



La población española

ante **LAS DROGAS**



**DOCUMENTACIÓN
SOCIAL**

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE SOCIOLOGÍA APLICADA.

NUMERO EXTRAORDINARIO

DOCUMENTACION SOCIAL

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA

Núm. 42

Enero-marzo 1981

Consejero Delegado:

Antonio Sánchez Bonadicha

Director:

Francisco Salinas Ramos

Consejo de Redacción:

Javier Alonso

Enrique del Río

Presentación Fernández

María Antonia Gallen

José Navarro

Miguel Roiz

María Salas

José Sánchez Jiménez

EDITA:

CARITAS ESPAÑOLA

San Bernardo, 99 bis, 7.º

M A D R I D - 8

CONDICIONES DE SUSCRIPCION Y VENTA

España: Suscripción a cuatro números, 900 ptas.

Precio de este número: **750** pesetas.

Extranjero: Suscripción, 25 dólares.

Número suelto, 10 dólares.

DOCUMENTACION SOCIAL no se identifica necesariamente con los juicios expresados en los trabajos firmados.

DOCUMENTACION SOCIAL

**REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA**

Depósito legal: M. 4.389.—1971

Imprenta Sáez. Hierbabuena, 7. Madrid-29

**LA POBLACION
ESPAÑOLA
ANTE LAS DROGAS**

CARITAS ESPAÑOLA

S U M A R I O

	<u>Págs.</u>
Presentación	9
Introducción	11
1. <i>La investigación social y las drogas</i>	15
1.1. Necesidad de un estudio sobre drogas	15
1.2. Objetivos del estudio e hipótesis de partida	18
1.3. Aspectos metodológicos de interés	21
2. <i>El consumo de drogas</i>	25
2.1. Consideraciones previas	25
2.2. Tabaco	27
2.3. Cannabis	35
2.4. Analgésicos comunes	49
2.5. Tranquilizantes	57
2.6. Barbitúricos	68
2.7. Opiáceos	76
2.8. Cocaína	83
2.9. Anfetaminas	88
2.10. L.S.D.	95
2.11. Alcohol	98
2.12. Asociaciones de drogas	101
2.13. Edad de comienzo en el uso de drogas	107
2.14. Resumen	110

3.	<i>Motivaciones para abstenerse y para consumir drogas ...</i>	115
3.1.	El concepto de motivación y sus tipos ...	115
3.2.	Motivaciones negativas ...	118
3.3.	Variables de situación y motivaciones para consumir drogas ...	144
3.4.	La influencia del consumo en las motivaciones para consumir drogas legales e ilegales ...	160
3.5.	Resumen ...	164
4.	<i>Conocimiento de las diversas drogas ...</i>	179
4.1.	Qué productos creen que son drogas ...	179
4.2.	Fuentes de información sobre la droga más fiable ...	188
4.3.	Opinión sobre si es un problema para la sociedad el consumo de las drogas ...	193
4.4.	Opinión sobre el posible paso del consumo de derivados del cannabis a otras drogas ilegales ...	205
4.5.	Calificación de los consumidores de drogas ...	209
4.6.	Resumen ...	219
5.	<i>Actitudes de la población ante las drogas ...</i>	223
5.1.	Consideraciones previas ...	223
5.2.	Población que sustenta actitudes favorables y contrarias al mundo de las drogas ...	227
5.3.	Actitudes «pro-anómicas» y consumo de drogas ...	235
5.4.	Resumen ...	239
6.	<i>Prevención y tratamiento ...</i>	241
6.1.	Introducción ...	241
6.2.	Aspectos preventivos y asistenciales del estudio de EDIS de 1980 sobre el consumo de drogas en España.	250
6.3.	Análisis de los datos del estudio de EDIS de 1980 relativos a la prevención y al tratamiento ...	252
6.4.	Resumen ...	277

7. <i>Conclusiones</i>	279
7.1. Gravedad del problema	279
7.2. Grupos de la población que requieren programas específicos de educación sobre las drogas	281
7.3. La educación sobre las drogas, medida preventiva prioritaria	284
7.4. Otras medidas preventivas que aparecen como necesarias a raíz del estudio	289
8. <i>Estudio socioeconómico sobre la producción y el consumo del tabaco y del alcohol</i>	293
8.1. Tabaco	293
8.2. Bebidas alcohólicas	301
Bibliografía	311
APÉNDICE I: Cuadros	319
APÉNDICE II: Cuestionario	319



Presentación

Actualmente, el tema de la droga tiene una gran incidencia en las sociedades llamadas desarrolladas, y en España, a partir de unos años empieza a ocupar y preocupar, a ser un tema de debate: desde los que consideran que la droga es la objetivación a nivel colectivo de lo que no es más que una subjetivación y problemática individual o sectorial, a los que opinan que refleja una patología social que de alguna forma afecta a todos y refleja el grado de enfermedad de una determinada sociedad en una determinada época histórica. El tema está en la calle.

Cáritas, sin querer potenciar el «boom» que últimamente la drogadicción está produciendo en nuestro país, porque entendemos que sería introducir en la salud social el destructor caballo de Troya, pero continuando en el esfuerzo por erradicar la marginación, analizar su causalidad y trabajar por los sectores más problematizados, ha entendido que prestaría un buen servicio a la sociedad, y más concretamente a las personas afectadas por la problemática de la droga, realizando esta investigación, dada la escasez de estudios que existen respecto al tema —los pocos que se han hecho han sido estudios sectorizados y no globales—, la furibunda ideologización que sectores progresistas y conservadores han hecho del tema, lo cual ha impedido hacer un análisis en profundidad del problema, y, sobre todo, la preocupación creciente por llegar a una acción preventiva.

Por todo ello, entendemos que esta investigación ofrece elementos de reflexión lo más científicos posible sobre aspectos tan importantes a analizar como las actitudes de la población ante el tema de la droga y su diferente valoración entre el mundo adulto y de los jóvenes; la valoración que se hace del grado de «problematicidad» según el condicionamiento social —tolerancia o represión—, vinculado al concepto de legalidad o ilegalidad; las motivaciones para el uso y abuso de las drogas



y su mayor incidencia en algunos sectores, y un largo etcétera que recoge el sumario de esta publicación.

Somos conscientes de que se trata de una mera aproximación al problema, que el problema trasciende a esta misma investigación y que en el fondo subyace un interrogante que nuestro trabajo no recoge: ¿Qué pasa en una sociedad que necesita o se evade ante el escape de la droga? ¿Se trata de un problema sectorial o de la sociedad toda?

También somos conscientes que toda investigación, por rigurosamente que se haya elaborado, cubre sólo una parcela del trabajo social, el del mejor conocimiento de la realidad; pero, aun así, creemos que este trabajo constituye un buen instrumento con vistas a la planificación de la asistencia y la puesta en marcha de programas de prevención, especialmente si estas tareas se inscriben en una lucha, de marginados o no, dentro de un todo que permita alcanzar la realidad de otro tipo de hombre que pueda llevar a la liberación del individuo y de la sociedad.

Finalmente, nuestro agradecimiento a la Dirección General de Acción Social (Ministerio de Sanidad), que ha financiado la investigación y al equipo de investigación de EDIS que la ha realizado.

CARITAS ESPAÑOLA

Introducción

La investigación sobre el consumo de alcohol y drogas en España revestía no pocas dificultades para su ejecución. Dificultades procedentes de dos áreas concretas: del campo científico y del campo social.

Evidentemente, el proceso de investigación social es un continuo campo en el que los hallazgos de investigaciones anteriores se van incorporando a las presentes. De esta forma, indicadores válidos, hipótesis confirmadas, etc., son tenidos en cuenta por el investigador social, de forma que en el diseño de un trabajo no se parte de la nada. El investigador de la realidad no es un Robinson que camina en solitario por la amplia geografía del país en busca de hallar lo que ya existe y se conoce.

En el caso de la investigación que nos ocupa, al detectar los niveles de consumo y las actitudes y motivaciones subyacentes en torno a productos considerados como drogas, prácticamente se partía de cero. Es verdad que en España ya son muchos los estudios llevados a cabo sobre niveles de consumo y alcoholización de la población. En este sentido cabe señalar cómo la misma técnica de medición del alcoholismo es algo que en otras investigaciones extranjeras está muy desarrollada y que en algunas llevadas a cabo en España ya se han incorporado con resultados muy positivos y esclarecedores.

Sin embargo, el tema del consumo de otras drogas consideradas como ilegales en la sociedad (haschís y derivados del cannabis, LSD, cocaína y otros opiáceos) es algo muy en pañales. Es cierto que existen algunas investigaciones sobre el consumo de dichos productos, pero que revisten un carácter parcial, toda vez que están realizadas entre grupos muy específicos de población, particularmente entre estudiantes y sectores juveniles.

Nuestro proyecto resultaba ambicioso y pionero en alguna medida, ya que se trataba de conocer las opiniones, consumo y motivaciones de la población española sobre una temática tan peculiar como las drogas.

En este sentido, éramos muy conscientes de las limitaciones que entrañaba abordar una investigación de esta índole; de ahí que, al ser pionera, necesariamente contenga no pocos errores de método, que en futuras investigaciones podrán ser subsanados.

Estas dificultades se veían incrementadas con otras que procedían de la misma temática a estudiar. Efectivamente, cuando se trata de analizar el consumo y las actitudes que tiene la población española sobre unos productos, la mayor parte de los cuales revisten un carácter ilegal, las limitaciones son innumerables, particularmente por las dificultades para obtener una información fiable en cuanto al consumo se refiere. Si bien es verdad que se han obtenido unas cifras e índices de consumo, éstas han de ser tomadas con cierta cautela, toda vez que el consumidor de un producto ilegal tenderá a ocultar su conducta. De ahí que muchas de las no respuestas habidas sobre determinados temas puedan significar (al menos no habría que descartar esa hipótesis) no querer confesar la consumición de productos ilegales.

No ocurre lo mismo en lo referente al consumo de otros productos médicamente considerados como drogas, pero socialmente admitidos y con un reconocimiento legal para su tráfico y consumo, como son el tabaco y el alcohol. Para estos dos temas no hay por qué presuponer ocultamientos por parte de la población, ya que su carácter legal los legitima y constituyen objeto de libre expresión.

No obstante estas dificultades, con las cuales ya se contaba de partida, queríamos plantear la investigación en busca del consumo de aquellos productos más comunmente conocidos como drogas, de carácter ilegal. De ahí que en lo referente al alcoholismo, por su carácter legal y por ser un tema más profundamente investigado en España, le concediéramos menor prevalencia en nuestro interés.

Las dificultades para la investigación sobre el consumo de productos farmacéuticos, ya sean con fines de drogadicción o como sedantes e hipnóticos por prescripción facultativa (pero que pueden llevar a la adicción), son todavía mayores. En general, gran parte de la población española que consume habitualmente o con cierta periodicidad determinados fármacos no sabe a ciencia cierta qué es lo que toma, desconoce el nombre y dificulta notablemente la clasificación y valoración de los productos más consumidos.

Conscientes de todas estas dificultades, de método y de objeto, quedó centrada la investigación en un objetivo general suficientemente definido y concreto: lograr una aproximación en la determinación del consumo real que hace la población española adulta de algunos productos considerados como drogas, unos legales y otros ilegales; en segundo lugar, tratar de dibujar el perfil de los consumidores de unos y otros productos, las imágenes sociales que existen sobre los consumidores, las actitudes y motivaciones que subyacen al consumo y no consumo de drogas y, por

fin, las medidas preventivas que la población considera más adecuadas con vistas a paliar la problemática social que genera el hecho de la drogadicción.

En esta publicación ofrecemos los resultados de dicha investigación. Fundamentalmente hemos mantenido íntegro el texto de análisis y redacción elaborado por cada una de las diferentes personas que han intervenido en el trabajo. Se han introducido algunos retoques que aminoren la aridez de una investigación como ésta. Así, los asteriscos (*) después del número de cada cuadro remiten al apéndice I, en que figuran dichos cuadros estadísticos. Otros, sin embargo, permanecen en el texto a fin de facilitar la comprensión de lo que se describe.

La dirección y coordinación general del trabajo estuvieron a cargo de **Juan L. Recio** y **Rafael Canales**, sociólogos de EDIS. Se ha contado con el asesoramiento técnico en el campo de las toxicomanías a cargo del doctor **José R. Varo**, Jefe del Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías de la Diputación Foral de Navarra, y de **Ramón Mendoza**, profesor del Departamento de Psicología Fisiológica de la Universidad de Barcelona; ambos se encargaron del análisis y redacción de los capítulos sobre consumo de drogas, y prevención y tratamiento, respectivamente. Siendo **Ramón Mendoza** también autor de los apartados 1.1 y 1.2 del capítulo 1. Los capítulos 3 (Motivaciones para el consumo), 4 (Conocimiento de las drogas) y 5 (Actitudes de la población ante las drogas) han sido analizados y redactados por **Juan L. Recio**, **José Navarro** y **Rafael Canales**, respectivamente. El estudio socio-económico del tabaco y alcohol ha sido redactado por **Francisco Santiago de Pablo**. Todo el planteamiento metodológico, diseño muestral, trabajo de campo y tratamiento informático de los datos fueron realizados por miembros de este Equipo de Investigación. A todos ellos nuestro sincero reconocimiento por su valiosa aportación.

FRANCISCO J. ALONSO TORRÉNS
Director del Equipo de Investigación
Sociológica (EDIS)





1. La investigación social y las drogas

1.1. Necesidad de un estudio sobre drogas.

La información que existe actualmente en España sobre las drogas, su consumo y problemática, es muy escasa. Las investigaciones realizadas hasta la fecha en este campo han sido pocas, y todas ellas han estado orientadas a estudiar aspectos parciales o grupos de población geográfica y socialmente reducidos.

El presente trabajo es la primera investigación que se lleva a cabo en todo el ámbito nacional, incluyendo toda la población mayor de quince años, y abarcando en su contenido tanto las drogas ilegales como las legales.

En 1979, CIDUR-EDIS (1) realizó por encargo del Ministerio de Cultura el primer estudio de alcance nacional sobre el consumo de drogas ilegales entre la juventud española. Este estudio constituyó la primera aproximación sociológica, y de entre sus conclusiones destacaban dos hechos de suma trascendencia: 1) el 35 % de los jóvenes habían probado drogas ilegales; 2) el 18 % al menos de los jóvenes consumían estas drogas de manera habitual.

Estas cifras hablan por sí solas. El consumo ilegal de drogas en España y los problemas asociados a dicho consumo constituyen ya, desgraciadamente, fenómeno de magnitud importante. Y junto a estos hechos, las evidencias que emanan de fuentes médicas, escolares y policiales, ponen de manifiesto que el problema de la droga afecta a un número creciente de jóvenes.

(1) CIDUR-EDIS: *Juventud y droga en España*, Dirección General de Juventud y Promoción Sociocultural, Ministerio de Cultura, Madrid, 1980.

Reducir, sin embargo, el problema de las drogas a las drogas llamadas ilegales sería, sin embargo, minimizar el problema. Existe también el problema originado por las drogas de consumo legal, como es el caso del alcohol, el tabaco y de ciertos medicamentos. En el informe del Grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes (2), vinculado a la Comisión interministerial que se ocupó de este tema en 1974, ya se puso de manifiesto que el 2,5 % de la población general, como mínimo, son enfermos alcohólicos (850.000 aproximadamente en ese año, 950.000 en 1980), y que otro 5 % están en riesgo alto de ser alcohólicos (1.700.000 en 1974, 1.900.000 en 1980). En esta misma Memoria se citan estudios que permiten deducir que al menos 2.000.000 de españoles pueden estar abusando de los estimulantes, los tranquilizantes, los somníferos o ciertos tipos de analgésicos. Finalmente, en lo que se refiere al tabaco, el informe del Comité de expertos de la OMS en Control del tabaquismo de 1979 (3) muestra que en España el consumo de cigarrillos por adulto y año ha pasado de 430 unidades en 1930 a 2.260 en 1973; el consumo medio de tabaco en general (2,5 Kg. por adulto y año) está muy por encima de la media mundial (1,15 Kg.) e incluso de la de los países desarrollados (2,02 Kg.). España es el país de Europa en el que ha habido un mayor incremento de las ventas de tabaco y del consumo *per cápita* desde 1960 hasta 1977 (4,5). El problema del abuso de las drogas legales es también, pues, grave y creciente.

En conjunto, las fármacodependencias son el principal problema sanitario evitable del país, tanto por la extensión como por la gravedad de sus consecuencias. Sin embargo, carecemos de datos que nos permitan hacerle frente de manera eficaz, ya que son escasísimos los

(2) Grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y de tráfico y consumo de estupefacientes: «Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados de alcoholismo y de tráfico y consumo de estupefacientes», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1975, 49 (5-6), páginas 409-573.

(3) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, COMITÉ DE EXPERTOS EN LUCHA ANTITABÁQUICA: *Lucha contra el tabaquismo epidémico: informe del comité de expertos de la OMS sobre la lucha antitabáquica*, Ginebra: OMS, 1979 (Serie de Informes Técnicos, núm. 636).

(4) ZARAGOZA, J. R.; LLANOS, M.: *Tabaco y salud*, Madrid, Editorial AC, 1980, págs. 167-174.

(5) «El tabaco en Europa», *Actualidad Tabaquera*, Madrid, 1980, núm. 14, págs. 12-20.

estudios epidemiológicos realizados en nuestro país con una metodología fiable (6).

Hasta la fecha, las fuentes más importantes de información en torno a este tema han sido la Policía y el personal sanitario que trata toxicómanos. Ambas fuentes son insuficientes para formarse una idea exacta del problema, ya que las muestras con las que trabajan no son representativas del total de la población toxicómana o pre-toxicómana. A su vez, el tener una visión realista del problema es fundamental para poder poner en marcha una eficaz política preventiva y asistencial que disminuya la magnitud de la extensión y de las consecuencias del abuso de las drogas en España.

El hecho de que hayamos carecido hasta ahora de una información fiable sobre la farmacodependencia en nuestro país ha traído consigo dos consecuencias graves. La primera, que la reacción de alarma social que ha ido surgiendo en torno al tema de las drogas a lo largo de la década de los 70 no ha ido acompañada de un conocimiento verídico del tema que justificase dicha reacción. El miedo que sentía —y aún siente— gran parte de la población hacia las drogas obedece más a la forma en que los medios de información han tratado el tema y a los estereotipos que han creado en torno al «drogadicto», que no a la realidad de la situación (desconocida en gran parte). Motivados por este miedo, se han puesto en marcha acciones de dudosa eficacia preventiva, como son las charlas antidroga para adolescentes o la expulsión de centros escolares de alumnos consumidores de «cannabis».

Una segunda consecuencia de esta falta de información ha sido que el Estado se ha visto limitado en su deber de hacer frente a este grave problema sanitario y social, por lo que doce años después de la explosión del tema de las drogas (1968) aún carecemos en España de un número suficiente de centros de tratamiento de las toxicomanías y de programas preventivos globales y coherentes a un nivel escolar, sanitario o social. Como ya se puso de manifiesto en el estudio de CIDUR-EDIS de 1979, la población juvenil percibe claramente y critica esta inhibición estatal frente al problema. Esta sensación de abandono frente a un problema que se ha dibujado con caracteres dramáticos la comparten también los adultos, como veremos en el presente estudio.

(6) BLANCO, F.; MENDOZA, R.; VEGA, A.: «Técnicas de prevención de las farmacodependencias», en *VII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol (Pamplona, 27 al 29 de septiembre de 1979): ponencias y comunicaciones*, Pamplona, Diputación Foral de Navarra, 1980, págs. 159-302.

La prevención es el método más eficaz y barato de abordar el problema de las toxicomanías. Sin embargo, es una tarea sumamente compleja, debido a los siguientes factores: a) Falta de conocimiento exacto de los factores originantes del abuso de las drogas. b) Dificultad o imposibilidad de modificar a corto plazo ciertos factores originantes. c) Desconocimiento de cuáles son los grupos de alto riesgo. d) Dificultad de seleccionar adecuadamente los objetivos prioritarios. e) Dificultad de seleccionar los métodos más eficaces (por la falta de experiencias evaluadas) y de preparar el personal necesario (por la escasez de los recursos que se dedican a este cometido). f) Riesgo de engendrar efectos contrapreventivos con las medidas legislativas o educativas.

El estudio sobre el consumo de drogas en los jóvenes realizado por CIDUR-EDIS en 1979 se limitaba a estudiar algunas variables relativas al consumo de drogas ilegales entre la población juvenil. En el presente trabajo hemos ampliado el campo de estudio a todas las drogas, con excepción del alcohol, de cuyo consumo ya se dispone de suficiente información (7,8); en este trabajo hemos incluido el consumo de alcohol por ser una variable que interesaba relacionar con otras, no para estudiarlo en sí mismo. También hemos extendido el objeto del estudio a todas las edades donde se da un consumo de drogas importantes (15-64 años), no sólo la juventud.

Por otra parte, hemos centrado el estudio en aquellas variables que nos han parecido más relevantes desde el punto de vista de la planificación de la prevención y de la asistencia terapéutica, dentro de las limitaciones del presente estudio.

1.2. Objetivo del estudio y sus hipótesis de partida.

El objetivo final del estudio es tener una visión realista de la situación respecto al consumo de drogas en España, que pueda servir de base a la planificación de la prevención y del tratamiento de la fármacodependencia.

(7) Véanse los estudios citados en VARO, J. R. et alii: «Métodos standard de detección y estudio clínico de alcohólicos», en *VII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol* (Pamplona, 27 al 29 de septiembre de 1979): Ponencias y comunicaciones, Pamplona: Diputación Foral de Navarra, 1980, págs. 11-114.

(8) SANTO DOMINGO CARRASCO, S.: «Epidemiología del alcoholismo en España», *Documentación Social*, 1979, núm. 35, págs. 9-25.

Dentro de este objetivo global se articulan una serie de objetivos específicos, como son los siguientes:

1. Conocer el consumo de drogas en la población: qué drogas se toman y con qué frecuencia.
2. Estudiar las características demográficas y sociológicas de los consumidores de drogas.
3. Determinar cuáles son los grupos sociales en situación de alto riesgo en relación con el abuso de cada tipo de drogas.
4. Analizar las raíces psicosociológicas del problema del abuso de las drogas.
5. Ver cuál es la actitud de la población hacia los consumidores de drogas.
6. Examinar los conocimientos relativos a las drogas que tiene la población.
7. Localizar cuáles son las fuentes de información sobre las drogas que tienen una mayor credibilidad para cada grupo social.
8. Averiguar qué tipo de demanda de tratamiento de las toxicomanías se está dando entre la población.
9. Ver qué valoración hace la comunidad de la actuación de las instituciones estatales y privadas en este terreno.
10. Estudiar qué medidas preventivas son consideradas prioritarias por la población y por los consumidores de drogas.

Las hipótesis de trabajo que se han manejado a lo largo de la investigación son diversas, como diversos son los problemas estudiados en torno al consumo de drogas.

Una hipótesis de partida, por ejemplo, es que la edad, el sexo, el nivel de estudios, la religiosidad, la orientación política y el tamaño de «hábitat» introducen diferencias significativas en la actitud general hacia las drogas y en el consumo de drogas legales e ilegales.

Asimismo se considera que los factores principales relacionados con el consumo de drogas ilegales son el rechazo familiar, la falta de ocupaciones satisfactorias en el tiempo libre, la falta o poca calidad de las amistades, la insatisfacción con el trabajo y la soledad.

Las actitudes alarmistas y represivas parecen ser consecuencia de un bajo nivel de información. Estas actitudes pueden darse entre personas consumidoras habituales de drogas legales.

La motivación más frecuente para comenzar a consumir una droga es el deseo de integrarse en un grupo. Las motivaciones más fuertes para evitar el consumo son de orden moral (convicciones personales) y familiar. El deseo de obtener efectos inmediatos o específicos de las

drogas es la motivación más extendida para continuar consumiéndolas, como puede ser el deseo de relajarse, animarse, sentirse bien, etc.

La percepción del uso de las drogas como problema está relacionada con su no consumo, con la fuente de información acerca de las drogas, con la actitud alarmista y con una actitud general contraria a las drogas.

En el consumo de drogas no sólo hay un amplio espectro de frecuencias. Existe también una tipología del consumo según la motivación y la ocasión. Así, por ejemplo, parece que se da, entre otros, el consumo experimental, el neurótico y el cuasi-ritual de los fines de semana.

La actitud hacia las medidas preventivas está relacionada con la fuente de información fiable de que se dispone acerca de las drogas.

Las expectativas de la población en relación a la intervención en un problema de drogas no se dirigen tanto a las instituciones públicas como a los profesionales en su práctica privada.

Distintas fuentes de información gozan de diversa credibilidad ante los distintos estratos socioeconómicos e influyen diferencialmente en el consumo.

El nivel de información de la población acerca de las drogas es más bien bajo y basado en estereotipos.

El consumo, su frecuencia y su tipo condicionan la opinión del consumidor acerca de las medidas preventivas que deberían tomarse.

Resta, pues, finalmente, definir el significado exacto de los términos más usualmente empleados a lo largo del presente estudio. Las definiciones precisas de estos términos proporcionan la base semántica para la correcta interpretación de cuanto más adelante se expone.

Se entiende por droga cualquier sustancia farmacológicamente activa que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física o de ambos tipos. Equivale a «fármaco».

Farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco que lleva el sujeto a sentir un impulso irreprimible de tomar el fármaco (la droga) de forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación del fármaco (9).

Drogodependiente es la persona que presenta dependencia de una o varias drogas. Equivale a «drogadicto» o a «farmacodependiente».

(9) KRAMER, J. F.; CAMERON, D. C. (comp.): *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1975, pág. 13.

Se considera abuso de una droga toda forma de consumo de drogas en la que el riesgo que corra el sujeto sea mayor que el beneficio consiguiente a la utilización de la droga. La forma más frecuente de abuso es la fármacodependencia, pero no es la única. También son abuso estas otras formas de consumo: a) La sobredosis, es decir, tomar demasiada droga en demasiado poco tiempo (ejemplo: la embriaguez, que si es profunda, puede ser mortal). b) La ingestión de la droga, aunque sea en una dosis pequeña, en una situación de riesgo especial (ejemplos: un conductor que tome una copa, una embarazada que fume o beba alcohol, un epiléptico que tome bebidas alcohólicas, etc.). c) La mezcla de dos o más drogas, que con frecuencia es más peligrosa que la ingestión de cada una de ellas por separado (ejemplo: mezclar tranquilizantes con alcohol, que puede ser mortal) (10).

Por último, epidemiología es el estudio de la distribución de una enfermedad o un trastorno en una población y de los factores que influyen en esa distribución (11).

1.3. Aspectos metodológicos de interés.

El estudio tiene como base empírica los resultados obtenidos en una consulta a la población española mayor de quince años, por medio de entrevistas personales llevadas a cabo en todo el territorio nacional. A este fin se diseñó una muestra estadística de 2.000 entrevistas distribuidas mediante una estratificación proporcional al ámbito geográfico, tamaño de «hábitat», edad y sexo. La estratificación geográfica se realizó según la división ya establecida por EDIS para este tipo de trabajo de campo, y comprende doce regiones o divisiones del territorio nacional.

La muestra de 2.000 encuestas permite operar con un margen de error de $\pm 2,2$ % en todos aquellos resultados obtenidos para la totalidad de la muestra, es decir, aplicables al total nacional. Los resultados que se aplican a unidades particulares o grupos específicos dentro de la muestra, pierden naturalmente tan alto rigor estadístico y llevan consigo tan sólo una validez indicativa o tendencial.

(10) MENDOZA, R.; VEGA, A.: *El papel del educador ante el problema de las drogas*, Pablo del Río Editor, Madrid, 1980, págs. 22-23.

(11) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, COMITÉ DE EXPERTOS EN FARMACODEPENDENCIA: 20.º *Informe*, O.M.S., Ginebra, 1974 (Serie de Informes Técnicos, núm. 551).

El trabajo de campo para la recogida de datos tuvo lugar durante los días 26 a 31 de mayo de 1980, y participaron 135 entrevistadores profesionales repartidos por todas las provincias españolas en los 98 puntos geográficos donde se llevó a cabo la encuestación. En todos estos puntos geográficos se procedió por rutas aleatorias a fin de determinar las unidades últimas de muestreo (individuo) de acuerdo a cuotas previamente establecidas según edad y sexo.

Las encuestas cumplimentadas y precodificadas fueron procesadas por ordenador. Se analizaron en total 1.500 tablas de ordenador conteniendo frecuencias y porcentajes, y correlaciones simples y multivariantes, acompañadas de los estadísticos habituales (J^2 , coeficiente de contingencia y R de Pearson). En total se han manejado y analizado más de 250.000 datos, cuyos resultados se presentan y condensan a lo largo del estudio.

La investigación realizada ha tenido que superar no pocas dificultades, que han emanado principalmente de la ausencia casi total de estudios previos y de la temática conflictiva que se abordaba.

Por lo general, a la hora de adentrarse en el complejo estudio de las actitudes y comportamiento de la población ante un determinado hecho social, la investigación debe tener en cuenta los trabajos y estudios ya realizados sobre el mismo tema, e incorporar aquellas conclusiones que estime más conducentes para lograr los objetivos propuestos.

En el caso de la presente investigación, al tratar de detectar los niveles de consumo y las actitudes y motivaciones subyacentes en torno a productos considerados como drogas, los antecedentes científicos de que se partía han sido exigüos.

El alcohol y el alcoholismo constituyen la única excepción en este desierto informativo. Existen bastantes estudios, algunos de ellos con técnicas muy depuradas, para la medición del alcoholismo, que han aportado ya resultados muy positivos y esclarecedores (12).

Sin embargo, en todo lo referente al consumo de drogas llamadas ilegales, el único antecedente con que se contaba era un estudio sobre el consumo de dichas drogas entre la población juvenil española (13). Este estudio sociológico aporta una gran riqueza estadística para el sector de la población que más se ve afectado por el consumo de dro-

(12) VARO, J. R.: *Métodos standard de detección y estudio clínico de alcohólicos*, VII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, Pomplona (1980), págs. 13-114.

(13) CIDUR-EDIS: *La juventud española y la droga*, Ministerio de Cultura (1980).

gas ilegales, pero no tiene en cuenta el parecer de la totalidad del cuerpo social en que este fenómeno se desarrolla. Todo hecho social debe ser estudiado en sí mismo y en relación con algo, en este caso con la sociedad adulta, que es quien legitima o invalida los mismos hechos sociales.

A este tipo de dificultades se unen las que provienen del carácter conflictivo que la temática tiene. Al fin y al cabo la mayor parte de las drogas acerca de cuyo consumo y actitudes se ha investigado, revisten un carácter ilegal y provocan, por tanto, reacciones inhibitorias en muchas personas entrevistadas. De ahí que las cifras obtenidas acerca del consumo de muchos de estos productos haya que tomarlas con cierta cautela, por cuanto el usuario de drogas ilegales tiende a ocultar su conducta. De ahí también que muchas de las no respuestas puedan interpretarse, al menos en principio, como una ocultación del consumo de drogas ilegales.

El tabaco y el alcohol, médicamente considerados como drogas, pero socialmente admitidos y con reconocimiento legal para su tráfico y consumo, no presentan naturalmente ninguna de estas dificultades. Otros tipos de drogas legales, sin embargo, presentan quizás dificultades aún mayores que las drogas ilegales, aunque de distinta índole. Se trata de todos aquellos productos farmacéuticos cuyo consumo obedece a fines puramente de drogadicción o a fines terapéuticos (sedantes e hipnóticos) por prescripción facultativa. El problema de estos productos es que gran parte de la población española que consume habitualmente o con cierta periodicidad determinados fármacos, no sabe a ciencia cierta qué es lo que toma y desconoce además el nombre, aunque sea genérico, del producto. Todo esto hace que la clasificación y valoración de los fármacos más consumidos sea sumamente difícil.

Conocidas de antemano estas dificultades, se elaboró un cuestionario que recogiera con suficiente amplitud y al mismo tiempo con la necesaria concisión todos los tipos de drogas que se deseaban estudiar. Para ello se llegó a reducir la amplia gama de productos sujetos de este estudio a tan sólo once, englobando bajo un solo concepto o denominación varios productos afines. De esta forma se ha podido recoger una información muy valiosa, evitando la dispersión de datos y asegurando al mismo tiempo que las personas entrevistadas pudieran responder con suficiente conocimiento a las preguntas que se le presentaban.

El cuestionario, su diseño y longitud, planteaban por sí mismo problemas en un proyecto de investigación tan ambicioso como el que

se ha realizado. Es sabido que un buen cuestionario no puede rebasar cierto número de preguntas so pena de provocar el «agotamiento» del encuestado y poner en peligro la fiabilidad de los resultados obtenidos. No era, pues, humanamente posible abarcar todos y cada una de los aspectos que se hubieran deseado investigar. Hubo, pues, que moderar el ansia de saber muchas cosas, con la prudente decisión de conocer menos cosas, pero de modo más fiable. Ha sido necesario, pues, limitar el número de variables encaminadas a dibujar el perfil social y familiar en que se desenvuelve la figura del consumidor de drogas.

De esta manera, el cuestionario quedó plasmado, después de las consiguientes revisiones tras el «pretest» del mismo, en 79 variables, que abarcaban los siguientes aspectos: datos de identificación (9 variables), relaciones humanas (8 variables), conocimiento sobre drogas e imagen social de los consumidores (23 variables), actitudes y motivaciones ante el consumo de drogas (22 variables), consumo actual (13 variables) y recurso y medidas preventivas (4 variables) (14).

El presente trabajo recoge de forma bastante condensada los resultados de la investigación. No era posible abrumar al lector con 1.500 tablas de ordenador y precisiones exhaustivas acerca del diseño muestral y métodos seguidos en cada fase de la investigación. Por el contrario, se ha buscado agilizar cuanto ha sido posible el texto para facilitar su lectura. Con este fin se han omitido algunos aspectos menos relevantes de la investigación y se ha colocado al final del estudio, en el Apéndice I, una selección solamente de cuadros estadísticos. Las referencias que se hacen en el texto a estos cuadros del Apéndice I están marcadas con un asterisco (*).

(14) Ver cuestionario en el Apéndice II.

2. EL CONSUMO DE DROGAS

2.1. Consideraciones previas.

Antes de comenzar el análisis de los resultados que la investigación ha proporcionado, conviene recordar brevemente los estudios anteriores, que han tratado el consumo de drogas en España por medio de encuestación directa.

Los trabajos más importantes sobre consumo de alcohol y alcoholismo comenzaron, tras el pionero (con método indirecto) de Viñes Ibarrola en 1956 (1), con el estudio de metodología única de Santo Domingo, Valenciano Gayá y Alonso Fernández en 1966. A este estudio han seguido otros en las siguientes zonas:

AUTOR	POBLACION	AÑO
Santodomingo	Madrid	1966
Alonso Fernández	La Coruña	1966
Valenciano Gayá	Murcia	1966
Polaino Lorente	Sevilla	1972
Marquín Bascones	Vizcaya	1978
EDIS	Vitoria	1978
PASN	Navarra	1979

Mediante estos estudios se ha evaluado el consumo y la problemática alcohólica en las zonas dichas. Un problema importante en cuanto al conjunto de estos estudios es el enfoque conceptual no uniforme y también la metodología diversa, así como en algunos casos

(1) VIÑES IBARROLA, J.: *Alcoholismo, stress, cáncer*, Pamplona, 1956.

los controles de fiabilidad diversos y a veces insuficientes (2). Por otra parte —y como se verá en el capítulo dedicado al alcohol del presente estudio— se ha contado con el mayor conocimiento existente en España sobre el uso de alcohol y alcoholismo, lo que ha permitido dedicar más espacio a las otras drogas, a expensas del dedicado al alcohol.

Con respecto al consumo de fármacos y al de las drogas ilegales, se han estudiado en diversas encuestas, que por el momento no han pasado de un análisis puramente descriptivo y global. Esto es lógico, puesto que al ser drogas de instauración generalizada más reciente, los instrumentos de estudio directo sobre poblaciones se encuentran en una fase más inmadura que en el terreno del alcoholismo. Y también las bases conceptuales y su aplicación epidemiológica resultan menos sólidas y desarrolladas.

A título puramente indicativo, se citan algunos de estos estudios, utilizados después durante la exposición de los resultados.

<i>Autor</i>	<i>Población estudiada</i>	<i>Año</i>
Calcedo	Cádiz, Estudiantes de Medicina	1971
Seva Díaz	Zaragoza, Población activa	1972
Soler Insa	Barcelona, Estudiantes Grado Medio ...	1976
Gutiérrez Martí	Barcelona, Estudiantes de Medicina ...	1977
Cruz Montes	Vizcaya, 9-22 años	1979
EDIS	Nacional, 12-24 años	1979
PASN	Navarra, mayores de 15 años	1979

Hay que señalar, en relación con los problemas metodológicos que venimos diciendo, que en algunos de estos estudios no se discrimina cuando se pregunta por el consumo de sustancias, englobándolo todo bajo el ambiguo término de «droga».

Por otra parte, algunos de ellos se centran sobre psicofármacos de modo especial, siendo las drogas ilegales aquellas cuyo consumo ha sido menos tratado con métodos de encuesta directa a la población.

Por último, cabe decir que aparte del consumo específico de cada droga, se exponen también los resultados de algunas relaciones sencillas incluidas en el cuestionario, tales como la imagen que de los consumidores se hacen los diversos grupos de la muestra, según su tipo de uso de la droga, el grado de satisfacción con el trabajo, etc.

(2) Un resumen reciente de los datos españoles sobre epidemiología alcohólica puede encontrarse en: SANTODOMINGO, J.: *Epidemiología del alcoholismo en España*, Documentación Social, 35, 9-25 (1979).

2.2. Tabaco.

2.2.1. Datos sobre consumo.

De modo global, y en cuanto al uso de tabaco, la muestra se distribuye del modo siguiente:

CUADRO 2.2.1.

	%
Fumadores	61,3
No fumadores	34
N. C.	4,7
	(1.997)

La frecuencia de uso de tabaco se encuentra en el cuadro número 2.2.2. Como puede verse, la población general se polariza en dos grandes grupos: fumadores diarios y no fumadores. Es decir, que una vez establecido el contacto con el tabaco, la tendencia más frecuente es el fumar diario.

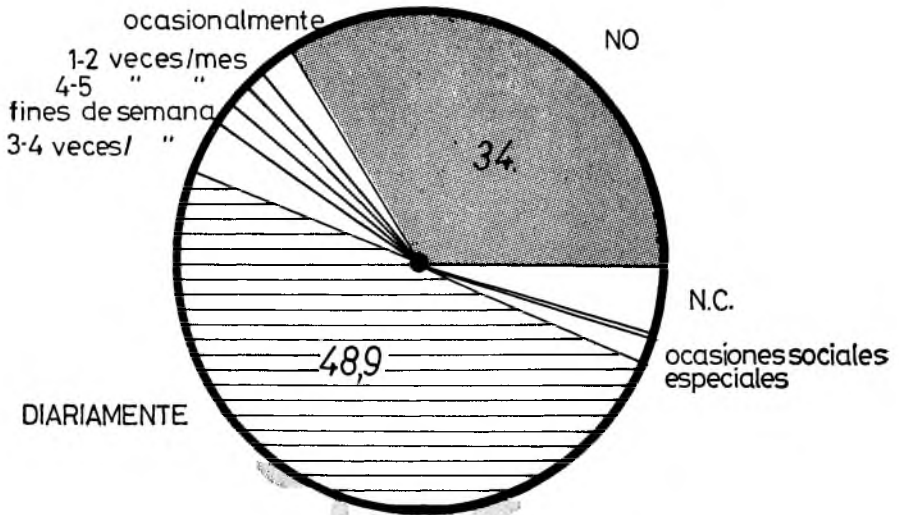
CUADRO 2.2.2.

Frecuencia de uso	%
No	34,0
Ocasionalmente	2,4
1-2 veces/mes	1,3
Menos de 4-5 veces/mes	1,6
Fines de semana	1,4
3-4 veces/semana	3,7
Diariamente	48,9
Ocasiones sociales especiales	2,0
Situaciones anímicas especiales	0,2
N. C.	4,7
	(1.997)

En ese mismo cuadro se observa que el número de fumadores no diarios representa el 12,4 % de la muestra estudiada.

Si nos referimos exclusivamente al grupo de los fumadores, los de frecuencia diaria son el 79,7 %.

GRAFICO 2.1
Frecuencia de uso de tabaco



2.2.2. Distribución según sexo y edad.

A continuación (Cuadro 2.2.3) exponemos los resultados del uso de tabaco según sexo y edad.

CUADRO 2.2.3.

<i>Uso del tabaco según sexo</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
No	21,2	46,6
Ocasionalmente	1,8	2,9
1-2 veces/mes	1,0	1,5
Menos de 4-5 veces/mes	0,8	2,3
Fines semana	1,6	1,2
3-4 veces/semana	3,4	4,0
Diariamente	66,6	31,5
Ocasiones sociales especiales	1,0	2,9
Situaciones anímicas especiales	0,2	0,2
N. C.	2,3	7,1
	990	1.007

Resulta evidente la clara diferencia de consumo según el sexo: menos % de no fumadores y de fumadores ocasionales entre los hombres y más fumadores diarios entre ellos también. En las mujeres es mayor la tendencia hacia un uso esporádico del tabaco. La suma de los fumadores de frecuencia ocasional, los de 1-2 veces/mes y los que lo hacen en ocasiones sociales especiales, es el 4 % de los hombres y el 7,4 % de las mujeres.

Los resultados de uso de tabaco según edad se encuentran en el cuadro 2.2.4(*). Llama la atención que las edades donde hay un mayor % de fumadores diarios es en los intervalos 21-24 y 18-20 años, y que en el de 15-17 años esta cifra alcanza al 61,5 %. (Entre los jóvenes de 18-20 años sólo hay un 15,4 % de no fumadores.) El número de fumadores diarios es menor en los intervalos de mayor edad.

2.2.3. *Uso de tabaco según región.*

En el cuadro 2.2.5 (*) se expone la distribución de los fumadores según región. El mayor porcentaje global de fumadores lo dan las provincias de Vascongadas-Navarra-Logroño y Asturias-Santander, que son a su vez las que lo dan en cuanto al número de fumadores de tipo diario. A su vez, Aragón y Castilla la Vieja y León muestra el menor número de fumadores diarios y también, por consiguiente, el de fumadores totales. Sin embargo, esta relación no se mantiene siempre la misma, puesto que, por ejemplo, algunas regiones —como Cataluña-Baleares, con un % de fumadores de tipo diario por debajo de la media, poseen un número total de fumadores coincidentes con la media, lo que indica un número mayor de fumadores de otras frecuencias.

En el caso de Aragón, es bajo el número de fumadores de tipo diario y también el de otras frecuencias, siendo así la región que arroja un número menor total de fumadores.

2.2.4. *Uso de tabaco según tamaño de la población.*

El cuadro 2.2.6 (*), donde se expone esta relación, muestra la tendencia al aumento del % de fumadores de tipo diario según aumenta el número de habitantes de la ciudad (¿mayor incorporación de la mujer al hábito?). Las ciudades de mayor número de habitantes muestran, coherentemente, menor número de fumadores de otras frecuencias, tomadas en conjunto. Por otra parte, las ciudades con menos de 10.000 habitantes, quizá por la misma razón que acabamos de apuntar, poseen el mayor número de no fumadores. Las ciudades de 50.000-100.000 habitantes, con el menor número de no fumadores, tienen también un alto número de rechazos a la pregunta (10,3 % de NC).

2.2.5. *Uso de tabaco según nivel educacional y ocupacional.*

El cuadro 2.2.7 (*) muestra en forma resumida la tendencia al aumento progresivo (hasta el nivel de Estudios Superiores) del número de fumadores diarios según aumenta el nivel educacional. Igualmente tiende a disminuir el número de no fumadores (con una disminución

drástica en las personas que sólo saben leer y escribir y las de nivel E. G. B.). Este dato puede, tal vez, estar contaminado por el más alto nivel educacional alcanzado frecuentemente por los hombres, donde existen, como hemos visto, el mayor número de fumadores diarios. Interferencias de esta naturaleza pueden también influir en los datos sobre uso de tabaco y ocupación actual, que se encuentran en el cuadro 2.2.8. (*). Obsérvese también las cifras de fumadores de tipo diario y de no fumadores entre las personas que dicen estar buscando su primer empleo y las que se ocupan en trabajos ocasionales. Los individuos que estudian y los que trabajan son quizá los que más se acercan a las medias que hemos dicho en el apartado 2.2.1.

2.2.6. *Ideas del fumador de tabaco sobre el mismo y sobre los consumidores.*

En general, la muestra estudiada responde a la pregunta sobre si considera el tabaco una droga en la forma expuesta en el cuadro 2.2.9. El 39,2 % no considera el tabaco una droga.

CUADRO 2.2.9.

¿CONSIDERA EL TABACO UNA DROGA?

	%
Sí	54,5
No	39,2
Dudoso	3,1
N.C.	1,1
	(1.997)

Las respuestas a la misma pregunta son analizadas en el cuadro 2.2.10, según que se trate de fumadores diarios o no fumadores. Puede observarse que no se encuentran demasiadas diferencias a este respecto entre los diversos grupos.



CUADRO 2.2.10.

PERCEPCION DEL TABACO COMO DROGA SEGUN USO DE TABACO

<i>¿Considera el tabaco una droga?</i>	<i>Fumadores diarios</i>	<i>Fumadores otras frecuencias</i>	<i>No fumadores</i>	<i>N.C.</i>
Sí	55,7	51,6	56,5	35,1
No	39,3	42,3	37,0	48,9
Dudoso	3,8	6,0	6,2	8,5
N.C.	1,1	0,0	0,6	7,4
	976	248	679	94

Veamos ahora la imagen que los mismos tres grupos a que nos venimos refiriendo tienen de los fumadores de tabaco. Aquí sí encontramos más diferencias, ya que parece existir un juicio más crítico sobre los fumadores, expresado sobre todo con el calificativo de «vicioso», según disminuye el uso de tabaco. A su vez, también, en el mismo sentido, se da la tendencia al aumento de la consideración del fumador como «enfermo» y menos «normal». Como era de esperar, un amplio número de fumadores de tipo diario encuentra su hábito «normal», y un 17,9 % se encuentran «viciosos» a sí mismos (Ver cuadro 2.2.11).

CUADRO 2.2.11.

IMAGEN DEL FUMADOR SEGUN USO DE TABACO

	<i>Fumadores diarios</i>	<i>Fumadores otras frecuencias</i>	<i>No fumadores</i>
Normal	76,9	70,2	59,4
Enfermo	4,6	5,2	7,2
Vicioso	17,9	24,6	32,0
Otras	0,3	0,0	0,6
N.C.	0,2	0,0	1,0
	976	248	679

2.2.7. *Uso de tabaco y relaciones sociales.*

Las respuestas globales a la pregunta sobre el tipo de sus relaciones sociales se encuentran en el cuadro 2.2.12.

CUADRO 2.2.12.

	%
No tiene amigos	0,8
Sólo conocidos	10,7
Tiene amigos	36,1
Amigos íntimos	51,9
N.C.	0,6
	(1.997)

Distribuyendo a la población encuestada según su uso de tabaco y con relación a la misma pregunta, encontramos los resultados expuestos en el cuadro 2.2.13.

CUADRO 2.2.13.

USO DE TABACO Y RELACIONES SOCIALES

	No fumadores	Fumadores no diarios	Fumadores diarios
No tiene amigos	1,5	1,2	0,2
Sólo conocidos	11,5	11,7	10,2
Amigos	42,3	39,1	30,5
Amigos íntimos	43,9	47,6	58,8
N.C.	0,3	0,4	0,4
	679	248	976

Como se ve, parece existir una cierta tendencia al aumento del número de individuos con amigos íntimos con el uso de tabaco (quizá influido por el número de varones entre ellos), que sugiere el papel social de la droga en cuestión.

2.2.8. *Uso de tabaco y satisfacción con el trabajo.*

Exponemos en el cuadro 2.2.14 las respuestas que los fumadores y no fumadores a la pregunta «¿Le gusta el trabajo que hace?». Hemos agrupado en este caso las respuestas «Poco» y «Nada», por una parte, y «Bastante» y «Mucho», por otra.

CUADRO 2.2.14
SATISFACCION CON EL TRABAJO SEGUN USO DE TABACO

	<i>Poco Nada</i>	<i>Bastante Mucho</i>	N.C.	Total
Fumadores no diarios	12,4	12,6	10,5	12,4
No fumadores	26,2	37,2	48,8	34,0
Fumadores diarios	57,7	45,2	32,6	48,9
N.C.	3,7	5,0	8,1	4,7
	672	1.239	86	1.997

2.2.9. *Relaciones con los padres y uso de tabaco.*

Es lógico pensar que concretamente el uso de tabaco no introduzca ningún elemento discriminador en la visión que actualmente tenga el sujeto de su relación con los padres y que las respuestas a estas preguntas sean más bien influidas por otras condiciones (edad, sexo). No obstante, exponemos estas respuestas en el cuadro 2.2.15, a efectos de posible comparación con otras drogas.

CUADRO 2.2.15.
RELACIONES CON LOS PADRES SEGUN USO DE TABACO (%)

1. *Relaciones con el padre.*

	<i>Conflicto</i>	<i>Incom- prensi3n</i>	<i>Indiferencia</i>	<i>Buenas</i>	N.C.
Fumadores no diarios	13,4	11,3	15,3	12,0	9,5
No fumadores	13,4	18,0	27,2	39,0	50,5
Fumadores diarios	69,1	65,3	52,8	44,2	34,7
N.C.	4,1	5,4	4,7	4,8	5,3
	(194)	(150)	(254)	(1.304)	(95)



2. Relaciones con la madre.

	<i>Conflicto</i>	<i>Incom- prensión</i>	<i>Indiferencia</i>	<i>Buenas</i>	<i>N.C.</i>
No fumadores	14,2	20,2	24,8	36,9	47,4
Fumadores no diarios	15,8	7,3	15,2	12,3	11,5
Fumadores diarios ...	64,7	69,7	55,9	46,0	36,0
N.C.	5,3	2,8	4,1	4,8	5,1
	(133)	(109)	(145)	(1.532)	(78)

Comparando, por ejemplo, los individuos fumadores diarios con los no fumadores (el grupo de fumadores de otras frecuencias se mantiene en una situación más anodina), se observa que entre los primeros la tendencia es de disminución progresiva de individuos con buenas relaciones, entre las polaridades de «conflicto» manifiesto y las relaciones satisfactorias. Entre los no fumadores esta tendencia se invierte. Probablemente, en ambos resultado influya el predominio masculino de los fumadores de frecuencia diaria.

Ambas tendencias son consistentemente similares tanto en el caso del padre como el de la madre.

2.3. «Cannabis».

La impresión general de la extensión del uso (al menos esporádico) de «cannabis» en la población juvenil, y por otra parte su progresiva incorporación al arsenal de drogas relativamente comunes de que dispone nuestra sociedad, se confirman con los datos que se presentan a continuación.

Como es sabido, su uso coexiste con el de otras drogas, tanto legales como ilegales, aunque su consumo regular —debido precisamente a su ilegalidad— se encuentra frecuentemente asociado a otras pautas de comportamiento y actitudes que suponen un alejamiento de las propuestas sociales predominantes. Por otra parte, muchos toxicómanos de otras drogas usan ésta como apoyo. La forma generalizada de su uso actual es en nuestro medio el haschich.

2.3.1. *Datos sobre consumo.*

Un total de 400 personas de la muestra han consumido «cannabis» (generalmente haschich) en los últimos seis meses, según se evidencia en los resultados sintetizados en el cuadro 2.3.1. (3).

CUADRO 2.3.1.
CONSUMO DE HASCHICH

	%
No consumidores	72,5
Consumidores	20,0
N.C.	7,5
	1.997

Estos consumidores se distribuyen según las frecuencias que se describen en el cuadro 2.3.2.

CUADRO 2.3.2.
FRECUENCIA DE USO DE HASCHICH

<i>Frecuencia</i>	%
No	72,5
Ocasionalmente	7,3
1-2 veces/mes	2,5
Menos 4-5 veces/mes	1,8
Fines de semana	1,6
3-5 veces semana	3,3
Diariamente	1,8
Ocasiones sociales especiales	1,7
Situaciones anímicas especiales	0,3
N.C.	7,5
	(1.997)

Como se ve, el consumo que pudiéramos llamar «frecuente» de haschich (3-4 veces/semana y diariamente) representa el 5 % de la

(3) Si tenemos en cuenta que el presente estudio representa a la población española mayor de 15 años (26.267.800) ello significaría, mediante una extrapolación simple, que más de 5.000.000 de individuos contactan habitualmente con esta droga en el momento actual, en España.

población encuestada. A efectos epidemiológicos puede tener interés considerar que estos consumidores lo serán probablemente también de otras drogas. El consumo de tipo ocasional, que pensamos que con cierta frecuencia significará el primer contacto con la droga, alcanza a un 7,3 %. Por otra parte, un 1,7 % de los individuos indica que usa el haschich sólo en ocasiones de necesitar un cambio en el estado de ánimo.

2.3.2. Distribución del consumo según sexo.

El cuadro 2.3.3 muestra las diferencias entre hombres y mujeres con respecto al uso de haschich. El total de varones consumidores es de 233 (y el de mujeres, de 167).

Con respecto al total de la muestra, ello representa el 25,5 % de los hombres y el 16,6 % de las mujeres.

Existe, pues, una tendencia mayor al contacto con el haschich entre los hombres que entre las mujeres.

CUADRO 2.3.3.

FRECUENCIAS DE USO DE HASCHICH SEGUN SEXO

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
No	71,1	73,9
Ocasionalmente	7,7	6,9
1-2 veces/mes	3,0	1,9
Menos de 4-5 veces/mes	1,6	1,9
Fines de semana	1,5	1,6
3-5 veces semana	4,7	1,8
Diariamente	2,7	0,8
Ocasiones sociales especiales	1,9	1,5
Situaciones anímicas especiales	0,3	0,3
N.C.	5,4	9,5
	(990)	(1.007)

Puede observarse también que entre los hombres existe un mayor consumo frecuente de haschich (7,5 %) con respecto a las mujeres (2,6 %). El uso de varias veces al mes y fines de semana tiende en cambio a ser más equilibrado, así como el motivado por situaciones

ánimicas especiales. Presumiblemente, el primero de los dos que acabamos de citar responde a un tipo de uso grupal, enmarcado en situaciones de salida de amigos, en cuyo caso todos lo «prueban».

2.3.3. *Uso del haschich según edad.*

El cuadro 2.3.4 (*) muestra las frecuencias de uso de haschich según grupos de edad. Por otra parte, en el cuadro 2.3.5 (*) sintetizamos el total de consumidores de cada intervalo de edad, así como el % de consumidores de haschich de tipo frecuente (como hemos apuntado, incluimos dentro de este apartado a los consumidores de más de 4-5 veces/semana).

Como resumen de estos resultados se puede ver que el total de las personas que han consumido haschich en alguna forma es del 41-42 % en las edades menores de 24 años, bajando a partir de ahí hasta ser muy escaso por encima de los 35 años. En esas edades (máximamente en el grupo de 15-17 años) se da también con mayor frecuencia el uso de haschich más de varias veces por semana. Los consumidores que alegan usar el haschich simplemente por cambiar su estado interior se agrupan, en cambio, en la edad juvenil tardía (21-34 años). Podría pensarse que este pequeño grupo ha «encontrado» el efecto euforizante del haschich y lo ha convertido en su principal motivación de uso, mientras que a edades inferiores existen menos individuos que encuentran esta motivación como la más frecuente en ellos.

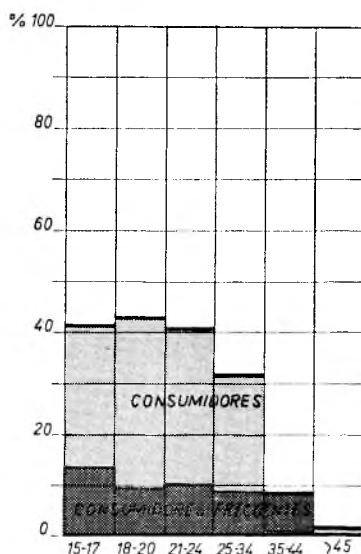
El estudio anterior de EDIS (4) sobre uso de drogas, centrado sobre la población de 12-24 años, encontró que el 34,6 % de la muestra había probado algún tipo de droga ilegal, estando el % más alto (46,6-47-7) en los grupos de edad de 18-24 años. La población consumidora de tipo habitual era de 18,4 %. Dado que en su mayoría (17,5 %) son consumidores de drogas calificadas en dicho estudio como «blandas» y la frecuencia de uso de «cananabis», podemos inferir que la mayoría de los consumidores reseñados lo son de esta droga.

Pues bien, en dicho estudio (uno de los escasos que se ocupan del uso de drogas ilegales en España) se encuentra que el 27,9 % de jóvenes conocieron esta droga antes de la edad incluida en nuestro estudio y un 57 % entre los 16-20 años. Por otra parte, hay una

(4) CIDUR-EDIS: *Juventud y droga en España*, Dirección General de Juventud y Promoción Sociocultural, Ministerio de Cultura, Madrid, 1980.

tendencia a experimentar con la droga en edad inferior por el hombre que por la mujer. Recuérdese que la edad de los varones en los grupos juveniles suele ser algo superior a la de las mujeres, y de ahí la importancia de los primeros como inductores de las segundas en el primer contacto con el haschich u otras drogas. El consumo habitual de drogas era definido en dicho estudio como un consumo de alguna prioridad; el consumo «ocasional» no podría equipararse a nuestra frecuencia «ocasionalmente» puesto que quizá incluya otras frecuencias que en este estudio distinguimos; mientras que el uso periódico se entendía

GRAFICO 2.2
Frecuencia de consumo de hachís por edades



como el que se establece sobre la base de la dependencia y la necesidad.

A efectos de comparación incluimos un cuadro presentado en el

estudio a que nos venimos refiriendo sobre el modo de uso de los consumidores de drogas.

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	12-14	15-17	18-20	21-24
Ocasional	67,6	75,3	40,9	65,6	74,2	74,5
Habitual	29,6	22,5	54,5	33,3	23,4	22,1
Periódico	2,8	2,2	4,6	1,1	2,4	3,4

A continuación (cuadro 2.3.6) exponemos las características de los consumidores encontrados en el presente estudio. Insistimos en que las definiciones de frecuencia que clasifican a los consumidores y el método de ambos estudios no son superponibles, por lo que la comparación es sólo orientativa.

CUADRO 2.3.6
FRECUENCIA DE USO DE HASCHICH SEGUN LA EDAD
DE LOS CONSUMIDORES

	15-17	18-20	21-24	<i>Más de 24</i>
Ocasionalmente	32,4	29,8	32,0	41,7
1-5 veces/mes	29,6	37,3	34,7	23,0
3-4 veces/semana	23,9	19,4	13,3	13,4
Diariamente	8,4	2,9	12,0	9,6
Ocasiones sociales especiales	5,6	10,4	4,0	10,7
Situaciones anímicas especiales	0,0	0,0	4,0	1,6
	(71)	(67)	(75)	(187)

Otro de los pocos estudios que evalúan el consumo de drogas (el de Cruz Montes, 1979) (5) difiere bastante de estos resultados. Lamentablemente, la metodología de este estudio no discrimina entre las diversas drogas y pregunta «si alguna vez las usó». Si tenemos en cuenta otra vez que la más frecuente sustancia que responde al con-

(5) CRUZ MONTES, A., y cols.: *Datos sobre consumo de alcohol y otras drogas en la población juvenil del Duranguesado (Vizcaya)*, presentado en: VII Jornadas Nacionales de Socidroalcohol, Pamplona (1979), Libro de Ponencias y comunicaciones, págs. 415-429.

cepto de «droga» en la mente popular es el haschich, este estudio encuentra que los jóvenes de hasta 22 años han tomado drogas (no alcohol) en un 12 %, lo que nos parece evidentemente bajo.

2.3.4. *Uso de haschich según región.*

En el cuadro 2.3.7 (*) expone el % de consumidores, en todas las frecuencias, referido a la muestra encuestada en cada región. Como se ve, junto a regiones cuyo total de consumidores representa porcentajes bajos (Extremadura, Castilla la Nueva, Albacete, Asturias-Santander, Cataluña, Baleares), sobresalen en la extensión del consumo otras, como Galicia, Andalucía y Canarias. Estas últimas tienen también un porcentaje más alto de consumidores frecuentes, como puede verse en el cuadro 2.3.8 (*). (En general, la tendencia parece ser que un número alto global de consumidores se acompaña también de mayores % de consumidores en todas las frecuencias, con escasas discrepancias.)

2.3.5. *Uso de haschich según tamaño de la población.*

Mención aparte merece la situación de Barcelona y Madrid, en sus áreas metropolitanas. Destaca en Barcelona el alto número de consumidores en todas las formas (obsérvese el 17,6 % de consumidores frecuentes). Madrid, por su parte, se mantiene dentro de la técnica de consumo relativamente alto, aunque a notable distancia de Barcelona.

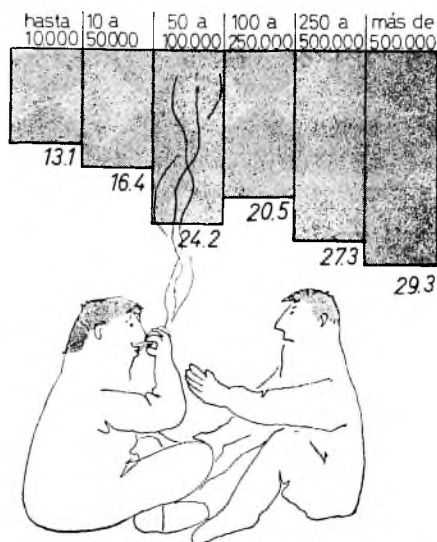
En el cuadro 2.3.9 se exponen los resultados globales de la relación entre tamaño de la ciudad y uso de haschich. El número total de consumidores aumenta claramente con el tamaño de la población.

CUADRO 2.3.9
CONSUMIDORES DE HASCHICH SEGUN TAMAÑO
DE LA POBLACION

<i>Número de habitantes</i>	<i>% Consumidores</i>
Menos de 10.000	13,1 (580)
10- 50.000	16,4 (438)
50-100.000	24,2 (165)
100-250.000	20,5 (288)
250-500.000	27,3 (139)
Más de 500.000	29,3 (385)

Un caso particular parece ser el de las ciudades de 50.000-100.000 habitantes, en las que (probablemente por situación próxima a los grandes núcleos urbanos) el número de consumidores es mayor aún que en las ciudades de 100.000-250.000 habitantes. En el cuadro 2.3.10 puede verse la tendencia al consumo según las diversas frecuencias. Las ciudades de 50.000-100.000 habitantes tienen el número más alto de

GRAFICO 2.3
Consumidores de hachís según tamaño de la población



consumidores ocasionales. Sin embargo, el número de consumidores de tipo frecuente aumenta progresiva y constantemente según lo hace el tamaño de la población.

La cifra más alta de consumidores de tipo diario la dan las ciudades entre 100.000-250.000 habitantes. Obsérvese también como posible muestra de la actitud hacia la encuesta el más alto índice de rechazos a la respuesta que se da en las ciudades de 50.000-100.000 habitantes.

CUADRO 2.3.10.

USO DE HASCHICH SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

	— 10.000	10.000 50.000	50.000 100.000	100.000 250.000	250.000 500.000	+500.000
No	82,1	71,7	56,4	72,6	70,5	66,5
Ocasionalmente	5,5	6,4	12,1	6,3	7,2	9,6
1-3 veces/mes	4,5	4,8	6,7	4,5	9,4	8,1
Más 3 veces/sem.	1,9	3,7	3,6	8,0	6,5	9,1
Ocas. social. especiales.	1,0	1,6	0,0	1,7	4,3	2,6
Sit. anímicas especiales.	0,5	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0
N. C.	4,5	11,9	19,4	6,9	2,2	4,2
	(580)	(438)	(165)	(288)	(139)	(385)

2.3.6. *Uso de haschich según nivel educacional y ocupacional.*

Como es lógico, los resultados de esta relación se verán afectados por el mayor número de consumidores de haschich en edad juvenil. Sin embargo, puesto que en los grupos de edad inferiores el total de consumidores no es muy diferente, pensamos que tiene interés referir estos resultados a esos grupos de edad.

El total de consumidores por cada nivel educacional se encuentra en el cuadro 2.3.11, donde se ve cómo los niveles inferiores (los individuos que sólo saben leer y escribir y los que alcanzaron E. G. B.) poseen un bajo número de consumidores. La cifra sube bruscamente a partir de ahí, con un mayor % en los grupos de Bachillerato Superior y Estudios Superiores.

CUADRO 2.3.11

TOTAL CONSUMIDORES DE HASCHICH SEGUN NIVEL EDUCACIONAL

Nivel estudios	Total	Consumidores	%
Analfabetos	277	1	0,4
E.G.B.	563	46	8,2
Bachillerato Elemental	326	87	26,7
Bachillerato Superior	394	129	32,7
Estudios Medios	187	49	26,2
Estudios Superiores	231	82	35,5
N.C.	19	6	31,6
	1.997	400	

En el cuadro 2.3.12 puede verse que la tendencia a un consumo más frecuente parece darse en cierta mayor medida en los grupos de Bachillerato Superior y Estudios Superiores (sobre todo en este último).

CUADRO 2.3.12
USO DE HASCHICH SEGUN NIVEL EDUCACIONAL

	<i>Leer escribir</i>	<i>E.G.B.</i>	<i>Bach. elemental</i>	<i>Bach. superior</i>	<i>Estudios medios</i>	<i>Estudios superior</i>
No	90,3	83,5	66,9	60,9	65,8	60,2
Ocasionalmente	0,4	3,2	9,5	11,4	11,8	11,7
1-3 veces/mes	0,0	1,4	9,5	10,2	8,0	8,2
Más de 3 veces/sem. ...	0,0	3,0	5,2	7,6	4,3	10,8
Ocas. soc. especiales. ...	0,0	0,5	2,1	3,6	2,1	2,6
Sit. anímicas especial. ...	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	2,2
N.C.	9,4	8,3	6,4	6,3	8,0	4,3
	(277)	(563)	(326)	(394)	(187)	(231)

En lo que respecta al uso de haschich según la profesión actual, los resultados se exponen en el cuadro 2.3.13 (*). Entre los individuos que trabajan y estudian se da un uso de haschich amplio, con una cifra de no consumidores de sólo un 54,9 %.

El grupo de los estudiantes se parece a ésta en su uso de haschich, con cifras, sin embargo, algo menores. Creemos, por otra parte, que son dignos de atención los grupos que indican estar en paro, los que buscan el primer empleo y los que manifiestan no hacer nada, aunque su escaso número de representantes no permite establecer relaciones (Cfr. cuadro 2.3.13 *).

Las respuestas globales sobre si se considera el haschich una droga son las siguientes (Cuadro 2.3.14):

CUADRO 2.3.14.
¿CONSIDERA EL HASCHICH UNA DROGA?

	%
Sí	89,6
No	4,6
Dudoso	4,0
N.C.	1,8
	(1.997)

Según que sean consumidores de haschich o no, las respuestas se distribuyen del modo siguiente (Cuadro 2.3.15):

CUADRO 2.3.15
PERCEPCION DEL HASCHICH COMO DROGA

	<i>No consu- midores</i>	<i>Consu- midores</i>
Sí	92,5	81,5
No	1,9	15,5
Dudoso	3,7	3,0
	(1.448)	(400)

Evidentemente, existe una mayor tendencia por parte de los consumidores a no considerar el haschich como droga, pero llama la atención el 81,5 % de consumidores que sí lo consideran.

Según la frecuencia de uso, las respuestas totales a esta pregunta se muestran en el cuadro 2.3.16.

CUADRO 2.3.16.
IDEA DEL HASCHICH COMO DROGA SEGUN FRECUENCIA DE USO
DE HASCHICH

<i>Frecuencia de consumo</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>Dudoso</i>	<i>N.C.</i>
No	29,3	74,8	66,2	80,6
Ocasionalmente	13,0	7,1	7,5	0,0
1-3 veces/mes	27,2	5,0	0,0	0,0
Más 3 veces/semana	19,6	4,5	2,5	0,0
Ocasiones sociales especiales ...	7,6	1,4	2,5	0,0
Situaciones anímicas especiales.	0,0	0,2	2,5	0,0
N.C.	3,3	6,9	18,8	19,4
	(92)	(1.789)	(80)	(36)

En el cuadro 2.3.17 se muestra la imagen que —según sean o no consumidores de haschich— tienen los respondentes sobre el individuo que usa haschich. Puede verse que según aumenta el consumo, los

consumidores consideran el hecho más «normal»; que los conceptos más desfavorables («vicioso») son aplicados en mucho mayor número por los no consumidores, descendiendo la frecuencia con el uso de haschich.

Hemos dejado fuera de ese cuadro las otras dos modalidades de uso («ocasiones sociales especiales» y «situaciones anímicas especiales») dada su relativa atipicidad.

Sin embargo, sí deseamos señalar que 20 individuos de los 24 que toman haschich en la primera de estas últimas formas lo consideran «normal», 6 se consideran «viciosos» y 3 «enfermos». En cuanto a los 6 que toman haschich en situaciones anímicas especiales, 2 se consideran enfermos, 1 vicioso, 2 normales y 1 pasota.

CUADRO 2.3.17.

IMAGEN DEL CONSUMIDOR DE HASCHICH

	No consu- midores	Consu- midores ocasionales	1-3 v./mes	Más de 3 v./semana
«Normal»	6,5	27,6	60,9	70,0
«Enfermo»	18,7	18,6	3,5	3,0
«Vicioso»	50,8	24,8	15,7	14,0
«Pasota»	13,7	25,5	19,1	9,0
«Delincuente»	7,3	0,7	0,0	3,0
N.C.	3,0	2,7	0,9	1,0
	(1.448)	(145)	(115)	(100)

2.3.8. *Uso de haschich y relaciones sociales.*

La respuesta que indica el modo o intensidad como ven las relaciones sociales, en relación con el uso de haschich, se encuentra en el cuadro 2.3.18 (*). Dentro de los diversos grupos de consumidores, el mayor % de individuos que declara tener amigos íntimos se encuentra en los consumidores diarios. Nuevamente (como en el caso del tabaco) encontramos esta relación.

2.3.9. Relaciones con los padres y uso de haschich.

En el cuadro 2.3.19 se exponen las relaciones con los padres, tal como son descritas por los grupos de consumidores y no consumidores.

CUADRO 2.3.19.

RELACIONES CON LOS PADRES Y USO DE HASCHICH

1. Relaciones con la madre

	<i>Conflicto</i>	<i>Incomp.</i>	<i>Indifer.</i>	<i>Buenas</i>
No consumidores	45,1	41,3	58,6	77,7
Consumidores ocasionales	15,0	17,4	9,0	5,9
1-3 veces/mes	16,0	13,8	9,7	4,2
Más de 3 veces/semana	13,5	16,5	11,7	3,1
	(133)	(109)	(145)	(1533)

2. Relaciones con el padre

	<i>Conflicto</i>	<i>Incomp.</i>	<i>Indifer.</i>	<i>Buenas</i>
No consumidores	43,8	52,0	63,0	80,1
Consumidores ocasionales	12,4	12,0	11,4	5,4
1-3 veces/mes	17,5	13,3	5,9	3,2
Más de 3 veces/semana	17,0	11,3	6,7	2,5

Para la interpretación de estos cuadros es necesario tener en cuenta, naturalmente, la mayor frecuencia de uso de haschich en edades juveniles, y por consiguiente un mayor índice de conflictividad en las relaciones con los padres. Sin embargo, si consideramos los dos últimos grupos de consumidores de haschich (los de mayor frecuencia de uso), puede verse una disminución del número de relaciones satisfactorias con los padres según aumenta el consumo. Esta disminución es más clara en el caso del padre, expresando probablemente la posible relación entre el uso de haschich y todo un complejo comportamiento, que incluye un mayor rechazo del modo de vida simbolizado por la figura paterna (6).

(6) SMITH, G. M.: *Psychological antecedents of teenage drug use*, en: SIMMONS, R. G.: *Research in community and mental health*, Vol. 1 JAI Press, Greenwich, Connecticut (1979).

2.3.10. Consumo de haschich y satisfacción por el trabajo.

En el cuadro 2.3.20 se han agrupado los consumidores de haschich en dos categorías: consumidores ocasionales, por una parte, y las demás frecuencias y formas, por otra. Se ha hecho esta agrupación respondiendo a la idea de que muchos de los consumidores ocasionales de haschich serán casos de primeros contactos que no se hayan acompañado aún de cambios en el resto de los comportamientos y actitudes, cambios que serán más probables en los consumidores de pauta y frecuencia más regular. Se observa que en general los consumidores de haschich se encuentran menos satisfechos con lo que hacen, y esta insatisfacción es mayor según el uso de haschich es más frecuente.

CUADRO 2.3.20
USO DEL HASCHICH Y SATISFACCION CON EL TRABAJO
(¿Le gusta lo que hace?)

<i>Uso de haschich</i>	<i>Nada, poco</i>	<i>Bastante mucho</i>
No consumidores	64,1	76,7
Consumidores ocasionales	11,5	5,4
Otros consumidores	19,5	9,4
N.C.	4,9	8,5
	(672)	(1.239)

2.3.11. Idea sobre el paso de haschich a drogas más fuertes según uso de haschich.

Siendo el haschich la droga de tipo ilegal de más amplia utilización, su frecuencia de uso en edades muy precoces frente a las drogas legales, y sobre todo el frecuente tópico y foco de interés colectivo sobre la frecuencia o no del paso de haschich a otras drogas ilegales más peligrosas (7), hemos analizado la idea que sobre ello tienen los

(7) Una discusión más detallada de este tema se encuentra en: BLANCO, F.; MENDOZA, R.; VEGA, A.: *Técnicas de prevención de las farmacodependencias*, III Ponencia a VII Jornadas Nacionales de Socidrogacohol, Pamplona (1979), Libro de Ponencias y comunicaciones, pág. 181.

componentes de la muestra, según sean o no consumidores de haschich (ver cuadro 2.3.21). Parece que la creencia sobre el paso de haschich a otras drogas es más propia de los no consumidores. En cambio, según es más frecuente el uso de haschich, se tiene en menor proporción esta idea. Un alto número de consumidores (41,4 y 38,8 %) contesta «depende». Se nos ocurre interesante este grupo en sí, y las ideas que puedan tener sobre los factores presuntamente implicados en dicho paso.

CUADRO 2.3.21.

IDEA SOBRE EL PASO DE HASCHICH A OTRAS DROGAS
SEGUN USO DE HASCHICH

	No consu- midores	Consu- midores ocasionales	Otros consu- midores	N.C.	Total
No	7,5	24,1	43,9	8,1	13,4
Sí	57,1	24,1	11,4	45,0	48,0
Depende	17,6	41,4	38,8	24,2	22,5
Dudoso	15,2	10,3	5,5	16,4	13,6
N.C.	2,6	0,0	0,39	7,4	2,5
	(1.448)	(145)	(255)	(149)	(1.197)

2.4. Analgésicos comunes.

Hemos incluido dentro de este apartado la amplia serie de productos farmacéuticos propios de la farmacopea «menor», que frecuentemente incluye en su composición un analgésico, un estimulante y un compuesto barbitúrico. Normalmente son autoadministrados y expendidos sin receta. Debido a su efecto y al componente barbitúrico especialmente, poseen capacidad de originar dependencia. Esta cualidad y la amplitud de su uso hace que la frecuencia de las «toxicomanías larvadas» por estos productos venga siendo reconocida frecuentemente y desde hace años (8). Efectivamente, en la observación clínica, no es raro encontrar individuos, más frecuentemente mujeres, que toman cantidades notables de estos fármacos, experimentando intensa necesidad psíquica y serios síndromes de abstinencia. Por otra

(8) SANTODOMINGO, J.: *Toxicomanías hoy*. En: «Alcoholismo y otras toxicomanías», PANAP, Madrid, 1970.

parte, y sin llegar a tal extremo, su uso es muy común (9): la población los utiliza para aliviar dolores, pero también para mejorar síntomas y molestias vagas de frecuente origen psicosomático, y a veces con la clara intención de buscar su efecto sedante-euforizante. Quede claro también que no incluimos dentro de este apartado los analgésicos potentes (morfínicos de síntesis, por ejemplo).

Pensamos que el uso de analgésicos tiene relación con el sentimiento de «malestar» de una comunidad y que su abuso generalizado revela amplios conflictos en la relación del individuo con su modo de vida y con su entorno. Por otra parte, recuérdese la frecuencia con la que estos productos sirven para realizar las tentativas de suicidio y el hecho de que a veces provocan lesiones tóxicas importantes (10).

2.4.1. Datos sobre consumo de analgésicos.

A la pregunta sobre uso de analgésicos en cualquier forma, la muestra total responde del modo siguiente:

CUADRO 2.4.1.
CONSUMO DE ANALGESICOS

	%
Sí	32,8
No	59,7
N.C.	7,5
	(1.197)

Las diversas frecuencias de uso se encuentran en el cuadro 2.4.2. Las que en otras ocasiones ya hemos llamado «frecuente» (3-4 veces/semana y diario) alcanzan al 4,4 por 100 de la población total. Se trata, además, de sustancias cuyo uso tiende a ser regular y mantenido:

(9) *Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y de tráfico y consumo de estupefacientes*, Rev. San. Hig. Publ., núms. 5-6 (1975).

(10) MURRAY, R. M.: *Minor analgesic abuse. The slow recognition of a public health problem*, Brit. J. Addict. 75, 9-17 (1980).



obsérvese que el consumo ocasional alcanza a un 4,6 % (similar al frecuente), siendo, por el contrario, el resto de las demás frecuencias (sin incluir las «ocasiones sociales especiales» y «situaciones anímicas especiales») el 22,6 %. Como es lógico, ello depende de la aceptación general y difusión de estas sustancias, que las convierten en un producto de recurso fácil y habitual. Señalemos también el 4,6 % de la muestra que usa analgésicos generalmente en situaciones anímicas de desconfort.

CUADRO 2.4.2.
FRECUENCIAS DE USO DE ANALGESICOS

<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
No	59,7
Ocasionalmente	4,6
1-2 veces/mes	11,3
Menos de 4-5 veces/mes	6,9
3-4 veces/semana	2,7
Diariamente	1,7
Ocasiones sociales especiales	1,2
Situaciones anímicas especiales	4,6
N.C.	7,5
	(1.997)

2.4.2. Consumo según sexo.

En el cuadro 2.4.3 se distribuyen las frecuencias de uso de estos productos según sexo:

CUADRO 2.4.3.
USO DE ANALGESICOS SEGUN SEXO (%)

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
No	65,0	53,6
Ocasionalmente	5,3	3,9
1-2 veces/mes	9,9	12,7
Menos de 4-5 veces/mes	5,35	8,4
3-4 veces/semana	2,1	3,3
Diariamente	0,8	2,5
Ocasiones sociales especiales	0,7	1,6
Situaciones anímicas especiales	4,3	4,8
N.C.	5,7	9,2
	(990)	(1.007)

En general, existe un predominio de consumo por parte de la mujer: el total de consumidores es en el hombre del 28,5 %, mientras que en la mujer es de 37,1 %. Por otra parte, el % de uso es más alto en la mujer en todas las frecuencias, salvo en la «ocasional», revelando la tendencia a estabilizarse el consumo en la mujer y a que ésta recurra a estos productos en forma más habitual.

2.4.3. *Consumo de analgésicos según edad.*

En el cuadro 2.4.4 (*) exponemos los resultados globales del uso de analgésicos según grupos de edad. Por otra parte, en el cuadro 2.4.5 (*) hemos agrupado los % de consumidores frecuentes, junto con el % total de consumidores. Así como el total de consumidores frecuentes se encuentra elevado según aumenta la edad. El grupo de edad referido (25-34) tiene por su parte el mayor % de consumidores ocasionales. Por otra parte, es de señalar el 7 % de individuos de edad 15-17 años que usan estos productos para lograr un mejor estado de ánimo (¿acompañados de otras drogas?).

2.4.4. *Consumo de analgésicos según región y tamaño de la ciudad.*

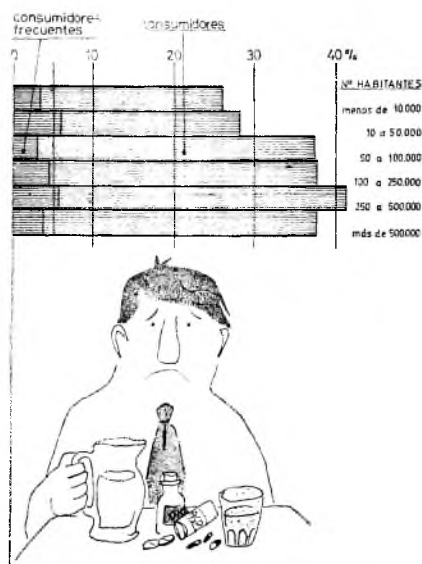
Los cuadros 2.4.6 (*) y 2.4.7 (*) recogen los resultados de uso de analgésicos según región, incluyendo también las áreas metropolitanas de Barcelona y Madrid. La variabilidad del consumo parece bastante amplia. El número total de consumidores oscila grandemente. Regiones con un gran número de consumidores en todas las frecuencias son Levante-Murcia, Andalucía, Canarias. El número de consumidores frecuentes es también en ellas bastante más alto. La amplia difusión de su uso hace —como es habitual en el uso de drogas— que el aumento tienda a realizarse a expensas de todas las frecuencias. Sin embargo, quizá merezca una mención especial la utilización en «situaciones anímicas especiales», que es máxima en la región Vasco-Navarra, Andalucía y Barcelona ciudad. Precisamente Barcelona arroja —en comparación con Madrid— un bajo número de no consumidores y un mayor número en casi todas las frecuencias. Si contemplamos la relación entre uso de analgésicos y tamaño de la ciudad (cuadros 2.4.8 y 2.4.9) (*) se observa que si bien existe un aumento progresivo —hasta llegar a las ciudades de más de 500.000 habitantes—

del uso de analgésicos con el tamaño de la población, con respecto al número de consumidores frecuentes y estables no se encuentra esta relación definida, quizá como muestra de la dispersión del consumo.

Es interesante señalar, por otra parte, que son precisamente las ciudades más pequeñas y las mayores las que tienden en mayor medida a usar los analgésicos en «situaciones anímicas especiales». Recalquemos otra vez el alto número de «NC» en las ciudades de 50.000-100.000 habitantes.

GRAFICO 2.4

Uso de analgésicos según tamaño de la población



CUADRO 2.4.8.

USO DE ANALGESICOS SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

Número de habitantes	Total consumidores	Consumidores frecuentes
Menos de 10.000	26,2	3,4 (580)
10.000- 50.000	28,3	5,9 (438)
50.000-100.000	37,6	3,0 (165)
100.000-250.000	37,9	4,5 (288)
250.000-500.000	41,7	5,8 (139)
Más de 500.000	37,7	3,9 (385)

2.4.5. Consumo de analgésicos según nivel educacional y ocupacional.

El cuadro 2.4.10 describe cómo se distribuye el uso de analgésicos según el nivel ocupacional. Según aumenta este nivel parece observarse una cierta tendencia al aumento en el uso de analgésicos en las frecuencias bajas, mientras que el % de consumidores frecuentes tiende a ser mayor en los grupos de menor nivel ocupacional.

Con respecto al nivel ocupacional (cuadro 2.4.11)(*) llama la atención el 7,1 % de profesiones liberales que hacen un consumo frecuente de analgésicos. En general, en dicho cuadro se observa que las profesiones con un nivel cultural lógicamente más alto no están «protegidas» por ello frente a la tendencia general al uso de analgésicos.

CUADRO 2.4.10

USO DE ANALGESICOS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL

	<i>Leer escribir</i>	<i>E.G.B.</i>	<i>Bach. elemental</i>	<i>Bach. superior</i>	<i>Estudios medios</i>	<i>Estudios superior</i>
No	63,2	61,6	62,9	64,0	46,0	51,1
Ocasionalmente	3,6	3,4	4,9	3,3	8,6	7,4
1-3 veces/mes	8,7	17,6	14,7	18,0	28,9	24,2
Cons. frecuentes	9,0	9,8	3,7	2,3	1,1	5,6
Ocas. soc. especiales.	0,4	1,6	0,3	1,0	0,5	2,6
Sit. aním. especiales.	3,2	3,6	7,4	4,3	5,3	4,3
N.C.	8,3	7,6	6,1	7,1	9,6	4,8
	(277)	(563)	(326)	(394)	(187)	(231)

En cuanto al uso de analgésicos según ocupación actual, los resultados se encuentran en el cuadro 2.4.12 (*). Ante todo, y como detalle quizá interesante a efectos epidemiológicos, deseamos comentar los datos que exponemos sobre el grupo de ocupación «S. L.». Con frecuencia se suele decir que los analgésicos son la «toxicomanía del ama de casa», dado que es la droga más aceptable y fácil de usar por este grupo social. Por otra parte, ya nos hemos referido anteriormente a la mayor frecuencia de toxicomanías por estos productos en la mujer (tomando como base las que acuden a los centros de tratamiento). Encontramos, pues, que casi un 8 % de estas mujeres utilizan los analgésicos en forma diaria o de 3-5 veces/semana.



Su utilización sólo «en situaciones anímicas especiales», en cambio, ocupa en ellas comparativamente un lugar intermedio. El uso diario de analgésicos en ellas es de un 3,3 %, el más alto de todos los grupos de ocupación reseñados.

2.4.6. *Idea sobre los analgésicos como droga.*

La identificación o no de los analgésicos como droga, según el uso de los mismos, puede verse en el cuadro 2.4.13 (*). Como es habitual, la percepción del fármaco como droga es mayor en los no consumidores. Llama la atención, sin embargo, que el grupo que en mayor medida no identifica estos productos como droga es el que lo usa en «situaciones anímicas especiales». Ello sugiere que quizá en este modo de uso se dé una mayor intensidad de los mecanismos defensivos que impiden la aceptación de tal idea por el consumidor.

2.4.7. *Consumo de analgésicos y satisfacción por el trabajo.*

Estos datos se encuentran en el cuadro 2.4.14, en donde se han agrupado a los consumidores en forma más sintética. Entre los consumidores que lo hacen en situaciones anímicas especiales se da el más alto grado de insatisfacción con el trabajo, siguiéndoles a continuación (con cifras sensiblemente parecidas) los consumidores ocasionales.

Hay escasas diferencias entre el grupo de consumidores más frecuentes y el de no consumidores.

CUADRO 2.4.14.

CONSUMO DE ANALGESICOS Y SATISFACCION POR EL TRABAJO

<i>Satisfacción por el trabajo</i>	<i>No consu- midores</i>	<i>Consu- midores ocasionales</i>	<i>Otras frecuencias</i>	<i>Ocasiones sociales especiales</i>	<i>Situaciones anímicas especiales</i>
No, poco	33,7	46,2	32,2	39,1	45,1
Bastante, mucho ...	62,2	52,7	63,2	60,9	49,5
N.C.	4,0	1,1	4,7	0,0	5,5
	(1.192)	(91)	(451)	(23)	(91)

2.4.8. *Uso de analgésicos y relaciones sociales.*

En el cuadro 2.4.15 hemos expuesto la forma como describen la naturaleza de sus relaciones sociales distintos grupos de consumidores y no consumidores de analgésicos:

CUADRO 2.4.15.
RELACIONES SOCIALES Y USO DE ANALGESICOS

<i>Tipo de amistades</i>	<i>No consu- midores</i>	<i>Consu- midores ocasionales</i>	<i>Otras frecuencias</i>	<i>Ocasiones sociales especiales</i>	<i>Situaciones ánimicas especiales</i>
Ninguna	0,8	0,0	1,1	0,0	1,1
Conocidos	10,2	14,3	9,2	4,3	9,9
Amigos	36,9	30,8	49,4	34,8	29,7
Amigos íntimos ...	51,3	54,9	39,1	60,9	58,2
N.C.	0,7	0,0	1,1	0,0	1,1
	(1.192)	(91)	(87)	(23)	(149)

Como era de esperar, tratándose de una droga de amplia difusión, los resultados no nos parecen demasiado discriminadores. Sin embargo, sí parece distinguirse el grupo de los consumidores frecuentes, encontrándose entre ellos menos personas con «amigos íntimos» (¿menos sentimiento de satisfacción en sus relaciones, debida a sus frecuentes molestias o problemas subyacentes?), aunque es mayor el número de los que dicen tener simplemente amigos. El grupo de los no consumidores y el de consumidores ocasionales resultan similares a este respecto. Dada la forma de uso frecuente de estas drogas, no es extraño que falte la progresiva relación entre aumento de uso/sensación de tener amigos íntimos, que encontramos en el caso del tabaco y del haschich.

2.4.9. *Consumo de analgésicos y relaciones con los padres.*

Como era de esperar al ser una droga más aceptada (cuadro 2.4.16), el uso de analgésicos no parece relacionarse demasiado con actitudes

hacia los padres. Sin embargo, obsérvese el menor % de situaciones conflictivas en los no consumidores.

CUADRO 2.4.16.

RELACIONES CON LOS PADRES Y USO DE ANALGESICOS

1. *Relaciones con el padre*

<i>Consumo</i>	<i>Conflicto</i>	<i>Incomp.</i>	<i>Indiferenc.</i>	<i>Buenas</i>
No	50,0	59,3	54,3	61,6
Ocasionalmente	8,8	3,3	5,1	4,0
1-3 veces/mes	22,7	20,7	17,3	18,1
Consumo frecuente	2,1	2,0	5,5	4,4
Ocasiones sociales especiales ...	2,1	1,3	0,4	1,2
Situaciones anímicas especiales...	7,7	4,7	8,3	3,6
N.C.	6,7	8,7	9,1	7,1
	(194)	(150)	(254)	(1.304)

2. *Relaciones con la madre*

<i>Consumo</i>	<i>Conflicto</i>	<i>Incomp.</i>	<i>Indiferenc.</i>	<i>Buenas</i>
No	48,1	60,6	55,2	60,7
Ocasionalmente	6,8	2,8	4,1	4,3
1-3 veces/mes	22,6	26,0	22,1	17,4
Consumos frecuentes	6,0	0,9	4,1	4,4
Ocasiones sociales especiales ...	1,5	0,0	0,7	1,3
Situaciones anímicas especiales...	6,8	3,7	6,9	4,4
N.C.	8,3	6,4	6,9	7,6
	(133)	(109)	(145)	(1.532)

2.5. Tranquilizantes.

Dentro de este capítulo, se incluyen los fármacos ansiolíticos y sedantes, tales como benzodicepinas y otros comunmente usados.

No están incluidos los antipsicóticos ni hipnóticos.

Creemos que la utilización de estos fármacos por la población se agrupa principalmente en las siguientes modalidades:



- 1) Uso psiquiátrico estricto, bajo control terapéutico.
- 2) Uso en Medicina general, como tratamiento de síndromes de ansiedad y psicosomáticos menores o acompañantes de trastornos somáticos.

Ambas modalidades de uso generan en algunos casos un tipo de consumo relativamente (o totalmente) independizado del contacto y la indicación médicos, autorregulado por el propio consumidor, con dosis generalmente pequeñas, pero mantenidas (en forma oscilante y por temporadas) durante mucho tiempo.

- 3) Automedicación pura, por «paso» del medicamento a través de otras personas que lo toman (11).

La enorme difusión del uso de estos medicamentos, su consumo con indicaciones médicas a veces poco precisas —o sin indicación médica alguna— y también el hecho de que un uso incorrecto de ellos suele servir para encubrir, sin resolver, problemas de ajuste psicosocial más profundo, hace que se hayan convertido en un indudable problema de salud pública, como viene siendo reconocido en España, especialmente en las últimas dos décadas (12). Uno de los primeros estudios que intentaron cuantificar mediante encuesta el uso de estos fármacos fue el realizado en 1972 por Seva Díaz y cols. (13), si bien utilizó una muestra parcial (la población activa). Encontró entonces que 1/10 de esta población había utilizado tranquilizantes, siendo el uso frecuente en un 1 %. En Navarra, en 1979 (14), se ha encontrado un uso diario de tranquilizantes en un 2,9 % de la población rural mayor de 15 años y en un 4 % de la urbana de la misma edad.

Estos medicamentos no poseen un alto potencial aditivo en sí mismos, pero ocasionan casos de dependencia, especialmente a nivel psicológico, debido a su uso como estabilizador del estado interior, repetido en situaciones de tensión.

Por último, señalemos que últimamente se usan con frecuencia por

(11) MARTÍNEZ PINA, A.; FUSTE, R.; IRACHE, E.; CASTILLO, E.: *Consumismo medicamentoso y adicción a la terapéutica oral*, IV Ponencia a VI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, Las Palmas, 1978.

(12) *Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes*, Rev. San. Hig. Pub., núms. 5-6 (1975).

(13) SEVA DIAZ, A.; VÁZQUEZ CASANOVA, J. J.; TEJERO JUEZ, J.: *Los comportamientos frente al alcohol, tranquilizantes y estimulantes de la población activa de la ciudad de Zaragoza*, Zaragoza (1972).

(14) *Plan de Asistencia Sanitaria de Navarra*, Psiquiatría, Estudios Epidemiológicos (1979).

la población juvenil consumidora de drogas, como drogas «de ayuda» o mezcladas con otras sustancias.

2.5.1. Datos sobre consumo.

Durante el tiempo base del estudio, han tomado estos tranquilizantes los individuos cuyo % se expone en el cuadro 2.5.1.

CUADRO 2.5.1.
USO DE TRANQUILIZANTES

	%
Sí	13,5
No	78,9
N.C.	7,6
	(1.997)

Este consumo se distribuye según frecuencias del modo siguiente (cuadro 2.5.2.):

CUADRO 2.5.2.
FRECUENCIAS DE USO DE TRANQUILIZANTES (%)

No	78,9
Ocasionalmente	2,1
1-2 veces/mes	2,6
Menos de 4-5 veces/mes	1,8
3-4 veces/semana	1,2
Diariamente	1,1
Ocasiones sociales especiales	0,6
Situaciones anímicas especiales	4,3
N.C.	7,6
	(1.997)

2.5.2. Consumo de tranquilizantes según sexo.

La distribución del uso de tranquilizantes por sexo (cuadro 2.5.3) revela que en total los consumen un 11,3 % de los hombres y un



15,7 % de las mujeres. Salvo en el uso «ocasional», en todas las demás frecuencias de uso se hallan mayores % en la mujer que en el hombre. Ello confirma la impresión general especialmente los datos de los citados estudios de Seva Díaz y PASN.

CUADRO 2.5.3.

USO DE TRANQUILIZANTES SEGUN SEXO

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
No	82,8	75,1
Ocasionalmente	2,6	1,6
1-2 veces/mes	1,7	3,4
Menos de 4-5 veces/mes	1,5	2,1
3-4 veces/semana	1,1	1,3
Diariamente	0,9	1,2
Ocasiones sociales especiales	0,5	0,6
Situaciones anímicas especiales	2,9	5,6
N.C.	6,9	9,2
	(990)	(1.007)

En el caso de este último, los datos para Navarra son los siguientes:

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES (Navarra, 1979)

<i>Frecuencia</i>	<i>Zona Rural</i>			<i>Zona Urbana</i>		
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Nunca	91,05	82,11	86,58	88,54	82,47	82,28
Alguna vez	2,75	3,44	3,05	2,58	5,19	3,98
Varias veces	4,58	10,32	7,45	6,02	7,41	6,76
A diario	1,60	4,12	2,86	2,86	4,94	3,98

En general, se confirma en todos los estudios la mayor frecuencia de uso de tranquilizantes en la mujer. También nos parece interesante destacar la mayor tendencia de la mujer a usar los tranquilizantes para la eliminación, directamente, de los estados de ánimo desagradables.

2.5.3. Uso de tranquilizantes según edad.

Estos resultados son expuestos en el cuadro 2.5.4. La edad de 21-24 años posee un número más alto de consumidores ocasionales y de consumidores frecuentes a expensas del menor número de consumidores en situaciones anímicas especiales.

CUADRO 2.5.4.
USO DE TRANQUILIZANTES SEGUN EDAD

	15-17	18-20	21-24	25-34	35-44	45-54	55-64
No	86,0	80,1	78,7	80,0	75,8	77,0	79,4
Ocasionalmente	2,3	2,6	3,8	2,9	2,0	1,6	0,3
1-2 veces/mes	1,2	2,6	2,2	2,1	2,5	3,7	2,8
Menos 4-5 veces/mes	2,3	1,9	1,6	1,2	3,0	1,3	1,4
3-4 veces/semana	0,0	0,6	3,3	1,4	1,3	0,8	1,0
Diariamente	0,0	0,6	1,1	0,7	0,5	1,6	2,4
Ocas. social. especiales.	0,0	1,3	1,1	1,0	0,8	0,0	0,0
Sit. anímicas especiales.	4,1	4,5	1,1	3,3	5,5	5,2	4,5
N.C.	4,1	5,8	7,1	7,4	8,6	8,9	8,0
	(171)	(156)	(183)	(419)	(397)	(383)	(287)

A continuación (cuadro 2.5.5) sintetizamos el % de consumidores frecuentes y total de consumidores según edad.

El total de consumidores alcanza su máximo en la edad de 21-24 años, a que nos hemos referido. Esta edad se muestra la más «atípica», puesto que estando en un segundo lugar en cuanto al número de consumidores totales se refiere, posee una cifra bastante más alta de consumidores de tipo frecuente.

CUADRO 2.5.5.
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES SEGUN GRUPOS DE EDAD

Años	% consumidores	% consumidores frecuentes
15-17	9,9	0,0 (171)
18-20	14,1	1,3 (156)
21-24	14,2	4,4 (183)
25-34	13,4	2,1 (419)
35-44	15,6	2,0 (397)
45-54	14,1	2,0 (383)
55-64	13,0	2,4 (287)

2.5.4. Consumo de tranquilizantes según nivel educacional y ocupacional.

Los extremos mínimo y máximo en cuanto al «status» educacional (cuadro 2.5.6) alcanzan cifras más altas en cuanto al consumo frecuente de tranquilizantes.

CUADRO 2.5.6.

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES SEGUN NIVEL EDUCACIONAL

<i>Frecuencia de uso</i>	<i>Leer escribir</i>	<i>E.G.B.</i>	<i>Bach. elemental</i>	<i>Bach. superior</i>	<i>Estudios medios</i>	<i>Estudios superior</i>
No	80,9	80,8	78,2	79,9	72,7	78,4
Ocasionalmente	0,7	0,9	3,1	1,8	5,9	2,6
1-3 veces/mes	2,2	5,0	3,1	4,3	6,4	5,0
Más 3 veces/semana.	5,1	1,1	2,1	1,5	0,0	5,2
Ocas. soc. especiales.	0,0	0,7	0,3	0,8	0,3	0,9
Sit. aním. especiales.	2,9	3,6	6,1	4,6	4,8	4,3
N.C.	0,3	8,0	7,1	7,1	9,6	3,9
	(277)	(563)	(326)	(394)	(187)	(231)

Si observamos la distribución según ocupación actual (cuadro 2.5.7) (*), encontramos a los que buscan su primer empleo y a los que realizan trabajos ocasionales como consumidores más frecuentes de tranquilizantes. Estos últimos, además, tienden a utilizarlos en situaciones anímicas especiales.

Dejamos fuera al grupo de los que declaran no hacer nada, porque nos parece perfilarse como un grupo bastante desestructurado, quizá con serios problemas de salud mental o de ajuste psicosocial.

Los cuadros 2.5.8 y 2.5.9 (*) exponen los resultados sobre el uso de tranquilizantes según nivel profesional.

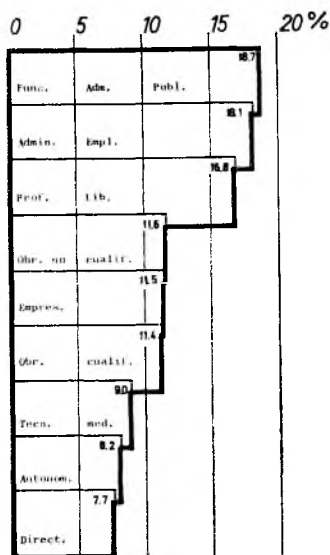
CUADRO 2.5.8

% DE CONSUMIDORES DE TRANQUILIZANTES SEGUN NIVEL PROFESIONAL

	%	
Empresarios	11,5	(26)
Funcionarios administración pública	18,7	(123)
Directores	7,7	(26)
Profesiones liberales	16,8	(113)
Autónomos	8,2	(182)
Técnicos medios	9,0	(67)
Administrativos. Empleados	18,1	(188)
Obreros cualificados	11,4	(219)
Obreros no cualificados	11,6	(277)

GRAFICO 2.5

Consumo de tranquilizantes según nivel profesional



2.5.5. Consumo de tranquilizantes según región y tamaño de la ciudad.

En cuanto al uso de tranquilizantes según regiones, volvemos a encontrar a Andalucía (y a continuación Levante-Murcia y Vascongadas-Navarra) en primeros lugares.

Observando la cifra de consumidores totales (cuadro 2.5.10), se encuentra también que en Andalucía es especialmente frecuente el uso de analgésico en situaciones anímicas desagradables (cuadro 2.5.11) (*).

CUADRO 2.5.10.

TOTAL DE CONSUMIDORES DE TRANQUILIZANTES POR REGIONES

	%
Galicia	11,4 (158)
Asturias-Santander	11,8 (93)
Vascongadas-Navarra-Logroño	14,0 (157)
Aragón	4,6 (65)
Cataluña-Baleares	11,4 (184)
Levante-Murcia	17,1 (234)
Andalucía	21,6 (324)
Canarias	7,1 (70)
Extremadura-Castilla la Nueva-Albacete	6,0 (176)
Castilla la Vieja-León	7,5 (146)
Barcelona (A.M.)	24,7 (170)
Madrid (A.M.)	7,7 (220)

En el caso de Barcelona (A. M.) vuelve a mostrar una vez más encontrarse a la cabeza en cuanto al uso total de sedantes, y también en la cifra de 13,5 % de individuos que los utilizan por mejorar su estado de ánimo. Recordemos que este grupo nos parece de un alto interés epidemiológico. El tamaño de la ciudad parece influir en la tendencia a recurrir a los tranquilizantes con la intención inmediata de cambiar el estado de ánimo (cuadro 2.5.13) (*). Los consumidores frecuentes alcanzan su máximo en las ciudades de 10.000-50.000 habitantes. Las ciudades menores de 10.000 habitantes, como en el caso de otras drogas, se diferencian claramente por su bajo número de consumidores.

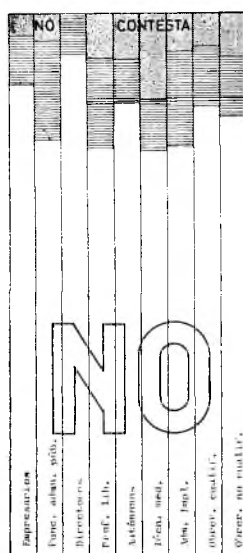
En los datos anteriormente expuestos sobre Navarra, puede encontrarse también una tendencia mayor al uso de sedantes en las zonas urbanas, especialmente en la frecuencia diaria.



CUADRO 2.5.12.
% DE CONSUMIDORES DE TRANQUILIZANTES SEGUN TAMAÑO
DE LA POBLACION

	%	
Menos de 10.000	9,1	(580)
10.000- 50.000	15,5	(438)
50.000-100.000	15,2	(165)
100.000-250.000	14,0	(288)
250.000-500.000	21,0	(139)
Más de 500.000	15,0	(385)

GRAFICO 2.6
Uso de tranquilizantes según nivel profesional



2.5.6. Ideas sobre los tranquilizantes y sus consumidores.

En el cuadro 2.5.14(*) puede verse una vez más que la concepción de la naturaleza de droga de una sustancia se encuentra claramente influida por el hecho de consumirla o no. Llama la atención

también la relativa independización del grupo de consumidores en «ocasiones sociales especiales», con su alto número de respuestas «Sí». Este hecho resulta de difícil interpretación, dado el escaso número de individuos que componen dicho grupo y su probable heterogeneidad. No obstante, obsérvese (cuadro 2.5.15) (*) que este mismo grupo tiende en su mayoría a conceptuar de «enfermo» al consumidor de fármacos entre los que se incluyen los tranquilizantes.

La imagen que otros grupos consumidores o no consumidores se hacen de los que toman tranquilizantes (y otros medicamentos incluidos en la pregunta) (cuadro 2.5.15) (*), se encuentra también mediada por el consumo. Al menos, esta relación progresiva es clara en cuanto a la consideración de «normalidad» del uso de estos fármacos.

Con respecto al concepto de «enfermo», se lo aplican en menor medida los consumidores frecuentes. Nótese también el 69,4 % de individuos que toman sedantes directamente en situaciones anímicas y que se conceptúan de «enfermos».

2.5.7. *Satisfacción con el trabajo y uso de tranquilizantes.*

Si comparamos los dos extremos (no consumidores y consumidores frecuentes) con respecto al grado de satisfacción que expresan por lo que hacen (cuadro 2.5.16), parece existir, efectivamente, una relación inversa: a menor satisfacción con la ocupación, mayor consumo de tranquilizantes. Sin embargo, los consumidores de otras frecuencias rompen esta relación, alcanzando el máximo grado de satisfacción con su trabajo actual.

CUADRO 2.5.16.

SATISFACCION CON EL TRABAJO Y USO DE SEDANTES

<i>Grado satisfacción con el trabajo</i>	<i>No consu- midores</i>	<i>Consum. ocasio.</i>	<i>Cons. ot. frecuen.</i>	<i>Cons. frec.</i>	<i>Oc. soc. espec.</i>	<i>Sit. aním. espec.</i>
Ninguna, poca	34,7	46,2	33,3	47,6	60,0	44,3
Bastante, mucha	65,3	53,8	66,6	52,4	40,0	55,7

2.5.8. *Consumo de sedantes y relaciones sociales.*

Estos resultados se encuentran en el cuadro 2.5.17. Parece existir una moderada tendencia al aumento de la sensación de poseer amigos con el uso de tranquilizantes, pero no así la de amigos íntimos.



CUADRO 2.5.17

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES Y RELACIONES SOCIALES

<i>Grado satisfacción con el trabajo</i>	<i>No consu- midores</i>	<i>Consum. ocasio.</i>	<i>Cons. ot. frecuen.</i>	<i>Cons. frec.</i>	<i>Oc. soc. espec.</i>	<i>Sit. anim. espec.</i>
No	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conocidos	10,9	11,9	9,2	4,4	0,0	10,6
Amigos	35,9	31,0	41,4	44,4	36,4	25,9
Amigos íntimos	51,8	57,1	49,4	51,1	63,6	62,4
N.C.	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
	(1.576)	(42)	(87)	(45)	(11)	(85)

2.5.9. Relaciones con los padres y uso de tranquilizantes.

Las relaciones con los padres, descritas por los grupos consumidores de analgésicos, se encuentran en el cuadro 2.5.18. No parecen existir diferencias de interés.

CUADRO 2.5.18

RELACIONES CON LOS PADRES Y USO DE TRANQUILIZANTES

1. Relaciones con el padre

<i>Consumo</i>	<i>Conflicto</i>	<i>Incomp.</i>	<i>Indifer.</i>	<i>Buenas</i>
No	72,2	74,0	69,7	82,3
Ocasionalmente	5,7	4,0	3,9	1,0
1-3 veces/mes	6,2	4,6	4,7	4,0
Más de 3 veces/semana	2,1	1,3	2,0	2,3
Ocasiones sociales especiales ...	0,0	0,7	0,4	0,7
Situaciones anímicas especiales...	7,2	5,3	8,3	3,0
N.C.	6,7	10,0	11,0	6,7
	(194)	(150)	(254)	(1.304)



2. Relaciones con la madre

<i>Consumo</i>	<i>Conflicto</i>	<i>Incomp.</i>	<i>Indifer.</i>	<i>Buenas</i>
No	67,7	78,0	71,0	80,4
Ocasionalmente	3,8	2,8	4,1	1,8
1-3 veces/mes	8,3	4,6	0,6	4,0
Más de 3 veces/semana	0,8	1,8	4,1	2,2
Ocasiones sociales especiales ...	3,0	0,9	0,0	0,4
Situaciones anímicas especiales...	8,3	4,6	6,9	3,8
N.C.	8,3	7,3	8,3	7,5
	(133)	(109)	(145)	(1.532)

2.6. Barbitúricos.

En nuestro estudio se ha preguntado expresamente por el uso de «barbitúricos», intentando en la encuesta discriminar los preparados que utilizados con fines hipnóticos poseen componentes barbitúricos en su composición. Es posible que algunos individuos hayan contestado, no obstante, aplicando el concepto de hipnótico o de inductor del sueño e introduciendo en él fármacos que nosotros hemos incluido en el apartado de «tranquilizantes». Dado que esta inclusión ha podido ocurrir en escasas ocasiones, se espera haber obtenido mayoritariamente las respuestas de aquellos individuos que realmente usan barbitúricos. Tal vez por ello las cifras obtenidas en el presente trabajo sean algo menores que en otros estudios.

2.6.1. Datos sobre consumo.

En total han consumido estos productos un número de 105 individuos (5,3 % del total) (cuadro 2.6.1):

CUADRO 2.6.1.
USO DE BARBITURICOS

	%
Sí	5,3
No	86,9
N.C.	7,8
	(156)

Las frecuencias y modalidades de uso son las siguientes (cuadro 2.6.2):

CUADRO 2.6.2.
FRECUENCIA DE USO DE BARBITURICOS

	%
No	86,9
Ocasionalmente	1,8
1-2 veces/mes	1,3
Menos de 4-5 veces/mes	0,6
3-4 veces/semana	0,2
Diariamente	0,4
Ocasiones sociales especiales	0,2
Situaciones anímicas especiales	0,8
N.C.	7,8

(1.997)

2.6.2. *Uso de barbitúricos según sexo.*

El total de hombres que han usado estos fármacos durante los seis meses comprendidos en el estudio es de 54 (5,5 %), siendo el de mujeres de 51 (5,1 %). He aquí una droga de tipo legal donde el uso no es significativamente mayor en el varón. Las diversas frecuencias de uso según sexo (cuadro 2.6.3) tampoco anotan excesivas diferencias, salvo, quizá, una mayor tendencia al uso frecuente en la mujer (0,9 %) con respecto al hombre (0,3 %). Este hecho, tal vez se explique también por el concepto más restringido que aplicamos aquí y que hemos señalado anteriormente.

CUADRO 2.6.3.
FRECUENCIAS DE USO DE BARBITURICOS SEGUN SEXO (%)

	Hombres	Mujeres
No	88,6	85,3
Ocasionalmente	2,4	1,1
1-2 veces/mes	1,1	1,4
Menos de 4-5 veces/mes	0,6	0,6
3-4 veces/semana	0,1	0,4
Diariamente	0,3	0,5
Ocasiones sociales especiales	0,3	0,1
Situaciones anímicas especiales	0,6	1,0
N.C.	6,0	9,6

(990)

(1.007)

A efectos de comparación, incluimos un resumen de los resultados obtenidos en el ya citado Plan de Asistencia Sanitaria de Navarra, sobre dos muestras (urbana y rural). El concepto aplicado en dicho estudio era el más amplio de «hipnóticos».

<i>Frecuencia de uso</i>	<i>Zona Rural</i>			<i>Zona Urbana</i>		
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Nunca	91,05	82,79	86,92	89,40	82,22	85,54
Alguna vez	2,29	3,21	2,75	3,15	5,43	4,38
Varias veces	5,27	9,63	7,45	5,16	6,17	5,70
A diario	1,37	4,35	2,86	2,29	6,17	4,38

2.6.3. *Uso de barbitúricos según edad.*

El % total de consumidores de barbitúricos según edad (cuadro 2.6.4) muestra un máximo en las edades de 15-17, 21-24, 25-34 años. La distribución de frecuencias de uso por edad aparece en el cuadro 2.6.5 (*).

CUADRO 2.6.4.
USO DE BARBITURICOS SEGUN GRUPOS DE EDAD

<i>Años</i>	<i>% consumidores</i>
15-17	7,6 (171)
18-20	3,8 (156)
21-24	7,1 (183)
25-34	6,9 (419)
35-44	3,5 (397)
45-54	4,4 (383)
55-64	4,5 (287)

2.6.4. *Uso de barbitúricos según región y tamaño de la población.*

El uso de barbitúricos, atendiendo al % de consumidores totales (cuadro 2.6.6), es mayor en Asturias-Santander, Andalucía y Barcelona. La distribución de modalidades de consumo se encuentra en el cuadro 2.6.7 (*). Por otra parte, las ciudades de 50.000-100.000 habitantes poseen el mayor % total de consumidores, siendo en ellas má-

ximo también el número de consumidores ocasionales. En las ciudades de más de 500.000 habitantes parece darse una mayor tendencia a usar los barbitúricos (como otros fármacos) en situaciones de tensión o malestar interior (cuadro 2.6.8 y 2.6.9). Véase también a este respecto las cifras de Barcelona en el cuadro 2.6.7 (*).

CUADRO 2.6.6.

% DE CONSUMIDORES DE BARBITURICOS SEGUN REGION

	<i>% consumidores</i>
Galicia	2,5 (158)
Asturias-Santander	11,8 (93)
Vascongadas-Navarra	3,8 (157)
Aragón	4,6 (65)
Cataluña-Baleares	7,1 (184)
Levante-Murcia	6,4 (234)
Andalucía	8,9 (324)
Canarias	4,3 (70)
Extremadura-Castilla la Nueva-Albacete	2,3 (176)
Castilla la Vieja-León	0,0 (146)
Barcelona	7,1 (170)
Madrid	2,3 (220)

CUADRO 2.6.8

USO DE BARBITURICOS SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

<i>Número de habitantes</i>	<i>% consumidores</i>
Menos de 10.000	3,3 (580)
10.000- 50.000	6,4 (438)
50.000-100.000	9,7 (165)
100.000-250.000	4,2 (288)
250.000-500.000	7,2 (139)
Más de 500.000	5,2 (385)



CUADRO 2.6.9
CONSUMO DE BARBITURICOS SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

<i>Consumo</i>	<i>Menos de 10.000</i>	10.000 50.000	50.000 100.000	100.000 250.000	250.000 500.000	<i>Más de 500.000</i>
No	92,1	80,8	70,9	88,9	88,5	90,9
Ocasionalmente	1,4	1,6	5,5	1,4	2,2	1,0
Otras frecuencias ...	1,4	3,9	3,6	1,7	5,0	1,8
Ocas. social. especial.	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,5
Sit. anímicas especial.	0,3	0,7	0,6	1,0	0,0	1,8
N.C.	4,7	12,8	19,4	6,9	4,3	3,9
	(580)	(438)	(165)	(288)	(139)	(385)

2.6.5. Nivel social y ocupacional y consumo de barbitúricos.

En el cuadro 2.6.10 se expone el % de consumidores con respecto al nivel educacional. Como se ve, el grupo de «Estudios Superiores» dice usar más fácilmente el recurso de estos fármacos. Esta cifra resulta coherente con los % expuestos en el cuadro 2.6.11, donde puede observarse el mayor uso de barbitúricos en las personas de profesión liberal.

En cuanto a la ocupación actual, el uso de barbitúricos se encuentra en los % expuestos en el cuadro 2.6.12. Volvemos a encontrar el pequeño grupo de los que indican no hacer nada como especial consumidor de estas drogas (tal vez posibles politoxicómanos).

CUADRO 2.6.10.
CONSUMO DE BARBITURICOS SEGUN NIVEL EDUCACIONAL

	<i>% consumidores</i>
Leer, escribir	2,5 (277)
E.G.B.	3,2 (563)
Bachillerato elemental	7,4 (326)
Bachillerato superior	5,3 (394)
Estudios medios	5,6 (187)
Estudios superiores	8,2 (231)

CUADRO 2.6.11.

CONSUMIDORES DE BARBITURICOS SEGUN NIVEL PROFESIONAL

	<i>% consumidores</i>	
Empresarios	3,8	(26)
Funcionarios administración pública	6,5	(123)
Directores	3,8	(26)
Profesionales liberales	9,7	(113)
Autónomos	2,2	(182)
Técnicos medios	1,6	(67)
Administrativos. Empleados	5,3	(188)
Obreros cualificados	3,6	(219)
Obreros no cualificados	3,2	(277)

CUADRO 2.6.12.

USO DE BARBITURICOS SEGUN OCUPACION ACTUAL

	<i>% consumidores</i>	
Estudian	6,9	(247)
Trabajan	4,4	(1.002)
Trabajan y estudian	8,3	(144)
Paro	8,0	(76)
Buscan primer empleo	7,4	(27)
Nada	33,3	(9)
S.L.	4,1	(391)
Jubilados	2,0	(56)
Trabajo ocasional	14,0	(29)

2.6.6. *Idea sobre los barbitúricos como droga.*

Como es habitual, con el aumento del uso de las drogas (cuadro 2.6.13) tiende también a disminuir la visión como tal de la sustancia consumida. Tiene interés (aunque dado su bajo número sea una observación que no pueda generalizarse) el hecho de que una mayoría de los que usan los barbitúricos en situaciones «especiales» (sociales o anímicas) contesten que esta sustancia sí es una droga.

Por otro lado, en el cuadro 2.6.14 hemos relacionado la imagen del consumidor de fármacos tipo tranquilizantes y otros medicamentos con el uso de barbitúricos. Evidentemente no son drogas farmacológicamente similares, pero exponemos esta relación pensando en el in-



terés que los consumidores de una droga «de farmacia» (barbitúricos) pueden tener de los que toman otras de la misma calidad (¿tal vez alguno de ellos sean consumidores de ambas?).

Como es frecuente, los consumidores de una droga parecen presentar una actitud más «tolerante» ante los que usan la otra. Se equilibra, sin embargo, el resultado, en el concepto de «enfermo», que parece en cualquier caso ponerse más en relación con el uso de estos fármacos.

CUADRO 2.6.13

PERCEPCION DE LOS BARBITURICOS COMO DROGA
SEGUN USO DE BARBITURICOS

	No	Ocasio- nalmente	Otras frecuencias	Ocasiones sociales especiales	Situaciones ánimicas especiales
No	8,6	14,3	26,0	25,0	12,5
Sí	76,7	74,3	64,0	75,0	81,3
Dudoso	13,0	11,4	10,0	0,0	6,2
N.C.	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0
	(1.736)	(35)	(50)	(4)	(16)

CUADRO 2.6.14

IMAGEN DE LOS CONSUMIDORES DE FARMACOS
(TRANQUILIZANTES, ETC.), SEGUN USO DE BARBITURICOS

	Consumidores	No consumidores
Normal	23,8	13,6
Enfermo	62,8	65,4
Vicioso	7,6	15,5
Otras	4,7	2,3
N.C.	0,9	3,2
	(105)	(1.736)

2.6.7. *Uso de barbitúricos y satisfacción con el trabajo.*

Existen diferencias, al parecer, entre consumidores y no consumidores en cuanto a su sentimiento de satisfacción con el trabajo (cua-

dro 2.6.15), siendo en general los consumidores los más insatisfechos. No parece, en cambio, haber una relación directa entre aumento del consumo e insatisfacción. Los dos grupos de consumidores en «ocasiones especiales» y «situaciones anímicas especiales», se mantienen con resultados en conjunto independientes.

CUADRO 2.6.15.

USO DE BARBITURICOS Y SATISFACCION CON EL TRABAJO

<i>Grado de satisfacción con el trabajo</i>	<i>No con- sumidores</i>	<i>Consu- midores ocasionales</i>	<i>Otras frecuencias</i>	<i>Ocasiones sociales especiales</i>	<i>Situaciones anímicas especiales</i>
No, poco	33,3	57,1	52,0	75,0	43,7
Bastante, mucho ...	62,6	37,2	46,0	25,0	50,0
N.C.	4,1	5,7	2,0	0,0	6,3
	(1.736)	(35)	(50)	(4)	(16)

2.6.8. *Uso de barbitúricos y relaciones sociales.*

No parecen mostrarse relaciones claras entre ambas variables (cuadro 2.6.16), salvo quizá la disminución de la sensación de poseer amigos íntimos en los consumidores más frecuentes de barbitúricos y el relativamente mayor (pero con poca significación) % de individuos que indican no tener amigos y son consumidores ocasionales.

Teniendo en cuenta los resultados que aparecen en este apartado, encontramos difícil aventurar alguna interpretación.

CUADRO 2.6.16

RELACIONES SOCIALES Y USO DE BARBITURICOS

	<i>No con- sumidores</i>	<i>Consu- midores ocasionales</i>	<i>Otras frecuencias</i>	<i>Ocasiones sociales especiales</i>	<i>Situaciones anímicas especiales</i>
No	0,7	2,8	0,0	0,0	0,0
Conocidos	10,6	14,3	12,0	0,0	0,0
Amigos	35,9	17,1	42,0	50,0	25,0
Amigos íntimos ...	52,1	65,7	46,0	50,0	68,7
N.C.	0,6	0,0	0,0	0,0	6,3
	(1.736)	(35)	(50)	(4)	(16)

2.7. Opiáceos.

Es posible que entre los consumidores de opiáceos registrados en este apartado alguno de ellos lo sea de morfina, puesto que también se incluía en la pregunta. No se incluyen analgésicos morfínicos de síntesis. Sin embargo, la mayoría de los consumidores son de heroína en alguna de sus formas. Dada la significación de la heroína en el panorama epidemiológico del uso de drogas, hubiese sido de interés completar en la investigación de los consumidores datos como los siguientes:

1. Dosis diarias, cualidades de la droga.
2. Características de la dependencia, si existe.
3. Modalidades de uso y contexto donde se realiza («sniffing», etcétera).
4. Evolución longitudinal del hábito y relación con otras drogas.

Todo ello teniendo en cuenta que no existen apenas datos objetivos sobre uso de esta droga en España en la población general. Poco a poco van describiéndose las características de los heroinómanos que acuden a los escasos centros de tratamiento distribuidos por el país. Pero la motivación del heroinómano al tratamiento y su decisión de someterse al mismo suele corresponder a un momento evolutivo del problema, en que se siente acuciado por las complicaciones de la enfermedad. El recorrido cronológico de un heroinómano (15), sin embargo, atraviesa vicisitudes diversas cuya historia natural es muy variable. El mismo hecho de acudir a tratamiento, y dentro de él la elección de centro, ya supone una cierta autoselección y clasificación. Como hemos dicho, existen muy escasos datos sobre el uso de heroína en España que se basen sobre estudios de campo. Citemos de nuevo a este respecto el estudio de EDIS de 1979, en el que se encuentra un 0,9 % de jóvenes de 12-24 años que consumen «drogas duras». Dentro de este amplio concepto pueden entrar también los consumidores de otras drogas, lo que dificulta la evaluación. Por otro lado, un 0,3 % del total de jóvenes (un 1,7 % de los consumidores) expresaban su preferencia por los opiáceos.

(15) WINICK, CH.: *Some aspects of careers of chronic heroin users*. En: JOSEPHON, E.; CARROLL, E. E.: *Drug use: Epidemiological and sociological approaches*, Hemisphere Publ. Co., Washington (1974).

Necesariamente, la naturaleza general y panorámica del presente estudio impide un tratamiento específico y exhaustivo de una droga en concreto. Hemos señalado, no obstante, estas cuestiones con objeto de encuadrar lo mejor posible el significado de los datos que vamos a exponer a continuación.

2.7.1. Datos sobre consumo.

El número total de consumidores de opiáceos es el siguiente (cuadro 2.7.1) (*).

CUADRO 2.7.1.
CONSUMO DE OPIACEOS

	%
No	90,0
Sí	2,0
N.C.	8,0
	(1.997)

Quizá haya que tener en cuenta la presunción (no comprobada) de que a la hora de contestar una encuesta, el admitir el consumo de estas drogas sea objeto de las mayores resistencias por parte de los respondentes.

La frecuencia de uso se encuentra expuesta en el cuadro 2.7.2.

El consumo «frecuente» de opiáceos lo realizan cinco individuos (0,2 %). Probablemente este tipo de uso está en relación en mayor medida con el establecimiento de la dependencia a nivel somático, aunque es un extremo imposible de demostrar. También puede aventurarse que estos consumidores de hábito establecido y frecuente serán individuos que han asumido ya en mayor medida la «identidad» y el modo de vida propio del habituado a estas drogas (16).

(*) Refiriendo estos datos a la población total representada en este estudio tendríamos que 525.356 personas, como mínimo, han consumido opiáceos en España durante el tiempo base de la investigación, por encima de 15 años.

(16) ALKSNE, H.; LIEBERMAN, L.; BRILL, L.: *A conceptual model of the life cycle of addiction*, Int. J. Addict. 2: 221-240 (1967).

CUADRO 2.7.2.
FRECUENCIA DE USO DE OPIACEOS

	%
No	90,0
Ocasionalmente	1,2
1-3 veces/mes	0,3
3-4 veces/semana	0,2
Diariamente	0,1
Ocasiones sociales especiales	0,2
Situaciones anímicas especiales	0,1
N.C.	8,0
	(1.997)

2.7.2. Consumo según sexo.

Las frecuencias de uso de opiáceos según sexo son expuestas en el cuadro 2.7.3. El total de consumidores es de 27 (2,7 %) en el caso de los varones y de 12 (1,2 %) en el de las mujeres. Claro predominio masculino, pues, que se mantiene en todas las frecuencias, salvo la diaria.

CUADRO 2.7.3.
CONSUMIDORES DE OPIACEOS SEGUN SEXO

Frecuencia	Hombres	Mujeres
Ocasionalmente	16	8
1-3 veces/mes	4	2
3-5 veces/semana	2	1
Diariamente	1	1
Ocasiones sociales especiales	3	0
Situaciones anímicas especiales	1	0
	27	12

2.7.3. Consumo de opiáceos según edad.

El total de consumidores de opiáceos según grupos de edad (cuadro 2.7.4) muestra el predominio en el grupo de 18-20 años. Llamamos la atención sobre el hecho de que entre los 15 y los 20 años,

en conjunto, un total de 3,7 % de los jóvenes han tomado contacto, como consumidores, con los opiáceos. En el cuadro 2.7.5 (*) se exponen las diversas modalidades de uso de los consumidores agrupados según edad. Como se ve, una mayoría de los consumidores se encuentra en un tipo de uso esporádico. El uso frecuente aparece en el cuadro en edades por encima de los 21 años (volvemos a repetir la sospecha de que alguno de ellos sea consumidor de morfina), lo cual es coherente con el establecimiento y desarrollo del hábito.

Los datos del estudio de EDIS 1979 que hemos citado anteriormente indican que los individuos consumidores de drogas «duras» se encontraban en un 6,5 % en los 15-17 años, 6,1 % en los de 18-20 y 3,7 % en 21-24 años. Ello sugiere un mayor número de consumidores de opiáceos en las edades 15-17 y 18-20 años en aquel estudio, diferencia que entendemos debida a la diferente metodología.

CUADRO 2.7.4.

EDAD DE CONSUMIDORES DE OPIACEOS

	%
15-17	2,9 (171)
18-20	4,5 (156)
21-24	3,3 (183)
25-34	3,8 (419)
35-44	0,7 (397)
45-54	0,7 (383)

2.7.4. *Consumidores de opiáceos según región.*

El total de consumidores de opiáceos se distribuye por región en la forma expuesta en el cuadro 2.7.6. Dado el escaso número de consumidores, no nos parece poder inferir de estos datos una estimación fiable del estado general del consumo de opiáceos en cada región, aunque los resultados nos parecen en general coherentes con los que hemos ya expuesto con respecto a las otras drogas.



CUADRO 2.7.6.
CONSUMIDORES DE OPIACEOS POR REGION

	%
Galicia	0,6 (158)
Asturias-Santander	2,1 (93)
Vascongadas-Navarra	2,5 (157)
Aragón	1,5 (65)
Cataluña-Baleares	2,2 (184)
Levante-Murcia	1,3 (234)
Andalucía	2,2 (324)
Canarias	2,8 (70)
Barcelona	5,9 (170)
Madrid	0,9 (220)

La relación de consumidores según tamaño de la ciudad se encuentra en el cuadro 2.7.7.

CUADRO 2.7.7.
CONSUMIDORES DE OPIACEOS SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

	%
Menos de 10.000 habitantes	0,9 (580)
10.000- 50.000 habitantes	1,1 (438)
50.000-100.000 habitantes	1,8 (165)
100.000-250.000 habitantes	3,5 (288)
250.000-500.000 habitantes	5,7 (139)
Más de 500.000 habitantes	2,1 (385)

Es claro el aumento de consumidores según es mayor el número de habitantes, hasta llegar a las ciudades de más de 500.000. El caso de Barcelona vuelve a destacarse como el más alto en cuanto a % de consumidores.

2.7.5. *Situación social de los consumidores de opiáceos.*

El nivel educacional y profesional de los consumidores de opiáceos se encuentra expuesto en el cuadro 2.7.8. (*).



Su grado de satisfacción por el trabajo, por otra parte, es la siguiente:

CUADRO 2.7.9.

¿LE GUSTA EL TRABAJO QUE HACE?

No, poco	23
Bastante, mucho	14
N.C.	2
	39

2.7.6. *Relaciones con los padres.*

Las relaciones con los padres, como son expresadas por el grupo de consumidores de opiáceos, se encuentran en el cuadro 2.7.10.

CUADRO 2.7.10.

RELACIONES CON LOS PADRES DE LOS CONSUMIDORES DE OPIACEOS

1. *Relaciones con el padre*

	<i>Conflicto</i>	<i>Incomp.</i>	<i>Indifer.</i>	<i>Buenas</i>
Consumidores ocasionales	9	3	5	7
Otros consumidores	4	3	5	3

2. *Relaciones con la madre*

	<i>Conflicto</i>	<i>Incomp.</i>	<i>Indifer.</i>	<i>Buenas</i>
Consumidores ocasionales	7	1	4	12
Otros consumidores	1	1	7	6

Como se ve, tiende a mantenerse también la mayor conflictividad de la figura paterna.

Hemos dividido a los consumidores en dos grupos (ocasionales y otras frecuencias) con el objeto de comprobar hasta qué punto el uso más frecuente de estas drogas puede encontrarse también asociado a mayor conflictividad familiar. En este sentido (y con la salvedad del escaso número de consumidores, que no permite más que una descrip-

ción sin pretensiones de generalizar) parece observarse que las situaciones de conflicto son más frecuentes en los consumidores ocasionales que en los estables.

Resulta sugerente pensar que ello pueda deberse a que las relaciones del individuo con su familia, en esos momentos de consumo esporádico, atraviesen una mayor efervescencia conflictiva (relacionada o no con las drogas), ya que en las relaciones de indiferencia o incompreensión la proporción es más equilibrada (¿mayor distanciamiento, una vez cristalizada la situación de ruptura?) (*). Por último, las relaciones satisfactorias con ambos padres son mantenidas por un mayor número de los consumidores ocasionales. Todo ello quizá haya que encuadrarlo dentro del hecho de que 17 de los consumidores de opiáceos viven en el momento actual con su familia de origen (siete con familia propia y el resto fuera de alguna estructura familiar).

2.7.7. Opiniones sobre las drogas y sus consumidores.

La imagen que poseen los consumidores de opiáceos sobre los de otras drogas se encuentra expuesta en el cuadro 2.7.11.

CUADRO 2.7.11
IMAGEN DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS

	<i>Normal</i>	<i>Enfermo</i>	<i>Vicioso</i>	<i>Otras</i>	<i>N.C.</i>	<i>Total</i>
Alcohol:						
Uso ocasional	16	3	3	1	1	24
Otros consumidor.	9	3	3	0	0	15
Haschich:						
Uso ocasional	13	3	5	2	1	24
Otros consumidor.	8	1	2	3	1	15
Otras drogas ilegales:						
Uso ocasional	6	4	7	6	1	24
Otros consumidor.	6	2	2	4	1	15
Fármacos:						
Uso ocasional	6	15	1	1	1	24
Otros consumidor.	4	9	0	2	0	15

(*) Evidentemente, aplicamos aquí el conocido esquema conceptual de D. D. Jackson sobre el proceso mediante el cual la familia organiza su interacción en una situación de conflicto. Pero es claro que no pretendemos deducir que esta sea la situación de nuestros consumidores, puesto que nos faltan datos para objetivarlo.



Con respecto a la pregunta sobre si son drogas las sustancias opiáceas, no cabe duda de que para una mayoría de sus consumidores resulta «inocente» o fuera de lugar. En efecto, es obvio que consideran «drogas» estas y otras sustancias. Pero también hay que considerar que tal concepto, en la mente de muchos de ellos, corresponde a una etiqueta que en el fondo no asumen como propia, lo que se expresa en el hecho de que rara vez utilizan tal palabra. No obstante, puede observarse (cuadro 2.7.12) la mayoría de «sí», y precisamente en mayor medida en el caso de los opiáceos.

Por último (cuadro 2.7.13) incluimos sus respuestas a la pregunta sobre si creen en el paso de haschich a las otras drogas más fuertes .

CUADRO 2.7.13

CREENCIA EN EL PASO DE HASCHICH A OTRAS DROGAS

	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>Depende</i>	<i>Dudoso</i>	<i>N.C.</i>
Consumidores ocasionales	8	1	14	1	0
Otros consumidores	5	0	9	0	1
	13	1	23	1	1

CUADRO 2.7.12.

¿CREE QUE SON DROGAS LAS SUSTANCIAS SIGUIENTES?
CONSUMIDORES DE OPIACEOS

	<i>Alcohol</i>	<i>Barbit.</i>	<i>Sedant.</i>	<i>Opiác.</i>	<i>Anfet.</i>	<i>Analg.</i>
No	7	4	3	2	2	8
Sí	31	35	34	37	36	31
Dudoso	1	0	2	0	1	0
Total	39	39	39	39	39	39

2.8. Cocaína.

El uso de cocaína, quizá por su amplia variabilidad de modos y frecuencias de consumo, por su distribución menos típica y uniforme que otras drogas y por el tipo especial de sus efectos, ha recibido

relativamente poca atención en los estudios clínicos y epidemiológicos. Sin embargo, su uso (con mayor frecuencia en el contexto del uso de otras drogas) resulta de notable interés epidemiológico.

2.8.1. Datos sobre consumo de cocaína.

En total, han contactado con esta droga 69 individuos de la muestra, lo que representa el 3,5 % del total. Un estudio realizado en USA en 1973 (17) encuentra en una población mayor de 14 años un porcentaje de uso de cocaína del 3,1 %. El estudio de EDIS a que nos hemos referido a lo largo del presente trabajo encuentra que la cocaína fue consumida como primera droga por un 1,4 % de jóvenes y que la prefieren como droga de consumo actual un 0,3 % de la población estudiada. Creemos que la diferencia que encontramos en nuestro estudio puede deberse, al menos en parte, a los cambios relativamente rápidos que se observan en el uso de esta droga.

La frecuencia de uso se encuentra reseñada en el cuadro 2.8.1.

CUADRO 2.8.1.
FRECUENCIA DE USO DE COCAINA

	%	
Ocasionalmente	43	(2,2)
1-3 veces/mes	17	(0,9)
3-4 veces/semana	3	(0,2)
Ocasiones sociales especiales	4	(0,2)
Situaciones anímicas especiales	2	(0,2)

Como se ve, el 25 % de los consumidores utilizan la cocaína 1-3 veces al mes; el 4,7 %, varias veces por semana; el 9 %, en ocasiones especiales, y el resto (62 %) lo hacen en forma esporádica. No hay consumidores de tipo diario.

A título comparativo —y dada la escasez de datos objetivos a que

(17) CHAMBERS, C.; INCIARDI, C.; SIEGAL, H.: *An assesment of the incidence and prevalence of drug use and alcohol use within the general population of the state of Minnesota*. Resource Planning Corporation, Washington (1973).



nos hemos referido— exponemos las frecuencias encontradas en una muestra rural USA (18):

	<i>% de consumidores</i>
1 vez/mes	41
1-4 veces/mes	50
1 vez/semana	9

2.8.2. Consumo según sexo.

La distribución del consumo de cocaína según sexo se halla en el cuadro 2.8.2. Como se ve, el % de varones que toman cocaína es de 4,2 %, y el de mujeres, de 2,7 %.

CUADRO 2.8.2
USO DE COCAINA SEGUN SEXO

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Ocasionalmente	26 (2,6)	17 (1,7)
1-5 veces/mes	11 (1,1)	6 (0,6)
1-4 veces/semana	1 (0,1)	2 (0,2)
Ocasiones sociales especiales	4 (0,3)	1 (0,1)
Situaciones anímicas especiales	1 (0,1)	1 (0,1)
	43 (4,2)	27 (2,7)

2.8.3. Consumo de cocaína según edad.

La edad de los consumidores de cocaína y su relación con las frecuencias de uso se expone en el cuadro 2.8.3 (*).

Si referimos el total de consumidores a la muestra estudiada en cada grupo de edad (cuadro 2.8.4), vemos cómo los consumidores se agrupan principalmente en edades de 15 a 34 años, siendo concretamente la de 25-34 la que tiene más individuos repartidos por todas las frecuencias.

(18) STAATS, G. R.; POOLE, E. D.; FLAMING, D.: *Regulatory factors affecting cocaine use in a rural area*, Brit. J. Addict. 74: 391-402 (1979).

CUADRO 2.8.4.

% CONSUMIDORES DE COCAINA SEGUN GRUPOS DE EDAD

<i>A ñ o s</i>	<i>%</i>
15-17	7,0 (171)
18-20	8,3 (156)
21-24	7,6 (183)
25-34	5,5 (419)
35-44	1,2 (397)
45-54	0,0 (383)
55-64	0,7 (287)

2.8.4. *Consumidores de cocaína según región y tamaño de la población.*

En el cuadro 2.8.5 se expone el % de consumidores por cada región. En cuanto a regiones, las de más alta proporción de consumidores son el País Vasco y Navarra, Cataluña, Baleares y Canarias. Teniendo en cuenta el tamaño de la población (cuadro 2.8.6) nuevamente podemos observar su relación con el aumento del uso de drogas, aunque en el caso de la cocaína, tal vez por el bajo número de consumidores totales, o también quizá por las características propias de ciudades de 50.000-100.000 y 250.000-500.000 habitantes, no sea claramente proporcionada esta relación.

CUADRO 2.8.5.

CONSUMIDORES DE COCAINA SEGUN REGION (%)

	<i>Consumidores</i>	<i>%</i>
Galicia	1	0,6
Asturias-Santander	1	1,1
Vascongadas-Navarra-Logroño ...	9	5,7
Aragón	2	3,1
Cataluña-Baleares	10	5,4
Levante-Murcia	7	3,0
Andalucía	7	2,2
Canarias	3	4,3
Extremadura-C. la Nueva-Albacete	2	1,1
Castilla la Vieja	1	0,7
Barcelona	18	10,6
Madrid	8	3,6

CUADRO 2.8.6.

% CONSUMIDORES DE COCAÍNA SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

	<i>Consumidores</i>	<i>%</i>
Menos de 10.000 habitantes	8	(1,4)
10.000- 50.000 habitantes	16	(3,7)
50.000-100.000 habitantes	7	(4,2)
100.000-250.000 habitantes	15	(5,2)
250.000-500.000 habitantes	5	(3,6)
Más de 500.000 habitantes	18	(4,7)

2.8.5. «Status» social de los consumidores de cocaína.

La cocaína, como hemos dicho al principio, constituye una droga de distribución poco uniforme. Parece ser que su uso ha penetrado en las clases dirigentes en cierta mayor medida que otras drogas ilegales (19). Como es natural, no podemos demostrar palpablemente este hecho con la metodología seguida en este estudio. No obstante, incluimos en el cuadro 2.8.7 (*) los datos sobre «status» socio-profesional de los consumidores.

En dicho cuadro se exponen entre paréntesis los % con respecto al total de cada grupo muestral. Obsérvese la frecuencia relativa en el consumo de cocaína en los niveles de estudios superiores, Bachillerato Superior, Técnicos Medios, etc. (Cfr. cuadro 2.8.7 *).

Por otra parte, su grado de satisfacción con el trabajo que hacen es el expresado en el cuadro 2.8.8.

CUADRO 2.8.8.

¿LE GUSTA EL TRABAJO QUE HACE?

(Consumidores de cocaína)

	<i>Consumidores</i>	<i>%</i>
No, poco	41	59,4
Bastante, mucho	26	37,7
N.C.	2	2,9
	69	

(19) GONZÁLEZ DURO, E.: *Consumo de drogas en España*, Edit. Villalar, Madrid (1979), pág. 260.

2.8.6. Relaciones familiares.

Las relaciones de los consumidores de cocaína con sus padres se describen en el cuadro 2.8.9.

CUADRO 2.8.9.
RELACIONES CON LOS PADRES

	Conflicto	Incomprensión	Indiferencia	Buenas
Padre	17	14	11	27
Madre	18	11	13	27

2.9. Anfetaminas.

El consumo de anfetaminas ha experimentado grandes oscilaciones en todo el mundo, dando la impresión a veces de surgir y disminuir como súbitas e intensas epidemias (20), algunas de las cuales (como la famosa de Japón en los años 50) han sido ampliamente estudiadas. En España se ha señalado como un peligro para la salud pública la producción y difusión irresponsable de estos productos en forma de estimulantes y de anorexígenos (21). Por otra parte, en muestras parciales (generalmente estudiantes), se ha evaluado en algunos estudios el consumo de estos estimulantes, de gran poder toxicomanígeno, y que hasta el momento eran consumidos con frecuencia por los jóvenes para aumentar su rendimiento intelectual. Así, por ejemplo, se han obtenido los resultados que sintetizamos a continuación (22, 23, 24, 25):

(20) ELLINWOOD, E. H.: *The epidemiology of stimulants abuse*, en: JOSEPHON, E.; CARROLL, E. E.: *Drug use: Epidemiological and sociological approaches*, Hemisphere Publ. Co., Washington (1974).

(21) Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes, Rev. San. Hig. Pub., núm. 5-6 (1975).

(22) CALCEDO, A.: *Uso y abuso de psicoestimulantes y otras drogas en el medio universitario*, Actas Luso-Esp. Neurol. Psíqu. 3: 129-150 (1971).

(23) SEVA DÍAZ, A., y cols.: *Los comportamientos frente al alcohol, tranquilizantes y estimulantes en la población activa de la ciudad de Zaragoza*, Zaragoza (1972).

(24) GUTIÉRREZ MARTÍ, R.: *Farmacología de las principales drogodependencias en nuestro país*. Anales Hosp. Santa Cruz y San Pablo, Barcelona 4: 1973-183 (1977).

(25) CIDUR-EDIS: *Juventud y Droga en España*, Dirección General de Juventud y Promoción Sociocultural, Ministerio de Cultura, Madrid (1980).

<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>Población estudiada</i>	<i>Consumo %</i>	<i>C. frec. %</i>
Calcedo	1971	Estudiantes Medicina (Cádiz) ...	69	6,1
Seva Díaz	1972	Población activa (Zaragoza) ...	9	1
Gutiérrez Martí...	1977	Estudiantes Medicina (Barcelona)	22,5	
Edis	1979	12-24 años. Nacional	0,6	

Un dato que también nos parece interesante (también recogido del estudio EDIS ya citado) es que un 3,1 % de los consumidores de drogas comenzó, como primera experiencia, con las anfetaminas.

2.9.1. Datos de consumo.

En nuestra muestra, un total de 121 individuos (6,5 % del total) han consumido anfetaminas, en el conjunto de todas las modalidades de uso (cuadro 2.9.1). Las frecuencias de uso se encuentran en el cuadro 2.9.2. De los consumidores, el 38,8 % la toman en forma ocasional, siendo a continuación la cifra más alta la de los sujetos que indican tomar anfetaminas en situaciones anímicas especiales (16,5 %).

CUADRO 2.9.1.
CONSUMO DE ANFETAMINAS

	<i>%</i>
Sí	6,1
No	85,9
N.C.	8,1
(1.997)	

CUADRO 2.9.2.
FRECUENCIA DE USO DE ANFETAMINAS

	<i>N.</i>	<i>%</i>
Ocasionalmente	47	2,4
1-2 veces/mes	14	0,7
Menos de 4-5 veces/mes	14	0,7
Fines de semana	2	0,1
3-4 veces/semana	6	0,3
Diariamente	2	0,1
Ocasiones sociales especiales	16	0,8
Situaciones anímicas especiales	20	1,0
(1.997)		

2.9.2. Consumo según sexo.

La proporción de consumidores según sexo (referida a la muestra total) se encuentra en el cuadro 2.9.3. Han consumido anfetaminas 78 hombres (7,9 %) y 43 mujeres (4,3 %). Es de señalar que el uso diario y frecuente se encuentra relativamente en mayor grado en la mujer que en el hombre (0,5 %/0,3 %), a expensas de otras frecuencias de uso, quizá menos regulares. ¿Probable influencia de la utilización de estos fármacos con objetivo anorexígeno? En Navarra se ha comprobado el aumento de la expendición en farmacias de estos fármacos durante los meses de primavera y verano, con fines adelgazantes (26).

CUADRO 2.9.3.

CONSUMO DE ANFETAMINAS SEGUN SEXO

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Ocasionalmente	3,6	1,1
1-2 veces/mes	0,8	0,6
Menos de 4-5 veces/mes	0,6	0,8
Fines semana	0,2	0,0
3-4 veces/semana	0,2	0,4
Diariamente	0,1	0,1
Ocasiones sociales especiales	1,0	0,6
Situaciones anímicas especiales	1,3	0,7
	(990)	(1.007)

2.9.3. Consumo de anfetaminas según edad.

El % global de consumidores de anfetaminas en cada grupo de edad se encuentra en el cuadro 2.9.4. La edad con un máximo % de consumidores es el grupo de 15-17 años, bajando rápidamente el consumo a partir de los 35. En el cuadro 2.9.5 se muestran agrupadas las varias formas de uso según edad.

(26) ARCOS, J. M.: *Anfetaminas*, Hoja sanitaria del Instituto de Sanidad de Navarra (1976).

CUADRO 2.9.4.

% CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS SEGUN GRUPOS DE EDAD

<i>E d a d</i>	<i>%</i>
15-17	15,8 (171)
18-20	10,2 (156)
21-24	10,9 (183)
25-34	10,5 (419)
35-44	2,5 (397)
45-54	1,0 (383)

CUADRO 2.9.5.

FRECUENCIA DE USO DE ANFETAMINAS SEGUN GRUPOS DE EDAD

<i>Edad</i>	<i>Ocasion.</i>	<i>Otras frec.</i>	<i>Oc. soc. esp.</i>	<i>Sit. aní. esp.</i>	<i>Total</i>
15-17	15	6	3	3	27
18-20	4	5	4	3	16
21-24	8	4	4	4	20
25-34	16	17	4	7	44
35-44	4	4	0	2	10
45-54	0	2	1	1	4
	47	38	16	20	121

2.9.4. Consumo de anfetaminas según región y tamaño de población.

Aragón, Andalucía, Canarias y Galicia son las regiones con cifras más altas de consumidores de anfetaminas (cuadro 2.9.6). El tamaño de la población (cuadro 2.9.7) parece influir claramente también en estos fármacos, cuyo consumo aumenta progresivamente con el número de habitantes de la ciudad. El área metropolitana de Barcelona continúa arrojando mayores porcentajes de consumidores. A este respecto, también señalamos la mayor tendencia de Barcelona a usar las anfetaminas con la motivación del cambio interior, es decir, buscando su efecto estimulante directamente (cuadro 2.9.8) (*).



CUADRO 2.9.6.

% CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS SEGUN REGION

	%
Galicia	6,3 (158)
Asturias	5,4 (93)
Vascongadas-Navarra-Logroño	5,7 (157)
Aragón	9,2 (65)
Cataluña-Baleares	5,0 (184)
Levante-Murcia	4,7 (234)
Andalucía	7,1 (324)
Canarias	7,1 (70)
Extremadura-Castilla la Nueva-Albacete	2,8 (176)
Castilla la Vieja-León	3,4 (146)
Barcelona	14,7 (170)
Madrid	3,6 (220)

CUADRO 2.9.7.

% CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

	%
Menos de 10.000 habitantes	3,8 (580)
10.000- 50.000 habitantes	5,5 (438)
50.000-100.000 habitantes	5,5 (165)
100.000-250.000 habitantes	5,9 (288)
250.000-500.000 habitantes	7,2 (139)
Más de 500.000 habitantes	10,1 (385)

2.9.5. *Situación social de los consumidores de anfetaminas.*

El cuadro 2.9.9 (*), donde se expone el nivel educacional y profesional y la ocupación actual de los consumidores de anfetaminas, muestra la relación entre el uso de estos fármacos y el nivel educacional o bien «status» estudiantil. Nuevamente, las profesiones liberales destacan también por su mayor % de consumidores de fármacos. En este cuadro se han expuesto los % con relación a la muestra total de cada grupo.

2.9.6. Satisfacción con la ocupación.

Observando el grado de satisfacción con su ocupación que muestran los consumidores de anfetaminas observamos que, en general, el uso de anfetaminas se muestra relacionado con un mayor grado de insatisfacción. Los que consumen anfetaminas, en general, se encuentran nada o poco satisfechos con su trabajo en un 53,7 % frente a un 33,2 % en el caso de los no consumidores (ocasionales y otras frecuencias, suponiendo estas últimas más regulares). En dicho cuadro aparecen los consumidores ocasionales máximamente insatisfechos con el trabajo. Podríamos pensar que los consumidores ocasionales de anfetaminas son a su vez consumidores de otras drogas que se encuentran más relacionadas con actitudes negativas hacia el trabajo (según hemos visto anteriormente), mientras que los que toman estos medicamentos con pautas más regulares lo harían, en mayor proporción, precisamente para adaptarse mejor a la exigencia de la actividad (compárese con la frecuencia de uso de anfetaminas en niveles educativos altos y profesiones liberales).

CUADRO 2.9.10

CONSUMO DE ANFETAMINAS Y GRADO DE SATISFACCION CON EL TRABAJO (%)

<i>Satisfacción con el trabajo</i>	<i>No consumidores</i>	<i>Consumidores ocasionales</i>	<i>Consu. otras frecuencias</i>
Ninguna, poca	33,2	61,7	48,6
Bastante, mucha	62,6	38,3	47,3
N.C.	4,2	0,0	4,1
	(1.715)	(47)	(74)

2.9.7. Ideas sobre las anfetaminas y otros fármacos.

En cuanto a la opinión sobre si consideran una droga a las anfetaminas, encontramos que no existen apenas diferencias entre un tipo de consumidores ocasionales y los demás consumidores. En ambos grupos, un 85 % opina que sí son drogas estas sustancias, lo cual supone un alto grado de percepción.



Hemos reseñado la opinión que los consumidores y no consumidores de anfetaminas tienen de los que usan otro medicamento, entre los cuales se indicaba precisamente los fármacos anorexígenos. Los resultados, que se encuentran en el cuadro 2.9.11, parecen indicar una moderada tendencia a encontrar normal el uso de estos fármacos según aumenta el consumo de anfetaminas y a un enjuiciamiento más negativo según disminuye.

CUADRO 2.9.11.

IMAGEN DE LOS CONSUMIDORES DE TRANQUILIZANTES
Y ANOREXIGENOS SEGUN CONSUMO DE ANFETAMINAS

	No consumidores	Consumidores ocasionales	Otros consumidores
«Normal»	13,8	19,1	20,3
«Enfermo»	65,4	61,7	64,9
«Vicioso»	15,6	12,8	5,4
«Otras»	2,3	2,1	6,8
N.C.	3,0	4,2	2,7
	(1.715)	(47)	(74)

2.9.8. Relaciones sociales y familiares.

Exponemos a continuación la visión de sus relaciones sociales según consumidores de anfetaminas (cuadro 2.9.12).

CUADRO 2.9.12.

RELACIONES SOCIALES DE LOS CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS

	No Consumidores consumidores	
No	0,0	0,8
Conocidos	9,9	10,7
Amigos	23,1	36,4
Amigos íntimos	66,1	51,4
N.C.	0,8	0,6

En cuanto a las relaciones con los padres (cuadro 2.9.13), parece existir un mayor % de respuestas que indican conflictividad o alejamiento en los consumidores de otras frecuencias distintas de la ocasional.

CUADRO 2.9.13

USO DE ANFETAMINAS Y RELACIONES CON LOS PADRES

	N.C.	<i>Conflicto</i>		<i>Incomprensión</i>		<i>Indiferencia</i>		<i>Buenas</i>	
		<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Madre</i>
Uso ocasion.	4	17	9	7	5	6	8	15	23
Otras frec.	1	19	16	10	8	14	14	30	36
	5	36	25	17	13	20	22	45	59

2.10 L. S. D.

La LSD y otros alucinógenos menos utilizados en España pasan también por notables variaciones en el consumo. Ello se debe a los cambios en su aparición en el mercado, pero también a la variabilidad de los gustos de los consumidores con respecto a esta droga. Por otra parte, no es una sustancia de uso diario, ni siquiera frecuente, en gran parte debido al desarrollo rápido de la tolerancia y a las especiales características de sus efectos inmediatos. En el estudio EDIS al que nos hemos referido varias veces se encuentra que la tienen como droga preferida un 1,3 % de los consumidores de drogas (0,3 % de la población de 12-24 años).

2.10.1. Datos sobre consumo.

Un total de 52 individuos de la muestra (2,6 %) han utilizado alguna vez LSD en los seis meses de tiempo base del estudio. De ellos, 41 (2,1 %) lo han hecho ocasionalmente; seis (0,3 %) con una frecuencia de 1-5 veces por mes; cinco (0,2 %) en ocasiones sociales especiales. Es decir, que el 78,8 % de los consumidores lo han hecho ocasionalmente y el resto con las otras frecuencias citadas.



2.10.2. Distribución según sexo.

En el cuadro 2.10.1 se observa el número de hombres y mujeres consumidores de LSD, con su frecuencia correspondiente. El predominio masculino alcanza también a esta droga, puesto que la han consumido un 3,8 % de los hombres y un 1,4 % de las mujeres.

CUADRO 2.10.1
CONSUMO DE LSD SEGUN SEXO

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Ocasionalmente	30	11
1-2 veces/mes	1	1
Menos de 4-5 veces/mes	3	1
Ocasiones sociales especiales	4	1
	38	14

2.10.3. Uso de LSD según edad.

Los consumidores de LSD se encuentran en mayor proporción en la edad de 18-20 años, disminuyendo hacia arriba y hacia abajo. En el cuadro 2.10.2 se exponen entre paréntesis el % de consumidores con respecto al grupo de edad correspondiente.

CUADRO 2.10.2.
CONSUMIDORES DE LSD SEGUN GRUPOS DE EDAD

<i>A ñ o s</i>	<i>N.</i>	<i>%</i>
15-17	9	(5,3)
18-20	12	(7,7)
21-24	10	(5,5)
25-34	16	(3,8)
35-44	5	(1,3)

2.10.4. *Uso de LSD según región y tamaño de población.*

El escaso número de consumidores una vez distribuidos por región (cuadro 2.10.3) hace necesario interpretar cautelosamente los datos expuestos. No obstante, se observa el predominio de Canarias, Barcelona y Aragón (¿Zaragoza?).

CUADRO 2.10.3.

% DE CONSUMIDORES DE LSD POR REGION

	%
Galicia	1,3 (158)
Asturias-Santander	3,2 (93)
Vascongadas-Navarra	2,5 (157)
Aragón	6,2 (65)
Cataluña-Baleares	1,1 (184)
Levante-Murcia	0,0 (234)
Andalucía	2,8 (324)
Canarias	8,6 (70)
Extremadura-Castilla la Nueva-Albacete	1,1 (176)
Castilla la Vieja-León	0,7 (146)
Barcelona	6,5 (170)
Madrid	3,6 (220)

En cuanto al tamaño de la ciudad (cuadro 2.10.4), se encuentran, como siempre, los menores índices de consumidores en ciudades pequeñas.

CUADRO 2.10.4.

% DE CONSUMIDORES DE LSD SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

Número de habitantes	%
Menos de 10.000	1,5 (580)
10.000- 50.000	1,8 (438)
50.000-100.000	3,6 (165)
100.000-250.000	3,1 (288)
250.000-500.000	2,2 (139)
Más de 500.000	4,4 (385)

2.10.5. «Status» social de los consumidores de LSD.

En el cuadro 2.10.5 (*) hemos expuesto los niveles educacional y ocupacional de los consumidores de LSD. Por otra parte, hemos colocado entre paréntesis el % con respecto a los componentes de su grupo, con el fin de observar las frecuencias relativas de consumo.

2.11. Alcohol.

El alcohol, como hemos dicho al principio de este capítulo, es la única droga que ha sido mejor estudiada en España con métodos directos de encuesta a la población. Allí también señalábamos los principales estudios realizados hasta el momento, que investigan hechos como el consumo de alcohol por la población, los % de bebedores excesivos, la morbilidad alcohólica, etc. Como es lógico, quedan abundantes lagunas por cubrir en esta investigación y es necesario —por otra parte— evaluar en forma periódica los hábitos de la comunidad en este terreno, la puesta en marcha de acciones preventivas, etc.

Por este mayor conocimiento que se tiene del uso de alcohol en nuestra sociedad, hemos preferido —por razones de economía de esfuerzo— dedicar mucha más atención a las demás drogas.

Por otro lado, y dado el estado actual de la investigación, el estudio del alcohol hubiera requerido un método específico y distinto, y un tratamiento monográfico.

A continuación, sin embargo, presentamos algunos breves datos parciales obtenidos en el curso de nuestro estudio, pensando que pueden tener cierto interés especialmente de cara a la prevención del abuso de esta droga. En cuanto a los datos más detallados y amplios sobre el consumo de alcohol y el alcoholismo en la población española, remitimos a la bibliografía ya citada.

Entre estos datos obtenemos, por ejemplo, la frecuencia de uso de alcohol según sexo (cuadro 2.11.1). En él se observa cómo los bebedores de frecuencias no diarias se encuentran relativamente equilibrados en la mujer y en el hombre, resaltando, obviamente, las diferencias en el beber de tipo diario y en el % de abstemios.

CUADRO 2.11.1.
% DE BEBEDORES EN LA POBLACION GENERAL

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Bebedores diarios	41,6	16,0
Bebedores otras frecuencias	34,3	36,1
Abstemios	21,6	40,1

En relación con la edad, el % de bebedores de tipo diario se encuentra alrededor del 30 %, excepto en el grupo de 15-17 años, en donde es de 15,2 %. En este grupo hay un 34,5% de abstemios .

En los estudios de Santodomingo, Valenciano y Alonso Fernández de 1966 (27), el % total de abstemios era alrededor del 21 %. La edad inferior a 19 años daba en La Coruña un 34,6 % de abstemios (con gran diferencia a favor de las mujeres). En Murcia era de un 35 %.

La investigación de Polaino Lorente en Sevilla (28) daba cifras de abstemios en esta edad algo más altas. En el Valle de Baztán (Navarra) (29) se encontró en la edad de 15-19 un 14,3 % de mujeres abstemias, frente a un 5,6 % de varones. Dejando aparte este último estudio, que está realizado sobre una población de características muy peculiares y poco comparable con el resto, los demás datos sugieren un mantenimiento de la frecuencia del beber juvenil en estos años (aunque con cambios en otros aspectos: tipo de alcohol, modo de utilizarlo, etc.).

En el cuadro 2.11.2 exponemos los % de bebedores de tipo diario, los de abstemios (mediatizados, como hemos dicho, por el sexo) y los de ocasiones sociales especiales por regiones. Al incluir esta última definición, el beber en celebraciones, etc., pensamos que pueden tener algún interés los datos expuestos en cuanto a descripción del modo de beber en cada región. Así, por ejemplo, parece observarse una pauta de consumo de alcohol más frecuente y estable en Vascongadas y Navarra, Galicia y Levante-Murcia (y, desde luego, la ciudad de Barcelona). Todo ello nos parece coherente con los datos de otros es-

(27) SANTODOMINGO, J.; ALONSO FERNÁNDEZ, F.; VALENCIANO GAYA, L.: *Estudio epidemiológico sobre el alcoholismo en España*, Madrid (1966).

(28) POLAINO LORENTE, A.: *Dimensión epidemiológica y psicológica de los alcoholismos en Sevilla*, Publicaciones de la Universidad de Sevilla, Anales de la Universidad Hispalense, Serie Medicina, núm. 13 (1972).

(29) *Estudio epidemiológico del Valle de Baztán* (no publicado) (1976).

tudios anteriores. El uso de alcohol en situaciones festivas parece tender a ser mayor en Canarias, Andalucía y Galicia.

CUADRO 2.11.2.

% DE ABSTEMIOS, DE BEBEDORES DIARIOS Y DE BEBEDORES EN OCASIONES SOCIALES ESPECIALES SEGUN REGION

	<i>Abstemios</i>	<i>Bebedores diarios</i>	<i>Bebedores ocas. sociales especiales</i>
Galicia	19,6	36,1	10,8 (158)
Asturias-Santander	40,9	31,2	2,2 (93)
Vascongadas-Navarra	26,8	36,2	12,1 (157)
Aragón	38,5	24,6	6,2 (65)
Cataluña-Baleares	34,8	20,7	4,9 (184)
Levante-Murcia	28,2	33,3	5,6 (234)
Andalucía	25,9	26,9	12,3 (324)
Canarias	15,7	8,6	12,9 (70)
Extremadura-Albacete	40,9	26,1	1,1 (176)
Castilla la Vieja-León	43,2	29,5	9,6 (146)
Barcelona	17,6	37,6	6,5 (170)
Madrid	40,0	23,6	3,6 (220)

En el cuadro 2.11.3 exponemos el % de abstemios y bebedores de tipo diario según el tamaño de la población.

CUADRO 2.11.3.

% DE ABSTEMIOS Y BEBEDORES DIARIOS SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

	<i>Abstemios</i>	<i>Bebedores diarios</i>
Menos de 10.000	32,9	28,8 (580)
10.000- 50.000	30,1	27,6 (438)
50.000-100.000	21,8	27,9 (165)
100.000-250.000	31,9	26,4 (288)
250.000-500.000	28,8	33,8 (139)
Más de 500.000	31,4	30,1 (385)

En cuanto a la percepción del alcohol como droga, exponemos los resultados en el cuadro 2.11.4. En total, unos 25,9 % de la población



no identifica el alcohol como una droga, un 66,7 % lo identifica como tal y un 7,1 % se mantiene dudoso. Como de costumbre, esta percepción de «droga» se encuentra relacionada con el no consumir alcohol (recuérdese, no obstante, el predominio de mujeres entre los abstemios). Ya que en este cuadro no se discriminan los resultados según grupos de edad, pensamos que puede tener interés (por la importancia de la edad adolescente de cara a posibles acciones de tipo educativo-preventivo) decir que en un estudio realizado en Navarra a 1.142 jóvenes entre 11 y 22 años las respuestas eran: el alcohol es una droga, 62,9 %; no lo es, 37,1 % (30).

CUADRO 2.11.4.

PERCEPCION DEL ALCOHOL COMO DROGA SEGUN USO DE ALCOHOL

	<i>Abstemios</i> %	<i>1-3 v./mes</i> %	<i>Bebedores frecuentes</i> %	<i>Ocas. sociales especiales</i> %
No	19,2	24,5	31,4	31,1
Sí	70,7	69,7	62,7	57,4
Dudoso	9,8	5,4	5,7	10,8
N.C.	0,3	0,4	0,2	0,7
	(614)	(261)	(813)	(148)

Por último, exponemos (cuadro 2.11.5) (*) los sorprendentes resultados que obtenemos al investigar la imagen que del consumidor de alcohol tienen los individuos de la muestra, según que ellos mismos sean consumidores de los diversos tipos. En cualquier caso, la consideración es más «normal», según aumenta el beber. Lo que encontramos sorprendente es el alto % de consumidores que emplean los otros calificativos.

2.12. Asociaciones en el uso de drogas.

Rara vez un consumidor utiliza una sola droga. Lo más frecuente es que exista una o más drogas «preferidas», pero que a la vez se

(30) VARO, J. R.: *Ideas y actitudes de los adolescentes en relación con el alcohol*, Argibide, Cuadernos de Salud Mental, número 4, Pamplona (1977).



consuman otras con mayor o menor frecuencia. Como es natural, las drogas de uso más frecuente (alcohol, tabaco, tranquilizantes, haschich) están presentes con gran frecuencia tanto en los consumidores que las utilizan como droga preferente como en otros (por ejemplo, utilizadores de opiáceos) que las consumen sólo en forma secundaria. Por otra parte, en el caso de los grandes consumidores y los toxicómanos, es frecuente utilizar algunas sustancias secundariamente como droga de reemplazo, cuando no se dispone de la preferida o en otros diversos momentos.

El hecho es que lo habitual es el uso simultáneo de un conjunto de drogas. Con el fin de verificar lo que venimos diciendo, hemos estudiado la utilización simultánea de dos drogas tomando como base y marco de referencia dos de las más frecuentes, el haschich y el alcohol. Por otra parte, y como dato de interés, hemos analizado la utilización de otras drogas por los consumidores de opiáceos. Presentamos a continuación algunos datos en este sentido.

2.12.1. *Uso de haschich y tranquilizantes.*

El cuadro 2.12.1 (*) muestra el número de individuos que utilizan el haschich y a la vez tranquilizantes. La frecuencia de uso de haschich se encuentra en sentido horizontal; la de tranquilizantes, en el vertical. De todos los consumidores de haschich, 93 (23,3 %) han consumido también tranquilizantes. De ellos, 27 lo han hecho como escape de la tensión interior. Por otra parte, puede apreciarse que ningún consumidor de haschich ha utilizado los tranquilizantes con fines recreacionales los fines de semana y que sólo cinco lo han hecho con este fin en ocasiones sociales especiales.

2.12.2. *Uso de haschich y barbitúricos.*

Han usado haschich y barbitúricos (cuadro 2.12.2) (*) un total de 52 individuos (13 %). Aparte de la frecuencia «ocasional», la más numerosa es también la de situaciones anímicas especiales.

2.12.3. *Uso de haschich y alcohol.*

Como era de esperar (cuadro 2.12.3) (*) sólo 44 individuos de todos los consumidores de haschich no han consumido alcohol. El 40,5 % bebe alcohol a diario. De los 35 consumidores diarios de

haschich, 20 usan a su vez diariamente el alcohol. Ello representa el 1 % de la muestra total.

GRÁFICO 2.7.

USO SIMULTANEO DE HASCHICH Y TRANQUILIZANTES

	Ocas.	1-3 v./mes	Fines semana	3-4 v./ semana	Diario	Ocas. soc. espec.	Sit. aním. espec.	Total
No	107	64	24	51	24	24	3	297
Ocasionalmente ...	12	1	1	5	3	1	1	24
1-3 veces/mes ...	7	9	2	1	4	1	0	24
Fines semana ...	0	0	0	0	0	0	0	0
3-4 veces/semana ...	3	2	1	0	0	1	1	8
Diariamente ...	1	2	1	0	0	0	1	5
Ocas. soc. especiales	1	1	0	0	1	2	0	5
Sit. aním. especial.	10	2	1	6	3	5	0	27
N.C.	4	3	1	2	0	0	0	10
Total	145	84	31	65	35	34	6	400

GRÁFICO 2.8.

CONSUMO SIMULTANEO DE HASCHICH Y ALCOHOL

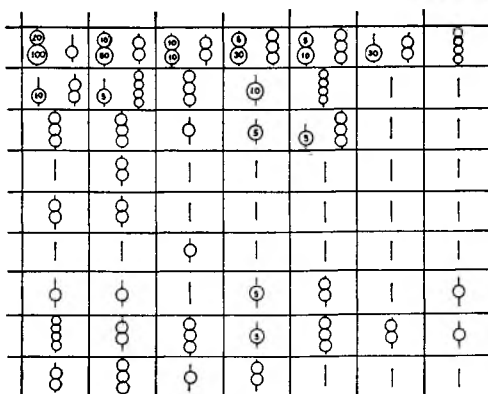
	Ocas.	1-3 v./mes	Fines semana	3-4 v./ semana	Diario	Ocas. soc. espec.	Sit. aním. espec.	Total
No	13	7	6	11	3	3	1	44
Ocasionalmente ...	8	2	0	1	0	0	0	11
1-3 veces/mes ...	8	8	2	4	4	2	0	28
Fines semana ...	23	7	10	4	2	2	0	48
3-4 veces/semana ...	28	23	0	13	5	8	1	78
Diariamente ...	50	35	13	28	20	15	1	162
Ocas. soc. especiales	14	1	0	2	1	4	2	24
Sit. aním. especial.	0	0	0	0	0	0	1	1
N.C.	1	1	0	2	0	0	0	4
Total	145	84	31	65	35	34	6	400

Si combinamos las dos últimas frecuencias, tenemos que 66 personas (16,5 %) son consumidores frecuentes de estas dos drogas. Esto supone el 3,3 % de la muestra total.

2.12.4. *Uso de haschich y anfetaminas.*

De todos los consumidores de haschich, 95 (23,8 %) son a su vez consumidores de anfetaminas. Como es lógico, la mayor frecuencia es la ocasional. A continuación, la frecuencia de una-tres v./mes y la de situaciones anímicas especiales dan el máximo número de individuos (5 % cada uno). Ello representa el % de consumidores de haschich que tiende a utilizar las anfetaminas para estimularse y fuera de cualquier otro contexto. Recuérdese que el número de sujetos de la muestra total que indicaban utilizar las anfetaminas en esta concreta forma era un 1 %. (Cfr. cuadro 2.12.4 *.)

GRAFICO 2.9
Uso simultáneo de hachís y anfetaminas



2.12.5. *Uso de alcohol y tranquilizantes.*

Han usado además tranquilizantes un 20,7 % de los consumidores de alcohol. Los consumidores frecuentes de ambas drogas representan el 1 % de la muestra total. Por otra parte, de los 265 consumidores de ambas drogas, 84 (31,7 %) usan los tranquilizantes con el fin

de escapar de situaciones interiores desagradables. Como es lógico, esta finalidad estará también presente en los consumidores de otras frecuencias, pero sólo en éstos es aducida como prioritaria. (Cfr. cuadro 2.12.5 *.)

GRÁFICO 2.10
USO SIMULTANEO DE ALCOHOL Y TRANQUILIZANTES

ALCOHOL										
	No	Ocas.	1-3 v./mes	Fines semana	3-4 v./ semana	Diario	Ocas. soc. espec.	Sit. ánim. espec.	Total	
TRANQUILIZANTES	No	571	35	85	115	193	467	104	6	1.576
	Ocasión. ...	3	3	6	2	9	19	0	0	42
	1-3 v./mes.	17	2	6	11	17	24	6	0	83
	Fines sem.	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	3-4 v./sem.	5	0	2	3	1	11	2	0	24
	Diar.	7	2	1	1	2	6	0	1	20
	Oc. soc. esp.	1	0	0	1	1	6	2	0	11
	Sit. aní. esp.	10	3	7	8	8	24	24	0	84
	N.C.	0	2	6	7	9	15	10	1	50
Total ...	614	47	113	148	240	573	148	8	1.891	

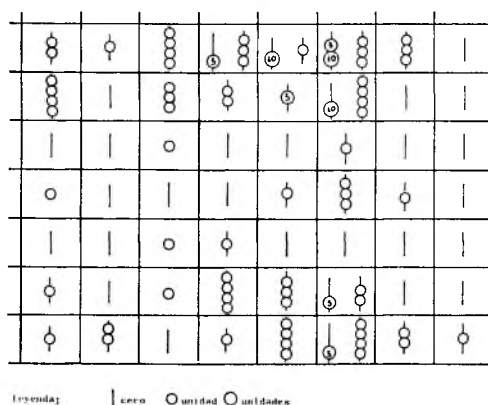
2.12.6. *Uso de alcohol y anfetaminas.*

Como puede verse en el cuadro 2.12.6 (*), nueve individuos han consumido anfetaminas sin usar alcohol. Otra vez encontramos —como es típico en el uso de anfetaminas— una frecuencia relativamente alta (16,62 % de los consumidores de alcohol y anfetaminas) de utilización de estas últimas sustancias principalmente en estados anímicos especiales. Recuérdese a este respecto que de todos los consumidores de anfetaminas en general, un 16,2 % las usaban en esta forma. El % de consumidores frecuentes de ambas drogas simultáneamente es de 0,2 % de la población encuestada. La utilización de anfetaminas en ocasiones sociales especiales, en los consumidores de alcohol, es de 13,2 %.

2.12.7. *Uso de alcohol y barbitúricos.*

Un total de 102 consumidores de alcohol lo son a su vez de barbitúricos. De ellos, el 16 % emplea estas últimas drogas en situa-

GRAFICO 2.11
Uso simultáneo de alcohol y anfetaminas



ciones interiores especiales. Un 0,2 % de la muestra encuestada utiliza ambas drogas en forma frecuente (en este caso, diaria).

La consideración del sentido que tiene para los consumidores la combinación de todas estas drogas (efecto sedante-estimulante, interacción con el grupo social, etc.), nos parece importante a efectos epidemiológicos y de prevención (31). (Cfr. cuadro 2.12.7 *.)

2.12.8. *Uso de otras drogas por los consumidores de opiáceos.*

En el cuadro 2.12.8 hemos expuesto las otras drogas consumidas por los individuos que toman opiáceos. Hemos separado los consumidores ocasionales, los frecuentes (3-4 v./semana, más diarios) y el resto de los modos de uso. Recuérdese que estas tres frecuencias tenían 24, 5 y 10 individuos, respectivamente. Las drogas más utilizadas por los consumidores de opiáceos, que las usan casi en su totalidad, son el alcohol y el haschich, seguidas de las anfetaminas en los ocasionales. Entendemos que los consumidores frecuentes de opiáceos (por

(31) WEITHAM, M.; SCHEBLE, R. O.; JOHNSON, K. G.: *Survey of adolescent drug use. IV. Patterns of drug use.* A.J.P.H. 64: 417-421 (1974).

lo menos) son individuos con una dependencia, probablemente psicológica y física, de estos productos. Se trataría entonces de toxicómanos a opiáceos que utilizan como segunda droga en primer lugar el alcohol, seguido de haschich y tranquilizantes, y por último los barbitúricos.

CUADRO 2.12.8.
CONSUMIDORES DE OPIACEOS Y OTRAS DROGAS

<i>Frecuencia de uso de opiáceos</i>	<i>Barbitúricos</i>	<i>Haschich</i>	<i>Tranquilizantes</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Anfetaminas</i>
Cons. ocasional. ...	9	21	14	23	15
Otras formas ...	4	9	4	10	4
Cons. frecuentes ...	1	2	2	4	0

Por último, reseñamos en el cuadro 2.12.9 de mayor a menor las asociaciones de drogas que se encuentran con mayor frecuencia y también el % de consumidores frecuentes de ambas drogas en estas combinaciones. Los % se refieren a la población general.

CUADRO 2.12.9.
ASOCIACIONES DE DROGAS
(% sobre muestra total)

	<i>% consumidores</i>	<i>% consumidores frecuentes</i>
Haschich + Alcohol ...	17,6	3,3
Alcohol + Tranquilizantes ...	13,3	1,0
Alcohol + Anfetaminas ...	6,7	0,2
Alcohol + Barbitúricos ...	5,1	0,2
Haschich + Anfetaminas ...	4,8	0,0
Haschich + Tranquilizantes ...	4,7	0,0
Haschich + Barbitúricos ...	2,6	0,0

2.13. Edad de comienzo en el uso de drogas.

Como es sabido, la mayoría de los individuos que consumen drogas ilegales comienzan con los productos de cannabis (75 % en el



estudio EDIS de 1979) (32). La secuencia que después siguen los consumidores que continúan adelante con el uso de drogas es variable. En una muestra de estudiantes USA (33) se describió como más frecuente la siguiente pauta: alcohol, marihuana, haschich, barbitúricos, anfetaminas, LSD, cocaína, heroína (34). Por su influencia sobre el desarrollo ulterior de los acontecimientos en relación con el uso de drogas por el individuo y por su interés de cara a posibles acciones de prevención, la edad del primer contacto con las drogas (legales o ilegales) es considerada con frecuencia como un importante indicador. Precisamente por su interés reproducimos aquí un resumen de los datos sobre la edad de inicio en las drogas ilegales encontrados en el estudio del EDIS (1979). (Ver cuadro 2.13.1.)

CUADRO 2.13.1.

EDAD DE COMIENZO EN EL USO DE DROGAS ILEGALES (32)

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Menos de 12 años	2,9	1,0	2,1
12-15 años	29,7	24,6	27,9
16-20 años	53,1	63,8	57,0
Servicio militar	8,9	0,0	5,6
22-24 años	5,4	10,6	7,4
	(350)	(199)	(549)

En este apartado, presentamos algunos datos obtenidos sobre la edad de comienzo con el haschich.

2.13.1. *Edad de comienzo con el uso de haschich.*

La edad más frecuente de comienzo con el haschich se sitúa en los intervalos de 15 a 17 y de 18 a 20 años (cuadro 2.13.2). Existe

(32) CIDUR-EDIS: *Ob. cit.*

(33) GOULD, L. C.; BERBERIAN, R. M.; KASL, S. V.: *Sequential patterns of multiple drug use among high school students*, Arch. Gen. Psychiat. 34: 216-222 (1977).

(34) Sobre el tema de la frecuencia de paso de cannabis a otras drogas, puede consultarse: BLANCO PRADAS, F.; MENDOZA BERJANO, R.; VEGA FUENTE, A.: *Ob. cit.* en nota 7.

una diferencia del hombre con respecto a la mujer que indica una inniciación más precoz en aquél. Sin embargo, curiosamente esta relación se invierte en la edad de 10-12 años (donde son más frecuentes las mujeres). Este hecho tal vez no tenga entidad suficiente como para tomarlo en consideración como norma general.

CUADRO 2.13.2.
EDAD DE COMIENZO EN EL USO DE HASCHICH

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Menos de 10	1,3	0,0	0,8
10-12	0,6	2,7	1,5
13-14	8,4	5,5	7,2
15-17	30,3	31,8	31,0
18-20	27,7	34,5	31,0
21-30	20,0	22,7	21,1
31-45	4,5	1,8	3,4
Más de 45	0,6	0,9	0,8
En la «mili»	6,5	0,0	3,8
	(155)	(110)	(265)

En el cuadro 2.13.3 (*) se presentan los resultados de relacionar la edad de comienzo en el uso de haschich y la frecuencia o modalidades de uso.

El escaso número que representa a los modos de uso en situaciones sociales o anímicas especiales no permite quizá generalizar en cuanto a ellos. Sin embargo, sí parece observarse una tendencia a un uso más frecuente y regular en la actualidad según que el inicio haya sido más precoz.

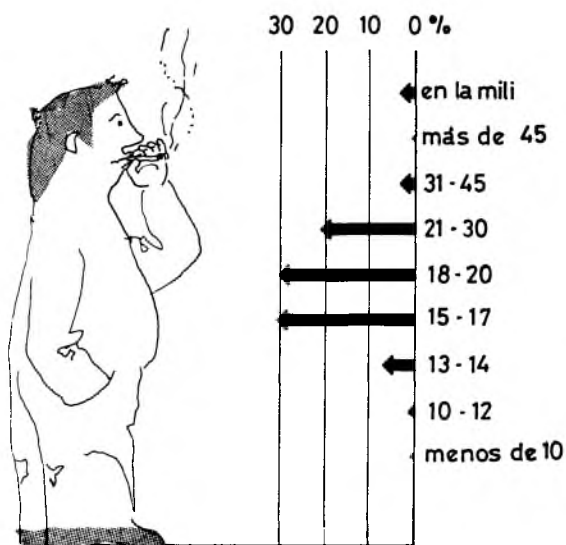
En el cuadro 2.13.4 (*) se expone la edad en que tuvo lugar el primer contacto con el haschich por un grupo de actuales consumidores de otras drogas. Como era de esperar dado el diverso significado social del uso de cada grupo de drogas, los actuales consumidores de analgésicos y tranquilizantes (drogas perfectamente integradas por la sociedad predominante), que a su vez han usado haschich, tienden a comenzar con esta droga en edades más tardías que los que en estos momentos usan drogas ilegales.

2.14. Resumen.

Existe en España un amplio número de consumidores de determinadas drogas legales. Las de mayor uso son el tabaco (48,9 % lo usan diariamente), el alcohol, consumido a diario por el 28,7 %, y los analgésicos comunes, que son consumidos por un 33,8 % de la población.

GRAFICO 2.12

¿A qué edad empezó usted a tomar hachís?



En la distribución del uso de estas drogas legalizadas se observan diversas diferencias. Así, por ejemplo, y con relación al sexo, mientras el uso de tabaco y alcohol es más frecuente en los hombres, el de analgésicos y tranquilizantes tiende a serlo más en la mujer.

Con respecto a la edad, también se observan varias tendencias. Existen más consumidores de estas drogas en los grupos de edad de 21-34 años. En el caso de los analgésicos, el consumo frecuente tiende a aumentar incluso en edades mayores que éstas.

En todas estas drogas, se observa una relación entre el aumento del consumo y mayor tamaño de la ciudad. Esta relación es menor en el caso de los analgésicos.

Por otro lado, también parece existir una relación entre el mayor número de consumidores y ciertas regiones de la periferia como Andalucía, en el caso de analgésicos, tranquilizantes y barbitúricos, y Asturias, Santander y País Vasco y Navarra, en el caso del tabaco).

El nivel educacional no protege contra el uso de estas drogas. Por el contrario, a mayor nivel educacional, mayor número de consumidores.

En el caso de los tranquilizantes, el mayor número de consumidores se da en los niveles de «status» educacional máximo y mínimo.

Parece existir una tendencia a la relación inversa entre el uso de estas drogas y la satisfacción con la ocupación que se realiza. En el caso del tabaco, existe una positiva relación entre el uso del mismo y la satisfacción con las relaciones sociales, que no se mantiene en las demás drogas a las que nos estamos refiriendo.

El caso de las anfetaminas (que consumen un 6,1 % de la población) se da más frecuentemente en la mujer (¿régimen de adelgazamiento?), pero existe mayor número de consumidores entre los hombres (¿mayor uso como droga?). En las edades de 15-17 años las consumen un total de 15,8 %.

Por otra parte, tanto en el caso de las anfetaminas como en el de las otras drogas que venimos diciendo, es relativamente frecuente el uso como escape de situaciones interiores desagradables (tensión, ansiedad, etc.).

El uso de haschich se ha generalizado en la población juvenil hasta el punto de que un 41,42 % de jóvenes de 15-20 años han contactado con él, en el tiempo considerado en el estudio. Ello coincide con las apreciaciones que se vienen expresando en España procedentes de diversas fuentes. Sin embargo, los consumidores frecuentes de haschich representan el 5 % de la población total, el 13,5 % de los jóvenes de 15-17 años y el 9,6 % de los de 18-20 años.

También esta droga tiende a ser utilizada más por los varones, a aumentar su consumo según el tamaño de la población y en regiones como Andalucía, Canarias y Galicia.

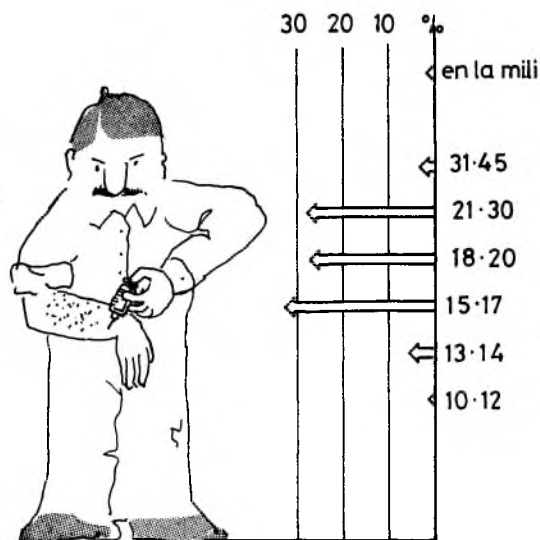
La satisfacción con las relaciones sociales también tiende a ser mayor subjetivamente en los individuos consumidores. Se observa, por otra parte, en los consumidores de haschich un mayor índice de conflictividad familiar y de insatisfacción por el trabajo. Todo ello puede

estar influido por la edad de los consumidores, pero también no cabe duda de que esta droga es menos aceptada en la familia que las que hemos referido en el apartado anterior, y por consiguiente su uso ocasionará más rechazo por los padres. Por otra parte, el uso de esta droga también puede estar incluido dentro del comportamiento general de disconformidad con las estructuras sociales establecidas, mientras que las drogas legales se usan en forma más conformista.

En cuanto a otras drogas ilegales, su uso se da en un 2,6 % del total de la población, en el caso de LSD, un 3,5 % en el de cocaína y un 2 % en el de los opiáceos (nos referimos al % de personas que las

GRAFICO 2.13

¿A qué edad empezó usted a tomar otras drogas ilegales?



han consumido en cualquier forma). La frecuencia es mayor en los hombres y en las edades bajas. Así, por ejemplo, un 7 % de los chicos de 15-17 años han consumido cocaína. Los consumidores frecuentes de opiáceos (que presumimos son personas con dependencia establecida) son un 0,2 % de toda la población.

El uso de estas drogas es más frecuente al parecer en el País Vasco, Navarra, Cataluña y Canarias, y, en general, en las ciudades mayores.

Como hemos dicho antes, las grandes ciudades se distinguen por un mayor consumo de drogas, pero en algunos casos, como en los opiáceos, tranquilizantes, etc., este aumento se observa en ciudades de 100.000-250.000 habitantes también y a veces en mayor medida. Probablemente se trate de los grandes núcleos próximos a las ciudades mayores. Está claro, en cualquier caso, el bajo consumo de drogas en general en las ciudades pequeñas.

El caso de Madrid (A. M.) y Barcelona (A. M.) resulta diferente en cuanto al consumo, puesto que Barcelona (A. M.) registra en general un mayor porcentaje de consumidores en casi todas las sustancias.

El presente estudio se refiere exclusivamente al uso de drogas y otras variables asociadas. Por esta causa no incluye dispositivos para la detección de casos-problema.

En la medida de lo posible, se han señalado los grupos de población más expuestos a cada droga y, por consiguiente, en mayor riesgo de abuso.

Por otra parte, pueden inferirse algunos datos que hacen pensar en grupos de especial riesgo por diversas circunstancias. Entre estas circunstancias hay que sugerir, por ejemplo:

a) Frecuencia de uso, en relación con las características toxicomaníacas de cada droga.

Pero habría que recordar también que, independientemente de las propiedades farmacológicas de cada droga en sí, el uso de drogas se ve con más facilidad reforzado por las pautas de comportamiento y conducta social asociadas a él. Véanse a este respecto las cifras de consumidores «frecuentes» de cada droga.

b) Asociaciones de drogas. Así, por ejemplo, un 3,3 % de la población usa «frecuentemente» alcohol y haschich.

c) Edad de comienzo. Como es sabido, cuanto más precoz sea ésta, más probabilidades existen de desarrollar alguna problemática tal como el establecimiento de la dependencia, problemas sociales, etc.

d) Modos de uso. Probablemente, a efectos de riesgo epidemiológico, sea algo distinto el uso de la droga con fines exclusivamente sociales y recreacionales que la utilización de la misma directamente para aliviar la tensión interior.

e) Grupos especiales. Con respecto a la actividad laboral, nos

hemos referido anteriormente al grupo de los que dicen «no hacer nada».

f) Como se verá, la mayor propensión de los grupos sociales a toda una gama de motivaciones para abstenerse de las drogas y para consumirlas.

g) Hay que remitirse a las cifras encontradas en el estudio en cada uno de los parámetros que se acaban de citar. Como es natural, hay que entender que todos ellos constituyen inferencias indirectas y puramente presuntivas que pueden ser manejadas por diversos enfoques.



3. Motivaciones para abstenerse y para consumir drogas

3.1. El concepto de motivación y sus tipos.

Ya en marzo de 1973 la Comisión Nacional Norteamericana para el Problema de la Marihuana y el Abuso de las Drogas veía la dificultad de identificar las «causas» del consumo de drogas por tratarse este consumo de un proceso dinámico en el que factores muy variados estaban en interacción. Ante todo habría que distinguir entre factores omnipresentes en cualquier tipo de consumo y otros más específicos de cada distinta forma de consumo, señalándose principalmente el consumo experimental y recreativo (en el que las variables sociales o de grupo son predominantes), el consumo circunstancial o personal (más determinado por variables afectivas y tendencias culturales) y el consumo compulsivo (ligado a una relación defectuosa del individuo con su ambiente y con el intento de modificar la percepción del propio fracaso mediante la dependencia de sustancias químicas).

El enfoque globalizador del presente estudio no permite un análisis tan perfilado e individualizado en sus distintos niveles explicativos. Sin embargo, aunque se omite por completo en este capítulo una consideración explícita de los factores socioestructurales e institucionales del consumo, no dejarán de aparecer algunas de las dieciocho motivaciones para consumir drogas con que nuestros encuestados fueron confrontados.

El término «motivación» es empleado aquí en un sentido bastante amplio. En su aceptación más estricta sería casi coincidente con los de necesidades e impulsos, la fuerza que energiza y sostiene la con-

ducta. Se habla de motivaciones positivas o negativas según conduzcan o alejen de un objetivo, en este caso el consumo de drogas.

Las motivaciones podrían estudiarse en la conducta misma del individuo, en cuanto que ésta refleja sus necesidades y objetivos, si bien la relación entre ambos no es fácil de especificar por su complejidad.

A esta dificultad se añade el carácter cambiante de esos impulsos o necesidades, entre otras causas, por efecto de su propia conducta o experiencia.

La técnica de encuesta, sin embargo, recurre a la presentación de items para que el encuestado escoja aquél o aquéllos que cree reproducen mejor la formulación de su propia motivación. De aquí que, con frecuencia, el referente o «constructo» obtenido no sea la motivación en el sentido estricto explicado, sino más bien las actitudes o valores que sin duda orientan la conducta del actor. Un tratamiento clásico de la distinción entre los conceptos de motivación, valor, actitud, etc., es el de Clyde Kluckhohn (1). Bástenos aquí retener que nuestro amplio concepto de motivación puede solaparse con los de actitud y valor, que ponen más el acento en la determinación cultural de la conducta, mientras que el concepto estricto de motivación acentúa el aspecto individual de la energía que impele la conducta.

Se ha dicho que la motivación o impulsos cambian con la experiencia del individuo, pero todavía es más evidente el cambio que los propios valores (o concepciones de lo deseable), actitudes y objetivos experimentan por efecto de la conducta o experiencia del sujeto. Es de sobra conocida la importancia del «role playing», que no hace sino aprovechar esa virtualidad para modificar las actitudes y valores en un sentido apetecido. La polémica cuestión del paso o salto del consumo de unas drogas a otras no es sino un caso de estudio especialmente sensible, de la verificación de esta teoría. Por ello, el análisis de las motivaciones negativas y positivas del consumo de las distintas drogas, hay que añadir el de las correlaciones o influjo del consumo de unas drogas sobre las motivaciones para consumir esas mismas drogas y otras, así como para abstenerse de ellas.

Con objeto de captar mejor la diversidad de los referentes psicosociales y culturales contenidos en la serie de 18 motivaciones (extraí-

(1) Cf. C. KLUCKHOHN: «Values and Value Orientations in the Theory of Action», en T. Parsons and E. A. Shils (eds.), *Toward a General Theory of Action*, New York: Harper and Row, A Harper Torchbook, 1962, pág. 388-433.

das de una amplia bibliografía teórica y de investigación), se agrupan éstas en seis categorías:

1) *Motivaciones utilitarias* o, mejor, que buscan la obtención de un efecto inmediato del consumo de la droga. Entre éstas se incluyen las siguientes: «por experimentar placer, por animarse, etc.», «por pasar el rato», «por estudiar o trabajar mejor», «para calmar los nervios», «por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas» y «para dormir mejor».

2) *Motivaciones de integración social o grupal* tales como «porque es una costumbre social», «para no ser tenido por raro» y «por deseo de ser miembro de un grupo y sentirme aceptado por él».

3) *Motivaciones de autorrealización*, como «por sentirme libre», «por el gusto de hacer algo prohibido» y «por encontrar un nuevo estilo de vida».

4) *Motivaciones de alienación*, «por sentirme a disgusto en esta sociedad injusta», «porque paso de todo» y «por sentirme marginado o discriminado en el trabajo o por la sociedad».

5) *Motivación de «rechazo familiar»*, y

6) *Motivación de escape o evasión* de problemas personales.

Algunos de estos objetivos o motivaciones son deudores de un impacto cultural mucho más intenso y evidente que otros. Así, por ejemplo, lo útil y experimentable refleja la cultura manipuladora científico-técnica de la sociedad moderna, que persigue efectos tangibles y, a ser posible, inmediatos. No en vano han confluído en ciertas subculturas norteamericanas de nuestros días la droga y la búsqueda metódica de un ambiente social pragmático nada dado a misticismos.

Por aclarar con algunos ejemplos el sentido amplio en que aquí utilizamos el término de motivación (y otras veces el de «razón»), el «deseo de experimentar placer» es quizá el caso que más se acerque a un ejemplo de impulso o fuerza motivacional que, dirigida a un objeto —la droga—, lleva a una reducción de la tensión del organismo (2).

Sea lo que sea de la espontaneidad y profundidad de este impulso así expresado, hay que reconocer en general la importancia de las motivaciones explicitadas por los encuestados, ya que la misma expli-

(2) Cf. I. SARNOFF: «Social Attitudes and the Resolution of Motivational Conflict», en M. JAHODA and N. WARREN: *Attitudes*, Baltimore, Md.: Penguin Books, 1966, 279-286.

citación entraña una cierta aceptación de la misma por el encuestado. Este grado, aunque fuese mínimo, de aceptación permite predecir sus futuras actitudes y conducta respecto a la droga.

Cabe resaltar en la «curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas» y en el deseo de seguir «una costumbre social» el aspecto de «valor» de las razones aducidas, ya que nuestra cultura premia «lo nuevo» y el conformismo, para forzar el cual cuenta con eficaces recursos de persuasión abierta y oculta.

Las aquí llamadas «motivaciones de alienación» son con mayor propiedad «actitudes» de rechazo más o menos racionalizado, envueltas en sentimientos de impotencia, autoextrañamiento y carencia de sentido en cuanto rodea al individuo.

3.2. Motivaciones negativas.

Con esta pregunta (58-62) se trata de explorar las razones que han movido a nuestros encuestados a abstenerse por completo del consumo de una o más drogas legales o ilegales. Por una parte, buscando una mayor concreción, evitamos la simplificación de preguntar acerca de la abstención en términos de la polaridad legal-ilegal. Por otro lado, para no fatigar con exceso a los encuestados, se recurrió a sólo cinco preguntas al agrupar, por un lado, todas las drogas ilegales menos el hachís (mucho más frecuente que aquéllas), y, por otro, a todos los medicamentos. La opción es una solución intermedia, forzada por los inevitables condicionamientos de toda encuesta.

3.2.1. *Variables de situación y motivaciones para abstenerse del tabaco.*

A un 63 por 100 de los encuestados no se les preguntó acerca de sus motivaciones para no fumar, ya que según su respuesta a la pregunta 47 habían fumado alguna vez durante los últimos seis meses.

Según puede verse en la tabla, la mayoría de los que no fuman no lo hacen porque lo consideran perjudicial a la salud. Hay, sin embargo, un 20 % que no lo hace por convicciones personales de tipo moral.

Mientras la motivación de la salud para abstenerse del tabaco es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, lo contrario sucede con la motivación de tipo moral. Tomamos aquí como bases

CUADRO 3.2.1.

SI NO HA TOMADO NUNCA TABACO, ¿CUAL HA SIDO LA RAZON
MAS PARECIDA A SU RAZON PARA NO TOMARLO?

	<i>Con N.R.</i>	<i>Sin N.R.</i>	<i>N.º</i>
1. Por convicciones personales (de tipo moral)	7,4	19,9	148
2. Pueden perjudicar a la salud	19,3	51,9	385
3. Es ilegal	0,1	0,1	1
4. No puedo conseguirlo	0,2	0,4	3
5. Temo las consecuencias si se enteran en mi casa	0,2	0,4	3
6. Mis padres no lo aprueban	0,5	1,3	10
7. Prefiero hacer otras cosas	2,7	7,1	53
8. Otras causas	7,0	18,7	139
9. No compete	62,8	—	1.255
			(1.997)

de los porcentajes las cifras de los que contestan a esta pregunta (231 hombres y 511 mujeres). También es más frecuente entre las mujeres (20 %) que entre los hombres (7 %) el no fumar «porque prefieren hacer otras cosas». (Cfr. cuadro 3.2.2 *.)

Casi una tercera parte de los encuestados de mayor edad (55-64 años) aduce sus convicciones personales como motivo para no fumar, lo que no hace sino el 10 % de los de 15 a 17 años. No hay, sin embargo, una relación clara entre edad y la mención de motivaciones morales para no fumar.

Sí se da, en cambio, una ligera correlación entre la edad y la frecuencia con que se cita como razón para no fumar el daño que hace el tabaco a la salud. A partir de los 25 años citan este motivo más de la mitad de los encuestados.

La cuarta parte de los que viven solos en su casa y de los que viven con varios amigos (27 y 25 %, respectivamente) mencionan razones de tipo moral para no fumar, mientras que sólo lo hace el 15 % de los que viven con su familia de origen (Porcentaje medio: 20).

En cambio, más de la mitad de los que viven con la propia familia o solos en su casa (55 y 53 %, respectivamente) dicen no fumar porque es nocivo a la salud. Apunta aquí posiblemente el sentido de responsabilidad hacia los propios hijos en relación con la salud familiar. Los que viven con varios amigos sólo citan este motivo en el 40 % de los casos.



Los que se llevan mal con su pareja mencionan con mayor frecuencia razones morales y de salud para no fumar (27 y 58 %, respectivamente) que los que se llevan bien con ella (20 y 54 %, respectivamente) (Porcentajes medios: 20 y 52).

Las buenas relaciones con el padre y con la madre (pasadas o/y presentes) van acompañadas de una mayor frecuencia de la abstención del tabaco por motivos de salud (52 y 53 %, respectivamente) que las relaciones malas (conflictivas, de incomprensión o indiferencia) (48 y 45 %, respectivamente). Probablemente la diferencia se explique por una mayor docilidad en los primeros a los consejos de los padres, prescindiendo de si éstos son o no consecuentes con ellos en su propia conducta (Porcentaje medio: 52).

Los que ocupan satisfactoriamente su tiempo libre yendo al cine o al teatro suelen preocuparse más por los efectos nocivos del tabaco (63 %). Los que menos se preocupan de ellos son los que prefieren leer, oír música (41 %) (P. M.: 52).

Los que no tienen ninguna actividad satisfactoria en su tiempo libre (44 %) y los que prefieren las actividades sociales o leer, oír música, etc., son los que más mencionan las motivaciones morales para no fumar (29 y 28 %, respectivamente) (P. M.: 20). Lógicamente, los deportistas son los que menos mencionan estas motivaciones (13 %).

Los que están satisfechos con su trabajo mencionan con más frecuencia (22 %) razones de tipo moral para no fumar que los que no lo están (14 %) (P. M.: 20). En cambio, los que están satisfechos con su trabajo aducen menos motivos de salud (50 %) que los que no lo están (57 %) (P. M.: 52).

Los que participan en asociaciones religiosas aducen motivos morales (33 %, P. M.: 20) y de salud (59 %, P. M.: 52) para no fumar con una frecuencia superior a los que participan en otras asociaciones o no participan en ninguna.

Los que participan en asociaciones deportivas son los que menos mencionan razones de tipo moral para no fumar (12 %), aunque sí mencionan razones de salud por encima de la media (55 %).

3.2.2. Consumo de drogas y motivaciones para abstenerse del tabaco.

Las motivaciones del daño a la salud (55 %) y de las convicciones personales o de tipo moral (21 %) son las que han llevado a abste-

nerse del tabaco a los encuestados que así dicen haberlo hecho en los últimos seis meses, consecuentes, por tanto, con su respuesta de no consumo. (Cfr. cuadro 5.1.4.)

De los que han fumado algo en los últimos seis meses, los que aducen con mayor frecuencia razones de salud para no fumar son lógicamente los que sólo lo han probado o sólo fuman en fiestas. Razones de tipo moral para no fumar son únicamente aducidas por los que han fumado a diario en los últimos seis meses tan sólo en un 17 % de los casos (P. M.: 20). (Véanse los cuadros 3.2.3 * y 5.1.4. *.)

De los que no han tomado haschich en los últimos seis meses el 21 % mencionan razones de tipo moral y el 53 % razones de salud para no fumar tabaco.

Siendo tan bajo el número de los que han tomado haschich en ese período no pueden establecerse comparaciones entre las distintas frecuencias con que lo han tomado y sus motivaciones para no fumar tabaco. Tan sólo cabe señalar al 46 % de los que han probado el haschich en ese período y mencionan el carácter dañino del tabaco como razón para no fumarlo. (Cfr. cuadro 3.2.5 *.)

Siendo tan bajo el número de los consumidores incluso ocasionales de las drogas ilegales o legales aquí omitidas, el análisis de las motivaciones de los mismos para abstenerse del tabaco no tendría valor significativo alguno.

La frecuencia del consumo de alcohol (en los últimos seis meses) está relacionada con el consumo de tabaco. El 85 % de los que fuman a diario beben también alcohol en algún grado. Los que dicen haber tomado alcohol a diario en los últimos seis meses son los que dicen con mayor frecuencia haberse abstenido de fumar por razones morales (18 %) (P. M.: 20). En cambio, los que han tomado alcohol en ese período tres o cuatro veces por semana, mencionan más frecuentemente razones de salud para no fumar (63 %) que los que no lo han tomado nunca (53 %) (P. M.: 52). (Cfr. cuadro 3.2.6 *.)

Hay una ligera relación inversa entre la frecuencia del consumo de tranquilizantes y el consumo de tabaco. Los que menos fuman son los que toman tranquilizantes a diario (57 %), y los que más, los que sólo los han probado (93 %) y los que los toman tres veces al mes (80 %). (Cfr. cuadro 3.2.5 *.)

Más de la mitad de los que toman diariamente tranquilizantes (56 %) mencionan razones morales para no fumar, mientras sólo lo

hace la cuarta parte de los que los toman de una a tres veces al mes (26 %) y el 20 % de los que no los ha tomado nunca (P. M.: 20). El 59 % de los que los toman en situaciones depresivas o de ansiedad, frente al 48 % de los que los toman de una a tres veces al mes, dan como razón para no fumar el daño a la salud (P. M.: 52).

Existe una relación inversa entre la frecuencia con que se toman analgésicos (en los últimos seis meses) y el consumo de tabaco. Los que más fuman son los que sólo han probado los analgésicos (81 %) y los que sólo los han tomado una o dos veces al mes (73 %). Los que menos fuman son los que en ese período han tomado analgésicos a diario (52 %).

Los que toman analgésicos de tres a cinco veces por semana y los que los toman a diario son los más inclinados a indicar razones de salud (71 y 63 %, respectivamente) (P. M.: 52).

Los que los toman a diario son asimismo los más inclinados a indicar razones morales para abstenerse del tabaco (31 %), seguidos por los que sólo los han tomado en situaciones depresivas y por los que no los han tomado nunca en los últimos seis meses (20 %) (P. M.: 20). La convergencia de ambos datos parece indicar cierta propensión hipocondríaca en estos encuestados.

3.2.3. *Variables de situación y motivaciones para abstenerse del alcohol.*

De los que no han tomado alcohol en los últimos seis meses (consecuentes, por tanto, con su respuesta de «no consumo») se han abstenido el 51 % por motivos de su nocividad para la salud, motivación que aducen hasta el 62 % de los que han tomado alcohol en las fiestas, frente al 42 % de los que dicen haberlo probado tan sólo (P. M.: 50).

El 24 % de los que no han tomado alcohol en los últimos seis meses dicen no haberlo hecho por razones morales, frente al 22 % de los que lo toman de tres a siete días a la semana (P. M.: 21).

A un 68 % de los encuestados no se les preguntó acerca de sus motivaciones para abstenerse del alcohol, ya que, según su respuesta a la pregunta 52, lo habían tomado alguna vez durante los últimos seis meses. (Cfr. cuadro 3.2.7 *.)



Sólo el 32 % de las personas dicen no haber tomado nunca alcohol. La mitad de ellos no lo han tomado porque puede perjudicar a la salud. El 21 % no lo toman por convicciones personales de tipo moral. Otra quinta parte no lo hace por diversas causas .

La nocividad del alcohol para la salud es un motivo más frecuente para abstenerse de él entre los hombres (53 %) que entre las mujeres (48 %) (P. M.: 50). (Cfr. cuadro 3.2.2 *.)

También se abstienen ligeramente más los hombres que las mujeres por convicciones morales (23 % frente a 21 %, respectivamente) (P. M.: 21.)

Los encuestados de mayor edad (55-64 años) son los que más aducen (30 %) razones morales para no tomar alcohol, siendo los más jóvenes (15-17) los que menos aducen estas razones (12 %) (P. M.: 21). Cfr. cuadro 3.2.2. * par todo el apartado.)

Existe una moderada relación entre la edad y la frecuencia con que se cita la nocividad a la salud como razón para abstenerse del alcohol, siendo los que más dan esta razón los de 45 a 54 años (56 %), y los que menos los de 21 a 24 años (28 %) (P. M.: 50). Los encuestados de este intervalo de edad son los que con mayor frecuencia dicen no tomar alcohol por tener otras cosas que hacer (25 %). (P. M.: 8).

El vivir con la propia familia (de procreación) parece imbuir a los encuestados de un particular sentido de responsabilidad, que les lleva a citar la nocividad del alcohol a la salud como razón para abstenerse en un 55 por 100 de los casos, mientras sólo hacen otro tanto el 43 por 100 de los que viven solos en casa y el 38 por 100 de los que viven con su familia de origen (P. M.: 50).

En cambio, son los que viven con varios amigos los que más aducen razones morales para no tomar alcohol (36 %), siendo los que menos mencionan estas razones los que viven con sus familias de origen (18 %). (P. M.: 21).

Los que dicen llevarse mal con su pareja mencionan con mayor frecuencia (25 %) los motivos morales para no beber que los que dicen llevarse bien con ella (21 %) (P. M.: 21).

En cambio, son los que dicen llevarse bien con su pareja los que más mencionan como motivo para no beber el daño a la salud (54 %), frente al 50 % de los que dicen llevarse mal con su pareja (P. M.: 50).

Al igual que en el caso del tabaco, los encuestados que dicen tener o haber tenido buenas relaciones con su padre mencionan el daño a



la salud para no beber alcohol con mayor frecuencia (51 %) que los que dicen tenerlas o haberlas tenido malas (40 %), lo cual apunta hacia una mayor permeabilidad a los consejos paternos (P. M.: 50).

En cambio, los que han tenido o tienen malas relaciones con su padre mencionan algo más (24 %) sus convicciones personales —que implican autonomía— que los que han tenido o tienen buenas relaciones con ellos (21 %) (P. M.: 21).

También aquí las buenas relaciones que el encuestado dice haber tenido o tener con su madre va asociado a una mayor frecuencia de la citación del motivo de la salud para no beber (51 %) que la que se da entre los que dicen tener o haber tenido malas relaciones con ella (39 %) (P. M.: 50).

Los que tienen como actividades satisfactorias en su tiempo libre las de tipo social son los que más mencionan sus convicciones personales para no beber (33 %), siendo los que prefieren las actividades deportivas los que menos aducen estas razones (13 %) (P. M.: 21).

La razón de la salud para no beber es aducida ante todo por los que prefieren quedarse en casa sin hacer nada o viendo TV. (61 %) y las actividades deportivas (56 %), siendo los que prefieren las actividades sociales los que menos mencionan esta razón (33 %) (P. M.: 50). También son los que prefieren las actividades deportivas los que más mencionan como razón para no beber el tener otras cosas que hacer (17 %) (P. M.: 8).

La satisfacción en el trabajo está ligeramente asociada a una mayor frecuencia de la motivación moral para no beber alcohol. El 23 % de los satisfechos la aducen frente a sólo el 18 por 100 de los insatisfechos (P. M.: 21).

Entre los que aducen motivos morales para no beber destaca la alta proporción de los que participan en asociaciones religiosas (55 %), seguidos de lejos de los que lo hacen en asociaciones políticas (36 %) (P. M.: 21). Esta correlación evidencia la fuerza de las motivaciones religiosas y morales para abstenerse de la bebida. La importante experiencia de asociaciones como Alcohólicos Anónimos documenta el uso de la fuerza de esta motivación también para dejar la bebida de forma definitiva.

Son, en cambio, los que participan en asociaciones cívico-sociales los que más aducen la razón de que el alcohol es nocivo a la salud (66 %), motivación que sólo menciona el 35 % de los que participan en asociaciones religiosas (P. M.: 50).

Resumiendo cuanto las variables de situación nos han aportado de luz acerca de las motivaciones para abstenerse del tabaco y del alcohol, podemos esbozar un tipo de persona «consumidora de alto riesgo» por pertenecer a aquellas categorías de población menos sensibles a los motivos morales y de daño a la salud para abstenerse de estos productos, menor sensibilidad indicada por su menos frecuente mención de los mismos.

Mientras los hombres son menos sensibles a la motivación moral para abstenerse de fumar, las mujeres son menos sensibles a la motivación de la salud para no fumar y a las motivaciones morales y de salud para no beber.

La edad de mayor riesgo —en cuanto menos sensible a dichas motivaciones— es la de 15 a 17 años, que es la que menos menciona las motivaciones morales y de salud para no fumar y las motivaciones morales para no beber. En cambio, la motivación de salud para no beber es menos mencionada por los encuestados de 21 a 24 años.

La convivencia con la familia de origen (en gran medida propia de la edad calificada como de mayor riesgo) va asociada a una menor mención de las motivaciones morales para no fumar y para no beber. Los que viven solos en su casa parecen los menos sensibles al daño que el alcohol hace a la salud.

Las relaciones conflictivas con la pareja con quien se convive maritalmente van asociadas a una mención menos frecuente del daño a la salud como motivo para abstenerse del alcohol. El riesgo del alcohol en una pareja conflictiva, al menos en algún grado, es obvio.

En cambio, las relaciones armoniosas con la pareja van unidas a una menor mención de las motivaciones morales y de salud para abstenerse del tabaco y de las morales para no beber. La interpretación rigurosa de estos datos requeriría filtrar esta relación por el sexo, ya que las mujeres fuman menos que los hombres y las motivaciones mencionadas o silenciadas podrían tener un valor proyectivo.

Las malas relaciones con el padre y con la madre van acompañadas de una menor mención del motivo de la salud para abstenerse de fumar y de beber, lo que parece indicar la existencia de un mecanismo de rechazo de los consejos parentales.

Los que prefieren practicar el deporte en su tiempo libre son los que menos mencionan las convicciones personales para no fumar y para no beber, lógicamente por ser para ellos un valor prioritario la salud.

Los que prefieren leer y oír música, etc., son los que menos men-

cionan el daño a la salud para abstenerse de fumar —tal vez porque hacen del cigarrillo su acompañamiento habitual—, mientras que los que menos consideran el daño a la salud para no beber son los que prefieren dedicarse a las actividades cívico-sociales (que en cambio son los que más mencionan sus convicciones morales para no beber).

La insatisfacción con el propio trabajo va unida a la mención menos frecuente de motivos morales para abstenerse de fumar y beber. Pero los satisfechos con su trabajo mencionan menos que los insatisfechos el motivo de la salud para abstenerse de fumar. Parece, por tanto, que el riesgo del alcohol es un hecho de alguna entidad entre los que expresan insatisfacción con su trabajo.

Finalmente, como ya hemos observado, el asociacionismo religioso va estrechamente unido a la mención de motivaciones morales para no beber y de motivaciones morales y de salud para no fumar.

3.2.4. *Consumo de drogas y motivaciones para abstenerse del alcohol.*

Más de la mitad de los que dicen no haber fumado nunca en los últimos seis meses y hasta el 83 % de los que han fumado unas tres veces al mes en este tiempo aducen como motivo para abstenerse del alcohol el que es nocivo para la salud, motivo que sólo aduce el 37 % de los que dicen haber fumado a diario (P. M.: 50). Parece evidente la modificación de las actitudes por la conducta consumidora. (Cfr. cuadro 3.2.11 *.)

El diferente grado de consumo del tabaco no hace variar las frecuencias con que se citan las convicciones personales para no beber.

Son los encuestados que recurren a los tranquilizantes en situaciones de ansiedad y depresivas los que más mencionan (60 %) que el alcohol hace daño a la salud como motivo para abstenerse de él. Los que consumen tranquilizantes a diario sólo mencionan este motivo en un 36 % de los casos (P. M.: 50). (Cfr. cuadro 3.2.14 *.)

Resumiremos ahora la influencia del consumo de las distintas drogas en las motivaciones para abstenerse del tabaco y del alcohol. (Cfr. cuadros 3.2.5. *, 3.2.14 *, 3.2.4 * y 3.2.9 *.)

La nocividad del tabaco para la salud es una motivación de notable impacto no sólo entre los abstemios, sino también entre aquellos que fuman ocasionalmente sin sucumbir al hábito. En cambio,

las convicciones personales de tipo moral son de mucho menor incidencia y de dudosa eficacia.

El consumo de haschich no parece guardar sino una ligera relación con las motivaciones para abstenerse del tabaco. Sus consumidores mencionan con una frecuencia inferior a la media (46 %, P. M.: 52) el daño que el tabaco causa a la salud como razón para abstenerse del mismo.

En general, es demasiado bajo el número de consumidores de la mayoría de las drogas legales e ilegales detectados por la encuesta como para poder analizar el posible impacto de ese consumo sobre las motivaciones de esos consumidores para no fumar.

Sin embargo, los consumidores habituales de alcohol (2-5 veces por semana) valoran por encima de la media las razones de salud para abstenerse del tabaco (63 %) (P. M.: 52).

Los consumidores diarios de tranquilizantes están fuertemente motivados para abstenerse de fumar por sus convicciones personales. Quizá a ello subyazca una condición angustiosa. En cambio, los consumidores diarios de analgésicos están motivados para no fumar tanto por razones morales como por las consecuencias dañinas del tabaco para la salud. Podría conjeturarse aquí la existencia de una prescripción médica que lo ha desaconsejado o prohibido, aparte de una posible condición ansiosa o hipocondríaca.

Los fumadores esporádicos (tres veces al mes) son especialmente sensibles al daño que el alcohol produce en la salud para abstenerse de beber (23 %, P. M.: 50). En el extremo opuesto, de escasa sensibilidad, se sitúan los fumadores diarios (37 %, P. M.: 50). La falta de coincidencia entre los consumos de alcohol y tabaco sugiere la existencia de una actitud generalizada con un bajo umbral común de sensibilidad respecto del daño a la salud que el fumador habitual ha traspasado hace tiempo.

3.2.5. *Motivaciones para abstenerse del haschich.*

Las dos principales razones para no tomar haschich son las convicciones personales de tipo moral y porque puede perjudicar a la salud.

De los que no sólo han probado el haschich en los últimos seis



CUADRO 3.2.15.

SI NO HA TOMADO NUNCA HASCHICH, ¿CUAL HA SIDO LA RAZON MAS PARECIDA A SU RAZON PARA NO TOMARLO?

	<i>Con N.R.</i>	<i>Sin N.R.</i>	<i>N.º</i>
1. Por convicciones personales (de tipo moral)	22,5	36,5	450
2. Pueden perjudicar a la salud	22,3	36,0	446
3. Es ilegal	2,0	3,2	40
4. No puedo conseguirlo	0,5	0,7	9
5. Temo las consecuencias si se enteran en mi casa	0,4	0,6	8
6. Mis padres no lo aprueban	0,2	0,3	4
7. Prefiero hacer otras cosas	5,9	9,5	117
8. Otras causas	8,2	13,2	164
0. No compete	38,0	—	759
			(1.997)

meses se han abstenido el 33 % por motivos de su nocividad a la salud. (Cfr. cuadro 3.2.17 *.)

El sexo no introduce diferencia apreciable en la frecuencia con que se aducen razones morales para no tomar haschich. Los hombres, en cambio, citan el daño a la salud para no tomarlo con más frecuencia (38 %) que las mujeres (34 %) (P. M.: 36).

Hasta un 42 % de los hombres y un 34 % de las mujeres no contestan a esta pregunta, lo cual no implica que estas personas sean consumidoras de haschich ya que sabemos por el cuadro 3.2.16 * que el número de consumidores no pasa del 20 %. La diferencia supone un 18 % del total. Dada la natural resistencia de muchos encuestados a sincerarse por tratarse del consumo de una droga ilegal, la cifra más cercana a la realidad deberá alcanzar un valor intermedio difícil de precisar, pero sin duda no inferior al 25 % de los encuestados. (Cfr. cuadro 3.2.2 *.)

La frecuencia con que se aducen razones morales para no tomar haschich crece con la edad de los encuestados, siendo hasta el 49 % de los de 55 a 64 años los que las aducen, frente a sólo el 20 % de los de 15 a 17 años (P. M.: 36).

El intervalo de 21 a 24 años es el que menos aduce el daño a la salud como razón para abstenerse del haschich (27 %), por lo que

se insinúa como eventual grupo de alto riesgo, siendo los encuestados de 15 a 24 años los que más aducen esta razón (42 %) (P. M.: 36).

También son los más jóvenes los que con mayor frecuencia dicen abstenerse del haschich porque tienen otras cosas que hacer (el 18 % de los de 15 a 17 años) (P. M.: 10).

Los que viven solos en una pensión seguidos de los que viven con su propia familia (de procreación) (39 %) son los que más frecuentemente mencionan el daño a la salud como razón para no tomar el haschich (P. M.: 36).

GRAFICO 3.1

Razones morales y de salud para abstenerse del hachís según edad y según buenas relaciones con los padres (frecuencias más altas)

RAZONES	EDAD	RELACIONES		
		PADRE	M ADRE	
MORALES	55.64	8	8	
	49	37	37	
SALUD	15.17 y 21.24	8	8	%
	42	37	36	



El llevarse bien o mal con la pareja con quien se convive maritalmente no influye en la frecuencia con que se aducen motivos morales o de salud para abstenerse de tomar haschich.

Los que tienen o han tenido buenas relaciones con sus padres

citan el motivo del daño a la salud y las convicciones personales para no tomar haschich con mayor frecuencia (37 %) que los que dicen haber tenido o tener malas relaciones con su padre (32 y 33 %, respectivamente) (P. M.: 36 en ambos casos). (Véase el gráfico 3.1.)

En cambio, son los que han tenido o tienen malas relaciones con su padre los que más mencionan como razón para abstenerse del haschich el tener otras cosas que hacer (13 % frente al 9 % de los que las han tenido buenas) (P. M.: 10).

También existe diferencia notable entre los que han tenido buenas y los que han tenido malas relaciones con su madre. Los primeros mencionan con mayor frecuencia que los segundos razones de tipo moral y de la salud para abstenerse del haschich (37 y 36 % frente al 31 %) (P. M.: 36).

Los que dicen no tener ninguna actividad satisfactoria en su tiempo libre y los que prefieren ir al cine y al teatro son los que más mencionan las convicciones personales como motivo para no tomar haschich (47 %), siendo los que prefieren las actividades sociales e ir a bares y «pubs» los que menos mencionan este motivo (30 y 31 %) (P. M.: 36).

Por el contrario, son estos dos últimos grupos los que más mencionan el motivo del daño a la salud para abstenerse del haschich no tener actividad satisfactoria alguna en su tiempo libre (23 % 42 %), siendo los que menos mencionan esta razón los que dicen (P. M.: 36).

Los que prefieren las actividades deportivas y las sociales son los que más mencionan como razón para abstenerse del haschich el que «tienen otras cosas que hacer» (15 y 12 %, respectivamente) (P. M.: 10).

Son, por tanto, razones de salud, más bien que de orden moral, las que hacen mayor fuerza a un grupo que, por otros capítulos, sabemos es de alto riesgo, como es el de los frecuentadores de bares y «pubs», observación ésta de indudable importancia en un programa de educación preventiva.

No existe diferencia apreciable entre los que están satisfechos (36 %) y los que están insatisfechos (37 %) con su trabajo en cuanto a la frecuencia con que se mencionan motivos morales y de daño a la salud para no tomar haschich (36-37 % y 36-36 %, respectivamente) (P. M.: 36).

Los que están satisfechos con su trabajo, en cambio, dicen con mayor frecuencia que los que no lo están (11 frente a 6 %) que



se abstienen del haschich «porque tienen otras cosas que hacer» (P. M.: 10).

Los que no participan en ninguna asociación y los que lo hacen en las deportivas son los que más citan el motivo del daño a la salud para no tomar haschich (39 %), siendo los que prefieren las asociaciones religiosas los que menos mencionan esta razón (20%) (P. M.: 36).

En cambio, hasta el 60 % de los que participan en asociaciones religiosas citan motivos morales para abstenerse del haschich. Les sigue el 43 % de los que participan en asociaciones culturales y cívico-sociales. Los que menos mencionan estos motivos son los que participan en asociaciones deportivas (29 %), normalmente frecuentadas por jóvenes (P. M.: 36).

Estos datos sugieren por sí solos: 1.º La importancia del asociacionismo deportivo unido a la ya mencionada fuerza persuasiva de la apelación al peligro que para la salud supone el consumo de haschich. 2.º La importancia asimismo del asociacionismo religioso en la misma labor preventiva.

El encuestado que aparece menos explícito y, presumiblemente, menos sensible a las motivaciones o valores morales y de salud para abstenerse del haschich, tiene los siguientes rasgos, que se desprenden de sus respuestas a las variables de situación.

Las mujeres mencionan menos que los hombres el daño del haschich a la salud como motivo para abstenerse de él.

Los jóvenes de 15 a 17 años son los que dan menos importancia a las motivaciones morales, y los de 21 a 24, a la motivación de preservar la salud para abstenerse del haschich. También, como en el caso del alcohol y el tabaco, la convivencia con la familia de origen —lo normal a la edad de 15 a 17 años— va asociada a una mención menos frecuente de las motivaciones morales para abstenerse del haschich. Los que viven solos en su casa son los que menos mencionan el motivo de la salud.

La cualidad armoniosa o conflictiva de las relaciones de pareja no parece influenciar la frecuencia con que se citan las motivaciones para abstenerse del haschich.

En cambio, las relaciones conflictivas que se han tenido o que actualmente se tienen con el padre y con la madre están asociadas a una menor mención y, consiguientemente, a una menor consideración de las principales motivaciones para abstenerse del haschich. Es este uno de los puntos más claros de la personalidad de alto riesgo que viene a confirmar cuanto han establecido otros estudios.

Los que carecen de toda actividad satisfactoria en su tiempo libre y los que se dedican a actividades cívico-sociales son los que menos consideran las motivaciones de salud y de tipo moral, respectivamente, para abstenerse del haschich. Los que se dedican a actividades cívico-sociales en su tiempo libre, sin embargo, son los que más citan las motivaciones de salud.

Finalmente, los que pertenecen a asociaciones deportivas son los que menos mencionan las motivaciones morales para abstenerse del haschich, siendo los que más las mencionan los afiliados a asociaciones religiosas. Estos mismos, en cambio, son los que menos importancia conceden a la motivación de la nocividad del haschich para la salud.

Los que sólo fuman en las fiestas (48 %) son los que más aducen como razón para no tomar haschich el que hace daño a la salud (P. M.: 36).

Citan con mayor frecuencia, en cambio, razones morales para no tomar haschich los que sólo lo han probado (47 %) (P. M.: 36).

Veamos ahora el influjo del consumo del alcohol sobre las motivaciones para consumir haschich. Los que sólo han probado el alcohol alguna vez (42 %) son los que más aluden al daño a la salud como motivo para abstenerse del haschich. Sólo citan este motivo, en cambio, el 30 % de los que consumen alcohol una o dos veces al mes (P. M.: 36). No toman haschich por razones morales el 40 % de los que nunca han tomado alcohol y el 37 % de los que beben a diario. Mencionan, en cambio, este motivo tan sólo el 27 % de los que beben una o dos veces al mes (P. M.: 36). Cfr. cuadro 3.2.18 *.)

En resumen, en torno a la tercera parte de los que beben al menos con alguna frecuencia aducen el daño a la salud o sus convicciones personales como motivo para abstenerse del haschich, una proporción ligeramente inferior a la proporción de los que no beben. El alcohol, por tanto, está relacionado con una debilidad motivacional para abstenerse del haschich.

Este hallazgo rima bien con el hecho de que, como la fila de los NC/NR nos permite descubrir, existe una relación directa, no lineal, entre la frecuencia del consumo de alcohol y el consumo de haschich.

El 46 % de los que han tomado barbitúricos de una a tres veces al mes (en los últimos seis meses) mencionan razones morales, mientras que sólo el 23 % de los mismos mencionan el daño a la salud



como razón para abstenerse del haschich (P. M.: 36). (Cfr. cuadro 3.2.10 *.)

Por el contrario, los consumidores de analgésicos mencionan el daño a la salud (48 %) con alguna mayor frecuencia que las razones morales para abstenerse del haschich. El 41 % de los que los toman cuando está deprimidos lo hacen.

El 50 % de los que toman tranquilizantes cuando están deprimidos citan sus convicciones personales como motivo para no tomar haschich, lo que sólo hace el 26 % de los que los toman tres o más veces por semana (P. M.: 36). La frecuencia con que se aduce el daño a la salud para no tomar haschich crece con la frecuencia del consumo de tranquilizantes, aduciéndolo hasta un 39 % de los que los toman tres o más veces por semana.

En general, y a falta de un número suficiente de sujetos con que poder afirmarlo de forma estadísticamente significativa, parece que el consumidor de medicamentos es parco en aducir motivaciones de daño a la salud y morales a la hora de razonar su abstención del haschich, si bien es más frecuente su mención de las segundas que de la primera, quizá porque inconscientemente trata de justificar su propio uso excesivo de fármacos.

3.2.6. *Motivaciones para abstenerse de «otras drogas ilegales».*

Como puede verse en el cuadro adjunto, también aquí las dos motivaciones principales para no tomar drogas ilegales tales como LSD, cocaína, opiáceos, etc., son: 1.º «Porque puede perjudicar la salud» (37 %), y 2.º «Por convicciones personales de tipo moral» (34 %).

CUADRO 3.2.20.

SI NO HA TOMADO NUNCA ALGUNA OTRA DROGA ILEGAL (LSD, COCAINA, OPIACEOS, ETC.), ¿CUAL HA SIDO LA RAZON MAS PARECIDA PARA NO TOMARLO? (Pregunta 61)

	Con N.R.	Sin N.R.	N.º
1. Por convicciones personales (de tipo moral)	25,1	34,3	501
2. Pueden perjudicar a la salud	27,0	37,0	540
3. Es ilegal	2,4	3,3	48
4. No puedo conseguirlo	0,9	1,2	18
5. Temo las consecuencias si se enteran en mi casa	0,6	0,8	12
6. Mis padres no lo aprueban	0,3	0,3	5
7. Prefiero hacer otras cosas	7,0	9,5	139
8. Otras causas	9,8	13,4	196
0. No compete	26,9	—	538
			(1.997)

Los hombres aducen con alguna mayor frecuencia que las mujeres el daño a la salud como motivo para abstenerse de las drogas ilegales (39 frente a 35 %) (P. M.: 37), tal vez por haberlo experimentado más que aquéllas. El 30 % de los hombres, frente al 24 % de las mujeres, al no responder a la pregunta 61, se insinúan como eventuales consumidores de «otras drogas ilegales», pero el agudo contraste con los datos ya conocidos sobre consumo aconseja ver en la mayoría simples No Responden junto a los No Compete. El sexo no introduce, en cambio, diferencias en la frecuencia con que los encuestados aducen razones morales para no haber tomado «otras drogas ilegales» distintas del haschich (Cfr. cuadro 3.2.2. *).

A medida que avanza la edad de los encuestados, éstos aducen con mayor frecuencia sus convicciones personales como motivo para no tomar «otras drogas ilegales». Así citan esta razón hasta el 50 % de los encuestados de 55 a 64 años (P. M.: 34). En cambio, la frecuencia con que se aduce el daño a la salud decrece de los 17 a los 24 años, para volver a crecer a partir de los 25 años y volver a decrecer entre los 55 y los 64 años. Son los encuestados de 35 a 44 años los

que más mencionan esta razón para no consumir «otras drogas ilegales» (41 % frente al 31 % de los de 21 a 24 años) (P. M.: 37). Los encuestados más jóvenes son los que más mencionan, en cambio, el «tener otras cosas que hacer» como razón para abstenerse de las «otras drogas ilegales» (17 %). En general, estos datos siguen con bastante exactitud la lógica inserta en los hitos del ciclo vital del individuo y de la familia. Cuando se teme que un hijo pueda llegar a ser víctima de la drogadicción se acentúa la mención del daño a la salud. Cuando este peligro ya ha desaparecido y se contempla el problema en toda su amplitud humana y social, aumenta la mención de las razones de tipo moral.

Los que viven solos en una pensión y los que viven con su propia familia (de procreación) son los que con mayor frecuencia (60 y 40 %, respectivamente) aducen como razón para no tomar «otras drogas ilegales» el que son dañinas a la salud. Los que menos aducen esta razón son los que viven con varios amigos (10 %) (P. M.: 37), quizá porque el grupo facilita un acceso eventual a la droga al tiempo que facilita la elaboración de un discurso de plausibilidad y legitimidad sobre su eventual consumo.

También los que viven en la propia familia y los que viven solos en su casa (40 %) son los que con mayor frecuencia citan razones morales para no consumir drogas ilegales. Los que menos citan estas razones son los que viven con varios amigos (28 %) (P. M.: 34). Los que viven con varios amigos son asimismo los que más citan como razón para no tomar drogas ilegales en que «tienen otras cosas que hacer» (22 %) (P. M.: 10).

El llevarse bien o mal con el cónyuge o pareja no introduce diferencia apreciable en las frecuencias con que se aducen razones morales o de daño a la salud para no tomar «otras drogas ilegales».

Los que han tenido o tienen buenas relaciones con su padre y con su madre mencionan con mayor frecuencia que los que las han tenido o tienen conflictivas razones morales para abstenerse de las «otras drogas ilegales» (36 y 35 % frente al 30 %, respectivamente) (P. M.: 34).

El 42 % de los que no tienen ninguna actividad satisfactoria en su tiempo libre y de los que prefieren ir al cine y al teatro aducen razones morales para abstenerse de las drogas ilegales, lo que sólo hacen el 25 % de los que prefieren las actividades sociales, diferencia para la que no se ve justificación aparente (P. M.: 34).

Los que aducen con mayor frecuencia el daño a la salud como motivo para no tomar otras drogas ilegales son los que prefieren las actividades sociales (44 %). Los que menos aducen esta razón son los que no tienen ninguna actividad satisfactoria en su tiempo libre (23 %). (P. M.: 37).

El hecho de estar o no satisfecho con el propio trabajo no implica diferencia apreciable en la frecuencia con que se mencionan razones morales y el daño a la salud como motivos para no tomar «otras drogas ilegales». Los que están satisfechos con su trabajo, en cambio, dicen abstenerse de las drogas ilegales «por tener otras cosas que hacer» casi el doble número de veces que los que están insatisfechos con él (11 frente a 6 %) (P. M.: 10).

La participación en asociaciones religiosas va estrechamente unida a la mención de razones morales para abstenerse de «las otras drogas ilegales» (64 %), sólo mencionadas por el 30 % de los que participan en asociaciones formativo-recreativas (P. M.: 34).

En cambio, como era de esperar, los que más mencionan el daño a la salud como motivo de la abstención son los que participan en asociaciones deportivas: 45 %. Los que menos, los que participan en asociaciones religiosas: 21 % (P. M.: 37).

«Porque prefieren hacer otras cosas» dicen abstenerse ante todo de las «otras drogas ilegales» los que participan en asociaciones políticas (20 % frente al 9 % de los que participan en asociaciones culturales o no participan en ninguna) (P. M.: 10).

En resumen, aparecen como mayores «riesgos» o más expuestos a incidir en el consumo de drogas ilegales: los hombres ligeramente más que las mujeres, los jóvenes de 15 a 17 y de 21 a 24 años, los que viven con amigos y los que han tenido o tienen relaciones conflictivas con el padre o con la madre.

Aparecen como especialmente motivados contra el consumo de «otra drogas ilegales» los que pertenecen a asociaciones religiosas y deportivas, las personas mayores de 35 años, los que viven solos en una pensión (tal vez su indefensión les vuelve más cautos) y los que han tenido o tienen relaciones positivas o confiadas con sus padres.

Los que conviven con varios amigos presentan, sin embargo, como motivación contraria al consumo de «otras drogas ilegales» el «tener otras cosas que hacer» con una frecuencia muy superior a la media (22 %) (P. M.: 10).

Examinemos ahora si el consumo de las distintas drogas corre-

laciona con las motivaciones para abstenerse de las «otras drogas ilegales» (Cfr. cuadro 3.2.21 *.)

Los que sólo han probado el tabaco y los que sólo fuman en las fiestas son los que con mayor frecuencia citan sus convicciones personales (43 %) como motivo para no tomar «otras drogas ilegales». En el otro extremo, sólo citan esta razón el 28 % de los que fuman los fines de semana (P. M.: 34).

El daño a la salud como motivo para abstenerse de las «otras drogas ilegales» es mencionado ante todo por los que sólo fuman en las fiestas (46 %) o los fines de semana (39 %). Este motivo sólo lo citan el 24 % de los que fuman de tres a cinco veces por semana (P. M.: 37). Por tanto, según los datos insuficientes de que disponemos, parece que la importancia que conceden a estas dos principales motivaciones para abstenerse del consumo de drogas ilegales los fumadores está en razón inversa a la frecuencia del consumo de tabaco.

Particular interés tiene el examen de la incidencia del consumo de haschís en las motivaciones negativas del consumo de «otras drogas ilegales». Curiosamente son, por una parte, los que toman haschich los fines de semana (56 %), y, por otra, los que lo toman a diario (46 %), los que conceden mayor importancia al daño a la salud como razón para abstenerse de las «otras drogas ilegales». En cambio, sólo el 20 % de los que lo toman tres veces al mes mencionan esa razón (P. M.: 37). Tales datos apuntan a una ritualización del consumo de haschich de fines de semana que implica un notable grado de control por parte de los consumidores, congruente con un bajo umbral de alerta al peligro de las «otras drogas ilegales» para la salud. El mismo fenómeno de alerta —aunque aquí el umbral es más alto— aparece en el consumidor cotidiano de haschich, del que no se puede prever que «saltará» *fácilmente* al consumo de las «otras drogas ilegales». (Cfr. cuadro 3.2.22 *.)

Los que aducen con mayor frecuencia sus convicciones personales como razón para no tomar otras drogas ilegales son los que no han tomado nunca haschich (39 %) y los que sólo lo han probado (29 %). Los que menos aducen esa razón son los que toman haschich de tres a cinco veces por semana (15 %) (P. M.: 34).

En la labor preventiva, por tanto, es la motivación del daño a la salud que las «otras drogas ilegales» producen la que más debe fomentarse, dada su eficacia incluso entre los consumidores habituales de haschich.

Los que beben alcohol sólo en las fiestas (39 %) son los que con mayor frecuencia citan sus convicciones personales para no tomar «otras drogas ilegales» (P. M.: 34).

Los que sólo han probado el alcohol (46 %) son los que más mencionan el daño a la salud como razón para tomar «otras drogas ilegales». Los que menos mencionan este motivo son los que toman alcohol de una a tres veces al mes (23 %) (P. M.: 37). Crece, por tanto, la importancia que se concede a estas dos motivaciones en razón inversa a la frecuencia con que se consume alcohol.

Con las reservas ya comentadas acerca de los datos indirectos sobre consumo, a mayor frecuencia en la ingestión de barbitúricos, mayor proporción de consumo de drogas ilegales distintas del haschich. El 63 % de los que toman barbitúricos a diario, frente al 42 % de los que los toman tres veces al mes, han consumido en algún grado alguna droga ilegal distinta del haschich (P. M.: 27).

A mayor frecuencia en la toma de barbitúricos, más frecuente mención de motivos morales y de salud para abstenerse de las drogas ilegales distintas del haschich.

A mayor frecuencia de consumo de tranquilizantes, mayor proporción de consumo de drogas ilegales distintas del haschich, con las reservas ya aludidas.

Los que han tomado tranquilizantes en situaciones de ansiedad son los que más citan sus convicciones morales para no tomar «otras drogas ilegales» (45 %), siendo los que sólo los han probado los que menos citan estas convicciones (20 %) (P. M.: 34).

Los que han tomado tranquilizantes tres veces al mes (45 %) y los que los han tomado tres o más veces por semana (44 %) son los que más citan el daño a la salud como motivo para no tomar «otras drogas ilegales», siendo los que han tomado tranquilizantes en situaciones depresivas los que menos mencionan este motivo (16 %) (P. M.: 37).

A mayor frecuencia en el consumo de anfetaminas, mayor proporción de consumidores de otras drogas ilegales distintas del haschich, con las reservas ya mencionadas.

El 29 % de los que han tomado anfetaminas de una a tres veces al mes (en los últimos seis meses) y el 39 % de los que sólo las han probado citan, respectivamente, sus convicciones personales y el daño que hacen a la salud como motivos para abstenerse de «otras drogas ilegales» (P. M.: 34 y 37, respectivamente).

Los que toman analgésicos sólo en situaciones anímicas especia-

les, vgr. depresivas, y los que no los han tomado nunca son los que más mencionan (42 y 38 %, respectivamente) sus convicciones personales como motivo para abstenerse de las «otras drogas ilegales» (P. M.: 34). Más frecuente es, en cambio, la mención del daño a la salud para abstenerse de las «otras drogas ilegales» entre los que toman analgésicos de tres a cinco veces por semana (45 %) y menos entre los que los toman en situaciones depresivas, etc. (29 %) (P. M.: 37).

En resumen, la mención más frecuente de las convicciones personales como motivo para abstenerse de las «otras drogas ilegales» es la de los consumidores de tranquilizantes (45 %) y barbitúricos (44 %) y la menos frecuente la de los consumidores de anfetaminas y haschich (29 %). (P. M.: 34).

La frecuencia de la mención de este motivo por los consumidores de haschich decrece al crecer la frecuencia del consumo de haschich, alcanzando sólo el 15 % de los que lo consumen habitualmente (tres-cinco veces por semana). Cfr. cuadros 3.2.21 * y 3.2.22 *.)

Lo contrario ocurre con la frecuencia con que se menciona el daño a la salud causado por las drogas ilegales como motivo para abstenerse de ellas. Los consumidores de anfetaminas y haschich (concretamente los que toman haschich los fines de semana) son los que más mencionan este motivo (55 y 56 %, respectivamente), y los que menos lo hacen son los consumidores de barbitúricos (30%) (P. M.: 37).

Las conclusiones que parecen desprenderse de estos datos de cara a una prevención del consumo de drogas ilegales entre los consumidores actuales de haschich y anfetaminas son obvias.

También tiene evidentes connotaciones pedagógicas la alta frecuencia con que los consumidores «festivos» de haschich dicen no consumir «otras drogas ilegales» «por tener otras cosas que hacer» (38 %) (P. M.: 10).

3.2.7. *Motivaciones para abstenerse de «medicamentos».*

Como se ve en el cuadro adjunto, casi la mitad de los no consumidores se han abstenido de tomar alguno de los medicamentos indicados porque «pueden perjudicar a la salud». Algo menos de una cuarta parte dan como razón para no tomarlos sus convicciones personales de tipo moral.

CUADRO 3.2.23.

SI NO HA TOMADO NUNCA ALGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS (TRANQUILIZANTES, SEDANTES, ETC.), ¿CUAL HA SIDO LA RAZON MAS PARECIDA A SU RAZON PARA NO TOMARLO?

	Con N.R.	Sin N.R.	N.º
1. Por convicciones personales (de tipo moral)	14,0	23,2	280
2. Pueden perjudicar a la salud	27,5	45,6	550
3. Es ilegal	0,2	0,2	3
4. No puedo conseguirlo	0,1	0,2	2
5. Temo las consecuencias si se enteran en mi casa	0,3	0,4	5
6. Mis padres no lo aprueban	0,2	0,2	3
7. Prefiero hacer otras cosas	4,4	7,3	88
8. Otras causas	13,8	22,9	276
0. No compete	39,6	—	790
			(1.997)

Mientras las mujeres aducen con alguna mayor frecuencia que los hombres sus convicciones personales para no tomar medicamentos (25 frente a 22 %) (P. M.: 23), son los hombres los que mencionan algo más que las mujeres como razón para abstenerse el que los medicamentos son nocivos a la salud (47 frente a 45 %) (P. M.: 46). (Cfr. cuadro 3.2.2 *.)

Al crecer la edad aumenta la frecuencia con que se citan las convicciones personales para abstenerse de «medicamentos».

Los que menos citan el daño a la salud como motivo para no tomar medicamentos son los encuestados de 21 a 24 años (39 %). Los que más lo citan son los de 35 a 44 años (49 %). Los encuestados de 21 a 24 años destacan también por este capítulo, una vez más, como «grupo de alto riesgo» (P. M.: 46).

Los que viven solos en su casa son los que más citan razones morales para no tomar medicamentos (27 %), siendo los que viven con su familia de origen los que menos los citan (17 %) (P. M.: 23). El daño a la salud, en cambio, es ante todo mencionado por los que viven solos en una pensión (56 %), siendo los que viven con varios amigos los que menos lo mencionan (32 %) (P. M.: 46).

El llevarse bien o mal con el cónyuge no está asociado a la frecuencia con que se citan el daño a la salud ni razones morales para no tomar «medicamentos».

Los que tienen o han tenido buenas relaciones con su padre citan con mayor frecuencia (26 %) sus convicciones personales como motivo para no tomar «medicamentos» que los que las han tenido o tienen malas (16 %) (P. M.: 23). Otro tanto sucede a los que han tenido buenas relaciones con su madre. En ambos casos parece tratarse de una socialización eficaz en ciertos valores o contenidos morales.

Los que más citan razones morales para no tomar «medicamentos» son los que dicen no tener ninguna actividad satisfactoria en su tiempo libre (46 %); los que menos, los que prefieren las actividades sociales (15 %) (P. M.: 23).

Los que prefieren las actividades sociales (55 %) y frecuentar el cine y el teatro (53 %) son los que más citan el daño a la salud como motivo para abstenerse de «medicamentos» (P. M.: 46 %). Los que menos lo citan son los que no tienen actividad satisfactoria alguna en su tiempo libre (23 %). Quizá pueda verse aquí el efecto informativo benéfico de los medios de comunicación social.

La satisfacción o insatisfacción con el propio trabajo no introduce diferencias en la frecuencia con que se cita el daño a la salud como motivo para abstenerse de «medicamentos». Los que están satisfechos con su trabajo, en cambio, citan más que los insatisfechos con él sus convicciones personales como motivo para no tomar medicamentos (25 frente a 21 %) (P. M.: 23).

Los que participan en asociaciones religiosas son los que con mayor frecuencia citan razones morales para no tomar medicamentos (43 %) (P. M.: 23), mientras que son los que participan en asociaciones deportivas y cívico-sociales los que más citan razones de salud para no tomarlos (52 %) (P. M.: 46).

En resumen, los encuestados de 21 a 24 años parecen correr mayor riesgo de abusar de los «medicamentos» por su menor sensibilidad al daño para la salud que suponen los mismos. Este riesgo aumenta si el encuestado vive con varios amigos o con la familia de origen. También es mayor el riesgo de los que han tenido o tienen malas relaciones con su padre o/y con su madre por su menor sensibilidad a las razones de tipo moral para no tomar «medicamentos». La insatisfacción con el propio trabajo, el ser mayor de 34 años, el vivir solo en su propia casa o en una pensión (quizá porque la situación de relativa indefensión lleva a extremar las cautelas) y el haber tenido o tener relaciones positivas con los padres, son todos ellos factores asociados a un menor riesgo de abuso de «medicamentos».

A continuación se analiza la influencia del consumo de las distintas drogas en las motivaciones para abstenerse de «medicamentos». (Cfr. cuadro 3.2.24 *.)

Los que sólo han fumado en los últimos seis meses una o dos veces al mes son los que más mencionan sus convicciones personales como motivo para no tomar medicamentos (50 %). Los que menos mencionan este motivo son los que han fumado a diario (14 %) (P. M.: 23).

Los que han fumado en las fiestas (55 %) son los que más mencionan que los medicamentos son nocivos para la salud como motivo para no tomarlos, siendo los que han fumado una o dos veces al mes en los últimos seis meses los que menos mencionan este motivo (25 %) (P. M.: 46).

La frecuencia con que se consume haschich está moderadamente relacionada con el consumo de medicamentos (tranquilizantes, anfetaminas, etc.). Así, por ejemplo, el 31,4 % de los que toman haschich a diario consumen también tranquilizantes en algún grado, según consta por la tabla 2.12.1 *, ya estudiada en el capítulo sobre el consumo.

El 28 % de los que lo han probado citan sus convicciones personales como motivo para no tomar medicamentos (P. M.: 23).

Los que toman haschich los fines de semana son los que más mencionan el motivo del daño que hacen a la salud para no tomar medicamentos (56 %). Sólo mencionan este motivo el 29 % de los que toman haschich en las fiestas (P. M.: 46).

Según la fila de NR/NC, hay una moderada y compleja relación entre la frecuencia del consumo de alcohol (en los últimos seis meses) y el consumo de medicamentos. La relación primero es directa y luego se invierte, siendo el punto de inflexión el consumo de alcohol tres o cuatro veces por semana. En cambio, la relación es simplemente inversa según los datos directos sobre el consumo.

Los que han tomado alcohol sólo en las fiestas (55 %) son los que más mencionan que los medicamentos hacen daño a la salud como razón para abstenerse de ellos, siendo los que las toman tres veces al mes los que menos mencionan este motivo (26 %) (P. M.: 46).

Los que nunca han tomado alcohol o sólo en las fiestas son los que más mencionan sus convicciones personales como razón para no tomar medicamentos (29 % y 24 %, respectivamente), siendo los que menos mencionan este motivo los que toman alcohol tres o cuatro veces por semana (14 %) (P. M.: 23).

Existe una relación directa entre la frecuencia del consumo de LSD y el consumo de medicamentos tales como tranquilizantes, anfetaminas, etc. Hasta un 83 % de los que toman LSD de una a tres veces al mes consumen estos medicamentos (base: 6).

El 38 % de los que han probado el LSD, frente al 44 % de los que nunca lo han tomado, mencionan como motivo para no tomar medicamentos el que son nocivos a la salud (P. M.: 46).

En general, a mayor frecuencia en el consumo de barbitúricos, mayor consumo de medicamentos.

El 63 % de los que toman barbitúricos de una a tres veces al mes, frente al 44 % de los que no los han tomado nunca, dicen que los medicamentos son nocivos a la salud como razón para no tomarlos (P. M.: 46).

Existe una relación curvilínea entre la frecuencia del consumo de tranquilizantes en los últimos seis meses y el consumo de medicamentos en general, situándose el punto de inflexión (a partir del cual la relación se invierte) en el consumo de tranquilizantes tres o cuatro veces por semana.

El 73 % de los que toman tranquilizantes de una a tres veces al mes, frente al 50 % de los que sólo los han probado, mencionan el daño a la salud como motivo para no tomar medicamentos (P. M.: 46).

A mayor frecuencia en el consumo de anfetaminas, mayor consumo de «medicamentos». Las situaciones deprevisas ofrecen un caso límite, siendo el 100 por 100 de los que toman anfetaminas en esas ocasiones los que asimismo consumen otros «medicamentos».

El 50 % de los que han probado las anfetaminas, frente al 44 % de los que no las han probado, mencionan el daño a la salud como motivo para no tomar medicamentos (P. M.: 46).

La frecuencia del consumo de analgésicos está relacionada, según los datos indirectos que ofrece la fila de NR/NC, con el consumo de «medicamentos» en general.

En una aparente contradicción, la mayoría de los consumidores diarios de analgésicos (80 %) y, como hemos visto, de los consumidores moderados de tranquilizantes (73 %), dicen abstenerse de «medicamentos» porque son nocivos para la salud (P. M.: 46). Es probable que esta inconsistencia pueda explicarse del siguiente modo. Dichos consumidores de analgésicos y tranquilizantes lo son por prescripción médica en su mayoría. Ellos, de por sí, son reacios a los medicamentos tomados con abuso. Este fingido razonamiento puede ser

válido, o bien puede tratarse de una racionalización con la que se autoengaña un consumidor de hecho habitual de medicamentos con o sin receta.

Cabe resumir los datos anteriores sobre el influjo del consumo de drogas en las motivaciones para abstenerse de «medicamentos». El daño a la salud que éstos suponen es mencionado sobre todo por los que sólo fuman en las fiestas, por los que toman haschich los fines de semana (una forma de consumo ritual y controlada), por los que beben sólo en las fiestas, por los consumidores moderados (de una a tres veces al mes) de barbitúricos o de tranquilizantes, por los que sólo han probado las anfetaminas y por los que toman analgésicos a diario. Razones de tipo moral para abstenerse de medicamentos son mencionadas sobre todo por los fumadores esporádicos y por los que beben sólo en las fiestas.

3.3. Variables de situación y motivaciones para consumir drogas (Preguntas 1-12 y 63-68).

Con objeto de no dispersar innecesariamente la encuesta y evitar en lo posible la fatiga de los entrevistados, se centró la pregunta sobre las *motivaciones positivas* del consumo de drogas en sólo tres direcciones: 1) el tabaco y el alcohol, cuyo consumo tiene una amplia aceptación social, a pesar de sus graves peligros; 2) el haschich, que está ya introducido en no pocos sectores de nuestra sociedad, y 3) las drogas ilegales distintas del haschich (LSD, opiáceos, cocaína, etc.), presuntamente de escasa incidencia entre nosotros, pero que requieren la máxima atención.

3.3.1. *Motivaciones para consumir tabaco y alcohol* (Preguntas 63 y 66).

Importa resaltar ya desde ahora el carácter casi exclusivamente «social» de las motivaciones aducidas para el consumo de alcohol y tabaco, muy distintas de las que se aducirán, como veremos, en el caso de haschich y de las demás drogas ilegales. Serían necesarios instrumentos más sensibles que la encuesta para poder detectar si se racionaliza utilizando la fachada respetable de la costumbre admitida y de la deseable sociabilidad.

CUADRO 3.3.1.

¿CUAL DE LAS SIGUIENTES RAZONES ES LA MAS PARECIDA A SU RAZON POR LO QUE EMPEZO A TOMAR TABACO Y ALCOHOL Y LUEGO CONTINUO TOMANDOLOS AL MENOS DURANTE ALGUN TIEMPO?

(Preguntas 63 y 66)

	Con N.R.	Sin N.R.	N.º
1. Por sentirme a disgusto en esta sociedad injusta	1,0	1,5	19
2. Por escapar a problemas personales ...	2,5	3,8	49
3. Por el gusto de hacer algo prohibido ...	4,7	7,2	94
4. Por experimentar placer, por animarme, etcétera	13,2	20,3	264
5. Por sentirme libre	1,2	1,8	23
6. Por pasar el rato	29,9	46,1	598
7. Para estudiar o trabajar mejor	3,1	4,8	62
8. Para facilitar la conversación y el contacto social	9,1	14,0	182
9. Porque «paso de todo»	0,4	0,5	7
10. Para calmar los nervios	16,5	28,3	330
11. Porque es una costumbre social	32,6	55,9	652
12. Para no ser tenido por raro	2,1	3,6	42
13. Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas	4,3	7,3	85
14. Para dormir mejor	0,3	0,5	6
15. Por sentirme rechazado o no aceptado por mi familia	0,7	1,1	13
16. Por sentirme marginado o discriminado en el trabajo o por la sociedad ...	0,3	0,5	6
17. Por encontrar un nuevo estilo de vida.	0,8	1,4	16
18. Por deseo de ser miembro de un grupo y sentirme aceptado por él	0,9	1,5	17
00. No responde	38,3	—	1.529

Las razones más frecuentemente aducidas para consumir tabaco y alcohol están relacionadas con la sociabilidad y el entretenimiento: «por ser una costumbre social» (56 %) y «por pasar el rato» (46 %). (Véase gráfico 3.2.)

Ocupan el tercero y cuarto lugar las motivaciones que se refieren al efecto inmediato de la droga: «para calmar los nervios» (28 %) y «por experimentar placer, por animarme» (20 %).

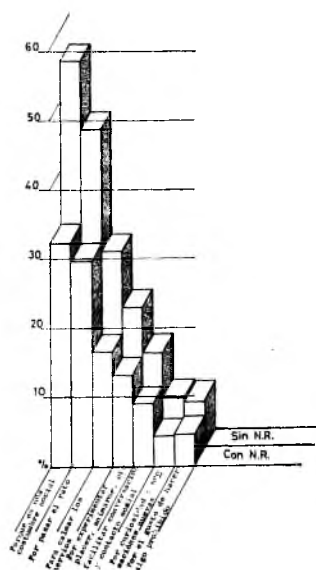
En quinto lugar corresponde de nuevo a una motivación de sociabilidad: «para facilitar la conversación y el contacto social» (14 %)

estrechamente relacionada, sin duda con las razones aducidas en primer y segundo lugar.

El sexo sólo introduce una ligera diferencia en las frecuencias con que se cita la motivación «porque es una costumbre social», siendo los hombres los que más la mencionan (57 % frente al 55 % de las mujeres).

A partir de los 35 años crecen los porcentajes de los encuestados que no han tomado nunca tabaco ni alcohol de forma habitual durante un cierto período de tiempo, hasta llegar al 58,6 % de los

GRAFICO 3.2
Motivaciones para consumir tabaco y alcohol



de 55-64 años. El porcentaje más bajo de no consumidores es el de los encuestados de 18 a 20 años (23 %) (P. M.: 38).

La edad introduce algunas diferencias en las frecuencias con que se mencionan las motivaciones: «por experimentar placer, por ani-

marme», que es más frecuente entre los encuestados de 55 a 64 años (23 %) y menos entre los de 15 a 17 años (17 %) (P. M.: 20); «por pasar el rato» más frecuente entre los de 15 a 17 años y entre los de 55 a 64 años (50 %) y menos entre los de 18 a 20 años (38 %) (P. M.: 46); «para calmar los nervios», más frecuente entre los de 21 a 24 años (32 %) y menos entre los de 45 a 54 años (25 %) (P. M.: 28); «porque es una costumbre social», más frecuente entre los de 35 a 64 años (62 %) y menos entre los de 21 a 24 años (47 %) (P. M.: 56); «por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas», más frecuente entre los de 15 a 17 años (13 %) y menos entre los de 35 a 44 años (4 %) (P. M.: 7); «por el gusto de hacer algo prohibido», más frecuente entre los de 15 a 17 años (10 %) y menos entre los de 55 a 64 años (4 %) (P. M.: 7).

Como se ve, son las edades maduras y avanzadas (35 a 64 años) las que dan la motivación de frecuencia más alta, la «costumbre social», para continuar fumando y bebiendo, una justificación de valor racional no superior al que puede alegar el consumidor de «porros» en el ambiente juvenil.

En resumen, mientras las concesiones a la costumbre social son más frecuentes entre los adultos de 35 a 64 años, la curiosidad es el motivo predominante para el consumo habitual de tabaco y alcohol entre los jóvenes de 15 a 17 años. El fumar y beber «por pasar el rato» se da tanto en los más jóvenes como en los de más edad.

Hasta el 46 % de los encuestados que viven con su propia familia (de procreación) no han tomado nunca tabaco y alcohol por un período más o menos largo de tiempo. En cambio, sólo el 28 % de los que viven con su familia de origen y el 27 % de los que viven con varios amigos se han abstenido de esa forma (P. M.: 38). Se evidencia una vez más que la formación de una familia y la convivencia con ella reducen la propensión al consumo de drogas al aumentar la expectativa social de responsabilidad. Paradójicamente, es este mismo grupo de encuestados el más proclive a hacer concesiones a la «costumbre social». El 60 % de los consumidores que viven con su propia familia mencionan esta motivación frente al 47 % de los que viven con una pareja provisional o en una pensión (P. M.: 56). Son también los que viven con su propia familia los que más mencionan como motivación para tomar tabaco y alcohol el que «favorecen la conversación y el contacto social» (16 %) (P. M.: 9).

En cambio, el vivir solo en una pensión va asociado a una mayor frecuencia de la motivación «para calmar los nervios» en el consumo

de tabaco y alcohol (35 %), que sólo aparece en el 27 % de los que viven con su propia familia (P. M.: 28).

El grupo de los que viven con una pareja provisional es el único que no se aproxima al porcentaje medio de los que dicen consumir tabaco y alcohol «para pasar el rato» (32 %) (P. M.: 46).

Los que viven con varios amigos son los que más dicen tomar tabaco y alcohol «por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas» (13 %), siendo los que viven con su propia familia —como ya vimos, mejores seguidores de la costumbre social— los que menos mencionan ese motivo (5 %) (P. M.: 7).

Finalmente, los que menos citan el deseo de «experimentar placer» como motivo para consumir tabaco y alcohol son los que viven con varios amigos (13 %) (P. M.: 20).

Como vemos, la forma de convivencia incide sin duda en las motivaciones para consumir tabaco y alcohol diferenciándolas, pero sería precisa una estrategia de depuración de las relaciones sugeridas para establecerlas con mayor firmeza y seguridad. Ciertamente, la formación y convivencia con la propia familia es fuente de responsabilidad social, pero también es deudora a las costumbres imperantes en esa misma sociedad y no todas esas costumbres son saludables. La «costumbre social», cualificada, viene a coincidir en gran medida con el «pasar el rato», con lo que estas dos motivaciones primarias de nuestros encuestados para consumir tabaco y alcohol se acumulan, constituyendo una clara mayoría o frecuencia superior a la mitad de la muestra total.

El 32 % de los que dicen tener malas relaciones con su cónyuge o pareja con quien conviven maritalmente nunca han tomado de forma habitual tabaco y alcohol durante un cierto período de tiempo. Los no consumidores son más numerosos (41 %), sin embargo, entre los que dicen llevarse bien con su pareja. Estos dicen tomar tabaco y alcohol «para facilitar la conversación y el contacto social» (16 %) y para «pasar el rato» (46 %) con más frecuencia que los que dicen llevarse mal con ella (11 y 40 %, respectivamente) (P. M.: 14 y 46, respectivamente).

En cambio, los que se llevan mal con su pareja, dicen tomar tabaco y alcohol «para calmar los nervios» con más frecuencia (39 %) que los que dicen llevarse bien con ella (28 %) (P. M.: 28).

Beben y fuman «porque es una costumbre social» el 58 % de los que tienen buenas relaciones con su pareja y el 44 % de los que tienen malas relaciones con ella (P. M.: 56).

Con estos datos parece comprobarse la presunción de que en



un clima conyugal armonioso las motivaciones para beber y fumar son más «neutrales» e inducen pautas de consumo menos frecuente, mientras que unas relaciones de pareja conflictivas propenden a fomentar un consumo más repetitivo y neurotizado de tabaco y alcohol.

Son mucho más frecuentes los abstemios de tabaco y alcohol entre los que han tenido o tienen buenas relaciones con sus padres que entre los que las han tenido o tienen conflictivas.

El siguiente cuadro resume las distintas frecuencias obtenidas por las motivaciones para consumir tabaco y alcohol ofreciendo además los porcentajes de no consumidores con las salvedades hechas:

CUADRO 3.3.2.

<i>Motivaciones para beber y fumar</i>	<i>Relaciones con padre</i>		
	<i>Buenas</i>	<i>Malas</i>	<i>P.M.</i>
1. Porque es una costumbre social	59	51	56
2. Para calmar los nervios	28	29	28
3. Por experimentar placer, por animarse.	18	23	20
4. Por curiosidad y deseo de sentir sensa- ciones	5	10	7
No consumidores	43	26	38

Entre los que han tenido relaciones conflictivas con su padre cabe destacar la mayor frecuencia de dos de las motivaciones (tercera y cuarta), que aquí hemos llamado «de efecto inmediato», que implican una tendencia hacia una mayor autonomía.

El siguiente cuadro resume las motivaciones más frecuentes para beber y fumar entre los que dicen haber tenido o tener malas relaciones con su madre, añadiendo los porcentajes de no consumidores con las debidas reservas:

CUADRO 3.3.3.

<i>Motivaciones para beber y fumar</i>	<i>Relaciones con madre</i>		
	<i>Buenas</i>	<i>Malas</i>	<i>P.M.</i>
1. Porque es una costumbre social	59	46	56
2. Para facilitar la conversación y el contacto social	16	9	14
3. Para pasar el rato	47	42	46
4. Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas	6	10	7
5. Para calmar los nervios	27	31	28
6. Por el gusto de hacer algo prohibido ...	7	9	7
7. Por experimentar placer	20	21	20
No consumidores	40	26	38

Valen para las motivaciones inducidas por las relaciones con la madre aproximadamente las mismas observaciones que hicimos acerca de las relaciones con el padre. Tan sólo hay que añadir la importancia ligeramente mayor del fumar y beber «para calmar los nervios» entre quienes han tenido malas relaciones con su madre.

El 19 % de los que tienen por «hobby» ir de bares y «pubs» no han sido bebedores y fumadores habituales durante un cierto período de tiempo (P. M.: 42). En posiciones intermedias se encuentran los que tienen por «hobby» actividades caseras, como leer, oír música, etcétera (40 %), los que practican el deporte (39 %) y los que frecuentan el cine y el teatro (36 %).

Dicen tomar alcohol y tabaco «porque es una costumbre social» ante todo los que hacen deporte en su tiempo libre (59 %), frente al 52 % de los que prefieren las actividades cívico-sociales (P. M.: 56).

Los que beben y fuman «por pasar el rato» son primeramente los que tienen por «hobby» el cine y el teatro (55 %) y en último lugar los que prefieren las actividades cívico-sociales (33 %) (P. M.: 46).

«Por experimentar placer, por animarse», beben y fuman ante todo los que frecuentan bares, «pubs», etc. (23 %). Los que menos mencionan esta motivación son los amigos del cine y el teatro y los de las actividades cívico-sociales (15 %) (P. M.: 20).

«Para calmar los nervios», «para facilitar la conversación y el contacto social» y «para estudiar o trabajar mejor», fuman y beben, en primer lugar, los amigos de las actividades cívico-sociales (31, 19 y

10 %, respectivamente). También el 31 % de los que tienen por «hobby» el cine y el teatro dicen fumar y beber «para calmar los nervios» (P. M.: 28, 14 y 5, respectivamente).

Aunque resulta particularmente difícil interpretar el sentido de las actividades con que se ocupa el tiempo libre (ya que puede hacerse deporte por razones dispares, así como ir a un espectáculo bien por evasión, bien por formación cultural), cabe observar que de hecho ni la práctica del deporte ni la afición al cine y al teatro aseguran la capacidad de resistir a las convenciones sociales relativas al tabaco y al alcohol. Son los que se ocupan en actividades cívico-sociales quienes parecen articular o racionalizar mejor sus motivos para beber y fumar.

El 31,3 % de los que dicen estar insatisfechos con su trabajo, frente al 40,8 % de los que están satisfechos con él no han tomado nunca tabaco y alcohol de forma habitual durante un cierto período de tiempo (P. M.: 35).

Los satisfechos con su trabajo citan con más frecuencia que los insatisfechos con él las siguientes motivaciones para consumir tabaco y alcohol: «para calmar los nervios», «para facilitar la conversación y el contacto social» y «por trabajar mejor» (29, 15 y 6 %, frente a 26, 13 y 4 %, respectivamente) (P. M.: 28, 14 y 5, respectivamente).

Los que dicen que están satisfechos con su trabajo mencionan también como motivaciones para tomar tabaco y alcohol el que es «una costumbre social» y el que ayuda «a pasar el rato» con mayor frecuencia (57 y 48 %, respectivamente) que los que dicen estar insatisfechos con él (55 y 44 %, respectivamente) (P. M.: 56 y 46, respectivamente).

Los insatisfechos con su trabajo mencionan con mayor frecuencia que los satisfechos las siguientes motivaciones para tomar tabaco y alcohol: «por el gusto de hacer algo prohibido» y «por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas» (9 y 8 %, frente a 6 y 6 %, respectivamente) (P. M.: 7).

El 54 % de los que participan en asociaciones religiosas, frente a sólo el 26 % de los que participan en asociaciones deportivas, formativas y recreativas, nunca han sido consumidores habituales de tabaco y alcohol durante un cierto período de tiempo (P. M.: 38).

En el siguiente cuadro se muestran las frecuencias más altas y más bajas de cada motivación según la participación en las distintas asociaciones.

CUADRO 3.3.4.

<i>Motivaciones para fumar y beber</i>	<i>Participación en asociaciones</i>	<i>P.M.</i>
— Porque es una costumbre social.	Deportivas (59), Culturales (52) ...	56
— Por pasar el rato	Ninguna (49), Políticas (33), Cívico-sociales (33)	46
— Para calmar los nervios	Religiosas (36), Cívico-sociales (22).	28
— Por experimentar placer	Cívico-sociales (24), Religiosas (13).	20
— Para facilitar la conversación y el contacto social	Políticas (25), Culturales (12)	14
— Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas	Deportivas (12), Ninguna (6)	7
— Para estudiar o trabajar mejor.	Políticas (12), Ninguna (4)	5
— Por el gusto de hacer algo prohibido	Cívico-sociales (10), Culturales (5).	7

Se da a continuación una breve panorámica que resume la relación de las distintas variables analizadas con el consumo de tabaco y alcohol, facilitando así la descripción del individuo «de alto riesgo».

Los encuestados de 55 y 64 años son los que más mencionan las dos principales motivaciones para consumir tabaco y alcohol: «porque es una costumbre social» y «por pasar el rato». También los encuestados de 15 a 17 años aducen esta última motivación con la misma frecuencia que aquéllos. A su vez, los de 35 a 54 años mencionan la primera motivación con la misma frecuencia que los de 55 a 64 años. Quedan así delimitadas las edades de mayor riesgo por ser las más afectadas por las motivaciones principales para beber y fumar. En concreto, entre los consumidores de tabaco y alcohol, son las edades maduras y avanzadas (35 a 64 años) las que más se dejan arrastrar por la «costumbre social».

También son proclives a seguir la «costumbre social» y a «favorecer la conversación y el contacto social» fumando y bebiendo los que viven con su propia familia.

Los que más mencionan la curiosidad como motivo para beber y fumar son, en cambio, los jóvenes de 15 a 17 años y los que viven con amigos.

El llevarse mal con el cónyuge (o la pareja) va asociado a tomar tabaco y alcohol «para calmar los nervios» con frecuencia bastante superior a la media. En cambio, los que tienen relaciones conyugales

conflictivas están menos afectados por la «costumbre social» para beber o fumar, sin duda porque su consumo de estas drogas legales está más neurotizado que el de la mojarra.

Las malas relaciones con los padres van ligadas a una mayor frecuencia de las motivaciones «de efecto inmediato» que, al igual que señalamos en las relaciones conflictivas de pareja, son más susceptibles de neurotización.

Los que frecuentan el cine y el teatro parecen correr un mayor riesgo de fumar y beber «por pasar el rato». «Para facilitar la conversación y el contacto social» y «para estudiar o trabajar mejor» se inclinan más a fumar y a beber los que prefieren ocupar su tiempo libre en actividades cívico-sociales.

La satisfacción o insatisfacción con el trabajo no influye de modo apreciable en la diferenciación de las frecuencias con que se citan las principales motivaciones para fumar y beber.

Los que participan en asociaciones cívico-sociales y políticas son los que menos fuman y beben «por pasar el rato», y los que participan en asociaciones religiosas, los que menos fuman y beben «por placer». En cambio, estos últimos son los que más fuman «para calmar los nervios», mientras los que participan en asociaciones políticas son los que más fuman y beben «por facilitar la conversación y el contacto social» y «por estudiar y trabajar mejor».

3.3.2. *Motivaciones para consumir haschich.*

La alta proporción de encuestados que no respondieron a las preguntas 64 y 67, el 83 % del total, debe interpretarse como «No compete» por dirigirse la pregunta solamente a los consumidores.

CUADRO 3.3.5.

¿CUAL DE LAS SIGUIENTES RAZONES ES LA MAS PARECIDA A SU RAZON POR LA QUE EMPEZO A TOMAR HASCHICH (MARIHUANA, PORROS, ETC.) Y LUEGO CONTINUO TOMANDOLOS AL MENOS DURANTE ALGUN TIEMPO?

	Con N.R.	Sin N.R.	N.º
1. Por sentirme a disgusto en esta sociedad injusta	0,8	4,6	16
2. Por escapar a problemas personales ...	1,4	8,1	28
3. Por el gusto de hacer algo prohibido ...	1,7	9,9	34
4. Por experimentar placer, por animarme, etcétera	7,4	42,9	148
5. Por sentirme libre	1,0	5,8	20
6. Por pasar el rato	2,8	16,2	56
7. Para estudiar o trabajar mejor	0,3	1,4	5
8. Para facilitar la conversación y el contacto social	1,2	7,0	24
9. Porque «paso de todo»	0,7	4,1	14
10. Para calmar los nervios	0,8	4,8	16
11. Porque es una costumbre social	0,7	4,2	14
12. Para no ser tenido por raro	0,5	3,0	10
13. Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas	12,0	72,3	240
14. Para dormir mejor	0,5	3,0	10
15. Por sentirme rechazado o no aceptado por mi familia	0,1	0,3	1
16. Por sentirme marginado o discriminado en el trabajo o por la sociedad ...	0,7	3,9	13
18. Por encontrar un nuevo estilo de vida.	1,0	5,7	19
18. Por deseo de ser miembro de un grupo y sentirme aceptado por él	0,5	2,7	9
00. No responde	83,1	—	1.680

Lo «curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas», junto con el deseo de «experimentar placer, animarse», son las dos principales razones para empezar a tomar haschich y continuar consumiéndolo al menos durante algún tiempo. En tercer lugar figura el deseo de «pasar de todo». Una vez más parece comprobarse que entre nosotros este hábito no suele formar parte de ninguna contracultura más o menos ideologizada ni siquiera de signo «pasota». (Véase el gráfico 3.3.)

El 79,7 % de los hombres y el 86,4 % de las mujeres no han tomado nunca haschich de forma habitual durante un cierto período de tiempo (P. M.: 83). Al igual que en las preguntas 63 y 66 sólo

GRAFICO 3.3

Motivaciones para consumir hachís



8.1% Por escapar a problemas personales



9.9% Por el gusto de hacer algo prohibido



42.9% Por experimentar placer, por animarse.



5.8% Por sentirse libre



16.2% Por pasar el rato



7% Para facilitar la conversación y el contacto social



72% Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas



5.7% Por encontrar un nuevo estilo de vida.

analizaremos las correlaciones de aquellas motivaciones elegidas al menos por el 5 % de los encuestados.

De entre aquellos que han tomado haschich durante un cierto período de tiempo, las motivaciones elegidas diferencialmente por ambos sexos son las siguientes:

	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>P.M.</i>
1. Por curiosidad, etc.	65	83	72
2. Por experimentar placer	38	49	43
3. Por pasar el rato	19	12	16

El consumo habitual de haschich está, en general, inversamente relacionado con la edad del encuestado. Los de 15 a 17 años, sin embargo, consumen menos que los de 18 a 20 y aproximadamente igual que los de 21 a 24. El intervalo de 18 a 20 años aparece, por tanto, como el de máximo riesgo. Un factor probablemente relacionado con este alto nivel de consumo debe de ser la dificultad de encontrar trabajo, frecuentemente el primero.

Las motivaciones para consumir haschich se diferencian de acuerdo con la edad de los consumidores.

«Por curiosidad» dicen tomar haschich los de 18 a 20 años y los de 35 a 44 años (76 %), frente al 68 % de los de 25 a 34 años (P. M.: 72).

«Por experimentar placer», dicen, en primer lugar, tomar haschich los de 45 a 54 años (58 %), motivación sólo mencionada por el 30 % de los de 18 a 20 años (P. M.: 43).

«Por pasar el rato» toman haschich los de 25 a 44 años (21 %), frente al 9 % de los de 21 a 24 años (P. M.: 16).

Los encuestados que más mencionan el «escapar a problemas personales» como motivo para tomar haschich son los de 18 a 20 años de edad (14 %) P. M.: 8).

El «gusto de hacer lo prohibido» aparece ante todo en los más jóvenes (15 a 17 años) (18 %) y decrece con la edad hasta 25-34 años (6 %) (P. M.: 10).

«Por encontrar un nuevo estilo de vida» dicen tomar haschich el 10 % de los encuestados de 15 a 17 años y el 8 % de los de 25 a 34 años (P. M.: 6).

El 94,5 % de los encuestados que viven con su propia familia, frente a sólo el 39 % de los que viven con una pareja provisional,

el 48,7 % de los que viven con varios amigos y el 70,7 % de los que viven con su familia de origen, no han tomado nunca haschich de forma habitual durante un cierto período de tiempo (P. M.: 83).

Dicen tomar haschich «por curiosidad» el 77 % de los consumidores que viven con su propia familia y el 76 % de los consumidores que viven con su familia de origen, frente al 60 % de los que viven con varios amigos o solos en su casa (P. M.: 72).

Dicen tomar haschich «por experimentar placer, por animarse, etcétera» el 44 % de los consumidores que viven con su propia familia o con su familia de origen y el 43 % de los consumidores que viven con una pareja provisional, frente al 37 % de los que viven solos en su casa (P. M.: 43).

«Por pasar el rato» dicen tomar haschich el 24 % de los consumidores que viven con su propia familia, frente al 14 % de los consumidores que viven con su propia familia de origen (P. M.: 16).

«Por escapar a problemas personales» dicen tomar haschich el 11 % de los consumidores que viven con su propia familia, frente al 8 % de los consumidores que viven con su familia de origen (P. M.: 8).

«Por sentirse a disgusto con esta sociedad injusta» dicen tomar haschich el 7 % de los que viven con varios amigos, frente al 1 % de los que viven con su familia de origen (P. M.: 5).

El 69,5 % de los que se llevan mal con su pareja, frente al 89,4 % de los que se llevan bien con ella, no han tomado nunca haschich de forma habitual durante un cierto período de tiempo (P. M.: 83), según la fila de NR/NC, con las reservas mencionadas.

Dicen tomar haschich por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas el 74 % de los consumidores que dicen llevarse bien con su pareja, frente al 63 % de los que dicen llevarse mal con ella (P. M.: 72).

Otra motivación diferencialmente aducida según el tipo de relación mantenida con la pareja es: «por experimentar placer» (47 % de los consumidores que se llevan bien con la pareja, frente al 28 % de los consumidores que se llevan mal con ella) (P. M.: 43).

El 66,3 % de los que dicen haber tenido o tener malas relaciones con su madre, frente al 90 % de los que dicen haber tenido o tener buenas relaciones con él, nunca han tomado haschich de forma habitual durante un cierto período de tiempo (P. M.: 83).

El 62,5 % de los que dicen haber tenido o tener malas relaciones con su madre, frente al 87,6 % de los que dicen haberlas tenido

o tenerlas buenas, nunca han tomado haschich de forma habitual durante un cierto período de tiempo (P. M.: 83).

Los siguientes cuadros muestran el impacto diferenciador de las relaciones con los padres sobre las motivaciones para consumir haschich.

CUADRO 3.3.6.

<i>Motivaciones para tomar haschich</i>	<i>Relaciones con el padre</i>		
	<i>Buenas</i>	<i>Malas</i>	<i>P.M.</i>
Por curiosidad	71	73	72
Por experimentar placer	43	28	42
Por pasar el rato	14	20	16
Por el gusto de hacer algo prohibido	9	12	10
Por escapar a problemas personales	10	6	8
Por facilitar el contacto social	6	8	7

CUADRO 3.3.7.

<i>Motivaciones para tomar haschich</i>	<i>Relaciones con la madre</i>		
	<i>Buenas</i>	<i>Malas</i>	<i>P.M.</i>
Por curiosidad	65	78	72
Por experimentar placer	41	44	43
Por pasar el rato	10	20	16
Por escapar a problemas personales	11	6	8
Por facilitar el contacto social	5	9	7
Por sentirme libre	7	5	6

La curiosidad como motivo para tomar haschich destaca entre los que han tenido buenas relaciones con su madre. En cambio, el deseo de experimentar placer es más fuerte entre los que han tenido malas relaciones con su padre. Las buenas relaciones con el padre y con la madre están asociadas a la motivación «por pasar el rato». Las malas relaciones, en cambio, lo están al deseo de «escapar a problemas personales».

Las motivaciones más frecuentes para tomar haschich entre los que manifiestan sus actividades preferentes en su tiempo libre son:

1. «Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas», mencionada en primer lugar por los que prefieren las actividades deporti-

vas (83 %), y en último lugar por los que prefieren las cívico-sociales (52 %) (P. M.: 72).

2. «Por experimentar placer, por animarse, citada en primer lugar por los que prefieren estar en casa sin hacer nada o viendo televisión, etc. (59 %), y en último lugar por los deportistas (41 %) (P. M.: 43).

3. «Por pasar el rato», siendo los que más mencionan este motivo los que prefieren las actividades cívico-sociales (30 %), y los que menos los que prefieren ir de bares y «pubs» (10 %) (P. M.: 16).

4. «Por el gusto de hacer algo prohibido», mencionada en primer lugar por los que prefieren ir a bares y a «pubs» (14 %) (P. M.: 10).

5. «Por escapar de problemas personales», más citada por los mismos (11 %) (P. M.: 8).

6. «Por sentirme libre», mencionada ante todo por los mismos frecuentadores de bares y «pubs» (10 %) (P. M.: 6), y

7. «Por facilitar la conversación y el contacto social», motivo que mencionan en primer lugar los deportistas (13 %) (P. M.: 7).

En resumen, la motivación de la curiosidad destaca con fuerza entre los que tienen como «hobby» el deporte (quizá porque éste suele realizarse en grupo); la motivación del placer tienta más a los que se quedan en casa sin hacer nada que suponga un ejercicio activo de sus facultades, y la motivación del «pasatiempo» tiene mayor arraigo entre los que se ocupan de actividades cívico-sociales en su tiempo libre. Entre los que son amigos de bares y «pubs» resalta la relativa importancia de tomar haschich «por el gusto de hacer algo prohibido».

El 73 % de los que dicen estar insatisfechos con el trabajo frente al 88 % de los que dicen estar satisfechos con él nunca han tomado haschich en forma habitual durante un cierto período de tiempo (P. M.: 83).

La satisfacción a insatisfacción en el trabajo tan sólo introduce ligeras diferencias con respecto a las siguientes motivaciones para tomar haschich:

1. «Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas» más frecuente entre los satisfechos (75 %) que entre los insatisfechos (71 %) (P. M.: 72).

2. «Por experimentar placer, por animarse, etc.», igualmente más frecuente entre los satisfechos (45 %) que entre los insatisfechos (41 %) (P. M.: 43).



3. «Por el gusto de hacer algo prohibido», más frecuente entre los insatisfechos (12 %) que entre los satisfechos (8 %) (P. M.: 10).

4. «Por sentirme libre», más frecuente entre los insatisfechos (7 %) que en los satisfechos (4 %) (P. M.: 6).

5. «Por pasar el rato», más frecuente entre los satisfechos (17 %) que entre los insatisfechos (15 %) (P. M.: 16).

El 95,1 % de los que participan en asociaciones religiosas, frente al 71,6 % de los que participan en asociaciones culturales y el 75 % de los que participan en asociaciones políticas nunca han tomado haschich de forma habitual durante un cierto período de tiempo (P. M.: 83).

3.4. La influencia del consumo en las motivaciones para consumir drogas legales e ilegales.

La motivación principal para consumir *tabaco y alcohol* —«porque es una costumbre social»— obtiene las frecuencias más altas entre los consumidores de opiáceos (100 %) y entre los de analgésicos y barbitúricos (72 %) y la más baja entre los propios consumidores de alcohol (61 %). (Cfr. cuadro 3.4.1 *.)

Tan sólo los consumidores de tranquilizantes otorgan a esta motivación un segundo puesto, mientras que obtiene el primero por parte de todos los consumidores de las demás drogas legales e ilegales. No deja de ser sorprendente la semejanza de las pautas o jerarquías motivacionales de los consumidores de tabaco y alcohol, por una parte, y de los consumidores de barbitúricos y analgésicos, por otra. En cambio, los consumidores de tranquilizantes y anfetaminas rompen un tanto ese esquema al dar mayor importancia (el primer y segundo lugar, respectivamente) a la motivación «para calmar los nervios». En el caso de las anfetaminas, es obvia la distorsión o imprecisión del efecto pretendido, siendo lo más probable que se quiera indicar la obtención de un efecto inmediato en el estado de ánimo. (Cfr. cuadro 3.4.2 *.)

La transición del consumo moderado o habitual de haschich, analgésicos y del mismo alcohol al consumo diario de estas mismas sustancias va asociada a un fuerte aumento de la frecuencia con que se dice fumar y beber «porque es una costumbre social». Semejante relación sugiere una subida en el umbral de alerta al peligro que estas

drogas eminentemente «sociales» comporta o, dicho en otras palabras, una progresiva pérdida de sensibilidad a los daños que una habituación a las distintas drogas, legales e ilegales, comporta.

Son los consumidores diarios de analgésicos los que con mayor frecuencia (72 %) mencionan la costumbre social como motivo para fumar y beber, siguiéndoles, entre los consumidores diarios, los de haschich (66 %) (P. M.: 56).

Los consumidores diarios de tranquilizantes, en cambio —quizá porque tal consumo es propio de personalidades con problemas de ansiedad o con propensión hipocondríaca—, dicen fumar y beber «porque es una costumbre social» con menor frecuencia (39 %) que los que sólo consumen tranquilizantes una o dos veces al mes (68 %) (P. M.: 56). Nuestra interpretación sugiere que los consumidores diarios de tranquilizantes tienen un umbral muy bajo y sensible al consumo de todo tipo de drogas.

En exacto paralelismo a la observación recién hecha sobre la motivación principal para beber y fumar —la «costumbre social»—, el 67 % de los consumidores diarios de analgésicos dicen fumar y beber «por pasar el rato», motivación estrechamente relacionada con la anterior. Mencionan, en contraste, esta motivación tan sólo el 44 % de los fumadores diarios, frente al 55 % de los fumadores habituales (tres-cinco veces por semana) (P. M.: 46). (Cfr. cuadro 3.4.3 *.)

Resalta la escasa proporción de los fumadores de haschich de fines de semana (24 %) que dicen fumar y beber «por pasar el rato», hecho sin duda relacionado con la prevalencia entre ellos de motivaciones de efecto inmediato o mejor de tipo experiencial («por experimentar placer») tanto en el consumo de tabaco y alcohol como en el del haschich (P. M.: 46).

Efectivamente, el 32 % de los consumidores diarios de haschich constituyen el grupo de frecuencia más alta entre los consumidores de drogas legales e ilegales que dicen fumar y beber «por experimentar placer, por animarme, etc.» (P. M.: 20). (Cfr. cuadro 3.4.4 *.)

La «curiosidad y el deseo de sentir sensaciones nuevas», motivación principal para consumir haschich, alcanza frecuencias más altas entre los consumidores de alcohol, tabaco, analgésicos, tranquilizantes, anfetaminas, cocaína y del mismo haschich que entre los de opiáceos, LSD y barbitúricos. (Cfr. cuadros 3.4.5 * y 3.4.6 *.)

Parece obvio que el consumidor de opiáceos y de LSD no siente curiosidad por el haschich con el cual casi siempre ha experimentado

con anterioridad, y que le ha procurado sensaciones de menor intensidad que los opiáceos y el LSD.

Los consumidores diarios de haschich y los de alcohol aducen la motivación de la «curiosidad» para tomar haschich menos frecuentemente (63 y 69 %, respectivamente) que los que consumen estos productos unos tres veces al mes (82 y 83 %, respectivamente) (P. M.: 72), sin duda porque para ellos el haschich no ha perdido aún su halo de novedad. En cambio, los consumidores moderados de tabaco (tres-cinco veces por semana) mencionan esta motivación para consumir haschich con mayor frecuencia (75 %) que los consumidores esporádicos (una-tres veces al mes) de tabaco (46 %) (P. M.: 72).

Cabe también resaltar el alto porcentaje (84 %) de los consumidores moderados de analgésicos (una-dos veces al mes) que dicen tomar haschich por curiosidad, muy superior al de los que sólo los han probado (64 %) (P. M.: 72).

Hasta un 60 % de los consumidores habituales de analgésicos (tres-cinco veces por semana) dicen tomar haschich «por experimentar placer, por animarse, etc.», frecuencia sólo igualada por los consumidores moderados (una-tres veces al mes) de anfetaminas. Si unimos este dato al anteriormente citado (un 84 % de los consumidores moderados de analgésicos toman haschich «por curiosidad»), habría que tomar cautelas preventivas respecto a este importante grupo de consumidores moderados y habituales de drogas. De hecho, según la tabla I7 $\times$ 60, el 71 % de los consumidores de haschich en algún grado, son también de analgésicos igualmente en algún grado (y el 43 % de los consumidores de analgésicos lo son de haschich). (Cfr. cuadro 3.4.7 *.)

Entre los consumidores de alcohol la frecuencia de la motivación del placer para tomar haschich disminuye al aumentar la frecuencia del consumo de alcohol (al pasar de una o dos veces al mes a tres veces al mes) (58 y 35 %, respectivamente) (P. M.: 43).

En cambio, entre los consumidores de haschich aumenta la importancia de esta motivación al hacerse más frecuente su consumo. El 56 % de los consumidores de fin de semana la mencionan frente a sólo el 33 de los consumidores moderados (una-dos veces al mes). Parecida progresión se advierte entre los consumidores de tabaco habituales (tres-cinco veces por semana y los diarios).

Por tanto, mientras que entre los consumidores de haschich la frecuencia del consumo por curiosidad decrece lógicamente con la mayor frecuencia del consumo, la importancia del motivo del placer



aumenta a medida que el consumo se hace más frecuente (de fines de semana).

Son los fumadores habituales de tabaco (tres-cinco veces por semana) los que dicen tomar haschich «por pasar el rato» con una frecuencia muy por encima de la media (39 %), motivación que sólo alcanza el valor medio (16 %) en los fumadores diarios (P. M.: 16).

Los fumadores habituales de haschich (tres-cinco veces por semana), en cambio sólo lo toman «por pasar el rato» en un 9 % de los casos, motivación que es mucho más frecuente entre los consumidores moderados de haschich (una-dos veces al mes) (26 %) (P. M.: 16). Estos datos y los más arriba citados sugieren una mayor importancia de esta motivación ligada a la sociabilidad en los consumidores de haschich que se inician en el hábito y una progresión hacia motivaciones «de efecto inmediato» (placer, sensaciones nuevas o curiosidad) en los consumidores de tres veces al mes, de fin de semana y diarios. (Cfr. cuadro 3.4.8 *.)

«Por el gusto de hacer algo prohibido» dicen tomar haschich el 25 % de los que consumen alcohol en las fiestas, probablemente jóvenes que tienen una motivación semejante en su mismo consumo de alcohol (P. M.: 10). (Cfr. cuadro 3.4.9 *.)

Aparecen, finalmente, como los sujetos más propensos a tomar «otras drogas ilegales» por curiosidad los consumidores moderados y «festivos» de haschich y los consumidores habituales de alcohol y a tomarlas «por placer» los consumidores diarios de haschich. Aparecen, en cambio, como los menos proclives a consumir «otras drogas ilegales» por curiosidad los consumidores moderados (una-tres veces al mes de anfetaminas). (Cfr. cuadro 3.4.10 *.)

Las pautas y jerarquías motivacionales para consumir *otras drogas ilegales* distintas del haschich que aparecen en los consumidores de las distintas drogas, son casi coincidentes con las ya descritas en relación con el consumo de haschich. Cabe observar que las frecuencias máximas de la motivación escogida en primer lugar por los consumidores de todas las drogas —la «curiosidad»— por lo general alcanza valores superiores en el caso del consumo de las demás drogas ilegales a los que alcanza en el caso del haschich, si bien las diferencias son de escasa entidad. Podemos destacar que el 82 % de los consumidores de opiáceos (en alguno de sus intervalos de frecuencia) dicen consumir «otras drogas ilegales» (entre ellas presumiblemente opiáceos) «por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas», pero sólo el 70 % de los consumidores de opiáceos (en alguno de sus in-



tervalos de frecuencia) dicen consumir haschich por ese mismo motivo. Una diferencia semejante ocurre entre los consumidores de haschich en relación a la motivación de la curiosidad para consumir «otras drogas ilegales» y para consumir haschich (100 y 82 %, respectivamente, correspondientes a los intervalos de frecuencia de valor máximo). (Cfr. cuadros 3.4.11 * y 3.4.12 *.)

Se hizo ya notar la diferencia entre las jerarquías motivacionales para consumir haschich y para consumir tabaco y alcohol, observación que habría que repetir aquí dada la casi identidad entre las pautas motivacionales del haschich y de las demás drogas ilegales.

Volviendo al análisis de las frecuencias del consumo de las distintas sustancias para tratar de detectar eventuales relaciones con la frecuencia de la motivación de la curiosidad en el consumo de «otras drogas ilegales», se observa que el consumo moderado (una-tres veces al mes) de haschich va asociado a la frecuencia más alta de dicha motivación (100 %), mientras que el mismo consumo moderado de anfetaminas va unida a la frecuencia más baja de la misma motivación (63 %). También dicen tomar «otras drogas ilegales» por curiosidad el 100 % de los que fuman haschich en situaciones festivas, frente al 71 % de los que lo fuman a diario.

Los bebedores habituales (tres-cinco veces por semana) de alcohol dicen también tomar «otras drogas ilegales» por curiosidad con una frecuencia bastante superior a la media (92 %), mientras que los bebedores diarios son notablemente menos «curiosos» en relación al consumo de drogas ilegales (71 %) (P. M.: 74).

Hasta un 89 % de los que han probado el LSD y un 88 % de los que han probado la cocaína dicen tomar drogas ilegales por «experimentar placer». La frecuencia más alta obtenida por la motivación del placer para tomar otras drogas ilegales corresponde a los consumidores diarios de haschich (67 %) (P. M.: 37).

3.5. Resumen.

Un estudio verdaderamente científico de las actitudes y motivaciones del consumidor de drogas requiere un diseño y una metodología específica que difícilmente puede incluirse dentro de un estudio de enfoque tan amplio, cuasi epidemiológico, como el presente.

Con todo, se ha dado un nuevo paso en relación a la forma en que se enfocó el análisis de las motivaciones en el primer estudio



GRAFICO V.4

Motivaciones para consumir otras drogas ilegales



8.0% Por sentirse a disgusto en es
ta sociedad injusta



5.3% Escapar a problemas **personales**



9.3% Por el gusto de hacer algo
prohibido



37.3% Por experimentar placer,
animarse



12% Por sentirse libre



6.7% Por pasar el rato



8% Para facilitar la conversación y
el contacto social



10.7% Porque "paso de todo"



5.4% Porque es una costumbre social



74.3% Por curiosidad y deseo de sen
tir sensaciones nuevas



13.4% Por encontrar un nuevo estilo de vida

realizado por CIDUR-EDIS (3). Allí se hacía una pregunta general (que pretendía tener valor proyectivo) sobre la causa principal del consumo juvenil de droga y se ofrecía al encuestado un espectro de la problemática general de la juventud de tipo estructural y algunas pocas respuestas más enfocadas al problema en cuestión, de tipo más psicológico. Otra pregunta que se hacía era sobre los «motivos que mantenían en el consumo» al encuestado, no distinguiéndose con suficiente claridad dos planos evidentemente distintos: los mecanismos de contagio psicosocial —en casi todos los casos, el grupo de iguales o compañeros— y las motivaciones que llevan a ese tipo de grupo y/o que actúan dentro del mismo. En cualquier caso, sería necesario adoptar un marco conceptual interaccionista simbólico (como ya lo ha hecho Howard S. Becker) si se quisiera relacionar —en un estudio de foco más restringido— el enfoque psicológico y el socio-estructural al aprendizaje y transmisión social de motivaciones y roles.

Intentamos encuadrar brevemente nuestros hallazgos dentro de la tradición más próxima de estudios motivacionales.

Kenneth Keniston (4) considera como una de las pautas de motivación más comunes entre los consumidores de drogas «la búsqueda de sensaciones o experiencias distintas» entre cierto tipo de estudiantes (que rara vez forman parte de la subcultura «hippie») con ciertos rasgos comunes: intelectuales más que prácticos, de buen rendimiento académico, indecisos acerca de su futuro profesional, de clase media alta, concentrados en su tarea intelectual, deseoso de encontrar «soluciones» para los problemas de la vida y de la sociedad, metódicos, con gran capacidad de trabajo y de organización, idealistas, ávidos de experiencias profundas e intensas y de encontrar la verdad de la existencia humana para comprometerse radicalmente con ella.

Ni los hallazgos del estudio anterior realizado por CIDUR-EDIS ni el enfoque del presente permiten conjeturar que ese tipo de estudiante consumidor así caracterizado se dé entre nosotros con alguna frecuencia. Sí se da, sin embargo, la pauta general de motivación para el consumo: una búsqueda, aunque con otros matices. Se consume «por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas» y, en mucho

(3) CIDUR-EDIS: *Juventud y droga en España*, Dirección General de Juventud y Promoción Sociocultural, Madrid, 1980, págs. 83-90.

(4) K. KENISTON: «Experimentación y búsqueda: Las drogas en la Universidad, la contracultura y la sociedad norteamericana», en JOHN H. McGRATH y FRANK R. SCARPITTI: *La adicción a las drogas en la juventud actual*, Paidós, Buenos Aires, 1973, 261-302, en 273.

menor grado, «por encontrar un nuevo estilo de vida», formulación más cercana al tipo ideal de estudiante consumidor arriba descrito.

En todo caso, Keniston distingue claramente entre ese tipo de estudiante que consume droga (geeneralmente marihuana y alucinógenos) con alguna regularidad, pero dentro de un proceso más amplio de búsqueda, que no se circunscribe a la droga, y el verdadero adicto («head»), verdadero alienado de la sociedad norteamericana, para el que la droga es el centro de su mundo.

La caracterización del consumidor español de drogas es un mosaico en el que deben integrarse los distintos elementos que aparecen dispersos a lo largo de este estudio. El lugar más apropiado para su inclusión son las conclusiones finales. Este capítulo aporta datos decisivos, pero a ellos deberán sumarse los del capítulo del consumo y cuantas actitudes del consumidor quedan reflejadas en las distintas partes del estudio y que darán carne y color a su figura.

Una palabra final sobre el origen y el reforzamiento de las motivaciones aquí presentadas y verificadas, sea que les convenga esta calificación o más bien la de valores y actitudes. Como ha observado la comisión gubernamental norteamericana sobre la droga, los mensajes de los medios de comunicación de masas son en gran parte responsables de la jerarquía de prioridades, de los valores y causas con que el público aborda el problema de las drogas tanto teórica como prácticamente. Ahora bien, este influjo de los medios de comunicación es muchas veces indirecto. Los mensajes publicitarios con que se comercializan los fármacos legales y las drogas de amplia aceptación social, además de ciertos alimentos y bebidas, promocionan con eficacia, aunque indirectamente, el uso de las sustancias prohibidas, a juicio de un buen número de expertos. Se hace preciso, por tanto, ensanchar el foco de la investigación de forma que abarque el problema de la formación, refuerzo y cambio de actitudes y valores que se relacionan con el consumo de toda sustancia dañina a la salud o susceptible, bien por el peculiar marco social en que se consume, bien por la prevalencia de una variedad de defectos de personalidad, de inducir una dependencia psicológica de la misma.

Queda confirmado y muy acentuado el hallazgo del primer estudio de EDIS en el que la «curiosidad» aparecía como la primera motivación en el consumo de drogas en la opinión de la población general juvenil. Esta motivación aparece de nuevo en nuestro estudio referida, por separado, al haschich y a las demás drogas ilegales, alcanzando los porcentajes de 72,3 y 74,3 (referidos al haschich y a

las demás drogas ilegales, respectivamente), tomando como base, no ya los encuestados de una población juvenil opinante, sino el número de los consumidores que responden.

La segunda motivación para consumir drogas ilegales que aparece en esta encuesta es «por experimentar placer, por animarse, etc.». En el sondeo de CIDUR-EDIS a la población juvenil adicta de Valencia, Sevilla, Bilbao y Santiago de Compostela, el 48,6 % de los encuestados decían mantenerse en el consumo «porque me gusta», y un 18,5 % «por estar bien», motivaciones éstas un tanto indiferenciadas. En el presente estudio la motivación «para experimentar placer», que puede considerarse como una formulación distinta de un contenido aproximadamente equivalente, es elegida por un 43 % en el caso del haschich y un 37 % en el caso de las demás drogas ilegales, si bien aquí la población contemplada es mucho más amplia.

Estas dos motivaciones (referidas al inicio y a la continuación en el consumo) aparecen en primer y cuarto lugar en un informe de la Organización Mundial de la Salud (5).

Aparte de la estrecha conexión de la segunda motivación con la primera y con esa actitud de base u orientación hacia lo manipulable y lo experimentable, ya comentada más arriba, hay que reconocer que las drogas siempre se han utilizado, incluso en sociedades primitivas, para alterar el estado de ánimo. Dicho en otras palabras: no es privativo de la sociedad moderna la búsqueda de experiencias profundas. Más bien puede suceder lo contrario: que nuestra sociedad no ha logrado aún institucionalizar de forma adecuada los canales por los que se pueda acceder a esas experiencias de forma segura y que, por el contrario, algunos importantes canales tradicionales, como el religioso, están cayendo en desuso. Precisamente la excepción de los «revivals» carismáticos incluso dentro del Catolicismo —tan poco afín, estructuralmente hablando, a esas tendencias de rancio abolengo protestante—, confirman esta observación.

La dificultad principal o «inmanejabilidad» del problema de la droga estriba por ello en una carencia general del sentido de la vida en amplios sectores de la sociedad. La experimentación y la búsqueda de novedad y de placer, e incluso la mera curiosidad como impulso hacia la droga, quedan absolutizados a falta de un encuadramiento

(5) Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos en Farmacodependencia, 20.º Informe, Ginebra: OMS, 1974 (Serie de Informes Técnicos, núm. 551).

ético de tal práctica en la totalidad de la existencia individual y del acontecer social (6).

El presente estudio confirma asimismo con datos de hecho aportados por los consumidores lo que en el primer estudio se desprendía del espectro de opiniones de la población juvenil general, a saber, la escasa importancia de las ideologías o místicas contraculturales o revolucionarias recogidas en algunas de las motivaciones propuestas, tales como «por sentirme a disgusto en esta sociedad injusta», «por encontrar un nuevo estilo de vida» y, en un sentido algo diferente, «por sentirme marginado o discriminado en el trabajo o por la sociedad».

Las motivaciones para consumir tabaco y alcohol presentan una estructura distinta, más perfilada —por disponerse de mayor información— que en el caso de las drogas ilegales y con predominio del aspecto de la integración social y de la sociabilidad: «Porque es una costumbre social» (56 %) y «por pasar el rato» (46 %). Probablemente tales motivaciones son válidas tan sólo a un nivel superficial, ya que reflejan estereotipos culturales con los que el consumidor se siente moralmente legitimado. No parece necesario, sin embargo, insistir sobre un tema que ya va gozando en España de una amplia y profunda bibliografía.

Las hipótesis de partida formuladas más arriba pasan ahora a ser contrastadas y valoradas a la luz de los resultados del estudio.

Queda rechazada la hipótesis según la cual la motivación más frecuente para comenzar a consumir una droga es el deseo de integrarse en un grupo. Las motivaciones explícitas principales, como ya queda expuesto, son, para el haschich y las demás drogas ilegales, «la curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas» y el deseo de «experimentar placer, de animarse», y para el alcohol y tabaco, «porque es una costumbre social» y «por pasar el rato». Por tanto, la hipótesis de la integración queda validada para el alcohol y el tabaco.

Naturalmente, esto no obsta para que el grupo sea el vehículo o canal por el que normalmente se llega a la droga.

El cuestionario no distinguía entre motivaciones del inicio y motivaciones de la continuidad, dada la escasa fiabilidad atribuible a la memoria.

Se confirman, en cambio, como motivaciones predominantes del

(6) Cf. National Commission on Marihuana and Drug Abuse, *Drug Abuse, Drug Use in America: Problem in Perspective*, Washington, D.C.: Government Printing Office, 1973, 393-4.

consumo la curiosidad y el deseo de experimentar placer, expresión ambas de la búsqueda de efectos inmediatos en el sentido ya expuesto más arriba en este mismo apartado.

No queda confirmada finalmente la hipótesis de que las motivaciones más fuertes para evitar el consumo sean las de orden moral. Al contrario, la motivación de evitar el daño a la salud prevalece sobre aquéllas excepto en el caso del haschich, en que ambas motivaciones tienen igual fuerza.

Por lo que respecta a la estructura motivacional, esta son, de forma resumida, las características principales.

El sexo del encuestado no es indiferente en relación a las motivaciones tanto para abstenerse como para consumir las distintas drogas. Como ya hemos visto, esto se cumple principalmente en relación a la motivación del daño a la salud para abstenerse de beber y fumar y de tomar haschich y otras drogas ilegales, pero no se cumple en relación a la abstención de los medicamentos.

También se cumple el efecto diferenciador del sexo en el consumo de drogas en las motivaciones para consumir haschich y otras drogas ilegales, distintas en el hombre y en la mujer. No se cumple, en cambio, en relación a las motivaciones para consumir tabaco y alcohol, cuyas diferencias entre los sexos apenas son perceptibles.

La edad influye claramente en la discriminación de las pautas de consumo de drogas. Los encuestados de 15 a 17 años son los menos sensibles a las motivaciones morales y de salud para abstenerse de fumar y a las motivaciones morales para no beber. Los jóvenes de 15 a 17 años y los de 21 a 24 años aparecen menos sensibles que las demás edades a las motivaciones claves para abstenerse del haschich. También los jóvenes de 15 a 24 años son menos sensibles que los adultos a las motivaciones principales para abstenerse de las demás drogas ilegales y medicamentos, destacando como grupo de especial riesgo los de 21 a 24 años en relación a los medicamentos.

Las motivaciones principales para consumir tabaco y alcohol son mencionadas de modo diferencial por las distintas edades, destacando los adultos de 35 a 64 años en la mención de la «costumbre social», motivación de máxima frecuencia. También las pautas motivacionales del consumo de haschich reflejan las diferencias de la edad. Asimismo se diferencian netamente las motivaciones que impulsan a los encuestados de 15 a 17 años y de 21 a 24 años (curiosidad y placer) y a los encuestados de más de 24 años (nuevo estilo de vida y gusto

de lo prohibido) al consumo de otras drogas ilegales distintas del haschich.

El tipo de convivencia también diferencia, aunque con mayor complejidad, las pautas motivacionales de abstención y consumo de drogas. La convivencia con la familia de origen, fuertemente asociada por la edad, lógicamente sigue el curso arriba reseñado. El vivir solos en la propia casa parece hacer menos sensibles a los encuestados al daño del alcohol, del tabaco y del haschich a la salud como para abstenerse de estas drogas. En cambio, los que viven con amigos son menos sensibles a las motivaciones para abstenerse de drogas ilegales y de medicamentos.

Son distintos los motivos que llevan a beber y a fumar a los que viven con su propia familia —la costumbre social— y a los que viven con amigos: la curiosidad. Coinciden los que viven con su propia familia con los que viven con su familia de origen en tomar haschich por las mismas motivaciones-clave, pero se diferencian netamente de los consumidores que tienen otras formas de convivencia. La curiosidad espolea más a los consumidores de otras drogas ilegales que viven con su propia familia o con amigos mientras que el deseo de placer incita más a los que viven con su familia de origen.

El daño a la salud es un motivo para abstenerse del alcohol que los que tienen relaciones conflictivas con su pareja mencionan menos que los que las tienen armoniosas. Lo contrario ocurre en el caso del tabaco.

El llevarse bien o mal con la pareja, en cambio, no introduce diferencias en las motivaciones para abstenerse del haschich y de las demás drogas ilegales, como tampoco de los «medicamentos».

Los que tienen malas relaciones con su pareja beben y fuman menos que los que las tienen buenas «porque es una costumbre social» y «para facilitar la conversación y el contacto social». En cambio, fuman y beben más que aquéllos «para calmar los nervios».

Los que se llevan bien con su cónyuge son más sensibles a las motivaciones de curiosidad y placer para consumir haschich que los que se llevan mal con él. En el consumo de las demás drogas ilegales, las buenas relaciones conyugales van unidas a la motivación de curiosidad, y las malas, al deseo de experimentar placer.

Las relaciones conflictivas con los padres van unidas a una menor atención al daño a la salud como motivo para abstenerse de beber y fumar y, en general, a una menor atención a las motivaciones para

abstenerse del haschich y de las demás drogas ilegales, así como de «medicamentos».

Las malas relaciones con los padres van ligadas a una mayor frecuencia de las motivaciones «de efecto inmediato» para consumir tabaco y alcohol, más susceptibles de neurotización. Las relaciones conflictivas con los padres parecen llevar a un consumo del haschich y de las demás drogas ilegales de tipo compensatorio o evasivo. En cambio, las relaciones armoniosas van unidas a la mayor importancia de la curiosidad como motivo para consumir «otras drogas ilegales».

También los «hobbies» u ocupaciones preferentes en el tiempo libre de los encuestados diferencian las motivaciones para la abstinencia y para el consumo de las drogas, aunque aquí la pauta es más compleja, como variadas son las motivaciones por las que se adoptan estos «hobbies». Otro tanto ocurre con la participación en asociaciones voluntarias, variable también claramente diferenciadora. En este resumen ofrecemos tan sólo los ejemplos más claros. La participación religiosa va estrechamente unida a la importancia que se concede a las motivaciones morales para abstenerse de todo tipo de droga. El leer y oír música parece llevar consigo una menor atención al daño que para la salud supone el cigarrillo. Los que no tienen actividad satisfactoria alguna en su tiempo libre están más expuestos a no abstenerse del haschich por el daño que causa a la salud, hallazgo que verifica nuestra hipótesis.

Los amigos del cine y del teatro exhiben una mayor carga de convicciones personales para abstenerse del haschich y de las demás drogas ilegales, así como de los «medicamentos», lo que sugiere un influjo positivo de estos medios de comunicación social. En general, sin embargo, la motivación del daño a la salud que el uso del haschich supone predomina sobre las consideraciones morales para abstenerse del mismo. El daño a la salud como motivo para abstenerse del haschich y otras drogas ilegales es aducido en primer lugar tanto por los que participan en asociaciones deportivas como por los que no participan en ningún tipo de asociación.

Mientras los que frecuentan el cine y el teatro beben y fuman «por pasar el rato», los que ocupan su tiempo libre en actividades cívico-sociales fuman y beben «para facilitar la conversación y el contacto social».

La motivación de la curiosidad para tomar haschich predomina en individuos dinámicos deportistas, activistas cívico-sociales, etc., mientras que el deseo de experimentar placer lleva a consumir haschich

a los que no participan en ninguna asociación y a los que prefieren quedarse en casa en su tiempo libre.

Los consumidores de drogas ilegales que frecuentan cines y teatros las toman por placer, al igual que aquellos consumidores que participan en asociaciones deportivas. Por curiosidad las toman, en cambio, aquellos consumidores que prefieren oír música, leer, etc., en su tiempo libre.

El daño del tabaco a la salud es aducido con mayor frecuencia y sus convicciones personales, en cambio, con menor frecuencia por los que están insatisfechos con su trabajo que por los que están satisfechos con él.

La satisfacción en el trabajo está ligeramente asociada a una mayor frecuencia de la motivación moral para no beber alcohol.

Los satisfechos con su trabajo dicen con mayor frecuencia que los insatisfechos que se abstienen del haschich y de las demás drogas ilegales «porque tienen otras cosas que hacer».

Aducen con mayor frecuencia sus convicciones personales para no tomar medicamentos los que están satisfechos con su trabajo que los que están insatisfechos con él.

Los insatisfechos con su trabajo mencionan con mayor frecuencia que los satisfechos «el gusto de hacer algo prohibido» como motivación para tomar tabaco y alcohol.

Mientras los satisfechos con su trabajo dicen tomar otras drogas ilegales (distintas del haschich) por curiosidad con más frecuencia que los insatisfechos, son éstos los que dicen tomarlas por experimentar placer con más frecuencia que aquéllos. En cambio, son los satisfechos con su trabajo los que dicen tomar haschich por experimentar placer con alguna mayor frecuencia que los insatisfechos con él.

3.5.1. *Influencia del consumo en las motivaciones para abstenerse de las drogas.*

Las motivaciones negativas principales son dos: el daño a la salud que suponen las distintas drogas y las convicciones personales o razones de tipo moral. En un tercer lugar, muy minoritario, se menciona la motivación «porque tengo otras cosas que hacer».

Estas motivaciones principales para abstenerse de consumir las distintas drogas van asociadas diferencialmente a distintos tipos de consumo de drogas.

Tabaco y alcohol.

Dicen abstenerse de fumar por motivos de salud ante todo los fumadores esporádicos, aproximadamente la mitad de los que han probado el haschich, más de la mitad de los bebedores habituales de alcohol, más de la mitad de los que toman tranquilizantes en situaciones anímicas especiales y de los consumidores habituales de analgésicos. No cabe duda de que el daño del tabaco a la salud es una motivación con fuerza en una variada gama de consumidores de drogas ilegales y legales.

Se abstienen de fumar por razones morales más de la mitad de los que toman tranquilizantes a diario y una tercera parte de los que toman analgésicos a diario. Por tanto, sólo personas algo enfermizas conceden alguna importancia a las motivaciones de orden moral para dejar de fumar.

Se abstienen del alcohol por motivos de salud más de la mitad de los fumadores esporádicos, la gran mayoría de los moderados y los que toman tranquilizantes en situaciones depresivas o de ansiedad. Es decir, tratándose de una droga de tanta aceptación social como el alcohol, ni siquiera la motivación negativa más universal tiene gran fuerza, sino entre consumidores esporádicos o moderados de algunas drogas legales que cuidan celosamente su salud.

Haschich.

Se abstienen del haschich por motivos de salud alrededor de la mitad de los fumadores esporádicos, de los que sólo han probado el alcohol esporádicamente y de los consumidores de analgésicos.

Se abstienen del haschich por razones morales los que sólo lo han probado, casi la mitad de los consumidores moderados de barbitúricos y la mitad de los que toman tranquilizantes en situaciones anímicas especiales.

Aparece clara, por tanto, la escasa fuerza y corto alcance de ambas motivaciones para abstenerse del haschich entre la mayoría de los consumidores de drogas legales e ilegales.

Otras drogas ilegales.

Se abstienen de las demás drogas ilegales por motivos de salud, ante todo, los que consumen haschich los fines de semana, los fuma-

dores y bebedores esporádicos y los consumidores moderados y habituales de tranquilizantes, más los habituales de analgésicos.

Se abstienen de las demás drogas ilegales por razones morales los bebedores «festivos» de alcohol, los que toman tranquilizantes, analgésicos o barbitúricos en situaciones de ansiedad.

Se abstienen asimismo de las demás drogas ilegales «por tener otras cosas que hacer» más de la tercera parte de los consumidores «festivos» de haschich.

Es evidente la gravedad del peligro que para la salud suponen las drogas ilegales, peligro que lleva a abstenerse de ellas a bastantes consumidores de haschich y de tranquilizantes y analgésicos.

Medicamentos.

Dicen abstenerse de «medicamentos» por el daño a la salud que suponen los que sólo fuman y beben en las fiestas, los que toman haschich los fines de semana, los consumidores moderados de barbitúricos y tranquilizantes, los que sólo han probado las anfetaminas y los que toman analgésicos a diario.

Dicen abstenerse de «medicamentos» por sus convicciones personales los fumadores y bebedores esporádicos.

Como se ve, la prevención hacia la nocividad de los medicamentos es superior a la que existe hacia el haschich en un amplio espectro de consumidores de drogas legales y de haschich.

3.5.2. Influencia del consumo en las motivaciones para consumir drogas legales e ilegales.

Tabaco y alcohol.

Los consumidores de tabaco y alcohol, que además lo son de otras drogas (excepto los que toman tranquilizantes), dicen fumar y beber, en primer lugar, «porque es una costumbre social». La frecuencia con que se cita esta motivación aumenta con la frecuencia del consumo de analgésicos y haschich y del mismo alcohol. Los consumidores diarios de analgésicos también dicen, en su mayoría, fumar y beber «por

pasar el rato», motivación en estrecha conexión con la anterior. (Véanse los cuadros 5.31 a 5.34.)

Un tercio de los consumidores diarios de haschich fuman y beben «por experimentar placer».

Parece, por tanto, comprobarse que analgésicos y haschich están asociados al consumo de tabaco y alcohol impulsado por la motivación de la «costumbre social».

Haschich.

Los consumidores de tabaco, alcohol, analgésicos, tranquilizantes, anfetaminas y haschich son los que dicen con mayor frecuencia consumir haschich «por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas». (Véanse los cuadros 3.4.5 * a 3.4.9 *.)

Los consumidores habituales de analgésicos y los moderados de anfetaminas, en su mayoría, dicen tomar haschich «por experimentar placer». También manifiestan esta motivación más de la mitad de los que toman haschich los fines de semana y de los fumadores habituales.

Es esta, por tanto, una motivación más específica (ya que se encuentra tan sólo en los consumidores de cuatro drogas de forma notable) que la «curiosidad», motivación compartida por los consumidores de seis drogas.

Los consumidores moderados de haschich y los fumadores habituales son los que con mayor frecuencia toman haschich «por pasar el rato».

Una cuarta parte de los que beben alcohol en las fiestas toman haschich «por el gusto de hacer algo prohibido».

Otras drogas ilegales.

La jerarquía de las motivaciones para consumir «otras drogas ilegales», expresada por los consumidores de las distintas drogas, es casi idéntica a la que manifiestan respecto al consumo de haschich.

En general, al crecer la frecuencia del consumo de las distintas drogas, disminuye la frecuencia de la curiosidad como motivación para consumir drogas legales e ilegales. En particular, los consumidores «festivos» y moderados de haschich y los consumidores habitua-

les de alcohol bastante más que los diarios de ambas drogas) parecen ser más propensos a tomar «otras drogas ilegales» por curiosidad. Parece lógico que, con la frecuencia del consumo, la curiosidad pierda fuerza. (Véanse los cuadros 3.4.10 * a 3.4.12 *.)

En cambio, los que más mencionan el deseo de experimentar placer como motivación para tomar otras drogas ilegales son los consumidores diarios de haschich. La misma carencia, que puede hipotetizarse en la raíz del consumo diario de haschich, tiende, en determinadas circunstancias, a querer saciarse con sensaciones más intensas.



4. Conocimiento de las diversas drogas

La *información o conocimiento* que se tenga de las diversas drogas es un factor de gran importancia, tanto en lo referido a las actitudes que se adopten ante las mismas como en lo relativo a la prevención del consumo a través de los diferentes canales o fuentes de información.

4.1. Qué productos creen que son drogas.

El primer tema investigado fue el grado de información o conocimiento sobre una serie de productos. A tal efecto se incluyó en el cuestionario una batería de preguntas en la que se mezclaban drogas verdaderas (de efectos nocivos) con productos inocuos (vgr., mentol, eucaliptus, etc.), de manera que la combinación ofreciese al encuestado alguna dificultad y no sospechase que todos los elementos de la lista eran en realidad drogas peligrosas, y cuya formulación general fue la siguiente:

¿Cuáles de estos productos cree usted que son drogas?

Las respuestas obtenidas son las que se recogen en el cuadro múltiple siguiente:



CUADRO 4.1.1.

<i>Tipos de drogas</i>		<i>No lo son</i>	<i>Sí lo son</i>	<i>Dudoso</i>
13. Tabaco	(1.975)	39,7	55,1	5,2
14. Haschich	(1.961)	4,7	91,2	4,1
15. LSD	(1.921)	3,1	84,1	12,8
16. Cocaína	(1.950)	3,6	89,8	6,6
17. Disolventes	(1.925)	41,9	33,6	24,5
18. Alcohol	(1.979)	27,0	65,1	7,9
19. Barbitúricos	(1.955)	9,6	76,6	13,9
20. Tranquilizantes y sedantes.	(1.951)	17,6	69,1	13,3
21. Opiáceos	(1.960)	2,3	92,4	5,2
22. Anfetaminas	(1.954)	11,6	72,1	16,3
23. Analgésicos	(1.958)	34,1	51,1	14,8

Antes de pasar al análisis pormenorizado de estos datos conviene ver unos índices y unos coeficientes que, de forma sintética, pueden dar una idea global del grado de conocimiento que la población española tiene en conjunto sobre los diversos productos que técnicamente son considerados drogas.

CUADRO 4.1.2.

<i>Opinión global</i>	<i>Índice</i>	<i>Coeficiente</i>
Creer que son drogas	70,9 %	4,0
Creer que no son drogas	17,7 %	0,25
Están dudosos	11,4 %	0,13

Según estos datos se puede concluir que la mayoría de los entrevistados (7 de cada 10) tienen una opinión de conjunto afirmativa; una minoría (algo menos de 2 de cada 10) la tienen negativa; mientras que tan sólo un poco más de uno de cada diez está dudoso.

A pesar de que estos datos son una abstracción un tanto artificiosa, sin embargo, dan una idea bastante clara de que el grado de conocimiento global de los productos que son drogas es bastante elevado por gran parte de la población.

Este grado de conocimiento de las drogas es muy similar al detectado en un estudio anterior referido a la juventud, pues entre ésta tan sólo un 10 % no conocía ningún tipo de droga, mientras que entre la población general es un 11,4 %.

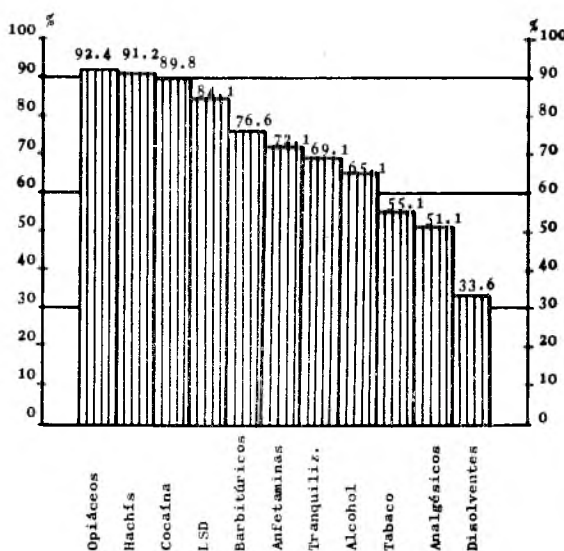


Considerando ahora cada uno de estos productos de forma particularizada se distinguen, según el nivel de información, los tres grupos siguientes:

1. Hay un primer grupo de productos que son considerados como drogas por una proporción muy alta de la población: los opiáceos (opio, morfina y heroína), el 92,4; los derivados del cannabis (haschich, marihuana, etc.), el 91,2; la cocaína, el 89,8; el LSD, el 84,1; los barbitúricos, el 76,6, y las anfetaminas, el 72,1.

Todos estos productos tienen en común que son socialmente restringidos, bien por ser ilegales (cannabis, opiáceos, LSD, cocaína...) o de uso bajo estricto control médico (barbitúricos, anfetaminas...).

GRAFICO 4.1
Qué productos cree que son drogas



2. Un segundo grupo es considerado como drogas por un importante porcentaje de la población, pero no lo son por otro porcentaje también considerable: los tranquilizantes y sedantes son considerados drogas por un 69,1; el alcohol, el 65,1; el tabaco, el 55,1, y los analgésicos, el 51,1.

Tienen en común que su publicidad y venta es legal y su uso muy extendido, principalmente el tabaco y el alcohol.

3. Finalmente, hay un tercer grupo, los disolventes (pegamentos, benzol, gasolina, etc.), que son considerados drogas por tan sólo un 33,6 de la población.

La hipótesis inicial es que la consideración de los diversos grupos de productos como drogas está muy influida por el grado de control que se establezca sobre los mismos, de modo que la opinión individual se conforma, en cierta medida, en función de que el tratamiento oficial sea permisivo o restrictivo.

En el caso de los disolventes se cree que se trata de desconocimiento, ya que estos productos, más que drogas propiamente dichas, son usados como sucedáneos de determinados productos cuando no se pueden encontrar.

4.1.1. *Grado de información de los diferentes sectores de la población.*

En un análisis más fino del grado de información que sobre cada producto en particular tienen los diversos sectores de población, según características específicas de sexo, edad, región, nivel de ingresos, ocupación y categoría profesional, creencias religiosas, cultura, posicionamiento político, etc., se observa lo siguiente:

Tabaco (Sí: 55,1 %) (No: 39,7 %).

Creer que sí es una droga, de forma especial, los siguientes sectores de población: los grupos de edad de 21-24 años (59,6) y los de 25-34 (61,3); los residentes en Galicia (60,8), Cataluña-Baleares (63,6), Levante-Murcia (65,4) y Area Metropolitana de Madrid (61,4); los de estudios medios (59,4) y superiores (60,2); los que trabajan y estudian (58,3) y los que están en paro (61,8); los empresarios (61,5), funcionarios (65,9), profesiones liberales (64,6) y los obreros cualificados (63,0); los electores del PSOE (58,2), los apolíticos (59,0); los no creyentes religiosamente (63,6).

Opinan que no es una droga los siguientes: los de 45-54 años de edad (43,6); los residentes en el País Vasco-Navarra (57,3), Area Metropolitana de Madrid (54,7); los de menor nivel cultural (43,0); las mujeres dedicadas a sus labores (42,7); los directores (46,2), los

obreros no cualificados (44,0); los electores de partidos regionales de derechas (47,5) y los pasotas (42,6); los católicos no practicantes.

Haschich-maribuana (Sí: 91,2 %) (No: 4,7 %).

Los que piensan que estos productos son droga, por encima del porcentaje medio, son los siguientes: los de 18-20 años (92,3) y 35-44 (92,4); los residentes en el País Vasco-Navarra (93,6), Areas Metropolitanas de Barcelona (97,6) y Madrid (93,2), los de núcleos de más de medio millón de habitantes (93,0); los de estudios primarios y medios (96,1 y 93,9); los que trabajan (91,8), los que están en paro (92,1); los empresarios (92,3), funcionarios (95,9), técnicos medios (92,5) y los obreros cualificados (93,6); los electores de A. P. (92,7), los de partidos regionales de derechas (93,2); los católicos no practicantes.

Los que creen que no son drogas son, especialmente, los siguientes: los de menor edad, 15-17 años (9,4); los residentes en Andalucía (9,0); los de estudios superiores (11,7); los estudiantes (13,0) y los que buscan el primer empleo (14,8); los directores (7,7) y profesiones liberales (9,7); los que se denominan políticamente pasotas (12,8); los no creyentes (13,0) y los indiferentes (11,6).

LSD (Sí: 84,1 %) (No: 3,1 %).

Los que creen que el LSD es una droga, por encima de los porcentajes medios, son los siguientes: los hombres (86,7); los tres grupos de menor edad (92,3); los residentes en País Vasco-Navarra (91,1), Aragón (87,7), Areas Metropolitanas de Barcelona y Madrid (86,1 y 85,5), los de núcleos de 250-500.000 habitantes (92,8) y más de 500.000 (87,0); los de estudios medios y superiores (95,2 y 93,9); los estudiantes (89,9) y los que trabajan y estudian (96,5); los empresarios (92,3), los funcionarios (92,7), profesiones liberales (92,9), técnicos medios y administrativos (92,5); los electores de partidos regionales de izquierda (94,2) y de extrema izquierda (97,5); los no creyentes y los indiferentes (90,9 y 87,3).

Los que opinan que no es una droga son, especialmente, los siguientes: los residentes en Extremadura-Albacete (6,3) y los electores del P. C. (5,7).

Cocaína (Sí: 89,8 %) (No: 3,6 %).

Los que creen que la cocaína sí es una droga se asocian fuertemente con los siguientes sectores de población: los tres grupos de menor edad (94,7); los residentes en el País Vasco-Navarra (94,9), Áreas Metropolitanas de Madrid (95,0) y Barcelona (93,5), núcleos de 100 a 250.000 (93,1), 250 a 500.000 (92,8) y más de 500.000 (93,5); los de estudios medios y superiores (93,4 y 93,5); los estudiantes (94,7), los que trabajan y estudian (93,1); los funcionarios (93,5), profesiones liberales (91,2) y los administrativos (92,6); los electores de partidos de izquierda radical (97,5) y regionales de derecha (93,2); los indiferentes (91,4).

Los que piensan que no es una droga, especialmente, son los siguientes: los residentes en Cataluña-Baleares (9,2) y Andalucía (6,8).

Disolventes (Sí: 33,6 %) (No: 41,9 %).

Los sectores de población que opinan que los disolventes sí son una droga son, especialmente, los siguientes: los de 25-34 años (40,3); los residentes en Canarias (44,3), Área Metropolitana de Madrid, núcleos de 250-500.000 habitantes (41,0) y de más de 500.000 (41,8); los de estudios superiores (40,3); los que trabajan y estudian (39,6); los profesionales liberales (52,2), los técnicos medios (46,3), los obreros cualificados (39,3); los electores del P. C. (40,4), de partidos de extrema izquierda (52,5), los apolíticos (41,7); los no creyentes (47,4).

Los que creen que no son droga, son los siguientes: los tres grupos de menor edad (51,5); los residentes en Galicia (45,6), País Vasco-Navarra (59,2), Extremadura-Baleares (50,6); los estudiantes (49,8), los parados (44,7); los empresarios (46,2), los administrativos (48,9); los electores de A. P. (47,6).

Alcohol (Sí: 65,1 %) (No: 27,0 %).

Los que creen que el alcohol es una droga son, principalmente, los siguientes: los de 18-20 años (69,2), 21-24 años (68,3) y 25-34 (69,2); los residentes en Canarias (72,9), Castilla la Vieja (70,5), Área Metropolitana de Madrid (76,8) y núcleos de más de 500.000 habitantes (69,1); los de estudios medios (72,2) y superiores (74,5); los estudiantes (70,4), los que trabajan y estudian (70,1); los funcionarios (69,1), profesiones liberales (73,5), obreros cualificados (68,9);

los electores de partidos de izquierda (68,1), de extrema izquierda (77,5) y los apolíticos (72,9); los no creyentes (75,3) y los sin religión (76,6).

Y los que opinan que no es una droga son los siguientes: los de 15-17 años (32,2) y 55-64 (33,1); los residentes en País Vasco-Navarra (37,6) y Area Metropolitana de Barcelona (41,8), en los núcleos de 50-100.000 habitantes (35,8); los de menor nivel cultural (33,9); los que buscan el primer empleo (44,4) y los jubilados (33,9); los empresarios (34,6), los directores (34,6) y los técnicos medios (32,8); los electores del P. C. (34,0), partidos regionales de derechas (40,7) y los pasotas (30,9); los católicos no practicantes (30,3).

Barbitúricos (Sí: 76,6 %) (No: 9,6 %).

Piensan que los barbitúricos sí son drogas los siguientes sectores de población: los de 21-24 años (84,7), 25-34 (81,4); los residentes en Galicia (86,7), País Vasco-Navarra (83,4), Levante-Murcia (84,2), Area Metropolitana de Madrid (86,8), en los núcleos mayores de 100.000 habitantes (83,3); los de estudios medios (88,2) y superiores (84,4); los estudiantes (82,6), los que trabajan y estudian (88,2); los empresarios (84,6), los funcionarios (87,0), los profesionales liberales (85,0), los administrativos (84,6); los electores de los partidos regionales de izquierda, los de izquierda radical y los apolíticos (85,3, 95,0 y 83,4); los no creyentes (87,0), los creyentes de otra religión (100), los sin religión (80,2).

Y los que creen que no son droga son los siguientes: los de 55-64 años; los residentes en Aragón (23,1), Andalucía (15,7); núcleos de 50-100.000 habitantes (13,3); los de menor nivel cultural (12,3); los que buscan el primer empleo (18,5), las mujeres dedicadas a sus labores (14,6) y los jubilados (12,5); los directores (15,4); los electores del P. C. (12,1) y los pasotas (16,0); los sin religión (12,4).

Tranquilizantes y sedantes (Sí: 69,1 %) (No: 17,6 %).

Los que piensan que estos medicamentos son drogas, son los siguientes: los cuatro grupos de menor edad 15 a 34 años (77,0); los residentes en Galicia (78,5), Levante-Murcia (79,5) y Area Metropolitana de Madrid (85,9), los núcleos de más de 100.000 habitantes (74,5); los de estudios medios (77,5) y superiores (78,4); los electores de partidos de izquierda (79,6), izquierda radical (85,0) y los apolíticos (74,9); los creyentes de otra religión (100), los no creyentes

(83,8) y los sin religión (72,7); los estudiantes (76,9), los que trabajan y estudian (82,6), los que buscan el primer empleo (74,1) y los que trabajan ocasionalmente (72,4); los funcionarios (74,0), los profesionales liberales (79,6) y los administrativos (76,6).

Y los que opinan que no son drogas son, especialmente, los siguientes: los de 55-64 años (23,7); los residentes en Andalucía (23,1), Castilla la Vieja-León (26,0) y Area Metropolitana de Barcelona (27,6); los de menor nivel cultural (22,0) y los de enseñanza primaria (21,0); las mujeres dedicadas a sus labores (25,6), los jubilados (30,4); los empresarios (23,1) y los directores (26,9); los electores de A. P. (23,2) y los partidos regionales de derechas (28,8).

Opiáceos: opio, morfina, heroína (Sí: 92,4 %) (No: 2,3 %).

Los que opinan que estos productos son drogas son, principalmente, los siguientes: los hombres (93,1); los de 15-17 años (94,7), 18-20 (95,5), 25-34 (94,0); los residentes en Asturias-Santander (94,6), Vasco-Navarra (96,8), Levante-Murcia (94,9) y Area Metropolitana de Barcelona (94,1), los núcleos de 250-500.000 habitantes (96,4) y de más de 500.000 (94,3); los de estudios medios y superiores (97,3) y (94,8); los estudiantes y los que trabajan y estudian (96,8), (98,6); los empresarios (96,2), las profesiones liberales (97,3), los administrativos (97,9); los electores de A. P. (96,3), regionales de derecha (96,6) y de izquierda (95,8), los de izquierda radical (100); los no creyentes (97,4), los indiferentes (94,0) y los creyentes de otra religión (100).

Y los que piensan que no son drogas son los siguientes: los jubilados (5,4).

Anfetaminas (Sí: 72,1 %) (No: 11,6 %).

Quienes creen que este producto es droga son, especialmente, los siguientes: los hombres (75,3); los cuatro grupos de menor edad, de los 15 a los 34 años (82,5); Area Metropolitana de Madrid (83,6), los núcleos de 250-500.000 habitantes (81,3) y los de más de 500.000 (78,2); los de estudios medios (84,5) y superiores (83,5); los estudiantes (81,8), los que trabajan y estudian (87,5), los que buscan el primer empleo (81,5); los funcionarios (82,1), las profesiones liberales (84,1), los administrativos (85,6); los electores de partidos regionales de izquierda (87,4), los de izquierda radicales (87,4) y los

apolíticos (78,6); los no creyentes (90,3), los creyentes de otra religión (90,9) y los sin religión (81,0).

Y los que opinan que no son droga son los siguientes: los residentes de Asturias-Santander (18,3), Aragón (24,6), Andalucía (15,7), Castilla la Vieja (15,1); los de menor nivel cultural (17,0); los jubilados (14,3); los empresarios y los directores (23,1) y (19,2); los electores de UCD (15,0), partidos regionales de derecha (15,3).

Analgésicos (Sí: 51,1 %) (No: 34,1 %).

Los que piensan que estos productos son drogas son, principalmente, los siguientes: los hombres (53,9); los de 18-20 años (56,4), 21-24 (60,7); los residentes en Galicia (62,0), Levante-Murcia (64,1), Canarias (62,9), Area Metropolitana de Madrid (71,4), los núcleos de 50-100.000 habitantes (55,7), 250-500.000 (54,7) y más de 500.000 (56,1); los de estudios medios (59,4) y superiores (63,6); los estudiantes (59,9), los que trabajan y estudian (60,4); los profesionales liberales (65,5), los administrativos (56,9) y los obreros cualificados (60,3); los electores de partidos de izquierda radical (67,5) y los apolíticos (61,7); los no creyentes y los creyentes de otra religión (64,9) y (72,7).

Y los que afirman que no son drogas son, especialmente, los siguientes: los de 45-54 años (37,3); los residentes en Asturias-Santander (45,2), Andalucía (42,9); de núcleos de 50-100.000 habitantes (41,8); los de menor nivel cultural (38,6); las mujeres dedicadas a sus labores (42,5) y los jubilados (44,6); los técnicos medios (41,8); los electores de partidos regionales de derechas (57,6) y de UCD (38,6).

4.1.2. *Hipótesis más relevantes.*

El análisis de todas estas correlaciones muestra que se verifican una serie de hipótesis relevantes:

1. De todas las correlaciones entre grado de información y los diversos factores (variables independientes) de la población estudiada, la que alcanza una mayor asociación es la de la variable nivel educativo-cultural; cumpliéndose lo siguiente: a mayor nivel cultural (estudios medios y superiores), mayor información sobre las drogas; y a

menor nivel cultural (analfabeto o sólo leer y escribir), menor información sobre las drogas.

2. La variable edad no tiene un comportamiento lineal, oscila bastante; no obstante, se puede observar que respecto al tabaco, el alcohol y los medicamentos, los que dicen que no es droga son las personas mayores de 45 años, sin duda por ser los mayores consumidores de estos productos. Lo contrario ocurre con los derivados del «cannabis» (haschich, marihuana...), que opina mayoritariamente que no es droga el grupo más joven, que a su vez son los que en mayor proporción fuman el clásico «porro».

3. La variable sexo no es tampoco significativa, excepto en el caso de las mujeres que se dedican exclusivamente a sus labores, pues, junto con los jubilados, son las que menos conocen las diversas drogas y se manifiestan más dudosos e inseguros.

4. La variable geográfica tampoco es lineal; solamente se observan dos constantes: en cuanto al menor conocimiento, Andalucía (probablemente por ser una de las regiones de menor nivel cultural); y en cuanto al mayor conocimiento, los grandes núcleos urbanos.

5. El resto de las variables o factores de la población encuestada no son constantes, varían mucho, por lo que las hipótesis que parecen confirmarse como más influyentes de la información que se tenga respecto a las drogas son: el nivel educativo-cultural, la no actividad profesional, el nivel de concentración de población en núcleos urbanos grandes y el ser consumidor de alguna droga, especialmente las legales, que hacen que no se considere como tal.

4.2. Fuentes de información sobre la droga más fiables.

Aquí se pretendía averiguar a través de qué fuentes de información-comunicación la población española ha obtenido el conocimiento sobre las diversas drogas de un modo más fiable o que le ofreciera mayor confianza.

La pregunta realizada fue la siguiente:

De todas estas fuentes, ¿cuál es la que le ha dado una información de mayor confianza sobre las drogas?

Las respuestas obtenidas son las que se recogen en el cuadro siguiente:

CUADRO 4.2.1.

<i>Fuentes de información</i>	<i>%</i>
Mis padres	1,7
Amigos/as	17,7
Maestros, sacerdotes	3,3
Hijos	1,9
Hermanos	1,0
Compañeros de trabajo y/o escuela	5,3
Médicos, psicólogos	5,5
Medios de comunicación	46,7
Nadie me ha informado	16,9
	(1.979)

Siguiendo el mismo sistema de agrupación del estudio anterior «Juventud y droga en España», se consideran los tres tipos o fuentes de información siguiente:

CUADRO 4.2.2.

Fuentes de información de tipo institucional	13,4
Fuentes de información a través de las relaciones sociales	23,0
Fuentes de información a través de los medios de comunicación.	46,7

A partir de este cuadro se observa lo siguiente:

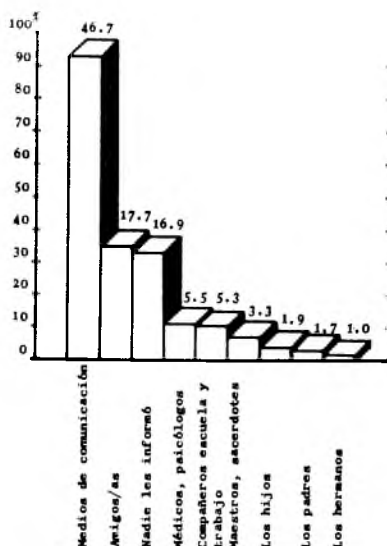
1. *Fuentes de información de tipo institucional*: familia, educadores, sacerdotes, médicos, etc. En total han sido informados de modo fiable por este medio un 13,4 de la población. Estas fuentes se caracterizan por su actitud contraria al consumo de drogas y su intención educativa y preventiva.

2. *Fuentes de información a través de las relaciones sociales*: amigos, compañeros de trabajo y de escuela, etc. A través de este medio se ha informado principalmente un 23,0 del total de la población (un 47,0 en los jóvenes, según el estudio anterior). Este canal de información, por su espontaneidad y su influencia grupal, en muchas ocasiones está relacionado con el consumo mismo de la droga. Aunque también, si es adecuadamente utilizado, puede ser uno de los instrumentos básicos para la prevención y, sobre todo, para el tratamiento y reeducación de los drogadictos.

3. *Fuentes de información a través de los medios de comunicación:* TVE., radio, prensa, etc. Este canal de información es en estos momentos el más popular de todos, ya que a un 46,7 % es el que le ha informado de modo principal. Su validez es la más ambigua, ya que se dan tanto los programas informativos y pedagógicos serios como los reportajes sensacionalistas y las películas y telefilmes incitadores.

Finalmente, un 16,9 de la población manifiesta que nadie le ha informado en ninguna ocasión.

GRAFICO 4.2
Fuentes de información sobre la droga de mayor credibilidad



4.2.1. *Opinión específica de cada sector de población.*

Analizando ahora las correlaciones entre la variable dependiente: fuente de información, y las variables independientes, o cada aspecto específico de la población investigada, podemos ver que quienes han

conocido las drogas por cada fuente de información, por encima de los porcentajes medios, son los siguientes:

Los padres (1,7 %).

Quienes han tenido a sus padres como principal fuente de información han sido, especialmente, los de 15-17 años (5,3); los residentes de Extremadura-Albacete (4,5); los estudiantes (4,0).

Los amigos (17,7 %).

Los que han tenido como principal fuente de información los amigos han sido, especialmente, los siguientes: los tres grupos de menor edad, 15-17 años (41,5), 18-20 (39,7) y 21-24 (30,1); los residentes en Galicia (21,5), Asturias-Santander (22,6), Aragón (21,5) y Areas Metropolitanas de Barcelona (30,0) y Madrid (19,1), en los núcleos de más de 500.000 habitantes (20,8); los que han cursado bachillerato elemental (22,4) y superior (27,7); los que estudian (37,2), trabajan y estudian (26,4), están en paro (27,6), buscan el primer empleo (29,6), no hacen nada (66,7) y los que trabajan ocasionalmente (37,9); los electores de partidos regionales de izquierda (28,3), izquierda radical (32,5) y los pasotas (34,0); los no creyentes (35,7), los indiferentes (27,7) y los creyentes de otra religión (45,5).

Los maestros-educadores (3,3 %).

Quienes han tenido a los educadores por sus informadores han sido, especialmente, los grupos siguientes: los de 15-17 años (10,5); los residentes en Aragón (21,5) y en núcleos de menos de 10.000 habitantes (4,7); los estudiantes (8,9); los electores de A. P. (11,0).

Los hijos (1,9 %).

Los hijos han sido la principal fuente de información para los padres que reúnen las características siguientes: edad de 45-54 años (6,5); los residentes en Canarias (5,7); los de menor nivel de instrucción (4,0); las mujeres dedicadas a sus labores (4,9); las madres en general (2,3).

Los hermanos (1,0 %).

Los que tienen a los hermanos como principal fuente de información son, especialmente, los más jóvenes: 15-17 años (2,9).

Los compañeros de escuela y/o de trabajo (5,3 %).

Estos son los principales informadores de los siguientes grupos: los de 18-20 años (10,9); los residentes en Cataluña-Baleares (9,8), en núcleos de 50-100.000 habitantes (10,9); los que han cursado estudios medios (10,7); los que trabajan (7,6); los profesionales liberales (8,8) y los administrativos (10,1); los electores de partidos de izquierda radical (12,5); los no creyentes (9,1) y los indiferentes (10,5).

Los médicos (5,5 %).

Quienes han recibido la principal información sobre las drogas a través de los médicos son, especialmente, los siguientes: los de 35-44 años (8,6); los residentes en el País Vasco-Navarra (13,4), núcleos de 250-500.000 habitantes (8,6); los de estudios medios y superiores (10,7) y (12,6); los empresarios (11,5), funcionarios (10,6) y directores (11,5); los electores de partidos de izquierda y derecha regionales (10,2) y (11,5).

Los medios de comunicación (46,7 %).

Los que han recibido información principalmente a través de los medios de comunicación, especialmente son los siguientes: los tres grupos de mayor edad (57,8); los residentes en Cataluña-Baleares (50,5), Levante-Murcia (49,6), Andalucía (49,7) y Area Metropolitana de Madrid (62,3), en los núcleos mayores de 250.000 habitantes (54,7); los dos grupos de menor instrucción (50,9) y (51,5); las mujeres dedicadas a sus labores (57,8) y los jubilados (57,1); los funcionarios (52,8) y directores (57,7), los obreros cualificados (50,7); los católicos practicantes (50,7) y los que no (51,6); los electores de UCD (56,0), PSOE (53,4) y los apolíticos (49,5).

Nadie les ha informado (16,9 %).

Los que no han recibido nunca ningún tipo de información son, especialmente, los siguientes: los de mayor edad (25,8); los residentes en Galicia (22,2), Canarias (24,3), Extremadura-Albacete y Castilla la Vieja (29,5), en los núcleos de 100-250.000 (20,8) y de menos de 10.000 (19,7); los de menor nivel cultural (27,8); los que trabajan ocasionalmente (24,1); los empresarios (26,9) y los autónomos (25,3); los pasotas políticamente (23,4).

4.2.2. Hipótesis más relevantes.

Todas las correlaciones que se acaban de ver son en sí mismas muy reveladoras; no obstante, hay que destacar algunas hipótesis más claramente verificadas:

1. *Los amigos es la fuente más importante de información entre los jóvenes:* el 41,5 % de los de 15 a 17 años y el 39,7 % de los de 18 a 20; porcentajes muy similares a los ya detectados entre la juventud en el estudio anterior.

2. *Un lugar donde se intercambia frecuente información entre los jóvenes sobre la droga es el ámbito escolar:* los estudiantes y los que estudian y trabajan, principalmente durante el bachillerato, en colegios e institutos.

3. Otra fuerte asociación entre información sobre la droga y actividad se da precisamente entre *los inactivos* (los que buscan el primer empleo, los que están en paro, los que trabajan ocasionalmente y los que, simplemente, no hacen nada). La inactividad, o mejor la ociosidad, es sin duda una frontera muy próxima a la droga.

4. *La información cualificada de los médicos* es, desgraciadamente, muy reducida y selectiva: personas maduras, de estudios medios y superiores, profesionales altos y empresarios, regiones desarrolladas, son sus principales receptores.

5. *Los medios de comunicación*, para lo bueno y para lo malo, son los que más llegan a las clases populares: los niveles de menor cultura, las personas de mayor edad, las mujeres dedicadas a sus labores, los jubilados, los núcleos metropolitanos, etc.

6. Finalmente, aquellos que *nunca han sido informados* sobre las drogas presentan características muy similares a los anteriores, aunque algunos en un grado de subdesarrollo mayor: ancianos, residentes en Galicia, Canarias, Extremadura-Albacete, Castilla la Vieja, analfabetos y los que sólo saben leer, los pasotas políticamente.

4.3. Opinión sobre si es un problema para la sociedad el consumo de droga.

Siendo importante y grave el consumo de droga para la persona que lo sufre, la drogadicción no es solamente un problema individual,



sino que tiene una amplia repercusión social: conflictos familiares, absentismo laboral, accidentes de tráfico, delitos diversos, homicidios, etcétera.

Era necesario, pues, conocer la opinión de la población española sobre este tema. A tal efecto, se formuló la siguiente pregunta:

¿Cree usted que en España actualmente es un problema para la sociedad el consumo de las drogas siguientes? (Preg. 25 a 29).

Las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

CUADRO 4.3.1.

<i>Tipos de drogas</i>		<i>Nada</i>	<i>Poco</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho</i>
25. Tabaco (1.972)		24,1	24,9	34,6	16,4
26. Alcohol (1.979)		9,7	14,6	41,6	34,1
27. Haschich (1.925)		6,6	13,5	38,9	41,0
28. Otras drogas ilegales: cocaína, heroína, LSD ... (1.904)		3,9	14,1	34,6	47,5
29. Medicamentos: tranquilizantes, sedantes, analg. (1.922)		15,1	25,9	34,3	24,6

Simplificando este cuadro de forma dicotómica, por una parte los que creen que no es problema y por otra los que sí, se obtiene lo siguiente:

CUADRO 4.3.2.

<i>Tipos de drogas</i>	<i>No es problema</i>	<i>Sí es problema</i>
25. Tabaco	49,0	51,0
26. Alcohol	24,3	75,7
27. Haschich	20,1	79,9
28. Otras drogas ilegales: cocaína, heroína, LSD	18,0	82,0
29. Medicamentos: tranquilizantes, sedantes, analgésicos.	41,0	59,0

Y si con estos datos se elaboran unos índices y unos coeficientes comparando las drogas legales (tabaco, alcohol y medicamentos) y las ilegales (haschich, cocaína, heroína y LSD), se ve que las opiniones sobre unas y otras son las siguientes:



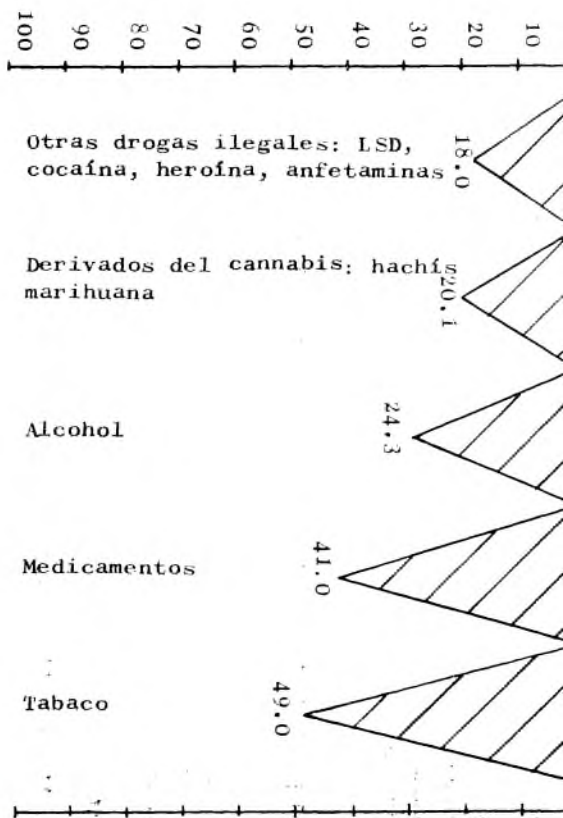
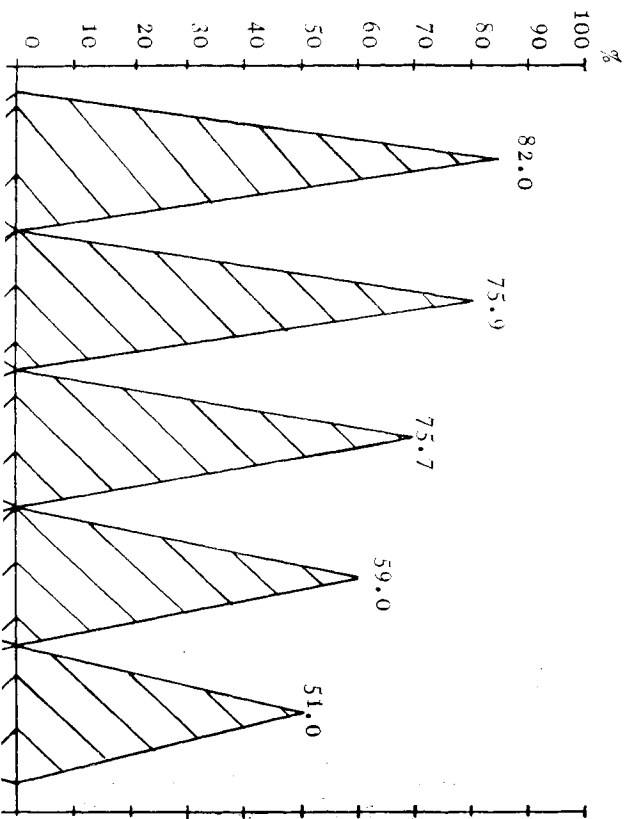


GRAFICO 4.3

Es problema para la sociedad el consumo de drogas



CUADRO 4.3.3.

	<i>No es problema</i>	<i>Sí es problema</i>	<i>Coficiente</i>
Drogas legales	35,2	64,8	1,84
Drogas ilegales	19,0	81,0	4,26

Según estos datos se ve que las drogas legales arrojan un índice de «no es problema» del 35,2, y de «sí es problema», del 64,8, lo que da un coeficiente de «problematicidad» de 1,84. Las drogas ilegales tienen un índice de «no es problema» del 19,0, y de «sí es problema», del 81,0, lo que da un coeficiente de «problematicidad» de 4,26.

Aquí es evidente que la consideración de que el consumo de droga es un problema para la sociedad está muy influida por el carácter legal o ilegal en las drogas, como se acaba de ver, con unos índices y un coeficiente de problematicidad de 2,32 veces mayor en las drogas ilegales que en las legales.

Y no es que se sugiera aquí que todas las drogas son iguales en sus consecuencias y nocividad. Sin duda hay una notable diferencia entre un simple tranquilizante y una dosis de heroína, así como una problematicidad social muy distinta en la drogadicción a uno u otro producto. Lo que se quiere apuntar es que la opinión pública se ve, sin duda, condicionada por el grado de tolerancia o de represión que oficialmente se tenga con una droga determinada. Un ejemplo bien claro en nuestro país es no sólo la permisividad, sino incluso la incitación respecto al consumo del alcohol y determinados fármacos, cuando está perfectamente demostrada su capacidad destructiva y modificadora de la conducta.

4.3.1. *Opinión específica de cada sector de población.*

Descendiendo ahora de las opiniones generales a las de cada sector específico de la población encuestada se observa que quienes opinan de uno u otro modo, por encima de los porcentajes medios, son los siguientes:

Sobre el consumo del tabaco.

No es problema (nada-poco) (24,1 y 24,9 %).



Los que piensan que el consumo del tabaco no es problema en absoluto son, especialmente, los siguientes: los de 18-20 años (28,2) y 21-24 (31,1); los residentes en Galicia (32,3), Aragón (52,3), Andalucía (33,3), Extremadura-Albacete (31,8), Área Metropolitana de Barcelona (34,1) y núcleos de más de 500.000 habitantes (28,1); los electores de A. P. (40,2), partidos regionales de izquierda (31,4) y de izquierda radical (35,0); los no creyentes (35,7); los que fuman todos los días (29,3); los que están en desacuerdo con que se consuma droga porque la sociedad funciona mal (29,4); los que están en desacuerdo con que los drogadictos son una carga para la sociedad (30,6) y los que están en desacuerdo con que se necesite un control más estricto sobre las drogas (34,2).

Sí es problema (bastante-mucho) (34,6 y 16,4 %).

Aquellos que opinan que el consumo del tabaco es bastante problema son, especialmente, los siguientes: los de 35-44 años (38,0); los residentes en Asturias-Santander (39,8), Canarias (47,1) y Castilla la Vieja-León (52,7), en los núcleos de 100 a 250.000 habitantes (44,8); los de estudios superiores (38,1); los estudiantes (37,2) y los jubilados (32,1); los autónomos (43,4); los que fuman poco, tres o cuatro veces por semana (43,2).

Sobre el consumo del alcohol.

No es problema (nada o muy poco) (9,7 y 14,6 %).

Quienes creen que el consumo del alcohol no es problema son, especialmente, los siguientes: los de 18-20 años (16,0); los residentes en Andalucía (23,1) y Extremadura-Albacete (18,8); los pasotas políticos (17,0); los indiferentes religiosos (17,6); los que trabajan ocasionalmente (20,7) y los parados (21,1); los autónomos (13,7) y los obreros no cualificados (13,7); los que califican el beber alcohol de «normal» (21,4); los que no están de acuerdo con que se deba llevar un control más riguroso en las drogas (18,6); los que piensan que los drogadictos no son una carga para la sociedad (15,4); los que toman alcohol a diario (15,2) y en los días de fiesta (18,9).

Sí es problema (bastante-mucho) (41,6 y 34,1 %).

Quienes así piensan son, principalmente, los siguientes: los más jóvenes, 15-17 años (49,1); los residentes en Galicia (55,1), Asturias-

Santander (51,6) y Castilla la Vieja-León (50,7); los de estudios medios y superiores (42,2 y 40,3); los electores del PSOE (46,2) y partidos regionales de derechas (49,2); los no creyentes (41,6) y los creyentes de otras religiones (72,7); los que trabajan y estudian (44,4) y los jubilados (46,4); los empresarios (53,8), funcionarios (42,3), los profesionales liberales (46,9), los administrativos (45,2); los que califican a los bebedores de enfermos (44,4), viciosos (44,7) y delincuentes (60,0); los que están de acuerdo en que debería establecerse un control más riguroso de las drogas (34,8); los que no toman alcohol (46,7) y los que lo toman en estado depresivo (75,0).

Sobre el consumo de los derivados del «cannabis» (haschich, marihuana....).

No es problema (nada-poco) (6,6 y 13,5 %).

Los que piensan que el consumo del haschich y marihuana no es ningún problema para la sociedad son, especialmente, los siguientes grupos: los jóvenes de 15-17 años (15,2) y 18-20 (23,1); los residentes en Galicia (13,9), Aragón (18,5) y Area Metropolitana de Barcelona (20,0); los que estudiaron bachillerato (18,1); los pasotas políticamente (21,3); los no creyentes (25,3); los estudiantes (23,5), los que no hacen nada (44,4) y los que solamente trabajan ocasionalmente (24,1); los que califican a los consumidores de haschich de «normal» (32,5); los que creen que no es necesario un control riguroso de la droga (28,6); los que piensan que los drogadictos no son una carga para la sociedad (24,4); los que no creen que el consumir droga se deba a que la sociedad funcione mal (15,1); los que consumen droga, haschich o marihuana, los fines de semana (45,2), de tres a cuatro veces por semana (46,2) y los que lo hacen todos los días (51,4).

Sí es problema (bastante-mucho) (38,9 y 41,0 %).

Los que creen que el consumo de este producto sí es un problema para la sociedad son, principalmente, los siguientes: los tres grupos de mayor edad, 35-44 (40,6), 45-54 (51,2) y 55-64 (53,0); los residentes en Asturias-Santander (67,7), Cataluña-Baleares (45,7), Levante-Murcia (53,0), Canarias (50,0), Castilla la Vieja-León (43,8); los

de estudios medios (40,1) y elementales (48,7); los electores de A. P. (45,1), UCD (53,1), partidos regionales de derecha (54,2); los católicos practicantes (48,2); los que trabajan y estudian (46,5); las mujeres dedicadas a sus labores (51,4) y los jubilados (51,8); los empresarios (46,2), los directores (46,2) y los obreros cualificados (44,3); los que califican a los consumidores de estos productos de viciosos (42,4), enfermos (44,4), delincuentes (52,9) y pasotas (48,4); los que están de acuerdo en que se necesita un control más riguroso de la droga (45,7); los que creen que los drogadictos son una carga para la sociedad (49,7); los que están de acuerdo con que se consume droga porque algo anda mal en la sociedad (43,4) y los que no consumen haschich (44,3).

Sobre el consumo de otras drogas ilegales: cocaína, LSD, heroína, morfina, etc.

No es problema (nada-poco) (3,9 y 14,1 %).

Quienes opinan que el consumo de estas drogas no es un problema para la sociedad son, especialmente, los siguientes: los de 15-17 años (6,4) y los de 18-20 (17,3); los residentes en el País Vasco-Navarra (20,4), Aragón (23,1) y Cataluña-Baleares (21,7); los de estudios superiores (9,1) y estudios medios (21,4); los que no hacen nada (44,4), los que trabajan ocasionalmente (17,2) y los estudiantes (21,1); los funcionarios (18,7), los técnicos medios (20,9); los que califican a los consumidores de drogas ilegales de «normal» (26,9) y de enfermos (18,6); los que no creen que sea necesario un control más riguroso de las drogas (26,8); los que piensan que los drogadictos no son una carga para la sociedad (22,0); los que no creen que el hábito de tomar drogas sea aceptable porque la sociedad funciona mal (14,3).

Sí es problema (bastante-mucho) (34,6 y 47,5 %).

Opinan de este modo, principalmente, los siguientes: los tres grupos de mayor edad, 35-44 años (49,1), 45-54 (57,2) y 55-64 (54,0); los residentes en Andalucía (37,3), Canarias (42,9); los de menor nivel de estudios (50,5) y sólo EGB (52,6); los electores de UCD (56,3) y PSOE (50,7); los católicos practicantes (50,8), los creyentes de otras religiones (54,5) y los sin religión (40,5); los que trabajan y

estudian (43,1), los que están en paro (43,4); las mujeres dedicadas a sus labores (52,4) y los jubilados (55,4); las profesiones liberales (40,7), los administrativos (39,4), los empresarios (53,8) y los obreros cualificados (53,0); los que califican a los consumidores de estas drogas de «viciosos» (49,5), «pasotas» (40,1) y «delincuentes» (57,3); los que creen que se necesita un control más riguroso de las drogas (50,6); los que creen que los drogadictos son una carga para la sociedad (54,4), y los que están de acuerdo en que el hábito de tomar drogas es aceptable porque la sociedad funciona mal (47,4).

Sobre el consumo de medicamentos: tranquilizantes, sedantes, analgésicos, etc.

No es problema (nada-poco) (15,1 y 25,9 %).

Quienes piensan que el consumo de medicamentos no es un problema para la sociedad son los siguientes: los tres grupos de mayor edad, 35-44 (28,0), 45-54 (27,7) y 55-64 (19,5); los residentes en Galicia (27,8), Aragón (29,2), Canarias (31,4), Castilla la Vieja-León (33,6); los de menor nivel cultural (18,8) y los que cursaron bachillerato elemental (30,1); los electores de A. P. (20,7) y partidos regionales de derecha (35,6); los indiferentes (28,8); los que están en paro (32,9), los que trabajan ocasionalmente (24,1); los autónomos (21,4), los obreros cualificados (27,4) y los empresarios (30,8); los que califican a los consumidores de medicamentos de «normal» (30,6) y de enfermos (27,3); los que creen que no se necesita un control más riguroso de las drogas (18,6) y que los drogadictos no son una carga para la sociedad (19,8); los que opinan que no funciona mal la sociedad porque el hábito de tomar droga sea aceptable (17,9) y los que consumen medicamentos a diario (39,4) o frecuentemente (33,6).

Sí es problema (bastante-mucho) (34,3 y 24,6 %).

Los que opinan de este modo son los siguientes: los de 15-17 años (37,4), 25-34 (37,5); los residentes en Cataluña-Baleares (40,8), Canarias (41,4), Castilla la Vieja-León (43,2) y Áreas Metropolitanas de Barcelona (42,4) y Madrid (40,5); los de estudios medios (38,0) y superiores (38,5); los electores del PSOE (38,2), PCE (29,1) y partidos de izquierda radical (40,0); los no creyentes (40,3) y los creyentes de otras religiones (72,7); los que trabajan y estudian (32,6),

los jubilados (28,6); los empresarios (30,8), funcionarios (46,3), directores (30,8), profesiones liberales (46,9), autónomos (27,5) y técnicos medios (40,3); los que califican a los consumidores de estos medicamentos de «viciosos» (34,9), «pasotas» (40,0) y delincuentes (34,5).

4.3.2. *Hipótesis más relevantes.*

Del análisis de las correlaciones vistas para cada tipo de drogas se observa que sobre la consideración de si el consumo de drogas es un problema para la sociedad en España, las hipótesis más relevantes que parecen confirmarse empíricamente son las siguientes:

1. Respecto a la edad, quienes tienen una opinión menos crítica sobre el consumo de drogas son, principalmente, los más jóvenes: 15-17 años, 18-20 y 21-24, especialmente en el consumo de los derivados del «cannabis»: haschich, marihuana, y otras drogas ilegales: LSD, cocaína, morfina, heroína, etc. Por el contrario, los más estrictos con estas drogas son los otros grupos de mayor edad: 25-34 años, 35-44, 45-54 y 55-64, quienes consideran que su consumo sí es un problema para la sociedad. En el caso de los medicamentos la situación es la inversa: los de mayor edad opinan que no es problema y los más jóvenes creen que sí lo es. En cuanto al alcohol, los adultos tampoco se manifiestan especialmente críticos.

Parece configurarse aquí unos hábitos de consumo de drogas, y en este caso un juicio de valor, distintos entre los adultos y los jóvenes; los adultos son más tolerantes con el consumo del alcohol y los medicamentos y críticos con las demás drogas ilegales; mientras que los jóvenes son permisivos con éstas y críticos con aquéllas, aunque en el caso del alcohol su opinión está más dividida.

2. El nivel de estudios es influyente en la opinión que se tenga al respecto, aunque no de un modo absolutamente lineal: los de mayor nivel de estudios consideran que el consumo de las diversas drogas es un problema de la sociedad, excepto en el caso, sorprendentemente, de las drogas ilegales (opióceos, LSD y cocaína), donde parecen más tolerantes.

3. La opinión política no es muy influyente sobre la consideración sobre si el consumo de drogas es o no un problema para la

sociedad; quizá sólo merezca señalar que los electores de los partidos mayoritarios opinan en algunos casos que el consumo de drogas, especialmente los de UCD y PSOE, en el caso de las ilegales, creen que sí es un problema para la sociedad. Y que los más tolerantes son los que se autocalifican de pasotas políticamente.

4. De todas estas asociaciones las que funcionan de una forma más definida y constante respecto a si el consumo de drogas es o no un problema para la sociedad son las siguientes: la calificación que se dé a los consumidores de drogas, la opinión sobre si debería tenerse un control más riguroso sobre las drogas, lo que se opine sobre si algo debe funcionar mal en el mundo cuando el hábito de tomar drogas se convierte en algo aceptable y, finalmente, si se es o no consumidor de alguna droga. De tal modo que podemos ver las siguientes correlaciones:

Los que creen que consumir drogas sí es un problema para la sociedad son aquellos que a la vez opinan que los consumidores de drogas son viciosos, pasotas y delincuentes, y, en algún caso, enfermos; los que creen que sí es necesario un control más riguroso de las drogas; los que están de acuerdo en que algo funciona mal en la sociedad cuando el consumo de drogas se ve como aceptable y, finalmente, los que no consumen drogas, exceptuando quizá el tabaco.

Por el contrario, los que opinan que el consumo de drogas no es un problema para la sociedad son los que, especialmente, piensan que el consumir drogas puede calificarse de normal o en todo caso de enfermos; los que creen que no es necesario un control más riguroso de las drogas; los que están en desacuerdo con que algo funcione mal en la sociedad cuando el consumo de drogas se considera aceptable y, finalmente, los consumidores de las diversas drogas.

CUADRO 4.3.4.

LOS QUE NO CREEN QUE EL CONSUMO DE DROGAS ES UN PROBLEMA PARA LA SOCIEDAD

<i>Drogas</i>	<i>Personales</i>	<i>Geográficos</i>	<i>Socio-económicos</i>	<i>Ideológico-políticos</i>
Tabaco.	18-20 años (28,2), 21-24 años (31,1), Fumadores habituales (29,3).	Galicia (32,3), Aragón (52,3), Andalucía (33,3), Extremadura - Albacete (31,8), A. M. Barcelona (34,1), núcleos + 500.000 (28,1).		A.P. (40,2), extrema izquierda (35,0), no creyentes (29,3), no más control drogas (28,6).
Alcohol.	18-20 años (16,0), los que toman alcohol a diario (15,2).	Andalucía (23,1), Extremadura-Albacete (18,8).	Parados (21,1), autónomos (13,7), obreros no cualificados (13,7).	No más control de drogas (18,6).
Derivados del «cannabis».	15-17 años (15,2), 18-20 años (23,1), consumidores de haschich (46,2).	Galicia (13,9), Aragón (18,5), A. Metropolitana de Barcelona (20,0).	Estudios medios (18,1), estudiantes (23,5), no hacen nada (44,4), trabajo ocasional (24,1).	Pasotas políticos (21,3), no creyentes (25,3), no más control de las drogas (28,6).
Otras drogas ilegales.	15-17 años (6,4), 18-20 años (17,3).	Vasco - Navarra (20,4), Aragón (23,1), Cataluña-Baleares (21,7).	Estudios superiores (9,1) y medios (21,4), estudiantes (21,1), trabajo ocasional (17,2).	No más control de las drogas (26,8).
Medicamentos.	35-44 años (28,0), 45-54 años (27,7), 55-64 años (19,5), consumen medicamentos frecuentemente (39,4).	Galicia (27,8), Aragón (29,2), Canarias (31,4), Castilla-León (33,6).	Los de menor nivel cultural (18,8) y bachiller (30,1), paro (32,9), trabajo ocasional (24,1), autónomos (21,4), obreros cualificados (27,4), empresarios (30,8).	A.P. (20,7), reg. derecha (35,6), indiferentes (28,8), no más control de las drogas (18,6).

CUADRO 4.3.5.

LOS QUE SI CREEN QUE EL CONSUMO DE DROGAS ES UN PROBLEMA PARA LA SOCIEDAD

<i>Drogas</i> \ <i>Factores</i>	<i>Personales</i>	<i>Geográficos</i>	<i>Socio-económicos</i>	<i>Ideológico-políticos</i>
Tabaco.	35-44 años (38,0), los que fuman poco (43,2).	Asturias-Santand. (39,8), Canarias (47,1), Castilla-León (52,7), núcleos de 100.000 a 250.000 habitantes (44,8).	Estudiantes (37,2), estudios superiores (38,1), jubilados (32,1), autónomos (43,4).	
Alcohol.	15-17 años (49,1), los que no toman alcohol (46,7).	Galicia (55,1), Asturias-Santander (51,6), Castilla-León (50,7).	Estudios medios (42,2), y superiores (40,3), trabajadores estudiantes (44,4), jubilados (46,4), empresarios (53,8), profesión liberal (46,9).	PSOE (46,2), reg. derecha (49,2), no creyentes (41,6), mayor control de las drogas (34,8).
Derivados del «cannabis».	35-44 años (40,6), 45-54 años (51,2), 55-64 años (53,0), los que no toman haschich (44,3).	Asturias-Santan. (67,7), Cataluña-Baleares (45,7), Levante - Murcia (53,0), Canarias (50,0).	Estudios medios (40,1) y elementales (48,7), sus labores (51,4), jubilados (51,8), empresarios (46,2), obreros cualificados (44,3).	A.P. (45,1), UCD (53,1), reg. derecha (54,2), católicos pract. (48,2), mayor control drogas (45,7).
Otras drogas ilegales.	35-44 años (49,1), 45-54 años (57,2), 55-64 años (54,0).	Andalucía, (37,3), Canarias (42,9).	Menor nivel estudios (50,5) y sólo EGB (52,6), sus labores (52,4), paro (43,4), jubilados (55,4), empresarios (53,8), obreros cualificados (53,0).	UCD (56,3) y PSOE (50,7), católicos pract. (50,8) y sin religión (40,5), mayor control drogas (18,6).
Medicamentos.	15-17 años (37,4), 25-34 años (37,5).	Cataluña-Baleares (40,8), Canarias (41,4), Castilla-León (43,2), Areas metropolitanas de Barcelona (42,4) y Madrid (40,5).	Estudios medios (38,0) y superiores (38,5), jubilados (28,6), profesión liberal (46,9), técnicos medios (40,3).	PSOE (38,2), PCE (29,1), partidos extrema izquierda (40,0), no creyentes (40,0).

4.4. Opinión sobre el posible paso del consumo de derivados del «cannabis» a otras drogas ilegales.

Un tema muy debatido en todos los estudios sobre el consumo de drogas, e incluso a nivel de opinión popular, es si el consumo de drogas derivadas del «cannabis» (haschich o marihuana) son un primer paso para llegar posteriormente a las otras drogas ilegales. Si lo es o no y en qué medida, se puede ver en el capítulo de epidemiología; lo que aquí interesa detectar es la opinión popular al respecto.

A tal efecto, la pregunta que se formuló fue la siguiente:

¿Cree usted que el que fuma habitualmente porro o hierba suele acabar inyectándose heroína o tomando drogas más peligrosas?

Y las respuestas obtenidas son las del siguiente cuadro:

CUADRO 4.4.1.

Respuestas	%
No	13,7
Sí	49,2
Depende	23,1
No estoy seguro	14,0
	(1.947)

Aquí la opinión es mayoritariamente afirmativa: un 49,2 % piensa que quienes fuman habitualmente haschich acaban tomando drogas más fuertes y dañinas; un 13,7 cree que no; un 23,1 opina que depende de determinadas circunstancias y, finalmente, un 14,0 no está seguro.

Estas opiniones generales quedan muy matizadas cuando se analizan según los diversos factores personales, sociales e ideológicos y, en especial, cuando se asocian al consumo de alguna droga en particular.

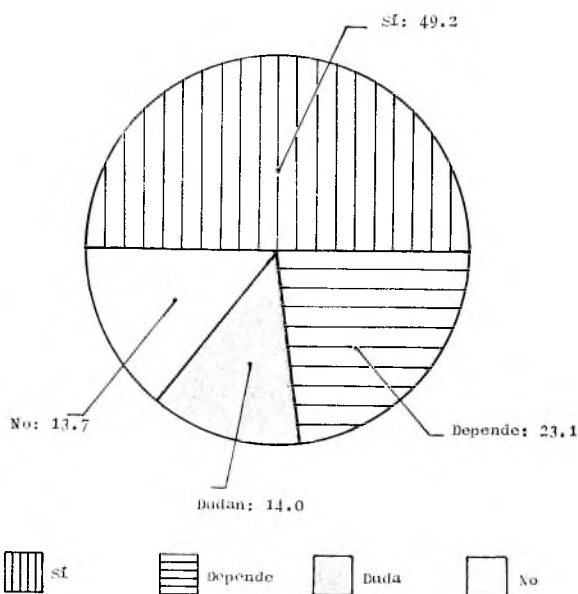
No se pasa normalmente del haschich a otras drogas ilegales (13,7 %).

Quienes opinan que el hecho de tomar drogas como el haschich y

marihuana no conduce necesariamente al consumo de drogas más peligrosas, son especialmente los siguientes: los jóvenes de 15-17 años (20,5) 21-24 (25,1); los residentes en las Areas Metropolitanas de Barcelona (29,4) y Madrid (17,3), en núcleos de más de 500.000 habitantes (19,5); los de estudios medios (20,3) y superiores (25,5); los que están estudiando (21,9) y los que trabajan y estudian (29,2); los que están en paro (23,7) y los que buscan el primer empleo (22,2); los empresarios (23,1), profesiones liberales (19,5), administrativos

GRAFICO 4.4

Creer que se pasa, normalmente, de las drogas derivadas del "cannabis" a otras drogas ilegales



(21,8); los electores del PCE (27,0), regionales de izquierda (20,4) y los de izquierda radical (32,5); los no creyentes (37,7) y los indiferentes (24,3); los que no están de acuerdo en que se necesite un control más riguroso de la droga (36,4); los que no están de acuerdo

con que los drogadictos son una carga para la sociedad (27,7); los que no creen que algo funciona mal en el mundo cuando el consumo de droga se ve como aceptable (17,9); los que han tomado haschich, desde simplemente probarlo (24,1) hasta tomarlo todos los días (51,4); los que han tomado LSD, probado (36,6), cuatro a cinco veces (75,0); los que han tomado cocaína, probado (37,2), una a dos veces (85,7) y de cuatro a cinco veces (50,0); los que han tomado opiáceos, probado (33,3), una a dos veces (66,7); los que han tomado anfetaminas, probado (31,9), una a dos veces (42,9) y en los días de fiesta (56,3); los que han tomado alcohol, una o dos veces (18,9), cuatro a cinco veces (21,7), tres a cuatro veces por semana (16,2) y todos los días (17,6); los que han tomado barbitúricos, probado (22,9), cuatro a cinco veces (25,0), todos los días (25,0), los días de fiesta (50,0) y en estados depresivos (37,5); los que han tomado tranquilizantes, una a dos veces (27,5), los días de fiesta (27,3) y en estados depresivos (16,5).

Sí se pasa, normalmente (49,2 %).

Los que creen que se pasa normalmente del consumo del haschich y la marihuana al de otras drogas ilegales son, principalmente, los siguientes: los dos grupos de mayor edad, 45-54 (58,5) y 55-64 (59,6); los residentes en el País Vasco-Navarra (60,5), Levante-Murcia (58,1), Extremadura-Albacete (58,5), Área Metropolitana de Madrid (59,1), núcleos de menos de 10.000 habitantes (52,6) y de 10.000 a 50.000 (55,7); los de estudios mínimos (55,2) y EGB (64,8); los que trabajan (52,4); las mujeres dedicadas a sus labores (60,9) y los jubilados (55,4); los directores (53,8), autónomos (56,6), obreros cualificados (58,4); los electores de A. P. (54,9), UCD (63,3) y PSOE (53,1); los católicos no practicantes (53,2) y los practicantes (57,9); los que están de acuerdo en que se necesita un control más riguroso de las drogas (54,7); los que están de acuerdo en que los drogadictos son una carga para la sociedad (62,0); los que nunca han tomado haschich (57,1), anfetaminas (50,3), alcohol (61,1), tranquilizantes (50,4).

Se pasa del haschich a otras drogas ilegales, según determinadas circunstancias (23,1 %).

Los que opinan de este modo son, principalmente, los siguientes: los de 25 a 34 años (33,7); los residentes en Cataluña-Baleares (31,5) y Canarias (30,0); los de estudios medios (44,9) y superiores (34,2); los estudiantes (36,0), los que trabajan y estudian (38,2) y los que

trabajan ocasionalmente (37,9); los profesionales liberales (41,6), los administrativos (27,1); los electores de partidos regionales de izquierda (20,4) y radicales de izquierda (32,5); los que están en desacuerdo en que los drogadictos son una carga para la sociedad (33,5); los que han tomado haschich en sus diversas periodicidades; los que han probado el LSD (46,3); los que han tomado cocaína, probado (41,9) y varias veces (66,7); los que han tomado opiáceos en diversas periodicidades; los que han tomado anfetaminas, barbitúricos, alcohol y tranquilizantes en diversas periodicidades.

4.4.1. *Hipótesis más relevantes.*

Del análisis de las asociaciones anteriores parecen confirmarse empíricamente las siguientes hipótesis:

1. En este tema la edad es una variable muy influyente: los jóvenes, de 15 hasta 24 años, consideran que no se pasa normalmente del consumo del haschich al de otras drogas ilegales; mientras que los adultos maduros, de 45 a 64 años, opinan que sí. Un grupo intermedio de edad, 25 a 34 años, tienen una opinión más matizada, ya que creen que este paso no se da necesariamente, sino que depende de determinadas circunstancias.

2. También es de gran influencia la variable educativa-cultural: los de menor nivel cultural, sólo leer y escribir y estudios primarios, creen que el paso del haschich a otras drogas ilegales es lo habitual; por el contrario, los de mayor nivel cultural, estudios medios y superiores, o bien opinan que no o matizan señalando que dicho paso no es automático, sino que puede depender de casos y circunstancias concretas.

3. Aquí también es bastante influyente el lugar de residencia, no tanto la región cuando el «hábitat»: en los núcleos de menos de 10.000 y de éstos a 50.000 habitantes opinan que el paso del haschich a otras drogas ilegales sí se da; mientras que los residentes en poblaciones mayores de medio millón piensan que no.

4. La variable política se parte en dos: de la derecha a la izquierda moderada, los electores de A. P., UCD y PSOE creen que dicho paso sí se da normalmente; mientras que los votantes del PCE,

partidos regionales de izquierda y los de izquierda radical creen que no.

5. Lo mismo ocurre con la variable religiosa: los no creyentes y los indiferentes religiosamente creen que el paso del haschich a otras drogas ilegales más peligrosas no se da necesariamente; mientras que los católicos practicantes y los no practicantes creen que dicho paso sí se da normalmente.

6. Hay otro grupo de variables que funcionan también asociadas de forma dicotómica: los que no están de acuerdo en que se necesite un control más riguroso de las drogas, que el drogadicto sea una carga para la sociedad y que la sociedad funcione mal para que se vea el consumo de las drogas como algo aceptable; todos estos son los que opinan también que el paso del haschich a las otras drogas ilegales no se produce necesariamente; por el contrario, todos los que sí están de acuerdo con las cuestiones anteriores son los que piensan a la vez que dicho paso sí se da.

7. Finalmente, existe otro grupo de variables, los consumidores de los diversos tipos de drogas, que tienen también un comportamiento homogéneo: de modo general podemos verificar que los consumidores de drogas, de uno u otro tipo, opinan que el paso del haschich a las otras drogas ilegales más peligrosas, o bien no se da, o se produce tan sólo en determinados casos y circunstancias. Y, por el contrario, aunque no de un modo radical, los que no han probado o consumido ninguna droga opinan que dicho paso sí se produce.

4.5. Calificación de los consumidores de drogas.

Como última parte de este capítulo de información y conocimiento de las drogas se introdujo en la encuesta un aspecto cualitativo: la calificación o juicio de valor que la población española tiene de los consumidores de drogas. Como es fácil adivinar, detrás de este calificativo suele haber una actitud concreta ante el problema de la droga.

La pregunta realizada al efecto fue la siguiente:

¿Cuál es el calificativo más apropiado para un consumidor habitual de estos productos? (Preg. 31 a 35).

Las diversas drogas se agruparon en cinco bloques: tabaco, alcohol, derivados del «cannabis» (haschich, marihuana...), otras drogas ilegales (LSD, opiáceos, cocaína) y medicamentos diversos (tranquilizantes, analgésicos, etc.). Y las posibilidades de respuesta en cinco valoraciones: normal, enfermo, pasota, vicioso y delincuente.

Los resultados obtenidos son los que se reflejan en el cuadro múltiple siguiente:

CUADRO 4.5.1.

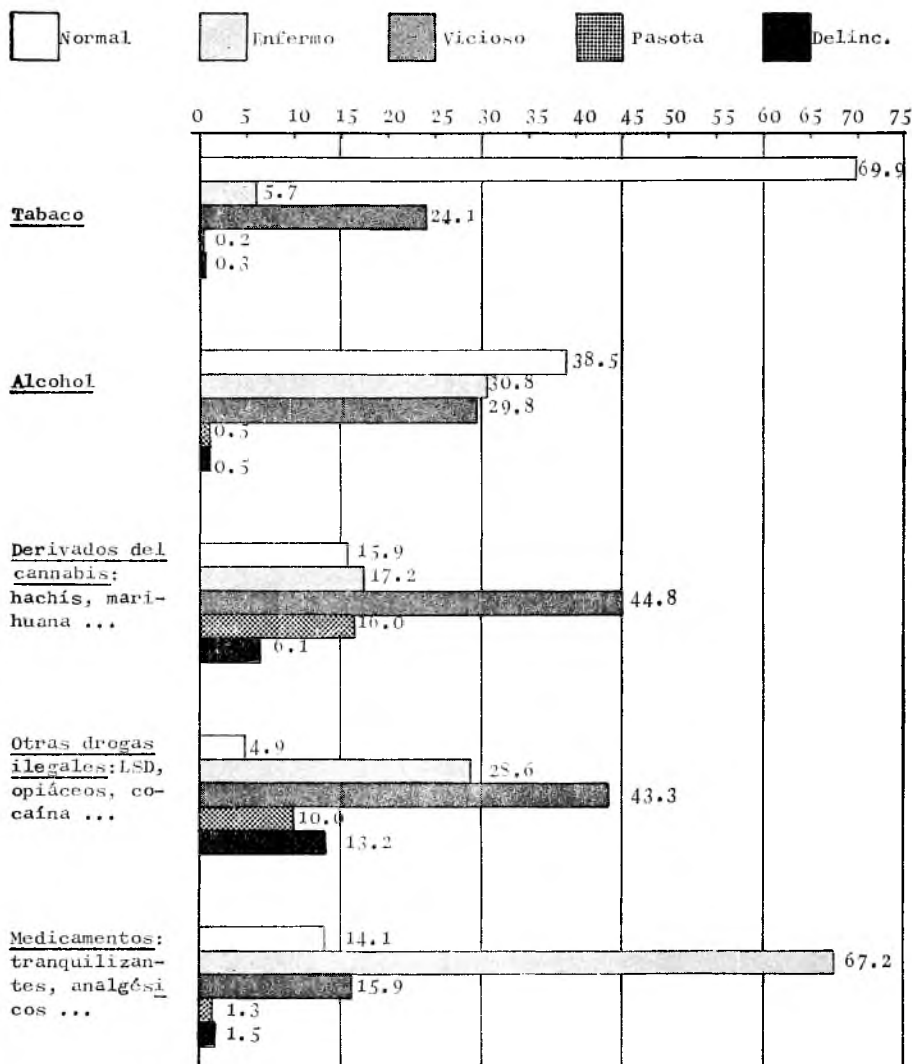
<i>Tipos de drogas</i>	<i>Normal</i>	<i>Enfermo</i>	<i>Vicioso</i>	<i>Pasota</i>	<i>Delincuente</i>
31. Tabaco (1.982)	69,9	5,7	24,1	0,2	0,3
32. Alcohol (1.977)	38,5	30,8	29,8	0,5	0,5
33. Haschich (1.936)	15,9	17,2	44,8	16,0	6,1
34. Otras drogas ilegales: LSD, cocaína, heroína, etc. ... (1.917)	4,9	28,6	43,3	10,0	13,2
35. Medicamentos: tranquilizantes, sedantes, etc. (1.927)	14,1	67,2	15,9	1,3	1,5

Si estas cinco calificaciones se reducen a tres básicas: juicio neutro o hábito considerado normal, juicio médico-sanitario y juicio moral de clara connotación ideológico-social, y extraemos los oportunos índices, obtenemos el siguiente cuadro:

CUADRO 4.5.2.

<i>Tipos de drogas</i>	<i>Juicio neutro</i>	<i>Juicio médico-sanitario</i>	<i>Juicio moral</i>
31. Tabaco	69,9	5,7	24,6
32. Alcohol	38,5	30,8	30,8
33. Haschich	15,9	17,2	66,9
34. Otras drogas ilegales: LSD, cocaína, heroína, etc.	4,9	28,6	66,5
35. Medicamentos: tranquilizantes, sedantes, etcétera	14,1	67,2	18,7

GRAFICO 4.5
Calificación de los consumidores de drogas



Contemplando ambos cuadros se extraen las siguientes conclusiones:

1. Hay dos productos o drogas que gozan de gran permisividad social por gran parte de la población: en primer lugar, el tabaco, pues un 69,9 tiene sobre el mismo un juicio neutro, considerando su consumo habitual como algo normal. Le sigue el alcohol, con un 38,5 que considera su consumo como normal, aunque aquí hay que destacar que un 30,8 lo considera un problema médico-sanitario y otro 30,8 tiene un juicio moral.

Estas son las dos drogas cuya publicidad y consumo son legales y muy extendidas entre la población española.

2. Existen otros dos tipos de drogas: los derivados del «cannabis» (haschich, marihuana...) y otras ilegales (LSD, opiáceos, cocaína), las cuales son calificadas con un juicio moral, el 66,9 en el caso del «cannabis» y el 66,5 en las restantes. Cabe también destacar que en el caso de estas últimas un 28,6 los considera enfermos y un 13,2 delincuentes.

Como puede verse, en general son drogas sobre las que se tiene un juicio muy duro. Ambos grupos de drogas son ilegales.

3. Finalmente, tenemos un tercer grupo de drogas: los medicamentos (tranquilizantes, barbitúricos, analgésicos...), cuyo juicio es mayoritariamente de carácter médico-sanitario: un 67,2 considera a los consumidores de estas drogas como enfermos.

Como puede verse, es una actitud comprensiva y tolerante. Todos estos productos pueden encontrarse de forma legal en numerosísimos preparados farmacéuticos.

4.5.1. *Opinión específica de cada sector de población.*

Estas opiniones generales quedan matizadas de forma muy diversa, según los sectores concretos de población de que se trate. A partir del programa de correlaciones entre las diversas variables se han encontrado para cada grupo de drogas las siguientes asociaciones.

Tabaco (normal, 69,9 %; enfermo, 5,7 %; vicioso, 24,1 %; pasota, 0,2 %, y delincuente, 0,3 %).

A los consumidores de tabaco los califican de normales: los de 25-34



años (73,0); los residentes en Aragón (86,2) y Area Metropolitana de Barcelona (87,1), los núcleos de más de 500.000 habitantes (77,4); los de estudios medios y superiores (82,4) y (78,8); los que están en paro (78,9); los directores (84,6), profesiones liberales (77,0) y técnicos medios (83,6); los electores de A. P. (78,0) y partidos regionales de izquierda (83,8); los no creyentes en materia religiosa (77,9) y los sin religión (76,9); los que no creen que el tabaco sea droga (82,4); los que están en desacuerdo con las siguientes cuestiones: que se necesite un control más efectivo de las drogas (76,6), que los drogadictos sean una carga para la sociedad (77,8) y, finalmente, los que son consumidores habituales de tabaco (76,9) todos los días y (75,7) de tres a cuatro veces por semana.

Los califican de enfermos: los residentes en Castilla la Vieja-León (9,6); los que están en desacuerdo con que se necesite un control más riguroso de las drogas (10,4).

Los califican de viciosos: los de 55-64 años (31,7); los residentes en Asturias-Santander (51,6), Levante-Murcia (31,6) y Castilla la Vieja-León (31,5); los de menor nivel cultural (38,6); los jubilados (44,6); los empresarios (30,8); los electores de UCD (29,8); los católicos practicantes (30,5); los que están de acuerdo en que necesitamos un control más riguroso de las drogas (27,0) y que los drogadictos son una carga para la sociedad (30,7); y los que no han probado nunca el tabaco.

Finalmente, ningún grupo considera delincuentes a los consumidores de tabaco.

Alcohol (normal, 38,5 %; enfermo, 30,8 %; vicioso, 29,8 %; pasota, 0,5 %; y delincuente, 0,5 %).

La calificación que la población encuestada hace de los consumidores de alcohol es la siguiente:

Los califican de normales: los hombres (41,7); los de 25 a 34 años (43,4); los residentes en el País Vasco-Navarra (43,9) y Area Metropolitana de Barcelona (74,7), los de núcleos de más de 500.000 habitantes (46,0); los de estudios medios (43,3) y superiores (43,3); los que trabajan y estudian (47,9) y los parados (43,4); los empresarios (50,0), los directores (53,8) y los técnicos medios (50,7); los electores del PCE (48,9) y partidos de izquierda radical (60,0); los no creyentes (49,4) y los indiferentes (45,7); los que creen que el alcohol no es una droga (52,9); los que están en desacuerdo con las siguientes cuestiones: que se necesite un control más riguroso de la droga (52,4),

que los drogadictos sean una carga para la sociedad (47,6), que la sociedad funcione mal porque el consumo de drogas se vea como algo aceptable (41,3); los que beben alcohol habitualmente todos los días (51,3) y tres a cuatro veces a la semana (45,4).

Los califican de enfermos los siguientes: los de 21-24 años (43,4); los residentes en Aragón (44,6), Canarias (42,9), Castilla la Vieja-León (40,4); los de estudios medios y superiores (41,7) y (40,3); los que trabajan y estudian (41,0); los profesionales liberales (45,1); los electores de A. P. (35,4); los sin religión (36,4); los que piensan que el alcohol es una droga (35,4); los que han probado el alcohol pocas veces (41,5).

Los califican de viciosos: los de 45-54 años (39,9), los de 55-64 años (36,9); los residentes en Asturias-Santander (43,0) y Castilla la Vieja-León (39,7); los de menor nivel cultural (44,8); las mujeres dedicadas a sus labores (42,5); los obreros cualificados (39,3); los electores de UCD (38,3); los católicos practicantes (35,1); los que están de acuerdo en que los drogadictos son una carga para la sociedad (38,1) y los que no consumen alcohol (37,0).

Derivados del «cannabis» (haschich, marihuana...) (normal, 15,9 %; enfermo, 17,2 %; vicioso, 44,8 %; pasota, 16,0 %, y delincuente, 6,1 %).

La calificación que se da a los consumidores de estos productos es la siguiente:

Los califican de normales los siguientes: los cuatro grupos de menor edad: 15 a 34 años (24,6 a 29,7); los residentes en Aragón (21,5), Canarias (21,4) y Area Metropolitana de Barcelona (40,0), en poblaciones de más de 500.000 habitantes (22,3); los de estudios medios (25,7) y superiores (33,3); los estudiantes (31,6), los que trabajan y estudian (31,3), los parados (31,6), los que trabajan ocasionalmente (34,5); los funcionarios (20,3), profesionales liberales (26,5), técnicos medios (20,9); los electores de partidos regionales de izquierda radical (42,5); los no creyentes (47,4), los indiferentes (33,3) y los sin religión (28,9); los que creen que estos productos no son droga (58,7); los que están en desacuerdo con las siguientes cuestiones: se necesita un control más estricto de las drogas (49,4), los drogadictos son una carga para la sociedad (37,2), la sociedad funciona mal cuando el tomar drogas se ve como aceptable (19,8); los que han consumido estos productos en diversas frecuencias (27,6 a 77,1).

Son calificados de enfermos por los siguientes: los residentes en Castilla la Vieja-León (24,7), en poblaciones de más de 500.000 habitantes (22,3); los que buscan el primer empleo (25,9); los que no han tomado haschich (18,7).

Son calificados de viciosos por los siguientes: los de 35 a 64 años (59,2); en Galicia (55,7) y Asturias-Santander (55,9), de pueblos de menos de 10.000 habitantes (50,9); los de menor nivel cultural (57,7); las mujeres dedicadas a sus labores (55,8) y los jubilados (57,1); los empresarios (53,8), los obreros cualificados (56,2) y los que no (49,8); los electores de A. P. (58,5) y UCD (53,4); los católicos practicantes (51,4); los que están de acuerdo en las siguientes cuestiones: se necesita un control más riguroso de las drogas (50,0), los drogadictos son una carga para la sociedad (54,6); los que no han consumido haschich (50,8).

Son calificados de pasotas por los siguientes: los de 15-17 años (24,0); por los residentes en Aragón (23,1) y Cataluña-Baleares (25,5); por los de estudios medios y superiores (21,9) y (21,2); por los estudiantes (25,5); por los directores (34,6) y técnicos medios (28,4); por los que han probado o consumido pocas veces estos productos (25,7).

Finalmente, son calificados de delincuentes por los siguientes: los de 55-64 años (11,5); en las regiones de Levante-Murcia (9,4), Canarias (10,0); los de mayor nivel cultural (13,7); los jubilados (19,6); los electores de UCD (8,3); los católicos practicantes (8,4); por los de menor nivel cultural (44,8); las mujeres dedicadas a sus labores (42,5); los obreros cualificados (39,3); los electores de UCD (38,3); los católicos practicantes (35,1); los que están de acuerdo en que los drogadictos son una carga para la sociedad (38,1); y los que no consumen alcohol (37,0).

Derivados del «cannabis» (haschich, marihuana...) (normal, 15,9 %; enfermo, 17,2 %; vicioso, 4,8 %; pasota, 16,0 %; y delincuente, 6,1 %).

La calificación que se da a los consumidores de estos productos es la siguiente:

Los califican de normales los siguientes: los cuatro grupos de menor edad: 15 a 34 años (24,6 a 29,7); los residentes en Aragón (21,5), Canarias (21,4) y Area Metropolitana de Barcelona (40,0), en poblaciones de más de 500.000 habitantes (22,3); los de estudios medios (25,7) y superiores (33,3); los estudiantes (31,6), los que trabajan y

estudian (31,3), los parados (31,6), los que trabajan ocasionalmente (34,5); los funcionarios (20,3), profesiones liberales (26,5), técnicos medios (20,9); los electores de partidos regionales de izquierda radical (42,5); los no creyentes (47,4), los indiferentes (33,3) y los sin religión (28,9); los que creen que estos productos no son droga (58,7); los que están en desacuerdo con las siguientes cuestiones: se necesita un control más estricto de las drogas (49,4), los drogadictos son una carga para la sociedad (37,2), la sociedad funciona mal cuando el tomar drogas se ve como aceptable (19,8); los que han consumido estos productos en diversas frecuencias (27,6 a 77,1).

Son calificados de enfermos por los siguientes: los residentes en Castilla la Vieja-León (24,7), en poblaciones de más de 500.000 habitantes (22,3); los que buscan el primer empleo (25,9); los que no han tomado haschich (18,7).

Son calificados de viciosos por los siguientes: los de 35 a 64 años (59,2); en Galicia (55,7) y Asturias-Santander (55,9), de pueblos de menos de 10.000 habitantes (50,9); los de menor nivel cultural (57,7); las mujeres dedicadas a sus labores (55,8) y los jubilados (57,1); los empresarios (53,8), los obreros cualificados (56,2) y los que no (49,8); los electores de A. P. (58,5) y UCD (53,4); los católicos practicantes (51,4); los que están de acuerdo en las siguientes cuestiones: (50,0) se necesita un control más riguroso de las drogas; (54,6) los drogadictos son una carga para la sociedad; los que no han consumido haschich (50,8).

Son calificados de pasotas por los siguientes: los de 15-17 años (24,0); por los residentes en Aragón (23,1) y Cataluña-Baleares (25,5); por los de estudios medios y superiores (21,9) y (21,2); por los estudiantes (25,5); por los directores (34,6) y técnicos medios (28,4); por los que han probado o consumido pocas veces estos productos (25,7).

Finalmente, son calificados de delincuentes, por los siguientes: los de 55-64 años (11,5); en las regiones de Levante-Murcia (9,4), Canarias (10,0); los de mayor nivel cultural (13,7); los jubilados (19,6); los electores de UCD (8,3); los católicos practicantes (8,4); por los que están de acuerdo en que los drogadictos son una carga para la sociedad (8,3).

Otras drogas ilegales, LSD, cocaína, opiáceos (normal, 4,9 %; enfermo, 28,6 %; vicioso, 43,3 %; pasota, 10,0 %, y delincuente, 13,0 %).

Los consumidores de estas drogas son calificados de uno u otro modo por los grupos de población siguientes:

Normales por los de 15-17 años (12,3); en el Area Metropolitana de Barcelona (17,6), en poblaciones de más de 500.000 habitantes (9,6); por los profesionales liberales (8,0); por los electores de partidos de izquierda radical y por los que se autodenominan pasotas (17,5) y (10,6); por los no creyentes (18,2) y los sin religión (12,4); por los que están en desacuerdo en las siguientes cuestiones: se necesita un control más riguroso de las drogas (24,7), los drogadictos son una carga para la sociedad (12,8), la sociedad funciona mal cuando el hábito de tomar droga se ve como aceptable (8,5); por los que han tomado estas drogas en diversas periodicidades (29,3 al 100).

Son calificados de enfermos por los de 25-34 años (34,6); en Levante-Murcia (33,3); por los de estudios medios y superiores (35,8) y (36,8); por los que trabajan y estudian y los que buscan el primer empleo (34,7) y (44,4); por los empresarios (38,5), funcionarios (39,8), técnicos medios (32,8); por los electores del PCE (32,6) y regionales de izquierda (36,6); por los sin religión (38,8); por los que están en desacuerdo con que los drogadictos sean una carga para la sociedad (33,7); y para los que han probado estas drogas (34,9) y en los días de fiesta (50,0).

Son considerados pasotas por los siguientes: los de 15-17 años (22,8); en Cataluña-Baleares (15,2) y Area Metropolitana de Barcelona (27,1); los que buscan el primer empleo (22,2); los técnicos medios (17,9); los electores de partidos regionales de derecha (20,3) y los que se autodenominan pasotas (20,2).

Los califican de viciosos los siguientes: los de 45-54 años (52,2) y 55-64 (53,7); en Galicia (50,0), Asturias-Santander (50,5), Extremadura-Baleares (51,1), en poblaciones menores de 10.000 habitantes (46,9); los de menor nivel cultural (50,9); las mujeres dedicadas a sus labores (52,2); los empresarios (50,0); los electores de A. P. (51,2) y UCD (48,0); los católicos practicantes (45,1) y los que no (46,5); los que están de acuerdo en las siguientes cuestiones: se necesita un control más riguroso de las drogas (45,7), los que opinan que los drogadictos son una carga para la sociedad (49,1).

Finalmente, son calificados de delincuentes por los siguientes: los de 55-64 años (20,2); en Aragón (27,7), Canarias (18,6) y Castilla la Vieja-León (18,5); núcleos de menos de 10.000 habitantes (16,4); los de menor nivel cultural (20,2); los jubilados (30,4); los directores (23,1); los electores de A. P. (19,5) y UCD (17,4); los católicos



practicantes (16,3); los que están de acuerdo en que los drogadictos son una carga para la sociedad (16,0).

Medicamentos: tranquilizantes, sedantes, analgésicos (normal, 14,1 %; enfermo, 67,2 %; vicioso, 15,9 %; pasota, 1,3 %; y delincuente, 1,5 %).

La población encuestada califica a los consumidores de medicamentos del siguiente modo:

Como normales: los de 15-17 y 18-20 años (24,0) y (23,1); los residentes en Asturias-Santander (22,6) y Aragón (30,8), en las poblaciones de más de 500.000 habitantes (15,1); los jubilados (19,6); los que se autodenominan pasotas (23,4); los no creyentes y los indiferentes (18,2) y (19,1); los que están en desacuerdo con las siguientes cuestiones: necesitamos un control, son una carga para la sociedad (22,0), la sociedad funciona mal cuando consumir drogas se ve aceptable (15,7); los que han probado estos productos en varias periodicidades.

Son calificados de enfermos por los siguientes: los de 25-34 años (67,8) y 45-54 (67,6); en Cataluña-Baleares (71,7), Castilla la Vieja-León (74,0) y Area Metropolitana de Barcelona (80,0); los de estudios medios y superiores (76,5) y (68,0); los que trabajan y estudian (73,6); los directores (76,9), profesiones liberales (71,7), técnicos medios (79,1); los electores de A. P. (74,4), PCE (76,6), partidos regionales de derecha (86,4) e izquierda (72,8); los creyentes de otra religión y los sin religión (72,7) y (71,1); los que han consumido estos productos pocas veces.

Son calificados de viciosos por los siguientes: los residentes en Extremadura-Albacete (26,7), Area Metropolitana de Madrid (25,0); los de menor nivel cultural (19,5); los obreros no cualificados (20,1); los apolíticos (19,3).

4.5.2. *Hipótesis más relevantes.*

Analizando con detenimiento las asociaciones vistas anteriormente, se observa que cada tipo de juicio o calificación presenta a nivel empírico las siguientes características:

1. *Juicio neutro o calificación de normal.*—En todos los tipos de

drogas los que con mayor frecuencia consideran a los consumidores de las mismas como normales son los grupos de menor edad; en los núcleos de población mayores de 500.000 habitantes; los de estudios medios y superiores, excepto en el caso de las drogas ilegales peligrosas; los electores de partidos de izquierda radical y los que se autodenominan pasotas; los no creyentes, los indiferentes y los creyentes de otra religión; los que están en desacuerdo con las siguientes cuestiones: que se necesite un control más riguroso de las drogas, que los drogadictos sean una carga para la sociedad y que la sociedad funcione mal porque el consumo de drogas se vea como aceptable y, finalmente, se califica como normal el consumo de drogas precisamente por los que han probado o consumen con cierta periodicidad alguna de estas drogas.

2. *Juicio médico-sanitario.*—Los que comparten este juicio y consideran enfermos a los consumidores de drogas son, especialmente, los siguientes: los de edades intermedias; los de estudios medios y superiores; los electores de centro e izquierda moderada; los no creyentes, los indiferentes, los sin religión; algunos de los que están en desacuerdo con que los drogadictos sean una carga para la sociedad; y los que no han probado o lo han hecho muy pocas veces estos productos.

3. *Juicio moral.*—Los que manifiestan un juicio moral sobre los consumidores de drogas calificándoles de viciosos, pasotas o delincuentes, son principalmente los siguientes grupos: los de mayor edad; los de menor nivel cultural; los electores de partidos de derecha y centro, A. P., UCD, regionales de derecha; los católicos; los que están de acuerdo con las siguientes cuestiones: los drogadictos son una carga para la sociedad, se necesita un control más riguroso de las drogas, la sociedad funciona mal porque el consumo de drogas se vea como aceptable; y, finalmente, los no consumidores de drogas o los que han probado alguna vez alguna de ellas.

4.6. Resumen.

Las conclusiones más importantes de los temas estudiados en el presente capítulo sobre el conocimiento y valoración de las diversas drogas son las siguientes:

1.º El grado de conocimiento de la población española de los pro-

ductos que son considerados drogas, es bastante elevado: un 70,9 % lo identifica como drogas, un 17,7 no y un 11,4 está dudoso. De forma particularizada se observan dos grandes grupos: por una parte, aquellas drogas que son de uso muy restringido o ilegal y que la mayor parte de la población las identifica como tales (opióceos, el 92,4; haschich, el 91,2; cocaína, el 89,8; LSD, el 84,1; barbitúricos, el 76,6; las anfetaminas, el 72,1); por otra, aquellas cuyo uso es legal y está muy extendido (alcohol, el 65,1; tabaco, el 55,1; analgésicos, el 51,1), las cuales son consideradas drogas en menor proporción que las primeras. Sin duda, la opinión de la población está muy influida según que el tratamiento oficial de cada producto sea permisivo o restrictivo.

Los que muestran un mayor conocimiento sobre los productos que son drogas son los siguientes: los de mayor nivel cultural; los jóvenes, en lo que respecta al tabaco, el alcohol y los medicamentos, y los adultos respecto a las drogas ilegales; los residentes en los grandes centros urbanos; y los profesionalmente activos.

2.º En lo referido a las fuentes que le han dado a la población encuestada una información de mayor confianza sobre las drogas, se observan tres grupos: las fuentes de información de tipo institucional (familia, educadores, sacerdotes, médicos...), un 13,4 % de la población; fuentes de información a través de las relaciones sociales (amigos, compañeros de trabajo y escuela...), el 23,0; y, finalmente, las fuentes de información a través de los medios de comunicación, el 46,7.

Respecto a los grupos de población específicos de cada fuente de información cabe destacar lo siguiente: para los jóvenes la fuente más importante son los amigos y compañeros, el 41,5 %; los medios de comunicación son los que más inciden en las clases populares (trabajadores, amas de casa, menores niveles culturales y de renta, áreas metropolitanas, etc.); la información cualificada de médicos y psicólogos es casi exclusiva de las clases acomodadas (mayores niveles de estudios e ingresos, profesionales, directivos, empresarios, etc.).

3.º En lo relativo a la opinión sobre si es problema para la sociedad el consumo de drogas, se observó para cada grupo de drogas las respuestas afirmativas siguientes: otras drogas ilegales (opióceos, cocaína, LSD...), el 82,0 %; los derivados del «cannabis» (haschich, marihuana...), el 79,9; el alcohol, un 75,7; los medicamentos (tranquilizantes, analgésicos, barbitúricos...), el 59,0; y el tabaco, el 51,0.

Dicotomizando estas opiniones entre drogas legales e ilegales, vemos que las primeras son consideradas como problema social por un 64,8 % de la población; mientras que las segundas lo son por un 81,0.

Por grupos específicos de población, tenemos que los jóvenes no consideran que sea un problema el consumo de drogas ilegales; los adultos piensan que sí lo es, mientras que son menos críticos con el alcohol y los fármacos. A mayor nivel cultural, mayor conciencia de esta problemática. Los electores de los partidos mayoritarios, especialmente UCD y PSOE, piensan que sí es un problema social el consumo de drogas, y lo mismo ocurre con los no consumidores de drogas.

4.º La opinión de la población española sobre si el que consume haschich y marihuana acaba consumiendo otras drogas más peligrosas (heroína, LSD, cocaína...), un 49,2 % piensa que sí se da ese paso; un 13,7 cree que no; un 23,1 opina que todo depende de determinadas circunstancias; y un 14,0 no está seguro o no sabe.

Mantienen cada opinión los sectores de población siguientes: piensan que sí los adultos mayores, los de menor nivel cultural, los residentes en núcleos de menos de 10.000 habitantes, los católicos, los electores de A. P., UCD y PSOE; por el contrario, creen que no los jóvenes, los de mayor nivel cultural, los electores del PCE y partidos de izquierda radical, los no creyentes y los indiferentes, los residentes en los grandes centros urbanos.

5.º Finalmente, en lo que respecta a la calificación que hace la población de los consumidores de drogas, podemos ver lo siguiente: a los consumidores de tabaco, un 69,9 % los ve normales y un 24,1 los califica de viciosos; el alcohol, un 38,5 los ve normales, un 30,8 los califica de enfermos y un 29,8 de viciosos; el haschich, un 44,8 los califica de viciosos y un 17,2 de enfermos; las otras drogas ilegales, un 43,3 de viciosos, un 28,6 de enfermos y un 13,2 de delincuentes; los medicamentos, un 67,2 los califica de enfermos y un 15,9 de viciosos.

El juicio moral (vicioso, delincuente...) lo hacen principalmente los de mayor edad, los de menor nivel cultural, los católicos y los electores de partidos de derecha y los partidarios de un mayor control sobre las drogas.



5. Actitudes de la población ante las drogas

5.1. Consideraciones previas.

Un análisis sociológico no puede cerrarse con la medición de los hechos y los comportamientos de la población. Debe decir por qué se dan esos comportamientos y qué lo sustenta. De ahí que nos interese conocer cuáles son las actitudes de base que configuran un comportamiento determinado.

Pero las actitudes pueden no ser siempre el soporte de un comportamiento real y sí hipotético. Unas actitudes favorables o tolerantes con la droga no necesariamente están ligadas al consumo de algún producto considerado como tal, pero sí puede constituir una buena predisposición para llegar a consumir. Por consiguiente no se trata sólo de conocer a los actuales consumidores (se presupone que por lo general tienen actitudes favorables hacia la droga), sino de detectar a la población que, sin ser consumidor actual, sostiene unas actitudes tolerantes y favorables hacia el mundo de la droga.

Poder determinar esta cuestión es clave por dos razones: en primer lugar, por conocer la posible población consumista que puede surgir en su día; en segundo lugar, por saber hasta qué punto la ilegalidad de un producto cuenta con el respaldo social suficiente como para que se siga consumiendo en la clandestinidad.

Por lo general, las actitudes se configuran en el individuo a partir de la socialización de que ha sido objeto, la cual no es sólo experiencias y aprendizaje propio; es también y en gran parte cultural: ambiente, instrucción, adoctrinamiento religioso, influjo familiar, etc.

Pero, como dice H. Schoeck, «las actitudes no nacen solamente de unos contenidos de conciencia racionales perceptibles para el individuo y su observador, sino también de procesos emocionales que llegan hasta el campo físico de la personalidad. Una gran antipatía acompañada de sentimiento de aversión, frente a una determinada categoría de personas, puede ser considerada como actitud» (1).

Una peculiaridad de las actitudes es que tienden a la generalización, es decir, se hacen extensivas a sensaciones o hechos que se asemejan o se parecen muy poco a las sensaciones o hechos que primitivamente la originaron. Así, una actitud de aversión a la droga como tal se hace extensible al consumidor, al grupo de amigos e incluso a toda una generación joven.

En este caso se trata de medir qué proporción de la población española sustenta unas actitudes en torno al mundo de la droga que le lleven directamente al consumo o bien le predisponga al mismo. Cuando la droga es legal (alcohol, tabaco, etc.), las actitudes que lleven al consumo (con tal de que no sea abusivo) son aceptadas y bien vistas por la sociedad; se trata de individuos prohibidos. El problema se plantea con los individuos que no se someten a esta normativa y consumen lo considerado como ilegal. Como expresa Amando de Miguel, «la anomia (ausencia de normas) se refiere a la falta de control de las normas y valores de una sociedad sobre la conducta de sus individuos. Esta anomia social y la frustración producida por la imposibilidad de sustituir la agresividad liberada de la alienación lleva a un estado de frustración anómica frente al grupo de referencia» (2).

Ante el hecho evidente del consumo de drogas ilegales nos encontramos con un determinado número de individuos que mantienen unas claras actitudes anómicas frente al resto de la sociedad. Esta frustración anómica (en nuestro caso proveniente del consumo clandestino) es lo que intenta medir la escala de Srole. La escala mide la anomia por la percepción subjetiva que se tiene de ella y está formada por 10 frases, en las que hay que señalar si se está de acuerdo o en desacuerdo. Unas frases miden la dirección «pro-anómica» (sustentar actitudes contrarias a las de la sociedad global) y otras miden actitudes «anti-anómicas» (aquellas que son compartidas por

(1) SCHOECK HELMUT: *Diccionario de Sociología*, Herder, Barcelona, 1973 (3-4).

(2) DE MIGUEL, AMANDO: «Frustración y anomia. Informe sobre la situación social de España», FOESSA, 1970 (613-614).

la sociedad global y que tienden a hacer desaparecer la anomia existente).

En este estudio se ha empleado una doble batería de preguntas encaminadas a medir las actitudes de la población española. La primera se refiere a una serie de cuestiones relacionadas con la vida social en general, y la segunda está más centrada en la problemática de las drogas.

Se hace referencia ahora a la segunda batería de preguntas, la relacionada con el mundo de las drogas, por ser más iluminadora de la problemática que subyace a la investigación y que dará la actitud «pro-anómica» o «anti-anómica» de la población.

El entrevistado tenía que manifestar su «acuerdo», «desacuerdo» o «duda» ante la frase que se le proponía en el cuestionario. Tres de estas frases se referían más directamente a la figura del consumidor de drogas como tal, a las causas de la aparición de la droga en la sociedad y al tratamiento que debe darse a este problema. Las otras tres cuestiones estaban más directamente relacionadas con el consumo de las drogas. Puede afirmarse que la diferencia marcada en el tipo de pregunta ha tenido su correlativa diferenciación empírica, toda vez que las diferentes actitudes de la población se han puesto de manifiesto ante el diferente sentido de la pregunta propuesta.

Las frases propuestas a la población, y ante las que tenían que manifestar su acuerdo/desacuerdo/duda, eran las siguientes:

1. «Necesitamos un control más estricto de las drogas». (AA) (3)
2. «Las personas que toman drogas son una carga para la sociedad». (AA)
3. «No hay nada malo en tomar drogas si te hacen sentirte mejor». (PA)
4. «Algo debe funcionar mal en el mundo cuando el hábito de tomar drogas se convierte en un sistema de vida aceptable». (AA)
5. «Las drogas suelen hacer que mejoren las relaciones entre la gente». (PA)
6. «Me agradaría tener la oportunidad de encontrarme a gusto usando drogas». (PA)

La frase número 1 se refiere directamente al tratamiento que debe darse al problema, si éste puede aliviarse con un mayor control o, por el contrario, se piensa que con ello se acentuaría más. La número 2 hace referencia a la imagen social que existe sobre el drogadicto en general, sin entrar en detalles acerca de dicha imagen, cosa que se

(3) Las siglas AA se refieren a proposiciones «anti-anómicas» y PA a las que son «pro-anómicas», si bien en todos el sentido de las respuestas es el que califica la dirección «pro/anti-anómica» de la actitud.

medía con otra serie de preguntas ya analizadas en el capítulo anterior. La número 4 está más directamente relacionada con posibles causas de la aparición del fenómeno (mal funcionamiento del mundo y de la sociedad); sin embargo, la misma formulación de la frase resultó un tanto ambigua, ya que en cierta medida el acuerdo/desacuerdo podía referirse tanto a la causa de la aparición del consumo de drogas como a que el uso de éstas se haya convertido en un sistema de vida aceptable. Las frases propuestas en los números 3, 5 y 6 hacían referencia más directamente al consumo o incluso a la experiencia de consumir algún tipo de drogas: no es malo tomarlas si te hacen sentirte mejor, hacen que mejoren las relaciones, me gustaría encontrarme bien usando drogas.

Los resultados obtenidos ponen de relieve que el mayor desacuerdo de la población está en el deseo de sentirse bien tomando drogas. Hay un rechazo masivo (91,2) al deseo de experimentar su consumo. Por el contrario, lo que aparece más débil es el acuerdo en que el drogadicto constituya una carga para la sociedad (56,6). En el cuadro 5.1 figuran los porcentajes que han alcanzado cada una de las cuestiones propuestas a la población, según el acuerdo o desacuerdo con ellas.

CUADRO 5.1.

	<i>Acuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>Duda</i>
Me gustaría encontrarme bien usando drogas.	8,8	91,2	0,0
Las drogas mejoran las relaciones entre la gente.	10,3	89,7	0,0
No es malo tomar drogas si te hacen sentirte mejor	16,5	83,5	0,0
Necesitamos un control más estricto de las drogas	80,1	11,7	8,2
Algo funciona mal en el mundo cuando se acepta el tomar drogas	61,6	25,5	12,9
Los drogadictos son una carga para la sociedad.	56,6	27,7	15,7

Como ya se dijo anteriormente, las frases que mejor discriminan la actitud de la población ante el fenómeno de las drogas son las que figuran en los tres primeros lugares: las que se refieren más directamente a la experiencia de consumo. Son proposiciones ante las que la población no tiene dudas; se muestran en desacuerdo o de acuerdo.

Las tres restantes, las que se refieren a las posibles causas, imagen del drogadicto y mecanismos de control, han reflejado unas respuestas



que manifiestan menor seguridad por parte de la población, hay más dudas y el nivel de desacuerdo ya alcanza a una cuarta parte de la población española.

A la vista de estos datos generales, podría deducirse el rechazo masivo por parte de la población al fenómeno de las drogas. Sin embargo, habrá que conocer más en detalle las interioridades de estas respuestas a fin de aquilatar bien el alcance y significado sociológico de las mismas.

Efectivamente, el porcentaje promedio que alcanza la postura o actitud «anti-anómica» (rechazo) se eleva al 77,1; la tolerancia o permisividad («pro-anómica») del fenómeno se da aproximadamente en el 16,8 de la población; mientras que la duda e inseguridad supone un 6,1. Pero como ya se ha dicho, si bien estas respuestas reflejan unas actitudes bastante generalizadas de rechazo del fenómeno, no pueden constituir la última palabra sobre el tema. Hay que analizar detenidamente qué tipo de persona es la que sustenta esas actitudes más favorables y las más contrarias a considerar las drogas como un hecho normal en la sociedad. De esta forma se podrá determinar con mayor precisión la importancia del problema y la trascendencia futura que el mismo pueda tener.

Se pueden adelantar dos hechos centrales detectados en nuestra investigación: las actitudes favorables al mundo de las drogas aparecen más enraizadas en los sectores más dinámicos de la sociedad española; por otro lado, se ha observado una mayor frecuencia en consumo de productos considerados socialmente como drogas, particularmente el tabaco, el alcohol y el haschich. Estos dos hechos principales se analizan en los siguientes apartados.

5.2. Población que sustenta actitudes favorables y contrarias al mundo de las drogas.

Al tratar sobre el consumo de drogas, se vio cómo cada producto, cada droga, tiene un público consumidor suficientemente diferenciado; diferenciación que se establece básicamente en función de la legalidad o ilegalidad del producto. Mientras el tabaco y el alcohol son productos cuyo consumo está muy generalizado por todas las edades y estratos de la población española, los productos considerados como ilegales (derivados del «cannabis», opiáceos, etc.) tienen una difusión más específica entre las edades más jóvenes. Es de esperar, lógica-

mente, que las actitudes más permisivas y tolerantes se encuentran enraizadas principalmente entre dicha generación joven.

En el cuadro 5.2 figuran los porcentajes relativos a las actitudes favorables hacia las drogas según las edades de los entrevistados. Por los datos observados se desprende una clara correlación entre actitud favorable y edades jóvenes de la población.

CUADRO 5.2.

ACTITUDES FAVORABLES HACIA LAS DROGAS, SEGUN EDADES

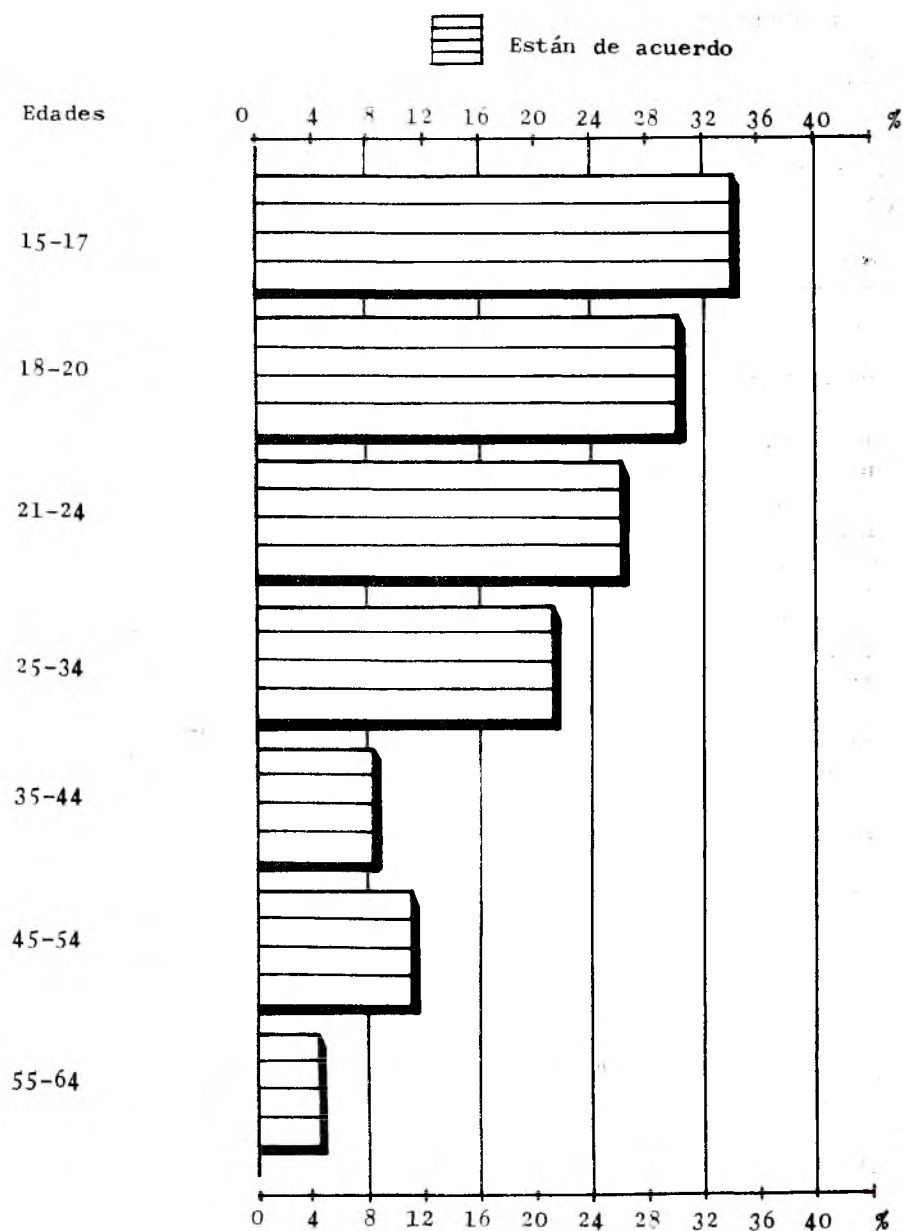
	15-17	18-20	21-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Total
Me gustaría encontrarme bien usando drogas	21,6	21,2	14,2	11,7	5,5	1,8	0,7	8,8
Las drogas mejoran las relaciones ...	18,1	15,4	13,1	11,7	6,5	8,6	6,6	10,3
No es malo tomar drogas si te hacen sentirte mejor ...	33,9	29,5	26,2	21,5	8,3	11,0	4,5	16,5
No es necesario un control más estricto sobre las drogas	21,6	22,4	23,0	16,2	5,8	4,7	2,8	11,6
No funciona mal el mundo porque se acepte tomar drogas	31,6	23,7	33,3	25,3	22,9	21,7	22,3	24,8
Los drogadictos no son una carga para la sociedad	46,8	53,8	52,5	39,6	15,9	9,7	7,0	23,3
	(171)	(156)	(183)	(419)	(397)	(383)	(287)	(1.996)

Los datos son bien expresivos de las diferentes actitudes que manifiesta la población, según sea la edad en que se encuentra. Puede decirse que el corte generacional significativo se encuentra en los 34 años; a partir de esa edad los porcentajes son todos inferiores al promedio nacional (columna total), con lo cual quedan polarizadas esas edades superiores en la respuesta contraria, es decir, no favorable a las drogas.

La desviación standard revela que las cuestiones en que más difie-



GRAFICO 5.1
No es malo fumar drogas (43)



re la actitud de los jóvenes respecto del resto de la población adulta son, por este orden, las siguientes: 1) Los drogadictos no son una carga para la sociedad. 2) No es malo tomar drogas si te hacen sentirte mejor. 3) No es necesario un control más estricto sobre las drogas. 4) Me gustaría encontrarme bien usando drogas. 5) Las drogas mejoran las relaciones entre la gente. 6) No funciona mal el mundo porque se acepte el tomar drogas.

Se detecta una clara actitud de tolerancia en los jóvenes con respecto al mundo de las drogas como fenómeno social, particularmente en aquellas actitudes que pueden indicar una mayor cercanía a la experiencia de consumo de algún producto.

Conviene resaltar también el hecho de que la duda o la inseguridad en la opinión (cuadro 5.2) solamente existe en tres cuestiones, las más relacionadas con el hecho social de las drogas, y que esta duda la manifiestan principalmente los de edades más jóvenes (de 15 a 20 años).

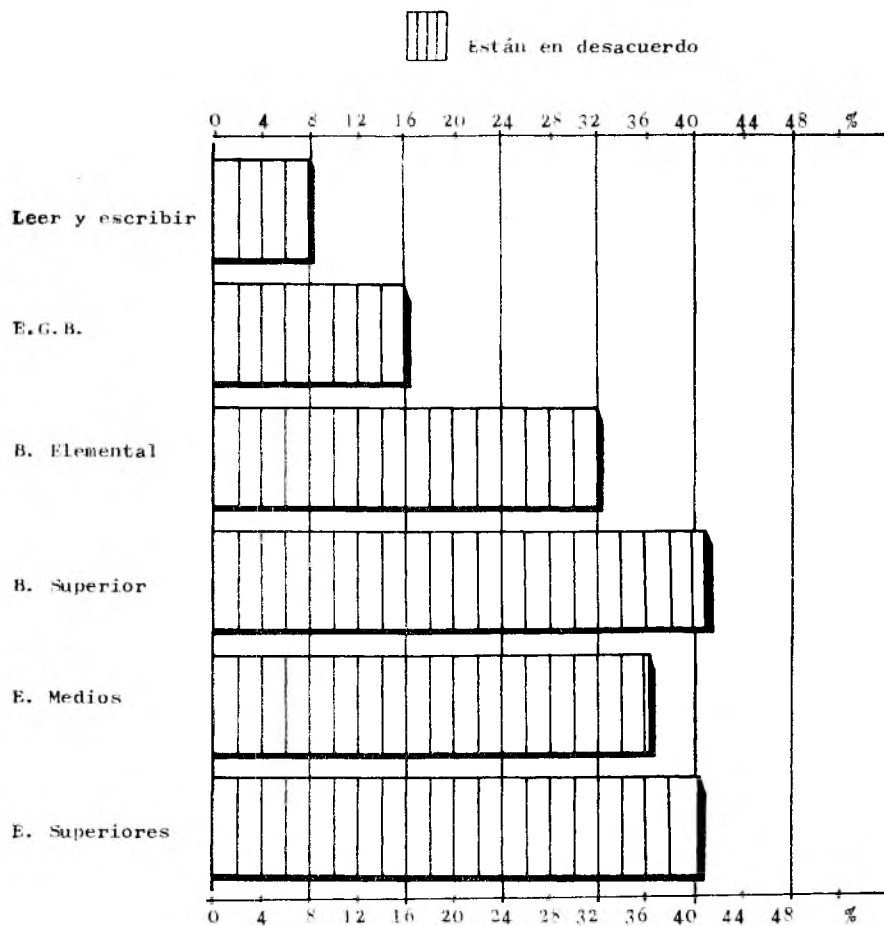
Otro factor que influye notablemente en las actitudes hacia las drogas es el nivel cultural alcanzado con los estudios realizados. Las actitudes negativas las sustentan principalmente aquellas personas con niveles de estudios elementales, los que sólo saben leer y escribir o tienen estudios primarios. Por el contrario, las actitudes más favorables aparecen entre las personas que tienen unos niveles de estudios más altos. (Cfr. cuadro 5.3 *.)

El grupo que denota unas actitudes generales más favorables al mundo de las drogas es el de los que tienen realizados estudios de bachiller superior, seguido de quienes tienen estudios superiores y universitarios. Como puede observarse por los porcentajes del cuadro anterior el corte en la opinión favorable se da a partir de quienes tienen realizados estudios de bachiller elemental. Los que sólo saben leer y escribir o tienen EGB son los que menos favorables se muestran y, por consiguiente, los que sustentan unas actitudes más contrarias.

En este caso también la correlación con el factor estudios pone de manifiesto que en las dos cuestiones en que hay una mayor diferencia de punto de vista entre la población española es en el hecho de que los drogadictos constituyan una carga para la sociedad (los de más bajos niveles culturales dicen que sí lo constituye) y en que sea necesario o no un control más estricto sobre el mundo de las drogas (los de más bajos niveles de estudios dicen que sí hace falta).

Pero lógicamente en la conformación de las actitudes juega un

GRAFICO 5.2
Drogadicto, carga para la sociedad (42)

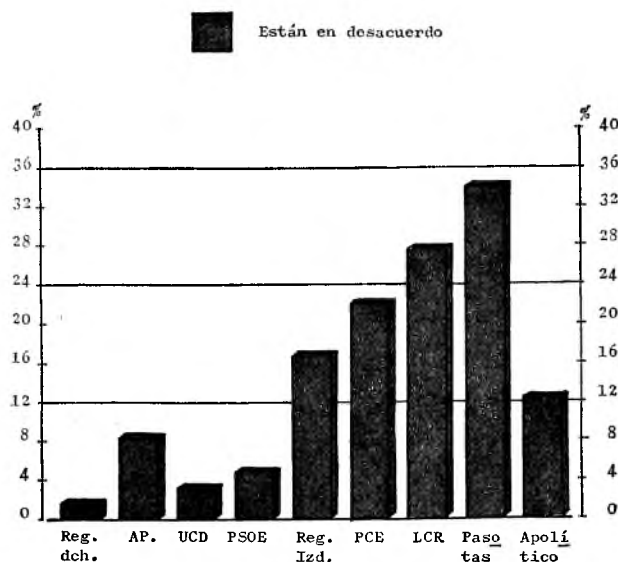


papel fundamental el mundo de las creencias religiosas y las ideologías o preferencias políticas. También en este campo de las actitudes ante el hecho de la drogadicción están presentes dichos factores y la correlación establecida pone de relieve hasta qué punto la tolerancia está reñida con la religiosidad tradicional y las posiciones políticas de derechas.

Bajo la denominación de «derecha» hemos considerado a quienes votaron a partidos regionales de derecha y Alianza Popular, en el centro hemos considerado a los votantes de UCD y en «izquierda» se han acumulado a los votantes del PSOE, PCE, partidos regionales de izquierda y LCR.

GRAFICO 5.3

Más control de drogas, según voto político (41)



Las cuestiones en que se detecta una actitud más diferenciada por parte de la población, en función de la actitud política, respecto del mundo de las drogas, son: 1) Que los drogadictos sean o no una carga para la sociedad. 2) Que el consumo de drogas mejora las relaciones

entre las personas. 3) Que no es malo tomar drogas si te hacen sentirte mejor.

Quienes han votado y tienen una línea política más próxima al centro-derecha indican en menor medida que los drogadictos no sean una carga para la sociedad, es decir, consideran que estas personas constituyen una lacra para la sociedad; igualmente estas personas son las que menos afirman que el consumo de drogas mejoren las relaciones entre las personas e igualmente las que menos sostienen que no sea malo consumir drogas si te hacen sentirte mejor. Por el contrario, a medida que se desplaza la actitud política hacia la izquierda, la tolerancia es mayor y se muestran más de acuerdo con estas cuestiones.

El análisis más pormenorizado ha puesto de relieve que se da un continuo entre actitudes políticas y actitudes religiosas ante las drogas. Detallando, por orden de menos favorable a más favorable hacia las drogas, se establece la siguiente escala:

1. Partidos regionales de derecha.
2. U. C. D.
3. P. S. O. E.
4. A. P.
5. Apolíticos.
6. Partidos regionales de izquierda.
7. P. C. E.
8. L. C. R.
9. Pasotas.

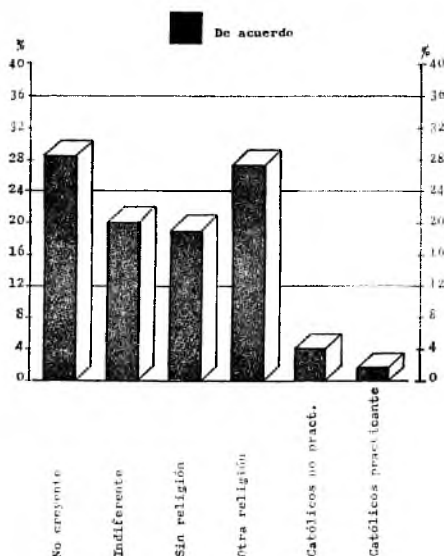
Como puede verse, en los extremos de la escala figuran las posiciones sociales más contrapuestas: por un lado, como los menos favorables a las cuestiones analizadas respecto a la droga figuran quienes han votado a partidos regionales de derecha; en el otro extremo, figuran los que mantienen una postura de pasotismo político, que son quienes se manifiestan más a favor. Los datos obtenidos resultan muy coherentes con la filosofía que subyace en ambas posiciones sociopolíticas; la primera, la de los votantes de partidos de derecha, es una postura «anti-anómica» que rechaza todas aquellas conductas sociales no legitimadas por la sociedad; la segunda, el pasotismo sociopolítico, es una postura «pro-anómica» que se caracteriza precisamente por el rechazo de lo establecido y la consiguiente adopción de nuevas normas de comportamiento social. (Cfr. cuadro 5.4 *.)

Por último, el factor religioso también aparece como un claro dis-

criminador de las actitudes sociales existentes en torno a la droga. En efecto, las posiciones más cercanas a un catolicismo practicante son también las más próximas a las posiciones «anti-anómica» y, consiguientemente, más contrarias a la droga. En contraposición, la no creencia religiosa aparece muy ligada a la postura «pro-anómica», más favorable al fenómeno de la droga. (Cfr. cuadro 5.5 *.)

Una vez más, de las proposiciones presentadas, la que alcanza

GRAFICO 5.4
Sentirse bien tomando drogas (46)



una desviación más notable respecto a la opinión general de la población —desviación en la dirección «pro-anómica»—, es la de que los drogadictos no son una carga para la sociedad; en segundo lugar, la de que no es necesario un mayor control sobre las drogas.

Hay que resaltar el notable influjo que ejerce la posición religiosa en las actitudes «pro/anti» drogas. En cada una de las proposiciones presentadas los porcentajes pro-anómicos van descendiendo a me-

dida que se pasa de una postura de increencia a un catolicismo más confesional y practicante, lo cual refleja que existe una clara valoración moral por parte de la población que determina las posiciones que se han tomado ante el fenómeno de la droga, posiciones que están estrechamente relacionadas con la legalidad o ilegalidad del hecho. Existe una clara correlación entre moral-legalidad-droga. (Cfr. cuadro 5.6 *.)

CUADRO 5.6.

DESVIACION STANDARD OBSERVADA EN CADA FACTOR

	<i>Edad</i>	<i>Estudios</i>	<i>Voto político</i>	<i>Creencia religiosa</i>
Me gustaría encontrarme bien usando drogas	2,15	0,13	— 1,02	8,21
Las drogas mejoran las relaciones.	1,12	— 0,1	3,14	4,7
No es malo tomar drogas si te hacen sentirte mejor	2,77	0,38	2,34	7,21
No es necesario un control más estricto sobre las drogas	2,18	0,77	1,92	7,31
No funciona mal el mundo porque se acepte tomar drogas.	1,02	— 0,01	0,28	2,11
Los drogadictos no son una carga para la sociedad	8,89	1,67	4,1	12,78

Es evidente, a la vista del cuadro anterior, que el factor que introduce una mayor desviación sobre el promedio de opiniones nacionales es el de la creencia religiosa, seguido de la edad, el voto político y el nivel de estudios. Por tanto, se puede deducir sin mucho riesgo de error que en las actitudes pro y anti-anómicas en torno al mundo de la droga, desempeña un papel fundamental la posición moral determinada por la creencia religiosa del individuo. Siendo el segundo factor la edad de los entrevistados.

5.3. Actitudes «pro-anómicas» y consumo de drogas.

En el apartado anterior se han puesto de relieve los rasgos personales de aquella población que se manifiesta con unas actitudes «pro-anómicas» ante el hecho de la droga, pro-anomía que significa tolerancia y predisposición favorable al hecho de las drogas. Este aparta-



do se dedica al análisis de otros factores (comportamiento e imagen) que también aparecen estrechamente relacionados con dichas actitudes permisivas hacia la droga.

Como ya se indicó anteriormente, las actitudes favorables o contrarias hacia los hechos sociales no vienen determinadas por un solo factor, sino por un conjunto de ellos que hace que el individuo adopte una posición u otra ante la sociedad y los hechos que la configuran. De ahí que no podamos decir que la postura pro-anómica sobre la droga se deba exclusivamente a la postura religiosa que se tenga, o a la edad, o a la posición política. Son factores diversos que, con un mismo signo, convergen en determinados grupos de individuos.

Se trata de buscar ahora la relación que pueda existir entre dichas actitudes más permisivas (pro-anómicas) y otros hechos más directamente relacionados con el mundo de la droga, como son las imágenes que tienen estas personas acerca de los consumidores de drogas, los efectos que consideran se siguen de un consumo habitual y el consumo mismo de determinados productos. Cada uno de estos factores por separado se analiza a continuación.

En el cuadro 5.7 aparece la correlación existente entre las actitudes permisivas (columnas) y la imagen positiva (normal) del consumidor habitual de drogas. (Cfr. cuadro 5.7 *.)

La lectura del cuadro 5.7 * es muy ilustrativa de la relación que existe entre imagen pro-anómica (permisiva) hacia el mundo de la droga y la imagen o calificativo normalizado que se adjudica al consumidor de los diversos productos. Así tenemos que de la totalidad de los que han dicho que «me gustaría encontrarme a gusto usando drogas», el 74,4 considera que el fumador de tabaco es una persona normal, no lo consideran enfermo, vicioso o con cualquiera de los otros calificativos que empleamos en la investigación (Cfr. Cap. 6). Hay dos cuestiones en las que estas actitudes pro-anómicas no son mayoritarias, cuando se trata de los consumidores habituales de medicamentos y de otras drogas ilegales (opiáceos, cocaína, etc.), a los que califican minoritariamente de personas normales.

Aparece claro que para estas personas el calificativo de normal es algo atribuible a los consumidores habituales de tabaco, alcohol y haschich; de todas formas, en ningún caso el calificativo de normal para los habituales consumidores de haschich llega a superar en proporción a los consumidores de tabaco y alcohol. Se nota también aquí, incluso en los que manifiestan una actitud tolerante para con el mundo de las drogas, que cuando se trata de drogas legalizadas (alcohol y

tabaco), el juicio es más normalizado que cuando se trata de drogas ilegales (haschich).

Una segunda cuestión que interesa analizar, siempre en busca de la configuración que tienen las actitudes ante la droga, es la opinión que existe, entre estas personas que tienen unas actitudes más favorables hacia las drogas, acerca del paso que puede darse en el consumo de un tipo u otro de drogas. La pregunta era si se considera que el que fuma habitualmente haschich, marihuana, etc., suele acabar inyectándose heroína o tomando otras drogas más peligrosas. En el cuadro 5.8 reproducimos los porcentajes relativos al cruce de ambas cuestiones.

CUADRO 5.8.

ACTITUDES PRO-ANOMICAS Y OPINION SOBRE EL CONSUMO

	<i>El que fuma porros no acaba inyectándose otras drogas más peligrosas</i>
Me gustaría encontrarme bien usando drogas	30,7
Las drogas mejoran las relaciones	24,8
No es malo tomar drogas si te hacen sentirte mejor	29,4
No es necesario un control más estricto sobre las drogas	36,4
No funciona mal el mundo porque se acepte tomar drogas	17,9
Los drogadictos no son una carga para la sociedad	27,7

Puede decirse que una cuarta parte de los que manifiestan actitudes hacia las drogas, considera también que por el hecho de fumar porros o hierba no necesariamente se termina con otro tipo de droga más peligrosa, como puede ser la heroína u otras drogas ilegales. Como ya se vio en el capítulo dedicado al consumo de drogas, el sentimiento bastante generalizado de la población es que sí se da este paso de un tipo de droga a otro, o también que este paso depende de las condiciones y psicología del propio consumidor. Solamente este pequeño grupo es el que niega la existencia de un mecanismo consumista en los diversos tipos de drogas. Lo importante de este hecho no es tanto la cantidad y número de personas que piensan de este modo, sino la relación que existe entre esta opinión y unas actitudes favo-

rables al mundo de la droga. Con lo que se pone de manifiesto que dichas actitudes no están fraguadas ante un estímulo concreto exclusivamente, sino que responden a una visión general de los hechos generados en torno al mundo de las drogas.

Pero tal vez lo más expresivo del arraigo que tienen estas actitudes favorables que venimos analizando sea el hecho del consumo mismo de algunos productos considerados socialmente como drogas. En efecto, al analizar la relación que existe entre esas actitudes favorables y el consumo que estas personas hacen de determinados productos, se ve que hay una relación lineal ascendente en función de la frecuencia con que se consume. Es decir, se manifiestan unas actitudes más favorables hacia las drogas a medida que el consumo de ellas es más frecuente y habitual.

La lectura del cuadro 5.9 * ha de hacerse en horizontal y por separado los datos que se refieren a cada producto. Se han seleccionado exclusivamente los datos que se refieren al consumo de los tres productos más difundidos, como son el tabaco, alcohol y haschich, los dos primeros considerados legales y el tercero ilegal.

Para facilitar la comprensión y significado de la lectura del cuadro 5.9 *, diremos que, por ejemplo, el 19,7 % de los consumidores esporádicos de haschich afirman que les gustaría encontrarse bien usando drogas; esta afirmación y deseo sube al 48,9 % de los que consumen habitualmente haschich, y al 45,7 % de los que lo consumen de forma cotidiana.

En cada una de las actitudes favorables hacia la droga que figuran a la izquierda del cuadro puede verse cómo el porcentaje de «favorables» sube a medida que el consumo se hace más habitual y cotidiano, de forma que la afirmación de que los drogadictos no son una carga para la sociedad la hace el 77,1 % de los que consumen haschich cotidianamente.

La índole «pro-anómica» de estas actitudes que se analizan aparece claramente al comprobar cómo la adhesión al significado de dichas proposiciones es menor entre los consumidores de tabaco y alcohol, siendo mucho más elevado los porcentajes cuando se refieren a los consumidores de haschich. Sin duda ello se debe al carácter ilegal de este producto y a que su consumo se desenvuelve en la «clandestinidad legal». En este sentido se observa una gran coherencia entre consumo de un producto considerado ilegal y actitudes favorables a

dicho producto contrarias a las actitudes dominantes en la sociedad española.

A la vista de los datos y de la situación sico-social que se desprende de ellos (actitudes menos favorables entre los consumidores de productos legales), cabe preguntarse si no será la ilegalidad en que se encuentra el consumo de haschich la que está sustentando entre sus consumidores unas actitudes más favorables al mundo de la droga en general. En nuestra opinión, un producto que es consumido por una quinta parte de la población española cobra un cierto carácter de «normalidad» que al no verse reconocido legalmente, despierta entre sus consumidores más adhesiones de las que el mismo producto en sí está demandando.

5.4. Resumen.

De todo lo expuesto se pueden extraer algunas conclusiones o hechos más relevantes en relación con las actitudes de la población hacia el mundo de las drogas.

- La mayor parte de la población española (77 %) manifiesta una actitud de claro rechazo del mundo de la droga, expresado a través de las frases propuestas. El 17 % se manifiesta de acuerdo, y alrededor del 6 % muestra una actitud de duda y cierta inseguridad de sus actitudes.
- En los más jóvenes, se detecta una clara actitud de tolerancia con respecto al mundo de las drogas como fenómeno social, si bien aquellas actitudes que se acercan más a la experiencia de consumo ya difieren en poco respecto de la población general.
- El grupo que denota unas actitudes más favorables a las drogas es el de los que tienen realizados estudios de bachiller superior, seguido de quienes tienen estudios universitarios.
- Desde el punto de vista de la tendencia política, quienes manifiestan unas actitudes más tolerantes con la droga son los que votaron o simpatizan con partidos de izquierda y sobre todo los que se auto-definen como pasotas políticos.
- Pero sobre todo hay que resaltar el influjo que ejerce el factor religioso en la actitud «pro/anti» droga. Puede afirmarse que existe una clara relación entre moral/legalidad/drogas. Los que se definen

como católicos más practicantes son los que se muestran más contrarios a las drogas ilegales y viceversa.

- Las actitudes favorables a las drogas aparecen muy vinculadas a las imágenes positivas («normales») de los habituales consumidores de drogas, y al propio consumo de drogas. A mayor asiduidad en el consumo de tabaco, alcohol y haschich, mayor reforzamiento y afirmación de las actitudes favorables hacia las drogas.

6. Prevención y tratamiento

6.1. Introducción.

6.1.1. *Conceptos básicos relativos a la prevención.*

Tradicionalmente en salud pública se suelen distinguir tres tipos de prevención. La *prevención primaria* tiene por objeto evitar la aparición de un proceso o problema. La *prevención secundaria* pretende descubrir y acabar con un trastorno, proceso o problema lo antes posible o remediarlo parcialmente. La *prevención terciaria* tiene por objeto detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y de sus secuelas, aun cuando persista la dolencia básica (1).

La *prevención del abuso de las drogas* es el conjunto de acciones encaminadas a anular los factores etiológicos (originantes) del abuso de las drogas, con vistas a que éste no se produzca o quede reducido a su mínima expresión (2).

Siguiendo a Yuste Grijalba (3), la *prevención primaria* trata de controlar la disponibilidad de la droga (su producción y distribución) y de eliminar los factores sociales y personales que llevan a su abuso. Uno de estos factores es la carencia de una información adecuada en torno a las drogas, por lo que la prevención primaria es fundamen-

(1) Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos en Farmacodependencia, 20.º Informe, OMS, Ginebra, 1974 (Serie de Informes Técnicos, núm. 551).

(2) MENDOZA, R.; SAGRERA, M. I.; VEGA, A.: *El papel del educador ante el problema de las drogas*, Pablo del Río Editor, Madrid, 1980.

(3) YUSTE GRIJALBA, F. J.: «Un punto de vista médico social sobre la dependencia de las drogas», *Papers, revista de sociología*, núm. 5, 1976, págs. 183-207.

talmente educativa. La *prevención secundaria* consiste en ayudar terapéuticamente a los afectados. La terapia será tanto más eficaz cuanto más precozmente se haga. Ello implica poder detectar o diagnosticar a tiempo las drogodependencias. La *prevención terciaria* pretende consolidar su curación mediante la reinserción social. Este tipo de prevención también requiere un gran esfuerzo, ya que la mayor dificultad con que nos encontramos surge del medio social que provocó la enfermedad, y al que el enfermo vuelve. La modificación del medio social es, a la vez que primaria, prevención terciaria.

6.1.2. *Estudios realizados en España sobre los recursos disponibles para la prevención y la eficacia de las distintas medidas preventivas.*

6.1.2.1. *Datos relativos a la prevención y el tratamiento en el estudio de CIDUR-EDIS de 1979 sobre consumo de drogas en los jóvenes.*

En este estudio (4) se recogió la opinión de los jóvenes sobre los siguientes puntos:

1. A quién compete el tratamiento responsable sobre la droga.
2. Grado de eficacia de los organismos e instituciones ante el problema de la droga.
3. Conocimiento de personas o grupos privados que se preocupan por este tema o actúan en este campo.
4. Medios y medidas que serían necesarios para disminuir el problema de las drogas.

En el cuadro 6.01 se recogen las respuestas referentes al primer punto. En él se observa que el Ministerio de Sanidad es el organismo considerado competente en el problema por el porcentaje más

(4) Centro de Investigación y Documentación Urbana y Rural (CIDUR); Equipo de Investigación Social (EDIS): *Estudio sobre el consumo de drogas en la juventud española*, Ministerio de Cultura, Madrid, 1980.

alto (21 %). Muchos (34,1 %) responden que todos los organismos citados deben intervenir en el problema, bien porque les compete «a todos ellos» es la respuesta más fácil, o bien porque son partidarios de un abordaje interdisciplinario y coordinado por parte de todos estos organismos. (Cfr. cuadro 6.0.1.)

CUADRO 6.0.1.

A QUIEN COMPETE EL TRATAMIENTO RESPONSABLE DE LA DROGA

	<i>% total jóvenes</i>	<i>% jóvenes opinantes</i>
La policía	7,7	8,2
Gobierno y Administración	10,2	10,8
Ministerio de Sanidad	21,0	22,3
Administración de Justicia	1,8	1,9
Partidos políticos	0,6	0,9
Ministerio de Educación	4,5	4,8
Medios de comunicación	3,0	3,2
Otros	11,2	11,8
A todos ellos	34,1	36,2
No responde	6,1	—
	(1.596)	(1.499)

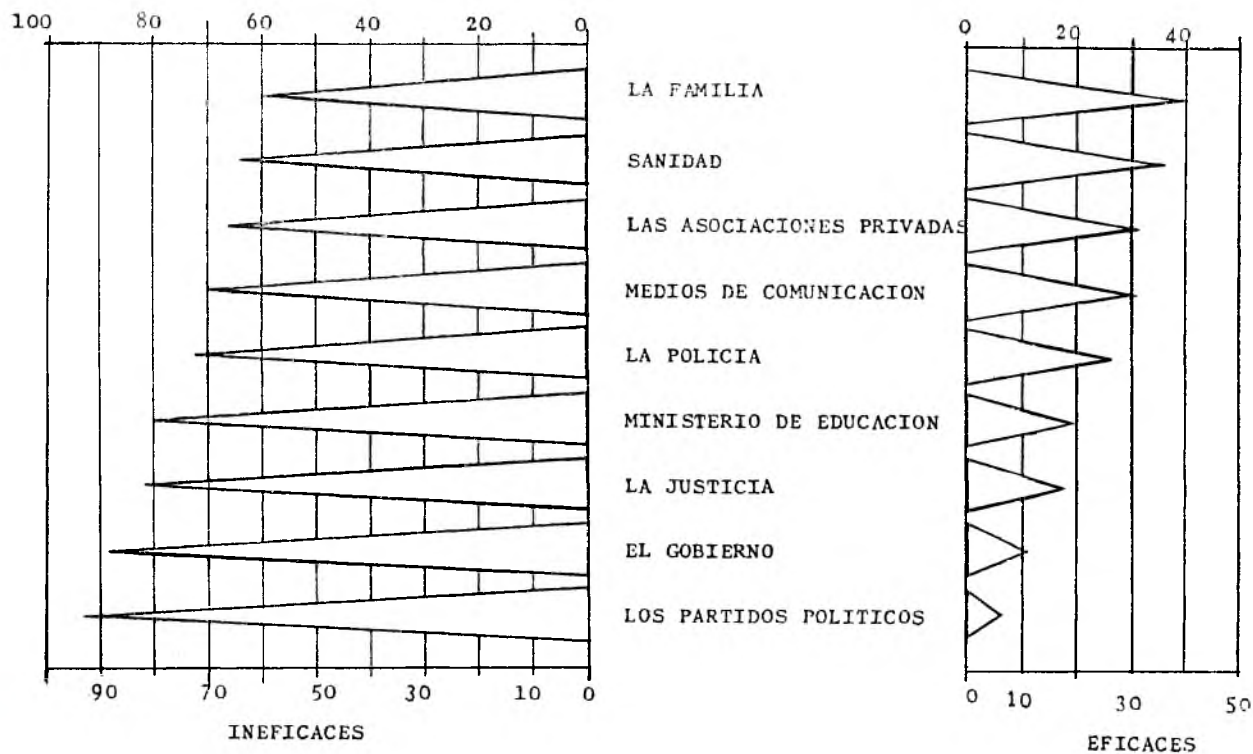
FUENTE: Estudio CIDUR-EDIS, 1979.

Las respuestas en torno al grado de eficacia de los organismos implicados vienen expuestas en el cuadro 8.0.2. Los organismos considerados más ineficaces son, por este orden, los siguientes: los partidos políticos (93,3 % de los opinantes), el Gobierno (88,7 %) la Justicia (81,8 %), el Ministerio de Educación (80 %) y la Policía (72,2 %).

En general, todos los organismos son considerados más ineficaces que eficaces por los jóvenes españoles, tal como muestra el gráfico 6.0.3.

El conocimiento que tenían los jóvenes de los grupos privados o personas que actúan en el campo de las drogas viene expuesto en el cuadro 6.0.4. Una mayoría abrumadora (81,8 %) no conoce a ninguno, es decir, probablemente no sabrían a dónde acudir en caso de tener un problema de drogas. Aquí se reflejan dos hechos simultáneamente: la falta de información de los jóvenes sobre este tipo de grupos y

GRAFICO 6.0.3
Eficacia e ineficacia de los organismos e instituciones en su
actuación contra la droga



la escasez de grupos e instituciones privadas que se preocupen por este problema.

CUADRO 6.0.4.

CONOCIMIENTO DE GRUPOS PRIVADOS QUE SE PREOCUPEN
POR EL PROBLEMA DE LA DROGA

<i>Personas o grupos</i>	<i>% sobre el total</i>
No conocen a ninguno	81,8
Asociaciones de padres de familia	3,3
Asociaciones de jóvenes	3,0
Asociaciones de profesionales	2,5
Asociaciones de drogadictos	4,1
Asociaciones de vecinos	0,7
Partidos políticos	1,1
Grupos religiosos	2,3
No responden	1,2

FUENTE: Estudio CIDUR-EDIS, 1980.

(1.596)

Finalmente, veamos qué medidas eran consideradas prioritarias por los jóvenes españoles en 1979 (cuadro 6.0.5). La educación sobre las drogas resalta en primer lugar (26,3 %), seguido de la legalización y despenalización de las llamadas «drogas blandas» (esta denominación es incorrecta, por lo que no se emplea en el presente estudio).

CUADRO 6.0.5.

MEDIDAS CONSIDERADAS MAS NECESARIAS PARA DISMINUIR
EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

<i>Medios y medidas</i>	<i>% sobre total</i>	<i>% sólo opinantes</i>
Represión del tráfico y consumo	12,5	13,1
Represión del tráfico y control del consumo	10,4	10,9
Información adecuada sobre efectos y tipos de droga ...	26,3	27,6
Planes preventivos	6,3	6,6
Promoción de actividades de tiempo libre	4,6	4,8
Rehabilitación médica social	8,0	8,3
Medidas legales (legalización y despenalización de las drogas blandas)	12,8	13,4
Promover Asociaciones de lucha contra la droga con la participación de drogadictos	14,6	15,3
No responde	4,5	—
	(1.596)	(1.524)

FUENTE: Estudio CIDUR-EDIS, 1980.

En el gráfico 6.0.6 puede observarse que el 39 % de los jóvenes opinantes son partidarios de medidas preventivas de carácter no represivo.

6.1.2.2. *Otros estudios realizados en España.*

Son muy escasos los estudios realizados en nuestro país sobre los recursos disponibles para la prevención y la eficacia de las distintas medidas preventivas.

En 1975 se publicó la «Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes» (5). Entre sus conclusiones se destacan las siguientes:

— Los servicios asistenciales que existen específicamente para los enfermos alcohólicos son absolutamente insuficientes y precarios, no existiendo más que algunos servicios ambulatorios.

— Las escasas organizaciones voluntarias que colaboran en la rehabilitación del alcohólico llevan una precaria existencia, sin recibir estímulo ni ayuda alguna.

— Existe una notable falta de información y formación en cuestiones de alcoholismo, incluso a nivel de grupos profesionales directamente implicados en estas cuestiones.

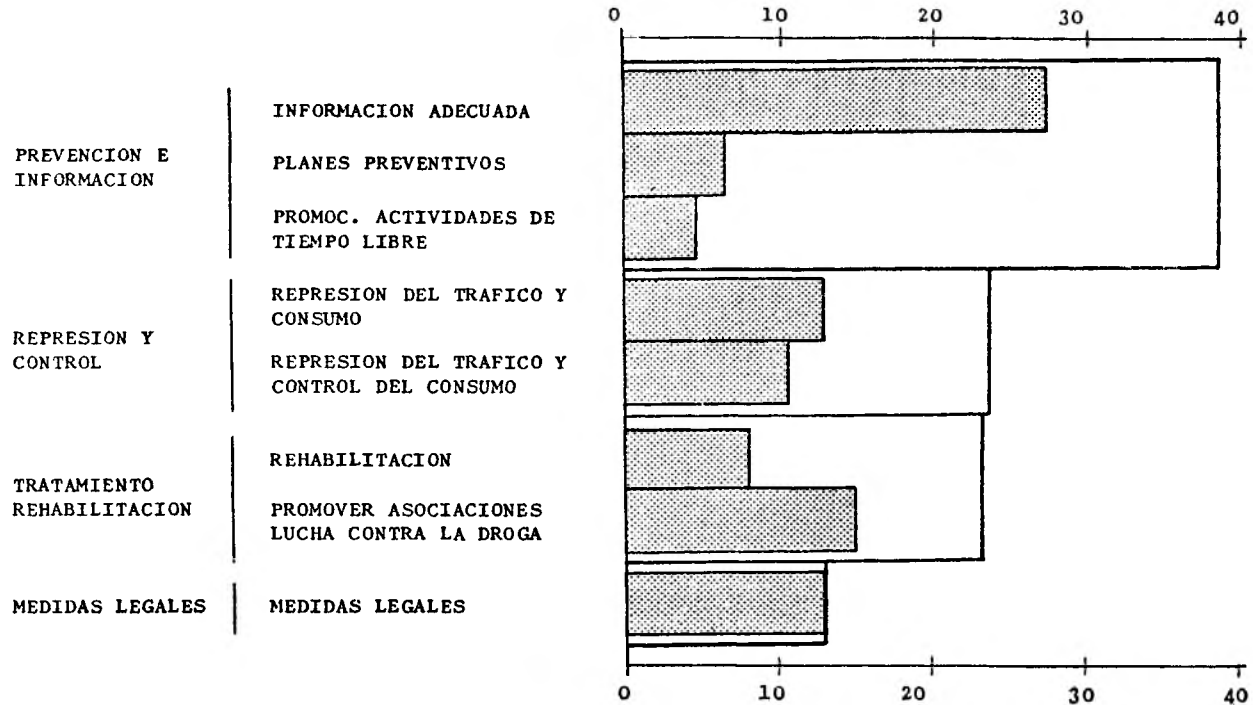
— No existe estímulo ni promoción oficial alguna de la prevención del alcoholismo.

— No existen en la práctica centros especializados de tratamiento y rehabilitación para los toxicómanos, a pesar de estar previstos por las leyes vigentes.

— En el aspecto educativo e informativo de la prevención de las toxicomanías, la insuficiencia de medios es absolutamente radical, tanto a nivel de grupos profesionales como a nivel de la población en general.

(5) Grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes. «Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados de alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1975, 49 (5-6), páginas 417-427.

Gráfico 6.0.6
Medios y medidas más necesarias



Fuente: Estudio CIDUR-EDIS, 1980.

Desgraciadamente, la situación en el año 1980 ha variado muy poco respecto a la del año 1974. Las recomendaciones de la Comisión Interministerial de dicho año no se han tenido en cuenta en la práctica.

En 1976, Mendoza, Vega y Sagera (6) hicieron un estudio sobre cuáles eran las actividades de tipo educativo que estaban realizando los centros sanitarios españoles relacionados con las toxicomanías. Sólo diez centros quisieron contestar el cuestionario, de un total de 148 centros a los que se les envió por correo. Todos los centros que contestaron el cuestionario estaban realizando actividades educativas, preferentemente sobre el alcohol. Para ellos la educación sobre las drogas se reducía a dar información. Predominaba la utilización de medios con los que se llega a un gran número de personas (radio, TV., charlas), pero durante poco tiempo y sin posibilidad de evaluación. Algo tan complejo como la educación sobre las drogas, que fácilmente puede resultar contrapreventiva, se estaba llevando a cabo por estos centros sin evaluar cuáles eran sus efectos reales. Finalmente, el estudio puso de manifiesto que el Estado no solía financiar este tipo de actividades, que quedaban a merced del interés y de la iniciativa de los trabajadores de cada centro.

Otro trabajo en el que se hizo una revisión global de las actividades preventivas que se estaban llevando a cabo en toda España fue el realizado en 1979 por Blanco, Mendoza y Vega (7). En cuanto a la educación sobre las drogas, algunas de sus conclusiones fueron las siguientes:

— Existe una gran dispersión de recursos en la información sobre las drogas en nuestro país. Por doquier hay organismos, grupos y personas que actúan en este campo, sin la más mínima coordinación entre ellos. Esto origina que haya frecuentes contradicciones entre lo que dicen unos y otros, con la consiguiente desorientación de la población.

— No existen programas de educación sobre las drogas en España que vayan más allá de la mera información, en los que un con-

(6) MENDOZA, R.; VEGA, A.; SAGRERA, M. I.: «Actividades de educación en materia de drogas llevadas a cabo por centros sanitarios españoles», *Drogalcohol*, 1980, 5 (4), págs. 181-197.

(7) BLANCO, F.; MENDOZA, R.; VEGA, A.: «Técnicas de prevención de las farmacodependencias», en *VII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol: Ponencias y Comunicaciones*, Diputación Foral de Navarra, Pamplona, 1980, págs. 159-302.

tacto directo educador-educando provoque la maduración de una personalidad que no necesite recurrir a las drogas.

— El personal sanitario y educativo está muy deficientemente capacitado en la prevención de la farmacodependencia. Esto origina la inactividad de muchos de ellos y la acción desorientada y desorientadora de otros, siendo muy pocos los que realmente parecen estar haciendo algo eficaz para disminuir el problema. Es necesario pues, incluir esta materia de forma oficial en los planes de estudio de todos los profesionales implicados y organizar cursos de reciclaje para los que ya están en ejercicio.

— No se evalúa, salvo raras excepciones, la eficacia de este tipo de educación sanitaria, y se utilizan con frecuencia métodos (como las charlas dadas por «especialistas» a los alumnos de los colegios) y contenidos informativos (por ejemplo, el recurso al miedo de los efectos de una droga determinada) que, según numerosos estudios, son contrapreventivos. Por consiguiente, es razonable suponer que en general las escasas actividades de educación sobre las drogas que se han realizado hasta ahora en España son en su mayoría contraproducentes.

La escasez de estudios que sufrimos en nuestro país sobre estos aspectos del problema de las drogas, de tanta importancia con vistas a la planificación de la asistencia y de la prevención, contrasta con el número y la calidad de los estudios realizados en otros países. En Canadá, por ejemplo, han aparecido publicaciones muy útiles para la prevención (8-11).

(8) GOODSTADT, M. S. (ed.): *Research on methods and programs of drug education*, Toronto: Addiction Research Foundation, 1974, 191 páginas.

(9) M. S. GOODSTADT *et alii*: *The status of drug education in Ontario: 1977*, Toronto: Addiction Research Foundation, 1978, 128 páginas.

(10) OPTAT: *Etude comparative de diverses expériences et méthodes mises en oeuvre au Canada pour prévenir par l'éducation l'abus des drogues*, París, Unesco, 1974.

(11) SMART, R. G.: «Efectos de las restricciones legales en el consumo de drogas: reseña de estudios empíricos», *Boletín de Estupefacientes*, 1976, 18 (1), págs. 81-98.

6.2. Aspectos preventivos y asistenciales del estudio EDIS 1980 sobre el consumo de drogas en España.

6.2.1. Temas abordados.

Los puntos que se estudian en el presente estudio relativos a la prevención y a la asistencia son estos cuatro:

1. Qué tipos de profesionales merecen más la confianza de la población con vistas a solucionar los problemas de drogas (tratamiento u orientación de drogodependientes).
- 2.Cuál es la opinión de la población sobre a quiénes corresponde tomar decisiones en torno a los consumidores de drogas.
3. Qué tipos de actuaciones se consideran más apropiadas con vistas a la solución del problema del abuso de las drogas.
4. Qué imagen se tiene de las distintas instituciones españolas relacionadas con el tema.

El primero de estos cuatro puntos no estaba recogido en el estudio de CIDUS-EDIS de 1979, que en cambio tenía otro sobre conocimiento de grupos privados que trabajaran en este campo. Se ha preferido explorar a quiénes acudirían los españoles en caso de tener un problema de drogas, en vez de volver a confirmar que hay pocos centros o grupos relacionados con las drogas y que, además, son muy poco conocidos.

En los otros tres puntos, el estudio de 1980 tiene un valor comparativo sobre el de 1979, muy útil para contrastar las tendencias de opinión que manifestaban los jóvenes con las que se dan a nivel de la población adulta.

6.2.2. Utilidad de este estudio con vistas a la planificación de la prevención y de la asistencia.

La opinión de los especialistas en farmacodependencia se viene expresando con frecuencia en congresos y revistas especializadas, por lo que ya es suficientemente conocida. Sin embargo, apenas se conoce la opinión de la población general y de los consumidores de los dife-

rentes tipos de drogas sobre qué medidas preventivas les parecen prioritarias.

Ello puede ser útil para ver la acogida popular que podrían tener diferentes medidas propuestas por algunos profesionales o por asociaciones y grupos relacionados con el problema del abuso de las drogas:

- una legislación no represiva con los consumidores de drogas ilegales;
- legalización o despenalización de la «cannabis»;
- inclusión del tratamiento de las toxicomanías en la Seguridad Social;
- puesta en marcha de programas de educación sobre las drogas en los centros escolares;
- potenciación de alternativas a las drogas para los jóvenes (actividades de tiempo libre, bebidas alternativas al alcohol, etc.);
- promoción de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, de familiares de alcohólicos y de familiares de otros toxicómanos.

En este capítulo de nuestro estudio no se examina la eficacia real que podrían tener estas medidas u otras, sino cuál es, a grandes rasgos, la opinión de la población española sobre este tema.

Este capítulo puede ser útil también para valorar hasta qué punto es necesaria la inclusión de la asignatura «farmacodependencia» en los estudios universitarios de los profesionales implicados en el problema (médicos, psicólogos, maestros, farmacéuticos, asistentes sociales, etc.). Como veremos más adelante, la demanda asistencial de la población se dirige preferentemente hacia los psiquiatras y psicólogos y los médicos generales. Sin embargo, la formación media de estos profesionales es insuficiente, ya que el número de horas dedicadas en sus respectivas carreras a la enseñanza de la farmacodependencia no es proporcional a la importancia epidemiológica del tabaquismo, del alcoholismo y de las otras drogodependencias, que en conjunto constituyen el problema sanitario evitable más grave del país.

Finalmente, este estudio puede servir para la planificación de la puesta en marcha de servicios asistenciales específicos, dentro y fuera de la Seguridad Social.

6.3. Análisis de los datos del estudio EDIS de 1980 relativos a la prevención y al tratamiento.

6.3.1. Grado de confianza de la población en los distintos tipos de profesionales o de entidades para la solución de los problemas de drogas.

La pregunta 71 interroga al encuestado sobre a quién acudiría si tuviera que solucionar un problema de drogas. No se le leen al entrevistado las posibles respuestas, por lo que en ningún caso influye el orden en que éstas están colocadas.

En el cuadro 6.1 * puede observarse que la respuesta más frecuente se refiere a los psiquiatras y psicólogos (27,1 %), que serían el tipo de profesionales más solicitados con este cometido. En segundo lugar figuran los médicos generales (25 %). Tienen también una importancia relativamente alta las asociaciones de ex drogadictos y de ex alcohólicos (21,1 %). La demanda de los sacerdotes, la Policía, los maestros o educadores y las entidades benéficas sería mínima. El porcentaje de maestros o educadores es muy pequeño porque la población sobre la que se hace el estudio es mayor de 15 años. (Cfr. cuadro 6.1 *.)

Esta sería la demanda potencial. No puede comprobarse si coincide con la demanda que se está dando ya realmente, porque en el cuestionario, dadas las características del estudio, no se han incluido preguntas que versen sobre si de hecho tienen un problema de drogas cercano y cómo lo han intentado resolver. Parece probable, en principio, que la demanda potencial coincida en gran parte con la demanda real. Esto quiere decir que actualmente más de la mitad de los casos de drogas que se presentan y que se afrontan pueden estarse canalizando a través de los psiquiatras y psicólogos y de los médicos generales. Sin embargo, la formación que las Facultades de Medicina y de Psicología ofrecen en farmacodependencia es claramente insuficiente como para poder abordar estos casos con una eficacia probable. Una primera conclusión que se desprende de esta pregunta es que resulta necesaria la inclusión de una o varias asignaturas específicas sobre farmacodependencia en los estudios de Medicina y de Psicología y el reciclaje de los ya titulados.

También se observa, a la luz de los resultados de esta pregunta, que las asociaciones de ex alcohólicos o ex drogadictos (estas últimas no existen todavía) gozan de una gran aceptación, «a priori» o «a posteriori», por una parte considerable de la población, por lo que convendría potenciarlas. Sus actividades, que normalmente están orientadas por profesionales especializados, van más allá de la asistencia a casos concretos y entran de lleno en el terreno de la prevención primaria, todavía más eficaz. Se trata de un personal voluntario, altamente motivado y en general con un nivel de conocimientos suficiente como para poder orientar con eficacia a la población. La promoción de estas asociaciones puede tener una utilidad máxima en comparación con la cuantía de la inversión necesaria, que es mínima.

En el estudio se han acogido por separado las respuestas referentes a los psiquiatras y psicólogos privados y a los psiquiatras y psicólogos de la Seguridad Social, para ver si había un grado diferente de demanda hacia la asistencia pública y la privada. Los resultados muestran que los psiquiatras y psicólogos privados tienen una mayor demanda potencial (18,5 %) que los de la Seguridad Social (8,6 %). A este hecho se le pueden dar dos interpretaciones distintas: o bien que la población conoce que la Seguridad Social todavía no ofrece asistencia específica para las toxicomanías, por lo que directamente se dirigiría a los psiquiatras y psicólogos privados, o bien que éstos gozan de mayor prestigio que los que trabajan en la Seguridad Social. En cualquier caso, resulta evidente que la Seguridad Social no puede evadir por más tiempo el afrontar el primer problema sanitario evitable del país, las toxicomanías, y que la asistencia que ofrezca debe tener la calidad necesaria.

Un 15,8 % de la población buscaría ayuda en un familiar o en un amigo para afrontar un problema de drogas. Esto pone de manifiesto la necesidad de incluir la educación sobre las drogas en los centros de enseñanza, de manera que todos los adolescentes sepan cómo actuar en estos casos. También resalta la conveniencia de incluir en las escuelas de padres o en los espacios de los medios de comunicación que se dirijan a un público adulto, informaciones sobre el papel de la familia en la prevención y en el tratamiento del abuso de las drogas. Actualmente este objetivo se está cumpliendo de manera muy incompleta mediante charlas de divulgación, que difícilmente pueden incluir orientaciones precisas y de validez general sobre cómo actuar cuando se presenta un problema de drogas en un fami-

liar o amigo; la materia a tratar en las charlas suele ser demasiado extensa como para poder concretar en este aspecto.

Los resultados de esta pregunta muestran también la necesidad de formar a los sacerdotes y a los policías y guardias municipales en este campo, a pesar de que la demanda potencial dirigida hacia ellos es menor.

Esta formación básica en farmacodependencia resulta claramente ineludible con los maestros o educadores. Si los profesores de EGB, FP y BUP hubieran recibido en la Universidad formación sobre las drogas, el número de estudiantes que actualmente abusan de ellas hubiera sido probablemente menor. Sus profesores sabrían poner en marcha programas de educación sobre las drogas eficaces y mostrarles alternativas válidas a su consumo. Esta formación universitaria sobre drogas para los futuros educadores podría incluirse dentro de una asignatura más amplia de educación sanitaria, ya que la metodología de la educación sobre las drogas es muy parecida a la de la educación sanitaria en general.

Veamos ahora algunas correlaciones clarificadoras entre esta pregunta y otras variables del estudio.

No hay apenas diferencias en esta demanda potencial de ayuda según el sexo del entrevistado. Sólo se observa que dentro del 2,6 % que acudiría a un sacerdote, la mayoría (73,1 %) son mujeres. En cambio, el 65,2 % de los que acudirían a la Policía son hombres. Ello parece indicar que los sacerdotes tienen más demanda potencial entre mujeres y la Policía la tiene más entre los hombres.

En relación con la edad, en el cuadro 8.2 se observa que la preferencia por los médicos generales crece marcadamente con la edad: oscila desde un 14,6 % en el grupo de 15-17 años, a un 35,5 % en el grupo de 55-64 años. En cambio, apenas varía según la edad la demanda hacia los psiquiatras y los psicólogos; es especialmente importante en el grupo de 35-44 años. La petición de ayuda hacia las asociaciones de ex alcohólicos o ex drogadictos crece hasta los 21-24 años y después disminuye progresivamente en los grupos de mayor edad. La demanda hacia los amigos o la familia decrece con la edad, lógicamente, ya que los adolescentes son los que tienen un mayor grado de dependencia familiar y mayor tendencia a compartir los problemas con los amigos. (Cfr. cuadro 6.2 *.)

Puede verse en este cuadro que la familia o los amigos tendrían

la máxima demanda de ayuda por un problema de drogas en el grupo de 15-17 años; las asociaciones de ex alcohólicos o ex drogadictos, en los jóvenes de 18 a 24 años; los psiquiatras y psicólogos, en la población de 25 a 44 años, y los médicos generales, en la población de 45 a 64 años. Estos hechos deben ser tenidos en cuenta en la planificación de los servicios de asistencia a drogodependientes o de orientación de sus familiares.

Igualmente puede ser útil para la planificación de la prevención secundaria el conocer la edad media de las personas que acudirían a cada tipo de profesional o de entidad. A continuación las exponemos, ordenadas de menor a mayor edad y excluyendo a los educadores y a las entidades benéficas, porque sus porcentajes son tan pequeños que no son representativos de los diferentes grupos de edad.

	<i>Edad media (años)</i>
1. Familia-amigos	30,5
2. Ex-drogadictos	34,1
3. Psiquiatras y psicólogos	37,7
4. Médicos generales	42,2
5. Sacerdotes	47,1
6. Policía	49,7

En cuanto a las diferencias por regiones, la demanda de psicólogos y psiquiatras es claramente superior a la media nacional (27,1 %) en Asturias-Santander (43%) y en Galicia (37,4 %). Es inferior a la media en Castilla la Vieja-León (19,9), Aragón (20 %), Area Metropolitana de Barcelona (21,1 %) y Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete (22,2 %).

La demanda del médico general para solucionar un problema de drogas aparece como superior a la media nacional (25 %) en Castilla la Nueva - Extremadura - Albacete (34,7 %), en Levante - Murcia (31,2 %) y en Aragón (30,8 %). Es inferior a la media en Galicia (12 %).

La demanda potencial de las asociaciones de ex alcohólicos o de ex drogadictos es superior a la media (21,1 %) en Canarias (31,4 %). Es inferior en Aragón (4,6 %), Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete (12,5 %) y en Asturias-Santander (14 %).

El porcentaje de personas que buscarían ayuda en un familiar o



amigo es superior a la media (15,8 %) en el Area Metropolitana de Barcelona (28,8 %), en Vascongadas-Navarra-Rioja (22,9 %) y también en Aragón (21,5 %). Es inferior a la media en Canarias (7,1 %), Cataluña-Baleares (8,2 %) y en Levante-Murcia (10,7 %).

Un dato interesante, que concuerda con otros que aparecerán más adelante, es que el porcentaje de personas que acudirían a un sacerdote en Aragón (18,5 %) es muy superior a la media nacional (2,6 %).

En resumen, los médicos generales son el tipo de profesional más escogido en Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete (34,7 %), Levante-Murcia (31,2 %), Aragón (30,8 %), en Castilla la Vieja-León (25,3 %) y en Andalucía (27,8 %). Las asociaciones de ex alcohólicos o de ex drogadictos tendrían la máxima demanda en Canarias (31,4 %). Los familiares o amigos serían los más solicitados en el Area Metropolitana de Barcelona (28,8 %). En el resto de las regiones o áreas serían los psiquiatras y los psicólogos quienes tendrían la máxima demanda con vistas a solucionar un problema de drogas: Asturias-Santander (43 %), Galicia (37,4 %), Cataluña-Baleares (31 %), Vascongadas-Navarra-Rioja (26,8 %) y Area Metropolitana de Madrid (26,3 %).

Los datos obtenidos a partir de la encuesta son insuficientes con vistas a explicarnos el origen de estas diferencias regionales observadas.

A continuación se ve qué relación existe entre la fuente de información sobre las drogas considerada más fiable por el encuestado y el tipo de profesional o de entidad a quien pediría ayuda en caso de tener un problema de drogas. Limitando a cuatro las fuentes de información que, según la encuesta, gozan de mayor fiabilidad, dicha relación sería la siguiente:

<i>Fuente de información</i>	<i>A quién pedirían ayuda preferentemente los que consideran fiable dicha fuente</i>
Medios de comunicación	Psiquiatras y psicólogos (29,3 %).
Amigos	Familia o amigos (29,4 %).
Médicos, psicólogos	Psiquiatras y psicólogos (40,4 %).
Compañeros de trabajo y escuela.	Psiquiatras y psicólogos (32,4 %).
Nadie	Médicos generales (32,5 %).

Como puede observarse, el mayor porcentaje de los que acudirían a los psiquiatras y psicólogos se da entre los que consideran a los médicos y los psicólogos la fuente de información más fiable. Ello es

lógico, ya que casi todos los médicos que dan charlas de información sobre las drogas son psiquiatras.

Los que no se fían de nadie en el tema de las drogas, que después se verá que son los que tienen una visión más policial y legalista del problema, acudirían más a los médicos generales y a los psiquiatras y psicólogos.

Existe una clara relación entre el consumo ilegal de drogas y el tipo de persona, profesional o entidad adonde se acudiría en caso de tener un problema de drogas. En lo que se refiere al haschich (ver cuadro 6.3 *), los no consumidores siguen las mismas tendencias que la población general. Los consumidores, en cambio, irían menos a los médicos generales y más a los amigos o a la familia. Los consumidores habituales y los cotidianos, en concreto, irían además menos a los psiquiatras y psicólogos. No se observan apenas variaciones entre los consumidores y los no consumidores en el porcentaje de los que acudirían a las asociaciones de ex-drogadictos.

Las consecuencias de estos hechos con vistas a la planificación de la asistencia terapéutica de los consumidores de haschich son claras: hay que potenciar la educación sobre las drogas en los propios jóvenes y la promoción de asociaciones de ex drogadictos, para que unos y otros sean capaces de canalizar y resolver adecuadamente esta demanda de ayuda que se dirige hacia ellos. (Cfr. cuadro 6.3 *.)

Los consumidores esporádicos de otras drogas siguen las mismas tendencias que los consumidores de haschich (ver cuadro 6.4 *). Muy pocos irían a los médicos generales y a los psiquiatras y psicólogos; la mayoría acudirían a las asociaciones de ex-drogadictos, a los amigos o a la familia. El porcentaje de no respuesta es mayor que en el total de la muestra y que en los consumidores de haschich; ello puede indicar que los consumidores de estas drogas tienen más desorientación sobre a dónde acudir, por falta de información o por desconfianza (miedo a la represión legal).

Las asociaciones de ex-drogadictos se confirman como el tipo de entidad que gozaría de mayor prestigio entre los consumidores de drogas ilegales, especialmente entre los de opiáceos (heroína, morfina y otros). (Cfr. cuadro 6.4 *.)

En resumen, los psiquiatras y los psicólogos son los profesionales hacia los que se dirigiría una mayor demanda de ayuda para solucio-

nar los problemas de drogas. Esta demanda potencial resulta especialmente alta entre la población de 25 a 44 años; en los habitantes de Asturias-Santander, Galicia, Cataluña-Baleares, Vascongadas - Navarra-Rioja y Area Metropolitana de Madrid; en los que consideran como la fuente de información sobre las drogas más fiable a los médicos o psicólogos, a los compañeros de trabajo o escuela y a los medios de comunicación, y en los consumidores esporádicos de haschich.

La demanda potencial es mayor hacia los psiquiatras y los psicólogos privados que hacia los que trabajan en la asistencia pública, lo que confirma una de las hipótesis del estudio: «las expectativas de la población en relación a la intervención en un problema de drogas no se dirigen tanto a las instituciones públicas como a los profesionales en su práctica privada».

Los médicos generales son el segundo grupo profesional de mayor demanda potencial de asistencia en este terreno a nivel de la población general. Ocupan el primer lugar en la población de 45 a 64 años; en los habitantes de Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete, en Levante-Murcia, en Aragón, en Castilla la Vieja-León y en Andalucía; en los que no consideran fiable ninguna fuente de información sobre las drogas (no se fían de nadie en este tema), y en los no consumidores de haschich.

Las asociaciones de ex-drogadictos o de ex-alcohólicos ocupan el tercer lugar en la demanda potencial de ayuda a nivel de la población general. Ocupan el primer lugar en la población de 18 a 24 años y en los habitantes de Canarias. Ocupan el segundo lugar en los consumidores de drogas ilegales (haschich, cocaína, LSD y opiáceos).

Finalmente, el porcentaje de los que pedirían ayuda a un familiar o amigo ocupa el cuarto lugar de importancia a nivel de la población general; tiene, sin embargo, la máxima importancia en los jóvenes de 15 a 17 años, en los habitantes del Area Metropolitana de Barcelona, en los que consideran a los amigos como la fuente de información más fiable, en los consumidores habituales o cotidianos de haschich y en los consumidores de cocaína, LSD y opiáceos.

6.3.2. *Opiniones de la población sobre a quién corresponde tomar decisiones en torno a los consumidores de drogas.*

Según los resultados del estudio, hay en la población un mayor porcentaje de personas que tienen una visión sanitaria del problema de

las drogas que los que tienen una visión legal del mismo. En el cuadro 6.5 * se observa cómo el 39,6 % de los encuestados piensan que es el personal sanitario quien debe decidir las medidas a tomar con los consumidores de drogas, mientras que sólo el 16,5 % opinan que es un problema que compete a la Justicia y a la Policía. Un importante porcentaje (32,6 %) tienen una visión mixta (mitad sanitaria, mitad legal).

Como se verá más adelante, hay cierta concordancia entre el tener una visión legal del problema y el adoptar una actitud represiva hacia los consumidores de drogas (ilegales fundamentalmente); también la hay entre el tener una visión sanitaria y el considerarlos enfermos que necesitan ayuda.

Dados los términos en que está redactada esta pregunta («¿A quién cree usted que corresponde decidir las medidas que se deben tomar con los consumidores habituales de drogas?»), es probable que la mayoría de los encuestados hayan respondido pensando sólo en las drogas ilegales. Vamos a continuar interpretando los resultados de esta pregunta en este sentido.

De este cuadro se desprende que si se pusiera en marcha por parte de la Administración un programa de medidas de actuación contra el abuso de las drogas que fuera fundamentalmente sanitario y sólo parcialmente legal, se contaría con el visto bueno de la mayoría de la población (72,2 %). Si las medidas que se adoptan son sólo de tipo judicial y policial, el apoyo sería claramente minoritario (16,5 %).

Interesa recordar que hasta este momento no se ha llevado a cabo en España ningún programa que aborde globalmente el problema desde una perspectiva más sanitaria que legal. Como ya hemos indicado anteriormente, no hay apenas centros de tratamiento de las farmacodependencias de tipo ilegal ni programas de educación sanitaria sobre las drogas. Las únicas medidas que la Administración ha puesto en marcha son de tipo policial y judicial. Es razonable suponer, en función de los resultados de esta pregunta, que hay un alto grado de desacuerdo entre este enfoque legal que está en vigor y la visión sanitaria o mixta que impera en la mayor parte de la población. En otras palabras, un cambio de enfoque tendría una alta rentabilidad política, no sólo sanitaria.

En el cuadro 6.6 * se analiza la relación entre la edad y el enfoque sanitario, legal o mixto del problema de las drogas. Se ve clara-

mente cómo en los grupos de mayor edad predomina progresivamente una visión mixta o estrictamente legal, mientras que en los más jóvenes abundan los que tienen una visión sanitaria. El porcentaje de indecisos y de personas que no responden es también mayor en los grupos de menor edad, lo que puede mostrar una cierta desorientación ante el problema.

En el análisis de las diferencias por regiones se observa que donde existe una visión más legal del problema es en Aragón (30,8 %), casi el doble que en la media nacional (15,8 %); el porcentaje es también claramente superior a la media en Castilla la Vieja-León (27,4 %), en Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete (25 %) y en Asturias-Santander (20,4 %). El porcentaje de los que consideran competentes en este terreno a los Tribunales y a la Justicia es ostensiblemente menor a la media nacional en el Area Metropolitana de Barcelona (4,1 %) y en Vascongadas-Navarra-Rioja (7,6 %).

La región que tiene un enfoque más sanitario de este fenómeno es, según el estudio, Vascongadas-Navarra-Rioja (59,2 %). Le siguen Galicia (53,2 %) y el Area Metropolitana de Barcelona (42,4 %). El porcentaje de la visión sanitaria es menor a la media (38 %) en Aragón (23,1 %), Canarias (25,7 %) y en Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete (26,7 %).

El porcentaje mayor de la visión mixta del problema se da en Cataluña-Baleares (41,3 %). Es también superior a la media (31,2 %) en Canarias (38,6 %) y en Levante-Murcia (36,3 %). Resulta inferior a la media en Galicia (19,6 %), Castilla la Vieja-León (23,3 %), en el Area Metropolitana de Madrid (25 %) y en el Area Metropolitana de Barcelona (25,9 %).

A continuación se señala en qué enfoque del problema se sitúa el mayor porcentaje de respuestas de cada región:

Visión legal:

— Aragón (30,8 %).

Visión sanitaria:

- Vascongadas-Navarra-Rioja (59,2 %).
- Galicia (53,2 %).
- Area Metropolitana de Barcelona (42,4 %).
- Levante-Murcia (38,5 %).
- Andalucía (35,5 %).
- Area Metropolitana de Madrid (35 %).

- Asturias-Santander (34,4 %).
- Castilla la Vieja-León (34,2 %).

Visión mixta:

- Cataluña-Baleares (41,3 %).
- Canarias (38,6 %).
- Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete (34,1 %).

En el cuadro 6.7 * puede observarse que la visión legal se da preferentemente en los núcleos de población más pequeños (zonas rurales, fundamentalmente) y que la visión sanitaria se da sobre todo en los núcleos de población más grandes. El tamaño de la población en donde se da el máximo porcentaje de visión sanitaria y el mínimo de visión legal es el de 250.000-500.000 habitantes.

En las ciudades de más de 500.000 habitantes se dan las mismas tendencias que en la media de la población, a pesar de que según el cuadro cabría esperar lo contrario. La explicación puede estar en la combinación de estos dos hechos: a) el incremento de la delincuencia en las grandes ciudades, que lleva a una parte de la población a adoptar actitudes defensivas; b) la asociación drogadicto-delincuente-peligroso social, que tan frecuentemente hacen la prensa y los otros medios de comunicación. Por ello, en las ciudades de más de 500.000 habitantes el drogadicto puede vivirse como una amenaza directa en mayor proporción que en las ciudades de tamaño mediano. (Cfr. cuadro 6.7 *.)

Si analizamos ahora la relación entre la fuente de información sobre las drogas considerada fiable y la opinión sobre a quién corresponde tomar decisiones en torno a los consumidores de drogas (cuadro 6,8 *), se observan algunas correlaciones interesantes.

Los que opinan que la información de mayor confianza les ha venido a través de los médicos y psicólogos tienen el mayor porcentaje de visión sanitaria y el menor porcentaje de visión legal si se excluyen «otras fuentes». Ello parece lógico, ya que el personal sanitario tiende a transmitir un enfoque sanitario del problema y quienes confían en ellos tienden a asimilarlo.

Los que no se fían de nadie en el tema de las drogas tienen el porcentaje máximo de visión legal. Psicológicamente, ello podría interpretarse en el sentido de que las personas desconfiadas, o desconcertadas ante el cúmulo de informaciones contradictorias que les han

llegado sobre las drogas, tienden a adoptar una actitud más defensiva y, en cierto modo, represiva. A un nivel sociológico, la explicación puede estribar en que este grupo de personas que no se fían de nadie en este tema está compuesto fundamentalmente por las personas mayores, los habitantes de Galicia y Castilla la Vieja-León y por los de un nivel cultural bajo. (Cfr. cuadro 6.8 *.)

El grupo que más se aproxima a las tendencias medias de la población es el que considera a los medios de información como las fuentes de información más fiable, ya que ellos solos constituyen casi la mitad del total de la muestra (46.3 %).

Si se toma la creencia en el tópico de «la escalada» como un indicador del nivel de información sobre las drogas, se observa que existe una clara relación entre el nivel de información y el tener una visión sanitaria, legal o mixta del problema.

Como se recordará, la pregunta sobre este tópico estaba formulada en los siguientes términos: «¿Cree usted que el que fuma habitualmente porros o hierba (haschich, marihuana) suele acabar inyectándose heroína o tomando drogas más peligrosas?» Aunque para confirmar o rebatir esta creencia haría falta un estudio longitudinal prospectivo (12), los resultados del estudio de CIDUR-EDIS de 1979 (13) y los de este mismo estudio parecen indicar que es falso, ya que el porcentaje de los que se han inyectado una o más veces heroína u otros opiáceos (2 %) es ínfimo en comparación con los que consumen haschich con una u otra frecuencia (20 %). Por lo tanto, podemos considerar que el orden de las respuestas más acorde con el nivel de información sería este: no, depende, dudoso, sí; es decir, el «no» muestra un nivel de información mucho más alto que el «sí», que es la respuesta que aparece como más errónea, aunque sea la más frecuente (48 % de la muestra).

En el cuadro 6.9 * se observa cómo en los grupos de población con una menor información sobre las drogas («dudoso», «sí») se da un porcentaje de sujetos con visión legal mucho mayor que en los grupos que tienen mayor información («no», «depende»); complementariamente, en los grupos con mayor nivel de información hay un

(12) BLANCO, F.; MENDOZA, R.; VEGA, A.: «Técnicas de prevención de las farmacodependencias», en *VII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol: Ponencias y comunicaciones*, Diputación Foral de Navarra, Pamplona, 1980, págs. 159-302.

(13) CIDUR-EDIS, 1980, *op. cit.*

porcentaje mayor de personas con visión sanitaria que en los grupos con menor información. La actitud mixta (sanitario-legal) se da también menos frecuentemente en los grupos con mayor nivel de información.

Curiosamente, la proporción de los que dicen no saber si es un problema legal o sanitario («dudoso, no estoy seguro») es mayor entre los que no creen en el tópico de la escalada (mayor información) que entre los que sí creen (menor nivel de información). Posiblemente, este 18,7 % que no cree en el tópico, pero se muestra dudoso en su visión del problema, están confusos al ver que opiniones tenidas como ciertas por la mitad de la población —la «escalada» u otras— no se corresponden con lo que ellos observan; quizá todavía no han sido capaces de elaborar su propia interpretación del origen y de las soluciones del problema de las drogas. (Cfr. cuadro 6.9 *.)

El tópico de «la escalada de las drogas» (paso casi somático del haschich a la heroína), al combinarse con otro tópico también falso, pero muy extendido, el de que el consumo de heroína provoca delincuencia, favorece claramente la adopción de una actitud represiva hacia todo tipo de consumidores de drogas ilegales. En efecto, si el que fuma haschich suele acabar inyectándose heroína, y si éste se convierte a su vez automáticamente en un delincuente que roba y agrede para mantener su «vicio», es obvio que todo consumidor de haschich es un delincuente en potencia y una amenaza de la que hay que defenderse. Este mecanismo podría explicar por qué los que sí creen en el tópico de la escalada tienen una visión más policial del problema (después se verá que son también los que piden más policía y vigilancia). No es el consumo de heroína, sino la prohibición de dicho consumo, lo que provoca la delincuencia, ya que si la heroína se inyectara gratuita y controladamente a los heroinómanos en los hospitales, apenas habría mercado negro de esta droga ni delincuencia asociada a su consumo (14). La heroína es una droga pasivizante que no estimula por sí la ejecución de actos delictivos, a diferencia del alcohol o las anfetaminas.

En este punto recién analizado se confirma otra de las hipótesis del estudio: «las actitudes alarmistas y represivas parecen ser consecuencia de un bajo nivel de información».

(14) LAURIE, P.: *Las drogas: aspectos médicos, psicológicos y sociales*, Madrid, Alianza Editorial, 1969, 205 páginas.

La actitud hacia los consumidores de drogas, reflejada en el calificativo con que se las etiqueta, parece estar también muy relacionada con la opinión sobre a quién corresponde tomar decisiones en torno a los consumidores de drogas.

Comencemos por la actitud hacia los consumidores de drogas legales (tabaco y alcohol). En el cuadro 6.10 * se observa que los que etiquetan de «enfermos» a los consumidores de alcohol y tabaco tienen una visión más sanitaria que la media de la población. Los que los consideran «viciosos» o «inmorales» tienen a su vez una visión más legal que el total de la muestra. Los que los califican de «normales» (77,4 %) del total en el caso del tabaco y 38,1 % del total en el caso del alcohol) reflejan las tendencias medias de la población con variaciones insignificantes. (Cfr. cuadro 6.10 *.)

Estas relaciones varían cuando se trata de los consumidores de drogas ilegales (cuadro 6.11 *). En este caso, los que consideran «normales» o «pasotas» a los usuarios de haschich u otras drogas ilegales son precisamente los que tienen una visión legal en menor porcentaje. En el grupo de los que los califican de «enfermos» hay una proporción de personas con visión legal similar a la media de la población. Finalmente, en los que los consideran «viciosos» o «delincuentes» hay una proporción de sujetos con visión legal superior a la media. La explicación de estos hechos es clara: quien piensa que el fumador de haschich o el consumidor de otra droga ilegal es una persona normal, evidentemente no cree que las decisiones en torno a su vida deban estar en manos de la Policía y de los Tribunales; quien considera que es un delincuente, tiende en mayor medida a pensar lo contrario.

En lo referente a la visión mixta (sanitario-legal) del problema se observan las mismas tendencias que hemos señalado para la visión legal.

En la visión sanitaria son menos homogéneas las variaciones observadas según el calificativo que se aplica a los consumidores de drogas ilegales. En el caso del haschich, la proporción de los que tienen una visión sanitaria es mayor que la media en los que califican a sus consumidores de «normales» y de «enfermos»; es inferior a la media en los que los etiquetan de «delincuentes» y de «viciosos».

En el caso de las otras drogas ilegales es claramente superior a

la media sólo en los que los etiquetan de «enfermos», e inferior en los que los consideran «delincuentes».

En este cuadro vuelve a observarse algo similar a lo que se señalaba en el cuadro 6.9 *, referente a que había un 18,7 % de sujetos que no creían en el tópico de la escalada, pero se mostraban dudosos sobre a quién correspondía tomar decisiones en torno a los consumidores de drogas. En el cuadro 6.11 * se constata que los que consideran «normales» a los consumidores de haschich o de otras drogas ilegales son precisamente los que tienen un mayor porcentaje de «dudosos» o de no respuesta. Esto puede indicar que en estas personas que consideran normales a los consumidores de drogas ilegales hay muchos que no saben cómo enfocar el problema de las drogas. Quizá estén desorientados al ver que sus actitudes hacia estos consumidores (considerados «normales») no son compartidas por la mayoría de la población.

Quizá desconfíen tanto de los médicos y los psicólogos como de los jueces y los policías. Pueden considerar que todos ellos son agentes del control social de una conducta que debería ser privada y libre (el tomar una u otra droga).

Se ha señalado la relación que existe entre la manera en que se etiqueta a los consumidores de las distintas drogas, legales o ilegales, y el enfoque sanitario o legal que se tiene del problema de las drogas. Evidentemente, este enfoque predetermina la búsqueda de las soluciones, ya que, como aparecerá más adelante (cuadro 6.18 *), los que tienen una visión legal en su mayoría creen que la solución es que haya más policías, y los que tienen una visión sanitaria en su mayoría piden educación sobre las drogas en la escuela y otras medidas de carácter no represivo.

Todo ello muestra las graves repercusiones que tiene etiquetar de una u otra forma a los consumidores habituales de drogas (probables dependientes) en los medios de comunicación. Al presentarlos como viciosos y delincuentes, se están reforzando las actitudes represivas en la población. Al presentarlos como enfermos, se potencian en cambio las actitudes terapéuticas y educativas. Sería conveniente organizar cursos para periodistas en los que, junto con una información científica en torno a las drogas, se les ofreciera la oportunidad de reflexionar sobre las implicaciones sociales de los mensajes que vierten en torno a las drogas y a los consumidores.

Finalmente, veamos qué opinión tienen los consumidores (habituales o no) de drogas ilegales sobre a quién corresponde tomar decisio-

nes en torno a los que las utilizan habitualmente (cuadro 6.12 *). Sea cual sea el tipo de droga ilegal que consuman, la casi totalidad piensan que la Justicia y la Policía no son quienes deben determinar la actuación a tomar con ellos. Es decir, el enfoque legal del problema apenas se da en los usuarios de drogas ilegales, por razones obvias. El enfoque mixto (sanitario-legal) se da también en menor proporción que en la media de la población. Predomina en ellos una visión sanitaria del consumo de drogas, al igual que en el resto de la población.

En este cuadro se observa también que en los consumidores de drogas ilegales hay un alto porcentaje de «dudosos» y de no respuesta, especialmente entre los que utilizan opiáceos (56,4 %). Aquí de nuevo pueden darse dos interpretaciones: o bien no saben sinceramente si su problema es sanitario o es legal, o bien piensan en su interior que ni médicos o psicólogos, ni jueces o policías, deben decidir sobre ellos.

De todo esto se deduce que en la población española predomina un enfoque sanitario del problema de las drogas, reflejado en que el porcentaje más alto opina que deben ser los psiquiatras y los psicólogos quienes tomen decisiones en torno a los consumidores de drogas. Esta visión sanitaria del problema es especialmente alta entre los siguientes grupos: las personas de 18 a 34 años; los habitantes del País Vasco-Navarra-Rioja, Galicia y el A. M. de Barcelona; los que viven en ciudades de 250.000 a 500.000 habitantes; los que consideran a los médicos y psicólogos como la fuente de información más fiable; los que no creen en el tópico de «la escalada» de las drogas o lo matizan; los que etiquetan de «enfermos» a los consumidores de alcohol, tabaco, haschich u otras drogas ilegales; los que califican de «normales» a los consumidores de haschich y los que consumen haschich.

Sólo un 16,5 % de los encuestados opinan que son los policías y los jueces quienes deben decidir en torno a los consumidores de drogas. Este *enfoque legal* del problema de las drogas es especialmente importante en los siguientes grupos (aunque el porcentaje nunca llega a ser superior al 50 %): las personas de 45 a 64 años; los habitantes de Aragón, Castilla la Vieja-León, Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete y de Asturias-Santander; los que viven en los núcleos de población más pequeños; los que no se fían de nadie en el tema de las drogas; los que creen en el tópico de «la escalada», los que califican de «viciosos» o «inmorales» a los consumidores de tabaco,

alcohol o haschich y los que consideran «delincuentes» a los consumidores de haschich u otras drogas ilegales.

6.3.3. *Tipos de actuaciones consideradas más importantes con vistas a la solución del problema del abuso de las drogas.*

La opinión de la población española sobre cuál es la mejor forma de resolver el problema de las drogas (ilegales) queda reflejada en el cuadro 8.13. La educación sobre las drogas en la escuela resalta claramente como la medida considerada más prioritaria (38,4 %). Un porcentaje mucho menor (15 %) es partidario de tratar de resolver el problema aumentando el número de policías dedicados a los estupefacientes y la vigilancia sobre sus traficantes o consumidores. En tercer y cuarto lugar figuran dos medidas preventivas de carácter no policial: la promoción de formas sanas de empleo del tiempo libre (11,9 %) y los programas de orientación y asistencia familiar (9,3 %).

En conjunto, el 84,2 % de los que responden a esta pregunta son partidarios de medidas de carácter no policial. Ello no viene determinado por el hecho de que sólo una de las siete categorías en que se han recogido las respuestas a esta pregunta se refiera a la Policía, ya que el entrevistador no leía al entrevistado las posibles respuestas, sino que clasificaba lo que éste decía espontáneamente. Ello otorga una mayor validez a los resultados de esta pregunta. (Cfr. cuadro 6.13 *.)

Es curioso observar que sólo un 8,7 % hagan hincapié en la necesidad de un mayor número de centros de tratamiento y de asistencia, dado que apenas existen. Aquí caben varias interpretaciones: o bien no creen mucho en la eficacia del tratamiento terapéutico o en las toxicomanías, sino que consideran más importantes las medidas de prevención primaria (educación, promoción de alternativas a las drogas, etc.), o bien sólo están preocupados por la carencia de centros de tratamiento los españoles que son conscientes de sufrir en sí mismos o en una persona cercana las consecuencias de una drogodependencia.

El hecho de que sólo un 5 % haga referencia a la necesidad de la supresión de la publicidad del alcohol y del tabaco, muestra que la mayor parte de los encuestados han pensado que la pregunta se refería sólo a las drogas ilegales. Ello concuerda con el énfasis que otros hacen en la necesidad de más vigilancia o de cambiar la legis-

lación vigente. Si hubiera habido en el cuestionario otra pregunta similar centrada específicamente en las drogas legales, el porcentaje de personas partidarias de una supresión de la publicidad hubiera sido probablemente mayor. Esta tendencia se observa cada vez más frecuentemente en los diálogos de las charlas de divulgación sobre drogas; aunque el público que acude a ellas no es una muestra al azar, y por lo tanto no es representativo de la opinión pública, sí transmiten cuáles son las grandes corrientes de opinión en torno a las drogas legales e ilegales.

Hay un 7,5 % de personas encuestadas que son partidarias de la adopción de medidas legales de carácter no represivo. En la recogida de las respuestas no se ha discriminado entre legalización y despenalización, ni entre el haschich, la heroína y los otros tipos de drogas ilegales. Por ello, este porcentaje puede agrupar posturas muy distintas en la realidad. Es probable que la mayoría de este 7,5 % haya contestado pensando o refiriéndose al haschich, ya que sobre las otras drogas apenas ha habido polémica en los medios de comunicación sobre la conveniencia de su legalización o de su despenalización.

La gran demanda existente de educación sobre las drogas en la escuela se corresponde con la gran afluencia de asistentes en los cursos sobre drogas para educadores que se han organizado en los últimos años en algunas regiones españolas. Es obvio que en el medio escolar existe una profunda inquietud por el problema de las drogas y un gran deseo de formación, tanto en los profesores como en los alumnos. Todo ello contrasta con el escaso apoyo estatal a la educación sobre las drogas en la escuela. Con la excepción de algunos Institutos de Ciencias de la Educación universitarios, son muy escasos los organismos oficiales que hayan patrocinado la puesta en marcha de experiencias pilotos o la adición de guías didácticas para los educadores sobre este tema (15). Hoy por hoy, los profesores de EGB, FP y BUP se encuentran solos y sin apoyo estatal frente a un problema que les desborda, a pesar de que la sociedad espera mucho de ellos, como hemos visto en las respuestas a esta pregunta.

Los que consideran más eficaz y necesaria la educación sobre las drogas son precisamente los grupos de menor edad, tal como refleja el cuadro 6.14 *. El porcentaje de personas partidarias de esta medida es claramente superior a la media en los menores de 34 años e inferior en los sujetos de 45 a 64 años.

(15) BLANCO, F.; MENDOZA, R.; VEGA, A.: *Op. cit.*

Las personas maduras (45-64 años) hacen un mayor énfasis en la necesidad de policía y vigilancia que la media de la población. Los jóvenes (14-24 años) y los adultos jóvenes (25-34), en cambio, apenas son partidarios de aumentar la represión.

Otras respuestas en las que se observa una clara diferencia según la edad es la de los clubs y las medidas recreativas (más frecuente en los jóvenes de 15 a 20 años) y la del cambio de legislación (también más solicitado por los jóvenes, especialmente por los de 21-23 años).

Todo ello puede indicar que los jóvenes españoles son muy conscientes de que necesitan ser educados para un uso correcto de las drogas, o bien que consideran que en este tema la persona tiene derecho a decidir libremente una vez que ha sido informada con objetividad. Ambas interpretaciones no son excluyentes. Por otra parte, son lógicamente los jóvenes los que ven más necesaria la promoción de formas sanas de empleo del tiempo libre, que disminuyan la necesidad de recurrir a las drogas por aburrimiento, por la presión del ambiente «discotequero» o por ausencia de ideales por los que merezca la pena mantenerse sano. (Cfr. cuadro 6.14 *.)

Cabe señalar algunas diferencias regionales en las respuestas a estas preguntas. Las regiones donde hay un porcentaje relativamente alto de personas partidarias de incrementar la policía y la vigilancia son las siguientes: Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete (26,7 %), Aragón (26,2 %) y Asturias-Santander (20,4 %). El porcentaje es inferior a la media en el Area Metropolitana de Barcelona (4,7 %) y en el País Vasco-Navarra-Rioja (8,3 %).

En cuanto a la educación sobre las drogas, las regiones donde hay más partidarios son Levante-Murcia (50,4 %), Area Metropolitana de Madrid (48,2 %) y Galicia (46,8 %). El porcentaje es menor a la media en Aragón (21,5 %), Castilla la Vieja-León (26 %), Area Metropolitana de Barcelona (31,2 %) y Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete (32,4 %).

Las regiones que hacen más énfasis en la necesidad de centros de tratamiento son el Area Metropolitana de Barcelona (17,6 %) —máximo consumo de drogas según este estudio— y Aragón (15,4 %). Esta medida apenas es considerada prioritaria en Levante-Murcia (1,3 %).

La máxima demanda de clubs juveniles y otras medidas recreativas se da en el País Vasco-Navarra-Rioja (20,4 %) y en Levante-

Murcia (17,1 %). La mínima demanda en Castilla la Vieja-León (2,7 %).

Finalmente, en lo que se refiere a los cambios de legislación (legalización y despenalización), la región que tiene el porcentaje más alto de personas que la consideran prioritario es el Área Metropolitana de Barcelona (17,1 %).

Para finalizar este apartado de las diferencias regionales, se citan las respuestas donde se sitúa el porcentaje más alto de opiniones de cada región:

Más policía y vigilancia:

— Aragón (26,2 %).

Educación sobre las drogas:

— Levante-Murcia (50,4 %).

— A. M. Madrid (48,2 %).

— Galicia (46,8 %).

— Asturias-Santander (43 %).

— País Vasco-Navarra-Rioja (38,9 %).

— Canarias (32,4 %).

— Cataluña-Baleares (37 %).

— Andalucía (34,3 %).

— Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete (32,4 %).

— A. M. Barcelona (31,2 %).

— Castilla la Vieja-León (26 %).

En once de las doce regiones en que se ha dividido el país para este estudio, se considera la educación sobre las drogas la medida más prioritaria para tratar de solucionar el problema de las drogas. Esta casi unanimidad regional debería ser tenida en cuenta en la planificación de la actuación del Estado y de las entidades privadas frente al problema.

Sin embargo, se insiste una vez más en lo que ya se explicó en el capítulo de metodología: el margen de error de los resultados de la encuesta es tanto mayor cuanto más veces se subdivide la muestra. Por ello, estas cifras referentes a las regiones deben tomarse sólo como tendencias, pero no como un reflejo exacto de la realidad.

Existen pocas variaciones en las respuestas a esta pregunta en función del tamaño de la población del entrevistado. Se observa que el porcentaje de los partidarios de más policía y vigilancia disminuye a medida que aumenta el tamaño de la población, lo que concuerda con lo expresado en el cuadro 6.7 *.

El porcentaje de los que consideran prioritaria la promoción de clubs y actividades recreativas para los jóvenes es especialmente alto en las poblaciones de 50.000 a 100.000 habitantes.

Los programas de orientación familiar son solicitados por un 15,1 % (el porcentaje medio es 9,3 %) en las poblaciones de 250.000-500.000 habitantes. En esta categoría están incluidas algunas poblaciones situadas en las Áreas Metropolitanas de las grandes ciudades, con un alto porcentaje de inmigración y de desarraigo familiar.

La educación sobre las drogas es la medida considerada prioritaria por el porcentaje más alto de personas, sea cual sea la fuente de información que para ellos goce de mayor credibilidad. A pesar de ello, los que no se fían de nadie en el tema de las drogas señalan la necesidad de educación sobre las drogas en una proporción baja (30,1 %). El porcentaje es especialmente alto en los que consideran a los médicos y psicólogos como la fuente de información más fiable (47,7 %) y en los que conceden la mayor credibilidad a los hermanos (52,6 %) y a los maestros (47,7 %); estos dos últimos grupos están compuestos en su mayoría por personas jóvenes, por lo que estas variaciones pueden deberse también a la edad y no sólo a la fuente de información.

Se observan variaciones más acentuadas en lo que se refiere a la policía y la vigilancia, ya que el porcentaje es superior a la media en los que no se fían de nadie (23,6 %) e inferior en los que consideran como la fuente más fiable a los médicos o psicólogos (4,6 %), los amigos (7,7 %) o los compañeros de trabajo (9,5 %). Estas variaciones concuerdan con las expuestas en el cuadro 6.8 *.

Se confirma así que «la actitud hacia las medidas preventivas está relacionada con la fuente de información fiable de que se dispone acerca de las drogas», tal como se formulaba en otra de las hipótesis del estudio.

En el cuadro 6.15 * puede verse que el porcentaje de personas partidarias de aumentar la vigilancia y la policía es mayor que la media entre los que creen en el tópico de «la escalada»; entre los que están más informados sobre este punto, en cambio, es inferior a la media. De manera complementaria, los cambios legislativos (legali-

zación y despenalización) son vistos como más necesarios por las personas que no creen en el tópic. Estos resultados son coherentes con los expuestos en el cuadro 8.9. (Cfr. cuadro 6.15 *.)

Se correlaciona la actitud hacia los consumidores de drogas, reflejada en el calificativo que les aplican, y la medida que se considera prioritaria, se observan tendencias similares a las expresadas en los cuadros 6.10 * y 6.11*, en los que analizábamos la relación existente entre la actitud hacia el consumidor y la visión legal o sanitaria del problema.

En efecto, los que etiquetan de «viciosos» a los consumidores de tabaco y de alcohol son más partidarios de aumentar la policía anti-droga (23,1 % en ambos casos) que la media de la población (15 %). Algo parecido ocurre en los que califican de «delincuentes» a los consumidores de haschich (30,3 % de partidarios de más policía entre ellos) y a los usuarios de otras drogas ilegales (24,5 %).

Entre los que consideran «enfermos» a los consumidores de estas drogas abundan los partidarios de la educación sobre las drogas (45,2 %), en mayor proporción que la media (38,4 %).

Veamos ahora la relación entre el consumo de drogas y la medida preventiva considerada prioritaria. Las respuestas de los consumidores de drogas legales apenas se diferencian de las de los no consumidores. En cambio, entre consumidores y no consumidores de drogas ilegales se establecen diferencias muy claras.

En el cuadro 6.16 * puede observarse que entre los usuarios de haschich no hay casi nadie partidario de aumentar la policía dedicada a los estupeficientes, lógicamente. La educación sobre las drogas es muy señalada por los consumidores esporádicos, pero menos por los habituales y los cotidianos. Estos últimos hacen más énfasis en la necesidad de la legalización o la despenalización del haschich u otras drogas. Esto puede tener varias interpretaciones: están cansados de depender de los traficantes, quieren un abastecimiento más fácil y barato o consideran que los problemas sociales o psicológicos que puedan sufrir serían menores si el consumo de haschich estuviese legalizado o despenalizado. Como vimos en el cuadro 8.12, el porcentaje mayor de los consumidores de haschich (44,3 %) tenía una visión sanitaria del problema de las drogas.

Entre los consumidores esporádicos de haschich hay un porcentaje relativamente alto (17,1 %) de partidarios de la promoción de actividades recreativas y culturales para los jóvenes.

El porcentaje de no respuesta aumenta a medida que se incrementa



el consumo de haschich, lo que parece indicar que, a mayor consumo de haschich, mayor confusión mental sobre cómo podría tratar de solucionarse el problema de las drogas, o mayor agotamiento por la encuesta (esta pregunta es la penúltima). (Cfr. cuadro 6.16 *.)

La opinión en este punto de los consumidores de otras drogas ilegales no varía apenas de la de los consumidores de haschich, tal como muestra el cuadro 6.17 *. El porcentaje máximo de los partidarios de la despenalización o la legalización se da entre los consumidores de opiáceos (heroína y otros). La razón básica de ello estriba probablemente en que la situación de ilegalidad del consumo de heroína (y de otros opiáceos fuera del contexto médico) les obliga a dedicarse al tráfico de drogas, a la prostitución o a la delincuencia para poder obtener la droga o el dinero con que comprarla. También puede ser que opinen que si la heroína se inyectara gratuitamente en los hospitales, estaría fuera del mercado ilegal y la promoción de su consumo sería casi nula, por lo que quizá ellos no hubieran llegado nunca a ser heroínómanos. Finalmente, otra razón que puede haber motivado su respuesta a favor del cambio de la legislación vigente, es que deseen poder inyectarse una heroína no adulterada y en condiciones higiénicas adecuadas, para no sufrir la hepatitis ni otras enfermedades infecciosas que se transmiten de unos a otros por las jeringuillas. (Cfr. cuadro 6.17 *.)

La alta concordancia que hemos venido observando entre los resultados de esta pregunta (medida considerada prioritaria) y la anterior (quién debe tomar decisiones en torno a los consumidores), se explica por la fuerte interrelación que existe entre ambas preguntas, tal como muestra el cuadro 6.18 *.

Los que opinan que son los jueces y los policías quienes deben tomar las decisiones en torno a los consumidores (visión legal), en su mayoría (50.9 %) opinan que la principal medida a adoptar es aumentar el número de policías. Señalan en menor proporción que la media, la educación sobre las drogas (22,8 %), las actividades culturales y recreativas para los jóvenes (4,7 %) y los programas de orientación y asistencia familiar (3,8 %).

De manera complementaria, los que tienen una visión sanitaria del problema de las drogas consideran como la medida más importante la educación sobre las drogas (48,7 %) y hacen muy poco hincapié en la necesidad de más policías (4,9 %).

Los que tienen una visión mixta (sanitario-legal) del problema reflejan las tendencias medias de la población. (Cfr. cuadro 6.18 *.)

Se observa también que entre los que no responden a la pregunta de quién debe tomar decisiones o se declaran dudosos, hay un porcentaje alto (34,6 % y 15,6 %, respectivamente) de sujetos partidarios de la legalización o la despenalización. Como ya vimos anteriormente, muchas de estas personas son jóvenes (cuadro 8.6) y consumidores de drogas ilegales (cuadro 8.12). En resumen, entre los jóvenes que toman drogas ilegales hay una proporción importante de ellos que dicen no saber si son los jueces y policías o los sanitarios quienes deben decidir sobre ellos —quizá piensen que ni los unos ni los otros— y que opinan que habría que despenalizar o legalizar una o varias de las drogas cuyo consumo y comercio son ilegales actualmente.

De todo lo dicho en este apartado se deduce que la educación sobre las drogas en la escuela es la medida considerada más prioritaria por la población española (40,4 %). Este criterio lo mantienen de manera preferente los siguientes grupos de la población: los jóvenes y los adultos-jóvenes (15-34 años); los habitantes de Levante-Murcia, Área Metropolitana de Madrid y Galicia; los que consideran a los médicos y psicólogos, a los hermanos o a los maestros como la fuente de información más fiable; los que no creen en el tópico de la escalada o lo matizan; los que consideran «enfermos» a los consumidores de otras drogas ilegales, aparte del haschich; los consumidores esporádicos de haschich y los que tienen una visión sanitaria del problema de las drogas.

Un 15 % de los encuestados señalan como necesario aumentar la policía y la vigilancia. Esta postura se da especialmente en los siguientes grupos: las personas maduras (45-64 años); los habitantes de Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete, de Aragón y de Asturias-Santander; los que viven en los núcleos de población más pequeños; los que no consideran fiable ninguna fuente de información sobre las drogas; los que creen en el tópico de «la escalada»; los que etiquetan de «viciosos» a los consumidores de tabaco o de alcohol; los que califican de «delincuentes» a los consumidores de haschich y de otras drogas ilegales, y los que opinan que son los jueces y policías quienes deben tomar decisiones en torno a los usuarios de drogas.

La promoción de actividades culturales y recreativas para los jóvenes es una medida preventiva considerada prioritaria por el 11,9 % de los encuestados. Los grupos más partidarios de esta postura son los siguientes: los jóvenes de 15-20 años; los habitantes del País Vasco-Navarra-Rioja y de Levante-Murcia; los que viven en pobla-

ciones de 50.000 a 100.000 habitantes, y los consumidores esporádicos de haschich.

La legalización o la despenalización del haschich y de otras drogas ilegales es defendida como prioritaria por el 7,1 % de la población encuestada. Este porcentaje se incrementa de manera notable en los siguientes grupos de población: los jóvenes de 21-24 años; los habitantes del Area Metropolitana de Barcelona; los que califican de «normales» a los consumidores habituales de haschich y de otras drogas ilegales; los que no creen en el tópico de «la escalada»; los consumidores de haschich y de otras drogas ilegales, y los que dicen dudar sobre quién debe tomar decisiones en torno a los consumidores de drogas.

Además, es interesante resaltar que un porcentaje importante de consumidores de drogas ilegales se abstienen de responder o se manifiestan dudosos sobre qué medidas preventivas serían prioritarias, al igual que en el apartado anterior vimos que aparentaban dudar sobre quiénes deberían decidir sobre ellos.

6.3.4. *Imagen que tienen los españoles de las distintas instituciones relacionadas con el problema de las drogas.*

La última pregunta del cuestionario está formulada en los siguientes términos: «¿Cuál de estas instituciones le parece a usted que se está preocupando más del problema de las drogas?» El término «preocuparse» resulta algo ambiguo, ya que puede ser sinónimo de una actuación eficaz, pero también de un abordar el tema con ansiedad e ineficacia; por ejemplo, la prensa se ha preocupado con frecuencia del problema de las drogas, pero muchos de sus mensajes han sido contrapreventivos. Debido a esta ambigüedad en la formulación de la pregunta, es difícil interpretar sus resultados (cuadro 6.19 *). Es probable que las respuestas hayan estado más en función de la actitud global del encuestado hacia el problema (pro policía, pro sanidad, etc.), que no en función de un análisis detallado de la actuación de cada una de las instituciones por las que se le interrogaba. (Cfr. cuadro 6.19 *.)

Los porcentajes más importantes se refieren a la sanidad (20,4 %), a la familia (15,9 %) y a los medios de información (12,7 %).

Los que se refieren a «la sanidad», probablemente estaban pensando en la actuación individual o grupal del personal sanitario y no

en las instituciones oficiales responsables de la situación sanitaria del país, ya que en las preguntas anteriores se les había identificado «sanidad» con «médicos y psicólogos».

Existe un porcentaje relativamente importante que opina que la institución que más se está preocupando del problema es la familia. Hay que tener en cuenta que la «familia» aparece en último lugar en la relación de instituciones que se citan, lo que supone que el que la elige ha leído antes las demás instituciones señaladas. Decir que la familia es quien más se preocupa, muestra quizá una sensación de soledad ante el problema por parte de la población; es manifestar que nadie más se preocupa, sólo los implicados en cada caso y, por lo tanto, a un nivel afectivo, resaltando así la ausencia de un interés eficaz por parte de otras instituciones.

Los medios de información, especialmente a comienzo de la década de los 70, han utilizado el tema de las drogas como cebo sensacionalista para lograr un mayor número de lectores, espectadores u oyentes. Han sido responsables en gran parte de la imitación por parte de nuestra juventud de modas extranjeras de consumo de drogas ajenas a nuestra cultura. Han ayudado a crear en la población una imagen negativa del consumidor de drogas ilegales, identificándolo con vicioso, degenerado y delincuente. Han fomentado que grandes capas de la población se angustien por la posibilidad de un consumo ilegal de drogas en un miembro de la familia; las reacciones de miedo y ansiedad que como consecuencia muchos padres han tenido para con sus hijos supuestamente drogadictos, han sido en ocasiones mucho más nocivas que las sustancias que pudieran estar consumiendo (16).

Sólo en los últimos años los medios de comunicación han venido ofreciendo con cierta frecuencia una información más serena y objetiva del problema de las drogas. En ocasiones, han tratado de crear en los ciudadanos una conciencia social de carencia de servicios específicos (asistenciales, preventivos) con que abordar el problema y han presionado a los organismos oficiales para que se pongan en marcha.

Estas son dos formas distintas de «preocuparse» del problema de las drogas. Dado que esta pregunta era cerrada y que el encuestador no interrogaba al entrevistado sobre por qué elegía los medios de comunicación, resulta imposible determinar ahora si ese 12,7 % de

(16) MENDOZA, R.; SAGRERA, M. I.; VEGA, A.: *Bases psicológicas y pedagógicas de la prevención del abuso de drogas a través de la educación*, Universidad de Barcelona, 1978, 650 páginas (Tesina de Licenciatura), Tomo II, «Análisis de contenido drogas y prensa (1970-1976)».

la opinión pública española cree que es eficaz o no la preocupación de los *mass-media*.

La Policía figura en cuarto lugar (12 %) en cuanto a estarse preocupando del tema. Este porcentaje es parecido al de los que opinaban que eran los jueces y la Policía los que debían decidir las medidas a tomar con los consumidores de drogas (15,8 %) y al de los partidarios de aumentar la Policía y la vigilancia como forma de tratar de resolver el problema (15 %). Parece probable que este 12 % esté compuesto en su mayoría por personas que opinen que la actuación policial es eficaz y necesaria y que habría que potenciarla.

El Gobierno figura en penúltimo lugar (4,8 %) y los partidos políticos en último lugar (4 %). No hay duda de que existe una gran insatisfacción popular con la actuación de unos y otros frente al problema. Esperemos que los resultados de este estudio promuevan un cambio de actitud en los responsables políticos del país y, de una vez por todas, se decidan a hacer frente eficazmente a nuestro principal problema sanitario: las drogodependencias.

6.4. Resumen.

Al final de cada apartado del presente capítulo se han resumido los resultados de cada pregunta, por lo tanto aquí se recogerán sólo los hallazgos más importantes.

Los psiquiatras y los psicólogos son los profesionales hacia los que se dirigiría una mayor demanda de ayuda para solucionar los problemas de drogas. Los médicos generales son el segundo grupo profesional en cuanto a la demanda potencial de asistencia sobre drogas. Las asociaciones de ex-drogadictos o de ex-alcohólicos ocupan el tercer lugar a nivel de la población general, pero el primer lugar entre los jóvenes de 18 a 24 años.

En la población española predomina un enfoque sanitario del problema de las drogas. Esto se refleja en que el número de personas partidarias de que sean los médicos y los psicólogos los que tomen las decisiones sobre los consumidores (38 %), es mayor que el número de los que opinan que deberían ser los jueces y los policías (15,8 %).

La educación sobre las drogas en la escuela es la medida de carácter preventivo considerada más importante por los españoles, especialmente por los que tienen entre 15 y 35 años. Un 15 % de los encuestados son partidarios de aumentar la Policía y la vigilancia. Otras

dos medidas sobre las que hay una demanda relativamente importante son la promoción de actividades culturales y recreativas para los jóvenes (11,9 %) y la legalización o despenalización del haschich u otras drogas ilegales (7,1 %). En conjunto, el 85 % es partidario de medidas de carácter no policial, que son prácticamente las únicas puestas en marcha hasta ahora.

Las instituciones que, según la opinión pública española, más se preocupan del problema de las drogas, son la sanidad (20,4 %), la familia (15,9 %) y los medios de información (12,7 %). El Gobierno figura en penúltimo lugar (4,8 %), y los partidos políticos, en último lugar (4 %).

Se confirman todas las hipótesis del estudio relativas a la prevención y a la demanda asistencial.

Los resultados de este capítulo concuerdan con los del estudio de 1979 en los jóvenes, lo que aumenta la validez de ambos.

7. CONCLUSIONES

En las conclusiones de cada capítulo se han resumido sus hallazgos más importantes. Aquí vamos a resaltar sólo aquellos que tengan una clara implicación preventiva, para poder concluir qué medidas aparecen como más urgentes y necesarias a raíz de los resultados del presente estudio.

7.1. Gravedad del problema.

A nivel de toda la población española mayor de 15 años, se observan estos tres problemas globales relacionados con las drogas: un alto nivel de consumo de drogas legales e ilegales, un bajo nivel de información y actitudes sociales favorables al consumo de drogas o bien de rechazo de sus consumidores.

7.1.1. *Extensión del uso y del abuso de las drogas.*

— El 48,9 % de la población entre 15 y 65 años fuma cada día tabaco.

— Los consumidores frecuentes de haschich representan el 5 % de la población total, el 13,5 % de los jóvenes de 15 a 17 años y el 9,6 % de los de 18-20 años. Ha probado haschich el 20,1 % de la población total (15-64 años) y el 41,4 % de los jóvenes de 15-20 años.

— Han consumido con una u otra frecuencia LSD el 2,6 % de la población; cocaína, el 3,5 %; opiáceos, el 2 %. Los consumidores

cotidianos de opiáceos son sólo el 0,2 % de toda la población. Un 7 % de los chicos de 15-17 años han consumido una o más veces cocaína en los seis meses anteriores a la realización del estudio.

— Un 32,9 % de la población ha consumido analgésicos comunes en el período de tiempo estudiado; tranquilizantes, el 13,6 %; anfetaminas, el 6,1 %; barbitúricos, el 5,3 %.

Se excluyen los datos relativos al alcohol, por razones ya explicadas en la introducción de este trabajo.

7.1.2. *Bajo nivel de información sobre las drogas.*

— En general, existe una gran confusión en torno a conceptos básicos. Se asocia «droga» con «sustancia dañina», en vez de con «sustancia susceptible de provocar dependencia».

— Grandes sectores de la población tienden a considerar como drogas sólo aquellos fármacos cuyo consumo está prohibido (haschich, LSD, heroína, etc.) o que son utilizados por los jóvenes «para drogarse», aun siendo legales (anfetaminas, barbitúricos). Esto implica que el resto de las drogas (alcohol, tabaco, tranquilizantes y otros psicofármacos) sean consumidas sin apenas noción de riesgo de dependencia.

— Hay un bajo nivel de conciencia social de problema en torno a las drogas de consumo legal, lo que refleja una notable falta de información.

7.1.3. *Actitudes contraproducentes.*

Desde el punto de vista de la prevención del abuso de las drogas y de sus consecuencias, tanto las actitudes favorables al consumo de las drogas como las de rechazo de sus consumidores pueden ser consideradas como contraproducentes. Ambos tipos de actitudes están muy extendidos entre la población:

— Al 8,8 % de la población total le gustaría encontrarse bien utilizando drogas (21,3 % en los jóvenes de 15 a 20 años).

— El 10,3 % piensa que las drogas mejoran las relaciones humanas (16,8 % en los jóvenes de 15 a 20 años).

— En las personas con actitudes más favorables hacia las drogas se observa una mayor frecuencia de consumo de ellas.

Predomina una actitud social de rechazo hacia los consumidores

de drogas ilegales, lo que facilita y refuerza la marginación de éstos:

— El 43,4 % de la población califica de «viciosos» o «inmorales» a los consumidores de haschich; el 41,6 %, a los consumidores de otras drogas ilegales.

— Otro 6 % de la población califica de «delincuentes» a los consumidores de haschich; de este mismo modo denomina el 12,7 % de la población a los consumidores de otras drogas ilegales.

— En general, el 64,3 % de la población califica de manera negativa vicioso o inmoral, delincuente, pasota (a los consumidores de drogas ilegales (haschich u otras). Esto ocurre sólo en el 24,2 % de la población en el caso de los consumidores de drogas legales (alcohol, tabaco, psicofármacos).

7.2. Grupos de la población que requieren programas específicos de educación sobre las drogas.

Dada la gravedad del problema de las drogas en nuestro país (por la extensión de su consumo, por la falta de información y por las actitudes sociales contraproducentes que imperan en amplios sectores de la población) es obvio que *toda* la población *necesita* una formación básica en este terreno. Sin embargo, resulta útil resaltar los grupos que necesitarían programas específicos, por una u otra razón:

7.2.1. Grupos de la población general.

— Los mayores de 45 años son grandes consumidores de alcohol, tabaco y medicamentos (psicofármacos). Muy pocos de ellos identifican como «drogas» a estos tres grupos de sustancias. Muestran en general una fuerte actitud de rechazo hacia los consumidores de drogas ilegales. Casi todos ellos opinan que el consumo de medicamentos no constituye un problema social en España.

— Entre los jóvenes abundan los consumidores de «cannabis» y de otras drogas ilegales, al igual que los de tabaco y de alcohol. Tienden a no considerar como «droga» a los derivados del cáñamo. Los jóvenes de 18 a 24 años opinan, con una frecuencia superior a la media, que el consumo de tabaco no es un problema social en nuestro país. Los de 18-20 años en general no tienen apenas conciencia social de problema en torno al alcohol. Los de 15 a 20 años tien-



den a pensar que el consumo de la «cannabis» no origina ningún problema social. Hay otras circunstancias que configuran a los jóvenes como un grupo de alto riesgo en relación con todas las drogas: los de 15 a 24 años son muy poco sensibles a las razones de salud o de tipo moral para abstenerse de fumar o de beber; los de 15-17 y 21-24 son también poco sensibles a ambos tipos de razones para abstenerse de consumir haschich; igual ocurre con los de 15 a 24 en relación con las otras drogas ilegales y con los psicofármacos. Por otra parte, no hay que olvidar que los jóvenes constituyen siempre un grupo de alto riesgo en relación con las drogas, en comparación con los adultos, por su menor capacidad de autocontrol y de resistencia a las presiones grupales (dependencia y necesidad de aprobación).

Un hecho que interesa resaltar es que los que comenzaron más precozmente a consumir haschich hacen en la actualidad un consumo más intenso de esta droga; es decir, a mayor precocidad en el consumo, mayor riesgo de dependencia. Esto reafirma a los adolescentes y a los jóvenes en general como grupo de alto riesgo en relación con esta droga.

— Las amas de casa, en su mayoría madres de familia, tienen un nivel especialmente bajo de conocimientos en torno a las drogas; por ello difícilmente pueden educar a sus hijos en este tema o actuar con eficacia cuando se presenta un problema de drogas en la familia. Por otra parte, el consumo de analgésicos, tranquilizantes y anfetaminas se da más frecuentemente entre las mujeres que entre los hombres.

— Los que se autodefinen como católicos practicantes son el grupo de la población que muestra un mayor rechazo de las drogas en general (esto puede considerarse como preventivo), pero también son los que tienen una actitud de mayor rechazo de los consumidores de drogas ilegales (esto resulta claramente contraproducente para la solución del problema).

— La población de menor nivel cultural es la que tiene menor información sobre las drogas; muestra en general un gran rechazo hacia los consumidores de drogas ilegales.

— Los pasotas a nivel político destacan por sus actitudes muy favorables al consumo de las drogas.

— Los que tienen relaciones conflictivas con sus padres prestan una menor atención a la salud para abstenerse de fumar; en general, apenas tienen motivaciones para abstenerse de tomar psicofármacos, haschich u otras drogas ilegales. Presentar un mayor nivel de consu-

mo de haschich (la conflictividad familiar puede ser tanto causa como consecuencia de este consumo).

— Los que no practican actividad satisfactoria alguna en su tiempo libre, es decir, tienen problemas de ocio, están más expuestos a no abstenerse del haschich por el daño que causa a la salud. Por otra parte, la segunda motivación en importancia de las que se aducen para consumir drogas legales es «pasar el rato», lo que insinúa que existe cierta relación entre los problemas de ocio y el consumo de estas drogas.

— Los que están insatisfechos con su trabajo presentan un mayor consumo de drogas legales y de haschich.

— Los habitantes de las grandes ciudades parecen consumir drogas con mayor frecuencia que los que viven en núcleos pequeños, excepto en el caso de los analgésicos.

7.2.2. *Grupos de profesionales.*

— Los psiquiatras y los psicólogos serían solicitados por un 27,1 % de la población en caso de tener un problema de drogas. En segundo lugar figuran los médicos generales, con un 25 %. Parece probable que esta demanda potencial de ayuda para este tipo de problemas coincida en gran parte con la demanda real, por lo que actualmente más de la mitad de los casos de drogas que se presentan y que se afrontan pueden estarse canalizando a través de estos profesionales. Sin embargo, la formación que las Facultades de Medicina y de Psicología ofrecen en farmacodependencia es claramente insuficiente como para poder abordar estos casos con una eficacia probable. Resulta imprescindible la inclusión de una o varias asignaturas específicas sobre farmacodependencia en los estudios de Medicina y de Psicología y el reciclaje de los ya titulados (1).

— Un 2,7 % de la población general acudiría a un sacerdote en caso de tener que solucionar un problema de drogas. Esto muestra la necesidad de que en el Seminario o en cursos posteriores se incluyan materias relativas a las drogas.

— Otro 2,4 % acudiría a la Policía con este cometido, lo que

(1) Para programar la formación de los profesionales, puede consultarse: AIZPIRI, J.; FREIXA, F.: «Criterios de formación en el alcoholismo y drogadicción», Ponencia presentada en las VIII Jornadas Nacionales de Sociodrogacohol (Gandía, 25-27 de septiembre de 1980).

reafirma la necesidad del Grupo de Orientación de la Brigada de Estupefacientes y la importancia que debe atribuirse a la formación de los asistentes sociales que lo componen.

— El porcentaje de los que acudirían a un maestro o educador para solucionar un problema de drogas es muy bajo (0,7 %), debido a que el estudio está realizado sobre la población de 15 a 65 años. Sin embargo, esta formación básica en farmacodependencia resulta claramente imprescindible con los maestros o los educadores en general. Si los actuales profesores de EGB, FP y BUP hubieran recibido en la Universidad formación sobre las drogas, el número de jóvenes que actualmente abusan de ellas hubiera sido probablemente menor. Sus profesores sabrían poner en marcha programas de educación sobre las drogas eficaces y mostrarles alternativas válidas a su consumo.

7.3. La educación sobre las drogas, medida preventiva prioritaria.

De lo que hemos expuesto se deduce claramente la necesidad urgente de poner en marcha programas de educación sobre las drogas a todos los niveles (población en general, grupos especiales de la población y profesionales relacionados con el problema).

Existe una amplia conciencia social en nuestro país sobre la necesidad de la educación sobre las drogas. El 38,4 % de la población opina que la educación sobre las drogas en la escuela es la medida más importante que se puede poner en marcha con vistas a tratar de disminuir el problema de las drogas. Este porcentaje es claramente mayor que el de los partidarios de otras medidas.

Los que hacen mayor énfasis en la necesidad de la educación sobre las drogas son precisamente los grupos de menor edad (15-34 años), que son los de mayor riesgo de abuso de todos los tipos de drogas, excepto de los psicofármacos.

Para ayudar a la puesta en marcha de programas de educación sobre las drogas para los diferentes sectores de la población, vamos a precisar, a la luz del presente estudio, qué tipo de mensajes resultarían más adecuados, qué mensajes resultarían contraproducentes y qué medios pueden emplearse para llegar a cada tipo de público.

7.3.1. Mensajes que parecen adecuados.

a) Para toda la población:

— Identificar el drogodependiente de cualquier tipo de droga con la imagen de un enfermo que necesita ayuda familiar, social y técnica, no como una persona culpable de su mal y a la que hay que rechazar.

— Aclarar el concepto de droga (ver definición en el Capítulo 1).

— Cualquier persona tiene un cierto riesgo, mayor o menor, de acabar dependiendo de una droga si comienza a utilizarla; la intensidad del riesgo depende de las características psicológicas del sujeto, de sus circunstancias ambientales, de la facilidad que tiene de encontrar alternativas a la droga, de las características de la ingesta (dosis, frecuencia, vía de entrada en el cuerpo) y del tipo de droga que utiliza. Mientras más precoz es la edad de inicio, mayor es el riesgo de abuso.

— Explicar la noción de abuso de una droga y diferentes formas de abuso (ver Capítulo 1).

— Recaltar que el alcohol, el tabaco y los psicofármacos también son drogas. Aclarar los límites entre el uso y el abuso en cada una de estas sustancias.

— Explicar que tan enfermo es el alcohólico como el heroinómano, el fumador cotidiano de tabaco como el que no puede pasar sin el «porro»; todos ellos son drogodependientes. Así se conseguirá que los consumidores de drogas legales adquieran conciencia de riesgo; también que se disminuya el rechazo social hacia los dependientes de drogas ilegales, lo que quitará intensidad a sus problemas y aumentará las posibilidades de que acudan a tratamiento.

— Informar sobre los efectos individuales y sociales del uso esporádico y habitual de cada tipo de drogas, especialmente de las más utilizadas en cada grupo social.

— Dar orientaciones sobre cómo actuar en caso de que un familiar o un amigo presente un problema relacionado con las drogas (un 15,8 % de la población buscaría ayuda en un familiar o en un amigo para afrontar un problema de drogas; este porcentaje aumenta hasta un 38,6 % en el grupo de edad de 15 a 17 años).

b) Para los adultos:

— Los medicamentos son sustancias que pueden resultar terapéu-



ticas si son bien utilizadas, pero también tienen un riesgo potencial; su abuso puede resultar peligroso.

c) *Para los jóvenes:*

— La «cannabis» es una droga, independientemente de la mayor o menor gravedad de su consumo esporádico o habitual. Aparte de ser una droga, se ha demostrado que su consumo habitual puede producir importantes daños para la salud.

El estudio muestra que las motivaciones más fuertes para evitar el consumo de las drogas son de índole sanitaria, no moral. Ello realza la necesidad de adoptar un enfoque sanitario en la educación sobre las drogas y lo contraproducente que resulta el enfoque moralizante (además de no evitar apenas el consumo, favorece la marginación del consumidor).

7.3.2. *Mensajes que parecen contraproducentes.*

— Asociar al drogodependiente con «delincuente» o con «vicioso».

— Desprestigiar al drogodependiente en sí, en vez de limitarse a mostrar los problemas que origina el abuso. Ello tiende a acentuar la marginación social que ya sufren todos los tipos de drogodependientes, excepto los de tabaco y psicofármacos.

— Trivializar el problema sanitario del consumo esporádico del tabaco, de la «cannabis» o de cualquier otra droga. Los que difunden mensajes que quitan importancia al consumo ocasional de una droga, no deberían olvidar, especialmente si se dirigen a jóvenes, que un cierto número de los que comienzan en un uso esporádico acaban en un consumo frecuente.

7.3.3. *Medios que pueden emplearse para la educación sobre las drogas.*

a) *Profesionales:*

Para la formación de los profesionales relacionados con la farmacodependencia, el mejor medio es incluir esta materia en los respectivos planes de estudio, universitarios o no. De manera complementaria

taria, se pueden organizar cursos de reciclaje para los que ya están en ejercicio.

b) *Jóvenes:*

Educación sobre las drogas en los centros escolares y en las organizaciones juveniles. Dada la complejidad de esta tarea y las dudas que existen sobre cuáles son los métodos y los contenidos más preventivos, debería potenciarse la puesta en marcha de experiencias pilotos antes de proceder a su generalización.

— Educación de los líderes juveniles (delegados de clase, dirigentes de todo tipo de entidades juveniles), ya que en los jóvenes de 15 a 20 años la fuente de información sobre las drogas que aparece como más fiable son los propios amigos.

— Programas en los medios de comunicación, previa formación de los periodistas, especialmente para la educación sobre las drogas legales.

— Charlas, películas y folletos sobre las drogas (legales e ilegales) para los jóvenes que realizan el servicio militar.

— Charlas o teatro sobre drogas dentro de las «semanas de la juventud» que se organizan en numerosas localidades.

c) *Amas de casa:*

— Charlas y pequeños grupos de discusión organizados por los centros de enseñanza, a ser posible dentro de «escuelas de padres» de carácter más global.

— Programas de radio y televisión en horas de audiencia específica por parte de este grupo de la población, ya que, según los datos del estudio, los medios de comunicación gozan de gran credibilidad para las amas de casa.

d) *Mayores de 45 años:*

— Programas en los medios de comunicación, que tienen especial credibilidad en este grupo de la población.

— Charlas a nivel de barrio o de pueblo, organizadas por las entidades de mayor poder de convocatoria en este sector de la población.

e) *Población de un nivel cultural bajo:*

— Educación sobre las drogas mediante teatro en la calle.

— Charlas acompañadas de abundante material audiovisual (películas, diapositivas).

— Programas en los medios de comunicación, que también gozan de especial credibilidad en este sector de la población.

f) *Consumidores frecuentes de medicamentos:*

— Mejora de la relación médico-enfermo, que posibilite un diagnóstico preciso y una elección adecuada del fármaco y asegure la comprensión de las instrucciones (orales y escritas) por parte del enfermo.

— Instrucciones precisas por parte del farmacéutico al expenderlos.

— Hojas divulgativas repartidas a través de las farmacias, con indicaciones de valor general en torno al consumo de medicamentos (2).

g) *Católicos:*

— Homilías y otros métodos de acción pastoral.

— Espacios en los medios de comunicación de la Iglesia.

7.3.4. *Otras orientaciones relativas a la educación sobre las drogas.*

— El estudio muestra que los centros escolares (EGB, BUP, FP) son un lugar donde los jóvenes intercambian frecuentemente información en torno a las drogas. Ello refuerza la necesidad de poner en marcha programas educativos en estos centros.

— El 46,3 % de la población considera a los medios de información como la fuente de información más fiable en torno a las drogas. La manera en que éstos etiquetan a los consumidores de drogas («viciosos», «enfermos», «delincuentes», etc.), determina que la población adquiera una u otra actitud hacia ellos. La grave responsabilidad de los periodistas en el origen y en la búsqueda de soluciones colectivas al problema del abuso de las drogas, hace que sea conveniente organizar cursos específicos para ellos. En estos cursos, además de una información científica en torno a los diferentes aspectos del problema, se les brindaría la oportunidad de reflexionar sobre las consecuencias de los mensajes que vierten en torno a este tema.

(2) Sobre este punto, un artículo excelente es el de HAMMARLUND, E. R.: «Rational use of licit dugs», *Journal of drug education*, 1979, vol. 9 (4), páginas 375-382.

— La información cualificada de los médicos y los psicólogos llega a sectores muy reducidos de la población: personas maduras, de estudios medios y superiores, profesionales altos y empresarios, en las regiones desarrolladas. Convendría potenciar la acción divulgativa de estos profesionales, especialmente en las zonas rurales y en los barrios populares. Para ello sería necesario organizar previamente en cada región o gran ciudad cursos o jornadas que versen específicamente sobre la metodología de la educación sobre las drogas; así podrá facilitarse que el personal que trabaja actualmente en el tratamiento de las toxicomanías unifiquen sus criterios en torno a la educación sobre las drogas y que reciba una formación básica en técnicas didácticas.

7.4. Otras medidas preventivas que aparecen como necesarias a raíz del estudio.

Es poco probable que la educación sobre las drogas tenga resultados prácticos si no se ponen en marcha simultáneamente otras medidas preventivas. Estas otras medidas son de índole sanitario, legislativo y social, según se ha puesto de manifiesto en trabajos anteriores (3 y 4). Aquí vamos a limitarnos a resaltar aquellas que este estudio resalta como más urgentes. Vamos a diferenciar las que se deducen directamente de los datos obtenidos de aquellas que la población considera prioritarias. Contrastando unas con otras puede deducirse qué medidas carecen todavía de demanda social, a pesar de ser necesarias, y cuáles otras tendrían de entrada el apoyo de un sector más o menos amplio de la población.

De los datos obtenidos, se desprenden como necesarias las siguientes medidas.

— Creación y promoción de centros de asistencia terapéutica (prevención secundaria), dentro y fuera de la Seguridad Social, especializados en el tratamiento de uno o varios tipos de drogodependen-

(3) Grupo de Trabajo para el Estudio de los Problemas Derivados del Alcoholismo y del Tráfico y Consumo de Estupefacientes: «Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 1975, 49 (5-6), págs. 409-573.

(4) BLANCO, F.; MENDOZA, R.; VEGA, A.: «Técnicas de prevención de las farmacodependencias», en *VII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol (Pamplona, 27 al 29 de septiembre de 1979) ponencias y comunicaciones*, Pamplona, Diputación Foral de Navarra, 1980, págs. 159-302.

cias (alcoholismo, tabaquismo, dependencia de psicofármacos, dependencia de drogas ilegales). El gran número de drogodependientes existentes en nuestro país lo hace absolutamente imprescindibles. Por otra parte, no tiene sentido generar una gran demanda asistencial con los programas de educación sobre las drogas si simultáneamente no se pone en marcha una amplia red de centros de tratamiento.

— Cumplimiento, por parte del Gobierno español, de las recomendaciones de la OMS relativas a la supresión de la publicidad del tabaco y de las bebidas alcohólicas. Aparte de existir en la población un abuso masivo de estas dos drogas, los datos del estudio muestran que los que califican de «normal» al bebedor de alcohol y al fumador de tabaco apenas consideran que estas drogas den lugar a un problema social en nuestro país. En ello influye sin duda la publicidad, que presenta al fumador y al bebedor cotidiano como una persona con éxito social y un modelo al que hay que imitar, olvidando que son una carga para la sociedad por los gastos sanitarios y los problemas sociales que originan.

— Control de la publicidad indirecta de alcohol y de tabaco en el cine y en la televisión, por razones análogas.

— Supresión de la publicidad de analgésicos comunes dirigida a la población general, ya que existe un consumo excesivo de este tipo de medicamentos.

— Cumplimiento total del Convenio de Viena de 1971 sobre el control de sustancias psicotrópicas, ratificado por el Gobierno español, ya que existe un abuso frecuente de psicofármacos, especialmente entre los mayores de 45 años.

— Promoción de actividades recreativas y culturales para los jóvenes, que disminuyan la necesidad de recurrir a las drogas por problemas de ocio y faciliten el encontrar alternativas válidas a las drogas.

— Programas de orientación y asistencia familiar que sirvan para prevenir o disminuir los conflictos familiares y aumenten los recursos de los miembros de la familia para afrontar los problemas de drogas que se presenten en su seno.

— Potenciación de las asociaciones de ex alcohólicos y de ex drogadictos, que gozan de una gran aceptación. El 22,1 % de la población acudirá a una de estas asociaciones en el caso de tener que solucionar un problema de drogas; en los consumidores habituales de haschich este porcentaje sube hasta un 40 %. La promoción de estas asociaciones puede tener una utilidad preventiva máxima, en compa-

ración con la cuantía tan reducida que es necesaria para ello, ya que se trata de un personal voluntario y altamente motivado.

— Promoción de centros de salud mental en los barrios o pueblos y de equipos psicopedagógicos en los centros de enseñanza, que orienten a los educadores sobre cómo afrontar eficazmente los numerosos casos de alumnos consumidores que se les presentan.

— Promover las inquietudes políticas entre los jóvenes, ya que los pasotas a nivel político tienen unas actitudes muy favorables al consumo de drogas.

— Promover la satisfacción en el trabajo a todos los niveles; las frustraciones laborales parecen relacionadas con un mayor consumo de drogas legales y de haschich.

Aparte de estas medidas, que aparecen como necesarias a partir de los datos del estudio, la población (15-65 años) considera prioritarias específicamente estas:

- Educación sobre las drogas en la escuela (38,4 %).
- Más Policía y vigilancia (15 %).
- Promoción de actividades culturales y recreativas para los jóvenes (11,9 %).
- Programas de orientación y asistencia familiar (9,3 %).
- Creación o potenciación de los centros de asistencia (8,3 %).
- Legalización o despenalización de ciertas drogas (7,1 %).
- Supresión de la publicidad de tabaco y de alcohol (5 %).

En conjunto, el 84,2 % de la población considera prioritarias medidas de carácter no policial, que son casi las únicas puestas en marcha hasta la fecha.

Con respecto a la legalización o la despenalización de la «cannabis», sería prudente formar un grupo de trabajo pluridisciplinario que estudie las posibles consecuencias sanitarias, sociales y económicas de la despenalización y de la legalización, antes de promover reformas legales en el Parlamento sobre este tema.

Por último, es interesante resaltar que la población se muestra globalmente insatisfecha con las instituciones políticas en relación con el problema de las drogas. Sólo un 4,8 % opina que el Gobierno se preocupa del tema, y un 4 %, los partidos políticos.

1

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030



8. Estudio socioeconómico sobre la producción y el consumo del tabaco y del alcohol

8.1. Tabaco.

1. Introducción.

El tabaco es originario de las Indias Occidentales, donde casi todas las culturas precolombinas conocieron, cultivaron y usaron la planta para fines medicinales, estimulantes, mágicos y religiosos.

Primero los navegantes y conquistadores españoles, y más tarde navegantes y colonizadores ingleses, italianos, holandeses, etc., introdujeron el uso del tabaco en Europa. La difusión de esta droga fue rápida y su consumo se extendió por todos los países europeos, hasta llegar a constituir hoy día una parte fundamental de nuestros hábitos de consumo.

El tabaco se consume en la actualidad principalmente en la forma de cigarrillo, de cigarro puro y de tabaco picado para pipa. Otras formas de consumo, como el rapé o la pastilla de tabaco para mascar, han caído totalmente en desuso. El cigarrillo rubio americano, es decir, elaborado y empaquetado en cajetillas de veinte unidades, ha ido ganando durante las últimas décadas los mercados internacionales y se ha impuesto en los gustos populares de casi todos los países. España, por excepción, es uno de los pocos países donde el cigarrillo de tabaco negro predomina todavía, aunque eso sí, elaborado y presentado de forma idéntica al cigarrillo americano.

2. *Consumo.*

Cerca de la tercera parte de la población total española es consumidora de tabaco. Según datos suministrados por Tabacalera, S. A., obtenidos por medio de una encuesta de población con una muestra de 11.000 observaciones, en 1979 había en el país 10.500.000 fumadores. De estos fumadores habituales, el 82 % consumían entre 10 y 20 cigarrillos al día, el 17 %, entre 20 y 40, y algo más del 1 % pasaban de los 40 cigarrillos diarios. Las mujeres, como media, fuman alrededor de 11 cigarrillos al día, y los hombres, entre 16 y 17. En base a estas cifras se puede calcular ya que el consumo total de cigarrillos al año debe superar los 60.000 millones de unidades.

3. *La estructura del sector.*

Desde su inicio la producción y distribución de productos elaborados de tabaco ha sido en España una prerrogativa y monopolio estatal, y como tal fuente de considerables ingresos para el erario público. El monopolio estatal de tabacos —antes C. A. T. y ahora Tabacalera, S. A.— es un ente público que tiene a su cargo la producción y distribución de labores tabaqueras, así como la importación y exportación de dichos productos, en todo el ámbito nacional, excepto las provincias canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla.

Tabacalera, S. A., contaba en 1979 con 13 fábricas, ubicadas en distintos lugares de la Península, y daba empleo a 8.880 personas, en sus centros de producción y oficinas. Alrededor del 85 % de su plantilla son obreros industriales. Tabacalera controla en todo el ámbito del monopolio la distribución y venta de labores tabaqueras a través de una red de estancos o expendedorías oficiales de rancia tradición. Un total de 24.701 expendedorías existían a finales de 1979, a las que hay que añadir 118.228 puntos de venta autorizados (con un recargo del 5 %) y las 41.350 máquinas automáticas para la venta de cigarrillos. En total existen, pues, 184.279 puntos de venta de tabaco en todo el ámbito del monopolio.

El desglose regional y provincial de las expendedorías y puntos de venta constituye información confidencial que Tabacalera guarda celosamente. Sin embargo, y a la vista de los datos suministrados, se pueden sacar algunas conclusiones importantes. Por ejemplo, hay una expendedoría de tabacos por cada 1.500 habitantes aproximada-

mente, y un punto de venta —estancos y otros— por cada 200 habitantes. La venta de tabaco genera un volumen de empleo muy considerable. Se estima en tres el promedio de personas ocupadas en cada expendeduría, lo que arroja un total de aproximadamente 74.000 personas ocupadas en esta actividad comercial. Es difícil calcular el empleo generado en el resto de puntos de venta —cerca de 160.000—, ya que la venta de tabaco constituye una actividad marginal o implica tan sólo la atención y suministro regular de las 41.350 máquinas automáticas. No hay que olvidar tampoco la venta callejera, más o menos irregular, de tabaco, y que constituye sin duda una fuente de empleo marginal considerable. No es aventurado con todo estimar que la venta al detalle de labores tabaqueras da empleo a cerca de 100.000 personas en España.

Las estimaciones anteriores no serían del todo válidas si no se tuvieran en cuenta algunos factores importantes. En primer lugar, los estancos o expendedurías de tabaco, dependientes todos de Tabacalera, S. A., simultanean la venta de tabaco con la de timbres y pólizas, sellos, etc., cuya distribución y venta es competencia asimismo de Tabacalera. Se da con frecuencia también que los estancos sean conjuntamente administraciones de la lotería nacional, y aunque dependen de organismos totalmente diferentes, ambas actividades se desarrollan en un mismo local y por las mismas personas. También ocurre con frecuencia, sobre todo en zonas rurales, que los estancos constituyan tiendas donde se expendan multitud de otros productos, además del tabaco y artículos afines. Cabe añadir por último que fuera del ámbito del monopolio —Canarias, Ceuta y Melilla—, Tabacalera está presente con su red comercial no tanto para la venta de tabaco, cuya exclusiva no tiene en esas áreas, cuanto para la venta de efectos timbrados.

Como ya se dijo, en el ámbito del monopolio, Tabacalera, S. A., es el productor y vendedor exclusivo de todas las labores tabaqueras. Sin embargo, cerca de la tercera parte de los cigarrillos y cigarros que se consumen en España son de producción nacional y no han sido fabricados por Tabacalera. La industria tabaquera tiene una fuerte implantación en el archipiélago canario desde hace muchos años. En el año 1976 existían en Canarias 38 fábricas de tabaco, que daban empleo a 4.293 personas. Todas estas industrias son de iniciativa privada, muchas de ellas con fuertes intereses de compañías internacionales, y la venta de sus productos en la Península se hace naturalmente a través de conciertos comerciales con Tabacalera.



El sector tabaquero genera una fuerte demanda de otros sectores de la economía, principalmente de la industria del papel y de artes gráficas. Es imposible determinar de forma desglosada los insunos que la industria del tabaco absorbe de otros sectores industriales. El sector tabaquero consume la totalidad del tabaco en rama que se produce en el país y tiene que recurrir además a fuertes importaciones de esta materia prima, como se verá más abajo.

4. *La producción tabaquera.*

En España se dedican algo más de 16.000 hectáreas a la producción de la planta del tabaco, con unos rendimientos variables entre los 16 y los 18 Qm. por hectárea. La producción de tabaco en rama en los últimos años ha oscilado alrededor de las 26.000 toneladas, habiéndose alcanzado en el 78 cerca de las 30.000, y previéndose para la campaña 79-80 alrededor de las 35.000 toneladas. La producción mundial de tabaco en rama en el mismo período ha estado alrededor de los 5,5 millones de toneladas, por lo que la producción española, comparada con la mundial, es mínima, llegando escasamente a representar el 0,5 % de la producción de tabaco mundial. Conviene tener en cuenta que alrededor de las dos terceras partes de la producción nacional de tabaco en rama se originan en la provincia de Cáceres.

La producción nacional de tabaco en rama es totalmente insuficiente. España tiene que realizar grandes importaciones de esta materia prima para abastecer la demanda de la industria tabaquera. El país ha venido importando un promedio de 60.000 toneladas anuales. En el año 1978 la importación de tabaco en rama fue de 67.680 toneladas, y supuso un coste de más de 12.000 millones de pesetas. La producción nacional de tabaco en rama cubrió escasamente la tercera parte de las necesidades nacionales.

La industria tabaquera española ha estado lanzando al mercado más de 50.000 millones de cigarrillos al año en el período 1972-1976, alcanzando su punto más alto en 1974, con 57.231 millones de cigarrillos. La producción de cigarros ha ido aumentando anualmente, hasta rondar los 1.000 millones al final de dicho período. Las labores de picaduras se han mantenido alrededor de las 1.500 toneladas anuales.

La participación de la industria canaria había sido de aproximadamente la mitad en la producción nacional, pero la tendencia observada en los últimos años registra un fuerte descenso en favor del



monopolio estatal, de forma que en el año 1979 las ventas de labores canarias representaron tan sólo una tercera parte de las ventas totales de productos tabaqueros.

Las últimas cifras disponibles, correspondientes al 31 de diciembre de 1979, y publicadas por Tabacalera, S. A., en su Memoria anual, registran una venta de 70.463 millones de cigarrillos de producción nacional, a los que hay que añadir 3.412 millones de cigarrillos rubios importados, elevándose la venta total de cigarrillos a 73.875 millones de unidades. Alrededor de uno de cada cinco cigarrillos vendidos era rubio, y tres de cada diez de origen canario. En el último año se vendieron en España 891 millones de cigarros, de los que el 64 % eran de elaboración peninsular —Tabacalera—, el 32 % de elaboración insular y el 4 % restante de importación cubana. Tabacalera vendió en ese año 7,5 millones de paquetes de picadura de elaboración propia, correspondientes a unas 693 toneladas de tabaco, y a las que se debería añadir unas 60 ó 70 toneladas más de picadura canaria.

5. *Las ventas de tabaco.*

Las ventas totales de tabaco por parte de Tabacalera, S. A., ascendieron en 1978 a 79.465 millones de pesetas, y en 1979 se alcanzaron los 98.411 millones. En el presente año el consumo de tabaco en España habrá supuesto más de 100.000 millones de pesetas. De estas cifras hay que deducir el impuesto de lujo: 26.432 millones en el año 1978 y 32.915 millones en el año 1979.

Las ventas netas de tabaco —excluido el impuesto de lujo— supusieron en 1978 53.033 millones, de los que 7.011 millones corresponden a importaciones de productos elaborados. En 1979 las importaciones de labores extranjeras llegaron a los 8.069 millones, y las ventas netas de tabaco, a 65.495 millones.

En el año 1978 España exportó tabaco en rama y labores tabaqueras por un valor de 936 millones, pero en contrapartida importó por valor de 18.262 millones en los mismos productos, correspondiendo las dos terceras partes de esta cifra a las importaciones de tabaco en rama.

Tabacalera dedicó a la publicidad para la promoción de sus labores 185 millones de pesetas en 1979. Esta cifra es sorprendentemente baja, pues para una empresa con un volumen de ventas de casi 100.000 millones sólo en labores tabaqueras, debería dedicar normalmente una

cantidad muy superior. Asignando tan sólo el 1 % de sus ventas a publicidad, Tabacalera debería gastar del orden de los 1.000 millones en esta actividad.

No es posible hacer una estimación aproximada de la demanda que genera el sector tabaquero respecto a otros sectores industriales. Sólo sabemos que del sector agrícola, la industria del tabaco compró sus casi 30.000 toneladas de producción, por un valor de 3.357 millones de pesetas.

6. *Resumen: la importancia económica del tabaco.*

Por todo lo visto anteriormente, es evidente que la industria del tabaco constituye un sector importante de la economía española. Prescindiendo de connotaciones éticas, sociológicas e incluso médicas, es evidente que la industria satisface las necesidades cotidianas de 10,5 millones de consumidores, es decir, más de la cuarta parte de la población total española, además de cubrir las necesidades de millones de turistas que visitan nuestro país cada año.

Para conseguir el suministro regular de labores tabaqueras el país dedica importantes recursos a la producción tabaquera. Destina un total de unas 16.000 hectáreas a la producción de materia prima, tabaco en rama, obteniendo cerca de 30.000 toneladas de tabaco en rama. Dado que esta producción no es suficiente, España se ve obligada a importar más de 60.000 toneladas anuales de dicho producto, por un valor de 12.000 millones de pesetas.

La producción de cigarrillos ha ido en aumento en los últimos años, habiéndose alcanzado la cifra de 74.000 millones de unidades vendidas en el año 1979. Cerca de 900 millones de cigarros puros se han vendido en el mismo año, junto con unas 750 toneladas de tabaco en picadura.

El valor total de las ventas de tabaco en todo el ámbito del monopolio estatal se elevó a 65.495 millones de pesetas, de los que 8.000 millones corresponden a la importación de labores extranjeras. A estas cifras totales de venta de tabaco hay que añadir los casi 33.000 millones que el fisco percibió en concepto de impuesto de lujo. Es decir, la producción y venta e impuestos del tabaco mueve dentro del área del monopolio alrededor de 100.000 millones de pesetas en la actualidad.

La fabricación de labores tabaqueras da empleo directo a unas 13.000 personas. La distribución y venta de tabaco da ocupación a

unas 95.000 personas, que atienden las 24.700 expendedurías oficiales y otras formas de venta de tabaco.

En vista de las cifras y realidades que se han manejado a lo largo de estas páginas, sería interesante considerar qué ocurriría si la industria tabaquera estuviera llamada a desaparecer a corto plazo. En los últimos años se han ido acrecentando las compañías contra el consumo del tabaco por considerarlo como altamente perjudicial para la salud. Existe hoy en día una clara conciencia de los peligros que el consumo de tabaco entraña, y parece que existen en algunos países claras tendencias a la disminución de su consumo. Sin entrar aquí en la polémica de la conveniencia o no de eliminar el consumo de tabaco, ni de los niveles de consumo que pueden considerarse tolerables, etc., se puede ensayar un brevísimo análisis sin embargo de lo que desde el punto de vista económico significaría la erradicación del consumo de tabaco en España.

El punto más delicado en la cesación de una actividad económica, por las repercusiones sociales que conlleva, es la supresión de puestos de trabajo. En este caso concreto e hipotético, 13.000 puestos de trabajo serían suprimidos en el empleo industrial del sector. La cifra es importante y en circunstancias normales alarmante. Hoy día, cuando el volumen de paro, según cifras oficiales, ronda el millón y medio de personas, considerar el problema de 13.000 puestos de trabajo parece algo sin demasiada importancia. En una economía sana, la absorción de estos 13.000 empleados de la industria no debería ser difícil. En una situación de paro desmesurado como la actual su efecto, por desgracia, apenas se sentiría. Las provincias canarias serían las más afectadas, puesto que perderían algo más de 4.000 empleos. En la Península las pérdidas de trabajo se repartirían entre 14 provincias, siendo Madrid y Cádiz las más afectadas.

Por lo que respecta al empleo agrícola que suponen las 16.000 hectáreas dedicadas al cultivo de tabaco, el problema no parece ser significativo. El empleo imputado en la producción de tabaco en rama está alrededor de las 2.300 personas, que sin duda podrían dedicar su actividad a otras tareas agrícolas, sin grave detrimento de sus economías familiares y sin notable alteración en la producción agrícola nacional.

Las repercusiones más notables tendrían lugar en la distribución y venta de labores tabaqueras, donde se estima que encuentran ocupación alrededor de 95.000 personas. Sin embargo, al ser la venta de tabaco una actividad en el marco de un ejercicio comercial más

amplio, su ausencia o cesación se vería de algún modo aminorada, aunque el impacto sería muy fuerte.

En el caso de las expendedorías oficiales, éstas perderían de golpe alrededor del 55 % de sus ventas brutas, ya que esa es la proporción que la venta de labores supone en el volumen total de negocio de Tabacalera, S. A. En base a esto, 41.000 de las 74.000 personas que viven de los estancos, perderían su trabajo, bien porque el número de expendedorías se redujera en un 55 %, bien porque el número de personas ocupadas disminuyera en una proporción similar. El impacto se vería mucho más amortiguado en el resto de puntos de venta, donde el tabaco es sólo un artículo más de los que se ofrecen al público. Pero no cabe duda que la erradicación del consumo de tabaco produciría, en una hipotética y súbita cesación, el paro inmediato de 13.000 empleados industriales y de cerca de 50.000 personas ocupadas en la venta de labores.

A todas estas cifras aproximadas habría que añadir las repercusiones que tendría esta supresión del tabaco en las industrias del papel, embalajes, artes gráficas y, en menor escala, en las del transporte. No es posible asignar números concretos a estas repercusiones, pero su impacto no dejaría de ser muy fuerte. Lo mismo se puede decir de las inversiones realizadas en el sector, y que quedarían sin utilización inmediata. La reconversión de estas inversiones sería posible en una parte significativa de las mismas, aunque la mayor parte quizá caerían en una obsolescencia prematura.

La Hacienda pública perdería ingresos del orden de los 33.000 millones de pesetas por sólo el concepto de impuesto de lujo. Pero este capítulo quizá fuera el menos controvertido desde el punto de vista económico. Muchos expertos opinan que la disminución de enfermedades causadas o concomitantes al consumo de tabaco harían disminuir con ventaja los gastos que el Estado y la sociedad realizan en materia de sanidad y seguridad social.

Sea como fuere, es evidente que una cesación súbita del consumo de tabaco provocaría una serie de alteraciones importantes en la estructura económica del país, puesto que el consumo de tabaco por parte de diez millones y medio de ciudadanos ha creado toda una industria, ha comprometido una parte considerable de recursos y da ocupación a un número elevado de personas.

Que el tabaco deje de consumirse de una forma radical y súbita, no pasa de ser una mera hipótesis, sin posibilidad de que ocurra en la realidad. Su planteamiento como mera hipótesis, sin embargo, puede

servirnos para calibrar en nuestro análisis las consecuencias y repercusiones que parcelas concretas del consumo pueden tener en los grandes agregados de la economía nacional. Suceda lo que suceda con el futuro del tabaco, es evidente que lo más deseable sería que su desaparición se llevara a cabo de forma paulatina, para que la economía pueda adaptarse y absorber sin trauma la pérdida de un sector de su demanda y de su actividad productiva.

8.2. Bebidas alcohólicas.

1. Introducción.

Se entiende por bebida alcohólica toda bebida de consumo generalizado que contenga alcohol. Las bebidas alcohólicas se dividen en tres grandes grupos: cerveza, vinos y licores. Las diferencias entre estos tres grupos son grandes.

Las cervezas son de origen norteeuropeo y se elaboran a partir de la fermentación de cereales. Su grado alcohólico en España oscila entre los tres y seis grados. Su consumo está ampliamente generalizado y alcanza las cotas más altas durante los meses de verano.

Los vinos se obtienen a partir de la fermentación del zumo de uva y constituyen la bebida alcohólica tradicional y por excelencia de todos los países mediterráneos. El cultivo de la vid y las técnicas de elaboración vinícola debieron de introducirse en España con las primeras colonizaciones del Mediterráneo oriental. Como se verá más adelante, España es uno de los primeros productores mundiales de esta bebida.

El vino ha sido tradicionalmente un elemento básico de la dieta alimenticia, forma parte de la entraña misma de la cultura y costumbres hispanas y constituye una parte muy importante de su economía agrícola e industrial. Los vinos españoles se producen prácticamente por todo el territorio nacional en cantidad y calidad muy diversas, según las regiones. Su grado alcohólico varía desde los ocho grados de los más flojos hasta superar los 14 grados de alguno de los caldos más prestigiados. Los expertos consideran que 12 grados es el contenido ideal de un buen vino de mesa.

Los licores son bebidas alcohólicas de contenido superior a los 20 grados. En realidad la mayoría de los licores oscilan alrededor de



los 40 grados de alcohol. Algunos de ellos, como los famosos brandies y coñacs, se elaboran a partir de la uva a través de un proceso similar al del vino. Otros, como whiskys, ginebras, rones, etc., provienen de fermentaciones alcohólicas totalmente distintas al alcohol vínico. Los aguardientes y anisados utilizan en general alcoholes vínicos con procesos de elaboración típicos y de gran tradición en nuestro país. La gama de licores es muy grande y su peso específico dentro del sector de bebidas alcohólicas muy importante.

2. *La estructura del sector.*

Desde el punto de vista de la actividad agroindustrial, la producción vinícola ocupa un lugar preeminente en la economía nacional, de forma que es muy difícil separar la base agrícola del cultivo de la vid y la obtención de vinos y de alcoholes vínicos del resto del sector de bebidas alcohólicas. Las únicas excepciones se encuentran en la producción cervecera y en la producción de algunos licores, como el ron, whiskey, ginebra, etc., cuya base de materias primas no se relaciona con el cultivo de la vid ni con los productos derivados del mismo. De ahí que al analizar la estructura del sector de bebidas alcohólicas se deba establecer una clara distinción entre la industria vitivinícola, con mucho mayoritaria, y el resto de las industrias. Desgraciadamente, las estadísticas disponibles no permiten aplicar estos criterios de distinción a la hora de realizar su análisis. Esta realidad, junto a las discrepancias existentes entre las diferentes series de datos publicados hacen que el análisis de este sector no sea todo lo preciso que fuera de desear.

El censo industrial de 1978 registra un total de 6.661 industrias dedicadas a la elaboración de vinos, cervezas, licores y alcoholes étlicos de fermentación. La inmensa mayoría de estas industrias, 5.912, son productoras de vino. Una pequeña parte, 52, son industrias cerveceras, y el resto, 697, son industrias licoreras y alcoholeras.

Sólo el 40 % de todos estos establecimientos industriales trabajan durante todo el año. La gran mayoría (el 60 %) son industrias de temporada cuya actividad se reduce a unos pocos meses al año. Donde se observa la mayor incidencia de actividad temporal es en las industrias del vino, de las que sólo el 35 % (2.048) mantienen un trabajo constante a lo largo del año. El descenso que se registra entre la actividad temporal y la permanente en las industrias licoreras y alcoholeras es del 25 %, y en la industria cervecera esta disminu-

ción es inapreciable, pues las dos únicas fábricas de cerveza que trabajan en temporada son de tipo artesanal y no llegan a los 20 empleados.

Según datos del Anuario Estadístico, se observa en el sector un descenso en el número de industrias alcohólicas y de licores entre los años 1972 y 1975. Desgraciadamente, las industrias del vino no constan en estas estadísticas.

Del total de 6.661 industrias de bebidas alcohólicas, sólo 162 superan los 50 empleados y constituyen, por tanto, empresas de cierta entidad. La casi totalidad de las fábricas de cerveza (46), 96 industrias del vino y 20 fábricas de alcoholes y licores poseen más de 50 empleados. Otras 251 industrias cuentan con una plantilla laboral entre los 20 y los 50 empleados. El resto se agrupa en una multitud de pequeñas empresas, la mayor parte de ellas con una actividad limitada a unos meses al año, como ya se apuntó más arriba.

Por todo esto se puede afirmar que el sector se caracteriza por la atomización de empresas, ya que predominan las pequeñas industrias, constituidas por una persona natural como titular de las mismas y con muy pocos empleados a su cargo. Se diría que predomina en el sector de la industria familiar y artesanal o cuasi artesanal. Esto es principalmente cierto en la elaboración de vinos y en la fabricación de licores y alcoholes etílicos. La industria cervecera, por el contrario, posee una mayor dimensión.

Desde el punto de vista del empleo, el sector proporciona trabajo a un total de 61.197 personas en los períodos de máxima actividad. Esta cifra se ve reducida a poco más de 47.000 personas cuando se consideran los puestos de trabajo estables a lo largo del año. Más de la mitad (54 %) del empleo del sector se ocupa en la elaboración de vinos, algo menos de la tercera parte en la producción cervecera, y el 14 % en las industrias de alcoholes y licores. Cerca de seis de cada diez empleados estables, 27.322 personas, tienen sus puestos de trabajo en las 162 empresas grandes del sector. La gran industria cervecera es la que arroja mayor número de empleados por industria (319), la gran industria del vino registra un promedio de empleo de 111 personas y las fábricas de licores y alcoholes un número similar: 100 personas.

El empleo estacional o de temporada respecto al empleo constante se concentra principalmente en la elaboración de vinos, donde la diferencia entre estas modalidades de trabajo afecta a cerca de

13.000 personas: una tercera parte de los puestos de trabajo que la industria vinícola proporciona en sus períodos de máxima actividad.

3. *Producción de bebidas alcohólicas.*

La producción de bebidas alcohólicas comienza para la inmensa mayoría de ellas con el cultivo de la vid. A partir de la uva se obtienen los vinos, los brandies y coñacs, y los alcoholes de consumo de boca que entran en la elaboración de la mayoría de los licores.

España dedica al cultivo de la vid más de 1,7 millones de hectáreas, habiéndose incrementado la superficie de viñedo en unas 100.000 hectáreas a lo largo de esta última década. El 90 % del viñedo se dedica a la producción de uva de transformación para la obtención de vinos y mostos, en total 1.558,6 miles de hectáreas en el año 1978.

La producción de uva está sujeta a amplias variaciones, debido principalmente a los factores meteorológicos, que tanto inciden sobre un cultivo de secano, como es el caso del viñedo español. Así, por ejemplo, los años 1973 y 1974 alcanzan cifras record dentro de la década, con una producción para el primero de casi seis millones de toneladas, mientras que el año 1977 la producción de uva descendió a 3,3 millones de toneladas. El rendimiento por hectárea fue de 40 Qm. en el año 1973, y en 1977, exactamente la mitad.

Dado que en España existen unos 20 millones de hectáreas de tierra labrada, el cultivo de la vid representa el 8,5 % de toda la superficie cultivada del país. Con esto España está a la cabeza de los países que cultivan viñedo, seguida de cerca por Italia, y a más distancia por Francia y la Unión Soviética. En los años 1969-71 la superficie que España dedicaba al cultivo de la vid representaba el 16 % de la superficie destinada a este cultivo en todo el mundo, y la misma proporción mantenía en 1977.

Sin embargo, en cuanto a producción de uva y vino nuevo, España pierde su puesto preeminente para bajar a un cuarto lugar, después de Italia, Francia y la URSS. La producción española de uva viene a ser alrededor del 7 % de la producción mundial, y nuestra producción de vino nuevo, entre el 8 y el 9 % de la de todo el mundo.

Esto significa que el rendimiento de nuestros viñedos deja mucho que desear. En efecto, si se estudian las estadísticas internacionales, se observa que la media mundial de rendimiento por hectárea

de viñedo es de 5,6 Tm., mientras que en España esta media, en los años de que disponemos de datos de comparación internacional, ha venido a ser inferior a la mitad de la media mundial. Es más, la media de los cinco países que se encuentran a la cabeza de la productividad en cuestión de viñedo (USA, Australia, Alemania Federal, Suráfrica y Argentina) es de 11,8 Tm. por hectárea. Es decir, la productividad de nuestro viñedo es muy baja, no llega a la mitad de la productividad media mundial y es inferior a la cuarta parte de la productividad del viñedo de los países más adelantados en este campo.

En España, sólo las provincias de Cádiz, Lugo y Orense obtienen rendimientos superiores a la media mundial, y en el caso de Cádiz (12,6 Tm. por hectárea), equiparables a los de los países más avanzados.

La mitad de la producción de uva para transformados vínicos se encuentra en las cinco provincias de la región Centro. De éstas la principal es Ciudad Real, que produce aproximadamente la cuarta parte de toda la uva del país, y le sigue en importancia Toledo. Otras regiones importantes son Andalucía occidental y Levante (448,1 y 425,3 miles de Tm., respectivamente), pero la producción conjunta de estas dos regiones no llegó a superar la producción de Ciudad Real en el año 1978 (un millón de Tm.).

Paralelamente a las oscilaciones registradas más arriba en la proporción de uva, se registran las oscilaciones en la producción de vino nuevo. A lo largo de esta década la producción nacional ha estado en torno a los 26.000 hectolitros, excepto la cosecha record de 1973, donde se produjeron prácticamente 40.000 hectolitros, es decir, 4.000 millones de litros de vino nuevo. Parece ser que las cosechas del 79 y la presente prometen superar las cifras de 1973. El rendimiento medio de vino nuevo a lo largo de esta década ha sido de unos 675 litros por Tm. de uva.

Junto a la producción de vino nuevo, la uva se transformó también en alcoholes para la elaboración de licores y otros usos. Los datos disponibles nos permiten suponer que el país produce una media de 250 millones de litros al año. La Mancha es con mucho la región que produce más alcohol, siendo Ciudad Real la suministradora de aproximadamente la mitad del alcohol que se pone en circulación. Hay que tener en cuenta que la producción alcohólica manchega es la válvula de escape natural, cuando se dan cosechas excedentarias de uva que no pueden encontrar salida en la elaboración de vino.

La producción de licores ha ido aumentando en los últimos años,

hasta superar los 300 millones de litros-año. Como ya se dijo más arriba, la mayor parte de la producción alcoholera se destina a la elaboración de licores, aunque muchos licores se elaboran a partir de fermentaciones propias totalmente diferentes al alcohol vínico. Prácticamente la mitad de los licores producidos son brandies, siendo Cádiz la provincia que está a la cabeza en la producción de esta bebida. Se registra un fuerte incremento a lo largo de la presente década en la producción (y por tanto presumiblemente en el consumo) de licores de ginebra, ron y whisky.

Por último, la producción licorera exporta del orden de los 23 millones de litros, siendo los brandies de Cádiz (Jerez) alrededor del 80 % de estas exportaciones.

La producción y consumo de cerveza ha experimentado un continuo crecimiento en los últimos años. Entre 1972 y 1976 la producción creció en un 39 %, alcanzando en 1976 los 1.713 millones de litros. Al ritmo de crecimiento registrado, para 1979 la producción cervecera habrá sido del orden de los 2.000 millones de litros.

Considerando, pues, los productos de consumo final, vinos, cervezas y licores, España en 1978 produjo las siguientes cantidades «per capita»: 80 litros de vino, 8,6 litros de licores y 54 litros de cerveza. Estas cifras no son lógicamente equivalentes al consumo «per capita», pues se han de deducir las exportaciones directas al extranjero, habría que añadir las importaciones directas del extranjero y tener en cuenta el consumo de turistas extranjeros durante sus estancias en nuestro suelo. Con todo, las cifras antes señaladas dan una idea aproximada de la magnitud del consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país.

De todo esto se deduce que España puso en circulación en el año 1978 alrededor de 5.260 millones de litros de bebidas alcohólicas, equivalente a unos 142 litros por persona y año. El 56 % de estas bebidas era vino, el 38 % cerveza y el 6 % licores. El licor más producido, exportado y consumido es con mucho el coñac o brandy, cuya cuota en el mercado de licores supera el 40 %. Estas cifras pueden ser un indicador válido acerca de las proporciones de bebidas alcohólicas que se consumen en nuestro país.

Cabe añadir que el saldo de la balanza comercial de bebidas alcohólicas es sumamente favorable para España y de un volumen económico de gran importancia. En los años 1977 y 1978 las importaciones de bebidas alcohólicas y de productos vitivinícolas fueron de 3.545 y 7.795 millones de pesetas, respectivamente. Pero en cambio



las exportaciones de estos mismos productos alcanzaron las cifras de 20.941 y 23.137 millones de pesetas para esos dos años, según datos publicados por el INE en el Anuario Estadístico de 1980.

4. *El valor de la producción del sector de bebidas alcohólicas.*

No ha sido posible desgraciadamente obtener cifras significativas sobre el valor en pesetas que representa la producción de bebidas alcohólicas en nuestro país. Las cifras que aparecen en la tabla número 15 tan sólo abarcan los años 1972 a 1976, y además no incluyen la producción de vinos, un apartado que representa más de la mitad de la producción del sector.

En ausencia de datos desglosados y fiables, se puede intentar llegar a algún tipo de estimación que nos pueda ayudar por lo menos a componer una imagen de lo que las bebidas alcohólicas significan en términos monetarios. Desglosando las bebidas en los tres grupos hasta aquí analizados —vinos, cervezas y licores— y tomando como referencia las producciones estimadas para el año 1978, intentaremos medir el volumen de pesetas que las bebidas alcohólicas han movido en dicho año. A falta de otros indicadores se asignan a los diferentes grupos unos precios medios finales o precio de venta al público. Este sistema, por supuesto, da unos resultados muy aproximados y engloba en ello las remuneraciones percibidas en todos los escalones de la producción y comercialización, desde la remuneración de los agricultores hasta el beneficio comercial de bares y restaurantes. Con ello se obtiene, insistimos, una orientación tan sólo y no una estimación rigurosa del valor de la producción final del sector.

Asignando unos precios medios de 35 pesetas por litro de vino, el valor total de la producción en 1978 se puede calcular en unos 103.114 millones de pesetas. Calculando en unas 28 pesetas litro la cerveza, la producción del año 1978 supuso alrededor de 56.000 millones de pesetas. Si se estima en unas 180 pesetas el precio medio de un litro de licor, la producción licorera de 1978 se elevó a unos 58.000 millones de pesetas.

Es decir, y tomando con todas las precauciones del caso las estimaciones realizadas más arriba, no es aventurado afirmar que la industria de bebidas alcohólicas movió en España durante el año 1978 alrededor de 200.000 millones de pesetas. Esta estimación no es de suyo muy precisa, pero nos indica la magnitud aproximada de lo que representan las bebidas alcohólicas en la realidad nacional. Una acti-



vidad agroindustrial del orden de 200.000 millones de pesetas constituye un sector económico de primera magnitud.

Las estimaciones de precios unitarios que se han aplicado más arriba se han calculado a partir de los precios PVP de las bebidas alcohólicas para el año 1978.

Las estimaciones de gastos del hogar en bebidas alcohólicas tienden a avalar plenamente las estimaciones del valor agregado final en el sector. En efecto, en las revistas especializadas se publican periódicamente las actualizaciones de la Encuesta de Presupuestos Familiares que el INE elabora. Según estos datos, en los años 1977 y 1978, los hogares españoles compraron bebidas alcohólicas por un valor total de 59.059 millones de pesetas, de los que el 62 % (36.372 millones) fueron compras de vinos embotellados, el 19 % (10.961 millones) correspondieron a compras de cerveza, y el 20 % (11.726 millones) se dedicaron a la adquisición de toda clase de licores (ver cuadro número 16).

Si a estas cifras de consumo en los hogares españoles se añadiesen (cosa que no es posible) los gastos de hostelería dedicados a bebidas alcohólicas por parte de ciudadanos españoles y por parte de turistas extranjeros, se obtendrían cifras muy similares a las reseñadas más arriba para la producción agregada final del sector.

Cabe añadir, por último, la importancia fiscal que tienen las bebidas alcohólicas. El impuesto de lujo afecta a la mayoría de sus productos, así como una serie de tasas y gravámenes especiales, aparte de los impuestos comunes a toda actividad industrial y agrícola. Todo esto significa para el erario público una fuente muy sustancial de ingresos. La nueva Ley de impuestos, aprobada en 1979, y que ya ha entrado en vigor, grava de forma especial los licores, a los que se aplica un impuesto especial de una peseta por grado alcohólico y litro. Sólo por este concepto, la Hacienda pública recaudará en este año del orden de los 12.000 millones de pesetas más que en años anteriores. Los expertos calculan que la industria licorera contribuirá ella sola con unos 30.000 millones de pesetas al fisco, incluyendo todos los impuestos.

5. La importancia económica de las bebidas alcohólicas.

España dedica a la producción de uva de transformación 1,6 millones de hectáreas, que representan el 8,5 % de su superficie labrada total. Con ello nuestro país ocupa el primer lugar a escala mundial



en cuanto a superficie de viñedo se refiere. Se calcula en unas 230.000 personas las que se emplean en el cultivo del viñedo.

Existen 6.661 establecimientos dedicados a la producción de bebidas alcohólicas; la inmensa mayoría de ellos son establecimientos de muy escaso tamaño y dedicados a la elaboración de vinos. Sólo cuatro de cada diez de estos 6.661 establecimientos tienen un trabajo continuado a lo largo del año, el resto funciona unos cuantos meses en régimen de temporada. Un total de 162 empresas de bebidas alcohólicas superan los 50 empleados por centro de trabajo, siendo las fábricas de cerveza las que cuentan con más empleados por fábrica.

La industria de bebidas alcohólicas proporciona trabajo permanente a 47.203 personas, y trabajo temporal, a 14.000 personas más.

Las bebidas alcohólicas producidas se estima en un total de 5.260 millones de litros, de los que 2.946 corresponden a vino, 2.000 a la cerveza y 317 al conjunto de licores. Esta producción de bebidas alcohólicas supone una media «per capita» de 142 litros, en los que el 56 % corresponden al vino, el 38 % a la cerveza y el 6 % a los licores, y de estos últimos, casi la mitad son de brandy o coñac.

El valor agregado final de toda esta producción de bebidas alcohólicas se puede estimar de forma muy aproximada en unos 200.000 millones de pesetas, en los que la producción y venta de vino contribuye con la mitad, y la cerveza y los licores, con la cuarta parte cada uno.

Corroboran estas estimaciones globales de valor agregado final las estimaciones más depuradas acerca del gasto del hogar en bebidas alcohólicas. Según estas estimaciones, el consumo agregado de los hogares españoles en bebidas alcohólicas ascendió a 59.059 millones de pesetas, de los que el 62 % correspondieron a vino, y a cerveza y licores, el 19 y el 20%, respectivamente.

El empleo total del sector es difícil de estimar. En la producción de uva y de bebidas alcohólicas trabajan cerca de las 300.000 personas, según estimaciones bastante precisas. En la distribución y venta de estas bebidas, donde la rama de comercio y hostelería juegan un papel primordial, es difícil asignar una cifra de empleo. Sin embargo, se puede calcular en unas 150.000 personas las que encuentran ocupación en estas actividades gracias a la venta de bebidas alcohólicas. Con ello el empleo total que generan las bebidas alcohólicas ronda los 450.000 puestos de trabajo, lo que equivale aproximadamente al 3,5 % de la población activa española.





Bibliografía

- ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS: *Lo que sucedió a José y su problema con la bebida...* New York: A. A. World Services, 1967, 25 páginas.
- ALFONSO SANJUAN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Drogas y toxicomanías*. Ciencias de la Educación Preescolar y especial: Madrid, 1979.
- ALONSO TORRENS, F. J.: «Consecuencias sociológicas del alcoholismo». *Documentación Social*, Madrid, núm. 35 (1979), 53-67.
- ANDREWS, G., y S. VINENDOC: *El libro de la yerba*. Barcelona: Anagrama, 1977.
- AUMENTE BLANCO, E.: *Abusos de medicamentos. Farmacodependencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (s.d.), 19 p. (Operación salud, núm. 4).
- AXTON, J. E.: *Guía de alucinógenos*. Barcelona: Zafo-Pastenaga, 1979, 75 páginas.
- AYME, J.: *Droga e Linguaggio*. Padova: Marsilio Editori, 1976.
- BACH I BACH, L., y F. FREISA SANT-FELIU: *¿Qué es el alcoholismo?* Barcelona: La Gaya Ciencia, 1977, 80 páginas.
- BARBER, TH.: *LSD, marihuana, yoga and hipnosis*. Chicago: Aldine, 1970.
- BECKER, H. S.: «History, culture and subjective experience: an exploration of social bases of drug-induced experiences». *Journal of Health an Social Behavior*, 8 (1967), 163-176.
- BLANCO PRADAS, F.; MENDOZA BERJANO, R. VEGA FUENTE, A.: *Técnicas de prevención de las farmacodependencias*. Ponencia presentada en las VII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (Pamplona, 27-29 septiembre 1979), 169 páginas.
- BLUMIR, G.: *Eroina. Storia e realta scientifica, diffusione in Italia*. Milano: Feltrinelli, 1976.
- BOGANI MIQUEL, E.: *E alcoholismo, enfermedad social*. Barcelona: Plaza y Janés, 1976, 160 páginas.

- BRENNER, J. H.; R. COLES and D. MEAGUER: *Drugs and Youth: medical, psychiatric and legal facts*. New York: Liveright, 1970.
- BYRNE, R. J.: *The effectiveness of group interaction and class-room instruction in changing patterns of drug use*. New York: Columbia University, 1974.
- CÁCERES CORRALES, E.: «Alcoholismo: aspectos médicos y socioeconómicos», *Drogalcohol*, Valencia, vol. 2, núm. 4 (1977), 43-49.
- CANALES CALZADILLA, RAFAEL: «Concepto y realidad de la delincuencia juvenil en España». *Documentación Social*, núms. 33-34 (marzo 1979).
- CALCEÑO ORDÓÑEZ, A.: «Uso y abuso de psico-estimulantes y otras drogas en el medio universitario». *Actas luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, vol. 30, núm. 3 (1971), 129-150.
- CAÑÓN SÁNCHEZ, L.; COLOMER PUJOL, M., y TRAVERA TORRES, M.: *Estudio de los efectos del alcohol en sujetos introvertidos y extrovertidos mediante la técnica de los tiempos de reacción*. Universidad de Barcelona, Departamento de Psicología Fisiológica, Tesis de Licenciatura, 1978, 184 páginas.
- CIDUR-EDIS: *Juventud y droga en España*. Dirección General de Juventud y promoción sociocultural. Ministerio de Cultura. Madrid, 1980.
- COHEN, S.: *The drug dilemma*. New York: McGraw-Hill, 1976.
- CONSEIL DE L'EUROPE, COMITE EUROPEEN DE SANTE PUBLIQUE: Comité Restreint d'Experts sur la Pharmacodependence: *Etude et Exchange d'Informations sur les problèmes se rapportant aux toxicomanes et aux voyageurs trafiquant en Europe et dans d'autres régions*. Strasbourg, 12-15 juin 1979.
- CONTRERAS PÉREZ, Carlos: *Inhalación voluntaria de disolventes industriales*. México: Trillas, 1977, 466 páginas.
- COTI ITURRIAGA, J. L.: *Las drogas*. Bilbao: Mensajero, 1974, 200 páginas.
- COUNCIL FOR BIOLOGY AND HUMAN AFFAIRS OF THE SALK INSTITUTE: «Central Influences on American Life».
- «Societal Features of Repetitive Drug Use».
- CHÁVEZ DE SÁNCHEZ, M. I., y otros: *Drogas y pobreza: estudio etnográfico del fenómeno de la farmacodependencia en una colonia situada en la ciudad de México*. México: Trillas, 1979, 135 p.
- DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD PÚBLICA: *Fichas informativas sobre alcohol y alcoholismo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1979 (10 fichas).
- DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD: *Campaña prevención alcoholismo*. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1976, 14 páginas.
- *Conducción imprudente*. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1976, 10 páginas.

- *Violencia*. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1976, 10 páginas.
- *No queme la salud de su hijo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1977.
- *No quemes tu salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1977.
- *Productos tóxicos*. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1975, 14 páginas.
- *Travesuras-medicamentos*. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1975, 14 páginas.
- Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica: *El alcoholismo y las otras toxicomanías: información sanitaria sobre conceptos básicos, clínica, asistencia y prevención*. Madrid: Laboratorios Roche, 1973, 41 páginas.
- DORN, N.; THOMPSON, A.: *Planning teaching about drugs, alcohol and cigarettes*. London: ISDD, 1974.
- E.D.I.S.: *El alcoholismo en la ciudad de Vitoria*. Vitoria: Cáritas, 1978, 13 páginas (multicopiado).
- *Guía de instituciones y centros dedicados en España a la atención del alcoholismo*. Madrid: Comité Español de Bienestar Social, 1978.
- FERNÁNDEZ, J. M.; NAVARRETE, P.; CASTELLO, J.: *Droga y juventud*. Madrid: Dirección General de Sanidad, 1975, 24 páginas (Cuadernos para la educación en salud mental, núm. 31).
- FINN, P.: «Alcohol education in the school curriculum: The single discipline vs. the interdisciplinary approach», *Journal of alcohol and Drug Education*, vol. 24, núm. 2, 1979, 41-57.
- FORT, J.: *The pleasure Seekers: The Drug Crisis, Youth and Society*. Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1969.
- FREIXA SANT-FELIU, F. (ed.): *Abordaje y tratamiento del enfermo alcohólico*. Barcelona: Jefatura Provincial de Sanidad, 1978 (multicopiado).
- FRYKMAN, J. H.: *A new connection: an approach to persons involved in compulsive drug use*. San Francisco: Scrimshaw Press, 1971.
- FUNDACIÓN PRO-JUVENTUD Y SOCIEDAD SUIZA DE MEDICINA PREVENTIVA: *Educación para la salud*. Buenos Aires: Kapelusz, 1976, 272 páginas.
- GARZA, F.; MENDIOLA, C., y RABAGO, S.: *Adolescencia marginal e inhalantes*. México: Trillas, 1977, 237 páginas.
- GERVIS, J.: *La ideología de las drogas y la cuestión de las drogas ligeras*. Barcelona: Anagrama, 1977, 134 páginas.
- GONZÁLEZ DURO, E.: *Consumo de drogas en España*. Madrid: Villalar, 1979, 327 páginas.
- GOODSTADT, M.: *Research on methods and programs of drug education*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario, 1974.

- GREDEEN, J. F.; MORGAN, D. W., and FRENKEL, S. I.: «The changing drug scene 1970-1972». *American Journal of Psychiatry*, Washington, D. C.: vol. 131, núm. 1, 77-81.
- GRUPO DE TRABAJO: «Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes». *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Madrid, vol. 49, núms. 5-6 (1975), 409-573.
- GUTIÉRREZ MARTÍ, R.: «Farmacología de las principales drogodependencias en nuestro país». *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*. Barcelona, número 4 (1977), 173-183.
- HARNOLL, R.; MITCHESON, M.: «Attitude of young people toward drug use», *Bulletin of Narcotics*, vol. 25, número 2 (1973), 9-24.
- KRAMER, J. F., y CAMERON: *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1975.
- KRYSTAL, H.: *Drug dependence: aspects of ego function*. Detroit: Wayne State University Press, 1970.
- LANDSHEERE, G. DE, y otros: «La formación de los enseñantes de mañana». Madrid: Narcea, 1977.
- LAPORTE SALAS, J., et alii: *El consumo de drogas en el medio universitario*. Ponencia presentada en el IX Congreso Internacional sobre Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias (Madrid, 30 septiembre-5 octubre 1979).
- *Les drogues*. Barcelona: Edicions 62, 1976, 190 páginas.
- LEVY et al.: *La cout social du tabac*. Paris: Dunord, 1977, 209 páginas.
- LÓPEZ LINAGE, J. (comp.): *Grupos marginados y peligrosidad social*. Madrid: Campo Abierto, 1977.
- MARTÍNEZ NAVARRO, M.; GUILLEN NAVARRO, A.: *Drogas: Manual informativo*. Barcelona: Gabinete de Estudios Sociotóxicológicos, 1979.
- MCGRATH, J. H., y SCARPITTI, F. R. (comps.): *La adicción a las drogas en la juventud actual*. Buenos Aires: Paidós, 1973.
- MENDOZA, R., y VEGA, A.: *El papel del educador ante el problema de las drogas*. Madrid: Pablo del Río, 160 páginas.
- «La educación sobre drogas en el centro escolar», *Drogalcohol*, vol. 3, núm. 1 (1975).
- MENDOZA BERJANO, R.; M. I. SAGRERA PÉREZ y A. VEGA FUENTE: *Bases psicológicas y pedagógicas de la prevención del abuso de las drogas a través de la educación*. Universidad de Barcelona, 1978 (tesis de licenciatura), 650 páginas.
- MENDOZA BERJANO, R.; BLANCO PRADAS, F.: «El control de la publicidad como medida de prevención de las farmacodependencias». Comunicación presentada en el IX Congreso Internacional sobre Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias (Madrid, 30 septiembre-5 octubre 1979), 10 páginas.

- MEVES, Christa: *Juventud manipulada y seducida*. Barcelona: Herder, 1974.
- MIGUEL, J. M., et alii: *El alcoholismo a lo claro*. Madrid: Editorial Popular, 1979, 79 páginas.
- MIROLI, A. B.: *Las drogas: enfoque educativo*. Buenos Aires: El Ateneo, 1976, 121 páginas.
- MOSS, R. B. y otros: *Educación para la salud*. México: Trillas, 1965, 486 páginas.
- NATIONAL COMMISSION ON MARIHUANA AND DRUG ABUSE: *Drug Use in America: problem in perspective*. Washington, D. C.: Government Printing Office, 1973.
- NAVARRO, J.: «Presentación: sociedad y alcoholismo». *Documentación Social*, número 35 (1979), 5-8.
- OLIEVENSTEIN, C.: *La toxicomanía*. Madrid: Fundamentos, 1975.
- O.M.S.: «Consecuencias del tabaco para la salud». *Serie de Informes Técnicos*, número 568. Ginebra, 1974.
- OUGHOURLIAN, J. M.: *La persona del toxicómano*. Barcelona: Herder, 1977.
- PIQUERAS, F.: *Informe sobre el alcoholismo*. Oviedo: Naranco, 1973, 231 páginas.
- PROSALUT, AMIGOS DE LA MEDICINA: *La sociedad intoxicada, fácil de entrar, difícil de salir: Conclusiones de la campaña de información pública sobre las toxicomanías*. Barcelona: Prosalut, 1979.
- RAVENTÓS, M. P.; M. TRIAS, y S. BARRIGA: «Aspectos psicosociales del mundo de la droga en Barcelona». *Revista de Psicología General y Aplicada*, números 141-142 (1976), 1.075-1.078.
- RECIO ADRADOS, J. L.: «Marginación social: concepto y perspectivas». *Documentación Social*, núm. 28 (julio-septiembre, 1977).
- «La inadaptación y la delincuencia juvenil». En EDIS-Ministerio de Cultura: *El menor marginado: Inadaptación juvenil*. Madrid, 1979, 34-80.
- RODRÍGUEZ-MARTOS, A., y J. M. FERNÁNDEZ HUERTAS: «Estudio orientativo acerca del consumo alcohólico por parte de una población muestral escolar de Barcelona y provincia». *Revista de Psicología General y Aplicada*, números 141-142 (1976), 1.079-1.091.
- RODRÍGUEZ-MARTOS, A., y otros: «Interrelación entre el alcoholismo y dinámica conyugal: repercusión sobre los hijos». *Drogalcohol*, vol. IV, núm. 1 (1979), 13-22.
- ROSZAK, TH.: *El nacimiento de una contracultura*. Barcelona: Kairos, 1972, 2.^a ed.
- RUSCOMI, M.; BLUMIR, G.: *La droga e il sistema*. Milano: Feltrinelli Editore, 1976.
- SANTODOMINGO CARRASCO, J.: «Epidemiología del alcoholismo en España». *Documentación Social*, Madrid, núm. 35 (1979), 9-25.

- SANTOLAYA, J. M., et al.: «Alcoholismo fetal», *Drogalcohol*, Valencia, 1978, 3 (4), 183-192.
- SEVA DIAZ, A., et al.: *Los comportamientos frente al alcohol, tranquilizantes y estimulantes en la población activa de la ciudad de Zaragoza*. Zaragoza: Caja General de Ahorros de la Inmaculada Concepción, 1972, 92 páginas.
- SMART, R. G., and D. FEJER: *Drug education: current issues, future directions*. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario, 1974, 112 páginas.
- SNYDER, S. H.: *Usos de la marihuana*. Buenos Aires: Intermédica, 1975, 150 páginas.
- SOLER INSA, P. A.: *La cannabis y otras drogas entre los estudiantes de grado medio: prospección y actitudes*. Ponencia presentada en las IV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Almería, 1976.
- SOMMER, E.: *Drogas, ¿por qué?* Barcelona: Fontanella, 1975.
- SOROSIAK, F. M.; THOMAS, L. E.; BALET, F. N.: *Adolescent drug use: an analysis*. University of Connecticut, Storrs C. T., Psychological Reports, 1976, 38/1.
- STACKER, K. H., y BARTMANN, V.: *Psicología del fumar*. Barcelona: Herder, 1977.
- TURNER, C. E.: *Planeamiento de la educación sanitaria en las escuelas*. Barcelona: Teide, 1976.
- UNESCO: *La verdad sobre la droga*. Madrid: Iberoamericana, 1973, 160 páginas.
- *Seminario sobre los jóvenes y el uso de las drogas en los países industrializados*. Sèvres, septiembre 1973; París, 17 mayo 1974.
 - *Problems and rewards of evaluation of European Drug Education*. París, 29 julio 1976 (multicopia).
 - *Reunión sobre la educación destinada a prevenir el abuso de estupefacientes especialmente en los países desarrollados*. París, Casa de la Unesco, 11-20 diciembre 1972; París, mayo 1973 (multicopia).
- VEGA, A.; MENDOZA, R.; SAGRERA, M. I.: *El papel del educador en la prevención del abuso de las drogas*. Barcelona: Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Barcelona, 1978, 109 páginas.
- WATTS, A. W.: *The Joyous Cosmology: Adventures in the Chemistry of Consciousness*. New York: Pantheon, 1962.
- WHITE PAPER ON DRUG ABUSE: *A report to the President from the Domestic Council drug abuse task force*, septiembre 1975. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1975.
- WHO EXPERT COMMITTEE ON SMOKING CONTROL: *Controlling the smoking epidemic: Report of the WHO Expert Committee on Smoking Control*. Geneva: World Health Organization, 1979, 86-87 (WHO Technical Report Series, núm. 636).

- WILDE, G. J. S.: «Evaluation de l'efficacité de l'éducation du public et des programmes d'information relativement à l'alcool, à la drogue et à la sécurité routière», *Toxicomanies*, vol. 8 (Juin 1975), 117-133.
- WILLGOOSE, C. E.: *Enseñanza de la higiene*. México: Interamedicada, 2.ª ed., 326 páginas.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Who Expert Committee on Drug Dependence*, Twentieth Report, Geneva, 1974.
- YUSTE GRIJALBA, F. J.: «Un punto de vista médico social sobre la dependencia de las drogas». *Papers: Revista de Sociología*, núm. 5 (1976), 183-208.



A P E N D I C E S

I. CUADROS

II. CUESTIONARIO





CUADRO 2.2.4.
CONSUMO DE TABACO SEGUN EDAD

	15-17	18-20	21-24	25-34	35-44	45-54	55-64	N.C.	Total
No	25,1	15,4	16,4	21,2	37,0	46,5	58,2	—	34,0
Ocasionalmente	4,7	1,9	1,6	3,1	2,3	2,3	0,7	—	2,4
1-2 veces/mes	1,8	3,2	0,5	1,2	2,0	0,8	0,0	—	1,3
Menos 4-5 veces/mes	1,8	2,6	3,3	1,7	1,5	0,5	1,0	—	1,6
Fines semana	4,1	2,6	1,6	0,7	1,5	1,0	3,6	—	1,4
4-5 veces/semana	8,2	4,5	3,8	4,5	2,5	3,1	6,8	—	3,7
Diariamente	51,5	66,0	67,8	60,1	45,8	36,8	30,0	—	48,9
Ocasiones sociales especiales	0,6	1,9	1,6	1,7	2,3	2,9	1,7	—	2,0
Situaciones anímicas especiales	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	—	0,2
N.C.	2,3	1,9	3,3	4,8	5,0	6,0	6,3	—	4,7
	(171)	(156)	(183)	(419)	(397)	(383)	(287)	(1)	(1.997)

CUADRO 2.2.5.
USO DE TABACO SEGUN REGION

	<i>Galicia</i>	<i>Ast. Sant.</i>	<i>Vasc. Nava. Logro.</i>	<i>Aragón</i>	<i>Catal. Balear.</i>	<i>Levan. Murcia</i>	<i>Anda- lucía</i>	<i>Cana- rias</i>	<i>Cas. N. Extre. Albac.</i>	<i>Cas. V. León</i>	<i>Barce- lona</i>	<i>Madrid</i>	<i>Total</i>
No	31,6	30,6	24,2	54,3	35,3	33,3	36,4	18,6	34,7	47,3	25,3	37,3	34,0
Ocasionalmente	0,6	1,1	1,9	0,0	8,7	2,6	1,5	2,9	2,8	0,0	2,4	1,8	2,4
1-2 veces/mes	0,0	1,1	2,5	0,0	1,1	1,7	1,5	1,4	1,7	0,0	0,6	1,8	1,3
4-5 veces/mes	2,5	0,0	1,9	0,0	2,2	1,3	2,2	0,0	2,3	0,7	1,8	0,9	1,6
Fines semana	0,0	0,0	1,9	0,0	1,1	3,0	0,9	1,4	2,8	0,7	2,4	0,9	1,4
3-4 veces/semana	2,5	3,2	3,8	1,5	4,3	3,8	3,4	1,4	2,8	9,6	3,5	2,7	3,7
Diariamente	61,4	62,4	51,6	44,6	41,8	48,3	49,1	54,3	42,6	39,7	48,2	49,5	48,9
Ocas. socia. especiales.	0,6	0,0	4,5	0,0	1,6	3,0	1,5	1,4	2,8	1,4	1,8	2,3	2,0
Sit. anímicas especial.	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,2
N.C.	0,6	1,1	7,6	1,5	3,8	3,0	3,1	18,6	7,4	0,7	14,1	1,8	4,7
Total	(158)	(93)	(157)	(65)	(184)	(234)	(324)	(70)	(176)	(146)	(170)	(220)	(1.997)

CUADRO 2.2.6.
USO DE TABACO SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

	— 10.000	10.000- 50.000	50.000- 100.000	100.000- 250.000	250.000 500.000	Más de 500.000	N.C.	Total
No	39,3	32,6	25,5	29,9	32,4	34,5	—	34,0
Ocasionalmente	2,2	1,8	4,2	2,8	3,6	1,6	—	2,4
1-2 veces/mes	0,7	2,1	0,6	1,7	1,4	1,0	—	1,3
Menos de 4-5 veces/semana	1,9	1,4	3,0	1,4	0,7	1,0	—	1,6
Fines semana	1,2	1,1	3,0	0,7	2,2	1,6	—	1,4
3-4 veces/semana	2,2	5,7	1,8	6,6	4,3	2,1	—	3,7
Diariamente	46,6	47,9	48,5	50,0	51,1	52,2	—	48,9
Ocasiones sociales especiales	2,6	1,4	3,0	1,4	1,4	1,8	—	2,0
Situaciones anímicas especiales	0,0	0,0	0,0	0,7	0,7	0,3	—	0,2
N.C.	3,3	5,9	10,3	4,9	2,2	3,9	—	4,7
Total	(580)	(438)	(165)	(288)	(139)	(385)		(1.997)

CUADRO 2.2.7.
USO DE TABACO SEGUN NIVEL EDUCACIONAL

	Leer Escribir	E.G.B.	Bachiller elemental	Bachiller superior	Estudios medios	Estudios superiores	N.C.	Total
No fumadores	60,6	42,6	31,0	20,6	19,3	20,8	26,3	34,0
Fumadores no diarios...	6,5	12,3	15,0	14,7	9,1	13,4	5,3	12,4
Fumadores diarios	24,9	39,4	50,9	60,9	67,9	64,1	21,1	48,9
N.C.	7,9	5,7	3,1	3,8	3,7	1,7	21,1	4,7
Total	(277)	(563)	(326)	(394)	(187)	(231)	(19)	(1.997)

CUADRO 2.2.8.

USO DE TABACO SEGUN OCUPACION ACTUAL

	<i>Estudia</i>	<i>Trabaja</i>	<i>Estudia trabaja</i>	<i>Paro</i>	<i>Busca primer empleo</i>	<i>Nada</i>	<i>S.L.</i>	<i>Jubi- lado</i>	<i>Trabaja ocasion.</i>	<i>N.C.</i>	<i>Total</i>
No	21,5	26,9	15,3	19,7	7,4	37,3	69,6	60,7	17,2	18,8	34,0
Ocasionalmente	4,5	2,3	0,7	1,3	3,7	0,0	1,8	3,6	3,4	0,0	2,4
Fumadores no diarios	14,5	9,5	13,2	7,9	14,8	11,1	8,4	3,6	3,4	18,7	10,1
Fumadores diarios	57,8	57,6	69,4	64,5	74,1	55,6	10,7	25,0	69,0	37,5	48,7
N.C.	1,6	3,6	1,4	6,6	0,0	0,0	9,5	7,1	6,9	25,0	4,7
Total	(247)	(1.002)	(144)	(76)	(27)	(9)	(391)	(56)	(29)	(16)	(1.997)

CUADRO 2.3.4.

USO DE HASCHICH SEGUN EDAD (%)

	15-17	18-20	21-24	25-34	35-44	+ 45
No	55,0	52,6	53,6	61,3	81,9	88,2
Ocasionalmente	13,5	12,8	13,1	11,7	4,3	1,8
1-2 veces/mes	4,1	6,4	5,5	4,3	0,8	0,1
Menos de 4-5 veces/mes	4,1	7,1	3,3	1,4	0,8	0,3
Fines semana	4,1	2,6	5,5	2,1	0,3	0,0
3-4 veces/semana	9,9	8,3	5,5	5,5	0,5	0,0
Diariamente	3,5	1,3	4,9	3,3	1,0	0,0
Ocasiones sociales especiales.	2,3	4,5	1,6	2,9	1,3	0,4
Situaciones anímicas especial.	0,0	0,0	1,6	0,7	0,0	0,0
N.C.	3,5	4,5	5,5	6,7	9,3	9,1
Total	(171)	(156)	(183)	(419)	(397)	(670)

CUADRO 2.3.5.

% TOTAL DE CONSUMIDORES DE HASCHICH Y CONSUMIDORES
«FRECUENTES»

<i>Edad</i>	<i>% consumidores</i>	<i>% consumidores frecuentes</i>
15-17	41,5	13,5
18-20	42,9	9,6
21-24	41,0	10,4
25-34	32,0	8,8
35-44	8,8	1,5
Más de 45	2,7	0,0

CUADRO 2.3.7.

CONSUMIDORES DE HASCHICH SEGUN REGION

	<i>%</i>
Galicia	25,3
Asturias-Santander	11,8
Vasco-Navarra-Logroño	15,3
Aragón	13,8
Cataluña-Baleares	11,9
Levante-Murcia	13,2
Andalucía	22,5
Canarias	22,8
Extremadura-Castilla la Nueva-Albacete	10,8
Castilla la Vieja-León	19,2
Barcelona	45,9
Madrid	22,3

CUADRO 2.3.8.
FRECUENCIA DE CONSUMO DE HASCHICH SEGUN REGION

	<i>Galicia</i>	<i>Ast. Sant.</i>	<i>Vasc. Nava.</i>	<i>Aragón</i>	<i>Catal. Balear.</i>	<i>Lev. Murcia</i>	<i>Andalucía</i>	<i>Canarias</i>	<i>Extre. Cas. N. Albac.</i>	<i>Cas. V. León</i>	<i>Barcelona</i>	<i>Madrid</i>
No	73,4	86,0	71,3	84,6	77,2	82,9	72,5	72,5	77,8	80,1	39,4	75,9
Ocasionalmente	4,4	4,8	7,0	6,2	4,3	5,6	9,0	8,6	4,5	7,5	12,9	8,6
1-5 veces/mes	10,1	2,2	4,5	1,5	3,8	3,0	8,4	7,1	2,8	5,5	9,4	6,4
Más 3 veces/semana	5,1	1,1	2,5	3,1	2,7	3,8	4,0	4,3	2,3	4,1	17,6	6,8
Ocas. socia. especiales.	4,4	1,1	0,0	3,1	0,5	0,9	1,2	2,9	0,6	2,1	5,9	0,5
Sit. anímicas especiales.	1,3	0,0	1,3	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
N.C.	1,3	2,2	13,4	1,5	10,9	3,8	4,9	40,0	11,4	0,7	14,7	1,8
Total	(158)	(93)	(157)	(65)	(184)	(234)	(324)	(70)	(176)	(146)	(170)	(220)

CUADRO 2.3.13.
USO DE HASCHICH SEGUN OCUPACION ACTUAL

	<i>Estudia</i>	<i>Trabaja</i>	<i>Trabaja y estudia</i>	<i>Paro</i>	<i>Busca primer empleo</i>	<i>Nada</i>	<i>S. L.</i>	<i>Jubilado</i>	<i>Trabajo ocasional</i>
No	57,9	76,4	54,9	59,2	37,0	22,2	85,9	91,1	34,5
Ocasionalmente	14,6	6,8	12,5	6,6	25,9	11,1	1,5	1,8	10,3
1-3 veces/mes	14,0	4,2	11,1	13,2	7,4	33,3	0,3	0,0	17,2
Más 3 veces/semana	8,9	3,4	13,2	10,2	14,8	11,1	0,3	0,0	27,6
Ocasiones sociales especiales.	2,0	1,7	4,2	0,0	11,1	11,1	0,3	0,0	0,0
Sit. anímicas especiales ...	0,8	0,2	0,2	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
N.C.	2,0	7,3	4,2	7,9	3,7	11,1	11,8	7,1	10,3
Total	(247)	(1.002)	(144)	(76)	(27)	(9)	(391)	(56)	(29)

CUADRO 2.3.18.

RELACIONES SOCIALES SEGUN FRECUENCIA DE USO DE HASCHICH

	No fuman	Ocasion.	1-2 v./mes	Menos de 4-5 v./mes	3-4 v./sem.	Diaria- mente	Ocas. soc. especiales	Sit. anim. especiales	N.C.
No	0,9	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	1,3
Conocidos	11,3	8,3	10,2	9,1	9,2	2,8	2,9	0,0	12,1
Amigos	38,2	28,3	24,5	13,6	33,8	17,1	35,3	32,3	41,6
Amigos íntimos	49,0	62,1	65,3	77,3	55,4	80,0	58,8	66,6	45,0
N.C.	0,5	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0
Total	(1.448)	(145)	(49)	(66)	(65)	(35)	(34)	(6)	(149)

CUADRO 2.4.4.

USO DE ANALGESICOS SEGUN EDAD

	15-17	18-20	21-24	25-34	35-44	45-54	55-64
No	69,6	65,4	63,4	54,4	57,9	57,7	61,0
Ocasionalmente	5,3	3,8	5,5	6,9	4,8	2,6	2,8
1-2 veces/mes	7,6	14,7	11,5	13,4	10,8	11,2	9,4
Menos de 4-5 veces/mes	4,7	5,8	4,4	6,4	9,1	8,4	6,3
3-4 veces/semana	1,2	0,6	4,4	1,4	2,8	3,7	4,2
Diariamente	0,6	0,6	0,0	1,7	0,8	2,9	3,5
Ocasiones sociales especiales ...	0,6	0,6	2,2	1,9	0,8	1,0	0,7
Situaciones anímicas especiales.	7,0	3,8	2,7	5,7	4,3	4,4	3,5
N.C.	3,5	4,5	6,0	8,1	8,8	8,1	8,7
Total	(171)	(156)	(183)	(419)	(397)	(383)	(287)

CUADRO 2.4.5.

CONSUMO FRECUENTE DE ANALGESICOS SEGUN EDAD

<i>Grupos de edad</i>	<i>% frecuentes</i>	<i>% total consumidores</i>
15-17	1,8	26,9
18-20	1,3	30,1
21-24	4,4	30,6
25-34	3,1	37,5
35-44	3,5	33,2
45-54	6,5	34,2
55-64	7,7	30,3

CUADRO 2.4.6.

TOTAL DE CONSUMIDORES DE ANALGESICOS Y CONSUMIDORES
FRECUENTES SEGUN REGION

	<i>Total consumidores</i>	<i>Consumidores frecuentes</i>
Galicia	18,4	2,5
Asturias-Santander	29,0	0,0
Vascongadas-Navarra-Logroño ...	29,9	2,5
Aragón	13,9	1,5
Cataluña-Baleares	25,5	1,6
Levante-Murcia	51,7	6,8
Andalucía	47,2	9,0
Canarias	37,1	1,4
Castilla N.-Extremadura-Albacete.	6,8	1,7
Castilla la Vieja-León	12,6	6,8
Barcelona	54,7	6,5
Madrid	26,8	2,3

CUADRO 2.4.7.
CONSUMO DE ANALGESICOS SEGUN REGION

	<i>Galicia</i>	<i>Ast. Sant.</i>	<i>Vasc. Nava. Logro.</i>	<i>Aragón</i>	<i>Catal. Balear.</i>	<i>Levan. Murcia</i>	<i>Andalucía</i>	<i>Canarias</i>	<i>Cas. N. Extre. Albac.</i>	<i>Cas. V. León</i>	<i>Barcelona</i>	<i>Madrid</i>	<i>Total</i>
No	80,0	66,7	54,8	81,5	63,0	45,7	49,1	30,0	79,5	76,7	31,8	70,5	59,7
Ocasionalmente	3,2	4,3	6,6	4,6	4,3	11,5	7,4	2,9	0,0	0,7	2,4	3,2	4,6
1-2 veces/mes	10,1	12,9	11,5	3,1	9,2	18,4	9,3	18,6	2,3	7,5	19,4	3,3	11,3
Menos 4-5 veces/mes.	1,9	9,7	1,3	0,0	9,2	11,1	8,2	11,4	1,1	5,5	17,1	3,6	6,1
3-4 veces/semana ...	2,5	0,0	1,9	1,5	1,1	4,3	4,3	1,4	1,1	4,1	4,7	1,4	2,7
Diariamente	0,0	0,0	0,6	0,0	0,5	2,6	4,6	0,0	0,6	2,7	1,8	0,9	1,7
Ocas. socia. especiales.	0,0	1,1	0,6	0,0	0,5	0,0	3,4	0,0	0,6	0,0	0,0	3,6	1,2
Sit. anímicas especial.	0,6	1,1	10,2	7,7	0,5	3,8	10,2	2,9	1,1	0,7	9,4	1,8	1,8
N.C.	1,3	4,3	15,3	1,5	11,4	2,6	3,7	32,9	13,6	2,1	13,5	2,7	7,5
Total (158)	(93)	(157)	(65)	(184)	(234)	(324)	(70)	(176)	(146)	(170)	(220)	(1.997)	

CUADRO 2.4.9.
USO DE ANALGESICOS SEGUN TAMAÑO DE POBLACION

	— 10.000	10.000- 50.000	50.000- 100.000	100.000- 250.000	250.000 500.000	Más de 500.000	N.C.	Total
No	69,0	60,7	43,0	53,8	54,0	57,9	100,0	59,7
Ocasionalmente	2,6	4,6	10,3	6,9	6,5	2,6		4,6
1-2 veces/mes	7,9	7,3	15,8	16,7	13,7	14,3		11,3
Menos de 4-5 veces/mes	6,2	6,4	4,8	7,3	10,8	7,8		6,9
3-4 veces/semana	1,9	3,0	1,8	3,8	5,0	2,3		2,7
Diariamente	1,6	3,0	1,2	0,7	0,7	1,6		1,7
Ocasiones sociales especiales	0,7	0,0	0,0	0,7	2,2	3,6		1,2
Situaciones anímicas especiales	5,3	4,1	3,6	3,8	2,9	5,5		4,6
N.C.	4,8	11,0	19,4	6,3	4,3	4,4		7,5
Total (580)	(438)	(165)	(288)	(139)	(385)	(2)	(1.997)	

CUADRO 2.4.11.
CONSUMO DE ANALGESICOS SEGUN NIVEL OCUPACIONAL

<i>Frecuencia</i>	<i>Empresarios</i>	<i>adminis. pública</i>	<i>Directores</i>	<i>Profes. liberales</i>	<i>Autónomos</i>	<i>Técnicos medios</i>	<i>Empl. y adminis.</i>	<i>Obreros cualificados</i>	<i>Obreros no cualificados</i>
No	69,2	51,2	73,1	53,1	66,5	41,8	53,2	66,7	68,6
Ocasionalmente	3,8	7,3	3,8	6,2	3,8	0,0	6,9	3,7	3,2
1-3 veces/mes	19,2	26,8	19,2	20,4	14,3	30,0	24,5	14,6	12,0
Más 3 veces/semana	3,8	0,8	0,0	7,1	2,7	4,5	0,5	2,3	4,0
Ocasiones socia. especiales.	3,8	0,8	0,0	0,9	0,5	1,5	1,1	1,8	1,4
Sit. anímicas especiales ...	0,0	6,5	0,0	3,5	3,8	6,0	5,3	5,9	4,0
N.C.	0,0	6,5	3,8	8,8	8,2	16,4	8,0	5,0	7,2
Total	(26)	(123)	(26)	(113)	(182)	(67)	(188)	(219)	(277)

CUADRO 2.4.12.
USO DE ANALGESICOS SEGUN OCUPACION ACTUAL

	<i>Estudia</i>	<i>Trabaja</i>	<i>Trabaja y estudia</i>	<i>Paro</i>	<i>Busca primer empleo</i>	<i>Nada</i>	<i>S. L.</i>	<i>Jubilado</i>	<i>Trabajo ocasional</i>
No	69,2	60,8	54,9	63,2	59,3	22,2	53,2	66,1	51,7
1-2 veces/mes	6,1	4,0	9,0	5,3	7,4	0,0	2,0	8,9	13,8
Menos 4-5 veces/meses ...	14,2	18,2	23,6	10,5	22,2	11,1	21,7	8,9	17,2
Más de 3 veces/semana ...	3,6	3,3	2,8	6,6	3,7	0,0	7,9	7,1	0,0
Ocasiones sociales especiales.	0,8	1,2	0,7	2,6	0,0	0,0	1,3	0,0	3,4
Sit. anímicas especiales ...	3,6	5,0	4,9	3,9	3,7	55,6	3,3	1,8	3,4
N.C.	2,4	7,6	4,2	7,9	3,7	11,1	3,3	7,1	10,3
Total	(247)	(1.002)	(144)	(76)	(27)	(9)	(391)	(56)	(29)

CUADRO 2.4.13.

IDEA DE LOS ANALGESICOS COMO DROGA SEGUN USO DE ANALGESICOS

	<i>No consumidores</i>	<i>Consumidores ocasionales</i>	<i>Otras frecuencias</i>	<i>Ocas. soc. especiales</i>	<i>Sit. aním. especiales</i>	<i>N.C.</i>	<i>Total</i>
No	28,4	38,5	43,0	30,4	49,5	32,9	33,5
Sí	55,2	49,5	41,5	43,5	36,3	45,0	50,1
Dudoso	15,3	9,9	1,4	26,1	12,1	14,1	14,5
N.C.	1,2	2,2	2,0	0,0	2,2	8,1	2,0
Total ...	(1.192)	(91)	(451)	(23)	(91)	(149)	(1.997)

CUADRO 2.5.7.

USO DE TRANQUILIZANTES SEGUN OCUPACION ACTUAL

	<i>Estudia</i>	<i>Trabaja</i>	<i>Trabaja y estudia</i>	<i>Paro</i>	<i>Busca primer empleo</i>	<i>Nada</i>	<i>S. L.</i>	<i>Jubilado</i>	<i>Trabajo ocasional</i>
No	85,8	80,1	77,8	75,0	81,5	44,4	75,7	75,0	62,1
1-3 veces/mes	1,6	1,7	5,6	6,6	3,7	0,0	0,5	1,8	10,3
Ocasionalmente	4,5	4,5	4,2	2,6	3,7	11,1	4,3	5,4	3,4
Más de 3 veces/semana ...	1,6	2,0	2,1	2,6	7,4	11,1	2,8	5,4	7,0
Ocasiones sociales especiales ...	0,8	0,4	1,4	2,6	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Sit. anímicas especiales ...	2,4	4,2	4,9	1,3	0,0	22,2	5,4	5,4	6,9
N.C.	3,2	7,4	4,2	9,2	3,7	11,1	11,0	7,1	10,3
Total	(247)	(1.002)	(144)	(76)	(27)	(9)	(391)	(56)	(29)

CUADRO 2.5.9.
USO DE TRANQUILIZANTES SEGUN NIVEL PROFESIONAL

	<i>Empre- sarios</i>	<i>adminis. pública</i>	<i>Direc- tores</i>	<i>Profes. liberales</i>	<i>Autó- nomos</i>	<i>Técnicos medios</i>	<i>Empl. y adminis.</i>	<i>Obreros cuali- ficados</i>	<i>Obreros no cuali- ficados</i>
No	84,6	76,4	92,3	75,2	83,5	74,6	75,0	82,6	80,5
Consumidor ocasional	0,0	2,4	7,7	2,7	2,7	1,5	1,6	1,8	1,4
1-3 veces/mes	7,7	6,5	0,0	4,4	2,7	3,0	6,9	3,2	5,0
Más de 3 veces/semana	3,8	3,3	0,0	8,0	2,2	0,0	2,0	0,9	1,8
Ocasiones sociales especiales	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,0	0,5	1,4	0,4
Sit. anímicas especiales	0,0	6,5	0,0	7,1	0,0	4,5	7,4	4,1	4,0
N.C.	3,8	4,9	0,0	8,0	8,2	16,4	6,9	5,9	7,9
Total	(26)	(123)	(26)	(113)	(182)	(67)	(188)	(219)	(277)

CUADRO 2.5.11.
CONSUMO DE TRANQUILIZANTES SEGUN REGION

	<i>Galicia</i>	<i>Ast. Sant.</i>	<i>Vasc. Nava.</i>	<i>Aragón</i>	<i>Catal. Balear.</i>	<i>Lev. Murcia</i>	<i>Anda- lucía</i>	<i>Canar- ias</i>	<i>Extre. Cas. N. Albac.</i>	<i>Cas. V. León</i>	<i>Barce- lona</i>	<i>Madrid</i>
No	87,3	86,0	70,7	93,8	77,7	80,3	73,5	51,4	81,8	91,1	61,2	90,2
Ocasionalmente	0,6	4,3	2,5	1,5	4,3	1,7	3,1	0,0	1,1	0,0	2,4	1,8
1-3 veces/mes	4,0	5,4	2,5	0,0	5,0	8,0	6,0	1,4	1,7	3,4	6,0	3,6
Más 3 veces/semana	0,6	1,1	3,2	1,5	1,1	3,8	3,7	3,0	1,7	3,4	1,2	0,9
Ocas. socia. especiales.	0,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,6	0,0	0,6	0,0	1,8	0,9
Sit. anímicas especiales.	5,7	0,0	5,7	1,5	1,1	3,4	8,6	2,9	0,6	0,7	13,5	0,5
N.C.	1,3	2,2	15,3	1,5	10,9	2,6	4,9	41,4	12,5	1,4	14,1	1,4
Total	(158)	(93)	(157)	(65)	(184)	(234)	(324)	(70)	(176)	(146)	(170)	(220)

CUADRO 2.5.13.

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES SEGUN TAMAÑO DE LA POBLACION

	— 10.000	10.000- 50.000	50.000- 100.000	100.000- 250.000	250.000- 500.000	Más de 500.000
No	86,2	72,6	65,5	79,5	74,8	81,8
Ocasionalmente	1,9	1,8	4,8	2,1	0,7	2,1
1-3 veces/mes	2,4	5,0	4,2	7,0	7,2	4,0
Más 3 veces/semana	2,2	3,2	1,4	2,1	2,2	1,3
Ocasiones sociales especiales ...	0,5	0,2	0,0	0,3	0,7	1,3
Situaciones anímicas especiales	2,1	5,3	3,6	2,4	10,1	6,0
N.C.	4,7	11,9	19,4	6,9	4,3	3,6
	(580)	(438)	(165)	(288)	(139)	(385)

CUADRO 2.5.14.

IDEA DE LOS TRANQUILIZANTES COMO DROGA SEGUN USO
DE TRANQUILIZANTES

	No consu- midores	Consu- midores ocasion.	Consum. otras frecuenc.	Consu- midores frecuent.	Ocas. soc. especiales	Sit. anim. especiales
Sí	69,5	67,0	65,6	60,0	81,8	64,7
No	16,0	17,0	24,1	33,3	18,2	22,4
Dudoso	13,1	17,0	10,3	4,4	0,0	12,0
N.C.	2,0	0,0	0,0	2,2	0,0	1,2
	(1.576)	(42)	(87)	(45)	(11)	(85)

CUADRO 2.5.15.

IMAGEN DE LOS CONSUMIDORES DE FARMACOS (TRANQUILIZANTES)
SEGUN USO DE TRANQUILIZANTES

	No consu- midores	Consu- midores ocasion.	Consum. otras frecuenc.	Consu- midores frecuent.	Ocas. soc. especiales	Sit. anim. especiales
«Normal»	13,7	14,6	21,8	31,1	18,2	12,9
«Enfermo»	67,5	63,4	67,8	57,7	81,8	69,4
«Vicioso»	16,4	14,6	9,2	8,8	0,0	11,8
«Otras»	2,3	7,3	1,1	2,2	0,0	5,9
	(1.521)	(41)	(87)	(45)	(11)	(85)

CUADRO 2.6.5.

FRECUENCIAS DE USO DE BARBITURICOS SEGUN EDAD

	15-17	18-20	21-24	25-34	35-44	45-54	55-64
No	88,3	90,4	85,8	85,7	87,7	85,6	87,5
Ocasionalmente	2,9	1,3	3,3	3,1	1,0	0,8	0,7
Otras frecuencias	2,9	1,3	2,2	1,9	2,5	2,9	3,5
Ocas. sociales especiales.	0,6	0,0	1,1	0,2	0,0	0,0	0,0
Sit. anímicas especiales.	1,2	1,3	0,5	1,7	0,0	0,8	0,3
N.C.	4,1	5,8	7,1	7,4	8,8	9,9	8,0
	(171)	(156)	(183)	(419)	(397)	(383)	(287)

CUADRO 2.6.7.

CONSUMO DE BARBITURICOS SEGUN REGION

	<i>Galicia</i>	<i>Ast. Sant.</i>	<i>Vasc. Nava. Logro.</i>	<i>Aragón</i>	<i>Catal. Balear.</i>	<i>Levan. Murcia</i>	<i>Anda- lucía</i>	<i>Cana- rias</i>	<i>Cas. N. Extre. Albac.</i>	<i>Cas. V. León</i>	<i>Barce- lona</i>	<i>Madrid</i>	<i>Total</i>
No	96,2	86,0	80,3	93,8	82,6	89,7	85,8	52,9	85,2	98,6	78,8	96,4	86,9
Ocasionalmente	1,3	7,5	1,3	1,5	2,2	1,7	3,4	0,0	0,0	0,0	1,2	0,9	1,8
Otras frecuencias ...	1,3	4,3	0,6	0,0	4,3	3,4	4,6	4,3	2,3	0,0	1,8	0,9	2,5
Ocas. socia. especiales.	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2
Sit. anímicas especial.	0,0	0,0	1,3	3,1	0,5	0,9	0,6	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,8
N.C.	1,3	2,2	15,9	1,5	10,3	3,8	5,2	42,9	12,5	1,4	14,1	1,4	7,8
Total	(158)	(93)	(157)	(65)	(184)	(234)	(324)	(70)	(176)	(146)	(170)	(220)	(1.997)

CUADRO 2.7.5.

EDAD DE LOS CONSUMIDORES DE OPIACEOS Y FRECUENCIA DE USO

<i>Edad</i>	<i>Ocasio- nalmente</i>	<i>1-3 v./mes</i>	<i>3-4 v./sem.</i>	<i>Diaria- mente</i>	<i>Ocas. soc. especiales</i>	<i>Sit. aním. especiales</i>
15-17	4	1	0	0	0	0
18-20	6	1	0	0	0	0
21-24	4	1	1	0	0	0
25-34	9	3	1	0	2	1
35-44	1	0	0	1	1	0
45-54	0	0	1	1	0	0
	24	6	3	2	3	1

CUADRO 2.7.8.

STATUS EDUCACIONAL Y PROFESIONAL DE LOS CONSUMIDORES DE OPIACEOS

	<i>Consumidores ocasionales</i>	<i>Otros consumidores</i>
Nivel educacional:		
E.G.B.	3	3
Bachiller elemental	8	2
Bachiller superior	7	2
Estudios medios	2	2
Estudios superiores	4	6
Nivel profesional:		
Funcionarios administración pública	2	4
Profesiones liberales	1	1
Trabajadores autónomos	3	1
Técnicos medios	0	1
Administrativos, empleados	3	0
Obreros cualificados	2	0
Obreros no cualificados	7	2
N.C.	6	6
Ocupación actual:		
Estudian	1	3
Trabajan	11	4
Estudian y trabajan	5	2
Paro	1	0
Buscan primer empleo	2	1
Nada	1	1
S.L.	1	0
Jubilados	0	1
Trabajo ocasional	2	3

NOTA: Cifras absolutas.

CUADRO 2.8.3.
USO DE COCAINA SEGUN GRUPOS DE EDAD

<i>Edad</i>	<i>Ocasio- nalmente</i>	<i>1-5 v./mes</i>	<i>3-4 v./sem.</i>	<i>Ocas. soc. especiales</i>	<i>Sit. anim. especiales</i>	<i>Total</i>
15-17	8	2	0	1	1	12
18-20	7	3	3	0	0	13
21-24	11	0	3	0	0	14
25-34	12	2	5	3	1	23
35-44	5	0	0	0	0	5
45-54	0	0	0	0	0	0
55-64	0	0	2	0	0	2
	43	7	13	4	2	69

NOTA: Cifras absolutas.

CUADRO 2.8.7.
STATUS EDUCACIONAL Y PROFESIONAL DE LOS CONSUMIDORES
DE COCAINA

	<i>N.</i>	<i>%</i>	
Nivel educacional:			
E.G.B.	2	11,6	(1,4)
Bachiller elemental	16	23,2	(4,9)
Bachiller superior	23	33,3	(5,8)
Estudios medios	4	6,0	(2,1)
Estudios superiores	18	26,1	(7,8)
	69		
Nivel profesional:			
Funcionarios administración pública	4	6,0	(3,2)
Directivos	1	1,4	(3,8)
Profesiones liberales	5	7,2	(4,4)
Autónomos	4	6,0	(2,2)
Técnicos medios	4	6,0	(6,0)
Administrativos, empleados	12	17,4	(3,4)
Obreros cualificados	7	10,1	(3,2)
Obreros no cualificados	9	13,0	(3,2)
N.C.	23	33,0	
	69		

Ocupación actual:

Estudian	10	14,5	(4,0)
Trabajan	29	42,0	(3,0)
Trabajan y estudian	11	15,9	(7,6)
Paro	6	8,7	(8,0)
Busca primer empleo	1	1,4	(3,7)
Nada	2	3,0	(22,2)
S. L.	2	3,0	(0,5)
Jubilados	1	1,4	(2,0)
Trabajos ocasionales	1	1,4	(3,4)
N.C.	1	1,4	—

69

CUADRO 2.9.8.

MODOS DE USO DE ANFETAMINAS SEGUN REGION

	<i>Galicia</i>	<i>Ast. Sant.</i>	<i>Vasc. Nava.</i>	<i>Aragón</i>	<i>Catal. Balear.</i>	<i>Lev. Murcia</i>	<i>Andalucía</i>	<i>Canarias</i>	<i>Extre. Cas. N. Albac.</i>	<i>Cas. V. León</i>	<i>Barcelona</i>	<i>Madrid</i>
Uso ocasional	1,9	2,2	1,3	6,2	2,2	1,3	3,4	4,3	1,1	1,1	4,7	1,4
Otras frecuencias	3,2	2,1	0,0	0,0	2,2	1,7	2,5	2,8	1,1	1,4	2,9	1,8
Ocas. socia. especiales.	0,0	1,1	1,9	0,0	0,5	1,7	0,9	0,0	0,6	0,7	0,6	0,5
Sit. anímicas especiales.	1,3	0,0	2,5	3,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	6,5	0,0
	(158)	(93)	(157)	(65)	(184)	(234)	(324)	(70)	(176)	(146)	(170)	(220)

CUADRO 2.9.9.

STATUS SOCIAL DE LOS CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS

	N.	%
Nivel educacional:		
Leer y escribir	1	0,4
E.G.B.	15	2,7
Bachiller elemental	25	7,7
Bachiller superior	36	9,1
Estudios medios	16	8,5
Estudios superiores	25	10,8
N.C.	3	—
	121	
Categoría socio-profesional:		
Empresarios	1	3,8
Funcionarios administración pública	5	4,1
Directivos	1	3,8
Profesiones liberales	14	12,4
Autónomos	8	4,4
Técnicos medios	5	7,5
Administrativos y empleados	12	6,4
Obreros cualificados	6	2,7
Obreros no cualificados	12	4,3
N.C.	57	—
	121	
Ocupación actual:		
Estudia	35	14,2
Trabaja	37	3,7
Trabaja y estudia	25	17,7
Paro	6	7,9
Busca primer empleo	3	11,1
Nada	3	33,3
S. L.	4	1,0
Trabajos ocasionales	5	17,2
N.C.	3	—
	121	



CUADRO 2.10.5.

NIVEL PROFESIONAL Y EDUCACIONAL DE LOS CONSUMIDORES
DE LSD

	N.	%
Nivel educacional:		
E.G.B.	7	1,2
Bachiller elemental	15	4,6
Bachiller superior	14	3,5
Estudios medios	5	2,7
Estudios superiores	9	3,9
Nivel profesional:		
Funcionarios administración pública	3	2,4
Profesiones liberales	6	5,3
Autónomos	3	1,6
Técnicos medios	2	3,0
Administrativos, empleados	6	3,2
Obreros cualificados	5	2,3
Obreros no cualificados	6	2,2
Ocupación actual:		
Estudian	12	4,8
Trabajan	14	1,4
Trabajan y estudian	8	5,5
Paro	6	7,9
Buscan primer empleo	2	7,4
Nada	3	33,3
Trabajo ocasional	7	24,1

CUADRO 2.11.5.

IMAGEN DEL CONSUMIDOR DE ALCOHOL SEGUN FRECUENCIA
DE USO DE ALCOHOL

	Abstemios	Bebedores ocasionales	Bebedores 1-3 v./mes	Bebedores frecuentes	Bebedores ocas. social. especiales
Normal	25,4	38,3	35,2	49,6	38,5
Enfermo	35,0	23,4	35,6	24,6	34,5
Vicioso	37,0	31,9	28,4	25,1	25,0
Otras	1,6	4,3	0,8	0,1	1,4
N.C.	1,0	2,1	0,0	0,6	0,7
	(614)	(47)	(261)	(813)	(148)

CUADRO 2.12.1.
USO DE HASCHICH Y TRANQUILIZANTES

<i>Uso de tranquilizantes</i>	<i>Haschich</i>	<i>Ocasio- nalmente</i>	<i>1-3 v./mes</i>	<i>Fines semana</i>	<i>3-4 v./ semana</i>	<i>Diaria- mente</i>	<i>Ocas. soc. especiales</i>	<i>Sit. aním. especiales</i>	<i>Total</i>
No	107	64	24	51	24	24	24	3	297
Ocasionalmente	12	1	1	5	3	1	1	1	24
1-3 veces/mes	7	9	2	1	4	1	0	0	24
Fines semana	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3-4 veces/semana	3	2	1	0	0	1	1	8	5
Diariamente	1	2	1	0	0	0	1	5	5
Ocasiones sociales especiales	1	1	0	0	1	2	0	27	10
Situaciones anímicas especiales	10	2	1	6	3	5	0	10	4
N.C.	4	3	1	2	0	0	0		
NOTA: Cifras absolutas.	145	84	31	65	35	34	6	400	

CUADRO 2.12.2.
USO DE HASCHICH Y BARBITURICOS

<i>Uso de barbitúricos</i>	<i>Haschich</i>	<i>Ocasio- nalmente</i>	<i>1-3 v./mes</i>	<i>Fines semana</i>	<i>3-4 v./ semana</i>	<i>Diaria- mente</i>	<i>Ocas. soc. especiales</i>	<i>Sit. aním. especiales</i>	<i>Total</i>
No	125	70	28	52	27	32	4	338	
Ocasionalmente	10	4	1	5	1	0	1	22	
1-3 veces/mes	2	5	0	2	3	0	0	12	
Fines semana	0	0	1	0	0	0	0	1	
3-4 veces/semana	0	0	0	0	0	0	0	0	
Diariamente	2	0	0	0	0	0	0	2	
Ocasiones sociales especiales	0	1	0	0	2	0	0	3	
Situaciones anímicas especiales	2	1	0	4	2	2	1	12	
N.C.	4	3	1	2	0	0	0	10	
NOTA: Cifras absolutas.	145	84	31	65	35	34	6	400	

CUADRO 2.12.3.
USO DE HASCHICH Y ALCOHOL

<i>Uso de alcohol</i>	<i>Haschich</i>	<i>Ocasio- nalmente</i>	<i>1-3 v./mes</i>	<i>Fines semana</i>	<i>3-4 v./ semana</i>	<i>Diaria- mente</i>	<i>Ocas. soc. especiales</i>	<i>Sit. aním. especiales</i>	<i>Total</i>
No		13	7	6	11	3	3	1	44
Ocasionalmente		8	2	0	1	0	0	0	11
1-3 veces/mes		8	8	2	4	4	2	0	28
Fines semana		23	7	10	4	2	2	0	48
3-4 veces/semana		28	23	0	13	5	8	1	78
Diariamente		50	35	13	28	20	15	1	162
Ocasiones sociales especiales		14	1	0	2	1	4	2	24
Situaciones anímicas especiales		0	0	0	0	0	0	1	1
N.C.		1	1	0	2	0	0	0	4
NOTA: Cifras absolutas.		145	84	31	65	35	34	6	400

CUADRO 2.12.4.
USO DE HASCHICH Y ANFETAMINAS

<i>Uso de anfetaminas</i>	<i>Haschich</i>	<i>Ocasio- nalmente</i>	<i>1-3 v./mes</i>	<i>Fines semana</i>	<i>3-4 v./ semana</i>	<i>Diaria- mente</i>	<i>Ocas. soc. especiales</i>	<i>Sit. aním. especiales</i>	<i>Total</i>
No		121	62	22	38	18	32	4	297
Ocasionalmente		12	9	3	10	4	0	0	38
1-3 veces/mes		3	3	1	5	8	0	0	20
Fines semana		0	2	0	0	0	0	0	2
3-4 veces/semana		2	2	0	0	0	0	0	4
Diariamente		0	0	1	0	0	0	0	1
Ocasiones sociales especiales		1	1	0	5	2	0	1	10
Situaciones anímicas especiales		4	2	3	5	3	2	1	20
N.C.		2	3	1	2	0	0	0	8
NOTA: Cifras absolutas.		145	84	31	65	35	34	6	400

CUADRO 2.12.5.
USO DE ALCOHOL Y TRANQUILIZANTES

<i>Uso de tranquilizantes</i>	<i>Alcohol</i>								
	No	Ocasio- nalmente	1-3 v./mes	Fines semana	3-4 v./ semana	Diaria- mente	Ocas. soc. especiales	Sit. anim. especiales	Total
No	571	35	85	115	193	467	104	6	1.576
Ocasionalmente	3	3	6	2	9	19	0	0	42
1-3 veces/mes	17	2	6	11	17	24	6	0	83
Fines semana	0	0	0	0	0	1	0	0	1
3-4 veces/semana	5	0	2	3	1	11	2	0	24
Diariamente	7	2	1	1	2	6	0	1	20
Ocas. sociales especiales ...	1	0	0	1	1	6	2	0	11
Sit. anímicas especiales ...	10	3	7	8	8	24	24	0	84
N.C.	0	2	6	7	9	15	10	1	50
NOTA: Cifras absolutas.	614	47	113	148	240	573	148	8	1.891

CUADRO 2.12.6.
USO DE ALCOHOL Y ANFETAMINAS

<i>Uso de anfetaminas</i>	<i>Alcohol</i>								
	No	Ocasio- nalmente	1-3 v./mes	Fines semana	3-4 v./ semana	Diaria- mente	Ocas. soc. especiales	Sit. anim. especiales	Total
No	2	1	4	8	11	18	3	0	47
1-3 veces/mes	4	0	3	2	5	14	0	0	28
Fines semana	0	0	1	0	0	1	0	0	2
3-4 veces/semana	1	0	0	0	1	3	1	0	6
Diariamente	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Ocas. sociales especiales ...	1	0	1	4	3	7	0	0	16
Sit. anímicas especiales ...	1	2	0	1	4	9	2	1	20
NOTA: Cifras absolutas.	9	3	10	16	24	52	6	1	121

CUADRO 2.12.7.
USO DE ALCOHOL Y BARBITURICOS

<i>Uso de barbitúricos</i>	<i>Alcohol</i>	<i>No</i>	<i>Ocasio- nalmente</i>	<i>1-3 v./mes</i>	<i>Fines semana</i>	<i>3-4 v./ semana</i>	<i>Diaria- mente</i>	<i>Ocas. soc. especiales</i>	<i>Sit. anim. especiales</i>	<i>Total</i>
Ocasionalmente		3	1	7	2	5	16	1	0	35
1-3 veces/mes		4	0	3	8	8	11	1	0	35
Fines semana		0	0	0	0	0	1	0	0	1
3-4 veces/semana		2	0	0	0	0	1	0	0	3
Diariamente		4	0	0	0	0	3	1	0	8
Ocas. sociales especiales ...		1	0	0	1	1	1	0	0	4
Sit. anímicas especiales ...		0	0	5	1	3	3	3	1	16
NOTA: Cifras absolutas.		14	1	15	12	17	36	6	1	102

CUADRO 2.13.3.
EDAD DE COMIENZO CON HASCHICH SEGUN MODO DE USO

<i>Edad</i>	<i>Ocasio- nalmente</i>	<i>1-2 v./sem.</i>	<i>4-5 v./mes</i>	<i>Fines semana</i>	<i>3-4 v./ semana</i>	<i>Diaria- mente</i>	<i>Ocas. soc. especiales</i>	<i>Sit. anim. especiales</i>	<i>Total</i>
Menos de 10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	0,8
10-12	1,4	0,0	0,0	4,3	3,1	0,0	0,0	0,0	1,6
13-14	2,8	5,7	7,1	4,3	6,2	18,5	0,0	0,0	7,2
15-17	25,0	28,6	39,3	21,7	33,3	48,1	38,9	0,0	31,0
18-20	36,1	22,9	28,6	43,5	31,4	18,5	27,7	50,0	31,0
21-30	22,2	28,6	21,4	26,1	15,7	7,4	27,7	50,0	21,1
31-45	8,3	2,9	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	3,4
Más de 45	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,8
En la «mili»	4,2	8,6	3,6	0,0	3,1	3,7	0,0	0,0	3,8
	(72)	(35)	(28)	(23)	(51)	(27)	(18)	(4)	(265)

CUADRO 2.13.4.

EDAD DEL PRIMER CONTACTO CON HASCHICH SEGUN USO ACTUAL DE DROGAS

<i>Edad</i>	<i>LSD</i>	<i>Cocaína</i>	<i>Barbi- túricos</i>	<i>Tranqui- lizantes</i>	<i>Opiáceos</i>	<i>Anfe- taminas</i>	<i>Analgésicos</i>
Menos de 10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
10-12	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	2,7	1,7
13-14	18,2	16,1	15,0	9,7	16,1	11,1	5,9
15-17	34,1	35,8	32,5	26,4	35,5	33,3	25,4
18-20	22,7	28,6	30,0	29,7	29,0	26,4	33,9
21-30	22,7	14,3	22,5	29,2	16,1	21,0	28,8
31-45	2,3	0,0	0,0	2,8	3,2	0,0	3,4
Más de 45	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
En la «mili»	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0
	(44)	(56)	(40)	(72)	(31)	(72)	(118)

CUADRO 3.2.2.
VARIABLES DE SITUACION Y MOTIVACIONES MORALES Y DE SALUD PARA ABSTENERSE
DE LA DROGA (Preguntas 1-12 y 58-62)
(Frecuencias más bajas)

			V	H	Edad	Convi- vencia	Pareja	Padre	Relaciones Madre	T.L.	Ocup.	Asoc.
58.	Tabaco	M S	16	49	(1) 10 (1) 37	(1) 15	B 20 B 54	M 48	M 45	(7) 13 (5) 41	(I) 14 (S) 50	(3) 12 (6) 29
59.	Alcohol	M S		21 48	(1) 12 (3) 28	(1) 18 (4) 43	B 21 M 50	B 21 M 40	M 39	(7) 13 (6) 33	(I) 18	(4) 35
60.	Haschich	M S		34	(1) 20 (3) 27	(1) 33 (4) 28		M 33 M 32	M 31 M 31	(6) 30 (1) 23		(3) 29 (4) 20
61.	Otras drogas ilegales	M S		35	(1) 23 (3) 31	(3) 28 (3) 10		M 30 M 36	M 30 M 35	(6) 25 (1) 23		(6) 30 (4) 21
62.	Medicamentos...	M S	22	45	(1) 16 (3) 39	(1) 19 (3) 32	B 46	M 16 B 45	M 15 M 44	(6) 15 (1) 23	(I) 21	(7) 14 (4) 39

58.	Tabaco	M S	58	22	(7) 31 (4) 57
59.	Alcohol	M S	23 53		(7) 30 (6) 56
60.	Haschich	M S	38		(7) 49 (1/3) 42
61.	Otras drogas ilegales	M S	39		(7) 50 (5) 41
62.	Medicamentos...	M S	47	25	(7) 30 (5) 49

<i>Edad</i>	<i>Convivencia</i>
1. 15-17.	1. Con familia de origen.
2. 18-20.	2. Con mi propia familia.
3. 21-24.	3. Con amigos.
4. 25-34.	4. Solo en mi casa.
5. 35-44.	5. Solo en una pensión.
6. 45-54.	6. Con una pareja provisional.
7. 55-64.	7. En la «mili».

Siglas: M: Morales; S: Salud; H: Hembra; V:

(Frecuencias más altas)

(4) 27	M 27			(1) 29	(S) 22	(4) 33
(2) 55	M 58	B 25	B 53	(4) 63	(I) 57	(4) 59
(3) 36	M 25	M 24		(6) 33	(S) 23	(4) 55
(2) 55	B 54	B 51	B 51	(2) 61		(5) 66
(4) 48		B 37	B 37	(1/4) 47		(4) 60
(5) 50		B 37	B 36	(3/6) 42		(1/3) 39
(4) 40		B 36	B 35	(1/4) 42		(4) 64
(5) 60		B 38	B 37	(6) 44		(3) 45
(4) 27		B 26	B 25	(1) 46	(S) 25	(4) 43
(5) 56	M 48	M 47	B 46	(6) 55		(6/7) 52

T.L. (actividades tiempo libre)

1. Ninguna.
2. Estar en casa sin hacer nada, viendo TV.
3. Bares, pubs, discotecas.
4. Cine, teatro.
5. Leer, oír música.
6. Actividades cívico-sociales.
7. Deporte, pasear, etc.

Asociaciones

1. Ninguna.
2. Cultural.
3. Deportiva.
4. Religiosa.
5. Cívico-social.
6. Formativo-recreativa.
7. Política.

Varón; B Buena; S: Satisfecho; I: Insatisfecho.

CUADRO 3.2.3.

RAZONES PARA ABSTENERSE DEL TABACO SEGUN CONSUMO DE TABACO EN LOS SEIS ULTIMOS MESES (Preguntas 47 y 58)

Razones	N.R. N.C.	No	Pro- bado	1-2 mes	3 mes	Fin semana	3-5 sem.	Diaria- mente	Fiesta	Depre.	P.M.
N.R./N.C.	11 (10)	15 (100)	64 (30)	88 (22)	90 (28)	82 (23)	96 (71)	96 (941)	69 (27)	75 (3)	63 (1.255)
Morales	15 (14)	18 (121)	2 (1)	8 (2)	(0)	4 (1)	1 (1)	1 (6)	5 (2)	(0)	7 (148)
Salud	43 (40)	47 (321)	23 (11)	(0)	3 (1)	4 (1)	(0)	(4)	18 (7)	(0)	19 (385)
Otras cosas	7 (7)	6 (40)	4 (2)	(0)	(0)	(0)	1 (1)	(2)	3 (1)	(0)	3 (53)
Otras	24 (23)	14 (97)	6 (3)	4 (1)	7 (2)	11 (3)	1 (1)	2 (23)	5 (2)	25 (1)	7 (139)
	(94)	(679)	(47)	(25)	(31)	(28)	(74)	(976)	(39)	(4)	(1.997)

CUADRO 3.2.4.

RAZONES PARA ABSTENERSE DEL TABACO SEGUN CONSUMO DE TABACO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES (SIN N.R./N.C.) (Preguntas 47 y 58)

Razones	No	Probado	1-2 mes	3 meses	Fin semana	3-5 sem.	Diario	Fiesta	Depres.	P.M.
Morales	21 (121)						17 (6)			20 (148)
Salud	55 (321)	65 (11)						58 (7)		52 (385)
Otras	24 (137)	11 (5)								
	(579)	(17)	(3)	(3)	(5)	(3)	(35)	(12)	(1)	(742)

CUADRO 3.2.5.

INFLUJO DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS (EN LOS SEIS ULTIMOS MESES) EN LAS MÓTIVACIONES
PARA ABSTENERSE DEL TABACO (Preguntas 47-57 y 58)
(Porcentajes más altos de los intervalos de frecuencia de consumo sin N.R./N.C.)

<i>Razones</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Haschi.</i>	<i>LSD</i>	<i>Coca</i>	<i>Disolv.</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Barb.</i>	<i>Tranq.</i>	<i>Opio</i>	<i>Anfet.</i>	<i>Analgé.</i>
Morales	17 (20)					18 (20)		56 (20)			31 (20)
Salud	65 (52)	46 (52)				63 (52)		59 (52)			71 (52)

NOTA: Entre paréntesis, los porcentajes medios de cada razón o motivación negativa. No citamos los porcentajes cuando el número de individuos en la celda es inferior a 5, o cuando no existen diferencias apreciables entre ellos.

CUADRO 3.2.6.

RAZONES PARA ABSTENERSE DE TABACO ENTRE LOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL
EN LOS ULTIMOS SEIS MESES (SIN N.R./N.C.) (Preguntas 52 y 58)

Frecuencia consumo de alcohol

<i>Razones</i>	<i>No</i>	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 meses</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Morales	23 (90)	(4)	(2)	(3)	(4)	18 (7)	18 (16)		(1)	20 (148)
Salud	53 (210)	50 (11)	50 (6)	46 (6)	44 (10)	63 (25)	47 (42)	57 (31)		52 (385)
Otras cosas ...	8 (31)	(2)			(2)	(1)	7 (6)	(3)	(1)	7 (53)
Otras	17 (69)	23 (5)	33 (4)	31 (4)	30 (7)	18 (7)	28 (25)	30 (16)	(1)	21 (156)
	(400)	(22)	(12)	(13)	(23)	(40)	(89)	(54)	(3)	(742)

CUADRO 3.2.7.

SI NO HA TOMADO NUNCA ALCOHOL ¿CUAL HA SIDO LA RAZON MAS PARECIDA A SU RAZON PARA NO TOMARLO?

	Con N.R.	Sin N.R.	N.*
1. Por convicciones personales (de tipo moral)	6,9	21,4	137
2. Puede perjudicar a la salud	15,9	49,6	318
3. Es ilegal	0,0	0,0	0
4. No puedo conseguirlo	0,1	0,3	2
5. Temo las consecuencias si se enteran en mi casa	0,2	0,6	4
6. Mis padres no lo aprueban	0,2	0,6	4
7. Prefiero hacer otras cosas	2,6	8,0	51
8. Otras causas	6,3	19,5	125
0. No compete	67,9	—	1.356
			1.997

CUADRO 3.2.8.

RAZONES PARA ABSTENERSE DEL ALCOHOL SEGUN CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ULTIMOS SEIS MESES (Preguntas 52 y 59)

Razones	N.R. N.C.	No	Pro- bado	1-2 mes	3 mes	Fin semana	3-5 sem.	Diaria- mente	Fiesta	Depre.	P.M.
N.R./N.C.	24 (25)	23 (143)	75 (35)	87 (46)	97 (58)	93 (137)	97 (232)	97 (554)	80 (119)	88 (7)	68 (1.356)
Morales	10 (11)	18 (112)	4 (2)	2 (0)	2 (1)	1 (2)	1 (2)	1 (4)	1 (2)	13 (1)	7 (137)
Salud	39 (41)	39 (240)	11 (5)	8 (4)	3 (0)	3 (5)	1 (3)	1 (2)	12 (18)	0 (0)	16 (318)
Otras cosas	5 (5)	7 (43)	4 (2)	2 (1)	2 (0)	3 (0)	1 (0)	2 (0)	6 (0)	0 (0)	3 (51)
Otras	23 (24)	12 (76)	6 (3)	4 (2)	2 (1)	3 (4)	1 (3)	2 (13)	6 (9)	0 (0)	6 (135)
	(106)	(614)	(47)	(53)	(60)	(148)	(240)	(573)	(148)	(8)	(1.997)

CUADRO 3.2.9.
RAZONES PARA ABSTENERSE DEL ALCOHOL SEGUN CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ULTIMOS SEIS MESES (SIN N.R./N.C.) (Preguntas 52 y 59)

Razones	No	Probado	1-2 mes	3 meses	Fin semana	3-5 sem.	Diario	Fiesta	Depres.	P.M.
Morales	24 (112)	(2)				(2)	22 — (4)			21 (137)
Salud	51 (240)	42 (5)			46 (5)			62 (18)		50 (318)
Otras	25 (119)	42 (5)					68 (13)	31 (9)		29 (186)
	(471)	(12)	(7)	(2)	(11)	(8)	(19)	(29)	(1)	(641)

CUADRO 3.2.10.
RAZONES PARA ABSTENERSE DEL ALCOHOL SEGUN CONSUMO DE TABACO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES (Preguntas 47 y 59)

Razones	N.R. N.C.	No	Pro- bado	1-2 mes	3 mes	Fin semana	3-5 sem.	Diaria- mente	Fiesta	Depre.	P.M.
N.R./N.C.	34 (32)	34 (260)	62 (29)	84 (21)	81 (25)	79 (22)	84 (62)	90 (877)	64 (25)	75 (3)	68 (1.356)
Morales	9 (8)	14 (97)	4 (2)	12 (3)	0 (0)	4 (1)	4 (3)	2 (22)	3 (1)	0 (0)	7 (137)
Salud	36 (34)	32 (216)	19 (9)	4 (1)	16 (5)	11 (3)	4 (3)	4 (37)	26 (10)	0 (0)	16 (318)
Otras cosas	3 (3)	5 (32)	6 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (4)	1 (8)	3 (1)	0 (0)	3 (51)
Otras	18 (17)	11 (74)	9 (4)	0 (0)	3 (1)	7 (2)	3 (2)	3 (32)	5 (2)	25 (1)	7 (135)
	(94)	(679)	(47)	(25)	(31)	(28)	(74)	(976)	(39)	(4)	(1.997)

CUADRO 3.2.11.
RAZONES PARA ABSTENERSE DEL ALCOHOL ENTRE LOS CONSUMIDORES DE TABACO
EN LOS ULTIMOS SEIS MESES (SIN N.R./N.C.) (Preguntas 47 y 59)
Frecuencia consumo de tabaco

<i>Razones</i>	<i>No</i>	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 meses</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Morales	23 (97)						22 (22)			21 (137)
Salud	52 (216)	50 (9)		83 (5)			37 (37)	71 (10)		50 (318)
Otras cosas ...	8 (32)						8 (8)			8 (51)
Otras	17 (74)						32 (32)	(2)	(1)	21 (135)
	(419)	(18)	(4)	(6)	(6)	(12)	(99)	(14)	(1)	(641)

CUADRO 3.2.14.
INFLUJO DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS (EN LOS ULTIMOS SEIS MESES) EN LAS MOTIVACIONES
PARA ABSTENERSE DEL ALCOHOL (Preguntas 47-57 y 59)
(Porcentajes más altos de los intervalos de frecuencia de consumo sin N.R./N.C.)

<i>Razones</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Haschi.</i>	<i>LSD</i>	<i>Coca</i>	<i>Disolv.</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Barb.</i>	<i>Tranq.</i>	<i>Opio</i>	<i>Anfet.</i>	<i>Analgé.</i>
Morales						22 (21)					28 (21)
Salud	83 (50)					62 (50)		60 (50)			78 (50)

NOTA: Entre paréntesis, los porcentajes medios de cada razón o motivación negativa. No citamos los porcentajes cuando el número de individuos en la celda es inferior a 5, o cuando no existen diferencias apreciables entre ellos.

CUADRO 3.2.16.
RAZONES PARA ABSTENERSE DEL HASCHICH SEGUN CONSUMO DE HASCHICH EN LOS ULTIMOS
SEIS MESES (Preguntas 48 y 60)

<i>Razones</i>	<i>N.R. N.C.</i>	<i>No</i>	<i>Pro- bado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 mes</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diaria- mente</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depre.</i>	<i>P.M.</i>
N.R./N.C.	22 (32)	25 (359)	86 (124)	98 (48)	97 (34)	100 (31)	92 (60)	97 (34)	91 (31)	100 (6)	38 (759)
Morales	17 (25)	29 (420)	(3)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1)	(1)	(0)	23 (450)
Salud	32 (47)	27 (390)	5 (7)	(0)	(0)	(0)	(1)	(0)	(1)	(0)	22 (446)
Otras cosas	17 (26)	6 (89)	(1)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1)	(0)	6 (117)
Otras	12 (19)	13 (190)	7 (10)	(1)	(1)	(0)	(4)	(0)	(0)	(0)	11 (225)
	(149)	(1.448)	(145)	(49)	(35)	(31)	(65)	(35)	(34)	(6)	(1.997)

CUADRO 3.2.17.
RAZONES PARA ABSTENERSE DEL HASCHICH SEGUN CONSUMO DE HASCHICH EN LOS ULTIMOS
SEIS MESES (SIN N.R./N.C.) (Preguntas 48 y 60)

<i>Razones</i>	<i>No</i>	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 meses</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Morales	39 (420)	(3)	(0)	(0)	(0)	(0)	(1)	(1)	(0)	36 (450)
Salud	36 (390)	33 (7)	(0)	(0)	(0)	(1)	(0)	(1)	(0)	36 (446)
Otras	4 (45)	52 (11)	(1)	(1)	(0)	(4)	(0)	(1)	(0)	28 (342)
	(1.089)	(21)	(1)	(1)	(0)	(5)	(1)	(3)	(0)	(1.238)

CUADRO 3.2.18.
RAZONES PARA ABSTENERSE DEL HASCHICH ENTRE LOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL
EN LOS ULTIMOS SEIS MESES (SIN N.R./N.C.) (Preguntas 52 y 60)

<i>Frecuencia consumo de alcohol</i>										
<i>Razones</i>	<i>No</i>	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 meses</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Morales	40 (182)	32 (10)	27 (9)	30 (8)	34 (25)	36 (43)	37 (116)	36 (35)	(1)	36 (450)
Salud	36 (163)	42 (13)	30 (10)	33 (9)	39 (29)	40 (47)	35 (111)	40 (39)	(0)	36 (446)
Otras cosas ...	7 (34)	(1)	(5)	13 — (3)	10 (7)	8 (10)	11 (34)	(4)	(0)	10 (117)
Otras	17 (80)	23 (7)	27 (9)	26 (7)	18 (13)	16 (19)	17 (55)	20 (20)	75 (3)	18 (225)
	(459)	(31)	(33)	(27)	(74)	(119)	(316)	(98)	(4)	(1.238)

CUADRO 3.2.19.
INFLUJO DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS (EN LOS SEIS ULTIMOS MESES) EN LAS MOTIVACIONES
PARA ABSTENERSE DE HASCHICH (Preguntas 47-57 y 60)
(Porcentajes más altos de los intervalos de frecuencia de consumo sin N.R./N.C.)

<i>Razones</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Haschi.</i>	<i>LSD</i>	<i>Coca</i>	<i>Disolv.</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Barb.</i>	<i>Tranq.</i>	<i>Opio</i>	<i>Anfet.</i>	<i>Analgé.</i>
Morales	47 (36)					40 (36)	46 (36)	50 (36)			41 (36)
Salud	48 (36)	33 (36)				42 (36)	23 (36)	42 (36)			48 (36)

NOTA: Entre paréntesis, los porcentajes medios de cada razón o motivación negativa. No citamos los porcentajes cuando el número de individuos en la celda es inferior a 5, o cuando no existen diferencias apreciables entre ellos.

CUADRO 3.2.21.
INFLUJO DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS (EN LOS ULTIMOS MESES) EN LAS MOTIVACIONES
PARA ABSTENERSE DE OTRAS DROGAS ILEGALES (DISTINTAS DEL HASCHICH) (Preguntas 47-57 y 61)
(Porcentajes más altos de los intervalos de frecuencia de consumo sin N.R./N.C.)

Razones	Tabaco	Haschi.	LSD	Coca	Disolv.	Alcohol	Barb.	Tranq.	Opio	Anfet.	Analgé.
Morales	43 (34)	29 (34)				39 (34)	44 (34)	45 (34)		29 (34)	42 (34)
Salud	46 (37)	56 (37)				46 (37)	30 (37)	45 (37)		55 (37)	45 (37)

NOTA: Entre paréntesis, los porcentajes medios de cada razón o motivación negativa. No citamos los porcentajes cuando el número de individuos en la celda es inferior a 5, o cuando no existen diferencias apreciables entre ellos.

CUADRO 3.2.22.
RAZONES PARA ABSTENERSE DE OTRAS DROGAS ILEGALES ENTRE LOS CONSUMIDORES
DE HASCHICH EN LOS ULTIMOS SEIS MESES (SIN N.R./N.C.) (Preguntas 48 y 61)

Frecuencia consumo de haschich

Razones	No	Probado	1-2 mes	3 meses	Fin semana	3-5 sem.	Diario	Fiesta	Depres.	P.M.
Morales	39 (423)	29 (30)	19 (6)	20 (5)		15 (5)				34 (501)
Salud	37 (407)	34 (35)	41 (13)	20 (5)	56 (9)	33 (11)	46 (5)	21 (5)	(0) (1)	37 (540)
Otras cosas ...	7 (81)	15 (16)		28 (7)				38 (9)		10 (139)
Otras	2 (19)	22 (23)	34 (11)	32 (8)	38 (6)	42 (14)	(1) (4)	29 (7)	(0) (2)	19 (279)
	(1.096)	(104)	(32)	(25)	(16)	(33)	(11)	(24)	(3)	(1.459)

CUADRO 3.2.24.

INFLUJO DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS (EN LOS ÚLTIMOS MESES) EN LAS MOTIVACIONES PARA ABSTENERSE DE «MEDICAMENTOS» (Preguntas 47-57 y 62)

(Porcentajes más altos de los intervalos de frecuencia de consumo sin N.R./N.C.)

Razones	Tabaco	Haschi.	LSD	Coca	Disolv.	Alcohol	Barb.	Tranq.	Opio	Anfet.	Analgé.
Morales	50 (23)	14 (23)				24 (23)					19 (23)
Salud	55 (46)	56 (46)	38 (46)	43 (46)		55 (46)	63 (46)	73 (46)		50 (46)	80 (46)

NOTA: Entre paréntesis, los porcentajes medios de cada razón o motivación negativa. No citamos los porcentajes cuando el número de individuos en la celda es inferior a 5, o cuando no existen diferencias apreciables entre ellos.

CUADRO 3.4.1.

INFLUJO DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS EN LAS MOTIVACIONES PARA CONSUMIR TABACO Y ALCOHOL (Preguntas 47-57 y 63-66)

Motivaciones consumo tabaco y alcohol

Drogas consumidas	Disgus.	Probl.	Prohib.	Placer	Libre	Pasar rato	Contac. social	Nervios	Costumb.	Curiosid.
Tabaco				5 (26)		2 (55)	4 (38)	3 (38)	1 (65)	6 (16)
Haschich			7 (12)	4 (32)		2 (40)	5 (20)	3 (35)	1 (66)	6 (16)
LSD										
Cocaína										
Disolventes										
Alcohol... ..			6 (17)	4 (26)		2 (52)	5 (24)	3 (34)	1 (61)	7 (17)
Barbitúricos						2 (58)		3 (42)	1 (72)	
Tranquilizantes... ..				4 (27)		2 (50)		1 (78)	2 (68)	
Opiáceos				4 (30)		2 (35)		3 (32)	1 (100)	
Anfetaminas				4 (22)		3 (35)		2 (36)	1 (65)	
Analgésicos... ..				4 (29)		2 (67)	5 (21)	3 (53)	1 (72)	

NOTA: Entre paréntesis va el porcentaje más alto obtenido por cualquiera de los intervalos de frecuencia de consumo.

CUADRO 3.4.2.

FRECUENCIAS CON QUE SE CITA LA MOTIVACION «PORQUE ES UNA COSTUMBRE SOCIAL» PARA CONSUMIR TABACO Y ALCOHOL SEGUN EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES
(Preguntas 47-57 y 63-66)

Drogas consumidas	Probado	Frecuencias							
		1-2 mes	3 mes	Fin semana	3-5 sem.	Diario	Fiesta	Depres.	P.M.
Tabaco	65					50			56
Haschich				33		66			56
LSD	57								56
Cocaína	58								56
Disolventes						100			56
Alcohol		43				61			56
Barbitúricos		72	42						56
Tranquilizantes		68				39			56
Opiáceos	42	— 100 —							56
Anfetaminas		— 65 —						40	56
Analgésicos					44	72			56

NOTAS: Incluimos las frecuencias más alta y más baja.

Entre guiones van las frecuencias que corresponden a dos intervalos contiguos que se han unido para lograr al menos 5 unidades en la celda.

CUADRO 3.4.3.

FRECUENCIAS CON QUE SE CITA LA MOTIVACION «PARA PASAR EL RATO» PARA CONSUMIR TABACO Y ALCOHOL SEGUN EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES (Preguntas 47-57 y 63-66)

<i>Drogas consumidas</i>	<i>Frecuencias</i>								
	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 mes</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Tabaco	44				55	44			46
Haschich				24	40				46
LSD	32								46
Cocaína	29								46
Disolventes									
Alcohol			52				39		46
Barbitúricos	40	—	59	—					46
Tranquilizantes					37	50	50		46
Opiáceos	35								46
Anfetaminas		—	35	—					46
Analgésicos						67		40	46

CUADRO 3.4.4.

FRECUENCIAS CON QUE SE CITA LA MOTIVACION «POR EXPERIMENTAR PLACER, POR ANIMARSE, ETCETERA», PARA CONSUMIR TABACO Y ALCOHOL SEGUN EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES (Preguntas 47-57 y 63-66)

<i>Drogas consumidas</i>	<i>Frecuencias</i>								
	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 mes</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Tabaco					26	20			20
Haschich					22	32			20
LSD	21								20
Cocaína	18								20
Disolventes									
Barbitúricos	17	17	17				26		20
Alcohol		17							20
Tranquilizantes		— 27 —			— 15 —				20
Opiáceos									
Anfetaminas									
Analgésicos									

CUADRO 3.4.5.

INFLUJO DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS EN LAS MOTIVACIONES PARA CONSUMIR HASCHICH
(Preguntas 47-58 y 64-67)

<i>Drogas consumidas</i>	<i>Motivaciones consumo haschich</i>										<i>Nuevo estilo</i>
	<i>Disgus.</i>	<i>Probl.</i>	<i>Prohib.</i>	<i>Placer</i>	<i>Libre</i>	<i>Pasar rato</i>	<i>Contac. social</i>	<i>Nervios</i>	<i>Costumb.</i>	<i>Curiosid.</i>	
Tabaco			4 (10)	2 (45)		3 (39)				1 (75)	
Haschich			4 (18)	2 (56)	5 (17)	3 (26)				1 (82)	6 (9)
LSD				2 (47)						1 (72)	3 (16)
Cocaína				2 (56)						1 (82)	
Disolventes ...											
Alcohol... ..	8 (8)	4 (25)		2 (58)	6 (9)	3 (25)	7 (9)	5 (14)		1 (83)	9 (8)
Barbitúricos ...				2 (47)						1 (67)	
Tranquilizantes...				2 (60)						1 (82)	
Opiáceos				2 (47)						1 (70)	
Anfetaminas ...				2 (61)						1 (82)	
Analgésicos... ..	4 (16)	3 (23)		2 (60)						1 (84)	

NOTA: Entre paréntesis va el porcentaje más alto obtenido por cualquiera de los intervalos de frecuencia de consumo.

CUADRO 3.4.6.

FRECUENCIAS CON QUE SE CITA LA MOTIVACION «POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR
SENSACIONES NUEVAS» PARA CONSUMIR HASCHICH SEGUN EL CONSUMO DE DROGAS
LEGALES E ILEGALES (Preguntas 47-57 y 64-67)

<i>Drogas consumidas</i>	<i>Frecuencias</i>								
	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 mes</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Tabaco		— 46 —			75				72
Haschich	80		82			63			72
LSD	72		82						72
Cocaína	82								72
Disolventes									
Alcohol	78		83			69			72
Barbitúricos	67								72
Tranquilizantes	82		69						72
Opiáceos	70								72
Anfetaminas	82	— 67 —							72
Analgésicos	64	84	61						72

CUADRO 3.4.7.

FRECUENCIAS CON QUE SE CITA LA MOTIVACION «POR EXPERIMENTAR PLACER, POR ANIMARSE, ETCETERA», PARA CONSUMIR HASCHICH SEGUN EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES
(Preguntas 47-57 y 64-67)

<i>Drogas consumidas</i>	<i>Frecuencias</i>								
	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 mes</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Tabaco					28	45			43
Haschich		33		56					43
LSD	47								43
Cocaína	56								43
Disolventes									
Alcohol		58	35				35		43
Barbitúricos	47								43
Tranquilizantes	45							60	43
Opiáceos	47								43
Anfetaminas	44		— 61 —					44	43
Analgésicos					60			38	43

CUADRO 3.4.8.

FRECUENCIAS CON QUE SE CITA LA MOTIVACION «POR PASAR EL RATO» PARA CONSUMIR HASCHICH SEGUN EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES (Preguntas 47-57 y 64-67)

<i>Frecuencias</i>									
<i>Drogas consumidas</i>	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 mes</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Tabaco					39	16			16
Haschich		26			9				16
LSD									
Cocaína									
Disolventes									
Alcohol						11	25		16
Barbitúricos									
Tranquilizantes									
Opiáceos									
Anfetaminas									
Analgésicos									

CUADRO 3.4.9.

FRECUENCIAS CON QUE SE CITA LA MOTIVACION «POR EL GUSTO DE HACER ALGO PROHIBIDO»
PARA CONSUMIR HASCHICH SEGUN EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES
(Preguntas 47-57 y 64 y 67)

<i>Drogas consumidas</i>	<i>Frecuencias</i>								
	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 mes</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Tabaco						10			10
Haschich	18	—	9	—					10
LSD									
Cocaína									
Disolventes									
Alcohol						7	25		10
Barbitúricos									
Tranquilizantes									
Opiáceos									
Anfetaminas									
Analgésicos	23	9							11

CUADRO 3.4.10.

INFLUJO DEL CONSUMO DE DROGAS EN LAS MOTIVACIONES PARA CONSUMIR DROGAS ILEGALES
DISTINTAS DEL HASCHICH (Preguntas 47-57 y 65-68)

<i>Drogas consumidas</i>	<i>Motivaciones consumo drogas ilegales (menos haschich)</i>										
	<i>Disgus.</i>	<i>Probl.</i>	<i>Prohib.</i>	<i>Placer</i>	<i>Libre</i>	<i>Pasar rato</i>	<i>Contac. social</i>	<i>Nervios</i>	<i>Costumb.</i>	<i>Curiosid.</i>	<i>Nuevo estilo</i>
Tabaco				2 (38)	3 (13)					1 (77)	4 (13)
Haschich				2 (67)						1 (100)	3 (19)
LSD				2 (52)						1 (89)	
Cocaína				2 (55)						1 (88)	
Disolventes ...											
Alcohol... ..				2 (43)	3 (21)					1 (92)	4 (16)
Barbitúricos ...										1 (71)	
Tranquilizantes...				2 (55)						1 (80)	
Opiáceos				2 (31)						1 (82)	
Anfetaminas ...				2 (33)						1 (80)	
Analgésicos... ..				2 (39)						1 (77)	

NOTA: Entre paréntesis va el porcentaje más alto obtenido por cualquiera de los intervalos de frecuencia de consumo.

CUADRO 3.4.11.

FRECUENCIAS CON QUE SE CITA LA MOTIVACION «POR CURIOSIDAD Y DESEO DE SENTIR SENSACIONES NUEVAS» PARA CONSUMIR OTRAS DROGAS ILEGALES SEGUN EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES (Preguntas 47-57 y 65-68)

<i>Frecuencias</i>									
<i>Drogas consumidas</i>	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 mes</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Tabaco						71			74
Haschich		— 100 —					100		74
LSD	89								74
Cocaína	88	— 67 —							74
Disolventes									
Alcohol					92	71			74
Barbitúricos	70							71	74
Tranquilizantes	80							83	74
Opiáceos	82								74
Anfetaminas		— 63 —						80	74
Analgésicos		— 77 —						75	74

CUADRO 3.4.12.

FRECUENCIAS CON QUE SE CITA LA MOTIVACION «POR EXPERIMENTAR PLACER, POR ANIMARME, ETCETERA» PARA CONSUMIR OTRAS DROGAS ILEGALES SEGUN EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES (Preguntas 47-57 y 65-68)

<i>Drogas consumidas</i>	<i>Frecuencias</i>								
	<i>Probado</i>	<i>1-2 mes</i>	<i>3 mes</i>	<i>Fin semana</i>	<i>3-5 sem.</i>	<i>Diario</i>	<i>Fiesta</i>	<i>Depres.</i>	<i>P.M.</i>
Tabaco						38			38
Haschich					48	67			37
LSD	52								37
Cocaína	52	—	55	—					37
Disolventes									37
Alcohol					43	42			37
Barbitúricos									
Tranquilizantes	55								37
Opiáceos	31								
Anfetaminas	33								37
Analgésicos								39	37

CUADRO 5.3.

ACTITUDES FAVORABLES HACIA LAS DROGAS, SEGUN ESTUDIOS REALIZADOS

	<i>Leer y escribir</i>	<i>E.G.B.</i>	<i>Bach. elemen.</i>	<i>Bach. sup.</i>	<i>Estud. medios</i>	<i>Estud. super.</i>	<i>Total</i>
Me gustaría encontrarme bien usando drogas	1,4	5,7	12,9	12,7	9,6	11,3	8,8
Las drogas mejoran las relaciones	8,7	9,8	13,5	9,9	10,2	9,1	10,3
No es malo tomar drogas si te hacen sentirte mejor	8,7	12,4	19,6	21,1	16,6	22,9	16,5
No es necesario un control más estricto sobre las drogas ...	4,0	6,6	11,3	16,5	17,6	18,2	11,6
No funciona mal el mundo porque se acepte tomar drogas.	19,9	22,9	26,4	28,2	26,2	25,1	24,8
Los drogadictos no son una carga para la sociedad	8,3	16,0	31,6	41,4	35,8	40,7	27,3
	(277)	(563)	(326)	(394)	(187)	(231)	(1.978)

CUADRO 5.4.

ACTITUDES FAVORABLES HACIA LAS DROGAS, SEGUN VOTO POLITICO

	<i>Derecha</i>	<i>Centro</i>	<i>Izquierda</i>	<i>Apolítico</i>	<i>Pasota</i>	<i>Total</i>
Me gustaría encontrarme bien usando drogas	2,1	2,4	8,1	8,1	18,2	8,8
Las drogas mejoran las relaciones	6,4	5,9	8,6	11,2	35,1	10,3
No es malo tomar drogas si te hacen sentirte mejor	9,9	7,5	16,7	18,6	41,5	16,5
No es necesario un control más estricto sobre las drogas ...	5,7	3,2	12,2	12,5	34,0	11,6
No funciona mal el mundo porque se acepte tomar drogas.	22,7	26,8	23,4	22,7	29,8	24,8
Los drogadictos no son una carga para la sociedad	15,6	12,3	32,0	27,1	50,0	23,3
	(141)	(373)	(788)	(295)	(94)	(1.691)

CUADRO 5.5.
ACTITUDES FAVORABLES HACIA LAS DROGAS, SEGUN RELIGIOSIDAD

	No crey.	Indife- rentes	Sin religión	Otra religión	Cat. no practic.	Católico practic.	Total
Me gustaría encontrarme bien usando drogas	28,6	20,2	19,0	27,3	5,2	1,8	8,8
Las drogas mejoran las relaciones	21,4	19,5	17,4	18,2	8,8	4,7	10,3
No es malo tomar drogas si te hacen sentirte mejor	44,8	23,2	26,4	27,3	13,4	7,2	16,5
No es necesario un control más estricto sobre las drogas ...	43,5	20,6	19,8	18,2	7,5	3,9	11,6
No funciona mal el mundo porque se acepte tomar drogas.	32,5	26,2	28,9	27,3	22,5	24,1	24,8
Los drogadictos no son una carga para la sociedad	59,7	40,8	46,3	54,5	23,9	15,3	27,3
	(154)	(267)	(121)	(11)	(707)	(718)	(1.978)

CUADRO 5.7.
ACTITUD PRO-ANOMICA E IMAGEN DEL CONSUMIDOR

	Me gus- taria en- contrarme bien usan- do drogas	Las drogas me- joran las relaciones	No es malo tomar drogas si te hacen sen- tirte mejor	No es necesario un con- trol más estricto de las drogas	No fun- ciona mal el mundo porque se consuman drogas	No son una carga para la sociedad
1. El fumador habitual de tabaco es una per- sona normal	74,4	63,1	74,5	76,6	69,2	77,8
2. El consumidor habitual de alcohol es una persona normal	54,5	39,8	52,1	52,4	41,3	47,6
3. El consumidor habitual de haschich es una persona normal	44,9	32,5	41,8	49,4	19,8	37,2
4. El consumidor habitual de medicamentos es una persona normal	22,2	18,9	21,8	24,2	15,7	22,0
5. El consumidor habitual de opiáceos y otras drogas ilegales es una persona normal	23,9	12,6	19,4	24,7	8,5	12,8

CUADRO 5.9.
ACTITUDES PRO-ANOMICAS, SEGUN FRECUENCIA DE CONSUMO

	<i>Consumo de haschich</i>			<i>Consumo de tabaco</i>			<i>Consumo de alcohol</i>		
	<i>Espo- rádico</i>	<i>Habitual</i>	<i>Cotidiano</i>	<i>Espo- rádico</i>	<i>Habitual</i>	<i>Cotidiano</i>	<i>Espo- rádico</i>	<i>Habitual</i>	<i>Cotidiano</i>
Me gustaría encontrarme bien usando drogas ...	19,7	48,9	45,7	6,9	12,0	13,7	6,3	11,8	13,6
Las drogas mejoran las relaciones	15,0	37,4	42,8	5,2	9,0	13,6	6,6	9,8	14,5
No es malo tomar drogas si te hacen sentirte mejor.	34,6	38,2	71,4	12,2	16,5	7,0	14,5	23,2	22,7
No es necesario un control más estricto sobre las drogas	37,3	50,4	65,7	11,3	15,0	16,9	10,8	15,4	15,5
No funciona mal el mundo porque se acepte tomar drogas	23,5	34,3	62,9	20,9	27,1	36,7	19,1	24,3	24,6
Los drogadictos no son una carga para la sociedad ...	50,0	44,3	77,1	20,0	33,8	37,2	30,4	35,5	30,4

CUADRO 6.1.

PROFESIONALES, ENTIDADES O PERSONAS A QUE SE ACUDIRIA EN CASO DE TENER
UN PROBLEMA DE DROGAS

<i>Profesional o entidad</i>	<i>N.º</i>	<i>% respecto al total</i>	<i>% respecto a los que responden</i>	<i>N.º de orden</i>
Médicos generales	499	25,0	26,2	2.º
Psiquiatras y psicólogos	541	27,1	28,5	1.º
Asociaciones de ex-drogadictos o ex-alcohólicos	421	21,1	22,1	3.º
Familia o amigos	316	15,8	16,6	4.º
Maestros y educadores	14	0,7	0,7	7.º
Sacerdotes	52	2,6	2,7	5.º
Entidades benéficas (Cáritas y otras)	12	0,6	0,6	8.º
Policía	46	2,3	2,4	6.º
No responden	96	4,8	—	—
Total	1.997	100 %	100 %	—

CUADRO 6.2.
PROFESIONALES, ENTIDADES O PERSONAS A QUIEN SE ACUDIRIA, EN CASO DE TENER
UN PROBLEMA DE DROGAS, SEGUN LA EDAD

<i>Profesional o entidad</i>	<i>Edad</i>								<i>N.R.</i>	<i>Total</i>
	15-17	18-20	21-24	25-34	35-44	45-54	55-64			
Médicos generales	14,6	16,7	10,9	19,1	29,0	34,2	35,5	—		25,0
Psiquiatras y psicólogos	19,3	23,1	25,7	29,6	32,3	26,7	24,7	—		27,1
Asociaciones de ex-drogadictos y ex- alcohólicos	21,6	28,8	31,1	22,9	21,4	18,5	10,1	100,0		21,1
Familia o amigos	38,6	24,4	23,0	18,9	8,3	8,6	8,7	—		15,8
Otros	1,2	2,5	2,7	2,8	5,5	8,0	16,6	—		6,2
No responde (N.R.)	4,7	4,5	6,6	6,7	3,5	3,9	4,2	—		4,8
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	(171)	(156)	(183)	(419)	(397)	(383)	(287)	(1)		(1.997)

CUADRO 6.3.

PROFESIONALES, ENTIDADES O PERSONAS A QUE ACUDIRIAN LOS CONSUMIDORES DE HASCHICH
EN CASO DE TENER UN PROBLEMA DE DROGA

<i>Profesional o entidad</i>	<i>Consumo de baschich</i>	<i>No consumo</i>	<i>Esporádico (1)</i>	<i>Habitual (2)</i>	<i>Cotidiano</i>	<i>N.R.</i>	<i>Total</i>
Médicos generales	27,6	15,8	11,5	11,4	28,9	25,0	
Psiquiatras y psicólogos	27,5	29,9	16,8	14,3	30,9	27,1	
Asociaciones de ex-alcohólicos y ex-drogadictos	20,9	23,5	22,9	20,0	18,1	21,1	
Familia o amigos	13,3	22,6	34,4	40,0	7,4	15,8	
Otros	7,2	2,2	0,8	2,9	9,4	6,2	
No responde (N.R.)	3,6	6,0	13,7	11,4	5,4	4,8	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
	(1.448)	(234)	(131)	(35)	(149)	(1.997)	

- (1) *Esporádico* aglutina las siguientes frecuencias: sólo lo ha probado, 1-2 veces por mes o menos, en ocasiones especiales (fiestas) y en situaciones anímicas especiales.
- (2) *Habitual* incluye: varias veces al mes (menos de 4 ó 5), los fines de semana y una vez o más por semana, pero no cada día.

CUADRO 6.4.

PROFESIONALES, ENTIDADES O PERSONAS A QUE ACUDIRIAN LOS CONSUMIDORES
ESPORADICOS (1) DE OTRAS SUSTANCIAS, EN CASO DE TENER UN PROBLEMA DE DROGAS

<i>Profesional o entidad</i>	<i>Droga consumida</i>	<i>Anfetaminas (2)</i>	<i>Cocaína</i>	<i>LSD</i>	<i>Opiáceos</i>	<i>Total de la muestra</i>
Médicos generales	11,3	12,5	6,3	3,2	25,0	
Psiquiatras y psicólogos	15,5	17,9	14,6	16,1	27,1	
Asociaciones de ex-drogadictos o ex-alcohólicos	36,1	23,2	27,1	32,3	21,1	
Familia o amigos	27,8	30,4	31,3	25,8	15,8	
Otros	1,0	—	—	—	6,2	
No responde	8,2	16,1	20,8	22,6	4,8	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
	(97)	(56)	(48)	(31)	(1.997)	

(1) Ver definición de «esporádico» en el cuadro 6.3.

(2) Puede tratarse de un consumo legal o ilegal.

CUADRO 6.5.

OPINION SOBRE A QUIEN CORRESPONDE DECIDIR LAS MEDIDAS QUE SE DEBEN TOMAR
CON LOS CONSUMIDORES HABITUALES DE DROGAS

<i>Cuerpo profesional</i>	<i>N.º</i>	<i>% respecto al total</i>	<i>% respecto a los que responden</i>	<i>N.º de orden</i>
A la justicia (tribunales) y a la policía	316	15,8	16,5	3.º
A la sanidad (médicos, psicólogos, psiquiatras)	758	38,0	39,6	1.º
A ambos por igual	624	31,2	32,6	2.º
Dudoso, no estoy seguro	218	10,9	11,4	4.º
No responde	81	4,1	—	—
Total	1.997	100 %	100 %	—

CUADRO 6.6.

RELACION ENTRE LA EDAD Y LA OPINION SOBRE A QUIEN CORRESPONDE TOMAR DECISIONES
EN TORNO A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS

<i>Cuerpo profesional</i>	<i>Edad</i>								<i>N.R.</i>	<i>Total</i>
	15-17	18-20	21-24	25-34	35-44	45-54	55-64			
A la justicia (tribunales) y a la policía.	9,9	5,8	7,1	7,9	16,4	21,7	33,4	—		15,8
A la sanidad (médicos, psicólogos, psi- quiátras)	38,0	48,7	43,2	46,3	39,8	30,5	24,0	—		38,0
A ambos por igual	22,8	25,6	27,9	25,5	34,8	38,9	34,8	—		31,2
Dudoso, no estoy seguro	18,1	15,4	15,8	14,8	6,8	6,5	6,6	100,0		10,9
No responde (N.R.)	11,1	4,5	6,0	5,5	2,3	2,3	1,0	—		4,1
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	(171)	(156)	(183)	(419)	(397)	(383)	(287)	(1)		(1.997)

CUADRO. 6.7.

RELACION ENTRE EL TAMAÑO DE LA POBLACION Y LA OPINION SOBRE A QUIEN CORRESPONDE
TOMAR DECISIONES EN TORNO A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS

<i>Cuerpo profesional</i>	<i>Tamaño de la población</i>	<i>Menos de</i> 10.000	<i>10.000-</i> <i>50.000</i>	<i>50.001-</i> <i>100.000</i>	<i>100.001-</i> <i>250.000</i>	<i>250.001-</i> <i>500.000</i>	<i>Más de</i> 500.000	<i>N.R.</i>	<i>Total</i>
A la justicia (tribunales) y a la policía		22,1	15,1	13,3	11,5	8,6	14,3	—	15,8
A la sanidad (médicos, psicólogos, psiquiatras)		35,2	37,4	37,0	44,1	46,8	35,3	50,0	38,0
A ambos por igual		31,2	33,1	37,0	29,1	33,1	27,0	50,0	31,2
Dudoso, no estoy seguro		9,1	9,8	9,7	9,7	7,9	17,4	—	10,9
No responde (N.R.)		2,4	4,6	3,0	5,6	3,6	5,5	—	4,1
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		(580)	(438)	(165)	(288)	(139)	(385)	(2)	(1.997)

CUADRO 6.8.

RELACION ENTRE LA FUENTE DE INFORMACION SOBRE LAS DROGAS CONSIDERADA FIABLE
Y LA OPINION SOBRE A QUIEN CORRESPONDE TOMAR DECISIONES EN TORNO A LOS
CONSUMIDORES DE DROGAS

<i>Cuerpo profesional</i>	<i>Fuente de información</i>	<i>Médicos o psicólogos</i>	<i>Compañeros de trabajo o de escuela</i>	<i>Amigos</i>	<i>Medios de comunicación</i>	<i>Nadie</i>	<i>Otras fuentes</i>	<i>N.R.</i>	<i>Total</i>
A la justicia (tribunales) y a la policía		8,3	9,5	9,7	16,5	23,9	1,3	16,7	15,8
A la sanidad (médicos, psicólogos, psiquiatras)		56,9	41,0	38,3	38,5	29,3	17,9	11,1	38,0
A ambos por igual		29,4	36,2	27,1	34,6	24,8	40,4	22,2	31,2
Dudoso, no estoy seguro		3,7	8,6	17,7	7,6	17,0	33,3	27,8	10,9
No responde (N.R.)		1,8	4,8	7,1	2,8	5,1	7,1	22,2	4,1
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		(109)	(105)	(350)	(924)	(335)	(156)	(18)	(1.997)

CUADRO 6.9.

RELACION ENTRE LA CREENCIA EN EL TOPICO DE «LA ESCALADA» Y LA OPINION SOBRE A QUIEN CORRESPONDE TOMAR DECISIONES EN TORNO A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS

<i>Cuerpo profesional</i>	<i>Creencia en el tópic</i>		<i>Dudoso (no sabe)</i>		<i>N.R.</i>	<i>Total</i>
	<i>No</i>	<i>Depende</i>	<i>Si</i>			
A la justicia (tribunales) y a la policía	4,5	5,1	19,9	21,5	42,0	15,8
A la sanidad (médicos, psicólogos, psiquiatras)	48,7	46,4	34,6	32,9	20,0	38,0
A ambos por igual	18,4	28,9	29,0	37,0	16,0	31,2
Dudoso, no estoy seguro	18,7	13,1	14,3	6,8	10,0	10,9
No responde (N.R.)	9,7	6,4	2,2	1,5	12,0	4,1
Total	100 % (267)	100 % (450)	100 % (272)	100 % (958)	100 % (50)	100 % (1.997)

CUADRO 6.10.

RELACION ENTRE LA ACTITUD HACIA LOS CONSUMIDORES DE DROGAS LEGALES (TABACO Y ALCOHOL) Y LA OPINION SOBRE A QUIEN CORRESPONDE TOMAR DECISIONES EN TORNO A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS

<i>Cuerpo profesional</i>	<i>Calificativo</i>		<i>Normal</i>		<i>Vicioso, inmoral</i>		<i>Total de la muestra</i>
	<i>Tabaco</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Alcohol</i>	
A la justicia (tribunales) y a la policía	12,5	11,3	13,0	12,4	24,9	23,9	15,8
A la sanidad (médicos, psicólogos, psiquiatras)	48,2	45,9	38,8	37,7	34,2	30,7	38,0
A ambos por igual	28,6	31,4	31,9	30,6	30,4	33,4	31,2
Dudoso, no estoy seguro	10,7	9,0	11,9	13,9	7,1	8,8	10,9
No responde	—	2,3	4,3	5,4	3,4	3,1	4,1
Total	100 % (112)	100 % (608)	100 % (1.385)	100 % (761)	100 % (477)	100 % (589)	100 % (1.997)

CUADRO 6.11.

RELACION ENTRE LA ACTITUD HACIA LOS CONSUMIDORES DE DROGAS ILEGALES Y LA OPINION SOBRE A QUIEN CORRESPONDE TOMAR DECISIONES EN TORNO A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS

<i>Cuerpo profesional</i>	<i>Calificativo</i>	<i>Normal</i>		<i>Pasota</i>		<i>Enfermo</i>		<i>Vicioso, inmoral</i>		<i>Delincuente</i>		<i>Total de la muestra</i>
		<i>Has-chich</i>	<i>Otras</i>	<i>Has-chich</i>	<i>Otras</i>	<i>Has-chich</i>	<i>Otras</i>	<i>Has-chich</i>	<i>Otras</i>	<i>Has-chich</i>	<i>Otras</i>	
A la justicia (tribunales) y a la policía		4,9	2,2	7,8	5,2	14,7	11,3	20,4	18,8	26,1	23,3	15,8
A la sanidad (médicos, psicólogos, psiquiatras)		50,3	35,5	40,5	37,5	46,5	50,5	32,6	34,7	22,7	27,3	38,0
A ambos por igual		10,7	9,7	36,2	31,3	29,7	26,8	37,4	36,1	39,5	39,1	31,2
Dudoso, no estoy seguro.		19,8	23,7	12,9	20,3	8,1	9,5	7,8	8,3	9,2	8,7	10,9
No responde		14,3	29,0	2,6	5,7	0,9	2,0	1,7	2,0	2,5	1,6	4,1
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		(308)	(93)	(309)	(192)	(333)	(549)	(867)	(830)	(119)	(253)	(1.997)

CUADRO 6.12.
OPINION QUE TIENEN LOS CONSUMIDORES (1) DE DROGAS ILEGALES SOBRE A QUIEN
CORRESPONDE TOMAR DECISIONES EN TORNO A ELLOS MISMOS

<i>Cuerpo profesional</i>	<i>Droga consumida</i>	<i>Haschich</i>	<i>LSD</i>	<i>Cocaína</i>	<i>Opiáceos</i>	<i>Total de la muestra</i>
A la justicia (tribunales) y a la policía		3,3	3,8	2,9	2,6	15,8
A la sanidad (médicos, psicólogos, psiquiatras)		44,3	28,8	33,3	38,5	38,0
A ambos por igual		16,5	13,5	14,5	2,6	31,2
Dudoso, no estoy seguro		24,0	23,1	26,1	20,5	10,9
No responde		12,0	30,8	23,2	35,9	4,1
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		(400)	(52)	(69)	(39)	(1.997)

(1) Se incluye todo tipo de consumidores: esporádicos, habituales y cotidianos.

CUADRO 6.13.

OPINION SOBRE CUAL ES LA MEJOR FORMA DE SOLUCIONAR EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

<i>Medida</i>	<i>N.º</i>	<i>% respecto al total</i>	<i>% respecto a los que responden</i>	<i>N.º de orden</i>
Más policía y vigilancia	300	15,0	15,8	2.º
Educación sobre drogas en la escuela	766	38,4	40,4	1.º
Más centros de tratamiento y asistencia	165	8,3	8,7	5.º
Más clubs juveniles y más actividades culturales, deportivas y recreativas	237	11,9	12,5	3.º
Supresión de la publicidad de tabaco y alcohol (y en su caso de otras drogas)	100	5,0	5,3	7.º
Programas de orientación y asistencia familiar	186	9,3	9,8	4.º
Medidas legales (legalización y despenalización)	142	7,1	7,5	6.º
No responde	101	5,1	—	—
Total	1.997	100 %	100 %	—

CUADRO 6.14.

RELACION ENTRE LA EDAD Y LA OPINION SOBRE CUAL ES LA MEJOR FORMA DE SOLUCIONAR
EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

<i>Medida</i>	<i>Edad</i>								<i>N.R.</i>	<i>Total</i>
	15-17	18-20	21-24	25-34	35-44	45-54	55-64			
Más policía y vigilancia	2,9	5,1	7,1	5,7	13,9	24,0	35,9	—	15,0	
Educación sobre las drogas en la escuela.	44,4	49,4	42,6	43,2	39,5	31,1	26,8	100,0	38,4	
Más centros de tratamiento y asistencia.	5,8	6,4	4,9	9,3	10,3	8,4	8,4	—	8,3	
Más clubs juveniles y más actividades culturales, deportivas y recreativas ...	17,0	16,7	8,7	12,2	11,6	10,4	10,1	—	11,9	
Supresión de la publicidad de tabaco y alcohol (y en su caso de otras drogas).	3,5	3,8	3,8	3,6	6,3	7,0	4,9	—	5,0	
Programas de orientación y asistencia familiar	6,4	6,4	10,4	8,8	9,8	12,3	8,0	—	9,3	
Medidas legales (legalización y despenalización)	11,7	7,7	15,8	11,5	4,5	1,8	2,8	—	7,1	
No responde (N.R.)	8,2	4,5	6,6	5,7	4,0	5,0	3,1	—	5,1	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
	(171)	(156)	(183)	(419)	(397)	(383)	(287)	(1)	(1.997)	

CUADRO 6.15.

RELACION ENTRE LA CREENCIA EN EL TOPICO DE «LA ESCALADA» Y LA OPINION SOBRE CUAL ES LA MEJOR FORMA DE SOLUCIONAR EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

<i>Medida</i>	<i>Creencia en el tópico</i>	<i>No</i>	<i>Depende</i>	<i>Dudoso (no sabe)</i>	<i>Si</i>	<i>N.R.</i>	<i>Total</i>
Más policía y vigilancia		3,4	6,4	17,6	20,4	38,0	15,0
Medidas legales (legalización y despenalización)		21,0	11,3	2,6	2,7	4,0	7,1
Otras más/no responde		75,6	82,3	79,8	76,9	58,0	77,9
Total		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		(267)	(450)	(272)	(958)	(50)	(1.997)

CUADRO 6.16.

OPINION QUE TIENEN LOS CONSUMIDORES DE HASCHICH SOBRE CUAL ES LA MEJOR FORMA DE SOLUCIONAR EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

<i>Medida</i>	<i>Consumo de haschich</i>	<i>No consumo</i>	<i>Esporádico (1)</i>	<i>Habitual (1)</i>	<i>Cotidiano</i>	<i>N.R.</i>	<i>Total</i>
Más policía y vigilancia	19,1	1,7	0,7	—	12,8	15,0	
Educación sobre las drogas en la escuela	39,0	43,1	32,1	22,9	33,6	38,4	
Más centros de tratamiento y asistencia	8,1	9,8	2,3	8,6	12,1	8,3	
Más clubs juveniles y más actividades culturales, deportivas y recreativas	11,3	17,1	9,2	8,6	12,8	11,9	
Supresión de la publicidad del tabaco y alcohol (y en su caso de otras drogas)	5,4	3,8	2,3	2,9	6,0	5,0	
Programas de orientación y asistencia familiar	10,5	4,7	6,1	—	10,1	9,3	
Medidas legales (legalización y despenalización)	3,0	12,4	36,6	42,9	4,0	7,1	
No responde (N.R.)	3,6	7,3	10,7	14,3	8,7	5,1	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
	(1.448)	(234)	(131)	(35)	(149)	(1.997)	

(1) Ver en el cuadro 6.3. la definición de «esporádico» y «habitual».

CUADRO 6.17.

OPINION QUE TIENEN LOS CONSUMIDORES (1) DE DROGAS ILEGALES SOBRE CUAL ES LA MEJOR
FORMA DE SOLUCIONAR EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

<i>Medida</i>	<i>Droga consumida</i>				<i>Total de la muestra</i>
	<i>Haschich</i>	<i>LSD</i>	<i>Cocaína</i>	<i>Opiáceos</i>	
Más policía y vigilancia	1,3	1,9	—	2,6	15,0
Educación sobre las drogas en la escuela	37,8	30,8	39,1	35,9	38,4
Más centros de tratamiento y asistencia	7,3	1,9	5,8	2,6	8,3
Más clubs juveniles y más actividades culturales, deportivas y recreativas	13,8	7,7	11,6	5,1	11,9
Supresión de la publicidad de tabaco y alcohol (y en su caso de otras drogas)	3,3	—	1,4	2,6	5,0
Programas de orientación y asistencia familiar	4,8	1,9	5,8	—	9,3
Medidas legales (legalización y despenalización)	23,0	36,5	27,5	38,5	7,1
No responde	9,0	19,2	8,7	12,8	5,1
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	(400)	(52)	(69)	(39)	(1.997)

(1) Se incluye todo tipo de consumidores: esporádicos, habituales y cotidianos.

CUADRO 6.18.

RELACION ENTRE LA OPINION SOBRE A QUIEN CORRESPONDE TOMAR DECISIONES EN TORNO
A LOS CONSUMIDORES DE DROGAS Y LA OPINION SOBRE CUAL ES LA MEJOR FORMA
DE SOLUCIONAR EL PROBLEMA DE LAS DROGAS

<i>Medida</i>	<i>Cuerpo profesional</i>	<i>A la justicia</i>	<i>A la justicia y sanidad por igual</i>	<i>A la sanidad</i>	<i>Dudoso, no estoy seguro</i>	<i>N.R.</i>	<i>Total</i>
Más policía y vigilancia	50,9	13,8	4,9	6,0	3,7	15,0	
Educación sobre las drogas en la escuela	22,8	38,0	48,7	36,2	11,1	38,4	
Más centros de tratamiento y asistencia	5,7	9,0	10,2	6,4	—	8,3	
Más clubs juveniles y más actividades culturales, depor- tivas y recreativas	4,7	15,9	11,7	11,9	9,9	11,9	
Supresión de la publicidad de tabaco y de alcohol (y en su caso de otras drogas)	5,1	5,4	4,7	6,0	1,2	5,0	
Programas de orientación y asistencia familiar	3,8	11,9	10,2	9,2	3,7	9,3	
Medidas legales (legalización y despenalización)	3,2	3,7	6,2	15,6	34,6	7,1	
No responde (N.R.)	3,8	2,4	3,4	8,7	35,8	5,1	
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
	(216)	(624)	(758)	(218)	(81)	(1.997)	

CUADRO 6.19.

OPINION SOBRE QUE INSTITUCIONES SE ESTAN PREOCUPANDO MAS DEL PROBLEMA
DE LAS DROGAS

<i>Institución</i>	<i>N.º</i>	<i>% respecto al total</i>	<i>% respecto a los que responden</i>	<i>N.º de orden</i>
La policía	240	12,0	14,4	4.º
La justicia (tribunales)	34	1,7	2,0	9.º
El gobierno	80	4,0	4,8	7.º
La sanidad	408	20,4	24,5	1.º
Los partidos políticos	67	3,4	4,0	8.º
Las escuelas, los centros de enseñanza	86	4,3	5,2	6.º
Los medios de comunicación	253	12,7	15,2	3.º
Asociaciones privadas (parroquias, asociaciones de padres).	179	9,0	10,8	5.º
La familia	318	15,9	19,1	2.º
No responden	332	16,6	—	—
Total	1.997	100 %	100 %	—

II. Cuestionario

I. DATOS DE IDENTIFICACION

1. *Sexo.*

1. Hombre.
2. Mujer.

2. *Edad.*

1. 15-17.
2. 18-20.
3. 21-24.
4. 25-34.
5. 35-44.
6. 45-54.
7. 55-64.

3. *Región.*

01. Galicia.
02. Asturias-Santander.
03. Vascongadas-Navarra-Logroño.
04. Aragón.
05. Cataluña-Baleares.
06. Levante-Murcia.
07. Andalucía.
08. Canarias.
09. Castilla la Nueva-Extremadura-Albacete.
10. Castilla la Vieja-León.
11. Area Metropolitana de Barcelona.
12. Area Metropolitana de Madrid.



4. *Tamaño de población.*

1. Menos de 10.000 habitantes.
2. De 10.001 a 50.000 habitantes.
3. De 50.001 a 100.000 habitantes.
4. De 100.001 a 250.000 habitantes.
5. De 250.001 a 500.000 habitantes.
6. Más de 500.000 habitantes.

II. RELACIONES HUMANAS Y FAMILIARES

5. *Con quién vive (sólo una respuesta).*

1. Con mis padres, hermanos (familia de origen).
2. Con mi propia familia (mujer/marido/hijos o similar —unión estable no legal—).
3. Con uno o varios amigos.
4. Solo, en mi casa.
5. Solo, en una pensión o similar.
6. Con una pareja provisional, esporádica.
7. Estoy en la «mili».

6. *Cómo se lleva usted con su mujer/marido/pareja o persona con quien convive maritalmente.*

1. Muy mal, mal.
2. Tirando a mal.
3. Tirando a bien.
4. Bien, muy bien.

7. *¿Tiene usted amistades?*

1. No, me encuentro solo.
2. Sí, conocidos (compañeros de trabajo/escuela...).
3. Sí, amigos (pero no íntimos).
4. Sí, amigos íntimos.

8. *Cómo suelen ser o han sido las relaciones con su padre.*

1. Conflictivas.
2. Incomprensión.
3. Indiferencia.
4. Confianza, buenas.

9. *Cómo suelen ser o han sido las relaciones con su madre.*

1. Conflictivas.
2. Incomprensión.

3. Indiferencia.
 4. Confianza, buenas.
10. *Cuál es la actividad que más le satisface, de las que usted practica en su tiempo libre (escoja sólo una).*
1. Ninguna.
 2. Estar en casa, sin hacer nada (ver la TV...).
 3. Ir a bares, pubs, discotecas, bingos, cabarets, etc.
 4. Ir al cine, teatros, conciertos.
 5. Leer, pintar, trabajos manuales, oír música.
 6. Actividades sociales (barrio, partidos políticos, etc.).
 7. Hacer deporte, pasear, ir de excursión (o similares).
11. *Le gusta el trabajo (estudio) que está haciendo.*
1. No, nada.
 2. Muy poco, poco.
 3. Bastante.
 4. Mucho, muchísimo.
12. *Participa usted en algún tipo de asociación o movimiento comunitario (aunque no sea miembro o asociado). Indicar el principal.*
1. No.
 2. Cultural.
 3. Deportiva.
 4. Religiosa.
 5. Cívico-social (vecinos, padres, asistencial).
 6. Formativo-recreativa (clubs juveniles, scouts, etc.).
 7. Política (partidos, juventudes políticas, etc.).

III. CONOCIMIENTO

¿Cuáles de estos productos cree usted que son drogas?

13. *Café. Tabaco. Té.*
14. *Haschich* (marihuana, porros...).
15. *LSD* (ácidos) *mentol*.
16. *Cocaína*.
17. *Disolventes* (colas, pegamentos, benzol, gasolina, etc.). *Tila*.
18. *Alcohol* (vino, cerveza, licores).
19. *Barbitúricos* (somniaferos, sedantes fuertes, anestésicos, anticonvulsionantes). *Eucaliptus*.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No. 2. Sí. 3. Dudoso, no estoy seguro. |
|---|



20. *Tranquilizantes y sedantes* (pastillas para dormir, calmantes para los nervios).
21. *Opiáceos* (heroína, morfina, opio...) Coca-cola.
22. *Anfetaminas* (pastillas para adelgazar, para no dormir).
23. *Analgésicos* (pastillas contra los dolores, aspirinas, optalidones, etc.).
Manzanilla.

24. *De todas estas fuentes, díganos cuál es la que le ha dado una información de mayor confianza sobre las drogas (elija sólo una).*

1. Mis padres.
2. Amigos/as.
3. Maestros, sacerdotes, etc.
4. Hijos.
5. Hermanos.
6. Compañeros de trabajo/escuela.
7. Médicos, psicólogos, etc.
8. Medios de comunicación (prensa, libros, radio, TV., cine, etc.).
9. Nadie.

¿Cree usted que en España actualmente es un problema para la sociedad el consumo de

25. Tabaco.
26. Alcohol.
27. Haschich (marihuana, porros, etc.).

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Nada. 2. Poco. 3. Bastante. 4. Mucho. |
|---|

28. Otras drogas ilegales (LSD, cocaína, heroína, morfina, etc.).
29. Medicamentos (tranquilizantes, sedantes, pastillas para adelgazar y para los nervios...).
30. *¿Cree usted que el que fuma habitualmente porros o hierba (haschich, marihuana) suele acabar inyectándose heroína o tomando drogas más peligrosas?*
 1. No.
 2. Sí.
 3. Depende.
 4. Dudoso, no estoy seguro.

¿Cuál es el calificativo más apropiado para un consumidor habitual de estos productos? Escoja un calificativo para cada producto o grupo de productos.

31. Tabaco.
32. Alcohol.



33. Haschich (marihuana, porros, etc.).
34. Otras drogas ilegales (LSD, cocaína, opiáceos, etc.).
35. Medicamentos (tranquilizantes, sedantes, pastillas para adelgazar y para los nervios).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Normal. 2. Enfermo. 3. Vicioso, inmoral. 4. Pasota. 5. Delincuente. |
|--|

IV. ESCALAS DE ACTITUDES

- Voy a pedirle a usted su opinión acerca del momento que vivimos en la sociedad actual.
 - Le ruego que me diga si está *de acuerdo, en desacuerdo*, o si *no está seguro* con las opiniones que le voy a leer:
36. *A pesar de lo que dicen algunos, la vida del hombre medio (de la calle) es cada vez peor, no mejor.*
 1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.
 37. *No se deberían traer niños a este mundo, dado el futuro que les aguarda.*
 1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.
 38. *En la época que atravesamos uno debe vivir día a día y no preocuparse demasiado del futuro.*
 1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.
 39. *Hoy en día uno no sabe realmente de quién puede fiarse.*
 1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.

40. *Escribir con quejas o denuncias a las autoridades sirve de bien poco porque a menudo no están interesadas en los problemas del hombre de la calle.*
1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.
41. *Necesitamos un control más estricto de las drogas.*
1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.
42. *Las personas que toman drogas son una carga para la sociedad.*
1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.
43. *No hay nada malo en tomar drogas si te hacen sentirte mejor.*
1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.
44. *Algo debe funcionar mal en el mundo cuando el hábito de tomar drogas se convierte en un sistema de vida aceptable.*
1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.
45. *Las drogas suelen hacer que mejoren las relaciones entre la gente.*
1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.
46. *Me gustaría tener la oportunidad de encontrarme a gusto usando drogas.*
1. En desacuerdo.
 2. De acuerdo.
 3. Dudoso, no estoy seguro.

V. CONSUMO

¿En los últimos seis meses ha tomado usted alguno de los siguientes productos? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?



47. Tabaco.	1. No, nunca (en estos 6 meses).
48. Haschich.	2. Sólo lo he probado.
49. LSD.	3. Una o dos veces al mes, o menos.
50. Cocaína.	4. Varias veces al mes pero no cada semana (menos de 4 ó 5 veces al mes).
51. Disolventes.	5. Los fines de semana.
52. Alcohol.	6. Una vez o más por semana pero no cada día (3 a 5 veces por semana).
53. Barbitúricos.	7. Una vez o más al día (todos los días).
54. Tranquilizantes y sedantes.	8. En ocasiones especiales (fiestas).
55. Opiáceos.	9. En situaciones anímicas especiales (depresión, ansiedad...).
56. Anfetaminas.	
57. Analgésicos.	

ATENCION: Si el encuestado no toma *ninguno* de estos productos, hacerle las preguntas 58-62 y pasar directamente a la 71. Si toma alguno de los productos, hacer *todas* las preguntas correspondientes a lo que toma.

Si no ha tomado nunca alguno de estos productos, ¿cuál ha sido la razón más parecida a su razón para no tomarlo? (Escoja solamente una).

58. Tabaco.	1. Por convicciones personales (de tipo moral).
59. Alcohol.	2. Pueden perjudicar a la salud.
60. Haschich (marihuana, porros...).	3. Es ilegal.
61. Otras drogas ilegales (LSD, cocaína, opiáceos...).	4. No puedo conseguirlo.
62. Medicamentos (tranquilizantes, sedantes, pastillas para adelgazar y para los nervios).	5. Temo las consecuencias si se enteran en mi casa.
	6. Mis padres no lo aprueban.
	7. Prefiero hacer otras cosas.
	8. Otras causas.

¿Cuál de las siguientes razones es la más parecida a su razón por la que empezó a tomar alguno(s) de estos productos y luego continuó tomándolo(s) al menos durante algún tiempo? Escoja sólo una razón de cada grupo.

63. Tabaco y alcohol.
64. Haschich (marihuana, porros...).
65. Otras drogas ilegales (LSD, co-
caína, opiáceos, etc.).
Razones

1. Por sentirme a disgusto en esta sociedad injusta.
2. Por escapar a problemas personales.
3. Por el gusto de hacer algo prohibido.
4. Por experimentar placer, por animarme, etc.
5. Por sentirme libre.
6. Por pasar el rato.
7. Para estudiar o trabajar mejor.
8. Para facilitar la conversación y el contacto social.
9. Porque «paso de todo».

66. Tabaco y alcohol.
67. Haschich (marihuana, porros...).
68. Otras drogas ilegales (LSD, co-
caína, opiáceos, etc.).

Otras razones

1. Para calmar los nervios.
2. Porque es una costumbre social.
3. Para no ser tenido por raro.
4. Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas.
5. Para dormir mejor.
6. Por sentirme rechazado o no aceptado por mi familia.
7. Por sentirme marginado o discriminado en el trabajo o por la sociedad.
8. Por encontrar un nuevo estilo de vida.
9. Por deseo de ser miembro de un grupo y sentirme aceptado por él.

SOLO A LOS QUE TOMAN DROGAS ILEGALES: *¿A qué edad empezó usted a tomar los productos que consume?*

69. Haschich (marihuana, porros...).
70. Otras drogas ilegales (LSD, cocaína, opiáceos, etc.).

1. Antes de los 10 años.
2. De 10 a 12 años.
3. De 13 a 14 años.
4. De 15 a 17 años.
5. De 18 a 20 años.
6. De 21 a 30 años.
7. De 31 a 45 años.
8. Más de 45 años.
9. En la «mili».

VI. RECURSOS Y PREVENCIÓN

71. *¿A quién acudiría usted si tuviera que solucionar un problema de drogas?*
1. Médicos generales.
 2. Psiquiatras/psicólogos de la S. S.
 3. Psiquiatras/psicólogos privados.
 4. Asociaciones de ex-drogadictos (ex-alcohólicos).
 5. Familia/amigos.
 6. Maestros/educadores.
 7. Sacerdotes.
 8. Entidades benéficas (Cáritas...).
 9. Policía.
72. *¿A quién cree usted que corresponde decidir las medidas que se deben tomar con los consumidores habituales de drogas?*
1. A la justicia (policía y tribunales).
 2. A la sanidad (médicos, psicólogos, psiquiatras).
 3. A ambos por igual.
 4. Dudoso, no estoy seguro.
73. *¿Cuál le parece la mejor forma de solucionar el problema de las drogas?*
1. Más policía y vigilancia.
 2. Educación sobre drogas en la escuela.
 3. Más centros de tratamiento y asistencia.



4. Más clubs juveniles y más actividades culturales, deportivas, recreativas, etc.
 5. Supresión de la publicidad de tabaco, alcohol (y en su caso de otras drogas).
 6. Programas de orientación y asistencia familiar.
 7. Medidas legales (legalización y despenalización).
74. *¿Cuál de estas instituciones le parece a usted que se está preocupando más del problema de las drogas?*
1. La policía.
 2. La justicia (los tribunales).
 3. El Gobierno.
 4. La sanidad.
 5. Los partidos políticos.
 6. Las escuelas, los centros de enseñanza.
 7. Los medios de comunicación (prensa, radio, TV., libros...).
 8. Asociaciones privadas (parroquias, asociaciones de padres).
 9. La familia.

VII. OTROS DATOS DE IDENTIFICACION

75. *Nivel de estudios realizados.*

1. Leer, escribir o menos.
2. Primarios, EGB primera etapa.
3. Bachiller elemental; EGB segunda etapa.
4. Bachiller superior; BUP; COU; formación profesional.
5. Estudios medios (peritos, ATS, asistente social).
6. Superiores.

76. *¿A qué partido votó en las últimas elecciones o a qué partido prefiere?*

1. AP-FN.
2. UCD.
3. PSOE.
4. PCE.
5. Partidos regionales de derecha.
6. Partidos regionales de izquierda.
7. Otros de izquierda no parlamentarios (LCR, PTE...).
8. Apolítico (aunque conoce lo suficiente de política, prefiere no tomar postura).
9. Pasota (pasa de política, no le interesa o le ha dejado de interesar).

77. *Cómo se considera en materia religiosa.*

1. No creyente o ateo.
2. Indiferente.
3. Católico no practicante.

4. Católico practicante.
5. Creyente de otra religión.
6. Creyente sin religión concreta.

78. *¿Qué hace actualmente?*

1. Estudia.
2. Trabaja.
3. Trabaja y estudia a la vez (aunque el trabajo sea ocasional)
4. Está en paro (con o sin seguro).
5. Busca primer empleo.
6. Nada; no estudia, ni trabaja, ni le interesa.
7. Sus labores.
8. Jubilado, pensionista.
9. Trabaja ocasionalmente (venta ambulante, chapuzas...).

79. *¿Cuál es su categoría socio-profesional?* (sólo a los que trabajan).

1. Empresario.
2. Funcionarios de la administración pública.
3. Directivos de empresas privadas (agricultura, industria, servicios).
4. Profesiones liberales (autónomos y por cuenta ajena).
5. Trabajadores autónomos.
6. Técnicos medios (agricultura, industria, servicios).
7. Administrativos y empleados de empresas privadas.
8. Obreros cualificados (agricultura, industria, servicios).
9. Obreros sin cualificar (agricultura, industria, servicios), empleadas de hogar, aprendices.



Relación de libros y revistas recibidos en la redacción

- CLAUDE VEIL: *Minusvalía y sociedad*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1978.
- JEAN-MARC BARDEAU: *Minusvalía e inadaptación*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1978.
- CHARLES L. TOMAS: *El minusválido físico. Diagnóstico y orientación (I)*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1978.
- *El minusválido físico. Diagnóstico y orientación (II)*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1978.
- STEPHEN KEW: *Los demás hermanos de la familia. Minusvalía y crisis familiar*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1978.
- DOROTHY M. JEFREE y ROY MCCONKEY: *Ejercicios de lenguaje para niños con dificultades del habla*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1979.
- GEORGES H. HESS: *Esclerosis en placas*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Cuadernos de Documentación del SEREM. Madrid, 1978.
- R. CLEMENTE, P. MARTELES y otros: *Ceguera*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1979.
- SIMON HEWSON, ROY MCCONKEY y otros: *Vamos a jugar*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1979.
- ETIENNE BOLTANSKI: *Niño a pesar de todo*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1979.
- MILDRED BLAXTER: *Las etapas de la rehabilitación*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1980.
- Actas del IX Congreso Internacional sobre prevención y tratamiento de la drogodependencia: *Drogodependencia*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1980.
- CLIFF CUNNINGHAM y PATRICIA SLOPER: *Estimulación precoz en casa*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Colección Rehabilitación. Madrid, 1980.
- JOSÉ M. MONTERO LLERANDI: *Estudio sociológico sobre los accidentes de trabajo en la Marina Mercante*. Sindicato Libre de la Marina Mercante. Madrid, 1980.
- Cáritas Diocesana de Ciudad Real: *Estudio socio-religioso de Ciudad Real*. Boletín Oficial del Obispado. Ciudad Real, 1979.
- FRANCISCO AZCONA SAN MARTÍN y JAVIER PAGOLA LORENTE: *Llegar a viejo*. Diputación Foral de Navarra. Institución Príncipe de Viana. Pamplona, 1980.



Cáritas Diocesana de Barbastro: *Informe sociológico sobre el Alto Ribagorza y sus ancianos. Hacerse viejo en el Valle de Benasque*. Publicado por el patrocinio de la Excm. Diputación Provincial de Huesca. Barbastro, 1980.

Instituto de Información y Documentación en Ciencias Sociales y Humanidades: *Índice español de Ciencias Sociales*, vol. I, núm. 0, 1979. Centro Nacional de Información y Documentación C. S. I. C. Madrid, 1979.

EZEQUIEL ANDER-EGG: *La mujer irrumpe en la historia*. Marsiega. Colección El Mundo en que Vivimos. Madrid, 1980.

JOSÉ GUTIÉRREZ: *Conocer Trotsky y su obra*. Dopesa, 2. Barcelona, 1979.

MAITE LARRAURI: *Conocer Foucault y su obra*. Dopesa, 2. Barcelona, 1980.

FELIP LORDA: *Conocer Spinoza y su obra*. Dopesa, 2. Barcelona, 1980.

JAVIER SÁBADA: *Conocer Wittgenstein y su obra*. Dopesa, 2. Barcelona, 1980.

CARLOS DÍAZ: *¿Es grande ser joven?* Ediciones Encuentro. Madrid, 1980.

CARMEN DE ELEJABEITIA: *Quizá hay que ser mujer*. Zero Zyx. Madrid, 1980.

Partido Socialista Obrero Español: *Los socialistas ante los minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales*. Cuadernos Parlamentarios. Madrid, 1980.

Partido Socialista Obrero Español: *Minusvalías Psíquicas*. Cuadernos de Política Sectorial; Secretaría Federal de Política Sectorial. Madrid, 1980.

Partido Socialista Obrero Español: *Centros Asesores de la Mujer*. Cuadernos de Política Sectorial; Secretaría Federal de Política Sectorial. Madrid, 1980.

Documentación INEI. Instituto Nacional de Enseñanzas Integradas (INEI), números 1 y 2, primer semestre de 1980.

Escuela de Formación Social de Vigo en la prensa (1975-1980). Vigo, Pontevedra.

Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales, núms. 3-4 julio-diciembre 1980.

Censo de Asociaciones de minusválidos físicos y sensoriales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (Documentos Técnicos 4-80). Madrid.

Actualidad Bibliográfica Iberoamericana. Instituto de Cooperación Iberoamericana, Madrid, 2, 1980.

Plan de Acción Municipal, Segunda Parte. Realizaciones y Previsiones. Ayuntamiento de Madrid, núm. 67, 1980-II.



REVISTA DE POLITICA SOCIAL

Trimestral

CONSEJO DE REDACCION:

Eugenio PEREZ BOTIJA (†), Gaspar BAYON CHACON, Luis BURGOS BOEZO (†), Efrén BORRAJO DACRUZ, Marcelo CATALA RUIZ (†), Miguel FAGOAGA, Héctor MARAVALL CASESNOVES, Javier MARTINEZ DE BEDOYA (†), María PALANCAR (†), Miguel RODRIGUEZ PINERO, Federico RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Mariano UCELAY REPOLLES

Secretario: Manuel ALONSO OLEA

Sumario del núm. 128 (octubre-diciembre 1980)

ENSAYOS:

Luis MARINAS OTERO.—«Demografía iberoamericana: su problemática, raíces y consecuencias».

Francisco PEREZ AMOROS.—«Consideraciones en torno a la regulación del convenio colectivo en la legislación francesa».

Germán PRIETO ESCUDERO.—«Evolución de la institución familiar en la moderna política social».

Antonio Vicente SEMPERE NAVARRO.—«Sobre los estudios de Derecho del trabajo en memoria del profesor Bayón Chacón».

CRONICAS:

— Crónica nacional, por Luis Langa García.

— Crónica internacional, por Miguel Fagoaga.

— Actividades de la O.I.T., por Carmen Fernández.

JURISPRUDENCIA SOCIAL

RECENSIONES

REVISTA DE REVISTAS

Precio de suscripción anual

España	1.400 Ptas.
Portugal, Iberoamérica y Filipinas	19 \$
Otros países	20 \$
Número suelto: extranjero	7 \$
» » España	450 Ptas.
» » atrasado	500 »

CENTRO DE ESTUDIOS CONSTITUCIONALES

Plaza de la Marina Española, 9 — Madrid-13 (España)



Índice

CUADERNOS DE REALIDADES SOCIALES

Director: Jesús María Vázquez.

Secretario: Félix Ortega.

Secretario adjunto: Luis Méndez - Administración: Lucía Pernía.

Núm. 18-19 enero 1981.

Ensayos

CONSTANTINO GARCÍA: *Progresismo y superstición.*

LUIS NÚÑEZ LADEVÉZE: *La «división del trabajo» en los Grundrisse.*

Investigaciones

FRANCISCO CARRERA VILLAR: *Imagen de la publicidad e imagen del publicitario: Características atribuidas y dimensiones factoriales.*

JOSÉ PÉREZ VILARIÑO: *Comportamiento electoral de Galicia.*

América Latina

RONALDO MUNCK: *Estado, capital y crisis en el Brasil: 1929-1973.*

H. C. F. MANSILLA: *Las concepciones latinoamericanas del desarrollo y el Tercer Mundo.*

Educación

GERD DOERRY: *Factores socio-emocionales condicionantes de la conducta de aprendizaje en el adulto.*

ANGEL I. PÉREZ GÓMEZ: *Ideología y ciencia en la escuela.*

ANTONIO GARCÍA CORREA: *Cambio en las funciones del profesor de Bachillerato.*

FRANCISCO SALINAS RAMOS: *Tres aspectos de la obra de Paulo Freire.*

JOSÉ ANGEL LÓPEZ HERRERÍAS: *Consecuencias actuales y líneas de corrección, en el sistema escolar, del isomorfismo entre el estamentalismo (feudal) y el inicio de las Universidades.*

Libros

FÉLIX ORTEGA: G. C. Homans: *El grupo humano como mecanismo de control social.*

JOSÉ M.^a QUINTANA: *El enfoque sistemático de la Sociología de la educación.*

J. FRANCISCO MORALES: *Sociología, filosofía y razón.*

Publicación anual. Precio por número: 450 pesetas.

Suscripción: 400 pesetas (extranjero: 14 \$).

Dirección: Claudio Coello, 141, 4.º - Madrid-6 (España).

Teléf. 262 02 39 - 262 13 25



"CARITAS", UNA REVISTA "DISTINTA"

Querido amigo:

- Seguramente recibirás no pocas revistas en tu casa al cabo de la semana, a lo largo del mes. Revistas de todo tipo: políticas, humorísticas, técnicas, de modas, del mundillo social que nos rodea...
- «CARITAS» pide un hueco en tu revistero. No es «una revista más»; sin embargo, es probablemente «la revista» necesaria en esta sociedad, donde no todo es política, humor, moda y cotilleo. «CARITAS» es la revista del **mundo marginado**, la revista que va rastreando el **camino de la justicia**, la revista que trata de encontrar la expresión nueva de la **caridad** en medio de una sociedad donde cada vez hay más marginados, donde no disminuyen las injusticias, donde se confunde la caridad con la limosna eventual.
- Si quieres una revista que te acerque a ese mundo, menos agradable que los otros, pero que existe a tu lado, y que te interpela, lee, compra, SUSCRIBETE a «CARITAS», una revista mensual para los más inquietos. Habrás hecho un buen servicio a los marginados. Habrás sabido empezar a colaborar con CARITAS ESPAÑOLA.

Quiero suscribirme a la revista «CARITAS»

NOMBRE

CALLE

POBLACION

PROVINCIA

Forma de pago:

Por Giro Postal.

Enviar este cupón a:

CARITAS ESPAÑOLA. San Bernardo, 99. Madrid-8

España: 700 ptas. año — Extranjero (aérea): 20 \$



Índice

CORINTIOS XIII

Querido amigo:

Cáritas Española te brinda una revista ágil, moderna, profunda, en torno a un problema común: la teología de la caridad.

No es sólo una revista de teología. No es una revista piadosa. Es una revista que, desde la teología de la caridad, aborda el máximo número de problemas del hombre y de la sociedad moderna, desde una visión centrada en la justicia y en la caridad.

Nacida en 1977, publica cuatro números al año, todos ellos monográficos. Temas como: «Caridad y Política», «Caridad y Lucha de Clases», «Caridad y Familia» o «Caridad y Autonomías», han merecido el interés de sus crecientes lectores. Se trata de interpretar, desde la caridad y el Evangelio, los problemas que acosan al hombre de hoy.

«CORINTIOS XIII» va dirigida a pedagogos, catequistas, teólogos, enseñantes, comunidades cristianas, equipos parroquiales y, en especial, a todos aquellos que hacen de la educación, la caridad y la justicia un programa para la vida.

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Nombre y apellidos

Calle, núm.

Población Provincia

Forma de pago: Por Giro Postal.

Enviar este cupón a **Cáritas Española. San Bernardo, 99 bis. Madrid-8**

Precio de la suscripción:

España: 800 ptas.

Extranjero (aérea): 20 \$



DOCUMENTACION SOCIAL

Próximo número

SALUD Y SOCIEDAD

(Núm. 43. Abril-junio 1981)

1. Hacia un nuevo concepto de salud.
2. Sociedad y salud (familia, trabajo, escuela, etc.).
3. Cultura y salud (información, ocio, valores culturales de los pueblos, etc.).
4. Salud y servicios asistenciales (lo asistencial y los servicios sociales).
5. Salud y participación.
6. Experiencias.

Otros temas para 1981-82, que se desarrollarán en DOCUMENTACION SOCIAL.

- La marginación, hoy.
- Las autonomías y el Estado español.
- Tradición y modernidad.
- La clase trabajadora y el movimiento obrero en España.



ORGANOS DE GOBIERNO Y REGIMEN ECONOMICO

Para información de nuestros lectores, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley de Prensa e Imprenta, damos a conocer la composición de los órganos rectores y de la situación financiera de esta revista.

Junta Directiva

La Junta Directiva está formada por las siguientes personas:

José Suay Milio, Presidente.
Fernando Ibáñez Gómez, Secretario General.
Antonio Sánchez B., Consejero Delegado.

Patrimonio

Los elementos que constituyen el patrimonio de la empresa periodística Cáritas Española provienen de los presupuestos oficiales de Cáritas.

Balance económico al 31 de diciembre de 1980

El balance económico de la revista DOCUMENTACION SOCIAL a 31-XII-80 es el siguiente:

INGRESOS:

1. Por suscripciones	950.000 ptas.
2. Por ventas y depósitos	790.000 »
3. Existencias	330.000 »

TOTAL	2.070.000 ptas.

GASTOS:

1. Redacción e impresión	1.690.000 ptas.
2. Administración y varios	380.000 »

TOTAL	2.070.000 ptas.





Índice

P.V.P. 750 PTS.

