



**EL CONSUMO DE DROGAS
EN GALICIA IX - 2006**

Edita

Xunta de Galicia

Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde

Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias

© da edición: Xunta de Galicia

1ª edición: 2008

Estudio realizado por Equipo de Investigación Sociológica (EDIS, S.A.)

Dirección e análises:

José Navarro Botella

Mostra e proceso de datos:

Javier Giménez Marín

Traballo de campo:

M.ª del Prado Fernández Escudro

Proceso de textos:

Servizos de EDIS

Imprime

Difux, S.L.

Tirada: 1000 exemplares

Depósito legal:

Prólogo	5
---------------	---

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA:

Planteamiento y objetivos del Estudio.....	11
Metodología de la investigación.....	22

PARTE PRIMERA:

Prevalencias, patrones y perfiles en los consumos de drogas en Galicia	29
---	----

1. El consumo de tabaco	31
Introducción	33
1.1. El consumo de tabaco en Galicia	33
1.2. O perfil de los consumidores de tabaco	37

2. El consumo de alcohol	41
Introducción	43
2.1. El consumo de alcohol en el último mes, frecuencia y perfiles	43
2.2. Los tipos de bebidas y la cantidad de alcohol consumidos. Tipología de bebedores	46
2.3. Perfil de los bebedores abusivos.....	51
2.4. Edad de inicio en el consumo de alcohol	55
2.5. El botellón	55

3. El Consumo de otras drogas	59
Introducción	61
1. Los inhalables.....	64
2. El Cannabis	68
3. La cocaína	72
4. Las drogas de síntesis.....	76
5. La heroína.....	80
6. Los otros opiáceos.....	84
7. Los alucinógenos.....	88
8. Las anfetaminas	92
9. Los tranquilizantes.....	96
10. Los hipnóticos.....	100
11. El crack.....	104

4. El índice de riesgo en las áreas sanitarias en los consumos de tabaco, alcohol y otras drogas	107
---	-----

5. Secuencias y tendencias en el uso de drogas en Galicia	113
5.1. Las prevalencias en las distintas sustancias y perfiles.....	115
5.2. La evolución de los consumos y tendencia.....	118

6. El uso múltiple de drogas o policonsumo	123
6.1. Consumo múltiple de drogas	125
6.2. Los modelos básicos de policonsumo	128

SEGUNDA PARTE:

Factores de riesgo y de protección y otras cuestiones, y su relación con el consumo de drogas	133
1. Motivaciones para el consumo de drogas	135
Introducción	137
1.1. Motivaciones para el consumo de alcohol	137
1.2. Motivaciones para el consumo de drogas ilegales y psicofármacos	139
2. Los factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas	143
2.1. Los factores de riesgo	145
Introducción	145
2.1.1. Los factores de riesgo y su relación con los consumos de drogas	146
2.2. Los factores de protección.....	153
Introducción	153
2.2.1. Los factores de protección y su relación con los consumos de drogas	154
3. Consecuencias derivadas del consumo de drogas y ayudas para dejarlas	161
Introducción	163
3.1. Los problemas derivados del consumo de drogas	164
3.2. Grados de dependencia subjetiva del consumo de drogas.....	166
3.3. Tratamiento para dejar las drogas y consultas a expertos	167
3.4. Ayudas para dejar las drogas	173
4. Opiniones y actitudes de la población ante las drogas	177
4.1. Medidas más eficaces en la lucha contra las drogas.....	179
4.2. Los programas de administración de metadona y jeringuillas	181
4.3. El uso de drogas en lugares públicos y en el ámbito privado.....	183
5. Conocimiento y valoración del Plan de Galicia sobre Drogas	185
Introducción	187
5.1. Conocimiento do Plan de Galicia sobre Drogas	187
5.2. Valoración de la labor del Plan de Galicia sobre Drogas	188
Principales resultados y conclusiones	191
Bibliografía	201
Anexo:	207
El Cuestionario	209
Metodología del trabajo de campo	221

PRÓLOGO

El consumo de drogas constituye una preocupación sanitaria y social que afecta en gran medida al mundo occidental. Por esto se dedicó, y sigue dedicando, gran esfuerzo científico a descubrir cuáles son sus causas y su tratamiento más eficaz

Los estudios epidemiológicos son instrumentos muy necesarios para poder analizar el estado de situación de un determinado fenómeno o enfermedad, y, indirectamente, para determinar el efecto de las intervenciones llevadas a cabo para resolverla. Si además los estudios se realizan de manera periódica, como en este caso, se añade mucho más valor a los resultados obtenidos, tanto en el referente a la validez como a la posibilidad de establecer comparaciones.

La Consellería de Sanidad, sensible a esta necesidad, viene financiando estudios bienales sobre el consumo de drogas desde 1988, consciente de que para actuar ante una determinada realidad es necesario conocerla adecuadamente primero.

En esta publicación que ahora se presenta se reflejan los datos de las últimas investigaciones llevadas a cabo en Galicia en el campo de la epidemiología del consumo de drogas (noveno estudio), prestando especial atención a los consumos de alcohol, cannabis y cocaína.

Deseo que la publicación de este estudio contribuya a que el problema del consumo de drogas tenga una respuesta cada vez más adecuada en nuestra comunidad. Para esto, es muy importante el trabajo conjunto que se viene realizando entre los ayuntamientos, las asociaciones, los profesionales y la administración autonómica.

Os animo a todos y a todas a seguir trabajando con este objetivo común.

M^a José Rubio Vidal
Conselleira de Sanidade

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1. Planteamiento y objetivos del estudio

A) Contextualización, homologación y comparabilidad del estudio

La realidad sociológica de las drogas y su problemática es un *conjunto de hechos y de factores*, algunos de ellos de cierta *permanencia* en el tiempo y otros que han ido experimentando determinados *cambios*. Las sustancias más extendidas e integradas socialmente, como el tabaco y el alcohol, siguen siendo de amplio consumo, pero poco a poco van modificándose sus patrones de uso: se observa cierto freno en población general en el hábito de fumar diariamente, así como en el uso abusivo del alcohol; sin embargo, entre los adolescentes y jóvenes y determinados segmentos sociales específicos como los *escolares*, las *mujeres* y los *trabajadores*, la situación es más preocupante, especialmente en el uso excesivo de alcohol los fines de semana, y que en algunos casos ya va instaurando pautas de consumo más frecuente o habitual, e incluso en ciertos casos compulsivo.

En los que se refiere a las drogas ilegales más “clásicas” como la heroína y otros opiáceos vemos que se encuentran en un estado de cierta contención, pero sin que pueda minusvalorarse su presencia. Los cambios experimentados en las vías de uso de la heroína (menos por vía parenteral) o el retraso de la edad de inicio, son sin duda datos positivos, pero sus efectos siguen haciendo necesaria una adecuada acción de atención a quienes se encuentran en un proceso de uso avanzado y con determinadas consecuencias de salud, familiares o de marginalidad.

Actualmente hay otras sustancias, como la cocaína, las drogas de síntesis y el cannabis, que van marcando unas tendencias de progresiva penetración en el tejido social. La cocaína en sectores sociales cada vez más amplios y diversificados, con un 4,8% en los de 15 a 34 años en los últimos 12 meses. Las drogas de síntesis, que en 2003 indicaban haberla consumido en España, en los últimos doce meses, un 4,6% de los jóvenes de 15 a 24 años, son también preocupantes. El cannabis, aunque entre población general el incremento no es muy grande, su uso se está consolidando entre los jóvenes españoles, con una prevalencia del 20,1% entre los 15 y los 34 años, en los últimos doce meses.

Entre la población adulta además de las sustancias anteriores, especialmente en el tabaco y el alcohol, se observa también un consumo bastante importante en psicofármacos, como los tranquilizantes e hipnóticos, que en determinados grupos etarios alcanzan prevalencias entre el 8% y el 10%.

Esta situación no se reduce solamente a los consumos en sí, ya que las drogas como *hecho social*, además de afectar a quienes las usan, interesan también al conjunto de la sociedad. En primer lugar, porque una buena parte de los factores de riesgo se *generan socialmente*: en las situaciones personales y familiares problemáticas, en determinadas condiciones sociales y culturales conflictivas, en el fracaso escolar o la falta de integración laboral, en los modos de diversión, etc. Y también en la configuración de *opiniones y actitudes* en la población, unas veces de rechazo y estigmatización de quienes han caído en la drogodependencia, otras de cierta comprensión y demanda de atención.

Finalmente, existe otra perspectiva del problema que es la *institucional*. Ante los problemas personales, familiares y sociales que las drogas producen, así como las demandas de ayudas y atención que se van generando entre los mismos usuarios, pero también en colectivos más amplios (padres de alumnos y de jóvenes, las familias, asociaciones, etc.), las instituciones públicas en sus diversos niveles están dando una *respuesta* en varios frentes: atención a los drogodependientes, represión del tráfico, formación y prevención, medidas de salud pública, etc. Y también estas *actuaciones* van *cambiando y adaptándose* a las nuevas circunstancias, siendo cada vez más acordes con las expectativas de la población.

Consecuentemente esta realidad social y su proceso de cambio ha venido siendo estudiada desde diferentes perspectivas (epidemiológicas, sociales, antropológicas, etc.); así como en diferentes ámbitos y segmentos sociales (nacional y autonómico; entre escolares, padres de alumnos, jóvenes, trabajadores, etc.), tal como hemos ido viendo en los últimos años. Los enfoques y los resultados han sido, como era de esperar, muy variados, pero entre las investigaciones más solventes realizadas en nuestro país -y lo que hemos podido ver en una amplia revisión internacional de estudios- se observan una serie de *finalidades y de objetivos comunes de conocimiento*.

Cuando en 1988 realizamos el diseño del **Programa de Encuestas en Galicia** y en Andalucía sobre Uso de Drogas, y que posteriormente aplicamos en la primera Encuesta Nacional Domiciliaria sobre Uso de Drogas del Plan Nacional sobre Drogas (1995), señalábamos que este tipo de estudios deberían cumplir, a medio y largo plazo, las siguientes finalidades de validez general:

- 1 Construir de un modo sólido unos *indicadores* para la *detección* de los distintos fenómenos que se quieren conocer, en especial en las prevalencias de los usos de las distintas sustancias, las actitudes subyacentes y los factores asociados a este hecho, así como la factibilidad de las intervenciones ante esta problemática.
- 2 Estos indicadores han de tener una consistencia suficiente para poder medir y evaluar la situación a lo largo de un *período de tiempo* razonable, explicando en lo posible las *evoluciones* que se vayan produciendo y, en todo caso, ir *generando nuevas variables* ante fenómenos *emergentes*.
- 3 El análisis de los resultados obtenidos ha de aspirar a crear un *modelo interpretativo* de la realidad en cuestión y una cierta capacidad *predictiva* de su proyección en el tiempo, permitiendo de este modo *orientar* la intervención, especialmente en las actuaciones preventivas, en la dirección más adecuada y con una cierta perspectiva de validez en el futuro.

En este contexto general hay que ir situando y homologando las distintas investigaciones que se vayan realizando; buscando, en la medida de lo posible, una serie de objetivos comunes que permitan ir creando un cierto corpus de conocimiento general en el que sea factible la *comparabilidad* entre ámbitos y territorios específicos y la medición de la *evolución* experimentada en los fenómenos observados a lo largo del tiempo. Estos **OBJETIVOS DE CONOCIMIENTO** generales han ido estando progresivamente presentes en estudios nacionales sobre el *Consumo de Drogas en España* y en los de diversas *Comunidades Autónomas*, así como en los de *sectores específicos* como los *escolares y jóvenes*, el *femenino*, el *laboral*, etc. Estos objetivos se pueden clasificar en los siguientes grandes grupos:

- A *Conocimiento de las prevalencias y patrones de consumo de las diferentes drogas. Cuantificación del uso en los diferentes períodos y frecuencias.*
- B *Características demográficas y sociales de los usuarios de cada una de ellas.*
- C *Evolución de los consumos en el tiempo y tendencias que se apuntan, especialmente en las drogas emergentes.*
- D *Principales motivaciones y factores de riesgo y protección asociados o presentes en las distintas drogas. Y consecuencias personales y sociales derivadas del uso de las mismas.*
- E *Opiniones, percepciones y actitudes de la población ante la realidad de las drogas, presencia de las mismas.*
- F *Demandas de la población a las instituciones: actuaciones y medidas ante las drogas (atención, prevención, formación...).*

Dichos objetivos básicos de conocimiento se componen, a su vez, de unos *objetivos específicos* o temáticas concretas de investigación. Diversos indicadores han de mantener una cierta *homogeneidad* con los de otros estudios para poder permitir la *comparabilidad* y el análisis de la *evolución* temporal e intersectorial; indicadores tales como los períodos y frecuencias en los consumos de las distintas sustancias, determinadas tipologías, por ejemplo la de bebedores; ciertas variables sociodemográficas; algunas cuestiones de opiniones, actitudes y demandas, etc. Lo que no impide que se utilicen también otros indicadores para estudiar las *especificidades* en un determinado ámbito o sector.

Metodológicamente, la complementariedad de la *generalidad* del primer tipo de indicadores y de la *particularidad* de los del segundo tipo, permite, por una parte identificar la *evolución y tendencias posibles de los fenómenos* estudiados, y, por otra, suministrar *información singularizada para la adecuada planificación de las diversas actuaciones específicas*, como lo es muy especialmente la de prevención.

Como es natural, cuando se diseñó el programa de investigación de este tipo de estudios se tuvo muy en cuenta las experiencias realizadas anteriormente en otros países y de forma incipiente en España. En la primera Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas señalábamos al respecto lo siguiente:

- “El modelo de encuesta sobre epidemiología de las drogas, originario de Smart en un plan de investigaciones de la OMS, y que ligeramente adaptado hemos utilizado aquí, ha sido sometido a varios controles de fiabilidad y validez, con criterios básicos, a nuestro juicio establecidos ya con suficiente firmeza por diversos autores. Citemos, a este respecto, los trabajos de Whitehead y Smart (1972), los de Single y cols. (1975) así como los de Smart (1975), la revisión de Jonhston (1980) y estudios como el de O'Malley y cols. (1983). Estos estudios han sintetizado las diferentes pruebas a aplicar como comprobación de la validez y fiabilidad de este tipo de encuestas, estableciendo su eficacia para estudiar el comportamiento de poblaciones en relación con las drogas, si se aplican correctos controles metodológicos.
- El caso concreto del modelo de recogida de datos sobre consumo de drogas que utilizamos en este trabajo, ha sido comprobado en diversas muestras de distintos ámbitos geográficos. Además, ha sido evaluado desde el punto de vista de su validez y fiabilidad en muestras relativamente difíciles, en lengua castellana (Medina Mora y cols. 1981) aparte de los primeros estudios realizados por Smart (1980) sobre este instrumento en su versión inglesa. También ha sido aplicado por EDIS en un amplio estudio nacional “El Consumo de Drogas en España” (1984).”

En lo que se refiere a la metodología muestral y de campo, la realización de la encuesta era *probabilística, personal* y en los *domicilios* del entrevistado, y se han tenido en cuenta muchas de las observaciones derivadas de la revisión metodológica realizada sobre la encuesta de EE.UU., en 1989*, respecto a la estructuración y comprensibilidad de las cuestiones, la privacidad y el anonimato de la entrevista, las contaminaciones semánticas, así como en el tratamiento y análisis de los datos obtenidos.

Desde esta perspectiva la estructura básica de esta encuesta se ha seguido aplicando en los estudios de **Galicia (1988 a 2004)**, Andalucía (1987 a 2003), Comunidad Valenciana (1996 a 2004), y ligeramente adaptado en estudios sobre drogas en el medio laboral en España (1987, 1996 y 2001), en Madrid (1996), Andalucía (1997) y Comunidad Valenciana (1999 y 2005). Así como en las de ámbito nacional (1995, 1997, 1999, 2001 y 2003) del PNSD.

También en el Ayuntamiento de Madrid se han realizado tres amplias investigaciones de este tipo: “El consumo de drogas en el Municipio de Madrid” (Alvira, F. y Comás, D. 1989), “El consumo de drogas y factores asociados en el Municipio de Madrid” (Navarro, J. y Gómez, E. 1997), y “Factores de riesgo y factores de protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas” (Navarro, J. 2000).

Todos estos estudios han aportado una amplia información que, sin duda, han sido de gran utilidad en la programación de diversas actuaciones ante la problemática de las dro-

* TURNER, CH.F., LESSLER, J.T. y GFROERER, J.C. (ed.) (1992). *Survey Measurement of Drug Use. Methodological Studies*. Rockville (Maryland): Nacional Institute on Drug Abuse. y GFROERER, J. (1992). “Methodology of the U.S. National Household Survey on Drug Abuse”. En *Health Related Data and Epidemiology in the European Community*, Bruselas (21-23 septiembre).

gas. Sin embargo, la evolución y la capacidad de cambio de esta realidad hacen necesario la continuidad en su investigación de la especificidad sociológica que cada estudio requiere. En esta línea hay que situar el presente estudio “El consumo de drogas en Galicia 2006”.

Los INDICADORES y LA METODOLOGÍA a aplicar en el presente estudio estarían homologados, por tanto, a los de uso internacional, concretamente por las siguientes entidades.

- Observatorio Europeo sobre drogas y toxicomanías OEDT
- Instituto Nacional de abusos de drogas de EE.UU. NIDA
- Plan Nacional sobre Drogas de España PNSD
- Los distintos Planes Autonómicos sobre drogas existentes en el Estado Español.

Dado, pues, que los indicadores sobre prevalencias de los consumos de las distintas drogas están homologados, estaríamos en condiciones de **comparar**, en un amplio cuadro geográfico y temporal para cada sustancia, los resultados obtenidos en 2006 en Galicia; tanto en la serie temporal de esta Comunidad, midiendo la **evolución experimentada**, como con los resultados de los estudios nacionales y los realizados en otras Comunidades (Andalucía, Valencia, Madrid, Aragón, Canarias, etc.), con lo que obtendríamos la **posición relativa** de Galicia en cada tipo de droga.

B) Objetivos: Contenido específico de la investigación

Los objetivos del presente estudio, en continuidad con los de los estudios anteriores en Galicia, se estructuran en dos grandes bloques: en el primero se investiga todo lo referente al aspecto **epidemiológico** (consumos, patrones, perfiles, evolución, policonsumos...); y en la segunda se abordan los contenidos más **cualitativos** (motivaciones y factores de riesgo y de protección, consecuencias en los consumos, tratamientos, ayudas y medidas, actitudes de la población...). En esencia se han mantenido las mismas temáticas, con sus series históricas, al tiempo que se han introducido otras en función de nuevas necesidades de información, tales como: desarrollo de las cuestiones relacionadas con el botellón (motivos, policonsumos, problemas...).

Los contenidos específicos de la **Investigación** serían los que se recogen a continuación.

A) PARTE PRIMERA: Indicadores epidemiológicos y otros de evolución

En la orientación y desarrollo de la parte de la encuesta **epidemiológica** a la población de doce años en adelante residente en las cuatro provincias de Galicia, sus distintas áreas sanitarias y todos los niveles de hábitat, se han tenido en cuenta a efectos del estudio de la **evolución** experimentada en Galicia, la metodología y los resultados de los mencionados estudios en esta Comunidad. En lo que respecta a la **comparabilidad** con el conjunto de España, también se incluyen determinadas cuestiones y aspectos de la metodología de la Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y que, a su vez, varios indicadores son de un uso bastante extendido, tanto en las encuestas del NIDA de Estados Unidos, como en los estudios de varios países de la Unión Europea.

Con el fin de que la comparabilidad se aproxime lo máximo posible al momento actual y a unos territorios no tan generales como el conjunto nacional, se han realizado comparaciones con varios estudios regionales realizados a población general en Andalucía, Canarias, Madrid y la Comunidad Valenciana. Por otra parte también se aportan datos sobre las prevalencias observadas en una treintena de estudios, propios y de otros autores, que cubren un período de más de quince años. En otras sustancias de interés actual, como lo son las drogas de síntesis, se realizarán comparaciones con una docena de estudios, desde 1994 a 2005.

1 *El consumo de drogas en Galicia (1998-2004) Plan de Galicia sobre Drogas EDIS. Santiago.*

2 *Encuesta Domiciliaria sobre uso de drogas (1995-2003) Plan Nacional sobre Drogas. Madrid*

13 *National household survey on drug abuse: Population Estimates Substance Abuse and Mental Health Services Administration. U.S.A. Department of Health and Human Services. Rockville (Maryland) 1995.*

4 *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea (2004). Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Lisboa.*

1. Prevalencias en el uso de las distintas sustancias y patrones de consumo más relevantes

Esta cuestión es básica en el estudio, y trata de definir y cuantificar los distintos consumos existentes, así como las prevalencias y patrones de consumo en cada tipo de drogas. Las sustancias incluidas aquí serían las siguientes:

- Las Drogas legales:
 - Tabaco
 - Alcohol
- Los psicofármacos:
 - Tranquilizantes
 - Hipnóticos
 - Analgésicos Morfínicos y otros opiáceos.
- Las drogas ilegales:
 - Inhalables
 - Cannabis
 - Anfetaminas
 - Alucinógenos
 - Heroína
 - Cocaína
 - Drogas de Síntesis
 - Crack

La información obtenida en cada una de estas sustancias respecto a sus prevalencias de consumo y patrones más relevantes se estructura en torno a una serie de indicadores homologados internacionalmente. Para cada tipo de sustancias dichos indicadores serían los siguientes:

TABACO

- **Situación actual respecto al consumo de tabaco:** nunca han fumado; en la actualidad no fuman, pero antes sí; en la actualidad fuman **ocasionalmente**; en la actualidad fuman **diariamente**.
- A los fumadores actuales: **cantidad** de tabaco que fuman. Y a partir de aquí establecer **tipología de fumadores**: moderados, altos y excesivos, (con especial referencia al uso de cigarrillos, que es la modalidad en que fuman más del 95%), según consuman menos de 10 cigarrillos, de 10 a 20 y más de 20. Se incluyen también las **medias diarias** de cigarrillos.
- Todos estos datos se cruzan con las diferentes variables sociodemográficas, y en especial con el sexo y la edad, con el fin de comprobar dos hipótesis de especial interés: la alta progresión en el hábito de fumar a diario por parte de las mujeres jóvenes; y el momento en que se produce la inflexión del abandono del tabaco.
- **Edad de inicio** en el uso del tabaco; distribución y medias, y todo ello por sexos y por edades.

ALCOHOL

- Respecto a las **secuencias en el consumo de alcohol** los indicadores serían los siguientes:
 - Consumo de alcohol **alguna vez**
 - Consumo de alcohol en los últimos **doce meses**
 - Consumo de alcohol en el **último mes**
 - **Frecuencias** de consumo en el **último mes**, de las que se derivarán tres **patrones** de consumo, en lo que a la frecuencia se refiere:
 - * **esporádico**: de 1 a 3 veces al mes
 - * **medio**: de 1 a 4 veces por semana
 - * **alto**: de 5 a 6 veces por semana y diariamente.
- **Tipos de bebidas y cantidad** de cada una de ellas para su conversión en su equivalente en ml. de **alcohol puro**; para ello, a lo largo de los treinta días, incluyendo cuatro fines de semana, se pregunta por cada tipo de bebida y su cantidad tomada en el día anterior a la entrevista, y en una pregunta de control se anota el día de la toma de datos, de modo que se pueda distinguir en el análisis de que día se trata. Con estos datos se hacen diferentes tipos de análisis, entre ellos los siguientes:
 - **prevalencias** de los consumos de **alcohol en ml. gmos. y UBE**.
 - **patrones** de consumo de **fin de semana**, de **días laborables**, y **promedios diarios generales**.
 - **patrones** de consumo (fin de semana, diario, etc), según las variables de **sexo y edad**, buscando la confirmación o evolución de algunas hipótesis de interés como: patrones de consumo de fin de semana entre los jóvenes, progresiva toma de alcohol de las mujeres jóvenes, asociación del consumo de alcohol a otras sustancias, etc.
 - consumo de alcohol en las distintas provincias y hábitats de Galicia, así como según otras variables **sociodemográficas**: ocupación, nivel educativo, rol familiar, clase social, etc.
- A partir de la conversión de cada bebida en su equivalente de alcohol, y con los datos del consumo de cada entrevistado se ha establecido una **tipología de bebedores**, según la ingesta de alcohol que, en media diaria, sería la siguiente:
 - Abstinentes: 0 ml.
 - Ligeros: 1 a 25 ml.
 - Moderados: 26 a 75 ml.
 - Altos: 76 a 100 ml.
 - Excesivos: 101 a 150 ml.
 - Gran riesgo: Más de 150 ml.

En los hombres se considerará **bebedores abusivos** a partir de los 75 ml. de alcohol al día y para la mujer, siguiendo los criterios internacionales, a partir de los 50 ml.

También se ofrecen estos datos convertidos en **gramos** de alcohol y en **unidades básicas de bebida** con arreglo al siguiente cuadro de equivalencias:

Cadro A: Tipo de bebedores según el consumo diario en ml./cc., gramos o UBE.*

Tipo de Bebedores	Varones			Mujeres		
	ml/cc	gr.	UBE	ml./cc	gr.	UBE
1. Abstinentes	0	0	0	0	0	0
2. Ligeros	1-25	0.8-20	1-2	1-25	0.8-20	1-2
3. Moderados	26-75	21-60	3-6	26-50	021-40	3-4
4. Altos	76-100	61-80	7-8	51-75	41-60	5-6
5. Excesivos	101-150	81-120	9-12	76-100	61-80	7-8
6. Gran riesgo	+150	+120	+12	+100	+80	+8

* Según los criterios de la Dirección Nacional de Salud Pública y el PNSD

Será realizado el oportuno cruce entre la frecuencia en que se bebió en el último mes y la cantidad, así como con la tipología de bebedores, con el fin de evaluar el grupo de **mayor riesgo alcohólico**.

- También se incluirán algunas preguntas para profundizar en algunos otros aspectos relacionados con el consumo de alcohol, tales como:
 - Tipos de bebidas consumidas, según **perfiles sociodemográficos**.
 - Participación en **botellón**.

Y en lo que se refiere a los **motivos** por los que beben y a las posibles **consecuencias** se dedica un espacio específico en el cuestionario, que veremos más adelante.

- **Edad de inicio** en el consumo de alcohol; distribución y medias, coeficiente de variación; y según el sexo y la edad.

PSICOFÁRMACOS Y DROGAS ILEGALES

- Para los **psicofármacos** y las **drogas ilegales** las **prevalencias** en los consumos y los **patrones** de uso se ha indagará a través de los siguientes indicadores:
 - Consumo de **alguna vez** en la vida
 - Consumo en los últimos **o seis meses**
 - Consumo en el último **mes**.

Y dentro del consumo en el **último mes** se han establecido las siguientes **frecuencias** de consumo:

- Menos de una vez a la semana
- Una vez a la semana
- De dos a seis veces a la semana
- Diariamente.

Estos indicadores y las frecuencias en el último mes nos permiten establecer las **prevalencias** del consumo de cada sustancia en cada **período** de tiempo considerado, así como los **patrones** prevalentes en cada **droga**: esporádico, recurrente, habitual.

- **Continuidad en el uso de las distintas sustancias**: Índices de continuidad remoto y actual.
- **Edades de inicio en el uso de cada droga**: Con uso de diversos estadísticos: moda, media, coeficiente de variabilidad; y también según el sexo y la edad.

- **Modos de consumo:**

- Monoconsumo, para cada droga en concreto.
- Policonsumo, con los diversos tipos de asociaciones e índices de policonsumo.
- Análisis factorial para la definición de los **modelos básicos** en el policonsumos.

En estos modelos de policonsumos estimamos que se encontrarán cuatro tipos básicos con una explicación de la varianza entre el 50 y 60 por ciento del total y cuya definición sería la siguiente:

- 1 El de los **psicoestimulantes** (cocaína, drogas de síntesis y anfetaminas), con presencia de alucinógenos, cannabis y alcohol.
- 2 El liderado por los **narcóticos** (heroína, morfínicos y otros opiáceos), en el que asociarían también la cocaína y el crack.
- 3 El de las **drogas legales** (tabaco y alcohol) con asociación de cannabis.
- 4 El de los **psicofármacos** (tranquilizantes e hipnóticos, principalmente).

2. Profundización en consumos específicos

En la línea de profundizar en algunas características de algunos consumos específicos, se incluirá lo siguiente:

- **Vías de consumo, especialmente para la Heroína y la Cocaína:** (anteriormente y en la actualidad)
 - Comida o bebida
 - Esnifada en polvo
 - Inhalada en "chinos" o papel de plata
 - Fumada en cigarrillos o en pipa
 - Inyectada
 - Otra. Cuál.

3. Perfiles o características demográficas 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 analizarán las diversas características demográficas y sociales de los usuarios de cada sustancia, definiendo sus **perfiles** según:

- Sexo y edad.
- Nivel educativo
- Ocupación y profesión
- Estado civil
- Clase social subjetiva
- Provincia y hábitats de residencia
- Áreas Sanitarias.

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 de consumo de drogas y las proporciones de población afectada. Con una muestra de unas 2.300 entrevistas se ha podido realizar un detenido análisis de perfiles, según la afinidad demográfica y sociológica de los mismos.

4. Evolución de los consumos de drogas y tendencias

Dado que el presente estudio utiliza muchos de los indicadores que se han ido manteniendo en el tiempo en otros estudios nacionales y autonómicos y en los de Galicia de 1988 a 2004, se estudiará la **evolución comparativa** que la realidad de las drogas ha ido experimentado en el tiempo y señalar las posibles nuevas **tendencias emergentes**, que en Galicia apuntan diferentes aspectos o fenómenos asociados, tales como:

- En el consumo del Tabaco y el Alcohol
- En el de los Psicofármacos
- En el de las drogas ilegales, con especial atención a las más problemáticas, como la Heroína y la Cocaína, o a las más recientes como las Drogas de Síntesis.
- En los perfiles o características de los usuarios de cada tipo de sustancias.
- En otra serie de indicadores (opinión y actitudes, conocimiento y valoración de los servicios) muy útiles para la **intervención** ante esta problemática, y que veremos a continuación.

También se estudiarán los diferentes niveles de riesgo en las distintas Áreas Sanitarias de Galicia.

B) PARTE SEGUNDA: Aspectos cualitativos relacionados con las drogas

1. Motivaciones para el consumo de drogas y factores de riesgo y protección

Aquí se mantendrán los mismos tipos de indicadores básicos de MOTIVACIONES para el consumo de drogas: **Placer/experimentación**, **Respuesta social**, y **Sintomatológicas**, estableciendo las oportunas comparaciones con los estudios anteriores desde 1988 a 2004.

Y en lo que se refiere a los factores de riesgo y de protección tendremos en cuenta lo siguiente:

A) LOS FACTORES DE RIESGO

La **identificación** de los **factores de riesgo** y su **relación con el consumo de drogas** se realiza mediante los cuatro **Ejes de Riesgo** siguientes:

■ Eje 1: EL factor FAMILIAR

En este Eje de riesgo se contemplan diversas situaciones de conflicto e inestabilidad familiar potencialmente favorecedoras de consumos de drogas; situaciones tales como las malas relaciones padres-hijos, o con la pareja; el consumo abusivo de alcohol o drogas por los padres; la enfermedad mental en algún miembro de la familia; y el agobio por una mala situación económica de la familia.

■ Eje 2: EL factor PERSONAL

Aquí se incluyen situaciones y estados de ánimo personales que pudieran tener alguna relación con los consumos de drogas: el fracaso escolar; el sentirse agobiado o en tensión; el no poder superar las dificultades; la pérdida de confianza en sí mismo; la insatisfacción personal; y las ideas de suicidio.

■ Eje 3: EL factor SOCIAL

En este eje de riesgo se analizan situaciones de carácter social, tales como: la presencia social de las drogas y su facilidad de obtención; el ocio y tiempo libre; la integración grupal; la participación social; y la visión moral sobre la sociedad.

■ Eje 4: El factor LABORAL

Como han demostrado estudios específicos en el medio laboral, también estos factores de riesgo se relacionan con el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: la precariedad en el trabajo; las malas condiciones de trabajo (jornadas prolongadas, destajos, cansancio intenso...); la insatisfacción en la función desempeñada, o en el trato; el estrés; la inseguridad social.

B) LOS FACTORES DE PROTECCIÓN

Para la **identificación** de los factores de protección y su **relación** con el consumo de drogas, se estructuraron en los siguientes **Ejes de Protección**:

■ Eje 1: VALORES ALTERNATIVOS

En este Eje de protección las variables que lo componen indagan sobre la existencia de una serie de valores alternativos a los relacionados con los consumos de drogas. Valores tales como la **solidaridad** y la **cooperación**, el sentido de la **responsabilidad**, el aspecto **religioso**, el **aplazamiento** de las gratificaciones, el cuidado por la **salud** y el cuerpo, o el **no dejarse llevar** por la conducta de los demás ante las drogas. Valores que en su conjunto son hipotetizados como **predictores** de cierta moderación respecto a los consumos de drogas.

■ Eje 2: ACTIVIDADES ALTERNATIVAS

Del mismo modo que determinadas conductas y actividades descomprometidas (desinterés por lo social, individualismo extremado, etc) correlacionan con los consumos de sustancias psicoactivas, hipotetizamos que otras conductas y actividades alternativas sí comprometidas podrían ser protectoras ante dichos consumos. Con esta orientación se construye el presente Eje a partir de las variables que recogen la colaboración en actividades **humanitarias**, **sociales** o **comunitarias**, o las prácticas y actividades **religiosas**; y la **lectura**.

■ Eje 3: INTEGRACIÓN FAMILIAR

Sobre la integración familiar se ha considerado imprescindible la inclusión de varias cuestiones claves para constituir este Eje con una capacidad explicativa razonable: la **estabilidad** y el **buen clima** familiar, el **diálogo** padres-hijos, el **contar** los problemas en casa, el **apego** por la familia, y si los padres **hablan** de buen modo con sus hijos sobre el **alcohol** y las **drogas**.

■ Eje 4: ENTORNO COMUNITARIO Y PREVENCIÓN

Este último Eje de Protección es de gran importancia y densidad. Aborda tres grandes tipos de cuestiones: el **barrio en el que viven** (sentimiento de apego y presencia, o no, de drogas y delitos); el haber recibido algún **mensaje** o alguna **acción preventiva** sobre el alcohol y las drogas; y la **prevención** de drogas en **la escuela**.

2. Consecuencias derivadas do consumo de drogas

Análisis de las distintas consecuencias y problemas derivados del consumo de drogas:

- De salud
- Familiares
- De relación
- Personales
- Económicos
- En los estudios
- En el trabajo
- Con la ley

3. Demanda de ayudas para solucionar el problema de las drogas

Aspectos de la evaluación y priorización de las demandas de la población consumidora de drogas se utilizarán los siguientes indicadores:

■ Ayudas para dejar las drogas

Desde la perspectiva de los **usuarios** de drogas se indaga sobre los tipos de **ayudas** solicitados para abandonar el uso de drogas: desintoxicación, atención médico-sanitaria, ayuda psicológica, ayuda en formación laboral o para encontrar trabajo, asesoramiento a la familia, reinserción social, etc.

■ Dependencia subjetiva de las drogas

En general y según cada tipo de sustancia específica, así como en los distintos perfiles sociodemográficos.

■ Consulta a expertos y tratamiento

- Consultas
- Consejos
- Tratamiento

4. Opiniones y actitudes de la población: Medidas y actuaciones ante las drogas

Ante la realidad y problemática generada por las drogas ha habido, desde hace ya algunos años, una intensa **respuesta institucional**. La adecuación de las actuaciones realizadas depende, en cierta medida, del grado de **conocimiento** que la población tenga de ellas y del **apoyo social** que presten a las mismas.

Igualmente dada la madurez que ya han ido alcanzando algunas de las actuaciones realizadas en este campo, también se incluirían una serie de indicadores para testar el grado de **presencia** de las mismas entre la población. Dichos indicadores serían los siguientes:

- **Presencia** de las drogas en su medio ambiente.
- **Medidas para luchar contra las drogas** (campañas informativas, prevención en las escuelas, atención a familias, represión del tráfico, de penalización de las drogas, etc.).
- **Actuación ante los consumos de drogas en lugares públicos y en el ámbito privado.**

5. Conocimiento, uso y valoración de actuaciones y servicios institucionales

Desde esta perspectiva se incluyen en la encuesta una serie de preguntas para indagar sobre el **conocimiento** que los ciudadanos tienen del Plan de Galicia sobre Drogas y la **valoración** que hace de la eficacia de la acción que el mismo está realizando, así como **actuaciones y servicios** entre usuarios efectivos y potenciales y en el conjunto de la población: actuaciones de información, programas de formación, planes y programas de prevención, servicios de atención a drogodependientes, etc.

En las temáticas introducidas más recientemente en el estudio de Galicia, los objetivos de investigación serían los siguientes:

Obviamente todas estas cuestiones se correlacionarían con las distintas características sociodemográficas de la población objetivo de la Encuesta en Galicia. También se compararán con los datos de los estudios anteriores y otros nacionales o autonómicos.

2. Metodología de la investigación

En lo esencial la Metodología a aplicar en la presente investigación sigue en la misma línea que en los estudios anteriores, mediante una **encuesta epidemiológica y actitudinal**, cuyas características técnicas son las siguientes:

1. El universo

La población gallega de **doce años en adelante**, residente en las cuatro provincias y las once áreas sanitarias, así como en los distintos hábitats o entidades de población. La población tomada en consideración se eleva a un total de 2.521.476 habitantes, según la información que nos facilita el último Padrón Municipal (1 de enero de 2005).

2. Tamaño y distribución de la muestra

Obviamente, la muestra será **probabilística**, estratificada por conglomerados y polietápica. Su desarrollo en las distintas etapas y unidades muestrales es el siguiente:

- a) En base a esta población, en una primera etapa, se ha realizado una afijación simple no proporcional por **Áreas Sanitarias y grupos de edad** de modo que cada área y cada grupo de edad tuvieran una base muestral suficiente. Del total de las **2.300** entrevistas se han asignado a cada **Área Sanitaria** y a cada **grupo de edad** las siguientes unidades.

Cuadro 1. Distribución de la muestra por Áreas Sanitarias

Áreas Sanitarias	Nº encuestas	Factores de Ponderación
1. A Coruña	300	1,383
2. Ferrol	210	0,886
3. Cervo-Burela	140	0,457
4. Santiago	300	1,320
5. Lugo	210	1,009
6. Pontevedra	210	0,833
7. Vigo	300	1,453
8. Ourense	210	1,286
9. Monforte	140	0,393
10. O Salnés	140	0,393
11. O Barco	140	0,250
Total	2.300	

Naturalmente, la afijación no proporcional por áreas sanitarias se ha sometido a un **equilibraje muestral** posterior (según los factores de ponderación globales del cuadro), de modo que los resultados obtenidos recuperaran su exacta **proporcionalidad**, en base al **peso poblacional real** de cada Área Sanitaria.

La misma metodología se ha aplicado en la distribución de la muestra por edades con el fin de **optimizar** la base de los estratos más afectados por el fenómeno de las drogas. Esta distribución es la siguiente:

Cuadro 2. Distribución de la muestra por edades

Áreas Sanitarias	Nº encuestas	Factores de Ponderación
12-18	491	0,6069
19-24	409	0,6039
25-39	936	0,5758
45-54	190	2,4474
55 y más	274	2,7419
Total	2.300	

Así pues, el equilibraje muestral permite restituir la **proporcionalidad** de cada grupo de edad, según su **peso real** en el conjunto de la población de Galicia de doce años en adelante.

Respecto a la estratificación de la muestra por **hábitats o entidades de población**, la distribución final es la que se recoge en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Distribución de la muestra por hábitats

Hábitat	Nº encuestas
Ata 10.000 habitantes	769
10.001 a 50.000 hab.	707
50.001 a 100.000 hab.	282
Mas de 100.000 hab.	542
Total	2.300

- b) En una segunda etapa, las **once Áreas Sanitarias** se desagregan, a su vez, en **44 subáreas**. En el conjunto de éstas se incluyen un total de **106 puntos de muestreo básico o municipios**, que con sus distintos núcleos de población y las subdivisiones de las grandes ciudades en distritos y barrios se alcanzan unos **200 puntos de muestreo efectivo**. Estos puntos de muestreo se sortean **aleatoriamente** en cada una de las 44 subáreas.

Una vez **estratificada** la muestra por **Áreas Sanitarias, hábitats, secciones censales y grupos de edad**, la distribución se ha realizado de forma **aleatoria** en cada una de estas unidades. Mediante el método de **rutas aleatorias** se seleccionan los **edificios y viviendas** a los que habría que acceder para realizar la entrevista. La última unidad muestral, la **persona a entrevistar** se seleccionaría mediante un **sorteo** entre las personas que habitaban la vivienda, dentro de las proporciones de edad indicadas, realizándose la entrevista en el hogar.

Dada la aleatoriedad en la selección de todas las unidades muestrales, a un nivel de confianza del **95.5%**, siendo $P = Q$, el margen de error para el conjunto resulta del $\pm 2.04\%$.

Como resultado de todo ello en el siguiente **cuadro 4** se ofrece la **distribución concreta de los puntos de muestreo en las poblaciones por Áreas Sanitarias y Hábitats**. Y posteriormente (en el Anexo) la **Metodología a aplicar en el Trabajo de Campo de la Encuesta Domiciliaria**.

Cadro 4. Distribución de los puntos de muestreo en las poblaciones por Áreas Sanitarias y Hábitat

Hábitat	Hasta 10.000 hab.	10.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	Más de 100.000 hab.	Nº Encuestas y puntos muestreo
Área Sanitaria					
1. A Coruña	Abegondo 17 Sada 16 Vimianzo 15 Coristanco 16 Cee 16	Betanzos 7 Oleiros 28 Arteixo 11 Carballo 23		A Coruña 151	300 (10)
2. Ferrol	Pontedeume 14 Mugardos 13 Neda 20 Ortigueira 26	Fene 14 Narón 43	Ferrol 80		210 (7)
3. Cervo-Burela	Xove 8 O Vicedo 8 Ribadeo 20 Foz 20 Mondoñedo 15 Barreiros 9 Lourenzá 9	Cervo 25 Viveiro 26			140 (9)
4. Santiago de Compostela	Vila de Cruces 13 Melide 10 Arzúa 10 Outes 13 Tordoia 13 Valga 12 Mazaricos 13 Brión 14 Negreira 13	Boiro 19 A Estrada 14 Lalín 19 Noia 23 Ordes 8 Padrón 6 Ribeira 22 Santa Comba 7 Teo 15	Santiago de Compostela 56		300 (19)
5. Lugo	Becerreá 9 O Corgo 9 A Fonsagrada 15 Castro de Rei 13 Taboada 12 Palas de Rei 12 Friol 12 Láncara 13 Guitiriz 19	Sarriá 11 Vilalba 14	Lugo 71		210 (12)
6. Pontevedra	Caldas de Reis 20 Ponte Caldelas 15 Vilaboa 12 Forcarei 13 Meaño 6	Marín 36 Poio 13 Sanxenxo 25	Pontevedra 70		210 (9)
7. Vigo	A Cañiza 24 Salceda de Caselas 15	Cangas 23 Ponteareas 9 O Porriño 16 Redondela 16 Tui 20 Nigrán 20		Vigo 157	300 (9)
8. Ourense	Boborás 7 Maside 7 Celanova 10 Cartelle 11 Allariz 15 Pereiro de Aguiar 11 Barbadás 11 Monterrei 14 Xinzo de Limia 20 Ribadavia 20	O Carballiño 7 Verín 8	Ourense 69		210 (13)
9. Monforte	O Saviñao 16 Quiroga 16 Carballedo 16 Pantón 16 Bóveda 8	Monforte de Lemos 48 Chantada 20			140 (7)
10. O Salnés	Ribadumia 16	Vilagarcía de Arousa 100 Cambados 24			140 (3)
11. O Barco	A Rúa 24 Viana do Bolo 20 Poboa de Trives 20 Carballeda 15 Vilamartín 15 Valdeorras 15 Rubia 10	O Barco de Valdeorras 36			140 (7)
Total encuestas y total puntos de muestreo básicos	890 (63)	756 (35)	346 (5)	308 (2)	2.300 (105)

- a Por último, para recoger fielmente los consumos de alcohol en los patrones de días laborables y de fin de semana, la muestra se ha aplicado, en las seis semanas del trabajo de campo de tal modo que cuatro séptimos de las entrevistas correspondieran a días laborables (de lunes a jueves) y tres séptimos a los de fin de semana (viernes a domingo).
- b En lo que se refiere a las **características** de la población estudiada en todas las variables sociodemográficas, una vez realizado el equilibrio muestral, serían las siguientes:

Variables	%	Variables	%
Áreas sanitarias		Estado civil	
A Coruña	18,8	Soltero/a	31,7
Ferrol	7,8	Casado/a	50,9
Cervo-Burela	2,7	Separado/a	4,9
Santiago	17,2	Parejas	5,6
Lugo	8,4	Viudo/a	6,9
Pontevedra	7,9	Nivel educativo	
Vigo	19,9	Sin estudios primarios	29,4
Ourense	11,1	Bachiller-FP	55,8
Monforte de Lemos	2,2	Medios-Superiores	14,3
O Salnés	2,5	NS/NC	0,5
O Barco	1,5	Ocupación	
Provincia		Trabaja	59,4
A Coruña	43,8	Parado	3,8
Lugo	13,4	Estudian	11,3
Ourense	12,6	Amas de casa	9,2
Pontevedra	30,2	Pensionistas	16,3
Hábitat		Actividade de los ocupados	
Hasta 10.000	33,5	Empresarios	3,2
10.001-50.000	31,0	Funcionarios-Técnicos	11,9
50.001-100.000	12,2	Autónomos	
		Empleados	49,1
Más de 100.000	23,3	Trabajadores cualificados y sin cualificar	34,9
Género		NS/NC	0,9
Varón	47,8	Clase social	
Mujer	52,2	Baja y media-baja	29,4
Edad		Media-Media	55,6
12-18	7,7	Media-Alta y alta	7,5
19-24	9,4	NS/NC	7,5
25-39	25,4		
40-54	21,8		
55 y más	35,7		

3. La metodología en el trabajo de campo

La metodología aplicada en la realización del trabajo de campo en la encuesta domiciliaria, a partir de las **secciones censales** sería la que se recoge de forma detallada en el Anexo al final del Informe.

El trabajo de Campo se realizó entre el 8 de enero y el 15 de febrero de 2007.

4.El proceso de datos y el análisis multidimensional

En función de los distintos grupos de objetivos propuestos, se precisa de un proceso de datos general y unos análisis matemáticos específicos. Toda la información obtenida en la Encuesta se trató en el paquete estadístico-informático SPSS (versión 7.5, de 1998), en el que de forma **general** se incluye lo siguiente:

- **Frecuencias y porcentajes** parciales y acumulados en todas las variables del cuestionario.
- **Cruces bivariantes** entre las variables de análisis y las independientes o explicativas.
- En las variables numéricas se incluirían los principales **estadísticos**: moda y media, desviación standard, varianza...
- En los cruces de variables se aplicarán las **pruebas estadísticas** del chi cuadrado y la razón de verosimilitud para ver la **significatividad** de las diferencias obtenidas y poder descartar la hipótesis nula.

Y en lo que se refiere a los análisis **específicos**, según los distintos grupos de objetivos y sus hipótesis de trabajo, son los siguientes:

a En las prevalencias de los consumos

- **Hipótesis**: los usos de las distintas sustancias tienen unos patrones de consumo diferenciados y una continuidad distinta. Para conocer estas peculiaridades se han aplicado los siguientes análisis matemáticos:
 - en el alcohol: cálculo de la **ingesta de alcohol** puro mediante su **equivalencia** en ml. en cada bebida. Determinación de las **tipologías de bebedores** y de los niveles y grupos de riesgo. Y según el **modo y tiempo** de beber distinción entre el patrón de consumo regular y el de fin de semana.
 - en los **psicofármacos** y las sustancias **ilegales** determinar los **índices de continuidad** de uso **cercano** (Último mes/Últimos seis meses) y **remoto** (Últimos seis meses/Alguna vez).

b En las edades de inicio en los consumos:

- **Hipótesis**: la estructura de edades en el inicio de los consumos esta también muy diversificada; hay sustancias de inicio muy precoz (tabaco, alcohol, inhalables...) otras de uso inicial también juvenil pero algo posterior (cannabis, drogas de síntesis, cocaína, heroína...); finalmente otras son de un inicio más tardío (tranquilizantes, hipnóticos...). Para determinar todo esto se aplican los análisis siguientes:
- **estructura de edades y sexos** en los inicios en el consumo de cada sustancia: principales intervalos.
- **modas y medias** de edad en el inicio de cada sustancia, según cada sexo.
- **variabilidad** en los inicios: desviaciones standard y coeficientes de variación en cada sustancia y sexo.

c En los perfiles de los consumidores

- **Hipótesis:** los consumidores de las distintas sustancias presentan unas características diferenciadas, de tal modo que constituyen una serie de **perfiles** sociodemográficos específicos. Para determinar estos perfiles se han **cruzado** las **tipologías** de **fumadores** y **bebedores** y los consumos en los **últimos seis meses** de **cada sustancia** (psicofármacos y drogas ilegales) con las variables explicativas siguientes:
 - provincia
 - hábitat
 - sexo
 - edad
 - nivel educativo
 - ocupación
 - actividad profesional
 - rol familiar
 - clase social subjetiva

Y en todos los cruces resultantes se aplican las **pruebas de significatividad** (X^2 y RV) para ver si las diferenciaciones o perfiles obtenidos son o no relevantes.

d En los usos múltiples de drogas

- **Hipótesis:** como ya hemos dicho en el punto 1 del apartado de Objetivos del Estudio, existen una serie de usos múltiples de diversas sustancias, básicamente los modelos de policonsumo estructurados en torno a los narcóticos, los psicoestimulantes, los psicofármacos y las drogas legales. El análisis multivariante específico de este fenómeno es el siguiente:
 - tablas de **combinaciones** múltiples de cada sustancia con cada una de las demás.
 - **índice** de asociaciones que establece cada sustancia con las demás.
 - **análisis factorial** de componentes principales, para la determinación de los modelos según la varianza explicada.

e En los factores de riesgo o protección presente o asociados con los consumos:

- **Hipótesis:** también hemos indicado en la parte segunda del apartado de Objetivos que, además de las motivaciones explicitadas, existen una serie de circunstancias o situaciones que actúan de forma asociada a los consumos, como factores de riesgo o de protección. El análisis específico aplicado es el siguiente:
 - construcción de forma multivariable de unos **ejes o ámbitos explicativos de riesgo**: personal, familiar, laboral, social...
 - análisis multivariante de **regresión logística** para la determinación de la **probabilidad** del consumo de cada sustancia según aumenta el grado de problematicidad en cada ámbito explicativo, o disminuyen los consumos cuando están presentes los factores de protección.
 - construcción de unos ejes explicativos de **protección**: valores alternativos, conductas alternativas, integración familiar, y entorno y prevención.
 - análisis de regresión logística para ver la probabilidad en la **disminución** de los consumos cuando están presentes los factores de protección.

Parte Primera
PREVALENCIAS, PATRONES Y PERFILES
EN LOS CONSUMOS DE DROGAS
EN GALICIA

1. EL CONSUMO DE TABACO

Introducción

Todos los estudios epidemiológicos confirman que el tabaco, después del alcohol, es la sustancia psicoactiva más consumida en España, en general, y la que más se consume diariamente. Según la última Encuesta Domiciliaria del Plan Nacional de Drogas (2005) un 32,8% de la población española de 15 a 64 años son fumadores diarios, llegando al 38,4% en el grupo de 35 a 44 años.

En Galicia, según la presente encuesta, en 2006 fumaban a diario el 31,3% de la población de 12 años en adelante. En esta Comunidad se experimentó también un incremento hasta 1998, pero desde entonces, con pequeñas oscilaciones, permanece bastante estable su consumo.

Obviamente, estamos hablando de prevalencias generales sobre el conjunto de la población, y que son más elevadas en ciertos segmentos de la misma, especialmente en lo que se refiere a los distintos grupos etarios. En Galicia el consumo de tabaco diario alcanza el 48,6% en los de 19 a 24 años y el 43,3% en los de 25 a 39, en las mujeres en estos dos grupos las prevalencias son del 46,1% y el 38,3%, respectivamente.

Al profundizar en estos consumos, su evolución, así como los distintos aspectos socio-demográficos asociados al consumo de tabaco, es a lo que vamos a dedicar este primer capítulo de este informe.

1.1. El consumo de tabaco en Galicia

A continuación vamos a analizar cuatro aspectos específicos del consumo de tabaco en Galicia, a saber los siguientes: prevalencias del consumo de tabaco, posible evolución del consumo, cantidad de tabaco consumido, y edades de inicio en el consumo. Y en siguiente apartado (1.2) realizaremos el análisis de las características de la población respecto al tabaco, así como el perfil diferenciado de los fumadores diarios en 2006.

a) Prevalencias del consumo de tabaco y su evolución

El consumo de tabaco en Galicia en 2006 es el que recoge en la tabla siguiente:

Táboa 1.1. El consumo de tabaco en Galicia

	%
Nunca han fumado	44,6
No fuman, pero antes sí	14,6
Fuman ocasionalmente	9,3
Fuman diariamente	31,3
Total Base	100,0 (2.300)

Según estos datos tenemos que un 44,6% nunca han fumado, mientras que el 55,2% sí lo ha hecho; de ellos un 40,6% lo hace en la actualidad: un 9,3% ocasionalmente y el **31,3% fuman diariamente**.

Tomando como referencia el indicador más importante, el de los fumadores diarios, y lo comparamos con el de los estudios anteriores podemos ver lo siguiente.

Táboa 1.2. Evolución del consumo diario de tabaco de 1988 a 2006 en %

Años	%
1988	33,7
1992	29,6
1994	28,6
1996	28,9
1998	32,2
2000	32,0
2002	32,1
2004	30,8
2006	31,3

Con estos datos podemos ver que, después del incremento experimentado en 1998 respecto a 1996, en 2000 y en 2002 la prevalencia de fumadores diarios parece haberse estabilizado, y en 2004 disminuye 1,3 puntos, y en 2006 repunta muy ligeramente en +0,8. En todo caso el saldo neto respecto al primer estudio de 1988 es de -2,4 puntos.

Comparativamente con otros estudios podemos ver el siguiente Cuadro A:

Cadro A. Tasas de fumadores diarios en distintos estudios recientes

Ámbito poblacional y edades	Año	% fumadores diarios
Nacional (15 y más años)	1995	30,5
Nacional (15-65 años)	1997	32,9
Nacional (15-65 años)	1999	32,6
Nacional (15-65 años)	2001	35,1
Nacional (15-65 años)	2003	36,7
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
C. Valenciana (15 y más años)	2000	40,0
Andalucía (12 y más años)	1996	29,5
Andalucía (12 y más años)	1998	31,0
Andalucía (12 y más años)	2000	33,2
Galicia (12 y más años)	1996	28,9
Galicia (12 y más años)	1998	32,2
Galicia (12 y más años)	2000	32,0
Galicia (12 y más años)	2002	32,1
Galicia (12 y más años)	2004	30,8
Nacional (15-65 años)	2005	32,8
Galicia (12 y más años)	2006	31,3

Según los datos de los últimos años el consumo de tabaco podría haber tocado techo, e incluso iniciando un proceso de cierto descenso.

Hablando ahora de las prevalencias de los fumadores diarios y ocasionales en función de la población gallega de 12 años en adelante, y estimando de forma aproximada su número en términos absolutos, tendríamos las siguientes cifras: fumadores diarios alrededor de los 782.000; y fumadores ocasionales en torno a los 230.000.

b) La modalidad y cantidad del consumo de tabaco

En todas las Comunidades en el conjunto de los fumadores diarios casi el 99% fuman en la modalidad de cigarrillos, y su consumo diario de cigarrillos es el siguiente:

Táboa 1.3. Tipología de fumadores diarios

Nº de cigarrillos	%
Moderados (menos de 10)	22,9
Medios-altos (de 10 a 20)	65,3
Extremos (21 a 40 o más)	11,8
Total Base	100.0 (720)

La cantidad media de cigarrillos consumidos al día es de **15,05**. Con un 65,3% que fuma entre 10 y 20 al día y otro 11,8% que consumen por encima de los 20 cigarrillos diarios. Por lo que, en total, un 77,1% serían fumadores medio-altos o extremos.

Este grupo de fumadores era en 2004 un 86,7%, por lo que en la actualidad ha descendido 9,6 puntos porcentuales. Lo mismo ocurre con la media de cigarrillos fumados diariamente, ya que en 2004 era de 18,4, habiendo descendido en -3,35 cigarrillos. Su evolución desde 1988 ha sido la siguiente:

Cadro B. Media de cigarrillos diarios de 1988 a 2006

	Media
1988	18,90
1992	18,53
1994	17,97
1996	16,63
1998	17,41
2000	17,98
2002	18,13
2004	18,43
2006	15,05

Aquí vemos que la media de cigarrillos diarios en 2005 con 15,05 cigarrillos es la más baja que hemos observado en Galicia desde 1988.

Cruzando esta medida de cigarrillos con las variables de género y edad, conjuntamente, obtenemos la siguiente tabla:

Táboa 1.4. Medias de cigarrillos diarios según el género y la edad conjuntamente

	Medias
General	15,05
Hombres	16,46
Mujeres	13,07
De 12 a 18 años	10,25
De 19 a 24 años	12,90
De 25 a 39 años	14,18
De 40 a 54 años	18,17
De 55 y más años	15,63

A partir de estos datos vemos que la media de cigarrillos diarios de los hombres (16,46) es superior a la de las mujeres (13,07). Y, por edad, destacan los de 40 a 54 años con 18,17.

c) Las edades de inicio en el uso del tabaco

En lo que se refiere a las edades de inicio en el tabaco, y según el género y la edad, podemos ver la tabla 1.5 siguiente:

Táboa 1.5. Edades de inicio en el consumo de tabaco

	Total	Homes	Mulleres
Años	%	%	%
Hasta 15	41,5	44,3	37,6
De 16 a 18	38,4	33,7	44,9
De 19 a 22	14,0	16,6	10,3
De 23 a 25	1,7	1,3	2,2
De 26 y más	2,6	1,7	3,8
NS/NC	1,9	2,4	1,1
Totales	100,0	100,0	100,0
Bases	(1,272)	(744)	(522)

Con estos datos vemos que a los 15 años ya se han iniciado en el uso del tabaco un 41,5%; el 44,3% en los hombres y el 37,6% en las mujeres.

La edad media de inicio son los **16,71** años; siendo los 16,37 para los hombres y los 17,19 para las mujeres. Esta media de inicio en el consumo de tabaco en 2006 es un poco mayor que la observada en 2004 (16,47).

Cruzando la media de inicio con edad, podemos ver la tabla 1.6.

Táboa 1.6. Edades medias de inicio en el consumo de tabaco

Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 y más
16,71	14,03	15,08	16,49	16,67	18,13

Al igual que ha ocurrido en otras ocasiones, en esta tabla parece en general que la media de inicio en el tabaco es mayor según aumenta la edad. Sin embargo, esto no es muy determinante, pues lo que pasa es que, en general, cuanto mayor es la edad hay más posibilidades de incorporar los inicios tardíos, lo que hace que aumente la media.

1.2. El perfil de los consumidores de tabaco

Avanzando en el análisis, la variable sobre el consumo de tabaco se ha cruzado con las distintas variables independientes; esto nos permite analizar el perfil de los fumadores, con especial detenimiento en el de los fumadores diarios. Del conjunto de estas variables las más significativas son una vez más las de género y edad ($P < .000$).

En la tabla 1.7 podemos ver los resultados obtenidos.

Táboa 1.7. El consumo de tabaco, según el género y la edad, en %

	Total	XÉNERO		IDADE				
		Homes	Mulleres	12/18	19/24	25/39	40/54	55 e máis
Nunca han fumado	44,6	32,3	56,0	58,4	35,2	38,7	31,6	56,3
No fuman, antes sí	14,6	17,8	11,7	3,5	6,0	8,8	20,1	20,2
Fuman ocasionalmente	9,3	11,8	7,1	10,9	11,3	11,4	11,2	5,9
Fuman diariamente	31,3	38,1	25,1	27,3	47,4	40,8	37,1	17,9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Base	(2.300)	(1.099)	(1.201)	(177)	(217)	(584)	(501)	(821)

Género: $P < .000$

Edad: $P < .000$

De nuevo vemos que las mujeres no han fumado nunca en mayor proporción que los hombres, con el 56% y el 32,3%, respectivamente. Lo mismo ocurre con los de 55 y más años, que no han fumado nunca (56,3%) y los de 12-18 (58,4%).

Las mayores tasas de abandono del tabaco se observan a partir de los 40 años, con un 20,1% en los de 40-54 y un 20,2% en los de 55 en adelante.

Entre los fumadores ocasionales sobresalen algo los más los hombres que las mujeres (11,8% y 7,1%, respectivamente), y los de 25 a 39 años (11,4%),

Tomando ahora solamente los fumadores diarios, los cruzamos por el género y la edad conjuntamente, y tenemos la tabla 1.8.

Táboa 1.8. Los fumadores diarios, según el género y la edad conjuntamente, en %

	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 y más
Hombres	38,1	25,7	48,6	43,4	42,5	30,6
Mujeres	25,1	29,0	46,1	38,3	31,8	7,5
Total	31,3	27,3	47,4	40,8	37,1	17,6
Hombres: $\chi^2 = P < .005$ Mujeres $\chi^2 = P < .005$						

También aquí observamos en estas dos tablas que todas las diferencias en los cruces son muy significativas ($P < .005$). En consecuencia, en los fumadores diarios podemos concluir lo siguiente:

- Los hombres, en general, siguen fumando diariamente en mucha mayor proporción que las mujeres: 38,1% y 25,1%, respectivamente.
- Los grupos etarios con mayores prevalencias de fumadores, en general, son los de 19-24 años con el 47,8%, 25-39 con un 40,8% y 40-54 con el 37,1%.
- Según el género podemos ver que en el grupo etario de 19-24 años las prevalencias de fumadores diarios están bastante próximas: el 48,6% en los hombres y el 46,1% en las mujeres (que en éstas es su prevalencia más alta); en los hombres las prevalencias son altas en los de 25-39 y los de 40-54 (43,4 y 42,6). Hay que observar que en el grupo de 12-18 años las mujeres superan a los hombres: 29% y 25,7%, respectivamente.

En esencia estos datos son muy similares a los observados en 2004.

Respecto a los perfiles de los fumadores diarios, en la siguiente tabla 1.9 se recogen las prevalencias observadas según las distintas variables de clasificación con base muestral suficiente:

Según los datos de esta tabla, en lo relativo al perfil de los consumidores diarios de tabaco, además de lo ya visto por género y edad, cabe señalar lo siguiente: en núcleos urbanos medios y grandes, en las provincias de A Coruña y Pontevedra. Los solteros, los separados y las parejas. De nivel de estudios de bachiller y FP, y medios superiores. Los que trabajan y los parados, y entre los primeros: empresarios-directivos, profesionales-técnicos, y los trabajadores.

Del mismo modo que vimos en los estudios anteriores, se trata de un segmento social muy amplio de la sociedad gallega, lo cual nos indica una vez más la integración social y cultural del tabaco en la población, y como anteriormente hemos señalado un proceso de aproximación de las prevalencias entre hombres y mujeres, muy especialmente en los grupos etarios jóvenes.

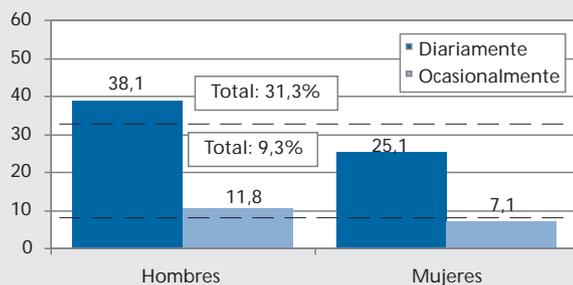
Táboa 1.9. Perfil principal de los consumidores de TABACO DIARIO

Variabes	%	Variabes	%
Edad		Estado civil	
12-18	27,3	Solteros	39,1
19-24	47,4	Casados	25,8
25-39	40,8	Separados	47,8
40-54	37,1	Parejas	36,7
55 y más	17,6	Viudos	20,3
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 hab.	30,9	Primarios-ESO	24,6
De 10.001 a 50.000	29,4	Bachiller-FP	35,1
De 50.001 a 100.000	36,3	Medios-superiores	30,9
Más de 100.000	31,4		
Provincia		Relación con la actividad	
A Coruña	32,1	Trabajan	34,8
Lugo	28,5	Parados	60,7
Ourense	27,4	Estudian	29,4
Pontevedra	33,1	Ama de casa	13,3
		Pensionistas	23,1
Área Sanitaria (P<.00000)		Grupo profesional ocupados (P<.04)	
A Coruña	33,9	Empresarios-directivos	37,7
O Ferrol	41,1	Profesionales-técnicos	40,4
Cervo-Burela	30,3	Autónomos-empleados	30,7
Santiago	26,0	Trabajadores	38,7
Lugo	28,2		
Pontevedra	28,9		
Vigo	34,1		
Ourense	28,1		
Monforte	27,1		
O Salnes	38,3		
O Barco	22,4		
Total	31,3	Total	31,3

Gráfico 1

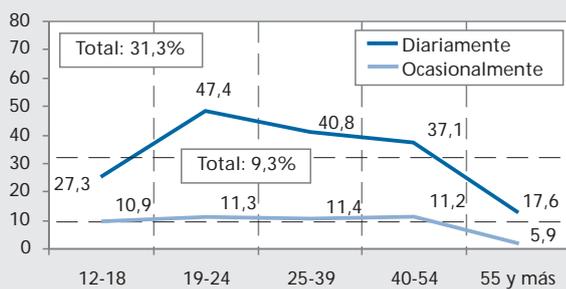
El consumo de TABACO, diario u ocasionalmente, según el género y la edad

GÉNERO



P<000

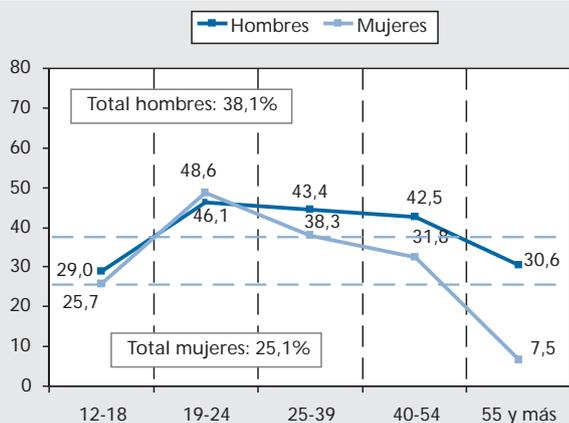
EDAD



P<000

Gráfico 2

EL consumo de TABACO DIARIO según el género y la edad, conjuntamente

Hombres: P<.005
Mujeres: P<.0005

2. EL CONSUMO DE ALCOHOL

Introducción

Aunque, como ya hemos dicho, el tabaco es la sustancia psicoactiva más consumida a diario, el alcohol lo es en general. Según la Encuesta Domiciliaria del PNSD de 2005 un 64,6% de la población española de 15-64 años habían tomado alcohol en el último mes. En Galicia en 2006, en población de 12 años en adelante, el consumo de alcohol en este periodo de tiempo fue de un 67,3%.

En la que se refiere a los bebedores abusivos o de riesgo tenemos un colectivo de cierta importancia: el 5,5% a nivel nacional y en Galicia 4,5, que, como veremos a continuación, en Galicia supone un descenso de -3,1 puntos respecto a 2004.

Al análisis detenido de todas estas cuestiones vamos a dedicar el presente capítulo, en el que incluiremos también los distintos patrones de consumo (en días laborables y de fin de semana), los perfiles de los bebedores abusivos, los inicios en el consumo de alcohol, así como apartado dedicado al botellón.

Veamos a continuación el análisis en detalle de toda esta información.

2.1. El consumo de alcohol en el último mes, frecuencias y perfiles

a) En el último mes y frecuencia de consumo

El 32,7% de la población gallega de 12 y más años no bebió en el último mes, mientras que un 67,3% sí lo hizo. La distribución, según la frecuencia, sería la siguiente:

Las frecuencias del consumo de alcohol en el último mes fueron las siguientes:

Táboa 2.1. Frecuencias básicas de consumo de alcohol en el último mes

	%
No bebieron	32,7
Frecuencia baja (hasta 3 veces al mes)	20,2
Frecuencia media (1 a 4 veces semana)	27,2
Frecuencia alta (5-6 veces seman y diario)	19,9
Total	100,0
Base	(2.300)

Según estos datos un 20,2% son bebedores de frecuencia **baja**, otro 27,2% lo son de **media**, mientras que un 19,9% beben en frecuencia **alta**.

b) Perfiles en las frecuencias

Según las variables más significativas ($P < .000$), el género y la edad, podemos ver la tabla 2.2 siguiente:

Tabla 2.2. Frecuencias en el consumo de alcohol según género y edad

Frecuencias	Total	GÉNERO		EDAD				
		Hombres	Mulleres	12/18	19/24	25/39	40/54	55 y más
Hasta 3 veces al mes	20,2	17,7	22,6	26,0	25,1	24,4	25,3	11,6
De 1 a 4 veces semana	27,2	34,0	20,9	31,7	49,4	40,2	24,1	12,9
A diario o casi a diario	19,8	27,4	12,9	2,3	4,3	7,6	22,0	35,2
No bebieron en el último mes	32,7	20,9	43,6	39,9	21,2	27,8	28,6	40,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Base	(2.300)	(1.099)	(1.201)	(177)	(216)	(584)	(501)	(822)
Género: $\chi^2 = P < .000$ Edad: $\chi^2 = P < .000$								

Según los datos de esta tabla podemos ver que los que no bebieron en el último mes, y los que lo hicieron en cada una de las tres frecuencias o patrones, son principalmente los siguientes:

No bebieron en el último mes (32,7%):

Las mujeres un 43,6%, los de 12 a 18 años un 39,9% y los de 55 y más años el 40,3%.

Frecuencia baja (hasta 3 veces al mes) (20,2%):

Hombres y mujeres casi por igual: 17,7% y 22,6%, respectivamente. Los de 55 y más años (11,6%).

Frecuencia media (de 1 a 4 veces a la semana) (27,2%):

Los hombres un 27,4%; los de 12 a 18 años el 31,7% y los de 19 a 24 el 49,4% y los de 25 a 39 el 40,2%.

Frecuencia alta (a diario o casi a diario) (19,8%):

Los hombres un 27,4%; los de 40 a 54 el 22% y los de 55 y más años el 35,2%.

Confirmándose en el mismo patrón de consumo que en los anteriores estudios, vemos que en el patrón de consumo **esporádico** o de baja frecuencia todavía encontramos un segmento importante de los de 12 a 18 años y de los de 19 a 24. Estos dos grupos de edad, junto a los de 25 a 39 son los principales bebedores en frecuencia media, que sería básicamente el patrón de **fin de semana**. Y en el más habitual están los de 40 años en adelante.

En lo relativo al género, en los hombres las mayores prevalencias están en las frecuencias media y alta, mientras que las mujeres son prevalentes en el no consumo y en la frecuencia baja. Este modelo de patrones de consumo de alcohol es en esencia, tanto en lo referido a la edad como al género, el mismo que ya observamos en los estudios de 2000 a

2006 por lo que nos encontramos ante unos patrones de consumo de bebidas alcohólicas bastante estable.

En lo relativo a las restantes variables independientes podemos ver la tabla 2.3 siguiente:

Tabla 2.3. Frecuencias de consumo de alcohol en el último mes según las restantes variables independientes (P<.05 a P<.000)

Variables	%	Variables	%
No bebieron en el último mes	32,7	Frecuencia media	27,2
Casados	37,2	Solteros	40,3
Separados	34,2	Parejas	37,9
Viudos	43,4	Estudios medios y superiores	33,8
De bajo nivel educativo	40,2	Estudiantes	37,2
Estudiantes	34,8	Trabajadores	31,4
Amas de casa	56,3	Parados	39,9
En Lugo	37,6	Profesionales y funcionarios	28,4
En los habitats de hasta 10.000	34,1	Empresarios	29,4
En los habitats de 10.001-50.000	35,0	Poblaciones de 10.000 a 50.000	32,8
Clase social media-baja	42,4	En las provincias de:	
		A Coruña	26,7
		Lugo	25,1
		Pontevedra	31,2
Frecuencia baja	20,2	Frecuencia alta	19,8
Solteros	23,5	Casados	21,7
De nivel educativo medio-alto	25,8	Separados	24,3
Estudiantes	27,1	Parejas	19,9
Funcionarios	36,4	De nivel educativo medio-bajo	37,1
Parados	27,1	Trabajadores	19,9
En poblaciones de 50.000-100,000	28,5	Parados	25,8
Poblaciones de más de 100.000	38,2	Pensionistas	31,5
En las provincias de:		Profesionales y funcionarios	17,5
A Coruña	21,4	Autónomos	21,7
Pontevedra	22,0	Obreros	18,3
Clase social media-media	24,7	En todos los habitats y, especialmente en poblaciones de hasta 10.000 habitantes	22,8
		En las provincias de:	
		Pontevedra	19,9
		Lugo	32,4
		Ourense	21,8

A partir de los datos de la tabla 2.3 podemos ver que entre los que **no bebieron** en el último mes encontramos separados, viudos y casados; de bajo nivel educativo y, principalmente, amas de casa y estudiantes. En los habitats pequeños y medios. Y entre los de **frecuencia baja**, o patrón **esporádico**, destacan los solteros, de nivel educativo medio-alto, estudiantes, parados y funcionarios. En poblaciones urbanas medio-grandes.

En lo referido a las dos frecuencias o patrones de consumo más importantes vemos lo siguiente: en la frecuencia media o patrón básico de **fin de semana** destacan los solteros y los que viven en pareja; de nivel educativo medio-alto; estudiantes, ocupados y parados, y entre los ocupados: profesionales, funcionarios y empresarios. Y, principalmente, en las poblaciones urbanas medias y grandes.

Finalmente, los de frecuencia alta o patrón de consumo **habitual** son especialmente: casados, separados y parejas; de nivel educativo medio-bajo. Ocupados, parados y pensionistas; y entre los primeros: profesionales y funcionarios, autónomos y obreros. En todos los habitats, pero principalmente en el medio rural y en los núcleos urbanos medios.

Consecuentemente con lo observado en estudios anteriores podemos concluir que el patrón de **fin de semana** es básicamente juvenil, de buen nivel educativo; estudiantes y parados y un segmento de ocupados. Y es un fenómeno principalmente urbano. Mientras que el patrón **habitual** es más adulto y general: en parados y distintos grupos profesionales, así como en jubilados y pensionistas. En todos los habitats (y también especialmente en el rural y urbano medio).

Una vez más por lo que más adelante veremos, es necesario señalar lo que ya indicamos en los estudios anteriores: "no hay que confundir la frecuencia en el consumo de alcohol con el consumo abusivo, pues una frecuencia puede ser alta (a diario, por ejemplo) y la cantidad de bebida ingerida en su equivalente en alcohol puro muy baja (un vaso de vino en las comidas, una cerveza...). Y, por el contrario, la frecuencia puede ser menor (una, dos o tres veces por semana...) y la ingesta de alcohol muy alta (licores, aguardientes, combinados...). Generalmente los primeros tipos de consumo no suelen presentar ninguna problemática seria, mientras los segundos sí lo hacen".

Seguidamente veremos con detalle los tipos de bebidas tomadas y su cantidad de alcohol puro, así como la tipología de bebedores, con especial referencia a los abusivos y sus perfiles sociodemográficos.

2.2. LOS TIPOS DE BEBIDAS Y LA CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO. TIPOLOGÍA DE BEBEDORES

En lo que se refiere al tipo de bebidas consumidas en el día anterior a la entrevista (durante el mes y medio que duró el trabajo de campo, incluidos los correspondientes fines de semana), los resultados obtenidos son los que se recogen en la tabla 2.4 siguiente.

Tabla 2.4. Tipos de bebidas consumidas

Tipos de bebidas	% general	% sin los que no bebieron
Ninguna	61,2	—
Cerveza	17,4	44,8
Vino	25,0	64,4
Licores (coñac, anís, ginebra y otros similares)	3,0	7,7
Whisky	1,5	3,9
Combinados	4,9	12,6
Vermú, aperitivos, finos	0,3	0,8
Aguardientes	1,6	4,1
Champaña-Cava	0,2	0,6
Total	115,1*	138,9*
Base	(2.300)	(892)

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

Del total de entrevistados un 61,2% no tomó ninguna bebida alcohólica en el día anterior a la entrevista y un 38,8% sí lo hizo. Entre estos últimos la media de bebidas distintas fue de 1,39 por bebedor. Comparando estos datos con los de 2004 vemos que el consumo de alcohol, en el día anterior, es en 2006 el mismo, pues entonces indicaron haber bebido un 38,5%, y el promedio de bebidas también semejante (1,34 en 2004).

Igual que en los estudios anteriores el vino y la cerveza, siguen siendo las bebidas más consumidas; el primero lo tomaron casi cinco bebedores de cada diez y la segunda cuatro. Las bebidas de mayor graduación alcohólica (licores, whisky, combinados, aguardientes...) las tomaron tres bebedores de cada diez. Esta estructura es muy similar a la observada en 2000, 2002 y 2004, por lo que también nos encontramos en una estructura, de hábitos de consumos de bebidas bastante estables.

Según hemos planteado en los estudios anteriores, "el consumo de las diferentes bebidas hay que relacionarlo con su graduación alcohólica, y una vez calculada su equivalencia en alcohol puro, según la cantidad tomada por cada bebedor de aquellas bebidas que consumió, podemos ver de qué tipos de bebedores se trata".

Después de realizadas las oportunas conversiones, según la ingesta de alcohol puro por persona y día, los resultados obtenidos se clasifican según la siguiente tipología de bebedores utilizada ya en otros estudios*.

Tipología	ML. DE ALCOHOL	
	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 el estudio "Hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española" Gallup-Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984.

En el estudio "El Consumo de Drogas en España" EDIS-Cruz Roja Española. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. 1984. En "Las drogodependencias en el mundo laboral en España" UGT-EDIS 1987. Y en "La incidencia de las drogas en el mundo laboral". FAD-EDIS. 1996.

En los estudios regionales "El Consumo de Drogas en Aragón" EDIS-DGA 1986. "Los andaluces ante la Droga" EDIS-Comisionado para la Droga. 1987-2002. "Perfiles de riesgo en el Consumo de Drogas en Madrid". EDIS-CAM. 1988. "Las Drogas en Galicia". EDIS-Xunta de Galicia. 1988-2002. "El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana" FAD-EDIS. Plan Autonómico sobre Drogodependencias. 1996. "El Consumo de Drogas en el Municipio de Madrid". Ayuntamiento de Madrid-EDIS. 1998. Y en "Las drogas en el mundo laboral de Andalucía" EDIS-Comisionado para la Droga. 1998. El consumo de drogas en la Comunidad Valenciana 1997-2004.

Esta tipología en ml. o c.c. de alcohol puro también puede realizarse en otras unidades de medida, como gramos o unidades básicas estándar (UBE). En el cuadro siguiente podemos ver la equivalencia de los tres tipos de unidades:

Cadro A. Tipo de bebedores según el consumo diario en ml/cc, gramos ou UBE**

Tipo de Bebedores	Varones			Mujeres		
	ml./cc.	g.	UBE	ml./cc	g.	UBE
1. Abstinentes	0	0	0	0	0	0
2. Ligeros	1-25	0.8-20	1-2	1-25	0.8-20	1-2
3. Moderados	26-75	21-60	3-6	26-50	21-40	3-4
4. Altos	76-100	61-80	7-8	51-75	41-60	5-6
5. Excesivos	101-150	81-120	9-12	76-100	61-80	7-8
6. Gran riesgo	+150	+120	+12	+100	+80	+8

Tomando cualquiera de estas equivalencias, según los datos de la presente encuesta, la tipología de bebedores en Galicia, en población de doce años en adelante, sería la que se recoge en la tabla siguiente:

Táboa 2.5. Tipología de bebedores en Galicia

Tipología	%
Abstinentes	61,2
Ligeros	23,5
Moderados	10,8
Altos	1,3
Excesivos	1,3
Gran riesgo	1,9
Total	100,0
Base	(2.300)

Unificando los porcentajes de los bebedores altos, excesivos y gran riesgo, vemos que la prevalencia de **bebedores abusivos** en Galicia, en población de doce años en adelante sería en 2006 de un 4,5% en promedio general semana. De un modo desglosado, según el tipo de día de la semana que se trate (laborables y de fin de semana) las prevalencias específicas serían las siguientes:

Días laborables:	4,2
Días fin semana	4,9
Media general	4,5

Según puede verse los consumos abusivos en los días laborables y en los de fin de semana son muy parecidos, con ligeras oscilaciones relativas de un estudio a otro, si bien se observa una prevalencia un poco mayor en los días de fin de semana.

** **Según los criterios de la Dirección General de Salud Pública, recogidos en el Informe nº 4 (página 33) del Observatorio Español sobre Drogas.

Comparando ahora la prevalencia de bebedores abusivos en promedio general con las de los estudios anteriores tenemos la tabla siguiente:

Táboa 2.7. Evolución del consumo abusivo de alcohol, 1988 a 2006, en %

Años	%
1988	10,7
1992	10,8
1994	10,5
1996	8,4
1998	6,9
2000	8,5
2002	5,2
2004	7,6
2006	4,5

Con estos datos observamos que la prevalencia de bebedores abusivos ha descendido en -3,1 puntos respecto a 2006. A nivel nacional la tasa de bebedores abusivos en 2005 es del 5,5%.

En el siguiente cuadro B podemos ver la evolución de los bebedores abusivos en distintos estudios y ámbitos.

Cadro B. Evolución de las prevalencias de bebedores abusivos en distintos estudios

Ámbito poblacional y edades	Año	% bebedores abusivos
Nacional (población laboral) (16-65 años)	1987	19,5
Nacional (población laboral) (16-65 años)	1996	14,0
Nacional (población xeral) (16-65 años)	1997	
*días laborables		9,9
*días fin semana		10,1
Nacional (población general) (16-65 años)	1999	6,9
*días laborables		6,0
*días fin semana		7,0
Nacional (15-64 años)	2001	8,6
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
Comunidad Valenciana (15 y más años)	1996	7,0
Andalucía (12 y más años)	1998	6,5
Galicia (12 y más años)	1998	6,9
Comunidad Valenciana (15 y más años)	1998	6,1
Andalucía (12 y más años)	2000	7,8
Galicia (12 y más años)	2000	8,5
Galicia (12 y más años)	2002	5,2
Galicia (12 y más años)	2004	7,6
Nacional (15-64 años)	2005	5,5
Galicia (12 y más años)	2006	4,5

En general se observa un proceso de disminución de los bebedores abusivos, especialmente a partir de finales de los años noventa, aunque con algunas oscilaciones.

La fuerte caída de la tasa de bebedores abusivos, por su escasa base muestral actual, ya no permite, como en años anteriores, unas desagregaciones tan minuciosas. No obstante, según su frecuencia de consumo, aún podemos ver lo siguiente:

Táboa 2.7. Proporción de bebedores abusivos (sobre total muestra) que bebieron en cada frecuencia en el último mes

	%
Hasta tres veces al mes	1,0
De 1 a 4 veces a la semana	1,9
A diario o casi a diario	1,6
Total bebedores abusivos	4,5

Según esto un 1% del 4,5% total de bebedores abusivos bebe en frecuencia baja; otro 1,9% lo hace en frecuencia media (fin de semana sobre todo). Por último un 1,6% es bebedor de alta frecuencia (a diario o casi a diario).

En términos relativos tendríamos, pues, que un 4,5% serían bebedores **abusivos**, lo que en términos absolutos (sobre la población gallega de doce años en adelante) supondría de forma aproximada unas 112.500 personas. De ellos el grupo de **mayor riesgo alcohólico** sería el 1,6% de bebedores abusivos de alta frecuencia, aproximadamente unos 40.000. Y por último tendríamos como otro grupo de **alto riesgo** a los bebedores abusivos del patrón de frecuencia media, el 1,9% que serían otros 47.500.

El grupo de bebedores abusivos de **riesgo menor** sería el 1% que bebió en el patrón **esporádico**, y que serían otras 25.000 personas.

En lo que se refiere a la ingesta de alcohol puro en mililitros, en promedio diario, en el 38,8% de la población que bebió en el día anterior a la entrevista, podemos ver la siguiente tabla:

Tabla 2.8. Medias diarias de alcohol en mililitros entre los que bebieron

	%	Mililitros alcohol
Ligeros	23,5	15,35
Moderados	10,8	40,24
Abusivos	4,5	147,20
Total	38,8	37,52

De un modo general el promedio diario de consumo de alcohol del conjunto de bebedores en 2006 fue de 37,52 ml. por bebedor, cantidad un poco menor a la observada en 2004, que era de 45,31 ml. Como puede verse la estructura interna del consumo es muy diferenciada, yendo de los 15,35 ml. de los bebedores ligeros a los 147,20 ml. de los abusivos.

En función de los días de la semana, el promedio de alcohol consumido sería el siguiente:

	Mililitros alcohol
Días laborables	36,34
Días fin de semana	38,78
Promedio General diario	37,52

Dichos promedios son algo a los observados en el estudio de 2004 (laborables 36,34 ml., fin semana 38,78 ml. y promedio general 37,52 ml.); además se mantiene el consumo en días laborables respecto a los de fin de semana con pequeñas diferencias.

Dada la menor base muestral que en otras ocasiones la desagregación que podemos hacer en esta ocasión es la siguiente:

Tábla 2.9. MI de alcohol consumidos según el género y la edad

	MI
General	37,52
Hombres	44,13
Mujeres	25,44
12-18	44,48
19-24	55,71
25-39	42,70
40-54	37,44
55 y más	31,99

Como puede verse los hombres tienen un promedio de ingesta de alcohol superior al de las mujeres (44,13 ml. y 25,44, respectivamente). Y por edad destacan los de 19 a 24 años con 55,71 ml.

2.3. PERFIL DE LOS BEBEDORES ABUSIVOS

Según viene siendo habitual en los cruces de la tipología de bebedores con las distintas variables independientes, las diferencias más significativas observadas han sido las de género y edad ($P < .000$). Los resultados obtenidos son los que se recogen en la tabla siguiente:

Tabla 2.10. Tipología de bebedores según el género y la edad, en %

Frecuencias	Total	GÉNERO		EDAD				
		Hombres	Mujeres	12/18	19/24	25/39	40/54	55 e más
Abstinentes	61,2	47,5	73,7	83,1	73,8	69,0	51,8	53,3
Ligeros	23,5	26,9	20,4	9,1	11,6	17,5	29,4	30,5
Moderados	10,8	19,2	3,1	4,6	9,0	8,1	14,2	12,5
Abusivos	4,5	6,4	2,8	3,2	5,6	5,3	4,7	3,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Base	(2.300)	(1.099)	(1.201)	(177)	(216)	(584)	(501)	(822)

Género: $\chi^2 = P < .000$
Edad: $\chi^2 = P < .000$

Cruzando ahora los bebedores abusivos con el género y la edad conjuntamente obtenemos la tabla siguiente:

Táboa 2.11. Los bebedores abusivos según el género y la edad conjuntamente, en %

	Total	12-18	19-24	25-39	40-54	55 e máis
Hombres	6,4	3,2	5,8	7,1	9,3	4,7
Mujeres	2,8	3,3	5,4	3,6	1,0	2,0
Total	4,5	3,2	5,6	5,3	4,7	3,7
Hombres: X ² = P<.000 Mujeres X ² = P<.000						

Según podemos ver, las diferencias observadas en estas dos tablas son muy significativas. De ellas cabe señalar lo siguiente:

- Los más **abstinentes** son las mujeres (73,7%) y los 83,1% de 12-18 años.
- Los principales bebedores **ligeros y moderados** son hombres (26,9% y 19,2%), y los de 40-54 años (29,4) y los de 55 y más (30,5%).
- Y en lo que se refiere a los bebedores **abusivos** destacaremos lo siguiente:
 - Un 6,4% de los hombres, por el 2,8% de las mujeres.
 - Aunque en el grupo de 12-18 años la prevalencia es la más baja (3,2%), las mujeres superan ligeramente a los hombres (3,3 y 3,2%).
 - Un 5,6% en los de 19 a 24 años (5,8% hombres y 5,4% mujeres).
 - Un 5,3% en los de 25 a 39 (un 7,1% hombres y el 3,6% mujeres).
 - La prevalencia más alta se alcanza en los hombres de 40-54 años con un **9,3%**.
 - Por último, en el grupo de mayor edad la prevalencia es del 3,7% (el 4,7% en los hombres y un 2% en las mujeres).

En lo relativo al perfil básico de los bebedores abusivos podemos ver los datos de la tabla siguiente:

Táboa 2.12. Perfil dos consumidores de ALCOHOL ABUSIVO (P<.05 < P<.000)

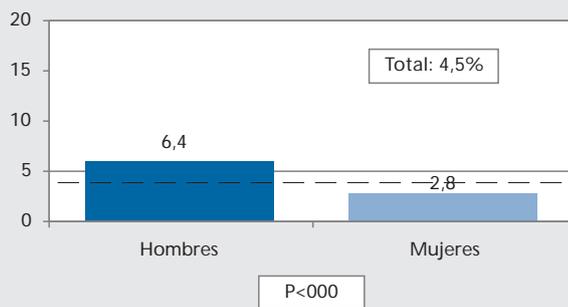
Variabes	%	Variabes	%
Género (P<.00000)		Estado civil (P<.00005)	
Hombres	6,4	Solteros	5,2
Mujeres	2,8	Casados	3,9
Edad		Separados	1,7
12-18	3,2	Parejas	11,0
19-24	5,6	Viudos	2,7
25-39	5,3	Estudios	
40-54	4,7	Primarios	4,2
55 y más	3,7	Bachiller-FP	4,5
Hábitat		Medios-superiores	2,9
Hasta 10.000 habitantes	1,9	Ocupación	
De 10.001 a 50.000	3,0	Trabajadores	4,7
De 50.001 a 100.000	6,5	Parados	11,8
Más de 100.000	9,2	Estudiantes	4,2
Provincia		Amas de casa	2,3
A Coruña	4,2	Pensionistas	3,5
Lugo	3,8	Grupo profesional activos	
Ourense	3,3	Empresarios-Directivos	1,2
Pontevedra	5,6	Profesionales-Técnicos	3,3
Área sanitaria		Autónomos-Empleados	4,0
A Coruña	6,0	Traballadores	6,3
Ferrol	2,5	Tipo de día	
Cervo-Burela	3,0	Días laborables	4,2
Santiago	3,2	Días fin semana	4,9
Lugo	4,4		
Pontevedra	2,1		
Vigo	7,5		
Ourense	3,5		
Monforte	2,9		
O Salnés	1,5		
O Barco	1,9		
Total	4,5	Total	4,5

Según los datos de la tabla, del perfil de los bebedores abusivos, además de lo ya visto por género y edad, podemos destacar lo siguiente: en todo tipo de poblaciones, especialmente las medias y las grandes, en las provincias de A Coruña y Pontevedra.

Los casados, los solteros, y los que viven en pareja. Los de estudios primarios y medios. Los que trabajan y los parados, y entre los primeros: autónomos-empleados y trabajadores.

Al igual que en el tabaco los bebedores abusivos se encuentran en todos los tipos de población y en los diversos estratos ocupacionales, lo cual nos señala también la amplia difusión de esta sustancia, tal como hemos venido observando en los estudios anteriores al presente.

Gráfico 3
El consumo de ALCOHOL ABUSIVO según el género y la edad
GÉNERO



IDADE

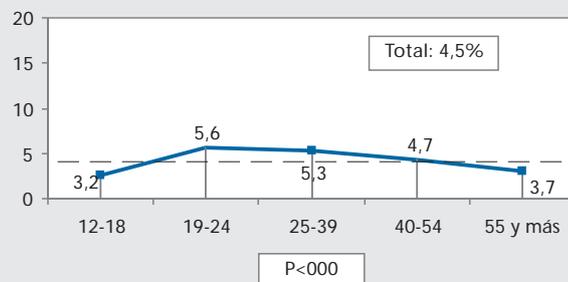
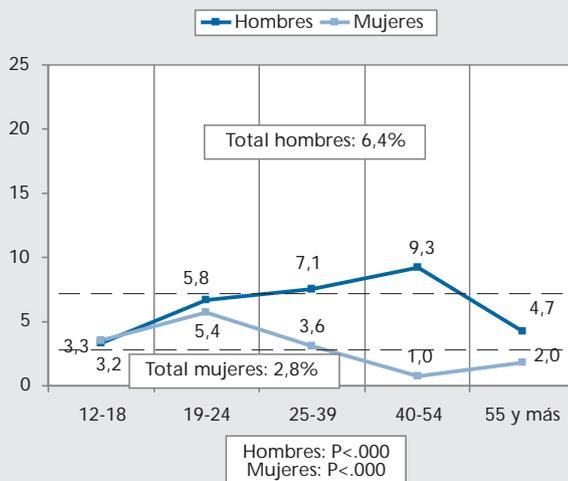


Gráfico 4
El consumo DE ALCOHOL ABUSIVO según
el género y la edad conjuntamente



2.4. EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

Seguidamente vamos ver en qué edades se inicia el consumo de alcohol. Los resultados obtenidos en la encuesta permiten construir la tabla 2.13 siguiente:

Táboa 2.13. Grupos de edad en el inicio del uso del alcohol

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Hasta los 15 años	31,7	33,7	29,1
De 16 a 18	46,6	48,8	43,8
De 19 a 22	15,7	13,3	18,8
De 23 a 25	1,9	0,9	3,2
De 25 en adelante	1,6	1,2	2,0
NS/NC	2,5	2,1	3,1
Totale	100,0	100,0	100,0
Bases	(1.547)	(870)	(677)

Según estos datos vemos que hay dos grupos de edad en los que se da una mayor proporción de inicios en el uso del alcohol: el de hasta 15 años con el 31,7% y el de 16 a 18 con el 46,6%.

La edad media de inicio es los **16,82** años, un poco menor que los 16,95 observada en 2004. Por **género** los hombres tienen una media de 16,54 y las mujeres de 17,18.

E por **idade**:

12-18	14,32
19-24	15,64
25-39	16,37
40-54	17,17
55 y más	17,93

2.5. O BOTELLÓN

En la encuesta de la Comunidad de Galicia de 2002 se incluyó una pregunta referida a la participación en el modo de consumo de alcohol en espacios públicos, conocida popularmente por "el botellón". En la de 2006 se ha incluido también esta pregunta. Los resultados obtenidos son los siguientes.

Participación en el botellón

Entre la población de Galicia de 12 años en adelante la participación en un botellón en los últimos seis meses fue la que se recoge en la tabla siguiente:

Tabla 2.14: En los últimos seis meses ¿ha participado en algún botellón?

	% General	% Agrupado
No, nunca	87,9	87,9
Una o dos veces	4,9	
Tres a cinco veces	3,0	
Una o dos veces al mes	2,5	Si
Todas las semanas	1,7	12,1
Total	100,0	100,0
Base	(2.300)	(2.300)

Un 87,9% de la población gallega de 12 años en adelante no ha participado nunca en un botellón, mientras que el 12,1% sí lo ha hecho, de ellos un 7,2% con cierta frecuencia. En comparación con 2004 esta participación ha aumentado en +4,1 puntos.

Naturalmente, dadas las características eminentemente juveniles de este fenómeno, los resultados obtienen su plena significación si los cruzamos con la edad. Dicotomizado la pregunta en **SÍ** ha participado y **NO** han participado, y tomando el sí como referencia, podemos ver las siguientes proporciones jerarquizadas de participación.

Edad:	% Sí
1.º 19-24	48,0
2.º 12-18	46,9
3.º 25-39	10,2
4.º 40-54	1,3
5.º 55 y más	0,0

Según esto vemos que el grupo etario que en mayor proporción ha participado en un botellón en los últimos seis meses es el de **19-24** años, con un **48%**, seguido muy de cerca por los de **12 a 18 años** con el **46,9%**. A partir del grupo de 25 a 39 años la participación en el botellón desciende bruscamente (10,3%), hasta prácticamente desaparecer en los grupos etarios mayores. En esencia este es el mismo fenómeno que ya observamos en 2002. y 2004.

La proporción de hombres (14,6%) que participan en botellones es de 1,5 a 1 respecto a las mujeres (9,9%), es decir quince hombres por cada diez mujeres. Esta también se mantiene igual que en 2002 y 2004.

Un dato también muy importante es la relación existente entre el tipo de bebedor que se sea y la proporción en que participan en botellones, según esto podemos ver la siguiente jerarquización:

Tipo de bebedor:	% sí participación en botellón
1º Abusivo	29,8
2º Moderado	7,2
3º Ligero	6,0

Según puede verse hay una relación directa entre mayor consumo de alcohol y mayor proporción de participación en el botellón, siendo especialmente importante la de los bebedores abusivos, en los que un **29,8%** de los mismos han participado en los últimos seis meses, seguidos de los moderados ya con sólo 7,2%.

Finalmente, si tomamos como referencia el 12,1% de la población general que han participado en el botellón, y según las distintas variables sociodemográficas, podemos ver que el perfil completo de los que más participan sería el siguiente:

- Los hombres un (14,6%), por un (9,9%) las mujeres.
- Los de 12-18 años (46,9%) y 19-24 (48%).
- Los bebedores abusivos (29,8%).

En A Coruña (22%) y Pontevedra (17%).

- En las poblaciones de 50.000-100.000 habitantes (14,9) y de más de 100.000 (18).
- Los solteros (32,8%) y los que viven en parejas (12%).
- De estudios de BUP y FP (16,7) y medios-superiores (14%).
- Los estudiantes (52%) y los parados (25,2%); así como profesionales y empleados (7,6%) y trabajadores (11%).

Al igual que en 2002 y 2004 se trata especialmente de una población juvenil, en núcleos urbanos medios y grandes, de buen nivel educativo; estudiantes y parados principalmente, y muchos de ellos consumidores abusivos de alcohol.

3. EL CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Introducción

En la serie de estudios epidemiológicos y sociales sobre el consumo de drogas en Galicia señalábamos como finalidades generales los siguientes objetivos:

- a Construir de un modo sólido unos *indicadores* para la *detección* de los distintos fenómenos que se quieren conocer, en especial en las prevalencias de los usos de las distintas sustancias, las actitudes subyacentes y los factores asociados a este hecho, así como la factibilidad de las intervenciones ante esta problemática.
- b Estos indicadores han de tener una consistencia suficiente para poder medir y evaluar la situación a lo largo de un *periodo de tiempo* razonable, explicando en lo posible las *evoluciones* que se vayan produciendo y, en todo caso, ir *generando nuevas variables* ante fenómenos *emergentes*.
- c El análisis de los resultados obtenidos ha de aspirar a crear un *modelo interpretativo* de la realidad en cuestión y una cierta capacidad *predictiva* de su proyección en el tiempo, permitiendo de este modo *orientar* la intervención, especialmente en las actuaciones preventivas, en la dirección más adecuada y con una cierta perspectiva de validez en el futuro.

Obviamente no partíamos de la nada, sino que, como señalamos en el estudio de 2004, la base metodológica era la siguiente:

“Los anteriores estudios realizados en Galicia sobre el consumo de drogas (1988, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 y 2004)¹ 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 mismo cuestionario fue aplicado en otros estudios, y por nosotros en Aragón (1986), Madrid (1988), Andalucía (1987-2002) y Galicia (1988-2002), y hemos podido validarlo en un colectivo de usuarios de drogas (1993) y en otro nacional sobre “La incidencia de las drogas en el medio 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 Galicia se quería, por una parte, conservar la secuencia temporal básica de los seis meses para poder hacer comparaciones con los estudios anteriores 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 y, en general, también en lo básico a la orientación que el Plan Nacional sobre Drogas ha dado a sus encuestas nacionales de Consumo de Drogas”.

¹ EDIS “El Consumo de Drogas en Galicia (1988-2004) Plan de Galicia sobre Drogas. Santiago.

Coherentemente con esta perspectiva se ha planteado también la presente encuesta en 2006 en todo lo que se refiere al uso de las distintas drogas, sus patrones de consumo, los perfiles y otros fenómenos asociados a esta problemática.

En esta línea los dos indicadores básicos: alguna vez y el último mes son también los mismos que los incluidos en la últimas Encuestas Domiciliarias sobre Uso de Drogas (1997-2005) del Plan Nacional sobre Drogas, y de este mismo modo se estructuran también esencialmente los datos del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.

Del mismo modo que en los estudios anteriores en Galicia:

*“La realización de la encuesta ha sido **probabilística, 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 EE.UU., en 1989, respecto a la estructuración y comprensibilidad de las cuestiones, la privacidad y el anonimato de la entrevista, las contaminaciones semánticas, así como en el tratamiento y análisis de los datos obtenidos.”*

Las distintas sustancias psicoactivas por las que se ha preguntado, además del tabaco y el alcohol vistos en los dos capítulos anteriores, han sido las siguientes:

- 1 Inhalables
- 2 Cannabis
- 3 Cocaína
- 4 Drogas de Síntesis
- 5 Heroína
- 6 Otros opiáceos
- 7 Alucinógenos
- 8 Anfetaminas y Speed
- 9 Tranquilizantes
- 10 Hipnóticos
- 11 Crack

En lo que se refiere a 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 algunas aclaraciones sobre otros términos en que son conocidas e, incluso, en algunos psicofármacos se han citado algunas de las marcas más comunes para una mejor comprensión de este tipo de sustancias.

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

- 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*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- 4 OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS. *Informes nº 1 y 4. Estado de situación del consumo de drogas: indicadores sociológicos y patrones de consumo*. “Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas 1999-2005”. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- 5 OBSERVATORIO EUROPEO DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS. *Informe Anual de 2005 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea*. Lisboa.
- 6 TURNER, CH.F., LESSLER, J.T. Y GFROERER, J.C. (ed.) (1992). *Survey Measurement of Drug Use. Methodological Studies*. Rockville (Maryland): National Institute on Drug Abuse. y GFROERER, J. (1992). “Methodology of the U.S. National Household Survey on Drug Abuse”. En *Health Related Data and Epidemiology in the European Community*. Bruselas (21-23 septiembre).

- Tabla general con los **datos del consumo** de **alguna vez**, de los **últimos seis 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 uso⁷:
 - Últimos seis meses/Alguna vez
 - Último mes/Últimos seis 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 **géneros y edades**.

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, en la actualidad y anteriormente.

Tal como hemos venido haciendo en los anteriores estudios de Galicia, 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 residente en Galicia, factores de protección, conocimiento y valoración de la labor realizada por el Plan de Galicia sobre Drogas ante esta realidad.

Finalmente, en lo relativo 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 aproximado. Obviamente, cuanto mayores son las prevalencias más sólidas son las bases de las estimaciones ofrecidas.

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 seis meses. El índice general es la relación entre los que lo han hecho en el último mes y los que lo hicieron alguna vez.

1. Los INHALABLES

Bajo el epígrafe general de inhalables se contemplan una serie de sustancias de uso industrial o doméstico (pinturas, gasolina, disolventes, colas y pegamentos...) que produce euforia, embriaguez, alucinaciones. De este modo se formuló a los entrevistados, solicitándoles que indicaran si habían hecho uso de los mismos con esta finalidad. Los resultados obtenidos son los que se recogen en la tabla 3.1 siguiente:

Tabla 3.1: El consumo de INHALABLES

	%
Consumió alguna vez:	0,8
Edad media de inicio en el consumo (años):	17,33
Consumió en los últimos seis meses:	0,2
Consumió en el último mes:	0,1
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	0,0
· Una vez por semana	0,1
· De dos a seis veces por semana	0,0
· Diariamente	0,0

Según los datos de esta tabla vemos que el uso de estas sustancias sigue siendo muy minoritario: un 0,8% las han probado **alguna vez**, un 0,2% en los últimos seis meses, y un 0,1% en el último mes.

La continuidad de uso es la siguiente:

- Últimos 6 meses/alguna vez:25%
- Último mes/último 6 meses:50%
- Índice general de continuidad de uso:12%

En relación a 2004 no se observa ninguna variación significativa en el consumo de inhalables. En el cuadro 3.1 se recogen las prevalencias de los inhalables en los diversos estudios de Galicia y en otros nacionales y autonómicos, en los que como puede verse los consumos son muy parecidos.

En términos absolutos se puede estimar que, de forma aproximada, en los últimos seis meses habrían consumido inhalables entre 3.000 y 4.000 personas, aproximadamente la misma cantidad que en 2004.

Las edades de **inicio** del uso de inhalables son las siguientes:

	Total %
Hasta los 15	32,2
De 16 a 18	47,8
De 19 a 22	6,0
De 23 y más	14,1
Total	100,0
Base	(18)

A los 15 años ya se han iniciado en el consumo de inhalables el 32,2%. Y la edad media resultante son los 17,33 años; los 17,56 en hombres y 16,81 en mujeres.

Cuadro 3.1: 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	0,3	0,5
1986	16-65, España trab,	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	0,1	0,2
1989	16 años y más, Andalucía	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	0,2*	0,5
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*
1992	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	0,0	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, Comunidad 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	0,1	0,2*
1997	15-65 años, Madrid, Municipio	2.500	0,2	0,2*
1998	15 años y más, Comunidad Valenciana	2.000	0,1	0,2*
1998	12 años y más, Andalucía	2.500	0,2	0,3
1998	12 años y más, Galicia	2.300	0,1	0,3
1999	15-65 años, España	12.488	0,1	0,1*
2000	12 y más años, Andalucía	2.500	0,2	0,4
2000	12 años y más, Galicia	2.300	0,2	0,3
2001	15-65 años, España	14.113	0,1	0,1*
2002	12 años y más, Galicia	2.300	0,1	0,1
2003	15-64 años, España	12.033	0,1	0,1*
2004	12 años y más, Galicia	2.300	0,1	0,1
2006	12 años y más, Galicia	2.300	0,1	0,2

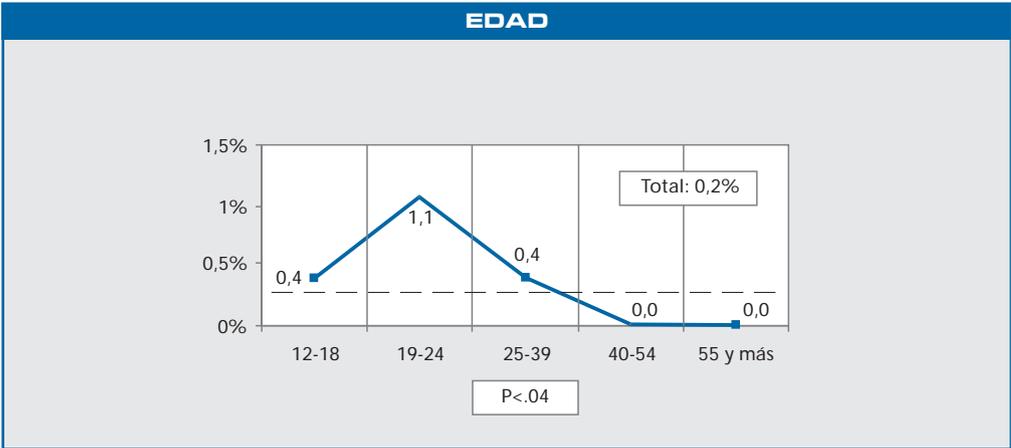
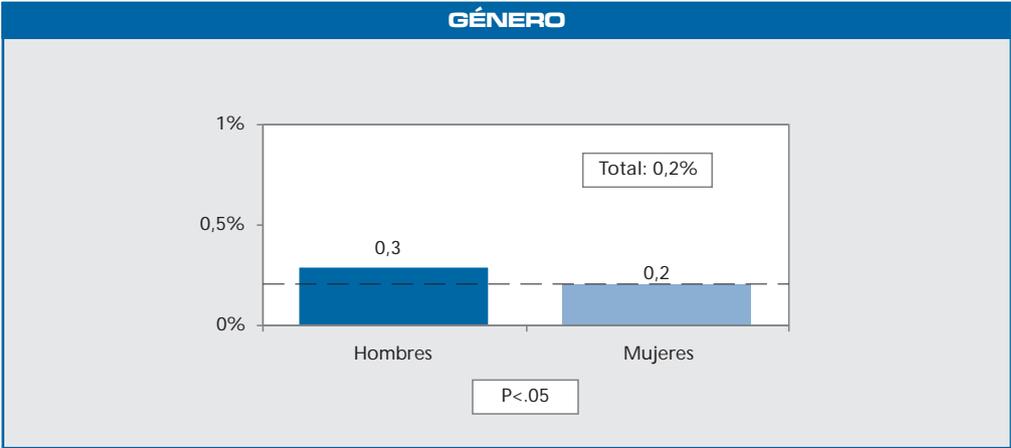
* Últimos doce meses

En lo que se refiere al perfil de los consumidores de inhalables (tabla 3.2), la escasez de su base muestral, no permite hacer un análisis estadísticamente muy significativo. No obstante a título indicativo, cabe señalar los siguientes rasgos en los que los han consumido en los últimos seis meses: los hombres algo más que las mujeres, los de 12-18 años. En poblaciones grandes. Solteros, de nivel educativo medio, estudiantes y trabajadores.

Tabla 3.2: Perfil de los consumidores de INHALABLES en últimos seis meses (P<.05 a P<.1)

Variables	%	Variables	%
Género		Clase social	
Hombres	0,3	Baja y media-baja	0,1
Mujeres	0,2	Media-media	0,1
		Media-alta y alta	0,3
Edad		Estado civil	
12-18	0,4	Solteros	0,5
19-24	1,1	Casados	0,0
25-39	0,4	Separados	0,1
40-54	0,0	Parejas	0,0
55 y más	0,0	Viudos	0,0
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 habitantes	0,1	Primarios	0,1
De 10.001 a 50.000	0,3	Bachiller-FP	0,4
De 50.001 a 100.000	0,1	Medios-superiores	0,0
Más de 100.000	0,5		
Provincia		Ocupación	
A Coruña	0,1	Trabajan	0,3
Lugo	0,0	Parados	0,1
Ourense	0,0	Estudian	0,5
Pontevedra	0,7	Ama de casa	0,0
		Pensionistas	0,0
Área Sanitaria		Grupo profesional activos	
A Coruña	0,1	Empresarios-directivos	0,0
O Ferrol	0,1	Profesionales-técnicos	0,0
Cervo-Burela	0,0	Autónomos-empleados	0,3
Santiago	0,0	Trabajadores	0,4
Lugo	0,1		
Pontevedra	0,2		
Vigo	0,5		
Ourense	0,0		
Monforte	0,0		
O Salnes	0,0		
O Barco	0,0		
Total	0,2	Total	0,2

Gráfico 5
El consumo de INHALABLES en últimos seis meses según el género y la edad



2. EL CANNABIS

Desde hace unos años en toda España, y también en Galicia, la sustancia ilegal de uso más extendido es el cannabis (hachís, marihuana y otros derivados), con prevalencias que en los grupos de edad más joven llegan al 21,4% en los de 12-18 años y de un 20,8% en los de 19-24, en los últimos seis meses. Los resultados obtenidos sobre los consumos de cannabis en 2006 en Galicia son los de la tabla 3.3 siguiente:

Tabla 3.3: El consumo de CANNABIS

	%
Consumió alguna vez:	17,6
Edad media de inicio en el consumo (años):	17,19
Consumió en los últimos seis meses:	7,9
Consumió en el último mes:	5,4
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	2,1
· Una vez por semana	1,2
· De dos a seis veces por semana	0,6
· Diariamente	1,5

Con los datos de esta tabla vemos que un **17,6%** de la población gallega de 12 años en adelante han consumido cannabis **alguna vez**, un **7,9%** lo hizo en los últimos **seis meses** y el **5,4%** en el último **mes**. El consumo con más frecuencia (2 a 6 veces por semana y diariamente) sería de un **2,1%**.

La continuidad de uso es la siguiente:

- Últimos 6 meses/alguna vez:45%
- Último mes/último 6 meses:68%
- Índice general de continuidad de uso:31%

En relación a 2004 el consumo de cannabis ha aumentado en todos los periodos: +3,1) en alguna vez, +2,6 en últimos seis meses y +1,2 en últimos 30 días. Comparativamente en el cuadro 3.2 podemos ver las prevalencias en distintos estudios, en los que se puede apreciar un aumento claro del cannabis.

De manera aproximada, en términos absolutos se puede estimar que unas 197.000 personas habrían consumido cannabis en los últimos seis meses, de las que unas 53.000 lo estarían haciendo con mayor frecuencia (2 a 6 veces por semana o diariamente).

Las edades de **inicio** del uso de inhalables son las siguientes:

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Hasta los 15	24,6	23,4	26,7
De 16 a 18	51,9	52,6	50,6
De 19 a 22	19,9	21,4	16,9
De 23 a 25	2,9	2,1	4,4
De 26 en adelante	0,8	0,4	1,3
Total	100,0	100,0	100,0
Base	(404)	(264)	(140)

A los 18 años ya se han iniciado en el consumo de cannabis el 76,5%. Y la edad media de inicio es de **17,19** años, siendo los 17,16 en los hombres y 17,26 en las mujeres.

Cadro 3.2. Prevalencia do CANNABIS no último mes e nos últimos seis ou 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. España. Trab.	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. Andalucía	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*
1992	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	-
1994	12 años y más. Galicia	2.300	2,4	2,7
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. Comunidad 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	15 años y más. Comunidad Valenciana	2.000	6,8	10,4*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	4,3	5,3
1998	12 años y más. Galicia	2.300	3,2	4,0
1999	15-65 años. España	12.488	4,2	7,5*
2000	12 y más años. Andalucía	2.500	5,8	7,5
2000	12 años y más. Galicia	2.300	5,3	6,1
2001	15-65 años. España	14.113	6,5	9,9*
2002	12 y más años. Galicia	2.300	5,3	6,0
2003	12 años y más. Andalucía	2.500	6,0	7,3
2003	15-64 años. España	12.033	7,6	11,3*
2004	12 y más años. Galicia	2.300	4,2	5,3
2005	15-64 años. España	27.937	8,7	11,2*
2006	12 y más años. Galicia	2.300	5,4	7,9

* Últimos doce meses

Según los datos de la tabla 3.4 vemos que el perfil básico de los consumidores de cannabis es el siguiente: los hombres en doble proporción que las mujeres; los de 12-18 años, 19-24 y ya en menor medida los de 25-39. En núcleos urbanos medios y grandes. Y en las provincias de A Coruña y Pontevedra. Los solteros, separados y parejas. De estudios de bachiller-FP y medios superiores. Estudiantes, parados, profesionales-técnicos y trabajadores. Y Clase social media-media y media-alta y alta.

Resumiendo un segmento poblacional relativamente amplio y plural socialmente, aunque eminentemente juvenil y urbano. Y prácticamente idéntico al observado en 2002 y 2004.

Puesto que en esta ocasión hay base muestral suficiente podemos desagregar la variable edad por géneros. El resultado del consumo de cannabis en los mismos seis meses es el siguiente:

	Hombres	Mujeres
12-18	22,4	20,3
19-24	28,4	13,1
25-39	21,0	6,9
40-54	3,9	3,2
55 y más	0,0	0,0
(P<.000)	11,1	5,0

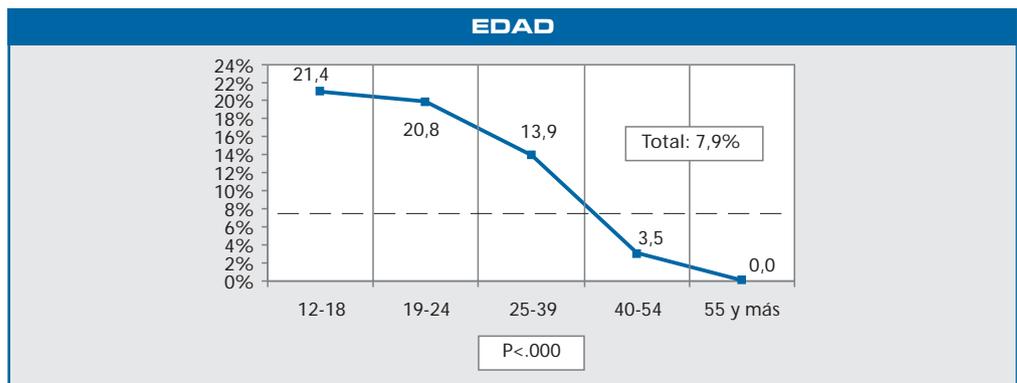
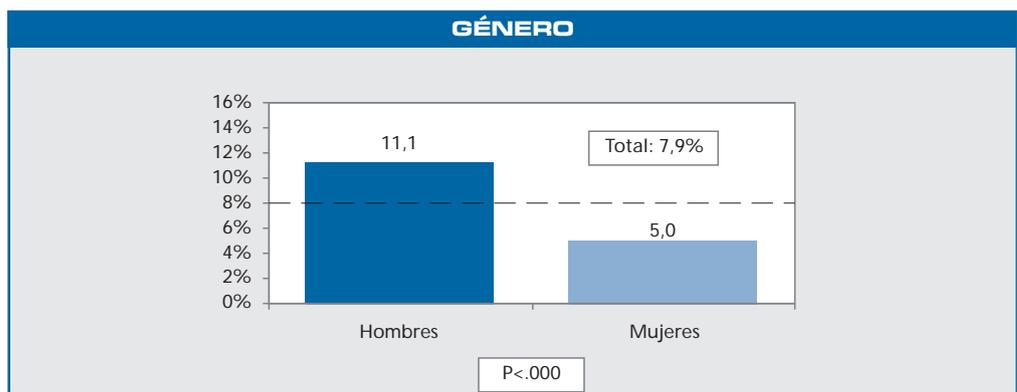
Obsérvese la alta prevalencia que alcanzan los hombres de 19-24 años (28,4%) y los de 12-18 (22,4%). Y en las mujeres las de 12-18 (20,3%) y las de 19-24 (13,1%).

Tabla 3.4: Perfil de los consumidores de CANNABIS en últimos seis meses (P<.05 a P<.000)

Variables	%	Variables	%
Género		Clase social	
Hombres	11,1	Baja y media-baja	6,6
Mujeres	5,0	Media-media	8,9
		Media-alta y alta	10,2
Edad		Estado civil	
12-18	21,4	Solteros	18,1
19-24	20,8	Casados	2,2
25-39	13,9	Separados	7,5
40-54	3,5	Parejas	13,0
55 y más	0,0	Viudos	0,0
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 habitantes	4,0	Primarios	2,9
De 10.001 a 50.000	9,2	Bachiller-FP	10,1
De 50.001 a 100.000	7,2	Medios-superiores	9,8
Más de 100.000	12,2		

Provincia	Ocupación
A Coruña	Trabajan
Lugo	Parados
Ourense	Estudian
Pontevedra	Ama de casa
	Pensionistas
Área Sanitaria	
A Coruña	Grupo profesional activos
O Ferrol	Empresarios-directivos
Cervo-Burela	Profesionales-técnicos
Santiago	Autónomos-empleados
Lugo	Trabajadores
Pontevedra	
Vigo	
Ourense	
Monforte	
O Salnes	
O Barco	
Total	Total

Gráfico 6
El consumo de CANNABIS en los últimos 6 meses, según el género y la edad



3. LA COCAÍNA

A cierta distancia del cannabis, la **cocaína** es también una sustancia ilegal bastante utilizada, especialmente entre los 19 y los 24 y 25-39 años, con un 6,3% y 4,8%, respectivamente, en los últimos seis meses y un 8,4% hombres de 25-39 años. Esta droga forma parte del principal modelo de policonsumo, junto a otras sustancias psicoestimulantes y las drogas de síntesis, así como con una cierta presencia del cannabis, como ya se observó en los estudios de 2000 y 2002 y 2004. y en esta ocasión es la droga líder del modelo.

Los resultados obtenidos sobre su consumo en Galicia en 2006 son los de la tabla 3.5 siguiente:

Tabla 3.5: El consumo de COCAÍNA

	%
Consumió alguna vez	6,2
Edad media de inicio en el consumo (años):	19,29
Consumió en los últimos seis meses:	2,3
Consumió en el último mes:	1,4
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	0,9
· Una vez por semana	0,3
· De dos a seis veces por semana	0,1
· Diariamente	0,1

Un **6,2%** de la población gallega de doce años en adelante ha consumido cocaína **alguna vez**, un **2,3%** lo hizo en los últimos **seis meses** y un **1,4%** en el último **mes**. El uso más frecuente (de 2 a 6 veces por semana o a diario) sería de un **0.2%**.

Siendo la continuidad de uso la siguiente:

- Últimos 6 meses/alguna vez:37%
- Último mes/último 6 meses:61%
- Índice general de continuidad de uso:23%

El consumo actual de cocaína en Galicia ha aumentado en los tres periodos: +2,3 en alguna vez, +0,9 en los últimos seis meses, y +0,4 en el último mes. En el cuadro 3.3 podemos ver las prevalencias en distintos estudios.

En lo relativo a las vías de consumo de la cocaína en Galicia se observa que un **2,5%** han llegado a hacerlo alguna vez, **anteriormente**, por vía inyectada, mientras que el 83,9% lo hacía por otras vías. En la actualidad tan sólo un **0,6%** de los consumidores la toma por vía parenteral, mientras que el 32.6% lo hacen por otras vías, y un 53,7% ya no lo consume. Si eliminamos estos últimos y recalculamos tenemos que actualmente la usarían inyectada el **1,3%**.

En lo referido al número aproximado de consumidores de cocaína, en los últimos seis meses se puede estimar que serían alrededor de 57.000 personas, de las que en torno a las 5.000 a 7.000 lo estarían haciendo con mayor frecuencia (2 a 6 veces por semana o diariamente).

En lo que se refiere a las edades de inicio en el consumo de cocaína podemos ver lo siguiente:

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Hasta los 15	11,7	10,4	15,2
De 16 a 18	47,6	49,8	41,8
De 19 a 22	26,8	26,3	27,9
De 23 a 25	3,6	4,0	2,5
De 26 en adelante	7,9	6,1	12,6
NS/NC	2,4	3,3	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Base	(143)	(100)	(43)

La media de inicio en la cocaína es de **19,29** años, siendo más precoces los hombres (19,30) que las mujeres (19,27).

Cuadro 3.3: 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 o 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. España.Trab.	1.994	2,4	3,2
1987	16 años y más. Andalucía	2.000	2,8	3,3
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. Andalucía	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*
1992	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	1,6*
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. Comunidad 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	1,6*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	1,5	2,4*
1998	15 años y más. Comunidad Valenciana	2.000	2,3	4,7*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	1,4	1,9
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0,6	1,2
1999	15-65 años. España	12.488	0,6	1,5*
2000	12 y más años. Andalucía	2.500	1,5	2,2
2000	12 años y más. Galicia	2.300	1,1	1,3
2001	15-65 años. España	14.113	1,4	2,6*
2002	12 y más años. Galicia	2.300	1,1	1,4
2003	12 años y más. Andalucía	2.500	1,6	2,6
2003	15-64 años. España	12.033	1,1	2,7*
2004	12 y más años. Galicia	2.300	1,0	1,4
2005	15-64 años	27.934	1,6	3,0*
2006	12 y más años. Galicia	2.300	1,4	2,3

* Últimos doce meses

Tabla 3.6: Perfil de los consumidores de COCAÍNA en los últimos seis meses (P<.05 a P<.000)

Variables	%	Variables	%
Género		Clase social	
Hombres	3,8	Baja y media-baja	2,2
Mujeres	1,0	Media-media	2,6
		Media-alta y alta	2,4
Edad		Estado civil	
12-18	3,6	Solteros	5,5
19-24	6,3	Casados	0,5
25-39	4,8	Separados	4,6
40-54	1,2	Parejas	2,6
55 y más	0,0	Viudos	0,0
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 habitantes	1,4	Primarios	1,9
De 10.001 a 50.000	3,2	Bachiller-FP	2,4
De 50.001 a 100.000	1,8	Medios-superiores	2,6
Más de 100.000	2,8		
Provincia		Ocupación	
A Coruña	3,2	Trabajan	2,1
Lugo	1,8	Parados	14,6
Ourense	0,5	Estudian	3,1
Pontevedra	2,3	Ama de casa	0,3
		Pensionistas	1,1
Área Sanitaria		Grupo profesional activos	
A Coruña	5,0	Empresarios-directivos	0,2
O Ferrol	2,6	Profesionales-técnicos	4,9
Cervo-Burela	5,5	Autónomos-empleados	0,5
Santiago	1,5	Trabajadores	3,6
Lugo	1,0		
Pontevedra	2,0		
Vigo	2,2		
Ourense	0,2		
Monforte	0,3		
O Salnes	2,5		
O Barco	2,9		
Total	2,3	Total	2,3

Según los datos de la tabla 3.8 vemos que el perfil básico de los consumidores de cocaína es el siguiente: los hombres en mayor proporción que las mujeres; los de 12-18 años y sobre todo los de 19-24 y 25-39. En los núcleos urbanos medios y grandes; así como en las provincias de A Coruña y Pontevedra. Los solteros, separados y los que viven en pareja; los de estudios de bachiller y FP y los de medios superiores. Los que estudian, los parados y los que trabajan; y entre estos últimos: profesionales, autónomos y trabajadores.

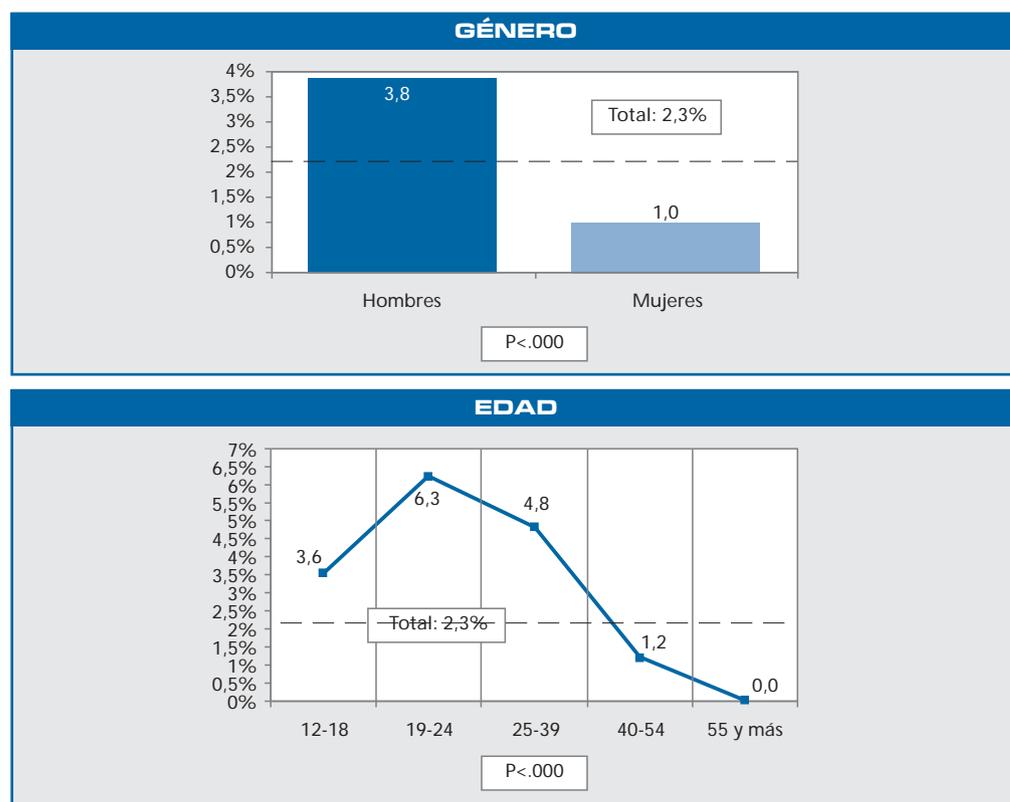
Especialmente se trata de una población joven y urbana, de buen nivel educativo, estudiantes y parados, pero también con empleo y muchos de ellos de cierto nivel profesional y social. Este perfil es idéntico al observado en 2002

Si desagregamos la edad por géneros podemos ver lo siguiente:

	Hombres (%)	Mujeres (%)
12-18	3,7	3,6
19-24	7,3	5,2
25-39	8,4	1,1
40-54	2,5	0,0
55 y más	0,0	0,0
(P<.001)	3,8	1,0

Las mayores prevalencias de consumo de cocaína en los últimos seis meses se dan entre los hombres en los grupos etarios de 19-24 años (7,3) y 25-39 años (8,4). Les siguen, en tercer lugar, las mujeres de 19-24 (5,2).

Gráfico 7
El consumo de COCAÍNA en los últimos 6 meses, según el género y la edad



4. Las DROGAS DE SÍNTESIS

Con el fin de conseguir una mejor comprensión de los entrevistados, estas sustancias se presentaron como Éxtasis y otras drogas de diseño. Estas sustancias, si bien sus prevalencias, no son muy altas en población general, si alcanzan cierto nivel entre los grupos etarios juveniles, especialmente en los hombres de 19-24 (2,4%), y que en los grandes núcleos urbanos en estos grupos alcanzan proporciones entre el 5% y el 7%. Junto a la cocaína y otras drogas afines constituye el principal modelo de policonsumo, el de psicoestimulantes, como puede verse más adelante.

Su consumo en Galicia en 2006 sería el siguiente:

Tabla 3.7: El consumo de DROGAS DE SÍNTESIS

	%
Consumió alguna vez:	2,7
Edad media de inicio en el consumo (años):	18,77
Consumió en los últimos seis meses:	0,7
Consumió en el último mes:	0,3
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	0,1
· Una vez por semana	0,1
· De dos a seis veces por semana	0,1
· Diariamente	0,0

El 2,7% de la población gallega, de doce años en adelante, han consumido drogas de síntesis alguna vez, un 0,7% lo hizo en los últimos seis meses y el 0,3% en el último mes. El consumo más frecuente sería de un 0,1% una vez por semana. Como ya hemos dicho anteriormente su consumo principal se da entre los jóvenes.

La continuidad de uso sería la siguiente:

- Últimos 6 meses/alguna vez:30%
- Último mes/último 6 meses:43%
- Índice general de continuidad de uso:11%

Si bien los que las han probado alguna vez, por acumulación, han aumentado los que persisten en su uso permanecen bastante estables. En el cuadro 3.4 se recogen los resultados de los distintos estudios.

En términos absolutos aproximados, en los últimos seis meses habrían consumido drogas de síntesis unas 15.000 a 17.000 personas, de las que de 2.000 a 4.000 lo estarían haciendo con cierta frecuencia.

Las edades de **inicio** del uso de las drogas de síntesis son las siguientes:

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Hasta los 15	10,6	9,5	15,9
De 16 a 18	46,0	45,0	51,1
De 19 a 22	31,7	31,4	33,0
De 23 a 25	2,4	2,9	0,0
De 26 en adelante	4,0	4,8	0,0
NS/NC	5,4	6,5	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Base	(60)	(52)	(8)

La edad media de inicio en el uso de drogas de síntesis son los **18,77** años, siendo los 19,05 en los hombres y los 17,43 las mujeres.

Cuadro 3.4: Prevalencia de la 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	0,8	0,9
1995	15-65 años. 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 e más. Comunidad 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	15 años y más. Comunidad Valenciana	2.000	1,0	1,8*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0,7	0,9
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0,6	0,7
1999	15-65 años. España	12.488	0,2	1,0*
2000	12 años y más. Galicia	2.300	0,5	0,7
2000	12 años y más. Andalucía	2.500	0,7	1,5
2001	15-65 años. España	14.113	0,7	1,8*
2002	12 años y más. Galicia	2.300	0,8	1,2
2003	12 y más años. Andalucía	2.500	0,8	1,2
2003	15-64 años. España	12.033	0,4	1,4*
2004	12 años y más. Galicia	2.300	0,5	0,5
2005	14-64 años. España	29.730	0,6	1,2*
2006	12 y más años. Galicia	2.300	0,3	0,7

* Últimos doce meses

Según los datos de la tabla 3.8 podemos ver que el perfil de los consumidores de drogas de síntesis sería el siguiente: los hombres en doble proporción que las mujeres; los de 12-18 años los de 19-24 y los de 25-39. En núcleos urbanos medios y grandes; las provincias de A Coruña y Pontevedra.

Los solteros. De estudios de bachiller-FP y medios-superiores. Los estudiantes y los parados, y profesionales, y trabajadores. De clase media-media.

Es decir, un cierto sector poblacional juvenil y urbano; de buen nivel educativo y con cierta pluralidad ocupacional.

Si desagregamos la edad por género podemos ver lo siguiente:

	Hombres (%)	Mujeres (%)
12-18	0,7	1,1
19-24	2,4	2,3
25-39	2,1	0,7
40-54	0,2	0,0
55 y más	0,0	0,0
(P<.03)	0,9	0,5

Las mayores prevalencias se dan, pues, entre los hombres de 19-24 años (2,4) y los de 25-39 (2,1). Y en las mujeres el de 19-24 (2,3) y 12-18 (1,1).

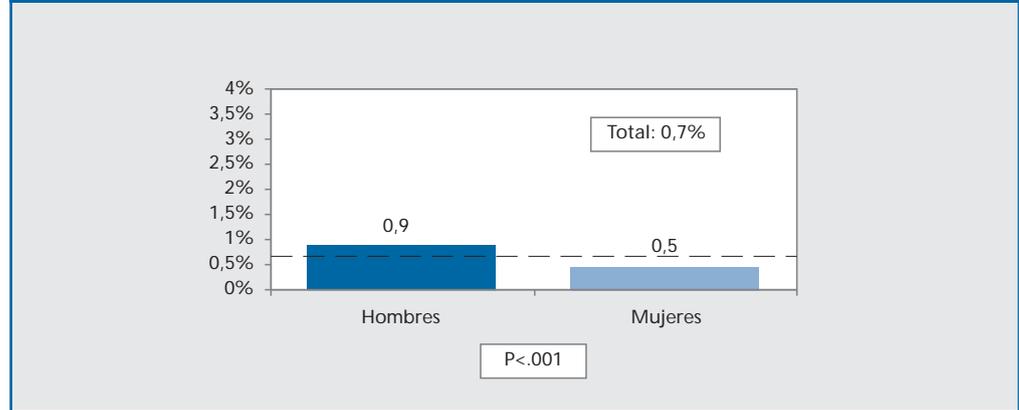
Tabla 3.8: Perfil de los consumidores de DROGAS DE SÍNTESIS en los últimos seis meses (P<.05 a P<.001)

Variables	%	Variables	%
Género		Clase social	
Hombres	0,9	Baja y media-baja	0,7
Mujeres	0,5	Media-media	0,8
		Media-alta y alta	0,3
Edad		Estado civil	
12-18	0,9	Solteros	1,9
19-24	2,4	Casados	0,1
25-39	1,4	Separados	0,1
40-54	0,1	Parejas	0,2
55 y más	0,0	Viudos	0,0
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 habitantes	0,5	Primarios	0,5
De 10.001 a 50.000	0,3	Bachiller-FP	0,6
De 50.001 a 100.000	0,7	Medios-superiores	1,2
Más de 100.000	1,0		
Provincia		Ocupación	
A Coruña	0,8	Trabajan	0,7
Lugo	0,2	Parados	3,2
Ourense	0,5	Estudian	1,2
Pontevedra	0,7	Ama de casa	0,0
		Pensionistas	0,0

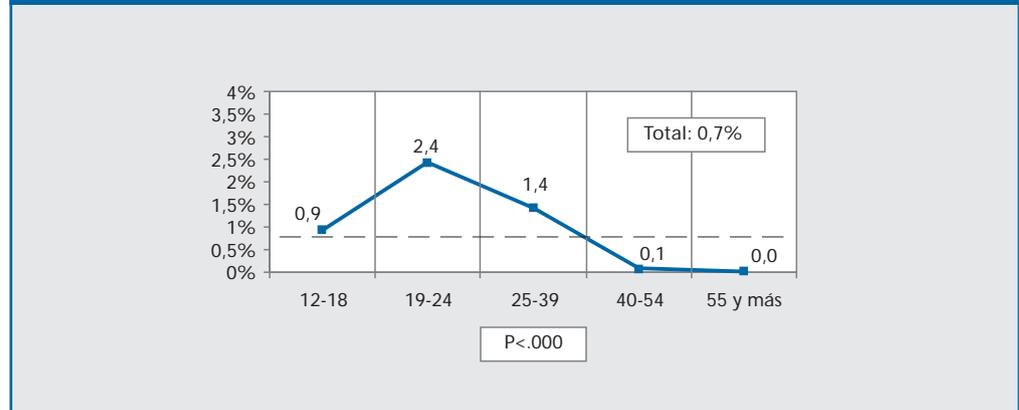
Área Sanitaria			
A Coruña	1,1	Grupo profesional activos	
O Ferrol	1,0	Empresarios-directivos	0,0
Cervo-Burela	0,4	Profesionales-técnicos	1,3
Santiago	0,5	Autónomos-empleados	0,4
Lugo	0,0	Trabajadores	0,9
Pontevedra	0,2		
Vigo	1,2		
Ourense	0,4		
Monforte	0,0		
O Salnes	0,0		
O Barco	1,6		
Total	0,7	Total	0,7

Gráfico 8
El consumo de DROGAS DE SÍNTESIS en los últimos 6 meses, según el género y la edad

GÉNERO



EDADE



5. LA HEROÍNA

Si bien es cierto que la heroína ha ido disminuyendo su consumo progresivamente en la última década en todo el territorio nacional, sus importantes daños personales y sociales hacen que esta droga tenga una importancia epidemiológica especial y que requiera una adecuada atención.

En 2006, con el método de encuesta domiciliaria, las prevalencias observadas en Galicia serían las siguientes:

Tabla 3.9: El consumo de HEROÍNA

	%
Consumió alguna vez:	0,8
Edad media de inicio en el consumo (años):	21,28
Consumió en los últimos seis meses:	0,2
Consumió en el último mes:	0,2
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	0,1
· Una vez por semana	0,1
· De dos a seis veces por semana	0,0
· Diariamente	0,0

El **0,8%** de la población de 12 años en adelante indican haber consumido heroína **alguna vez**, un **0,2%** lo hicieron en los últimos **seis meses** y el **0,2%** en el último mes. De un modo más frecuente o habitual (1 a 2 veces por semana) se encontrarían un **0,1%** de la población gallega de doce años en adelante.

La continuidad de uso sería la siguiente:

- Últimos 6 meses/alguna vez: 25%
- Último mes/último 6 meses:100%
- Índice general de continuidad de uso: 25%

Aunque por acumulación afloran algo más los que la han probado alguna vez, el uso más continuado permanece bastante estable en torno al 0,2 ó 0,1 por ciento.

En el cuadro 3.5 se ofrecen los resultados obtenidos en distintos estudios.

En lo que se refiere a las **vías de uso** de la heroína, anteriormente y en la actualidad, vemos lo siguiente: de los que la consumieron anteriormente un 30,8% lo hicieron preferentemente por vía parenteral y un 44,3% por otras vías (un 24,8% no contesta). En la actualidad el consumo inyectado sería en torno al 12% y por otras vías el 88%. Descontando claro está, el 47,8% que no consume y el 24,8 que no contesta.

Respecto a las edades de **inicio** en el consumo de heroína se observa lo siguiente:

	%
Hasta los 15	2,4
De 16 a 18	32,1
De 19 a 22	9,2
De 23 a 24	8,5
De 25 en adelante	28,6
NS/NC	19,3
Total	100,0
Base	(14)

La edad media es de 21,28 años, 21,38 en hombres y 20,44 en mujeres.

En términos absolutos, y tan sólo de forma **aproximada**, se podría estimar que en torno a unas 5.000 a 6.000 personas habrían usado heroína en los últimos seis meses, de los que unas 3.000 serían consumidores algo más habituales.

Cuadro 3.5: Prevalencia de la HEROÍNA en el último mes y en los últimos seis o doce meses

Año	Población de Referencia	Muestra	Último mes	Últimos 6 o 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. España.Trab.	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. Andalucía	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
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*
1992	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. Comunidad 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	0,2	0,2*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	0,8	1,0*
1998	15 años y más. Comunidad Valenciana	2.000	0,3	0,4*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0,5	0,6
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0,4	0,5
1999	15-65 años. España	12.488	0,0	0,2*
2000	12 años y más. Galicia	2.300	0,4	0,5
2000	12 y más años. Andalucía	2.500	0,4	0,6
2001	15-65 años. España	14.113	0,0	0,1*
2002	12 y más años. Galicia	2.300	0,3	0,4
2003	12 y más años. Andalucía	2.500	0,2	0,3
2003	15-64 años. España	12.033	0,0	0,1
2004	12 y más años. Galicia	2.300	0,1	0,1
2005	15-64 años. España	29.730	0,1	0,1*
2006	12 y más años. Galicia	2.300	0,2	0,2

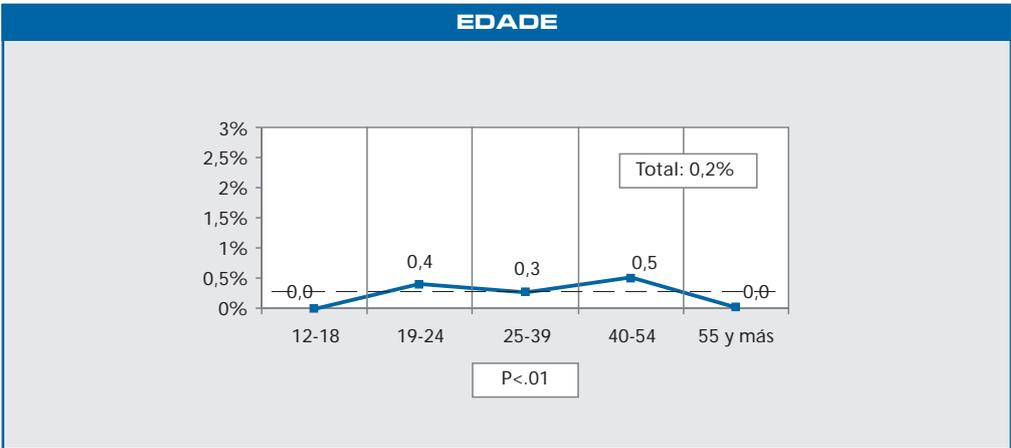
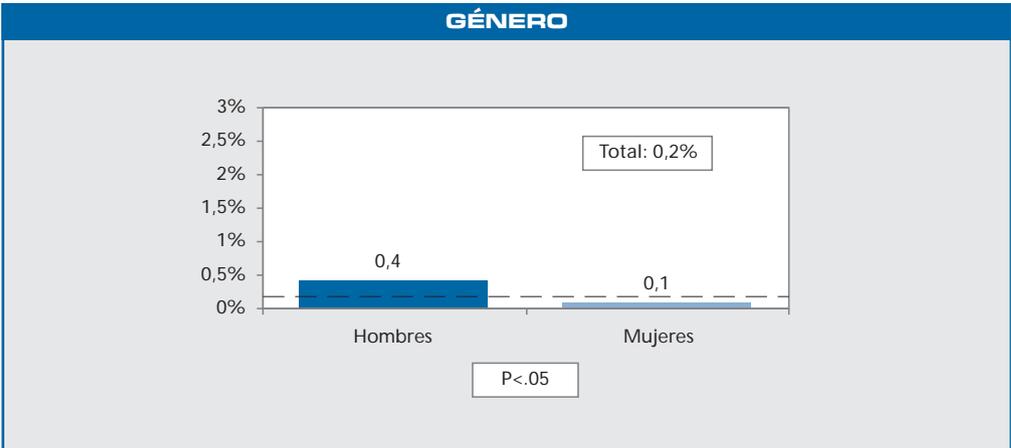
* Últimos doce meses

La escasa base muestral en el periodo de los últimos seis meses no permite grandes precisiones en los perfiles. No obstante, cabría destacar lo siguiente: los hombres, los de 19-24 y 25-39, pero sobre todo los de 40-54. En poblaciones medias y grandes. En A Coruña, O Ferrol, Vigo y O Barco. Solteros y separados. Parados.

Tabla 3.10: Perfil de los consumidores de HEROÍNA en últimos seis meses (P<.05 a P<.1)

Variables	%	Variables	%
Género		Clase social	
Hombres	0,4	Baja y media-baja	0,1
Mujeres	0,1	Media-media	0,3
		Media-alta y alta	0,0
Edad		Estado civil	
12-18	0,0	Solteros	0,3
19-24	0,4	Casados	0,0
25-39	0,3	Separados	2,3
40-54	0,5	Parejas	0,1
55 y más	0,0	Viudos	0,0
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 habitantes	0,1	Primarios	0,1
De 10.001 a 50.000	0,3	Bachiller-FP	0,3
De 50.001 a 100.000	0,2	Medios-superiores	0,2
Más de 100.000	0,3		
Provincia		Ocupación	
A Coruña	0,4	Trabajan	0,0
Lugo	0,1	Parados	0,9
Ourense	0,1	Estudian	0,0
Pontevedra	0,2	Ama de casa	0,1
		Pensionistas	0,0
Área Sanitaria		Grupo profesional activos	
A Coruña	0,7	Empresarios-directivos	0,0
O Ferrol	0,2	Profesionales-técnicos	0,0
Cervo-Burela	0,1	Autónomos-empleados	0,0
Santiago	0,2	Trabajadores	0,1
Lugo	0,1		
Pontevedra	0,1		
Vigo	0,3		
Ourense	0,0		
Monforte	0,0		
O Salnes	0,3		
O Barco	0,1		
Total	0,2	Total	0,2

Gráfico 9
El consumo de HEROÍNA en últimos seis meses según el género y la edad



6. Los otros opiáceos

En un amplio número de casos el consumo de otros opiáceos está configurado por dos tipos distintos de consumidores; por una parte, ciudadanos normalizados y de edades medias y mayores que los consumen en forma terapéutica (analgésicos), por otra, por personas jóvenes en un uso asociado al de otras sustancias, especialmente a la heroína, con la que forma el modelo de policonsumo de narcóticos, y entre los primeros en el psicofármacos, tal como podremos ver en el capítulo seis.

Las prevalencias del consumo de otros opiáceos en Galicia en 2006 serían las siguientes:

Tabla 3.11: El consumo de OTROS OPIÁCEOS

	%
Consumió alguna vez:	1,3
Edad media de inicio en el consumo (años):	27,16
Consumió en los últimos seis meses:	0,2
Consumió en el último mes:	0,1
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	0,0
· Una vez por semana	0,0
· De dos a seis veces por semana	0,05
· Diariamente	0,05

Un 1,3% han usado otros opiáceos **alguna vez**, un 0,2% lo hicieron en los últimos seis meses, y un 0,1%.

La continuidad de uso sería la siguiente:

- Últimos 6 meses/alguna vez:16%
- Último mes/último 6 meses:50%
- Índice general de continuidad de uso: 8%

Comparativamente con 2006, el consumo actual de otros opiáceos en Galicia permanece estable en los últimos seis meses, si bien en alguna vez afloran más casos por acumulación (Cuadro 3.6).

En términos absolutos, tendríamos unas 5.000 a 6.000 personas que consumieron otros opiáceos en los últimos seis meses, de los que unas 3.000 serían consumidores habituales.

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

Años	%
De 16 a 18	21,2
De 19 a 22	14,3
De 23 a 25	0,6
De 26 y más años	52,5
NS/NC	11,3
Total	100,0
Base	(26)

Esta estructura dual, en la que un 36% se inicio en el consumo de opiáceos hasta los 25 años y 52,5% después de esta edad, nos confirma el doble uso que tienen estas sustancias, anteriormente señalado.

La media de edad de inicio son los 27,16, 24,42 en hombres y 32,13 en mujeres. La escasa base muestra no permite hacer más desagregaciones.

Cuadro 3.6: 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 o 12 meses
1984	12 años y más. España	5.958	0,9	1,8
1994	12 años y más. Andalucía	2.500	0,9	1,0
1994	12 años y más. Galicia	2.300	0,2	0,3
1996	12 años y más. Andalucía	2.500	0,5	1,0
1996	12 años y más. Galicia	2.300	0,3	0,6
1996	15 años y más. Comunidad 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
1998	15 años y más. Comunidad Valenciana	2.000	0,3	0,4
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0,4	0,6
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0,5	0,6
2000	12 años y más Galicia	2.300	0,9	1,0
2000	12 años y más. Andalucía	2.500	0,3	0,8
2002	12 años y más. Galicia	2.300	0,1	0,2
2003	12 y más años. Andalucía	2.500	0,4	1,0
2004	12 y más años. Galicia	2.300	0,0	0,1
2006	12 y más años. Galicia	2.300	0,1	0,2

* Últimos doce meses

Dada la escasa base muestral del consumo de opiáceos en los últimos seis meses, a efectos de los perfiles de los consumidores de esta sustancia, tomaremos los datos a título indicativo (tabla 3.12). Según ésta podemos ver lo siguiente: los hombres, los de 19-24 años, 25-39 y un poco menos los 12-18. En los núcleos urbanos grandes. Los solteros y los casados y parejas. Con estudios de bachiller y FP. Los parados y los que trabajan, y entre éstos los profesionales y trabajadores, así como las amas de casa.

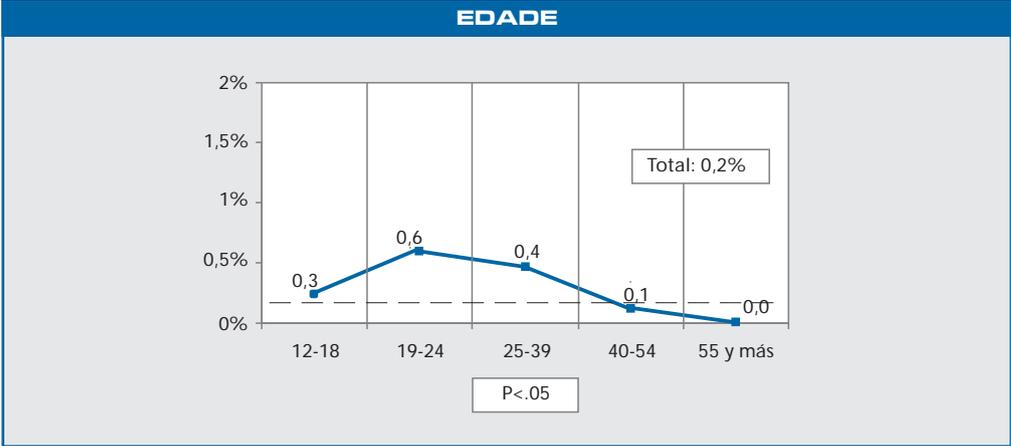
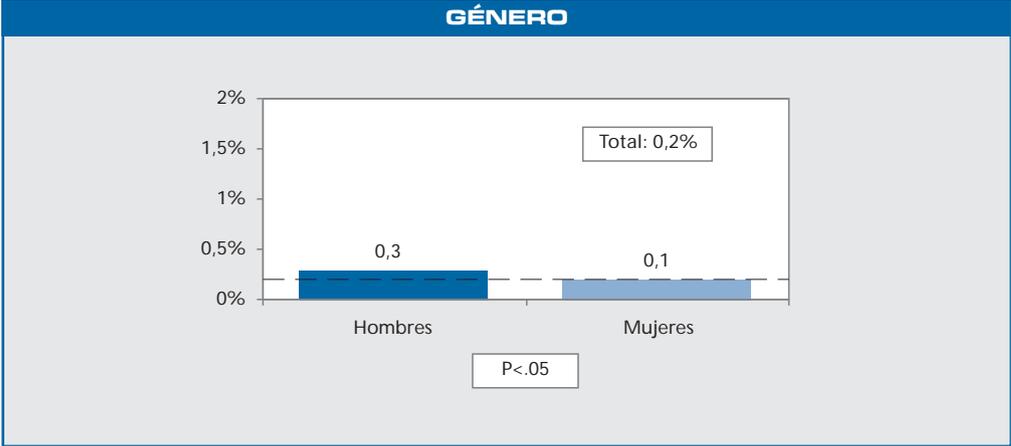
No es posible la desagregación de la variable edad por géneros.

Tabla 3.12: Perfil de los consumidores de OTROS OPIÁCEOS últimos seis meses (P<.05 a P<.1)

Variables	%	Variables %
Género		Clase social
Hombres	0,1	Baja y media-baja 0,1
Mujeres	0,3	Media-media 0,1
		Media-alta y alta 0,3
Edad		Estado civil
12-18	0,3	Solteros 0,3
19-24	0,6	Casados 0,2
25-39	0,4	Separados 0,1
40-54	0,1	Parejas 0,4
55 y más	0,0	Viudos 0,0

Hábitat			
Hasta 10.000 habitantes	0,2	Estudios	
De 10.001 a 50.000	0,1	Primarios 0,1	
De 50.001 a 100.000	0,3	Bachiller-FP	0,3
Más de 100.000	0,1	Medios-superiores 0,1	
Provincia			
Provincia		Ocupación	
A Coruña	0,3	Trabajan 0,2	
Lugo	0,1	Parados 0,5	
Ourense	0,0	Estudian 0,2	
Pontevedra	0,1	Ama de casa	0,4
		Pensionistas	0,2
Área Sanitaria			
Área Sanitaria		Grupo profesional activos	
A Coruña	0,1	Grupo profesional activos	
O Ferrol	0,7	Empresarios-directivos 0,0	
Cervo-Burela	0,0	Profesionales-técnicos 0,3	
Santiago	0,3	Autónomos-empleados 0,0	
Lugo	0,2	Trabajadores 0,4	
Pontevedra	0,1		
Vigo	0,2		
Ourense	0,0		
Monforte	0,0		
O Salnes	0,0		
O Barco	0,0		
Total	0,2	Total	0,2

Gráfico 10
El consumo de OTROS OPIÁCEOS últimos seis meses, según el género y la edad



7. Los ALUCINÓGENOS

El consumo de alucinógenos (LSD, ácidos, tripis...) es bastante minoritario en la población general, si bien en los grupos etarios jóvenes tienen cierta relevancia, especialmente en el 12-18 (3,8) y de 19-24 años en los últimos seis meses y (3,1). Es un uso lúdico, por otra parte muy asociado al éxtasis, las anfetaminas, la cocaína y el cannabis, con las que configura el modelo de policonsumo de los psicoestimulantes, como se recoge en el capítulo seis.

Las prevalencias generales en Galicia en el 2006 serían las siguientes:

Tabla 3.13: El consumo de ALUCINÓGENOS

	%
Consumió alguna vez:	3,2
Edad media de inicio en el consumo (años):	19,08
Consumió en los últimos seis meses:	0,9
Consumió en el último mes:	0,2
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	0,1
· Una vez por semana	0,1
· De dos a seis veces por semana	0,0
· Diariamente	0,0

El 3,2% de la población estudiada consumió **alucinógenos** en el período de **alguna vez**, el 0,9% lo hizo en los últimos **seis meses** y el 0,2% en el **último mes**. El consumo más frecuente observado es un 0,1% menos de una vez por semana.

La continuidad de uso es la siguiente:

- Últimos 6 meses/alguna vez:28%
- Último mes/último 6 meses:22%
- Índice general de continuidad de uso: 6%

En relación a 2004 el consumo de alucinógenos es algo más amplio, con +0,7 puntos en los últimos seis meses, si bien en el último mes se mantiene algo más estable (cuadro 3,7).

De forma indicativa se puede estimar que, en términos absolutos, unas 12.000 a 16.000 personas habrían usado alucinógenos en los últimos seis meses, de las que de 2.500 a 3.000 lo harían con una periodicidad de una vez por semana.

Cuadro 3.7: Prevalencia de la ALUCINÓGENOS últimos seis meses 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. España.Trab.	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. Andalucía	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*
1992	12 años y más. Galicia	2.000	0,1	0,2
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. Comunidad 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	0,2	0,9*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	0,5	0,8*
1998	15 años y más. Comunidad Valenciana	2.000	0,4	1,3*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0,4	0,7
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0,3	0,4
1999	15-65 años. España	12.488	0,2	0,6*
2000	12 años y más. Galicia	2.300	0,3	0,5
2000	12 años y más	2.500	0,3	0,4
2001	15-65 años. España	14.113	0,2	0,7*
2002	12 años y más. Galicia	2.300	0,3	0,4
2003	12 y más años. Andalucía	2.500	0,1	0,5
2003	15-64 años. España	12.033	0,2	0,7*
2004	12 y más años. Galicia	2.300	0,1	0,2
2005	14-16 años. España	29.730	-	0,7*
2006	12 y más. Galicia	2.300	0,2	0,9

* Últimos doce meses

En lo que se refiere a la edad de inicio en el consumo de alucinógenos podemos ver lo siguiente:

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Hasta los 15	9,1	8,1	14,9
De 16 a 18	40,7	37,3	60,7
De 19 a 22	31,2	32,4	24,3
De 23 a 25	2,8	3,3	0,0
De 26 en adelante	10,8	12,7	0,0
NS/NC	5,3	6,2	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Base	(73)	(62)	(11)

La edad media de inicio en el uso de alucinógenos es **19,08** años, 19,51 en los hombres y 16,71 en las mujeres.

Dada la escasez muestral en los seis meses, los datos hay que tomarlos con cautela. Con los datos de la tabla 3.14 el perfil de los consumidores de alucinógenos es el siguiente: hombres, los de 12 a 18 y 19 a 24 años, en los núcleos urbanos medios y grandes.

Los solteros, los de estudios de BUP y FP y medios-superiores; los profesionales y los trabajadores.

Si en el periodo de alguna vez desagregamos la edad por el género podemos ver lo siguiente:

	Hombres %	Mujeres %
12-18	3,9	3,7
19-24	4,1	2,0
25-39	1,2	0,3
40-54	1,4	0,0
55 y más	0,0	0,0
Total	1,4	0,5

(P<.05)

Los grupos etarios más prevalentes son entre los hombres los de 12-18 y 19-24 años con 3,9% y 4,1; y en las mujeres el de 12-18 con 3,7% y 19-24 con 2%.

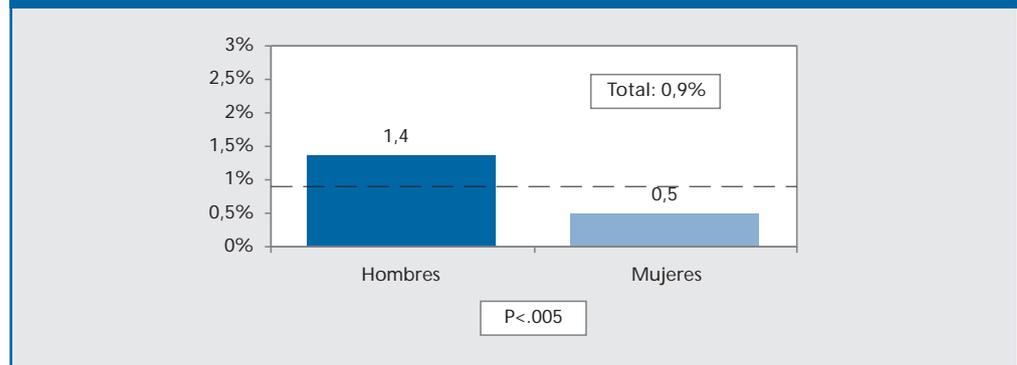
Tabla 3.14: Perfil de los consumidores de ALUCINÓGENOS últimos seis meses (P<.05 a P<.005)

Variables	%	Variables	%
Género		Clase social	
Hombres	1,4	Baja y media-baja	1,0
Mujeres	0,5	Media-media	1,1
		Media-alta y alta	0,3
Edad		Estado civil	
12-18	3,8	Solteros	2,2
19-24	3,1	Casados	0,4
25-39	0,7	Separados	0,0
40-54	0,7	Parejas	0,5
55 y más	0,0	Viudos	0,0
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 habitantes	0,4	Primarios	0,2
De 10.001 a 50.000	1,1	Bachiller-FP	1,1
De 50.001 a 100.000	0,4	Medios-superiores	1,7
Más de 100.000	1,7		

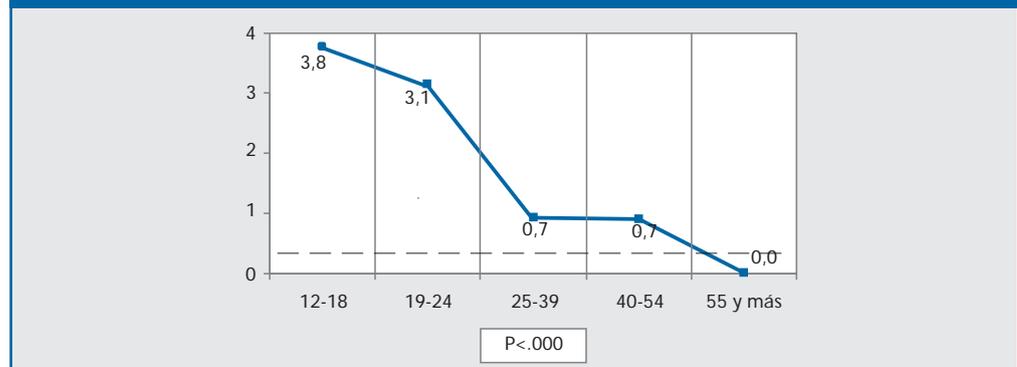
Provincia		Ocupación	
A Coruña	1,2	Trabajan	0,8
Lugo	0,4	Parados	5,5
Ourense	0,3	Estudian	2,3
Pontevedra	1,0	Ama de casa	0,0
		Pensionistas	0,0
Área Sanitaria			
A Coruña	2,2	Grupo profesional activos	
O Ferrol	0,3	Empresarios-directivos	0,0
Cervo-Burela	1,9	Profesionales-técnicos	1,1
Santiago	0,7	Autónomos-empleados	0,6
Lugo	0,1	Trabajadores	0,9
Pontevedra	0,3		
Vigo	1,6		
Ourense	0,2		
Monforte	0,3		
O Salnes	0,0		
O Barco	0,3		
Total	0,9	Total	0,9

Gráfico 11
El consumo de ALUCINÓGENOS en últimos seis meses según el género y la edad

GÉNERO



EDADE



8. Las ANFETAMINAS

En general las anfetaminas son un tipo de sustancias estimulantes que son relativamente poco usadas por el conjunto de la población gallega, si bien segmentos jóvenes, especialmente en las zonas urbanas, las han llegado a probar un 3,1% de los hombres. Se ubican en el modelo de policonsumo de los psicoestimulantes. Las prevalencias observadas en Galicia en 2006 son las que se ofrecen en la siguiente tabla:

Tabla 3.14: El consumo de ANFETAMINAS

	%
Consumió alguna vez:	1,9
Edad media de inicio en el consumo (años):	21,5
Consumió en los últimos seis meses:	0,5
Consumió en el último mes:	0,2
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	0,0
· Una vez por semana	0,0
· De dos a seis veces por semana	0,1
· Diariamente	0,1

Un 1,9% de la población gallega de doce años en adelante ha usado anfetaminas **alguna vez**, de ellos un 0,5% lo hizo también en los últimos **seis meses** y un 0,2% en el **último mes**. De estos últimos un 0,1% las consume habitualmente.

El grado de continuidad de uso es el siguiente:

- Últimos 6 meses/alguna vez: 26%
- Último mes/último 6 meses: 40%
- Índice general de continuidad de uso:..... 10%

En 2006 el consumo de anfetaminas es ligeramente mayor (+0,4) que en 2004, si bien en el último mes se mantiene bastante estable (Cuadro 3.8)

En términos absolutos y de forma aproximada, se puede estimar alrededor de 10.000 habrían consumido anfetaminas en los últimos seis meses, de ellas unas 3.000 a 4.000 lo estarían haciendo habitualmente.

Las edades de **inicio** en el uso de anfetaminas serían las del siguiente cuadro:

	Total %	Hombres %	Mulleres %
Hasta los 15	6,3	5,9	7,8
16-18	28,2	28,2	28,3
19-22	24,4	31,2	1,0
23-25	11,2	11,3	10,0
26 y más	21,2	12,3	52,9
NS/NC	8,8	11,2	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Base	(44)	(34)	(10)

La media de edad en el inicio de las anfetaminas son los 21,53 años, los 20,10 en los hombres y los 26,07 en las mujeres.

Cuadro 3.8: Prevalencia de la 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. España. Trab.	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. Andalucía	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*
1992	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	0,6
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. Comunidad Valenciana	2.000	1	1,3*
1997	15-65 años. Canarias	1.500	0,7	1,2*
1997	15-65 años. España	12.445	0,2	0,9*
1997	15-65 años. Madrid. Municipio	2.500	0,2	0,5*
1998	15 años y más. Comunidad Valenciana	2.000	1,2	2,5*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0,7	0,8
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0,4	0,6
1999	15-65 años. España	12.488	0,2	0,7*
2000	12 años y más. Galicia	2.300	0,6	0,7
2000	12 años y más. Andalucía	2.500	0,4	0,6
2001	15-65 años. España	14.113	0,6	1,2*
2002	12 años y más. Galicia	2.300	0,2	0,3
2003	12 y más años. Andalucía.	2.500	0,3	0,4
2003	15-64 años. España	12.033	0,2	0,8*
2004	12 y más años. Galicia	2.300	0,1	0,1
2005	14-64 años. España	29.730	*	1,0*
2006	12 y más años. Galicia	2.300	0,2	0,5

* Últimos doce meses

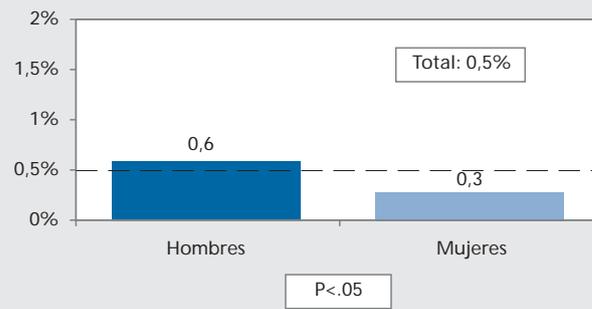
En el periodo de los últimos seis meses con los datos de la tabla 3,15 el perfil de los consumidores de anfetaminas sería el siguiente: hombres, de 12-18 y 19 a 24 años. En núcleos urbanos medios y grandes. Los solteros; los separados y las parejas; los de estudios de BUP y FP. Los parados y los estudiantes. De clase media-media.

Tabla 3.15: Perfil de los consumidores de ANFETAMINAS, en los últimos 6 meses (P<.05 a P<.1)

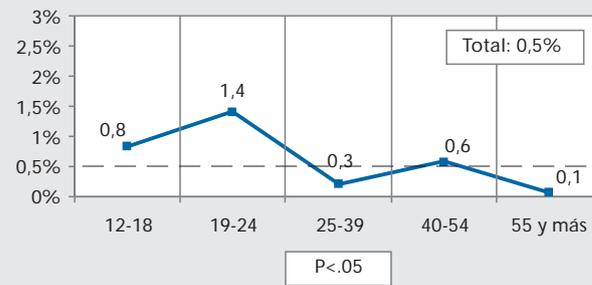
Variables	%	Variables	%
Género		Clase social	
Hombres	0,6	Baja y media-baja	0,3
Mujeres	0,3	Media-media	0,6
		Media-alta y alta	0,4
Edad		Estado civil	
12-18	0,8	Solteros	0,7
19-24	1,4	Casados	0,0
25-39	0,3	Separados	2,7
40-54	0,6	Parejas	0,8
55 y más	0,1	Viudos	0,3
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 habitantes	0,1	Primarios	0,3
De 10.001 a 50.000	1,0	Bachiller-FP	0,7
De 50.001 a 100.000	0,1	Medios-superiores	0,1
Más de 100.000	0,6		
Provincia		Ocupación	
A Coruña	0,4	Trabajan	0,1
Lugo	0,1	Parados	2,3
Ourense	0,1	Estudian	1,3
Pontevedra	0,9	Ama de casa	0,1
		Pensionistas	0,4
Área Sanitaria		Grupo profesional activos	
A Coruña	0,7	Empresarios-directivos	0,0
O Ferrol	0,1	Profesionales-técnicos	0,0
Cervo-Burela	0,0	Autónomos-empleados	0,1
Santiago	0,3	Trabajadores	0,0
Lugo	0,0		
Pontevedra	0,0		
Vigo	1,2		
Ourense	0,0		
Monforte	0,0		
O Salnes	2,1		
O Barco	0,5		
Total	0,5	Total	0,5

Gráfico 12
El consumo de ANFETAMINAS en los últimos seis mese
según el género y la edad

GÉNERO



EDADE



9. Los TRANQUILIZANTES

Los tranquilizantes (presentados a los entrevistados como pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) constituyen, junto a los hipnóticos, otro de los cuatro modelos de policonsumo observados. El consumo de estas sustancias es de cierta importancia, especialmente entre las personas de 55 años en adelante en que los han consumido un 9,7% en los últimos seis meses.

Las prevalencias general del consumo en Galicia de tranquilizantes sería en 2006 el siguiente:

Tabla 3.16: El consumo de TRANQUILIZANTES

	%
Consumió alguna vez:	11,4 (5,7)
Edad media de inicio en el consumo (años):	38,62
Consumió en los últimos seis meses:	6,4 (3,0)
Consumió en el último mes:	5,9 (2,7)
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	1,0 (0,5)
· Una vez por semana	0,6 (0,4)
· De dos a seis veces por semana	0,1 (0,0)
· Diariamente	4,2 (1,8)

((Entre paréntesis los que consumen sin prescripción médica))

Un 11,4% (el 5,7% sin prescripción) de la población gallega estudiada indica haber consumido tranquilizantes en **alguna ocasión**, el 6,4% (3% sin prescripción) en los últimos **seis meses** y un 5,9% (2,7% sin prescripción) en el **último mes**. En el consumo más frecuente o habitual (de 2 a 6 veces por semana o diariamente) se encontrarían un 4,2% (un 1,8% sin prescripción).

Los índices de continuidad de uso serían los siguientes:

- Últimos 6 meses/alguna vez:56%
- Último mes/último 6 meses:92%
- Índice general de continuidad de uso:51%

Comparando los consumos, sin prescripción médica, con 2004 vemos que se mantienen bastante estables en Galicia. (Cuadro 3.9). Respecto al consumo nacional la diferencia se debe a que este es hasta los 64 años, mientras que Galicia incluye la población mayor de esa edad, que es la más consumidora en General.

En términos absolutos tendríamos que unas 160.000 (75.000 sin prescripción) personas habrían consumido tranquilizantes en los últimos seis meses, de las que unas 100.000 (45.000 sin prescripción) serían consumidores habituales.

Las edades de **inicio** del uso de estas sustancias son las siguientes:

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Hasta los 18	9,9	13,2	8,4
De 19 a 22	8,0	8,3	7,8
De 23 a 25	6,5	4,8	7,3
De 26 en adelante	74,1	69,0	76,5
NS/NC	1,5	4,6	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Base	(261)	(83)	(178)

La edad media de inicio en el uso de tranquilizantes son los **38,62** años, siendo de 41,47 en los hombres y de 37,23 en las mujeres.

Cuadro 3.9: 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	2,7	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. Comunidad Valenciana	2.000	4	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	15 años y más. Comunidad Valenciana	2.000	5	6,5*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	3,8	4,8
1998	12 años y más. Galicia	2.300	4,3	4,8
2000	12 años y más. Galicia	2.300	3,3	3,9
2000	12 años y más. Andalucía	2.500	4,5	5,3
2002	12 y más años. Galicia	2.300	3,2	3,4
2003	12 y más años. Andalucía	2.500	3,2	3,5
2003	15-64 años. España	12.033	-	3,1*
2004	12 y más años. Galicia	2.300	2,6	2,9
2005	14-64 años. España	29.730	-	1,0*
2006	12 y más años. Galicia	2.300	2,7	3,0

* Últimos doce meses

Según los datos de la tabla 3,16 el perfil de los consumidores de tranquilizantes sería el siguiente: mujeres casi el doble que los hombres; los de 40-54 años y 55 y más. Tanto en pequeñas como en grandes poblaciones. En las provincias de Ourense y Pontevedra, principalmente. Separados y viudos. De nivel educativo bajo y alto. Amas de casa, pensionistas, empleados y profesionales. De clase social media-media.

Si desagregamos la edad por géneros podemos ver lo siguiente:

	Hombre %	Mujeres%
12-18	0,9	2,2
19-24	2,9	5,6
25-39	2,1	5,6
40-54	5,0	8,2
55 y más	7,7	11,3
Total	4,5	8,1

(P<.005)

Los dos grupos etarios más prevalentes son los de 40-54 años y 55 y más: en las mujeres con 8,2% y 11,3%, seguidos en los hombres con 5% y 7,7%. La fuerte prevalencia en el grupo etario de mayor edad es el que explica las diferencias con los estudios que no incluyen a las personas más mayores, y que en Galicia son el 42,2% del total de la población, con 55 años en adelante.

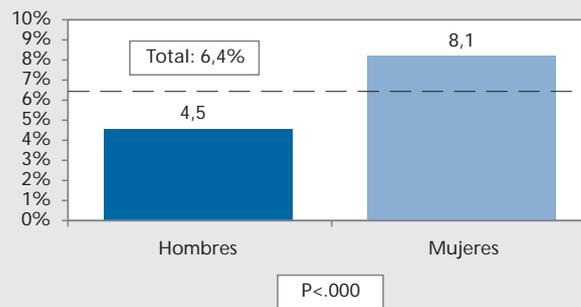
Tabla 3.16: Perfil de los consumidores de TRANQUILIZANTES en los últimos seis meses (P<.05 a P<.000)

Variables	%	Variables	%
Género		Clase social	
Hombres	4,5	Baja y media-baja	3,3
Mujeres	8,1	Media-media	7,8
		Media-alta y alta	0,5
Edad		Estado civil	
12-18	1,5	Solteros	4,3
19-24	4,2	Casados	5,8
25-39	3,9	Separados	16,6
40-54	6,6	Parejas	3,4
55 y más	9,7	Viudos	15,7
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 habitantes	4,1	Primarios	9,5
De 10.001 a 50.000	6,5	Bachiller-FP	4,9
De 50.001 a 100.000	5,7	Medios-superiores	5,7
Más de 100.000	10,1		
Provincia		Ocupación	
A Coruña	3,7	Trabajan	5,4
Lugo	1,7	Parados	5,2
Ourense	8,2	Estudian	2,7
Pontevedra	11,3	Ama de casa	13,2

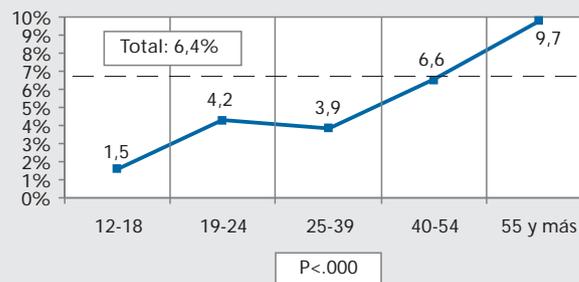
		Pensionistas	8,9
Área Sanitaria			
A Coruña	7,3	Grupo profesional activos	
O Ferrol	10,5	Empresarios-directivos	1,0
Cervo-Burela	2,2	Profesionales-técnicos	9,4
Santiago	4,9	Autónomos-empleados	5,8
Lugo	2,1	Trabajadores	4,3
Pontevedra	9,2		
Vigo	13,4		
Ourense	9,2		
Monforte	1,0		
O Salnes	1,9		
O Barco	5,4		
Total	6,4	Total	6,4

Gráfico 13
El consumo de **TRANQUILIZANTES** en los últimos 6 meses, según el género y la edad

GÉNERO



EDADE



10. Los HIPNÓTICOS

Los hipnóticos (pastillas para dormir) están muy relacionadas también con el uso de tranquilizantes, con los que configura el modelo de policonsumo de los psicofármacos. Su prevalencia en la población general es relativamente moderada en el conjunto de la misma, pero alcanza niveles importantes entre las personas de 55 y más años.

Las prevalencias generales en Galicia en 2006 son los de la tabla siguiente:

Tabla 3.26: El consumo de HIPNÓTICOS

Consumió alguna vez:	2,2 (1,9)
Edad media de inicio en el consumo (años):	40,78
Consumió en los últimos seis meses:	1,1 (0,7)
Consumió en el último mes:	1,0 (0,7)
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· Menos de una vez por semana	0,0 (0,0)
· Una vez por semana	0,1 (0,1)
· De dos a seis veces por semana	0,1 (0,1)
· Diariamente	0,8 (0,5)

((Entre paréntesis los sin prescripción médica)

Un 2,2% (el 1,9% sin prescripción) de los entrevistados indican haber consumido hipnóticos **alguna vez**, un 1,1% (0,7% sin prescripción) lo hizo en los últimos seis meses y un 1% (el 0,7% sin prescripción) en el último mes. El 0,8% (0,5% sin prescripción) los utilizarían de modo más frecuente o habitual.

La continuidad en el uso de tranquilizantes sería la siguiente:

- Últimos 6 meses/alguna vez:50%
- Último mes/último 6 meses:80%
- Índice general de continuidad de uso:45%

En relación a 2004 (Cuadro 3.10) los hipnóticos también se mantienen bastante estables.

En términos absolutos se puede estimar, de forma aproximada, que unas 26.000 (17.000 sin prescripción) personas habrían consumido hipnóticos en los últimos seis meses, de los que en torno a 21.000 (12.500 sin prescripción) lo estarían haciendo de forma frecuente o habitual.

Las edades de inicio en el uso de los hipnóticos son las siguientes:

Tabla 3.27. Edades medias de inicio en el consumo de HIPNÓTICOS

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Hasta los 18	9,4	9,0	9,9
De 19 a 22	7,1	1,6	12,6
De 23 a 25	4,5	5,2	3,8
De 26 en adelante	72,2	70,7	73,7
NS/NC	6,7	13,4	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
Base	(50)	(25)	(25)

La edad media sería los **40,78** años, siendo los 49,70 en los hombres y los 33,11 las mujeres.

Cuadro 3.10: 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	1,2	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. Comunidad 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	15 años y más. Comunidad Valenciana	2.000	2,6	2,8*
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	1,0	1,4
1998	12 años y más. Galicia	2.300	2,2	2,4
2000	12 años y más. Galicia	2.300	1,6	1,7
2000	12 años y más. Andalucía	2.500	2,6	2,8
2002	12 años y más. Galicia	2.300	1,8	1,9
2003	12 y más años. Andalucía	2.500	1,7	2,0
2004	12 y más años. Galicia	2.300	0,8	0,9
2005	15-64 años. España	29.730	*	0,8*
2006	12 y más años. Galicia	2.300	1,0	1,1

* Últimos doce meses

A partir de los datos de la tabla 3.18 el perfil de los consumidores de hipnóticos sería el siguiente: los hombres, personas de 25 a 39 años y de 55 y más. En poblaciones grandes. En las provincias de Ourense, Lugo y Pontevedra principalmente.

Viudos y casados. De estudios bajos. Los parados, las amas de casa y los pensionistas; y entre los que trabajan: profesionales y trabajadores.

Y si desagregamos la edad por género podemos ver lo siguiente:

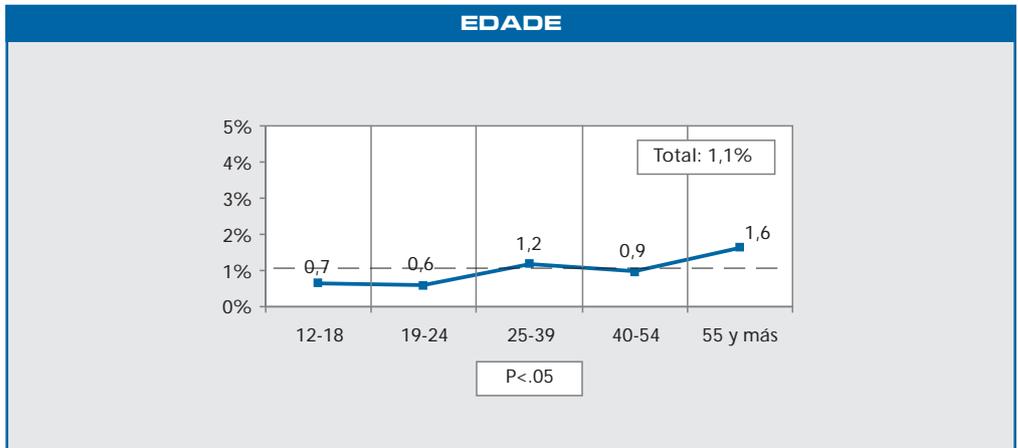
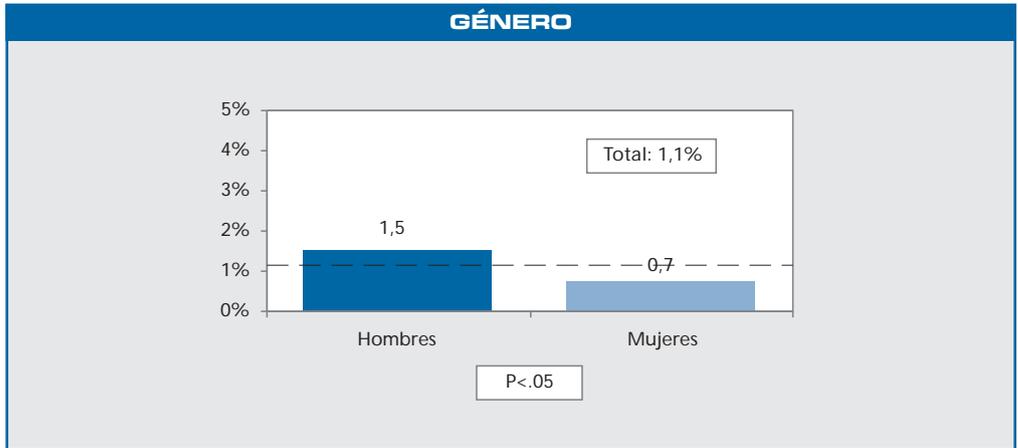
	Hombres	Mujeres
12-18	0,8	0,7
19-24	0,2	1,0
25-39	0,7	0,6
40-54	0,3	1,8
55 y más	3,7	0,2
Total	1,5	0,7

Las prevalencias más altas se dan en las mujeres de 40-54 años con **1,8%** y en los hombres de 55 años y más con **3,7%**.

Tabla 3.18: Perfil de los consumidores de HIPNÓTICOS en los últimos seis meses (P<.05 a P<.001)

Variables	%	Variables	%
Género		Clase social	
Hombres	1,5	Baja y media-baja	1,4
Mujeres	0,7	Media-media	1,1
		Media-alta y alta	1,2
Edad		Estado civil	
12-18	0,7	Solteros	0,8
19-24	0,6	Casados	1,1
25-39	1,2	Separados	0,1
40-54	0,9	Parejas	0,1
55 y más	1,6	Viudos	3,3
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 habitantes	0,8	Primarios	2,2
De 10.001 a 50.000	0,9	Bachiller-FP	0,6
De 50.001 a 100.000	0,2	Medios-superiores	0,5
Más de 100.000	2,2		
Provincia		Ocupación	
A Coruña	0,6	Trabajan	0,4
Lugo	0,8	Parados	3,2
Ourense	0,8	Estudian	0,8
Pontevedra	1,9	Ama de casa	0,9
		Pensionistas	3,2
Área Sanitaria		Grupo profesional activos	
A Coruña	0,5	Empresarios-directivos	0,1
O Ferrol	1,9	Profesionales-técnicos	0,5
Cervo-Burela	1,7	Autónomos-empleados	0,2
Santiago	0,6	Trabajadores	0,7
Lugo	0,5		
Pontevedra	0,2		
Vigo	2,7		
Ourense	0,5		
Monforte	0,7		
O Salnes	2,1		
O Barco	2,3		
Total	1,1	Total	1,1

Gráfico 14
El consumo de HIPNÓTICOS en los últimos 6 meses, según el género y la edad



11. EL CRACK

El crack es una sustancia de un uso muy marginal, en muchos casos asociada al consumo de heroína. En 2006 no se observan más consumos que los del indicador de alguna vez, siendo de un 0,5% en los hombres y un 0,8% en los de 40 a 54, principalmente consumidores también de heroína, sustancia con la que forma un modelo de policonsumo.

Las prevalencias generales son las de la siguiente tabla:

Tabla 3.19: El consumo de CRACK

Consumió alguna vez:	0,2
Edad media de inicio en el consumo (años):	19,68
Consumió en los últimos seis meses:	0,0
Consumió en el último mes:	0,0
Frecuencia de consumo en el último mes:	
· 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% señalan haberlo probado **alguna vez**, no habiéndose detectado ningún consumo en los últimos seis meses y en el último mes, lo que no quiere decir que no pueda haber alguno, aunque ya muy minoritario y de difícil acceso en las encuestas de población general.

Comparativamente con el uso del crack detectado en otros estudios recientes el (cuadro 3.11) en Galicia se mantiene como en 2002 y 2004.

Las edades de inicio en el uso de crack es entre los 18 y 25 años, con una media de 19,68 años. Por la muy escasa base muestral no es posible hacer ninguna desagregación por edad, tal como también ocurrió en 2004.

Cuadro 3.11: Prevalencia de los 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	0,0	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	0,0	0,15*
1998	15 años y más. Comunidad Valenciana	2.000	0,0	0,1
1998	12 años y más. Andalucía	2.500	0,1	0,2
1998	12 años y más. Galicia	2.300	0,0	0,1
1999	15-64 años. España	2.300	0,1	0,2*
2000	12 años y más. Galicia	2.300	0,0	0,1
2000	12 años y más. Andalucía	2.500	0,2	0,4
2001	15-65 años. España	14.113	0,0	0,1*
2002	12 y más. Galicia	2.300	0,0	0,0
2003	12 y más años. Andalucía	2.500	0,0	0,0
2003	15-64 años. España	12.033	0,1	0,0*
2004	12 y más años. Galicia	2.300	0,0	0,0
2006	12 y más años. Galicia	2.300	0,0	0,0

* Últimos doce meses

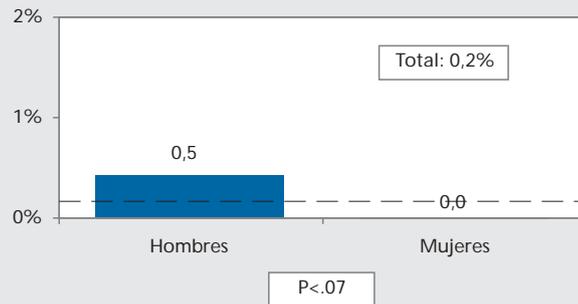
Según los datos de la tabla 3.20 podemos ver sólo a título indicativo que el perfil de los consumidores de crack alguna vez es el siguiente: hombres; de 19-24 y 40-45 años. En los medios y grandes núcleos urbanos. Solteros. Con estudios de BUP y FP. Estudiantes y autónomos y empleados. De clase social baja y media-media.

Tabla 3.20: Perfil de los consumidores de CRACK, alguna vez (P<.05 a P<.1)

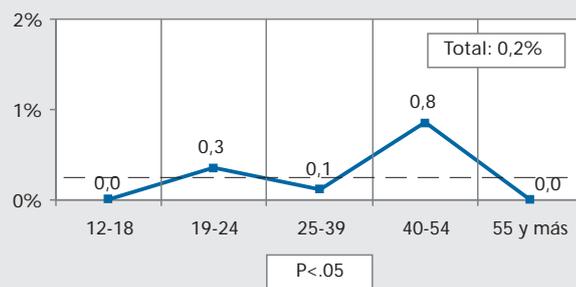
Variables	%	Variables	%
Género		Clase social	
Hombres	0,5	Baja y media-baja	0,2
Mujeres	0,0	Media-media	0,3
		Media-alta y alta	0,0
Edad		Estado civil	
12-18	0,0	Solteros	0,3
19-24	0,3	Casados	0,1
25-39	0,1	Separados	0,0
40-54	0,8	Parejas	0,0
55 y más	0,0	Viudos	0,0
Hábitat		Estudios	
Hasta 10.000 habitantes	0,1	Primarios	0,1
De 10.001 a 50.000	0,3	Bachiller-FP	0,4
De 50.001 a 100.000	0,4	Medios-superiores	0,0
Más de 100.000	0,1		
Provincia		Ocupación	
A Coruña	0,1	Trabajan	0,3
Lugo	0,2	Parados	0,1
Ourense	0,1	Estudian	0,3
Pontevedra	0,5	Ama de casa	0,0
		Pensionistas	0,0
Área Sanitaria		Grupo profesional activos	
A Coruña	0,2	Empresarios-directivos	0,1
O Ferrol	0,0	Profesionales-técnicos	0,1
Cervo-Burela	0,0	Autónomos-empleados	0,6
Santiago	0,0	Trabajadores	0,0
Lugo	0,2		
Pontevedra	0,1		
Vigo	0,7		
Ourense	0,0		
Monforte	0,0		
O Salnes	0,0		
O Barco	0,2		
Total	0,2	Total	0,2

Gráfico 15
El consumo de CRACK alguna vez, según el género y la edad

GÉNERO



EDADE



4. EL ÍNDICE DE RIESGO EN LAS ÁREAS SANITARIAS EN LOS CONSUMOS DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

4. El índice de riesgo en las áreas sanitarias en los consumos de Tabaco, Alcohol y Otras drogas

A lo largo de los tres capítulos anteriores se han visto las prevalencias y patrones de consumo de las distintas sustancias contempladas en la encuesta, así como los perfiles de los consumidores de cada una de ellas. Esta información, junto al análisis de los problemas, las motivaciones y las opiniones y demandas de la población (que veremos más adelante), permite dar una respuesta a la problemática de las drogas en Galicia en el momento actual y, según las tendencias observadas, al planificar las oportunas actuaciones.

También es esencial para que la aplicación de estas actuaciones, y los recursos que ello requiere, sean lo más proporcionadas posibles a las necesidades reales de cada lugar de la Comunidad de Galicia, es preciso estimar cual es el peso de esta problemática en cada territorio. A tal efecto, ya en el primer estudio de 1988 elaboramos unos **índices de riesgo** para evaluar la importancia específica del problema en cada **Área Sanitaria** en Galicia.

Con este método se calcula, en primer lugar, cual es el **índice de riesgo absoluto** de cada Área en función de la presencia de las distintas drogas, y seguidamente cuál es el **índice relativo** o de **prioridad de intervención** en función de cómo dichas drogas afectan a un colectivo, mayor o menor, de población. En el planteamiento de este método decíamos lo siguiente:

*“Aplicando la metodología elaborada en los estudios anteriores hemos tomado del consumo de **tabaco** (diario), de **alcohol** (abusivo) y de cada **droga** (en los últimos seis meses) los porcentajes que, en cada una de las once Áreas Sanitarias, estén **cercanos al promedio general o lo sobrepasen** (Ver Cuadro C). A partir de aquí se construye un primer **índice de riesgo absoluto**, cuyo recorrido posible sería de **0 a 13 puntos**. Al igual que en los estudios anteriores, se toma un punto para cada una de las trece sustancias contempladas en la encuesta, según esto el **cero** indicaría que **no** hay un consumo importante en ninguna de ellas en un Área determinada, mientras que el **trece** significaría que hay un consumo **importante** en todas las drogas; lógicamente **índices intermedios** expresarían posiciones más o menos graves”.*

Según este primer índice de **riesgo absoluto** (cuadro C) se puede ver la siguiente presencia importante de las drogas en cada Área Sanitaria en el cuadro A:

Cadro A. Índices de risco absoluto

Orden de gravedad	Área Sanitaria	Índice de riesgo absoluto
1º Riesgo Máximo:	* Vigo	13
	* A Coruña	12
	* Santiago	11
	* O Ferrol	11
2º Riesgo Medio-alto:	* Pontevedra	9
	* Ourense	8
	* Lugo	8
3º Riesgo Menor:	* O Salnes	7
	* Cervo-Burela	7
	* O Barco	7
	* Monforte	5

Según los datos de este cuadro podemos ver que en un primer grupo de **riesgo absoluto máximo** tendríamos cuatro Áreas Sanitarias en las que de las trece drogas posibles es importante la presencia de 13 en **Vigo**, 12 en **A Coruña**, y 11 en **O Ferrol** y **Santiago**.

En un segundo grupo de **riesgo absoluto medio-alto** encontramos a otras tres Áreas Sanitarias: **Pontevedra** con 9, en **Ourense** y **Lugo** con 8 en cada una.

Finalmente, en un tercer grupo de **riesgo absoluto menor** estarían las cuatro Áreas Sanitarias restantes: **O Salnés**, **Cervo-Burela**, y **O Barco** con 7 y **Monforte** con 5.

Estas posiciones son las mismas que las observadas en 2004, aunque un dato de cierta importancia es el aumento del índice de las zonas de riesgo menor. Siguiendo con el método:

“Para establecer ahora el índice de riesgo relativo o de prioridad, la incidencia importante de cada droga viene ponderada por el peso de la población de cada Área, y por lo tanto de la magnitud del colectivo social al que dichas drogas afectan. De este modo la combinación de la importancia de la presencia de las drogas y la proporción de las personas potencialmente implicadas es lo que orientaría la aplicación de medios y recursos que precisaría la intervención ante esta realidad”.

Según esto y con la población de Galicia el **mapa de riesgo epidemiológico** resultante sería el que se recoge en el cuadro siguiente:

Cuadro B: Índice de riesgo relativo o de prioridad de intervención

Orden de prioridad	Área Sanitaria	% población sobre total Galicia	Índice de riesgo absoluto	Índice de riesgo relativo de prioridad	Peso porcentual da área sobre el total del índice relativo
1.º	Vigo	19,95	13	2,53	24,39
2.º	A Coruña	18,89	12	2,27	21,89
3.º	Santiago	17,22	11	1,89	18,22
4.º	Ourense	11,21	11	0,84	8,10
5.º	O Ferrol	7,68	9	0,89	8,54
6.º	Pontevedra	7,78	8	0,70	6,86
7.º	Lugo	8,60	8	0,69	6,65
8.º	O Salnés	2,53	7	0,18	1,73
9.º	Cervo-Burela	2,66	7	0,18	1,73
10.º	O Barco	1,41	7	0,10	0,96
11.º	Monforte	2,06	5	0,10	0,96

Con los datos del cuadro B, podemos ver que los tipos de **índices relativos de riesgo** resultantes se agruparían en los tres niveles o índices siguientes:

ÍNDICE A

De nuevo en este primer nivel encontramos a tres Áreas Sanitarias con un índice de riesgo relativo elevado y una alta proporción de la población de Galicia (el 56,06% del total); estas Áreas son **Vigo, A Coruña y Santiago**, con los índices relativos más altos: entre **2,53** y el **1,89**. La prioridad en la intervención vendría dada, pues, tanto por la **fuerte presencia** de las drogas, como por la **amplitud** de la población potencialmente implicada.

ÍNDICE B

En un nivel intermedio tenemos otras cuatro Áreas Sanitarias: **Ourense, O Ferrol, Pontevedra y Lugo** (con el 35,27% de la población); el índice de riesgo relativo se sitúa entre el **0,89** y el **0,69**.

ÍNDICE C

Y en el tercer grupo siguen estando las Áreas Sanitarias con menor población (el 8,13%): **O Salnes, Cervo-Burela, O Barco y Monforte**; con unos índices de riesgo relativo entre **0,18** y el **0,10**.

La situación de riesgo de las distintas Áreas Sanitarias sigue siendo en esencia la misma que en 2002 y 2004: en los tres primeros lugares continúan Vigo, A Coruña y Santiago. En un segundo nivel encontramos a Ourense, O Ferrol, Pontevedra y Lugo. Y en el tercer nivel lo sigue precediendo O Salnes, con Cervo-Burela, y después O Barco y Monforte también empatados.

Respecto a 2004 las dos únicas novedades son que Ourense precede a O Ferrol. Y que en el grupo de riesgo menor (Índice C) la situación se agrava un tanto con índices algo mayores en 2006.

Cuadro C: El consumo de tabaco, alcohol y drogas en las Áreas Sanitarias de Galicia, cerca o por encima del promedio

Áreas Sanitarias	Tabaco	Alcohol	Uso de drogas - Últimos seis meses										
	Fumadores diarios	Abusivos	Inhalables	Alucinógenos	Anfetaminas	Cannabis	Drogas Síntesis	Cocaína	Heroína	Tranquilizantes	Hipnóticos	Crack *	Otros Opiáceos
A Coruña	33,9	6,0	0,1	2,2	0,7	11,9	1,1	5,0	0,7	7,3	0,5	0,2	0,1
O Ferrol	41,1	2,5	0,1	0,3	0,1	5,8	1,0	2,6	0,2	10,5	1,9	0,0	0,7
Cervo-Burela	30,3	3,0	0,0	1,9	0,0	8,2	0,4	5,5	0,1	2,2	1,7	0,0	0,0
Santiago	26,0	3,2	0,0	0,7	0,3	4,4	0,5	1,5	0,2	4,9	0,6	0,0	0,3
Lugo	28,2	4,4	0,1	0,1	0,0	5,5	0,0	1,0	0,1	2,1	0,5	0,2	0,2
Pontevedra	28,9	2,1	0,2	0,3	0,0	5,0	0,2	2,0	0,1	9,2	0,2	0,1	0,1
Vigo	34,1	7,5	0,5	1,6	1,2	13,3	1,2	2,2	0,3	13,4	2,7	0,7	0,2
Ourense	28,1	3,5	0,0	0,2	0,0	3,1	0,4	0,2	0,0	9,2	0,5	0,0	0,0
Monforte	27,0	2,9	0,0	0,3	0,0	3,2	0,0	0,3	0,0	1,0	0,7	0,0	0,0
O Salnés	38,1	1,5	0,0	0,0	2,1	7,5	0,0	2,5	0,2	1,9	2,1	0,0	0,0
O Barco	22,4	1,9	0,0	0,3	0,5	9,9	0,7	2,9	0,1	5,4	2,3	0,0	0,0

Los porcentajes o prevalencias recogidas en el cuadro indican que el consumo de una determinada sustancia en cada Área Sanitaria, y de ellas tomaremos las que están cerca o por encima del promedio general. No obstante, estos datos hay que tomarlos sólo de forma aproximada, ya que en las sustancias de uso más minoritarias su escasa base muestral hace que su significación sea inferior a $P < .1$.

* En el crack las prevalencias recogidas son en alguna vez. En las restantes otras drogas son las de los últimos seis meses.

5. SECUENCIAS Y TENDENCIAS EN EL USO DE DROGAS EN GALICIA

Secuencias y Tendencias en el uso de drogas en Galicia

5.1 Las prevalencias en las distintas sustancias y perfiles

Hasta el momento presente hemos ido analizando, de forma particularizada, las prevalencias de las distintas sustancias en los diversos períodos de tiempo contemplados en la encuesta Galicia 2006. Ahora vamos a verlas conjuntamente así como su evolución y posibles tendencias. Los consumos observados en alguna vez, los últimos seis meses y los últimos treinta días son los que se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 5.1: El consumo de otras drogas en 2006, en los distintos períodos de tiempo, en %

Substancias	Alguna vez	Últimos seis meses	Último mes
INHALABLES	0,8	0,2	0,1
CANNABIS	17,6	7,9	5,4
COCAÍNA	6,2	2,3	1,4
DROGAS DE SÍNTESIS	2,7	0,7	0,3
HEROÍNA	0,8	0,2	0,2
ALUCINÓGENOS	3,2	0,9	0,2
ANFETAMINAS	1,9	0,5	0,2
TRANQUILIZANTES	11,4	6,4	5,9
HIPNÓTICOS	2,2	1,1	1,0
CRACK	0,2	0,0	0,0
OTROS OPIÁCEOS	1,3	0,2	0,1

De nuevo puede verse que el cannabis, los tranquilizantes, la cocaína y los hipnóticos son las sustancias psicoactivas más consumidas, en el período más reciente de los últimos treinta días, (después del alcohol y el tabaco), a continuación encontramos las drogas de síntesis. El resto de las sustancias son ya de un consumo más minoritario. Esta estructura de consumo en general es la misma que la observada en 2004, aunque con algunas variaciones en sus tendencias, como veremos a continuación. En los tranquilizantes y los hipnóticos el consumo **sin** prescripción médica es concretamente lo siguiente:

Sin prescripción médica			
	Alguna vez	Últimos 6 meses	Últimos 30 días
TRANQUILIZANTES	5,7	3,0	2,7
HIPNÓTICOS	1,9	0,7	0,7

Si tomamos ahora los consumos de tabaco diario y de alcohol tenemos la siguiente tabla 5.2:

Tabla 5.2: El uso de tabaco y alcohol en 2006 en %

TABACO	
Fuman actualmente:	
* Ocasionalmente	9,3
* Diariamente	31,3
ALCOHOL	
Consumen alcohol:	
* En el último mes	79,8
* En el día anterior	38,8
* Bebedores abusivos	4,5

En lo que se refiere a las frecuencias o prevalencias de los consumos de otras drogas en el último mes podemos ver la tabla siguiente.

Tabla 5.3: Frecuencia de Consumo en el último mes en Drogas Ilegales y Psicofármacos, en %, en 2006

	Menos 1 vez semana	1 vez semana	2 a 6 veces semana	Diariamente
INHALABLES	0,0	0,1	0,0	0,0
CANNABIS	2,1	1,2	0,6	1,5
COCAÍNA	0,9	0,3	0,1	0,1
DROGAS DE SÍNTESIS	0,1	0,1	0,1	0,0
ALUCINÓGENOS	0,1	0,1	0,0	0,0
ANFETAMINAS	0,0	0,0	0,1	0,1
CRACK	0,0	0,0	0,0	0,0
HEROÍNA	0,1	0,1	0,0	0,0
OTROS OPIÁCEOS	0,0	0,0	0,05	0,05
TRANQUILIZANTES	0,5	0,4	0,0	1,8
HIPNÓTICOS	0,0	0,1	0,1	0,5

(Tranquilizantes e hipnóticos los sin prescripción)

Naturalmente las prevalencias vistas anteriormente se refieren al conjunto de la población de Galicia de doce años en adelante, pero si analizamos los consumos según la variables más discriminantes, el género y la edad, podemos ver que cada sustancia tiene unos picos porcentuales bastante mayores que su prevalencia general.

Respecto al género podemos ver la tabla 5.4 siguiente:

Tabla 5.4: Prevalencias en las distintas sustancias según el género, en %

Substancias	Hombres	Mujeres
TABACO (Diario)	38,1	25,1
ALCOHOL (Abusivo)	6,4	2,8
OTRAS DROGAS (últimos seis meses)		
*INHALABLES	0,3	0,2
*CANNABIS	11,1	5,0
*COCAÍNA	3,8	1,0
*DROGAS DE SÍNTESIS	0,9	0,5
*HEROÍNA	0,4	0,1
*OTROS OPIÁCEOS	0,1	0,3
*ALUCINÓGENOS	1,4	0,5
*ANFETAMINAS	0,6	0,3
*TRANQUILIZANTES	4,5	8,1
*HIPNÓTICOS	1,5	0,7
CRACK (alguna vez)	0,5	0,0

Según la tabla anterior vemos que, excepto en los tranquilizantes y otros opiáceos) los hombres tienen unas prevalencias mayores que las mujeres en todas las sustancias.

Tabla 5.5: Las mayores prevalencias en cada sustancia, según la edad

Substancias	Edades	%
TABACO (diario)	12-18	27,3
	19-24	47,4
	25-39	40,8
	40-54	37,1
ALCOHOL (abusivo)	19-29	5,6
	25-39	5,3
	10-54	4,7
OTRAS DROGAS (últimos seis meses)		
* INHALABLES	19-24	1,1
* CANNABIS	12-18	21,4
	19-24	20,8
	25-39	13,9
* COCAÍNA	19-24	6,3
	25-39	4,8
* DROGAS DE SÍNTESIS	19-24	2,4
	25-39	1,4
* HEROÍNA	19-24	0,4
	40-54	0,6
* OTROS OPIÁCEOS (alguna vez)	25-39	1,5
	40-54	3,0
* ALUCINÓGENOS	12-18	3,8
	19-24	3,1
* ANFETAMINAS	19-24	1,4
* TRANQUILIZANTES	40-54	6,6
	55 e máis	9,7
* HIPNÓTICOS	55 e máis	1,6
* CRACK (alguna vez)	19-24	0,3

- 1 Los más jóvenes (12-18) ya tienen prevalencias importantes en tabaco, cannabis y alucinógenos.
- 2 El grupo etario **más prevalente** es el de 19 a 24 años, que destaca en tabaco, alcohol, cannabis, drogas de síntesis, cocaína, heroína, alucinógenos, anfetaminas y crack.
- 3 Los de 25 a 39 destacan en tabaco, alcohol abusivo, cannabis, cocaína y drogas de síntesis.
- 4 Los de 40 a 54 sobresalen en tabaco y alcohol, un segmento de los de heroína y otros opiáceos, y en tranquilizantes.
- 5 Y los de 55 y más que son más prevalentes en tranquilizantes e hipnóticos.

Esta estructura de edades de máximos consumos en las distintas sustancias es, en esencia, la misma que la observada en 2004.

5.2. La evolución de los consumos y tendencia

Respecto a la evolución de las distintas sustancias a corto plazo (2002 a 2006) y a largo plazo (1988 a 2006) podemos ver las dos tablas siguientes:

Tabla 5.6: Las prevalencias en los últimos seis meses y en el último mes, en 2004 y en 2006

	Últimos 6 meses		Último mes	
	2004	2006	2004	2006
INHALABLES	0,1	0,2	0,0	0,1
CANNABIS	5,3	7,9	4,2	5,4
COCAÍNA	1,4	2,3	1,0	1,4
DROGAS SÍNTESIS	0,5	0,7	0,5	0,3
HEROÍNA	0,1	0,2	0,1	0,2
ALUCINÓGENOS	0,2	0,9	0,1	0,2
ANFETAMINAS	0,1	0,5	0,1	0,2
TRANQUILIZANTES*	2,9	3,0	2,6	2,7
HIPNÓTICOS*	0,9	0,7	0,8	0,7
CRACK	0,0	0,0	0,0	0,0
OTROS OPIÁCEOS	0,1	0,2	0,0	0,1

* Sólo los sin prescripción médica.

Tabla 5.7: Evolución del consumo de drogas en el largo plazo en los últimos seis meses, en %

	1988	2006	Diferencias
Cannabis	5,6	7,9	+2,3
Cocaína	1,7	2,3	+0,6
Anfetaminas	1,9	0,5	-1,4
Inhalables	0,2	0,2	0,0
Drogas de síntesis *	0,8	0,7	-0,1
Alucinógenos	0,6	0,9	+0,3
Heroína	1,0	0,2	-0,8
Otros opiáceos	0,4	0,2	-0,2
Tranquilizantes	4,1	6,4	+2,3
Hipnóticos	1,8	1,1	-0,7

* Las drogas de síntesis se incluyeron en 1994

Si tomamos ahora como referencia el tabaco diario, el alcohol abusivo y el consumo de los últimos seis meses, el del último mes, y el consumo habitual, en los nueve estudios de Galicia tenemos las tablas 5.8 y 5.9 siguientes:

Tabla 5.8: El consumo de tabaco diario y del alcohol abusivo 1988 a 2006

TABACO Diario		ALCOHOL abusivo	
Años	%	Años	%
1988	33,7	1988	10,7
1992	29,6	1992	10,8
1994	28,6	1994	10,5
1996	28,9	1996	8,4
1998	32,2	1998	6,9
2000	32,0	2000	8,5
2002	32,1	2002	5,2
2004	30,8	2004	7,6
2006	31,3	2006	4,5

Tabla 5.9: El consumo de las distintas drogas en 1988, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 y 2006

	1988			1992			1994			1996		
	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual
Inhalables	0,2	0,1	0,0	0,1	0,00	0,00	0,20	0,13	0,00	0,2	0,1	0,0
Cannabis	5,6	5,0	1,2	2,4	2,00	0,60	2,70	2,35	0,50	3,7	2,7	0,3
Cocaína	1,7	1,5	0,1	1,5	1,25	0,10	2,00	1,65	0,16	1,8	1,3	0,1
Heroína	1,0	0,9	0,2	1,0	0,70	0,15	1,00	0,74	0,17	0,7	0,6	0,1
Drogas de síntesis	*	*	*	*	*	*	0,83	0,78	0,00	1,0	0,9	0,0
Alucinógenos	0,6	0,3	0,0	0,2	0,05	0,00	0,30	0,17	0,00	0,4	0,3	0,0
Anfetaminas	1,9	1,4	0,2	0,4	0,35	0,10	0,60	0,39	0,00	0,6	0,4	0,0
Tranquilizantes	4,1	3,6	1,8	3,7	3,40	1,20	3,10	2,65	1,00	5,6	4,4	2,0
Hipnóticos	1,8	1,8	0,8	1,9	1,80	0,60	1,20	1,16	0,77	2,9	2,7	0,5
Analgésicos comunes	8,3	5,2	2,0	6,5	6,40	1,40	6,00	4,95	1,00	19,5	10,7	4,1
Analgésicos Morfínicos y otros opiáceos	0,4	0,3	0,1	0,3	0,26	0,06	0,30	0,21	0,00	0,4	0,3	0,0
Crack	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

	1998			2000			2002			2004			2006		
	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual
Inhalables	0,3	0,1	0,0	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0
Cannabis	4,0	3,2	0,6	6,1	5,3	0,9	6,0	5,3	1,1	5,3	4,2	1,1	7,9	5,4	1,5
Cocaína	1,2	0,6	0,1	1,3	1,1	0,0	1,4	1,1	0,1	1,4	1,1	0,0	2,3	1,4	0,1
Heroína	0,5	0,4	0,1	0,5	0,4	0,1	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0
Drogas de síntesis	0,7	0,6	0,0	0,7	0,5	0,0	1,2	0,8	0,0	0,5	0,5	0,0	0,7	0,3	0,0
Alucinógenos	0,4	0,3	0,0	0,5	0,3	0,0	0,4	0,3	0,0	0,2	0,05	0,0	0,9	0,2	0,0
Anfetaminas	0,6	0,4	0,0	0,7	0,6	0,0	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,5	0,2	0,1
Tranquilizantes	4,8	4,3	2,2	3,9	3,3	2,1	3,4	3,2	1,8	2,9	2,6	2,1	3,0	2,7	1,8
Hipnóticos	2,4	2,2	0,4	1,7	1,6	1,4	1,9	1,8	1,4	0,9	0,8	0,6	0,7	0,7	0,5
Analgésicos comunes	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Analgésicos Morfínicos e otros opiáceos	0,5	0,5	0,0	1,1	0,9	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,05
Crack	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* Las Drogas de Síntesis se incluyeron en la encuesta en 1994. Y en los Analgésicos comunes se han incluido en 1996 los salicilatos y paracetamol y en 1998, 2000, 2002, 2004 y 2006 no se han contemplado en la encuesta.

El Crack se ha incluido por primera vez en 1998.

** En la categoría habitual se incluyen tan sólo los consumidores diarios. Otras prevalencias también frecuentes en 2006, en el último mes, se pueden ver en la tabla 5.3.

Con los datos de la evolución de **corto plazo** entre 2004 y 2006, en las distintas drogas, el tabaco y el alcohol abusivo, y tomando tan sólo las diferencias que soporten el posible error muestral, las evoluciones principales entre los consumos de 2004 y 2006 y que realmente son significativas estadísticamente, cabe destacar lo siguiente:

- **Descenso:** muy claro en el **alcohol abusivo**, con -3,1 puntos respecto a 2004.
- **Aumento:** sobre todo (en los últimos 6 meses) en el **cannabis** con +2,6 puntos; y ya más moderado en **cocaína** con +0,9 y en **tabaco** con +0,8. No obstante, en el periodo del último mes los aumentos del cannabis y de la cocaína son muy ligeros en la cocaína (+0,2) y relativamente moderados en el cannabis (+1,4).

Y en el **largo plazo** (1988-2006) cabe señalar lo siguiente:

- **Descenso:** en **tabaco** con -2,4 puntos, en **alcohol abusivo** con -6,2, en heroína con -0,8, en hipnóticos -0,7 y en anfetaminas.
- **Aumento:** en **cannabis** con +2,3, en **cocaína** con +0,6, tranquilizantes +2,3 y en alucinógenos +0,3.

Resumiendo lo más esencial, parece apuntarse la **tendencia** en los próximos años, como sustancias más problemáticas, los consumos en expansión del cannabis y la cocaína, así como el alcohol abusivo entre los jóvenes y los tranquilizantes entre los mayores. También es de gran importancia los consumos múltiples de drogas o policonsumo, como vamos a ver en detalle a continuación.

6. EL USO MÚLTIPLE DE DROGAS O POLICONSUMO

El uso múltiple de drogas o policonsumo

6.1. Consumo múltiple de drogas

En los cinco capítulos anteriores hemos visto con detalle el consumo de las distintas sustancias psicoactivas, pero lo hemos hecho una a una. Ciertamente, una parte importante de los consumidores lo son de una sola sustancia, pero otra parte también relevante son consumidores de más de una. Este consumo de varias sustancias o consumo múltiple se denomina **policonsumo** o más exactamente tipos o modelos, ya que son varios los que se configuran.

A efectos de computar estos consumos múltiples se han tomado en consideración los siguientes indicadores: el tabaco diario, el alcohol abusivo, y cada una de las restantes sustancias psicoactivas en el consumo observado en los últimos seis meses, excepto en el crack, aunque sólo para los modelos básicos de policonsumo.

Con estas definiciones de los consumos de los datos obtenidos en la presente encuesta podemos ver que un **59,0% no fuman diariamente, no consumen alcohol abusivo, o no han usado otras sustancias** en los últimos seis meses. Un **31,5%** han consumido, en las anteriores condiciones, **una** sola sustancia. Finalmente un **9,5%** consumieron **varias** sustancias.

Los datos en detalle serían los que se recogen en la tabla 6.1 siguiente:

Tabla 6.1: Distribución de los encuestados, según el número de drogas consumidas*

Número de drogas consumidas	% sobre el total	% sobre consumidores
0	59,0	—
1	31,5	76,8
2	6,3	15,3
3	1,7	4,1
4 o más	1,5	3,8
Totales	100.0	100.0
(Bases)	(2.300)	(943)

* Tabaco diario, alcohol abusivo y otras sustancias en los últimos seis meses

Resumiendo un poco los datos de este cuadro podemos ver que el 31,5% de los entrevistados que consumen una sola sustancia significan el 76,8% de los consumidores, y el 9,5% que usan dos o más serían el 23,2% los consumidores.

En este último grupo tenemos a un 3,2% (el 7,9% de los consumidores) que están consumiendo tres o más sustancias. Este grupo sería el más específicamente **policonsumidor**, y en el podrían encontrarse, en términos absolutos, unas **80.000** personas.

Sin embargo, sí tenemos en cuenta que en lo que se refiere al tabaco y al alcohol, sólo hemos incluido a los fumadores diarios y a los bebedores abusivos, el grupo que consume dos sustancias también es muy importante desde un punto de vista epidemiológico, ya que en el se encontrarán otras 157.000 personas.

Ambos colectivos, que en conjunto serían alrededor de **237.000** personas, constituirían el segmento poblacional de **mayor riesgo**.

Comparativamente con los estudios anteriores la evolución de estos colectivos de policonsumidores ha sido la que se recoge en la tabla siguiente:

Tabla 6.2: Evolución del uso múltiple de drogas 1988-2006

Nº drogas que usas	1988	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Ninguna	53,3	59,4	59,6	60,1	60,2	58,7	60,2	61,8	59,0
Una	32,0	29,1	27,6	27,8	30,6	30,4	31,1	29,9	31,5
Dos	10,7	8,4	8,6	8,5	6,6	8,0	6,5	6,3	6,3
Tres e más	4,0	3,1	4,3	3,6	2,6	2,9	2,2	2,0	3,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Si resumimos aún más el cuadro anterior y tomamos conjuntamente a los que consumen dos o más drogas obtenemos la tabla 6.3 siguiente:

Tabla 6.3: Tasas de policonsumo de 1988 a 2006

1988	14,7%
1992	11,5%
1994	12,9%
1996	12,1%
1998	9,2%
2000	10,9%
2002	8,7%
2004	8,3%
2006	9,5%

Con estos datos podemos ver que el 9,5% de policonsumidores es ligeramente superior a 2004 (+1,2), pero bastante inferior al inicio de la serie en 1988, con -5,2 puntos en la actualidad.

Profundizando ahora en los datos de uso múltiple de drogas, en el siguiente cuadro podemos ver las "asociaciones de consumos diversos" existentes entre las distintas drogas y el "número de drogas asociadas a cada una de ellas".

Cuadro A: Asociaciones de consumos diversos

Substancias	Tabaco diario	Alcohol abusivo	Cannabis	Cocaína	Drogas Síntesis	Heroína	Alucinógenos	Anfetaminas	Tranquilizantes	Hipnóticos
TABACO	73,9	50,4	61,8	74,0	63,4	100,0	82,2	62,1	28,8	62,5
ALCOHOL	7,2	37,2	14,1	11,7	11,1	23,3	41,2	6,2	3,6	39,2
CANNABIS	15,6	24,9	26,0	88,1	5,0	90,0	93,2	58,2	8,9	22,3
COCAÍNA	5,5	6,2	26,1	2,8	81,6	92,0	44,9	45,8	5,2	8,1
DROGAS SÍNTESIS	1,3	1,6	6,8	24,1	7,0	2,7	20,5	14,7	0,8	2,2
HEROÍNA	0,7	1,2	2,9	8,9	0,9	0,0	0,0	29,9	3,4	1,7
ALUCINÓGENOS	0,9	8,5	10,9	17,7	28,6	1,0	0,0	18,0	0,7	9,0
ANFETAMINAS	0,5	0,6	3,4	9,1	10,3	60,6	13,9	17,9	3,3	0,6
TRANQUILIZANTES	6,4	5,1	7,2	14,2	7,5	90,0	4,8	44,0	65,3	29,7
HIPNÓTICOS	1,1	9,4	3,0	3,7	3,6	8,1	9,3	1,5	15,0	12,3
Media asociaciones	1,43	2,08	2,39	3,58	4,02	5,92	4,07	3,70	1,61	2,78

En la diagonal los consumidores puros de cada sustancia, o monoconsumidores

Las principales asociaciones que cada sustancia forma con las demás (Cuadro A) serían las siguientes:

- Entre los fumadores de **tabaco** diario, un 7,2% son bebedores abusivos de alcohol y un 15,5% consumen cannabis.
- Entre los usuarios abusivos de **alcohol**, un 50,4% son fumadores diarios de tabaco, un 24,9% consumen cannabis, un 6,2% cocaína, y un 1,3% drogas de síntesis.
- De los consumidores de **cannabis** un 61,8% son fumadores diarios de tabaco, el 14,1% bebieron alcohol de forma abusiva, un 6,2% consumió cocaína y el 6,8% drogas de síntesis.
- En el colectivo de consumidores de **cocaína** un 74% son fumadores y un 11,7% bebedores abusivos, un 88,1% usaron cannabis, un 24,1% drogas de síntesis y un 8,9% heroína.
- Entre los usuarios de **drogas de síntesis** un 63,4% son fumadores, en un 11,1% bebieron abusivamente; un 90% tomaron cannabis, un 81,6% cocaína y un 28,6% alucinógenos.
- Entre los que consumieron **heroína**, un 100% son fumadores, un 90% consumió cannabis, un 92% cocaína y un 23,3% alcohol.
- Entre los consumidores de **alucinógenos** el 82,2% es fumador, el 41,2% alcohol abusivo, un 93,2% cannabis, un 40,3% cocaína y el 14,7% drogas de síntesis.
- Entre los consumidores de **anfetaminas** el 62,1% es fumador, un 6,2% alcohol abusivo, el 58,2% cannabis y el 45,8% cocaína y 14,7% drogas de síntesis.
- De los consumidores de **tranquilizantes** un 28,8% son fumadores, un 3,6% bebedores abusivos y el 15% usaron también hipnóticos y un 8,9% cannabis.
- De los consumidores de **hipnóticos** un 62,5% son fumadores el 29,7% consumieron tranquilizantes, un 39,2% alcohol y el 22,3% cannabis.

Tomando ahora las medias de asociaciones que cada droga tienen con todas las demás (Cuadro A) podemos ver lo siguiente:

Tabla 6.4: Medias de asociaciones o índices de policonsumo

Drogas y nº de orden	%
1.º Heroína	5,92
2.º Alucinógenos	4,07
3.º Drogas de Síntesis	4,02
4.º Anfetaminas	3,70
5.º Cocaína	3,58
6.º Hipnóticos	2,78
7.º Cannabis	2,39
8.º Alcohol abusivo	2,08
9.º Tranquilizantes	1,61
10.º Tabaco diario	1,43

Según estos datos cuatro tipos de sustancias establecen una media alta de asociaciones con otras drogas, entre 5,92 y 3,70: alucinógenos, anfetaminas; drogas de síntesis y heroína; otras tres entre 3,58 y 2,39: cocaína, cannabis y tranquilizantes, y las tres restantes y tienen un número menor entre 2,08 y 1,43: alcohol, tranquilizantes y tabaco.

En general, las combinaciones existentes de todas estas sustancias configuran una variedad muy amplia de usos múltiples de drogas; consideradas por pares de asociaciones sobrepasan largamente el centenar las asociaciones observadas, pero la mayor parte se concentran en unos pocos modelos básicos de policonsumo, los cuales vamos a ver seguidamente:

6.2. Los modelos básicos de policonsumo

Siguiendo la misma metodología que en los estudios anteriores, hemos realizado un análisis factorial de componentes principales con el fin de buscar los tipos o modelos básicos de policonsumo que explicaran una parte más compacta de estos usos múltiples de drogas. En esta ocasión hemos obtenido también cuatro factores o modelos básicos de policonsumo, con una explicación de la varianza del **57,3%**.

Dichos factores o modelos de policonsumo obtenido podemos ver la tabla 6.5 siguiente:

Tabla 6.5: Matriz Factorial de Modelos de Policonsumo

Sustancias	Factores	1	2	3	4
Cocaína		.792	.214		
Drogas de síntesis		.758			
Cannabis		.701		.310	
Alucinógenos		.563			
Anfetaminas		.537			
Heroína			.728		
Opiáceos			.708		.317
Crack			.676		
Alcohol		.277		.659	
Tabaco		.210		.639	
Tranquilizantes					.764
Hipnóticos					.700
% Varianza		23.6	13.7	10.3	9.7
Varianza acumulada		23.6	37.3	47.6	57.3

Hay pues cuatro **modelos básicos de policonsumo**:

- **PSICOESTIMULANTES**; configurado por cocaína, drogas de síntesis, cannabis, alucinógenos y anfetaminas, con presencia de tabaco y alcohol abusivo.
- **NARCÓTICOS-CRACK**; con heroína y otros opiáceos, y crack, y cocaína en menor presencia.
- **ALCOHOL-TABACO**; con alcohol abusivo y tabaco diario, y algo de cannabis.
- **PSICOFÁRMACOS**; con tranquilizantes y hipnóticos, y algo de otros opiáceos.

La prevalencia de policonsumidores es en 2006 (con 9,5%) un poco mayor que en 2004 (8,3%). Y los modelos son los mismos que en 2004, con un claro liderazgo de los **Psicoestimulantes**, especialmente la cocaína y las drogas de síntesis, y con fuerte presencia del cannabis.

Gráfico 16
LOS MODELOS DE POLICONSUMO

1º PSICOESTIMULANTES

Alucinógenos
Drogas Síntesis
Cocaína
Anfetaminas
Cannabis
Inhalables
Alcohol

2º TABACO - ALCOHOL

Tabaco
Alcohol
Cannabis

3º TABACO - ALCOHOL

Tranquilizantes
Hipnóticos
Otros opiáceos

4º NARCÓTICOS

Heroína
Otros opiáceos
Crack
Cocaína
Inhalables
Cannabis

LOS PERFILES DE LOS POLICONSUMIDORES

En los capítulos 1, 2 y 3, en el análisis del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas hemos visto los **perfiles** de los consumidores de **cada sustancia** en particular. Pero, como acabamos de comprobar, una parte importante de ellos son en realidad policonsumidores de varias sustancias, y lo son de manera diferenciada en los cuatro modelos de policonsumo básicos.

A continuación vamos a analizar cuales son los perfiles sintéticos de los consumidores, no de una sustancia en particular, sino de cada uno de los cuatro modelos de policonsumo. Esto podemos hacerlo mediante las medias factoriales que, en cada modelo de policonsumo, tienen las distintas variables de clasificación, según se recoge en la tabla 6.6 siguiente:

Según los datos de la tabla anterior podemos ver que los perfiles sintéticos de los consumidores de cada modelo de policonsumo serían los que se expresan a continuación:

1 PSICOESTIMULANTES

En Coruña, Santiago, O Ferrol y Vigo; en poblaciones urbanas medias y grandes, los hombres, de 12 a 18 años y de 19 a 24. Solteros. Con estudios de BUP o FP. Parados, profesionales, y estudiantes. Y principalmente los consumidores de alucinógenos, anfetaminas, cocaína, drogas de síntesis, cannabis y alcohol abusivo.

2 NARCÓTICOS

En Coruña, O Ferrol y Vigo, en poblaciones urbanas grandes, hombres, de 19-24 y 25 a 39 años. Solteros y separados. De estudios primarios y medios. Parados. Los consumidores de heroína y otros opiáceos y crack y, en menor medida los de cocaína, cannabis.

3 TABACO-ALCOHOL-CANNABIS

En A Coruña, Vigo, O Ferrol y Santiago, en poblaciones intermedias y grandes, los hombres, de 19 a 24 años y de 25 a 39. Con estudios de BUP o FP y medios-superiores. Solteros, separados y parejas. Con empleo y parados, y entre los primeros: empresarios y directivos, funcionarios y profesionales, obreros, y estudiantes. Los consumidores de tabaco diario y alcohol abusivo, y en menor medida los de cannabis.

4 PSICOFÁRMACOS

En poblaciones urbanas medias y grandes. En las áreas de Cervo, O Ferrol y A Coruña, las mujeres, de 40 a 54 años y de 55 en adelante. Casados, separados y viudos. De estudios primarios. Amas de casa y pensionistas. Y los consumidores de tranquilizantes e hipnóticos.

Esencialmente estos perfiles de los distintos tipos de consumidores múltiples son los mismos que los observados en los estudios anteriores; lo cual nos indica que tanto los modelos de policonsumo como sus tipos o perfiles de consumidores son muy definidos y estables, como vimos también en los de cada sustancia específica.

Parte Segunda:
FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN
Y OTRAS CUESTIONES, Y SU RELACIÓN
CON EL CONSUMO DE DROGAS
EN GALICIA

1. MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS. POLICONSUMO

Motivaciones para el consumo de drogas.

Policonsumo

Introducción

A lo largo de todos los estudios sobre el consumo de drogas realizados en Galicia, desde 1988, una vez analizados los datos epidemiológicos (prevalencias, patrones de consumo, perfiles de los consumidores...) -que hemos visto ya en la primera parte de este informe- se han abordado otros temas más de cualidad que permiten explicar la realidad de las drogas en esta Comunidad. Cuestiones tales como las motivaciones para el consumo de drogas, los factores de riesgo y protección asociados a los consumos, las consecuencias de los mismos, las demandas de ayudas y de medidas de actuación ante las drogas, así como el conocimiento y actitudes de la población ante la respuesta que se está dando a esta problemática. Por otra parte, la continuidad en la inclusión de estos temas ha permitido ver la evolución del estado de opinión ciudadana y los posibles cambios experimentados.

En dicho conjunto de temas, en este primer capítulo estudiaremos las motivaciones que indujeron a los consumidores a tomar drogas, según su propio testimonio. Se trata, por tanto, de una pregunta directa que puede tener un alto índice de subjetividad. Para superarla, en el próximo capítulo dedicado a los factores de riesgo, realizaremos un potente análisis de regresión logística con 25 variables, que nos aporte una visión, más objetiva sobre las situaciones de riesgo que influyen en el consumo de las sustancias psicoactivas vistas en la primera parte del estudio.

No obstante, es de gran utilidad conocer las opiniones subjetivas de los consumidores respecto a las motivaciones personales que les llevaron al consumo. Sin duda, el mejor conocimiento de estas motivaciones para el consumo contribuirá a una mejor información que nos permita ser más eficaces en la lucha contra la droga, al tiempo que las campañas y actividades de formación y prevención puedan orientarse en aquellas motivaciones que los consumidores manifiestan.

Con esta orientación, el primer capítulo de esta segunda parte está estructurado de la siguiente manera:

- 1.1 Motivaciones para el consumo de alcohol
- 1.2 Motivaciones para el consumo de drogas ilegales y psicofármacos.

Veamos con detalle estas cuestiones

1.1. Motivaciones para el consumo de alcohol

Después de las preguntas epidemiológicas, a los que consumieron alcohol durante el último mes, les pedimos que nos indicaran la razón más importante por la que habían tomado bebidas alcohólicas. La siguiente tabla recoge los resultados obtenidos sobre esta cuestión.

Según los datos de esta tabla, las motivaciones en 2006 para tomar alcohol están en la línea de lo que viene sucediendo a lo largo de la serie. En general, podemos decir que las personas que toman alcohol lo hacen, de manera mayoritaria, porque les gusta. Por su parte, las razones de relación y de influencia social mantienen una importancia relativa, con ligeras oscilaciones a lo largo de la serie, pero siempre como segunda motivación más importante para consumir bebidas alcohólicas. El resto de razones siempre han sido señaladas por porcentajes minoritarios, si bien no hay que ignorarlas ya que expresan situaciones conflictivas y problemáticas, incluso en algunos casos la misma adicción al alcohol. Quizás en 2006 hay que llamar la atención en el incremento experimentado de aquellos que no tienen claro porque beben.

Respecto al perfil de los que, en mayor medida, señalan las motivaciones más importantes, y con una significación entre $P < .05$ y $P < .001$, podemos ver lo siguiente:

■ **Porque me gusta:**

Con porcentajes entre el 70% y el 80%: los hombres, los de 19 a 24, 25 a 39 y de 40 a 50 años, en A Coruña, Ourense y Pontevedra, y en hábitats de 50.000-100.000 y de más de 100.000 habitantes. Los solteros, separados y los que viven en pareja. De nivel educativo bajo y alto. Trabajadores, autónomos, parados y pensionistas. De clase media-media, y media-alta. Los bebedores ligeros y moderados.

■ **Por influencia social:**

Con porcentajes entre el 5% y el 10%: las mujeres, los de 12 a 18 y 19 a 24 años, en A Coruña, Lugo y Pontevedra, en las poblaciones urbanas medias. Solteros, separados y casados; de nivel educativo medio. Parados, trabajadores y estudiantes. De clase media-media. Bebedores excesivos.

■ **Por razones de relación:**

Con porcentajes entre el 12% y el 25%: los hombres y las mujeres, los de 12-18 años, 19-24 y 25-39. En A Coruña y Lugo, en poblaciones pequeñas y medias y las muy grandes. Solteros y casados. De nivel educativo medio-alto. Estudiantes, amas de casa, empresarios, profesionales y trabajadores. De clases medias. Bebedores abusivos.

■ **Por razones familiares:**

Con porcentajes entre el 2 y el 5 por ciento: las mujeres, los de 40 años en adelante. En Ourense y Pontevedra. En poblaciones pequeñas y grandes. Casados. De nivel educativo bajo y medio. Los parados y trabajadores. De clase social media-media y media-alta. Bebedores moderados.

■ **Y los que no lo tienen claro:**

Entre el 5% y el 10%, hombres, los de 12 a 18 y 19-24 años, en A Coruña y Lugo. En poblaciones pequeñas y en las muy grandes. Solteros. De nivel educativo bajo. Estudiantes. De clase social baja y medio-baja. Bebedores abusivos.

1.2. MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES Y PSICOFÁRMACOS

Sobre esta cuestión, a aquellas personas que indicaron haber tomado alguna vez alguna de las drogas contempladas en el estudio, les pedimos que nos indicaran la razón que más les influyó para consumirlas. Las respuestas que obtuvimos se reflejan en la tabla 1.3:

Tabla 1.3. Motivos para consumir drogas ilegales y/o psicofármacos

Motivaciones	%
Por escapar a problemas personales	2,4
Por el gusto de hacer algo prohibido	13,5
Por placer, por animarme	39,4
Por aburrimiento	2,2
Por estudiar o trabajar mejor	0,6
Por facilitar la conversación o el contacto social	0,8
Por problemas familiares	0,6
Por sentirme marginado o discriminado en el trabajo	0,2
Por las condiciones de trabajo	0,3
Por deseo de ser miembro de un grupo y ser aceptado por él	2,5
Por enfermedad, dolor, nervios, dormir	33,6
Total	100,0

Destacan como las principales razones por las que los consumidores se iniciaron en el consumo: por placer y por animarse (así lo indica el 39,4%) o por problemas de salud como dolores, nervios, insomnios, etc. (el 33,6%). En un segundo plano podemos señalar a los que indican que comenzaron a tomar estos productos por el gusto de hacer algo prohibido (13,5%). El resto de motivaciones son señaladas por minorías, sumando entre todas ellas el 13,5%.

En síntesis y para mejor ver la evolución de esta variable a lo largo de la serie agrupamos las diferentes motivaciones según su naturaleza, del siguiente modo:

- **Motivaciones de placer y experimentación**

En esta agrupación contemplamos las motivaciones que hacen referencia a la búsqueda de placer o animarse, a superara el aburrimiento y a la búsqueda de nuevas sensaciones.

- **Motivaciones de respuesta social**

Incluimos aquí aquellas motivaciones más genéricas, que tienen en común el uso de drogas como respuesta ante situaciones personales, laborales o sociales conflictivas, junto a motivaciones de deseo de mejora o integración social, tales como la intención de incrementar el rendimiento en estudios y trabajo, o la integración social.

- **Motivaciones sintomatológicas**

Aquellas motivaciones relacionadas con problemas de salud: enfermedades, dolor, nervios, insomnio...

Una vez realizadas estas agrupaciones obtenemos los porcentajes que recoge la tabla siguiente:

Tabla 1.4: Tipos de motivaciones básicas en el consumo de drogas

	%
De placer y experimentación	41,6
De respuesta social	20,9
Sintomatológicas	33,6
NS/NC	3,9
Total	100,0

Y en el conjunto de los distintos estudios los datos obtenidos al respecto son los de la tabla 1.5 siguiente:

Tabla 1.5. Proporción de consumidores de drogas ilegales y psicofármacos que señalan distintos tipos de motivaciones que les condujeron al consumo (1988-2006)

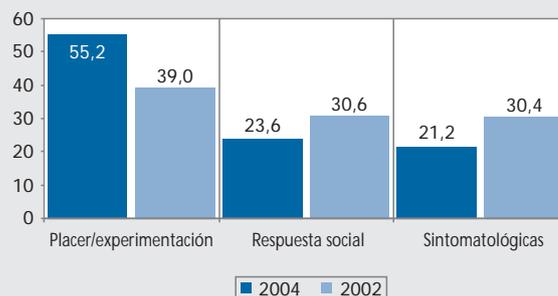
Motivaciones	1988	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Sintomatológicas	57,0	36,0	36,5	32,5	43,2	32,1	30,4	21,2	33,6
De placer y experimentación	11,1	10,0	28,2	21,1	22,1	48,6	39,0	55,2	41,6
De respuesta social	19,3	11,5	28,3	34,1	28,9	12,0	30,6	23,6	20,9
NS/NC	12,6	42,5	7,0	12,3	5,7	7,3	—	—	3,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En los datos de 2002 y 2004 no incluimos el NS/NC. Si en los del 2006 eliminamos dicho porcentaje y rehacemos los datos éstos y, comparativamente, tomamos los de 2004, podemos construir el gráfico 2.3 siguiente:

Según este gráfico, y con datos ya homogéneos, vemos que la estructura básica de motivaciones es esencialmente la misma.

Gráfico 17

Proporción de consumidores de drogas ilegales y psicofármacos que señalan distintos tipos de motivaciones que les condujeron al consumo (2000-2002)



Finalmente, según las distintas variables de clasificación, los perfiles de los que, en mayor medida, señalan cada tipo de motivación para el consumo de drogas (con $P < .05$ a $P < .001$) son los siguientes:

■ **Placer y experimentación**

Con porcentajes entre el 40% y el 60%: los hombres, los de 12-18 años, 19-24 y 25-39. En A Coruña y Lugo; en las poblaciones urbanas medias y grandes. Solteros y parejas; los de nivel educativo medio y alto. Estudiantes, parados, empresarios-directivos y trabajadores. De clase media-media. Los bebedores abusivos y los consumidores de cannabis, cocaína y éxtasis.

■ **Respuesta social**

Con porcentajes entre el 25 y el 40%: los hombres, los de 12-18 años por una parte, y los de 25-39 y 40-54 (es decir, en razones problemáticas). En las cuatro provincias casi por igual; en hábitats intermedios y grandes. Solteros y separados. De nivel educativo medio-alto. Estudiantes, parados, empresarios profesionales, empleados y trabajadores. De clase social baja y media-media. Los bebedores moderados y abusivos, y cocaína, heroína, alucinógenos y anfetaminas.

■ **Sintomatológicas**

Con porcentajes entre el 35% y el 60%: las mujeres, los de 40 a 54 años y los de 55 y más (en éstos llegan hasta el 81,6%). En Pontevedra y Ourense; en hábitats rurales y urbanos grandes. Casados, amas de casa y pensionistas. De nivel educativo bajo. Amas de casa, pensionistas y autónomos. De clase social baja y media-baja. Los abstinentes y los bebedores ligeros, y los que consumen tranquilizantes e hipnótico (el 78% y el 72%, respectivamente).

2. LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS

Los Factores de Riesgo y de Protección en el consumo de drogas

2.1. Los factores de riesgo

INTRODUCCIÓN

Subyacente a las motivaciones expresadas por los consumidores de drogas, generalmente existen una serie de situaciones objetivas que en muchas ocasiones actúan como condicionantes o facilitadores de los consumos de drogas. En el primer estudio en Galicia (2000) en que incluimos esta temática, en lo que se refiere a la fundamentación teórico-em-pírica de este fenómeno decíamos lo siguiente:

*“Después de los primeros estudios, que demostraron la **contraindicación** de algunas actuaciones preventivas, (Swisher y Hoffman, 1975; Dorm y Thomsón 1976; Shaps, 1981; Tobler, 1986); los que estudiaban la **influencia psicológica** (Kearney y Hines, 1980. Dean, Lian y Ensel, 1986; Hansen 1986), la **influencia social** (Bandura, 1986, 1977 y 1986), o los referidos a los **enfoques multicomponentes** (Pentz, 1989; Bacham, 1990; Hansen y Graham, 1992; Tobler 1992, 1993, 1997), Petraitis y colaboradores (1998) han realizado una detenida revisión de 58 estudios longitudinales que, de una u otra forma, investigan sobre una amplia gama de predictores en el consumo de drogas; revisión que comenta muy acertadamente Amador Calafat en un artículo”.*

“Entre los factores de riesgo analizados en esta revisión se señalan los sociales, los familiares, la influencia de los compañeros, los socioculturales, los valores y conductas desviantes, los intrapersonales, los de personalidad y los estados emocionales. Y en los hallazgos encontrados se observan varios niveles en la relación existente entre los factores de riesgo y los consumos de drogas. En el nivel más coincidente o intenso en esta relación se destacan las relaciones con los compañeros, los valores poco convencionales, el ser emocionalmente poco estable, las actitudes pro-consumo y la infravaloración de los riesgos que comportan las drogas. También intervienen, aunque con una mayor disparidad en los resultados, o una intensidad menor que los anteriores, los factores familiares y escolares. A estos habría que añadir otros indicadores sociodemográficos observados en distintos estudios epidemiológicos (Hawkins, 1992; Navarro, 1995; Comas 1996; Elzo, 1996; Diez, 1998; Johnston 1998; Megías y Navarro, 1998); tales como el medio de residencia (rural-urbano), la clase social, el nivel educativo, la ocupación y los factores laborales”.

Con este propósito de detección de las posibles relaciones existentes entre determinados factores de riesgo se han realizado también en España una serie de estudios concretos relacionados con los factores de riesgo, bien de carácter sectorial (jóvenes, colectivo femenino, mundo laboral...), o bien en población general en determinados territorios (Andalucía, Valencia, Madrid, Galicia...). Los resultados obtenidos son los que vamos a exponer en las siguientes páginas.

¹ CALAFAT, A. (1999). “Matriz de predictores del consumo de drogas durante la adolescencia”, IDEA Prevención, n.º 18. Xaneiro-xuño, 1999. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

2.1.1. Los Factores de Riesgo y su relación con los consumos de drogas

Los factores de riesgo específicos incluidos en la presente encuesta, con un total de veinticinco variables explicativas, se estructuran en cuatro tipos de factores básicos: el **Familiar**, el **Personal**, el **Social** y el **Laboral**. La formulación de cada variable ha sido la siguiente:

Factor FAMILIAR

- ¿Cómo son las relaciones que mantiene Vd. con sus padres o con sus hijos?
- ¿Cómo calificaría Vd. las relaciones que tiene con su mujer/marido/pareja o persona con quien convive maritalmente?
- ¿Sus padres, o uno de los dos, beben en exceso o toman alguna otra droga?
- En la familia con la que Vd. convive ¿ha tenido alguien alguna enfermedad mental o nerviosa; en caso afirmativo ha recibido tratamiento?
- ¿Se siente Vd. agobiado por su actual situación económica o la de su familia?

Factor PERSONAL

- ¿Cómo realizó, o está realizando sus estudios?
- Con cierta frecuencia ¿se nota Vd. agobiado y en tensión?
- ¿Tiene Vd. la sensación de que no puede superar sus dificultades?
- Últimamente ¿siente Vd. que ha perdido confianza en sí mismo?
- En general, en el momento actual de su vida, ¿se siente Vd. satisfecho o insatisfecho?
- Todas las personas tienen en la vida ciertas dificultades que les lleven a pensar ciertas resoluciones. ¿Hasta dónde ha llegado Vd. en el peor momento?

Factor SOCIAL

- ¿Conoce Vd. alguna persona que consuma, aunque sea esporádicamente, algún tipo de droga. En caso afirmativo en cuál de los siguiente ámbitos?
- ¿Cree Vd. que es fácil o difícil encontrar y poder obtener drogas, cuando se quieren?
- Actualmente ¿se encuentra Vd. satisfecho de cómo emplea su tiempo libre y su ocio?
- En los últimos seis meses ¿ha participado Vd. en algún botellón?*
- ¿Participa Vd. en alguna asociación u organización de vecinos, cultural, política, deportiva o de cualquier otro tipo, aunque no sea miembro o asociado?
- Dígame, por favor, ¿cuál es su punto de vista sobre la sociedad en que vivimos?

Factor LABORAL:

- ¿Cuál es su situación contractual en su trabajo actual?
- ¿Realiza o realizaba Vd. trabajos a destajo o que le exigieran un rendimiento muy alto?
- ¿Realiza o realizaba Vd. jornadas de trabajo prolongadas con escaso tiempo o pocos días de descanso?
- ¿Cuál es su grado de satisfacción con la función o trabajo que Vd. desempeña o desempeñaba?
- ¿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?

* Esta variable se introduce por primera vez en la presente encuesta de 2002

- ¿Tiene Vd. o tenía sensación de cansancio intenso o de agotamiento posterior al trabajo?
- ¿Siente o sentía Vd. tensión, agobio o estrés durante su trabajo?
- ¿Siente Vd. inquietud o inseguridad ante su futuro laboral?

Al formular las preguntas, las respuestas a cada una de ellas eran recogidas 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 del siguiente modo:

1 Muy negativo	2 Bastante negativo	3 Regular o algo negativo	4 Bastante positivo	5 Muy positivo
-------------------	------------------------	------------------------------	------------------------	-------------------

En lo que se refiere 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, 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... 5 = Muy positivo.

A partir de los resultados obtenidos veremos, en primer lugar, la proporción de personas que están en situaciones de riesgo en cada variable y eje, y las relaciones de probabilidad en el consumo de cada tipo de drogas. Finalmente, veremos los perfiles de los que están en dichas situaciones de riesgo.

Habiendo sido ya dicotomizadas las respuestas en situaciones de no riesgo y sí riesgo, en la tabla siguiente podemos ver las proporciones de población gallega de doce años en adelante que estarían en cada variable en situación de **riesgo** respecto a un potencial consumo de drogas.

Tabla 2.1: Los que están en situaciones de riesgo, en %

Variables	%	Variables	%
Factor familiar		Factor social	
Relación padres-hijos	10,7	Conocen consumidores de drogas	33,1
Relación con pareja	11,2	Facilidad de obtener drogas	60,2
Abuso alcohol o uso drogas padres	8,3	Está satisfecho con su ocio	23,1
Enfermedad mental en la familia, o nervios	9,5	Participación social	70,8
Agobio situación económica familiar	35,1	Percepción de la sociedad insolidaria	41,5
		Han participado en botellón	12,1
Factor personal		Factor laboral	
El fracaso escolar		Situación contractual	17,3
Sensación de agobio y tensión	32,3	Trabajo a destajo	47,1
Sensación de no poder superar las dificultades	16,1	Jornadas de trabajo prolongadas	42,5
Sentimiento de pérdida de confianza en si mismo	11,2	Satisfacción en la función o trabajo	37,2
Grado actual de satisfacción personal	32,1	Satisfacción en el trato	29,7
Ha pensado o intentado suicidarse	1,5	Cansancio intenso después del trabajo	31,3
		Agobio y estrés en el trabajo	29,2
		Inquietud ante el futuro laboral	24,1

Según los datos de esta tabla vemos que hay una serie de variables (la facilidad para obtener drogas, la no participación social, la insolidaridad...) con porcentajes muy altos en situaciones negativas o de riesgo potencial, mientras que en otras (los padres beben o toman drogas, las malas relaciones en la pareja, la pérdida de confianza en sí mismo...) los porcentajes son más bajos. Fenómeno este que ya observamos también en 2000 y 2006.

Pero, no hay que confundir este riesgo potencial (teórico o posible) con el **riesgo efectivo** (empírico o de facto), pues en muchas ocasiones determinadas variables prevalentes de riesgo potencial, no comportan necesariamente altas probabilidades en los consumos de drogas, mientras que otras menos prevalentes sí tienen unas probabilidades de consumo más altas.

Del mismo modo, dado a que a un mismo individuo pueden afectarle más de una situación de riesgo potencial, al acumular las respuestas de las variables de cada factor o eje básico de riesgo potencial, mientras que otras no le afectan, las diferencias anteriores quedan ya mucho más equilibradas. Esto podemos verlo en la tabla 2.2 siguiente:

Tabla 2.2: Los que están en riesgo en cada Eje o Factor de riesgo potencial

Ejes o factores de riesgo	%
FAMILIAR	15,1
SOCIAL	39,1
PERSONAL	19,6
LABORAL	32,1

En esta tabla vemos que las proporciones de los que se encuentran en riesgo potencial en cada tipo básico oscilan en unos márgenes ya más estrechos, de entre un máximo de 39,1 en el factor social y el 32,1% en el factor laboral y el 19,6% del factor personal y el 15,1% en el familiar. Aunque, según hemos señalado antes, este es riesgo potencial.

A continuación, para analizar las relaciones de probabilidad entre los factores de riesgo y el consumo de drogas o riesgo **efectivo**, se ha realizado un análisis de regresión logística, tomando como variables dependientes los distintos consumos y como variables independientes o explicativas las variables y los ejes de riesgo.

A tal efecto se ha tenido como punto de referencia a los que en cada pregunta o variable de riesgo indican una situación **no** problemática, y a éstos 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 aquellos que sí han indicado una situación problemática. Si el valor u odds ratio que forman estos en cada sustancia y variables es **igual** o cercano 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. Y cuando el valor es **inferior** a **1**, la relación es inversa, es decir, de no consumo.

Con el fin de que el análisis de estas posibles relaciones tengan suficiente relevancia hemos tomado en consideración solamente aquellas odds ratio que alcanzan o supera **1.2**. En las dos tablas posteriores (2.3 y 2.4) recogemos las odds ratio que en cada sustancia y variable son relevantes y significativas; el * indica que la odds ratio obtenida no expresa diferencias relevantes o significativas.

Para poder optimizar las relaciones de probabilidad entre los factores de riesgo y los consumos, hasta donde la base muestral del consumo de cada sustancia en particular ha permitido, las sustancias y consumos considerados en el análisis de regresión logística han sido los siguientes: tabaco diario, alcohol abusivo, cánnabis y drogas ilegales, tranquilizantes e hipnóticos, consumo en los últimos 6 meses, y el policonsumo, es decir el uso de dos o más sustancias en estas definiciones.

Con esto la significación alcanzada para el modelo de todas las variables y ejes con cada tipo o grupo de sustancias ha sido de $P < .0000$ en cada uno de dichos modelos. Para cada variable o eje en particular las significaciones obtenidas, en el análisis de regresión logística ha oscilado entre $P < .05$ y $P < .000$.

Los resultados del análisis de regresión logística, para las variables de riesgo, son los que se recogen en la tabla 2.3 y 2.4 siguientes:

Tabla 2.3: Pblematicidad en los Factores de Riesgo Familiar y Personal y consumo de cada droga (Odds ratio derivadas de la regresión logística) ($P < .05$ a $P < .000$)

Variables de Riesgo	Tabaco (diario)	Alcohol (abusivo)	Cannabis	Otras drogas ilegales	Hipnose dantes
Malas relaciones padres/hijos	1,27	1,24	1,45	1,75	*
Malas relaciones con pareja	*	1,9	*	1,56	1,75
Abusos alcohol y/o drogas por padres	1,25	1,32	1,35	1,61	1,29
Enfermedad mental en la familia	*	*	*	*	1,94
Agobio situación económica familiar	*	*	*	*	1,3
El fracaso escolar	*	1,2	1,3	*	*
Sensación de agobio y tensión	1,27	1,65	1,25	*	1,45
Sensación de no poder superar dificultades	*	1,96	*	1,79	1,37
Sentimiento de pérdida confianza en sí mismo	*	1,72	1,46	1,3	1,52
Grado actual de insatisfacción personal	*	*	*	1,94	*
He pensado o intentado suicidarme	*	1,7	*	1,67	*

* Odds ratio no significativos

Tabla 2.4: Pblematicidad en los Factores de Riesgo Social y Laboral y consumo de cada droga (Odds ratio derivadas de la regresión logística) ($P < .05$ a $P < .000$)

Variables de Riesgo	Tabaco (diario)	Alcohol (abusivo)	Cannabis	Otras drogas ilegales	Hipnose dantes
Conocer consumidores de drogas	1,32	1,41	2,23	2,63	1,21
Facilidad para obtener drogas	*	1,75	1,48	3,17	1,37
No Satisfacción en el ocio	1,23	*	*	*	*
Ha participado en botellón	1,47	1,57	2,63	2,10	1,28
No participación social	*	*	1,61	2,05	*
Percepción negativa de la sociedad	*	*	*	2,11	1,39
Situación contractual laboral problemática	*	1,24	1,61	1,53	1,57
Trabajo a destajo o alto rendimiento	*	1,47	1,20	*	1,43
Jornadas de trabajo prolongadas	1,39	1,37	1,30	1,58	1,27
No satisfacción en la función o trabajo	*	*	*	*	*
No satisfacción en el trato	1,20	1,21	*	*	*
Cansancio intenso después trabajo	*	*	1,58	1,29	1,75
Agobio y estrés en el trabajo	1,36	1,42	1,30	1,31	*
Inquietud ante futuro laboral	*	1,85	1,27	*	*

* Odds ratio no significativos

Por otra parte, una vez agrupadas las variables que configuran cada eje o factor general de riesgo, los resultados son los de la tabla 2.5

Tabla 2.5: Relaciones de probabilidad de los Ejes o Factores de Riesgo efectivo en el consumo de las distintas drogas (Odds ratio derivadas de la regresión logística. $P < .05$ a $P < .000$)

Sustancias	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Otras drogas ilegales	Hipnóticos
Ejes de riesgo					
FAMILIAR	1,22	1,47	1,20	2,14	1,77
SOCIAL	1,60	1,96	2,17	3,12	1,21
PERSONAL	*	1,89	1,51	1,82	1,51
LABORAL	1,21	1,70	1,32	1,31	1,31

A partir de los datos de estas tres tablas podemos concluir lo siguiente: en lo que se refiere a las variables de riesgo, de las 125 relaciones de probabilidad posibles (variables de riesgo x las 5 de consumos) encontramos con odds ratio significativas, lo cual significa una capacidad explicativa, variable a variable, del **57,6%** del total posible por esta vía.

Esta capacidad explicativa aún se incrementa cuando en cada individuo se acumulan las situaciones de riesgo de las variables en cada eje o factor general de riesgo, de las 20 relaciones de probabilidad posibles (4 ejes x 5 tipos de consumo) **19** de ellas tienen odds ratio significativas, lo cual eleva su capacidad explicativa al **95%**.

Jerarquizando ahora las variables de riesgo, según el número de odds ratio significativas que tengan, obtenemos la jerarquización que se recoge en la tabla 2.6 siguiente:

Tabla 2.6: Jerarquización de las variables de riesgo en su relación con los consumos de drogas, según en número de odds ratio significativas

Variables de riesgo	N.º de odds ratio significativas
Participación en botellón	5
Jornadas de trabajo prolongadas	5
Conocen a consumidores de drogas	5
Abusos de alcohol y drogas por los padres	5
Situación contractual laboral problemática	4
Sentimiento de pérdida confianza en sí mismo	4
Sensación de agobio y tensión	4
Mala relación padres-hijos	4
Facilidad para obtener drogas	4
Agobio y estrés en el trabajo	4
Trabajo a destajo o alto rendimiento	3
Sensación de no poder superar las dificultades	3
Mala relación con la pareja	3
Cansancio intenso después del trabajo	3
Percepción negativa de la sociedad	2
No satisfacción en el trato en el trabajo	2
No participación social	2

VARIABLES DE RIESGO	N.º DE ODDS RATIO SIGNIFICATIVAS
Inquietud ante el futuro laboral	2
Ha pensado o intentado suicidarse	2
Fracaso escolar	2
No satisfacción en el ocio	1
Insatisfacción personal actual	1
Enfermedad mental en la familia	1
Agobio en la situación económica familiar	1
No satisfacción en la función o trabajo	0
Total odds ratio significativas	72

Igualmente, si agrupados las odds ratio de estas variables por sustancias, según sean del factor laboral o de los factores familiar, personal y social, obtenemos la tabla 2.7 siguiente:

Táboa 2.7. Número de variables explicativas en cada droga, no factor laboral e nos factores persoal, social e familiar

	N.º de variables explicativas según las odds ratio		Total odds ratio
	Factor laboral	Factor personal, social y familiar	
Otras drogas ilegales	4	12	16
Alcohol abusivo	6	11	17
Cannabis	6	9	15
Hipnosedantes	4	11	15
Tabaco	3	6	9
Totales	23	49	72

Tomando ahora los datos recogidos en las tablas 2.4 a 2.7 podemos extraer las siguientes conclusiones:

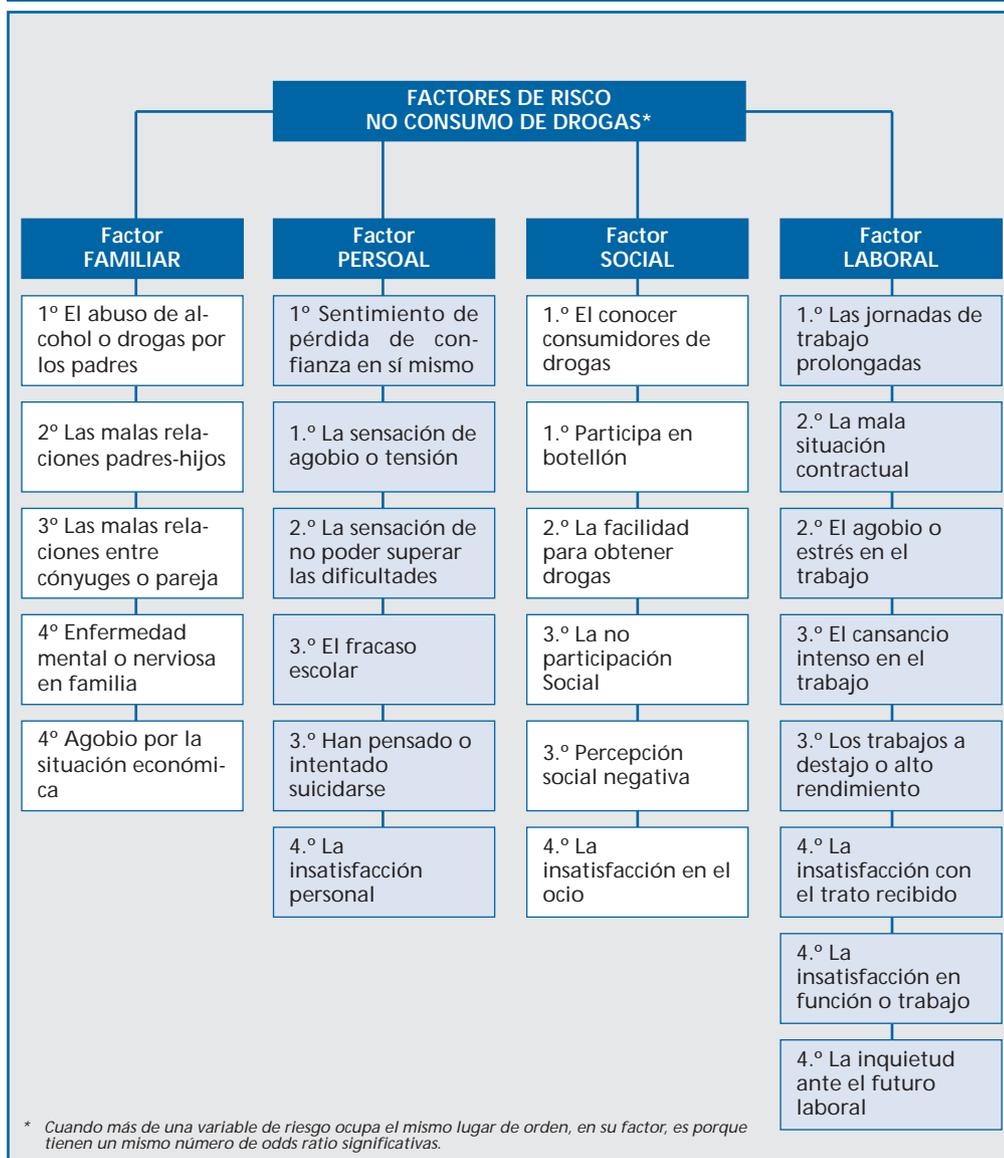
- A** Hay una relación significativa entre las situaciones que configuran los factores de riesgo y los consumos de drogas. De 125 odds ratio posibles, entre las 25 variables y las 5 clases de consumos a las que se han podido aplicar este análisis específico, **72** son significativas el **57,6%** (un 65% en 1998 y un 62% en 2000).
- B** La relación de estos factores de riesgo, como generadores o reforzadores de los consumos, es de carácter **multifactorial**. De las **72** odds ratio obtenidas **21** son del factor laboral **51**, es de los factores familiar, personal, es decir el 29,2% y el 70,8%, respectivamente.
- C** Seguidamente, sí mediante una 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, vemos que el peso específico en que interviene cada factor resulta ser la siguiente:
 - Factor SOCIAL 0,28
 - Factor FAMILIAR 0,25
 - Factor LABORAL 0,24
 - Factor PERSONAL 0,23

Estos índices nos indican que los factores de riesgo que con un mayor peso estarían interviniendo en la generación o reforzamiento de los consumos de drogas serían el social y el familiar, seguidos a no a mucha distancia por el laboral y personal

- D** De los cinco tipos de sustancias a las que se ha podido aplicar el análisis de regresión logística, variable a variable, el grupo el alcohol abusivo, otras drogas ilegales, los hipnosedantes y el cannabis son las que obtienen un mayor número de odds ratio: entre 17 y 19; mientras que el tabaco tiene menos: 9.
- E** Agrupando 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 (tabla 2.6), podemos ver que la ubicación de cada una de ellas en el conjunto del factor sería la que se recoge en el siguiente gráfico.

Gráfico 18

Jerarquización de las variables de riesgo en cada tipo de Factor de Riesgo



Según hemos visto en el gráfico anterior, la ordenación de las variables de riesgo 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. De ellas cabe destacar el abuso de alcohol y otras drogas por los padres, las malas relaciones familiares, el sentimiento de pérdida de confianza en sí mismo, el agobio y la tensión, el no poder superar las dificultades, el conocer a consumidores de drogas, la facilidad para obtenerlas y el participar en el botellón. Y en el factor laboral las jornadas de trabajo prolongadas, la mala situación contractual y el trabajo a destajo o con fuerte cansancio.

2.2. Los factores de protección

INTRODUCCIÓN

A la vez que los factores de riesgo que condicionan el consumo de drogas, también existen determinadas situaciones o actuaciones que influyen en la disminución o modulación del mismo, funcionando de forma protectora. A tal respecto en el estudio de Galicia en 2000 ya decíamos lo siguiente:

*“En lo que se refiere a los **factores de protección**, en la literatura existente sobre este tema, la mayoría de los autores los han definido como aquellas variables (situaciones, actitudes, valores, etc.) que contribuyen a prevenir, reducir o modular el consumo de drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1992). Los factores de riesgo y los factores de protección no son posiciones opuestas de un mismo continuo, sino dos realidades diferenciadas que interactúan entre sí (NIDA 1997).*

Aunque la investigación en esta temática aún es muy escasa en España, en una revisión realizada sobre los últimos diez años (Robles Lozano, L. y Martínez González, J.M., 1998) se detectan algunos de estos factores de protección, tales como las normas de conducta en la familia y la escuela, las relaciones familiares satisfactorias, el apego familiar, el apoyo social, la implicación en actividades religiosas, la autoaceptación, o la existencia de valores positivos respecto al cuerpo y la vida.

Por otra parte, tanto en la investigación como en la práctica, se comprueba como determinados individuos que están sometidos a ciertos factores de riesgo, como los vistos en el capítulo anterior, no desarrollan una conducta drogodependiente. Suponiéndose que en estos casos estarían interviniendo una serie de factores que les protegen y les hacen menos vulnerables ante las drogas (Mathias, 1997; NIDA, 1997).

Parece, pues, que existe un mecanismo riesgo-protección, en el cual los factores de protección, de algún modo, interactúan sobre los factores de riesgo y los modulan en su relación de probabilidad respecto a los consumos de drogas (Brook y col., 1990 y 1998; Newcomb, 1992; Gordeon y Cohen, 1996), ejerciendo una función protectora (Hawkins, 1992; Johnston y col. 1998); y si bien aún no pueden establecerse relaciones causales estrictas esta relación de probabilidad de descenso en los consumos en presencia de determinados factores de protección ha sido señalada por diversos autores (Lin y col, 1986; Bukoski, 1995; Gordon y Plantz. 1996; Gorman, 1996).

*En la bibliografía sobre los factores de protección se han ido definiendo una serie de factores diversos con esta función moduladora de los factores de riesgo, tales como los **familiares** (Willis, 1992; Dettman, 1994; Carrasco y Luna, 1995; Resnick, 1997...); los **escolares** (Hawkins, 1992; Friedman y Bramfield, 1995; Mathias, 1997...); los **comunitarios** (Hawkins y Catalano, 1992; Dettman, 1994; Resnick, 1997...); los **personales** (Félix-Ortiz y Newcomb, 1992; NIDA, 1993; Gerewich y Bacskai, 1996...); los de **valores** (Dettman, 1996; Carrasco y Luna, 1995; Friedman y Bramfield, 1995...);*

* CALAFAT, A. (1999) “Matriz de predictores del consumo de drogas durante la adolescencia” IDEA Prevención nº 18. Enero-Junio. 1999. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

los de **relación social** (De Wit, 1995; Resnick, 1997; Mathias, 1997...); los **grupales** (APTA, 1989; Detfman, 1994); y los **laborales** (Megías y Navarro, 1999)."

Contemplando todos estos tipos de factores se ha realizado en nuestro país un amplio estudio¹ en el que, mediante un detenido análisis estadístico, se han hecho interactuar los factores de protección sobre los de riesgo, observándose como realmente estos factores de protección actuaban de forma positiva, modulando los consumos de quienes estaban en situaciones de riesgo. Los factores de protección más potentes obtenidos en este estudio fueron de los cuatro tipos siguientes: los **valores alternativos** al presentismo y hedonismo (cooperación y solidaridad, cuidado de la salud, cuidado por el futuro, objetivos claros en la vida...); las **actividades alternativas** al ocio consumista (humanitarias, sociales, religiosas, deportivas, culturales...); la **integración familiar** (buenas relaciones padres-hijos, diálogo, confianza en los problemas, educación sobre los riesgos del alcohol y las drogas...); y el **entorno y prevención** (integración comunitaria, actividades formativas, prevención en la escuela...)

2.2.1. Los factores de Protección y su relación con los consumos de drogas

Considerando a estos cuatro tipos básicos de factores de protección introdujimos en 2000, por primera vez en los estudios de Galicia, este tipo de análisis. El buen resultado de algunos de estos factores como **predictores** de la disminución de los consumos ha aconsejado mantener este planteamiento en el estudio de 2002 y en 2004, pudiendo validar de este modo la eficacia de estos predictores. Las variables concretas contempladas en cada tipo de factor -veintidós en total- han sido las siguientes:

Factor VALORES ALTERNATIVOS

- Hay que ocuparse de los demás aunque en ocasiones cueste algún sacrificio
- Hay que colaborar con los demás, aunque en ocasiones no se haga lo que uno quiere
- El aspecto religioso de la vida es para mí algo importante
- Aunque mis amigos beban o tomen alguna otra sustancia, yo prefiero mantenerme al margen
- Prefiero renunciar a satisfacciones actuales para obtener otras cosas en el futuro
- En qué medida es importante para Vd. la salud y el cuidado de su cuerpo?
- En su vida personal (estudios, trabajo, pareja, etc.) ¿en qué medida suele tener objetivos claros sobre lo que quiere y lo que debe hacer?

Factor ACTIVIDADES ALTERNATIVAS

- Actividades humanitarias o colaboro con alguna ONG
- Actividades sociales, comunitarias o culturales
- Prácticas o actividades religiosas
- Practico deporte
- Tengo afición a la lectura

Factor INTEGRACIÓN FAMILIAR

- Las relaciones familiares son satisfactorias: hay estabilidad y buen clima en casa
- Hay diálogo entre padres e hijos en las cosas que afectan a los miembros de la familia
- Cuando tengo un problema suelo contarle en casa

¹ NAVARRO, J. (2000), Factores de riesgo y de protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Concello de Madrid.

- Siento apego por mi familia
- Mis padres me han hablado de buen modo sobre los riesgos del alcohol y las drogas

Factor ÁMBITO Y PREVENCIÓN

- ¿En qué medida se siente Vd. integrado en su barrio y siente apego por él?
- ¿En su barrio se ha dado alguna vez la presencia de drogas o de delitos relacionados con las mismas?
- ¿Ha visto, leído u oído algún mensaje preventivo sobre el tabaco, el abuso del alcohol o el consumo de otras drogas?
- ¿Ha recibido o participado en alguna actividad preventiva sobre el tabaco, el abuso del alcohol o el consumo de otras drogas?
- ¿En su escuela o instituto ha recibido o participado, en alguna ocasión, en charlas u otras actividades de información o prevención sobre el tabaco, el abuso de alcohol o el consumo de otras drogas?

Aquí la metodología aplicada es la misma que la que hemos visto en el anterior sobre los factores de riesgo. Una vez reconvertidas las respuestas a un mismo sentido, en el conjunto de las 22 variables la presentación abreviada en las tablas se hará en base a la regresión logística o relación de probabilidad entre la **NO** presencia de cada variable de protección y el consumo de las sustancias. De este modo cuando el factor de protección no está presente se hipotetiza que los consumos son mayores que cuando sí lo está.

En las tablas sólo se recogen las odds ratio que son significativas, y las variables dependientes a explicar, los consumos, son también los mismos que en el capítulo anterior: tabaco diario, alcohol abusivo, hipnosedantes, cánnabis y otras drogas ilegales, en los últimos seis meses.

En el análisis de regresión logística la significatividad obtenida para el conjunto del modelo de las 22 variables independientes (Variables de Protección) y cada variable dependiente (consumo de cada tipo de sustancia) ha sido también muy alto: $P < .0000$ en cada uno de los cinco tipos de sustancias. Finalmente, para cada variable en particular la significación mínima aceptada es de $P < .05$, pero en muchas ocasiones llegan a $P < .000$ o más.

Aunque antes de pasar a este análisis veremos los porcentajes de personas que están en situación de NO protección en cada variable y tipo de factores o Ejes de protección considerados.

Tabla 2.12: Proporción de los que responden de forma NEGATIVA en cada variable de los factores de protección

Variables de protección	% en NO protección	Variables de protección	% en NO protección
Factor: los Valores Alternativos		Factor: la Integración Familiar	
Ocuparse de los demás aun con sacrificio	12,8	Relaciones familiares estables y satisfactorias	17,6
Colaborar con los demás aunque no se haga lo que uno quisiera	16,4	Diálogo entre padres e hijos en cosas de la familia	27,5
Aunque mis amigos beban o tomen drogas, prefiero mantenerme al margen	18,9	Cuando tengo problemas lo cuento en casa	29,8
Renunciar a satisfacciones actuales para obtener cosas en el futuro	35,3	Siento apego por mi familia	11,9
Importancia de la salud y el cuidado del cuerpo	19,9	Mis padres me han hablado de buen modo sobre los riesgos del alcohol y las drogas	46,7
Objetivos claros sobre lo que quiero y debo hacer	32,1		
El aspecto religioso es importante para mí	43,7		

VARIABLES DE PROTECCIÓN	% en NO protección	VARIABLES DE PROTECCIÓN	% en NO protección
Factor: las actividades alternativas		Factor: el ámbito y la prevención	
Actividades humanitarias o colaboro con alguna ONG	84,7	Está integrado en el barrio y siente apego por él	21,7
Actividades sociales, comunitarias o culturales	84,5	Presencia de drogas o delitos relacionados con las mismas en el barrio	25,9
Prácticas o actividades religiosas	73,1	Ha visto, leído u oído algún mensaje preventivo sobre drogas	30,7
Practica deporte	63,1	Ha participado en alguna actividad preventiva sobre drogas	85,2
Tengo afición a la lectura	47,6	En la escuela o instituto ha recibido o participado en charla o actividades de prevención sobre tabaco, alcohol o drogas	46,2

Por otra parte, en lo que se refiere a las respuestas NEGATIVAS en el conjunto de variables que configuran cada tipo básico o Eje de protección, y que serían los que NO están en protección, podemos ver la tabla 2.13 siguiente:

Tabla 2.13: Proporción de los que responden de forma NEGATIVA en el conjunto de variables que configura cada tipo de factores o Ejes de Protección

Ejes o factores de protección	% en NO protección
VALORES ALTERNATIVOS	25,6
ACTIVIDADES ALTERNATIVAS	67,5
INTEGRACIÓN FAMILIAR	27,6
ÁMBITO E PREVENCIÓN	41,7

En esta tabla vemos que, en conjunto, hay un **25.6%** que NO están en protección en los Valores Alternativos; un **67,5%** NO lo están en Actividades Alternativas; un **27,6%** NO están en protección en la Integración Familiar; y un **41,7%** NO lo están en el Entorno y la Prevención.

A continuación se trata de contraponer los que no están en protección con los que sí lo están, en relación al consumo de drogas, y ver si efectivamente los factores de protección modulan y reducen los consumos de drogas, y estos son **menores** cuando **sí** están presentes y **mayores** cuando no lo están, de modo que tomando en el análisis de regresión logística a los primeros como referencia uno, veremos en que probabilidad consumen más aquellos que no están en protección.

Entrando ya al análisis podemos ver, en primer lugar, las tablas 2.14 y 2.15, sobre cada una de las variables de protección en cada Eje.

Tabla 2.14: Relaciones probabilidad entre las situaciones de NO protección, en las distintas variables y el consumo de las distintas sustancias (Odds ratio derivadas del análisis de regresión logística. P<.05 a P<.000)

VARIABLES DE RIESGO	Tabaco (diario)	Alcohol (abusivo)	Cannabis	Otras drogas ilegales	Hipnosedantes
Factor: los valores alternativos					
Ocuparse de los demás aun con sacrificio	*	1,27	*	*	1,23
Colaborar con los demás aunque no se haga lo que uno quisiera	*	*	*	*	*
Aunque mis amigos beban o tomen drogas, prefiero mantenerme al margen	1,33	1,39	2,02	2,01	1,33
Renunciar a satisfacciones actuales para obtener cosas en el futuro	*	*	*	1,28	1,28
Importancia de la salud y el cuidado del cuerpo	1,24	1,67	1,31	1,37	1,29
Objetivos claros sobre lo que quiero y debo hacer	*	1,27	1,26	1,27	*
El aspecto religioso es importante para mí	*	*	2,71	1,87	*
Factor: actividades alternativas					
Actividades humanitarias o colaboro con alguna ONG	1,29	1,91	*	2,62	1,47
Actividades sociales, comunitarias o culturales	1,37	1,21	1,28	1,89	1,81
Prácticas o actividades religiosas	1,21	*	1,31	1,33	*
Practica deporte	*	1,2	*	*	3,16
Tengo afición a la lectura	*	*	1,22	1,31	1,2

* Odds ratio no significativos

Tabla 2.15: Relaciones probabilidad entre las situaciones de NO protección, en las distintas variables y el consumo de las distintas sustancias (Odds ratio derivadas del análisis de regresión logística. P<.05 a P<.000)P<.000)

VARIABLES DE RIESGO	Tabaco (diario)	Alcohol (abusivo)	Cannabis	Otras drogas ilegales	Hipnosedantes
Factor: integración familiar					
Relaciones familiares estables y satisfactorias	*	1,26	1,31	1,49	*
Diálogo entre padres e hijos en cosas de la familia	*	1,27	1,26	1,36	1,20
Cuando tengo problemas lo cuento en casa	*	1,40	1,20	1,29	1,21
Siento apego por mi familia	1,26	*	*	*	*
Mis padres me han hablado de buen modo sobre los riesgos del alcohol y las drogas	*	1,27	1,28	1,43	1,31
Factor: entorno y la prevención					
Está integrado en el barrio y siente apego por él	*	1,28	1,24	*	1,25
Presencia de drogas o delitos relacionados con las mismas en el barrio	*	1,65	1,34	1,43	1,68
Ha visto, leído u oído algún mensaje preventivo sobre drogas	*	1,33	*	1,20	*
Ha participado en alguna actividad preventiva sobre drogas	*	2,10	*	*	*
En la escuela o instituto ha recibido o participado en charla o actividades de prevención sobre tabaco, alcohol o drogas	1,27	1,76	*	1,70	*

* Odds ratio no significativos

Agrupadas las variables que configuran cada tipo o de factores de Ejes de protección, las relaciones de probabilidad entre las situaciones de NO protección y los consumos de drogas serían las que se recogen en la tabla 2.16 siguiente:

Tabla 2.16: Relaciones probabilidad entre las situaciones de NO protección, en las distintos Factores o Ejes, y el consumo de las distintas sustancias (Odds ratio derivadas del análisis de regresión logística. $P < .05$ a $P < .000$)

Ejes o Factores de Protección	Tabaco diario	Alcohol abusivo	Cannabis	Otras drogas ilegales	Hipnose tantes
VALORES ALTERNATIVOS	*	1,41	1,80,	1,76	1,30
ACTIVIDADES ALTERNATIVAS	1,29	1,67	1,31	1,91	2,10
INTEGRACIÓN FAMILIAR	*	1,30	1,36	1,39	1,20
ENTORNO Y PREVENCIÓN	*	1,81	1,20	1,37	1,21

Según los datos de estas tres tablas podemos concluir lo siguiente: de la 110 relaciones de probabilidad posible (22 variables x 5 de consumos), tenemos **65** odds ratio significativas, lo cual significa un **59,1%** de capacidad explicativa en el conjunto del modelo, variable a variable.

Y una vez agrupados en cada individuo las respuestas a las variables que constituyen cada Eje o factor de protección, vemos que la capacidad explicativa se incrementa notablemente, llegando hasta el **90%**, con **18** variables significativas de las 20 posibles.

Jerarquizando ahora las variables de protección, según el número de odds ratio significativas obtenidas por cada una de ellas, tenemos la jerarquización, de mayor a menor capacidad explicativa, que se recoge en la tabla 2.17 siguiente:

Tabla 2.17: Jerarquización de las variables de protección en su relación con los consumos de drogas, según el número de odds ratio significativassegundo o número de odds ratio significativas

VARIABLES DE PROTECCIÓN	Número de odds ratio significativas
Importancia del cuidado del cuerpo y la salud	5
Aunque mis amigos beban o tomen drogas, prefiero mantenerme al margen	5
Participa en actividades sociales, comunitarias o culturales	4
Participa en actividades humanitarias	4
No drogas ni delitos en el barrio	4
Mis padres me han hablado sobre los riesgos de las drogas	4
Diálogo entre padres e hijos en cosas de la familia	4
Cuando tengo problemas los cuento en casa	4
Tengo afición a la lectura	3
Relaciones familiares estables y satisfactorias	3
Prácticas o actividades religiosas	3
Objetivos claros sobre lo que quiero y debo hacer	3
Esta integrado en el barrio y siente apego por él	3
En la escuela o instituto ha recibido participado en charlas o actividades sobre prevención en drogas	3
Renunciar a satisfacciones actuales por el futuro	2
Práctica deporte	2
Ocuparse de los demás, aun con sacrificio	2
Ha visto, oído o leído algún mensaje sobre drogas	2
El aspecto religioso es importante para mí	2
Siento apego por mi familia	1
Ha participado en actividades preventivas sobre drogas	1
Colaborar con los demás, cooperación	0
Total odds ratio significativas	65

Del mismo modo, si agrupamos las odds ratio de estas variables por tipos de factores y por sustancias, obtenemos ahora la tabla 2.18 siguiente:

Tabla 2.18: Número de variables explicativas en cada tipo de factor de protección y en cada droga

Drogas	Factores	Valores Alternativos	Actividades Alternativas	Integración Familiar	Entorno y Prevención	Total odds ratio
Otras drogas ilegales		5	4	4	3	16
Alcohol (abusivo)		4	3	4	5	16
Hipnosedantes		4	4	3	2	13
Cannabis		4	3	4	2	13
Tabaco (diario)		2	3	1	1	7
Total odds ratio		16	17	16	13	65

Con los datos expuestos en las tablas 2.15 a 2.18 podemos extraer ya las siguientes conclusiones:

- 1 De nuevo se verifica la hipótesis de que hay una clara relación entre los factores de protección y la modulación o reducción de los consumos de drogas. De 110 relaciones de probabilidad posibles entre las variables de protección y los distintos grupos de sustancias, vemos que en **65** de ellas, un **59,1%** del total, se confirma la hipótesis de que cuando NO se dan estos factores aumenta la probabilidad de los consumos, y viceversa: cuando SÍ están presentes dichos factores las probabilidades de los consumos disminuyen.
- 2 Esta relación de probabilidad entre factores de protección y consumos, aún es más explicativa cuando se acumulan las respuestas de las variables que configuran cada tipo de factor o Eje de protección. De 20 relaciones de probabilidad posibles, **18** son significativas, lo que aumenta la capacidad explicativa de fenómeno al **90%**.
- 3 Dado que unos tipos de factores de protección tienen más relaciones de probabilidad que otros, es necesario neutralizar matemáticamente el distinto número de variables de cada tipo en una medida de unidad equivalente. Una vez realizado este cálculo, el peso específico de cada tipo o Eje sería el siguiente:
 - 0,19 El factor de VALORES ALTERNATIVOS
 - 0,30 El factor de ACTIVIDADES ALTERNATIVAS
 - 0,28 El factor de INTEGRACIÓN FAMILIAR
 - 0,23 El factor de ENTORNO Y PREVENCIÓN

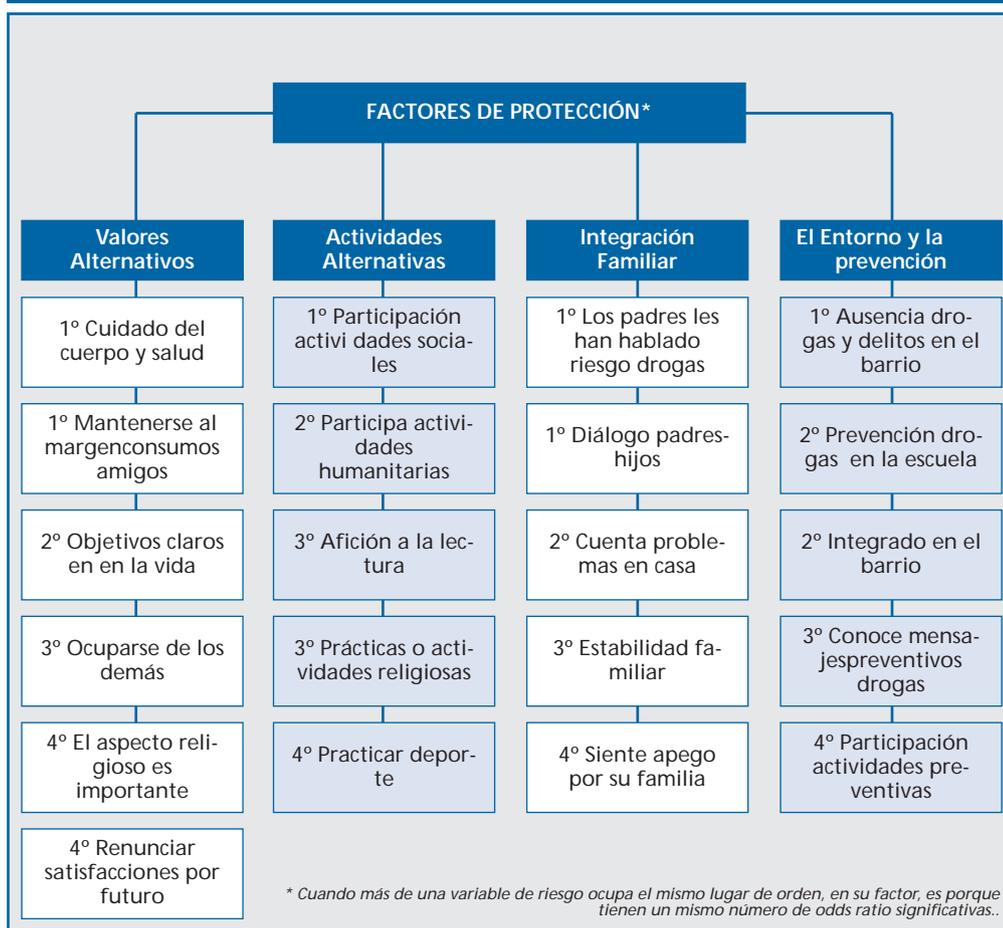
Con esto vemos que los dos tipos de factores de protección más influyentes en la modulación y reducción de los consumos de drogas serían las Actividades Alternativas y la Integración Familiar. A estos les seguirían, a no mucha distancia, el de Entorno y Prevención y el de Valores Alternativos.

- 4 En lo que se refiere a las clases de drogas, las más sensibles y de mejor pronóstico en su reducción por los factores de protección serían las otras drogas ilegales (cocaína, drogas de síntesis, alucinógeno, heroína...), con 16 odds ratio significativas, y el alcohol con 16. En una posición intermedia estarían el cannabis y los hipnosedantes con 13 cada una. Y ya en último lugar el tabaco, con tan sólo 7 odds ratio.
- 5 Tal como podemos ver en la tabla 2.17, hay variables de protección muy influyentes en la modulación y reducción de los consumos, tales como: el cuidado de la salud, el mantenerse al margen de los consumos de los amigos, las actividades humanitarias, culturales y sociales, el diálogo en la familia y sobre los riesgos de las drogas, la no presencia de drogas en el barrio y la prevención en la escuela. En el siguiente gráfico (19) se ofrecen, ordenadas por su importancia, las variables intervinientes en cada tipo o Eje de protección.

La importancia de la prevención en la escuela es fundamental ya que un 47,2% de los jóvenes de 12 a 24 años han participado en estos programas. Proporción que se eleva al 52% en los de 12 a 18 años.

Por último cabe señalar que, con ligeros cambios de orden en algunas variables, la relación entre los factores de riesgo y los consumos de drogas e, inversamente, la de los factores de protección y la moderación de los consumos, es en esencia las mismas que las observadas en los estudios de 2000, 2002 y 2004 en Galicia. Lo cual significa una clara verificación temporal de la existencia real de estas relaciones, con todo lo que ello significa de conocimiento para el planeamiento de las actuaciones adecuadas.

Gráfico 19.
Jerarquización de las variables de protección en cada tipo de Factor o Eje de Protección



1 NAVARRO, J. (2000) "Factores de riesgo y de protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas". Ayuntamiento de Madrid.

3. CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE DROGAS, Y AYUDAS PARA DEJARLAS

Consecuencias derivadas del consumo de drogas, y ayudas para dejarlas

Introducción

Como es ya muy bien sabido los consumos de sustancias psicoactivas, sobre todo cuando se hace un uso abusivo de las mismas, tiene una serie de **consecuencias negativas** que crean serios problemas personales, familiares, laborales, económicos, de salud, e incluso con la ley. Para profundizar en esta cuestión se ha solicitado a los consumidores de alcohol abusivo y de drogas ilegales, que en conjunto representan el **28%** de la población gallega de doce años en adelante, que indicaran que tipo de problemas habían tenido como consecuencia de dichos consumos.

Junto a esta problemática también consideramos en nuestro análisis el grado de **dependencia** que, ajuicio de los propios consumidores, les genera el uso de estas sustancias.

También Por otra parte, dentro de esta línea de consecuencias y dependencia del consumo de drogas, profundizaremos en el análisis de los **tratamientos** ante ese consumo, considerando aspectos como la disposición ante esos tratamientos, las **consultas y consejos** para someterse a ellos o, yendo un poco más allá, las **ayudas** consideradas como más importantes para ayudar a los consumidores de sustancias.

De este modelo el tercer capítulo de la segunda parte del informe queda estructurado en los siguientes apartados:

- 3.1. Los problemas derivados del consumo de drogas
- 3.2. Dependencia subjetiva de los consumidores
- 3.3. Tratamientos y asesoramiento para abandonar el uso
- 3.4. Ayudas más importantes a los consumidores de drogas

Veamos con detalle estas cuestiones.

3.1. Los problemas derivados del consumo de drogas

El uso de drogas genera unas consecuencias negativas en los consumidores, tanto más intensas cuanto más habitual y/o abusivo se hace ese consumo. Estas consecuencias pueden ser múltiples, del mismo modo que el consumidor puede verse afectado simultáneamente por varias de ellas: problemas de salud, personales, familiares, sociales, de relación, laborales, con la ley, y otras diversas.

No obstante, con el fin de poder jerarquizar las consecuencias más relevantes pedimos a los consumidores de sustancias ilegales y psicofármacos que nos señalaran el problema más importante que, a cada uno de ellos en concreto, les había generado el consumo de estos productos. Las respuestas que obtuvimos son las que se reflejan en la siguiente tabla 3.1 siguiente:

Tabla 3.1. Problema más importante causado por el uso de drogas

Consecuencias	% sobre respuestas
En los estudios	3,0
Problemas en el trabajo (sanciones, despidos, etc.)	4,1
No me permite encontrar trabajo o conservar el empleo	0,1
Conflictos familiares (con padres, cónyuge o hijos)	3,0
Problemas económicos	2,4
Relaciones	1,1
Salud	4,9
Con la ley o policía	1,1
Ninguna	84,3
Total	100,0

Un 84,3 de los consumidores de alcohol y/u otras drogas indican no haber experimentado todavía ninguna consecuencia negativa, mientras que un 15,7% señalan que sí las han tenido. Sin duda en el primer grupo estarían los de un consumo ligero o moderado de alcohol y los de un uso esporádico de otras drogas, mientras que en el segundo se encontrarían principalmente bebedores abusivos y consumidores habituales de otras drogas. Cuestión ésta en la que profundizaremos en el Informe posterior

Si agrupamos ahora los problemas por su naturaleza, la jerarquización de los mismos sería la siguiente.

Tabla 3.2. Jerarquización de problemas

	%
1º Salud	4,9
2º Laborales o estudios	3,2
3º Familiares	4,1
4º Económicos	2,4
5º Con la ley	1,1

El promedio de problemas distintos señalados por los que tienen, es de 1,31 por persona.

Tabla 3.3. Problemas más importantes causados por el uso de drogas (1988-2006)

Tipos de problema	1988	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
De salud	14,9	29,9	20,0	45,9	6,5	4,2	9,6	4,0	4,9
Económicos	19,2	4,9	20,7	12,5	6,1	6,0	3,5	3,1	2,4
Familiares y de relación	8,1	11,1	13,8	9,4	8,7	4,2	3,2	4,4	4,1
Con la ley	3,6	0,4	2,1	3,1	—	0,6	1,8	0,2	1,1
Laborales o estudios	2,6	0,8	2,1	2,7	2,2	0,5	0,8	0,3	3,2
Ninguno	51,6	54,9	41,3	26,5	76,5	84,5	81,2	88,0	84,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Si comparamos con el principio vemos que los que no han experimentado ningún problema ha descendido casi treinta puntos, fundamentalmente debido al notable descenso del consumo de heroína. Y una diferencia alta: el único que ha aumentado fueron los motivados por cuestiones laborales. Sobre este particular son muy expresivos los estudios específicos que se han realizado en el mundo laboral, el más reciente de ellos es el de la Comunidad de Madrid en 2006.

Respecto a los **perfiles** de quienes en mayor proporción señalan cada problema podemos ver lo siguiente:

■ De salud

Entre un 5% y el 10%: los hombres, los mayores de 40 años, en A Coruña y Pontevedra, en poblaciones pequeñas y en las muy grandes, en el interior. Casados, separados y viudos. De nivel educativo bajo. Parados, pensionistas y autónomos. De clase social media-baja y media-media. Y los consumidores de heroína, anfetaminas y cocaína, así como tabaco y cannabis en menor proporción.

■ Familiares y de relación

Entre el 5% y el 10%: los hombres, los de 12-18 años, 19-24 años y 25-39. En A Coruña y Pontevedra. En poblaciones urbanas medias y grandes. Solteros y parejas; de nivel educativo medio-alto. Parados, empresarios, amas de casa, estudiantes y trabajadores. De clase media-media y media-alta. Y los consumidores de alcohol, cocaína, anfetaminas y drogas de síntesis y alucinógenos.

■ Económicos

Entre el 4% y el 8%: los hombres, los de 25 a 39 años y 40 a 54. En Ourense y Pontevedra; en poblaciones medias y grandes. Solteros y parejas; de estudios de nivel bajo y medio. Parados, estudiantes y trabajadores. De clase social baja y media-media. Y los consumidores de alcohol, cocaína, drogas de síntesis, alucinógenos y heroína.

■ Estudios y trabajo

Entre el 2% y el 5%: las mujeres y los hombres casi por igual; los de 19-24 años y los de 29 a 39. En A Coruña y Lugo, en poblaciones pequeñas y en las muy grandes. Solteros y casados. De nivel educativo medio y alto. Parados, estudiantes, empresarios y trabajadores. De clase social media-media. Y los consumidores de cocaína, cannabis, heroína y drogas de síntesis.

■ Con la ley

Entre el 2% y el 6%: los hombres, los de 19-24 años y 25-39. En A Coruña, Lugo y Pontevedra. En poblaciones medias y grandes. Solteros, separados y parejas. De nivel educativo medio. Parados, trabajadores y empleados, de clase social media-baja. En los consumidores de alcohol abusivo, cocaína, heroína, drogas de síntesis y alucinógenos.

3.2. Grados de dependencia subjetiva del consumo de drogas

Una vez iniciado el consumo de drogas en algunos usuarios se va creando un hábito y en muchas ocasiones una auténtica adicción. En una encuesta es muy difícil distinguir entre estas dos fases o momentos en el consumo de una determinada sustancia o el policonsumo de varias de ellas.

No obstante, hay un indicador que sí permite al menos detectar si dicho consumo ha creado ya una cierta dependencia subjetiva; y éste indicador es si cree que podría dejar de usar la o las sustancias en cuestión, así como el grado de dificultad que le produciría.

Las respuestas obtenidas al respecto son las que se recogen en la tabla 3.4 siguiente:

Tabla 3.4. Grado de dependencia expresado por los propios consumidores

¿Podría dejar de usar esta sustancia?	%
Me resultaría imposible	2,4
Me resultaría muy difícil	4,0
Me costaría algún esfuerzo	7,5
Podría hacerlo fácilmente	35,7
NS/NC	50,4
Total	100,0
Base	(647)

Según estos datos vemos que un 50,4% de los consumidores de sustancias psicoactivas no saben precisar su respuesta, mientras que un 49,6% si lo hacen. De estos un 6,4% indican que les sería difícil o imposible abandonar su consumo, un 7,5% creen que les costaría algún esfuerzo, mientras que un 35,7% piensan que podrían hacerlo fácilmente.

La evolución de este grado de dependencia subjetiva a lo largo de la serie es la que se expresa seguidamente:

Tabla 3.5. Grado de dependencia subjetiva (1988-2006)

Valor	¿Podría dejar el consumo?	1988	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
4	Me resultaría imposible	2.5	2.4	12.4	4.3	9.7	2.4	2.4	1.2	2,4
3	Me resultaría muy difícil	4.3	5.3	18.6	12.9	12.7	5.1	4.1	3.5	4,0
2	Me costaría algún esfuerzo	15.7	15.0	15.2	35.5	9.7	8.1	9.5	7.4	7,5
1	Podría hacerlo fácilmente	53.9	26.1	43.4	38.3	25.7	34.1	39.1	77.3	35,7
—	NS/NC	23.6	51.2	10.4	9.0	42.2	50.3	44.9	10.6	50,4
Total		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100

Como puede verse la situación actual sobre la dependencia subjetiva en el consumo de drogas es muy similar a la observada en 2000, y estudios sucesivos. Según los porcentajes de los tres primeros grados de dificultad.

En lo que se refiere al grado de dependencia de cada sustancia en particular podemos ver la tabla siguiente:

Tabla 3.6. Grado de dependencia subjetiva, según droga de uso en % en imposible+muy difícil

Droga de uso	%
Tabaco diario	4,6
Cannabis	6,0
Cocaína	9,1
Drogas de síntesis	1,0
Heroína	36,6
Alucinógenos	3,2
Anfetaminas	1,0
Tranquilizantes	15,8
Hipnóticos	34,0
Otros opiáceos	21,8
Grado medio general	6,4

La heroína, los psicofármacos y la cocaína, son las que tienen un grado de dependencia subjetiva mayor.

Respecto al perfil general de los que indican un mayor grado de dependencia subjetiva cabe destacar lo siguiente: las mujeres y los hombres por igual, los de 19-24 años. En Pontevedra y A Coruña; solteros y parejas; de nivel educativo bajo. Amas de casa, parados, estudiantes, empresarios y trabajadores. De clase baja y media-baja. Y en lo que se refiere a la relación entre el mayor grado de dependencia con las sustancias concretas, el perfil de varones, jóvenes y de nivel educativo y ocupacional medio-medio y medio-alto se asocia a la dependencia al uso de drogas ilegales y alcohol abusivo; mientras que el de mujeres, de mayor edad y nivel educativo y ocupacional más bajo correlaciona más con la dependencia en el uso de psicofármacos y en algunos tramos de edad algo más joven al tabaco y también al alcohol abusivo.

3.3. Tratamiento para dejar las drogas y consultas a expertos

Vamos a ver ahora la actitud de los consumidores ante el asesoramiento y el tratamiento de su consumo. La primera de las cuestiones que estudiamos trata sobre el recurso de los usuarios de drogas a médicos o servicios sanitarios, ante los problemas de salud derivados del consumo de drogas.

a) Consultas a expertos

En cuanto a este particular las respuestas obtenidas son las que se recogen en la tabla 3.7 siguiente:

Tabla 3.7. ¿Realizó alguna consulta a expertos ante problemas de salud derivados del consumo de drogas?

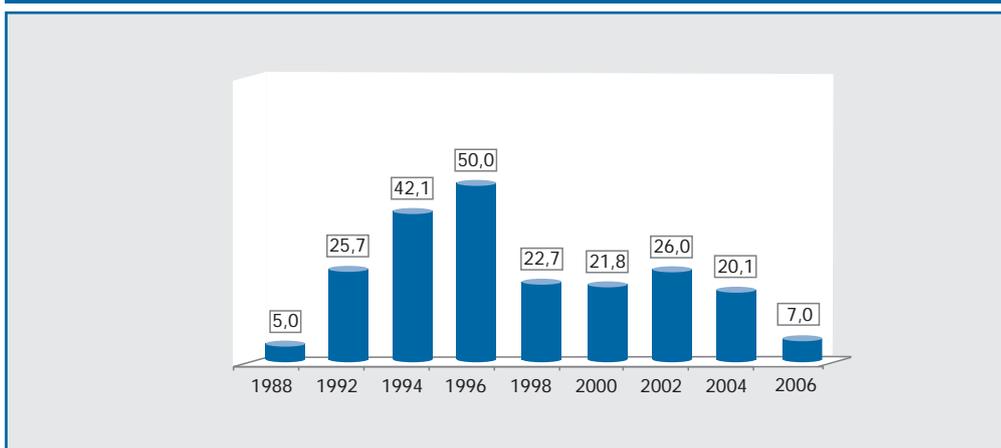
¿Realizó alguna consulta?	%
No	93,0
Sí	7,0
Total	100,0
Base	(598)

Según los datos de esta tabla vemos que un 7% de los consumidores han consultado en alguna ocasión a un médico por este problema, mientras que un 93% no lo ha hecho nunca.

Con estos datos podemos comparar con respecto a otros años la proporción de consumidores que han recurrido a consultar a expertos sanitarios. El siguiente gráfico recoge esta comparación.

Gráfico 20

Proporción de consumidores que han consultado a expertos (1988-2006)



A partir de 1996 en que alcanzó su punto máximo, y con el descenso del consumo de heroína, las consultas a expertos han descendido paulatinamente.

Considerando ahora a aquellos que sí han realizado consultas podemos ver, según la droga consumida, lo siguiente:

Tabla 3.9. Proporción de consumidores de distintas drogas que han realizado consultas a expertos

Droga de uso	%
Tabaco diario	7,3
Alcohol Abusivo	8,4
Cannabis	5,8
Cocaína	12,5
Drogas de síntesis	3,8
Heroína	97,3
Alucinógenos	1,0
Anfetaminas	29,4
Tranquilizantes	9,1
Hipnóticos	6,7
Otros opiáceos	10,0
Total general	7,0

De los consumidores de drogas ilegales los que en mayor proporción han realizado alguna consulta serían los usuarios de heroína, anfetaminas, cocaína y tranquilizantes.

Respecto al perfil de los que en mayor proporción han realizado esta consulta, con porcentajes entre un 10% y el 15%, podemos ver lo siguiente: las mujeres y hombres caso por igual, los de 25 a 39 años. En poblaciones pequeñas y medias. Los casados y los separados; de nivel educativo medio y alto. Parados, funcionarios, pensionistas y empleados y autónomos. De clase media-media y media-alta.

b) Consejos para recibir tratamiento

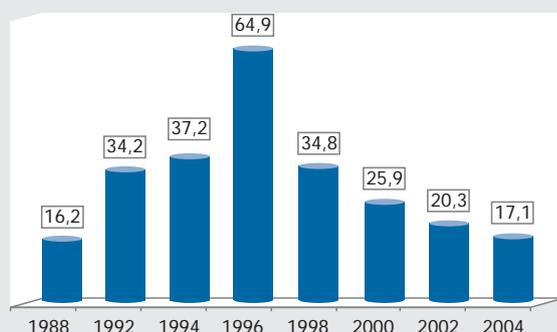
En relación a lo anterior, en los puntos siguientes vamos a referirnos al análisis de los tratamientos ante el consumo de drogas, siendo el primer punto de estudio el consejo recibido por los consumidores para llevar algún tipo de tratamiento. Los resultados obtenidos son los que se recogen en la tabla 3.10 siguiente:

Tabla 3.10. ¿Recibió consejo para llevar tratamiento?

	%
Sí, de diferentes personas	20,7
No, de nadie	79,3
Total	100,0
Base	(593)

Dos de cada diez consumidores (el 20,7%) indica que sí han recibido en alguna ocasión consejo para realizar un tratamiento ante su consumo de drogas. Comparativamente con los estudios anteriores podemos ver el gráfico siguiente:

Gráfico 21
Proporción de consumidores aconsejados para llevar tratamiento (1988-2006)



También desde 1996 desciende paulatinamente la proporción de consumidores que fueron aconsejados para llevar tratamiento ante las drogas.

Veamos ahora (tabla 3.11) quiénes son las personas que aconsejan a los consumidores para someterse a tratamiento.

Tabla 3.11. ¿De quién recibió consejo para llevar tratamiento?

¿De quién recibió consejo para llevar tratamiento?	% sobre el total de consumidores que responden	% sobre el total de consumidores que recibieron consejo
Del médico o sanitario	11,0	54,6
Del profesor	0,7	3,4
De los padres	2,3	11,8
De la pareja	1,7	8,4
De amigos	3,5	17,6
Un drogodependiente	0,8	4,2
No recibí consejo de nadie	80	—
Total	100,0	100,0
Base	(593)	(119)

Cinco de cada diez consumidores que recibieron consejo para someterse a tratamiento (el 53,1%) fue del médico-sanitario. Los padres (11,2%) y los amigos (11,1%) son los otros dos referentes más importantes.

De un modo más específico podemos ver la proporción de usuarios que recibieron consejo para llevar tratamiento, según las diferentes drogas de uso.

Tabla 3.12. Proporción de consumidores de distintas drogas que han recibido consejo para llevar tratamiento

Droga de uso	%
Tabaco diario	17,0
Alcohol abusivo	28,6
Cannabis	23,7
Cocaína	34,8
Drogas de síntesis	26,6
Heroína	98,0
Alucinógenos	28,0
Anfetaminas	39,7
Tranquilizantes	37,0
Hipnóticos	35,9
Otros opiáceos	44,0
Total xeral	20,7

Aquellos que en mayor proporción habrían recibido consejo para llevar un tratamiento serían los consumidores de heroína, hipnosedantes, cocaína, drogas de síntesis y otros opiáceos. El tabaco y el cannabis están en una proporción algo menor.

c) Disponibilidad ante el tratamiento

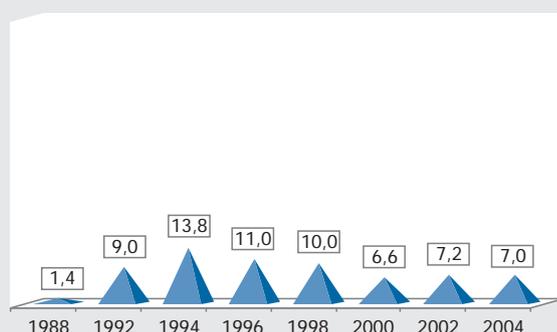
Como final de este apartado del tratamiento para el abandono del consumo de drogas, veremos la disponibilidad que muestran los consumidores para someterse a este tipo de tratamientos. Recogemos en la siguiente tabla 3.13 los resultados obtenidos al respecto:

Tabla 3.13. Disposición de los consumidores ante el tratamiento para abandonar el consumo de drogas

Disposición ante el tratamiento	% sobre total de consumidores	% sobre total consumidores que responden
Ya lo estoy llevando, o lo ha llevado	2,2	5,3
No lo llevo, pero quisiera hacerlo	1,4	3,4
No creo que sea necesario	13,1	31,7
No me interesa hacerlo	24,6	59,6
NS/NCy No compete	58,7	—
Total	100,0	100,0
Base	(647)	(267)

Un 41,3% responde a la pregunta; de ellos un 3,6% ha realizado algún tratamiento o quisiera hacerlo, un 13,1% no cree que sea necesario y al 24,6% restante no le interesa hacerlo. Si hacemos base cien con el colectivo de los que contestan (columna derecha de la tabla) y comparamos los que están o han llevado el tratamiento (el 8,7%) con los de los estudios anteriores obtenemos el gráfico siguiente:

Gráfico 22
Proporción de consumidores que llevan o ya han llevado tratamiento (1988-2006)



Según podemos ver en el gráfico, desde el comienzo de la serie y hasta el año 1994, se experimenta un incremento de la proporción de consumidores que se estaban sometiendo a tratamiento, o que se habían sometido previamente. Pero esta evolución creciente experimenta un cambio a partir de 1996, en que se experimenta un descenso continuado de la proporción de consumidores que llevan tratamiento, si bien se remonta algo a partir del 2002.

Veamos ahora la disposición que muestran ante el tratamiento los consumidores de las distintas drogas.

Tabla 3.14. Proporción de consumidores de distintas drogas que llevan o han llevado tratamiento

Droga de uso	%
Tabaco diario	4,9
Alcohol abusivo	7,1
Cannabis	7,3
Cocaína	14,8
Drogas de síntesis	6,4
Heroína	97,3
Alucinógenos	2,9
Anfetaminas	29,4
Tranquilizantes	7,8
Hipnóticos	8,5
Otros opiáceos	9,9
Total general	8,7

Los mayores porcentajes de quienes están en o han llevado un tratamiento serían los consumidores de heroína, cocaína, y anfetaminas. Y en una proporción menor hipnosedantes, otros opiáceos, alcohol, cannabis y tabaco.

Entre los consumidores de drogas ilegales que están llevando o han llevado un tratamiento destacan los varones, de edades jóvenes y medias, de nivel educativo medio, empresarios, parados y trabajadores; de clase social media. Y entre los de los hipnosedantes las mujeres, los de edades medias y mayores, de nivel educativo bajo, amas de casa y pensionistas, y de clase social baja y media-baja. Este mismo perfil es el observado en el estudio anterior.

3.4. Ayudas para dejar las drogas

Desde un punto de vista más general expondremos ahora los resultados obtenidos en la variable en que pedimos a los consumidores de drogas que nos indicaran el servicio o ayuda más importante que, a su juicio, deberían prestar a quienes acudieran a los mismos.

Las respuestas obtenidas se distribuyen tal y como mostramos en la siguiente tabla:

Tabla 3.15. Ayuda más importante para dejar las drogas, según los consumidores

Tipo de axuda	%
Desintoxicación de la droga	31,5
Atención médico-sanitaria en general	17,0
Ayuda psicológica o psicoterapia	29,5
Ayuda en formación laboral	2,9
Ayuda para encontrar trabajo	4,8
Ayuda en gestiones administrativas documentos	0,2
Asesoramiento a la familia	3,2
Ayuda en la reinserción social	2,2
Ayuda y asesoramiento ante problemas legales o jurídicos	1,2
NS/NC	7,9
Total	100,0
Base	(647)

Según puede verse las ayudas más importantes para el abandono de la droga, según los consumidores, serían las siguientes: desintoxicación de la droga (31,5%), atención médico-sanitaria (17%) y ayuda psicológica-psicoterapia (29,5%), que en total acumula el **78%** de las respuestas.

La evolución experimentada sería la que se recoge en la tabla 3.16 siguiente:

Tabla 3.16. Ayuda más importante para dejar las drogas, según los consumidores (1992 – 2006)

Tipo de ayuda	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Desintoxicación de la droga	15.9	27.6	18.2	35.0	25.4	26.2	43.5	31,5
Atención médico-sanitaria en general	11.4	26.9	13.6	8.8	13.8	21.1	13.2	17,0
Ayuda psicológica o psicoterapia	8.6	23.4	26.7	14.4	18.5	32.8	31.6	29,5
Ayuda en formación laboral	0.4	0.7	1.2	2.1	4.1	3.7	4.2	2,9
Ayuda para encontrar trabajo	2.9	4.1	6.2	3.5	6.9	5.1	2.4	4,8
Ayuda en gestiones administrativas	—	—	0.4	—	0.4	0.1	0.1	0,2
Asesoramiento a la familia	1.2	2.8	1.6	13.8	1.0	2.3	2.7	3,2
Ayuda en la reinserción social	2.4	2.1	7.0	4.7	10.4	8.5	2.1	2,2
Ayuda ante problemas legales o jurídicos	0.4	0.7	1.2	0.3	0.6	0.1	0.1	1,2
NS/NC	56,7	11,7	23,9	17,4	18,9	0,1	7,5	7,5

Las tres clases de ayudas más demandadas son las mismas que en los estudios anteriores: la ayuda psicológica o psicoterapia, la desintoxicación de la droga y la atención médico-sanitaria en general. Por ello, a pesar de las oscilaciones porcentuales interanuales, el estado de opinión al respecto es bastante estable en su estructura básica.

En perfil de los que en mayor medida señalan cada una de estas cinco principales ayudas sería el siguiente:

- **Desintoxicación de la droga:**

Entre un 25% y un 35%: hombres y mujeres casi por igual, los 12-18 años, 19 a 24 años y 40 a 54. En A Coruña, Ourense y Pontevedra; en poblaciones urbanas pequeñas y grandes; los casados y los separados. De nivel educativo bajo y medio. Estudiantes, funcionarios, amas de casa y profesionales; de clase media-baja y media-media. Y los consumidores de heroína, alucinógenos, alcohol, tranquilizantes y anfetaminas.

- **Atención médico-sanitaria:**

Entre el 20% y el 30%: las mujeres, los de 12 a 18 años y 55 y más. En Ourense y Lugo, en poblaciones urbanas medias. Casados y parejas. De nivel educativo medio-bajo. Estudiantes, autónomos y obreros; de clase social media-baja y media-alta. Y los consumidores de tabaco, cannabis, éxtasis y otros opiáceos.

- **Ayuda psicológica o psicoterápica:**

Entre el 30% y el 40%: las mujeres, los de 19 a 24 años y de 40 en adelante. En Pontevedra, en poblaciones urbanas pequeñas y grandes, en el litoral. Solteros y parejas; de nivel educativo medio-alto. Parados, estudiantes, amas de casa, empresarios y empleados; de clase media-media. Y los consumidores de cocaína, tabaco, heroína y drogas de síntesis.

- **Ayuda para encontrar trabajo:**

Entre el 5% y el 10%: los hombres, los de 19 a 24 y 25 a 39 años, en A Coruña y Pontevedra, en poblaciones medias y grandes, solteros, de nivel educativo medio. Estudiantes y parados; de clase media-baja y media-alta. Y los consumidores de cocaína, drogas de síntesis, alcohol, alucinógenos y anfetaminas.

- **Ayuda en la reinserción social:**

Entre el 5% y el 8%: los hombres, los de 19-24 y 25 a 39 años, en Pontevedra, en poblaciones grandes. Separados, de nivel educativo bajo y medio; parados, estudiantes, empleados y autónomos. De clase social media-media. Y los consumidores de cocaína, heroína y opiáceos.

4. OPINIONES Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN ANTE LAS DROGAS

Opiniones y Actitudes de la Población ante las Drogas

4.1. Medidas más eficaces en la lucha contra las drogas

Después de recoger las opiniones de los consumidores de drogas sobre sus preferencias de ayudas para el abandono de las drogas, se trataría ahora de ver qué medidas y actuaciones de carácter más general demanda el conjunto de la población gallega para una eficaz lucha contra las drogas y sus consecuencias.

Las respuestas obtenidas en la encuesta sobre las medidas y actuaciones específicas son las que se recogen en la tabla 4.1 siguiente:

Tabla 4.1: Medidas más eficaces en la lucha contra las drogas

Medidas	%
Represión de los traficantes de drogas	41,8
Represión de los consumidores de drogas	1,4
Campañas de información en los medios de comunicación sobre las consecuencias de las drogas	12,0
Despenalización de las drogas	10,8
Mejorar las condiciones de vida (trabajo, ocio...)	6,2
Crear estímulos y motivar a la gente	4,5
Educación sobre las drogas en las escuelas	12,1
Más centros de asistencia y tratamiento	2,5
Programas de orientación y asistencia familiar	4,3
NS/NC	4,4
Total	100,0
Base	(2.300)

- Un **43,2%** de la población se inclina de forma preferente por el aspecto **represivo**, muy mayoritariamente de los traficantes (41,8%) y bastante poco de los consumidores (1,4%).
- Un **41,6%** opta por las medidas **preventivas** y **sociales**, principalmente por las campañas informativas en los medios de comunicación (12,5%), la mejora de las condiciones de vida (trabajo, ocio...) (6,2%), y la creación de estímulos y motivación de las personas (4,1%), pero sobre todo la prevención en las escuelas (12,1%).
- Y otro **10,8%** elige la despenalización de las drogas.

Comparando ahora cada media concreta de 1988 a 2006 tenemos la tabla 4,2 siguiente:

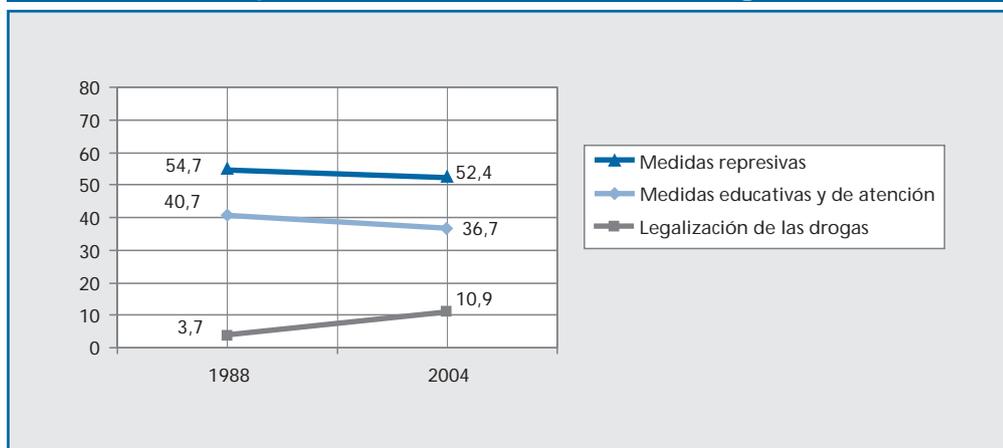
Tabla 4.2: Medidas más eficaces en la lucha contra las drogas (1988 – 2006)

Medidas	1988	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Represión de los traficantes de drogas	52,8	72,2	59,6	47,0	37,6	39,2	42,4	48,4	41,8
Represión de los consumidores de drogas	1,9	2,3	2,6	4,2	9,3	7,0	3,8	4,0	1,4
Campañas sobre las consecuencias del uso	9,6	4,2	4,9	7,2	14,5	11,3	14,1	13,8	12,0
Despenalización de las drogas	3,7	7,5	10,7	9,5	18,1	14,7	12,4	10,9	10,8
Mejorar las condiciones de vida (trabajo, ocio...)	15,0	4,2	9,5	9,4	4,8	7,7	6,3	6,3	6,2
Crear estímulos y motivar a la gente	5,6	2,1	2,0	6,6	2,6	3,2	3,9	5,4	4,5
Educación sobre las drogas en las escuelas	7,5	4,7	8,0	10,2	9,0	13,8	12,4	9,1	12,1
Más centros de asistencia y tratamiento	2,6	1,5	1,9	3,6	2,8	1,5	2,1	1,0	2,5
Programas de orientación y asistencia familiar	0,4	1,5	0,9	2,3	1,3	1,6	2,6	1,1	4,3

De nuevo la media de represión de los traficantes de drogas es la medida más solicitada, sin embargo la represión de los consumidores desciende. Las campañas informativas sobre los riesgos de las drogas, la educación preventiva en las escuelas, la creación de estímulos, y los centros de asistencia y tratamiento se mantienen. Por su parte, la despenalización de las drogas es algo menor.

Si prescindimos ahora de los estudios intermedios y comparamos los datos de 1988 y los de 2004, agrupando a su vez las actuaciones represivas, las de legalización de las drogas y las medidas educativas, informativas y de atención, en el gráfico siguiente podemos ver la evolución experimentada a largo plazo:

Gráfico 23
Evolución experimentada entre 1988 y 2006 en los tres tipos básicos de medidas ante las drogas



En conclusión, la evolución a largo plazo de las tendencias son las siguientes: disminución de las medidas represivas, mantenimiento de las educativas-informativas y de atención, y aumento de la de legalización de las drogas. Si bien en la jerarquización de las mismas, cada una sigue ocupando el mismo lugar en el orden de prioridad manifestado por los ciudadanos en los distintos estudios.

El perfil de los que en mayor proporción señalan las medidas más importantes sería el siguiente:

■ **Represión de los traficantes drogas**

Con porcentajes entre el 40% y el 50%: los hombres igual que las mujeres, los de 40 años en adelante, en Pontevedra, Lugo y Ourense, en poblaciones pequeñas y medias. Casados y viudos. De nivel educativo bajo, amas de casa, pensionistas, autónomos y trabajadores; de clase social baja y media-baja.

■ **Despenalización de las drogas**

Con porcentajes entre el 15% y el 25%: los hombres, los de 12-18 y 19-24 años. En A Coruña, Lugo y Pontevedra; en poblaciones urbanas grandes. Solteros y parejas. De nivel educativo medio-alto. Parados, estudiantes, profesionales y empleados, de clase social media-media.

■ **Campañas de información**

Con porcentajes entre el 15% y el 20%: las mujeres, los de 12 a 18 años, los de 25 a 39 años y de 40 a 54. En Ourense y A Coruña, en poblaciones medias y grandes. Solteros y casados. De nivel educativo medio y alto. Amas de casa, estudiantes, profesionales y trabajadores, de clase social media-media y media-alta.

■ **Educación sobre drogas en la escuela**

Con porcentajes entre el 15% y el 20%: las mujeres, los de 19-24 y 25-39 años. En A Coruña, Lugo y Pontevedra; en poblaciones medias. Solteros, parejas y casados, de nivel educativo medio-alto. Estudiantes, amas de casa, empresarios, profesionales y empleados; de clase social media-media y media-alta.

4.2. Los programas de administración de metadona y jeringuillas

Respecto a la opinión de los entrevistados respecto a la administración de metadona en tratamientos de normalización, y la facilitación de jeringuillas esterilizadas, podemos ver lo siguiente:

a) La administración de metadona

Sobre esta cuestión un 12,2% de los entrevistados no responden a la pregunta, mientras que un 87,8% sí lo hace; de ellos un 11,5% piensa que no debería administrarse metadona y un 76,4% opina que sí debe hacerse.

Tomando como referencia a los que tienen opinión al respecto, los porcentajes de contrarios y favorables serían ahora los siguientes: No un 13,1%, Sí un 86,9%. Y si a partir de estos últimos porcentajes comparamos los favorables actuales con los de 1996 a 2006, podemos ver lo siguiente:

Tabla 4.3: Favorables a la administración de metadona (1996-2006)

Años	%
1996	81,6
1998	84,2
2000	87,2
2002	85,6
2006	86,9

Como puede observarse hay un aumento sostenido y progresivo en el apoyo a esta actuación, con un incremento de **5,3** puntos porcentuales entre 1996 y 2006.

Si tomamos como referencia a los que emiten opinión, aunque en todas las variables la opinión mayoritaria es la favorable, los perfiles de los que se muestran más a favor y más en contra respecto a la administración de metadona serían los siguientes:

FAVORABLES

Con porcentajes entre el 85% y el 95%: los hombres, los grupos etarios de 19-24, 25-39 y 40-54 años. En poblaciones de 50.000 a 100.000 habitantes y de más de 100.000. En IA Coruña, Lugo y Ourense. Los solteros y parejas. Los de estudios de BUP-FP y medios-superiores. Los estudiantes, los parados, los empresarios-directivos y los profesionales y funcionarios. Los de clase media-baja y media-media. Y los consumidores de las distintas sustancias, en especial los de heroína, alcohol, cocaína, drogas de síntesis, tranquilizantes y otros opiáceos.

CONTRARIOS

Con porcentajes entre el 13% y el 16%: las mujeres casi por igual, los de 55 años y más. En poblaciones de más de 100.000 habitantes. En A Coruña y Pontevedra; casados y separados. De estudios primarios. Amas de casa, parados y pensionistas. De clase social baja y media-alta. Y los no consumidores de ninguna sustancia, excepto tabaco.

B) La facilitación de jeringuillas

En lo que se refiere a esta cuestión los que no contestan son un 7,2% por un 92,8% que sí lo hace. De estos últimos un 8.2% están en contra de que se faciliten jeringuillas, y el **84,6%** están a favor. Tomando también como base cien a los que responden a la pregunta los porcentajes de contrarios y favorables quedarían del siguiente modo: No un **7,7%**, Sí un **92,3%**. Y, comparativamente, los favorables entre 1996 y 2006 son los siguientes:

Tabla 4.4: Favorables a la facilitación de jeringuillas (1996-2006)

Años	%
1996	92,0
1998	89,4
2000	93,9
2002	91,1
2006	92,3

Según esto vemos que el apoyo a esta actuación es muy alto y sostenido en el tiempo, casi siempre por encima del 90%.

Esta opinión favorable es ya tan mayoritaria que no es posible definir perfiles. En todo caso cabe decir que las mayores resistencias a este programa estarían en pequeños segmentos de mujeres, de edades mayores, en poblaciones rurales y pequeñas, viudas y pensionistas, y de nivel educativo bajo; lo cual vimos también en los estudios anteriores.

4.3. El uso de drogas en lugares públicos y en el ámbito privado

Analizando ahora la opinión de los entrevistados, sobre si debería permitirse o sancionarse el uso de drogas, en lugares públicos y en el ámbito privado, los resultados son los siguientes:

En lo relativo a los **lugares públicos** un 8,7% no responde a la pregunta y un 91,3% sí lo hace; de estos últimos un 16,1% piensan que no debería sancionarse y el 83,9% opina que sí debería sancionarse. Si tomamos como base cien los que sí responden a la pregunta, los porcentajes anteriores serían los siguientes: NO sanción el **17,6%** y Sí sanción el **82,4%**.

Respecto a la sanción en el **ámbito privado** la no respuesta es de un 11,7%, mientras que un 88,3% sí responden. De estos últimos un 49,6% opinan que este consumo debería permitirse y no sancionarse, mientras que un 38,7% piensan que si debería sancionarse (un 22,3% con una sanción leve y un 16,4% con una sanción severa).

Calculando como base cien a los que responden, estos porcentajes serían ahora los siguientes: No sanción un **56,2%** y Sí sanción un **43,8%**.

Comparativamente con los estudios anteriores, la evolución de este estado de opinión sería la siguiente:

Tabla 4.5: Postura sancionadora o permisiva ante el uso de drogas ilegales en ámbitos públicos y privados (1988-2006)

Actitud	EN LUGARES PÚBLICOS							EN EL ÁMBITO PRIVADO						
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Sancionadora	90,7	92,6	60,4	86,4	85,6	84,0	82,4	60,8	62,4	45,6	60,3	67,3	66,9	43,8
Permisiva	9,3	7,4	39,6	13,6	14,4	16,0	17,6	39,2	37,6	54,4	39,7	32,7	33,1	56,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A lo largo del tiempo la actitud sancionadora en los lugares públicos se mantiene **sancionadora**, si bien desciende 8,3 puntos respecto a 1994. Sin embargo en el ámbito privado va evolucionando hasta ser en 2006 mayoría la actitud **permisiva**.

En lo que se refiere al perfil de las que mantienen estas actitudes vemos una vez más, si bien en diferentes proporciones, tanto en los lugares públicos como en el ámbito privado, las actitudes más **permisivas**, en los consumos de drogas, se dan en los hombres y en los grupos etarios más jóvenes. En las poblaciones medias y grandes. Con buen nivel educativo, en estudiantes y en la clase media-media y media-alta. Y también, como es lógico, entre los bebedores abusivos y los consumidores de drogas ilegales.

En sentido contrario las actitudes más **sancionadoras** se observan en las mujeres, en personas de edad media y mayor; en el mundo rural y en ciudades pequeñas. De bajo nivel educativo. Amas de casa, pensionistas y empresarios. De clase social baja y media-baja. No bebedores abusivos y no consumidores de drogas ilegales.

5. CONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DEL PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS

Según estos datos vemos que el nivel de conocimiento de la existencia del Plan de Galicia sobre Drogas se ha incrementado en casi dos puntos porcentuales respecto al estudio de 1994.

Gráfico 24
Porcentajes de población que conoce el Plan de Galicia sobre Drogas (1994-2006)



El perfil de aquellos que en mayor proporción conocen la existencia del Plan de Galicia sobre Drogas sería el siguiente:

- Con porcentajes entre el 35 y el 45%: los hombres y mujeres por igual, los de 19 a 24, 25 a 39 y 40 a 54 años. En A Coruña, Lugo y Pontevedra. Y en las poblaciones urbanas medias y grandes. Solteros, parejas y casados. De estudios de BUP y FP, y medios-superiores. Los estudiantes y las amas de casa y los que trabajan, y entre estos últimos: empresarios, profesionales, funcionarios y trabajadores. De clase media-baja, media-media y media-alta.

Estos perfiles son los mismos que los observados en estudios anteriores, lo cual nos confirma que estos segmentos poblacionales son los más permeables al conocimiento de la existencia y actuación del Plan de Galicia sobre Drogas.

5.2. Valoración de la labor del Plan de Galicia sobre Drogas

A los que indican conocerlo se les preguntó sobre su valoración, en una escala de diez puntos, el resultado obtenido entre los que contestan es el de la tabla siguiente:

Tabla 5.3: Valoración de la labor del Plan de Galicia sobre Drogas

Valoración	%
Negativa (1 a 4)	25,9
Positiva intermedia (5 y 6)	29,3
Valoración muy positiva (7 a 10)	44,8
Total	100,0
Base*	(610)
Valoración media	6,63

(*) Téngase en cuenta que 131 individuos que conocen el Plan, no supieron o no quisieron valorarlo.

A partir de estos datos vemos que tan sólo un 25,9% hacen una valoración negativa, mientras que un 74,1% lo valoran de forma positiva de cinco en adelante, y de ellos un **44,8%** lo hacen del 7 al 10.

La puntuación media en la escala es de **6,63**.

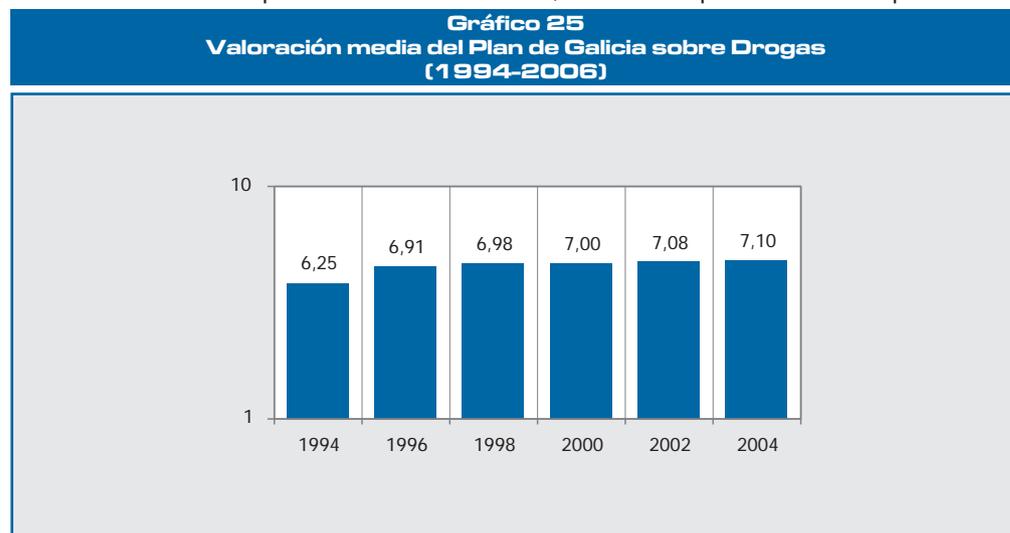
Si comparamos esta puntuación media con las de los estudios anteriores podemos ver lo siguiente:

Tabla 5.4: Evolución de la valoración del Plan de Galicia sobre Drogas (1984-2006)

Años	Puntuación media
1994	6,25
1996	6,91
1998	6,98
2000	7,00
2002	7,08
2004	7,10
2006	6,63

Aunque con algunas variaciones en el corto plazo, en general se observa una valoración positiva a lo largo del tiempo, estando siempre por encima del seis como puntuación media.

En la misma línea que en estudios anteriores, se observa que la valoración positiva del



Plan de Galicia sobre Drogas procede de amplios segmentos de la población gallega: hombres y mujeres; adolescentes y jóvenes, pero también personas de mediana edad. En poblaciones pequeñas urbanas medias y grandes. Personas casadas y solteras. De estudios primarios, pero también de medios-superiores. Estudiantes y pensionistas, al igual que profesionales y trabajadores. Y en los tres segmentos de las clases medias.

Igualmente se observa también que los que no tienen una valoración tan alta, tampoco la tienen muy baja, pues en general no bajan de una puntuación media de 6 ó 5.5 a lo sumo. En este caso estarían los grupos etarios de 55 años y más. Las poblaciones muy pequeñas. Los separados, los de estudios más bajos o incompletos. Los parados y pensionistas. Y los de clase baja y alta. Así como también los consumidores de drogas ilegales.

Con estos datos se confirma que, al tiempo que el Plan de Galicia sobre Drogas tiene una imagen positiva entre amplias capas de la población, no suscita gran rechazo en los restantes sectores poblacionales, tal como ya vimos también en los estudios anteriores.

PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Principales Resultados y Conclusiones

A continuación, y a modo de síntesis, ofrecemos los principales resultados y conclusiones del presente estudio que serían los siguientes:

Sobre la evolución de los consumos

Con los datos de la evolución de **corto plazo**, entre 2004 y 2006, en las distintas drogas, el tabaco y el alcohol abusivo, y tomando tan sólo las diferencias que soporten el posible error muestral, las evoluciones principales entre los consumos de 2004 y 2006 y que realmente sean significativas estadísticamente, cabe destacar lo siguiente:

- **Descenso:** muy claro en el **alcohol abusivo**, con -3,1 puntos respecto a 2004.
- **Aumento:** sobre todo (en los últimos 6 meses) en el **cannabis** con +2,6 puntos; y ya más moderado en **cocaína** con +0,9 y en **tabaco** con +0,8. No obstante, en el periodo del último mes los aumentos del cannabis y de la cocaína son muy ligeros en la cocaína (+0,2) y relativamente moderados en el cannabis (+1,4).

En el resto de las sustancias la situación es bastante **estable**, pues las diferencias son muy pequeñas. En todo caso, quizás apuntar ligeros aumentos en el consumo de alucinógenos (+0,7), anfetaminas (+0,4) y en las drogas de síntesis (+0,2), en todos los casos referidos a los últimos 6 meses.

Y en el **largo plazo** (1988-2006) cabe señalar lo siguiente:

- **Descenso:** en **tabaco** con -2,4 puntos, en **alcohol abusivo** con -6,2, en heroína con -0,8, en hipnóticos -0,7 y en anfetaminas.
- **Aumento:** en **cannabis** con +2,3, en cocaína con +0,6, tranquilizantes +2,3 y en alucinógenos +0,3.

Resumiendo lo más esencia, parece apuntarse la **tendencia** en los próximos años, como sustancias más problemáticas, los consumos en expansión del cannabis y la cocaína, así como el alcohol abusivo entre los jóvenes y los tranquilizantes entre los mayores. También es de gran importancia los consumos múltiples de drogas o policonsumo, como vamos a ver en detalle a continuación.

Sobre el policonsumo de drogas

Según los datos obtenidos en la presente encuesta podemos ver que un **59% no fuman diariamente, no consumen alcohol abusivo, o no han usado otras sustancias** en los últimos seis meses. Un **31,5%** han consumido, en las anteriores condiciones, **una** sola sustancia. Finalmente un **9,5%** consumieron **varias** sustancias.

En este último grupo tenemos a un **3,2%** (el 7,9% de los consumidores) que están consumiendo tres o más sustancias. Este grupo sería el más específicamente **policonsumidor**, y en el podrían encontrarse, en términos absolutos, unas **80.000** personas.

Sin embargo, sí tenemos en cuenta que en lo que se refiere al tabaco y al alcohol, sólo hemos incluido a los fumadores diarios y a los bebedores abusivos, el grupo que consume

dos sustancias también es muy importante desde un punto de vista epidemiológico, ya que en el se encontraran otras 157.000 personas.

Ambos colectivos, que en conjunto serían alrededor de **237.000** personas, constituirían el segmento poblacional de **mayor riesgo**.

Comparativamente con los estudios anteriores la evolución de estos colectivos de policonsumidores es la siguiente:

1988	14,7%
1992	11,5%
1994	12,9%
1996	12,1%
1998	9,2%
2000	10,9%
2002	8,7%
2004	8,3%
2006	9,5

Con estos datos podemos ver que el **9,5%** de policonsumidores es ligeramente superior a 2004 (+1,2), pero bastante inferior al inicio de la serie en 1988, con -5,2 puntos en la actualidad.

Hay pues cuatro **modelos básicos de policonsumo**:

- 1 PSICOESTIMULANTES**; configurado por cocaína, drogas de síntesis, cannabis, alucinógenos y anfetaminas, con presencia de tabaco y alcohol abusivo.
- 2 NARCÓTICOS-CRACK**; con heroína y otros opiáceos, y crack, y cocaína en menor presencia.
- 3 ALCOHOL-TABACO**; con alcohol abusivo y tabaco diario, y algo de cannabis.
- 4 PSICOFÁRMACOS**; con tranquilizantes y hipnóticos, y algo de otros opiáceos.

La prevalencia de policonsumidores es en 2006 (con 9,5%) un poco mayor que en 2004 (8,3%). Y los modelos son los mismos que en 2004, con un claro liderazgo de los **Psicoestimulantes**, especialmente la cocaína y las drogas de síntesis, y con fuerte presencia del cannabis.

Sobre el índice de riesgo en la áreas sanitarias

Los tres niveles de riesgo observados en los consumos de drogas son los siguientes:

ÍNDICE A

De nuevo en este primer nivel encontramos a tres Áreas Sanitarias con un índice de riesgo relativo elevado y una alta proporción de la población de Galicia (el 56,06% del total); estas Áreas son **Vigo, A Coruña** y **Santiago**, con los índices relativos más altos: entre **2,53** y el **1,89**. La prioridad en la intervención vendría dada, pues, tanto por la **fuerte presencia** de las drogas, como por la **amplitud** de la población potencialmente implicada.

ÍNDICE B

En un nivel intermedio tenemos otras cuatro Áreas Sanitarias: **Ourense, O Ferrol, Pontevedra y Lugo** (con el **35,27%** de la población); el índice de riesgo relativo se sitúa entre el **0,89** y el **0,69**.

ÍNDICE C

Y en el tercer grupo siguen estando las Áreas Sanitarias con menor población (el 8,13%): **O Salnes, Cervo-Burela, O Barco y Monforte**; con unos índices de riesgo relativo entre **0,18** y el **0,10**.

Sobre las motivaciones en los consumos de drogas

En lo que se refiere a esta cuestión encontramos tres grandes tipos de motivaciones.

- **Motivaciones sintomatológicas: el 33,6%**

Aquellas motivaciones relacionadas con problemas de salud: enfermedades, dolor, nervios, insomnio...

- **Motivaciones de placer y experimentación: el 41,6%**

En esta agrupación contemplamos las motivaciones que hacen referencia a la búsqueda de placer o animarse, a superar el aburrimiento y a la búsqueda de nuevas sensaciones.

- **Motivaciones de respuesta social: el 20,9%**

Incluimos aquí aquellas motivaciones más genéricas, que tienen en común el uso de drogas como respuesta ante situaciones personales, laborales o sociales conflictivas, junto a motivaciones de deseo de mejora o integración social, tales como la intención de incrementar el rendimiento en estudios y trabajo, o la integración social.

Esta estructura de motivaciones es muy similar a las observadas en los estudios anteriores, si bien en el largo plazo (1988 a 2006) disminuyen las sintomatológicas. aumentan las de placer y experimentación y se mantienen las de respuesta social

Sobre los factores de riesgo en el consumo de drogas

En lo relativo a los factores de riesgo en el consumo de drogas podemos extraer las siguientes **conclusiones**:

- 1 Efectivamente hay una relación significativa entre las situaciones que configuran los factores de riesgo y los consumos de drogas. De 125 odds ratio posibles, entre las 25 variables y las cinco clases de consumos a las que se han podido aplicar este análisis específico, **72** son significativas el **57,6%**.
- 2 La relación de estos factores de riesgo, como generadores o reforzadores de los consumos, es de carácter **multifactorial**. De las **72** odds ratio obtenidas **21** son del factor laboral (el 29,2%) y **51** de los factores familiar, personal y social (el 70,8%).

Si mediante una 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, vemos que el peso específico en que interviene cada factor resulta ser la siguiente:

- 0.28 El factor SOCIAL
- 0.25 El factor FAMILIAR
- 0.24 El factor LABORAL
- 0.23 El factor PERSONAL

Estos índices nos indican que los factores de riesgo que con un mayor peso estarían interviniendo en la generación o reforzamiento de los consumos de drogas serían el familiar y el social, seguidos a no mucha distancia por el personal y el laboral.

- 3 De los cinco tipos de sustancias a las que se ha podido aplicar el análisis de regresión logística, variable a variable, el grupo de otras drogas ilegales, el alcohol abusivo, los hipnóticos y el cannabis son las que obtienen un mayor número de odds ratio: entre 17 y 15; mientras que el tabaco tiene tan sólo 9.
- 4 En comparación con los estudios anteriores se confirma la relación existente entre determinadas situaciones de riesgo y los consumos de drogas; de modo que la conflictividad familiar o relación problemática, la presencia social de las drogas, las situaciones de inestabilidad e insatisfacción personal, y ciertas condiciones laborales negativas, condicionan e influyen en los consumos de drogas, bien porque se buscan en ellas estímulos y gratificaciones, bien porque se utilizan para paliar o compensar tensiones y frustraciones. Obviamente, sin olvidar el efecto inductor que tienen la presencia y disponibilidad misma de las drogas, así como la influencia grupal y social, y los consumos en la misma familia o el entorno personal.

La persistencia en los perfiles de los que están en situaciones de riesgo (varones más que mujeres, jóvenes, en ciudades medias y grandes, de nivel educativo medio...) indica la estabilidad del fenómeno, así como la eficacia de los factores de riesgo como **predictores** de los consumos.

Sobre os factores de protección ante las drogas

En lo que se refiere a los factores de protección ante las drogas podemos ver las siguientes **conclusiones**:

- 1 Queda verificada la hipótesis de que hay una clara relación entre los factores de protección y la modulación o reducción de los consumos de drogas. De 110 relaciones de probabilidad posibles entre las variables de protección y los distintos grupos de sustancias, vemos que en **65** de ellas, un **59,1%** del total, se confirma la hipótesis de que cuando NO se dan estos factores aumenta la probabilidad de los consumos, y viceversa: cuando SÍ están presentes dichos factores las probabilidades de los consumos disminuyen significativamente.
- 2 Esta relación de probabilidad entre factores de protección y consumos, aún es más explicativa cuando se acumulan las respuestas de las variables que configuran cada tipo de factor o Eje de protección. De 20 relaciones de probabilidad posibles, **18** son significativas, lo que aumenta la capacidad explicativa de fenómeno al 90,6% del total.
- 3 Dado que unos tipos de factores de protección tienen más relaciones de probabilidad que otros, es necesario neutralizar matemáticamente el distinto número de variables de cada tipo en una medida de unidad equivalente. Una vez realizado este cálculo, el peso específico de cada tipo o Eje sería el siguiente:
 - * 0.30 El factor de ACTIVIDADES ALTERNATIVAS
 - * 0.28 El factor de INTEGRACIÓN FAMILIAR
 - * 0.23 El factor de ENTORNO Y PREVENCIÓN
 - * 0.19 El factor de VALORES ALTERNATIVOS

Según esto vemos que los dos tipos de factores de protección más influyentes en la modulación y reducción de los consumos de drogas serían el de actividades alternativas y el de Integración Familiar. A estos les seguirían, a no mucha distancia, el de Entorno y prevención y el de Valores.

- 4 En cuanto a las clases de drogas, las más sensibles y de mejor pronóstico en su reducción por los factores de protección serían las otras drogas ilegales (cocaína, drogas de síntesis, alucinógeno, heroína...), con 16 odds ratio significativas, y el alcohol también con 16. En una posición intermedia estarían el cannabis y los hipnosedantes, con 13 cada una. Y ya en último lugar el tabaco, con tan sólo 7 odds ratio.
- 5 Y de forma particularizada vemos que hay variables de protección muy influyentes en la modulación y reducción de los consumos, tales como: la prevención en la escuela, las actividades culturales, sociales y humanitarias, la importancia del cuidado de la salud, la información de los padres sobre el riesgo de las drogas, las buenas relaciones familiares, la solidaridad, la no presencia de drogas en el entorno.

Sobre las consecuencias de los consumos de drogas

- El **15,7%** de los consumidores afirma que el uso de estos productos sí le ha generado consecuencias negativas. Agrupándolas en función de la naturaleza del problema, podemos ver lo siguiente:
- El **4,9%** de los consumidores de drogas ilegales y/o psicofármacos ha sufrido problemas de **salud**, derivados de ese consumo;
- El **2,4%** se ha visto afectado por problemas **económicos**;
- Al **3%** de estos consumidores, el uso le ha generado problemas **familiares o de relación**;
- El **4,2%** se ha encontrado con problemas de estudios o el trabajo
- El **2,2%** ha tenido problemas con la **ley**.

Por otra parte un **6,4%** de los consumidores de drogas creen que les resultaría muy difícil o imposible dejar las drogas, y otro **7,5%** piensa que les costaría algún esfuerzo. Y un **8,7%** de dichos consumidores han llevado a estar llevando un tratamiento o deberían hacerlo.

Sobre las medidas y actuaciones ante las drogas

Un **43,2%** optan principalmente por medidas represoras, especialmente de tráfico de drogas. Un **10,8%** se inclina por la despenalización de las drogas, y el **41,6%** mencionan preferentemente medidas educativas, informativas y de atención a los consumidores y las familias.

En cuanto a la evolución a largo plazo (1988-2006) de las tendencias son las siguientes: disminución de las medidas represivas, mantenimiento de las educativas-informativas y de atención, y aumento de la de legalización de las drogas. Si bien en la jerarquización de las mismas, cada una sigue ocupando el mismo lugar en el orden de prioridad manifestado por los ciudadanos en los distintos estudios.

Sobre los programas de metadona y jeringuillas

En lo relativo a la **metadona**, un 12,2% de los entrevistados no responden a la pregunta, mientras que un 87,8% sí lo hace; de ellos un 11,5% piensa que no debería administrarse metadona y un **76,4%** opina que sí debe hacerse.

Tomando como referencia a los que tienen opinión al respecto, los porcentajes de contrarios y favorables serían ahora los siguientes: No un **13,1%**, Sí un **86,9%**. Y si a partir de estos últimos porcentajes comparamos los favorables actuales con los de 1996 a 2006, podemos ver lo siguiente:

Años	%
1996	81,6%
1998	84,2%
2000	87,2%
2002	85,6%
2006	86,9%

Como puede observarse hay un aumento sostenido y progresivo en el apoyo a esta actuación, con un incremento de **5,3** puntos porcentuales entre 1996 y 2006.

Y en lo relativo a las **jeringuillas**, los que no contestan son el 7,2% por un 92,8% que sí lo hace. De estos últimos un 8,2% están en contra de que se faciliten jeringuillas, y el 84,6% están a favor. Tomando también como base cien a los que responden a la pregunta los porcentajes de contrarios y favorables quedarían del siguiente modo: No un **7,7%**, Sí un **92,3%**. Y, comparativamente, los favorables de 1996 a 2006 serían los siguientes:

Años	%
1996	92,0%
1998	89,4%
2000	93,9%
2002	91,1%
2006	92,3%

Como puede verse el apoyo a esta actuación es muy alto y sostenido en el tiempo casi siempre por encima del 90%.

Sobre las actitudes ante el uso de drogas en lugares públicos y en el ámbito privado

Respecto a las actitudes de la población vemos que en lo que se refiere a los **lugares públicos** un 8,7% no responde a la pregunta y un 91,3% sí lo hace; de estos últimos un 16,1% piensan que no debería sancionarse y el 83,9% opina que sí debería sancionarse. Si tomamos como base cien los que sí responden a la pregunta los porcentajes anteriores serían los siguientes: NO sanción el **17,6%** y Sí sanción el **82,4%**.

Y en lo relativo a la sanción en el **ámbito privado** la no respuesta es de un 11,7%, mientras que un 88,3% sí responden. De estos últimos un 49,6% opinan que este consumo debería permitirse y no sancionarse, mientras que un 38,7% piensan que si debería sancionarse (un 22,3% con una sanción leve y un 16,4% con una sanción severa).

Tomando como base cien a los que responden estos porcentajes serían ahora los siguientes: No sanción un 56,2% y Sí sanción un 43,8%.

Como puede verse en la actitud dominante ante el consumo de drogas es la sancionadora en los lugares públicos, pero es permisiva en el ámbito privado. Este estado de opinión es bastante estable en los distintos estudios, en la referida a los lugares públicos, pero en lo privado ha evolucionado de la sanción a la permisión.

Sobre el conocimiento y la valoración del Plan de Galicia sobre drogas

En lo referido al **conocimiento** de la existencia del Plan de Galicia sobre Drogas, un 32,2% indican que **sí** lo conocen. Y respecto a los datos de 1994, el nivel de conocimiento de la existencia del Plan de Galicia sobre Drogas se ha incrementado en dos puntos porcentuales en 2006.

En cuanto a la **valoración** que hacen (los que lo conocen de la labor realizada, tan sólo un 25,9% hacen una valoración negativa, mientras que un **74,1%** lo valoran de forma **positiva** por encima de cinco, y de ellos un 44,8% lo hacen del 7 al 10. La puntuación media en la escala de diez puntos es de 6,63.

Comparando esta puntuación media con las de los estudios anteriores podemos ver lo siguiente:

Año	%
1994	92,0%
1996	89,4%
1998	6,98 %
2000	7,00%
2002	7,08%
2004	7,10%
2006	6,63%

Según esto vemos que hay un incremento sostenido en la valoración positiva del Plan de Galicia sobre Drogas, son **+0.38** puntos entre 1994 y 2006.

En general, los mismos que en estudios anteriores, se observa que la valoración positiva del Plan de Galicia sobre Drogas procede de amplios segmentos de la población gallega: hombres y mujeres; adolescentes y jóvenes, pero también personas de mediana edad. En poblaciones pequeñas urbanas medias y grandes. Personas casadas y solteras. De estudios primarios, pero también de medios-superiores. Estudiantes y pensionistas, al igual que profesionales y trabajadores. Y en los tres segmentos de las clases medias.

Igualmente, se observa también que los que no tienen una valoración tal alta, tampoco la tienen muy baja, pues en general no bajan de una puntuación media de 6 ó 5.5 a lo sumo. En este caso estarían los grupos etarios de 55 años y más. Las poblaciones muy pequeñas. Los separados, los de estudios más bajos o incompletos. Los empresarios y las amas de casa. Y los de clase baja y alta.

A partir de esto podemos concluir que, al tiempo que el Plan de Galicia sobre Drogas tiene una imagen positiva entre amplias capas de la población, no suscita gran rechazo en los restantes sectores poblacionales, tal como ya vimos también en los estudios anteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- ARBEX, Carmen y Otros (1991), *Censo sistemático de investigaciones sociológicas sobre drogas*, Madrid, Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- ARBEX, Carmen 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.
- BACHMAN, J.G. JOHNSTON, L.D. Y O'MALLEY, P.M.; (1990) Explaining the recent decline in cocaine use among young adults: further evidence that perceived risks and disapproval lead to reduce drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 321 (2): 173-184.
- BANDURA, A.; (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social. Cognitive Theory*. Prentice Hall. New York, NY.
- BUKOSKI, J.; (1995), *Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas*. En: Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Madrid.
- CALAFAT, Amador; AMENGUAL, Miguel; FARRES, Carles y MONTSERRAT, Merce (1982), *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre estudiantes de enseñanza media y formación profesional de Mallorca*, "Drogalcohol". Volumen VII, nº 3.
- CALAFAT, Amador; AMENGUAL, Miguel; FARRES, Carles y MONTSERRAT, Merce (1983), *Características del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre alumnos de enseñanza media de Mallorca*, "Drogalcohol". Volumen VIII, nº 4.
- CALAFAT, A.; (1999), *"Matriz de predictores del consumo de drogas durante la adolescencia"* IDEA Prevención nº 18. Enero-Junio. 1999. Pozuelo de Alarcón. Madrid.
- CALAFAT, Amador y otros. (2000), *"Salir de Marcha y consumo de drogas"* Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- CARRASCO, T.J.; LUNA, M.; (1995), *"Por qué las personas se inician en el consumo de drogas"*. Propuesta de un modelo explicativo e implicaciones para el diseño de programas de prevención". *Psicología Conductual*; 3 (3); 271-82.
- 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, Domingo (1985), *El uso de drogas en la juventud*, Madrid, Ministerio de Cultura, Instituto de la Juventud.
- COMAS, Domingo (1985), *Conceptos y datos básicos sobre uso de drogas por la juventud española* en "Revista de Estudios de Juventud", nº 17, marzo 1985, Madrid, INJUVE.
- COMAS, Domingo (1990), *Las drogas en la sociedad española*, en Salvador GINER (1990), *España: sociedad y política*, Madrid, Espasa-Calpe.
- COMAS, Domingo y ROLDAN, Gabriel (1992), *Las salidas del laberinto*, en "Intervención de drogodependencias", Segovia, GID, Junio 1992.
- COMAS, Domingo (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, Domingo (1994), *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*, Madrid, INJUVE.
- 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.
- EDIS (1988, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000 Y 2004), *Los Andaluces ante las Drogas*, Sevilla, Comisionado para la Droga.
- EDIS (1988, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 y 2004), *El Consumo de Drogas en Galicia*, Santiago, Plan de Galicia sobre Drogas.
- EDIS (1989), *Factores de Riesgo en el Consumo de Drogas*, Madrid, Plan Regional Drogas Madrid.
- ELZO, Javier (1989), *Los jóvenes y su relación con las drogas*, Vitoria, Gobierno Vasco.
- ELZO, Javier (1992), *Delincuencia y drogas*, Vitoria, Gobierno Vasco.
- ELZO, Javier y otros (2000), *"Las culturas de las drogas en los jóvenes"*. Gobierno Vasco-Vitoria.
- ELZO, Javier (2000), *"El silencio de los adolescentes"*. Temas de Hoy. Madrid.
- FAD-EDIS (1996) y (2002), *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid
- FÉLIX-ORTIZ, M.; NEWCOMB, M.D.; (1992) *"Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and protective findings"*. Journal of Personality and Social Psychology (b); 63 (2); 280-96.
- GAMELLA, Juan F. y ÁLVAREZ, Arturo (1997), *Drogas de Síntesis en España: patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- GFROERER (1992), *"Methodology of the U.S. National Household Survey on Drug Abuse"*, en "Health Related Data and Epidemiology in the European Community (EMCDDA), Brussels.
- GFROERER, J.; TURNER, CH. C. y LESSLER, J. T. (1992), *Survey measurement of drug use*, Methodological studies, Rockville, NIDA.
- GRAÑA GÓMEZ, J.L.; (1994), *"Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento"*. Madrid: Debate.
- HAWKINS, J.D.; CATALANO, R.F.; (1992), *"Reducing risk and promoting positive social development"*. En: *Communities that care: Action for drug abuse prevention*. San Francisco.
- INJUVE (2000/2001), *La juventud en cifras*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- JOHNSTON, Lloyd D. (1980), *Review of General Population Surveys of Drug Abuse*, Ginebra, OMS.
- JOHNSTON, Lloyd D.; O'MALLEY, P.M. y BACHMAN, J. G. (1985), *Use of licit and illicit drugs by America's High School Students (1975-1984)*, Rockville, NIDA.
- JOHNSTON, Lloyd D. (1989), *La técnica de encuestas en la evaluación del uso indebido de drogas*, "Boletín de Estupefacientes". Vol. 41, nº 1 y 2.
- KANDEL, D.B.; (1980), *"Developmental stages in adolescent drug involvement"*. En: Lettireti, D.J.; Sayers, M.; Pearson, H.W. (Eds.). *Theories of Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. National Institute on Drug Abuse. Research Monograph 30. Rockville, MD: 120-127.
- 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*.
- KUMPFER, K.L.; TURNER CW.; (1991), *The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention*. *International Journal of Addiction*. 25 (4^a): 435-463.
- LUENGO, Angeles et al. (1995), *Análisis Psicosocial del Consumo de Drogas en*

- los adolescentes gallegos*, Santiago, Plan Autonómico Drogodependencias.
- LUENGO MARTÍN, MA.; ROMERO TRIÑANES, E.; GÓMEZ FRAGUELA JA.; GARRA LÓPEZ A.; LENCE PEREIRO M.; (1999), *La Prevención del Consumo de Drogas y la Conducta Antisocial en la Escuela. Análisis y evaluación de un programa*. Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio del Interior. Universidad de Santiago de Compostela. Madrid.
- MARTÍN SERRANO, M. (1994), *Historia de los Cambios de Mentalidades de los jóvenes*. INJUVE. Madrid.
- MEGÍAS, E.; COMAS. D.; ELZO J.; NAVARRO J.; VEGA D.; (1998), "Los profesores españoles y la prevención de drogas". FAD. Madrid.
- MEGÍAS, E. y NAVARRO, J.; (1998), "La incidencia de las drogas en el medio laboral y factores de riesgo en la Comunidad Valenciana". Generalitat Valenciana y FAD. Valencia.
- MEGIAS, Eusebio y otros (2000 Y 2005), "Las percepciones sociales del problema de las drogas". FAD. Madrid.
- MEGÍAS, E. y otros (2000 Y 2006), "Los valores en la sociedad española y su relación con las drogas". Fundación "La Caixa".
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE.; (1997), *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. US. Department of Health and Human Services. National Institute for Health. NIH Publication N°. 97-4212.
- NAVARRO, José; VARO, José; LORENTE, Santiago (1985), *El consumo de drogas en España*, Madrid, Cruz Roja Española.
- NAVARRO, José (1987), *Perfil básico del problema de las Toxicomanías en España, Comunidad y Drogas n° 1*, Madrid.
- NAVARRO, José (1989), *Factores de riesgo en el consumo de Drogas*. En Reinserción social y drogodependencias. Asociación para el estudio y promoción del Bienestar Social. Madrid.
- NAVARRO, José (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, José y GÓMEZ Enrique (1998), *El consumo de drogas y los factores asociados en el municipio de Madrid*. Plan Municipal contra las Drogas. Ayuntamiento de Madrid.
- NAVARRO J.; (1999), "Factores de riesgo y de protección de carácter social en relación al consumo de drogas". Ayuntamiento de Madrid.
- NAVARRO, José (2000), "El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino". Instituto de la Mujer. Madrid.
- NAVARRO, José (2002), *El consumo de drogas y su evolución en España*. En "Sociedad y Drogas: una perspectiva de 15 años" FAD. Madrid.
- NEWCOMB, M:D.; (1995), *Identifying high-risk youth: prevalence and patterns of adolescent drug abuse*. En: E. Rahdert y D. Czechowicz, D. (eds) *Adolescent drug abuse: clinical assessment and therapeutic interventions*. National Institute on Drug Abuse. Rockville, MD: 7-38.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992), *Programme on substance abuse: strategy document/work plan 1992*, Ginebra, WHO.
- PETRAITIS, J.; FLAY, B.R.; MILLER, T.Q.; TORPY, E.J.; GREINER, B.; (1998), *Illicit substances use among adolescents: a matrix of prospective predictors*. Substance Use and Misuse, 33 (3): 2561-2604.
- PENTZ, M.A.; DWYER, J.H.; MACKINNON, D.P.; FLAY, B.R.; HANSEN, W.B.; WANG, E.Y. Y JOHNSON, C.A.; (1989), *A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: effects of drug use prevalence*. Journal of the American Medical Association, 261: 3259-3566.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS-CIS (1993), En Memoria 1993. *Opiniones y comportamiento de los españoles ante*

- el consumo de drogas, tabaco y alcohol*, Madrid.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS-EDIS (1993), En Memoria 1993. *Características, actitudes y opiniones de los usuarios de drogas que actualmente no están en tratamiento*. Madrid.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1995, 1997 y 1999), *Encuesta Domiciliaria sobre uso de Drogas*. Madrid.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1994, 1996, 1998 y 2000), *Encuesta Escolar sobre el Uso de Drogas*. Madrid.
- RESNICK, M.D.; BEARMAN, P.S.; BLUM, R.W.; BAUMEN, K.E.; HARRIS, K.M.; JONES, J.; ETA AL.; (1997), "Protecting adolescents from harm. Findings from the national longitudinal study on adolescent health". *JAMA*; Septiembre; 278 (10); 823-32.
- ROBLES LOZANO, L.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ J.M. (1998), "Factores de Protección en la prevención de las drogodependencias" *Idea Prevención*. Julio-Diciembre.
- ROBLES LOZANO, L. MARTÍNEZ GONZÁLEZ J.M.; (1999), "Análisis de Factores de Protección y de Riesgo en una muestra de sujetos en tratamiento por su adicción a las drogas y de sujetos no consumidores habituales de drogas". VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana. Cádiz.
- SANTACREU, J.; OREJUDO, S.; ROYUELA, L. Y FROJÁN, M.X.; (1998), *Predicción de la frecuencia de consumo a través de variables psicosociales en la Encuesta sobre drogas a la población escolar 1994*. *Adicciones*, 10 (3): 247-261.
- SECADES VILLA, R.; (1996), "Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento". Madrid: Pirámide.
- SHAPS, E.; MOSKOWITZ, J.; MALVIN, J.; Y SHAEFFER, G.; (1984), *The NAPA drug abuse prevention project: research findings*. National Institute on Drug Abuse. DDHS publication N° (ADM) 84-139. Washington DC.
- SINGLE, E., KANDEL, D. y JOHNSON, B.D. (1975), *The reliability and validity of drug use responses in a large-scale longitudinal study*. *Journal of Drug Issues*, 5, 426-443.
- SMART, R. G. et alt. (1980), *A Methodology for Student Drug Use Surveys*, Ginebra, OMS.
- SWISHER, J.D. Y HOFFMAN, A.; (1975), *Information: the irrelevant variable in drug education*. En: *Drug Abuse Prevention: Perspectives and approaches for educators*. Ed. Brown, W.C. Dubuque. Iowa.
- TOBLER, N.S.; (1986), *Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcomes results of program participants compared to a control or comparison group*. *Journal of Drug Issues*, 16 (4): 537-567.
- TOBLER, N.S.; (1992), *Drug prevention program can work: research findings*. *Journal of Addictive Diseases*, 11 (3): 1-28.
- TOBLER, N.S.; (1993), *Up-dated meta-analysis of adolescent drug prevention programs*. En: *Evaluating School-linked prevention strategies: alcohol, tobacco and other drugs*. Ed. Ringwalt, Ryan y Zimmerman. UCSD Extension, University of California. San Diego: 71-86.
- TOBLER, N.S.; (1997), *Meta-Analysis of Adolescence Drug Prevention Programs: Results of the 1993 Meta-Analysis*. En Bukoski, W.J. (Ed). *Meta-Analysis of Drug Abuse Prevention Programs*. National Institute on Drug Abuse. Research Monograph 170 Rockville, MD: NIDA: 5-68.
- TOBLER, N.S.; (1997), *Aspectos del meta-análisis en la investigación de intervenciones preventivas*. En: *Progresos en el análisis de datos para la investigación de intervenciones preventivas*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Madrid.

EL CUESTIONARIO

EL CONSUMO DE DROGAS EN GALICIA IX

Presentación: Estamos realizando una encuesta sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, con el fin de conocer los problemas derivados del mismo y poder realizar una adecuada labor de información y de promoción de la salud. Su colaboración sería de gran interés y sus respuestas se tratarían de forma estadística y totalmente anónima.

Nº Cuestionario

1. Área
2. Subárea
3. Provincia
4. Municipio
5. Sexo
6. Edad

I. DATOS DE SITUACIÓN

7. ¿Qué edad tiene Vd.?

8. ¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero/a
2. Casado/a
3. Separado-divorciado/a
4. Parejas, otras uniones
5. Viudo/a
0. NS/NC

9. ¿Cuál es el nivel de estudios alcanzado por Vd.?

1. Analfabeto, sin estudios o menos de EGB
2. EGB (ciclo inicial y medio) 5º de EGB o 5ª Primaria
3. EGB (ciclo superior) 8º EGB o 2º ESO
4. BUP (cursos 1º y 2º) ó 4º ESO
5. BUP (Curso 3º y COU o 2º Bachillerato)
6. FP 1 - FP 2
7. Medios (escuelas universitarias) y 1er. ciclo de Facultades y Escuelas Técnicas
8. Superiores (2º ciclo y 3er. ciclo o doctorados)
9. Otros. Especificar. _____
0. NS/NC

10. ¿Cuál es su ocupación en estos momentos?

1. Trabajo por cuenta propia
2. Trabajo por cuenta ajena
3. En paro con trabajo anterior
4. Busca el primer empleo
5. Estudiante
6. Ama de casa
7. Pensionista-jubilados
8. Estudia y trabaja
0. NS/NC

11. En lo referente a como realizó sus estudios (o como los está realizando si aún es estudiante), dígame de las siguientes situaciones cuál se ajusta más a su caso personal: (Leer)

1. Los concluí (o los lleva) con normalidad
2. Repetí algún curso
3. Repetí varios cursos
4. Tuve que cambiar de nivel o de carrera
5. Abandoné los estudios sin concluir el nivel en el que estaba, o no pude pasar a un nivel superior
0. NS/NC

SÓLO A LOS QUE TRABAJAN (Ítems 1, 2 y 8 en la P.10)

12. ¿Cuál es su categoría socio-profesional?

1. Empresarios
2. Funcionarios de la Administración Pública
3. Directivos de empresas privadas y públicas (agricultura, industria, servicios)
4. Profesionales liberales (autónomos y por cuenta ajena)
5. Trabajadores autónomos
6. Técnicos medios (agricultura, industria, servicios)
7. Administrativos y empleados de empresas privadas
8. Obreros cualificados (agricultura, industria, servicios)
9. Obreros sin cualificar (agricultura, industria, servicios, empleadas de hogar, aprendices)
0. NS/NC

A TODOS

13. ¿Con quién vive Vd. actualmente?

1. Con mis padres
2. Con mi mujer/marido
3. Con mi pareja
4. Con un grupo de amigos/as
5. En una institución
6. Con otros familiares
7. Solo
0. NS/NC

II. CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL

14. ¿Podría indicarme si actualmente es fumador de tabaco, o si fumaba anteriormente?

1. Nunca he fumado → P.17
2. No fumo, pero sí era fumador
3. Sólo fumo ocasionalmente
4. Fumo diariamente
0. NS/NC → P.17

SÓLO A LOS QUE HAYAN FUMADO
Ítems 2, 3 y 4 de la P.14 se les hará la P.15

15. ¿A qué edad comenzó Vd. a fumar?
(NS/NC = 99)

SÓLO A LOS QUE FUMAN DIARIAMENTE
Ítem 4 de la P.14 se les hará la P.16

16. ¿Qué cantidad de cigarrillos fuma Vd. diariamente?
(NS/NC = 99)

A TODOS

17. ¿En el último mes, ¿ha tomado 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 | → P 29
0. NS/NC

A LOS QUE RESPONDAN SÍ (Ítems, 1 a 6)
SE LES HARÁ LA SIGUIENTE BATERÍA
DE PREGUNTAS: P.18 a P.28

18. ¿A qué edad tomó Vd. por primera vez alguna bebida alcohólica?

(NS/NC = 99)

19-27. ¿Podría indicarme si bebió en el día de ayer, y qué cantidad de las siguientes bebidas?

(Bebió Ayer: 1. NO

2. SÍ → Cantidad

19. Cerveza

(Nº de botellines o cañas)

20. Vino

(Nº de vasos pequeños)

21. Vino

(Nº de vasos grandes)

22. Licores: (coñac, anís, ginebra, y otros)

(Nº de copas)

23. Whisky

(Nº de whiskies)

24. Combinados

(Nº de combinados)

25. Vermut, aperitivos

(Nº de copas)

26. Aguardientes, orujos

(Nº de vasos pequeños)

27. Champaña o cava

(Nº de copas)

28. ¿Por qué motivo toma Vd. bebidas alcohólicas?
(Indicar sólo UNO, el más importante)

01. Por razones de salud
02. Por razones familiares
03. Por razones de relación
04. Por razones económicas
05. Porque tengo problemas en el trabajo
06. Por influencia social
07. Por no poder dejar de beber
08. Porque me gusta
09. No lo tengo claro, no lo sé
10. Otros motivos _____
00. NS/NC

III. CONSUMO DE OTRAS DROGAS

A TODOS

A continuación le voy a mencionar otro tipo de **sustancias** ¿dígame por favor si las **ha usado alguna vez** y si lo ha hecho a qué **edad aproximada lo hizo por primera vez**, y también si las usó en **los últimos doce meses y en los últimos treinta días** y en este último supuesto con qué frecuencia lo ha hecho?

(Entrevistador: leer una a una, en cada secuencia temporal de izquierda a derecha, y si la hubiera usado, por lo menos alguna vez, anotar la edad del primer uso. Si ha usado en los últimos treinta días anotar la frecuencia)

	USO ¿La usó alguna vez?	PRIMER USO ¿A qué edad la usó por 1ª vez?	USO RECIENTEMENTE ¿La usó en los últimos 6 meses?	FRECUENCIA DE USO (30 DÍAS) ¿Con qué frecuencia la usó en los últimos 30 días?
29-32 Inhalables (Gasolinas, Colas, Pegamentos, Disolventes)	29 1. No 2. Sí	30 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	31 1. No 2. Sí	32 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente
33-36 Cannabis (Hachís, Marihuana, Porros)	33 1. No 2. Sí	34 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	35 1. No 2. Sí	36 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente
37-40 Cocaína	37 1. No 2. Sí	38 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	39 1. No 2. Sí	40 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente
41-44 Éxtasis u otras Drogas de Diseño (Pastis, pirulas)	41 1. No 2. Sí	42 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	43 1. No 2. Sí	44 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente
45-48 Heroína	45 1. No 2. Sí	46 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	47 1. No 2. Sí	48 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente
49-51 Alucinógenos (LSD, Tripis y otros)	49 1. No 2. Sí	50 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	51 1. No 2. Sí	52 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente
53-56 Anfetaminas (pastillas para no dormir, estimulantes, para adelgazar)	53 1. No 2. Sí	54 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	55 1. No 2. Sí	56 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente
57-60 Tranquilizantes (pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) Valium, Librium, Tranxilium, etc	57 1. No 2. Sí	58 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	59 1. No 2. Sí	60 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente
61-64 Hipnóticos o somníferos (pastillas para dormir) Mogadon, Dormodor, Noctamid, Rohipnol, Halción, etc.	61 1. No 2. Sí	62 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	63 1. No 2. Sí	64 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente
65-68 Crack	65 1. No 2. Sí	66 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	67 1. No 2. Sí	68 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente
69-72 Analgésicos morfínicos y otros opiáceos (Deprencol, Buprex, Sesegón, etc.)	69 1. No 2. Sí	70 <input type="text"/> <input type="text"/> Años	71 1. No 2. Sí	72 1. Nada 2. Menos de una vez/semana 3. Una vez por semana 4. De 2 a 6 veces/semana 5. Diariamente

IV: MOTIVACIONES Y PROBLEMAS EN EL CONSUMO DE DROGAS

Entrevistador: Las preguntas 73 a 79 se harán tan sólo a los que hayan indicado **haber tomado alguna vez alguna droga**, recogida en la batería de preguntas anterior. (P.29 a P.69)

73. ¿Cuál de las siguientes razones es la más parecida a su razón por la que empezó a tomar alguno/s de estos productos y luego continuó tomándolo/s al menos durante algún tiempo?

(Indicar la razón más importante)

Entrevistador: Enseñar TARJETA nº 1

01. Por escapar a problemas personales
02. Por el gusto de hacer algo prohibido
03. Por placer, por animarme
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

74. ¿Qué tipo de problema le crea, o le creó, principalmente el consumo de estos productos?

(Citar el más importante)

01. De salud
02. Familiares
03. Económicos para comprar el producto
04. Económicos para mis necesidades
05. En los estudios
06. En el trabajo actual
07. No me permite encontrar trabajo
08. En las relaciones con otras personas
09. Con la ley o la policía
10. Ninguno
00. NS/NC

75. ¿Cree Vd. que podrá dejar de usar este/os productos?

1. Me resulta imposible
2. Me resulta muy difícil
3. Me costaría algún esfuerzo
4. Podré hacerlo fácilmente
0. NS/NC y no compete

76. ¿Está Vd. llevando o ha llevado un tratamiento para dejar de tomar este producto o desearía llevarlo?

1. Ya lo estoy llevando o he llevado
2. No lo llevo, pero quisiera hacerlo
3. No creo que sea necesario
4. No me interesa hacerlo
0. NS/NC y no compete

77. ¿Le ha aconsejado alguien llevar un tratamiento?, en caso afirmativo ¿quién lo ha hecho?

1. Médico-sanitario
2. Maestro-profesor
3. Padres
4. Pareja
5. Amigo
6. Un drogodependiente
7. No, nadie
0. NS/NC

78. ¿Ha consultado en alguna ocasión con algún médico o servicio sanitario debido a cualquier problema de salud derivado de su consumo de este/os productos?

1. No
2. Sí
0. NS/NC

79. En todo caso, díganos cuál cree que sería el servicio o ayuda más importante que debería prestar los servicios o centros a quienes acudieron a ellos

(TARJETA nº 2)

1. Desintoxicación de la droga
2. Atención médico-sanitaria en general
3. Ayuda psicológica o psicoterapia
4. Ayuda en formación laboral
5. Ayuda para encontrar trabajo
6. Ayuda en gestiones administrativas documentos
7. Asesoramiento a la familia
8. Ayuda en la reinserción social
9. Ayuda y asesoramiento ante problemas con la ley o jurídicos
0. NS/NC

Sólo a los que hayan indicado tomar **Cocaína** y/o **Heroína** alguna vez (un 2 en P.37 y 45) se les hará las preguntas 80 y 81

80. ¿Por qué vía consume Cocaína y/o Heroína en la actualidad?

- a) Cocaína
- b) Heroína

1. Inyectada
2. Otras vías
(esnifada, inhalada, fumada, etc.)
3. Ya no consume

81. ¿Y anteriormente por qué vía la consumía?

- a) Cocaína
- b) Heroína

1. Inyectada
2. Otras vías
(esnifada, inhalada, fumada, etc.)

V. ACTITUDES ANTE LAS DROGAS

A TODOS LOS ENTREVISTADOS

82. Y en lo que se refiere a las medidas para la lucha general contra la droga, ¿qué medida cree Vd. que sería la más eficaz?

(Señalar tan sólo UNA, la más importante)
(TARJETA nº 3)

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

83. ¿Conoce Vd. o a oído hablar en alguna ocasión del Plan Galicia sobre Drogas?

1. No → P.85
2. Sí → P. 84

A LOS QUE RESPONDAN QUE SÍ SE LES HACE LA P.84

84. ¿Cómo valoraría Vd. la labor que está realizando este Plan en la atención de los problemas derivados de la droga? (prevención y formación, tratamiento de drogodependientes, etc.)

(En una escala de 1 a 10, de menor a mayor valoración)

00 NS/NC

A TODOS

85. ¿Está Vd. de acuerdo en que se administre, de forma controlada, metadona a los drogodependientes que estén en tratamiento de normalización?

1. No
2. Sí
0. NS/NC

86. ¿Estaría Vd. de acuerdo en que se facilite jeringuillas esterilizadas 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

87. ¿Vd. cree que debe sancionarse el consumo de drogas ilegales en lugares públicos (calles, parques, bares, etc.)?

1. No
2. Sí
0. NS/NC

88. En lo que se refiere al uso privado de drogas, ¿con cuál de las siguientes posibles actuaciones está Vd. más de acuerdo?

1. Debe permitirse
2. Debe sancionarse de modo leve (multa, retirada temporal del carnet de conducir o del pasaporte...)
3. Debe tener una sanción pernal
0. NS/NC

VI. FACTORES DE RIESGO

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

1. Muy malas
2. Bastante malas
3. Regulares
4. Bastante buenas
5. Muy buenas
0. NC/No compete

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

1. Muy insatisfactorias
2. Bastantes insatisfactorias
3. Ni satisfactorias, ni insatisfactorias
4. Bastante satisfactorias
5. Muy satisfactorias
0. NC/No compete

91. ¿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

92. ¿Conoce Vd. 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

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

1. Muy fácil
2. Fácil
3. Una vez fácil y otras difícil
4. Difícil
5. Muy difícil
0. NS/NC

94. En la familia con la que Vd. convive ¿ha tenido alguien alguna enfermedad mental o nerviosa; en caso afirmativo ha recibido tratamiento?

1. No, ninguna
2. Sí, y no ha recibido tratamiento
3. Sí, y sí ha recibido tratamiento
0. NS/NC

95. Actualmente ¿se encuentra Vd. satisfecho de cómo emplea su tiempo libre y su ocio?

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

96. En los últimos seis meses ¿ha participado Vd. en algún botellón? (consumo de bebidas alcohólicas en grupo y en la calle, plazas...)

1. No, nunca
2. Sí, una o dos veces en los últimos seis meses
3. Sí, de tres a cinco veces en los últimos seis meses
4. Sí, una o dos veces al mes
5. Sí, todas o casi todas las semanas
0. NS/NC

97. ¿Participa Vd. en alguna asociación u organización de vecinos, cultural, política, deportiva o de cualquier otro tipo, aunque no sea miembro asociado?

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

98. Dígame, por favor, ¿cuál es su punto de vista sobre la sociedad en que vivimos?

1. Es muy injusta e imperfecta
2. Es bastante injusta e imperfecta
3. Tiene cosas positivas y cosas negativas
4. Es bastante aceptable
5. Es la mejor sociedad posible
0. NS/NC

99. Pensando en su realidad concreta, ¿cómo cree que es su posición económica y social?

1. Muy insatisfactorias
2. Bastante insatisfactorias
3. Ni satisfactorias, ni insatisfactorias
4. Bastante satisfactorias
5. Muy satisfactorias
0. NS/NC

100. Con cierta frecuencia ¿se nota Vd. agobiado y en tensión?

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

101. ¿Tiene Vd. la sensación de que no puede superar sus dificultades?

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

102. Últimamente ¿ha perdido confianza en si mismo?

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

103. En general, en el momento actual de su vida, ¿se siente Vd. satisfecho o insatisfecho?

1. Muy insatisfactorias
2. Bastante insatisfactorias
3. Ni satisfactorias, ni insatisfactorias
4. Bastante satisfactorias
5. Muy satisfactorias
0. NS/NC

104. Todas las personas tienen en la vida ciertas dificultades que les lleven a pensar ciertas resoluciones. ¿Hasta dónde ha llegado Vd. en el peor momento?

(Leer los ítems siguientes)

1. A conformarme con la situación, pensando que con el tiempo se solucionaría
2. A desear morir
3. A pensar en quitarse la vida
4. A plantear el quitarse la vida
5. A intentar quitarse la vida y fracasar en el intento
0. NS/NC

105. ¿En qué 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 las 106 a 113 se harán tan sólo a las que en la P.10 tengan una actividad profesional o hayan trabajado antes aunque ahora esté en paro, es decir los que se hayan anotado en los ítems del 1,2,3 y 8. No se les hará a los que busquen el primer empleo, estudiantes, amas de casa o jubilados y pensionistas.

106. ¿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, empresario o autónomo
0. NS/NC

107. ¿Realiza o realizaba Vd. trabajos o destajo o que le exigieran un rendimiento muy alto?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

108. ¿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

109. ¿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

110. ¿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 – No compete

111. ¿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

112. ¿Siente o sentía Vd. tensión, agobio o estrés durante su trabajo?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

113. ¿Siente Vd. inquietud o inseguridad ante su futuro laboral?

1. Mucho
2. Bastante
3. Algo
4. Poco
5. Nada
0. NS/NC

VII. FACTORES DE PROTECCIÓN

Las siguientes preguntas se harán a **TODOS** los entrevistados

114-118. A continuación le voy a mencionar una serie de frases, dígame por favor en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas
(Contestar una a una)

114. Hay que ocuparse de los demás aunque en ocasiones cueste algún sacrificio
115. Hay que colaborar con los demás, aunque en ocasiones las cosas no se hagan como uno quiere
116. El aspecto religioso de la vida es para mí algo importante
117. Aunque mis amigos beban o tomen alguna otra sustancia, yo prefiero mantenerme al margen
118. Prefiero renunciar a satisfacciones actuales para obtener otras cosas en el futuro

1. Muy de acuerdo
2. Bastante de acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Bastante en desacuerdo
5. Muy en desacuerdo
0. NS/NC

119-123. Dígame, por favor, si usted participa en alguna de las siguientes actividades, y en caso afirmativo en qué medida

(Contestar una a una)

119. Actividades humanitarias o colaboro con alguna ONG
120. Actividades sociales, comunitarias o culturales
121. Prácticas o actividades religiosas
122. Practico deporte
123. Tengo afición a la lectura

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

124. ¿En qué medida es importante para Vd. la salud y el cuidado de su cuerpo?

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

125. En su vida personal (estudios, trabajo, pareja, etc.) ¿en qué medida suele tener objetivos claros sobre lo que quiere y lo que debe hacer?

1. Nunca
2. Pocas veces
3. Algunas veces
4. Bastantes veces
5. Muchas veces
0. NS/NC

126-130. Pensando ahora en su familia, ¿podría decirme en qué medida se dan o existen las siguientes cosas: (Contestar una a una)

126. Las relaciones son satisfactorias: hay estabilidad y buen clima en casa
127. Hay diálogo entre padres e hijos en las cosas que afectan a los miembros de la familia
128. Cuando tengo un problema suelo contarle en casa
129. Siento apego por mi familia
130. Mis padres me han hablado de buen modo sobre los riesgos del alcohol y las drogas

- | |
|-------------|
| 1. Nada |
| 2. Poco |
| 3. Regular |
| 4. Bastante |
| 5. Mucho |
| 0. NS/NC |

131. ¿En qué medida se siente Vd. integrado en su barrio y siente apego por él?

1. Nada
2. Poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
0. NS/NC

132. ¿En su barrio se ha dado alguna vez la presencia de drogas o de delitos relacionados con las mismas?

1. Nunca
2. Muy poco
3. Algunas veces
4. Bastantes veces
5. Muchas veces
0. NS/NC

133. ¿Ha visto, leído algún mensaje preventivo sobre el tabaco, el abuso del alcohol o el consumo de otras drogas?

1. No. Nunca
2. Pocas veces
3. Sí, algunas veces
4. Sí, bastantes veces
5. Sí, muchas veces
0. NS/NC

134. ¿Ha recibido o participado en alguna actividad preventiva sobre el tabaco, el abuso del alcohol o el consumo de otras drogas?

1. No. Nunca
2. Pocas veces
3. Sí, algunas veces
4. Sí, bastantes veces
5. Sí, muchas veces
0. NS/NC

La pregunta 135 se hará tan sólo a los que tengan una edad comprendida entre los 12 y los 24 años. Para ello ver la pregunta 7. Edad
--

135. ¿En su escuela o instituto ha recibido o participado, en alguna ocasión, en charlas u otras actividades de información o prevención sobre el tabaco, el abuso de alcohol o el consumo de otras drogas?

1. No, nunca
2. Pocas veces
3. Sí, algunas veces
4. Sí, bastantes veces
5. Sí, muchas veces
0. NS/NC

Entrevistador:

Anota los datos de tu código de quipo y entrevistador, el día y mes de la realización de la entrevista y su duración. Y sobre todo los datos del entrevistado, especialmente el domicilio y si es posible el teléfono.

Equipo/Entrevistador	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día	Mes
Fecha realización entrevista	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Duración entrevista en minutos		<input type="text"/>
Entrevistado:		
Nombre:	<input type="text"/>	
Dirección	<input type="text"/>	
	Teléfono:	<input type="text"/>

METODOLOGÍA DEL TRABAJO DE CAMPO

Metodología del trabajo de campo

Metodología a aplicar en la realización del trabajo de campo en la Encuesta Domiciliaria

El objetivo primordial de este manual es explicar de manera clara y concreta el método que todos los trabajadores de campo han de aplicar para la correcta realización de las encuestas que le correspondan desarrollar.

Es fundamental que el entrevistador conozca y ponga en práctica correctamente todas y cada una de las normas que en este manual se exponen; pues de esta manera podremos obtener unos resultados absolutamente válidos para el posterior trabajo de los investigadores responsables de este estudio.

Es conveniente cumplir con el método que a continuación se explica, de lo contrario, puede conllevar grandes sesgos en la información recogida; lo que implicaría la consiguiente no validación del trabajo realizado.

De entre los diferentes sistemas de muestreo existentes, en la Encuesta vamos a utilizar uno de los más usuales y conocidos: las Rutas aleatorias.

El método de Rutas Aleatorias

Es sin lugar a dudas el más comúnmente utilizado por los diferentes departamentos de campo de las empresas del sector.

Como casi todos los métodos; tiene sus grandes ventajas, sobre todo a la hora de configurar la muestra, y sus desventajas. De entre éstas caber destacar que el sistema requiere una aplicación muy exhaustiva en todos los aspectos y momentos; pues exige una participación muy activa, por parte del entrevistador, en la selección de la muestra.

Llamamos RUTA, al itinerario que debe seguir el entrevistador para realizar un número determinado de entrevistas. Su **longitud** está en función del número de entrevistas a realizar y de las posibles dificultades que se vaya encontrando a lo largo de su recorrido. (Ausencias, negativas).

Para este trabajo, todas las rutas comportarán la realización de un número de entrevistas, a determinar todavía; circunscritas todas ellas a una sola sección censal.

Toda ruta tiene su **origen** en una dirección de partida y su **final** en la realización de la última entrevista.

1.- La Dirección de Partida

Llamamos dirección o punto de partida, al lugar donde se inicia una ruta. En todos los casos vendrá determinada por una dirección concreta, seleccionada al azar de entre el callejero de una sección censal determinada.

En la localización de la dirección de partida, el entrevistador puede encontrarse con diferentes situaciones que pasamos a pormenorizar a continuación:

- a Que termine la numeración de la calle antes de llegar al número dado como punto de partida.** En este caso, tomaremos como punto de partida, el edificio dentro de la misma calle y acera (par o impar), cuya numeración sea la más elevada.

Ejemplo	Dirección de partida:	Sevilla nº 48
	Numeración de la calle::	Termina en 42 (pares)
	Inicio de la Ruta	Sevilla nº 42

- b El número designado como punto de partida se encuentra repetido.** Podemos encontrarnos tres casos:

- **Número bis:** Siempre consideraremos el número primitivo.
- **Número repetidos:** Entre ambos, se considerará como punto de partida el número que ocupe el primer lugar teniendo en cuenta el orden creciente de la numeración de la calle.
- **Numeración doble:** (Antigua y moderna). Siempre consideraremos la más moderna.

- c Que el número designado como punto de partida no exista en la calle.** En este caso, tomaremos como punto de partida, el edificio cuya numeración corresponda al primer número correlativo inferior que nos encontremos, (siendo éste par o impar según sea el número dado como punto de partida).

Ejemplo	Dirección de partida:	Sevilla nº 83
	Numeración dae la calle	79, 81, Solar, 87
	Inicio de la Ruta:	Sevilla nº 81

- d Que no se localice la calle que figura en la dirección de partida.** En esta situación, y una vez aportados todos los recursos para intentar localizarla, se consultará con el coordinador de zona o con el responsable de campo, antes de tomar ninguna iniciativa.

Cualquier anomalía que se observe en la dirección de partida, deberá venir reflejada en la Hoja de Ruta

2.- El valor de cadencia

Llamamos **cadencia** a un valor numérico definido de antemano por el departamento de campo y que **se utiliza para seleccionar las viviendas** en las cuales debemos intentar realizar las entrevistas a lo largo de la ruta.

Este **valor de cadencia**, al igual que la **dirección de partida**, siempre irán indicados en la hoja de ruta y **nunca podrán ser modificados por el entrevistador** sin previa consulta con el coordinador del trabajo de campo.

En la Encuesta que nos ocupa, trabajaremos con un valor de cadencia igual a **12**.

3.- Arranque y seguimiento de la ruta

Tal y como ya se ha mencionado anteriormente, todas las rutas se desarrollarán dentro de una sola y única sección censal; de tal manera, que, al final del trabajo habremos hecho tantas rutas como secciones censales han salido seleccionadas en el muestreo.

De esta manera, cuando a un entrevistador se le asigne una ruta cualquiera, recibirá:

- Los **cuestionarios** necesarios para realizar un número de entrevistas predeterminado.
- La **hoja de ruta**, donde aparecerán definidos el punto de partida, el valor de cadencia y las cuotas a cubrir.
- El **callejero** correspondiente a la sección censal donde ha de hacer las entrevistas y completar el itinerario de la ruta.

Con todo este material (definidos el punto de partida y la cadencia), estamos en disposición de iniciar la ruta correspondiente.

Para comenzar la ruta, el entrevistador tendrá que dirigirse a la dirección de partida. Una vez en ella procederá a seleccionar la primera vivienda donde intentará realizar la entrevista.

Pero, ¿qué itinerario hay que seguir desde dicho punto de partida?. Para la correcta realización del itinerario es imprescindible la utilización del callejero de la sección. Pongamos un ejemplo de callejero, y a partir de ahí explicaremos como hacer el itinerario.

CALLEJERO DE LA SECCIÓN			
	Entidad	Denominación Vía	Numeración
	A Coruña	calle Almansa	0068 0068
	A Coruña	calle Aranjuez	0006 0028
	A Coruña	calle Beire	0001 0013
Vía y numeración que contiene la dirección de partida	A Coruña	calle Beire	0002 0014
	A Coruña	calle Enrique I	0001 0007

Situado el entrevistador en la dirección de partida, comenzará a **caminar en sentido ascendente**, en relación a la numeración de los edificios y siempre por la misma acera, dependiendo de si el punto de partida tiene número par o impar.

Ejemplo	Dirección de partida:	Beire nº 8
	Numeración de la calle	*
	Inicio de la Ruta:	°

4	6	8	1	1
---	---	---	---	---

A partir de aquí, el entrevistador continuará por la misma calle (siguiendo la misma numeración), hasta agotar todos los pares de la calle Beire. A continuación, seguirá por la siguiente vía de la lista del callejero; en nuestro ejemplo Calle Enrique I, por la acera que contenga los edificios cuya numeración esté entre el 1 y el 7 (ambos inclusive). Una vez cubierto este tramo; tendrá que continuar por la calle Almansa (por la acera de los pares) y así sucesivamente.

Es decir; **el entrevistador irá recorriendo la lista del callejero**; partiendo siempre de la fila donde esté contenida la dirección de partida (nombre de calle y número), **para continuar por las calles que en sentido descendente aparecen en el callejero**.

Como el callejero lo recorreremos en sentido descendente siempre, desde la última calle del listado pasaremos a la primera, para proseguir igualmente en sentido descendente.

De otra parte, recorreremos el callejero completo tantas veces como sean necesarias, hasta completar el número de entrevistas previstas.

La ruta, a lo largo de su itinerario, puede transcurrir por ambas aceras; dependiendo que ambas (pares e impares) aparezcan recogidas en el listado del callejero de la sección. En nuestro ejemplo; recorreremos ambas aceras de la calle Beire siempre y cuando al acabar con el portal nº 28 de la Calle Aranjuez no se hayan realizado todas las entrevistas previstas.

Poner mucha atención a la numeración de la calle recogida en el callejero; pues un gran mayoría de los límites de las secciones dividen una calle; por lo que una acera pertenece a una sección y la de enfrente a otra.

Observaciones sobre el callejero

- Sí en la numeración de la Vía aparecen el "9999" o el "9998"; significa que en la sección entra toda la numeración impar o par de esa calle

4.- La Selección de Viviendas

Antes de explicar como efectuar la selección de las viviendas, bueno será que la definamos.

Se trata de un local donde viven efectivamente una o varias personas, tanto si se trata de un edificio individual (chalet, caserío, etc.) como si se encuentra en una edificación colectiva de varios pisos (varias viviendas). No están, por tanto, consideradas como tales los comercios, oficinas, hoteles o pensiones, escuelas, etc.; en suma, todo lo que no es un local habitado por una persona o varias (familia).

Para proceder a la selección de las viviendas haremos uso de la **cadencia**, mencionada anteriormente. ¿De qué forma? El entrevistador deberá ir contando tantas viviendas como sea el valor de cadencia, de tal manera que intentará realizar una entrevista en todas aquellas viviendas en las que coincida el valor cadencial predeterminado. Pongamos un ejemplo:

c/Sevilla nº 48						
A 1	B 2	C 3	D 4	E 5	F 6	4ª Planta
A 7	B 8	C 9	D 10	E 11	F 12	3ª Planta
A 1	B 2	C 3	D 4	E 5	F 6	2ª Planta
A 7	B 8	C 9	D 10	E 11	F 12	1ª Planta
A 1	B 2	C 3	D 4	E 5	F 6	Baijo

c/Sevilla nº 48		
A 1	B 2	C 3
A 4	B 5	C 6
A 7	B 8	C 9

	Vivienda seleccionada
--	--------------------------

Si el entrevistador de nuestro ejemplo tuviera como dirección de partida la calle Sevilla nº 48 y un valor de cadencia de 12, procedería de la forma siguiente: Una vez situado en el punto de partida debería empezar a contar desde la primera vivienda; en nuestro caso el Bajo A, de forma sucesiva hasta que localice la vivienda que haya el número 12 (1ª planta, letra F). Es en esta vivienda donde procederá a realizar la entrevista. A continuación, volverá a contar de nuevo doce viviendas para seleccionar otra; y así sucesivamente.

Como se puede apreciar en el gráfico del ejemplo, una vez se seleccionó la puerta F de la 3ª planta (en Sevilla, 48); el entrevistador seguirá contando las viviendas restantes del edificio (4ª planta) y completa la cadencia de 12 viviendas en el edificio contiguo del itinerario de su ruta (Sevilla nº 50; 1º C).

A la hora de contar, para aplicar el valor cadencial marcado, deberemos ser rigurosos en los siguientes aspectos:

- a En todos los edificios con más de una planta, siempre contaremos **de abajo hacia arriba**.
- b El orden de las puertas en cada planta será el que ellas tengan; siempre que las puertas estén numeradas. Si las puertas están ordenadas alfabéticamente, respetaremos dicho orden (A=1; B=2; etc). Cuando las puertas no tengan ningún tipo de ordenación; las ordenaremos de izquierda a derecha, siempre en función del punto por el cual hemos llegado a la planta.
- c Si un edificio tiene más de una escalera, seguiremos el orden de la propia numeración de la escaleras. Si no estuvieran numeradas las ordenaremos siguiendo los mismos criterios expuestos para las puertas de las viviendas.
- d Cuando se nos agotan las viviendas de un edificio, sin haber alcanzado la cadencia marcada; continuaremos con la primera vivienda del edificio siguiente de nuestra ruta, a partir del número en el que nos quedamos en el anterior.
- e Cuando un portero no nos permita el acceso a un edificio, deberemos hacer una estimación del número de viviendas que contengan para saber si en el mismo correspondería realizar una o varias entrevistas (Fijaros en los porteros automáticos o que os informe algún vecino). Si este fuera el caso, deberéis proceder a sustituir aquella/s vivienda/s donde no habéis podido realizar entrevista.
- f Una vez seleccionada la vivienda, el entrevistador procederá a seleccionar también aleatoriamente en el hogar a qué miembro de la familia le correspondería hacerle la entrevista; cumpliendo siempre las proporciones de edad que le corresponda cumplimentar.

5.- Procesos de sustitución

Llegado a este punto hay que hacer una consideración previa. El proceso de sustitución es de gran importancia en cualquier fase (tanto si hablamos de viviendas como si lo hacemos de personas). Todo estudio realizado por medio de encuestas requiere que las sustituciones se realicen correctamente y una vez agotadas todas las posibilidades al alcance de la mano para evitar proceder de este modo. Si las sustituciones no se hacen correctamente, la muestra se puede ver gravemente alterada, llegando incluso a invalidar su representatividad.

Se procederá a sustituir vivienda cuando en la puerta seleccionada inicialmente no se pueda realizar la entrevista por alguno de los siguiente motivos:

- Que corresponda a una oficina/pensión
- Que se encuentre deshabitada
- Que rehúsen a colaborar

Nos podemos encontrar con 3 casos:

- a **Vivienda unifamiliar.** La sustitución se llevará a cabo en la siguiente vivienda (o edificio) que nos encontramos siguiendo ruta.
- b **Edificio de varias plantas con una sola vivienda/puerta, por planta.** La sustitución se llevará a cabo en la vivienda de la planta inmediata superior.
- c **Edificio con varias plantas y más de una vivienda/puerta por planta.** La sustitución en la puerta inmediata de la derecha o la izquierda, según proceda en función de la ordenación que hayamos dado a las mismas para su selección.

En los edificios con varias plantas y viviendas, debemos ser muy rigurosos a la hora de respetar las siguientes normas:

- 1 Procederemos a sustituir en la misma planta, pero teniendo en cuenta que no podemos retroceder en el ciclo de selección, es decir, que si en una planta con cuatro puertas nos sale seleccionada la tercera, dentro de la misma planta solamente podemos sustituirla en la puerta cuarta.
- 2 En el caso de no poder realizar o concertar entrevista en la planta seleccionada inicialmente, pasaremos a la planta superior intentando realizar la entrevista en la primera puerta correspondiente, según el orden de numeración establecido. Si en dicha planta tampoco pudiésemos realizar o concertar la entrevista pasaríamos de nuevo a la planta superior y así sucesivamente.
- 3 Si siguiendo el ciclo de sustitución llegásemos a la última planta del edificio y tampoco en ella pudiésemos realizar o concertar entrevista; proseguiríamos la ruta; continuando la sustitución por la primera puerta/vivienda del edificio contiguo.
- 4 Una vez concluido un ciclo de sustitución, porque hemos obtenido o concertado entrevista; procederemos a seleccionar nuevamente, mediante el conteo de la cadencia de viviendas determinadas.
- 5 En los edificios de viviendas que tengan portero, la vivienda de este nunca podrá sustituir a ninguna de las viviendas del edificio. Siendo válida a efectos de poderla incluir en la muestra únicamente en el caso de salir seleccionada inicialmente.

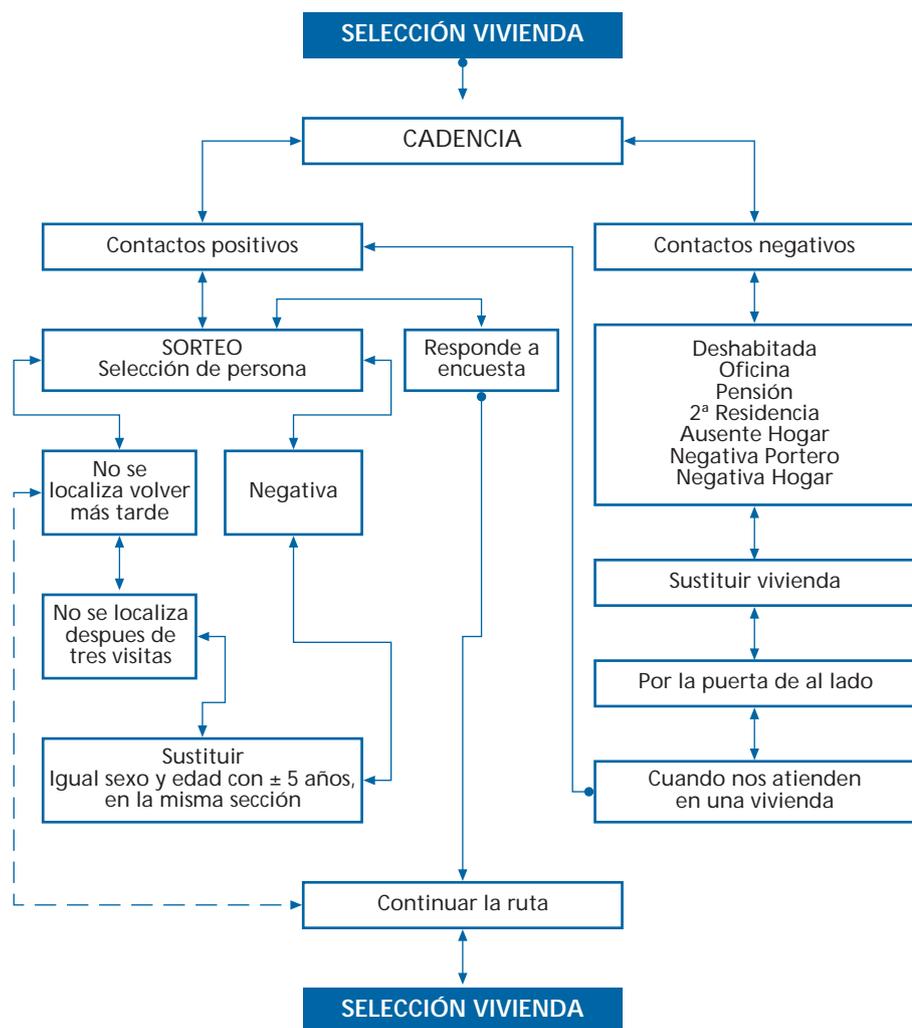
Las distintas fases desarrolladas en todo proceso de sustitución a lo largo de una ruta deberán venir reflejadas con todo detalle en la hoja de ruta.

Se procederá a sustituir a la persona seleccionada cuándo nos encontremos con alguna de las siguientes situaciones:

- Negativa a colaborar rehusando ser entrevistado
- Que regrese a casa pasadas las 10 de la noche
- Que se encuentre incapacitada físicamente par a responder
- Que todos los miembros de la familia estén fuera de cuota.

Quando nos encontremos con cualquiera de estas circunstancias, procederemos a efectuar sustitución. Esta se debe hacer por otra persona, dentro de la sección censal en la que se esté desarrollando la ruta, que cumpla las siguientes condiciones:

- a Que sea del mismo sexo
- b Que pertenezca al mismo grupo de edad
- c Nunca se podrá sustituir una persona en el mismo hogar seleccionado inicialmente.



Servizo Galego
de Saúde

Subdirección Xeral
de Saúde Mental e Drogodependencias

Análises / Estudos



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



**SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE**