

Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

MINISTERIO DEL INTERIOR

INFORME Nº 5 – JULIO 2002

INFORME Nº 5
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS
JULIO 2002

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS



INFORME Nº 5
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS
JULIO 2002

Este Informe ha sido elaborado por el Observatorio Español sobre Drogas y aprobado por su Consejo Asesor, bajo la presidencia del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Han intervenido en su elaboración: Emiliano Martín, Pilar Álvarez, Faustino Aparicio, Gregorio Barrio, Macarena Cavestany, Cristina Infante, Sonia Moncada, Rafael Pérez, Francisco Rábago, Luis Royuela, Aurora Ruiz y Graciela Silvana.

Información del Plan Nacional sobre Drogas

Dirección	Calle Recoletos, 22 - 28071 Madrid
Teléfono	91 537 27 00
Internet	www.mir.es/pnd
Correo electrónico	cendocu@pnd.mir.es



Edita: MINISTERIO DEL INTERIOR
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Secretaría General Técnica

Diseño y maquetación: Quadro

Imprime: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado

NIPO: 126-02-033-2

ISBN: 84-

Depósito legal:

Tengo la enorme satisfacción de presentar un nuevo número del Observatorio Español sobre Drogas que contribuirá a consolidar la línea de actuación perfilada en las ediciones anteriores y a configurar un estilo diferente de análisis y difusión de la información sobre drogas que iniciábamos hace ya cuatro años.

En efecto, el Observatorio representa un intento de ofrecer un tratamiento global, estructurado y riguroso de la información sobre drogas existente en nuestro país a través de diez grupos estables de indicadores, al tiempo que un esfuerzo constante de profundización en el contenido de los mismos. Todo ello partiendo de una convicción: una política certera y eficaz sobre drogas sólo es posible si se soporta en un diagnóstico adecuado de la realidad sobre la que pretendemos incidir.

Entrando ya en los contenidos del Informe nº 5, es preciso resaltar como uno de los apartados más relevantes el que se dedica a exponer los resultados de la última Encuesta Escolar sobre Drogas, llevada a cabo a finales del año 2000. Se trata de la cuarta edición de este tipo de estudios, desarrollados todos con el mismo cuestionario e idéntica metodología, lo que nos permite contar con una serie histórica lo suficientemente dilatada en el tiempo como para disponer de una apreciación bastante aproximada de la evolución de los consumos en este grupo de población adolescente así como de las tendencias que se apuntan para el futuro.

De sus resultados se desprende la clara persistencia de los consumos recreativos de drogas, con incrementos en el consumo de cannabis y éxtasis y un apreciable descenso del alcohol que se mantiene, no obstante, en unos elevados niveles de consumo ya en estas edades. Estos datos no hacen sino confirmar la absoluta pertinencia del énfasis que, desde todas las instancias que trabajamos en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, venimos poniendo desde hace años en la prevención de este tipo de consumos.

Una consecuencia inmediata de la atención prestada a la prevención se refleja en las constantes mejoras introducidas en los sistemas de registro del indicador de prevención. Como refleja el presente Informe, hoy disponemos de una información exhaustiva y precisa de los programas de prevención que se aplican efectivamente en España en los ámbitos escolar y familiar. Este requisito, indispensable para promover el proceso de generalización que plantea la Estrategia Nacional sobre Drogas, se está gestando también en los restantes ámbitos preventivos.

El Informe recoge, como en anteriores ediciones, los últimos datos disponibles de carácter asistencial, sanitario, de inserción social, policial, judicial, etc., ofreciéndonos, en suma, una visión cada vez más completa no sólo del estado de situación del fenómeno sino también de las respuestas que las distintas Administraciones e instituciones que trabajamos en este campo de las drogas y las drogodependencias estamos ofreciendo a los afectados por este problema y a la sociedad en general.

Finalmente, y a riesgo de reiterarme en esta manifestación, quiero hacer hincapié en que esta publicación es el resultado del esfuerzo colectivo de muchos profesionales, voluntarios, organizaciones sociales e instituciones que nos aportan los datos necesarios para su análisis y elaboración. A todos ellos, y muy especialmente a los miembros del Consejo Asesor del Observatorio, que con sus observaciones y sugerencias hacen posible esta tarea, mi agradecimiento por su colaboración y mi felicitación por el resultado obtenido.

Gonzalo Robles Orozco
Delegado del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

Indice

1. Síntesis de contenidos del Informe	7
2. Indicadores sociológicos y patrones de consumo	11
1. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar, 2000	13
2. Factores asociados al consumo de drogas entre escolares: análisis multivariable de la Encuesta Escolar	41
3. Estimaciones de la prevalencia del consumo problemático de opioides	45
4. Demanda directa de bebidas alcohólicas	47
5. Demanda directa de tabaco	50
3. Indicadores de prevención	57
1. Programas de prevención escolar	59
2. Programas de prevención familiar	64
4. Indicadores asistenciales	67
1. Indicador tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	69
5. Indicadores sanitarios	83
1. Indicador urgencias hospitalarias por reacción aguda a sustancias psicoactivas	85
2. Casos de sida asociados al consumo de drogas por vía intravenosa	89
6. Indicadores de inserción-reinserción	93
7. Indicadores de mortalidad	99
1. Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas	101
2. Muertes producidas en accidentes de tráfico relacionadas con el consumo de drogas	106
3. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol	111

8. Indicadores de oferta de drogas	113
1. Sustancias intervenidas	115
2. Variaciones en la pureza y precio de las sustancias intervenidas	120
9. Indicadores policiales	121
1. Detenidos por tráfico de drogas	123
2. Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública	126
3. Diligencias y denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal	129
10. Indicadores judiciales y penitenciarios	133
1. Medidas alternativas al cumplimiento de la pena privativa de libertad	135
2. Características de la población penitenciaria	136
11. Anexos	145
1. Estudios e investigaciones	147
2. Situación de la armonización de indicadores clave del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT)	149

1

Síntesis de contenidos del Informe

Con el fin de ofrecer una visión general del conjunto de datos e informaciones que aparecen en el Informe nº 5 del Observatorio Español sobre Drogas, se expone a continuación un resumen del contenido de los principales aspectos que figuran en el mismo:

1 Entre las conclusiones más destacadas de la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar del año 2000, cabe señalar las siguientes:

- Se ha quebrado la expansión de los consumos de alcohol entre los escolares españoles, que venía produciéndose desde la década de los 80. Han descendido en un 12% los bebedores habituales y se han incrementado en un 10% los escolares abstemios en el período 1998-2000.
- El consumo de psicoestimulantes (cocaína y pastillas) se ha estabilizado en su conjunto, observándose desplazamientos internos en el uso de este tipo de sustancias, en función probablemente, de modas coyunturales y de la situación de la propia oferta. En el período 1998-2000 se han reducido los consumidores habituales de cocaína, anfetaminas y alucinógenos, mientras que aumentaron los de éxtasis.
- En el período 1998-2000 han aumentado en un 9% los escolares que han consumido alguna vez cánnabis.
- En el año 2000, y tras años de continuados descensos, se han estabilizado las edades de inicio al consumo de tabaco, alcohol y cánnabis, elevándose para el resto de las sustancias.

- Un porcentaje importante de los escolares consumidores de drogas manifiesta haber tenido problemas derivados del consumo, desmintiendo la supuesta inocuidad de los usos recreativos de drogas como el alcohol, el cánnabis, el éxtasis o la cocaína.
- Se constata una intensa asociación entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis, de modo que el uso de cualquiera de estas sustancias implica una alta probabilidad de consumo de las restantes.
- En relación con la evolución registrada en las percepciones y actitudes frente a las drogas en el período 1994-2000 se constata una reducción de la percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de las distintas sustancias, en especial del cánnabis y la cocaína. Desciende el rechazo atribuido al consumo ocasional de cánnabis y tranquilizantes, mientras que aumenta el asociado al consumo de cocaína, éxtasis y heroína.

2 En el año 2000 se han desarrollado programas de prevención escolar dirigidos a más de medio millón de escolares de 5.300 centros educativos. La mayoría de estos programas son de carácter universal e impartidos por profesores formados para ello. La Educación Secundaria Obligatoria ha sido el nivel educativo al que más programas se han orientado.

Se han desarrollado también programas de prevención familiar de tipo universal cuya actividad principal han sido charlas y cursos de formación dirigidos a padres y madres en general.

3 Continúa descendiendo el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidas alcohol y tabaco). En el año 2000 estas admisiones ascendieron a 49.487, frente a las 51.191 de 1999 y las 54.338 de 1998.

Al igual que en años anteriores, la mayor parte de las admisiones a tratamiento se debieron al consumo de heroína (72,2%), seguidas por el consumo de cocaína (17,2%) y cánnabis (6,1%). No obstante, si se consideran únicamente los casos nuevos, sin tratamiento previo, el peso de sustancias como la cocaína (32,1%) o el cánnabis (14,5%), aumenta mucho, mientras que desciende el peso de la heroína (47,6%).

La edad media de inicio en el consumo de la droga principal fue de 20.6 años, habiendo comenzado el consumo más tarde las personas tratadas por primera vez en la vida (21.1 años) que las previamente tratadas (20.4 años). Entre las personas admitidas a tratamiento por heroína, la vía de administración predominante fue la pulmonar o fumada (64,6%), seguida muy de lejos por la parenteral o inyectada (26,3%). Entre los tratados por primera vez estas diferencias aún son mayores.

4 El número de nuevos diagnósticos de sida asociados a la inyección de drogas ha descendido de forma importante en los últimos años, habiendo pasado de 5.000 en 1994 a 765 en 2001. De los 1.465 casos totales diagnosticados en 2001, un 52% del total se atribuyeron a la inyección de drogas. Esta proporción ha descendido en los últimos años, tras el máximo alcanzado en 1990 (69,6%), y paralelamente ha aumentado la proporción atribuible a transmisión por relaciones heterosexuales.

5 En el año 2000 se recogieron 444 fallecimientos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. Estas muertes procedían de 104 partidos judiciales con una población de 15.600.000 habitantes. Hay que señalar que, en la última década, esta mortalidad ha seguido una tendencia claramente descendente. Como en años anteriores, la mayor parte de estas muertes son atribuibles al consumo de opioides o cocaína (426). Entre los casos con análisis toxicológico disponibles, la mayoría fueron positivos a opiáceos (89,4%), un 54,4% a cocaína, un 53% a benzodiacepinas, un 35,5% a alcohol y un 15,2% a cánnabis.

6 En relación con el control de la oferta, hay que señalar que los datos relativos a las drogas decomisadas en el año 2001 muestran un aumento general, tanto de la cantidad incautada de las distintas drogas como del número de decomisos efectuados de cada una de ellas.

Destaca la cocaína incautada (33.680 kg.), que multiplica por cinco la cantidad aprehendida en el año 2000 (6.165 kg.), y supera con mucho la de todos los años anteriores. Por otro lado, las incautaciones de éxtasis ascienden a 860.164 pastillas, cifra parecida a la del año 2000, si bien las aprehensiones de estos dos últimos años suponen un salto cuantitativo importante respecto al período anterior, con la única excepción del año 1995, en que se incautaron 739.511 pastillas. También en el año 2001 se han incrementado los decomisos de varios fármacos (buprex, contugesic, trankimazin y valium), así como de nuevas sustancias como el GHB o el deprancol.

En cuanto al precio y la pureza de las diversas drogas, los datos facilitados por la Unidad Central de Inteligencia Criminal para los dos semestres del año 2001, revelan que se han mantenido bastante estables tanto a lo largo de dicho año 2001 como respecto al 2000. Se han observado leves modificaciones que se concretan en una ligera subida del precio de la heroína y de la cocaína, a lo largo de 2001 y respecto al año anterior, mientras que la pureza de ambas sustancias desciende ligeramente.

7 En el período 1999-2001, los penados por delitos contra el orden socioeconómico se estabilizan, mientras que aumentan los penados por delitos contra la salud pública y los delitos contra las personas.

Por otra parte, y de acuerdo con los datos aportados por los Planes Autonómicos de Drogas, en el año 2000, han sido derivadas 716 personas a tratamiento por consumo de drogas, desde los juzgados, y 1.861 desde los centros penitenciarios. En el año 2000, el número de personas en programas de cumplimiento alternativo a la privación de libertad, que recibían tratamiento en dispositivos comunitarios fue de 2.958. Estos dispositivos comprendían 21 pisos de cumplimiento de pena, 66 comunidades terapéuticas y otros 132 recursos de diverso tipo.

2

Indicadores sociológicos y patrones de consumo

1. ENCUESTA SOBRE DROGAS A LA POBLACIÓN ESCOLAR, 2000

El Programa de Encuestas sobre Drogas a Población Escolar que realiza la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y que contempla, entre otras actuaciones, la realización desde 1994 de una encuesta con carácter bianual a estudiantes de Secundaria de 14 a 18 años, permite el análisis de la evolución temporal de los consumos de las distintas sustancias, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de los escolares españoles.

Los contenidos de la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 2000 se han visto ampliados con respecto a ediciones precedentes, incorporando, además de la Encuesta sobre Drogas a Estudiantes de Secundaria propiamente dicha, la realización de grupos de discusión con escolares para el análisis de los discursos de los mismos sobre las drogas (tal como ya se hiciera en la Encuesta de 1998) y de una Encuesta a Docentes sobre Percepciones, Actitudes y Conductas ante el Consumo de Drogas entre los Escolares y las Actuaciones Preventivas, que ha contado con una muestra efectiva de 3.596 profesores, adscritos a 400 centros públicos-privados del conjunto del Estado.

Dado que la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar del año 2000 da continuidad a encuestas similares realizadas en 1994, 1996 y 1998, y teniendo en cuenta que uno de los objetivos básicos de la misma es el análisis de la evolución de las pautas de consumo, se ha procurado garantizar la comparabilidad tem-

poral de los resultados de las cuatro encuestas. Para ello se ha optado por mantener prácticamente inalterado el tronco común del cuestionario autoaplicado a los estudiantes de Secundaria, a la vez que se introducían en el mismo nuevas preguntas referidas fundamentalmente a las motivaciones para consumir o no consumir las distintas sustancias, los efectos y/o problemas sufridos asociados al consumo y sobre determinados aspectos que diversas investigaciones relacionan como asociados a los consumos de drogas (tipo de relaciones familiares, niveles de satisfacción personal, actitudes paternas frente a las drogas, consumo de drogas en el grupo de iguales, modelos y hábitos de ocupación del tiempo libre, etc.).

Se presentan a continuación los principales resultados de esta Encuesta y su comparación con las de años anteriores.

Metodología

La población de referencia de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar la integran el conjunto de estudiantes españoles de 14 a 18 años, escolarizados en centros públicos y privados de Secundaria (3º BUP, COU, Bachillerato LOGSE, 2º ciclo de ESO, FPI, FPII, Ciclos Formativos de Grado Medio y Módulos Profesionales). Los límites de edad establecidos en la población de referencia hacen que hayan quedado fuera del marco poblacional los estudiantes de 1º y 2º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria. El universo poblacional es de 2.102.119 alumnos.

■ La muestra

El tamaño inicial de la muestra lo integraron 22.031 escolares. Tras la eliminación de los cuestionarios en blanco y de aquellos correspondientes a los estudiantes de 19 y más años, así como a la depuración del resto de cuestionarios, la muestra efectiva obtenida la componen 20.450 escolares distribuidos en 596 centros y 994 aulas. La media de cuestionarios válidos aplicados por aula fue de 20,6.

El tipo de muestreo utilizado es el de conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Éstas están constituidas por los centros y las de segunda etapa por las aulas o grupos de alumnos. El criterio seguido ha sido no establecer submuestreo en el aula, lo que complicaría el diseño y el proceso de estimación, al tener que contemplar un factor de elevación añadido (por lo que aplicar el cuestionario a todos los alumnos de las aulas seleccionadas resultó la mejor opción posible).

El criterio de estratificación ha sido la titularidad del centro (público/privado). La asignación muestral se realizó mediante afijación de

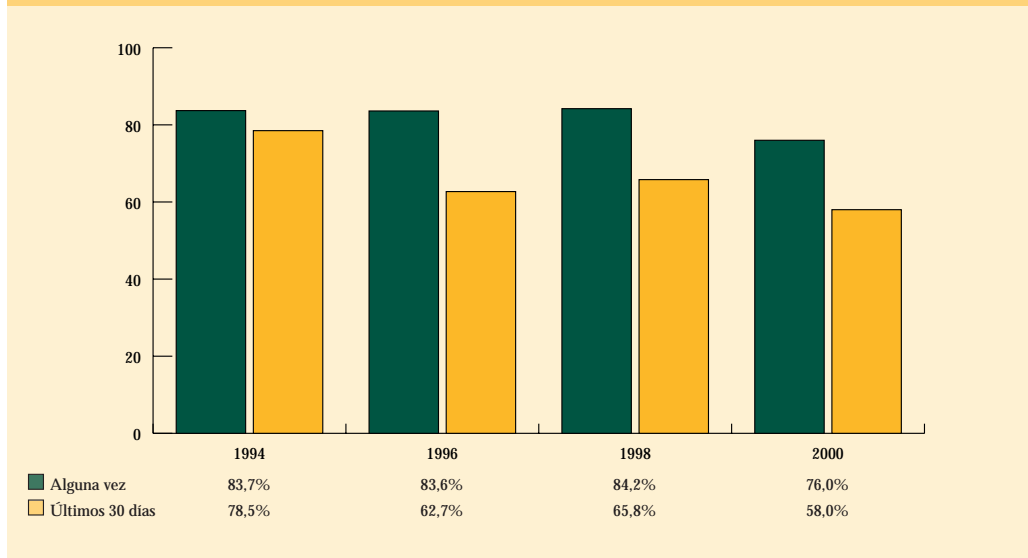
compromiso entre la uniforme y la proporcional para asegurar un mínimo de estudiantes por comunidad autónoma. Determinado el tamaño muestral, la asignación por titularidad del centro se llevó a cabo mediante asignación estrictamente proporcional.

El trabajo de campo se desarrolló en noviembre de 2000, realizándose la toma de datos mediante un cuestionario autoadministrado con 104 preguntas.

Conclusiones generales

1 La conclusión más importante de esta Encuesta es sin duda que se ha quebrado la expansión de los consumos de alcohol entre los escolares españoles, que venía produciéndose desde la década de los ochenta. Se ha registrado una importante reducción de los consumos de bebidas alcohólicas, como lo acredita el descenso en un 12% de los bebedores habituales y el incremento en un 10% de los escolares abstemios en el período 1998-2000 (Figura 2.1). De hecho, en el intervalo 1994-2000 los escolares que beben habitual-

Figura 2.1. Evolución de los consumos de alcohol entre los estudiantes de Secundaria. España, 1994-2000.



mente se habrían reducido en 20,5 puntos porcentuales, pasando del 78,5% al 58% (adquiere una especial relevancia el hecho de que esta reducción haya sido especialmente intensa entre los escolares de 14 años, con una disminución de 31,1 puntos).

2 El consumo de psicoestimulantes (cocaína y pastillas) se ha estabilizado en su conjunto, observándose desplazamientos internos en el uso de este tipo de sustancias en función probablemente de modas coyunturales y de la situación de la propia oferta. En el periodo 1998-2000 se han reducido los consumidores habituales de cocaína, anfetaminas y alucinógenos, mientras que aumentaron los de éxtasis (Figura 2.2).

3 Continúa creciendo el consumo de cánnabis entre los escolares. En el periodo 1998-2000 se han incrementado en un 9% los escolares que han consumido alguna vez esta sustancia (Figura 2.3).

4 Se mantiene estable desde 1994 la proporción de escolares que ha fumado en alguna ocasión.

5 Tras años de continuados descensos, en el año 2000 se han estabilizado las edades de inicio al consumo de tabaco, alcohol y cánnabis, elevándose para el resto de sustancias (Tabla 2.1).

6 Un importante porcentaje de los escolares consumidores de drogas manifiesta haber tenido problemas derivados del consumo, desmintiendo la supuesta inocuidad de los usos recreativos de drogas como el alcohol, el cánnabis, el éxtasis o la cocaína.

7 Se constata una intensa asociación entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis, de modo que el uso de cualquiera de estas sustancias implica una alta probabilidad de consumo de las restantes.

8 Aunque una amplia mayoría de los escolares se considera suficientemente informado sobre las drogas y sus efectos, el riesgo percibido asociado al consumo de sustancias como el alcohol o el cánnabis es bajo (Figura 2.4).

Figura 2.2. Evolución de los consumos habituales ("últimos 30 días") de psicoestimulantes entre estudiantes de Secundaria. España, 1998-2000.

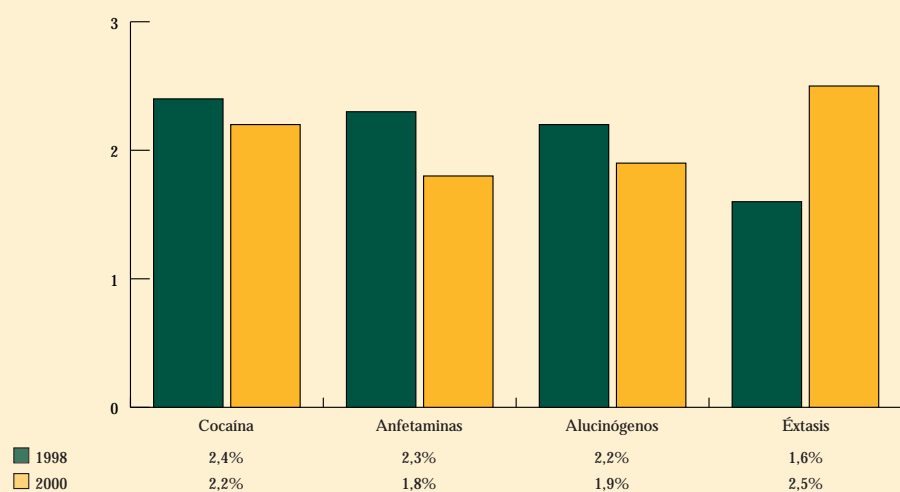


Figura 2.3. Evolución de los consumos experimentales y habituales (“últimos 30 días”) de cannabis entre estudiantes de Secundaria. España, 1998-2000.

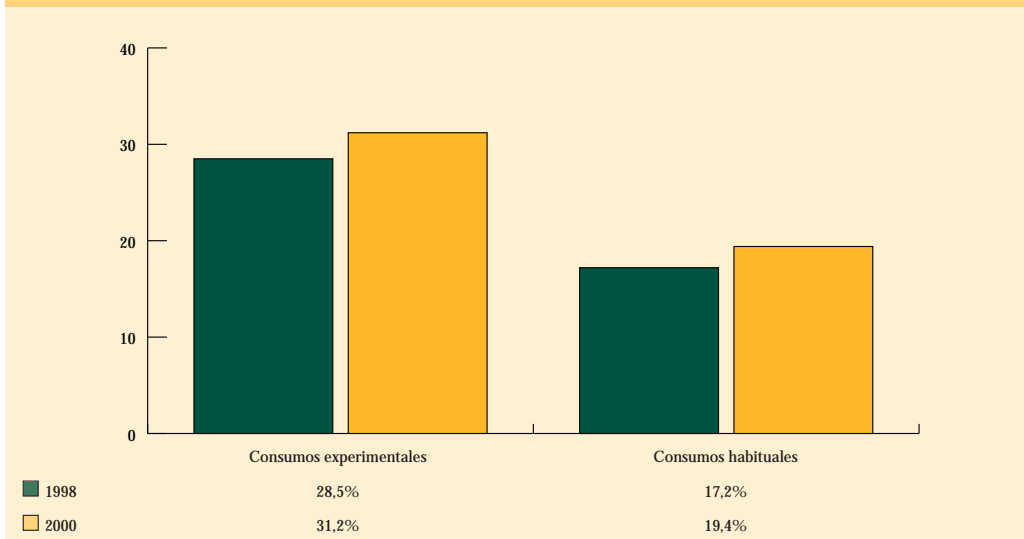
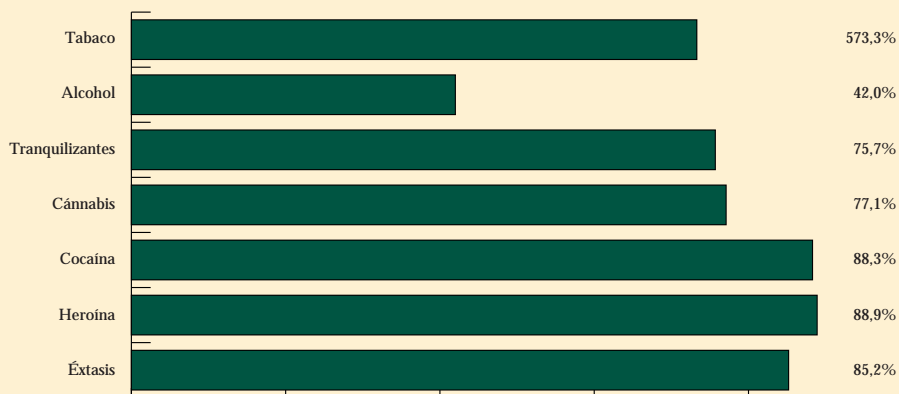


Tabla 2.1. Evolución edades medias de inicio de consumo de drogas de estudiantes de Secundaria (14-18 años). España, 1994-2000.

Sustancias	1994	1996	1998	2000
Tabaco	13,8	13,3	13,1	13,2
Tabaco (consumo diario)	-	-	14,4	14,4
Alcohol	13,4	13,7	13,6	13,6
Alcohol (consumo semanal)	-	-	14,9	14,8
Tranquilizantes (sin prescripción)	14,1	13,8	13,8	14,5
Cánnabis	15,1	15,0	14,8	14,8
Éxtasis	15,6	14,9	14,8	15,6
Alucinógenos	15,4	15,4	15,1	15,4
Speed/anfetaminas	15,5	15,5	15,2	15,5
Cocaína	15,6	15,7	15,4	15,7

Figura 2.4. Problemas percibidos asociados al consumo habitual de las distintas sustancias (% de escolares que consideran que puede provocar bastantes o muchos problemas).



Consumo habitual: Tabaco = 1 paquete al día
 Alcohol = 1 ó 2 cañas/copas al día
 Otras drogas = 1 vez por semana o más.

Principales resultados

■ Edades de inicio al consumo de las drogas

El contacto de los escolares con las diferentes drogas se produce en edades tempranas. El tabaco es la sustancia con la que los estudiantes de Secundaria tienen un contacto más precoz, situándose la edad media de inicio al consumo en los 13.2 años, seguido del alcohol con 13.6 años. La cocaína es la droga cuyo consumo da comienzo en edades más avanzadas: los 15.7 años.

Hay que destacar que no existen diferencias significativas por sexos en las edades de inicio al consumo de las distintas drogas (Tabla 2.2) El contacto con el alcohol, tabaco, tranquilizantes y cánnabis se produce en los varones en edades algo más tempranas, observándose una mayor precocidad entre las chicas para el resto de las drogas.

■ Contacto de los escolares con las distintas drogas

El consumo de drogas entre los escolares españoles continúa ajustándose a un patrón caracterizado por los consumos experimentales u ocasionales de las distintas drogas, en especial con el alcohol, el tabaco y el cánnabis, vinculados a contextos lúdicos y realizados en el fin de semana (Tabla 2.3).

El alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas por los escolares: un 76% ha tomado bebidas alcohólicas a lo largo de su vida y un 34,4% ha probado el tabaco. Conviene destacar el hecho de que un 31,2% de los escolares ha consumido cánnabis alguna vez en su vida, porcentaje similar al observado para el tabaco. Por su parte, los consumos de psicoestimulantes (cocaína, éxtasis y otras pastillas) tienen una presencia más minoritaria entre los escolares: uno de cada veinte ha experimentado con estas sustancias.

Tabla 2.2. Edad media de inicio al consumo de drogas de los estudiantes de Secundaria (14-18 años), según sexo. España, 2000.

Sustancias	Hombres	Mujeres	Total
Tabaco	13.0	13.3	13.2
Tabaco (consumo diario)	14.5	14.4	14.4
Alcohol	13.4	13.8	13.6
Alcohol (consumo semanal)	14.8	14.9	14.8
Tranquilizantes (sin prescripción)	14.2	14.7	14.5
Cánnabis	14.7	14.9	14.8
Éxtasis	15.7	15.5	15.6
Cocaína	15.7	15.6	15.7
Alucinógenos	15.5	15.3	15.4
Speed/Anfetaminas	15.5	15.4	15.5

Tabla 2.3. Prevalencia de los consumos de drogas de los estudiantes de Secundaria (14-18 años) (porcentaje). España, 2000.

Sustancias	Alguna vez vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Tabaco	34,4	-	30,5
Alcohol	76,0	75,2	58,0
Tranquilizantes	6,8	4,8	2,5
Cánnabis	31,2	26,8	19,4
Cocaína	5,4	4,0	2,2
Speed	4,1	3,1	1,8
Éxtasis	5,7	4,6	2,5
Alucinógenos	5,2	3,7	1,9
S. volátiles	4,1	2,5	1,4

Los consumos habituales de drogas (“últimos 30 días”) entre los escolares son significativos en el caso del alcohol (58%), el tabaco (30,5%) y el cánnabis (19,4%), situándose por debajo del 2,5% para los psicoestimulantes.

Un porcentaje elevado de escolares son poli-consumidores, observándose una asociación bastante estrecha entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis, así:

- Quienes han experimentado con el tabaco son en un 95% de los casos consumidores ocasionales de alcohol y en un 58% de cánnabis.
- Los bebedores ocasionales son en el 42% de los casos fumadores ocasionales y en un 35% consumidores de cánnabis.
- Entre los consumidores ocasionales de cánnabis un 74% consume tabaco, un 98% alcohol, un 19% éxtasis y un 18% cocaína también de forma ocasional.

■ Continuidad en los consumos de drogas: la importancia de la experimentación

La experimentación con cualquier tipo de droga tiene una clara trascendencia desde una perspectiva preventiva, puesto que la continuidad en los consumos (la proporción de quienes habiendo consumido en alguna ocasión una droga repiten su uso) es bastante elevada. Dicho de otro modo, existe una alta probabilidad de que los consumos experimentales de sustancias como el tabaco, el alcohol o el cánnabis se repitan y se conviertan en habituales.

Los consumos de tabaco y alcohol son los que tienen una mayor continuidad o fidelización. La proporción de escolares que, habiendo consumido alguna vez tabaco o alcohol, repitieron el uso de estas sustancias en los últimos 30 días es, respectivamente, del 88,7% y el 76,2%. Sustancias como el cánnabis (62,2%) o el éxtasis (43,9%) registran también una elevada continuidad en su uso (Tabla 2.4).

Tabla 2.4. Continuidad en el consumo de tabaco, alcohol, cánnabis, cocaína y éxtasis entre los estudiantes de Secundaria (porcentaje). España, 2000.

		Prevalencia	Continuidad consumos	
Tabaco	Consumo alguna vez	34,4		
	Consumo últimos 30 días	30,5	Alguna vez – Últimos 30 días	88,7
Alcohol	Consumo alguna vez	76,1	Alguna vez – Últimos 12 meses	98,9
	Consumo últimos 12 meses	75,3	Últimos 12 meses – Últimos 30 días	77,0
	Consumo últimos 30 días	58,0	Alguna vez – Últimos 30 días	76,2
Cánnabis	Consumo alguna vez	31,2	Alguna vez – Últimos 12 meses	86,8
	Consumo últimos 12 meses	27,1	Últimos 12 meses – Últimos 30 días	71,6
	Consumo últimos 30 días	19,4	Alguna vez – Últimos 30 días	62,2
Cocaína	Consumo alguna vez	5,4	Alguna vez – Últimos 12 meses	74,1
	Consumo últimos 12 meses	4,0	Últimos 12 meses – Últimos 30 días	47,5
	Consumo últimos 30 días	1,9	Alguna vez – Últimos 30 días	35,2
Éxtasis	Consumo alguna vez	5,7	Alguna vez – Últimos 12 meses	84,2
	Consumo últimos 12 meses	4,8	Últimos 12 meses – Últimos 30 días	52,1
	Consumo últimos 30 días	2,3	Alguna vez – Últimos 30 días	43,9

En el período 1994-2000 se ha registrado un fenómeno positivo como es la reducción en la continuidad de los consumos de alcohol, tranquilizantes, cocaína y éxtasis, especialmente intensa en el caso del alcohol (del 93,8% de

1994 al 76,3% de 2000) y el éxtasis (del 57,1% al 43,8%). Por el contrario, en este período se incrementó la continuidad del uso del tabaco (de forma algo más intensa) y del cánnabis (Tabla 2.5).

Tabla 2.5. Evolución de la continuidad de los consumos de las distintas drogas entre los estudiantes de Secundaria "consumo alguna vez – consumo en los últimos 30 días" (porcentaje). España, 1994-2000.

Sustancias	1994	1996	1998	2000
Alcohol	93,8	78,6	78,1	76,3
Tabaco	82,4	84,4	81,6	88,7
Cánnabis	58,6	60,4	60,3	62,2
Tranquilizantes	42,3	37,7	37,5	36,8
Cocaína	41,7	46,9	50,0	40,7
Éxtasis	57,1	43,1	45,7	43,8

■ Consumos de drogas en función de la edad y el sexo

La proporción de consumidores aumenta progresivamente entre los 14 y los 18 años, observándose que los mayores incrementos en los consumos de tabaco y alcohol se producen entre los 14 y los 15 años, lo que hace de ésta una edad crítica en la expansión de los mismos.

El sexo establece diferencias claras en el consumo de las distintas drogas (Tabla 2.6). La proporción de consumidores es superior en los chicos para todas las drogas ilegales. No obstante, los niveles de experimentación con el cánnabis son bastante similares en ambos sexos (lo han probado el 33,5% los chicos y el 29% las chicas). Por el contrario, las chicas consumen con mayor frecuencia tabaco (con

Tabla 2.6. Prevalencias del consumo de las distintas drogas entre estudiantes de Secundaria (14-18 años) según sexo. España, 2000.

	Alguna vez		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Tabaco	28,9	39,9	–	–	25,2	35,8
Alcohol	75,6	76,3	74,8	75,8	57,8	58,3
Tranquilizantes	5,8	8,5	3,4	6,5	1,6	3,4
Cánnabis	33,5	29,0	29,8	24,5	22,3	16,5
Cocaína	6,6	4,3	5,0	3,0	2,3	1,5
Speed/anfetaminas	5,0	3,2	4,2	2,2	2,4	1,2
Alucinógenos	6,3	4,2	4,9	2,8	2,5	1,3
Sustancias volátiles	5,4	2,9	3,2	1,8	1,8	1,1
Éxtasis	6,8	4,6	5,9	3,7	3,4	1,6

diferencias muy significativas), tranquilizantes y alcohol; en este último caso con diferencias mínimas con respecto a los varones.

No obstante, debe destacarse que, aunque las chicas beben y fuman en mayor proporción que los chicos, los chicos consumen mayores cantidades de alcohol y tabaco.

■ Patrones de consumo de las diferentes sustancias

CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de bebidas alcohólicas está bastante generalizado entre los estudiantes de Secundaria, a pesar de la importante reducción ya apuntada en sus prevalencias de uso con respecto a los años precedentes: el 76,0% ha consumido alcohol alguna vez, el 75,3% lo hizo en los últimos 12 meses y el 58% en los últimos 30 días.

Hay que destacar que, si bien el consumo de alcohol está muy generalizado, su uso se concentra básicamente en el fin de semana. Del 58% que ha consumido alcohol en los últimos 30 días, el 42,9% restringió el mismo exclusivamente al fin de semana, en tanto que un 14,7% bebió en días laborables y en el fin de semana y un 0,4% bebió sólo en días laborables.

Los resultados de la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 2000 confirman un fenómeno ya observado en 1998, como es la existencia de prevalencias de uso superiores en las chicas que en los chicos para los tres indicadores de consumo utilizados (consumo alguna vez, últimos doce meses y últimos treinta días) (Tabla 2.7). No obstante, las cantidades de alcohol ingerido continúan siendo mayores entre los varones.

Las prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas aumentan a medida que lo hace la edad, aunque el crecimiento no es lineal, produciéndose el mayor incremento entre los 14 y 15 años.

Considerando las cantidades de alcohol consumido y tomando como referencia las unidades de bebida estándar, se constata que entre los consumidores de alcohol en los 30 días previos a la encuesta, la cantidad media de alcohol consumido en c.c. de alcohol puro es de 8,4 c.c. en día laborable y 160,9 c.c. durante el fin de semana (viernes y sábado). De hecho casi la mitad de los consumidores de los últimos treinta días (26% sobre el total de encuestados) consumen 100 ó más c.c. en fin de semana. Las cantidades de alcohol consumido en función del sexo de los escolares, tanto en días laborables como en fines de semana, son signi-

Tabla 2.7. Prevalencias de los consumos de alcohol entre los estudiantes de Secundaria según edad y sexo. España, 1994-2000.

	Alguna vez				Últimos 12 meses				Últimos 30 días			
	1994	1996	1998	2000	1994	1996	1998	2000	1994	1996	1998	2000
Total	83,7	83,6	84,2	76,0	82,4	81,7	81,9	75,3	78,5	65,7	65,8	58,0
Sexo												
Hombres	83,8	83,6	83,3	75,6	82,4	81,4	80,7	74,8	78,8	65,6	64,7	57,8
Mujeres	83,6	83,7	85,1	76,3	82,4	82,0	83,1	75,8	78,2	65,9	66,9	58,3
Edad												
14 años	69,0	67,6	71,1	50,7	67,3	64,3	68,1	49,8	61,7	39,9	43,7	30,6
15 años	81,5	81,4	82,4	71,7	80,2	79,4	80,3	71,1	75,8	59,9	62,7	50,5
16 años	88,1	88,3	89,8	82,4	86,9	87,0	88,1	81,8	84,0	73,6	74,4	65,0
17 años	92,1	90,9	92,2	88,7	91,1	89,6	90,5	88,0	87,8	79,0	80,9	73,5
18 años	93,3	93,9	95,2	92,5	92,0	92,8	93,3	92,0	89,6	84,4	84,9	80,0

ficativamente superiores en los chicos, que alcanzan como media los 189,6 c.c. en el fin de semana, frente a los 130,0 c.c. entre las chicas.

Un indicador indirecto del abuso de alcohol entre los escolares lo constituyen los episodios de intoxicaciones etílicas (borracheras). En este sentido hay que apuntar que un 39,7% de los encuestados declara haberse emborrachado alguna vez a lo largo de su vida, tanto más frecuentemente cuanto mayor es la edad del entrevistado (desde el 15,9% para el grupo de 14 años hasta el 65,5% en el de 18 años). Por su parte, un 20,6% de los alumnos afirma haberse emborrachado en los últimos 30 días, situándose para este periodo de tiempo la media de borracheras en un valor de 1,3 (1,5 para los chicos y 1,2 para las chicas).

Todos estos valores aumentan, lógicamente, si se consideran exclusivamente los consumidores de alcohol en los 12 meses anteriores a la encuesta, entre quienes un 54,7% declaró haberse emborrachado alguna vez y un 29,1% haberlo hecho en los últimos 30 días, situándose la media de borracheras durante los últimos 30 días en 1,5 (Tabla 2.8).

Con respecto a las encuestas precedentes, se observa una reducción de los indicadores indirectos de abuso de alcohol (Tabla 2.9).

En relación con la autopercepción que los escolares tienen de sus propios consumos de bebidas alcohólicas hay que resaltar que, a pesar de que uno de cada cinco se emborrachó al menos en una ocasión en el último mes, tan sólo el 7,4% percibe que bebe mucho o bastante, dato que confirma la frecuente banalización que suele realizarse de los consumos de alcohol. No se observan variaciones en la autopercepción de los consumos en relación a las encuestas precedentes.

La percepción que los estudiantes encuestados tienen del consumo de alcohol en sus hogares muestra que el mismo está ampliamente extendido, más entre los padres que entre las madres (Tabla 2.10). El consumo habitual de alcohol entre los padres (consumo en fines de semana, casi todos los días y/o todos los días) se sitúa en el 35,1%, más del doble que entre las madres (15,0%).

Los lugares predominantes de consumo de bebidas alcohólicas, entre quienes afirman haber bebido en los últimos 30 días, son los espacios públicos, principalmente los pubs y discotecas (78,2%), la calle o parques (36,2%) y los bares o cafeterías (32,8%). Por su parte, un 26,4% de los encuestados señala el consumo con los amigos en la propia casa o en la casa de alguno de ellos.

Tabla 2.8. Prevalencias de las intoxicaciones etílicas entre los estudiantes de Secundaria (porcentaje). España, 2000.

	Total escolares	Consumidores de alcohol en los últimos 12 meses
Se han emborrachado alguna vez	39,7	54,7
Se han emborrachado últimos 30 días	20,6	29,1
Nº de borracheras en últimos 30 días	1,3	1,5

Tabla 2.9. Evolución de los episodios de intoxicaciones etílicas entre los estudiantes de Secundaria (porcentaje). España, 1994-2000.

	1994	1996	1998	2000
Se han emborrachado				
Alguna vez en la vida	43,5	40,5	41,0	39,7
Últimos 30 días	22,5	21,4	23,6	20,6

Tabla 2.10. Percepción de los estudiantes de Secundaria del consumo paterno de alcohol en su hogar. España, 2000.

	Padre	Madre
No ha bebido nunca	17,5	37,3
Ha bebido únicamente algún día aislado	37,0	37,7
Ha bebido sólo los fines de semana	13,4	8,0
Ha bebido casi todos los días moderadamente	20,3	6,8
Ha bebido todos los días bastante alcohol	1,4	0,2
No lo sé	10,4	10,0

Las bebidas con mayores prevalencias de consumo semanal son, por este orden, los combinados y cubatas, la cerveza y la sidra, los licores de frutas y el vino y el champán, todos ellos más consumidos en fin de semana que en días laborables. Se observa una disminución de consumo en todos los tipos de bebidas alcohólicas, alcanzándose en general valores inferiores a los registrados en 1994, en particular, para la cerveza y la sidra y los licores de frutas.

CONSUMO DE TABACO

El tabaco es, después del alcohol, la droga más consumida entre los estudiantes de Secundaria, como lo acredita el que un 34,4% haya fumado en alguna ocasión. Un 30,5% de los encuestados consumió tabaco en los últimos 30 días y un 29,2% fuma en la actualidad, mientras que un 5,2% se definen como exfumadores. La gran mayoría de los escolares que fuman en la actualidad se han planteado

dejar de fumar en alguna ocasión (83,3%), aunque lo han intentado realmente menos de la mitad (41,7%).

La frecuencia de consumo de tabaco entre los escolares que afirman haber fumado en los últimos 30 días se distribuye entre un 70,9% de consumidores diarios, un 23,6% de consumidores semanales y un 5,4% de fumadores esporádicos (Tabla 2.11).

El tabaquismo tiene una importante presencia entre los escolares, siendo los consumos medios de tabaco que realizan de 7 cigarrillos/día. Casi la mitad de los escolares que fuman (el 47,5%) consume de 1 a 5 cigarrillos al día (Tabla 2.12).

Como viene siendo habitual desde hace años, las prevalencias de uso de tabaco entre los sexos difieren notablemente. No obstante, entre los fumadores diarios los chicos fuman de forma más intensa (9,2 cigarrillos/día) que

Tabla 2.11. Frecuencias de consumo de tabaco entre los estudiantes de Secundaria que han fumado en los últimos 30 días. España, 2000.

Frecuencia	Total	Hombres	Mujeres
Esporádico	5,4	6,3	4,8
Semanal	23,6	24,4	23,1
Diario	70,9	69,3	72,0

Tabla 2.12. Cantidad diaria de tabaco consumida entre los escolares de Secundaria que han fumado los últimos 30 días (nº de cigarrillos). España, 2000.

Cantidad	Total	Hombres	Mujeres
De 1 a 5	47,5	45,2	49,0
De 6 a 10	34,7	34,0	35,2
Más de 10	17,8	20,9	15,8

las chicas (8,2 cigarrillos). La edad está también claramente asociada al consumo de tabaco, creciendo la prevalencia de consumo desde los 14 años hasta los 18 años.

Las prevalencias de consumo de tabaco desagregadas por sexo y edad, correspondientes a las encuestas de 1994, 1996, 1998 y 2000 (Tabla 2.13), referidas a los indicadores consumo “alguna vez” y “últimos 30 días” confirman que estas variables introducen diferencias significativas en el uso del tabaco.

Si se desagregan las prevalencias de consumo de tabaco para cada grupo de sexo y edad, si-

multáneamente (Tabla 2.14), se puede constatar, no sólo que el consumo de tabaco es superior entre las chicas para todos los grupos de edades o su progresivo incremento a medida que aumenta la edad de los escolares, sino que a medida que aumenta la edad de los escolares se acentúan las diferencias en las prevalencia de uso de tabaco a favor de las chicas.

Entre quienes han fumado en los últimos 30 días en el grupo de 14 años hay 8,3 puntos porcentuales de diferencia a favor de las chicas, distancia que a los 18 años es ya de 14,5 puntos (Figura 2.5).

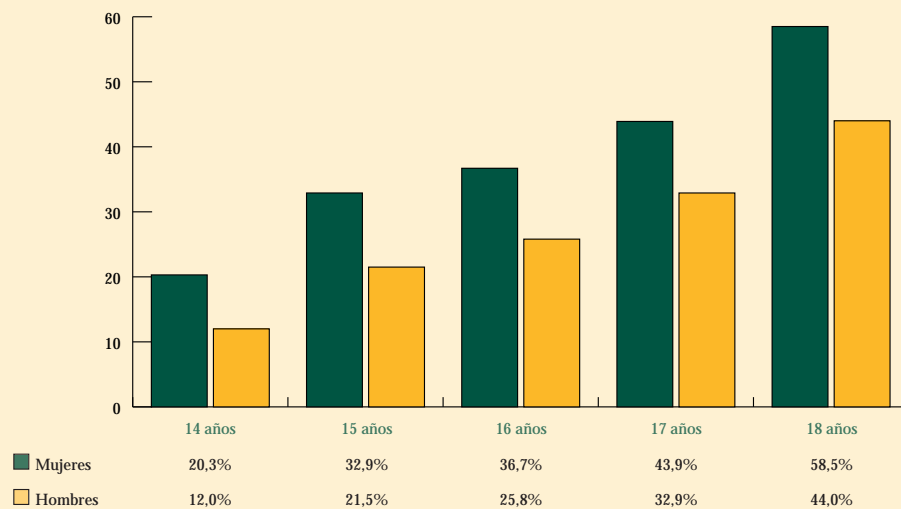
Tabla 2.13. Prevalencia de los consumos de tabaco entre los estudiantes de Secundaria, según sexo y edad. España, 1994-2000.

	Alguna vez				Últimos 30 días			
	1994	1996	1998	2000	1994	1996	1998	2000
Total	34,1	34,6	34,7	34,4	28,1	29,2	28,3	30,5
Sexo								
Hombres	29,6	28,9	28,8	28,9	23,4	23,7	22,7	25,2
Mujeres	38,7	40,0	39,8	39,9	32,9	34,5	33,3	35,8
Edad								
14 años	20,4	21,2	22,5	20,0	14,5	15,0	15,8	16,4
15 años	31,8	30,5	31,9	31,2	24,9	24,9	26,0	26,9
16 años	37,7	38,3	39,4	35,2	31,9	33,1	32,5	31,2
17 años	40,5	39,3	41,3	42,1	35,1	34,6	35,5	38,6
18 años	48,6	52,8	54,0	54,9	43,1	47,2	46,5	51,2

Tabla 2.14. Prevalencia de los consumos de tabaco entre los estudiantes de Secundaria, según sexo y edad simultáneamente (porcentaje). España, 2000.

	Hombres					Mujeres					Total
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18	
Consumo alguna vez	15,5	25,9	29,9	35,3	47,2	24,0	36,8	40,6	48,3	62,7	34,4
Consumo últimos 30 días	12,0	21,5	25,8	32,9	44,0	20,3	32,9	36,7	43,9	58,5	30,5

Figura 2.5. Prevalencia de los consumos de tabaco entre los estudiantes de Secundaria, según sexo y edad simultáneamente (consumo últimos 30 días). España 2000.



CONSUMO DE CÁNNABIS

El consumo de cánnabis tiene una importante presencia entre los escolares, como lo confirma el hecho de que el 31,2% declare haberlo consumido alguna vez en su vida, que un 27,1% lo hiciera en los últimos doce meses y que el 19,4% lo consumiera en los últimos treinta días.

Por lo que se refiere a las características socio-demográficas de los consumidores de esta sustancia, hay que destacar que los hombres presentan para todos los indicadores de consumo unos porcentajes superiores a las mujeres, aunque la diferencia no es tanta como las observadas para las restantes drogas ilícitas. La edad se muestra claramente relacionada con el consumo de cánnabis. Para los indicadores consumo alguna vez y en los últimos 12 meses, cada grupo de edad presenta una prevalencia superior en aproximadamente 10 pun-

tos porcentuales a la del grupo inmediatamente inferior, pasando del 11,9% en el grupo de 14 años al 54,1% en el de 18. Debe, no obstante, tenerse presente que entre los estudiantes de Secundaria de 18 años se concentra un altísimo porcentaje de repetidores, variable que influye de forma clara en las prevalencias de uso en este grupo de edad. Para el indicador “consumo en los últimos 30 días” el crecimiento de las prevalencias de consumo a medida que avanza la edad es menor (Tabla 2.15).

Si se analizan las prevalencias de consumo de cánnabis para cada grupo de sexo y edad, simultáneamente, puede observarse cómo entre los estudiantes de 14 y 15 años los consumos experimentales (alguna vez en la vida) están prácticamente equiparados en ambos sexos. Entre los 14 y los 15 años se produce, tanto en los chicos como en las chicas, la mayor expansión de los consumos, duplicándo-

se las prevalencias de uso para todos los indicadores analizados. A partir de los 16 años las prevalencias de consumo empiezan a ser progresivamente superiores entre los chicos (Tabla 2.16).

Aunque el consumo de cánnabis está bastante generalizado entre los escolares, se constata que la frecuencia de uso de esta sustancia es bastante reducida. Si se atiende a la frecuencia de su consumo entre los estudiantes que afirman haberlo consumido en los últimos 30 días

(uno de cada cinco encuestados) se observa que el 8,3% lo consumió entre 20 o más días en los últimos treinta (el 11,5% entre los chicos y el 4,6% entre las chicas). No obstante, con respecto a 1998 habrían crecido en 2,4 puntos los escolares que consumen cánnabis con la frecuencia indicada, un incremento que es especialmente perceptible entre los chicos, que en 1998 alcanzaban una prevalencia de consumo para la frecuencia descrita del 7,5% (4 puntos porcentuales menos).

Tabla 2.15. Prevalencia de los consumos de cánnabis entre los estudiantes de Secundaria, según sexo y edad. España, 1994-2000.

	Alguna vez				Últimos 12 meses				Últimos 30 días
	1994	1996	1998	2000	1994	1996	1998	2000	2000
Total	20,8	26,0	28,5	31,2	18,1	23,2	25,1	27,1	19,4
Sexo									
Hombres	23,7	28,5	30,8	33,5	21,0	25,9	27,7	29,8	22,3
Mujeres	18,0	23,6	26,4	29,0	15,3	20,7	22,8	24,5	16,5
Edad									
14 años	5,9	9,0	12,6	11,9	5,1	8,3	11,2	10,4	7,3
15 años	15,1	19,4	22,9	24,8	13,4	17,3	20,9	21,7	15,8
16 años	23,7	29,5	34,5	34,3	20,9	26,7	30,9	30,5	21,8
17 años	31,0	35,3	41,2	43,2	27,2	31,3	36,0	37,5	27,0
18 años	40,6	47,2	49,7	54,1	33,8	40,3	40,6	44,3	30,7

Tabla 2.16. Prevalencia de los consumos de cánnabis entre los estudiantes de Secundaria, según sexo y edad simultáneamente (porcentaje). España, 2000.

	Hombres					Mujeres					Total
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18	
Consumo alguna vez	12,8	24,7	37,0	47,5	58,8	11,2	24,8	31,6	39,3	49,3	31,2
Consumo últimos 12 meses	11,0	22,0	33,1	43,1	50,4	9,8	21,3	27,9	32,3	38,1	27,1
Consumo últimos 30 días	8,0	16,3	24,3	33,9	36,9	6,6	15,3	19,2	20,6	24,4	19,4

CONSUMO DE PSICOESTIMULANTES

Dentro del grupo de los psicoestimulantes, el éxtasis es la sustancia con una mayor proporción de consumidores habituales (2,5%), seguida de la cocaína (2,2%) y las anfetaminas y alucinógenos, estas últimas con porcentajes de consumidores inferiores al 2%. Los consumos habituales de éxtasis y otras pastillas son claramente superiores entre los chicos (3,4%) que entre las chicas (1,6%), situación similar a la observada entre los consumidores de cocaína, aunque en este caso las diferencias entre los sexos son más reducidas.

El 5,4% de los encuestados afirma haber consumido **cocaína** alguna vez en su vida, el 4% en los últimos doce meses y el 1,9% en los últimos treinta días. Con respecto a 1998 se habría reducido la prevalencia de consumidores habituales, mientras que habría crecido levemente el porcentaje de quienes han consumido alguna vez. Los hombres tienen una mayor prevalencia de consumo que las mujeres, con diferencias más acusadas en los indicadores de consumo alguna vez y últimos doce meses. Las prevalencias de consumo aumentan claramente con la edad, especialmente entre los 17 y los 18 años (Tabla 2.17).

La frecuencia de consumo de cocaína entre los estudiantes de Secundaria que afirman haber consumido esta sustancia en los últimos 30 días confirma la existencia de un patrón de consumo ocasional entre el colectivo estudiado, de hecho entre los escolares que han consumido cocaína en ese período tan sólo el 1,1% consumió esta sustancia 20 ó más días en los 30 días previos a la encuesta.

Por lo que se refiere al **éxtasis y otras drogas de síntesis**, el 5,7% de los estudiantes encuestados afirma haberlas consumido alguna vez en su vida, el 4,8% en los últimos doce meses y el 2,5% en los últimos treinta días.

El consumo de éxtasis es significativamente mayor en los hombres, en particular en lo que se refiere a los consumos más o menos habituales (últimos 30 días), donde las prevalencias de uso de los hombres duplican a las de las mujeres (3,4% y 1,6% respectivamente). Estas diferencias se reducen sensiblemente para las prevalencias de consumo alguna vez y últimos doce meses. El consumo se incrementa claramente con la edad (Tabla 2.18).

Los momentos más frecuentes de consumo citados por los encuestados son el fin de sema-

Tabla 2.17. Prevalencias de los consumos de cocaína entre los estudiantes de Secundaria, según sexo y edad (porcentaje). España, 2000.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	5,4	4,0	1,9
Sexo			
Hombres	6,6	5,0	2,3
Mujeres	4,3	3,0	1,5
Edad			
14 años	1,2	0,9	0,5
15 años	3,0	2,5	1,5
16 años	5,0	3,9	1,8
17 años	8,7	6,3	2,7
18 años	15,6	9,9	4,8

Tabla 2.18. Prevalencias de los consumos de éxtasis y otras drogas de síntesis entre los estudiantes de Secundaria, según sexo y edad (porcentaje). España, 2000.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	5,7	4,8	2,5
Sexo			
Hombres	6,8	5,9	3,4
Mujeres	4,6	3,7	1,6
Edad			
14 años	1,3	1,2	0,7
15 años	4,0	3,5	1,7
16 años	6,6	5,6	2,8
17 años	8,1	6,8	3,7
18 años	11,8	9,1	4,8

na (51,3%) y en ocasiones especiales exclusivamente (36,2%). Un 47,1% de los consumidores que han probado el éxtasis tomaron esta sustancia de 1 a 5 días dentro de los 30 días previos a la realización de la encuesta.

Respecto a los consumos de **speed** y **anfetaminas**, el 4,1% de los encuestados señala haberlos consumido alguna vez, el 3,1% en los últimos doce meses y el 1,8% en los últimos treinta días. Las prevalencias de consumo de ambas sustancias son inferiores a las registradas en 1998. A pesar de que el consumo de speed/anfetaminas es más frecuentemente entre los chicos (5,0%, 4,2% y 2,4% para el consumo alguna vez, en los últimos 12 meses y los últimos 30 días, respectivamente), es entre este grupo donde se registran reducciones más intensas respecto a los años precedentes.

El consumo de **alucinógenos** se sitúa en niveles ligeramente superiores a los observados para el speed y las anfetaminas, habiendo sido consumidos alguna vez por el 5,2% de los encuestados, mientras que el 3,8% lo hizo en los últimos doce meses y el 1,9% en los últimos 30 días, prevalencias de consumo todas ellas inferiores a las registradas en 1998. Los consumos de alucinógenos son superiores entre los hombres y crecen significativamente con la edad para los indicadores alguna vez y los últimos 12 meses, estabilizándose el consumo en los últimos 30 días a partir de los 15 años.

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES

A pesar de lo reducido de la edad de la población de referencia de la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar, se constata que el consumo de tranquilizantes entre los estudiantes de Secundaria tiene una significativa presencia, como lo confirma el hecho de que el 8,8% de los encuestados señale haber tomado tranquilizantes o pastillas para dormir alguna vez en su vida porque algún médico se los recetase.

Por lo que se refiere a la prevalencia de los consumos de tranquilizantes sin prescripción médica, hay que indicar que el 6,8% de los encuestados los ha consumido alguna vez en la vida, el 5% en los últimos doce meses y el 2,5% en los últimos 30 días. La evolución de los consumos de tranquilizantes sin prescripción médica en el periodo 1994-2000 apunta la existencia de un ligero incremento de los mismos (Tabla 2.19).

Las chicas registran prevalencias de consumo claramente superiores a las de los chicos, especialmente cuando el consumo es más habitual. Por otra parte, el consumo crece con la edad hasta los 17 años, experimentando un retroceso en los 18 años.

La frecuencia de uso de este tipo de sustancias es elevada, como lo acredita el que, entre los encuestados que han consumido alguna vez en su vida tranquilizantes, un 5,9% declare haber-

los consumido con una frecuencia de 6 ó más días, dentro de los últimos 30 días, un 7,7% de 3 a 5 días y un 23,5% de 1 a 2 días.

Los hábitos paternos de consumo de estas sustancias tienen una clara influencia en los consumos que realizan los propios escolares. El 30,3% de los padres de los consumidores de tranquilizantes y el 53,5% de las madres toman en alguna ocasión tranquilizantes, de manera habitual el 7,7% de los padres y el 14,2% de

las madres y de forma esporádica un 22,6% y un 46,5% respectivamente.

CONSUMO DE SUSTANCIAS VOLÁTILES

El consumo de sustancias volátiles entre los escolares es reducido, habiendo sido consumidos alguna vez por el 4,1% de los mismos, en tanto que la proporción de consumidores en los últimos doce meses y los últimos 30 días es del 2,5% y el 1,4% respectivamente (Tabla 2.20).

Tabla 2.19. Prevalencia de los consumos de tranquilizantes entre los estudiantes de Secundaria, según sexo y edad (porcentaje). España, 1994-2000.

	Alguna vez				Últimos 12 meses				Últimos 30 días
	1994	1996	1998	2000	1994	1996	1998	2000	2000
Total	5,9	5,9	6,4	6,8	4,3	4,4	4,7	5,0	2,5
Sexo									
Hombres	4,4	4,3	4,8	5,8	3,0	3,1	3,6	3,4	1,6
Mujeres	7,4	7,3	7,7	8,5	5,5	5,6	5,6	6,5	3,4
Edad									
14 años	4,1	4,0	4,2	5,0	2,7	3,0	3,2	3,5	1,6
15 años	4,9	5,7	5,8	6,5	3,7	4,6	4,2	4,7	2,6
16 años	6,7	6,5	7,3	6,1	4,7	4,5	5,8	4,8	2,4
17 años	7,3	6,4	7,1	9,2	5,4	4,7	4,9	6,8	3,4
18 años	8,0	7,4	10,5	7,9	5,7	5,8	7,0	5,5	2,7

Tabla 2.20. Prevalencia de los consumos de sustancias volátiles entre los estudiantes de Secundaria, según sexo (porcentaje). España, 1994-2000.

	Alguna vez				Últimos 12 meses				Últimos 30 días
	1994	1996	1998	2000	1994	1996	1998	2000	2000
Total	3,1	3,3	4,1	4,1	1,8	2,1	2,7	2,5	1,4
Sexo									
Hombres	4,0	4,2	5,2	5,4	2,4	2,5	3,5	3,2	1,8
Mujeres	2,1	2,5	3,1	2,9	1,2	1,7	2,0	1,8	1,1

POLICONSUMO

Un alto porcentaje de escolares son policonsumidores, como lo confirman los datos de la Tabla 2.21 en la que se muestran las asociaciones entre los consumos de diferentes sustancias. Para el alcohol y el cánnabis se han utilizado las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses, mientras que para el tabaco y el resto de sustancias se han utilizado las prevalencias de consumo alguna vez en la vida.

La experimentación con drogas como cocaína, éxtasis, speed o alucinógenos suele llevar aparejado el consumo de gran parte del resto de las sustancias.

Por su parte, los consumos de sustancias como el alcohol, el tabaco y el cánnabis parecen presentar una asociación muy estrecha, en el sentido de que el consumo de cualquiera de ellas se asocia con el consumo de las otras dos.

Tabla 2.21. Relación de consumo de las diferentes sustancias entre estudiantes de Secundaria. Proporción de consumidores de la sustancia (fila) que también consumen la sustancia (columna). España, 2000.

	Tabaco	Alcohol	Cánnabis	Cocaína	Éxtasis	Tranquilizantes	Speed	Alucinógenos	Volátiles
Tabaco	100,0	95,2	58,1	13,1	13,3	10,4	9,6	12,2	7,4
Alcohol	43,5	100,0	35,2	7,0	7,4	7,9	5,3	6,8	5,1
Cánnabis	73,7	97,8	100,0	18,1	18,6	11,8	13,1	16,5	9,7
Cocaína	82,6	97,4	90,1	100,0	52,9	17,1	37,9	43,8	13,8
Éxtasis	80,5	98,1	88,7	50,9	100,0	16,7	43,1	48,8	12,9
Tranquilizantes	52,9	87,9	47,0	13,8	14,0	100,0	9,4	13,8	10,2
Speed	80,5	98,1	86,8	50,4	59,6	15,6	100,0	52,3	19,6
Alucinógenos	80,3	97,5	85,6	45,6	52,8	17,9	40,9	100,0	15,2
S. volátiles	62,1	93,2	64,0	18,3	17,8	16,7	19,5	19,4	100,0

Percepciones, opiniones y actitudes frente a las drogas

■ Percepción del riesgo, rechazo y disponibilidad percibida

La percepción del riesgo (la proporción de escolares que considera que el consumo de ciertas sustancias puede suponer bastantes o muchos problemas para la salud o de otro tipo) está estrechamente vinculada a los consumos de las distintas drogas, de modo que cuanto menor es el riesgo que se atribuye a los consumos de las sustancias mayores son sus prevalencias de uso.

El riesgo asociado al consumo de drogas entre los escolares se vincula a la frecuencia de uso de las sustancias, de modo que los consumos habituales de cualquier sustancia (con la única excepción del alcohol) generan niveles de riesgo superiores a los de los consumos ocasionales (Tabla 2.22).

Los consumos habituales de heroína (89%), cocaína (88%) y éxtasis (85%) son las conductas a las que los escolares atribuyen un mayor riesgo. Las chicas perciben, por norma general, un mayor riesgo asociado al consumo de las diferentes drogas que los chicos, en especial en lo referido al consumo habitual de las mismas.

Tabla 2.22. Riesgo percibido asociado al consumo esporádico y habitual de distintas drogas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas). España, 2000.

Sustancias	Consumir alguna vez	Consumir habitualmente
Tabaco ^a	–	73,3
Alcohol ^b	–	42,0
Tranquilizantes	32,8	75,7
Cánnabis	38,8	77,1
Éxtasis	54,0	85,2
Cocaína	61,2	88,3
Heroína	66,4	88,9

a. Fumar un paquete de tabaco diario.

Alguna vez: una vez al mes o menos frecuentemente.

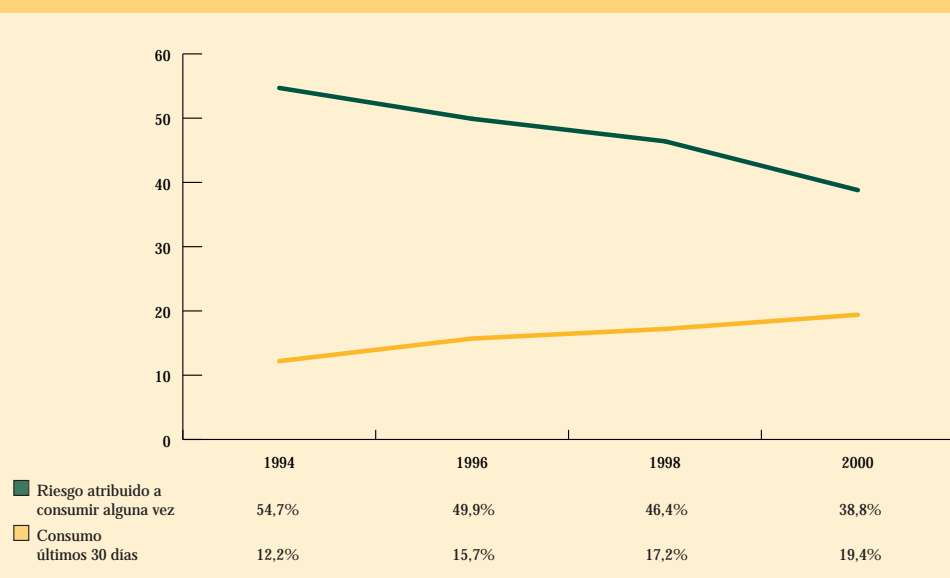
b. Tomar 1 ó 2 cañas/copas cada día.

Habitualmente: 1 vez por semana o más frecuentemente.

Interesa destacar que el riesgo asociado al consumo habitual de cánnabis (77%) es similar al atribuido al consumo diario de tabaco (73%). Muy probablemente, los mensajes contradictorios que reciben los escolares respecto al cánnabis están en la base de la baja percepción del riesgo asociado al uso de esta sustan-

cia, lo que está favoreciendo la expansión de su consumo. De hecho, en el período 1994-2000 el riesgo asociado atribuido al consumo alguna vez en la vida de cánnabis se redujo en 15,9 puntos porcentuales, incrementándose el consumo habitual de esta sustancia en ese intervalo en 7,2 puntos (Figura 2.6).

Figura 2.6. Evolución del riesgo asociado y de las prevalencias de consumo de cánnabis. España, 1994-2000.



El consumo diario de tabaco (33,3%) y alcohol (36,8%) y el consumo esporádico de tranquilizantes (36,8%) y cánnabis (50,7%) son las conductas menos rechazadas por los escolares (Tabla 2.23).

Por lo que se refiere a la evolución registrada en las percepciones y actitudes frente a las drogas en el período 1994-2000, debe destacarse que:

- Se reduce la percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de las distintas sustancias, en especial del cánnabis y la cocaína.
- Se ha incrementado la percepción del riesgo asociado al consumo diario de tabaco, lo contrario de lo ocurrido con el consumo diario de alcohol.
- Desciende el rechazo atribuido al consumo ocasional de cánnabis y tranquilizantes, mientras que aumenta el asociado al consumo de cocaína, éxtasis y heroína.

Con respecto a 1998 se ha producido una disminución del número de estudiantes que consideran bastante o muy problemático el consumo experimental (alguna vez en la vida) de las diferentes sustancias analizadas, mientras que su consumo habitual, excepto en el caso del alcohol y el cánnabis, es percibido actualmente como más problemático.

Como viene observándose desde 1994, se constata que los problemas percibidos asociados al consumo habitual de todas las drogas se sitúan en niveles superiores a los de rechazo. Existe pues cierta disonancia entre la percepción del riesgo y el rechazo, de modo que hay una proporción variable de escolares que siendo conscientes de los riesgos asociados al consumo habitual de ciertas drogas, no rechazan su consumo. Esta situación es especialmente evidente en el caso del tabaco, puesto que si bien el 73,3% de los escolares afirma que su consumo habitual puede causar bastantes o muchos problemas, tan sólo provoca el rechazo del 33,3% de los mismos.

Por lo que se refiere a la disponibilidad percibida por parte de los escolares de las diferentes drogas, hay que señalar que en general un alto porcentaje de los encuestados considera que les resultaría fácil o muy fácil conseguirlas. El alcohol (84%), los tranquilizantes (un 54,5%) y el cánnabis (51,5%), son las sustancias que mayor proporción de estudiantes perciben como fácilmente accesibles. El éxtasis, alucinógenos, speed y anfetaminas y cocaína conformarían un grupo intermedio en cuanto a su disponibilidad (el 30% de estudiantes las consideran de fácil disponibilidad), mientras que la heroína es considerada como la droga menos accesible (sólo el 21,8% la considera accesible).

Tabla 2.23. Grado de rechazo entre los estudiantes de Secundaria de ciertas conductas de consumo de drogas (proporción de estudiantes que rechaza cada conducta). España, 2000.

	Consumir alguna vez	Consumir habitualmente
Tabaco ^a	–	33,3
Alcohol ^b	–	36,8
Tranquilizantes	36,8	70,1
Cánnabis	50,7	72,4
Éxtasis	67,5	84,3
Cocaína	71,0	85,6
Heroína	75,6	86,9

a. Fumar un paquete de tabaco diario. Alguna vez: una vez al mes o menos frecuentemente.
b. Tomar 1 ó 2 cañas/copas cada día. Habitualmente: 1 vez por semana o más frecuentemente.

■ **Razones por las cuales el consumo de drogas puede suponer problemas**

Las razones por las cuales los escolares consideran que el consumo de drogas puede resultar peligroso son, en primer lugar, por los efectos negativos que tienen para la salud y, en segundo lugar, porque crean adicción (Tabla 2.24). Conviene resaltar que en el caso del tabaco estas dos razones obtienen valores más altos que los obtenidos por las drogas ilícitas (91,6% y 77,2%, respectivamente).

Las principales razones por las cuales consideran problemático el consumo de alcohol son las consecuencias sobre la salud (75,2%), porque su consumo provoque muchos accidentes (70,7%) y porque crea adicción (53,6%). Por su parte, los motivos por los cuales el consumo de cánnabis puede suponer problemas son, además del negativo impacto sobre la salud (74,4%) y su potencial adictivo (68,7%), por el hecho de que su consumo destruye al individuo (66,4%). Estas mismas razones, aunque en mayores porcentajes, son las que hacen a juicio de los escolares peligroso el consumo de sustancias ilícitas (cocaína, heroína, speed y anfetaminas, alucinógenos y éxtasis).

■ **Información recibida sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados**

El conocimiento previo (han oído hablar de ellas) a la realización de la Encuesta de las distintas drogas ilícitas es elevado, siendo las más conocidas el hachís (89,9%), la cocaína (86,2%) y la marihuana (82,9%). Por su parte el 65,1% declara haber oído hablar de la heroína

y entre el 45 y el 50% de los alucinógenos y las drogas de síntesis diferentes al éxtasis (esta última sustancia es conocida por un 26,9% de los encuestados), el speed por un 20,8% y las anfetaminas y estimulantes por un 17,8% de ellos. Las sustancias volátiles se muestran como la droga menos conocida, con tan sólo un 5,9% de mención. No se advierten diferencias en el conocimiento de las diferentes sustancias por edad o sexo.

Los escolares perciben que tienen un alto nivel de información sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados: el 82,1% se considera suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados a su consumo, frente al 66,4% que mantenía esta misma opinión en 1994 (Tabla 2.25). Por su parte un 58% de los escolares afirma haber recibido información sobre los consumos de drogas en clase, siendo las vías más utilizadas para abordar el tema las charlas (39,7%) y las discusiones grupales (22,2%).

El hecho de que, a pesar de que ha crecido el nivel de información de los escolares sobre las drogas y sus efectos en los últimos años, se haya reducido el riesgo percibido asociado al consumo de las distintas sustancias, se relaciona posiblemente con la calidad de las fuentes emisoras de la información. Las principales vías por las que los escolares reciben información son: los medios de comunicación (67%), los padres y hermanos (57%), los amigos (53%) y los profesores (46%). Resulta evidente que debe mejorarse la calidad y la objetividad de la información a transmitir a los estudiantes sobre el tema.

Tabla 2.24. Razones por las cuales a juicio de los estudiantes de Secundaria el consumo de las diferentes drogas puede suponer problemas. España, 2000.

	Tabaco	Alcohol	Cánnabis	Resto drogas ilegales
Efectos para la salud	91,6	75,2	74,4	87,8
Crea adicción	77,2	53,6	68,7	72,4
Provoca accidentes	–	70,7	–	–
Destruye al individuo	–	–	66,4	76,9
Problemas familiares, etc.	15,7	37,1	43,9	53,6

Tabla 2.25. Percepción de la información recibida por los estudiantes de Secundaria sobre las drogas, sus efectos y problemas asociados al consumo (porcentaje). España, 1994-2000.

	1994	1996	1998	2000
Perfectamente informado	23,0	32,5	35,6	39,7
Suficientemente informado	43,4	41,5	39,3	42,4
Informado a medias	26,6	19,8	18,2	15,1
Mal informado	-	-	3,8	2,9

■ Motivaciones de los escolares para el consumo y el no consumo de drogas

Aunque predominan las motivaciones de carácter lúdico, emergen con cierta fuerza otras razones vinculadas con la evasión o la superación de ciertos problemas para explicar los consumos de alcohol, tranquilizantes y cánnabis que realizan los escolares. Existen, no obstante, motivaciones diferentes para el consumo de cada una de las sustancias.

Las motivaciones expresadas por los encuestados para justificar el consumo de bebidas alcohólicas se asocian mayoritariamente con lo lúdico, como lo confirma el hecho de que el 73% de los escolares que beben lo haga porque les gusta su sabor y un 58,5% por diversión y placer. Pese a ello, una parte relevante de los escolares manifiesta razones relacionadas con la evasión de los problemas personales (15%) o la superación de ciertos problemas como la timidez o la dificultad para relacionarse con los demás (11,2%). Las mayores diferencias en las motivaciones para consumir por sexos se observan entre quienes afirman beber “para ligar” (9,2% entre los chicos y 3,6% entre las chicas) y entre quienes lo hacen “para olvidar problemas personales” (17,5% entre las chicas y 12,5% entre los chicos).

Los motivos por los que los estudiantes fuman son, principalmente, porque fumar les gusta (65,0%) y porque les relaja (54,0%). Debe destacarse que un 23,3% de los estudiantes

encuestados no supieron precisar el motivo por el que fumaban, pero declararon no ser capaces de dejar de hacerlo, lo que confirma el potencial adictivo de esta sustancia.

Al igual que ocurre con el alcohol, las motivaciones esgrimidas para justificar los consumos de cánnabis son mayoritariamente de carácter lúdico o relacionadas con la curiosidad, si bien casi uno de cada cinco escolares señala que consume esta sustancia para sentirse bien y olvidarse de los problemas. La curiosidad es la principal razón por la que se prueba el hachís o la marihuana por vez primera, señalada por el 89% de los escolares consumidores como la razón principal para hacerlo, seguida de la necesidad de sentir nuevas sensaciones (35,5%) y de la diversión (30,8%). Los principales motivos por los que se continúa el consumo de estas sustancias son, de nuevo, para sentir nuevas sensaciones (23,4%), para relajarse (21,9%), para bailar o divertirse (21,4%) y para sentirse mejor y olvidarse de los problemas (18,1%).

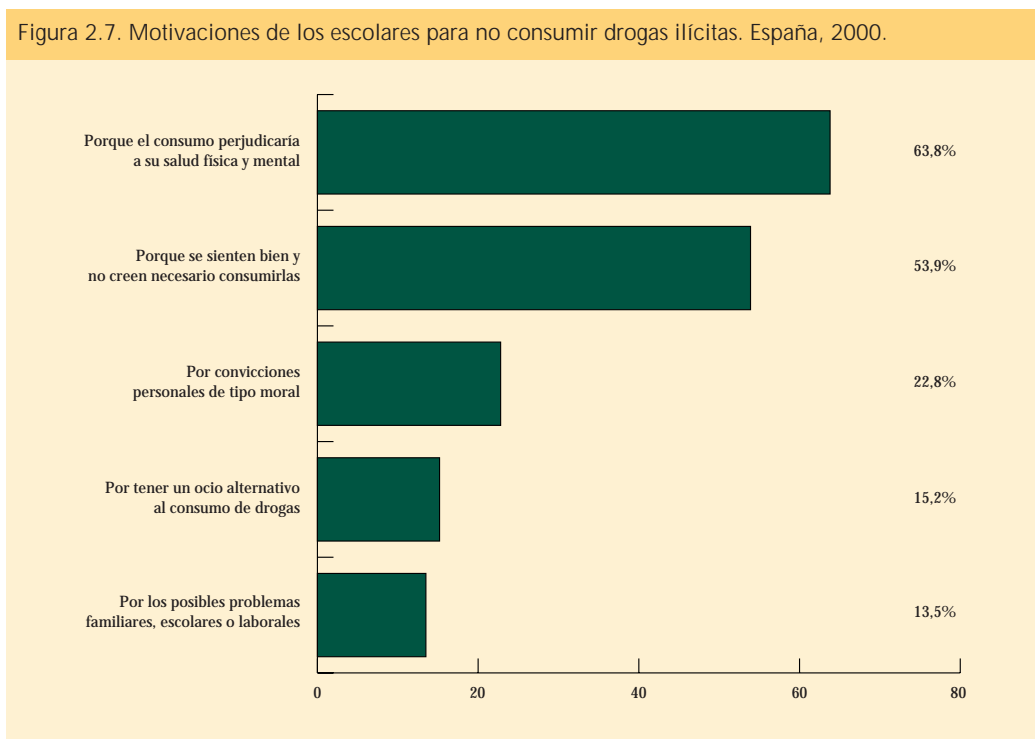
Finalmente, hay que señalar que las motivaciones expresadas para consumir cocaína y éxtasis, entre los escolares que han consumido en alguna ocasión estas sustancias, se relacionan casi exclusivamente con la diversión y la experimentación de nuevas sensaciones. Los dos principales motivos esgrimidos para consumir cocaína son el deseo de experimentar nuevas sensaciones (62,1%) y la diversión (45,7%).

También se incluyen entre las motivaciones para el consumo de esta sustancia el que les ayuda a bailar (20,4%) y a no dormir (14,3%). Motivos similares se señalan para consumir éxtasis: para divertirse (41,3%), experimentar nuevas sensaciones (21,8%) o para bailar (19,6%).

Por su parte, los efectos negativos que las drogas tienen sobre la salud son la principal motivación expresada para no consumir drogas, tanto en el caso del tabaco (64,8%) y el alcohol (58,5%), como en el de las drogas ilícitas (63,8%). Otros motivos esgrimidos para no consumir drogas, complementarios a sus efectos sobre la salud son, en el caso del tabaco, la reafirmación de la propia personalidad frente a presiones externas (9,7%) o porque ha provocado la muerte o enfermedad de algún conocido (8,3%) y, en el del alcohol, la pérdida de control, determinados efectos desagradables —mareo, náuseas, etc.— (45,5%) y el riesgo de sufrir accidentes (33,3%).

Entre los estudiantes no consumidores de drogas ilícitas las principales motivaciones para el no consumo son, además de los perjuicios para la salud física y mental (63,8%), el sentirse bien y no necesitar consumir drogas (53,9%), las convicciones de tipo moral (22,8%) y el contar con una forma de ocio alternativo (Figura 2.7).

Las razones para el no consumo relacionadas con la salud son más relevantes entre los chicos (66,4% frente al 61,4% de las chicas) y entre los escolares más jóvenes (el 67,7% entre los de 14 años y el 54,9% en el grupo de 18). Por su parte, el no considerar necesario el consumo de estas sustancias por sentirse bien es citado como razón para el no consumo de forma más habitual conforme crece la edad (desde el 50,2% de los de 14 años hasta el 57,9% de los de 18), siendo una motivación más frecuente entre las chicas (59,9%) que entre los chicos (47,4%).



■ **Problemas sufridos asociados al consumo de drogas**

Los problemas derivados del consumo de alcohol son relativamente frecuentes, como lo confirma el hecho de que un 28,5% de los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas reconozca haber sufrido en alguna ocasión consecuencias negativas asociadas a su consumo (Figura 2.8), principalmente problemas de salud (14,5%), riñas y discusiones (11,1%), conflictos o discusiones graves con padres o hermanos (10,2%) y peleas y agresiones físicas. Por otro lado, un 19,5% de los encuestados que habían consumido alcohol en los doce meses previos a la encuesta habían sido durante ese periodo conductores de un vehículo estando bajo los efectos de esta sustancia o habían sido pasajeros de vehículos conducidos por alguien que estaba bajo dichos efectos.

Una parte significativa de los escolares consumidores de cánnabis ha sufrido problemas asociados al consumo, principalmente pérdidas de memoria (17,3%), tristeza, apatía o depresión (14,3%), dificultades para estudiar o trabajar

(9,3%) y enfermedades o problemas físicos en general (8,6%). Por su parte, el 9,1% declara haber tenido problemas económicos derivados de su consumo y el 7,9% haber faltado a clase algún día a causa del consumo de esta sustancia (Figura 2.9).

A pesar del carácter supuestamente lúdico asociado al uso de sustancias como la cocaína y el éxtasis, hay que destacar que cerca de la mitad (52%) de los consumidores de cocaína afirma haber tenido problemas asociados al consumo, fundamentalmente dificultades para dormir (33,9%), problemas económicos (12,5%), irritabilidad (10,6%), tristeza y agresiones. Por su parte, el 60,1% de los escolares que han consumido éxtasis alguna vez señalan haber tenido problemas asociados a su consumo, siendo los más frecuentes los problemas para dormir (35,7%), la irritabilidad, las riñas o discusiones sin agresión física, la tristeza o depresión, problemas con los padres o la pareja y problemas económicos, todos ellos con un nivel de citación entre el 10 y el 12% (Figura 2.10).

Figura 2.8. Problemas asociados al consumo de alcohol sufridos por los escolares (respuesta múltiple). España, 2000.

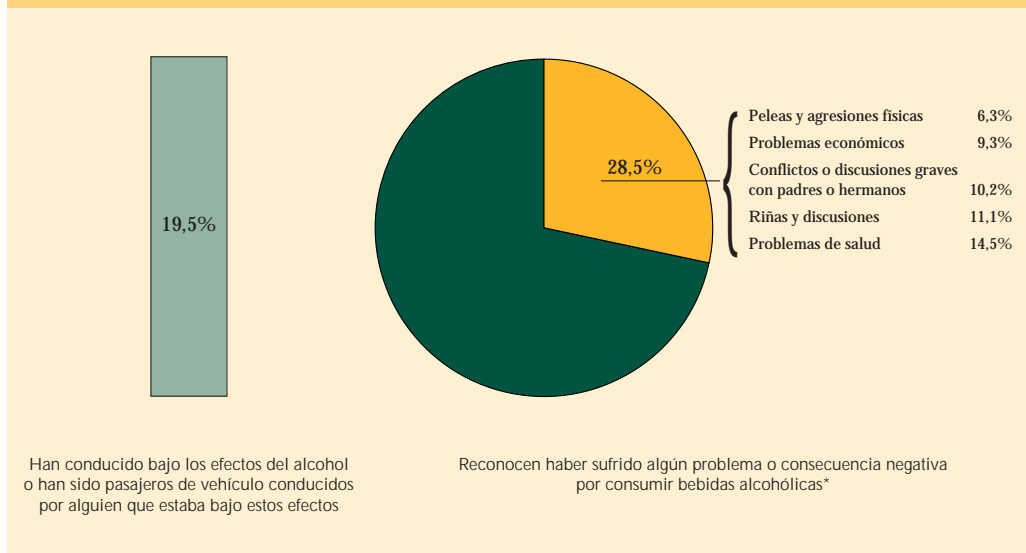


Figura 2.9. Problemas asociados al consumo de cánnabis sufridos por los escolares. España, 2000.

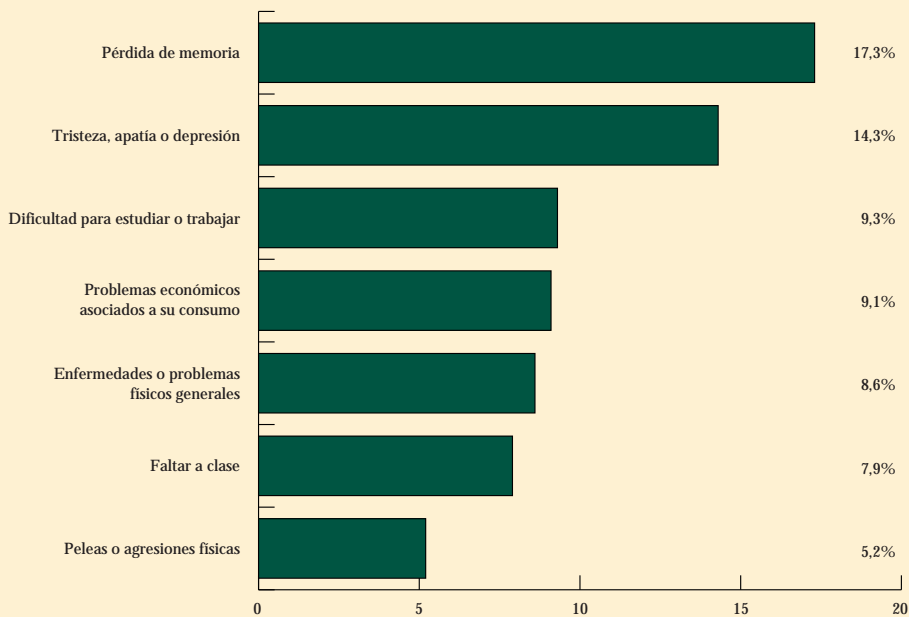
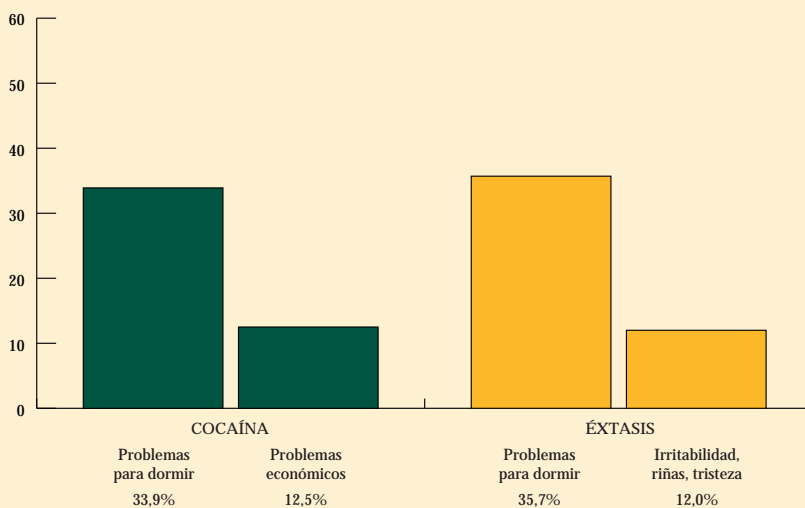


Figura 2.10. Principales problemas sufridos por los escolares, asociados al consumo de cocaína y éxtasis. España, 2000.



Entorno personal y social de los escolares

■ Consumo de drogas en el grupo de iguales

Los consumos de bebidas alcohólicas y de tabaco están muy extendidos entre los amigos y compañeros de los escolares: el 57,3% afirma que todos o la mayoría de sus amigos o compañeros han tomado bebidas alcohólicas y el 48,3% tabaco.

Entre las drogas ilícitas, únicamente el cannabis tiene una presencia importante entre el grupo de iguales: el 14,7% opina que todos o la mayoría de sus integrantes lo ha consumido (Tabla 2.26).

■ Consumo de drogas legales en el hogar de los escolares

En el 70,7% de los hogares de los escolares fumadores actuales hay alguna persona que fuma (padres o hermanos), frente al 59% registrado en el grupo de no fumadores.

El consumo de alcohol está bastante extendido a juicio de los escolares en sus hogares, en especial entre los padres: el 35,1% de los padres y el 15% de las madres consumen alcohol

de forma habitual (todos o casi todos los días y/o todos los fines de semana).

El 53,5% de las madres y el 30,3% de los padres de los escolares consumen tranquilizantes ocasionalmente, mientras que un 14,2% de las madres y un 7,7% de los padres, a juicio de los escolares, consumen tranquilizantes de forma habitual.

■ Percepción de los escolares de la actitud paterna ante el consumo de drogas

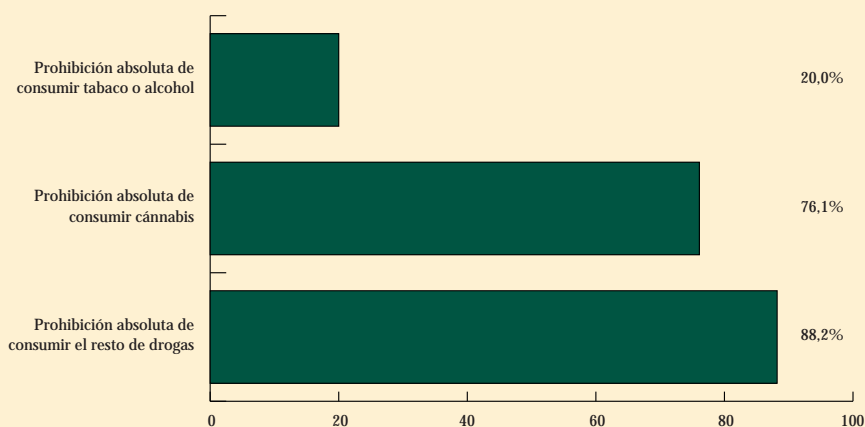
La actitud de los padres percibida por los escolares respecto al consumo de tabaco y alcohol por parte de sus hijos es relativamente permisiva, mostrándose más prohibitiva en el caso del cannabis y en especial para las restantes drogas ilícitas (Figura 2.11). La proporción de escolares que perciben que sus padres mantienen una prohibición absoluta frente a los consumos de drogas varían desde el 20% para el tabaco y el alcohol, el 76,1% para el cannabis y el 88,2% para las restantes drogas ilícitas.

La actitud de los padres hacia los consumos es más restrictiva hacia los escolares de menor edad y hacia las chicas, en este último caso con la única excepción del tabaco, donde los padres parecen mostrarse más permisivos con las hijas.

Tabla 2.26. Consumo de drogas en el grupo de iguales (proporción de estudiantes que declaran que todos o la mayoría de sus amigos o compañeros mantienen los siguientes hábitos de consumo). España, 2000.

	%
Han fumado tabaco	48,3
Han tomado bebidas alcohólicas	57,3
Se han emborrachado	19,4
Han tomado tranquilizantes/pastillas para dormir	1,5
Han consumido cannabis	14,7
Han consumido cocaína	2,3
Han consumido speed/anfetaminas	1,8
Han consumido éxtasis u otras drogas de diseño	2,9
Han consumido alucinógenos	2,2
Han inhalado sustancias volátiles	1,5

Figura 2.11. Percepción de los escolares de Secundaria de la actitud de los padres ante el consumo de las distintas sustancias. España, 2000.



■ Satisfacción personal de los estudiantes de Secundaria

Casi el 80% de los estudiantes declara que las relaciones que mantiene con sus padres son bastante o muy buenas (el 42,9% las define como bastante buenas y el 36,4% como muy buenas), en tanto que tan sólo el 1,1% calificó dichas relaciones como muy malas. Se advierte cierta relación entre la edad de los estudiantes y la calidad de las relaciones con sus padres, de modo que éstas se definen de modo más satisfactorio cuanto menor es la edad de los primeros.

A pesar de las satisfactorias relaciones que los escolares mantienen en general con los padres, el grupo de iguales se configura como un referente básico, como lo confirma el hecho de que al enfrentarse ante un problema importante, lo confían preferentemente a sus amigos (72,2%), de forma más frecuente entre las chicas (con un porcentaje de mención que alcanza el 79,3%). Respecto de sus progenitores, los encuestados muestran una mayor confianza con las madres que con los padres: en el 46,4% de los casos se dirigen a ellas para contarles los problemas de importancia y tan sólo en un

24,7% de los casos se dirigen a los padres, aunque este porcentaje se eleva considerablemente entre los chicos (en un 32,3% de los casos, frente al 17,3% de las chicas). Porcentajes muy similares obtienen los hermanos y las parejas, con 23,6% y 23,4%, respectivamente. Finalmente, cabe destacar que el 6,5% de los estudiantes encuestados declararon no compartir sus problemas con nadie, especialmente los chicos (8,9%, frente al 4,2% de las chicas).

El grado de satisfacción con la marcha de los estudios es medio. La proporción de quienes se declaran muy insatisfechos (9,6%) es similar a quienes se consideran muy satisfechos (9,5%), mientras que declaran estar bastante satisfechos (26,1%) un porcentaje ligeramente superior a quienes se declaran bastante insatisfechos (20,4%). El restante 34,5% no se pronuncia.

Uno de cada tres escolares (33,1%) se siente bastante o muy agobiado y en tensión con cierta frecuencia. Un 26,0% afirma tener la sensación de no poder superar sus dificultades bastante o muy frecuentemente y el 19% declara haber perdido bastante o mucho la confianza en sí mismo/a, creciendo ambos porcentajes a medida que lo hace la edad.

Cerca de la mitad de los estudiantes encuestados (el 47,3%) declararon estar bastante o muy satisfechos en el momento actual de sus vidas, aunque un 15,6% afirma estar bastante insatisfecho y un 9,6%, muy insatisfecho.

■ Patrones de ocupación del tiempo libre de los escolares

Las actividades realizadas preferentemente en los días laborables, desarrolladas fundamentalmente de forma individual, son: escuchar música (81,4%), ver televisión (81,3%), leer libros y revistas (60%) y practicar deporte (54,6%). Por otra parte, las actividades habituales que realizan en el fin de semana, de carácter claramente social, son: estar con amigos/as (90,5%), ir a bares o discotecas (74,8%), ir al cine o teatro (68,9%), ir a fiestas (65,5%), jugar con ordenadores o videojuegos (54,6%) y ver espectáculos deportivos (46,9%). El 89% de los escolares se declara satisfecho con la ocupación de su tiempo libre.

Las salidas nocturnas son relativamente frecuentes entre los escolares como lo confirma el que un 33,9% declare haber salido por las noches todos los fines de semana en el último año y un 3,1% casi todos los días. La frecuencia de las salidas nocturnas aumenta con la edad (salen todas las noches del fin de semana

el 21% de los escolares de 14 años y el 48,4% de los de 18 años).

La hora de regreso a casa en la última salida en el fin de semana se produjo en horas muy avanzadas: el 56% regresó a partir de las 02:00 horas (Tabla 2.27). Sólo el 16,2% de los escolares que salieron regresaron antes de las 24:00 horas, mientras que el 28,3% regresó entre las 02:00 y las 04:00 horas y un 27,6% más tarde de esa hora. La hora de regreso se retrasa a medida que crece la edad: el 69,6% de los escolares de 14 años regresa antes de las 02:00 horas frente al 15,3% de los de 18 años.

Los lugares habituales donde suelen ir los escolares en sus salidas nocturnas son: discotecas, bares o pubs (50%), cines o teatros (22,4%), casa de amigos/as (20%) y la calle (19,1%).

La mayoría de los estudiantes (92,5%) afirma que sus padres conocen generalmente con quién están cuando salen.

Cerca de la mitad de los encuestados (52%) declara pertenecer a alguna asociación, principalmente deportiva (35,9%), de ocio y tiempo libre (10%), religiosa (9,2%) o cultural (6,1%). El nivel de asociacionismo desciende con la edad, desde el 56,1% en el grupo de 14 años

Tabla 2.27. Hora de regreso a casa de los estudiantes de Secundaria en la última salida en fin de semana, según edad. España, 2000.

Hora de regreso a casa la última salida en fin de semana	14	15	16	17	18	Total
Antes de las 24:00	35,0	21,5	13,0	5,6	2,5	16,2
Entre las 00 y la 01	21,3	18,3	13,3	8,1	3,8	13,9
Entre la 01 y las 02	13,3	16,6	15,3	11,5	9,0	13,9
Entre las 02 y las 03	10,9	14,5	17,4	17,7	11,1	15,1
Entre las 03 y las 04	7,0	10,3	15,2	17,6	16,2	13,2
Después de las 04	7,6	11,1	17,1	27,6	38,8	18,2
A la mañana siguiente	4,9	7,7	8,7	11,8	18,7	9,4

hasta el 45,3% en el grupo de 18 años, siendo más alto entre los chicos (63,7%) que entre las chicas (40,6%).

La cantidad de dinero de la que disponen semanalmente los estudiantes para satisfacer sus gastos personales se sitúa por término medio en 2.406 pesetas, con una desviación típica de 2.384 pesetas. Esta cantidad de dinero aumenta de forma constante entre tramos de edad consecutivos desde los 14 hasta los 17 años a razón de unas 400 pesetas/año, experimentando un brusco incremento de 700 pesetas al comparar el grupo de 17 años con el de 18 años. De esta forma, se pasa de las 1.642 pesetas de las que disponen semanalmente el grupo de estudiantes más jóvenes a las 3.559 pesetas entre los mayores. Los chicos disponen de mayor cantidad de dinero a la semana, 2.661 pesetas frente a las 2.153 pesetas de las chicas.

■ Integración escolar

Las ausencias a clase durante el mes anterior a la realización de la Encuesta se situaron en torno a una falta mensual, advirtiéndose un ligero aumento del número de éstas conforme aumenta la edad de los encuestados. Así, se pasa de una media de 0,9 faltas entre los estudiantes de 14 años a 1,3 faltas en el grupo de 18 años. El tipo de estudios y la titularidad del centro marcan diferencias respecto al absentismo escolar: son los estudiantes de BUP, COU y Bachillerato y los alumnos de centros privados los grupos entre los que las ausencias escolares son menos habituales (0,8 faltas en el último mes para ambos casos) frente a los estudiantes de FPII y Ciclos Formativos (1,3 faltas), los de ESO (1,2) y los de centros públicos (1,1 faltas).

El porcentaje de encuestados que ha repetido curso alguna vez es del 33,6%, alcanzando valores superiores entre los chicos (37,6%) que entre las chicas (29,7%) y, especialmente, entre los estudiantes de FPII y Ciclos Formativos (69,9%). El porcentaje de repetidores aumenta drásticamente con la edad de los encuestados, desde el 1,1% de los estudiantes de 14 años hasta el 94,4% de los de 18 (hay que tener en cuenta que el porcentaje global

de repetidores se encuentra distorsionado por la presencia en el universo de la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar de los estudiantes de Secundaria de 18 años, una edad en la que normalmente se ha completado este ciclo educativo).

La titularidad del centro también arroja diferencias respecto a este indicador, dándose unos porcentajes de repetidores más elevados entre los centros públicos (37,6%) que entre los privados (25,5%).

2. FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS ENTRE ESCOLARES

Introducción

En la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 2000 se incorporó en el cuestionario una serie de preguntas o ítems relacionados con aspectos que diversas investigaciones realizadas en el campo de la prevención identificaban como factores de riesgo o de protección en relación con los consumos de drogas.

Ello ha permitido realizar un análisis multivariable para constatar la existencia o no de asociaciones significativas en términos estadísticos entre los diferentes comportamientos y prácticas de consumo de drogas y una serie de factores como son:

- Las formas de ocupación del ocio.
- Los niveles de comunicación familiar.
- El grado de satisfacción personal.
- Los niveles de consumo de drogas entre el grupo de iguales.
- Las normas paternas en relación con el consumo de drogas.

La metodología utilizada en este análisis se ha valido de las técnicas más accesibles para la mejor comprensión de los resultados. Las más utilizadas han sido tablas de contingencia para la contrastación de la hipótesis de independencia entre variables cualitativas (además del test de la X^2 , la Phi de Cramer o el Coeficiente de contingencia) y test de diferencias de medias para muestras independientes.

Resultados

A continuación presentamos los principales resultados de este análisis:

■ Incidencia de los patrones de ocupación de ocio y tiempo libre en los consumos de drogas

Las variables analizadas han sido:

- a) En su tiempo libre los escolares van o no a bares y discotecas. En los últimos doce meses han salido o no lo han hecho por la noche casi todos los días o fines de semana.
- b) Cuando salen por la noche lo hacen o no hasta más tarde de las 2:00 de la madrugada, como factor de riesgo.
- c) Cuando salen por la noche lo hacen o no hasta antes de las 12 de la noche, como factor de protección.
- d) Cuando salen por la noche suelen ir o no ir a bares, pubs o discotecas.
- e) En su tiempo libre los escolares practican o no deporte.

Estos factores se han contrastado con el mayor o menor consumo de las distintas sustancias y con la edad de inicio en el consumo. Los resultados obtenidos confirman que:

- El acudir a bares y discotecas en el tiempo libre, el salir por la noche todas las días o todos los fines de semana y el regresar a casa cuando se sale después de las 02:00 horas se asocia claramente con una mayor prevalencia en el número de borracheras, con el consumo abusivo de alcohol y el consumo diario de tabaco y con el consumo de cannabis, en este último caso en menor medida. Los factores más determinantes son la frecuencia de salidas nocturnas y la hora de finalización de las mismas.
- El consumo de cocaína y de éxtasis está más débilmente asociado a estos factores siendo la hora de regreso a casa en este caso el factor principal.
- Regresar a casa antes de las 24:00 horas se asocia con menores consumos experimentales y ocasionales de alcohol y cannabis, menos borracheras, menores consumos

diarios de tabaco y una reducción del número de cigarrillos diarios consumidos, así como menores prevalencias de uso de cannabis, cocaína y éxtasis en los últimos treinta días.

- La práctica de los deportes, por su parte, no aparece relacionada con unos menores consumos. Esto posiblemente se deba a que en estas edades es habitual entre los jóvenes y no excluye el consumo de sustancias.

Además de este análisis, se ha realizado una clasificación tipológica de los escolares según la utilización que realizan de su tiempo libre durante los fines de semana para relacionar estas formas de ocio con el consumo de drogas. Se han constituido cuatro grupos en función de la afinidad observada:

- Grupo 1: Lo componen aquellos escolares cuyas actividades más importantes en el fin de semana son el ir a bares y discotecas e ir a fiestas. El porcentaje de escolares incluido en este grupo es de un 18,1%.

Este grupo es el que presenta un mayor consumo de drogas, muy por encima del total de los escolares.

- Grupo 2: Las principales actividades de este grupo son escuchar música y ver la televisión. Es el que comprende más escolares y se puede inferir que determina un comportamiento medio (normal) en su ámbito de referencia (escolares de 14 a 18 años). El porcentaje de escolares incluido en este grupo es de un 52,6%. Presenta consumos similares a la media.
- Grupo 3: Se le podría denominar grupo pasivo y lo componen aquellos escolares que en general realizan pocas actividades. El porcentaje de escolares incluido en este grupo es de un 14,4%. Es el que presenta menores consumos.
- Grupo 4: En este grupo la actividad predominante es realizar actividades artísticas o culturales. El porcentaje de escolares incluido en este grupo es de un 14,9%. Muestra unos consumos por debajo de la media. El consumo de alcohol es, de todas las sustancias, el más similar a la media.

■ Influencia de la comunicación familiar y de los consumos paternos en los consumos de drogas de los escolares

La influencia de la comunicación familiar y de los consumos de los padres en los patrones de consumo de los escolares se ha analizado a partir de cuatro variables.

Estas variables son las siguientes:

- a) Conocimiento de los padres de con quién está su hijo/a cuando sale.
- b) Si el escolar comparte con sus padres sus problemas.
- c) El grado de satisfacción de las relaciones que los hijos mantienen con sus padres.
- d) Consumo de alcohol, tabaco y tranquilizantes por los padres.

Los resultados del análisis multivariable confirman que:

- El conocimiento por parte de los padres de con quién está su hijo cuando sale, no tiene grado de asociación suficiente sobre el consumo experimental y ocasional de las distintas sustancias.
- Por el contrario, la consulta de los hijos a los padres sobre sus problemas es un buen medidor del riesgo de consumo tanto experimental como ocasional de tabaco, alcohol y cannabis.
- El grado de satisfacción de las relaciones de los escolares con sus padres, a pesar de ser estadísticamente significativo, no tiene un grado suficiente de asociación con los consumos.
- La calidad de las relaciones familiares y el conocimiento paterno de los compañeros con los que salen sus hijos se relaciona de forma significativa con las edades de inicio al consumo de todas las sustancias en especial en el caso del tabaco, bebidas alcohólicas y cannabis.
- Se observa una incidencia casi nula de los consumos paternos de drogas legales (tabaco, alcohol y tranquilizantes) en el comportamiento de los escolares con respecto a las drogas.

■ Influencia del grado de satisfacción personal y las dificultades personales en los consumos de drogas

El análisis de la relación entre el grado de satisfacción personal de los escolares (niveles de autoestima, equilibrio personal etc.) con los consumos de drogas se ha realizado en base a las siguientes variables:

- a) Los escolares están o no bastante o muy satisfechos con la marcha de sus estudios.
- b) Los escolares están o no bastante o muy insatisfechos con la marcha de sus estudios.
- c) Los escolares se sienten o no nada o poco agobiados y en tensión.
- d) Los escolares se sienten o no bastante o muy agobiados y en tensión.
- e) Los escolares están o no bastante o muy satisfechos, en general, con sus vidas en el momento actual.
- f) Los escolares están o no bastantes o muy insatisfechos, en general, con sus vidas en el momento actual.

Los resultados nos muestran que:

- El grado de satisfacción personal y las dificultades personales no tienen una relación relevante con los consumos de drogas entre los escolares, con la única excepción de la satisfacción con la marcha de los estudios.
- Cuanto mayor es la satisfacción con los estudios más reducida es la incidencia de las borracheras, el consumo diario de tabaco y más se retrasa la edad de inicio al consumo de alcohol y tabaco.
- Cuanto mayor es la satisfacción con la marcha de los estudios la edad de inicio al consumo de cannabis se produce es más tardía. Esta asociación no se constata en el caso del éxtasis y la cocaína.

■ Influencia del consumo de drogas en el grupo de iguales en los consumos de los escolares

El análisis de la influencia de los hábitos de consumo de drogas en el grupo de iguales en

los comportamientos de los escolares se ha realizado a través de las siguientes variables:

- a) Componentes del grupo de amigos y compañeros que han fumado tabaco.
- b) Componentes del grupo de amigos y compañeros que han consumido bebidas alcohólicas.
- c) Componentes del grupo de amigos y compañeros que se han emborrachado.
- d) Componentes del grupo de amigos y compañeros que han consumido cánnabis.
- e) Componentes del grupo de amigos y compañeros que han consumido cocaína.
- f) Componentes del grupo de amigos y compañeros que han consumido éxtasis u otras drogas de síntesis.

Los resultados del análisis nos indican que el consumo de las distintas sustancias por los escolares parece verse influido claramente por el consumo de las mismas sustancias en su grupo de iguales. Esta influencia es clara, tanto en los consumos experimentales y ocasionales, como en los consumos más recientes. También lo es en cuanto a la frecuencia y cantidades (número de borracheras, número de cigarrillos consumidos).

Hay una clara asociación de la edad de inicio de todas las sustancias respecto al consumo en el grupo de iguales, con la salvedad del éxtasis.

■ Influencia de las normas paternas

La influencia que las normas paternas tienen en relación a los consumos de drogas entre escolares, han sido analizadas a partir de la percepción que los propios escolares tienen de la actitud de sus padres (desde la prohibición absoluta a la libertad total), y su contraste respecto al consumo de las distintas sustancias.

Los resultados de este análisis presentan una clara asociación entre las actitudes más o menos permisivas de los padres y el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis. Esta relación se da tanto respecto a la edad de inicio, como a los consumos experimentales, ocasionales y más recientes. También sobre el número de borracheras y los cigarrillos consumidos.

Esta asociación no se da en cambio con respecto a otras sustancias como el éxtasis o la cocaína, posiblemente por ser sustancias que son ampliamente rechazadas y su consumo, de por sí muy inferior, prevalece sobre dicho rechazo.

Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos por el análisis multivariable, se constata que no todos los factores analizados tienen una influencia generalizada sobre los distintos patrones de consumo, así como que estos factores tienen un peso o influencia distinta que podría resumirse del siguiente modo:

1 Los consumos de las distintas sustancias en el grupo de iguales es el factor más relevante de todos los analizados para explicar los distintos hábitos de consumo de drogas entre los escolares, quedando patente el efecto reforzante del consumo por parte de los adolescentes.

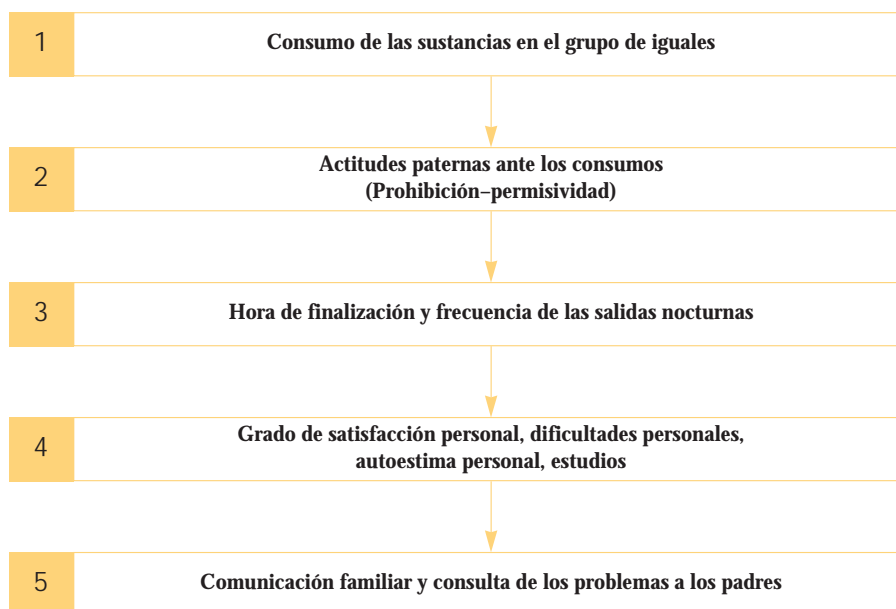
2 La permisividad de los padres en relación al consumo de tabaco, alcohol y cánnabis, actúa como un potente factor de riesgo. Su prohibición absoluta actúa, por el contrario como un factor de protección en relación a los consumos de estas sustancias por parte de los escolares.

3 En relación con las preferencias y hábitos de ocupación del ocio y el tiempo libre, el horario de regreso a casa de las salidas nocturnas y la frecuencia de éstas son los factores que más condicionan los niveles de consumo de las diferentes sustancias.

4 Los niveles de consumo de drogas de los escolares no parecen depender demasiado del grado de satisfacción de éstos. El factor más asociado en este caso es la satisfacción con la marcha de los estudios.

5 La continua comunicación con padres (el consultarlos cuando los escolares tienen algún problema) se asocia con el menor consumo de tabaco, alcohol y cánnabis, si bien es el factor que presenta una asociación más débil de los reseñados.

Jerarquía de los factores asociados con el consumo de drogas entre los escolares



3. ESTIMACIONES DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE OPIOIDES

Uno de los cinco indicadores epidemiológicos clave del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanias (ver anexo 2 de este informe) se refiere a la estimación de la prevalencia del consumo problemático de drogas. Este consumo es definido como “el consumo por inyección o habitual/ a largo plazo de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas”. A continuación presentamos el estudio realizado en ese marco por la Doctora Antonia Domingo Salvany, referido en este caso exclusivamente al consumo de opiáceos. La importancia de estas estimaciones radica en la dificultad de otros instrumentos como las encuestas generales de población para proporcionar datos fiables sobre este consumo.

Durante dos décadas la heroína (principalmente administrada por vía intravenosa), ha sido la droga que causaba la gran mayoría los problemas sociales y sanitarios ligados al consumo de drogas ilegales en España, aunque las encuestas mostraban repetidamente que el consumo de otras drogas como la cocaína estaba más extendido. Actualmente, la heroína ha perdido relevancia, pero continúa siendo una droga con un importante impacto social y sanitario. Los datos de las encuestas poblacionales relativos a la prevalencia del consumo problemático de heroína tiene problemas de validez, y hay poca información adicional al respecto obtenida con métodos indirectos. A comienzos de la década de los noventa se realizaron estimaciones locales en Barcelona y Madrid utili-

zando el método de captura-recaptura y se obtuvieron cifras de prevalencia anual para el período 1990-1993 y el grupo de edad de 15-54 años de 7,2-11,0/1000 habitantes en Barcelona y 14,1/1000 habitantes en Madrid (Domingo-Salvany et al. 1998; EMCDDA 1999).

Recientemente se han realizado estimaciones con los métodos indirectos propuestos por el EMCDDA en el contexto de la armonización de un indicador europeo. Los resultados de la aplicación de estos métodos se muestra en la tabla siguiente:

Área	Método	Año	Nº de consumidores estimado	Tasa poblacional*
España	Demográfico	1999	116.298	4,29
	Multiplicador de tratamiento	1999	148.763	5,48
Vizcaya	Captura-recaptura	1998	3.410	4,21
Madrid	Captura-recaptura	1998	19.192	5,31
Murcia	Captura-recaptura	1998	10.384	13,75

* Por 1.000 habitantes de 15-64 años.

Para obtener la estimación por el método demográfico se multiplicó el número de admitidos a tratamiento por dependencia de drogas por primera vez en la vida que eran consumidores de opiáceos (11.034 sujetos en 1999) por el número medio de años de uso de drogas de los consumidores de opiáceos que iniciaron tratamiento el mismo año fuera o no por primera vez en la vida (10.54 años).

Para obtener la estimación por el método multiplicador de tratamiento se dividió el número de sujetos admitidos a tratamiento por dependencia de drogas que consumían opiáceos (38.976 en 1999) entre la proporción de admitidos a tratamiento por dependencia de opiáceos en 1996 que habían contactado con centros que habían notificado al indicador tratamiento del Plan Nacional sobre Drogas en los 12 meses previos a la admisión (26,2%).

Finalmente, el método captura-recaptura sólo pudo ser aplicado en tres áreas por falta de fuentes de información con códigos de identificación personal. Las fuentes de datos que sir-

vieron de base para el cálculo fueron el indicador admisiones a tratamiento por dependencia de drogas, el indicador urgencias hospitalarias, y el indicador mortalidad por reacción aguda a drogas para Madrid y Vizcaya, y los dos indicadores citados en primer lugar más los consumidores de drogas detenidos derivados por la policía para atención psicológica en Murcia. La metodología empleada puede consultarse en Domingo-Salvany et al. *Am J Epidemiol* 1995; **141**: 567-574, y Domingo-Salvany et al. *Am J Epidemiol* 1998; **148**: 732-740.

Como puede observarse, las dos tasas obtenidas para el conjunto del país son bastante similares. La estimación obtenida con el método multiplicador de tratamiento es más alta que la obtenida con el método demográfico. Es importante tener en cuenta que el método multiplicador de tratamiento tiene dos sesgos que probablemente actúan en un sentido opuesto. Por una parte, el multiplicador puede estar infraestimado porque la proporción de consumidores que inician tratamiento puede haber aumentado desde 1996, debido sobre

todo a la extensión de la oferta de tratamientos con metadona. Por otra parte, la citada proporción fue obtenida en una muestra de personas captadas en los centros cuando iniciaban tratamiento, y estas personas tenían seguramente mayor probabilidad de haber iniciado otro tratamiento en los 12 meses previos que los consumidores que se pueden encontrar en la calle. Es difícil saber cuál de los dos sesgos es más importante, y por lo tanto, saber cómo afectan a la estimación final de la prevalencia. El método demográfico puede estar afectado también por sesgos que pueden originar una infraestimación de la prevalencia. Así, el descenso del número de pacientes que inician su primer tratamiento impide que se cumpla la ascensión del método de que la población es estable.

Por lo que respecta al método de captura-recaptura, las estimaciones de Vizcaya y Madrid son parecidas a las del conjunto de España. Sin embargo, la de Murcia es mucho más elevada. El hecho de que en Murcia se haya utilizado una fuente legal que amplía la población de referencia puede explicar en parte estas diferencias. Además, los datos de urgencias de Murcia no permitían seleccionar las urgencias según tipo de drogas, por lo que fueron incluidos otros consumidores de drogas además de los de opiáceos. Estas dos características de las fuentes utilizadas para el cálculo pueden haber conducido a una sobreestimación importante del número de consumidores.

Finalmente, si se comparan las estimaciones obtenidas para 1999 con los métodos demográfico y multiplicador de tratamiento con las obtenidas con los mismos métodos para 1998 (4,8/1.000 para el primer método y 6,55/1.000 para el segundo) se observa que el número de consumidores problemáticos de opiáceos está disminuyendo. El descenso de la prevalencia estimada podría deberse a un descenso de las admisiones a tratamiento atribuible a otros factores distintos al volumen de consumidores como el aumento de la retención en tratamiento debido a la extensión de los programas de mantenimiento con metadona. No obstante, el hecho de que desciendan también las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida hace pensar que este descenso es real.

4. DEMANDA DIRECTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

La demanda de bebidas alcohólicas y el gasto efectuado en ellas en España es conocido a través de los datos proporcionados por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Este Ministerio desde 1987 hace un estudio del consumo alimentario en los diferentes ámbitos —hogares, restauración comercial e instituciones— basado en encuestas efectuadas entre los consumidores y los responsables de compras en dichos establecimientos. A continuación presentamos los datos de los años 2000 y 2001.

En el año 2000 se ha efectuado un volumen de compras de bebidas alcohólicas de 3.785,27 millones de litros. La mayor parte corresponde a las cervezas con un total de 2.203,04 millones de litros (58,2%), seguido de los vinos cuya cifra asciende a 1.310,5 millones de litros (34,62%). Los licores y otras bebidas alcohólicas (194,7 millones de litros) y las sidras (77,03 millones de litros) son bebidas cuyo volumen de compras es bastante inferior (Figura 2.12 y Tabla 2.28).

La comparación de estos datos con los de 1999 nos muestra que ha habido una ligera reducción de las compras de bebidas alcohólicas, atribuible a la reducción de las compras de vinos. El resto de bebidas, especialmente los licores, han visto incrementar sus compras (Tabla 2.28). Esta evolución contrasta con la seguida por el consumo total alimentario que ha crecido en un 1,2% .

Por su parte los datos del 2001 continúan la tendencia del año 2000. En el 2001 se ha producido una disminución en el volumen de compras de bebidas alcohólicas en su conjunto de un 2%, disminución que afecta a todos los ámbitos de consumo. El volumen de compras total en este año asciende a 3.707,03 millones de litros, de los cuales 2.191,54 corresponde a las cervezas (59,1%), 1.233,52 a los vinos (33,3%), 202,13 a los licores y otras bebidas alcohólicas (5%) y 79,84 a las sidras (2,1%) (Figura 2.12 y Tabla 2.28). También el consumo *per capita* de bebidas alcohólicas se ha reducido pasando de 94,55 litros en el 2000 a 91,96 litros en el 2001.

Analizando el consumo de los distintos productos se observa, al igual que en el 2000, que la reducción de las compras se debe al menor consumo de vinos. Éstos descienden un 5,9%. Las cervezas permanecen más o menos estables y en cambio el consumo de sidra y de licores y otras bebidas alcohólicas se incrementan, si bien hay que considerar que estas bebidas representan sólo un 7,6% de las compras del conjunto de bebidas alcohólicas.

El mayor consumo, tanto en el 2000 como en el 2001, se efectúa en el ámbito de la hostelería y restauración, que aglutina más de dos tercios de las compras, correspondiendo a los hogares casi un tercio de ellas. Esta distribución es similar también a la de años anteriores.

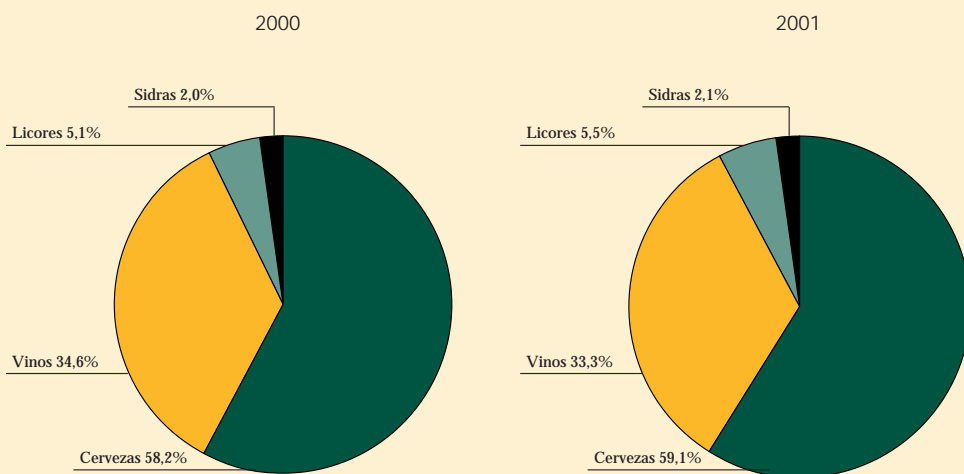
A pesar de la reducción de las compras de bebidas alcohólicas, el gasto destinado a ellas

ha aumentado tanto en el año 2000 como en el 2001, si bien en este último año el incremento es bastante menor pasando de un 11,1% de aumento en el 2000 a un 1,5% en el 2001 (ver Tabla 2.29).

El gasto en bebidas alcohólicas en el año 2000 asciende a 1.116.738 millones de pesetas, lo que supone el 11,83% del total del gasto alimentario. En el 2001 este gasto asciende a 1.133.884 millones de pesetas lo que representa un 11,1% del total del gasto alimentario.

Si se observa la evolución de la demanda desde 1995 (Tabla 2.30) se puede apreciar que después del descenso producido en 1997 ésta se ha mantenido desde entonces más o menos estable con ligeras fluctuaciones y no ha vuelto a alcanzar las cifras de 1995 y 1996.

Figura 2.12. Distribución de las compras de bebidas alcohólicas (porcentaje del volumen total expresado en litros). España, 2000 y 2001.



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Tabla 2.28. Volumen de compras de bebidas alcohólicas registradas en España (excepto Ceuta y Melilla) en los distintos ámbitos de consumo. Años 1999-2001 (millones de litros)

Productos	Hogares			Hostelería			Instituciones			Total			Total per capita	
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	2000	2001
Vinos	606,38	575,46	538,91	752,48	726,1	688,92	12,8	8,94	7,68	1.371,67	1.310,5	1.233,52	32,73	30,6
Cervezas	498,75	512,25	530,93	1.683,64	1.678,57	1.653,89	14,21	12,22	6,72	2.196,60	2.203,04	2.191,54	55,04	54,37
Otras bebidas alcohólicas (licores)	36,08	44,51	43,03	127,10	149,18	158,67	0,72	1,01	0,42	163,90	194,7	202,13	4,86	5,01
Sidra	16,25	15,04	14,62	60,54	61,81	65,04	0,16	0,18	0,18	76,95	77,03	79,84	1,92	1,98
Total bebidas alcohólicas	1157,46	1147,26	1.127,49	2.623,76	2.615,66	2.564,52	27,9	22,35	15	3.809,12	3.785,27	3.707,03	94,55	91,96

Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Tabla 2.29. Gasto destinado a la compra de bebidas alcohólicas en España (excepto Ceuta y Melilla) dentro y fuera del hogar. Años 1999-2001 (millones de pesetas)

Productos	Hogares			Hostelería			Instituciones			Total		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Vinos	135.034	146.340	141.746	239.869	261.170	257.944	2.263	1.928	1.968	377.167	409.437	401.658
Cervezas	72.568	75.289	79.281	320.010	333.086	328.563	2.599	2.449	1.314	395.177	410.824	409.158
Otras bebidas alcohólicas (licores)	44.305	52.952	54.700	173.122	225.941	250.704	815	1244	598	218.242	280.137	306.002
Sidra	3.599	3.123	3.193	10.936	13.188	13.834	26	29	39	14.561	16.340	17.066
Total bebidas alcohólicas	255.506	277.704	278.920	743.937	833.385	851.045	5.702	5.650	3.919	1.005.147	1.116.738	1.133.884

Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

Tabla 2.30. Evolución del volumen total de compras de bebidas alcohólicas. España, 1995-2001

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Vinos	1.200,5	1.298,2	1.392,4	1.414,7	1.371,7	1.310,5	1.233,52
Cervezas	2.508	2.365,9	2.132,2	2.153,6	2.196,6	2.203	2.191,54
Sidra	48,4	56,1	69,9	71,3	77	77	79,84
Licores y otras bebidas alcohólicas	217,9	205,6	178,5	173,9	163,9	194,7	202,13
Total bebidas alcohólicas	3.974,80	3.925,8	3.773,0	3.813,5	3.809,1	3.785,3	3.707,03

Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

5. DEMANDA DIRECTA DE TABACO

A continuación se presentan y comentan los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Economía) referidos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y picadura de pipa) en la Península y Baleares, y su evolución en los últimos años.

Entre los distintos tipos de labor, los cigarrillos son el producto que atrae la mayor parte de la demanda año tras año, dado que sus cifras de ventas, tanto en unidades físicas (Figura 2.13) como en pesetas (Tabla 2.31) son muy superiores a las del resto de labores, de modo que el porcentaje de participación de los ingresos obtenidos por la venta de cigarrillos en el total ingresado por la venta de tabacos viene superando en los últimos años el 90% (Tabla 2.32). Los cigarros se sitúan en segundo lugar, con cuotas de participación en los ingresos totales que varían entre el 7% (año 1992) y el 4,9% (años 1999 y 2001). El resto de las labores, picadura para liar y picadura de pipa, acaparan una parte muy pequeña del mercado, y su participación conjunta en los ingresos totales, a lo largo del periodo analizado (1991/2001), no ha superado en ningún caso el 1%.

Como se aprecia en la Figura 2.13, las ventas de todos los tipos de labor se han incrementa-

do a lo largo del periodo que se analiza, si bien con distinto ritmo e intensidad. El más espectacular incremento le corresponde a las ventas de picadura para liar (329,3% entre 1991 y 2001), aunque por ello la demanda de este producto no deja de ser minoritaria. Importante y sostenido ha sido también el aumento de las ventas de cigarros, que en 2001 se habían incrementado en un 56% respecto de 1989, si bien, en los tres últimos años, la demanda parece estabilizada. Mención especial merece la evolución de las ventas de cigarrillos, cuyas variaciones interanuales se ven afectadas por la mayor o menor presencia en el mercado de la oferta ilícita de cigarrillos provenientes del contrabando, de modo que la venta legal crece o disminuye no sólo en función de la demanda, sino también en función de las fluctuaciones en el contrabando de este producto. En cualquier caso, la tendencia observada en las ventas de cigarrillos en el periodo considerado es de crecimiento (14% entre 1989 y 2001).

No en todas las Comunidades Autónomas se observan incrementos de las ventas de cigarrillos. Por el contrario, y como se puede apreciar en la Tabla 2.33, entre 1990 y 2001, en algunas de ellas éstas han sufrido descensos. Así ha sido en Aragón (-2,7%), Cantabria (-2,5%), Castilla y León (-3,4%) y Extremadura (-4,9%). En otras Comunidades el crecimiento de las ventas ha sido muy moderado; tal es el

caso de Asturias (3,2%), Castilla-La Mancha (0,4%), La Rioja (0,7%) y Madrid (1,7%). Algo más intenso ha sido el incremento de ventas que se ha producido en Andalucía (9,4%), aunque no llega a alcanzar el crecimiento medio global (10,3%). Por encima de este último se encuentran los incrementos producidos en las ventas de cigarrillos en Cataluña (15,7%), la Comunidad Valenciana (16,1%), Galicia (16,4%), Murcia (19,1%), País Vasco (14,6%) y, muy especialmente, en Navarra (32,3%) y Baleares (63,1%).

En la Tabla 2.34 se reflejan las cifras de ventas anuales por habitante en cada Comunidad Autónoma de los distintos tipos de labor. En el análisis de estas cifras se debe tener en cuenta la distorsión que padecen las tasas correspondientes a Baleares (zona de muy fuerte expansión turística), en la medida en que ponen en relación, por un lado, unos volúmenes de ventas que satisfacen no sólo la demanda de la población residente, sino también la de los turistas que visitan las Islas en elevado y creciente número desde hace algunos años, y, por otro, sólo la población residente. Esto hace que las tasas correspondientes a esta Comunidad adquieran unos valores extremadamente altos (239 cajetillas por habitante en 1989 y 380,9 en 2001). Por otra parte, hay que señalar también, que esta distorsión afecta al cálculo de la media de ventas global por habitante, haciéndola superior en una proporción imposible de evaluar, por lo que resulta más adecuado poner la atención, en ambos casos, más en la tendencia que muestran las cifras que en su valor aritmético.

Hechas estas salvedades, y centrándonos en las ventas anuales por habitante de cigarrillos, cabe destacar que en el periodo 1989-2001 éstas crecieron en el conjunto de la población en 21 cajetillas por habitante. Por Comunidad Autónoma, y dejando aparte las Islas Baleares, los mayores incrementos de ventas por habitante, en el mismo periodo, se han producido en Navarra (49,2), Murcia (38,7), Comunidad Valenciana (33,4), Cataluña (28,9), Galicia (28,4) y País Vasco (24,7). Más moderados han sido los incrementos en las ventas por habitante en Andalucía (16,6) y Asturias (11) y aún más en Castilla-La Mancha (8,2) y Madrid

(6,8), Cantabria (5,6) y Aragón (1). Por su parte, y en el mismo periodo, en Extremadura y Castilla y León se han registrado descensos, aunque leves, de estas ventas (-2,2 y -0,3, respectivamente).

Al contrario que en el caso de los cigarrillos, las ventas por habitante de cigarrillos se han incrementado de forma significativa en todas las Comunidades Autónomas. Los mayores crecimientos se han registrado en Navarra (49 unidades), País Vasco (25,6), Islas Baleares (22,8) y Cantabria (20,7). En el resto los incrementos han variado entre 11,3 unidades más por habitante (Madrid) y 18,7 (Cataluña).

Por lo que respecta a la picadura de liar, y si exceptuamos las Islas Baleares, en donde las ventas por habitante de esta variedad de tabaco han registrado, en el periodo considerado, un incremento sustancial (15 bolsas), sólo se aprecian pequeños crecimientos en Andalucía y Navarra (0,8), Cantabria (0,6) y País Vasco (0,5) y algo mayor en la Comunidad Valenciana (2,7). En el resto de las Comunidades las ventas han permanecido estables o con cierta tendencia al descenso. Las ventas por habitante de picadura de pipa, por su parte, se han venido manteniendo estables a lo largo del periodo en todas las Comunidades Autónomas.

Conclusiones

Los ingresos por la venta de cigarrillos en 2001 representaron un 94,3% de los ingresos globales obtenidos por la venta del conjunto de variedades de tabaco, seguidos de los obtenidos por la venta de cigarrillos, con una participación de 4,9% de los ingresos. Entre 1989 y 2001 las ventas de cigarrillos crecieron un 14%, frente al 56% de los cigarrillos. La venta de picadura de liar creció entre 1991 y 2001 un 329,3%, debido casi exclusivamente al importante incremento de la demanda de este producto en las Islas Baleares relacionado con el fenómeno turístico. En el mismo periodo, la venta de picadura de pipa se incrementó en un 25% y, como en el caso anterior, la mayor parte del mismo es debido al aumento de la demanda de esta variedad de tabaco en las Islas Baleares.

Tabla 2.31. Evolución de las ventas por tipo de labor (millones de pesetas). España*, 1991-2001.

Tipo de labor	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Variación 91/01 (%)
Cigarrillos	460.510	512.778	526.764	659.327	691.974	736.478	926.582	1.118.469	1.177.101	1.254.861	1.359.899	195,3
Cigarros	34.064	38.504	35.259	37.660	39.004	41.799	50.857	54.193	61.573	67.913	70.794	107,8
Picadura para liar	898	938	1.373	2.209	2.598	2.762	3.664	4.152	5.155	6.406	10.791	1.101,7
Picadura para pipa	523	554	600	683	754	802	880	950	1.028	1.101	1.153	120,5
Total	495.995	552.774	563.996	699.879	734.321	781.841	981.983	1.177.764	1.244.857	1.330.285	1.442.637	190,9

* Península y Baleares.

Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 2.32. Participación porcentual en los ingresos de cada tipo de labor (porcentaje). España, 1991-2001.

Tipo de labor	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cigarrillos	92,8	92,8	93,4	94,2	94,2	94,2	94,4	95,0	94,6	94,3	94,3
Cigarros	6,9	7,0	6,3	5,4	5,3	5,3	5,2	4,6	4,9	5,1	4,9
Picadura para liar	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,7
Picadura para pipa	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 2.33. Volumen de ventas de cigarrillos por Comunidad Autónoma (millones de cajetillas). España, 1990-2001.

CC-AA	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Variación 1990/2001 (%)
Andalucía	744,6	763,8	704,8	640,6	675,0	642,2	608,7	667,8	744,5	762,1	784,6	814,9	9,4
Aragón	139,7	143,8	139,3	131,6	137,5	132,6	123,4	132,2	142,4	137,2	136,4	135,9	-2,7
Asturias	107,0	110,0	102,6	95,8	107,6	97,0	86,9	96,8	108,4	103,6	108,2	110,4	3,2
Cantabria	63,8	64,3	61,7	56,1	60,8	56,6	53,7	57,7	63,1	61,2	60,4	62,2	-2,5
Castilla-La Mancha	187,4	200,0	194,5	180,8	191,8	177,2	167,7	180,7	193,0	187,3	185,6	188,1	0,4
Castilla y León	256,1	268,1	248,7	230,2	254,0	232,0	241,2	234,2	260,9	247,4	243,1	247,3	-3,4
Cataluña	654,2	671,3	640,3	600,1	638,0	608,0	601,4	640,0	705,3	725,9	731,5	756,6	15,7
C. Valenciana	491,2	514,5	496,8	468,4	504,3	479,4	465,5	498,4	533,3	541,2	559,4	570,4	16,1
Extremadura	124,4	128,7	126,2	117,4	124,9	117,2	110,4	117,9	125,8	120,6	118,5	118,3	-4,9
Galicia	204,3	206,5	191,7	177,2	198,1	181,7	155,4	184,7	220,9	216,4	226,6	237,8	16,4
Baleares	118,7	120,5	114,5	114,8	128,5	124,7	122,5	130,1	144,5	164,2	187,4	193,6	63,1
Rioja	28,7	29,6	28,2	26,1	28,8	26,6	25,1	27,1	30,2	28,9	28,0	28,9	0,7
Madrid	599,4	618,9	608,0	544,2	576,4	541,5	530,0	570,2	616,9	603,4	600,3	609,6	1,7
Murcia	118,0	123,0	120,0	113,4	121,1	116,8	114,0	123,8	133,9	135,4	136,2	140,5	19,1
Navarra	52,9	53,9	49,1	47,8	57,6	55,0	56,0	60,3	67,2	66,0	65,8	70,0	32,3
País Vasco	184,8	183,4	167,9	152,6	176,5	159,0	148,8	161,7	201,4	192,2	203,7	211,7	14,6
Total	4.075,2	4.200,3	3.994,3	3.697,1	3.980,9	3.747,5	3.610,5	3.883,6	4.291,7	4.293,0	4.375,7	4.496,0	10,3

Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 2.34. Variación de las ventas anuales de tabaco por Comunidad Autónoma (tasas).
España* 1989-2001.

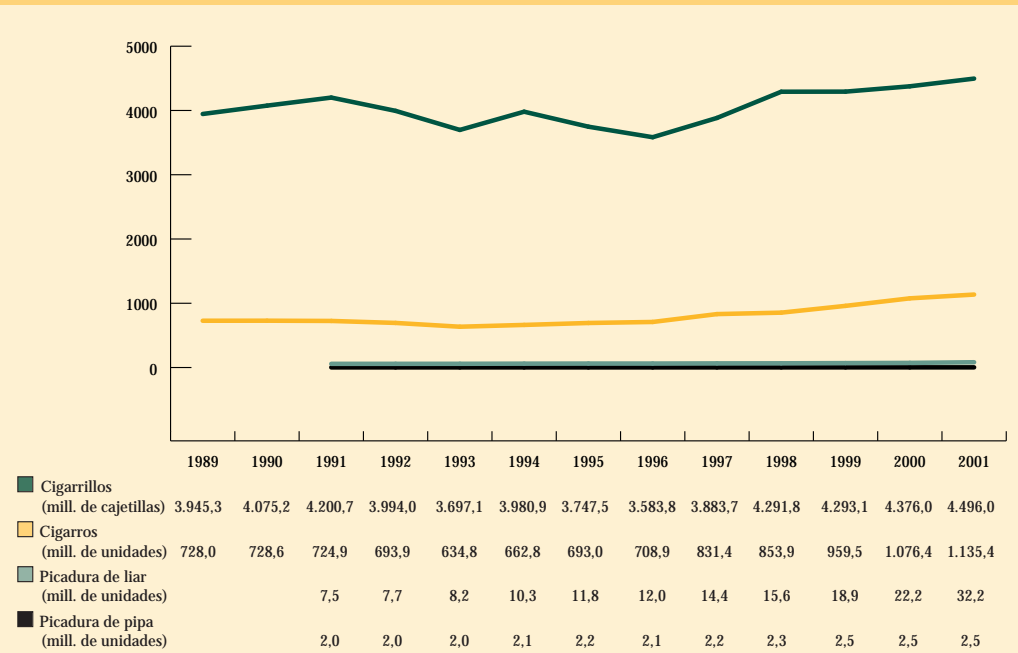
	Cigarrillos (cajetillas)			Cigarros (unidades)			Picadura para liar (unidades)			Picadura para pipa (paquetes)		
	1989	2001	Variación	1989	2001	Variación	1991	2001	Variación	1991	2001	Variación
Andalucía	147,7	164,3	16,6	11,5	25,1	13,6	0,1	0,9	0,8	0,1	0,1	0,0
Aragón	172,1	173,1	1,0	39,2	52,3	13,1	0,8	0,6	-0,2	0,1	0,1	0,0
Asturias	140,1	151,1	11,0	37,5	50,6	13,1	0,4	0,3	-0,1	0,1	0,1	0,0
Cantabria	164,1	169,7	5,6	36,3	57,0	20,7	0,5	1,1	0,6	0,0	0,1	0,1
C.-La Mancha	159,6	167,8	8,2	28,3	41,1	12,8	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
C. y León	148,6	148,3	-0,3	48,9	61,3	12,4	0,4	0,3	-0,1	0,1	0,1	0,0
Cataluña	150,3	179,2	28,9	34,0	52,7	18,7	0,4	1,4	1,0	0,1	0,1	0,0
C. Valenciana	174,2	207,6	33,4	24,4	37,5	13,1	0,3	3,0	2,7	0,1	0,1	0,0
Extremadura	167,8	165,6	-2,2	16,2	35,9	19,7	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Galicia	98,8	127,2	28,4	16,0	30,3	14,3	0,4	0,4	0,0	0,1	0,0	-0,1
Baleares	239,1	380,9	141,8	55,5	78,3	22,8	0,8	15,8	15,0	0,2	0,6	0,4
Rioja	150,6	162,8	12,2	78,9	94,0	15,1	0,6	0,2	-0,4	0,0	0,0	0,0
Madrid	163,6	170,4	6,8	18,0	29,3	11,3	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
Murcia	146,9	185,6	38,7	19,2	34,2	15,0	0,3	0,5	0,2	0,0	0,1	0,1
Navarra	139,8	189,0	49,2	66,4	115,4	49,0	0,3	1,1	0,8	0,0	0,1	0,1
País Vasco	118,9	143,6	24,7	60,1	85,7	25,6	0,3	0,8	0,5	0,1	0,1	0,0
Total	151,5	172,6	21,1	28,0	43,6	15,6	0,1	1,2	1,1	0,1	0,1	0,0

Nota : Para el cálculo de las tasas se ha utilizado la población entre 15 y 65 años.

* Península y Baleares.

Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Figura 2.13. Evolución de las ventas de tabacos por tipo de labor. España*, 1989-2001.



* Península y Baleares.

Variación 1989/01: Cigarillos: + 14%, cigarros: + 56%. Variación 1991/01: Picadura liar: + 329,3%, picadura pipa: + 25%

Fuente: Ministerio de Economía. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

3

Indicadores de prevención

Las Comunidades Autónomas y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, durante el período 1998-99 han realizado un gran esfuerzo por conocer las características, tanto técnicas como de implantación, de los programas de prevención escolar que se estaban llevando a cabo en las diferentes Comunidades Autónomas.

Con esta finalidad, se elaboró una ficha para la recogida de información, que permitió sistematizar por primera vez los datos y disponer de una “radiografía” lo suficientemente amplia y exacta de la realidad escolar como para ser utilizada en posteriores análisis y profundizaciones que favorezcan una mejora de las acciones preventivas.

En el año 2000, siguiendo en la línea anteriormente expuesta, se dio un paso más en la sistematización de la información sobre las intervenciones preventivas en nuestro país, desarrollando una ficha sobre los programas de familia, para conocer los aspectos más significativos de los que se están aplicando en la actualidad.

Durante los próximos años se tiene previsto abordar la elaboración de nuevas fichas con la finalidad de sistematizar la información sobre los programas de prevención con menores y los de ámbito comunitario, completando así el desarrollo de unos instrumentos de información de gran utilidad, tanto para describir la realidad, como para comprobar el logro de los objetivos que la Estrategia Nacional sobre Drogas tiene planteados.

1. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR

Los datos de los que disponemos sobre las actividades preventivas llevadas a cabo en el ámbito escolar durante el curso 1999-2000, nos ponen de manifiesto que el 80% de los programas que se están desarrollando son universales, un 13%, de carácter selectivo y sólo un 2% son programas indicados (Figura 3.1).

Han participado 5.300 centros escolares, 31.225 profesores, siendo más de medio millón los beneficiarios directos de estos programas.

El 90% de los programas analizados, se imparten por profesores formados, en su mayoría para ello, en sesiones estructuradas (Figura 3.2), con el apoyo de medios didácticos diseñados específicamente para tal fin y realizando, en un 59% evaluación de proceso y en un 41% evaluación de resultados (Figura 3.5).

La Educación Secundaria Obligatoria (de 12 a 15 años), es el nivel educativo al que más programas se han orientado. Un porcentaje muy inferior están orientados al Bachillerato y a la Educación Primaria.

La formación en prevención que reciben los alumnos de Formación Profesional de grado medio, así como los que cursan un Programa de Garantía Social o están inscritos en las Aulas Taller, es muy escasa (Figura 3.4).

El componente que más se ha trabajado en los programas de prevención, es la información sobre drogas, seguida muy de cerca, por la

Figura 3.1. Tipos de programas de prevención escolar aplicados. España, curso 1999-2000.

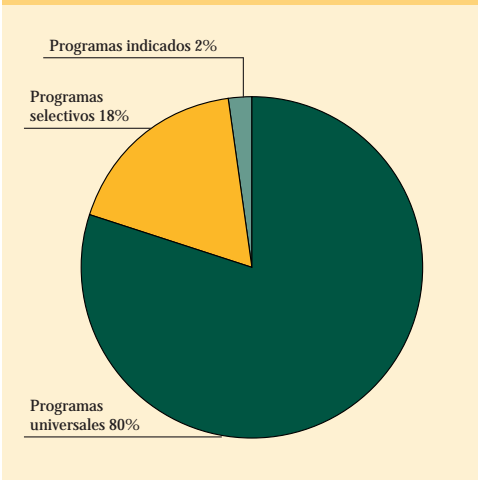


Figura 3.2. Modalidad de aplicación de los programas de prevención escolar en el aula. España, curso 1999-2000.

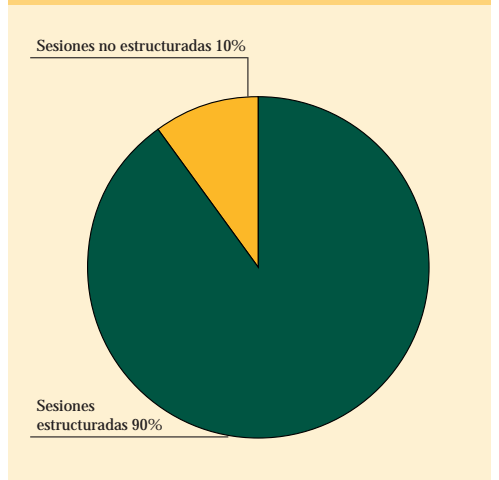


Figura 3.3. Contenido de los programas de prevención escolar. España, curso 1999-2000.

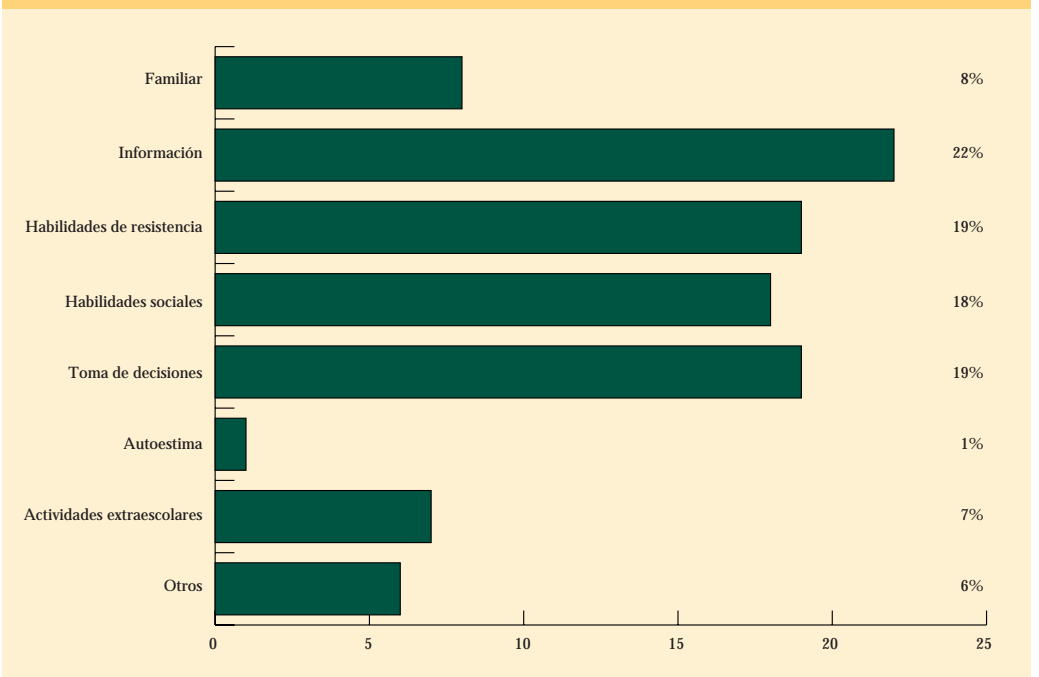
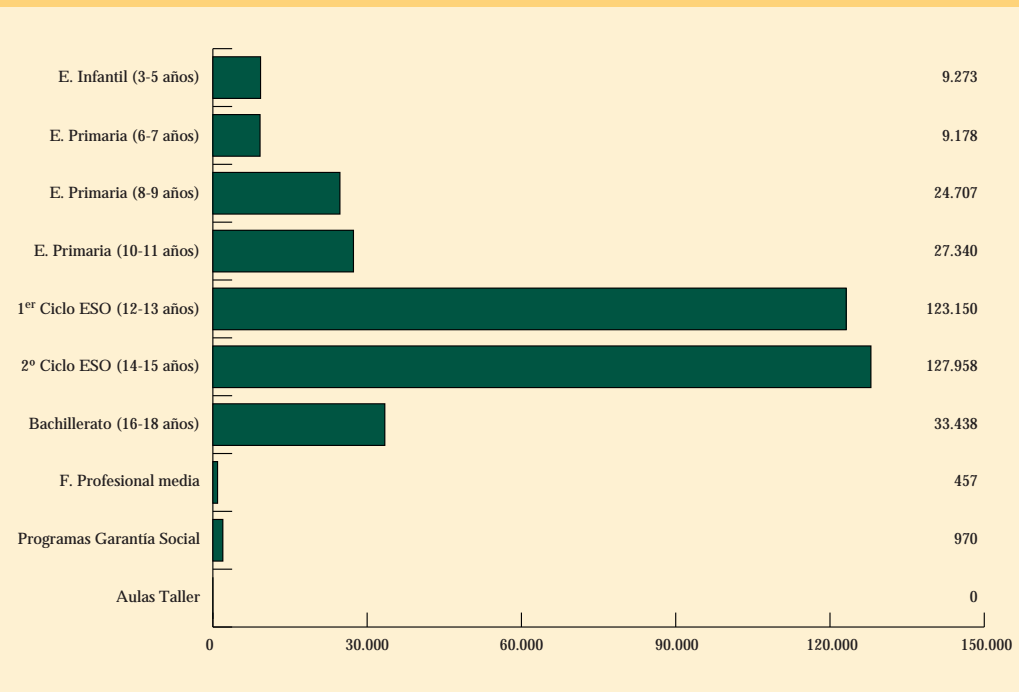


Figura 3.4. Datos de implantación de los programas de prevención escolar (número de alumnos por nivel educativo). España, curso 1999-2000.



formación en habilidades de resistencia, en habilidades sociales y toma de decisiones (Figura 3.3).

La mayoría de los programas incluyen tanto actividades con la familia, como de carácter comunitario.

Intervenir de forma integrada en los distintos ámbitos de la realidad de los alumnos: escuela, familia y comunidad donde viven, junto con el aumento de programas selectivos, resulta muy eficaz para la prevención en escolares en riesgo.

Los gráficos adjuntos plasman la realidad de todas las actividades que se están llevando a cabo en las diferentes Comunidades Autónomas, en el ámbito de la prevención escolar.

Figura 3.5. Tipo de evaluación llevada a cabo en los programas de prevención escolar. España, curso 1999-2000.

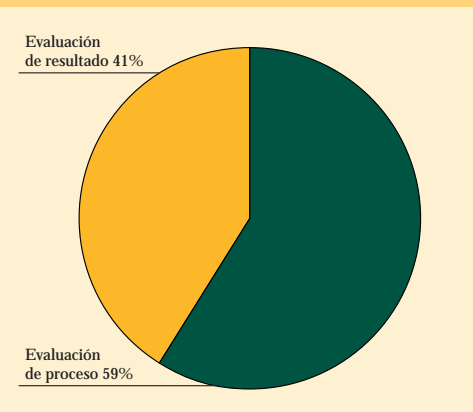


Tabla 3.1. Programas de prevención escolar: características y datos de implantación. España, curso 1999-2000.

NOMBRE DEL PROGRAMA	DATOS DEL PROGRAMA				CCAA	DATOS DE APLICACIÓN		
	Edad (años)	Formación profesores (horas)	Aplicación aula (sesiones)	Intervención familiar		Nº centros	Nº alumnos	Nº profesores
Pipes	6 a 15	40	Variable	Sí	Castilla-La Mancha, Baleares, Valencia, Andalucía, Murcia, Madrid, Extremadura	166	13.525	541
La experiencia de educar para la salud en la escuela	5 a 18	25	10-11		Galicia	629	103.889	5.182
Cine (el cine en la enseñanza, cine y educación en valores)	6 a 18		Variable		Murcia, País Vasco, Madrid, Galicia, Castilla y León, La Rioja, Cantabria, Andalucía, Castilla-La Mancha, Valencia	409	105.639	
Programa de prevención de las drogodependencias en centros educativos	6 a 18	40	Variable	Sí	Madrid	65	Indeterminado	168
Discover, aprendiendo a vivir	3 a 16	25	30	Sí	Castilla y León, Ceuta	91	17.073	11
Programa de prevención de drogodependencias	3 a 18		10-15	Sí	País Vasco		9.752	
En la huerta con mis amigos	6 a 11	4	18	Sí	Murcia, Cantabria, Madrid, Navarra	331	27.708	891
La aventura de la vida	8 a 11	4	Variable	Sí	Murcia, C. y León, Cataluña, País Vasco	744	40.226	2.162
Prevenir en colección	6 a 11	4	6-7	Sí	Madrid	139	7.733	326
Tú y la música	8 a 11		17					
El valor de un cuento	8 a 11		Variable	Sí			70.275	2.811

Tabla 3.1. Continuación

NOMBRE DEL PROGRAMA	DATOS DEL PROGRAMA				CCAA	DATOS DE APLICACIÓN		
	Edad (años)	Formación profesores (horas)	Aplicación aula (sesiones)	Intervención familiar		Nº centros	Nº alumnos	Nº profesores
Atilano, gusano sano	9 a 11				Castilla y León	24	1.719	64
Valores en la literatura	12 a 15		Variable		Murcia	22	714	44
Órdago	12 a 15	4	20*	Si	Murcia, Valencia, Asturias, Andalucía	799	88.987	3.589
Construyendo Salud	11 a 13	20	17		Castilla y León, Ceuta, La Rioja	35	3.608	18
Barbacana	12 a 15	15	8	Si	Valencia	88	9.387	387
Tú decides	12 a 17	10	4-8	Si	Baleares	34	2.662	85
Prevención del consumo de tabaco y alcohol	12 a 14		6		La Rioja	58	5.408	
Prevención consumo de drogas de síntesis	14 a 15		2		La Rioja	42	2.907	
Clases sin humo	12 a 14		8		País Vasco	20	2.192	
Prevención de las drogodependencias	12 a 15		4		Baleares	26	4.636	229
¿Y tú qué piensas?	15 a 18	3	>	≥ 6	Cantabria, Castilla-La Mancha, Andalucía, Baleares, Cataluña, Valencia, Extremadura, Madrid	490	127.000	
Desmitificate	+ 16		5		Extremadura	102		
De marcha	+ 17		14	Si	Cantabria	25		

* Las veinte sesiones se distribuyen a lo largo de los cuatro cursos de la ESO.

Fuente: Planes Autonómicos de Drogas.

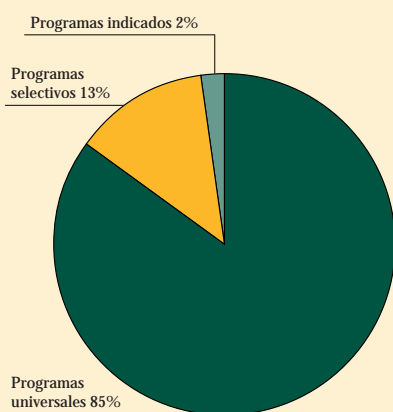
2. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR

La mayoría de los programas que se están aplicando actualmente en las Comunidades Autónomas son programas universales (Figura 3.6).

Los objetivos generales que más frecuentemente tienen planteados son los siguientes:

- Que los padres mejoren su capacidad de influir positivamente sobre el comportamiento de sus hijos respecto a la droga.
- Que los padres adquieran información sobre cómo prevenir conductas adictivas.
- Comprender las características de la adolescencia y qué factores pueden favorecer el consumo de drogas.
- Aprender a fortalecer los vínculos afectivos y de comunicación en el seno de la familia.
- Que los padres adquieran habilidades para educar de forma democrática y asertiva.
- Evitar y reducir el consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes.
- Que los padres con hijos que estén realizando un proceso terapéutico se sientan acompañados y apoyados afectivamente.

Figura 3.6. Tipos de programas de prevención familiar aplicados. España, 2000.



La mayoría de los programas de prevención intervienen con los padres y madres (85%), sólo en un porcentaje muy inferior de programas participan también los hijos (Figura 3.7).

Como puede apreciarse en la Figura 3.8, la mayoría de los programas están dirigidos a padres y madres en general y sólo un porcentaje muy inferior son programas destinados a padres/madres con hijos considerados de riesgo (Figura 3.8).

Los contenidos que más se trabajan en los programas son: información sobre drogas, comunicación familiar y la problemática de la adolescencia (Figura 3.9).

La charla es el tipo de actividad principal que más se contempla en los programas de familia, seguida por los cursos de formación (Tabla 3.2).

De los 56 programas reseñados en las fichas, cinco de ellos están basados en un programa evaluado. La mayoría de los programas realizan evaluación del proceso, siendo inferior, los que realizan evaluación de resultados (Figura 3.10).

Respecto al ámbito donde se desarrollan, dieciséis están incluidos en programas comunitarios, once se llevan a cabo en los Planes Locales y nueve en el ámbito escolar (Figura 3.11).

Figura 3.7. Con quién se interviene en los programas de familia. España, 2000.

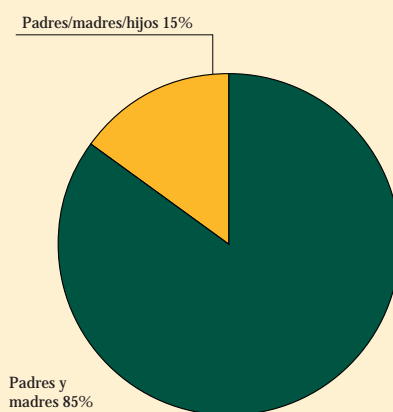


Figura 3.8. A quién se dirigen los programas de familia (número de programas dirigidos a los diferentes colectivos). España, 2000.

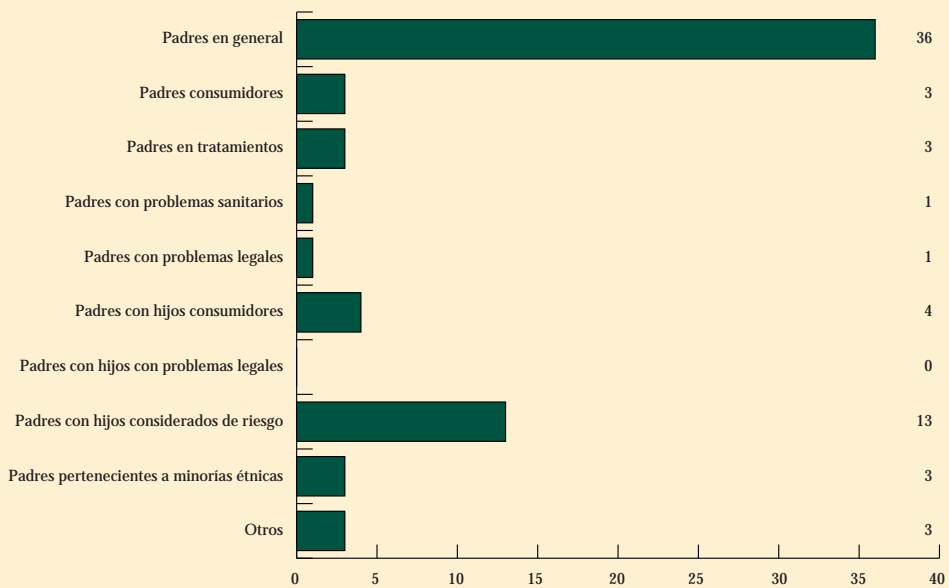


Figura 3.9. Contenidos de los programas de familia. España, 2000.



Figura 3.10. Tipo de evaluación llevada a cabo en los programas de prevención familiar. España, 2000.

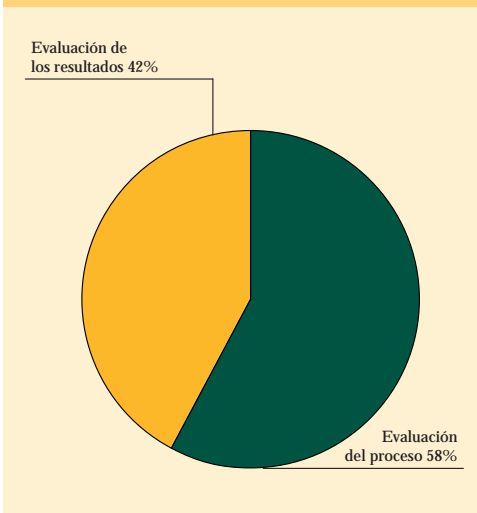


Figura 3.11. Número de programas de familia incluidos en otros programas. España, 2000.

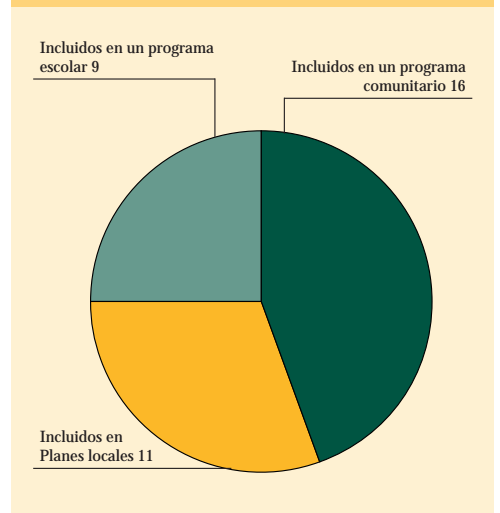


Tabla 3.2. Número de participantes y actividades principales realizadas en los programas de familia. España, 2000.

Actividad principal	Número acciones	Participantes
Charlas	318	13.564
Cursos	249	4.548
Videoforum	9	928
Encuentros padres-hijos	2	53
Actividades para casa	4	700
Distribución de material	0	0
Elaboración de material		112.000
Campaña en medios de comunicación	1	46.629
Programas de televisión	0	0
Programas de radio	20	187
Servicio orientación y asesoramiento directo	7	1.329
Sesiones de vídeo	8	180
Cine	0	0
Seminarios, escuelas padres y madres	130	1.193

4

Indicadores asistenciales

1. INDICADOR TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En el año 2000 se registraron 49.487 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco) procedentes de 487 centros declarantes de las 17 Comunidades Autónomas y de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. El número de admisiones notificadas disminuyó ligeramente con respecto a 1999 (51.191 casos) y 1998 (54.338). Este descenso rompe la tendencia al ascenso ininterrumpido que venía observándose desde 1987, y puede atribuirse fundamentalmente al impacto de tratamientos de larga duración (programas de sustitutivos opiáceos), que disminuyen la rotación de usuarios por los diferentes servicios asistenciales.

La tasa global de admisiones fue de 124,2 casos por 100.000 habitantes y la correspondiente al grupo de edad de 15 a 39 años de 279,2/100.000. Las comunidades con mayores tasas fueron Canarias, Ceuta y Andalucía, y las más bajas Navarra, Principado de Asturias y Castilla-La Mancha (Figura 4.1).

Al igual que en años anteriores, la mayor parte de las admisiones a tratamiento se debieron a heroína (72,2%), aunque el número de tratamientos por cocaína es ya muy importante (8.522 admisiones, 17,2% del total), llegando a superar el 20% del conjunto de tratados en las comunidades de Canarias, Murcia, País Vasco, Baleares, C. Valenciana, Cataluña y Navarra, y el 40% de los admitidos por primera vez en la vida en C. Valenciana, Cataluña, Baleares y

Navarra. El número de tratamientos por otras sustancias psicoactivas es bajo, excepto por cánnabis (6,1%) u opiáceos diferentes a heroína (2%). No obstante, el peso de las distintas sustancias varía mucho según se trate o no de casos con tratamiento previo (Figura 4.2). De hecho, si se consideran únicamente los casos sin tratamiento previo, el peso de sustancias como la cocaína (32,1%) o el cánnabis (14,5%), aumenta mucho, mientras que desciende el peso de la heroína (47,6%).

Si se observa la evolución temporal de las admisiones a tratamiento por heroína, se aprecia un descenso importante a partir de 1996, debido sobre todo a la caída de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida (Figura 4.3). Por lo que respecta a la evolución de las admisiones a tratamiento por cocaína, se constata un fuerte aumento entre 1996 y 1999. Sin embargo, la tendencia ascendente se rompe en el año 2000, (8.977 admisiones en 1999 y 8.522 en 2000), debido a la disminución de los casos sin tratamiento previo (Figura 4.4). El número de admisiones a tratamiento por cánnabis casi se ha doblado entre 1996 y 2000 (Figura 4.5). Por su parte, el número de admisiones por anfetaminas, éxtasis o alucinógenos ha permanecido relativamente estable entre 1996 y 2000 (Figura 4.6).

La gran mayoría (84,9%) de las personas admitidas a tratamiento durante 2000 fueron hombres (Tabla 4.1). La proporción más elevada de varones se observó entre las personas tratadas por sustancias volátiles (95,2%) y cánnabis (90,1%), y la más baja entre las personas trata-

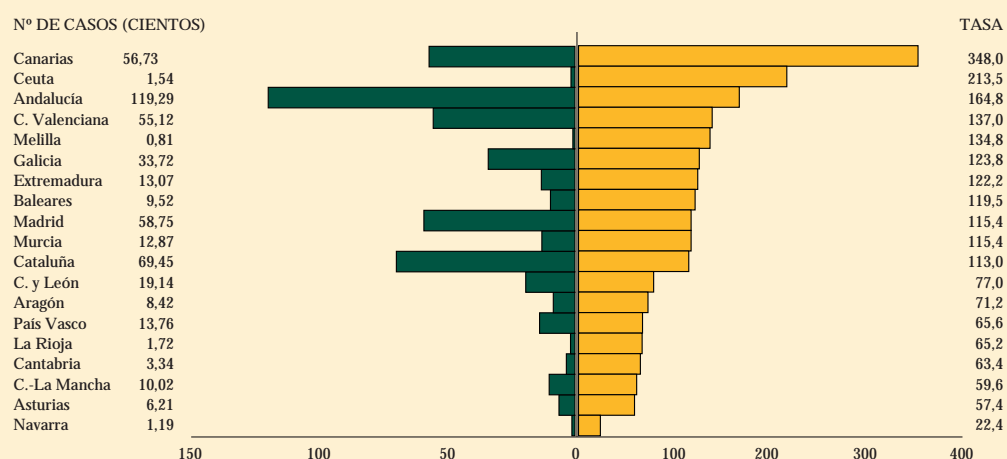
das por hipnóticos o sedantes (60,6%). Entre las personas admitidas por primera vez a tratamiento la proporción de varones es algo menor.

La edad media de los tratados fue 30.9 años (28.8 en los casos sin tratamiento previo y 32.1 años en los tratados previamente (Tabla 4.1). La edad media más baja se observa en los admitidos a tratamiento por sustancias volátiles (21.6 años), éxtasis (21.9), alucinógenos (22.9) y cánnabis (23.8), y la más elevada entre los tratados por hipnóticos y sedantes (33.3 años) (Tabla 4.2) (Figura 4.7). La gran mayoría de las admisiones a tratamiento en ambos sexos y en los grupos de edad desde 20-24 años hasta más de 45 años fueron debidas a la heroína, sin embargo en el grupo de menos de 15 y de 15-19 años el porcentaje de admisiones a tratamiento por cánnabis fue de un 56% (62,5% entre los admitidos por primera vez) y un 35,2% (41,4% entre los admitidos por primera vez), respectivamente. Entre los admitidos por primera vez en la vida de 20-24 años el número de admisiones por cocaína (36,5%), llega a superar al número de admitidos por heroína (36,1%).

La mayoría de los admitidos a tratamiento (81,9%) habían completado un nivel de estudios de EGB o inferior (Tabla 4.1). El nivel de estudios tiende a mejorar ligeramente con el paso del tiempo, pero continúa presentando diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento. Las admisiones a tratamientos con una mayor proporción de personas con estudios de BUP o superiores completados correspondieron a alucinógenos (31,4%), anfetaminas (28,6%), cánnabis (28,4%), éxtasis (27,5%) y cocaína (26,9%), y los más bajos a sustancias volátiles (9,6%), otras sustancias (12,7%) y heroína (15,1%) (Tabla 4.2).

Un 46,6% de los admitidos a tratamiento estaban parados, siendo esta proporción más alta entre los que habían sido tratados previamente. Como sucedía con el nivel de estudios, la proporción de parados presentó también diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo las cifra más alta a heroína (53,2%) y las más bajas a otras sustancias psicoactivas (15,7%) y alucinógenos (17,2%) (Tablas 4.1 y 4.2).

Figura 4.1. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según Comunidad Autónoma (números absolutos y tasas por 100.000 habitantes). España, 2000.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Tabla 4.1. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según realización o no de tratamiento previo (números absolutos, porcentajes y medias). España, 1998-2000.

	1998			1999			2000		
	Total	Tto. previo*		Total	Tto. previo*		Total	Tto. previo*	
		Si	No		Si	No		Si	No
Nº admisiones a tratamiento notificadas	54.338	33.746	19.341	51.191	30.050	19.757	49.487	30.731	17.135
Edad media (años)	30.17	30.99	28.67	30.40	31.56	28.58	30.92	32.06	28.76
Sexo (%)									
Hombres	84,5	84,6	84,5	84,9	85,5	84,2	84,9	85,1	84,6
Mujeres	15,5	15,4	15,5	15,1	14,5	15,8	15,1	14,9	15,4
Máximo nivel de estudios (%)									
Sin estudios	12,9	13,4	11,9	13,8	13,9	13,6	12,8	13,7	11,1
Primaria - 5º EGB	40,2	42,2	36,4	36,8	38,8	33,7	37,3	39,5	33,8
B. Elemental - EGB - ESO	30,0	29,0	32,0	27,8	26,6	29,9	31,8	30,4	34,0
FP - BUP - otros	14,4	13,0	17,0	18,1	17,6	19,0	15,4	13,9	17,6
Estudios medios y superiores	2,5	2,4	2,7	3,4	3,1	3,8	2,8	2,4	3,5
Situación laboral principal (%)									
Trabajando	31,0	27,5	37,4	40,3	36,5	46,3	35,9	31,6	43,7
Parado, no habiendo trabajado	10,7	10,8	10,5	9,8	9,8	9,8	8,1	8,4	7,4
Parado, habiendo trabajado	43,7	48,1	36,1	36,6	41,4	29,4	38,5	43,7	29,4
Otros	14,5	13,7	16,0	13,4	12,2	14,5	17,6	16,3	19,5
Droga principal de admisión a tratamiento (%)									
Heroína	80,2	91,1	61,4	73,1	86,6	53,0	72,2	85,9	47,6
Otros opiáceos	1,1	1,3	0,6	1,6	2,0	0,7	2,0	2,4	1,1
Cocaína	11,3	5,4	21,6	17,5	8,6	31,0	17,2	9,0	32,1
Anfetaminas	0,6	0,2	1,4	0,7	0,3	1,2	0,6	0,2	1,4
MDMA y derivados	0,3	0,1	0,7	0,3	0,1	0,6	0,5	0,1	1,1
Hipnóticos y sedantes	0,6	0,4	1,0	0,6	0,5	0,8	0,8	0,5	1,2
Cánnabis	5,3	1,2	12,5	5,5	1,4	11,8	6,1	1,3	14,5
Alucinógenos	0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3
Sustancias volátiles	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Otras sustancias	0,3	0,2	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,4	0,6
Edad media al inicio del consumo (años)	20.62	20.41	21.00	20.78	20.49	21.23	20.63	20.38	21.10
Número medio de años de consumo	9.57	10.58	7.71	9.67	11.09	7.42	10.35	11.69	7.77
Vía principal de consumo (%)									
Oral	3,3	2,6	4,4	3,5	3,2	3,5	4,2	3,4	5,5
Fumada	27,5	22,5	35,5	24,4	20,9	29,5	24,1	19,9	30,5
Inhalada	30,5	35,3	23,6	30,4	35,1	24,6	33,1	37,7	26,4
Esnifada	12,7	7,3	21,8	18,6	10,1	30,8	16,0	9,2	27,9
Inyectada	23,9	29,4	14,2	20,8	27,1	11,1	20,0	25,8	9,2
Otras	2,0	2,9	0,5	2,3	3,5	0,5	2,6	3,9	0,5
Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%)									
Heroína	3,1	2,4	4,0	3,6	3,1	4,1	3,3	2,7	4,4
Otros opiáceos	8,4	9,3	6,6	7,1	8,7	4,6	9,0	10,8	5,4
Cocaína	57,7	63,3	48,3	59,1	65,9	48,7	56,3	62,9	44,0
Anfetaminas	2,6	1,9	3,9	2,8	2,0	3,9	3,4	2,6	4,8
MDMA y derivados	1,2	0,7	2,1	1,5	0,8	2,5	2,7	1,4	5,2
Hipnóticos y sedantes	23,7	26,2	19,3	19,0	21,6	14,8	18,9	21,9	13,1
Cánnabis	39,1	37,6	41,8	36,6	34,4	40,0	36,8	35,9	38,7
Alucinógenos	1,5	1,0	2,5	1,4	0,8	2,1	2,2	1,7	3,1
Sustancias volátiles	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Alcohol	31,4	26,7	39,2	31,6	26,2	39,9	32,0	27,6	40,7
Otras sustancias	15,5	11,8	20,9	15,8	15,1	16,3	11,0	10,9	10,8
Tiempo desde última inyección (%)									
Menos de 30 días	27,4	31,3	19,4	22,8	27,8	14,5	19,6	23,8	11,8
Un mes - un año	7,4	9,2	4,0	7,6	9,8	4,0	8,6	10,3	5,5
Uno - cuatro años	9,8	12,7	4,4	9,8	12,9	4,6	14,0	16,9	8,3
Cinco años o más	7,8	9,5	4,6	7,6	10,2	3,8	8,2	10,8	3,9
Nunca	47,5	37,3	67,7	52,1	39,4	73,1	49,6	38,2	70,5
Estado serológico VIH (%)									
Positivo	14,6	18,4	8,2	13,0	17,6	6,3	14,8	19,5	6,4
Negativo (análisis últimos 6 meses)	18,2	19,9	15,8	18,5	20,4	16,1	22,6	23,6	21,7
Negativo (sin fecha análisis)	25,0	29,5	17,9	23,1	29,0	15,0	24,9	29,5	16,7
Sin análisis o resultado desconocido	42,1	32,2	58,1	45,4	33,0	62,6	37,7	27,4	55,3

* El número de casos con y sin tratamiento previo pueden no sumar el total debido a los casos en los que la variable "Realización previa de algún tratamiento" es desconocida.

** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información respecto a alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

Fuente: DGNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 4.2. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según droga principal que motiva el tratamiento (porcentajes y medias). España, 2000.

	Heroína	Otros opiáceos*	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y der.	Hiposedantes	Cánnabis	Alucinógenos	S. volátiles	Otras**
Nº admisiones a to. notificadas	35.714	1.007	8.522	295	248	381	2.994	67	21	238
Edad media (años)	32.01	32.93	29.07	24.35	21.92	33.30	23.81	22.87	21.59	31.35
Sexo (%)										
Hombres	84,3	77,4	87,5	79,7	83,1	60,6	90,1	86,6	95,2	86,8
Mujeres	15,7	22,6	12,5	20,3	16,9	39,4	9,9	13,4	4,8	13,2
Máximo nivel de estudios (%)										
Sin estudios	15,0	15,6	5,8	3,5	5,0	13,2	4,5	3,0	19,0	41,0
Primaria - 5º EGB	40,2	38,3	30,4	27,2	24,6	33,2	24,9	31,3	38,1	27,9
B. Elemental - EGB - ESO	29,7	29,6	36,9	40,8	42,9	27,8	42,2	34,3	33,3	18,3
FP - BUP - otros	12,8	14,2	22,8	23,0	22,9	17,0	23,9	28,4	4,8	9,2
Estudios medios y superiores	2,3	2,3	4,1	5,6	4,6	8,6	4,5	3,0	4,8	3,5
Situación laboral principal (%)										
Trabajando	30,5	36,1	55,0	48,8	48,9	29,6	42,4	53,1	0,0	23,1
Parado, no habiendo trabajado	9,3	6,6	4,1	6,7	7,2	8,9	6,0	9,4	15,8	4,8
Parado, habiendo trabajado	43,9	37,7	25,2	18,9	21,1	35,5	19,9	7,8	31,6	10,9
Otros	16,2	19,6	15,6	25,6	22,8	26,0	31,7	29,7	52,6	61,1
Edad al inicio del consumo (años)	20.64	25.27	21.55	19.14	17.92	26.01	16.30	18.82	16.47	20.17
Vía principal de consumo (%)										
Oral	0,8	75,9	0,8	62,8	97,1	96,0	2,6	89,1	9,5	16,8
Fumada	22,4	3,4	10,5	3,1	0,8	1,3	96,0	3,1	0,0	51,9
Inhalada	42,2	9,0	14,1	3,1	0,4	0,8	1,0	0,0	85,7	7,9
Esnifada	4,8	1,2	69,7	29,3	0,8	0,5	0,2	3,1	4,8	8,9
Inyectada	26,3	9,6	4,3	1,4	0,0	1,1	0,1	1,6	0,0	14,0
Otras	3,4	0,8	0,6	0,3	0,8	0,3	0,1	3,1	0,0	0,5

Tabla 4.2. Continuación

	Heroína	Otros opiáceos*	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y der.	Hiposodantes	Cánnabis	Alucinógenos	S. volátiles	Otras**
Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%)										
Heroína	0,0	27,3	14,0	3,5	2,6	19,2	12,7	7,5	33,3	15,7
Otros opiáceos	11,1	0,0	2,2	1,5	1,0	8,9	1,7	0,0	0,0	0,0
Cocaína	69,5	44,9	0,0	36,4	52,9	32,5	45,0	49,1	25,0	14,3
Anfetaminas	2,1	0,7	8,0	0,0	16,8	3,0	7,4	13,2	0,0	2,9
MDMA y derivados	1,1	0,5	9,0	14,6	0,0	2,0	9,1	5,7	0,0	0,0
Hipnóticos y sedantes	22,0	31,1	8,7	3,5	4,7	0,0	4,8	1,9	16,7	1,4
Cánnabis	35,9	34,6	48,6	54,5	51,3	38,9	0,0	66,0	58,3	64,3
Alucinógenos	1,3	0,7	5,3	6,6	8,4	3,0	6,3	0,0	8,3	1,4
Sustancias volátiles	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Alcohol	25,0	23,3	58,5	55,1	47,1	47,8	55,4	45,3	41,7	28,6
Otras sustancias	11,6	7,5	8,9	8,6	6,8	8,9	10,1	15,1	8,3	0,0
Tiempo desde última inyección										
Menos de 30 días	24,6	15,9	8,1	4,2	5,0	5,8	2,4	7,4	10,5	3,2
Un mes - un año	9,2	17,5	7,2	3,4	6,0	3,5	3,5	1,9	5,3	16,7
Uno - cuatro años	17,0	24,1	5,2	2,7	1,4	9,9	4,1	3,7	0,0	12,0
Cinco años o más	10,4	12,7	2,4	0,8	0,5	5,5	1,3	0,0	0,0	2,8
Nunca	38,8	29,8	77,1	89,0	87,2	75,3	88,7	87,0	84,2	65,3
Estado serológico frente al VIH										
Positivo	18,8	23,9	3,6	1,7	0,0	8,4	1,3	0,0	0,0	1,3
Negativo (análisis últimos 6 meses)	23,9	18,6	22,4	14,2	10,9	19,4	11,0	13,4	14,3	19,3
Negativo (sin fecha análisis)	27,6	22,2	19,5	12,5	14,1	18,4	13,6	19,4	14,3	6,3
Sin análisis o resultado desconocido	29,7	35,3	54,5	71,5	75,0	53,8	74,1	67,2	71,4	73,1

* En este grupo se ha incluido la metadona y otros opiáceos, dado el pequeño número de casos notificados para cada categoría.

** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre alguna de las cuatro drogas secundarias recogidas.

*** En este grupo se ha incluido el resto de las sustancias psicoactivas que no corresponden a las otras categorías, dado el pequeño número de casos notificados para cada categoría.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 4.3. Distribución de los inyectores* admitidos a tratamiento según el estado serológico frente al VIH (números absolutos y porcentajes). España, 2000.

	Inyección en los últimos 12 meses			Inyección alguna vez en la vida		
	Total	Tto. previo		Total	Tto. previo	
		Sí	No		Sí	No
Nº admisiones a tratamiento notificadas	12.092	9.148	2.639	21.617	16.584	4.500
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	3.005	2.535	408	5.864	4.922	821
Nº de UDVPs con test anti-VIH	8.977	7.183	1.640	16.616	13.270	3.046
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	33,5	35,3	24,9	35,3	37,1	27,0
Hombres	10.360	7.870	2.240	18.353	14.142	3.767
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	2.510	2.115	340	4.842	4.056	686
Nº de UDVPs con test anti-VIH	7.673	6.168	1.377	14.005	11.248	2.509
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	32,7	34,3	24,7	34,6	36,1	27,3
Mujeres	1.715	1.263	397	3.229	2.412	730
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	489	414	68	1.014	858	135
Nº de UDVPs con test anti-VIH	1.290	1.003	261	2.586	2.002	534
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	37,9	41,3	26,1	39,2	42,9	25,3
UDVPs < 25 años	1.883	1.092	738	2.646	1.624	948
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	153	116	35	253	198	50
Nº de UDVPs con test anti-VIH	1.166	768	380	1.732	1.181	519
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	13,1	15,1	9,2	14,6	16,8	9,6
UDVPs 25-34 años	6.144	4.854	1.151	10.682	8.458	1.974
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	1.418	1.227	168	2.640	2.247	344
Nº de UDVPs con test anti-VIH	4.650	3.840	739	8.274	6.769	1.367
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	30,5	32,0	22,7	31,9	33,2	25,2
UDVPs > 34 años	4.031	3.177	742	8.216	6.448	1.560
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	1.428	1.187	205	2.956	2.463	427
Nº de UDVPs con test anti-VIH	3.140	2.556	520	6.562	5.280	1.253
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	45,5	46,4	39,4	45,0	46,6	37,0
UDVPs con menos de 2 años de consumo	342	126	203	493	222	254
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	35	22	12	68	48	18
Nº de UDVPs con test anti-VIH	187	76	107	308	157	144
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	18,7	28,9	11,2	22,1	30,6	12,5
UDVPs con 2 ó más años de consumo	11.351	8.745	2.350	20.513	15.919	4.123
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	2.861	2.435	376	5.624	4.745	772
Nº de UDVPs con test anti-VIH	8.537	6.921	1.485	15.903	12.802	2.829
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	33,5	35,2	25,3	35,4	37,1	27,3
UDVPs consumidores de opiáceos***	10.963	8.742	1.956	19.850	15.902	3.470
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	2.924	2.484	381	5.709	4.826	765
Nº de UDVPs con test anti-VIH	8.331	6.945	1.249	15.541	12.835	2.430
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	35,1	35,8	30,5	36,7	37,6	31,5
UDVPs no consumidores de opiáceos	1.129	406	683	1.767	682	1.030
Nº de UDVPs con anti-VIH-positivo	81	51	27	155	96	56
Nº de UDVPs con test anti-VIH	646	238	391	1.075	435	616
UDVPs con anti-VIH-positivo (%)**	12,5	21,4	6,9	14,4	22,1	9,1

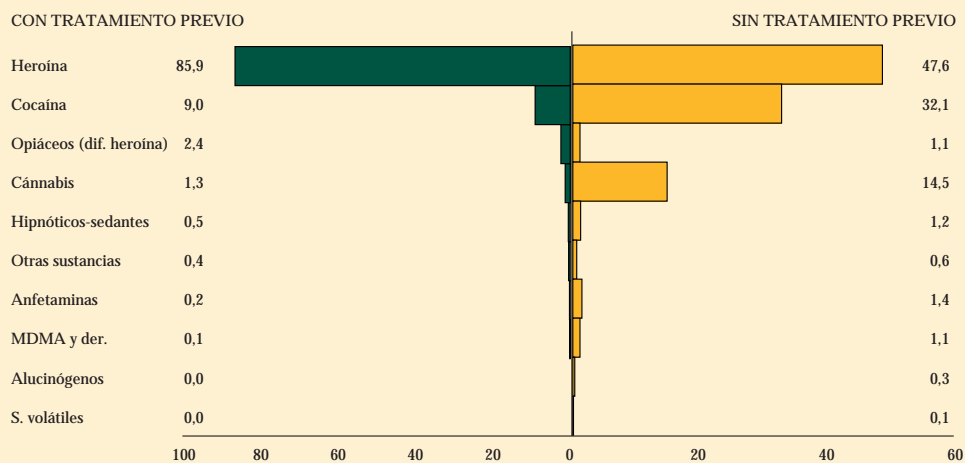
* Consumidores de sustancias por vía parenteral.

** Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las otras variables que cruzan. La proporción de inyectores que desconocen su estado serológico frente al VIH fue de 25,8% para los inyectores en los últimos 12 meses y 23% para los inyectores alguna vez en la vida.

*** Se incluyen tanto los admitidos a tratamiento por dependencia de opiáceos como los admitidos a tratamiento por otras sustancias psicoactivas que han consumido opiáceos en los últimos 30 días previos a la admisión.

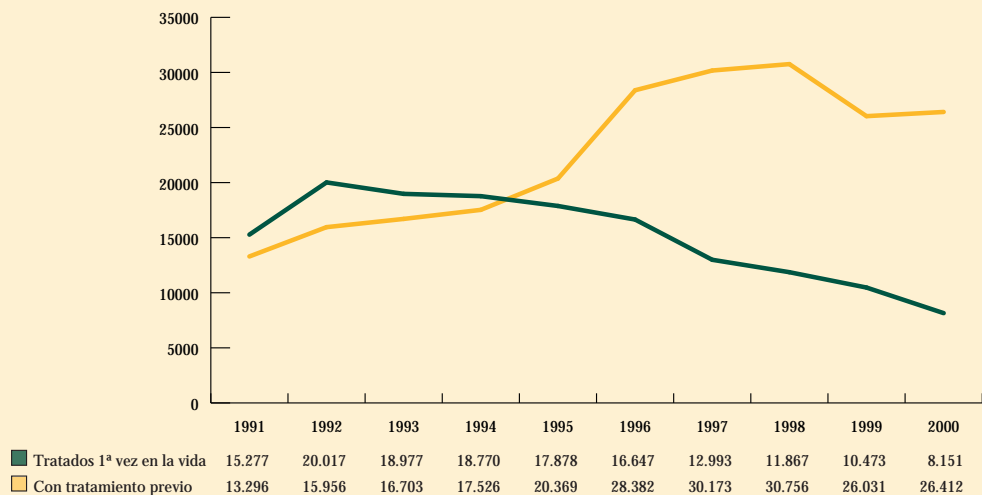
Fuente: DGNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 4.2. Droga que motiva el tratamiento según la existencia o no de tratamiento previo (porcentajes). España, 2000.



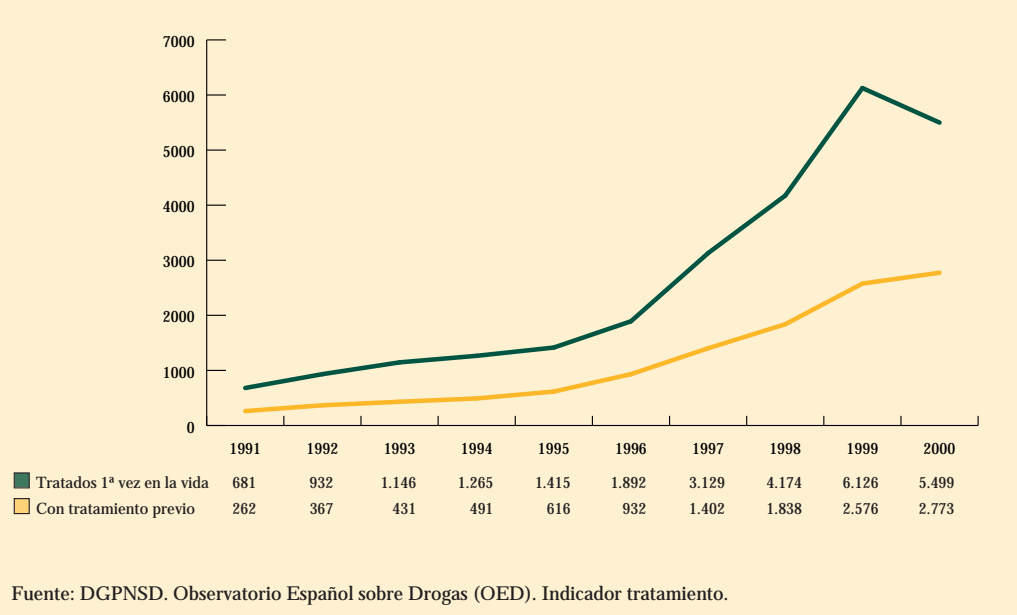
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.3. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de heroína en España. 1991-2000.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.4. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cocaína en España. 1991-2000.



La edad media de inicio en el consumo de la droga principal fue 20.6 años, habiendo comenzado el consumo más tarde las personas tratadas por primera vez en la vida (21.1 años) que las previamente tratadas (20.4 años). El 44,3% de los casos habían iniciado el consumo antes de cumplir la mayoría de edad, un 21,4% entre los 18 y los 20 años y un 34,3% después de cumplir los 20 años. Se observaron diferencias importantes según la droga principal, correspondiendo las edades medias de inicio más tempranas a cánnabis (16,3 años), sustancias volátiles (16.5 años), y éxtasis (17.9 años) y las más tardías a hipnóticosedantes (26 años) y opioides distintos de la heroína (25.3 años) (Tablas 4.1 y 4.2, Figura 4.7).

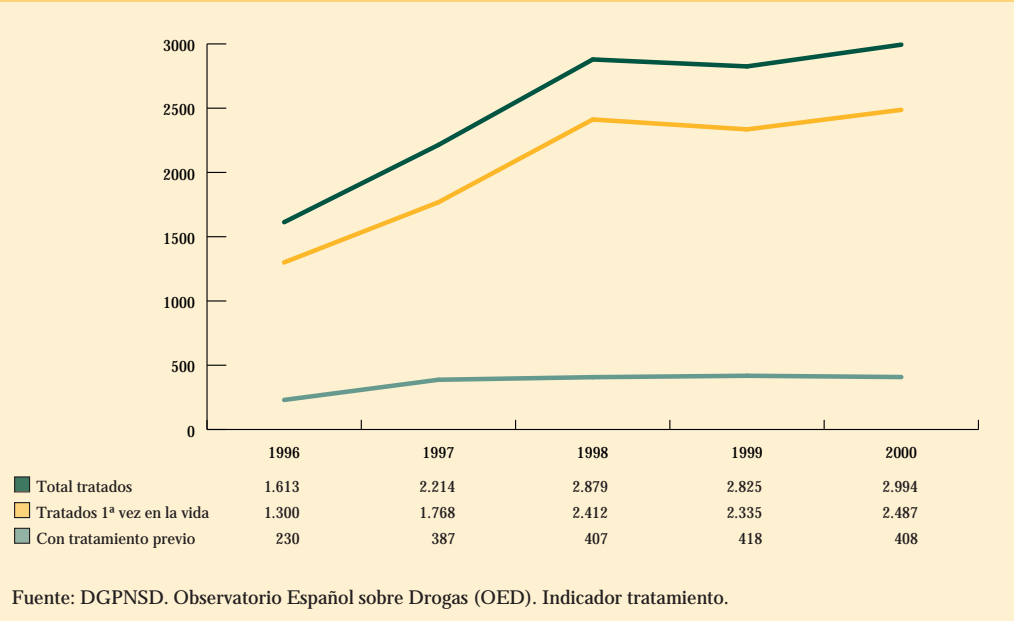
Para el conjunto de casos tratados por primera vez en la vida, el tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a tratamiento por esta droga fue 7.8 años, presentando la menor antigüedad los tratados por alucinógenos (3.3 años) y éxtasis (3.9 años), y la mayor, los tratados por heroína (9 años), cánnabis (7 años) o cocaína (6.7 años).

Las mujeres en general acuden antes a tratamiento (6.8 años) que los hombres (7.9 años).

Entre las personas admitidas a tratamiento por heroína la vía de administración predominante fue la pulmonar o fumada ("chinos"), seguida muy de lejos por la parenteral o inyectada. De hecho, la vía pulmonar fue la vía de administración más frecuente para el 64,6% de los admitidos a tratamiento, y la parenteral sólo para el 26,3%. Entre los tratados por primera vez en la vida estas diferencias son aún mayores (Tabla 4.2, Figura 4.8). Aunque el uso de la vía parenteral ha descendido de forma generalizada en toda España, continúan existiendo diferencias importantes en el uso de las diferentes vías de administración de heroína entre comunidades autónomas. La vía pulmonar predomina en buena parte España, excepto en un grupo de comunidades del nordeste (Aragón, Navarra, Baleares, Cataluña, y País Vasco) (Figuras 4.9 y 4.10).

Entre los admitidos a tratamiento por cocaína la vía predominante de administración de esta

Figura 4.5. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de cánnabis en España. 1991-2000.



droga es la intranasal o esnifada (69,7%), seguida de la pulmonar o fumada (24,6%) y la parenteral o inyectada (4,3%). Entre 1991 y 2000 ha aumentado la proporción de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida que usan preferentemente la cocaína por vía intranasal, ha disminuido la de los que lo hacen por vía parenteral y se ha mantenido prácticamente estable la proporción de fumadores (Figura 4.11).

Algunas personas que no usan la inyección como vía de administración predominante de la droga que motiva el tratamiento pueden inyectarse habitual o esporádicamente drogas. Para estudiar este fenómeno el indicador tratamiento incluye la variable “tiempo transcurrido desde la última vez que se inyectó drogas”. Si se distribuyen los admitidos a tratamiento por heroína en 2000 según esta variable, se observa que un 38,8% de los tratados no se habían inyectado nunca (nunca-inyectores), un 27,4% se habían inyectado alguna vez en la vida, pero no en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento (exinyectores), y un

33,8% se había inyectado en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento (inyectores actuales) (Tabla 4.2). Entre 1996 y 2000 se observa un descenso de la proporción de inyectores actuales entre los tratados por heroína, pasando de un 49,6% en 1996 a un 33,8% en 2000. Lo mismo sucede entre los tratados por cocaína, donde la proporción de inyectores actuales ha pasado de 20,7% en 1996 a 15,3% en 2000. Por lo que respecta a los admitidos a tratamiento por otras drogas, sólo se encuentra una proporción importante de inyectores actuales entre los admitidos por opioides diferentes a la heroína (9,3%).

El patrón de policonsumo entre los admitidos a tratamiento está ampliamente arraigado. La mayor parte de los admitidos a tratamiento han consumido alguna otra droga (drogas secundarias), además de la que motiva el tratamiento (droga principal), en los 30 días previos a la admisión. Entre los admitidos por heroína las drogas secundarias más citadas fueron la cocaína (citada en el 69,5% de los casos), el cánnabis (35,9%), el alcohol (25%) y

los hipnosedantes (22%). En los tratados por primera vez en la vida por heroína se citaron con mayor frecuencia que en los casos previamente tratados el alcohol, el cánnabis y la cocaína, mientras que sucedió lo contrario con los opioides diferentes a heroína y los hipnosedantes. Por su parte, entre los admitidos a tratamiento por cocaína las drogas secundarias más citadas fueron el alcohol (55,8%), el cánnabis (48,6%), la heroína (14%) y el éxtasis (9%) (Tabla 4.2). En los casos tratados por primera vez en la vida por cocaína se citaron con mayor frecuencia que en los previamente tratados el alcohol, el cánnabis y el éxtasis, mientras que sucedió lo contrario con la heroína y los hipnosedantes.

Un 64,2% de todos los admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas durante 2000 refirieron que habían sido previamente tratados por la droga principal por la que son admitidos a tratamiento. La proporción de casos que habían sido tratados previamente fue mucho más alta entre los tratados por opioides diferentes a la heroína (80,2%) y

heroína (76,4%) que entre los tratados por cocaína (33,5%).

La proporción de personas admitidas a tratamiento con estado serológico frente al VIH desconocido es muy elevada (37,7%), siendo más elevada entre los tratados por primera vez en la vida (55,3%) que entre los previamente tratados (27,4%). Los resultados han de tomarse, pues, con mucha cautela. Por otra parte, la proporción de desconocidos difiere mucho según la droga principal y el hecho de haberse o no inyectado drogas, por lo que ha de realizarse un análisis diferenciado según estos factores. En estas circunstancias pueden considerarse dos indicadores uno que no excluye del denominador a los desconocidos y que tiene el significado de prevalencia mínima (al menos ese porcentaje está infectado) y otro que los excluye (que podría representar una sobreestimación de la prevalencia real porque seguramente los más expuestos al riesgo tienen mayor probabilidad de hacerse la prueba). Tomando la prevalencia mínima, como se hace en las Tablas 4.1 y 4.2 las cifras de infección por VIH

Figura 4.6. Evolución del número de tratados por abuso o dependencia de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos en España, 1996-2000.

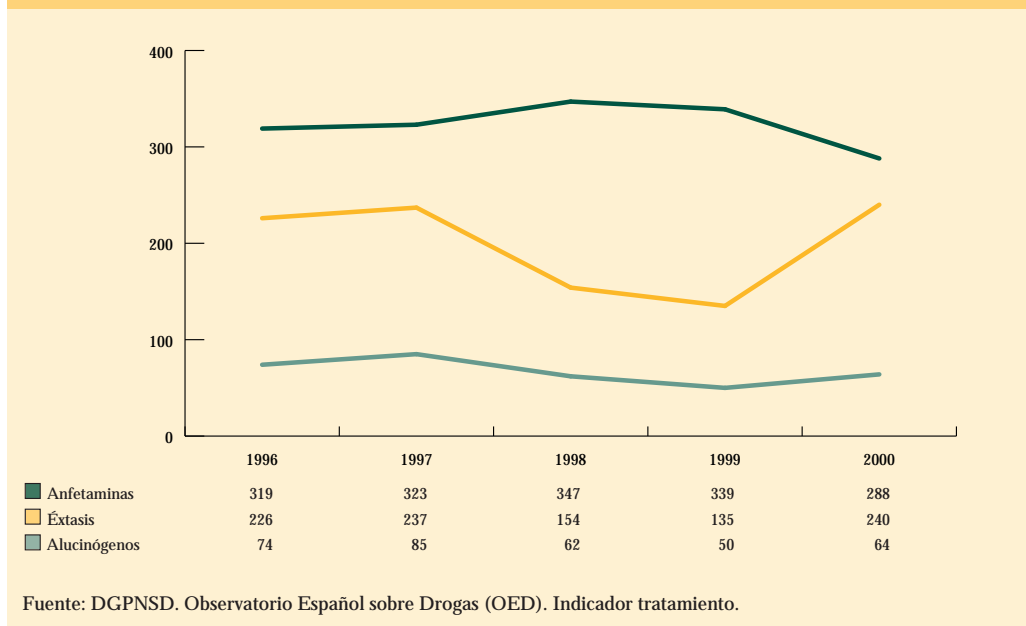
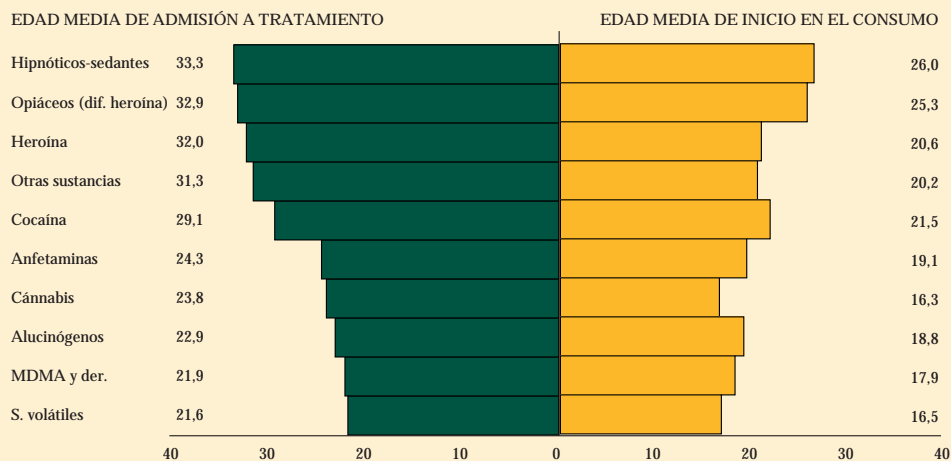
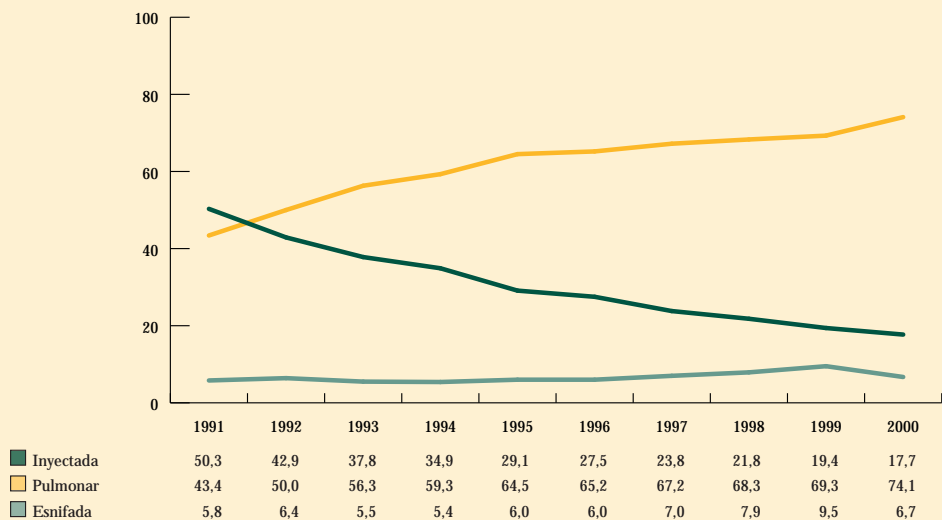


Figura 4.7. Edad media de los admitidos a tratamiento y edad media al inicio del consumo, según droga principal que motiva el tratamiento. España, 2000.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.8. Distribución de los tratados por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína, según vía de administración de dicha droga (porcentajes). España, 1991-2000.



Pulmonar o fumada: Consiste en aspirar por boca o nariz, con posterior absorción pulmonar, gases o vapores de sustancias sometidas o no a combustión o calentamiento. En caso de heroína y cocaína suele hablarse de fumar un chino, fumar en papel de plata, etc.

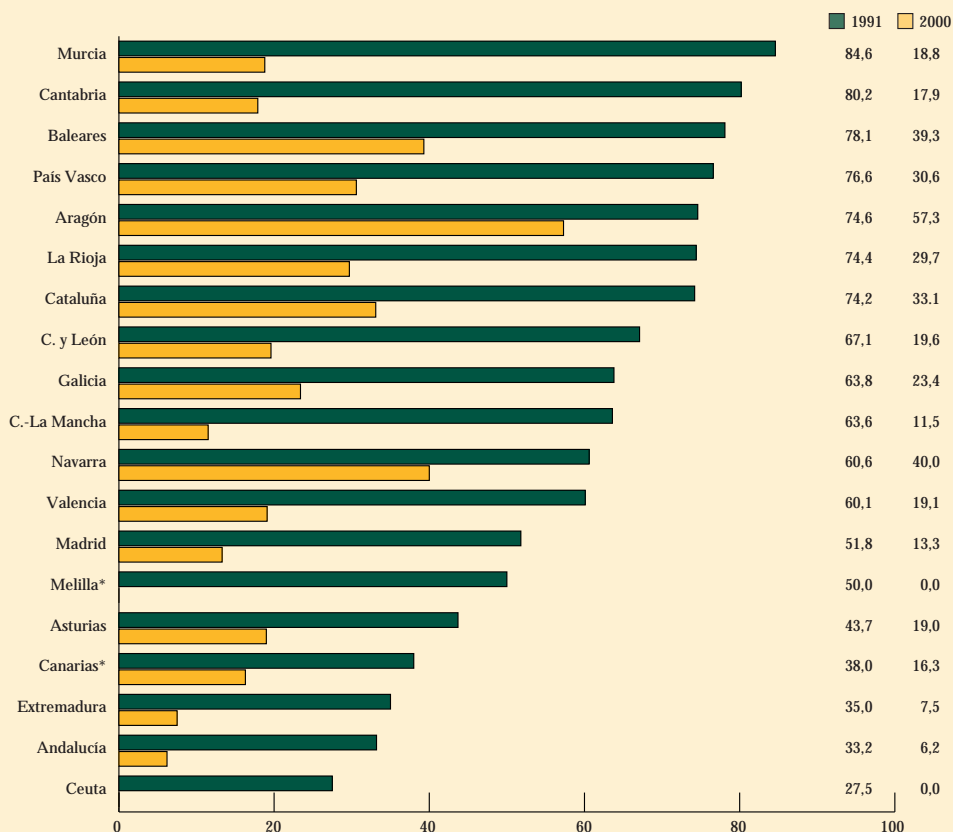
Intranasal o esnifada: Consiste en aspirar por nariz, con posterior absorción por mucosa nasofaríngea, sustancias en forma polvo o partículas sólidas.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

más elevadas se encuentran entre los admitidos a tratamiento por otros opiáceos distintos de la heroína (23,9%) y por heroína (18,8%), y las más bajas entre los admitidos por éxtasis, alucinógenos y sustancias volátiles (0%), cánnabis (1,3%) y anfetaminas (1,7%). Tomando la prevalencia sobreestimada (excluyendo los desconocidos del denominador), como se hace en la Tabla 4.3, se puede observar que en el año 2000 un 33,5% de los inyectores de drogas actuales eran VIH positivos (35,3% de los previamente tratados y 24,9% de los tratados por primera vez). Entre los consumidores de opiá-

ceos (incluyendo tanto los tratados por opiáceos como los tratados por otras drogas con mención de consumo de opiáceos en los 30 días previos a la admisión a tratamiento) la prevalencia de VIH+ fue mucho mayor que entre los que no consumían estas drogas (35,1% y 12,5%). Por otra parte, las mujeres inyectoras tienen mayor prevalencia de VIH+ que los hombres (37,9% y 32,7%, respectivamente) (Tabla 4.3). En los últimos años la prevalencia de infección por VIH entre los inyectores de drogas actuales ha descendido ligeramente, pasando de 37,1% en 1996 a 33,5% en 2000.

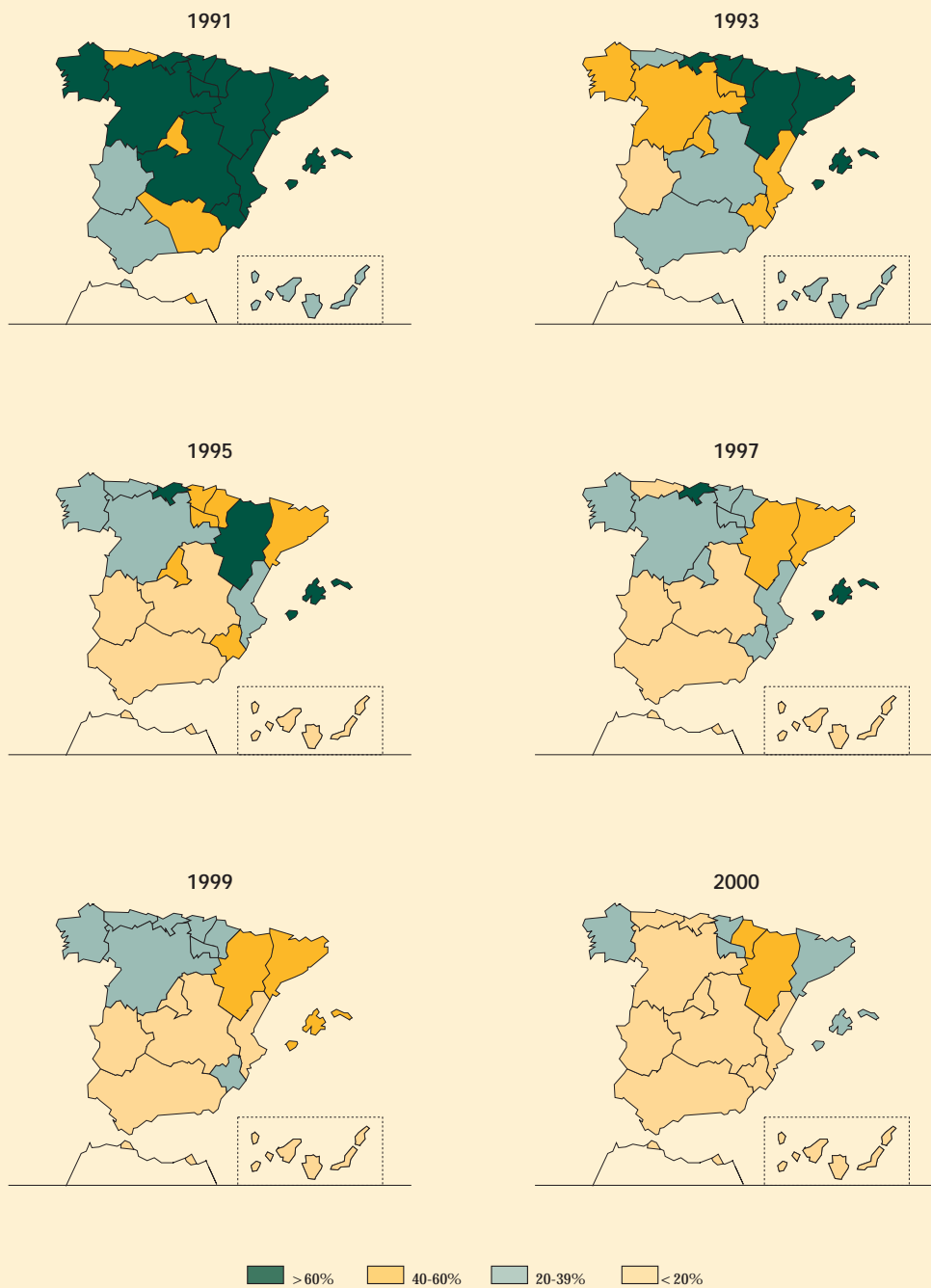
Figura 4.9. Proporción de tratados por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2000.



* En la Comunidad Autónoma de Canarias y en la ciudad de Melilla se presentan los datos correspondientes a 1992 en lugar de los datos de 1991, bien porque en este año no se habían recogido (Melilla) o bien porque no eran comparables con los años posteriores (Canarias).

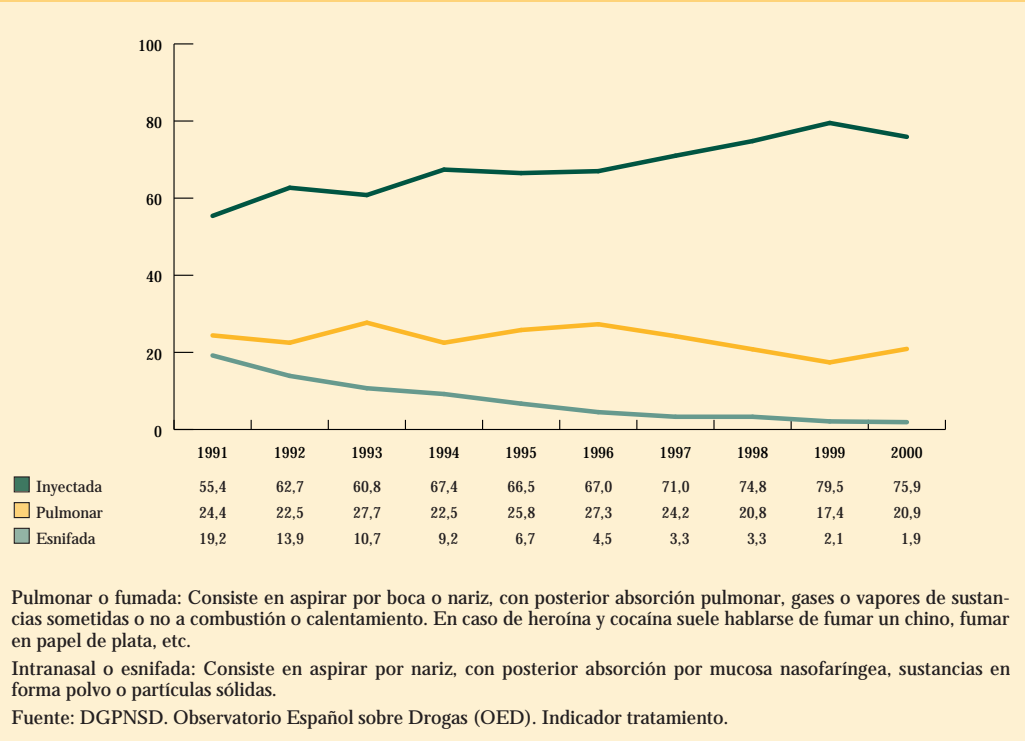
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.10. Proporción de tratados por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína, cuya vía principal de administración era parenteral. España, 1991-2000.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador tratamiento.

Figura 4.11. Evolución de la vía principal de consumo de los tratados por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cocaína en España, 1991-2000.



5

Indicadores sanitarios

1. INDICADOR URGENCIAS HOSPITALARIAS POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En 2000 se recogieron 2.328 episodios de urgencia por reacción aguda a sustancias psicoactivas procedentes de 54 hospitales de 10 comunidades autónomas, habiéndose limitado la recogida de información a una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente. Se trata de urgencias de cuya historia clínica puede deducirse, por las expresiones del médico, que están relacionadas directamente con el consumo no terapéutico de alguna sustancia psicoactiva. En este sentido, es muy probable que estos datos tengan problemas de validez. De hecho, hay evidencias de que existe una proporción importante de urgencias en las que el recolector de datos no dispone de elementos suficientes en la historia clínica para decidir si se trata o no de una urgencia relacionada directamente con el consumo de sustancias psicoactivas. Además, es muy probable que los médicos utilicen criterios dispares a la hora de relacionar o no un episodio de urgencia con una droga concreta, y que los que recogen la información interpreten de forma diferente las expresiones que utilizan los médicos para referirse a esta relación. Por este motivo, este indicador habrá de ser objeto de revisión en un futuro inmediato.

Para no cometer errores en la interpretación de los datos, hay que tener también en cuenta que hasta 1995 este indicador recogía todas las urgencias directa o indirectamente relacionadas con el consumo de opioides o cocaína durante el año completo y que la cobertura ha

sido inestable en el tiempo. En consecuencia, los datos sobre el número absoluto de urgencias no son comparables con los de años anteriores sin realizar un estudio pormenorizado. Sin embargo, pueden compararse sin demasiados problemas las características de las urgencias.

En las urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas del año 2000 las sustancias cuyo consumo se mencionaba con mayor frecuencia en la historia clínica fueron la cocaína (45,3% de los episodios), la heroína (40,5%), los hipnosedantes (30,6%), el alcohol (29,5%, aunque sólo se recogió cuando se mencionaba junto a alguna otra sustancia psicoactiva) y otros opioides u opioides sin especificar (20,9%). Con respecto a los años anteriores se observa una disminución de las menciones de heroína (61,4% en 1996 y 40,5% en 2000) y un aumento importante de las menciones de cocaína, aunque en 2000 descienden ligeramente con respecto a 1999 (27,3% en 1996, 48,1% en 1999 y 45,3% en 2000) (Tabla 5.1 y Figura 5.1).

A la hora de interpretar los datos anteriores hay que tener en cuenta que se trata de menciones de consumo de estas drogas en la historia clínica y no de que las urgencias hayan sido provocadas por dichas drogas o estén relacionadas con su consumo. Sin embargo, si se consideran exclusivamente las sustancias que el médico relaciona con la urgencia el panorama es parecido, siendo las sustancias relacionadas con mayor frecuencia la cocaína (40,9% de las urgencias), la heroína (35,3%) y los hipnosedantes (28,9%). Como una misma urgencia puede estar relacionada con el consumo de

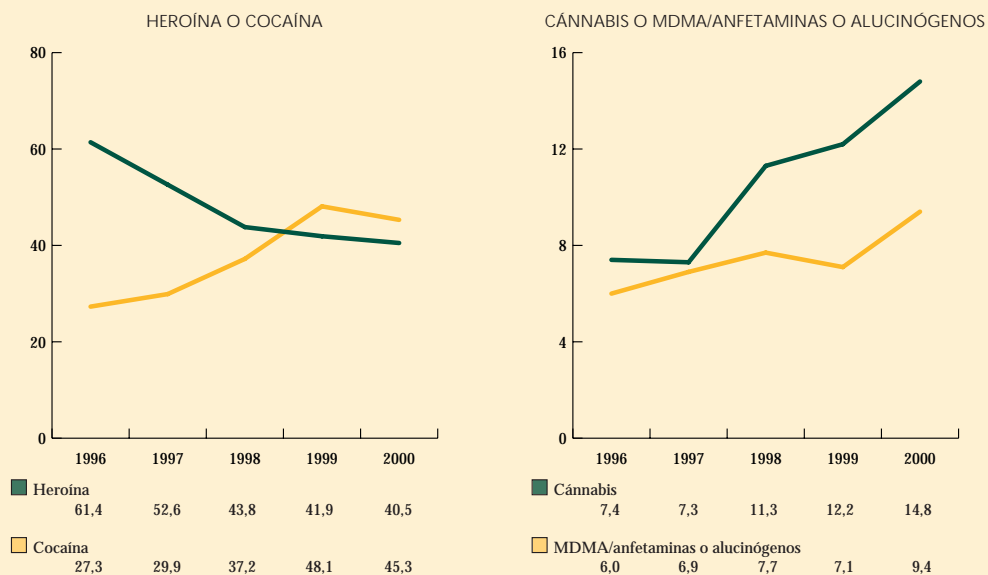
Tabla 5.1. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, 1996-2000.

	1996	1997	1998	1999	2000
Nº de episodios	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328
Edad media (años)	27,8	28,1	29,1	29,4	30,3
Sexo					
Hombres	78,6	79,2	76,9	76,5	72,6
Mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5	27,4
Sustancias psicoactivas mencionadas*					
Heroína	61,4	52,6	43,8	41,9	40,5
Otros opiáceos	17,3	26,2	23,3	23,4	20,9
Cocaína	27,3	29,9	37,2	48,1	45,3
Anfetaminas	3,1	3,3	3,4	2,7	2,6
MDMA y derivados	1,6	2,7	2,9	3,1	4,8
Hipnosedantes	25,7	21,6	26,1	25,1	30,6
Cánnabis	7,4	7,3	11,3	12,2	14,8
Alucinógenos	2,7	2,2	2,9	2,1	2,9
S. Volátiles	0,3	0,1	0,5	0,1	0,3
Alcohol	13,3	15,8	22,9	22,0	29,5
Otras sustancias	51,1	3,6	6,0	2,0	0,8
Sustancias psicoactivas relacionadas					
Heroína	56,1	50,9	38,7	33,0	35,3
Otros opiáceos	13,5	17,4	16,8	18,9	18,0
Cocaína	19,9	25,0	31,6	39,4	40,9
Anfetaminas	2,2	2,9	3,0	9,8	2,2
MDMA y derivados	1,3	2,2	2,2	2,4	4,5
Hipnóticos y sedantes	23,6	18,9	24,3	23,8	28,9
Cánnabis	6,2	6,6	8,9	9,3	12,8
Alucinógenos	2,1	1,8	2,4	1,7	2,7
Sustancias volátiles	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3
Alcohol	12,4	15,2	22,2	20,0	26,8
Otras sustancias	4,1	3,2	4,9	1,3	0,8
Diagnóstico					
Sobredosis o intoxicación aguda	34,8	33,0	43,3	44,0	51,6
Síndrome abstinencia	37,2	41,7	32,0	28,1	17,3
R. orgánica aguda no infecciosa	16,9	16,3	13,4	14,8	19,2
R. psicopatológica aguda	11,1	9,0	11,4	13,1	11,8
Condición legal					
Detenido	14,4	22,4	11,7	9,4	6,4
No detenido	85,6	77,6	88,3	90,6	93,6
Resolución de la urgencia					
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9	78,7
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6	8,5
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5	8,3
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2	0,7
Traslado a otro centro	4,8	4,1	3,9	3,9	3,7

* Incluye las sustancias consumidas habitual y esporádicamente y las sustancias relacionadas con la urgencia.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador urgencias.

Figura 5.1. Evolución de la proporción de episodios de urgencias directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en que se mencionaron algunas drogas. España, 1996-2000.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador urgencias.

varias sustancias, la suma de la proporción de urgencias relacionada con las distintas drogas puede ser superior al 100%. Considerando los datos del período 1996-2000, se aprecian las mismas tendencias que en el caso de las sustancias mencionadas (Tabla 5.1).

En cuanto a la vía de administración más frecuente de las sustancias mencionadas hay que tener en cuenta que esta variable presentó una proporción importante de valores desconocidos, por lo que los resultados deben ser tomados con bastante cautela. En los episodios de urgencia con mención de heroína la vía de administración habitual predominante fue la parenteral (54,6%), seguida de la pulmonar (44,2%) y, en los episodios con mención de cocaína, la pulmonar (43,6%), la parenteral (30,4%) y la intranasal (26,6%). Si se estudian las tendencias del período 1996-2000, se observa que en el caso de la heroína han disminuido las urgencias en que se menciona el uso de esta droga por vía parenteral (62,1% en 1996) y han aumentado aquéllas en que se menciona uso de heroína por vía pulmonar (36,7% en

1996). Con respecto a las urgencias con mención de consumo de cocaína, se observa también una tendencia a la disminución de las urgencias con mención de uso de esta droga por vía parenteral (50,4% en 1996) y al aumento de las urgencias con mención de uso de cocaína por vía pulmonar (28,0% en 1996).

Los varones siguen constituyendo la mayor parte de las personas atendidas (72,6%), pero su proporción ha descendido algo (78,6% en 1996). Como en años anteriores, las urgencias con mención de hipnosedantes (60,9%) presentan una menor proporción de varones que el resto (Tablas 5.1 y 5.2). La edad media de todas las personas atendidas por episodios de urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas fue 30.3 años, con una tendencia clara al aumento (27.8 años en 1996). La edad media más baja se observa en los atendidos por MDMA y similares (24.3 años) y alucinógenos (24.0 años) (Tablas 5.1 y 5.2). La mayor parte de los episodios de urgencia siguen resolviéndose con alta médica (78,7%), sin que se observen cambios importantes a lo largo de los años.

Tabla 5.2. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, según las sustancias mencionadas (número absoluto, media y porcentaje). España, 2000.

	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y deriv.	Hiposedantes	Cánnabis	Alucinógenos	Sustancias volátiles	Alcohol	Otras
Nº de episodios	928	479	1.038	60	110	701	340	67	7	676	19
Edad media (años)	31,4	32,0	30,2	28,0	24,3	31,2	27,4	24,0	27,7	30,2	32,6
Sexo											
Hombres	79,6	77,8	78,9	66,7	74,5	60,9	79,6	73,1	71,4	74,3	47,4
Mujeres	20,4	22,2	21,1	33,3	25,5	39,1	20,4	26,9	28,6	25,7	52,6
Diagnóstico											
Sobredosis o intoxicación aguda	38,3	40,8	46,1	66,0	58,3	76,2	52,4	67,7	75,0	70,0	72,2
Síndrome abstinencia	29,0	27,8	14,9	7,5	1,9	12,9	7,7	1,6	0,0	5,8	16,7
R. orgánica aguda											
no infecciosa	22,7	22,4	24,3	15,1	15,5	5,4	21,1	8,1	0,0	13,8	5,6
R. psicopatológica aguda	10,0	9,0	14,6	11,3	24,3	5,4	18,8	22,6	25,0	10,3	5,6
Condición legal											
Detenido	10,0	7,7	6,3	1,7	0,9	5,6	6,2	1,5	0,0	2,8	0,0
No detenido	90,0	92,3	93,7	98,3	99,1	94,4	93,8	98,5	100,0	97,2	100,0
Resolución urgencia											
Alta médica	77,3	75,9	79,5	76,4	81,9	74,7	85,8	78,1	71,4	78,4	68,8
Alta voluntaria	10,1	10,3	7,6	3,6	6,7	9,3	5,5	12,5	0,0	10,0	0,0
Ingreso hospitalario	9,3	10,8	8,8	12,7	7,6	8,9	5,2	6,3	0,0	8,1	0,0
Muerte en urgencias	0,2	0,2	1,2	1,8	1,0	0,9	0,9	1,6	28,6	0,2	0,0
Traslado a otro centro	3,0	2,8	2,9	5,5	2,9	6,2	2,5	1,6	0,0	3,4	31,3

Nota: Los porcentajes, de las sustancias psicoactivas, están calculados sobre el número de casos con información sobre alguna de las ocho drogas recogidas que incluye tanto las sustancias consumidas habitual y esporádicamente como las sustancias relacionadas con la urgencia.

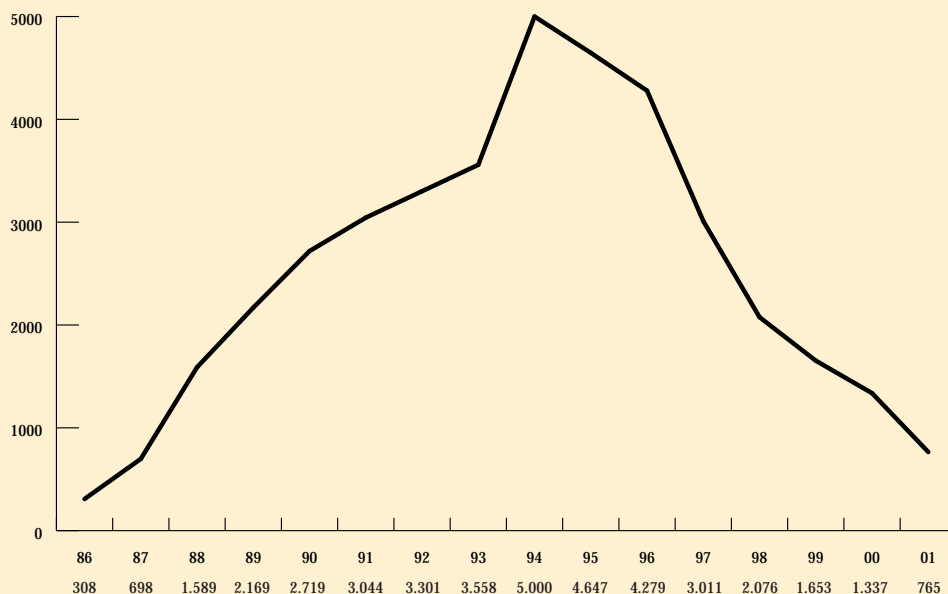
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador urgencias.

2. CASOS DE SIDA ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS POR VÍA INTRAVENOSA

El número de nuevos diagnósticos de sida asociados a la inyección de drogas ha descendido de forma importante en los últimos años, tras el máximo alcanzado en 1994 (Figura 5.2). Este descenso puede atribuirse al conjunto de los avances de la lucha contra el sida (tratamientos de mantenimiento con metadona, prevención de conductas de riesgo de inyección, nuevos tratamientos antirretrovirales, etc.) y al abandono de la inyección como forma mayoritaria de administración de la heroína.

A la hora de interpretar los datos procedentes del Registro Nacional de Sida hay que tener en cuenta que este registro contabiliza solamente los nuevos casos de sida diagnosticados en cada período y no las nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El sida suele ser una consecuencia tardía de la infección por VIH. Por lo tanto, los datos de este registro pueden no reflejar la incidencia actual de nuevas infecciones por el VIH. En cualquier caso, el descenso en la incidencia de casos de sida asociados a la inyección de drogas diagnosticados anualmente es un dato muy positivo en términos de salud pública.

Figura 5.2. Evolución del número de casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa (número). España, 1986-2001*.



* Fecha de actualización 31 de diciembre de 2001. Debido al retraso en la notificación de los casos de los años más recientes, especialmente del año 2001, pueden estar algo infraestimados.

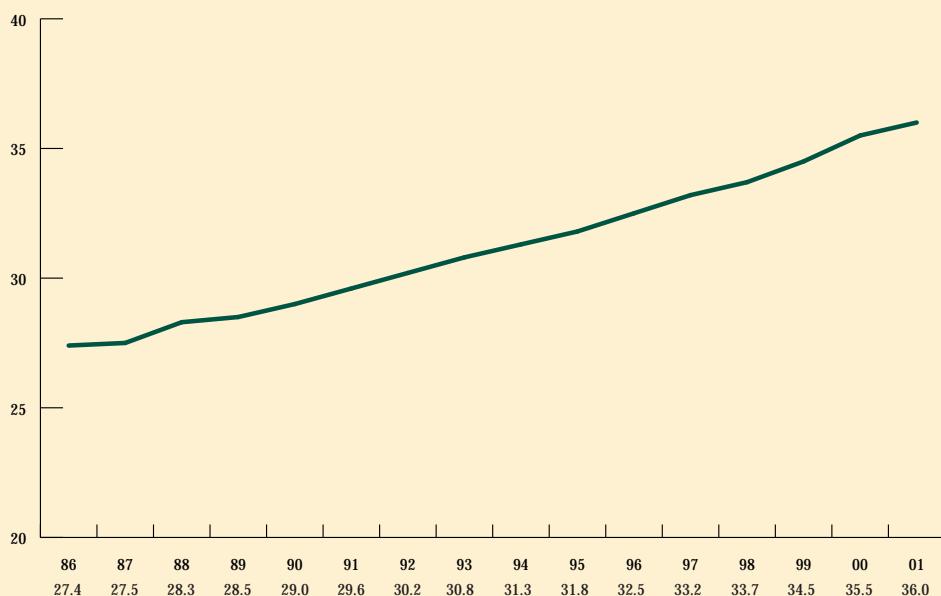
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de Sida.

Desde 1981, año en el que comenzó la epidemia, hasta el 31 de diciembre de 2001 se habían diagnosticado en España un total de 62.219 casos de sida, de los que 38.007 (64,9%) estaban relacionados con la inyección de drogas. Es muy importante tener en cuenta que el Registro Nacional de Sida es acumulativo y sufre un cierto retraso en la notificación, por lo que estas cifras pueden sufrir algunas modificaciones posteriormente.

De los 1.465 casos diagnosticados en 2001, un 52% del total (53% entre los hombres y 48% entre las mujeres) se atribuyeron a la inyección de drogas. Esta proporción ha descendido en los últimos años, tras el máximo alcanzado en 1990 (69,6%), y paralelamente ha aumentado la proporción atribuible a transmisión por relaciones heterosexuales.

A continuación se describe más detalladamente el grupo de casos de sida asociados a la inyección de drogas diagnosticados en 2001, que es el grupo de mayor interés para nosotros. Su edad media fue de 36 años, observándose una tendencia al envejecimiento progresivo (27.4 años en 1986, 29 años en 1990, 31.8 en 1995, 35.5 años en 2000 y 36.0 en 2001) (Figura 5.3). Las diferencias interautonómicas en el número de casos diagnosticados por millón de habitantes siguen siendo muy pronunciadas, siendo Baleares (68,5/1.000.000), Madrid (59,9/1.000.000), La Rioja (58,0/1.000.000) y País Vasco (54,5/1.000.000) las comunidades autónomas con tasas más elevadas, y Extremadura (6,4/1.000.000), Castilla-La Mancha (11,6/1.000.000), Melilla (15,3/1.000.000) y Galicia (18,8/1.000.000) las comunidades con tasas más bajas (Figura 5.4).

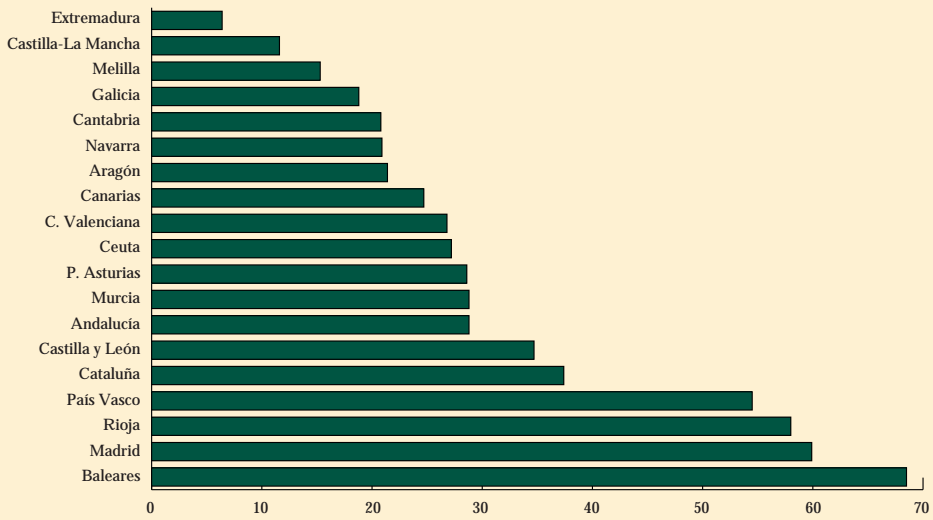
Figura 5.3. Evolución de la edad media de los casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa (años). España, 1986-2001*.



* Fecha de actualización 31 de diciembre de 2001.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de Sida.

Figura 5.4. Casos de sida asociados al uso de drogas por vía intravenosa diagnosticados (tasa por millón de habitantes). España, 2001*.



* Fecha de actualización: 31 de diciembre de 2001.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de Sida.

6

Indicadores de inserción-reinserción

1. INDICADORES DE INSERCIÓN-REINSERCIÓN

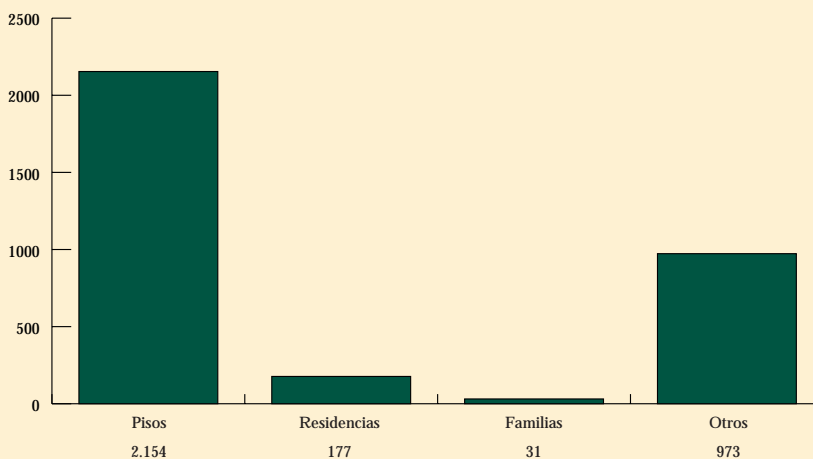
Entre las intervenciones realizadas por las Administraciones Públicas, ONGs y otras instituciones para la incorporación social de drogodependientes se encuentran una serie de actividades y recursos destinados a proporcionar apoyo residencial, formación y empleo a los mismos.

Los datos proporcionados por los Planes Autonómicos de Drogas nos indican que en el año 2000, 3.335 drogodependientes se han beneficiado de los recursos de apoyo residencial, la

mayor parte de ellos (2.154) de pisos, para facilitar su incorporación social.

Por su parte, las actividades relacionadas con la formación y educación han tenido 18.042 usuarios. Entre estas actividades, las que han gozado de un mayor número de beneficiarios han sido las de información, orientación y búsqueda de empleo que han duplicado el número de usuarios respecto al año anterior (10.585 usuarios en el año 2000 frente a 4.654 en 1999). Los cursos reglados y otras actividades formativas así como la formación laboral han contado por su parte con 3.345 y 4.112 usuarios, respectivamente.

Figura 6.1. Número de usuarios de los recursos de apoyo residencial para la incorporación social de drogodependientes (números absolutos). España, 2000.



Los programas de integración laboral para la incorporación social de los drogodependientes han contado en el año 2000 con un total de 3.857 beneficiarios. Los programas especiales de empleo han sido los más utilizados, contando con 2.228 usuarios. Sin embargo, éstos suponen menos de la mitad de los beneficia-

rios de este tipo de programas en 1999 que alcanzaron a 5.874. Los talleres artesanos, con 1.182 usuarios, les han seguido en importancia. En la tabla 6.1 se puede observar la distribución por Comunidades Autónomas de estos programas y recursos utilizados para la reinserción social de los drogodependientes.

Figura 6.2. Número de usuarios de los recursos de formación/educación para la incorporación social de drogodependientes (números absolutos). España, 2000.

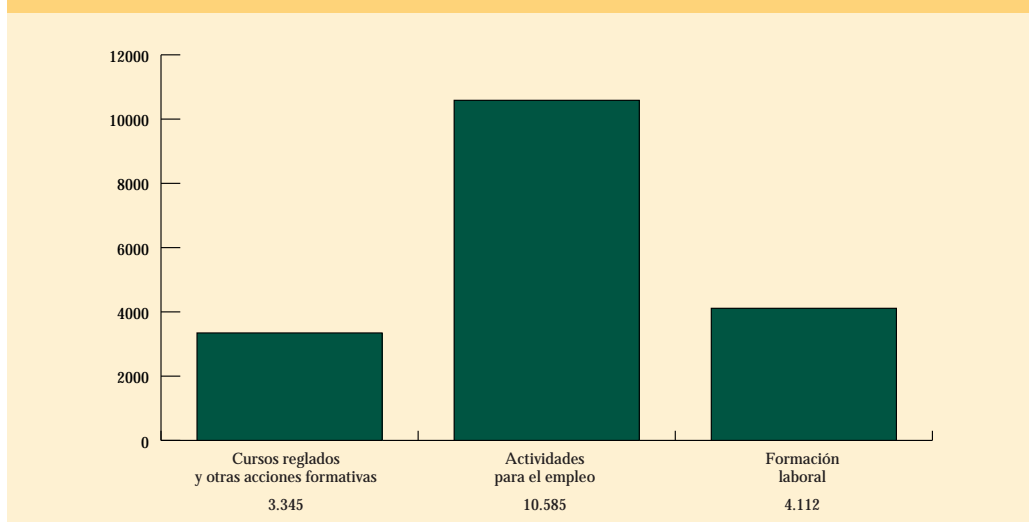


Figura 6.3. Número de usuarios de los recursos de integración laboral para la incorporación social de drogodependientes (números absolutos). España, 2000.

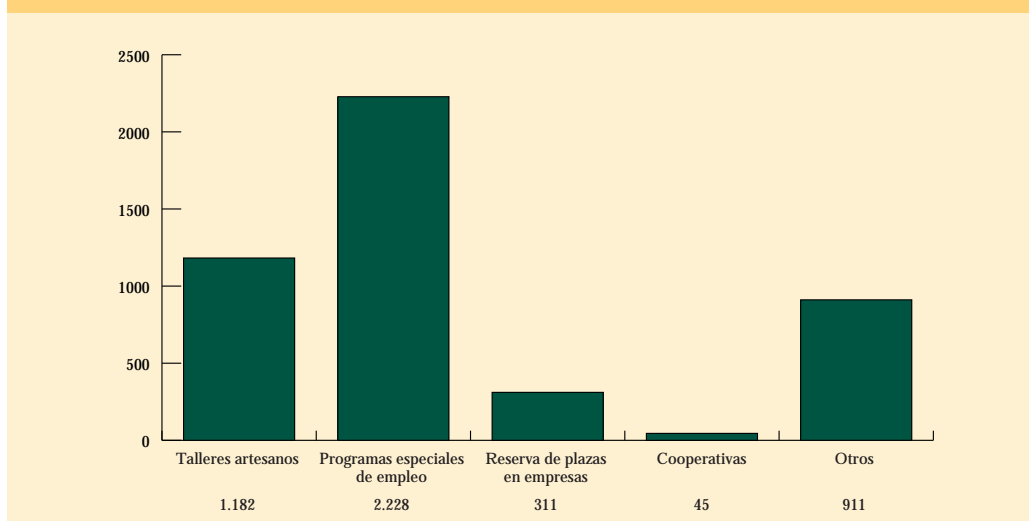


Tabla 6.1. Programas de incorporación social por Comunidades Autónomas: tipo, número de programas y número de usuarios. España, 2000.

	Recursos de apoyo residencial		Programas de formación		Programas de integración laboral	
	Nº	Nº usuarios	Nº	Nº usuarios	Nº	Nº usuarios
Andalucía	9	141			1	431
Aragón	5	175	14	229	4	17
Asturias	4	344	12	299	8	172
Baleares	5	59	9	394	4	139
Canarias	7	139	53	1.051	23	508
Cantabria			2	39	1	10
Castilla-La Mancha	4	132	6	164	No específica	132
Castilla y León	10	104	89	1.408	10	316
Cataluña	11	No específica				
C. Valenciana	11	165	9	280	10	335
Extremadura	7	415	32	1.625	8	584
Galicia	3	68	75	1.466	11	258
Madrid	10	159	151	5.510	7	987
Murcia			16	2.341	5	186
Navarra	1	5	No específica	881	2	44
País Vasco	22	1.346	19	2.198	2	94
La Rioja	2	83	7	82	10	399
Ceuta			4	60	2	65
Melilla			1	15		
Total	111	3.335	499	18.042	108	4.677

Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Español sobre Drogas. Planes Autonómicos sobre Drogas.

7

Indicadores de mortalidad

1. MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA TRAS EL CONSUMO DE DROGAS

En 2000 se recogieron 444 muertes por reacción aguda tras el consumo sustancias psicoactivas procedentes de 104 partidos judiciales, con una población de 15.600.000 habitantes (39,1% de la población española). En la gran mayoría de los casos las muertes fueron notificadas por los Institutos Anatómico Forenses (IAF), aunque en algunos casos las notificaciones partieron de médicos forenses agrupados en otras entidades (Clínicas Forenses) o, de forma excepcional, de médicos forenses individuales. Los datos complementarios sobre toxicología proceden principalmente del Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Sevilla, Madrid, Barcelona y La Laguna), aunque una proporción importante procede de otros laboratorios forenses o toxicológicos. La calidad de la información de este indicador ha aumentado de forma importante en los últimos años. De hecho la proporción de casos registrados con análisis toxicológicos disponibles fue de un 65,9% en 1993, 82,1% en 1995, 88,1% en 1998 y 97,7% en 2000.

En la última década, la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas ha seguido una tendencia claramente descendente en casi todas las áreas monitorizadas. En este sentido el partido judicial de Palma de Mallorca es una excepción (Tabla 7.1).

Del conjunto de los fallecidos un 86,9% eran varones. La edad media de los fallecidos fue de 33,3 años. La mayoría de los fallecidos con

información sobre el estado civil estaban solteros (73,9%). Un 4% presentaba fuertes evidencias de suicidio y un 4,8% algún indicio o sospecha. Un 69,4% de los casos con información para esta variable presentaba signos recientes de venopunción, lo que sugiere que la gran mayoría de los fallecimientos se produjeron tras el consumo de sustancias psicoactivas por vía parenteral. En cuanto al estado serológico frente al VIH, hay que tener en cuenta que la proporción de casos con valores desconocidos para esta variable es bastante elevada, ligeramente superior al 50%, por lo que los resultados han de analizarse con cautela. De los casos con información sobre el estado serológico frente al VIH, un 45,2% eran positivos. En los 60 fallecidos, que además de conocerse el estado serológico se informa que tenían signos recientes de venopunción, la proporción de positivos sube hasta el 65% (Tabla 7.2).

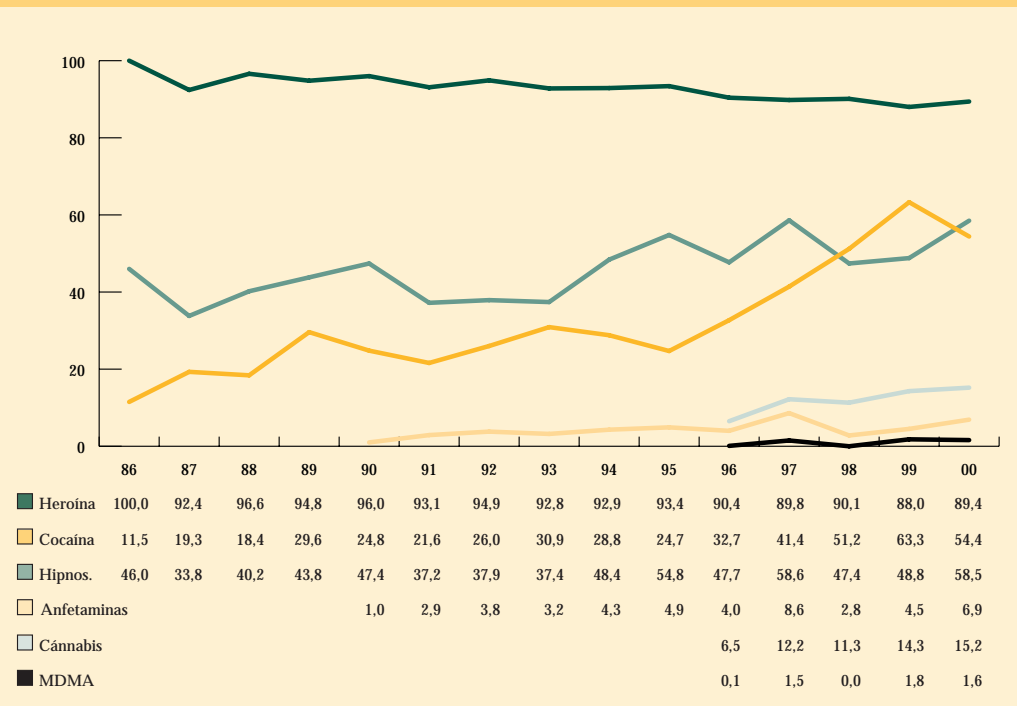
Como en años anteriores, la mayor parte de estas muertes son atribuibles al consumo de opioides o cocaína (426). Entre los casos con análisis toxicológico disponible, la mayoría fueron positivos a opiáceos (89,4%), un 54,4% a cocaína, un 53% a benzodiacepinas, un 35,5% a alcohol y un 15,2% a cánnabis. El resto de las drogas tuvieron una presencia inferior al 7% (Figura 7.1). Hay que destacar la existencia de una proporción muy alta de analíticas positivas a cocaína en Valencia (84,2%), Palma de Mallorca (72,9%), Las Palmas de Gran Canaria (66,4%) y Barcelona (64,3%) (Tabla 7.3).

Se detectan algunas diferencias geográficas importantes en cuanto a la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Así, las ciudades de Palma de Mallorca (11,5 muertes/100.000 habitantes) y Barcelona (6,7 muertes/100.000) muestran tasas excepcionalmente altas en relación al resto de las áreas monitorizadas, donde las tasas son menores 3,5/100.000. Es muy probable que estas diferencias sean atribuibles en gran medida a que en el noreste de la península y Baleares continúa predominando el uso de la vía inyectada para consumir heroína.

Aunque en las ciudades con un número pequeño de casos, el número anual de muertes puede variar por efecto del azar, si se observa la serie desde 1990 se puede apreciar que en la

gran mayoría de las áreas monitorizadas el número de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas ha disminuido de forma importante en los últimos años, siendo en este sentido la ciudad de Palma de Mallorca una excepción (22 muertes en 1991, 37 en 1995, 42 en 1999 y 47 en 2000) (Tabla 7.1). Si se consideran solamente las muertes por reacción aguda a opiáceos o cocaína (que consituyen la mayor parte de las muertes) se observa igualmente que en el conjunto de las cinco grandes ciudades monitorizadas de forma continua desde 1983 (Madrid, Barcelona, Valencia, Zaragoza y Bilbao) se ha producido en los últimos años un descenso continuado del número de muertes tras el máximo alcanzado en 1991 (553 en 1991 y 241 en 2000) (Figura 7.2).

Figura 7.1. Evolución de la proporción de muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas en cuyos análisis toxicológicos se detecta cada droga. España*, 1986-2000.



* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador mortalidad.

Tabla 7.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas* en varias ciudades** españolas, según el año de fallecimiento. España, 1990-2000.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Badajoz	1	3	2	3	2	1	4	4	2	2	3
Barcelona	132	159	160	151	125	150	148	130	113	121	101
Barakaldo	-	15	8	11	10	9	7	10	11	10	6
Bilbao	23	25	40	26	32	39	43	21	20	17	13
Cartagena	5	4	8	3	8	10	14	6	0	7	4
Coruña (A)	-	-	-	7	6	10	14	11	9	13	21
Donostia - San Sebastián	-	12	6	15	13	12	12	10	18	11	10
Getafe	-	3	5	1	3	3	2	3	0	2	2
Granada	-	28	29	19	14	22	9	-	-	-	-
Leganés	-	7	0	5	8	4	2	2	1	1	1
Lugo	-	-	-	2	0	0	2	1	6	3	1
Madrid	227	285	255	179	146	132	140	122	98	90	106
Majadahonda	-	5	4	1	2	2	1	2	0	1	4
Málaga	-	20	20	15	9	7	12	-	-	-	-
Murcia	5	14	9	6	9	3	4	14	12	9	-
Ourense	-	-	-	2	6	3	5	5	1	2	2
Palma de Mallorca	0	22	27	31	31	37	38	51	38	42	50
Palmas G. Canaria (Las)	-	1	14	13	7	4	7	-	-	7	4
Pamplona/Iruña	-	18	13	9	10	12	9	6	7	5	12
Ponferrada	-	1	5	6	3	4	1	2	4	3	1
Pontevedra	-	-	-	10	11	4	5	6	4	7	7
Ribeira	-	-	-	0	3	5	1	3	4	4	0
Santiago de Compostela	-	-	-	8	6	3	7	7	5	7	2
Sevilla	11	26	20	23	17	21	40	-	-	-	-
Valencia	38	50	74	47	52	35	32	25	23	14	19
Valladolid	-	9	14	8	20	11	15	15	12	13	13
Vigo	-	-	-	16	26	8	17	19	22	15	8
Zaragoza	24	34	9	18	16	18	27	24	17	16	16

* Entre 1990 y 1995 sólo se recogen las muertes por reacción aguda a opiáceos o cocaína.

** La demarcación geográfica de las grandes ciudades coincide con la del Partido Judicial. Cuando se trata de poblaciones de un menor número de habitantes, el Partido Judicial incluye la ciudad y ciertos municipios de áreas cercanas.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 7.2. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas (número absoluto, media y porcentaje). España, 2000.

	Cinco ciudades*	Otras áreas**	Total
Número de fallecidos	254	190	444
Sexo			
Varones	85,0%	89,0%	86,9%
Mujeres	15,0%	10,5%	13,1%
Edad media (años)	34,0	32,3	33,3
Grupo de edad (años)			
15-19	0,4	2,7	1,4
20-24	7,8	9,2	8,4
25-29	18,0	23,9	20,6
30-34	25,4	25,5	25,5
35-39	26,6	22,3	24,8
40-44	15,6	12,0	14,0
≥ 45	6,1	4,3	5,4
Estado civil			
Soltero	73,9%	73,8%	73,9%
Casado	16,4%	19,0%	17,2%
Separado/Divorciado	7,7%	3,6%	6,5%
Viudo	1,9%	3,6%	2,4%
Procedencia del cadáver			
Domicilio	51,8%	48,9%	50,6%
Hotel-Pensión	6,0%	5,4%	5,7%
Calle	20,5%	29,6%	24,4%
Local público	5,6%	1,6%	3,9%
Hospital	9,6%	5,4%	7,8%
Cárcel	1,2%	2,7%	1,8%
Otra	5,2%	6,5%	5,7%
Evidencias de consumo reciente			
Sí	83,5%	90,8%	86,8%
No	16,5%	9,2%	13,2%
Evidencia de suicidio			
Fuerte evidencia	4,5%	3,2%	4,0%
Indicios/sospecha	4,5%	5,6%	4,8%
Ninguna evidencia	91,1%	91,3%	91,1%
Signos recientes de venopunción			
Sí	63,3%	75,8%	69,4%
No	36,7%	24,2%	30,6%
Muerte causada por patología previa agravada por consumo sust. psicoactivas			
Sí	74,4%	2,8%	47,9%
No	25,6%	97,2%	52,1%
Anticuerpos anti-VIH			
Positivo	44,1%	47,1%	45,2%
Negativo	55,9%	52,9%	54,8%

* Datos de las ciudades de Barcelona, Bilbao, Madrid, Valencia y Zaragoza.

** Datos de todas las áreas monitorizadas por el indicador, excluyendo las cinco grandes ciudades citadas anteriormente.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Tabla 7.3. Drogas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de fallecidos por reacción aguda, según área geográfica de fallecimiento (números absolutos y porcentajes). España, 2000.

	Zaragoza ^a		P. de Mallorca ^b		Canarias ^c		Barcelona ^d		C.Valenciana ^e	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opiáceos	16	100,0	44	91,7	13	86,7	95	96,9	18	94,7
Cocaína	0	0,0	35	72,9	10	66,7	63	64,3	16	84,2
Barbitúricos	0	0,0	21	43,8	0	0,0	1	1,0	0	0,0
Benzodiazepinas	0	0,0	33	68,8	8	53,3	67	68,4	9	47,4
Anfetaminas	0	0,0	20	41,7	0	0,0	0	0,0	1	5,3
MDMA y derivados	0	0,0	2	4,2	0	0,0	1	1,0	1	5,3
Cánnabis	0	0,0	21	43,8	2	13,3	26	26,5	4	21,1
Alucinógenos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sustancias volátiles	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alcohol	0	0,0	36	75,0	2	13,3	33	33,7	4	21,1
Total	16		48		15		98		19	

	País Vasco ^c		Galicia ^c		C. Madrid ^f		R. Murcia ^c		Otros ^g	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opiáceos	31	88,6	56	91,8	92	78,6	–	–	23	92,0
Cocaína	13	37,1	27	44,3	56	47,9	–	–	16	64,0
Barbitúricos	0	0,0	0	0,0	2	1,7	–	–	0	0,0
Benzodiazepinas	15	42,9	23	37,7	62	53,0	–	–	13	52,0
Anfetaminas	2	5,7	1	1,6	6	5,1	–	–	0	0,0
MDMA y derivados	3	8,6	0	0,0	0	0,0	–	–	0	0,0
Cánnabis	6	17,1	0	0,0	0	0,0	–	–	7	28,0
Alucinógenos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	–	–	0	0,0
Sustancias volátiles	0	0,0	0	0,0	0	0,0	–	–	0	0,0
Alcohol	16	45,7	24	39,3	31	26,5	–	–	8	32,0
Total	35		61		117		–		25	

Nota: No se dispone de los análisis toxicológicos de todos los fallecidos. Cada una de las muestras puede presentar resultados positivos para varias drogas. Por esta razón, el total de muestras analizadas (449) siempre es muy inferior a la suma de resultados positivos para todas las drogas.

Los resultados de los análisis toxicológicos presentados corresponden a las muestras biológicas analizadas y no sólo a las muestras de sangre.

a. Sólo incluye el Partido Judicial de Zaragoza.

b. Sólo incluye el Partido Judicial de Palma de Mallorca.

c. Incluye todos los Partidos Judiciales de la Comunidad Autónoma.

d. Sólo incluye el Partido Judicial de Barcelona.

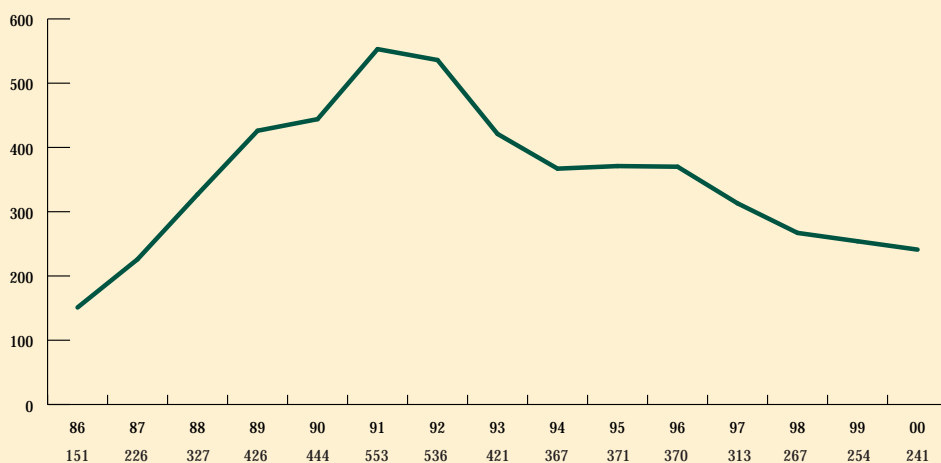
e. Sólo incluye el Partido Judicial de Valencia.

f. Incluye varios Partidos Judiciales de la C. de Madrid, además del municipio de Madrid.

g. Incluye el resto de Partidos Judiciales monitorizados por el indicador y que no están incluidos en el resto de las categorías.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Figura 7.2. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de opiáceos o cocaína en cinco grandes ciudades* españolas, 1986-2000.



* Las muertes corresponden a los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Valencia y Zaragoza.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Indicador mortalidad.

2. MUERTES PRODUCIDAS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS

El Instituto Nacional de Toxicología ha llevado a cabo nuevamente, en este caso por tercer año, un estudio correspondiente a los conductores y peatones fallecidos en accidentes de tráfico en el año 2000. Se han realizado análisis toxicológicos de 1.363 casos de conductores y 250 de peatones de las 17 comunidades autónomas, por parte de los departamentos de Madrid, Barcelona, Sevilla y La Laguna.

Este estudio permite seguir de cerca la asociación entre los accidentes de tráfico y el consumo de alcohol, otras drogas y psicofármacos. También permite medir la eficacia de las medidas preventivas, educativas y de control para evitar la conducción si se ha consumido alcohol u otras drogas.

La mayoría de los conductores fallecidos, como en los estudios anteriores, son hombres (91,3%) y principalmente en edades compren-

didadas entre los 21 y 40 años (54,6%). Este grupo de edad es también el mayoritario entre las mujeres (52,6%) (Tablas 7.4 y 7.5). En cuanto a los días en que han tenido lugar los accidentes, el 56,9% de los casos corresponde a días laborables y el 43% a festivos o fin de semana.

El análisis de las muestras de estos conductores ha presentado una alcoholemia positiva en 562 casos, lo que representa el 41,2% de los conductores fallecidos. 444 casos superan los límites legales de 0,5g/l (un 32,6% de los conductores) y 276 casos (20,2% de los conductores) superan el 1,50g/l, cantidad que corresponde a un estado de embriaguez (Tabla 7.6).

Las alcoholemias positivas se presentan más entre los hombres (un 57% de la totalidad de hombres analizados) que entre las mujeres, entre las que representan un 22,8%.

Además del alcohol, se han detectado otras sustancias psicoactivas. En un 8,2% de casos se han encontrado drogas de abuso, ya sea solas o

en combinación con alcohol o psicofármacos/medicamentos. En cuanto a éstos últimos se han encontrado en un 4,4% de casos, bien solos o combinados con alcohol u otras drogas (Tabla 7.8).

En general la proporción de análisis positivos para sustancias psicoactivas, ya sean éstas alcohol, drogas o psicofármacos/medicamentos es de un 47,7% (650 casos), un 4,3% más que las presentadas en el año 1999, aunque no alcanzan las cifras de 1998 (50,8) (Tabla 7.7).

Se sigue poniendo de manifiesto por tanto la relación existente entre el consumo de alcohol u otras sustancias y los accidentes de tráfico con víctimas mortales, cuya evolución, a pesar de las campañas preventivas y otro tipo de medidas como los controles de alcoholemia, no está siendo favorable.

En la Tabla 7.8 se pueden observar las sustancias detectadas. Además del alcohol, destaca la presencia de cocaína en un 4,8% de casos, siendo la segunda sustancia más presente. Les siguen las benzodiazepinas en un 3,6% de casos, el cánnabis en un 2,9% de casos, y los opiáceos en un 2,3%. El resto de sustancias tienen proporciones muy escasas.

El estudio de los peatones fallecidos en accidentes de tráfico corresponde a 250 casos. También entre los peatones son mayoritarios los hombres (el 80,4%) aunque en este caso en menor proporción. Respecto a las características de edad, el perfil es diferente al de los conductores, siendo la mayor parte de ellos de edades superiores a los 60 años (Tabla 7.10). Sin embargo existen diferencias según el sexo. Hay una mayor proporción de peatones mayores de 60 años en el caso de las mujeres (60,9%) que en el de los hombres (42%), cuyas edades están más repartidas.

Las alcoholemias positivas detectadas en peatones alcanzan también una proporción muy elevada (39,2%), lo que confirma asimismo la relación existente entre el consumo de alcohol y los peatones atropellados. Esta proporción se ha incrementado respecto a 1999 en 3,8 puntos (ver Tabla 7.12). Conviene destacar que las alcoholemias positivas son más frecuentes en los hombres, en los que se presentan en un 44,2% de los casos, que en las mujeres en donde representan un 18,3% de ellas. Además del alcohol se han detectado otras drogas en 10 casos (4%). Éstas han sido cocaína en 6 casos, opiáceos en 3 y cánnabis en 2 (Tablas 7.11 y 7.12).

Tabla 7.4. Características generales de los conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico (número y porcentaje). España, 1998-2000.

	1998	1999	2000
Número de análisis	1.090	1.191	1.363
Sexo (%)			
Hombres	91,5	91,7	91,3
Mujeres	8,5	8,3	8,6
Procedencia del cadáver (%)			
Vía pública	-	86,0	86,2
Hospital	-	14,0	13,8

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

La procedencia del cadáver hace referencia al lugar físico donde se produjo el fallecimiento.

La tasa máxima de alcohol en sangre autorizada para conductores hasta el 6 de mayo 1999 era 0,8 gramos/litro y 0,5 gramos/litro para profesionales. A partir de esta fecha la tasa máxima se fijó en 0,5 gramos/litro para todos los conductores excepto para los profesionales y conductores noveles, de cualquier tipo de vehículo en los dos años siguientes a la obtención del permiso de conducir, para los que se redujo a 0,3 gramos/litro.

Tabla 7.5. Distribución de los conductores de vehículos fallecidos en accidentes de tráfico en los que se ha realizado análisis toxicológico, según sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1998-2000.

(años)	1998			1999			2000		
	H.	M.	Total	H.	M.	Total	H.	M.	Total
≤ 20	10,1	11,9	10,2	9,6	6,5	9,3	9,8	14,5	10,2
21-30	32,6	36,9	33,0	29,6	35,5	30,1	32,7	34,5	32,8
31-40	22,5	21,4	22,4	20,6	24,7	20,9	21,9	18,2	21,6
41-50	13,1	14,3	13,2	15,8	15,1	15,7	13,5	20,0	14,0
51-60	9,3	9,5	9,3	9,4	6,5	9,1	10,0	6,4	9,7
> 60	12,4	6,0	11,8	15,0	11,8	14,8	12,0	6,4	11,6
Total	922	84	1.006	1.012	93	1.105	1.184	110	1.294

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

Tabla 7.6. Niveles de alcoholemia detectados entre los conductores fallecidos en accidentes de tráfico. España, 2000.

Niveles de alcoholemia	Nº de casos	Porcentajes
Negativa	801	58,8
Positiva		
Total	562	41,2
> 0,5 gr./l	444	32,6
≤ 0,5 gr./l	118	8,6

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.7. Consumo de alcohol, otras drogas y psicofármacos entre los conductores fallecidos en accidentes de tráfico. España, 1999-2000.

Sustancias consumidas	1999	2000	Variación 1999-2000
Alcohol étílico (sólo)	378 (31,7%)	492 (36,0%)	+ 4,3%
Alcohol y otras drogas de abuso	52 (4,3%)	48 (3,5%)	-0,8%
Alcohol y psicofármacos/medicamentos	11 (0,9%)	16 (1,1%)	+ 0,2%
Alcohol, otras drogas y psicofármacos	5 (0,4%)	6 (0,4%)	=
Otras drogas distintas al alcohol	33 (2,7%)	47 (3,45%)	+ 0,75%
Drogas (no alcohol) y psicofármacos	18 (1,5%)	12 (0,8%)	-0,7%
Psicofármacos/medicamentos	20 (1,6%)	29 (2,1%)	+ 0,5%
Subtotal análisis positivos	517 (43,4%)	650 (47,7%)	+ 4,3%
Análisis con resultados negativos*	674 (56,6%)	713 (52,3%)	
Total cadáveres analizados	1.191	1.363	

* Aquellos en los que no se identificó ni alcohol u otras drogas y psicofármacos/medicamentos.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.8. Sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de los conductores de vehículos fallecidos en accidente de tráfico (número y porcentaje). España, 1998-2000.

	1998		1999		2000	
	Número	Porcentajes	Número	Porcentajes	Número	Porcentajes
Alcohol etílico	471	43,2	446	37,4	562	41,2
Opiáceos*	45	4,1	29	2,4	31	2,3
Cocaína	51	4,6	62	5,2	65	4,8
Anfetamina	15	1,4	6	0,5	6	0,4
MDMA y derivados	4	0,5	5	0,4	12	0,9
Barbitúricos	0	0,0	1	0,1		
Benzodiazepinas	32	2,9	41	3,4	50	3,6
Antipsicóticos	1	0,1	0	0,0		
Cánnabis	26	2,4	28	2,5	39	2,9
Antidepresivos	8	0,7	6	0,5	8	0,6
Total análisis	1.090		1.191		1.363	

* En este grupo se ha incluido la metadona.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

Tabla 7.9. Características generales de los peatones fallecidos en accidente de tráfico (número y porcentaje). España, 1998-2000.

	1998	1999	2000
Número de análisis	155	229	250
Sexo (%)			
Hombres	74,8	91,7	80,4
Mujeres	25,2	8,3	19,6
Alcoholemia (%)			
Positiva	34,2	35,4	39,2
Negativa	65,8	64,6	60,8
Procedencia del cadáver (%)			
Vía pública	–	71,2	74,8
Hospital	–	28,8	25,2

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

La procedencia del cadáver hace referencia al lugar físico donde se produjo el fallecimiento.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

Tabla 7.10. Distribución de los peatones en accidentes de tráfico en los que se ha realizado análisis toxicológico, según sexo y grupo de edad (porcentaje). España, 1998-2000.

Años	1998			1999			2000		
	H.	M.	Total	H.	M.	Total	H.	M.	Total
≤ 20	9,0	7,5	8,6	5,8	6,4	6,0	6,4	4,3	6,0
21-30	17,0	7,5	14,3	9,9	4,3	8,7	11,7	10,9	11,5
31-40	12,0	10,0	11,4	10,5	8,5	10,1	14,4	10,9	13,7
41-50	15,0	5,0	12,1	22,2	8,5	19,3	13,3	6,5	12,0
51-60	12,0	7,5	10,7	13,5	12,8	13,3	12,2	6,5	11,1
> 60	35,0	62,5	42,9	38,0	59,6	42,7	42,0	60,9	45,7
Total	100	40	140	171	47	218	188	46	234

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

Tabla 7.11. Consumo de alcohol y otras drogas entre peatones atropellados en accidentes de tráfico. España, 1999-2000.

Sustancias consumidas	1999	2000
Alcohol etílico (sólo)	79 (34,5%)	94 (37,6%)
Alcohol y otras drogas	2 (0,8%)	4 (1,6%)
Otras drogas (sólo)	8 (3,5%)	6 (2,4%)
Alguna (subtotales)	89 (39,0%)	104 (41,6%)
Ninguna	140 (61,0%)	146 (58,4%)
Total	229	250

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología.

Tabla 7.12. Sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológicas de los peatones fallecidos en accidente de tráfico (número y porcentaje). España, 1998-2000.

	1998		1999		2000	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Alcohol etílico	53	34,2	81	35,4	98	39,2
Opiáceos*	3	1,9	6	2,6	3	1,2
Cocaína	5	3,2	7	3,1	6	2,4
Anfetamina	0	0,0	0	0,0	0	0,0
MDMA y derivados	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Barbitúricos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Benzodiazepinas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Antipsicóticos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cánnabis	3	1,9	2	0,9	2	0,8
Antidepresivos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total análisis	155		229		250	

* En este grupo se ha incluido la metadona.

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Barcelona, Madrid, Sevilla y La Laguna).

3. MORTALIDAD RELACIONADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es sin duda, después del tabaco, la sustancia psicoactiva que causa un mayor número de muertes en España.

El número global de muertes atribuibles al alcohol puede estimarse como sigue: en primer lugar, para cada causa de muerte se calcula el número de muertes atribuibles al consumo de alcohol, multiplicando el número total de muertes por esa causa (por ejemplo, cirrosis y hepatopatías crónicas) por la proporción de esas muertes que pueden atribuirse al alcohol obtenida de estudios epidemiológicos previos (por ejemplo, 70%). Posteriormente se suman las muertes atribuibles al alcohol por todas las causas en que se sabe que interviene esta sustancia. De esta forma se estima que en 1998

murieron en España casi 12.000 personas por consumo de alcohol.

Las causas anotadas con mayor frecuencia en sus certificados de defunción fueron las siguientes (Tabla 7.13):

- Cirrosis o enfermedades hepáticas crónicas (36,6%).
- Accidentes de tráfico (20,6%).
- Cánceres del tracto digestivo alto (labio, boca, faringe, esófago) (20,5%).
- Cáncer de laringe (7,3%).
- Suicidio y autolesiones (6,8%).
- Pancreatitis aguda (3,8%).
- Dependencia alcohólica (1,8%).
- Homicidio (1,4%).
- Otras (1,2%).

Tabla 7.13. Mortalidad atribuible al alcohol en España, 1998.

Causas de muerte	Nº muertes por cada causa	Proporción atribuible al alcohol (%)	Nº de muertes atribuibles al alcohol
Cirrosis y enfermedad hepática crónica (E-571)	6.24	670	4.372
Accidentes de tráfico (E 810-819)	6.154	40	2.462
Pancreatitis aguda (E-577.0)	1.089	42	457
Psicosis alcohólica (E-291)	54	100	54
Dependencia alcohólica (E-303)	216	100	216
Abuso de alcohol (E-305.0)	19	100	19
Intoxicación alcohólica accidental (E-860)	9	100	9
Suicidio y autolesión (E-950-959)	3.261	25	815
Cardiomiopatía alcohólica (E-425.5)	33	100	33
Gastritis alcohólica (E-535.3)	0	100	0
Polineuropatía alcohólica (E-357.5)	4	100	4
Pancreatitis crónica (E-577.1)	39	60	23
Cáncer de labio, boca y faringe (E 140-149)	2.205	50	1.102
Cáncer de esófago (E-150)	1.797	75	1.348
Cáncer de laringe (E-161)	1.751	50	875
Homicidio (E 960-969)	355	46	163
Total	23.232	11.952	

Entre paréntesis se indica la rúbrica en que se incluye esa causa en la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión (CIE-9).

Fuente: Defunciones según la causa de muerte 1998. INE, 2001. Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Consumo. MSC.

8

Indicadores de oferta de drogas

1. SUSTANCIAS INTERVENIDAS

Los datos aportados por la Unidad Central de Inteligencia Criminal relativos a las drogas decomisadas durante el pasado año 2001 nos muestran un aumento general tanto de la cantidad incautada de las distintas drogas como del número de decomisos efectuados de cada una de ellas (Tabla 8.1, Figura 8.6).

Destaca por su magnitud la cantidad incautada de cocaína que asciende a 33.680 Kg. El resultado de una serie de intervenciones de gran magnitud que culminaron exitosamente permitieron este espectacular crecimiento, quintuplicando las incautaciones del año 2000 y superando en mucho las de todos los años anteriores (Figura 8.1). No obstante el volumen de

cocaína intervenido en el año 2001 no debería de ser extrapolado y correlacionado sin más con los parámetros de los años anteriores. Se debe tomar en consideración para una apreciación correcta de la evolución de las incautaciones, no sólo la cantidad aprehendida, la cual oscila en función del éxito o fracaso de ciertas operaciones, sino también el número de decomisos anuales que expresa mejor la línea de actuación general. En el caso de la cocaína, el número de decomisos confirma también este crecimiento, si bien la curva dibujada de los últimos años es más constante. En el año 2001 se han producido 26.127 decomisos de cocaínicos frente a los 16.080 realizados el año anterior (Figura 8.6).

El hachís, por su parte, sigue siendo la sustancia más aprehendida en España. La cantidad incautada en el 2001 asciende a 514.181 Kg. y el número de decomisos de cannábicos practicados es de 74.391 (Figura 8.6). En ambos casos supone un incremento del 8,4% y 12% respectivamente en relación al año anterior, prosiguiendo la tendencia de crecimiento continuo desde 1992 (Figura 8.3).

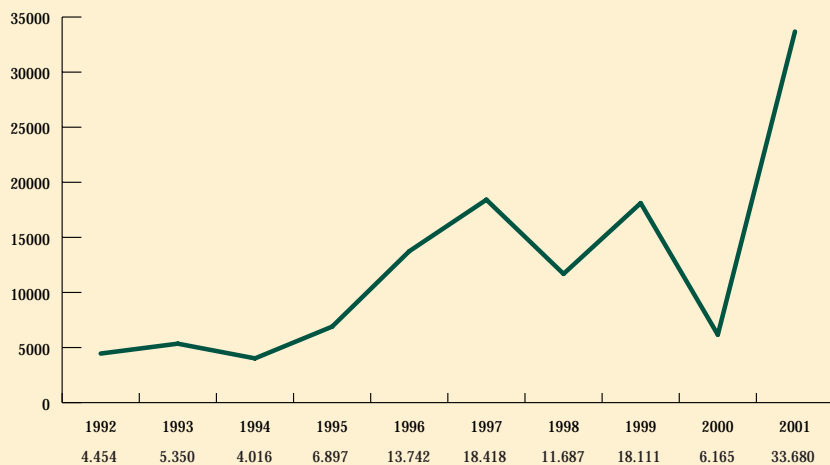
La cantidad incautada de heroína en el año 2001 ha sido de 631 Kg., lo que supone un incremento del 30% respecto al año anterior (Figura 8.2 y Tabla 8.1) y situándose en niveles superiores a los últimos años, a excepción de 1999 (en ese año el aumento de las aprehensiones obedeció a una serie de servicios importantes que posibilitaron la desarticulación de los grupos más relevantes dedicados a la distribución de heroína en España y Portugal).

Tabla 8.1. Evolución de las incautaciones de diversas sustancias en España, 2000-2001.

	2000	2001
Heroína (Kg)	485	631
Cocaína (Kg)	6.165	33.680
Hachís (Kg)	474.505	514.181
LSD (dosis)	7.542	26.535
MDMA (pastillas)	891.652	860.164

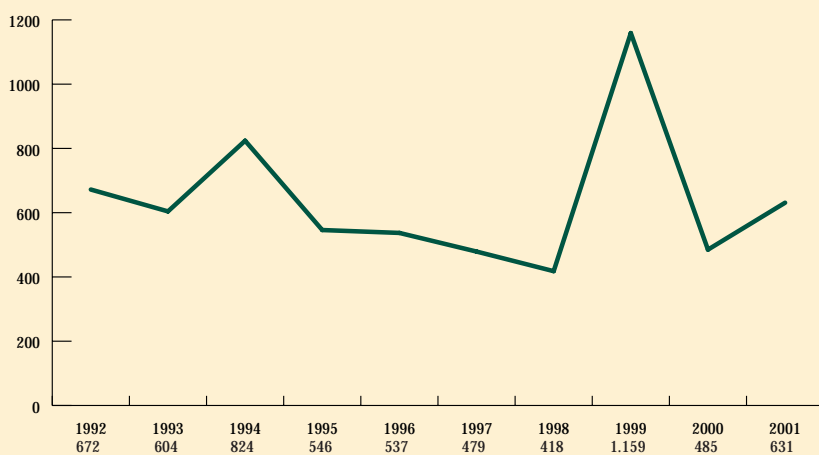
Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 8.1. Evolución de la cocaína intervenida en España, 1992-2001 (kilogramos).



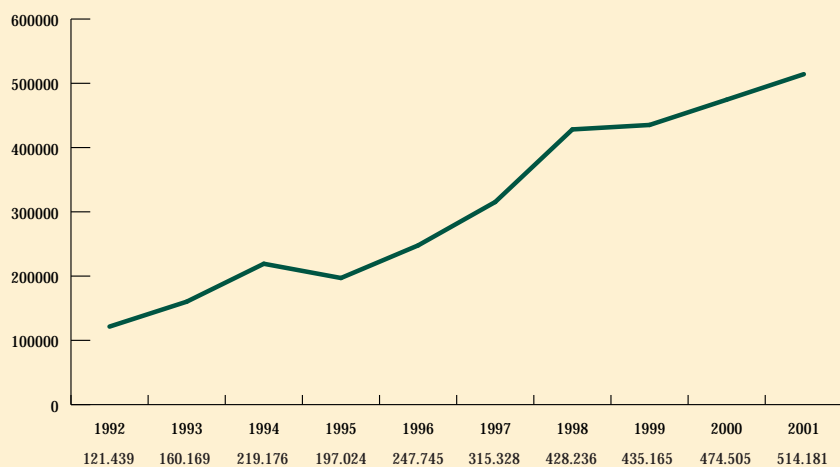
Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 8.2. Evolución de la heroína intervenida en España, 1992-2001 (kilogramos).



Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 8.3. Evolución del hachís intervenido en España, 1992-2001 (kilogramos).



Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Las incautaciones de éxtasis (MDMA) ascienden a 860.164 pastillas, cifra semejante al año 2000, si bien como puede observarse en la figura 8.4 estos dos últimos años suponen un salto cuantitativo importante respecto al periodo anterior, con la única excepción del año 1995 en el que se incautaron 739.511 pastillas (cantidad que se asemeja más a la de estos dos últimos años). También en el 2001 se han incrementado notablemente los decomisos de determinados fármacos (buprex, contugesic, trankimazin, valium), de nuevas sustancias como el GHB o el deprancol y de otros psicotrópicos (Tabla 8.2). Conviene tener en cuenta, en relación con las incautaciones de éxtasis y de otros fármacos y psicotrópicos, que se han producido ciertas oscilaciones y vaivenes debidos a la enorme capacidad de adaptación de los fabricantes y distribuidores para sintetizar nuevos productos que no se encuentren incluidos en las listas fiscalizadas, eludiendo durante un tiempo la represión. Por otra parte, también influyen las especiales condiciones de dis-

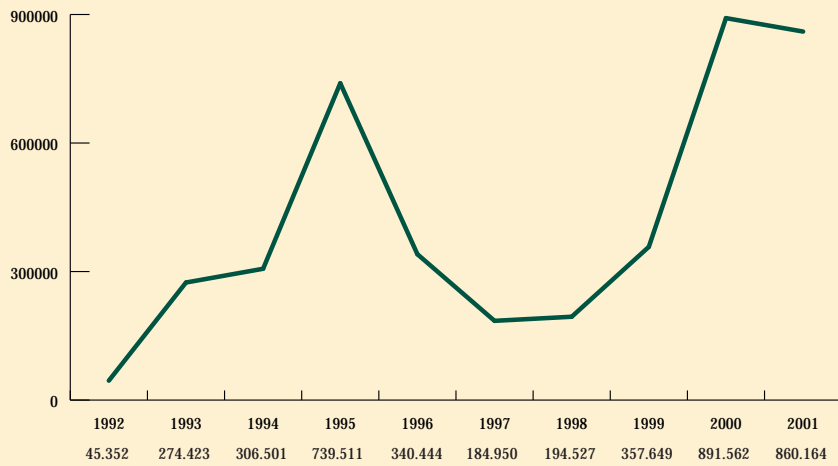
tribución de estas sustancias que dificultan la capacidad de adaptación policial a los nuevos *modus operandi*.

Decomisos por sustancias

El número de decomisos, como se dijo anteriormente, pone de manifiesto, más que el volumen de cantidad incautada, la línea general de lucha contra el tráfico de drogas. En el 2001 se continúa con una evolución ascendente, de tal modo que en el periodo analizado se ha pasado de 79.416 decomisos en 1997 hasta 128.875 en el año 2001 (Figura 8.6).

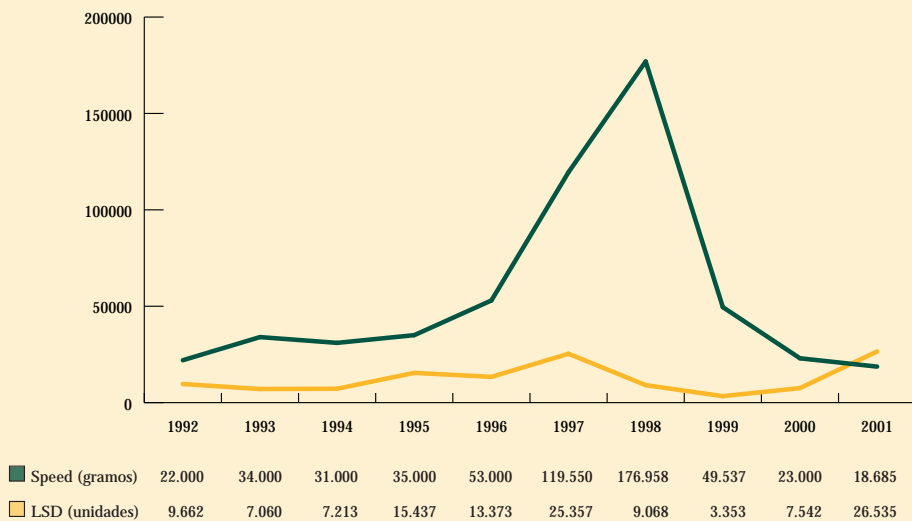
La tendencia al alza puede constatarse principalmente en los cocaínicos, cannábicos y alucinógenos. En los decomisos de opiáceos se observa una evolución más uniforme, manteniéndose una mayor estabilidad en el periodo comparado (Figura 8.6).

Figura 8.4. Evolución del MDMA intervenido en España, 1992-2001 (unidades).



Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 8.5. Evolución del speed y LSD intervenidos en España, 1992-2001.



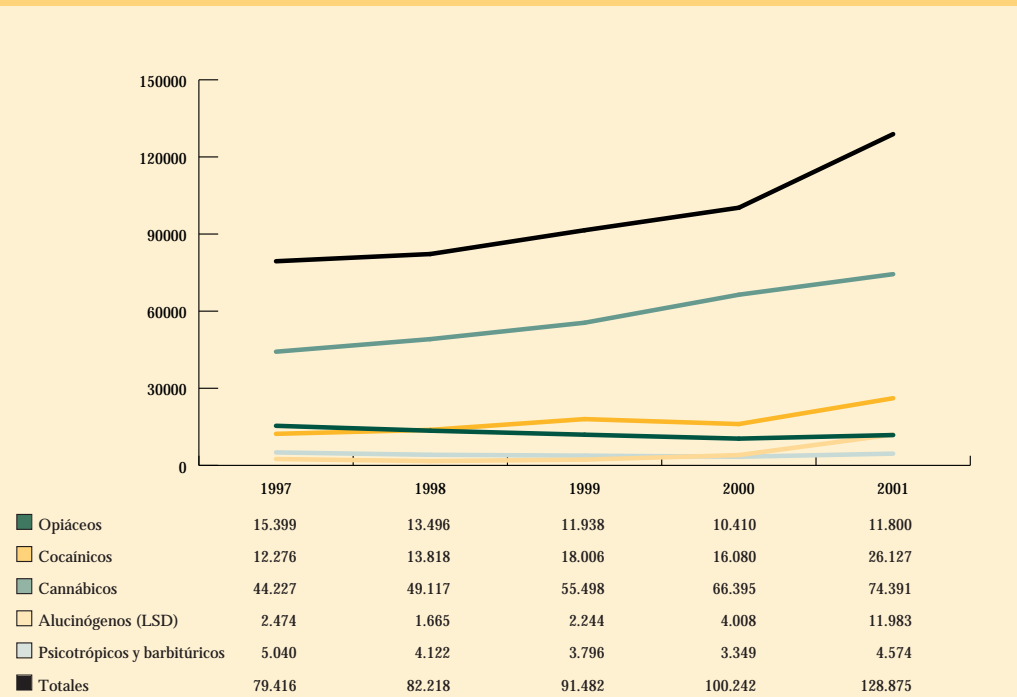
Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Tabla. 8.2. Fármacos y diversos psicotrópicos decomisados en España, 2000-2001 (unidades).

	2000	2001
Anfetaminas	40.696	11.026
Buprex	3	3.365
Contugesic	558	192.476
Rohipnol	1.520	1.355
Trankimazin	8.568	141.361
Tranxilium	1.109	1.695
Valium	159	42.143
Deprancol	-	71
G.H.B.	-	213.153
Otros psicotrópicos	80.338	1.943.461

Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 8.6. Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 1997-2001.



Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

2. VARIACIONES EN LA PUREZA Y PRECIO DE LAS SUSTANCIAS

Los datos facilitados por la UCIC sobre el precio y pureza de diversas drogas ilícitas para los dos semestres del año 2001 nos muestran que se ha mantenido bastante estable el precio y pureza de las sustancias en el 2001 y respecto al año 2000. Únicamente se observan leves modificaciones que se concretan en la subida ligera del precio de la heroína y de la cocaína tanto a o largo del año como respecto del año anterior. Por el contrario la pureza de ambas sustancias desciende ligeramente.

Respecto al resto de las sustancias no se aprecian en general variaciones significativas.

La heroína, en contra de lo que se pudiera pensar, a raíz de los acontecimientos del 11 de septiembre, viene manteniendo una ligera subida con un precio que ronda las 1.500 ptas. para la dosis, y los 7.000.000 ptas. para el Kilogramo. La dosis de cocaína por su parte con una pureza mayor (44%) cuesta aproximadamente 2.100 ptas. El precio del Kg. oscila entre los aproximadamente 5.700.000 del primer semestre hasta los 5.850.000 del segundo semestre (Tabla 8.3).

Tabla 8.3. Pureza y precio de las sustancias decomisadas en España. Primer y segundo semestre 2001.

PRIMER SEMESTRE							
	Dosis			Gramo		Kilogramo	
	Pureza	Peso	Precio	Pureza	Precio	Pureza	Precio
Heroína	27%	91 mgr.	1.546 ptas.	35%	10.634 ptas.	52%	6.940.943 ptas.
Cocaína	44%	184 mgr.	2.190 ptas.	53%	9.779 ptas.	74%	5.678.193 ptas.
Grifa					451 ptas.		181.488 ptas.
Hachís					668 ptas.		253.281 ptas.
Aceite					2.023 ptas.		452.511 ptas.
LSD			1.562 ptas.				
Farmacos/anfetaminas			793 ptas.				
Speed (sulfato de anfetamina)			1.377 ptas.		4.209 ptas.		2.928.698 ptas.
Éxtasis			1.852 ptas.				
Otros fármacos			554 ptas.				
SEGUNDO SEMESTRE							
	Dosis			Gramo		Kilogramo	
	Pureza	Peso	Precio	Pureza	Precio	Pureza	Precio
Heroína	24%	111 mgr.	1.524 ptas.	33%	10.651 ptas.	50%	7.024.161 ptas.
Cocaína	44%	186 mgr.	2.141 ptas.	51%	10.089 ptas.	71%	5.849.460 ptas.
Grifa					466 ptas.		182.561 ptas.
Hachís					637 ptas.		244.120 ptas.
Aceite					2.010 ptas.		459.245 ptas.
LSD			1.513 ptas.				
Farmacos/anfetaminas			777 ptas.				
Speed (sulfato de anfetamina)			1.469 ptas.		4.230 ptas.		2.870.941 ptas.
Éxtasis			1.924 ptas.				
Otros fármacos			555 ptas.				

Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

9

Indicadores policiales

1. DETENIDOS POR TRÁFICO DE DROGAS

El número total de detenidos por tráfico de drogas en el año 2001 es de 17.380, cifra similar a la del año 2000 (Tabla 9.1). La sustancia que ha motivado mayor número de detenciones como en años anteriores ha sido el cannabis y derivados con 8.408 detenidos que suponen el 48% del conjunto de ellos y que representa un importante incremento respecto a los del año 2000. Le siguen los cocaínicos con 5.372 detenidos (el 31%) y los opiáceos con 1.914 (el 11%)(Figura 9.1). La mayoría de los detenidos están en una franja de edad de 19 a 25 años (30,9%) y de 31 a 40 años (26,5%) (Figura 9.3), y una parte considerable de ellos son extranjeros (4.963).

Observando la evolución del periodo de 1997 a 2001 destaca el crecimiento de las detenciones producidas por cocaínicos, cannábicos y alucinógenos y el descenso en las de opiáceos.

Por su parte, los denunciados por consumo o tenencia de drogas en aplicación de la ley 1/92 de “Protección de la Seguridad Ciudadana” en el año 2001 ascienden a 112.270, lo cual representa un crecimiento importante respecto a las denuncias producidas en el 2000 y el mantenimiento de la tendencia alcista de los últimos años.

La sustancia que ha motivado el mayor número de denunciados es el cannabis (70%), seguido a distancia por la cocaína (14,4%) (Figura 9.2).

Tabla 9.1. Detenidos por tráfico de drogas, según sustancia que motivó la detención. España, 1997-2001.

Sustancias	1997	1998	1999	2000	2001
Opiáceos	3.377	2.436	1.961	2.243	1.914
Cocaínicos	3.670	3.675	3.918	5.377	5.372
Cannábicos	6.666	6.853	6.465	7.518	8.408
Alucinógenos	597	367	434	1.281	1.200
Psicot/Barbitúricos	501	416	366	336	313
Otros	181	220	286	312	173
Total	14.992	13.967	13.430	17.067	17.380

Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

La mayor parte de los denunciados son varones (95%) y de edades comprendidas entre 19 y 25 años (46,6%) (Figura 9.4).

La evolución del periodo 1997-2001 nos muestra un crecimiento constante de estas denuncias, siendo el producido en este último año el más acusado (Figura 9.5).

Las Comunidades Autónomas en donde han registrado un mayor número de detenidos son Andalucía, seguida de Cataluña, Madrid y Valencia. Por su parte aquellas en las que se han producido mayor número de denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas son Andalucía, Canarias y Valencia (Tabla 9.2).

Figura 9.1. Distribución de los detenidos por tráfico de drogas según sustancia. España, 2001.

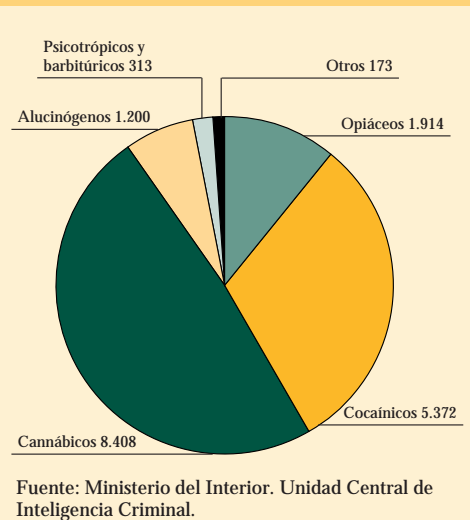


Figura 9.2. Distribución de los denunciados por consumo o tenencia de drogas según sustancia. España, 2001.

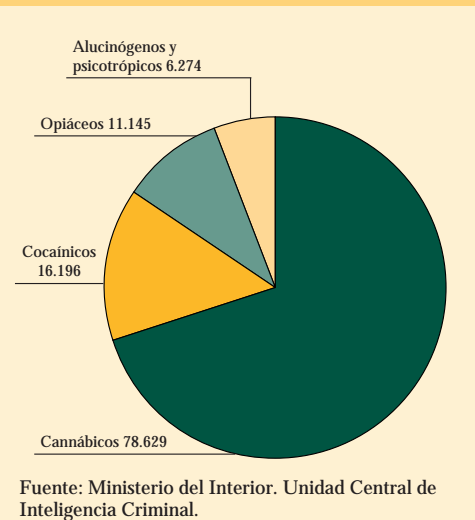


Figura 9.3. Edades de los detenidos por tráfico de drogas. España, 2001.

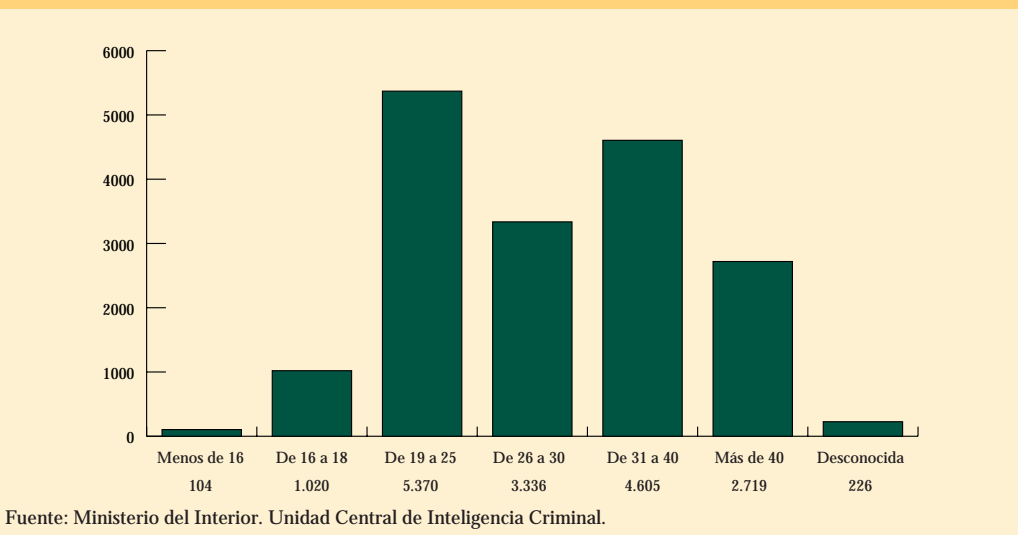
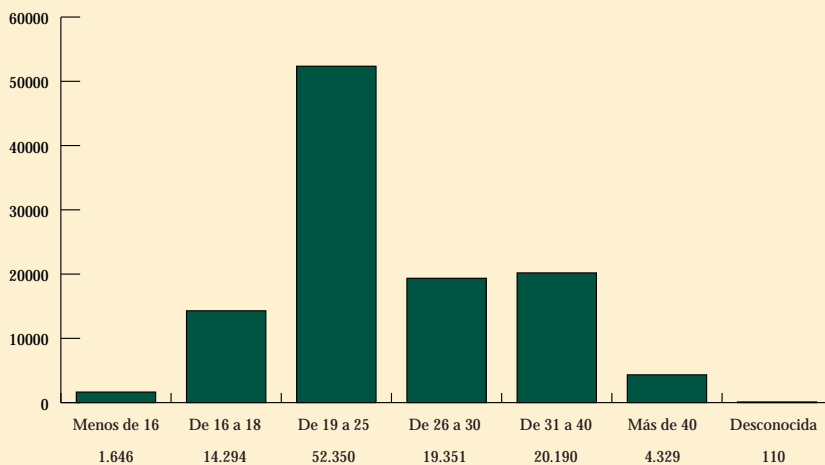
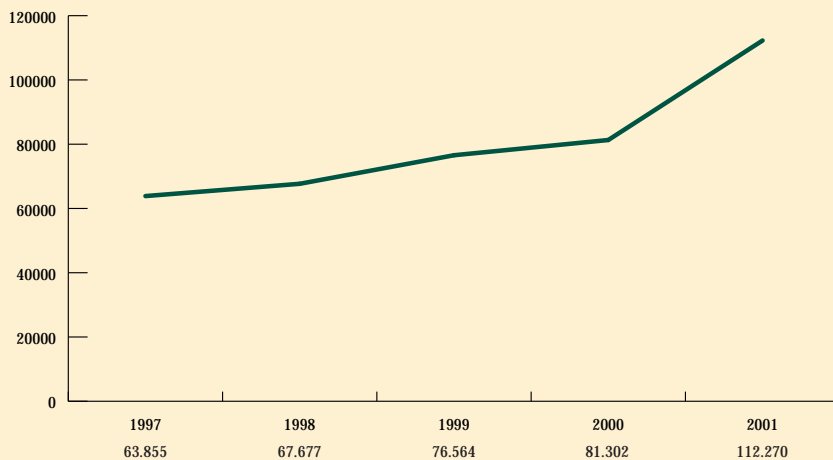


Figura 9.4. Edades de los denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas. España, 2001.



Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Figura 9.5. Denunciados por consumo o tenencia de drogas en España, 1997-2001. Números absolutos.



Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

Tabla 9.2. Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas por Comunidad Autónoma (números absolutos). España, 2001.

	Detenidos	Denunciados	Total
Madrid	1.811	4.831	6.529
Cataluña	2.768	12.887	15.500
Valencia	1.733	13.682	15.476
Andalucía	4.791	30.032	34.164
P. Vasco	103	247	319
Aragón	239	3.626	3.921
Castilla y León	380	5.994	6.467
Castilla La Mancha	406	6.182	6.605
Galicia	756	4.983	5.797
Asturias	365	1.635	2.010
Canarias	1.684	13.072	14.779
Baleares	681	3.482	4.225
Navarra	107	3.408	3.563
Extremadura	215	2.829	3.092
Murcia	322	1.477	1.805
Cantabria	263	2.631	2.882
La Rioja	52	485	548
Ceuta	606	438	934
Melilla	98	349	461
Total	17.380	112.270	129.077

Fuente: Ministerio del Interior. Unidad Central de Inteligencia Criminal.

2. SANCIONES ADMINISTRATIVAS POR CONSUMO DE DROGAS EN LA VÍA PÚBLICA

El número de sanciones administrativas impuestas en aplicación del artículo 25.1 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre protección de la seguridad ciudadana por tenencia o consumo de drogas en la vía pública ascendió en el año 2001 a 52.843, cifra algo más elevada que la del 2000 y que continúa la tendencia creciente comenzada en 1999 (Figura 9.6, Tabla 9.3).

La tasa por 10.000 habitantes de las sanciones impuestas es de 12,85, sin embargo hay notables variaciones de unas Comunidades Autónomas a otras. El grupo de CCAA que tienen tasas más altas son Canarias (58,56) y Baleares (36,23). Las CCAA con menores tasas son el País Vasco, Cataluña y Navarra, todas ellas inferiores a 6 (Tabla 9.4). Si comparamos la evolución de las tasas desde 1997, observamos que a nivel nacional se ha producido un ligero incremento (de 11,84 sanciones por 10.000

Figura 9.6. Evolución de los expedientes incoados y de las sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública (números absolutos). España, 1997-2001.

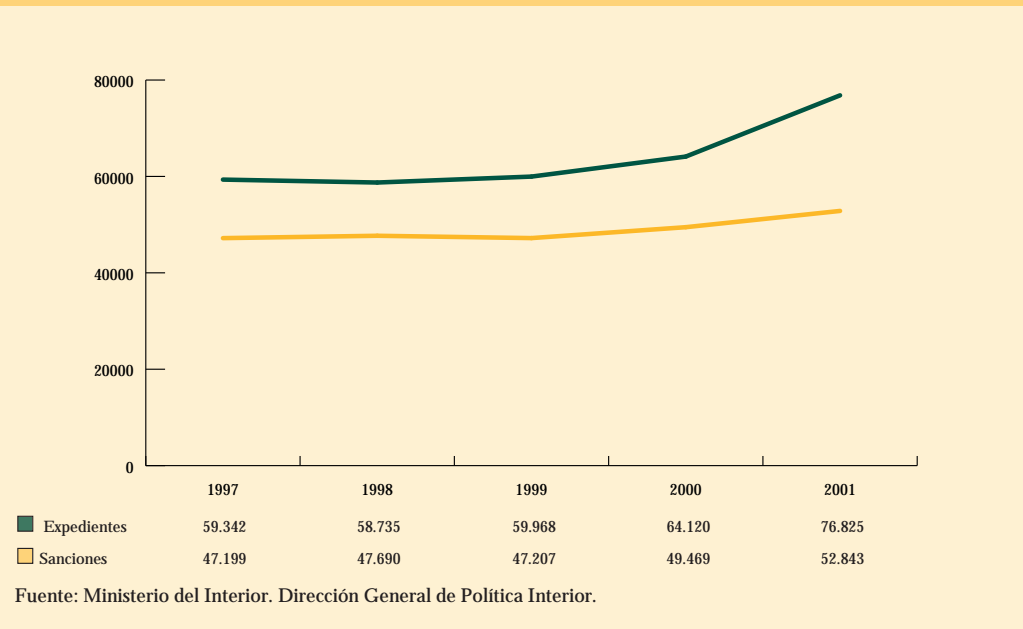
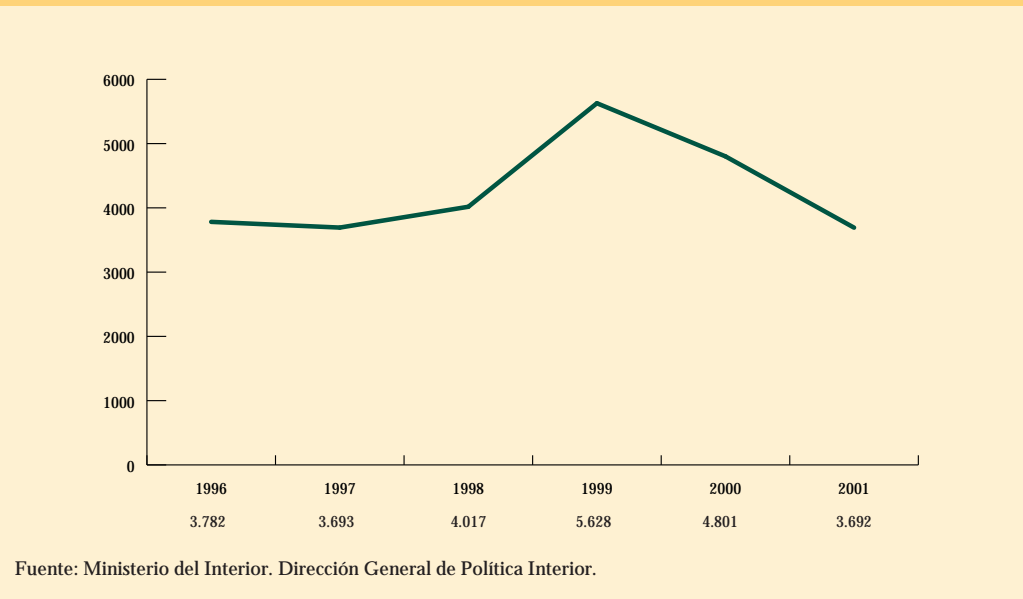


Figura 9.7. Evolución del número de sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública suspendidas por sometimiento a tratamiento de deshabituación (números absolutos). España, 1996-2001.



habitantes en 1997 a 12,85 en 2001). No obstante esta evolución ha sido muy desigual de unas Comunidades a otras. Las Comunidades que han registrado aumentos más importantes son Asturias, Cantabria, Canarias, Baleares, La Rioja, Aragón y Castilla y León. Por el contrario, las mayores reducciones se han producido en Valencia, Cataluña y País Vasco.

Según el artículo 25.2 de la citada Ley, las sanciones administrativas pueden ser suspendidas

por sometimiento a tratamiento de deshabituación en un centro o servicio acreditado para ello. De acuerdo a los datos proporcionados por la Dirección General de Política Interior del Ministerio del Interior en el año 2001 se han suspendido por derivación a tratamiento un total de 3.692 sanciones (Tabla 9.3). En la Figura 9.7 se puede observar la disminución de estos tratamientos alternativos respecto al año anterior y la evolución de éstos en el período 1996-2001.

Tabla 9.3. Expedientes incoados, sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública y sanciones suspendidas por sometimiento a tratamiento de deshabituación (números absolutos). España, 2001.

	Expedientes incoados	Sanciones administrativas	Sanciones suspendidas por tratamiento de deshabituación
Andalucía	20.176	9.752	1.113
Aragón	2.595	2.064	27
Asturias	1.433	1.074	6
Baleares	3.184	3.183	44
Canarias	11.553	10.431	1.418
Cantabria	2.368	1.078	-
Castilla y León	6.235	4.977	343
Castilla-La Mancha	5.311	2.936	95
Cataluña	4.006	3.353	77
Extremadura	1.979	973	39
Galicia	3.168	2.019	298
Madrid	5.247	4.054	45
Murcia	1.426	1.433	-
Navarra	931	310	1
La Rioja	535	602	17
Valencia	6.001	4.320	100
País Vasco	257	199	67
Ceuta	420	85	2
Melilla	-	-	-
Totales	76.825	52.843	3.692

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Política Interior.

Tabla 9.4. Sanciones administrativas por consumo o tenencia de drogas en la vía pública por Comunidad Autónoma (tasas por 10.000 habitantes). España, 1997-2001.

	1997	2001
Andalucía	10,68	13,17
Aragón	10,94	17,20
Asturias	4,18	9,98
Baleares	23,68	36,23
Canarias	28,91	58,56
Cantabria	3,70	20,05
Castilla-La Mancha	10,40	16,73
Castilla y León	14,60	20,07
Cataluña	12,30	5,27
C. Valenciana	22,29	10,27
Extremadura	4,90	9,07
Galicia	7,34	7,39
Madrid	5,45	7,55
Murcia	13,37	12,04
Navarra	7,87	5,57
País Vasco	6,58	0,95
La Rioja	11,80	22,26
Ceuta	13,17	11,22
Melilla	-	-
Total	11,84	12,85

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Política Interior

Notas: Aplicación del artículo 25.1 y 25.2 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección Ciudadana.

Para el cálculo de las tasas se ha utilizado la población de la Renovación del Padrón Municipal de habitantes a 1 de mayo de 1996 del INE para 1997, y la renovación del 1 de enero de 2001 para el año 2001.

3. DILIGENCIAS Y DENUNCIAS POR CONDUCCIÓN CON TASAS DE ALCOHOLEMIA SUPERIORES AL LÍMITE LEGAL

Las denuncias impuestas por conducir con tasas superiores al límite legal en el conjunto del Estado, exceptuando el País Vasco y Cataluña, ascienden en el 2001 a 67.545, lo cual representa un aumento respecto a las registradas en el año 2000, continuando con la tendencia ascendente según se observa en la Figura 9.8 referida al periodo 1997-2001. Por el contrario, las diligencias abiertas por este mismo motivo que en el 2001 suman 21.078, están descendiendo desde 1998 como se aprecia en la misma figura.

La mayor parte de las diligencias abiertas por alcoholemias positivas provienen de controles de alcoholemia (58%), seguidas de las provenientes de accidentes (22%). Las infracciones representan el 18% de las diligencias por alcoholemias positivas y, por último, las negativas a hacerse el control suponen el 2% de ellas. La reducción de las diligencias respecto al año anterior debe atribuirse al descenso producido en los controles de alcoholemia (Figura 9.9).

Como puede observarse en la Tabla 9.5 las Comunidades Autónomas en donde se han registrado un mayor número de diligencias y denuncias son Andalucía, Comunidad Valenciana y Galicia.

Figura 9.8. Evolución de las diligencias y denuncias por conducir con una tasa de alcoholemia superior al límite legal (números absolutos). España, 1997-2001.

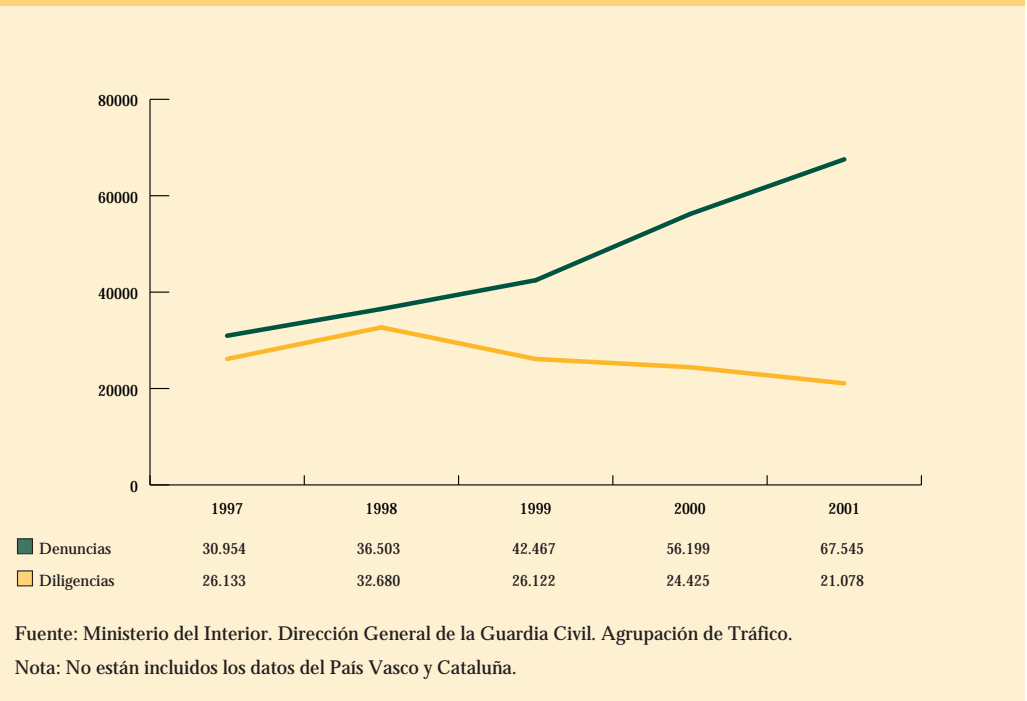
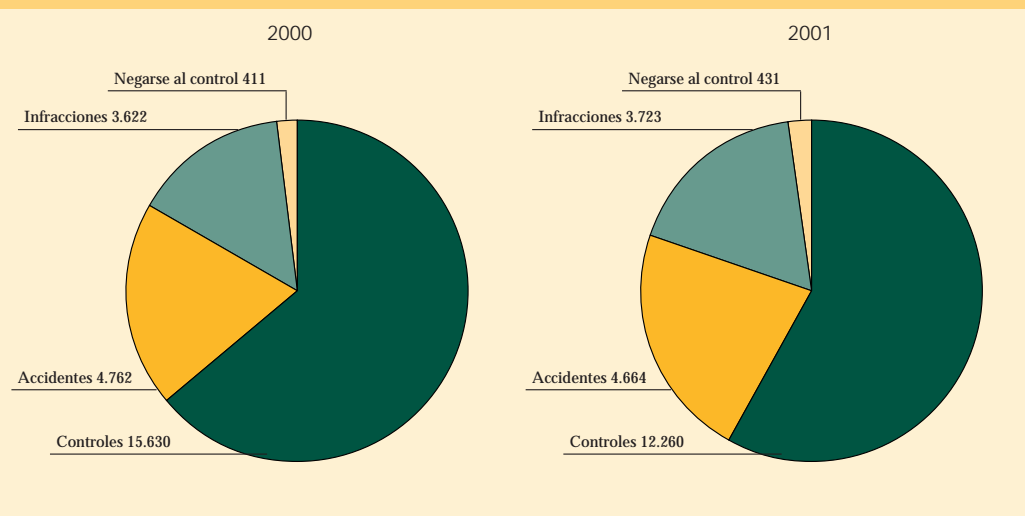


Figura 9.9. Distribución de las alcoholemias según motivo. España, 2000 y 2001.



Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

Nota: No están incluidos los datos de País Vasco y Cataluña.

Tabla 9.5. Número de diligencias y denuncias por alcoholemia superior al límite legal. España, 2001.

	Nº de diligencias por alcoholemia				Total diligencia	Denuncias	Total denuncias y diligencias
	Accidente	Infracción	Control	Negarse			
Andalucía	742	867	7.252	73	8.934	14.052	22.986
Aragón	113	91	37	23	264	2.453	2.717
Asturias	268	131	207	18	624	3.376	4.000
Baleares	248	171	306	11	736	1.703	2.439
Canarias	383	209	45	64	701	6.776	7.477
Cantabria	111	75	161	15	362	1.436	1.798
C.-La Mancha	325	337	1.215	33	1.910	3.927	5.837
C. y León	274	219	241	36	770	6.748	7.518
C.Valenciana	579	343	521	37	1.480	9.896	11.376
Extremadura	126	181	311	6	624	1.437	2.061
Galicia	594	454	1.109	59	2.216	8.105	10.321
Rioja	36	43	172	4	255	718	973
Madrid	638	447	547	35	1.667	3.155	4.822
Murcia	191	134	119	14	458	2.575	3.033
Navarra	36	21	17	3	77	1.188	1.265
Total	4.664	3.723	12.260	431	21.078	67.545	88.623

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

10

Indicadores judiciales y penitenciarios

1. MEDIDAS ALTERNATIVAS AL CUMPLIMIENTO DE LA PENA PRIVATIVA DE LIBERTAD

La reforma de la legislación penal-penitenciaria española, mediante la promulgación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal y el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, del Reglamento Penitenciario, opta por crear un marco jurídico que favorezca las medidas de rehabilitación del toxicómano delincuente.

Suspensión de la ejecución de la pena. Puede aplicarse en el caso de sentencias que no superen los tres años, si se certifica que el condenado no es un reo habitual y que se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento en el momento de decidir sobre la suspensión. Se contempla esta posibilidad también para los enfermos incurables.

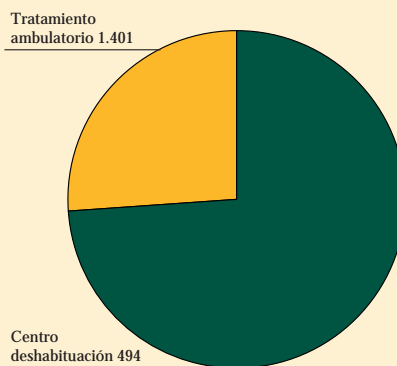
Alternativas a la pena privativa de libertad. Sustitución de esta pena por otras, tales como trabajos en beneficio de la comunidad, penas multa o penas de arresto de fin de semana, aplicables a reos habituales, sean o no drogodependientes.

Medidas de seguridad para drogodependientes. Se contemplan en casos de exención de la responsabilidad criminal. El juez puede aplicar las distintas medidas de seguridad, entre ellas, el internamiento en centro de deshabitación, en caso de que la eximente sea incompleta, actúa como atenuante y el juez puede aplicar una medida de seguridad seguida, bien de una pena de prisión, bien de una medida no priva-

tiva de libertad, bien de una suspensión de la pena de prisión si con ella se pusieran en peligro los efectos conseguidos con la medida.

A 31 de diciembre del 2001, un total de 1.895 sujetos drogodependientes estaban bajo un cumplimiento alternativo en el que los tribunales sentenciadores habían requerido la intermediación de los Servicios Sociales Penitenciarios. De éstos, 1.401 sujetos estaban bajo una medida no privativa de libertad (tratamiento ambulatorio en centro sociosanitario) y 494 sujetos estaban bajo una medida privativa de libertad (internamiento en un centro de deshabitación).

Figura 10.1. Tipo de tratamiento aplicado a drogodependientes sometidos a cumplimientos alternativos. España, 2001.



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. A partir de datos facilitados por el Organismo Autónomo de Trabajos Penitenciarios.

Estos datos suponen una infraestimación del número real de sujetos bajo cumplimiento alternativo, ya que los Servicios Sociales Penitenciarios no recogen todos los cumplimientos alternativos que se están aplicando en drogodependientes. Un porcentaje significativo del seguimiento de los cumplimientos alternativos es llevado a cabo por los Servicios de Atención al Detenido Drogodependiente en Juzgados.

Estos servicios responden a la necesidad de identificar en una etapa precoz los factores de riesgo para poder intervenir sobre ellos y evitar el recidivismo, ya que una edad joven y una corta historia de delincuencia son predictores de mejores resultados.

Por ello, hay que considerarlos un recurso más de la red de atención a drogodependientes. Estos servicios sirven, y en este sentido se deben fomentar, para impulsar de los cumplimientos alternativos a la pena privativa de libertad, ya que pueden realizar una valoración de la drogodependencia y del tipo de tratamiento, así como la emisión de los informes de seguimiento.

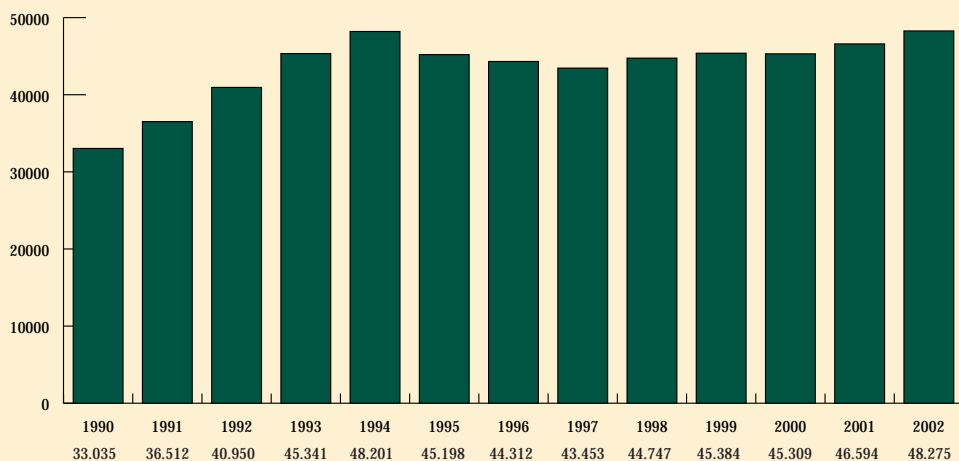
2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA

Desde 1985 hasta 1994 la población penitenciaria se ha duplicado, las causas de este aumento puede ser diversas: modificaciones legales, alarma social y consiguiente aumento del control social, la problemática de las drogas, la crisis económica, etc. También se ha reflejado durante este período un incremento de la población penitenciaria femenina, y de los penados frente los preventivos. En los últimos años vuelve a aumentar la población penitenciaria (Figura 10.2).

El perfil del recluso presenta, a lo largo del período estudiado, las características que se reflejan en la Figura 10.3.

En esta figura se puede observar como todas las variables se incrementan excepto los delitos contra el orden socioeconómico. Se puede decir que la población penitenciaria es predominantemente masculina, con un incremento cada vez mayor de extranjeros y de reincidentes. Asimismo, presenta un envejecimiento

Figura 10.2. Evolución de la media de la población reclusa. España, 1990-2002.



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. A partir de estadísticas penitenciarias del Ministerio del Interior.

paulatino que hay que relacionar con la variable de reincidencia. Los últimos 1.000 ingresos que tuvieron lugar en enero de 2002, guardan el mismo perfil que en años anteriores (Tabla 10.1).

De acuerdo con estas variables que conforman el perfil del sujeto encarcelado en centros penitenciarios españoles, se va a presentar un estudio de las mismas en relación con la variable drogodependencia.

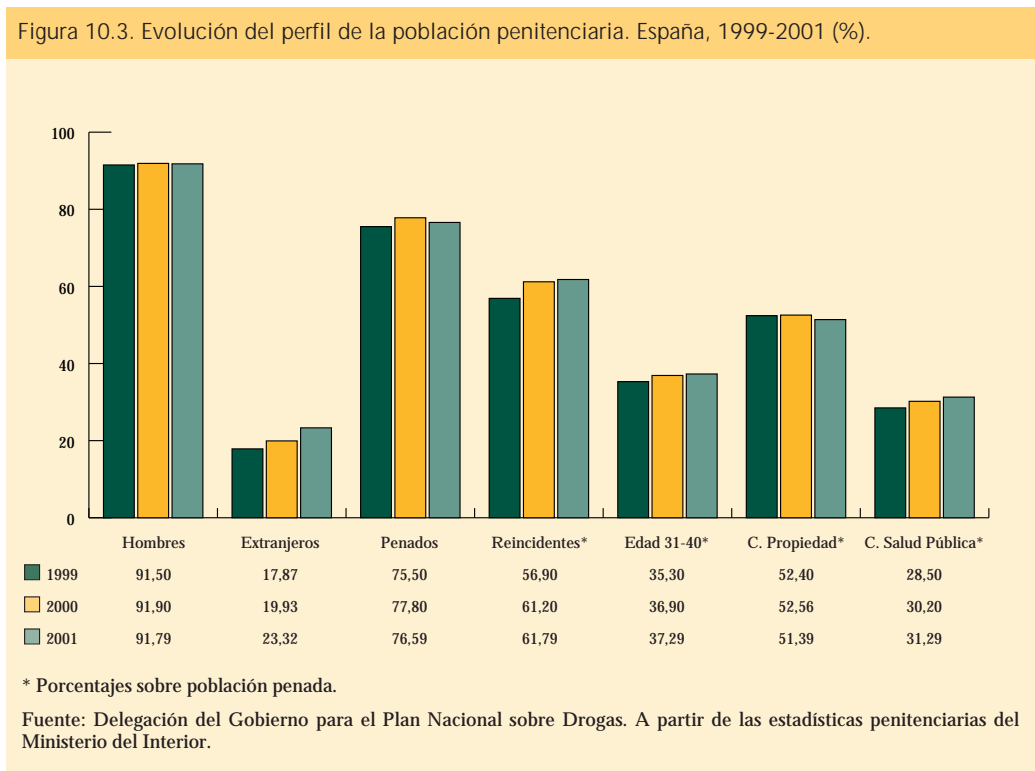


Tabla 10.1. Perfil de los ingresos en Instituciones Penitenciarias, según la variable género. España, enero 2002.

Hombre	Mujer
Español	Española
Delito contra el orden socioeconómico	Delito contra la salud pública
Reincidente	Reincidente
Consumidor de drogas	Consumidora de drogas

**Tipología delictiva:
Delitos contra la salud pública y
delitos contra el orden socioeconómico**

Desde la década de los ochenta, existe una evolución acusada de los penados por delitos contra la salud pública, con un momento de depresión importante en el año 84, fruto de la modificación del Código Penal en esta materia, a partir de esta inflexión comienza una escalada que se mantiene. En los delitos contra la propiedad se da una relación inversa. Se ha producido una pérdida histórica de la mayoría absoluta del delito por excelencia en nuestra sociedad occidental.

En el período 1999-2001, como se puede observar en la Figura 10.4, los penados por delitos contra el orden socioeconómico se estabilizan, mientras que han aumentado los penados por delitos contra la salud pública y delitos contra las personas. Este hecho también puede estar mediatizado por las variables edad y reincidencia, ya que los estudios apun-

tan que a medida que aumenta la edad de los sujetos delincuentes existe un desplazamiento del tipo delictivo cometido, desde los delitos contra el orden socioeconómico hacia los delitos contra la salud pública. Si bien, como se observará más adelante, existen otros factores que pueden estar interviniendo.

Con objeto de profundizar más en esta cuestión se presenta la evolución de estas tipologías delictivas según la variable género.

Como se puede observar en las figuras 10.5 y 10.6 los reclusos condenados a penas privativas de libertad por delitos contra la salud pública se han incrementado, sobre todo en la población penitenciaria femenina.

Ciertamente, la oferta y la demanda de drogas crean un mercado productivo y un incremento de los sujetos implicados en el mismo. También es cierto que el número de personas detenidas depende del número de operaciones policiales y de las redes de narcotráfico desmanteladas.

Figura 10.4. Evolución de los penados, según tipología delictiva (%). España, 1999-2001.

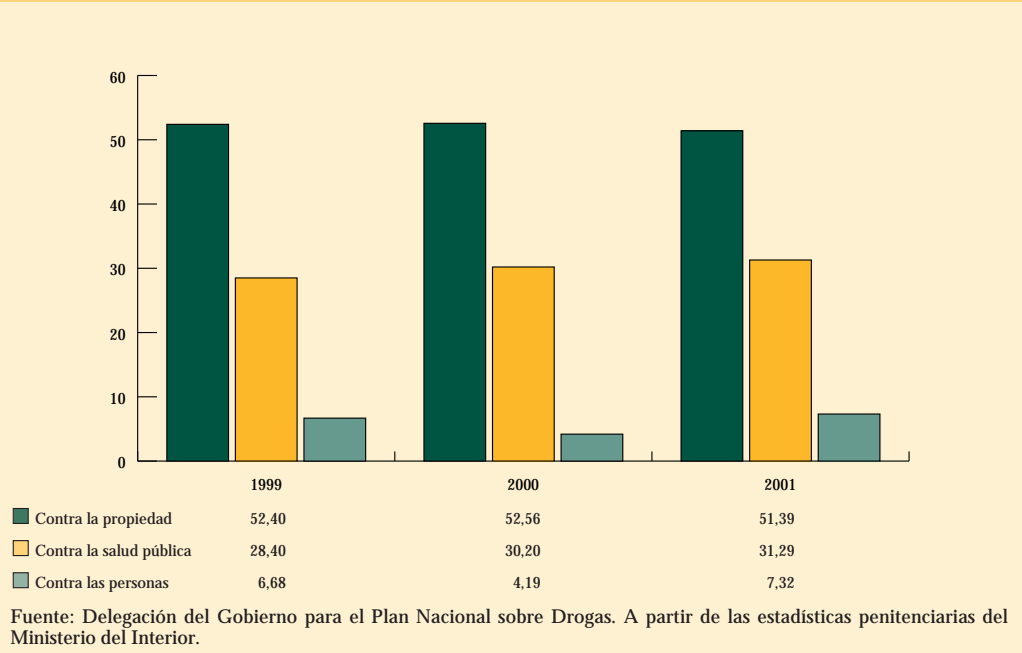


Figura 10.5. Evolución de los penados por delitos contra la propiedad, según la variable género, sobre el total de la población penitenciaria femenina y población penitenciaria masculina (%). España, 1999-2001.

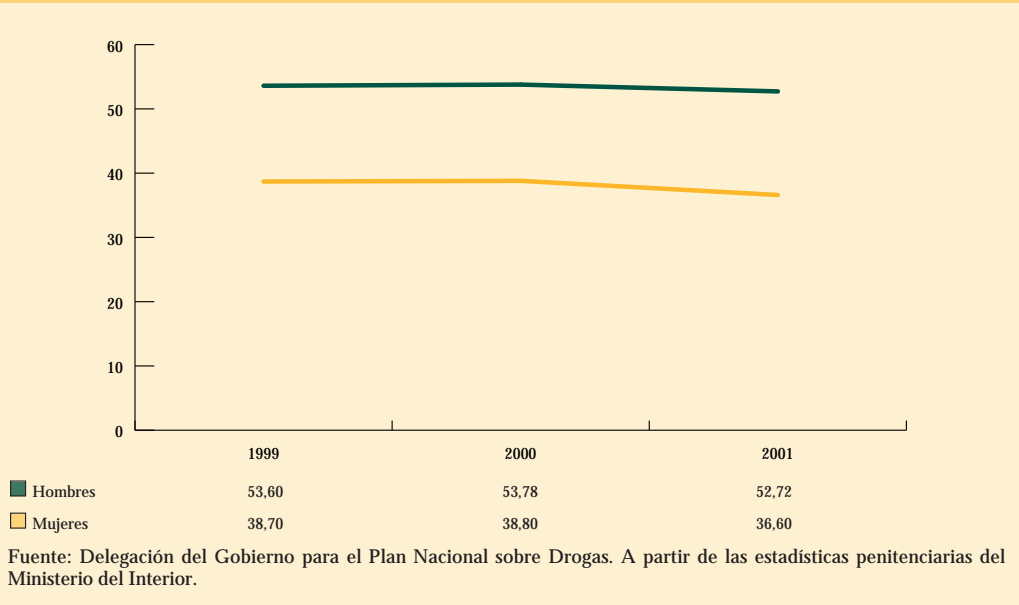


Figura 10.6. Evolución de los penados por delitos contra la salud pública, según la variable género, sobre el total de la población penitenciaria penada femenina y población penitenciaria penada masculina. España, 1999-2001 (%).

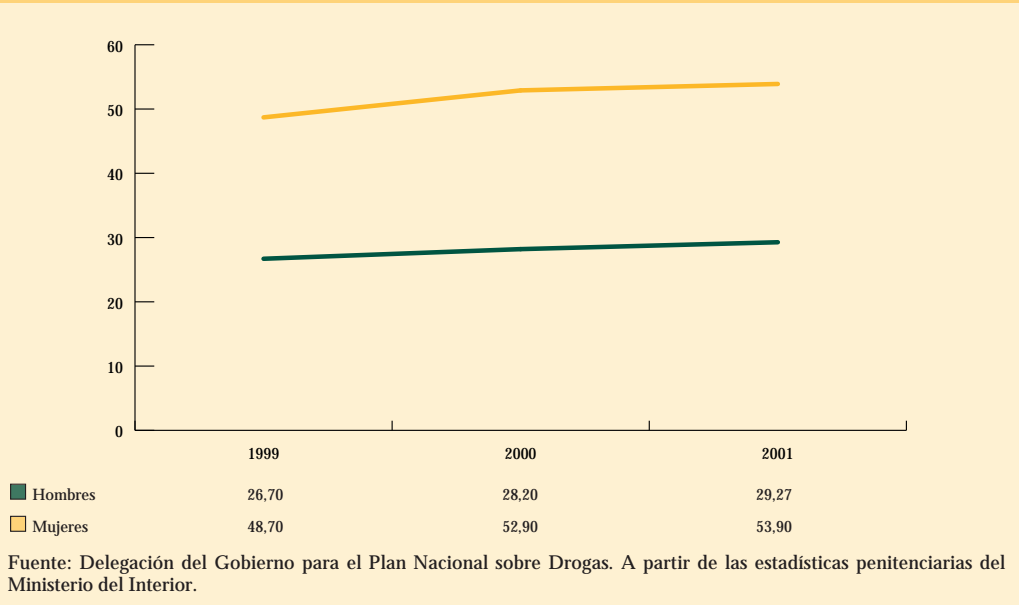
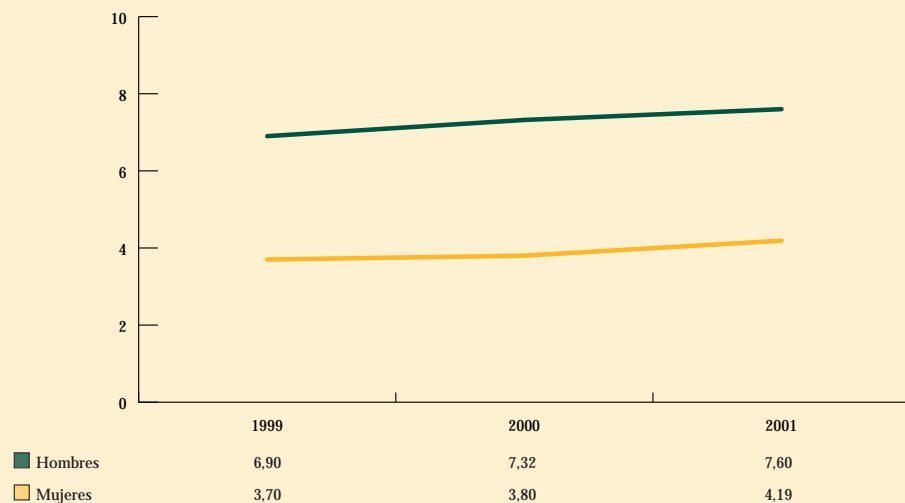


Figura 10.7. Evolución de los penados por delitos contra las personas, según la variable género, sobre el total de la población penitenciaria penada femenina y población penitenciaria penada masculina. España, 1999-2001 (%).



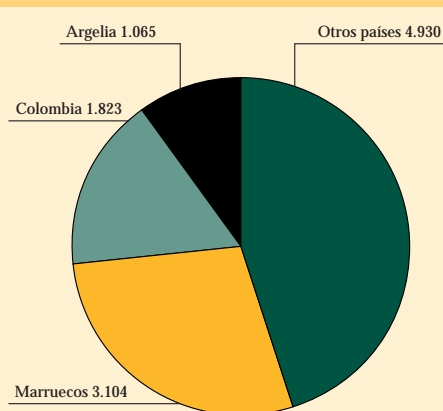
Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. A partir de las estadísticas penitenciarias del Ministerio del Interior.

Reclusos extranjeros

Se puede constatar en la Figura 10.3, el incremento de población extranjera encarcelada. En los últimos 10 años se puede señalar que los extranjeros encarcelados han aumentado un 45,1% en Cataluña y un 26,2 en la población penitenciaria total. El aumento de extranjeros en 10 años ha supuesto 2 puntos para los hombres, y 5 puntos para las mujeres (hay que recordar que la población penitenciaria femenina está reclusa en un alto porcentaje por delitos contra la salud pública).

En las estadísticas penitenciarias se repiten los problemas observados en las estadísticas policiales: el tráfico de drogas en Colombia y la inmigración marroquí, y los problemas mayores de estos hechos se pueden reducir básica-

Figura 10.8. Países de procedencia de los extranjeros encarcelados en España. España, 2001.



Fuente: Estadísticas de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

mente a dos puntos: la criminalidad relacionada con las drogas, que incluye ciudadanos comunitarios, y la exclusión social.

Para analizar correctamente las estadísticas penitenciarias reseñadas se ha de tener en cuenta que las estadísticas sobre población sólo registran los extranjeros legales/residentes, mientras que en las estadísticas policiales quedan registrados todos los extranjeros. Así que la proporción real de extranjeros en nuestro país es más alta que la oficialmente indicada, y que no es posible determinar cifras reales de la tasa de criminalidad (número de sospechosos por cada 100.000 habitantes de la población a estudiar). Asimismo, hemos de tener en cuenta la diferente estructura de la población extranjera en cuanto a edad, sexo y clase social con respecto a la población española (menor número de mujeres, mayor número de personas en el intervalo de edad 20-39 años, y peores condiciones de vida).

Estas variables tienen su importancia para evaluar la frecuencia de la criminalidad, ya que, a la vista de los conocimientos criminológicos actuales, existe un riesgo más elevado en los hombres, los jóvenes y en los miembros de las clases sociales bajas de ser registrados oficialmente como delincuentes.

Por otra parte, la drogodependencia en población extranjera está poco estudiada. Entre los factores posibles se barajan la existencia de dificultades de accesibilidad a los programas; así como problemas de acercamiento por el idioma, la cultura y el desarraigo.

Entre los pocos datos que se aportan sobre esta materia, hay que reseñar el estudio realizado por CREFAT *Perfil sociosanitario de los usuarios de los programas de Cruz Roja en Instituciones Penitenciarias* del año 2000. Esta investigación arroja el dato de que sólo el 4,4% de los usuarios de programas terapéuticos implantados por Cruz Roja en centros penitenciarios son extranjeros. Además, los profesionales de estos programas afirmaron en el mismo estudio, la existencia de cierto recelo por parte del colectivo de extranjeros, especialmente africanos, a la participación en programas.

Reincidencia

Se ha podido observar que un alto porcentaje de la población encarcelada es reincidente, y que este porcentaje se ha incrementado en los últimos años.

Por otra parte, un alto porcentaje de la población penitenciaria es drogodependiente. Por ello, puede resultar esclarecedor estudiar la reincidencia en relación con la drogodependencia. De hecho, esta relación ya ha sido puesta de manifiesto por distintos estudios internacionales.

En nuestro país, apenas existen estudios empíricos sobre la reincidencia. La reincidencia empírica es la posibilidad de comisión de nuevos delitos frente a la reincidencia jurídica (delitos/condenas cumplidas anteriormente). Los primeros datos sobre esta reincidencia aparecen en las Memorias de Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña.

Recientemente, la Central de Observación Penitenciaria ha realizado un estudio sobre la misma materia. Este último estudio analiza variables psicosociales como la drogodependencia. En la tabla 10.2, se presentan los resultados de los mismos.

De acuerdo con el estudio realizado por la Central de Observación Penitenciaria, se puede destacar que la drogodependencia es una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de reincidentes y de no reincidentes. De hecho, los sujetos que presentaban consumo institucional reincidieron el 60,8% de los mismos, y sólo el 20,3% de los sujetos que no constaban como drogodependientes habían reincidido.

Asimismo, parece observarse una menor reincidencia entre los sujetos condenados por delitos contra la salud pública, pero hay que tener en cuenta que un alto porcentaje de éstos son extranjeros en los cuales no constan antecedentes en nuestro país, de hecho si no tenemos en cuenta el grupo de extranjeros, los porcentajes de reincidencia en ambas tipologías delictivas se aproximan.

Tabla 10.2. Estudios empíricos españoles sobre la reincidencia en España.

	Cataluña 1987 N= 485 sujetos excarcelados	Central Observación Penitenciaria 330 sujetos excarcelados Sujetos excarcelados 93-96*
Tipología delictiva		
Contra el orden socioeconómico	73%	60,3%
Contra la salud pública	9%	13,6%
Reincidencia		
1º año	22%	30%
2º año	8%	12%
3º año	6%	3%
Total	37,9%	46,6%
Diferencias estadísticamente significativas entre reincidentes y no reincidentes	Edad primer ingreso Número ingresos Proporcionalidad entre tiempo de condena y condena cumplida Incremento de la penosidad Edad excarcelación	Edad primer ingreso Número ingresos Número de causas Edad excarcelación Participación actividades Incremento de la penosidad Consumo sustancias psicoactivas
Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir de los estudios sobre la materia del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña y de la Central de Observación Penitenciaria de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.		
* Seguimiento realizado hasta el 1.1.2000.		

Tabla 10.3. Perfil de la población excarcelada según el estudio de la Central de Observación Penitenciaria (N= 330 sujetos excarcelados durante 1993-1996).

Español
Sin graduado escolar y sin hábitos laborales
Antecedentes penitenciarios y toxicofílicos en la familia
Antecedentes de problemática drogodependencia
Antecedentes penales
Más de 4 ingresos en prisión
Condenado por comisión de delitos contra el orden socioeconómico con una pena privativa de libertad mayor a 5 años e inferior a 15 años
Consumidor de sustancias psicoactivas durante su estancia en prisión*
* El 38% de la muestra, medido por las infracciones relacionadas y las analíticas realizadas, por ello esta cifra puede estar infraestimada.

Tabla 10.4. Perfil criminológico de los reclusos entre 16-18 años. España, 2000.

V. penal-penitenciarias	V. psicosociales	Rasgos personalidad
Preventivo	Pertenciente a familias desestructuradas con bajo nivel cultural y con problemática alcohólica	Alto neuroticismo Alta extroversión Alta dureza
Tipología delictiva robo y lesiones	Deficiente escolarización	
Condenas largas y cortas		
Uso de armas	Vivienda en la periferia Relación con delincuentes Politoxicómanos y sin tratamiento Presenta fugas del hogar y estancia en centros de reforma	

N= 70 sujetos.

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir del estudio de la Central de Observación Penitenciaria *Los jóvenes ante la nueva edad penal*.

Tabla 10.5. Frecuencia de consumo en reclusos jóvenes.

Frecuencia	Diseño	Cocaína	Heroína	Alcohol	Hachís
A diario		19,4	34,3	15,4	47,0
Alguna vez a la semana	17,5	23,9	6,0	43,1	21,2
Alguna vez al mes	22,2	11,9	4,5	20,0	10,6
Nunca	50,8	37,3	47,8	20,0	21,2

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a partir del estudio de la Central de Observación Penitenciaria *Los jóvenes ante la nueva edad penal*.

Envejecimiento de población encarcelada

En el año 2000 había 125 jóvenes (16-18 años) en centros penitenciarios dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, se trataba de una población residual.

La Central de Observación Penitenciaria ese mismo año, ante la entrada en vigor de la Ley del Menor, realizó un estudio sobre esta materia. Se presenta en la tabla 10.4 el perfil obtenido en dicho estudio.

Por otra parte, analizando la variable drogodependencia en estos sujetos, tan sólo el 7% de la muestra estudiada no presentaba antecedentes de consumo de drogas, y el patrón de consumo observado fue el de policonsumo (la media era 4 tipos de droga por sujeto).

La frecuencia de consumo de estas sustancias se puede observar en la tabla 10.5.

Las sustancias psicoactivas que presentaron mayores consumos fueron el cannabis (78% de los sujetos), con un consumo diario del 47%; el alcohol (78%), con un consumo diario del 15%; la cocaína (55%), con un consumo diario del 19%.

Asimismo, el 89,1% de los sujetos nunca había estado en tratamiento, y el 11% que había estado bajo tratamiento lo había abandonado al poco tiempo.

Desde hace más de dos décadas los investigadores y administradores de la justicia han establecido el vínculo entre delincuencia juvenil y el uso de drogas. En la mayoría de los países,

un alto porcentaje de los jóvenes que ingresan en el sistema de justicia criminal es usuario de drogas. También, las investigaciones exponen que el uso de drogas en jóvenes está asociado con recurrente, crónica y violenta delincuencia.

En España, en los últimos años, se observa un cambio en el perfil de esta población: aumenta la media de edad, y por otro lado, varía el perfil relacionado con factores sociales, económicos y culturales, relacionados con el consumo de drogas, la incorporación al mundo del trabajo y la creciente inmigración, entre otros. Este cambio es un factor clave por las implicaciones que tiene en el diseño de los programas. (Congreso de Justicia Juvenil, Barcelona 16-18 enero 2002).

Consumo de sustancias psicoactivas

El estudio realizado por la Fundación CRE-FAT y subvencionado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, *Perfil sociosanitario de los usuarios de los programas de Cruz Roja en Instituciones Penitenciarias* del año 2000, constata un alto porcentaje de drogodependientes en la población reclusa.

Los delitos más frecuentes en los usuarios de los programas de drogodependencias de Cruz Roja eran los delitos contra el orden socioeconómico (63,5%), seguidos de los delitos contra la salud pública (16,2%). El 79,7% de ambos grupos había declarado que sus delitos tenían relación con las drogas. Asimismo, los consumidores de heroína, y los consumidores de heroína y cocaína cometen principalmente delitos contra el orden socioeconómico (63,3% y 72,8% respectivamente) seguidos de los delitos contra la salud pública (18,7% y 10,4% respectivamente).

La reincidencia se constató en el 78,6% de los sujetos estudiados, con un promedio de entradas en prisión de 6,06 veces, y la media de edad del primer ingreso penitenciario se fijaba en 20.3 años. Asimismo, la media de edad de inicio en el consumo de heroína estaba en 17.64 años y para la cocaína e 17.82 años.

Sobre el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en prisión, el estudio apunta que hubo una alta tasa de no respuesta (el 75% no contestó) lo cual asegura la veracidad de la respuesta. Un 7,1% de los drogodependientes estudiados (usuarios y no usuarios de programas) declaró haberse iniciado en el consumo de heroína en la prisión, el 2,9% para la cocaína. Las tres drogas más consumidas en los últimos 30 días eran hachís (63,3%), tranquilizantes (46,7%) y heroína (18,8%).

A la luz de los datos arrojados, es posible concluir que en la población penitenciaria podemos distinguir tres grupos característicos:

- Un alto porcentaje de españoles reincidentes reclusos por delitos contra el orden socioeconómico y consumidores de distintas sustancias psicoactivas, principalmente heroína y cocaína.
- Un significativo porcentaje de extranjeros reclusos por delitos contra la salud pública.
- Un reducido porcentaje de mujeres, destacando el colectivo de extranjeras y reclusas mayoritariamente por delitos contra la salud pública.

Los tres grupos tienen como denominador común la oferta y la demanda de las drogas, ello conlleva destacar la importancia del diseño de las políticas sobre drogas enlazadas con políticas sociales.

11

Anexos

1. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Agencia Antidroga, Instituto de Salud Carlos III. *Estudio sobre el consumo juvenil de drogas de síntesis en la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid. Madrid, 2000.

Álvarez F.J., Río M.C. Del, López T. *Alcohol drogas y medicamentos en conductores fallecidos en accidentes de circulación en España 1991-2000*. Universidad de Valladolid. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León. Valladolid, 2001.

Ballester R., Gil M.D., Guirado M.C. "Comportamientos y actitudes relacionados con el consumo de alcohol" *Anal. Modif Conduc* 2000 **26** (110): 857-895.

Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. *El consumo de alcohol en establecimientos ubicados dentro de recintos universitarios. Estudio comparado en Madrid y Galicia*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2001.

Colegio Oficial de Psicólogos. *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid, 2001.

Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. "Informe: Hábitos de salud en población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2001". *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. 2001 **7** (11): 1-42. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. *Indicadores de Tratamiento Urgencias y Mortalidad: Informe año 2000*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2002.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. *La incidencia de las drogas en el medio laboral, 2001*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, 2002.

Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias. *Uso de drogas de síntesis en la población juvenil del Principado de Asturias*. Gobierno del Principado de Asturias, 2002.

Fundación para la atención a los problemas derivados de la toxicomanía. *Investigación sobre el perfil sociosanitario de los pacientes atendidos en los programas de atención a drogodependientes de Cruz Roja Española en Instituciones Penitenciarias. Evaluación de intervención 2001*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2001.

Instituto Deusto de Drogodependencias. *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas*. Universidad de Deusto. Bilbao, 2001.

Marañón M. *Euskadi y drogas 2000, Euskadi eta drogak 2000*. Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Vitoria, 2001.

Medicos del Mundo. *Programas de intercambio de jeringuillas de Médicos del Mundo en Madrid, Valencia y Galicia: análisis de las características diferenciales de sus usuarios según el tratamiento previo o concomitante en programas de mantenimiento con metadona*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2001.

Megías Valenzuela E., Bravo Portela M.J., Juez Gutiérrez J., Navarro Botella J., Rodríguez San Julián E., Zarco Montejo J. *Atención primaria ante las drogodependencias*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, 2001.

Megías Valenzuela E., Comas Arnau D., Elzo Imaz J., Megías Quirós I., Navarro Botella J., Rodríguez San Julián E., Romaní Alfonso O. *Valores sociales y drogas*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid, 2001.

Navarro Botella J., Gómez González E. *Andaluces ante las drogas VII*. Comisionado para las Drogas, Junta de Andalucía. Sevilla, 2001.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Informe anual sobre el problema de las drogodependencias en la Unión Europea 2001*. Oficina de publicaciones oficiales de las comunidades europeas. Luxemburgo, 2001.

Río García M.C. del, Álvarez González F.J. *Consumo de drogas en Castilla y León 2000*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Castilla y León. Madrid, 2001.

Servicio Interdisciplinar de Atención a las drogodependencias. *La mujer drogodependiente penada en los centros penitenciarios, 2001*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2001.

Varios autores. *The 1999 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, (CAN), The Pompidou Group at the Council of Europe.

2. SITUACIÓN DE LA ARMONIZACIÓN DE INDICADORES CLAVE DEL OEDT

El Observatorio Europeo de la droga y las Toxicomanías (OEDT) se ha planteado como misión la mejora de la comparabilidad de los datos entre los Estados miembros.

El Plan de acción en materia de lucha contra la droga (2000-2004) pide a los Estados miembros que proporcionen información fiable y comparable sobre cinco indicadores epidemiológicos clave.

Esos cinco indicadores son los siguientes:

■ Prevalencia y pautas del consumo de drogas entre la población en general (encuestas de población)

Doce estados miembros han realizado encuestas y los restantes (Italia, Portugal y Austria) las están organizando actualmente. España es uno de los países (junto con Alemania, Suecia y el Reino Unido) que ha establecido series de encuestas nacionales periódicas aplicando la misma metodología, lo que permite realizar comparaciones en el tiempo y vislumbrar tendencias. Esta serie —*La Encuesta domiciliaria sobre drogas*— se viene realizando desde 1995.

En el 2001, a fin de armonizar con el indicador del OEDT, se adaptó la edad de la población objeto de la encuesta pasando de 15-65 años a 15-64 años. Por su parte el cuestionario español es más extenso que el cuestionario modelo europeo e incluye algunas cuestiones adicionales sobre salud y seguridad ciudadana.

■ Prevalencia y pautas del problema del consumo de drogas (estimaciones estadísticas de prevalencia/incidencia completadas con encuestas a consumidores de drogas)

El consumo problemático de drogas se define como “el consumo por inyección o habitual/a largo plazo de opiáceos, cocaína y/o anfetaminas”. Esta definición excluye a los consumidores de éxtasis y de cánnabis y a los que nunca consumen opiáceos, cocaína o anfetaminas, o lo hacen de forma ocasional.

La metodología empleada para hacer las estimaciones se basa sobre todo en modelos estadísticos que incorporan indicadores relacionados con la droga e incluye:

- Un método indicador multivariante.
- Recogida y recuperación de datos.
- Tres métodos multiplicadores basados en datos policiales, datos de tratamiento y tasas de mortalidad.
- Un método multiplicador que emplea las cifras calculadas anteriormente de consumidores de droga por vía intravenosa (CVI) con VIH/sida en combinación con los índices de VIH/sida entre CVI.

Los distintos países han utilizado uno o varios de los métodos señalados. En España se han aplicado el método multiplicador de tratamiento, el método demográfico y el método captura y recaptura, y se ha centrado exclusivamente en el consumo de heroína que ha sido la droga causante de la mayor parte de los problemas sanitarios y sociales. En este informe incluimos por vez primera los datos provenientes de estas estimaciones en el capítulo 2 dedicado a indicadores sociológicos y patrones de consumo.

■ Enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas (tasas de prevalencia e incidencia del VIH y de las hepatitis B y C en consumidores de drogas por vía parenteral)

Las exigencias mínimas planteadas para este indicador son la recogida de datos existentes estimulando la disponibilidad y calidad de sus fuentes. Se propone asimismo la realización de estudios de seroprevalencia y seroincidencia longitudinales.

En España existen varias fuentes para la recogida de información de este indicador: el sistema de registro de casos de sida. El sistema de vigilancia epidemiológica de enfermedades de declaración obligatoria para la información de la hepatitis. Asimismo como fuente de información específica a este respecto existe la encuesta de consumidores de heroína y cocaína en tratamiento realizada en 1996, y que en este año 2002 se vuelve a realizar. Esta

encuesta aborda la información de enfermedades infecciosas en una muestra de consumidores de heroína y cocaína sujetos a tratamiento en los centros que notifican al indicador del Observatorio Español sobre Drogas (OED).

■ Muertes relacionadas con la droga y mortalidad de los consumidores de drogas

Se ha desarrollado un protocolo europeo estándar para comunicar casos a partir de registros de mortalidad generales y de registros especiales (forenses o policiales). Este protocolo ha sido aprobado en todos los Estados miembros. La decisión consensuada ha sido que a medio y largo plazo este indicador debe basarse en los registros generales de mortalidad, aunque puedan existir registros específicos para complementar la información. También se plantean estudios de cohortes entre los consumidores de drogas sobre la mortalidad y sus causas.

En España se han aportado datos al OEDT tanto de los registros generales de mortalidad como del indicador mortalidad del OED, que funciona con un registro específico desde 1983 en algunas áreas geográficas y que actualmente cubre aproximadamente el 40% de la población (15,6 millones de personas).

El problema que se plantea con el registro nacional de mortalidad que cubre todo el territorio nacional es que las muertes por drogas están infraestimadas debido a la poca especificidad y calidad de los datos. De hecho, una parte importante de los datos acaban clasificados bajo una causa de defunción inespecífica como la

parada respiratoria. En algunas Comunidades Autónomas está funcionando un programa de búsqueda activa de la causa de muerte en el caso de muertes judiciales con el fin de registrar de la forma más precisa posible la causa de esa muerte. Programas que están dando buenos resultados pero que no están implantados en todas las Comunidades Autónomas.

■ Demanda de tratamiento de la drogadicción

El OEDT ha desarrollado un protocolo estándar europeo el “TDI” aprobado en septiembre del 2001. En España, desde la DGPNSD y las Comunidades Autónomas, durante varios años se ha venido estudiando la forma de converger desde el indicador Español “Admisiones a Tratamiento” del OED, que viene funcionando desde 1987 hacia el indicador europeo sin perder la comparabilidad de la serie en España.

Los criterios y definiciones del “TDI” son en muchos puntos generales e imprecisos precisamente para que los sistemas nacionales que vienen funcionando puedan seguir haciéndolo con modificaciones mínimas. A este respecto, en este momento se ha aprobado ya una modificación del protocolo español del indicador de tratamiento que empezará a funcionar en el 2003, el cual se adapta al “TDI”. Las principales modificaciones introducidas se refieren a la inclusión de cinco variables (nacionalidad, frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento, fuente de referencia, convivencia en los 30 días previos y lugar donde ha vivido los 30 días previos), y a aportar información sobre la variable “tipo de centro de tratamiento”.