aunque este porcentaje había venido descendiendo en aquella región desde 1992 (en ese año era una medida demandada por el 71.2% de la población gallega), en una clara tendencia de descenso, tal y como ha ocurrido en la población valenciana en los dos últimos años. También en Galicia (población de 12 y más años) y en 1996, la educación sobre las drogas en la escuela (10.0%), la despenalización de las drogas (9.3%) y la mejora de las condiciones de vida (9.3%) eran las otras medidas más demandadas.

La demanda de medidas ante las drogas son muy distintas entre determinados sectores cualificados, como lo son los profesores; en una reciente investigación[1] realizada al efecto, vemos que las principales actuaciones que demandan los docentes españoles son las siguientes: prevención escolar el 51.7%, promoción de hábitos el 47.9%, incremento de la formación el 33.3%, utilización de los medios de comunicación el 21.3%, cambiar las estructuras sociales el 12.5%, el tratamiento obligatorio a drogodependientes el 8.3%, limitar la publicidad el 7.4%, la legalización de las drogas el 7.3% y la eficacia policial el 3.4%.

Retomando el análisis sobre la población de 15 y más años de la Comunidad Valenciana, seguidamente estudiamos la opinión de los consumidores de distintas sustancias a este respecto (tabla 5.12).

Existen dos tendencias claramente marcadas en función de las sustancias consumidas. Por un lado, los consumidores de psicofármacos como los tranquilizantes e hipnóticos afirman, incluso en mayor proporción que el conjunto de la población de más de 15 años, que la medida más eficaz para luchar contra las drogas es la represión de los traficantes de drogas; así lo afirma el 52.0% de los que toman tranquilizantes y el 53.6% de los que toman hipnóticos. También estos consumidores demandan como medida más eficaz la educación sobre las drogas en las escuelas (el 17.6% de los usuarios de tranquilizantes y el 12.5% de los usuarios de hipnóticos). Incluso una relativamente alta proporción (8.9%) de los consumidores de hipnóticos señalan la represión de los consumidores.

Los consumidores de otras drogas se apartan totalmente de estas opiniones. No sólo entre éstos hay bajas proporciones de los que creen que la medida más eficaz para luchar contra las drogas es la represión de los traficantes, o bajísimas las de los

1. MEJIAS, E. y otros (1999). *Los docentes españoles y la prevención del consumo de drogas.* Madrid: FAD.

TABLA 5.12
Medidas más eficaces en la lucha contra las drogas, según los consumidores de cada drogas, en %

VARIABLES	CANNABIS	COCAÍNA	D. SÍNTESIS	HEROÍNA	ALUCINÓGENOS	ANFETAMINAS	TRANQUILIZANTES	HIPNÓTICOS	TOTAL GENERAL
Represión de los traficantes de drogas	17.9	13.2	17.6	20.0	20.8	10.2	52.0	53.6	41.7
Represión de los consumidores de drogas	2.0	1.1	2.9	–	4.2	2.0	3.2	8.9	3.8
Campañas de información sobre sus consecuencias	10.9	14.3	17.6	10.0	16.7	10.2	5.6	1.8	11.4
Despenalización de las drogas	36.8	45.1	44.1	50.0	29.2	42.9	7.2	5.4	12.5
Mejora de las condiciones de vida (trabajo, ocio, etc.)	10.0	9.9	2.9	–	8.3	14.3	5.6	7.1	8.4
Crear estímulos y motivar a la gente	10.4	8.8	5.9	10.0	8.3	16.3	4.8	5.4	5.4
Educación sobre las drogas en las escuelas	9.5	4.4	5.9	10.0	4.2	2.0	17.6	12.5	11.9
Más centros de asistencia y tratamiento	1.0	–	–	–	4.2	–	0.8	–	2.0
Programas de orientación y asistencia familiar	1.5	3.3	2.9	–	4.2	2.0	3.2	5.4	2.9
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

que creen como medida más eficaz la represión de los propios consumidores, sino que la mayoría de estos consumidores demandan la despenalización como la mejor solución en la lucha contra las drogas. Así lo cree el 36.8% de los consumidores de cannabis, el 45.1% de los de cocaína, el 44.1% de los de drogas de síntesis, el 50.0% de los de heroína, el 29.2% de los que toman alucinógenos y el 42.9% de los que usan anfetaminas. También destaca la demanda de crear estímulos y motivar a la gente entre los usuarios de cannabis (10.4%), de heroína (10.0%) y, sobre todo, de anfetaminas (16.3%), o la demanda de mejorar las condiciones de vida entre los propios consumidores de anfetaminas (14.3%).

Los índices de significación encontrados en la prueba del chi cuadrado para los cruces de esta variable, no han permitido rechazar la hipótesis nula para los casos de los consumidores de inhalables, otros opiáceos y crack, mientras que para el resto de consumidores sí resultaron niveles de significación bastante altos: cannabis, cocaína, drogas de síntesis y anfetaminas (P<.000); tranquilizantes (P<.03); hipnóticos (P<.05) y heroína (P<.06).

También hemos encontrado una alta significación (P<.000) en el cruce con la tipología de los bebedores de alcohol, cuya opinión sobre las medidas más eficaces para la lucha contra las drogas, es la siguiente:

TABLA 5.13
Medidas más eficaces en la lucha contra las drogas, según tipología de bebedor, en %

MEDIDAS MÁS EFICACES	TIPOLOGÍA DE BEBEDOR					
	Ligeros	Moderados	Altos	Excesivos	Gran riesgo	Total general
Represión de los traficantes de drogas	49.5	52.9	41.1	40.0	16.0	41.7
Represión de los consumidores de drogas	4.2	2.9	1.8	5.0	–	3.8
Campañas de información	12.7	6.1	8.9	7.5	32.0	11.4
Despenalización de las drogas	12.1	13.3	17.9	12.5	32.0	12.5
Mejora de las condiciones de vida	6.5	7.6	12.5	2.5	8.0	8.4
Crear estímulos y motivar a la gente	2.3	1.8	1.8	7.5	4.0	5.4
Educación sobre drogas en las escuelas	10.4	10.4	10.7	20.0	8.0	11.9
Más centros de asistencia y tratamiento	1.0	0.4	5.4	2.5	–	2.0
Programas orientación y asistencia familiar	1.3	4.7	–	2.5	–	2.9
Total	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

Excepto los bebedores de gran riesgo, que opinan que las medidas más eficaces para luchar contra las drogas son las campañas de información y la despenalización de las drogas (en ambos casos el 32.0% de estos bebedores de gran riesgo), los demás bebedores creen que la medida más eficaz es la represión de los traficantes. Esta

opinión es aún mayor entre los bebedores ligeros (el 49.5%) y los bebedores moderados (el 52.9%). Destaca, por otro lado, la proporción de bebedores altos que señala como medidas más eficaces en la lucha contra las drogas la despenalización (el 17.9%) y la mejora de las condiciones de vida (el 12.5%); también destaca el 20.0% de los bebedores excesivos que indica la educación sobre las drogas en las escuelas.

Por último, atendiendo a las variables de clasificación, reflejamos seguidamente a aquellos grupos de población que señalan en mayor proporción las medidas más mencionadas como las más eficaces en la lucha contra las drogas:

- Mencionan en mayor medida la **represión de los traficantes (41.7%)** los de las zonas de Valencia-Torrente (48.8%) y de Gandía-Alzira (50.0%), los de la zona no turística (47.6%), los de poblaciones de hasta 10.000 habitantes (48.9%), los de 45 y más años (55.2%), los que desempeñan el rol familiar de cabeza de familia (48.0%) o de cónyuge (48.8%), los que no tienen estudios (58.5%) o los que tienen EGB (50.4%), las amas de casa (55.4%), los jubilados y pensionistas (67.0%) y los de clase baja (53.5%).
- Los que indican en mayor proporción la **despenalización de las drogas (12.5%)** son los de la zona de Valencia-Paterna (18.6%), los de ciudades de más de 250.000 habitantes (16.4%), los de 19 a 24 años (16.5%) y los de 25 a 34 años (19.1%), los hijos emancipados (16.7%) y los no emancipados (16.3 %), los que tienen BUP y COU (17.5%), FP 1 y 2 (16.1%) y estudios medios y superiores (16.5%), los trabajadores (16.3%) y los estudiantes (16.5%) y los de clase baja (18.6%).
- **La educación en las escuelas (11.9%)** es más señalada por los de la provincia de Castellón (21.2%), los de la zona de Castellón-Vinaroz (20.3%), los de la zona turística (14.9%), los de poblaciones de 100.001 a 250.000 habitantes (25.2%), los de 19 a 24 años (16.1%), los que tienen FP 1 y 2 (16.6%) y los estudiantes (16.9%).
- Y los que proporcionalmente más mencionan las **campañas de información sobre las consecuencias de las drogas (11.4%)** como medida más eficaz, son los de las zonas de Castellón-Vinaroz (16.7%) y de Gandía-Alzira (16.0%), los de 15 a 18 años (16.5%), los hijos emancipados (15.3%) y los no emancipados (14.6%), los que tienen BUP y COU (14.8%) y los que tienen estudios medios y superiores (14.9%), los trabajadores (18.0%) y los estudiantes (17.2%).

Excepto en el cruce con el género, los niveles de significación detectados en la prueba del chi cuadrado al cruzar esta variable (medidas más eficaces para la lucha contra las drogas) con las de clasificación, han sido muy altos, pudiendo rechazar la hipótesis nula ($P<.000$).

CAPÍTULO SEIS

Conocimiento y valoración del Plan Autonómico sobre Drogodependencias, de los Planes Municipales y de otras actuaciones

El último capítulo de la investigación lo dedicamos a detectar el grado de conocimiento por parte de la población valenciana de 15 y más años, de los distintos planes y actuaciones ante las drogas que se llevan a cabo en la Comunidad Valenciana, desde la Generalitat, ayuntamientos y otras instituciones y organizaciones.

Especial atención dedicaremos al análisis tanto del Plan Autonómico sobre Drogodependencias, como de los distintos planes municipales de actuación ante las drogas, para los que estableceremos una comparación con el estudio anterior de 1996, en su nivel de reconocimiento y en la valoración de sus actuaciones.

En este sentido, y a modo de avance, podemos destacar el mejor conocimiento y valoración de estos planes de actuación ante las drogas, tanto del Autonómico como de los municipales.

En este último capítulo se analizan todas estas materias en los siguientes apartados:

- Conocimiento y valoración del Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
- Conocimiento y valoración de los planes municipales.
- Conocimiento de diversas actuaciones ante las drogas.

1. CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS

Conocimiento

Algo más de uno de cada cinco entrevistados (el 21.8%) conoce el Plan Autonómico sobre Drogodependencias de la Comunidad Valenciana. El 77.6% no lo conoce y tan sólo un 0.6% no responde a la pregunta.

Ignoramos a este 0.6% que no responde y rehacemos los resultados con los restantes entrevistados, obteniendo los siguientes porcentajes:

- El 78.1% de la población valenciana de 15 y más años no conoce el Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
- El 21.9% restante sí lo conoce.

A partir de estos datos realizaremos las oportunas comparaciones.

Y la primera de estas comparaciones responde a la evolución de este conocimiento en los dos últimos años:

TABLA 6.1
Evolución del conocimiento del Plan Autonómico sobre Drogodependencias (1996-1998), en %

CONOCIMIENTO	1996	1998
Sí	18.1	21.9
No	81.9	78.1
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(1.958)**	**(1987)**

El índice de no respuesta es menor en este último estudio (0.6%) que en el de 1996 (2.1%). Pero lo realmente importante es que existe actualmente un conocimiento del Plan más generalizado entre la población valenciana de 15 y más años (como ya hemos señalado, el 21.9% lo conoce), que en 1996 (un 18.1%).

A pesar de este incremento del grado de conocimiento —sin duda se trata de un dato positivo—, el Plan Autonómico sobre Drogodependencias de la Comunidad Valenciana, aún no es tan conocido entre su población como los planes autonómicos sobre las drogas de otras comunidades. Por ejemplo, el Comisionado para la Droga de Andalucía es conocido, en el año 1996, por el 24.6% de la población andaluza de 12 y más años. Y el Plan Autonómico sobre Drogodependencias de Galicia, es conocido en ese mismo año por el 36.3% de los gallegos de 12 años en adelante.

Retomando el análisis del Plan Autonómico de la Comunidad Valenciana, a continuación estudiamos el grado de conocimiento entre los consumidores de las distintas drogas.

Los consumidores de drogas ilegales —a quienes principalmente se orienta el Plan— por lo general, conocen en mayor proporción que el resto de la población su existencia. Sobre todo los que toman heroína (45.5%), cocaína (29.8%), anfetami-

nas (26.0%) y drogas de síntesis (25.7%). Los consumidores de cannabis lo conocen en una proporción muy similar —muy ligeramente por encima— al conjunto de la población de 15 y más años. Los consumidores de psicofármacos, en cambio, tienen un menor conocimiento del Plan, principalmente los que toman hipnóticos (sólo lo conoce el 7.1%).

Destaca por otro lado —y como excepción al mayor grado de conocimiento entre los usuarios de drogas ilegales—, la baja proporción de consumidores de alucinógenos que conoce el Plan sobre Drogodependencias: sólo el 12.0% de estos consumidores.

TABLA 6.2
Proporción de consumidores de cada droga que conocen el Plan Autonómico sobre Drogodependencias

DROGAS DE USO	% QUE CONOCE
Cannabis	22.1
Cocaína	29.8
Drogas de síntesis	25.7
Heroína	45.5
Alucinógenos	12.0
Anfetaminas	26.0
Tranquilizantes	20.8
Hipnóticos	7.1
Total población de 15 y más años	**21.9**

Hay que decir que los niveles de significación detectados en los cruces de esta variable con los consumidores de las distintas drogas de uso no han sido muy elevados, siendo los más importantes los de hipnóticos ($P<.006$), cocaína ($P<.05$) y heroína ($P<.07$).

Entre los bebedores de alcohol tampoco hemos encontrado una significación muy alta en la prueba del chi cuadrado, aunque sí podemos comprobar que hay un mayor grado de conocimiento del Plan entre los bebedores altos (33.9%) y muy pocos conocedores, proporcionalmente, entre los bebedores excesivos (tan sólo lo conoce el 17.9%) y, especialmente, entre los bebedores de gran riesgo (el 11.1%).

A continuación pasamos a conocer a aquellos segmentos de población que presentan un mayor y menor grado de conocimiento del Plan:

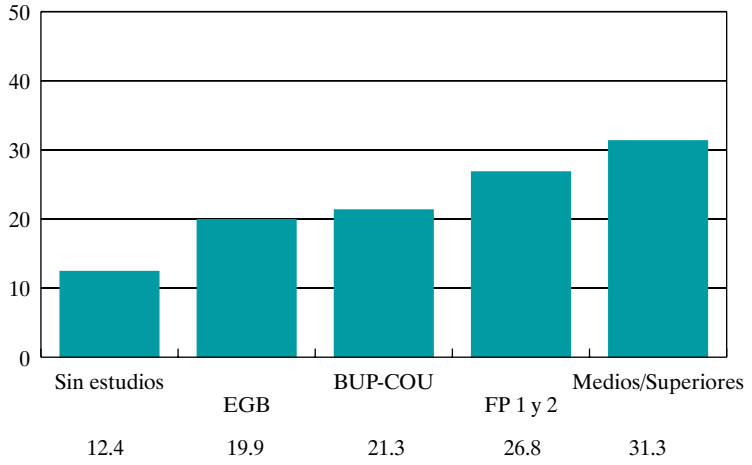
- Muestran un mayor grado de conocimiento (21.9%) los de las zonas de Elche-Orihuela (24.9%), Gandía-Alzira (24.7%) y Valencia-Paterna (24.3%); los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitantes (28.8%) y de 100.001 a 250.000 (27.3%); los que tienen FP 1 y 2 (26.8%) y los que tienen estudios medios y superiores (31.3%); los profesionales, cuadros medios y funcionarios (34.1%) y los que están en paro (27.8%).
- En cambio, el Plan es menos conocido (78.1%) entre los de la zona de Valencia-Torrente (83.2%), los que no tienen estudios (87.6%), los estudiantes (82.2%) y los jubilados y pensionistas (86.9%).

En los cruces con las distintas variables de clasificación sólo hemos encontrado niveles de significación en la prueba del chi cuadrado que nos permitieran rechazar la hipótesis nula, en los siguientes casos: nivel de estudios y actividad profesional ($P<.000$), zona sanitaria ($P<.05$) y tamaño de hábitat ($P<.08$).

Precisamente la variable nivel de estudios es la más significativa —junto a actividad profesional— en la explicación del grado de conocimiento del Plan.

El siguiente gráfico refleja de manera clara como el conocimiento es mayor a medida que el nivel de estudios de los entrevistados es más elevado.

Grado de conocimiento del Plan Autonómico sobre Drogodependencias, según nivel de estudios



Valoración

A aquellos que dijeron conocer el Plan (el 21.9% de los entrevistados), les pedimos que lo valoraran en una escala de 1 a 10, en función de su actuación. Pues bien, un elevado porcentaje de los entrevistados a quienes competía la pregunta (exactamente el 24.3%, aproximadamente uno de cada cuatro), no entró a valorar el Plan. En la siguiente tabla ofrecemos la distribución de esta valoración en tres posicionamientos generales, entre los que sí respondieron a la valoración:

TABLA 6.3
Valoración de la actuación del Plan Autonómico sobre Drogodependencias

VALORACIÓN	%
Valoración negativa (de 1 a 4)	18.2
Valoración positiva media (5 y 6)	31.9
Valoración positiva alta (de 7 a 10)	49.9
Total	**100.0**
Base	**(330)**
Valoración media	**6.33**

Aunque un 18.2% de los que conocen el Plan valora negativamente su actuación, la gran mayoría de sus conocedores considera que esa actuación es positiva. Incluso la mitad de ellos (el 49.9%) la valora de manera muy positiva (puntuación 7 o más), resultando una valoración media general bastante alta, de 6.33 puntos.

Con respecto a 1996, la evolución de esta valoración entre los conocedores del Plan ha sido la siguiente:

TABLA 6.4
Evolución de la valoración del Plan (1996-1998)

VALORACIÓN	1996	1998
Valoración negativa (de 1 a 4)	15.8	18.2
Valoración positiva media (5 y 6)	38.1	31.9
Valoración positiva alta (de 7 a 10)	46.1	49.9
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(289)**	**(330)**
Valoración media	**6.11**	**6.33**

Aunque se incrementa en 2.4 puntos la proporción de los que lo valoran negativamente, también aumenta (esta vez en 3.8 puntos) la de los que lo valoran de manera muy positiva. Tal es así, que la valoración media experimenta un ligero aumento, pero significativo, de 0.22 puntos.

Por tanto, en estos dos últimos años, el Plan Autonómico sobre Drogodependencias no sólo ha incrementado su grado de reconocimiento por la población, sino que, además, se ha conseguido una valoración más positiva por su actuación.

Centrándonos de nuevo en el Plan Autonómico de la Comunidad Valenciana, seguidamente vamos a conocer la valoración media que hacen de este Plan los consumidores de las distintas drogas que dijeron conocerlo.

TABLA 6.5
Valoración media del Plan entre los consumidores de distintas sustancias

DROGAS DE USO	VALORACIÓN MEDIA
Cannabis	5.24
Cocaína	5.18
Drogas de síntesis	7.00
Heroína	8.22
Alucinógenos	6.41
Anfetaminas	5.14
Tranquilizantes	4.07
Hipnóticos	8.93
Media general	**6.33**

Los consumidores de hipnóticos, heroína y drogas de síntesis presentan valoraciones medias muy positivas, bastante más altas que la media general. También los que toman alucinógenos y conocen el Plan lo valoran por encima de esa media, aunque de un modo más leve.

Por el contrario, los usuarios de cannabis, cocaína, anfetaminas y, sobre todo, tranquilizantes, valoran de un modo más discreto la actuación del Plan, aunque todos por encima del valor 5, excepto los consumidores de tranquilizantes.

Entre el conjunto de conocedores del Plan, aquéllos que ofrecen una valoración media más alta son los siguientes grupos: los de la provincia de Valencia (6.73), los de las zonas de Gandía-Alzira (7.21) y de Alicante-Denia (7.23), los de poblaciones de hasta 10.000 habitantes (7.25), los jóvenes de 15 a 18 años (7.16), los que desem-

peñan el rol familiar de cabeza de familia (6.82), los que no tienen estudios (7.14) y los que tienen EGB (6.70), los jubilados y pensionistas (7.54) y los de clases media-baja (6.96) y media-alta (6.76).

Por su parte, los que lo valoran de un modo menos positivo son los de la provincia de Castellón (5.28), los de las zonas de Castellón-Vinaroz (5.42) y de Elche-Orihuela (4.70), los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitantes (5.58) y de 100.001 a 250.000 habitantes (5.67), los que tienen estudios medios y superiores (5.71) y los empresarios (5.72).

2. CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DE LOS PLANES MUNICIPALES

Conocimiento

En menor medida que el Plan Autonómico sobre Drogodependencias, la población valenciana de 15 y más años conoce la existencia de diversos planes municipales ante las drogas: el 15.7% de los entrevistados aseguran conocerlos. Posiblemente este mayor desconocimiento esté determinado porque en muchos municipios no existen estos planes, aunque en aquéllos en que existan, su cercanía a los ciudadanos puede ser mayor que la del Plan Autonómico.

El 1.3% de los entrevistados no respondió a esta pregunta. Rehaciendo los datos en base 100, sin considerar a los que no respondieron, los porcentajes resultantes son los siguientes:

- El 84.1% no conoce las respuestas de su Ayuntamiento ante el problema de las drogas, a través de un Plan municipal.
- El 15.9 % restante sí lo conoce.

Al igual que hemos hecho con los resultados del Plan Autonómico, utilizaremos estos últimos datos para establecer las oportunas comparaciones a lo largo del análisis del conocimiento de los planes municipales, comenzando con la evolución de este conocimiento en los dos últimos años.

TABLA 6.6
Evolución del conocimiento de los planes municipales (1996-1998)

CONOCIMIENTO	1996	1998
Sí	13.3	15.9
No	86.7	84.1
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(1.946)**	**(1.974)**

En la línea de lo detectado para el Plan Autonómico, la proporción de población de la Comunidad Valenciana de 15 y más años que conoce estos planes ha aumentado en un 2.6% desde el año 1996.

Y el grado de conocimiento de estos planes entre los usuarios de distintas drogas es el siguiente:

TABLA 6.7
Proporción de consumidores de cada droga que conoce los planes municipales

DROGAS DE USO	% QUE CONOCE
Cannabis	15.0
Cocaína	13.8
Drogas de síntesis	14.3
Heroína	10.0
Alucinógenos	19.2
Anfetaminas	12.0
Tranquilizantes	18.6
Hipnóticos	17.9
Total población de 15 y más años	**15.9**

En los cruces de esta tabla no hemos encontrado altos niveles de significación debido a la escasa base muestral de las diferentes drogas de uso y a que los resultados no se desvían mucho del total general.

En cualquier caso, podemos comprobar que los consumidores de alucinógenos y psicofármacos son los que tienen un mayor conocimiento de la existencia de planes municipales de acción ante el fenómeno de las drogas. Por el contrario, los consumidores de drogas ilegales (excepto, lógicamente, los mencionados alucinógenos) tienen un menor conocimiento de estos planes. Estos resultados son opuestos a los detectados para el Plan Autonómico, cuyo conocimiento es mayor entre los usuarios de drogas ilegales, excepto, precisamente, los alucinógenos (ver tabla 6.2.).

Entre los bebedores de alcohol, en cambio, sí hemos encontrado una alta significación ($P<.03$) que permita rechazar la hipótesis nula, resultando que los que tienen un mayor grado de conocimiento de los planes municipales son los bebedores excesivos (el 30.8%), mientras que los altos (10.3%) y los de gran riesgo (14.3%), son los que en menor proporción conocen estos planes.

A continuación comprobamos aquellos segmentos de población —atendiendo a las variables de clasificación— que en mayor y menor proporción conocen las respuestas de los ayuntamientos ante el fenómeno de las drogas, a través de los planes municipales.

- Conocen en mayor proporción estos planes (15.9%), los de la zona turística (19.8%), los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitantes (21.0%), de 100.001 a 250.000 (33.8%) y de más de 250.000 habitantes (19.8%), los de 35 a 44 años (19.6%), los que tienen estudios medios y superiores (22.4%), los profesionales, funcionarios y cuadros medios (28.4%), los que están parados (19.6%) y los de clase media-alta (22.7%).
- Y los que en mayor proporción los desconocen (84.1%) son los de poblaciones de hasta 10.000 habitantes (93.2%), los de 15 a 18 años (88.6%), los hijos no emancipados (88.7%), los que no tienen estudios (91.3%), los que tienen FP 1 y 2 (89.3%) y los empresarios (88.4%).

En los cruces de esta variable con las distintas de clasificación, no hemos encontrado niveles de significación, en la prueba del chi cuadrado, que nos permitieran rechazar la hipótesis nula en las siguientes variables: provincia, zona sanitaria y género. Por el contrario, los niveles han sido altos en las demás variables: zona turística, entidad de población, nivel de estudios y actividad profesional ($P<.000$), rol familiar ($P<.02$), grupo de edad ($P<.07$) y clase social ($P<.09$).

Valoración

Del mismo modo que en el caso del Plan Autonómico, a los que conocen los planes municipales, les pedimos que los valoraran en la escala de 1 a 10, en función de sus actuaciones. En la tabla 6.8. recogemos los resultados obtenidos a este respecto, teniendo en cuenta que ignoramos al 19.4%, entre los que les competía responder la pregunta y que no lo hicieron:

TABLA 6.8
Valoración de las actuaciones de los planes municipales

VALORACIÓN	%
Valoración negativa (de 1 a 4)	24.4
Valoración positiva media (5 y 6)	36.2
Valoración positiva alta (de 7 a 10)	39.4
Total	**100.0**
Base	**(254)**
Valoración media	**5.90**

Uno de cada cinco conocedores de estos planes municipales, los valoran de un modo negativo (entre 1 y 4). El resto, la mayoría, tres de cada cuatro, lo valoran positivamente, resultando una valoración media de 5.90 puntos, bastante positiva. De hecho, cuatro de cada diez entrevistados que responden a la pregunta, consideran que las actuaciones de estos planes son muy positivas (valoración igual o superior a 7).

Con respecto a 1996, la evolución que ha experimentado esta valoración, es la siguiente:

TABLA 6.9
Evolución de la valoración de los planes municipales (1996-1998)

VALORACIÓN	1996	1998
Valoración negativa (de 1 a 4)	22.8	24.4
Valoración positiva media (5 y 6)	39.9	36.2
Valoración positiva alta (de 7 a 10)	37.3	39.4
Total	**100.0**	**100.0**
Base	**(209)**	**(254)**
Valoración media	**5.72**	**5.90**

Al igual que sucede en el caso de la valoración del Plan Autonómico, se incrementa la proporción de los que valoran los planes municipales negativamente en 1.6 puntos, pero es mayor el incremento de la proporción de los que lo valoran de manera muy positiva (2.1 puntos). Esto hace que la valoración media de los planes municipales de actuación ante las drogas sea superior en la actualidad (5.90) que hace dos años (5.72).

En definitiva, se establece una tendencia de mayor conocimiento y mejor valoración de los planes municipales en estos dos años, similar a lo detectado con respecto al Plan Autonómico sobre Drogodependencias de la Comunidad Valenciana.

Veamos a continuación cuál es la valoración de los planes municipales entre los consumidores de distintas drogas, que dijeron conocerlos (tabla 6.10):

Los consumidores de drogas valoran por debajo de la media general las actuaciones de los planes municipales de acción ante las drogas, excepto los consumidores de heroína y de drogas de síntesis, cuya valoración se sitúa bastante por encima de esa media general. Esta es una tendencia casi idéntica a la que ya comprobamos al analizar la valoración del Plan Autonómico. La única variación la encontramos en

los consumidores de hipnóticos, quienes valoraban de un modo bastante positivo las actuaciones del Plan Autonómico, mientras que son los que peor valoran los planes municipales.

TABLA 6.10
Valoración media de los planes municipales entre los consumidores de distintas sustancias

DROGAS DE USO	VALORACIÓN MEDIA
Cannabis	5.15
Cocaína	4.64
Drogas de síntesis	6.38
Heroína	9.10
Alucinógenos	5.05
Anfetaminas	5.23
Tranquilizantes	5.00
Hipnóticos	3.87
Media general	**5.90**

Atendiendo a la tipología de bebedor de alcohol, obtenemos las valoraciones medias más altas entre los bebedores ligeros (6.62) y moderados (6.82) y las valoraciones más bajas entre los bebedores abusivos: altos (4.78), excesivos (4.32) y de gran riesgo (5.85).

Y, finalmente, entre los conocedores de estos planes municipales, los grupos que mejor y peor valoran sus actuaciones, son los siguientes:

- Aquellos que ofrecen una valoración media más alta son los de la provincia de Valencia (6.22), los de las zonas de Valencia-Paterna (6.39), y de Alicante-Denia (6.81), los de poblaciones de hasta 10.000 habitantes (6.97), los varones (6.32), los que no tienen estudios (6.75), los jubilados y pensionistas (7.36) y los de clase media-baja (6.27).
- Quienes hacen una valoración media más baja son los de la provincia de Castellón (5.00), los de las zonas de Castellón-Vinaroz (5.14) y de Elche-Orihuela (4.95), los de poblaciones de 50.001 a 100.000 habitantes (5.52) y de 100.001 a 250.000 (5.34), las mujeres (5.57), los que tienen BUP y COU (5.55), los que tienen estudios medios o superiores (5.40) y las amas de casa (5.23).

3. CONOCIMIENTO DE DIVERSAS ACTUACIONES ANTE LAS DROGAS

Concluimos el capítulo —y con él, el análisis de la investigación— estudiando el grado de conocimiento de otras actuaciones que se realizan en la Comunidad Valenciana en la lucha contra las drogas.

Nos referimos a actuaciones de carácter más general y "disperso", en el sentido de que no se identifican con una institución específica, ni con una actuación concreta, puesto que una actuación de la misma naturaleza (por ejemplo, de prevención del uso de drogas) puede ser realizada por distintas instituciones y de muy diversas maneras.

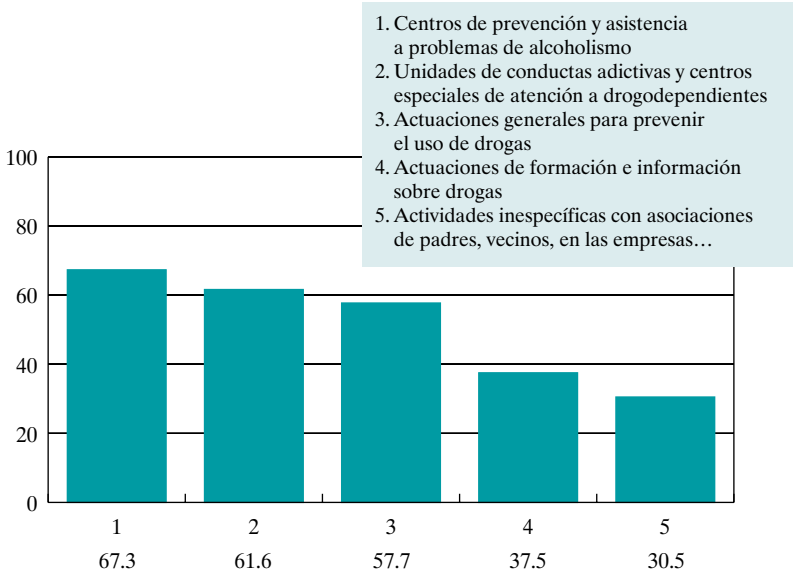
Lógicamente, a mayor exclusión de las actuaciones y a mayor amplitud de los medios empleados para las mismas (publicaciones, folletos, campañas de concienciación, etc.), más generalizado será el grado de conocimiento. Por el contrario, cuanto más definido y concreto sea el ámbito de actuación (barrios, asociaciones de padres, empresas, etc.), menor será el conocimiento cuantitativo, aunque la actuación en cuestión adquiera, quizás, una mayor rentabilidad cualitativa.

Las actuaciones contempladas y el grado de conocimiento de cada una de ellas entre la población valenciana de 15 años en adelante, es lo que se refleja en la siguiente tabla:

TABLA 6.11
Grado de conocimiento de distintas actuaciones ante las drogas, por parte de la población valenciana de 15 y más años, en %

ACTUACIÓN	CONOCE	NO CONOCE	TOTAL	BASE
Centros de prevención y asistencia a problemas de alcoholismo	67.3	32.7	100.0	(1.983)
Unidades de conductas adictivas y centros especiales de atención a drogodependientes	61.6	38.4	100.0	(1.982)
Actuaciones generales para prevenir el uso de drogas	57.7	42.3	100.0	(1.983)
Actuaciones de formación e información sobre las drogas	37.5	62.5	100.0	(1.981)
Actividades inespecíficas con asociaciones de padres, vecinos, en las empresas…	30.5	69.5	100.0	(1.977)

Proporción de población valenciana de 15 y más años que conoce las distintas actuaciones contra las drogas



Los índices de no respuesta para estas preguntas han sido ciertamente bajos, oscilando desde el 0.8% de las actuaciones generales para prevenir el uso de drogas y de los centros de prevención y asistencia a problemas de alcoholismo, hasta el 1.1% de las actividades inespecíficas con distintas asociaciones.

Podemos diferenciar estas actuaciones en dos niveles, según su grado de conocimiento por parte de la población valenciana de 15 y más años. Por un lado están las actuaciones más conocidas; por este orden: los centros de prevención y asistencia a problemas de alcoholismo (asociaciones de ex-alcohólicos, ayuntamientos…), las unidades de conductas adictivas y centros especiales de atención a drogodependientes, y las actuaciones generales de prevención del consumo de drogas, a través de publicaciones, folletos, manuales, campañas de concienciación social, etc. Y a otro nivel se situarían aquellas actuaciones que son conocidas por una minoría: las de formación e información sobre las drogas (para profesionales, educadores, padres y agentes sociales) y las actividades inespecíficas con asociaciones de padres, de vecinos, en las empresas o con la juventud.

Veamos cuál es el grado de conocimiento de cada una de estas actuaciones entre los usuarios de las distintas drogas.

TABLA 6.12
Proporción de consumidores de cada sustancia que conoce cada una de las actuaciones contempladas

DROGA DE USO	PREVENCIÓN Y ASISTENCIA A PERSONAS ALCOHÓLICAS	CENTROS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES	PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS	FORMACIÓN E INFORMACIÓN SOBRE LAS DROGAS	ACTIVIDADES INESPECÍFICAS
Bebedores ligeros	69.5	62.4	66.1	36.7	25.4
Bebedores moderados	66.3	66.3	64.1	41.9	38.3
Bebedores altos	70.7	67.2	67.2	32.2	41.1
Bebedores excesivos	65.0	59.0	53.8	30.0	41.0
Bebedores gran riesgo	60.7	53.6	50.0	32.1	37.0
Cannabis	74.0	70.5	68.3	38.9	32.7
Cocaína	70.2	74.5	75.5	45.7	37.2
Drogas de síntesis	62.9	68.6	77.1	48.6	28.6
Heroína	81.8	63.6	72.7	27.3	40.0
Otros opiáceos	80.0	60.0	60.0	60.0	40.0
Alucinógenos	56.0	53.8	65.4	48.0	28.0
Anfetaminas	82.0	82.4	86.3	42.0	44.0
Tranquilizantes	69.8	68.5	51.9	33.3	23.8
Hipnóticos	64.3	57.1	23.2	30.4	28.6
Promedio general	**67.3**	**61.6**	**57.7**	**37.5**	**30.5**

En líneas generales, comprobamos que los bebedores altos tienen un mayor grado de conocimiento de estas actuaciones que los bebedores de otras tipologías. Por el contrario, los bebedores de gran riesgo desconocen en mayor proporción estas actuaciones.

En cuanto a los consumidores de otras drogas, destaca, en general, el grado de conocimiento que presentan los que toman cocaína y anfetaminas. En un segundo plano podemos situar a los que consumen cannabis, drogas de síntesis, heroína y otros opiáceos. Por el contrario, y siempre desde un punto de vista general, los consumidores de psicofármacos como los tranquilizantes y los hipnóticos —especialmente estos últimos— muestran un menor grado de conocimiento de las actuaciones contempladas.

Los mayores niveles de significación al realizar la prueba del chi cuadrado en estos cruces los hemos encontrado en los siguientes casos: al cruzar la prevención y asistencia a alcohólicos con cannabis y anfetaminas ($P<.02$); al cruzar centros de atención a drogodependientes con anfetaminas ($P<.002$), cannabis ($P<.005$) y cocaína ($P<.008$) al cruzar las actuaciones de prevención del consumo con tipología de bebedor, cocaína, anfetaminas e hipnóticos ($P<.000$) y cannabis ($P<.001$); al cruzar las actuaciones de formación e información sobre las drogas con cocaína ($P<.08$); y finalmente en los cruces de las actividades inespecíficas con tipología de bebedor ($P<.002$) y con anfetaminas ($P<.03$).

Por el contrario, al considerar a los consumidores de inhalables y crack no hemos encontrado niveles de significación que nos permitieran rechazar la hipótesis nula.

Y para concluir, mostramos aquellos grupos de población que en mayor proporción aseguran que conocen o han oído hablar de cada una de estas actuaciones ante las drogas que se llevan a cabo en la Comunidad Valenciana:

- En mayor proporción conocen las actuaciones de prevención y asistencia a personas con problemas de alcoholismo (67.3%), los de la provincia de Alicante (78.4%), los de las zonas de Valencia-Torrente (78.3%), de Alicante-Denia (75.9%) y de Elche-Orihuela (80.3%), los de la zona turística (79.9%), los de las ciudades de 100.001 a 250.000 habitantes (88.8%) y de más de 250.000 habitantes (83.7%), los que tienen FP 1 y 2 (73.9%) y estudios medios y superiores (74.3%), los empresarios (71.7%) y los profesionales, cuadros medios y funcionarios (72.4%).

En los cruces de esta variable con las de clasificación hemos encontrado altos niveles de significación en los siguientes casos: provincia, zona sanitaria, tipo de zona, tamaño de hábitat, nivel de estudios y actividad profesional ($P<.000$).

- Los que señalan en mayor proporción que conocen las unidades de conductas adictivas y los centros especializados de atención a drogodependientes (61.6%) son los de la provincia de Alicante (74.9%), los de las zonas de Valencia-Torrente (66.8%), de Alicante-Denia (73.7%) y de Elche-Orihuela

(75.8%), los de la zona turística (70.1%), los de ciudades de 100.001 a 250.000 habitantes (73.1%) y de más de 250.000 habitantes (75.7%), los que tienen FP 1 y 2 (69.9%) y estudios medios y superiores (69.5%), los profesionales, cuadros medios y funcionarios (72.8%) y los parados (69.4%) y los de clase baja (74.4%) y media-alta (68.0%).

Los niveles de significación en este caso son también bastante altos: provincia, zona sanitaria, tipo de zona, tamaño de hábitat, nivel de estudios y actividad profesional (P<.000) y clase social (P<.07).

- Las actuaciones generales para prevenir el uso de drogas (57.7%) son más conocidas por los de la provincia de Alicante (77.6%), los de las zonas de Valencia-Paterna (62.3%), de Alicante-Denia (70.7%) y de Elche-Orihuela (83.1%), los de ciudades de 100.001 a 250.000 habitantes (70.6%) y de más de 250.000 habitantes (61.2%), los de 19 a 24 años (62.2%) y de 25 a 34 (62.1%), los hijos emancipados (71.8%), los que tienen BUP y COU (63.6%), los que tienen FP 1 y 2 (65.5%), los que tienen estudios medios y superiores (63.5%), los profesionales, cuadros medios y funcionarios (70.2%) y los estudiantes (61.3%).

Los niveles de significación que permiten rechazar la hipótesis nula en los cruces de esta variable con las de clasificación, son los siguientes: provincia, zona sanitaria, tamaño de población, rol familiar, nivel de estudios y actividad profesional (P<.000) y grupo de edad (P<.005).

- Los grupos de población que indican en mayor proporción conocer las actuaciones de formación e información sobre las drogas (37.5%) son los de la provincia de Alicante (44.4%), los de las zonas de Valencia-Torrente (39.9%), de Alicante-Denia (44.2%) y de Elche-Orihuela (44.4%), los de la zona turística (41.4%), los de ciudades de 100.001 a 250.000 habitantes (45.0%) y de más de 250.000 habitantes (44.7%), las mujeres (41.2%), los de 25 a 34 años (41.8%) y los de 35 a 44 años (42.4%), los hijos emancipados (42.7%), los que tienen FP 1 y 2 (45.8%) y los que tienen estudios medios y superiores (49.1%), los profesionales, cuadros medios y funcionarios (53.9%), los estudiantes (41.0%) y las amas de casa (41.8%) y los de clases baja (41.9%) y media-alta (42.5%).

En la prueba del chi cuadrado, realizada al cruzar esta variable con las de clasificación hemos encontrado los siguientes niveles de significación que nos permiten rechazar la hipótesis nula: provincia, zona sanitaria, tamaño de hábitat, género, nivel de estudios y actividad profesional (P<.000), grupo de edad (P<.001), tipo de zona y clase social (P<.003) y rol familiar (P<.02).

- Y por último, las actividades inespecíficas de distintas asociaciones (30.5%) son más conocidas por los de la provincia de Alicante (41.5%), los de las zonas de Alicante-Denia (48.9%) y de Elche-Orihuela (35.6%), los de la zona turística (34.8%), los de ciudades de 50.001 a 100.000 habitan-

tes (49.4%) y de más de 250.000 habitantes (37.3%), las mujeres (33.5%), los que tienen FP 1 y 2 (36.9%) y estudios medios y superiores (38.3%), los profesionales, cuadros medios y funcionarios (38.8%) y los trabajadores (34.3%).

Los niveles de significación que permiten rechazar la hipótesis nula al cruzar esta variable con las de clasificación, son los siguientes: provincia, zona sanitaria, tipo de zona, tamaño de hábitat, nivel de estudios y actividad profesional ($P<.000$) y género ($P<.003$).

En general, y una vez analizados estos grupos, parece que los que tienen un mayor grado de conocimiento de estas actuaciones están bastante bien localizados en distintas zonas geográficas (provincia de Alicante, zonas de Valencia-Torrente, Alicante-Denia y Elche-Orihuela, en las ciudades con más de 100.000 habitantes y en la zona turística) y se caracterizan por tener niveles de estudios de Formación Profesional o universitarios, y también las mujeres muestran un mayor grado de conocimiento que los hombres.

PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES

SOBRE LA PRESENCIA SOCIAL DE LAS DROGAS

Sobre este particular cabe concluir que, efectivamente, hay una amplia presencia social de las drogas entre la población de la Comunidad Valenciana: un 93.5% de los entrevistados menciona el nombre de algún tipo de droga, con una media de 3.71 nombres por persona; el 57.3% conoce a alguien que consume drogas (un 30.5% en ámbitos cercanos) y, finalmente, un 80.7% piensa que en la actualidad es fácil o muy fácil poder obtener drogas si se desean.

Estas proporciones, que son muy similares a las observadas en la Comunidad Valenciana en 1996 y también muy cercanas a las de otras Comunidades Autónomas, evidencian que tanto las drogas legales como las ilegales están bastante integradas en la vida cotidiana de amplios segmentos de la población. Y en algunas de ellas, como el tabaco y el alcohol, la penetración cultural es tan intensa que son muy pocos los que las mencionan como drogas (un 18.9% el tabaco y un 27.2% el alcohol). Incluso en el alcohol, un 64.6% de la población valenciana de quince años en adelante cree que esta sustancia tiene una serie de beneficios orgánicos, psicológicos y sociales.

Está cotidianidad de las drogas está en la base de los consumos que se observan en la primera parte de este informe, y que en algunas sustancias son muy amplios. No obstante, esto no supone una completa aceptación de esas sustancias, pues también es verdad que la casi totalidad de la población ve en ellas una potencial peligrosidad. Las razones de esta peligrosidad, y hacia las que debería orientarse una adecuada acción preventiva, se estructura en torno a seis ejes conceptuales básicos: los efectos sobre la salud, la adicción que crean, los problemas que provocan, el que están adulteradas, la posible inducción al delito y el que requieren mucho dinero.

Estas ideas son muy sólidas en el estado de opinión de la población al respecto, pues en 1998 aparecen con la misma ordenación e intensidad que la ya observada en el primer estudio de 1996.

SOBRE LOS CONSUMOS DE LAS DISTINTAS DROGAS

En el tabaco

El tabaco es una droga muy integrada socialmente en la Comunidad Valencia: un 43.1% de la población de quince años en adelante es fumadora, de ella un 36.5% fuma a diario y un 6.4% de forma ocasional. Su uso está muy extendido en todas las provincias, tipos de poblaciones y sectores sociales.

Con relación a los datos de 1996, parece que se inicia un repunte en su consumo, especialmente en los fumadores diarios que aumentan un punto y medio. No obstante, también son menos los que nunca han fumado, respecto a hace dos años. Este doble fenómeno de signo contrario podría deberse a las altas prevalencias de fumadores jóvenes y de media edad, por una parte, y a las personas mayores que nunca han fumado (especialmente las mujeres) por otro.

Aunque no parece incrementarse mucho la prevalencia de fumadores diarios en el grupo de edad más joven, el de 15 a 18 años, (un 36.4% en 1996 y el 36.9% en 1998), sí desciende algo la media de edad de los que se inician en el uso de tabaco (16.83 en 1996 y 16.73 en 1998).

En general, los hombres fuman a diario en mayor proporción que las mujeres (el 46.2% y el 27.3%, respectivamente), siendo los grupos de edad de mayores prevalencias los comprendidos entre los 19 y los 44 años. Sin embargo, el grupo de mujeres de 19 a 24 fuma en la actualidad más a diario que el de los hombres de esas mismas edades (50% y 48.7%, respectivamente). Este fenómeno es el que se observaba en 1996 en el grupo de edad anterior, el de 15-18 años y que dos años después se ha trasladado al siguiente grupo de edad, los que entonces tenían 17 y 18 años. Esto explicaría la mayor prevalencia de fumadoras diarias de las mujeres que actualmente tienen entre 19 y 24 años.

En el alcohol

Al igual que el tabaco, el alcohol es una sustancia psicoactiva cuyo uso está muy extendido e integrado socialmente: un 62.8% lo consumió en el último mes, un 40.8% lo hizo en la última semana y un 37.1% en el día anterior a la entrevista.

Los bebedores abusivos son un 6.1% del total, y con relación a 1996 parece haberse experimentado un descenso de casi un punto porcentual. El promedio general de consumo de alcohol también descendió de 46.58 ml/día en 1996 a 40.66 ml/día en 1998.

Respecto a los patrones de consumo de alcohol se observa lo siguiente:

- Del 37.1% de entrevistados que indicaron haber bebido en el día anterior a la entrevista (a lo largo del mes y medio que duró el trabajo de campo) un 19.7% lo hizo en días laborables y otro 18.4% en los días de fin de semana.
- Según el género podemos ver que un 27.5% de los hombres y el 10.2% de las mujeres bebieron en días laborables; mientras que en los días de fin de semana lo hicieron un 24.9% de los hombres y el 12.6% de las mujeres.
- Dentro de estas proporciones de hombres y mujeres bebedores, los hombres consumieron una media de 37.77 ml los días laborables y 45.54 ml en los de fin de semana, mientras que las mujeres bebieron 33.78 ml y 43.12 ml, respectivamente.
- Por edades, los mayores consumos de alcohol se alcanzan entre los de 19 y 24 años con una media de 76.52 ml en días de fin de semana, y en los de 25 a 34 años con 58.12 ml, también en los fines de semana.

Y a partir de la tipología de bebedores, según las variables de género y edad, los principales datos y conclusiones serían los siguientes:

- Los que en mayor proporción fueron abstinentes son las mujeres (el 77.1%, frente a un 47.8% de los hombres). Y por edades, los de 15 a 18 años con un 80.8% y los de 19 a 24 con el 73.5%.
- Los bebedores ligeros y moderados son principalmente los hombres, el 45.2% de los mismos, frente a un 17.6% las mujeres. Y por edades, los de 35 a 44 años con un 31% y los de 45 años en adelante con el 39.3%.
- Y en lo que respecta a los bebedores abusivos, vemos que predominan los hombres (7.1%) más que las mujeres (5.3%). Por edades, las prevalencias más altas estarían en el grupo de 19 a 24 años con un 8.8% y en el de 25 a 34 con el 10.4%.
- Y al cruzar las variables de género y edad conjuntamente vemos que las prevalencias de bebedores abusivos entre los hombres se dan en los de 25 a 34 años con el 11.3% y los de 35 a 44 con un 8.6%. Y por parte de las mujeres entre las de 19 a 24 años con un 10.6% y las de 25 a 34 con el 9.9%.

Con relación a 1996, se observa que en los de 15 a 18 aumentaron los abstinentes (80.8% en 1998, por un 77.9% en 1996). También que la prevalencia máxima de bebedores abusivos que en 1996 se situaba en el grupo de 19-24 años (10.8%) se desplaza al de 25-34 en 1998 (10.4%). Finalmente, las mujeres que en el grupo de 15-18 años en 1996 eran más bebedoras abusivas que los hombres (4.35% y 2.2%, respectivamente) lo son también, pero algo menos, en 1998 (3.9% y 3.3%), aunque lo más relevante de lo que se observa es que se trasladan en 1998 al siguiente grupo de 19-24 años, con un 10.6% de mujeres, por un 7.6% los hombres.

En las otras drogas

En lo que se refiere a las prevalencias de las otras drogas, en el cuadro A podemos ver las de los psicofármacos y las de las drogas ilegales, en los tres períodos de tiempo considerados.

CUADRO A
Consumos de las distintas drogas

DROGAS	ALGUNA VEZ	ÚLTIMOS 12 MESES	ÚLTIMOS 30 DÍAS
Inhalables	0.7	0.2	0.1
Cannabis	20.8	10.4	6.8
Cocaína	8.5	4.7	2.3
Drogas de síntesis	4.7	1.8	1.0
Heroína	1.3	0.5	0.3
Morfínicos y otros opiáceos	0.6	0.4	0.3
Alucinógenos	4.6	1.3	0.5
Anfetaminas	5.8	2.5	1.2
Tranquilizantes	11.4	6.5	5.0
Hipnóticos	5.4	2.8	2.6
Crack	0.2	0.1	0.0

Y en lo relativo a los usos abusivos o frecuentes, las prevalencias serían las que se recogen en el cuadro B.

CUADRO B
Usos abusivos y frecuentes o habituales

DROGAS	FRECUENTE O HABITUAL
Inhalables	0.0
Cannabis	3.1
Cocaína	0.2*
Drogas de síntesis	0.1*
Heroína	0.2
Morfínicos y otros opiáceos	0.1
Alucinógenos	0.0*
Anfetaminas	0.1*
Tranquilizantes	3.6
Hipnóticos	1.9
Crack	0.0

* Es estas sustancias además del uso frecuente o habitual (de 2 a 6 veces por semana y diariamente) aquí reflejados, en la frecuencia anterior de una vez por semana se observan también los siguientes consumos: en cocaína un 0.5%, en drogas de síntesis un 0.2%, en alucinógenos un 0.1%, y en anfetaminas un 0.1%.

SOBRE LAS POSIBLES TENDENCIAS EN LOS CONSUMOS

En la comparación de las actuales prevalencias con las observadas en el estudio de 1996, vemos que aquellas sustancias cuya tendencia de evolución es de incremento son el tabaco, la cannabis, la cocaína, las anfetaminas y los tranquilizantes. Por el contrario la tendencia de evolución es de disminución en el alcohol abusivo, los inhalables, la heroína, los otros opiáceos y los hipnóticos. En una situación de estabilización estarían las drogas de síntesis en el período de los últimos doce meses, aunque también habrían descendido algo en el del último mes. Por último, aparece un pequeño consumo de crack, cuya evolución reciente en la Comunidad Valenciana no conocemos, ya que ha sido incluido por primera vez en la presente encuesta.

Estas grandes tendencias en la evolución de los consumos de drogas en la Comunidad Valenciana son coincidentes en general con las señaladas en los informes de 1998 del Observatorio Español sobre Drogas y del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.

SOBRE LOS MODELOS DE POLICONSUMO

Los principales modelos de policonsumo, con una explicación de la varianza del 57.3%, han resultado ser los siguientes:

- El primer modelo (25.3% de la varianza) sería el más importante y lo configuran los psicoestimulantes: cocaína y anfetaminas, junto a las drogas de síntesis, los alucinógenos y la cannabis. Y ya de un modo más reducido los inhalables.
- El segundo modelo (13.5% de la varianza) estaría nucleado en torno a los narcóticos: otros opiáceos y heroína, junto al crack, y ya en menor medida las drogas de síntesis y la cocaína.
- El tercer modelo (9.9% de la varianza) sería el de los psicofármacos: con los tranquilizantes y los hipnóticos.
- Y el cuarto modelo (8.6% de la varianza) se configuraría en torno a las drogas legales tabaco y alcohol, con presencia algo menor de la cannabis y la cocaína.

Estos cuatro modelos principales de policonsumos son los mismos que ya observamos en 1996 en la Comunidad Valenciana, y que coinciden esencialmente con los del estudio nacional de 1995 y otros estudios autonómicos.

SOBRE LOS PERFILES DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS

Los perfiles básicos de los consumidores de drogas incluidas en cada uno de los cuatro modelos principales de policonsumo, son los siguientes:

- **Modelo 1º psicoestimulantes**: En las grandes poblaciones urbanas, especialmente las ciudades de Valencia y Alicante. Hombres. Los grupos de edad de 15 a 18 años, 19 a 24 y, ya un poco menos, de 25 a 34. Principalmente, hijos

emancipados y no emancipados. De niveles educativos de BUP-COU, FP 1 y 2 y medios-superiores. Estudiantes, parados y profesionales, cuadros medios y funcionarios. De clases medias y alta.

- **Modelo 2º narcóticos:** También en las grandes ciudades. Hombres. De 19 a 24 años y de 25 a 34. Hijos emancipados. Con estudios de BUP-COU y FP 1 y 2. En paro o que no hacen nada. Y, principalmente, de clase social media-baja.
- **Modelo 3º psicofármacos:** En poblaciones medias y grandes. En esta ocasión las mujeres y las personas mayores de 45 años. Los cónyuges. De estudios incompletos o primarios. Amas de casa y jubilados-pensionistas. De clase social media-baja.
- **Modelo 4º tabaco-alcohol:** En poblaciones medias y grandes. Hombres. De 19 a 24 años y 25 a 34. Cabezas de familia, hijos emancipados y no emancipados. Con estudios de FP 1 y 2 y medios-superiores. Empresarios, profesionales y funcionarios, trabajadores y parados. De clase social media-baja y media-media.

Es decir, en síntesis, en el modelo de psicoestimulantes tendríamos a personas jóvenes, de buen nivel educativo y ocupacional y básicamente de clases medias y altas. En el de narcóticos serían también jóvenes, pero de nivel educativo bajo, sin empleo y de clase social media-baja. El de los psicofármacos lo conforman principalmente personas mayores, sin actividad económica y de clases populares. Finalmente, el modelo del tabaco-alcohol lo componen personas jóvenes y de edad media, de niveles educativos y ocupacionales diversos, de amplia composición social y principalmente de clase social media-baja y media-media.

SOBRE LAS MOTIVACIONES EN EL CONSUMO DE DROGAS Y FUENTES DE OBTENCIÓN

Aunque en el conjunto de los consumidores de alcohol y/o drogas se encuentra una media de 1.35 razones distintas para el consumo de estos productos, la motivación más común entre estos consumidores es la búsqueda de placer y diversión. Tres cuartas partes de este conjunto de consumidores (el 73.5%) así lo indican. Esta motivación se asocia aún más a los bebedores excesivos y de gran riesgo, junto a los consumidores de drogas ilegales. Precisamente, estos últimos también aseguran verse motivados para el consumo por el gusto de hacer algo prohibido. De estas tendencias se apartan los consumidores de psicofármacos como los hipnóticos y los tranquilizantes, cuya razón principal para usar estos productos son sintomáticas, es decir, los problemas de salud, como las enfermedades, dolor, nervios o insomnió.

Del mismo modo, entre los no consumidores de drogas (excluido el alcohol y el tabaco), estudiamos las razones principales que retraen de ese consumo. Y dos de ellas parecen las más comunes: el equilibrio físico y psíquico de la persona (la

mitad de los no consumidores —el 49.0%— indica que se siente bien y no le hace falta) y los efectos perjudiciales que estas sustancias tienen para la salud (así lo indica el 32.6% de los no consumidores). En un segundo plano, podemos señalar las razones personales de tipo moral, cuya incidencia parece menor con el paso del tiempo (al menos con respecto a 1996).

En cuanto a las fuentes utilizadas por los consumidores de drogas (sin incluir alcohol y tabaco) para conseguir estos productos, los amigos representan la vía más utilizada (el 54.3% de los consumidores acuden a ellos para hacerse con estas sustancias) y sobre todo para los consumidores de cannabis y de drogas de síntesis. También los médicos u otros sanitarios son mencionados por una alta proporción de estos consumidores (el 35.6%), especialmente entre los que toman hipnóticos y tranquilizantes. Los bares y discotecas y los proveedores de la calle son otras fuentes de obtención relativamente importantes, utilizadas por el 12.8% y por el 11.7% de los consumidores, respectivamente. Cabe señalar, finalmente, que la media de fuentes utilizadas por cada consumidor es de 1.28, siendo esta media bastante más alta entre los consumidores de drogas ilegales (especialmente crack, otros opiáceos e inhalables) y más baja entre los que toman psicofármacos.

SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO

Además de las motivaciones verbalizadas, se han encontrado una serie de factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas. Las distintas variables específicas estudiadas se agrupan en cuatro tipos de factores: el familiar, el personal, el social y el laboral.

Según la capacidad explicativa de cada variable concreta la jerarquización de las mismas sería la siguiente:

CUADRO C
Variables más explicativas

	Nº de odds ratio
Facilidad para obtener drogas	9
Uso de drogas en lugares de diversión	8
Realización de trabajos a destajo o con alto rendimiento	8
No satisfacción en la función o trabajo que realizan	8
Sentimiento de pérdida de confianza en sí mismo	8
Conocen a consumidores de drogas	7
No satisfacción con el trato recibido en el trabajo	7
Fracaso escolar	7

	Nº de odds ratio
Sensación de no poder superar las dificultades	7
Insatisfacción personal	7
Insolidaridad social (cada cual va a lo suyo)	6
Malas relaciones con la pareja	6
Cansancio intenso después del trabajo	6
Agobio o estrés en el trabajo	6
Abuso del alcohol o drogas por los padres	5
Importancia del dinero y el poder	5
Situación contractual en el trabajo	4
No participación social	4
Agobio por la situación económica familiar	4
Carencia de instrucción o formación	4
Mala relación padres/hijos	3
Sensación de agobio y tensión	3
Jornadas de trabajo prolongadas	3
Marginalidad en el barrio	2
Inquietud ante el futuro laboral	1
Total odds ratio	**138**

Estos factores de riesgo están en la base de muchas situaciones problemáticas relacionadas con los consumos de drogas (generándolos a reforzándolos), de tal modo que una actuación preventiva, a medio y largo plazo, ha de pasar necesariamente por la modificación o desactivación de estas situaciones.

SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO Y EL GRADO DE DEPENDENCIA SUBJETIVA

La inmensa mayoría de los consumidores de alcohol y/u otras drogas (exactamente el 90.2%) asegura que el consumo de estos productos no les ha originado hasta el momento ninguna consecuencia negativa. Por tanto, sólo uno de cada diez consumidores sí ha sufrido problemas, producto de este consumo. En 1996, la proporción de los que sí habían sufrido estos problemas era del 15.4%, más de cinco puntos por encima del 9.8% actual.

Entre los bebedores de alcohol, la proporción de afectados por estas consecuencias negativas es mayor a medida que la tipología de consumo es más abusiva. Pero, sin duda, los más afectados por estas consecuencias negativas derivadas del consumo son los usuarios de drogas ilegales, especialmente los que toman crack, inhalables, heroína y otros opiáceos. En cambio, los consumidores de tranquilizantes e hipnóticos son los que en menor proporción se ven afectados por problemas derivados del uso de estos productos.

Por otro lado, estos consumidores que sí dicen haber sufrido consecuencias negativas derivadas del uso de alcohol y/u otras drogas, señalan una media de 1.71 consecuencias distintas, siendo los consumidores de crack, heroína, otros opiáceos y anfetaminas, los que se ven afectados por un mayor número medio de consecuencias diferentes.

En general, las consecuencias negativas que produce el consumo tienen que ver principalmente con los conflictos familiares y de relación, y con los problemas laborales.

Respecto al grado de dependencia subjetiva, tres de cada cuatro consumidores de alcohol y/u otras drogas aseguran que podrían abandonar el consumo fácilmente en cuanto se lo propusieran, mientras que para el 7.7%, les resultaría muy difícil o imposible. El 16.5% reconoce que le costaría algún esfuerzo abandonar el uso de drogas. Por tanto, existe un grado de dependencia subjetiva bastante bajo, detectando entre los consumidores una supuesta "sensación de dominio" del uso de estos productos. No obstante, aquellos que en mayor medida reconocen que les resultaría imposible o muy difícil dejar el uso de drogas, son los que toman drogas ilegales, especialmente cuando se trata de crack, heroína y otros opiáceos. Asimismo, los usuarios de hipnóticos muestran un alto grado de dependencia subjetiva.

SOBRE LAS OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL ALCOHOL

La mayoría de la población valenciana de 15 y más años (el 81.3%) considera como bastante o muy importante el problema del consumo de alcohol entre los jóvenes. En cambio, un 7.3% le concede poca o ninguna importancia a este problema. Los jóvenes de 15 a 18 años, estudiantes de secundaria o desempleados, son los que en mayor proporción consideran que no se trata de un problema grave. Por el contrario, los mayores de 44 años, jubilados, amas de casa, con bajos niveles de estudios y de clases sociales humildes, son los que en mayor proporción sí lo consideran como un problema bastante o muy importante.

Por otro lado, la población piensa que las consecuencias más relevantes que produce el consumo de alcohol son los accidentes de tráfico y los problemas de salud.

Respecto a la publicidad alcohólica, algo menos de cuatro de cada diez valencianos con 15 y más años, la consideran adecuada, mientras que el resto (más de seis de

cada diez) la considera algo, bastante o muy excesiva. De hecho, un 21.9% opina que la publicidad alcohólica debería suprimirse completamente. Esta opinión contrasta con la del 14.6% que cree que no se debería poner ninguna restricción a la publicidad de bebidas alcohólicas. Entre los que creen que sí se debería poner algún tipo de restricción a esta publicidad, la mayoría aboga por retirarla de las cercanías de los colegios, o por no asociarla a personajes populares entre los jóvenes.

Finalmente, la población valenciana se pronuncia respecto a las actuaciones preferentes que se deben de llevar a cabo ante el abuso del alcohol. Tres son las actuaciones más demandas por la población valenciana de 15 años en adelante: el incremento del control en bares y discotecas (señalado por el 44.1% de los entrevistados), la información sobre los efectos y las consecuencias que pueden derivarse del abuso del alcohol (43.2%) y los programas de prevención en los centros escolares (42.9%).

SOBRE OPINIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN ANTE LAS DROGAS Y DETERMINADAS ACTUACIONES Y MEDIDAS

La población valenciana adopta mayoritariamente una postura sancionadora ante el consumo de drogas, tanto en el ámbito privado como, especialmente, en el público. La actitud sancionadora del consumo en lugares públicos se refuerza con respecto a 1996, manteniéndose en los mismos niveles la postura sancionadora del consumo privado. Son aún más partidarios de la sanción los mayores de 45 años, las amas de casa y jubilados, los cabezas de familia y cónyuges, y los que tienen bajos niveles de estudios. Por el contrario, se muestran más permisivos los jóvenes de hasta 34 años, los hijos emancipados o no, y los que tienen altos niveles de estudios.

Los consumidores de drogas ilegales y los bebedores abusivos de alcohol muestran una clara postura de permisividad de estos consumos, mientras que los que toman psicofármacos, son claramente partidarios de la sanción.

En cuanto a la administración controlada de metadona, jeringuillas y preservativos a personas drogodependientes que lo necesiten, la población valenciana muestra un alto grado de apoyo, reforzado con el paso de los años. Efectivamente, el 69.6% está de acuerdo con la administración controlada de metadona a heroinómanos en tratamiento, el 87.5% está de acuerdo con la administración de jeringuillas esterilizadas y el 90.7% está de acuerdo con la administración de preservativos que eviten el contagio de enfermedades infecciosas como la hepatitis o el sida. Por lo general, este grado de apoyo es mayor aún entre los consumidores de distintas drogas.

Respecto a los lugares o instituciones donde más se ayuda a dejar las drogas, la gran mayoría de los encuestados (el 60.1%) opina que los centros especializados en toxicomanías son las instituciones más eficaces en este sentido. En un segundo plano se considera a la familia (17.2%) y, en menor medida, a las asociaciones de ex-drogadictos (9.6%). El resto de ayudas son señaladas minoritariamente.

Y en lo referente a las medidas más eficaces en la lucha contra las drogas, el 41.7% de la población de la Comunidad Valenciana de 15 y más años opina que la medida más eficaz es la represión de los traficantes de drogas. Otras medidas señaladas por proporciones significativas de esta población son la despenalización de las drogas (12.5%), la educación sobre drogas en las escuelas (11.9%) y las campañas de información sobre sus consecuencias (11.4%).

A este respecto, los consumidores de drogas ilegales creen que la medida más eficaz sería la despenalización de las drogas, mientras que los usuarios de psicofármacos inciden aún más en la represión de los traficantes.

Entre los bebedores, los de tipología ligera y moderada también hacen más hincapié en la represión de los traficantes, mientras que los bebedores de gran riesgo mencionan en mayor proporción las campañas de información y la despenalización de las drogas.

SOBRE EL CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGODEPENDENCIAS, DE LOS PLANES MUNICIPALES Y DE OTRAS ACTUACIONES

El 21.9% de la población valenciana de 15 y más años conoce el Plan Autonómico sobre Drogodependencias (un 3.8% más que en 1996), mostrando un mayor grado de conocimiento los consumidores de drogas ilegales, y un menor grado los usuarios de psicofármacos y de alucinógenos.

A su vez, la valoración que estos conocedores hacen de la labor del Plan es actualmente más positiva (6.33 puntos de media en una escala de 1 a 10) que en 1996 (6.11), de tal modo que la mitad de los conocedores del Plan (el 49.9%) valora su labor con una puntuación igual o superior a 7.

Por su parte, la existencia de diversos planes municipales ante las drogas es conocida en la actualidad por el 15.9% de la población valenciana (un 2.6% más que en 1996). Al contrario de lo que sucede con el Plan Autonómico, estos planes son más conocidos, proporcionalmente, por los consumidores de psicofármacos y de alucinógenos, mientras que los usuarios de drogas ilegales los conocen en proporciones por debajo de ese 15.9% general.

En la misma línea que el Plan Autonómico, la valoración de la labor de estos planes municipales es más positiva en la actualidad (5.90 puntos de media) que en 1996 (5.72).

Por último, se estudió el conocimiento de distintas actuaciones ante las drogas. Las actuaciones consideradas y las proporciones de conocedores entre la población

valenciana de cada una de ellas, son las siguientes: los centros de prevención y asistencia a problemas de alcoholismo, el 67.3%; las unidades de conductas adictivas y centros especiales de atención a drogodependientes, el 61.6%; las actuaciones generales para prevenir el uso de drogas, el 57.7%; las actuaciones de formación e información sobre las drogas, el 37.5% y las actividades inespecíficas de asociaciones de padres, de vecinos, en las empresas, etc., el 30.5%.

BIBLIOGRAFÍA

AGUINAGA, M. y MADOZ, V. (1992). "Consumo de drogas". En Fundación Bartolomé de Carranza (1992). *Los jóvenes navarros 1991*. Pamplona: FBC.

ALONSO TORRÉNS, F. J. (1979). *El alcoholismo en la ciudad de Vitoria.* Álava: Cáritas.

ALONSO TORRÉNS, F. J. (1990). *Hábitos de consumo de bebidas alcohólicas en Asturias.* Oviedo: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

ALONSO TORRÉNS, 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 TORRÉNS, 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.

ANGULO, J. (1987). *Juventud y drogas en 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).

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).

CEAPA-EDIS (1998). *Los padres y madres ante el consumo de alcohol de los jóvenes.* Madrid: CEAPA.

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 Jjuventud* (17).

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 Haddok: 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).

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.

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.* Substance Abuse and Mental Health Services Administration. U.S.

EDEIC S.A. (1985). *Estudio epidemiológico sobre drogas en la población de riesgo de las Islas de Lanzarote, Fuerteventura, La Palma, Gomera y Hierro.* Gobierno de Canarias: Dirección General de Bienestar Social.

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). *Los andaluces ante las drogas (I, II, III, IV y V).* Sevilla: Comisionado para la Droga.

EDIS (1988, 1992, 1994 y 1996). *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 de Madrid.

EDIS (1996). *La incidencia de las drogas en el medio laboral de la Comunidad de Madrid.* Madrid: Agencia Antidroga.

EDIS (1998). *Las drogas en el mundo laboral de Andalucía.* Sevilla: Comisionado para la Droga.

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.

ELZO, J. y otros (1999). *Nuevos productos y nuevas pautas de consumo en la juventud vasca.* Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias.

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

FAD-EDIS (1997). *El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana.* Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Benestar Social. Direcció General de Drogodepéndencies.

FAD-EDIS (1998). *El consumo de drogas y factores asociados en Canarias.* Plan Canario sobre Drogas.

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

GAMELLA, J. F. y ÁLVAREZ, A. (1997). *Drogas de síntesis en España: patrones y tendencias de adquisición y consumo.* Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

GFROERER, J. (1992). "Methodology of the U.S. National Household Survey on Drug Abuse". En: *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, Ll. D. (1980). *Review of General Population Surveys of Drug Abuse.* Ginebra: OMS.

JOHNSTON, Ll. D.; O'MALLEY, P.M. y BACHMAN, J. G. (1985). *Use of Licit and Ilicit Drugs by America's High School Students (1975-1984).* Rockville: NIDA.

JOHNSTON, Ll. D. (1989). "La técnica de encuestas en la evaluación del uso indebido de drogas". *Boletín de Estupefacientes*. **41** (1 y 2).

KORMBLITH, A.B., (1981). Multiple Drug Abuse Involving Nonopiate Non Alcoholic 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. et alt. (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 (no publicado).

MEGIAS, E. (1986). "Registro acumulativo de drogodependientes de la Comunidad de Madrid". *Actas Luso-Esp. Neuro. Psiquiatr.* **14** (5): 379-388.

MEGIAS, E. et alia. (1999). *Los docentes españoles y la prevención del consumo de drogas.* Madrid: FAD-Grupo Santillana.

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 Tabaquisme* (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 Droga.* (1).

NAVARRO, J. (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, J. (1997). "Aspectos epidemiológicos en el consumo de drogas en el marco laboral". En: *IV Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario.* Cádiz: Diputación Provincial.

NAVARRO, J. (1998). "Peculiaridades del consumo de drogas entre adolescentes". *Revista Proyecto.*

NAVARRO, J. y GÓMEZ E. (1998). *El consumo de drogas y los factores asociados en el municipio de Madrid.* Ayuntamiento de Madrid: Plan Municipal contra las Drogas.

NAVARRO, J; MEGÍAS, E. (1998). *La incidencia de las drogas en el medio laboral de la Comunidad Valenciana.* Madrid: FAD-Direcció General de Drogodependències. Generalitat Valenciana.

NAVARRO, M.; MATEO, M. J. (1993). *Informe juventud en España 1992.* Madrid: INJUVE.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (1999). *Informe Nº 1.* Madrid: Ministerio del Interior.

0BSERVATORIO EUROPEO DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS (1998). *Informe anual sobre el problema de drogodependencia en la Unión Europea.* Lisboa.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1988). *Iniciativas en el lugar de trabajo para prevenir y reducir los problemas causados por el consumo de drogas y de alcohol.* Ginebra: OIT.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1994). *Proyecto de repertorio de recomendaciones prácticas sobre el tratamiento en los lugares de trabajo de los problemas que plantea el consumo de drogas y alcohol.* Ginebra: OIT.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1998). *Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el lugar de trabajo.* Ginebra: OIT.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *Programme on Substance Abuse: Strategy Document/Work Plan 1992.* Ginebra: WHO.

ORIZO, F. A. et alt. (1985). *Juventud española 1984.* Madrid: Fundación Santamaría.

ORIZO, F. A. (1994). *Dinámica intergeneracional en los sistemas de valores de los españoles.* Madrid: CIS.

PARDO GUILLOT, F. (1996). *Predicción del consumo de drogas en el trabajo.* Madrid (no publicado).

PEINADO, A.; PEREÑA, F. y PORTERO, P. (1993). *La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.* Madrid: CAM.

PÉREZ MARTÍNEZ, 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 por el PNSD.

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 por el PNSD.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS-EDIS (1995). *Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas.* Madrid: Delegación del Gobierno por el PNSD.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS-CUANTER (1994 y 1996). *Encuesta escolar sobre el uso de drogas.* Madrid: Delegación del Gobierno por el PNSD.

RECIO, J. L.; CANALES, R. (1981). *La población española ante las drogas.* Madrid: Cáritas.

RODRÍGUEZ 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.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A.; PÉREZ GALVEZ, B.; HERNÁNDEZ MICO, J. J. (1999). *Problemas de alcohol en el ámbito laboral.* Madrid: FAD y Direcció General de Drogodependències. Generalitat Valenciana.

SÁNCHEZ 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.

SÁNCHEZ PARDO, L. (1994). *Evaluación de la efectividad de los programas de atención de drogodependientes.* Madrid: Fundación MAPFRE Medicina.

SÁNCHEZ PARDO, L. (1996). *Manual para los profesionales de salud laboral.* Madrid: FAD-MAPFRE.

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 Studty". *Journal of Drug Issues (*5): 426-443.

SMART, R. G. et alt. (1980). *A Methodology for Student Drug Use Surveys.* Ginebra: OMS.

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, Escuela de asistentes sociales de Logroño.* Logroño: Caja de Ahorros de Zaragoza, Aragón y Rioja.

ANEXO 1

El cuestionario

FAD/EDIS, 1998
E/436

EL CONSUMO DE DROGAS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (II)

Presentación del entrevistador: 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 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.

Nº cuestionario

1. Hábitat

2. Provincia

3. Zona sanitaria

4. Zona turística

5. Sexo

6. Edad

1. 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 3 ^{er} ciclo o doctorados)
10. Otros. Especificar . . . . . .
00. NS/NC

10. En lo referente a cómo 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 llevo) 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
6. NS/NC

11. ¿Cuál es su actividad profesional o su ocupación en la actualidad?

(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

2. Opiniones sobre el alcohol

12. De los siguientes beneficios orgánicos que se le atribuyen al alcohol ¿cree Vd. que tiene algunos? En caso afirmativo, ¿cuáles?

Leerselos y que señale los 2 principales

1. Estimula la circulación
2. Ayuda a la digestión
3. Cura los catarros
4. Abre el apetito
5. Es bueno para combatir el frío
6. Otros. ¿Cuáles? .....
7. No tiene ninguno
0. NS/NC

13. Considerándolo ahora desde otro punto de vista, ¿cree Vd. que el alcohol produce alguno de los siguientes beneficios?

Leerselos y que señale los 2 principales

1. Da euforia, alegría
2. Aumenta el tono vital

3. Da valor
4. Quita la timidez
5. Ayuda a tomar decisiones
6. Otros. ¿Cuáles? . . . . . .
7. No tiene ninguno
0. NS/NC

14. Por último, desde el punto de vista social, ¿qué otros beneficios cree Vd. que tiene el alcohol?

Leerselos y que señale los 2 principales

1. Ayuda a establecer relaciones sociales
2. Facilita el inicio de relaciones sexuales
3. Da fuerza en los trabajos duros
4. Estimula la creatividad intelectual y profesional
5. Ayuda a superar las dificultades sociales o profesionales
6. Otros. ¿Cuáles? . . . . . .
7. No tiene ninguno
0. NS/NC

15. ¿Ha experimentado Vd., en alguna ocasión, alguno de estos posibles o supuestos beneficios orgánicos, psicológicos o sociales? Y en caso afirmativo ¿cuáles?

1. No
2. Sí. ¿Cuáles? . . . . . .
0. NS/NC

16. Hablando ahora 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 (hachís, marihuana, etc.)
4. Anfetaminas (speed)
5. Alcohol
6. Tabaco
7. Alucinógenos (Tripis, LSD…)
8. Drogas de diseño (éxtasis, pastis, pirulas…)
9. Otras. Especificar . . . . . .
0. NS/NC

3. Consumo de tabaco y alcohol

17. ¿Podría indicarme si actualmente es fumador, o si fumaba anteriormente?

1. Nunca he fumado
2. No fumo, pero sí era fumador
3. Sólo fumo ocasionalmente
4. Fumo diariamnte
0. NS/NC

A los que hayan fumado (items 2, 3 y 4 en P.17) se les hará la P.18. A los que no (ítem 1) se les hará la P. 20

18. ¿A qué edad comenzó Vd. a fumar? . . . . . □□

99 NS/NC

Sólo a los que fuman diariamente (ítem 4 en P. 17) se les hará la P. 19

19. ¿Qué cantidad de cigarrillos fuma Vd. diariamente? . . . . . □□

99 NS/NC

A todos los entrevistados

20. En el último mes, ¿ha tomado Vd. algún tipo de bebida alcohólica? En caso afirmativo, ¿con que 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 respondan sí (items 1 a 6) se les hará la siguiente batería de preguntas: P. 21 a P. 32
A los que respondan no o NS/NC (items 7 y 0) se les hará la P. 33

21. ¿A qué edad tomó Vd. por primera vez alguna bebida alcohólica? . . . . . □□

99 NS/NC

22. ¿Con quién, o en qué circunstancias, suele tomar Vd. las bebidas alcohólicas más frecuentemente?

Señalar las 2 más frecuentes

1. En mi casa: padres, hermanos
2. Con algún otro familiar
3. Con un amigo o amiga
4. En el grupo de amigos/as

5. En una discoteca
6. En una fiesta
7. Con compañeros de colegio o en alguna celebración con ellos
8. Con otros u otras circunstancias. Especificar cuáles .....
0. NS/NC

23. Dígame, por favor, si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases referidas al alcohol

Leerselas y que conteste una a una

El alcohol…	Acuerdo	Desacuerdo	No sé
Es una sustancia que se puede controlar	1	2	3
Es segura y no peligrosa	1	2	3
Es de uso fácil y cómodo	1	2	3
Tiene un precio asequible	1	2	3
No la considero una droga	1	2	3

24-32. ¿Podría indicarme ahora 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.

24. Cerveza (nº de botellines o cañas) ..... ☐☐

25. Vino (nº de vasos pequeños) ..... ☐☐

26. Vino (nº de vasos grandes) ..... ☐☐

27. Licores (coñac, anís, ginebra y otros) (nº de copas) ..... ☐☐

28. Whisky (nº de whiskies) ..... ☐☐

29. Combinados-chupitos (nº de combinados) ..... ☐☐

30. Vermuts, aperitivos, finos, amontillados (nº de copas) ..... ☐☐

31. Carajillos (nº de carajillos) ..... ☐☐

32. Champaña (nº de copas) ..... ☐☐

4. Consumo de otras drogas

A TODOS los entrevistados

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 el orden de la secuencia temporal, 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).

33-36. Inhalables (gasolinas, colas, pegamentos, disolventes…)

33. Uso ¿Los usó alguna vez?

1. No
2. Sí

34. Primer uso ¿A qué edad los usó por primera vez? . . . . . ☐☐

35. Uso recientemente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

36. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

37-40. Cannabis (hachís, marihuana, porros)

37. Uso ¿Las usó alguna vez?

1. No
2. Sí

38. Primer uso ¿A qué edad las usó por primera vez? . . . . . ☐☐

39. Uso recientemente ¿Las usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

40. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia las usó en los útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

41-44. Cocaína

41. Uso ¿Las usó alguna vez?

1. No
2. Sí

42. Primer uso ¿A qué edad las usó por primera vez? . . . . . ☐☐

43. Uso recientemente ¿Las usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

44. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia las usó en los útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

45-48. Éxtasis u otras drogas de diseño (pastis, pirulas)

45. Uso ¿Las usó alguna vez?

1. No
2. Sí

46. Primer uso ¿A qué edad las usó por primera vez? . . . . . □□

47. Uso recientemente ¿Las usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

48. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en las útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

49-52. Heroína

49. Uso ¿Las usó alguna vez?

1. No
2. Sí

50. Primer uso ¿A qué edad las usó por primera vez? . . . . . □□

51. Uso recientemente ¿Las usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

52. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

53-56. Otros opiáceos (Metadona, Deprancol, Buprex, Sosegón, etc.)

53. Uso ¿Los usó alguna vez?

1. No
2. Sí

54. Primer uso ¿A qué edad los usó por primera vez? . . . . . ☐☐

55. Uso recientemente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

56. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

57-60. Alucinógenos (LSD, tripis y otros)

57. Uso ¿Los usó alguna vez?

1. No
2. Sí

58. Primer uso ¿A qué edad los usó por primera vez? . . . . . ☐☐

59. Uso recientemente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

60. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

61-64. Anfetaminas (pastillas para no dormir, estimulantes, para adelgazar)

61. Uso ¿Las usó alguna vez?

1. No
2. Sí

62. Primer uso ¿A qué edad las usó por primera vez? . . . . . ☐☐

63. Uso recientemente ¿Las usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

64. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia las usó en los útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

65-68. Tranquilizantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad, Valium, Librium, Tranxilium, etc.)

65. Uso ¿Los usó alguna vez?

1. No
2. Sí

66. Primer uso ¿A qué edad los usó por primera vez? . . . . . ☐☐

67. Uso recientemente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

68. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

69-72. Hipnóticos o somníferos (pastillas para dormir, Mogadon, Dormodor, Noctamid, Rohipnol, Halción, etc.)

69. Uso ¿Los usó alguna vez?

1. No
2. Sí

70. Primer uso ¿A qué edad los usó por primera vez? . . . . . ☐☐

71. Uso recientemente ¿Los usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

72. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia los usó en los útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

73-76. Crack

73. Uso ¿Lo usó alguna vez?

1. No
2. Sí

74. Primer uso ¿A qué edad lo usó por primera vez? . . . . . □□

75. Uso recientemente ¿Lo usó en los últimos 12 meses?

1. No
2. Sí

76. Frecuencia de uso (30 días) ¿Con qué frecuencia lo usó en los útimos 30 días?

1. Nada
2. Menos de una vez por semana
3. Una vez por semana
4. De 2 a 6 veces por semana
5. Diariamente

A los que hayan tomado alguna o algunas de estas drogas (P. 35 a 75) en los últimos 12 meses se les hará la P. 77

77. ¿Quién le ha facilitado, en los últimos 12 meses estas sustancias?
(Respuesta múltiple: anotar todas las que digan)

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

5. Motivaciones, problemas, actitudes y demandas ante las drogas

Las preguntas 78 a 80 se harán a los que tomaron alcohol en el día de ayer y/o alguna droga en los últimos 12 meses

78. ¿Cree Vd. que podría dejar de usar alcohol o drogas?

1. Me resultaría imposible
2. Me resultaría muy difícil
3. Me costaría algún esfuerzo
4. Podré hacerlo fácilmente
0. NS/NC

79. ¿Cuál de las siguientes razones es la más parecida a su razón por la que empezó a tomar alcohol y/o otras drogas y luego continuó tomándolo/s al menos durante algún tiempo? (Indique las 2 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 ser aceptado por él
11. Por enfermedad, dolor, nervios, dormir
00. NS/NC

80. 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. Falté alguna vez a las clases
02. Voy mal en los estudios
03. Falté 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

La pregunta 81 sólo se hará a los que hayan consumido cannabis alguna vez; (ítem2 sí la P. 37)

81. Dígame, por favor, si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases referidas al cannabis. (Leerselas y que conteste una a una)

Leerselas y que conteste una a una

El cannabis…	Acuerdo	Desacuerdo	No sé
Es una sustancia que se puede controlar	1	2	3
Es segura y no peligrosa	1	2	3
Es de uso fácil y cómodo	1	2	3
Tiene un precio asequible	1	2	3
No la considero una droga	1	2	3

La 82 se hará sólo a los que hayan consumido éxtasis u otras drogas de diseño alguna vez (ítem 2 sí la P. 45)

82. Dígame, por favor, si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases referidas al éxtasis u otras drogas de diseño. (Leerselas y que conteste una a una)

El éxtasis u otras drogas diseño…	Acuerdo	Desacuerdo	No sé
Es una sustancia que se puede controlar	1	2	3
Es segura y no peligrosa	1	2	3
Es de uso fácil y cómodo	1	2	3
Tiene un precio asequible	1	2	3
No la considero una droga	1	2	3

Y la pregunta 83 se hará tan sólo a los que hayan indicado tomar cocaínay/o heroína alguna vez (item 2 sí las P. 41 y 49)

83. ¿Por qué vía consumió cocaína y/o heroína más frecuentemente?

1=Inyectada y 2=Otras vías (esnifada, inhalada, fumada, etc.)

Cocaína ..... ☐
Heroína ..... ☐

Entrevistador: la P. 84 se hará sólo a los que no tomen ninguna droga de la bateria de la P. 33 a la 76

84. ¿Cuál es la razón principal por la cual Vd. no consume drogas?

(TARJETA D)

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, de mi control
10. Por otra razón.
00. NS/NC

De nuevo a TODOS los entrevistados

85. ¿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

86. En todo caso, ¿por qué razones principales cree Vd. que las drogas podrían ser peligrosas?

Leerselas. Señalar las 2 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

87. Independientemente de que Vd. tome drogas o no, ¿donde cree que más se ayuda a dejar las drogas?

Señalar una, la más importante

(TARJETA E)

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

88. Y en lo que se refiere a las medidas par la lucha general contra la droga, ¿qué medida cree Vd. que sería la más eficaz?

Señalar una, la más importante

(TARJETA F)

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

89. ¿Está Vd. de acuerdo en que se administre, de forma controlada, metadona a los heroinómanos que estén en tratamiento?

1. No
2. Sí
0. NS/NC

90. ¿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

Jeringuillas . . . . . ☐
Preservativos . . . . . ☐

91. ¿ Cree Vd. que debe sancionarse el consumo de drogas ilegales en lugares públicos (calles, parques, bares, etc.)?

1. No
2. Sí
0. NS/NC

92. En lo que se refiere al uso privado de drogas, ¿con cuál de las siguientes posibles 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

Centrándonos ahora únicamente en el alcohol, nos gustaría conocer su opinión sobre las siguientes cuestiones:

93. ¿Qué importancia o gravedad le daría Vd. al consumo de alcohol que hoy hacen los jóvenes?

1. Ninguna
2. Poca
3. Alguna
4. Bastante
5. Mucha
0. NS/NC

94. ¿Qué tipo de consecuencias o problemas cree Vd. que el consumo de alcohol produce en los jóvenes?

01. De salud
02. De carácter
03. En los estudios o en el trabajo
04. Familiares
05. De dinero
06. Con los amigos o la pareja
07. Accidentes de tráfico
08. Peleas o conflictos
09. Otros. ¿Cuáles? . . . . . .
10. Ninguno
00. NS/NC

95. ¿Qué actuaciones deberían promoverse preferentemente en la lucha contra el abuso del alcohol?

Señalar las 2 más importantes

(TARJETA G)

01. Aumentar el control de bares de copas y discotecas
02. Restricción de la publicidad alcohólica
03. Información a los ciudadanos de los efectos y consecuencias del abuso del alcohol

04. Programas de prevención en las empresas
05. Programas de prevención en los centros escolares
06. Cursillos y jornadas de formación de los padres y madres
07. Folletos y materiales informativos para las familias
08. Subvención y apoyos técnicos a las actuaciones en este campo a las instituciones no gubernamentales
09. Otras actuaciones. ¿Cuáles? .....
00. NS/NC

96. ¿Cree Vd. que la publicidad alcohólica actual es adecuada o le parece excesiva?

1. Adecuada
2. Algo excesiva
3. Bastante o muy excesiva
4. NS/NC

97. ¿Qué tipo de restricciones debería tener la publicidad alcohólica?

Señale las 2 los más importantes

01. No debe haber ninguna restricción
02. Las restricciones deben ser pocas
03. No publicidad en cercanías de colegios
04. No publicidad en lugares y actividades deportivas
05. No publicidad en ropas o prensas juveniles
06. No publicidad en publicaciones juveniles
07. No publicidad en programas de radio juveniles
08. No debe asociarse esta publicidad a personajes populares entre los jóvenes
09. No publicidad en ningún medio de comunicación popular (sólo en revistas de adultos)
10. Debe suprimirse por completo la publicidad alcohólica
00. NS/NC

98. ¿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

Items 1 y 0 se les hará la P. 100. Item 2 la P. 99

99. ¿Cómo valoraría Vd. la acción que este departamento está realizando ante las drogas, en una escala del 1 al 10? ..... ☐☐

00 NS/NC

100. ¿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

Items 1 y 0 se les hará la P. 102. Item 2 la P. 101

101. ¿Y como valoraría esta acción de su Ayuntamiento ante la droga, en una escala de 1 a 10? . . . . . □□

00 NS/NC

102-106. ¿Conoce o ha oído hablar de alguna de las siguientes actuaciones contra las drogas en la Comunidad Valenciana?

Leer y responder una a una

102. Actuaciones generales para prevenir el uso de drogas (publicaciones, folletos, manuales, campañas de concienciación social, etc.)

1. Sí
2. No
0. NS/NC

103. Actuaciones de formación e información sobre las drogas (para profesionales, educadores, padres y agentes sociales)

1. Sí
2. No
0. NS/NC

104. Unidades de conductas adictivas y centros especiales de atención a drogodependientes

1. Sí
2. No
0. NS/NC

105. Centros de prevención y asistencia a problemas de alcoholismo (asociaciones de ex-alcohólicos y Ayuntamientos)

1. Sí
2. No
0. NS/NC

106. Actividades inespecíficas con asociaciones de padres, vecinos, en las empresas, con la juventud

1. Sí
2. No
0. NS/NC

6. Factores de riesgo

De la 107 a la 122 se harán a TODOS los entrevistados

Como le hemos indicado, todas sus respuestas serán tratadas estadísticamente de forma anónima y confidencial. Para concluir la entrevista podría responderme lo siguiente:

107. ¿Cómo son las relaciones que mantiene Vd. con sus padres o con sus hijos?

1. Muy malas
2. Bastantes malas
3. Regulares
4. Bastantes buenas
5. Muy buenas
0. NC/No compete

108. ¿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

109. ¿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

110. ¿Conoce Vd. a alguna persona que consuma, aunque sea esporádicamente, algún tipo de droga? En caso afirmativo, ¿en cuál de los siguientes 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

111. En los lugares o ambientes donde Vd. acude a divertirse ¿suele haber personas que beban en exceso o tomen alguna otra droga?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo

4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

112. ¿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

113. En la sociedad en que vivimos ¿en qué medida cree Vd. que es importante la obtención de dinero y de poder?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

114. ¿En qué medida cree Vd. que en esta sociedad cada cual va a lo suyo sin tener mucho en cuenta a los demás?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

115. En el pueblo o barrio en que Vd. vive ¿se dan algunas situaciones de familias marginadas, conflictos o delincuencia?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

116. ¿Se siente Vd. agobiado por su actual situación económica o la de su familia?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo

4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

117. ¿Se ha sentido Vd. en algún momento de su vida, carente de suficiente formación, instrucción educativa o cultura?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

118. ¿Participa Vd. en alguna asociación u organización de vecinos, cultural, política, deportiva o de cualquier otro tipo, aunque no sea miembro o asociado?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

119. Últimamente ¿siente Vd. que ha perdido confianza en sí mismo?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

120. Con cierta frecuencia ¿se nota Vd. agobiado y en tensión?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

121. ¿Tiene Vd. la sensación de que no puede superar sus dificultades?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo

4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

122. En general, en el momento actual de su vida, ¿se siente Vd. satisfecho o insatisfecho?

1. Muy satisfecho
2. Bastante satisfecho
3. Ni satisfecho ni insatisfecho
4. Poco satisfecho
5. Nada satisfecho
0. NS/NC

Las P. 123 a 130 se harán tan sólo a los que en la P. 11 tengan una actividad profesional o hayan trabajado antes aunque ahora esté en paro, es decir los que se hayan anotado en los items del 01 al 09. No se les hará a los que busquen el primer empleo, estudiantes, amas de casa o jubilados y pensionistas.

123. ¿Cuál es su situación contractual en su trabajo actual?

1. Parados
2. Sin contrato
3. Contrato temporal de menos de 12 meses
4. Contrato temporal 12 meses o más
5. Contrato indefinido
0. NS/NC

124. ¿Realiza o realizaba Vd. trabajos a destajo o que le exigieran un rendimiento muy alto?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

125. ¿Realiza o realizaba Vd. jornadas de trabajo prolongadas con escaso tiempo o pocos días de descanso?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

126. ¿Cuál es su grado de satisfacción con la función o trabajo que Vd. desempeña o desempeñaba?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

127. ¿Cuál es su grado de satisfacción con la consideración y el trato que recibe o recibía de sus superiores en el trabajo o la empresa?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

128. ¿Tiene Vd. o tenía sensación de cansancio intenso o de agotamiento posterior al trabajo?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

129. ¿siente o sentía Vd. tensión o estrés durante su trabajo?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

130. ¿Siente Vd. inquietud o inseguridad ante su futuro laboral?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

A todos los entrevistados

131. ¿En que clase social se encuentra o se situaría Vd.?

1. Baja
2. Media-baja
3. Media-media
4. Media-alta
5. Alta
0. NS/NC

Y a efectos exclusivos del control del trabajo de campo:

Equipo/entrevistador ..... ☐☐☐ ☐☐☐

Día Mes

Fecha realización entrevista ..... ☐☐ ☐☐

Duración entrevista en minutos ..... ☐☐

Entrevistado:

Nombre .....

Dirección .....

Teléfono .....

ANEXO 2

La muestra

PROVINCIA: 1. Castello de la Plana **ZONA:** 1. Castello-Vinaròs
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 1. <10.000

MUNICIPIO	ALCORA		CALIG		SEGORBE		VALL D´ALBA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
15-18	2	1	2	1	1	2	1	1	6	5
19-24	2	2	2	2	2	2	3	2	9	8
25-34	2	2	2	2	2	1	1	2	7	7
35-44	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4
Más de 44	1	1	1	1	2	1	1	2	5	5
Total	8	7	8	7	8	7	7	8	31	29

PROVINCIA: 1. Castello de la Plana **ZONA:** 1. Castello-Vinaròs
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	ONDA		VILA-REAL		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M
15-18	3	2	2	3	5	5
19-24	5	4	4	4	9	8
25-34	3	3	4	3	7	6
35-44	2	1	1	2	3	3
Más de 44	2	2	1	2	3	4
Total	15	12	12	14	27	26

PROVINCIA: 1. Castello de la Plana **ZONA:** 1. Castello-Vinaròs
TIPO DE ZONA: 2.Turística **HÁBITAT:** 1. <10.000

MUNICIPIO	BENICÀSSIM		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	1	1	1	1
19-24	1	1	1	1
25-34	1	1	1	1
35-44	1	0	1	0
Más de 44	0	0	0	0
Total	4	3	4	3

PROVINCIA: 1. Castello de la Plana **ZONA:** 1. Castello-Vinaros
TIPO DE ZONA: 2. Turística **HÁBITAT:** 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	BENICARLO		VINARÒS		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M
15-18	2	1	1	2	3	3
19-24	3	2	2	3	5	5
25-34	2	2	2	2	4	4
35-44	1	1	1	1	2	2
Más de 44	1	2	1	1	2	3
Total	9	8	7	9	16	17

PROVINCIA: 1. Castello de la Plana **ZONA:** 1. Castello-Vinaròs
TIPO DE ZONA: 2.Turística **HÁBITAT:** 4. 100.001-250.000

MUNICIPIO	CASTELLÓN DE LA PLANA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	7	6	7	6
19-24	10	10	10	10
25-34	8	8	8	8
35-44	4	5	4	5
Más de 44	4	5	4	5
Total	33	34	33	34

PROVINCIA: 2. Castello de la Plana **ZONA:** 1. Castello-Vinaròs
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 1. <10.000

MUNICIPIO	PUIG		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	1	1	1	1
19-24	2	2	2	2
25-34	1	1	1	1
35-44	1	1	1	1
Más de 44	1	1	1	1
Total	6	6	6	6

PROVINCIA: 2. Castello de la Plana **ZONA:** 1. Castello-Vinaròs
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	PUÇOL		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	1	1	1	1
19-24	1	1	1	1
25-34	1	1	1	1
35-44	0	0	0	0
Más de 44	0	0	0	0
Total	3	3	3	3

PROVINCIA: 2. Castello de la Plana **ZONA:** 1. Castello-Vinaròs
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 3. 50.001-100.000

MUNICIPIO	SAGUNT		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	3	3	3	3
19-24	4	4	4	4
25-34	4	4	4	4
35-44	2	2	2	2
Más de 44	2	2	2	2
Total	15	15	15	15

PROVINCIA: 2. Valencia **ZONA:** 2. Valencia-Paterna
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 1. <10.000

MUNICIPIO	BUÑOL		CASINOS		CHELVA		CHIVAS		VILLAR ARZOBISPO		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
15-18	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	10	10
19-24	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	16	15
25-34	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	13	12
35-44	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	6	6
Más de 44	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	7	7
Total	10	11	11	10	10	10	11	9	10	10	52	50

PROVINCIA: 2. Valencia **ZONA:** 2. Valencia-Paterna
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	BURJASSOT		LLIRIA		MISLATA		REQUENA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
15-18	3	3	3	3	3	3	3	2	12	11
19-24	4	4	4	4	4	4	5	4	17	16
25-34	4	3	4	3	3	4	3	4	14	14
35-44	2	2	2	2	2	1	1	2	7	7
Más de 44	1	2	1	2	2	2	2	1	6	7
Total	14	14	14	14	14	14	14	13	56	55

PROVINCIA: 2. Valencia **ZONA:** 2. Valencia-Paterna
TIPO DE ZONA: 2.Turística **HÁBITAT:** 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	MASSAMAGREL		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	1	1	1	1
19-24	2	2	2	2
25-34	2	2	2	2
35-44	1	1	1	1
Más de 44	1	1	1	1
Total	7	7	7	7

PROVINCIA: 2. Valencia
TIPO DE ZONA: 2.Turística
ZONA: 2. Valencia-Paterna
HÁBITAT: 5. >250.000

MUNICIPIO	VALENCIA (04)		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	11	11	11	11
19-24	16	16	16	16
25-34	13	13	13	13
35-44	7	7	7	7
Más de 44	6	8	6	8
Total	53	55	53	55

PROVINCIA: 2. Valencia
TIPO DE ZONA: 2.Turística
ZONA: 2. Valencia-Paterna
HÁBITAT: 5. >250.000

MUNICIPIO	VALENCIA (05)		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	1	1	1	1
19-24	1	1	1	1
25-34	1	1	1	1
35-44	0	0	0	0
Más de 44	0	1	0	1
Total	3	4	3	4

PROVINCIA: 2. Valencia
TIPO DE ZONA: 2.Turística
ZONA: 2. Valencia-Paterna
HÁBITAT: 5. >250.000

MUNICIPIO	VALENCIA (06)		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	9	9	9	9
19-24	15	15	15	15
25-34	11	12	11	12
35-44	6	6	6	6
Más de 44	6	6	6	6
Total	47	48	47	48

PROVINCIA: 2. Valencia
TIPO DE ZONA: 1. No turística
ZONA: 3. Valencia-Torrent
HÁBITAT: 1. <10.000

MUNICIPIO	ALCACER		SEDAVI		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M
15-18	2	1	1	1	3	2
19-24	2	2	2	2	4	4
25-34	1	2	2	1	3	3
35-44	0	1	1	0	1	1
Más de 44	0	1	1	1	1	2
Total	5	7	7	5	12	12

PROVINCIA: 2. Valencia
TIPO DE ZONA: 1. No turística
ZONA: 3. Valencia-Torrent
HÁBITAT: 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	CATARROJA		SILLA		XIRIVELLA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M
15-18	4	3	3	4	3	3	10	10
19-24	5	4	4	5	5	5	14	14
25-34	4	4	4	3	3	4	11	11
35-44	2	2	2	2	2	2	6	6
Más de 44	1	2	2	2	2	1	5	5
Total	16	15	15	16	15	15	46	46

PROVINCIA: 2. Valencia
TIPO DE ZONA: 1. No turística
ZONA: 2. Valencia-Torrent
HÁBITAT: 3. 50.001-100.000

MUNICIPIO	TORRENT		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	3	3	3	3
19-24	5	4	5	4
25-34	4	4	4	4
35-44	2	2	2	2
Más de 44	2	2	2	2
Total	16	15	16	15

PROVINCIA: 2. Valencia
TIPO DE ZONA: 2. Turística
ZONA: 2. Valencia-Torrent
HÁBITAT: 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	QUART (08)		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	1	1	1	1
19-24	1	1	1	1
25-34	1	1	1	1
35-44	1	1	1	1
Más de 44	0	0	0	0
Total	4	4	4	4

PROVINCIA: 2. Valencia
TIPO DE ZONA: 2. Turística
ZONA: 2. Valencia-Torrent
HÁBITAT: 5. <250.000

MUNICIPIO	VALENCIA (08)		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	7	7	7	7
19-24	11	11	11	11
25-34	9	9	9	9
35-44	5	5	5	5
Más de 44	4	5	4	5
Total	36	37	36	37

PROVINCIA: 2. Valencia
TIPO DE ZONA: 2. Turística
ZONA: 2. Valencia-Torrent
HÁBITAT: 5. <250.000

MUNICIPIO	VALENCIA (09)		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	12	11	12	11
19-24	17	18	17	18
25-34	13	14	13	14
35-44	6	7	6	7
Más de 44	7	9	7	9
Total	55	59	55	59

PROVINCIA: 2. Valencia **ZONA:** 4. Gandia-Alzira
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 1. <10.000

MUNICIPIO	ALBERIC		BENIFARÓ DE VALLD		ENGUERA		NAVARRÉS		MANUEL		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
15-18	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	11	10
19-24	3	3	4	3	4	3	3	4	3	3	17	16
25-34	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	14	13
35-44	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	7	7
Más de 44	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	7	8
Total	12	10	13	9	12	10	9	13	10	12	56	54

PROVINCIA: 2. Valencia **ZONA:** 4. Gandia-Alzira
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	ALGINET		ALZIRA		CARLET		SUECA		XÁTIVA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
15-18	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	14	13
19-24	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	20	19
25-34	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	16	16
35-44	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	8	8
Más de 44	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	8	9
Total	14	13	14	12	12	14	13	13	13	13	66	65

PROVINCIA: 2. Valencia **ZONA:** 4. Gandia-Alzira
TIPO DE ZONA: 2. Turística **HÁBITAT:** 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	CULLERA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	1	1	1	1
19-24	2	2	2	2
25-34	1	1	1	1
35-44	1	1	1	1
Más de 44	1	1	1	1
Total	6	6	6	6

PROVINCIA: 2. Valencia **ZONA:** 4. Gandia-Alzira
TIPO DE ZONA: 2. Turística **HÁBITAT:** 3. 50.001-100.000

MUNICIPIO	GANDIA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	3	3	3	3
19-24	4	4	4	4
25-34	3	3	3	3
35-44	1	2	1	2
Más de 44	1	2	1	2
Total	12	14	12	14

PROVINCIA: 3. Alacant **ZONA:** 5. Alacant-Denia
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 1. <10.000

MUNICIPIO	AGOST		ALFA DEL PI		XIXONA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M
15-18	2	2	2	1	1	2	5	5
19-24	2	3	3	2	3	2	8	7
25-34	2	2	3	2	2	3	7	7
35-44	1	1	1	1	1	1	3	3
Más de 44	1	2	1	1	1	1	3	4
Total	8	10	10	7	8	9	26	26

PROVINCIA: 3. Alacant **ZONA:** 5. Alacant-Denia
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	CALLOSA D`ENSARRI		S. VICENTE RASPEIG		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M
15-18	3	3	3	3	6	6
19-24	4	4	4	4	8	8
25-34	4	3	3	4	7	7
35-44	2	2	2	2	4	4
Más de 44	2	1	1	2	3	3
Total	15	13	13	15	28	28

PROVINCIA: 3. Alacant
TIPO DE ZONA: 2. Turística
ZONA: 5. Alacant-Denia
HÁBITAT: 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	ALTEA		VILA JOIOSA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M
15-18	3	2	2	3	5	5
19-24	4	4	4	4	8	8
25-34	4	3	3	4	7	7
35-44	2	1	1	2	3	3
Más de 44	2	1	1	2	3	3
Total	15	11	11	15	26	26

PROVINCIA: 3. Alacant
TIPO DE ZONA: 2. Turística
ZONA: 5. Alacant-Denia
HÁBITAT: 5. >250.000

MUNICIPIO	ALACANT (16)		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	5	5	5	5
19-24	7	8	7	8
25-34	7	7	7	7
35-44	3	3	3	3
Más de 44	3	4	3	4
Total	25	27	25	27

PROVINCIA: 3. Alacant
TIPO DE ZONA: 2. Turística
ZONA: 5. Alacant-Denia
HÁBITAT: 5. >250.000

MUNICIPIO	ALACANT (18)		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	9	8	9	8
19-24	13	13	13	13
25-34	11	12	11	12
35-44	6	6	6	6
Más de 44	4	5	4	5
Total	43	44	43	44

PROVINCIA: 3. Alacant **ZONA:** 6. Elx-Orihuela
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 1. <10.000

MUNICIPIO	ALBATERA		CATRAL		GUARDAMAR SEGURA		FORMENTERA SEGURA		BIGASTRO		SAX		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
15-18	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	9	8
19-24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	12	11
25-34	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	10	10
35-44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	5	5
Más de 44	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	5	5
Total	8	6	8	6	7	6	5	8	7	6	6	7	41	39

PROVINCIA: 3. Alacant **ZONA:** 6. Elx-Orihuela
TIPO DE ZONA: 1. No turística **HÁBITAT:** 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	COCENTAINA		NOVELDA		ORIHUELA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M
15-18	4	4	4	4	4	3	12	11
19-24	6	5	5	6	6	6	17	17
25-34	5	5	5	5	5	5	15	15
35-44	3	2	2	3	2	2	7	7
Más de 44	2	3	2	2	2	3	6	8
Total	20	19	18	20	19	19	57	58

PROVINCIA: 3. Alacant **ZONA:** 6. Elx-Orihuela
TIPO DE ZONA: 1. No Turística **HÁBITAT:** 3. 50.001-100.000

MUNICIPIO	ALCOI		ELDA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M	H	M
15-18	3	3	3	3	6	6
19-24	5	5	4	5	9	10
25-34	4	4	4	4	8	8
35-44	2	2	2	2	4	4
Más de 44	1	2	2	2	3	4
Total	15	16	15	16	30	32

PROVINCIA: 3. Alacant
TIPO DE ZONA: 2. Turística
ZONA: 5. Alacant-Denia
HÁBITAT: 4. 100.001-50.000

MUNICIPIO	ELX		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	10	10	10	10
19-24	15	15	15	15
25-34	13	13	13	13
35-44	6	6	6	6
Más de 44	5	5	5	5
Total	49	49	49	49

PROVINCIA: 3. Alacant
TIPO DE ZONA: 2. Turística
ZONA: 5. Alacant-Denia
HÁBITAT: 2. 10.001-50.000

MUNICIPIO	SANTA POLA		TOTAL	
EDAD/SEXO	H	M	H	M
15-18	2	2	2	2
19-24	3	3	3	3
25-34	3	3	3	3
35-44	1	1	1	1
Más de 44	1	1	1	1
Total	10	10	10	10