

INFORME N° 2  
**OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS**

INFORME N° 2  
OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS

---

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

En su redacción han intervenido: Emiliano Martín, Eufemia Sánchez, Pilar Álvarez, Gregorio Barrio, Enrique Gil, M<sup>a</sup> Ángeles Luengo, Miguel Navarro, Francisco Rábago, José Salvador, Lorenzo Sánchez y Graciela Silvosa.

### Información del Plan Nacional sobre Drogas

Dirección	Calle Recoletos, 22 - 28071 Madrid
Teléfono	900 150 000
Internet	<a href="http://www.mir.es/pnd">www.mir.es/pnd</a>
Correo electrónico	<a href="mailto:cendocu@pnd.mir.es">cendocu@pnd.mir.es</a>



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

Diseño y maquetación: Quadro

Imprime: Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado

NIPO: 126-99-012-3

ISBN: 84-8150-195-6

Depósito legal:

# C

on la presentación del Informe nº 2 del Observatorio Español sobre Drogas se hace realidad un compromiso adquirido por cuantos impulsamos este proyecto hace casi dos años. El compromiso de editar periódicamente todos los datos e informaciones sobre drogas que, aportados por un gran número de organismos públicos y privados y ordenados según criterios preestablecidos, son sistematizados por el propio Observatorio.

Para llevar a cabo la redacción definitiva de este documento se han puesto en marcha todos los mecanismos previstos, tanto en la recogida de información como en su análisis y elaboración posterior. Entre las aportaciones más novedosas de este segundo Informe, deseo mencionar las realizadas por los Ministerios de Sanidad y Consumo; Justicia; Agricultura, Pesca y Alimentación; Trabajo y Asuntos Sociales e Interior, así como las provenientes del Ministerio de Defensa. Este número también incluye los indicadores de admisiones a tratamiento, urgencias y mortalidad, que tan laboriosamente vienen complementando los Planes Autonómicos sobre Drogas. Y no quisiera dejar de mencionar los capítulos dedicados a dos áreas tan relevantes como la investigación y la evaluación de prevención que constituyen prioridades fundamentales del Plan Nacional sobre Drogas.

Una vez más, agradezco el excelente trabajo de revisión realizado por el Consejo Asesor —órgano consultivo integrado por miembros destacados de entidades sociales, profesionales, técnicas y científicas— y la Comisión Técnica que ha confeccionado eficazmente este texto que tengo el honor y la satisfacción de presentar.

Además de realizar estas tareas de análisis y difusión, el Observatorio Español sobre Drogas ha continuado avanzando en su proceso de desarrollo técnico y organizativo. En los últimos meses se ha puesto en marcha el sistema de “Sondas de Información Rápida” y más recientemente acaba de crearse el Comité Científico. Todas estas iniciativas contribuirán sin duda a mejorar el funcionamiento del Observatorio en su misión de alcanzar una información objetiva, fiable y comparable sobre las drogas, las adicciones y sus consecuencias.

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



# Indice

<b>1. Introducción</b>	<b>7</b>
<b>2. Indicadores sociológicos y patrones de consumo</b>	<b>13</b>
1. El consumo de alcohol en España. <i>(Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997)</i>	15
2. Encuesta sobre conocimiento y actitudes de los mandos de las Fuerzas Armadas con respecto al alcohol	34
3. Informe del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación sobre demanda directa de bebidas alcohólicas	37
<b>3. La respuesta asistencial</b>	<b>41</b>
1. Indicadores de tratamiento	43
2. Programas de mantenimiento con metadona para drogodependientes	52
3. Las desintoxicaciones ultracortas en España	53
4. Dispensación controlada de LAAM	56
5. Indicadores sanitarios	58
<b>4. Control de la oferta de drogas</b>	<b>63</b>
1. Indicadores de oferta de drogas	65
2. Indicadores policiales	65
<b>5. Población penitenciaria: indicadores de prisiones</b>	<b>75</b>
1. Consumo de drogas	77
2. Sida y enfermedades asociadas en la población reclusa	77
3. Tratamiento en Instituciones Penitenciarias	79
<b>6. Indicadores judiciales</b>	<b>83</b>
1. Cumplimientos alternativos a la prisión	85
2. Derivación de reclusos a tratamiento comunitario	85
3. Sentencias por delitos contra la salud pública y relacionados con las drogas	87

<b>7. Indicadores de mortalidad</b>	<b>91</b>
1. Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas	93
2. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España	94
3. Defunciones en enfermos de sida usuarios de drogas por vía parenteral	100
4. Muertes producidas en accidentes de tráfico	101
<b>8. Indicadores de prevención</b>	<b>103</b>
<b>9. Indicadores de inserción/reinserción</b>	<b>115</b>
<b>Anexo</b>	<b>119</b>
Memoria científica del Proyecto de investigación desarrollado en el marco del convenio CSIC/Plan Nacional sobre Drogas	

# 1

## Introducción

---



La regulación legal del Observatorio Español sobre Drogas fue llevada a cabo en el Real Decreto 783/1998, de 30 de abril, que señalaba que el citado Observatorio se establecía en el Ministerio del Interior, y que sus funciones serían ejercidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la cual actuaría como tal Observatorio.

Tras la aprobación de este Real Decreto, que se ha visto completado por la Orden del Ministerio del Interior, de 24 de noviembre de 1998, por la que se regulaban las funciones, composición y estructura del Consejo Asesor del Observatorio Español sobre Drogas, la actividad de éste se ha visto plasmada, entre otros aspectos, en la edición de un Informe en el que se analizaban determinados aspectos de la situación de las drogodependencias en España, de acuerdo con un sistema de indicadores variados: sociológicos, asistenciales, de control de la oferta, de prevención, judiciales, etc.

Aparece ahora un segundo Informe en el que, siguiendo con la sistemática establecida en el primero, se presentan los últimos datos conocidos a través de los distintos indicadores que recoge el Observatorio Español sobre Drogas, así como los resultados de diferentes estudios e investigaciones realizados o impulsados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Respecto a los indicadores epidemiológicos, y en concreto a los indicadores de *tratamiento*, *urgencias* y *mortalidad*, que comenzaron a funcionar en 1987, formando parte del antiguo

SEIT, y que desde 1997 se han integrado en el Sistema de Información del Observatorio Español sobre Drogas, hay que decir que se han ido produciendo importantes modificaciones en los mismos desde 1996, entre las que cabe señalar:

- Ampliación en la recogida de información a cualquier sustancia psicoactiva, con excepción del tabaco (hasta entonces sólo se recogía información sobre opiáceos y cocaína).
- Mayor especificación en las sustancias psicoactivas consumidas. Con anterioridad sólo era posible obtener información desagregada por principio activo para la heroína y la cocaína. A partir de ahora, este nivel de desagregación podrá obtenerse, tanto para la droga principal como para la secundaria, para cualquier tipo de sustancia psicoactiva.

En cuanto al indicador *tratamiento* específicamente, se han producido las siguientes modificaciones:

- Se identifican los episodios de tratamiento que pertenecen a una misma persona dentro de cada Comunidad Autónoma.
- Se introducen cuatro nuevas variables: dos variables de posición o clase social, una variable sobre patrones de uso y otra variable clínica.

Con respecto al indicador *urgencias*, las principales modificaciones efectuadas son:

- Desaparición del concepto de droga principal que motiva la urgencia.

- Introducción de los conceptos de sustancia psicoactiva de consumo habitual y de sustancia psicoactiva directamente relacionada con la urgencia actual.
- Se recogerán únicamente los episodios de urgencia relacionados directamente con el consumo, dejando de hacerlo con los que sólo tienen una relación indirecta.
- Se recoge la vía de consumo.
- Se aporta información básica con respecto al resultado de la urgencia.
- La información no se recoge de forma continua, sino sólo de algunos períodos de tiempo. Concretamente, se ha propuesto recoger información una semana al mes.
- El grupo de edad se restringe de 15 a 49 años (ambos incluidos).

En lo que respecta al indicador *mortalidad*, la única modificación incorporada es la restricción de la edad de 15 a 49 años (ambos incluidos).

En cuanto a la estructura de este Informe nº 2 del Observatorio Español sobre Drogas, tras un primer capítulo de carácter introductorio, el **segundo capítulo** analiza en profundidad diferentes aspectos relacionados con el consumo de alcohol en España. En primer lugar, se exponen y discuten una serie de datos elaborados a partir de una explotación de la *Encuesta domiciliaria a la población general*, realizada en 1997. Entre algunas de las tendencias básicas que se desprenden de esos datos cabe destacar:

- La evolución seguida en el período 1995-97 por el consumo de alcohol en España indica un aumento en el número de consumidores, pero al mismo tiempo unas pautas de consumo menos problemáticas.
- Persisten distintos patrones de consumo de alcohol para jóvenes y adultos. Mientras éstos consumen alcohol de forma regular diariamente, los jóvenes, en su mayoría, lo hacen de forma elevada durante el fin de semana.
- A pesar del consumo masivo de alcohol que realiza un amplio sector de la juventud, los mayores problemas derivados del

abuso de esta sustancia afectan a la población adulta. Así, los mayores porcentajes de bebedores de gran riesgo se concentran entre los grupos de edades de 29 a 48 años y de 49 a 65 años.

- Un porcentaje significativo de españoles tiene graves problemas de abuso o dependencia al alcohol: El 1,1% de la población encuestada declara emborracharse todos los días y el 2,8% una vez a la semana.
- Desde comienzos de la década de los cincuenta viene produciéndose una reducción en la edad de inicio al consumo de alcohol.
- Se está produciendo una importante incorporación de mujeres jóvenes al consumo de alcohol, existiendo una práctica equivalencia en las tasas de consumo de alcohol entre los sexos, entre los 15 y los 18 años.

La segunda parte de este capítulo presenta los resultados de una encuesta a mandos de las Fuerzas Armadas, realizada por el Ministerio de Defensa, sobre su conocimiento y actitudes en relación el alcohol. Finalmente, el capítulo se cierra con un informe del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación en el que se ofrecen datos sobre la demanda de bebidas alcohólicas, tanto en el hogar como en el sector de la hostelería y restauración.

El **capítulo tercero** se refiere al tema asistencial. En él se ofrecen los últimos datos disponibles sobre el indicador *tratamiento*, monitorizado a través del Observatorio Español sobre Drogas. De acuerdo con los mismos, el número de admisiones a tratamiento en 1997 se mantuvo prácticamente estable con respecto a 1996. Aunque la heroína es la responsable de la mayoría de estas admisiones, su número ha disminuído en 1997 con respecto al año anterior, mientras que han aumentado de forma importante las admisiones por consumo de cocaína.

Otro apartado de este capítulo se ocupa de los programas de mantenimiento con metadona, que registran un aumento continuado en cuanto al número de pacientes atendidos en los

mismos. El número alcanzado en 1997 (55.813), fue superior en un 32% al del año anterior, y casi dobló al del año 1995.

Como aspectos novedosos en este capítulo cabe señalar la información ofrecida sobre las denominadas desintoxicaciones *ultracortas* en España y el tratamiento con LAAM. Respecto a las desintoxicaciones *ultracortas*, que han proliferado desde finales de los años 80, hay que decir que en España, en estos momentos funcionan, que se sepa, 18 programas de tratamiento con estas características, realizados en 20 centros, distribuidos en 10 Comunidades Autónomas. En este capítulo se ofrece información sobre las características de estos programas, los criterios de inclusión y exclusión, etc. En cuanto al programa de dispensación del LAAM, se trata de la utilización de un nuevo fármaco en un programa experimental, con el objetivo de comprobar sus ventajas en relación con la tradicional utilización de la metadona en los programas de mantenimiento.

Por último, el capítulo presenta los datos del indicador *urgencias*, monitorizado asimismo por el Observatorio Español sobre Drogas, así como los últimos datos de casos de sida asociado al consumo de drogas por vía intravenosa.

El **capítulo cuarto** trata de las medidas dirigidas al control de la oferta, a través de dos tipos de indicadores: indicadores de oferta de drogas e indicadores policiales. Las informaciones ofrecidas apuntan a un aumento en las aprehensiones de hachís, una disminución de las de cocaína y heroína y una estabilización de las de drogas de síntesis. El capítulo incluye también un informe sobre las diligencias abiertas y las denuncias impuestas por conducción de vehículos con tasas de alcoholemia superiores a las permitidas legalmente.

En el **capítulo quinto**, dedicado a presentar los indicadores sobre la población penitenciaria, se ofrece información sobre diversos aspectos que afectan a la misma en relación con el consumo de drogas y enfermedades asociadas. Así, alrededor del 54% de la población reclusa es drogodependiente, y la prevalencia de personas infectadas por el VIH ingresadas en prisión a 29 de enero de 1998 era del 18,3%. En cuanto a los tratamientos que se ofrecen a los internos

en prisiones afectados por drogodependencias, el capítulo ofrece información sobre diversas modalidades de deshabituación, así como de programas de reducción del daño. También se informa de los programas de intercambio de jeringuillas que se llevan a cabo en los centros penitenciarios de Bilbao y Pamplona.

El **capítulo sexto** se refiere a los indicadores judiciales, y se tratan en él temas como los cumplimientos alternativos a la prisión o la derivación de reclusos a programas de incorporación social que se desarrollan en el ámbito extrapenitenciario. También se ofrece información sobre las sentencias dictadas por delitos contra la salud pública o relacionados con las drogas.

En el **capítulo séptimo** se ofrecen datos sobre la mortalidad asociada al consumo de drogas. En primer lugar se presentan las últimas cifras registradas en el indicador *mortalidad*, monitorizado por el Observatorio Español sobre Drogas, y referidas al año 1997. A continuación se presentan los resultados de un estudio elaborado por la Dirección General de Salud Pública, del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol.

El capítulo expone también los últimos datos sobre muertes por sida, notificadas al Registro Nacional de Sida. De acuerdo con este Registro, hasta el 31 de diciembre de 1998, habían fallecido por esta causa 27.905 personas, de las cuales el 65,1% (18.168), eran usuarios de drogas por vía parenteral. Por último se incluyen los resultados de un estudio realizado por el Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología, en el que se analizaron durante los nueve primeros meses de 1998 un total de 446 casos de conductores fallecidos en accidentes de tráfico, ocurridos en nueve Comunidades Autónomas, a fin de establecer la relación entre estos accidentes y el consumo de alcohol y otras drogas.

El **capítulo octavo**, dedicado a los indicadores de prevención, y específicamente a las actividades desarrolladas en el ámbito educativo, presenta los resultados de la evaluación realizada para contrastar la eficacia del *Programa de entrenamiento en habilidades de vida*, pro-

grama llevado a cabo a lo largo del curso 1997-98, en 124 centros escolares de Educación Primaria de 10 Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla. El resultado de esta evaluación presenta resultados favorables en cuanto a la prevención del consumo de tabaco y alcohol en los escolares que participaron en el programa.

En el **capítulo noveno**, y dentro de los indicadores de inserción/reinserción, se incluyen datos sobre los programas de reinserción social llevados a cabo en el ámbito territorial de los Planes Autonómicos de Drogas, así como de los proyectos de Escuelas Taller y Casas de Oficios, presentados al INEM en 1998, en el marco del Acuerdo de Colabora-

ción entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para promover la reinserción laboral de drogodependientes en rehabilitación.

Finalmente, este Informe nº 2 del Observatorio Español sobre Drogas incluye un Anexo con la Memoria científica de un proyecto de investigación sobre la denominada puerta de entrada o escalada de drogas. La hipótesis del proyecto se apoya en la idea de que el consumo previo durante un período de tiempo de una droga de abuso, supuestamente de menor capacidad adictiva, favorece el consumo posterior de otras drogas más adictógenas o, al menos epidemiológicamente, que su adicción provoca mayor trastorno sanitario o social.

# 2

## Indicadores sociológicos y patrones de consumo

---



## 1. EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA. (ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE CONSUMO DE DROGAS, 1997)

El Informe nº 1 del Observatorio Español sobre Drogas (OED) recogía los resultados generales de la *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas* realizada en 1997, describiendo la situación de los consumos de las diferentes drogas, así como la evolución temporal de los mismos. Una de las principales conclusiones de la *Encuesta domiciliaria* hacía referencia a la importantísima penetración que en la sociedad española tiene el alcohol, sin duda la sustancia con mayores niveles de prevalencia entre la población de 15 a 65 años, tanto para las conductas de experimentación, como de uso y abuso.

Las elevadas prevalencias del consumo de alcohol, junto con el papel que esta sustancia juega entre los adolescentes y jóvenes como droga de inicio, unido al importantísimo impacto social y sanitario derivado de su consumo, han llevado al OED a realizar un análisis en profundidad de una serie de fenómenos y procesos asociados al consumo de alcohol a partir de los datos recogidos en la *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas*.

Del conjunto de informaciones y datos facilitados por la *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas* de 1997, destacan una serie de procesos y tendencias básicas que deberán de ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar las estrategias preventivas y asistenciales, que se enumeran a continuación:

- 1<sup>a</sup> La expansión del consumo de alcohol entre los adolescentes y jóvenes españoles, proceso que se viene produciendo con especial intensidad desde el inicio de los años noventa, determina el crecimiento de la penetración del alcohol en la sociedad española. Los datos relativos a la prevalencia de los consumos de bebidas alcohólicas, referidos a períodos temporales amplios, que recoge la *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas* de 1997 (Tabla 2.1) confirman el mantenimiento de esta tendencia, favorecida por el papel relevante que el uso del alcohol tiene en la vida social de numerosos adolescentes y jóvenes.
- 2<sup>a</sup> La mayor penetración social del uso del alcohol se compatibiliza con una reducción de los consumos habituales. De este modo, junto al incremento de los porcentajes de ciudadanos que han consumido alcohol en el último año y el último mes, se produce una reducción de un 1,7% en los porcentajes de bebedores diarios, que pasan del 14,6% registrado en 1995 al 12,9% de 1997.

La evolución seguida en el período 1995/97 por los consumos de alcohol podría resumirse del siguiente modo: son más las personas que consumen alcohol, pero lo hacen de forma menos problemática.

- 3<sup>a</sup> Persisten los distintos patrones de consumo de alcohol que mantienen por un

lado los jóvenes y por otro los adultos. Los adultos consumen alcohol (principalmente vino y cerveza) de forma regular a lo largo de la semana, en tanto los jóvenes, que sólo en un reducido porcentaje consume alcohol los días laborables, disparan su ingesta durante el fin de semana (preferentemente cerveza y combinados).

- 4<sup>a</sup> Progresivamente se va consolidando con mayor nitidez un patrón juvenil de consumo de alcohol, caracterizado por la concentración de la ingesta de bebidas alcohólicas en el fin de semana y por su papel fundamental como articulador del ocio y de las relaciones sociales de los adolescentes y jóvenes. El consumo masivo de alcohol que realiza un sector de los jóvenes españoles, está provocando ya graves efectos sociales y sanitarios.

A pesar de la razonable alarma social que provoca el uso masivo de alcohol que realizan amplios sectores juveniles, conviene no olvidar que en la actualidad los mayores problemas derivados del abuso del alcohol afectan a la población adulta. De hecho los mayores porcentajes de bebedores de gran riesgo se concentran entre los grupos de edad de 29 a 48 años (un 6,2%) y de 49 a 65 años (un 5,9%).

- 5<sup>a</sup> Existe un alto índice de continuidad en el consumo de alcohol, como pone de manifiesto el hecho de que cerca de un 75% de quienes bebieron en el último mes lo hayan hecho también en la última semana. La proporción de ciudadanos que habiendo consumido alcohol en alguna ocasión, lo han hecho también en el último año, en el último mes y en la última semana es muy alta. La continuidad en los consumos registra una quiebra importante en lo referido a los consumos diarios (sólo una de cada cuatro personas que han bebido en la última semana lo hace a diario). Sin duda, un reto que tiene planteado la sociedad española y sus instituciones en relación con la pre-

vención del alcoholismo radica precisamente en evitar que los consumos masivos de alcohol que los jóvenes realizan en los fines de semana no acaben trasladándose a los días laborables y haciéndose diarios.

- 6<sup>a</sup> Un porcentaje significativo de ciudadanos presenta graves problemas de abuso y/o dependencia al alcohol, como lo evidencia el hecho de que un 1,1% de la población encuestada (aproximadamente unas 291.000 personas en cifras absolutas) reconozca haberse emborrachado todos los días del año y que un 2,8% (unas 747.000 personas) se haya emborrachado al menos una vez a la semana. Por otra parte, si atendemos al consumo medio de alcohol, debe destacarse que un 4,4% de quienes consumen bebidas alcohólicas los días laborables pertenecen a la categoría de bebedores de gran riesgo (unas 670.000 personas), en la que también se incluye un 2,9% de quienes beben los fines de semana. El perfil de las personas que se embriagan habitualmente y el de los bebedores de gran riesgo se corresponden fundamentalmente con la población adulta masculina.
- 7<sup>a</sup> Desde comienzos de la década de los cincuenta viene produciéndose una reducción en la edad de inicio al consumo de alcohol. Si bien para el conjunto de la población de 15 a 65 años la edad media se sitúa en los 16.8 años, se observa cómo las sucesivas generaciones han ido reduciendo progresivamente la edad de inicio al consumo, hasta llegar a los 14.6 años para el grupo de edad de 15 a 18 años (Tabla 2.18). A los 11 años un 3,5% del total de la población ha probado ya bebidas alcohólicas y antes de cumplir los 16 años el 36,5% (unos 3.423.000 adolescentes) ya las ha consumido en alguna ocasión.
- 8<sup>a</sup> Se registra una importante incorporación de mujeres jóvenes al consumo de alcohol, de hecho existe una práctica equivalencia en las tasas de consumo de alcohol; entre los sexos a los 15-18 años. Un 73,6% de las mujeres de 15 a 18 años ha

consumido alcohol en el último año y un 41,9% en el último mes, frente a unos porcentajes del 72,5% y 47,3% registrados entre sus homólogos varones (Tabla 2.20). Entre quienes han consumido alcohol en el último mes, también en este intervalo de edad (15 a 18 años) las mujeres mantienen un mayor consumo medio diario (Tabla 2.8).

9ª Existe todavía una actitud mayoritariamente tolerante frente al consumo de alcohol, como evidencia el hecho de que el 53,3% de los ciudadanos encuestados considere que tomarse 5 ó 6 copas en el fin de semana no supone ningún problema. Se registra una asociación positiva entre las actitudes más tolerantes frente al consumo de alcohol y el abuso del mismo (Tabla 2.24).

A pesar de la elevada tolerancia social, las actitudes de los ciudadanos frente al alcohol han mejorado de forma significativa en relación a 1995.

### Evolución de las prevalencias del consumo de alcohol: 1995-1997

El alcohol es sin duda la droga que registra un mayor consumo en la sociedad española, como lo confirma el hecho de que un 89,9% de los españoles de 15 a 65 años haya tomado alguna bebida alcohólica a lo largo de su vida. El análisis comparado de la evolución seguida por los indicadores de consumo en el último año, último mes y diario a través de las informaciones suministradas por la *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas* de 1995 y 1997, confirma que está aumentando la penetración social del alcohol.

En el período 1995/97 los porcentajes de ciudadanos que han consumido alcohol en el último año y en el último mes se han incrementado respectivamente en un 9,4% y un 7,7%. Por el contrario, se ha producido una disminución del 1,7% entre las personas que consumen alcohol diariamente (Tabla 2.1)

La divergente evolución registrada por los indicadores de consumo analizados (aumento de la proporción de consumidores ocasionales y descenso de los porcentajes de consumidores habituales), debe ser explicada a partir de la influencia ejercida por dos procesos contradictorios que se vienen observando en España con cierta intensidad desde el inicio de los años noventa:

- La creciente incorporación de los adolescentes y jóvenes, (en particular de las mujeres más jóvenes) al consumo de alcohol, justifica la mayor prevalencia social del uso de esta sustancia.
- La progresiva tendencia a la reducción de los consumos de alcohol más frecuentes o problemáticos (consumo diario y/o en cantidades abusivas) por parte de la población adulta española.

Es preciso tener en cuenta que muchos de los ciudadanos que han consumido alcohol en el último año lo ha hecho de forma ocasional. El análisis de las frecuencias en el consumo de bebidas alcohólicas en los períodos temporales más cercanos (la última semana) permite realizar una aproximación a la tipología de los bebedores españoles (Tabla 2.2).

Si agrupamos las diferentes frecuencias de consumo semanal que aparecen recogidas en la Tabla 2.2, podrían establecerse tres grandes categorías de consumidores de alcohol en fun-

Tabla 2.1. Evolución de las prevalencias del consumo de alcohol: 1995-1997.

Indicadores (en porcentajes)	Encuesta Domiciliaria 1995	Encuesta Domiciliaria 1997	Evolución
Último año	68,1%	77,7%	+ 9,4%
Último mes	53,0%	60,7%	+ 7,7%
Todos los días	14,6%	12,9%	-1,7%

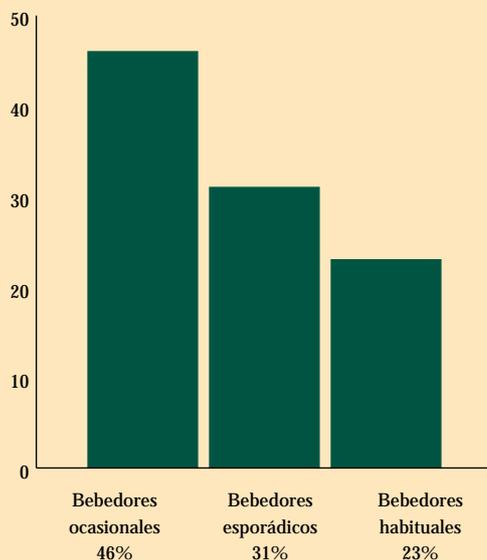
Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas*, 1995 y 1997.

Tabla 2.2. Frecuencias en el consumo semanal de bebidas alcohólicas entre la población general y la población consumidora.

Frecuencia en el consumo	Población total (%)	Población consumidora de alcohol (%)
Consumo 1 ó 2 días a la semana	27,9	31,0
Consumo 3 ó 4 días a la semana	4,9	5,6
Consumo 5 ó 6 días a la semana	2,8	3,1
Consumo todos los días de la semana	12,9	14,3
Inferior a 1 vez a la semana	51,5	46,0

Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.*

Figura 2.1 Tipología de los consumidores de alcohol en función de la frecuencia de uso (población consumidora).



Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.*

ción de la frecuencia de uso, cuyo distinto peso estadístico se describe en la figura 2.1: bebedores ocasionales, esporádicos y habituales.

Aunque el número de ciudadanos que a lo largo de períodos temporales amplios (último año) consumen algún tipo de bebida alcohólica es muy elevado, lo cierto es que el 46% de éstos realizan consumos ocasionales. Por otra parte, se observa con precisión el peso relevante que tiene un patrón de consumo consistente en la ingesta de alcohol uno o dos días a la semana, que se corresponde con los consumos de fin de semana que realizan mayoritaria-

mente los jóvenes. Convendría no obstante no menospreciar la existencia de un importante segmento de personas que consumen alcohol de forma habitual, a tenor del potencial adictivo que presenta esta sustancia y los efectos sociosanitarios asociados a su uso y abuso.

#### Continuidad en el consumo de alcohol

Analizar la continuidad de uso implica poner en relación los consumidores de una determinada droga que la siguen usando en un período de tiempo, con respecto a quienes la consumieron en un período temporal más amplio. Para describir la continuidad en el consumo de alcohol se han seleccionado los siguientes índices:

- Consumo últimos doce meses/consumo alguna vez.
- Consumo último mes/consumo últimos doce meses.
- Consumo última semana/consumo último mes.
- Consumo diario/consumo en la última semana.

Los índices de continuidad son por tanto una valiosa herramienta que permite conocer el grado de consolidación de las pautas que entraña una mayor frecuencia de consumos de bebidas alcohólicas, entre el conjunto de ciudadanos que en diferentes momentos de su vida han consumido alcohol.

La Tabla 2.3 recoge la evolución seguida por los índices de continuidad seleccionados en la *Encuesta domiciliaria* de 1995 y 1997.

Tabla 2.3. Continuidad en el consumo de alcohol: 1995/97.

Período temporal de consumo	Encuesta domiciliaria 1995 (Universo: españoles de 15 y + años) (%)	Encuesta domiciliaria 1997 (Universo: españoles de 15 a 65 años) (%)
Alguna vez en la vida	*	89,9
Último año	68,1	86,5
Último mes	77,1	78,1
Última semana	73,5	79,7
Diario	41,7	26,6

\* Dato no registrado en la *Encuesta domiciliaria* de 1995.

Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas*, 1995 y 1997.

Como puede comprobarse, la continuidad de los consumos entre quienes habiendo bebido en el último año lo han hecho en el último mes y la última semana es en ambos casos elevada (superior al 73%).

La *Encuesta domiciliaria* de 1997 registra una continuidad ligeramente mayor para estos períodos temporales. Pero sin duda, el fenómeno más relevante se registra en la continuidad de los consumos diarios en relación con los consumos registrados en la última semana. Si en 1995 un 41,7% de las personas que habían consumido en la última semana lo hacía también a diario, este porcentaje desciende de forma importantísima en 1997, de modo que sólo el 26,6% de quienes consumieron en la última semana lo hacen a diario.

La evolución registrada por el índice de continuidad consumo diario/consumo última semana, indicaría que estamos ante un proceso de desplazamiento de los consumos diarios hacia el consumo de fin de semana.

### Perfil de quienes han consumido alcohol en el último mes

Durante los últimos 30 días el conjunto de la población española de 15 a 65 años ha tomado bebidas alcohólicas por término medio en 11,2 días (Tabla 2.4). A continuación se ofrece una descripción del perfil sociodemográfico (centrado en las variables edad y sexo) de las personas que consumen bebidas alcohólicas con diferentes frecuencias.

- La frecuencia de consumo de los adultos es más del doble que la de los jóvenes. Mientras los jóvenes consumieron como media en 6,6 días a lo largo del último mes, la frecuencia de los adultos llega hasta los 13,7 días. Debe destacarse que la frecuencia (el número de días en que se ha ingerido alcohol) se relaciona directa y linealmente con la edad.
- Los hombres beben por término medio casi el doble de días que las mujeres (13,6 días frente a 7,7 días de media de las mujeres).

Tabla 2.4. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en el último mes (días de consumo), en función de la edad y el sexo.

Población	Sexo		Grupo de población			Grupos de edad				
	Total	Varón	Mujer	Joven	Adulto	15-18	19-28	29-38	39-48	49-65
	11,2	13,6	7,7	6,6	13,7	4,6	7,1	10,8	13,7	16,4

Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas*, 1997.

El número de consumiciones ingeridas por término medio entre quienes han consumido alcohol en el último mes fue de 4,2 (Tabla 2.5).

Los varones beben por término medio 4,7 consumiciones frente a las 3,4 consumidas por las mujeres. También es ligeramente mayor el número de consumiciones de los adultos (4,2), frente a las 4 de los jóvenes. El grupo de edad donde se registra el mayor número de consumiciones es el comprendido entre los 39 y los 48 años.

### Consumos en días laborables y en fin de semana

Como ya se ha comentado anteriormente, existen sensibles diferencias en el consumo de bebidas alcohólicas que los entrevistados realizan los días laborables (desde el lunes hasta el jueves) y los fines de semana (del viernes al domingo). Tomando como base a las personas

que han consumido alcohol en los últimos treinta días, se constata que un 39% de éstos ha consumido bebidas alcohólicas en días laborables. Por su parte el porcentaje de consumidores de fin de semana aumenta hasta situarse en el 67% (Figura 2.2)

Las frecuencias de consumo de alcohol los días laborables y en el fin de semana difieren sustancialmente entre los jóvenes y los adultos. Durante los días laborables el porcentaje de adultos que ingiere alcohol es casi el doble que el de los jóvenes (Figura 2.3).

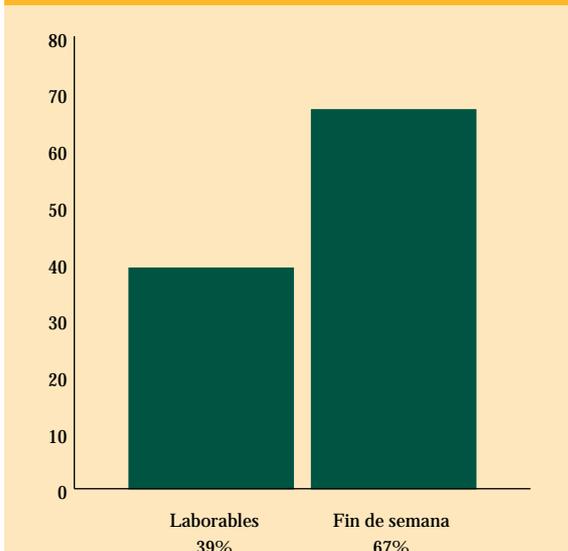
Un 46,5% de la población adulta española de 29 a 65 años bebe alcohol los días laborables, frente al 24,5% de los jóvenes. El grupo de edad donde mayores consumos se registran en días laborables es el comprendido entre los 36 y los 48 años, con un 50,9%. Por el contrario, el grupo de edad con menores consumos de alcohol en días laborables es el de 15 a 18, con un 12,5% de consumidores.

Tabla 2.5. Número de consumiciones ingeridas por quienes han bebido en el último mes.

Población	Sexo		Grupo de población		Grupos de edad					
	Total	Varón	Mujer	Joven	Adulto	15-18	19-28	29-38	39-48	49-65
	4,2	4,7	3,4	4,0	4,2	3,3	4,3	3,8	4,5	4,4

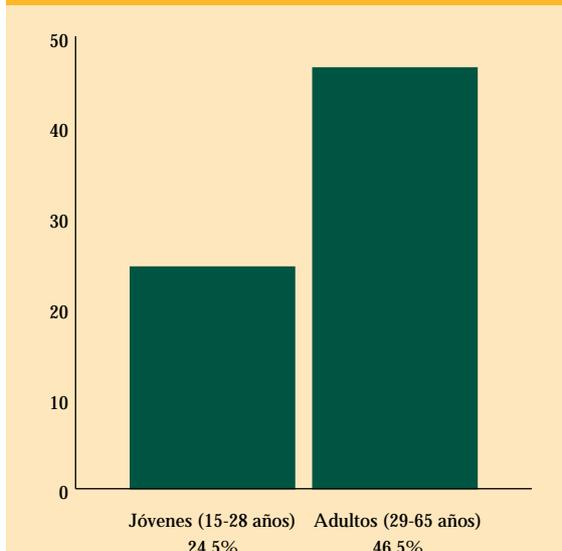
Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

Figura 2.2. Porcentaje de consumidores de alcohol en días laborables y en el fin de semana.



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

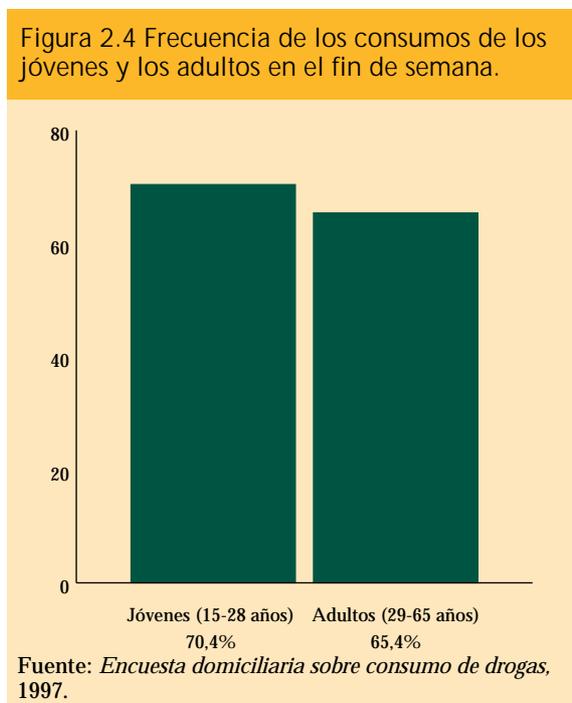
Figura 2.3. Porcentajes de jóvenes y adultos que consumen alcohol los días laborables.



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

En el fin de semana se invierten los hábitos y son los jóvenes quienes beben con mayor frecuencia que los adultos. El 70,4% de los jóvenes de 15 a 28 años consume algún tipo de bebida alcohólica en el fin de semana, frente al 65,4% de adultos (Figura 2.4)

Si bien ambos grupos de edad, jóvenes y adultos, ven aumentadas las frecuencias de su consumo de alcohol en el fin de semana, es en el grupo de jóvenes donde es más perceptible esta modificación de hábitos. Así, mientras que el grupo de adultos que ingiere alcohol en el fin de semana aumenta en un 18,9%, el de jóvenes lo hace en un 45,9%. El intervalo de



edad que registra los mayores niveles de consumo de alcohol en el fin de semana es el comprendido entre los 19 y los 28 años, con un 73,8% de bebedores

### Tipo de bebidas alcohólicas consumidas

Por lo que respecta al tipo de bebidas consumidas, son el vino, seguido de cerca por la cerveza, las bebidas preferidas. Pero al igual que ocurría con las frecuencias de consumo, también las preferencias de la población se alteran en el fin de semana (Tabla 2.6).

La bebida más consumida durante los días laborables es el vino (consumido por el 20,6% de la población total) y la cerveza (20%). Las restantes bebidas registran porcentajes más bajos. Durante los fines de semana se opera un cambio en el consumo, tanto en el porcentaje de consumidores como en las bebidas ingeridas:

- La cerveza pasa a ser la bebida que más personas consumen.
- Se incrementan los porcentajes de consumidores de cada una de las bebidas, llegando en algunos casos a quintuplicarse, como en el licor de frutas.
- El caso de los combinados es especialmente llamativo, pues el incremento de consumidores supone un 1.000 por ciento respecto a los días laborables.

Las bebidas alcohólicas consumidas por los diferentes grupos de edad y sexo se recogen en la Tabla 2.7. Como puede observarse, el consu-

Tabla 2.6. Población de 15 a 65 años consumidora de distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y en el fin de semana.

Tipo de bebida	Consumo en días laborables (lunes a jueves)	Consumo en fines de semana
Vino/champan	20,6%	29,8%
Cerveza/sidra	20,0%	36,3%
Aperitivos (vermut, jerez)	1,5%	6,2%
Combinados (cubatas)	2,0%	20,7%
Licor de frutas	1,1%	5,7%
Licores fuertes (coñac, etc.)	2,1%	6,2%

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

Tabla 2.7. Tipo de bebidas alcohólicas consumidas en días laborables y fin de semana, según segmento de población y sexo.

	Vino	Cerveza	Aperitivos	Combinados	Licor frutas	Licores fuertes
<b>Grupo de edad</b>						
Jóvenes (15-28 años)						
Laborable	6,7	16,2	1,0	3,3	1,3	1,1
Fin semana	15,7	41,2	5,7	36,8	9,8	5,8
Adultos (29-65 años)						
Laborable	27,7	21,8	1,7	2,7	1,0	2,6
Fin semana	37,7	33,6	6,4	12,3	3,5	6,4
<b>Sexo</b>						
Varones						
Laborable	28,2	30,2	2,0	4,7	1,5	3,7
Fin semana	35,9	46,7	6,6	27,5	5,4	10,0
Mujeres						
Laborable	13,1	9,8	0,9	1,1	0,7	0,4
Fin semana	23,7	25,8	5,7	13,9	5,9	2,5

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

mo de los jóvenes en el fin de semana se centra principalmente en la ingesta de cervezas (41,2%) y combinados (36,8%). A continuación, pero con una frecuencia sensiblemente inferior, están los consumos de vino (15,7%), licores de frutas (9,8%), licores fuertes (5,8%) y aperitivos (5,7%).

Por su parte, el consumo de los adultos en fin de semana se centra en el vino (37,7%) y en la cerveza (33,6%). A continuación hay un grupo importante de consumidores de combinados (12,3%), le siguen con porcentajes más reducidos los consumidores de licores fuertes, como coñac y whisky y aperitivos (ambos con 6,4%), y por último el grupo de consumidores de licores de frutas (3,5%).

El perfil de los principales consumidores de las diferentes bebidas alcohólicas es el siguiente:

- Vino en días laborables (20,6%): varones (28,2%), adultos (27,7%).
- Vino en fin de semana (29,8%): adultos (37,7%), varones (35,5%).
- Cerveza en días laborables (20%): varones (30,2%), adultos (21,8%).
- Cerveza en fin de semana (36,3%): varones (46,7%), jóvenes (41,2%).
- Aperitivos en días laborables (1,5%): varones (2%), adultos (1,7%).

- Aperitivos en fin de semana (6,2%): varones (6,6%), adultos (6,4%).
- Combinados en días laborables (2,9%): varones (4,7%), jóvenes (3,3%).
- Combinados en días festivos (20,7%): jóvenes (36,8%), varones (27,5%).
- Licor de frutas laborables (1,1%): varones (1,5%), jóvenes (1,3%).
- Licor de frutas fin de semana (5,7%): jóvenes (9,8%), mujeres (5,9%).
- Licores fuertes laborables (2,1%): varones (3,7%), adultos (2,6%).
- Licores fuertes fin de semana (6,2%): varones (10%), adultos (6,4%).

#### Consumo abusivo de alcohol: tipología y perfiles

La estimación del volumen de ciudadanos que presentan consumos abusivos de alcohol, así como la identificación de sus principales características sociodemográficas, resulta de gran interés para poder diseñar estrategias preventivas y asistenciales eficaces frente al problema. Dos son fundamentalmente los mecanismos de aproximación al segmento de personas que ya presentan problemas por abuso y/o dependencia al alcohol:

- La estimación de los porcentajes de personas que consumen de forma habitual cantidades excesivas de alcohol, medida a través del indicador media de alcohol puro diario ingerido, referido tanto a los días laborables como al fin de semana.
- La identificación de las personas que presentan de forma regular episodios de intoxicaciones etílicas (borracheras).

### ■ Cantidad de alcohol puro ingerido en los últimos 30 días

Tradicionalmente se han utilizado diferentes tipologías para clasificar a los bebedores, tomando como referencia el alcohol puro ingerido por día (expresado en mililitros, gramos o en centímetros cúbicos). Para simplificar los procesos de conversión de las diferentes bebi-

das en la unidad de equivalencia elegida y con el objetivo de posibilitar las comparaciones entre diferentes poblaciones, organizaciones internacionales (Organización Mundial de la Salud) y nacionales (Ministerio de Sanidad y Consumo) han propuesto medir el consumo de alcohol en unidades básicas estándar (UBE). (Ver cuadro 1)

La tipología de referencia a utilizar para el análisis de las cantidades de alcohol puro consumido al día, entre quienes declaran haber tomado bebidas alcohólicas en el último mes, se exponen en el cuadro 2.

La evidencia de que existen patrones de consumo diferenciados en los días laborables y en el fin de semana aconseja un análisis independiente de las cantidades de alcohol consumidas en ambos períodos.

Cuadro 1. Equivalencia de bebidas alcohólicas en UBE.

Para analizar los datos sobre la cantidad de alcohol ingerido registrados por la *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas 1997*, se utilizará el criterio fijado por la Dirección General de Salud Pública (Ministerio de Sanidad y Consumo), que utiliza un índice que damos en denominar UBE, que permite establecer esta tipología de bebedores en función de la cantidad de alcohol ingerido y el sexo. El consumo de alcohol medido en UBE se realiza de una forma sencilla:

1 cerveza/vino/aperitivo = 1 UBE

1 consumición con destilados = 2 UBE



(La conversión de UBE a ml/cc se realiza multiplicando por 12,5)

Cuadro 2. Tipología de bebedores en función de la cantidad de alcohol ingerido y el sexo (según la Dirección General de Salud Pública).

Tipo de bebedores	Varones			Mujeres		
	ml/cc	gr	UBE	ml/cc	gr	UBE
1. Abstinente	0	0	0	0	0	0
2. Ligeros	12,5-25	0,8-20	1-2	1-25	0,8-20	1-2
3. Moderados	26-75	21-60	3-6	26-50	21-40	3-4
4. Altos	76-100	61-80	7-8	51-75	41-60	5-6
5. Excesivos	101-150	81-120	9-12	76-100	61-80	7-8
6. Gran riesgo	+ 150	+ 120	+ 13	+ 100	+ 80	+ 8

◆ CONSUMO MEDIO DE ALCOHOL (EXPRESADO EN UBE) EN UN DÍA LABORABLE

Del 60,7% de encuestados que afirma haber consumido alguna bebida alcohólica en los 30 días anteriores a la realización de la encuesta, un 55,5% ha consumido durante los días laborables. El consumo medio de UBE en un día laborable aparece reflejado en la Tabla 2.8.

Tomando como referencia el conjunto de personas que han bebido durante el último mes, la cantidad media diaria ingerida es de 2,83 UBE (unas 3 cervezas/vinos ó 1,5 coñac/whiskys), si bien en los varones se aproxima a las 4 unidades. La cantidad consumida crece a medida que lo hace la edad en el caso de los varones, alcanzando su máximo consumo en el intervalo 49-65 años. Los varones consumen más cantidades (UBE) que las mujeres, excepto en el grupo de edad de 15 a 18 años, donde las mujeres registran un mayor consumo medio.

El panorama es bastante diferente si consideramos sólo a quienes consumen los días laborables, donde la media de UBE consumida se sitúa en 5,1 unidades (5,8 para los varones y 3,3 para las mujeres), en la zona de “bebedores altos”.

El dato más destacable lo constituye el hecho de que el consumo entre las mujeres de 15 a 18 años alcanza 7,9 UBE como media en un día laborable, situando a éstas en la categoría de “bebedores excesivos” (en cifras absolutas unas 60.000 chicas estarían incluidas en este rango de bebedores). La pauta de consumo de las mujeres es inversa a su edad: a mayor edad menor consumo, contraria a la registrada en los varones.

A continuación se recoge la tipología de bebedores en los días laborables, resultante de aplicar los criterios fijados por la Dirección General de Salud Pública (Tabla 2.9).

Tabla 2.8. Consumo medio de alcohol en un día laborable según edad y sexo.

	A) Grupo total de consumidores último mes			B) Sólo consumidores días laborables		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Total	2,8	3,7	1,4	5,1	5,8	3,3
15-18	0,76	0,6	0,9	4,2	2,6	7,9
19-28	1,9	2,6	0,9	5,3	5,7	4,0
29-38	2,7	3,4	1,7	4,7	5,1	3,8
39-48	3,5	4,8	1,5	5,1	6,1	2,7
49-65	3,9	5,2	1,6	5,3	6,3	2,8

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

Tabla 2.9. Tipología de los bebedores en días laborables en función del consumo medio de alcohol, según sexo y edad.

	Frecuencia (miles)	%	Varón	Mujer	15-18	19-28	29-38	29-48	49-65
Cero UBE	6.741	44,5	35,4	58,5	81,8	62,9	42,2	30,0	25,3
Ligero	4.568	30,2	31,1	28,7	10,8	19,5	30,8	38,8	41,0
Moderado	2.345	15,5	21,0	6,9	5,2	9,5	17,6	17,8	21,7
Alto	438	2,9	3,3	2,3	0,05	2,6	3,1	3,4	3,4
Excesivo	388	2,6	3,5	1,1	0,07	2,0	2,8	3,8	2,7
Gran riesgo	670	4,4	5,7	2,5	1,1	3,5	3,6	6,2	5,9
Total	15.152	100,0							
Alto+ Excesivo+ Gran Riesgo		9,9	12,5	5,9	2,3	8,1	9,5	13,4	12,0

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

El análisis de la información recogida en dicha tabla permite extraer algunas conclusiones relevantes:

- Un 44,5% de la población que ha consumido en el último mes se mantiene abstinentes los días laborables, consumiendo sólo en el fin de semana. El mayor porcentaje de abstinentes en los días laborables se localiza entre la población de 15 a 18 años, con un 81,8% de no consumidores.
- Para el conjunto de la población que ha consumido en el último mes el porcentaje de bebedores abusivos (alto+excesivo+ gran riesgo) representa un 9,9%. Este porcentaje se incrementa hasta el 12,5% en el caso de los varones, descendiendo al 5,9% entre las mujeres.
- Los bebedores excesivos y de gran riesgo se localizan fundamentalmente en el grupo de edad de 39 a 48 años.
- Existe un importante número de grandes bebedores (el 4,4% de quienes consumen regularmente alcohol los días laborables —670.000 personas— y el 2,9% de quienes beben en fin de semana —unas 445.000 personas—) con severos problemas con el alcohol, potencialmente beneficiarios de medidas de carácter asistencial o terapéutico.

◆ CONSUMO MEDIO DE ALCOHOL PURO (EXPRESADO EN UBE) EN FIN DE SEMANA

Entre quienes han bebido en el último mes, un 96,8% lo ha hecho en los fines de semana. A diferencia de lo que ocurre con el indicador

consumo en días laborables, que mide la cantidad para cada día, el indicador consumo en fin de semana requería del encuestado la acumulación del consumo durante los 3 días del fin de semana (viernes, sábado y domingo), impidiendo conocer cuánto se bebe cada día del fin de semana. El consumo medio de alcohol en un fin de semana completo aparece recogido en la Tabla 2.10.

Si se considera el conjunto de personas que ha bebido en el último mes (aunque no lo hayan hecho durante el fin de semana), el consumo medio para un fin de semana completo es de 8,1 UBE, duplicando casi en número las unidades consumidas por los varones (9,7) a las de las mujeres (5,5). Si se divide la cantidad total consumida entre los 3 días incluidos en el fin de semana la media diaria es similar a la registrada en los días laborables. El grupo de edad que registra un mayor consumo es el de 19-28 años, con casi 11 UBE, seguido del de 15 a 18 años con 8,8 unidades.

La situación de los consumidores en el fin de semana, teniendo en cuenta que representan el 96,8% de quienes han consumido durante el último mes, es similar a la del conjunto de consumidores de este intervalo temporal. El grupo que más consume durante el fin de semana es el de los varones de entre 19 y 28 años, que llega a casi 13 UBE. Entre las mujeres el grupo más consumidor está entre las jóvenes de 15-18 años, con casi 8 UBE. Para ambos sexos, los grupos menos consumidores son los de mayor edad.

Tabla 2.10. Consumo medio de alcohol expresado en UBE en un fin de semana (3 días), según sexo y edad.

	A) Grupo total de consumidores último mes			B) Sólo consumidores días laborables		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Total	8,1	9,7	5,5	8,3	10,0	5,7
15-18	8,8	9,5	7,9	8,9	9,7	7,9
19-28	10,9	12,9	8,0	11,0	13,1	8,2
29-38	7,7	9,5	5,0	7,9	9,7	5,2
39-48	7,4	9,5	4,0	7,8	9,9	4,2
49-65	5,6	6,9	3,2	5,8	7,2	3,4

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

La tipología de los bebedores de fin de semana se recoge en la Tabla 2.11.

El porcentaje de personas que se mantienen abstinentes durante el fin de semana es escaso (el 3,2%), concentrándose éstos a partir de los 39 años y entre las mujeres. También los bebedores ligeros durante los fines de semana se localizan entre los adultos (29 y más años) y las mujeres. Por el contrario los tipos que entrañan mayores consumos se localizan entre los varones y los jóvenes de 19 a 28 años y los adolescentes de 15 a 18 años.

La comparación entre bebedores abusivos (altos+excesivos+ gran riesgo) del fin de semana y en los días laborables (Tabla 2.12), pone de manifiesto la existencia de dos grandes categorías de bebedores abusivos contrapuestas entre sí: los días laborables se corresponden con las personas de mayor edad, en tanto que los fines de semana a los más jóvenes. El grupo de edad de 29 a 38 años actúa como pivote entre ambos.

#### ■ Frecuencia de las intoxicaciones etílicas (borracheras)

La frecuencia de las borracheras constituye un indicador bastante útil para aproximarse al colectivo de ciudadanos que presentan problemas de abuso con el alcohol. Los datos de la *Encuesta domiciliaria* de 1997 confirman que la frecuencia de las borracheras es muy alta entre la población entrevistada (Tabla 2.13), lo que evidencia la existencia de un relevante grupo de personas con graves problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.

Destaca el hecho de que un 1,1% de los entrevistados (unas 291.000 personas) reconozca haberse emborrachado todos los días en el último año, en tanto que un 2,8% (unas 747.000 personas) se ha emborrachado al menos una vez a la semana. Asimismo, un 18,7% de los encuestados (población total) se emborrachó al menos una vez el año anterior. Si se consideran exclusivamente a las personas entrevistadas que han bebido en el último año,

Tabla 2.11. Tipología de bebedores de fin de semana en función del consumo medio de alcohol, según sexo y edad.

	Frecuencia (miles)	%	Varón	Mujer	15-18	19-28	29-38	29-48	49-65
Cero UBE	477	3,2	2,7	3,8	1,1	1,3	3,4	5,0	4,4
Ligero	8.854	58,4	49,5	72,3	55,9	45,0	60,9	60,1	70,9
Moderado	4.140	27,3	35,2	15,2	28,9	36,0	26,2	26,0	19,1
Alto	720	4,8	5,0	4,3	6,7	7,8	4,0	3,6	2,4
Excesivo	512	3,4	4,0	2,4	3,7	4,6	3,0	2,7	2,8
Gran riesgo	445	2,9	3,5	2,1	3,7	5,3	2,6	2,7	0,6
Total	15.152	100,0							
Alto+excesivo+ gran riesgo		10,1	12,5	8,8	14,1	17,1	9,6	8,9	5,8

Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.*

Tabla 2.12. Comparación de los bebedores abusivos en los días laborables y en fin de semana, según la edad.

	15-18	19-28	29-38	29-48	49-65
Alto + Excesivo + Gran riesgo Laborables	2,3	8,1	9,5	13,4	12,0
Ranking Laborables	5º	4º	3º	1º	2º
Alto + Excesivo + Gran riesgo Fin de semana	14,1	17,1	9,6	8,9	5,8
Ranking Fin de Semana	2º	1º	3º	4º	5º

Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.*

Tabla 2.13. Frecuencia de las borracheras en el último año.

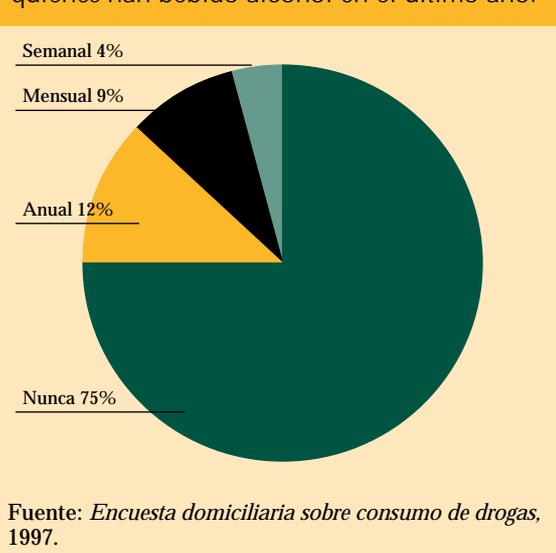
	Porcentajes	Estimación de cifras absolutas acumuladas (miles)
Todos los días	1,1	291
5-6 días por semana	0,1	38
3-4 días por semana	0,1	34
1-2 días por semana	1,5	384
1-3 días por mes	2,5	649
1 día cada 2-3 meses	4,2	1.103
1-2 días al año	9,2	2.439
Nunca	56,1	14.812
Abstemios	10,0	2.628
Consumidores no anuales	12,8	3.390
Sin respuesta	2,4	624
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>26.397</b>

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

el porcentaje de quienes se han emborrachado al menos en una ocasión se eleva al 25% (Figura 2.5).

Son los adultos de 29 a 65 años quienes integran fundamentalmente la categoría de los españoles que se emborrachan diariamente (Tabla 2.14). Así, frente al 0,3% de jóvenes de 15 a 28 años que reconoce emborracharse a diario (unos 29.000 jóvenes en cifras absolu-

Figura 2.5 Frecuencia de las borracheras entre quienes han bebido alcohol en el último año.



tas), hay un 1,5% de adultos que lo hacen (casi 262.000 adultos). Por el contrario, si se analiza el perfil de quienes se emborrachan 1 ó 2 días a la semana (habitualmente en el fin de semana), puede comprobarse que este patrón de intoxicación etílica se corresponde básicamente con la población joven: el 2,6% de los jóvenes de 15 a 28 años, unos 235.000 jóvenes, mantiene este patrón de intoxicación, frente al 0,9% de adultos.

El indicador “frecuencia de las borracheras” confirma que las situaciones más problemáticas afectan especialmente a los adultos, colectivo que concentra casi el 90% de las intoxica-

Tabla 2.14. Distribución por edades de quienes se emborrachan.

Frecuencia de la borrachera	Jóvenes (15-28 años)	Adultos (29-65 años)	Total
Todos los días	29.181 0,3%	261.916 1,5%	291.097 1,1%
5-6 días por semana	11.560 0,1%	27.257 0,2%	38.817 0,1%
3-4 días por semana	11.124 0,1%	22.899 0,1%	34.023 0,1%
1-2 días por semana	234.797 2,6%	149.918 0,9%	384.715 1,5%
1-3 días al mes	417.898 4,7%	231.941 1,3%	649.839 2,5%

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

ciones étlicas diarias. No obstante, reviste una gran relevancia desde la perspectiva preventiva y epidemiológica el hecho de que unos aproximadamente 264.000 jóvenes se emborrachen todas las semanas y de que de éstos, unos 29.000 lo hagan todos los días.

Si se analiza la evolución de los episodios de embriaguez en el período 1995/97 (Tabla 2.15), se comprueba que el grupo de consumidores de alcohol con episodios de embriaguez permanece bastante estable. Cabe destacar el grupo de consumo patológico con episodios diarios, que habría aumentado un 1,3%. Tam-

bién debe resaltarse el grupo con episodios de ebriedad de 1-2 veces al año, cuya incidencia se ha reducido en un 1,8%. En este grupo se encuentran con seguridad aquellos consumidores excesivos de ocasiones festivas especiales, como Navidad o Fin de Año.

Las características sociodemográficas de las personas con episodios de intoxicaciones étlicas entre quienes han consumido alcohol en el último año se recoge en la tabla 2.16.

La probabilidad de emborracharse en cualquiera de las tres frecuencias consideradas (semanal, mensual o anual), es más probable

Tabla 2.15. Evolución de las borracheras entre quienes se han embriagado en el último año.

Frecuencia	Enc.Domic. 1995 (%)	Enc.Domic. 1997 (%)	Variación 97/95
Todos los días	0,1	1,4	+ 1,3
5-6 días por semana	0,1	0,1	0,0
1-2 días por semana	0,8	1,9	+ 1,1
1-3 días por mes	3,1	3,2	+ 0,1
1 día cada 2-3 meses	5,0	5,5	+ 0,5
1-2 días al año	14,1	12,3	-1,8
Nunca	75,6	74,9	-0,7

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1995 y 1997.

Tabla 2.16. Características sociodemográficas de las personas que han bebido alcohol en el último año con episodios de intoxicación étlica (%).

Frec. Borracheras	Semanal	Mensual	Anual	Nunca
<b>Total</b>	<b>3,8</b>	<b>8,9</b>	<b>12,4</b>	<b>75,0</b>
<b>Tipo de población</b>				
Jóvenes	4,0	16,3	19,1	60,5
Adultos	3,7	4,7	8,5	83,1
<b>Grupos de edad</b>				
15-18	3,1	13,5	18,1	65,3
19-28	4,4	17,3	19,5	58,9
29-38	3,6	7,7	13,0	75,7
39-48	3,9	4,3	8,4	83,4
49-65	3,5	2,2	4,4	89,9
<b>Sexo</b>				
Varón	5,4	11,2	15,6	67,9
Mujer	1,9	6,1	8,5	83,6
<b>Frecuencia consumo</b>				
Diario	10,8	5,4	10,2	73,6
1-2 días semana	3,7	13,0	15,6	67,8

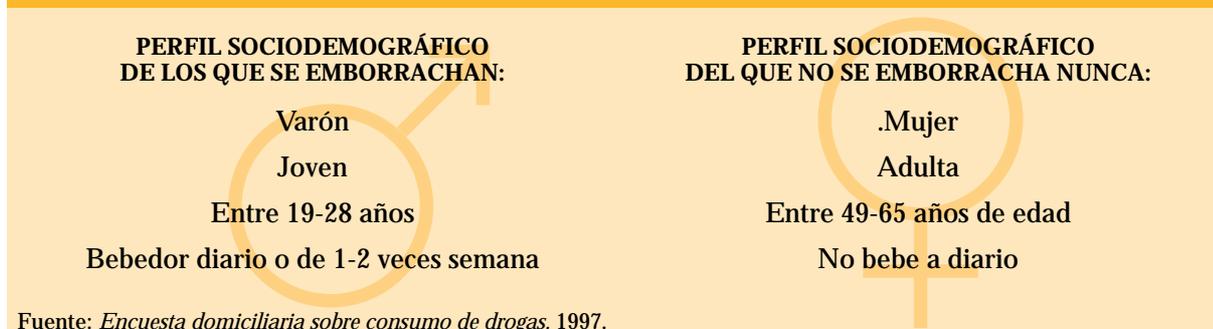
Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

entre los jóvenes que entre los adultos. Dentro de los jóvenes es el grupo entre 19 y 28 años en el cual la probabilidad de emborracharse es máxima, seguido del grupo aún más joven de 15-18 años. La probabilidad de emborracharse mensualmente es 3 veces superior entre los jóvenes que entre los adultos. Asimismo los varones también tienen mayores probabilidades que las mujeres de emborracharse (al menos el doble de probabilidad en cualquiera de las tres frecuencias consideradas).

En relación con la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas, en aquellos que beben a diario es más probable la borrachera semanal (10,8%). En cambio, entre los que beben 1-2 días a la semana es más probable la frecuencia de borracheras mensual (13%) y anual (15,6%).

El perfil de quienes se emborrachan con distintas frecuencias se corresponde fundamentalmente con los varones jóvenes (tabla 2.17).

Tabla 2.17. Perfil sociodemográfico de quienes se emborrachan con una frecuencia semanal, mensual o anual (características comunes) y de quienes no se emborrachan nunca.



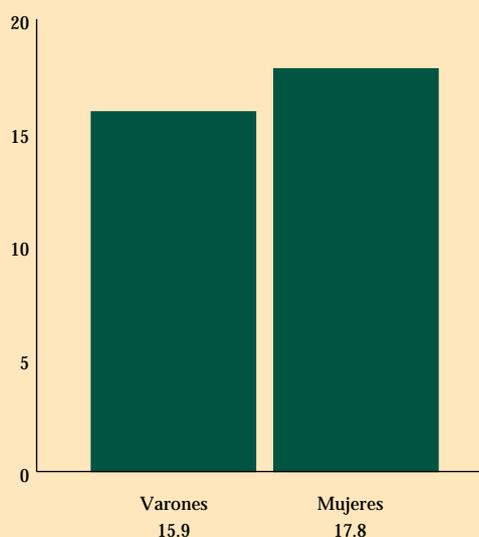
### Edades de inicio al consumo de alcohol

La edad media a la cual los españoles de 15 a 65 años que han tomado alguna bebida alcohólica (el 89,9%) probaron ésta es de 16.8 años. Los varones registran una mayor precocidad, con una edad media de inicio de 15.9 años, frente a los 17.8 años de las mujeres (Figura 2.6.).

El análisis comparado de las edades de inicio al consumo en los distintos grupos de edad, confirma la creciente precocidad en los consumos de alcohol. Los jóvenes entre 15 y 28 años comenzaron a beber por término medio cuando tenían 15.54 años, en tanto que los adultos desde 29 a 65 años, comenzaron a beber algo más tarde, cuando contaban 17.55 años (Tabla 2.18).

La desagregación de las edades de inicio (Tabla 2.19) permite constatar la enorme precocidad que presentan significativos segmentos sociales.

Figura 2.6 Edades de inicio al consumo de alcohol según sexo.



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

Tabla 2.18. Evolución de las edades medias de inicio al consumo de alcohol entre los nacidos en el período 1934/84.

Rango de año de nacimiento	Grupo de edad	Edad media en que probó alguna bebida
1934-1950	49-65	18.4
1951-1960	39-48	17.5
1961-1970	29-38	16.5
1971-1980	19-28	15.8
1981-1984	15-18	14.6
<b>Total</b>		<b>16.86</b>

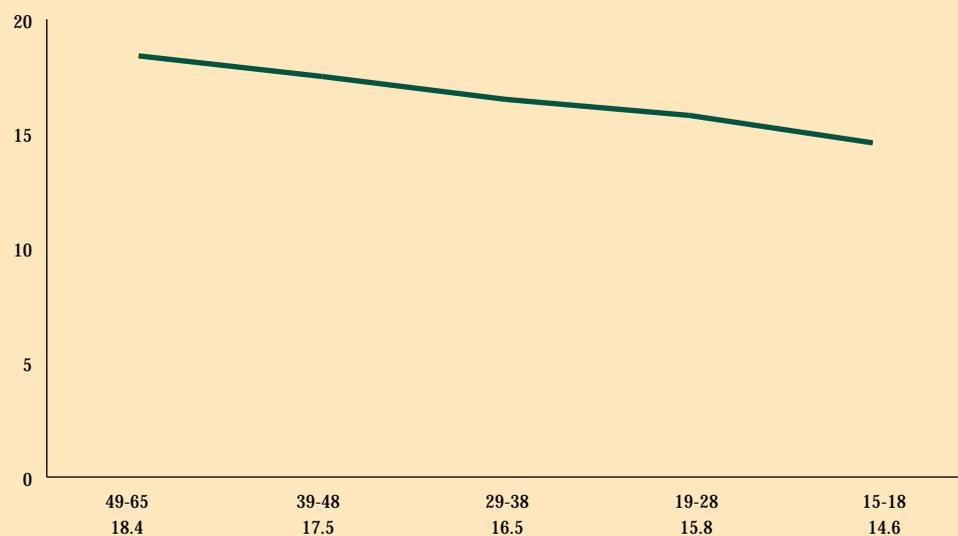
Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

Tabla 2.19. Edades de inicio al consumo de alcohol. Desagregación por edades.

Etapas recientes	Edad de inicio	Nº de personas estimadas (miles)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	10	404	1,7	2,9
	11	140	0,6	3,5
Inicio de la ESO	12	731	3,1	6,6
	13	878	3,7	10,4
	14	2.665	11,3	21,7
	15	3.423	13,0	36,3
Edad legal para beber	16	4.192	15,9	54,1
	18	5.907	25,2	79,2
	20	2.832	12,1	91,3
	30	528	2,2	99,3
<b>Total</b>		<b>21.700</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

Figura 2.7. Evolución de las edades medias de inicio al consumo de alcohol por grupos de edad.



Fuente: Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas, 1997.

A los 11 años de edad, es decir, antes de terminar la Educación Primaria, el 3,5% de la población ya ha tomado bebidas alcohólicas. A los 12 años, en el inicio de la ESO un 3,1% adicional las ha probado. Antes de los 16 años, el 36,3% de la población ya las ha consumido.

### Fenómenos emergentes: el consumo de alcohol por parte de las mujeres

La *Encuesta domiciliaria* de 1995 reflejaba una tendencia que se venía observando desde años anteriores en relación con los hábitos de consumo de alcohol por parte de las mujeres: la progresiva reducción de la desproporción entre los dos sexos en la ingesta de bebidas alcohólicas. A pesar de esta tendencia observada entre las mujeres españolas hacia la equiparación con los varones en sus hábitos de consumo de alcohol, las prevalencias en diferentes períodos temporales y frecuencias de consumo seguían siendo sensiblemente superiores entre los varones.

Si bien la situación actual sigue estando caracterizada por el mayor uso que los varones en su conjunto realizan de las bebidas alcohólicas, la *Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas* de 1997 pone de relieve un fenómeno emergente de gran relevancia sociológica y epidemiológica: por primera vez los consumos de alcohol entre las mujeres jóvenes (15 a 18 años) son ligeramente superiores a los registrados entre los varones de su misma edad, para el indicador consumo en el último año. Es evidente que la igualdad entre los sexos que se observa en los grupos de edad más jóvenes en algunas modalidades de consumo de alcohol (último año), en caso de mantenerse entre

las generaciones jóvenes durante algunos años, provocará un nuevo ciclo expansivo del consumo de alcohol en España.

Los datos recogidos en la Tabla 2.20 señalan que la probabilidad de consumo de alcohol en el último año es un 14,6% superior en los varones. No obstante existen diferencias de probabilidad en función de la edad.

Si se analizan las diferentes probabilidades de consumir alcohol en el último año (Tabla 2.21) en función del sexo de los encuestados, podemos comprobar cómo en las generaciones más jóvenes se va reduciendo progresivamente la mayor probabilidad de consumir alcohol que

Tabla 2.20. Consumo de alcohol en el último año y en el último mes según sexo y edad.

	Consumo último año	Consumo último mes
Población total	77,8	60,7
Varones	85,1	73,3
Mujeres	70,5	48,2
Varones		
15-18	72,5	47,3
19-28	90,4	78,2
29-38	90,2	80,8
39-48	87,6	78,0
49-65	79,5	70,1
Total	85,1	73,3
Mujeres		
15-18	73,6	41,9
19-28	81,9	58,7
29-38	75,0	53,2
39-48	72,3	50,1
49-65	55,6	36,7
Total	70,5	48,2

Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas*, 1997.

Tabla 2.21. Probabilidades de consumo de alcohol en el último año en función del sexo y la edad.

Generación	1981/84	1971/80	1961/70	1951/60	1934/50	Total
Rango de edad	15-18	19-28	29-38	39-48	49-65	
Varones (%)	72,5	90,4	90,2	87,6	79,5	85,1
Mujeres (%)	73,6	81,9	75,0	72,3	55,0	70,5
Diferencia de probabilidad	-1.3	8.5	15.2	15.3	24.5	14.6

Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas*, 1997.

registran los varones, hasta hacer que entre los nacidos entre 1981/84 sean las mujeres quienes tengan mayor probabilidad de consumo:

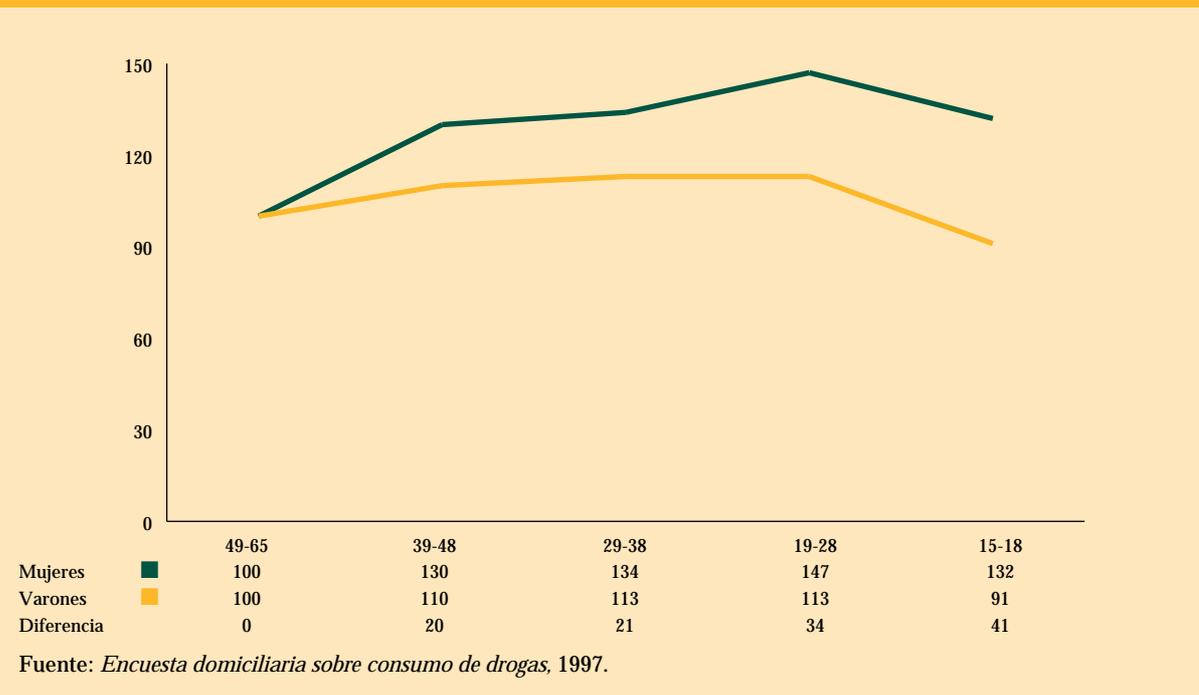
- Entre los nacidos entre 1934/50 (el grupo de edad encuestado de mayor edad) la probabilidad de consumo de alcohol es un 24,5% superior en los varones.
- En las generaciones 1951/60 y 1961/70, se registra una importante incorporación de las mujeres al consumo de bebidas alcohólicas, como evidencia el que la probabilidad diferencial de consumo de los varones frente a las mujeres haya disminuido un 10% con respecto a la generación precedente.
- En la generación 1971/80 la diferencia de probabilidad de consumo, aunque sigue siendo favorable a los varones, se ha reducido en casi 7 puntos con respecto a la generación precedente.
- Finalmente en la generación 1981/84 la situación se invierte y son las mujeres las que tienen un 1,3% más probabilidades de consumir alcohol que los varones.

Podría resumirse esta evolución señalando que desde la generación de los nacidos en 1934 se ha ido gestando un proceso de igualación por sexos en el consumo de alcohol para el indicador último año, proceso que ha culminado con los nacidos entre 1981 y 1984 (“la generación del cambio”), entre los cuales la probabilidad de consumo es mayor entre las mujeres.

La evolución de los porcentajes de consumidores en el último año entre los dos sexos, según las sucesivas generaciones, puede representarse gráficamente tomando como referencia (base 100) el porcentaje de consumidores del último año entre el grupo de edad 49-65 años (figura 2.8).

Si se consideran las dos generaciones extremas puede comprobarse cómo la evolución de los consumos ha sido descendente: por cada 100 varones de entre 49 y 65 años que han consumido alcohol en el último año hay 91 varones entre los 15 y 18 años que han hecho lo propio (91%). La representación gráfica de los consu-

Figura 2.8. Evolución de los consumos de alcohol en el último año entre los sexos por grupos de edad.



mos de los varones tiene forma plana, puesto que ninguna generación ha superado en 13 puntos la línea base.

La evolución seguida por las mujeres es muy diferente, teniendo un carácter claramente ascendente, que sólo se suaviza con la generación más joven. El índice entre las generaciones extremas se ha incrementado en 32 puntos, esto significa que por cada 100 mujeres de 49 a 65 años que han consumido alcohol en el último año hay 132 mujeres de entre 15 y 18 años que lo han hecho. La diferencia entre la magnitud de los índices entre los sexos para cada generación, siempre favorables a las mujeres (20, 21 34 y 41 para las respectivas generaciones), indican el aporte diferencial registrado en cada sucesiva generación de mujeres hasta alcanzar la situación actual.

De hecho, sólo puede explicarse la tendencia expansiva de ciertos indicadores de consumo de alcohol (consumo en el último año), teniendo presente el aporte que al mismo han realizado las sucesivas generaciones de mujeres incluidas en la Encuesta Domiciliaria de 1997.

### Actitudes de los ciudadanos frente al alcohol

La *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas* recoge, además de ciertos hábitos relacionados con el alcohol, las actitudes de los ciudadanos ante esta sustancia. Los datos facilitados por la Encuesta confirman la existencia de una actitud tolerante frente al consumo de alcohol en la mayoría de los españoles (Tabla 2.22).

El 53,3% de los encuestados consideran que tomarse 5 o 6 copas en el fin de semana no

Tabla 2.22. Actitudes de los ciudadanos ante el consumo de alcohol.

	Problemas por tomar 5-6 copas el fin de semana (%)	Problemas por tomar 5-6 copas cada día (%)
Ningún problema	53,3	10,4
Muchos problemas	46,7	89,6

Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas*, 1997.

supone ningún problema. Asimismo, destaca que un 10,4% de los encuestados mantenga esta misma opinión frente al hecho de tomarse 5 o 6 copas al día. Como se pondrá de relieve más adelante el porcentaje de ciudadanos que se muestra tolerante con el abuso a diario del alcohol se corresponde prácticamente con el de quienes mantienen esta pauta de consumo.

La evolución de las actitudes frente al alcohol, a pesar de la alta tolerancia existente, es sin embargo positiva como muestran los datos de la Tabla 2.23.

Tabla 2.23. Evolución de las actitudes ante el consumo de alcohol: 1995/97.

	Es un problema tomar 5-6 cañas/copas a diario	Es un problema tomar 5-6 cañas/copas el fin de semana
Enc. Domic. 95	50,2	13,4
Enc. Domic. 97	54,3	19,4
Variación	+ 4,1	+ 6,0

Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas*, 1995 y 1997.

Para ambos indicadores (actitudes frente a consumos relevantes de carácter esporádico y frente a consumos relevantes de carácter habitual) se ha incrementado la opinión de que el consumo de bebidas alcohólicas puede ocasionar bastantes y/o muchos problemas. En este sentido se puede reseñar el incremento de 6 puntos porcentuales de esta actitud de prevención ante el consumo más o menos ligero de bebidas alcohólicas durante el fin de semana.

Debe destacarse que existe una estrecha relación entre las conductas de consumo abusivo de alcohol y las actitudes frente a su consumo (Tabla 2.24).

Si se relacionan los indicadores número de borracheras con las actitudes frente a consumos abusivos y esporádicos de alcohol, se observa la existencia de una relación positiva entre ellos. La mayor probabilidad de emborracharse en cada una de las frecuencias consideradas es siempre mayor entre los que consideran que beber conlleva pocos problemas.

Tabla 2.24. Relación entre el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y las actitudes ante su consumo.

Frecuencia de borracheras	Tomarse 5-6 copas el fin de semana		Tomarse 5-6 copas cada día	
	Ningún problema	Muchos problemas	Ningún problema	Muchos problemas
Semanal	4,5	2,6	8,9	3,0
Mensual	11,7	4,9	12,5	8,4
Anual	15,1	8,5	16,2	11,9
Nunca	68,7	84,0	62,4	76,6

Fuente: *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas*, 1997.

Por ejemplo, la probabilidad de emborracharse semanalmente entre los que consideran que tomarse 5-6 copas cada día no es ningún problema es del 8,9%, en tanto que para los que opinan que supone muchos problemas, la probabilidad de borrachera semanal se reduce a un 3%. Esta relación es mucho más acentuada en el indicador de consumo diario. También en ambos casos observamos cómo la mayor probabilidad de encontrar personas que no se han emborrachado nunca se encuentra entre aquellos que consideran que beber conlleva muchos problemas.

## 2. ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES DE LOS MANDOS DE LAS FUERZAS ARMADAS CON RESPECTO AL ALCOHOL

A continuación se recogen los resultados más relevantes de la *Encuesta sobre conocimiento y actitudes de los mandos de las Fuerzas Armadas con respecto al alcohol*, realizada por el Ministerio de Defensa durante el primer semestre de 1998 entre los cuadros de mando de las Fuerzas Armadas (desde suboficiales hasta oficiales generales). La muestra estuvo integrada por 3.738 sujetos, 1.862 pertenecientes al Ejército de Tierra, 873 a la Armada y 1.003 al Ejército del Aire. La encuesta no pretendía conocer las prevalencias y patrones de consumo de alcohol de los encuestados, si bien incluye algunas preguntas exploratorias sobre el tema, motivo por el cual las conclusiones que se exponen a continuación se centran en las opiniones y actitudes ante el alcohol, las motivaciones para el consumo y diversas medidas a adoptar para hacer frente a los problemas derivados de su uso.

### Opiniones sobre el alcohol

La inmensa mayoría de los mandos de las Fuerzas Armadas (el 71,7%) considera el alcohol como una droga y su consumo excesivo como una enfermedad (el 94,9%), lo que permitiría pensar en la existencia de una actitud poco tolerante frente al consumo excesivo de esta sustancia. Sin embargo, esta actitud mayoritaria frente al alcohol y a su consumo excesivo, resulta matizada por las opiniones formuladas con respecto a cuestiones más concretas relacionados con el consumo de alcohol. Así, una amplia mayoría (el 79,4%) de los encuestados considera que beber en las comidas puede ser bueno.

Del mismo modo, a pesar de la existencia de una opinión mayoritaria que percibe el consumo excesivo de alcohol como una enfermedad, un 41,2% de los encuestados considera que quienes beben en exceso sólo necesitan proponérselo en serio para dejar de hacerlo.

El mayor acuerdo entre los encuestados se produce al rechazar (el 97,1% está en desacuerdo) el tópico de que el alcohol ayuda a superar los problemas personales. Una opinión similar, aunque menos intensa, se manifiesta en el rechazo por parte del 70,9% de los encuestados de que el alcohol facilita las relaciones sociales.

### Hábitos de consumo

La autopercepción de los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas que realizan los propios mandos de las Fuerzas Armadas (Tabla 2.25) podría resumirse del siguiente modo: la inmen-

sa mayoría describe sus consumos como esporádicos y moderados. Sólo un 1,3% de los encuestados percibe sus consumos como excesivos.

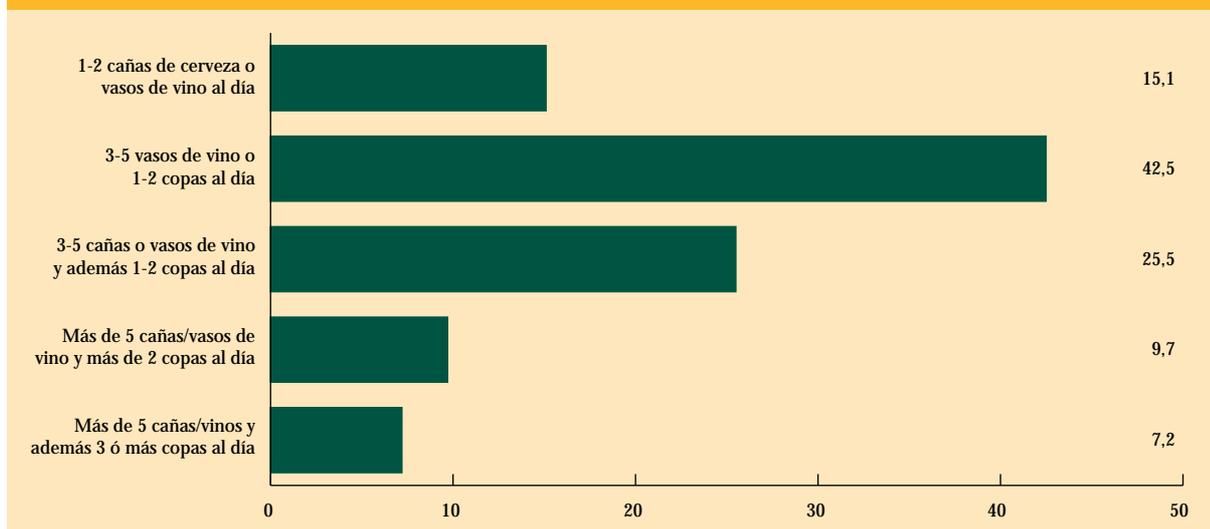
Cabe pensar que existe entre los mandos de las Fuerzas Armadas una infravaloración de los consumos que realizan, dada la gran desproporción de la información que facilitan con la procedente de otras investigaciones (*Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas*), que sitúan los consumos de bebidas alcohólicas en niveles sensiblemente superiores entre la

población adulta masculina. Una explicación parcial a esta infravaloración la aporta la opinión sobre qué frecuencia y cantidad de alcohol debe ser considerada como peligrosa para la salud, y por tanto excesiva (Figura 2.9). Si bien la cantidad de alcohol que la mayoría de los encuestados considera que entraña un riesgo importante para la salud se sitúa en 3-5 cervezas o vasos de vino o en 1-2 copas al día, no es menos cierto que el 42,4% desplaza el umbral de riesgo por encima de las 5 cañas/vinos o las 2 copas diarias.

Tabla 2.25. Autopercepción de los hábitos de consumo de alcohol.

	E. Tierra (%)	Armada (%)	E. Aire (%)	Total (%)
Prácticamente nunca ha consumido alcohol	19,0	15,0	16,8	17,5
Antes consumía, pero en la actualidad no	6,8	6,1	5,8	6,3
Consumo de alcohol esporádicamente	45,9	52,1	54,8	49,8
Consumo con frecuencia, pero moderadamente	27,1	25,5	21,3	25,1
Consumo con frecuencia y en ocasiones en exceso	1,2	1,3	1,3	1,3

Figura 2.9. Nivel de consumo de alcohol al que se le atribuye un riesgo importante para la salud.



### Motivaciones expresadas para el consumo de alcohol

Las motivaciones aducidas por los mandos de las Fuerzas Armadas para consumir alcohol son en general las mismas que expresa la población general (porque les gusta su sabor,

porque se consume en lugares donde acuden o para relacionarse con los demás). Un 2,2% de los encuestados expresa motivaciones del tipo “lo necesito para sentirme bien” o “me sirve para salir de un bache”, que podrían asociarse a un uso problemático de bebidas alcohólicas reconocido por los propios interesados.

La mayoría de los mandos (el 68,7%) opina que la vida militar no tiene en principio que favorecer el consumo de bebidas alcohólicas. No obstante, un 31,2% de los encuestados atribuye a su actividad profesional un papel de riesgo en relación al consumo de alcohol (Figura 2.10).

### Soluciones al problema

Las opiniones respecto a las medidas a adoptar frente al problema se hallan muy divididas. Si bien la inmensa mayoría de los mandos de las Fuerzas Armadas (el 84,7%) cree que, en general, el consumo de bebidas alcohólicas debería estar más controlado, casi la mitad de los encuestados (el 47,6%) se muestra contrario a que se realicen controles periódicos de alcoholemia a los miembros de las Fuerzas

Armadas (Tabla 2.26). Esta opinión es totalmente coherente con la percepción que el 53,2% de los encuestados tiene acerca de que los militares suelen ser tolerantes con el consumo de alcohol en los acuartelamientos.

La división de opiniones se refleja también a la hora de valorar el rigor con que las disposiciones disciplinarias de las Fuerzas Armadas tratan el consumo de alcohol. Frente a un 38,4% de encuestados que las consideran poco o nada estrictas, otro 37,7% las percibe como bastante o muy estrictas.

Existe en general un alto grado de escepticismo, tanto respecto a la capacidad de controlar de forma efectiva el consumo de alcohol en las Fuerzas Armadas (el 64,2% de los mandos considera que no es posible ese control), como a la eficacia de las campañas de prevención. Si bien la mayoría de los mandos (el 85,6%) con-

Figura 2.10. Opiniones respecto a la influencia de la vida militar como favorecedora de los consumos.

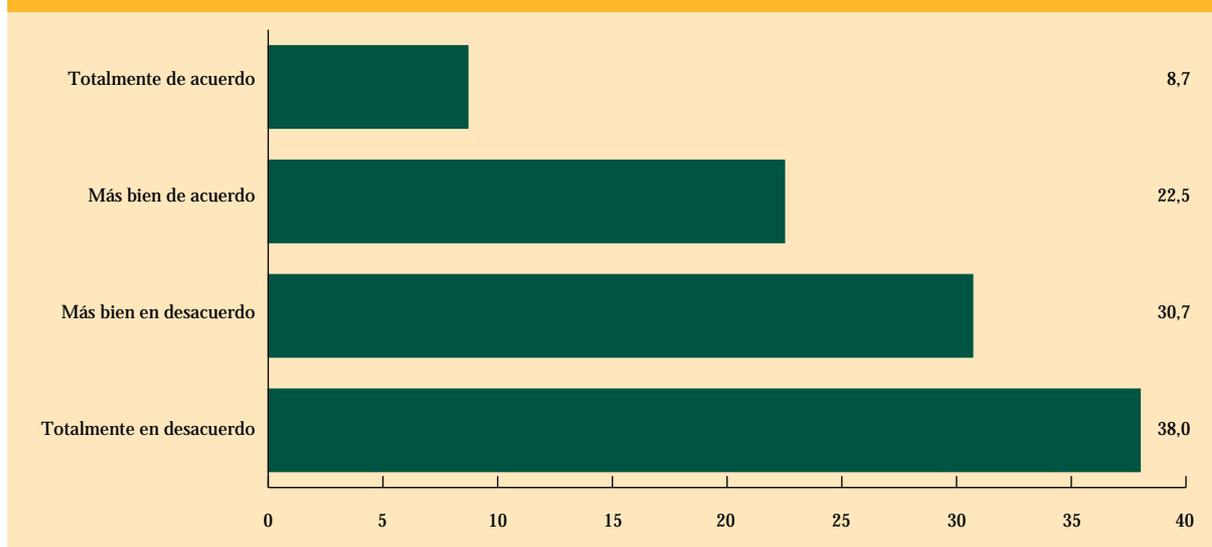


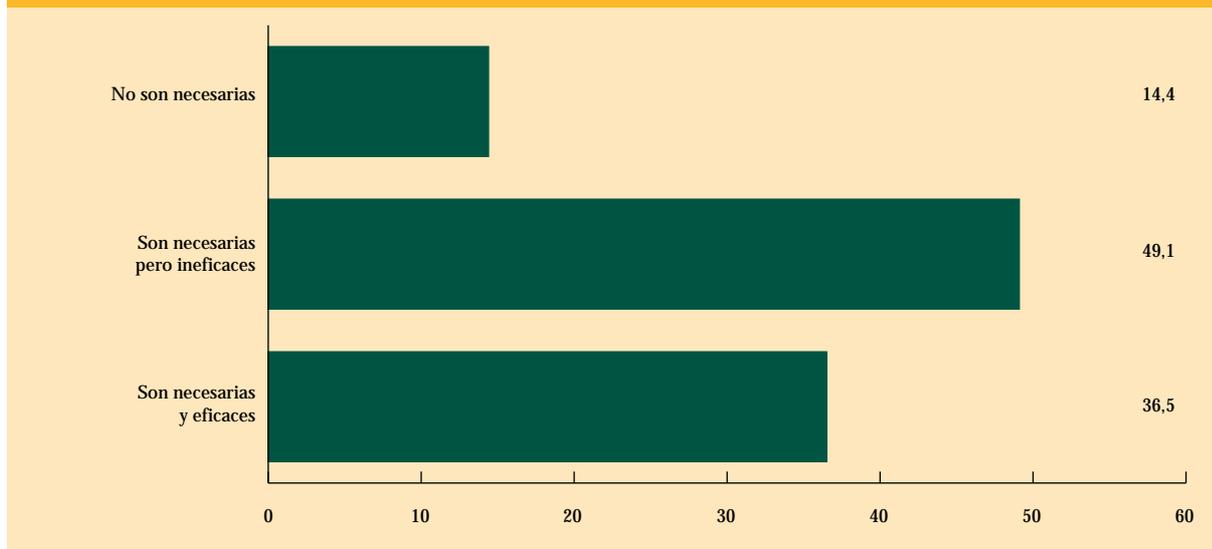
Tabla 2.26. Opiniones sobre la realización de controles periódicos de alcoholemia a los miembros de las Fuerzas Armadas.

	E. Tierra (%)	Armada (%)	E. Aire (%)	Total (%)
Totalmente de acuerdo	26,4	37,1	33,4	30,8
Más bien de acuerdo	19,5	23,7	24,0	21,7
Más bien en desacuerdo	21,7	19,7	21,1	21,1
Totalmente en desacuerdo	32,5	19,4	21,5	26,5

sidera necesarias las campañas de prevención del consumo de alcohol en las Fuerzas Armadas, un 49,1% cree que son ineficaces (Figura 2.11). No obstante, un amplio sector de los

mandos encuestados (el 61,3%) estaría dispuesto a colaborar o apoyar activamente un programa de prevención del alcoholismo en las Fuerzas Armadas.

Figura 2.11. Opinión respecto a las campañas de prevención del consumo de alcohol en las Fuerzas Armadas.



### 3. INFORME DEL MINISTERIO DE AGRICULTURA, PESCA Y ALIMENTACIÓN SOBRE DEMANDA DIRECTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

El *Panel del consumo alimentario*, que elabora el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, permite conocer mes a mes la evolución de la demanda directa que los españoles (excepto los residentes en Ceuta y Melilla) realizan de las diferentes bebidas alcohólicas, tanto en el hogar, como fuera de éste (establecimientos de hostelería-restauración e instituciones). Los datos que a continuación se ofrecen se refieren al período enero-septiembre de 1998, y han sido obtenidos mediante una muestra estable integrada por 5.500 hogares, 700 establecimientos de hostelería-restauración y 200 instituciones (empresas de catering, centros de enseñanza y sanitarios, prisiones, etc.).

Las diferentes unidades muestrales que integran el *Panel del consumo alimentario* registran diariamente las compras realizadas, así como

el importe de las mismas. La reposición de las unidades muestrales se realiza cada dos años. La metodología utilizada por el Panel, a pesar del carácter inespecífico de esta fuente, permite obtener información fiable y estable acerca de la demanda y el gasto que los españoles realizan mensualmente en la adquisición de bebidas alcohólicas.

El análisis de las bebidas alcohólicas adquiridas en España durante los tres primeros trimestres de 1998 (Tabla 2.27) pone de manifiesto que los establecimientos de hostelería y restauración son los principales espacios donde se realizan los consumos de bebidas alcohólicas (el 68,47% del total). Por lo que se refiere al tipo de bebidas preferentemente consumidas, es la cerveza el producto que lidera las compras (con el 57,36% del total de las compras realizadas tanto dentro como fuera del hogar), seguida del vino (el 36,65% de las compras).

Por lo que respecta a la estructura del gasto realizado por los españoles en la adquisición

de las diferentes bebidas alcohólicas (Tabla 2.28), es la cerveza con un gasto per capita de 6.807 ptas., el producto que mayor gasto genera, seguida de cerca por el vino, con un gasto per capita de 6.327 pesetas, y a mayor distancia de los licores fuertes, con un gasto de 3.786,03 pesetas per capita.

La evolución registrada por las compras de bebidas alcohólicas en España en el período enero-septiembre 1998, en relación al mismo período de 1997 (Tabla 2.29) permite obtener algunas conclusiones relevantes acerca de la demanda de bebidas alcohólicas en España (y en buena lógica también de su consumo):

- Las compras globales de bebidas alcohólicas han crecido un 1,5% en relación con el año precedente. La importancia de este dato no radica tanto en su cuantía, sino en el carácter positivo del mismo, tras registrar durante 1996 y 1997 una tendencia descendente.
- Las compras han crecido tanto en los hogares como en los establecimientos de hostelería-restauración y en las instituciones. Las variaciones registradas en los lugares de compra (dentro o fuera del hogar) no son relevantes.

- A pesar del incremento global registrado por los consumos de bebidas alcohólicas, no todos los productos han seguido una evolución uniforme. La sidra, la cerveza y el vino han registrado incrementos en el volumen de sus compras, mientras que se han reducido en un 4,62% las compras de licores.

La evolución registrada por la demanda de bebidas alcohólicas durante los tres primeros trimestres de 1998, parece apuntar un cambio en el proceso de reducción global del consumo de alcohol en España que se mantuvo durante los años 1996 y 1997.

Por lo que respecta a la evolución seguida por el gasto en la adquisición de bebidas alcohólicas (Tabla 2.30) debe señalarse que si bien ha sido similar a la de las compras, su intensidad ha sido más acusada. Así, el gasto en la adquisición de sidra, vinos y cerveza ha crecido en un 22,21%, 3,15% y 2,63% respectivamente. Por el contrario, a pesar del descenso del 4,62% registrado en la compra de licores, el gasto en estos productos sólo ha descendido en un 0,23%.

Tabla 2.27. Volumen de las compras de bebidas alcohólicas registradas en España (excepto Ceuta y Melilla). Enero-septiembre 1998.

Productos	Hogares millones de litros y (%)	Hostelería-restauración millones de litros y (%)	Instituciones millones de litros y (%)	Total cantidad comprada millones de litros	Total per capita litros
Vinos*	445,67 (44,18%)	550,42 (54,57%)	12,59 (1,25%)	1.008,68	25,35
Cervezas	370,82 (23,49%)	1.207,6 (76,49%)	0,25 (0,02%)	1.578,67	39,68
Sidra	8,22 (15,93%)	36,4 (70,50%)	7,00 (13,57%)	51,64	1,30
Licores/otras	23,34 (20,60%)	89,9 (79,33%)	0,09 (0,07%)	113,31	2,85
Total	848,05 (30,81%)	1.884,32 (68,47%)	19,93 (0,72%)	2.752,30	

\* Se incluyen espumosos

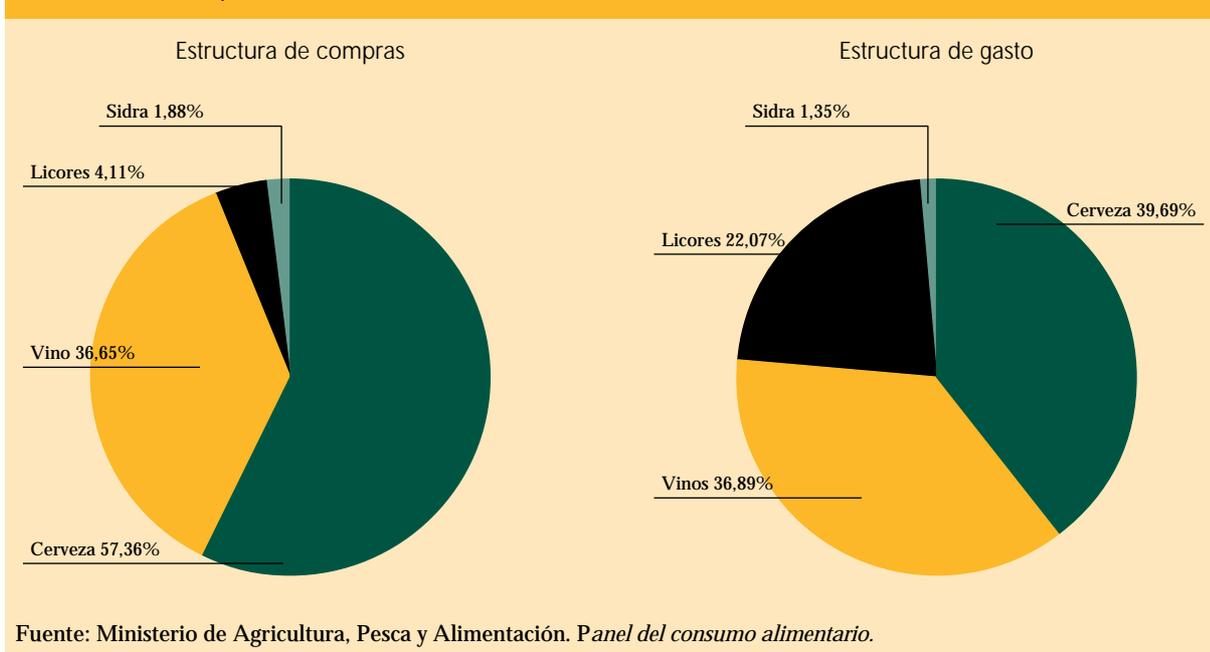
Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. *Panel del consumo alimentario.*

Tabla 2.28. Estructura del gasto en bebidas alcohólicas. Enero-septiembre 1998.

Productos	Hogares	Hostelería	Instituciones	Total	Gasto per capita (pts.)
Vino	81.897,97	167.993,56	1.848,19	251.739,72	6.327,00
Cerveza	54.190,81	216.635,1	50,41	270.876,31	6.807,96
Sidra	1.629,84	6.450,1	1.145,89	9.225,78	231,87
Licores/otras	27.407,42	123.123,9	107,99	150.639,28	3.786,03
<b>Total</b>	<b>165.126,04</b>	<b>514.202,66</b>	<b>3.152,48</b>	<b>682.481,09</b>	
Porcentaje	24,19%	75,34%	0,47%		

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

Figura 2.12. Estructura de las compras y el gasto en bebidas alcohólicas. España (excepto Ceuta y Melilla). Enero-septiembre, 1998.



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

Tabla 2.29. Evolución de las compras de bebidas alcohólicas: enero-septiembre 1997, 1998.

	1997 millones de litros				Consumo per capita	1998 millones de litros				Consumo per capita	Variación 1998/97 %	
	Hogares	Hostel.	Instit.	Total		Hogares	Hostel.	Instit.	Total		Total	Consumo per capita
Vino	448,31	539,12	5,09	992,51	24,98	445,67	550,42	12,59	1.008,69	25,35	1,63	1,50
Cerveza	361,99	1.188,08	0,17	1.550,24	39,01	370,82	1.207,6	0,25	1.578,67	39,68	1,83	1,70
Sidra	7,00	38,76	4,38	50,13	1,26	8,22	36,2	7,00	51,64	1,30	3,01	2,88
Licores/otras	25,07	93,56	0,16	118,79	2,99	23,34	89,9	0,09	113,31	2,85	-4,62	-4,74
<b>Total</b>	<b>842,37</b>	<b>1.859,52</b>	<b>9,8</b>	<b>2.711,67</b>		<b>848,05</b>	<b>1.884,32</b>	<b>19,93</b>	<b>2.752,31</b>		<b>+ 1,50</b>	
	31,06%	68,58%	0,36%			30,82%	68,46%	0,72%				

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

Tabla 2.30. Evolución del gasto en la adquisición de bebidas alcohólicas: enero-septiembre 1997, 1998.

	1997 millones de pesetas					1998 millones de pesetas					Variación 1998/97 %	
	Hogares	Hostel.	Instit.	Total	Gasto per capita	Hogares	Hostel.	Instit.	Total	Gasto per capita	Total	Gasto per capita
Vino	82.253,16	160.747,06	1.063,32	244.063,54	6.141,90	81.897,97	167.993,56	1.848,19	251.739,72	6.327,00	3,15	3,01
Cerveza	52.055,81	211.858,49	19,51	263.933,81	6.641,94	54.190,81	216.635,1	50,41	270.876,31	6.807,96	2,63	2,50
Sidra	1.295,98	5.532,37	720,48	7.548,83	189,97	1.629,84	6450,1	1.145,89	9.225,78	231,87	22,21	22,06
Otras	27.884,31	122.835,88	268,34	150.988,52	3.799,65	27.407,42	123.123,9	107,99	150.639,28	3.786,03	-0,23	-0,36
Total	163.489,26	500.973,8	2.071,65	666.534,7		165.126,04	514.202,66	3.152,48	682.481,09			

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

# 3

## La respuesta asistencial

---



## 1. INDICADORES DE TRATAMIENTO

### Admisiones a tratamiento

En 1997 el número de admisiones notificadas al indicador tratamiento se mantiene estable respecto al año anterior. En 1997 se registraron un total de 52.440 admisiones a tratamiento, de las que 49.170 correspondieron a opiáceos o cocaína, frente a las 52.890 de 1996. El número de centros declarantes de las 17 Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla pasó de 414 en 1994, a 421 en 1995, 455 en 1996 y 465 en 1997.

La tasa global de admisiones a tratamiento fue de 134,9 casos por 100.000 habitantes. Las Comunidades con mayor número absoluto de admisiones a tratamiento por opiáceos o cocaína fueron Andalucía (11.955), Canarias (6.989) y Cataluña (6.418). Las tasas de personas tratadas por cien mil habitantes presentaron una amplia variación entre Comunidades Autónomas, oscilando entre las más altas de Canarias (467,9) y Ceuta (328,3) y las más bajas de Navarra (31,2) y La Rioja (54,3) (Figura 3.1).

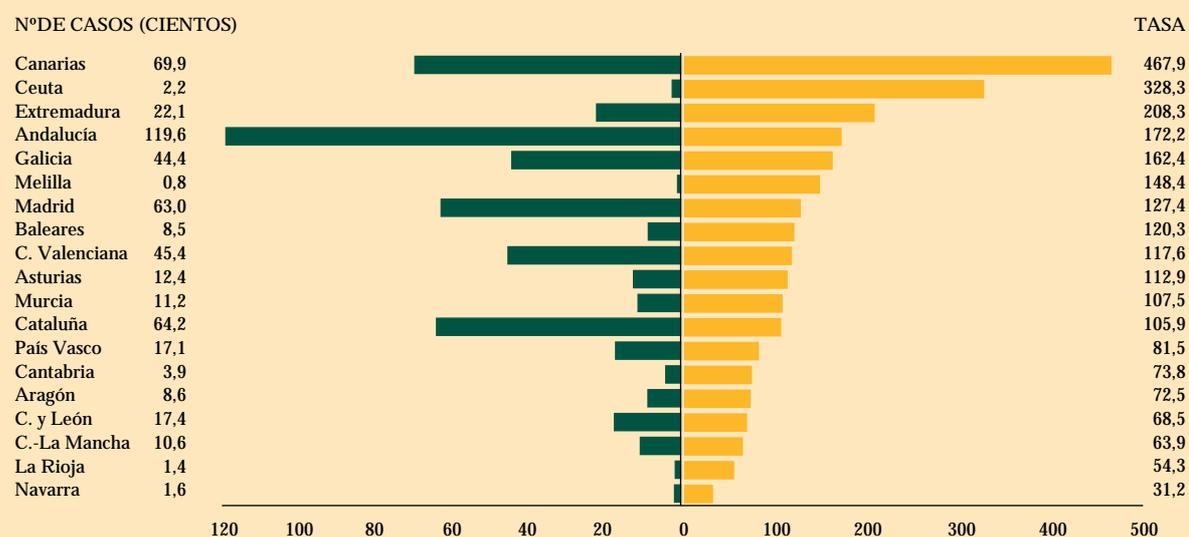
Al igual que en años anteriores, la mayor parte de las admisiones a tratamiento se debieron a heroína (84,1%), aunque la cocaína comienza a representar una proporción de casos relativamente importante (8,9%). Del resto de las sustancias, sólo el cannabis (4,2%) tuvo alguna significación. Entre los casos admitidos a tratamiento por primera vez la proporción de casos

por cocaína y cannabis es mayor que la citada anteriormente y la proporción de casos por heroína, menor (Figura 3.2).

Aunque la heroína continúa siendo la responsable de la gran mayoría de las admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas, este año se ha invertido la tendencia de los últimos años y ha disminuido el número de admisiones a tratamiento por heroína, pasando de 40.007 en 1995 a 46.635 en 1996 y 44.089 en 1997. Si se examinan los datos estratificados por la existencia o no de tratamiento previo, se observa, sin embargo, que sigue aumentando el número de admisiones de personas ya tratadas previamente por esta droga y se aprecia una disminución acusada del número de personas que acuden a tratamiento por primera vez en su vida (Figura 3.3).

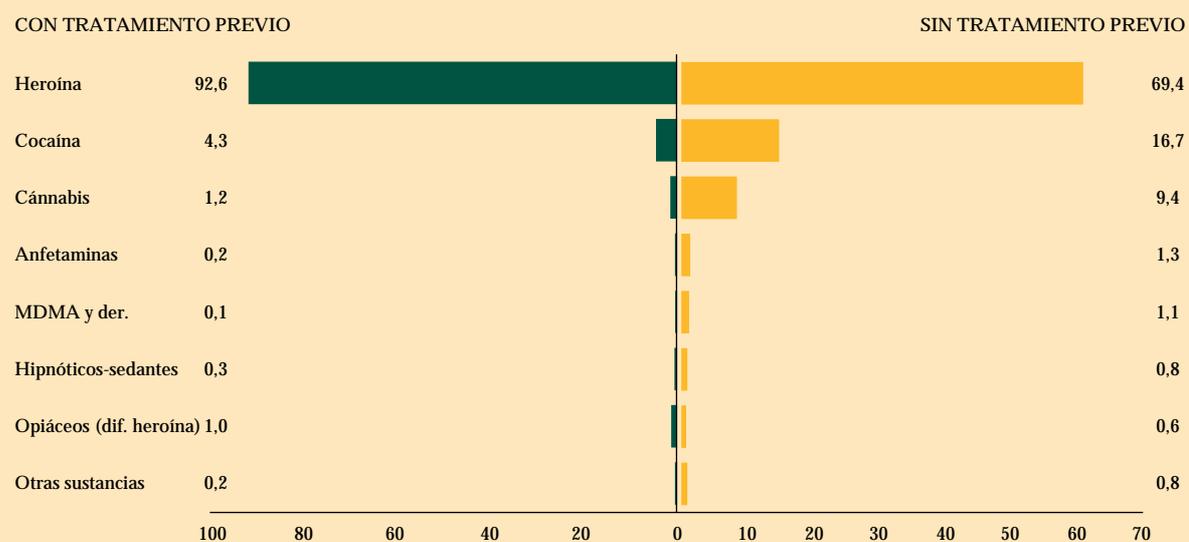
Ha aumentado de forma importante el número de admisiones a tratamiento por cocaína. Este aumento ya venía observándose en años anteriores, pero este año ha sido más importante, pasando de 2.980 admisiones en 1996 a 4.647 en 1997. El aumento ha sido más intenso entre los admitidos por primera vez por esta droga que entre los ya admitidos previamente (Figura 3.4). En 1997 un 8,9% de la admisiones a tratamiento fue por abuso o dependencia de esta droga. Entre los casos admitidos a tratamiento por primera vez se atribuye a cocaína un 16,7% de las admisiones, frente a un 4,3% entre los ya tratados previamente (Figura 3.2). La proporción de tratamientos por cocaína, aun siendo inferior a la de la heroína, fue relativamente importante en Comunidades como

Figura 3.1. Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas según Comunidad Autónoma (nº absoluto y tasa por 100.000 habitantes). España 1997.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Figura 3.2. Droga principal de admisión a tratamiento según existencia o no de tratamiento previo (%). España 1997.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Figura 3.3. Evolución del número de personas admitidas a tratamiento por heroína en España, 1991-1997.

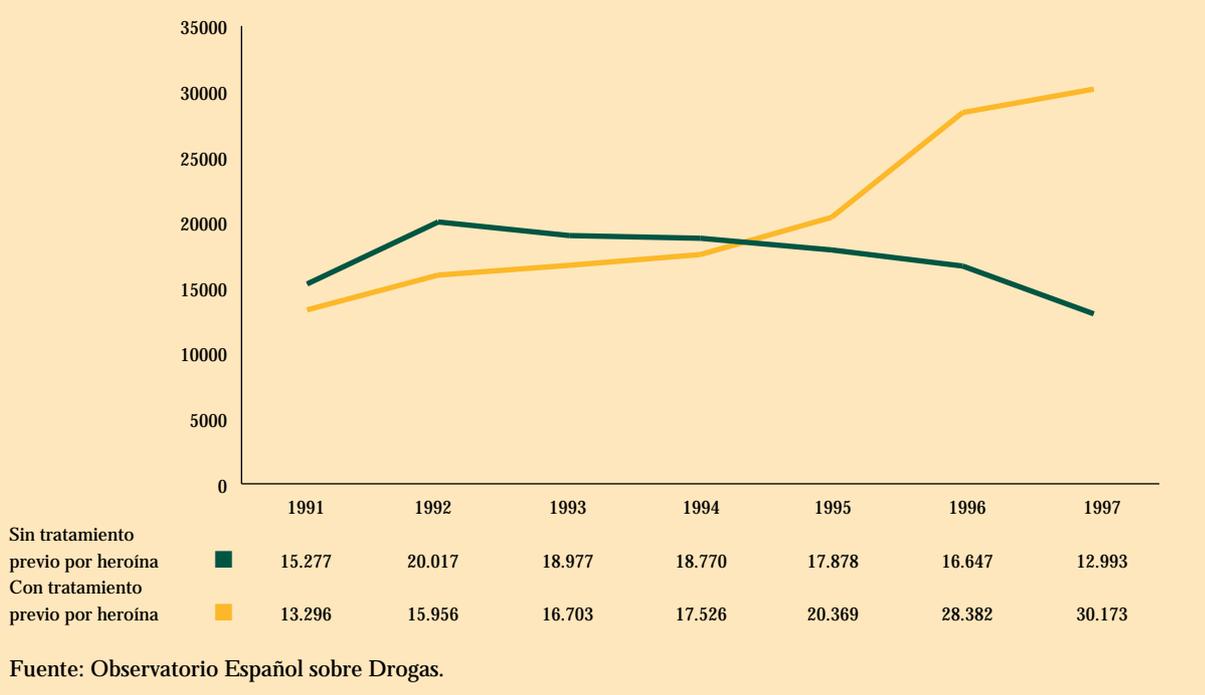
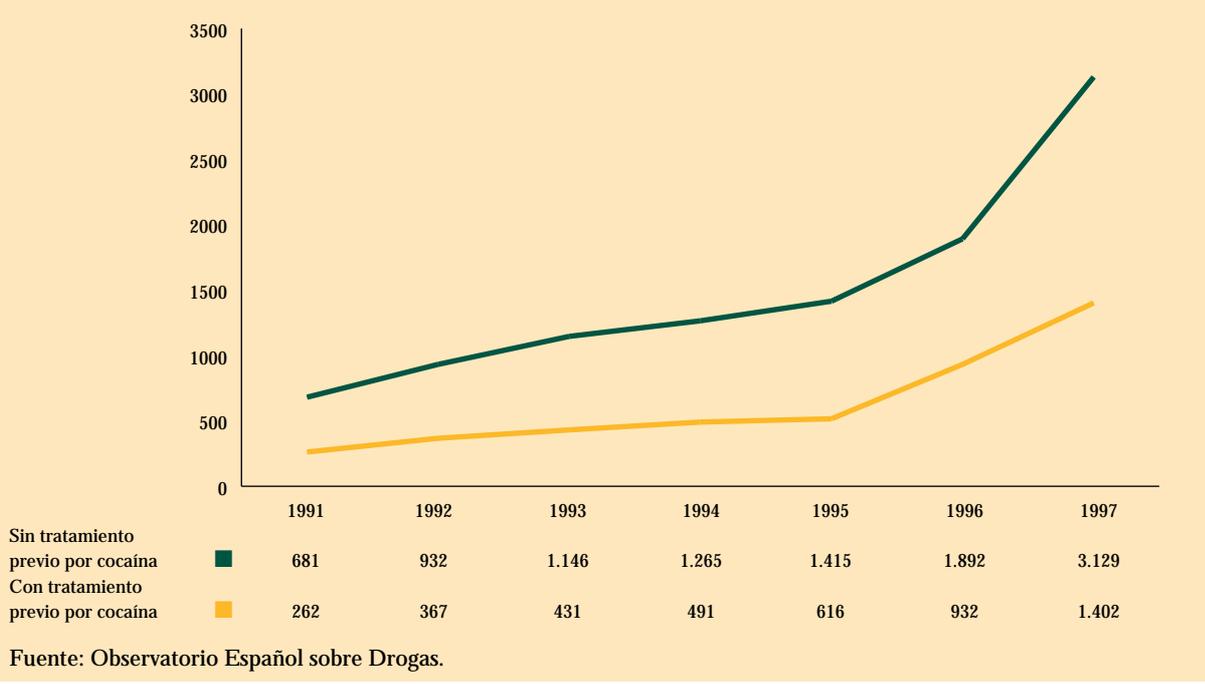


Figura 3.4. Evolución del número de personas admitidas a tratamiento por cocaína en España, 1991-1997.



Murcia, Comunidad Valenciana, Cataluña, Navarra, Canarias y Madrid, que presentaron una proporción de tratamientos por cocaína entre los casos sin tratamiento previo superior a un 15%.

### Sexo

La gran mayoría (84,3%) de las personas admitidas a tratamiento durante 1997 fueron hombres. Entre los admitidos por primera vez el porcentaje de hombres fue algo inferior (83,5%) (Tabla 3.1). La proporción más elevada de varones se observó entre las personas tratadas por cánnabis (90,3%) y cocaína (86%), y la más baja entre las personas tratadas por hipnóticos o sedantes (55,7%) (Tabla 3.2). Se observó una gran variación de la proporción de hombres y mujeres entre distintas Comunidades Autónomas. Algunas presentaron una proporción relativamente elevada de mujeres: Rioja (22,4%) y Navarra (21,6%) y otras como Melilla muy baja (10,7%).

### Edad

La edad media de los tratados fue 29.6 años (28.4 en los casos sin tratamiento previo y 30 años en los tratados previamente). La gran mayoría de los admitidos a tratamiento estaban comprendidos entre los 20 y 35 años en el momento de ser admitidos, concentrándose entre los 25 y 29 años la proporción más alta de casos (29,8%) (Tabla 3.1). La edad media más baja se observa en los admitidos a tratamiento por derivados de las feniletilaminas (21.3 años) y la más elevada entre los tratados por hipnóticos y sedantes (33.6 años) (Figura 3.5). Se observaron diferencias importantes entre Comunidades Autónomas con respecto a la edad media de las personas admitidas a tratamiento, oscilando entre los 32.8 años de Ceuta y los 27.8 de Murcia.

### Nivel de estudios y situación laboral

La mayoría de los admitidos a tratamiento (83,9%) había completado un nivel de estudios de EGB o inferior. El nivel de estudios presen-

tó diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo los niveles de estudios más altos a cánnabis (28,6% con estudios de BUP o superiores completados) y a cocaína (28,4% con estudios de BUP o superiores completados) y los más bajos a heroína (14,1%) y otros opiáceos diferentes a heroína (20,3%).

En cuanto a la situación laboral, la mayoría de los admitidos a tratamiento estaban parados (56,8%), siendo la proporción de parados más elevada para los casos con tratamiento previo (60,5%) que para los admitidos por primera vez (50,1%). La proporción de parados presentó también diferencias importantes según la droga principal de admisión a tratamiento, correspondiendo la cifra más alta a heroína (60,7%) y la más baja a anfetaminas (33,8%) (Tablas 3.1 y 3.2).

### Edad de inicio

La edad media de inicio en el consumo de la droga principal fue 20.7 años para el conjunto de todos los casos captados por el indicador. La mayoría de los casos habían iniciado el consumo entre los 15 y los 23 años (Tabla 3.1). Por Comunidades Autónomas, Cantabria presentó la edad de inicio más baja (19.4 años) y Ceuta la más elevada (24.6 años). La mayoría de los admitidos a tratamiento durante 1997 habían iniciado el consumo de la droga principal entre 1987 y 1995.

Se observaron diferencias importantes en la edad media de inicio del consumo según la droga de admisión a tratamiento, correspondiendo la edad media de inicio más temprana a los admitidos por cánnabis (16.9 años) o derivados de las feniletilaminas (18 años) y la más elevada a los admitidos por hipnóticos o sedantes (25.6 años) (Figura 3.5). Los casos registrados por el indicador tratamiento habían consumido por primera vez la droga principal 8.9 años antes de la admisión al tratamiento actual. Para el conjunto de casos tratados por primera vez este tiempo fue 7.3 años, presentando la menor antigüedad los tratados por derivados de las feniletilaminas (3.1 años), y la mayor los tratados por heroína (7.8 años) y por cánnabis (6.8 años).

Tabla 3.1. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según realización o no de tratamiento previo (números absolutos, porcentajes y medias). España, 1997.

	Total	Tratamiento previo*	
		Sí	No
Nº admisiones a tratamiento notificadas	52.440	32.568	18.729
Edad media (años)	29.60	30.26	28.38
Sexo (%)			
Hombres	84,3	84,9	83,5
Mujeres	15,7	15,1	16,5
Máximo nivel de estudios (%)			
Sin estudios	13,1	13,1	13,0
Primaria - 5º EGB	41,0	42,6	37,9
B. Elemental - EGB - ESO	29,8	29,3	30,9
FP - BUP - otros	13,8	12,9	15,5
Estudios medios y superiores	2,4	2,2	2,7
Situación laboral principal (%)			
Trabajando	27,8	25,1	32,7
Parado, no habiendo trabajado	10,6	10,6	10,6
Parado, habiendo trabajado	46,2	49,9	39,5
Otros	15,4	14,4	17,1
Droga principal de admisión a tratamiento (%)			
Heroína	84,1	92,6	69,4
Otros opiáceos	0,8	1,0	0,6
Cocaína	8,9	4,3	16,7
Anfetaminas	0,6	0,2	1,3
MDMA y derivados	0,5	0,1	1,1
Hipnóticos y sedantes	0,5	0,3	0,8
Cánnabis	4,2	1,2	9,4
Otras sustancias	0,4	0,2	0,8
Edad media al inicio del consumo (años)	20,67	20,41	21,11
Vía principal de consumo (%)			
Oral	3,5	2,6	4,8
Fumada	27,5	22,6	35,2
Inhalada	30,0	33,6	25,0
Esnifada	10,6	6,5	17,3
Inyectada	27,3	33,1	17,2
Otras	1,1	1,6	0,4
Otras drogas consumidas 30 días anteriores** (%)			
Heroína	2,6	1,9	3,7
Otros opiáceos	8,4	9,8	6,3
Cocaína	57,7	62,0	50,5
Anfetaminas	11,5	11,1	12,6
MDMA y derivados	1,5	0,9	2,6
Hipnóticos y sedantes	25,5	27,4	22,3
Cánnabis	39,5	37,1	43,7
Alcohol	29,9	25,9	36,5
Otras sustancias	11,4	8,3	15,7
Tiempo desde última inyección (%)			
Menos de 30 días	33,1	37,1	24,9
Un mes - un año	8,1	10,1	4,4
Uno - cuatro años	9,0	11,3	4,7
Cinco años o más	5,9	6,8	4,2
Nunca	43,9	34,8	61,8
Estado serológico VIH (%)			
Positivo	13,9	17,1	8,5
Negativo (análisis últimos 6 meses)	17,8	20,1	14,3
Negativo (sin fecha análisis)	23,6	27,4	17,7
Sin análisis o resultado desconocido	44,6	35,3	59,5

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

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

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas

Tabla 3.2. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según sustancia principal de consumo (porcentajes y medias). España, 1997.

	Heroína	Otros opiáceos*	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y der. Hipnosedantes	Cánnabis	Otras**	
Nº admisiones a tto. notificadas	44.089	434	4.647	323	237	263	2.214	233
Edad media (años)	29.96	31.88	29.14	24.30	21.30	33.58	24.38	25.97
Sexo (%)								
Hombres	84,3	70,0	86,0	78,7	75,1	55,7	90,3	78,8
Mujeres	15,7	30,0	14,0	21,3	24,9	44,3	9,7	21,2
Máximo nivel de estudios (%)								
Sin estudios	14,5	8,8	4,7	6,8	2,7	13,7	5,1	5,2
Primaria - 5º EGB	42,9	38,5	30,4	29,2	31,8	36,9	29,3	34,5
B. Elemental - EGB - ESO	28,5	32,4	36,5	39,0	41,7	27,0	37,0	36,1
FP - BUP - otros	12,0	15,5	24,2	22,4	22,0	15,4	24,5	21,1
Estudios medios y superiores	2,1	4,8	4,2	2,6	1,8	7,1	4,1	3,1
Situación laboral principal (%)								
Trabajando	24,5	26,5	53,0	46,1	35,0	21,5	36,7	22,3
Parado, no habiendo trabajado	11,3	9,4	5,0	14,0	9,7	13,0	9,2	17,8
Parado, habiendo trabajado	49,4	42,3	30,8	19,8	31,0	32,1	25,8	30,5
Otros	14,9	21,8	11,2	20,1	24,3	33,3	28,3	29,4
Edad media al inicio del consumo (años)	20.66	24.89	22.21	18.92	17.96	25.56	16.88	18.91
Vía principal de consumo (%)								
Oral	1,4	72,6	1,3	60,6	93,0	89,8	2,7	55,4
Fumada	26,2	7,9	15,9	5,7	0,4	4,5	92,4	15,2
Inhalada	34,2	3,3	10,4	3,2	3,5	2,0	2,8	15,2
Esnifada	5,3	2,4	65,9	28,9	2,2	0,0	0,3	3,4
Inyectada	31,6	13,8	6,1	1,6	0,0	3,7	1,7	10,3
Otras	1,3	0,0	0,4	0,0	0,9	0,0	0,1	0,5
Otras drogas consumidas 30 días anteriores*** (%)								
Heroína	0,0	25,5	18,9	4,7	5,6	25,0	16,1	22,3
Otros opiáceos	9,5	1,2	2,3	0,0	0,5	8,3	1,3	5,8
Cocaína	65,2	32,8	0,5	38,4	44,1	21,5	34,0	36,0
Anfetaminas	9,7	21,5	20,7	10,1	40,5	20,8	26,8	15,8
MDMA y derivados	0,6	0,8	6,3	17,1	0,0	2,8	8,6	3,6
Hipnóticos y sedantes	28,0	32,0	11,3	7,8	4,1	10,4	7,0	13,7
Cánnabis	39,6	32,4	48,2	66,3	63,1	42,4	0,5	55,4
Alcohol	26,0	28,7	56,1	39,9	49,7	45,1	54,6	43,9
Otras sustancias	10,3	9,3	16,5	14,7	13,3	15,3	25,5	15,8
Tiempo desde última inyección								
Menos de 30 días	37,0	21,4	14,9	10,1	8,9	8,4	5,2	2,0
Un mes - un año	8,8	20,1	3,3	2,6	3,0	6,8	2,3	7,0
Uno - cuatro años	10,0	23,6	2,8	2,2	2,0	6,8	1,9	5,0
Cinco años o más	6,4	6,8	3,3	1,3	3,9	4,2	2,5	4,0
Nunca	37,8	28,2	75,7	83,7	82,3	73,8	88,2	82,0
Estado serológico VIH								
Positivo	15,7	24,2	3,6	2,5	0,4	6,5	1,5	7,7
Negativo (análisis últimos 6 meses)	19,1	17,7	13,0	8,0	8,4	13,7	6,4	3,4
Negativo (sin fecha análisis)	25,2	12,9	17,4	13,0	7,2	12,2	13,4	13,7
Sin análisis o resultado desconocido	39,9	45,2	66,0	76,5	84,0	67,7	78,8	75,1

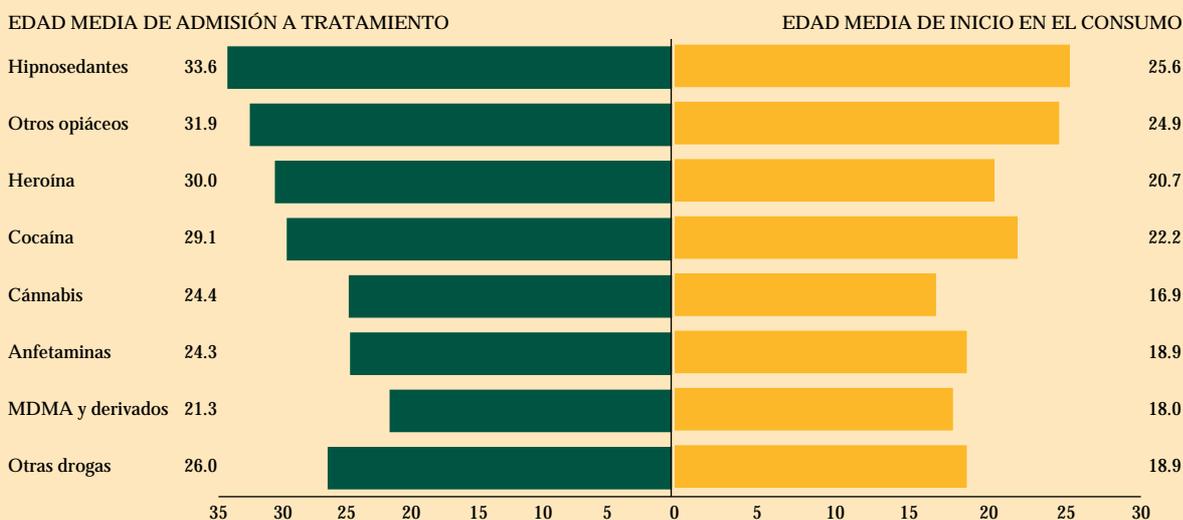
\* En este grupo se ha incluido la metadona y otros opiáceos dado el pequeño número de casos notificados para cada categoría.

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

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

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Figura 3.5. Edad media de los admitidos a tratamiento y edad media de inicio en el consumo, según droga principal de admisión a tratamiento. España 1997.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

### Vía de administración

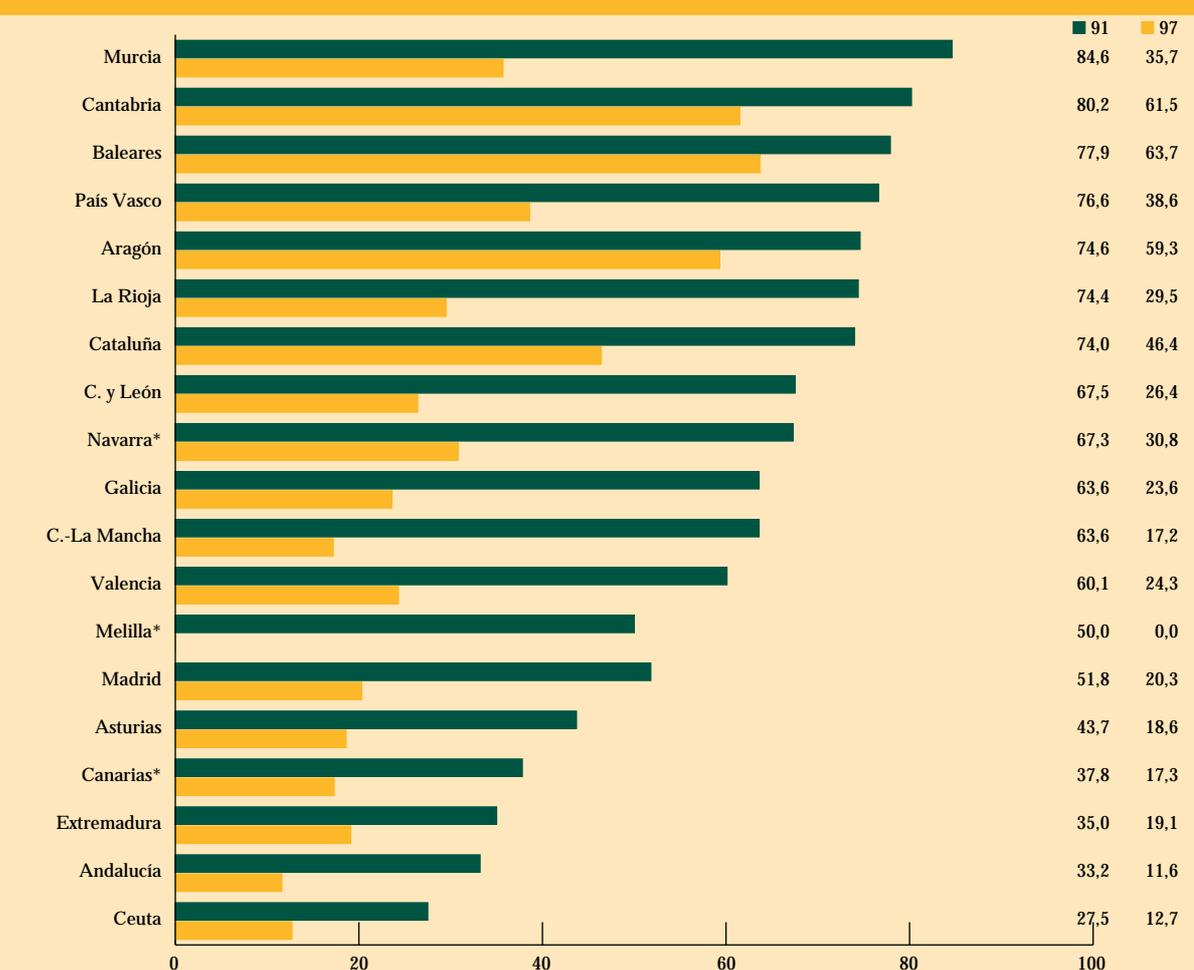
La vía pulmonar (fumada o inhalada “en chinos”) fue la vía de administración más prevalente en el conjunto de todas las personas admitidas a tratamiento durante 1997 (57,5%). Entre las personas no tratadas previamente, la vía pulmonar fue utilizada por un 60,2% de los casos. Entre los casos previamente tratados por heroína, un 34,8% utilizó la vía parenteral y un 57,8% la pulmonar, mientras que entre los que no habían sido previamente tratados estos porcentajes fueron respectivamente de un 23,8% y de un 67,2%. Entre las personas admitidas a tratamiento por cocaína la proporción de las que utilizaron la vía parenteral fue mucho menor: 12,4% en los casos con tratamiento previo y 3,3% en los casos sin tratamiento previo (Tablas 3.1 y 3.2).

Se observan diferencias importantes en la vía de administración de las drogas entre Comunidades. Durante 1997 la vía inyectada fue utilizada por menos de un 30% de las personas admitidas a tratamiento en Andalucía, Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha, Extremadura, Madrid, Ceuta y Melilla, mientras que en otras Comunidades fue la vía de consumo cla-

ramente mayoritaria, estando por encima del 60% en Cantabria y Baleares. Entre los casos sin tratamiento previo se mantiene el mismo patrón por Comunidades, aunque con proporciones más bajas de utilización de la vía inyectada y mayores de la fumada. Por lo que respecta a la vía principal de administración de la heroína, la vía predominante es la pulmonar, aunque se mantiene un núcleo importante de personas que continúan consumiendo principalmente por vía parenteral (31,6%). Por Comunidades Autónomas la vía pulmonar predomina en buena parte España, excepto en un grupo de Comunidades del nordeste (Cataluña, Baleares, Aragón, Navarra, Cantabria, Rioja y País Vasco) (Figuras 3.6 y 3.7). Entre los admitidos a tratamiento por cocaína la vía principal de administración predominante es la intranasal (esnifada).

Desde que en 1991 el indicador tratamiento empezó a recoger la vía principal de consumo de la droga que motiva el tratamiento, se ha observado una importante evolución de la vía principal de administración de la heroína en el conjunto del Estado. Esta evolución se ha producido tanto en los casos tratados con anterioridad, en los que la vía inyectada pasó de un

Figura 3.6. Proporción de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por heroína, cuya vía de administración más frecuente de esa droga es la vía parenteral (%). España 1997.



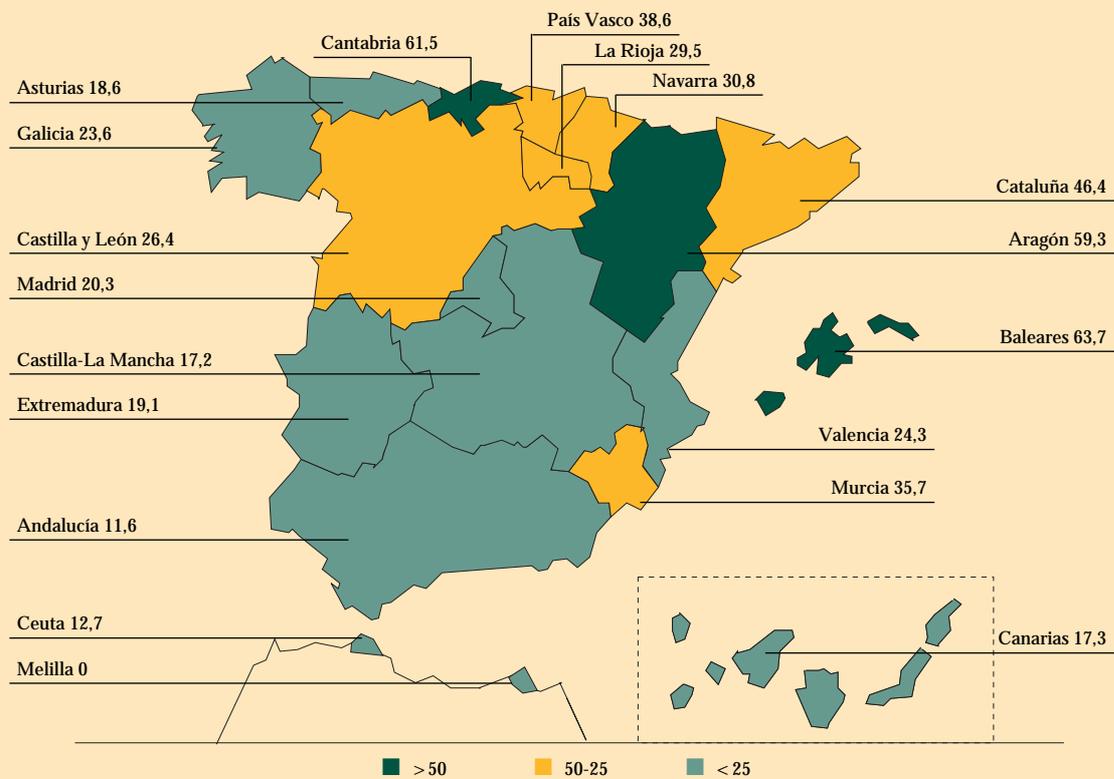
\* En las CCAA de Navarra y Canarias y en la ciudad de Melilla se presentan los datos correspondientes a 1992 en lugar de los datos de 1991, bien porque en este año no se habían recogido (Melilla) o bien porque no eran comparables con los años posteriores.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

74,7% en 1991 a un 33,1% en 1997, como en los no tratados previamente, en los que pasó de un 50,3% a un 23,8% durante el mismo período, aunque en el último año parece que el descenso se ha ralentizado. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar (“fumar chinos”, “fumar en chinos” o “fumar en plata”) (Figura 3.8). Este cambio se observa también en las personas tratadas por cocaína, en las que la proporción de admitidos a tratamiento que consumió la cocaína principalmente por vía inyectada pasó de un 25,7% a un 6,1%.

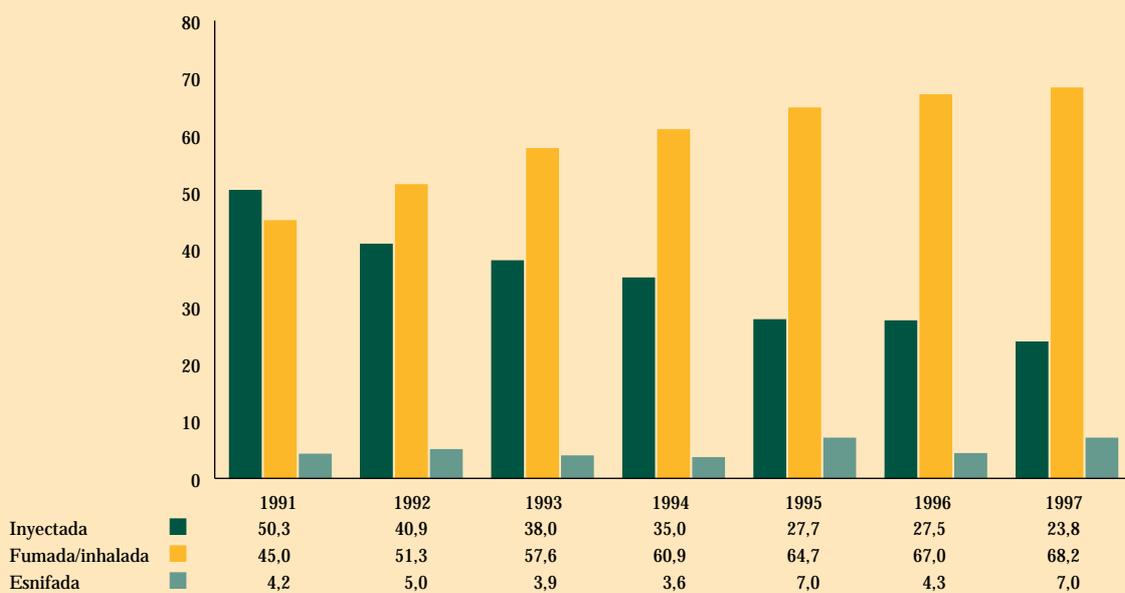
La mayor parte de los admitidos a tratamiento se reparten entre los que no se han inyectado nunca o no-inyectores (43,9%) y los que se han inyectado en los treinta días previos a la admisión a tratamiento o inyectores actuales (33,1%). Si se analizan sólo los admitidos a tratamiento por heroína, se observa que un 37,8% de los admitidos a tratamiento en 1997 eran no-inyectores. Sin embargo, entre los admitidos a tratamiento por heroína que se han inyectado alguna vez en su vida, la mayoría lo ha hecho recientemente (en los treinta días previos a la admisión a tratamiento). Por

Figura 3.7. Proporción de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por heroína, cuya vía de administración más frecuente es la vía parenteral (%). España 1997.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas

Figura 3.8. Distribución de los admitidos por primera vez a tratamiento por heroína según la vía de administración más frecuente de dicha droga (%). España, 1991-1997.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

lo que respecta a los admitidos a tratamiento por otras drogas, sólo se encuentra una proporción importante de inyectores (personas que se han inyectado alguna vez) entre los admitidos por opioides diferentes a la heroína (24,2%). Para el resto de las drogas la proporción de no-inyectores es muy elevada, encontrándose las proporciones más elevadas entre los admitidos por derivados de las finiletilaminas (84,0%) y por cánnabis (78,8%) (Tablas 3.1 y 3.2). Por Comunidades Autónomas las mayores proporciones de no-inyectores se encuentran en las Comunidades del sur.

### Policonsumo

Los tratados por una droga consumen con frecuencia otras drogas además de la principal. Entre los admitidos a tratamiento por heroína, las drogas secundarias más utilizadas fueron la cocaína (65,2%), el cánnabis (39,6%), hipnóticos o sedantes (28%) y alcohol (26%). Entre los admitidos a tratamiento por cocaína, la heroína fue utilizada como droga secundaria en un 18,9% de los casos. Otras drogas secundarias utilizadas frecuentemente por estos casos fueron cánnabis (48,2%) y alcohol (56,1%) (Tabla 3.2).

### Tratamientos previos

Un 62,1% de todos los admitidos a tratamiento por sustancias psicoactivas durante 1997 refirieron que habían sido previamente tratados por la droga principal, frente a un 56,9% en 1996, un 52,1% en 1995, un 47,5 en 1994, un 46,1% en 1993 y un 43,9% en 1992. La proporción de casos que habían sido tratados previamente fue mucho más alta entre los tratados por heroína (68,4%) que entre los tratados por cocaína (30,2%) (Tabla 3.2).

La proporción de casos con tratamientos previos presentó grandes diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas. La proporción más alta se observó en: Cantabria (80,4%), Asturias (73,5%), Baleares (72,5%) y Ceuta (70,1%), y la más baja en Madrid (45,4%), Navarra (52,7%) y Cataluña (57,9%).

### Infección por VIH

En cuanto al estado serológico frente al VIH de los admitidos a tratamiento, hay que señalar en primer lugar que la proporción de personas admitidas a tratamiento con estado serológico frente al VIH desconocido es muy elevada (44,6%), llegando a ser del 59,5% entre los admitidos a tratamiento por primera vez, por lo que sus resultados han de tomarse con mucha cautela y ha de entenderse que las prevalencias de infección por VIH (positivos) que figuran a continuación son prevalencias mínimas (al menos ese porcentaje está infectado). Teniendo esto en cuenta, la prevalencia de infección por VIH más elevada se encontró entre los admitidos a tratamiento por otros opiáceos distintos de la heroína (24,2%) y por heroína (15,7%) y la más baja entre los admitidos por derivados de las feniletilaminas (0,4%), cánnabis (1,5%) y anfetaminas (2,5%). La prevalencia es mucho más elevada entre las personas con tratamiento previo que en las admitidas a tratamiento por primera vez. Por ejemplo, para la heroína, las cifras son de 17,8% entre los tratados previamente y 11,3% entre los tratados por primera vez (Tablas 3.1 y 3.2). Por Comunidades, la prevalencia más elevada se encontró en La Rioja y, en general, las Comunidades del norte y nordeste.

## 2. PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA PARA DROGODEPENDIENTES

En 1997 la red de recursos específicos de atención para drogodependientes del Plan Nacional sobre Drogas, públicos o privados con financiación pública, ha experimentado un importante desarrollo gracias, fundamentalmente, a los programas de mantenimiento con metadona.

Como puede observarse en la figura 3.9, dichos programas han continuado la tendencia de crecimiento, tanto en el número de centros, 894 (prescriptores, dispensadores y prescriptores/dispensadores), como en el número de usuarios atendidos: 55.813.

Estos datos suponen un incremento sobre el año anterior de un 32% aproximadamente y

Figura 3.9. Evolución del número de pacientes atendidos en programas de mantenimiento con metadona. España, 1990-1997.



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

casi el doble de pacientes atendidos que en el año 1995. Esto ha llevado a la Delegación del Gobierno para el PNSD a plantearse un doble objetivo: por un lado, estudiar las características de los centros, prácticas terapéuticas, usuarios atendidos y demás condiciones de los programas de mantenimiento con metadona, y, por otro, plantear la necesidad de establecer unos criterios de calidad y de desarrollo armónico de dichos programas en el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Para el primer objetivo se encargó al Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM) de Barcelona la realización de un estudio de carácter descriptivo de este tipo de tratamientos, con una metodología similar a la utilizada en 1994, de tal modo que se establezcan las similitudes y diferencias entre aquel año y el año 1997. Este estudio describe tanto las características estructurales como funcionales y de los usuarios, de los programas de mantenimiento con metadona.

En la perspectiva del segundo objetivo, ha comenzado a trabajar la Comisión Nacional de Agonistas en el marco de la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas.

### 3. LAS DESINTOXICACIONES ULTRACORTAS EN ESPAÑA

Desde finales de la década de los 80 han ido proliferando diversos tratamientos ambulatorios u hospitalarios en el abordaje de la dependencia de opiáceos cuyo objetivo principal es acortar el período de desintoxicación. A las desintoxicaciones que se realizan en un tiempo igual o menor de 24 horas y se administra una dosis de antagonización de 50 mg de naltrexona se las denominan desintoxicaciones ultracortas, ultrarrápidas y/o pautas de inducción rápida. Si bien en España se comenzaron a realizar estas desintoxicaciones en 1992, múltiples factores han dificultado el conocimiento del número de centros que las realizan, las características de los mismos y la metodología que utilizan.

Con el objetivo de dar una visión global de la situación actual de las desintoxicaciones ultracortas, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas encargó en 1998, un estudio a la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) de la situación de dichas desintoxicaciones en España.

Uno de los mayores problemas era determinar qué centros realizan estas desintoxicaciones; para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos nacionales e internacionales, y se solicitó información sobre posibles centros a instituciones públicas y privadas. Se localizaron 18 programas, correspondientes a 20 centros, que respondieron a un cuestionario autoadministrado.

Los resultados obtenidos muestran que las desintoxicaciones ultracortas se realizan en 10 Comunidades Autónomas, existiendo: un centro en tres Comunidades (Canarias, Galicia y Murcia), dos centros en seis Comunidades (Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Comunidad de Madrid, País Vasco) y cinco centros en Asturias.

La mayoría de los centros se localizan en hospitales generales (n= 10; 50%), le siguen los centros de tratamiento específico de las drogodependencias (n= 7; 35%), los hospitales psiquiátricos (n= 1; 5%) y otros centros (n= 2; 10%). La fuente de financiación de los centros es fundamentalmente privada (n= 10; 55,6%). El nivel profesional de los responsables de los programas y número de profesionales que participan en cada programa se observan en la tabla 3.3.

Durante 1997 las desintoxicaciones ultracortas se realizaron en 1.360 pacientes.

### Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión principales son: consumo bajo de heroína, recaída reciente en pacientes incluidos en programas de mantenimiento con naltrexona, fracaso en otros tipos de desintoxicación, motivación del sujeto, escasez de tiempo de los pacientes para realizar programas de desintoxicación de mayor duración, ausencia de consumo de otras drogas o de dependencia de otras drogas, vía de consumo de los opiáceos, ausencia de patología orgánica o psiquiátrica y presencia de un familiar responsable.

### Criterios de exclusión

El embarazo es un criterio de exclusión en todos los programas de desintoxicaciones

ultracortas, les siguen como criterios de exclusión más importantes la patología orgánica grave, la insuficiencia renal, la hipertensión arterial grave no controlada, la insuficiencia hepática, las enfermedades cerebrovasculares y la ausencia de control en la medicación. En seis programas la cantidad consumida de metadona es un criterio de exclusión.

### Proceso de desintoxicación

La abstinencia previa al proceso de desintoxicación no es solicitada en seis programas (33,3%), si bien en uno de ellos sí que se solicita cuando el paciente está tomando metadona. En los restantes seis programas (66,7%) se solicita, de media, que el paciente esté 15 horas abstinentes.

De los seis programas en los que no se solicita la abstinencia, dos de ellos realizan una estabilización previa con agonistas opiáceos, con una media de 48 horas previas.

Durante el período previo a la desintoxicación se practica un enema en seis programas (33,3%), protección gástrica en 15 programas (83,3%) y detección previa de tóxicos en orina en siete programas (38,9%).

Durante el proceso de desintoxicación se realiza monitorización del paciente en 12 programas (66,7%), siendo continua en siete (58,3%) y discontinua en cinco (41,7%).

Es objetivo de todos los programas obtener la sedación del paciente: cinco programas (27,8%) buscan una sedación superficial, diez (55,6%) una sedación media y tres (16,7%) una sedación profunda.

La vía preferente de administración para la sedación es la oral (n= 10; 55,6%), le sigue la intravenosa (n= 7; 38,9%) y la mixta (n= 1; 5,6%); siendo los fármacos utilizados: benzodiazepinas (n= 10; 55,6%), benzodiazepinas y propofol (n= 6; 33,3%) y los neurolepticos (n= 2; 11,1%). La intubación del paciente se realiza sistemáticamente en tres programas (16,7%) y en otros tres programas (16,7%) se realiza según la evolución del paciente.

La naltrexona es el principal fármaco utilizado para la antagonización del paciente (n= 13

Tabla 3.3. Nivel profesional de los responsables de los programas y número de profesionales que participan en cada programa.

Centro	Nivel Profesional	Psiquiatras	Anestesiistas	Internistas	Intensivistas	Médicos Generales	Farmacólogos	Otros médicos	Diplomados enfermería	Aux. enfermería	Psicólogos
Centro 1	Médico	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Centro 2	Médico especialista en Psiquiatría	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Centro 3	Médico. Master en Drogodependencias	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Centro 4	Médico especialista en Psiquiatría	3	0	0	7	0	1	0	1	1	0
Centro 5	Médico	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Centro 6	Médico. Master en Drogodependencias	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1
Centro 7	Médico especialista en Psiquiatría	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0
Centro 8	Médico Conductas Adictivas	0	0	1	2	0	0	1	3	0	1
Centro 9	Médico. Farmacólogo	1	2	0	0	1	1	0	2	0	0
Centro 10	Médico especialista Medicina Interna	0	0	1	0	0	0	0	3	3	0
Centro 11	Médico especialista Medicina Intensiva	1	0	1	7	0	1	0	5	5	0
Centro 12	Médico. Master en Drogodependencias	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Centro 13	Médico especialista Medicina Interna	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1
Centro 14	Médico	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1
Centro 15	Médico	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2
Centro 16	Médico. Master en Drogodependencias	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
Centro 17	Médico	0	0	2	3	5	1	0	3	3	3
Centro 18	Psicólogo	2	3	3	10	2	0	0	10	15	5

Fuente: Sociedad Española de Toxicomanías (SET).

programas), cuatro programas utilizan naloxona y naltrexona, y un programa sólo naloxona. Los pacientes son incluidos al alta, por orden de frecuencia, en programas de mantenimiento con naltrexona, programa libre de drogas o en comunidades terapéuticas.

Las causas para no iniciar el proceso son: falta de motivación, ansiedad anticipatoria, no disponibilidad económica, consumo previo y causas excluyentes identificadas antes de iniciar el proceso.

### Conclusiones del estudio

Las desintoxicaciones ultracortas aseguran casi un 100% de éxito en la antagonización del paciente.

Existe una falta de homogeneidad en los procedimientos y las variables analizadas. Ningún responsable de los programas de desintoxicaciones ultracortas considera que los criterios de inclusión, exclusión y actuación entre los diversos programas sean muy homogéneos.

Es necesario la realización de ensayos clínicos metodológicamente correctos, pues los que se han publicado han carecido de grupo control, los pacientes no han sido adecuadamente aleatorizados y, en su mayor parte, se trata de estudios observacionales con un escaso número de sujetos.

Es un método cómodo para el paciente y presumiblemente supone un ahorro de recursos asistenciales.

Este modelo terapéutico no está exento de riesgos y no están homogeneizados el tipo de sedación, su profundidad, la duración y el lugar donde se debe realizar.

No existe un elevado grado de acuerdo entre los profesionales en que pueda realizarse sin problemas a nivel ambulatorio o domiciliario.

Es necesario el control de los efectos adversos y la prolongación del período de desintoxicación hasta algunos días después de la antagonización para una correcta recuperación del paciente.

Las desintoxicaciones ultracortas, al igual que otros modelos de desintoxicación, no es más

que un primer paso en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Por ello deben coordinarse estos programas con aquellos que vayan a llevar el tratamiento de deshabituación.

### 4. DISPENSACIÓN CONTROLADA DE LAAM

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a través de la Comisión Nacional de Agonistas ha articulado a lo largo de 1998 una experiencia de dispensación controlada de LAAM al efecto de optimizar, evaluar y realizar el seguimiento de este tipo de tratamientos.

#### Diseño del estudio

Se trata de una experiencia de dispensación controlada con levo-alfa-acetil-metadol (LAAM), de carácter descriptivo, abierto, no aleatorizado, a una cohorte de pacientes dependientes de derivados opiáceos, con consentimiento informado, a quienes se les administrará tratamiento farmacológico con dicho agonista opiáceo.

El seguimiento de los pacientes para el estudio se ha mantenido durante un período de tres meses. Con independencia de este período, cada equipo terapéutico podrá proseguir o no el tratamiento con LAAM en los pacientes que estime conveniente.

#### Objetivos

El objetivo general de la experiencia es determinar el perfil de los pacientes dependientes a derivados opiáceos con mejor respuesta al tratamiento con LAAM, así como evaluar la adecuación y eficacia de la sustancia objeto de la experiencia, en cuanto a su tolerancia, comodidad de dispensación no diaria y facilitación de su proceso de normalización.

Los objetivos específicos son:

- Conocer las características principales del periodo inicial de adaptación al LAAM, en aquellos pacientes provenientes de un programa de mantenimiento

con metadona, así como en aquellos que comienzan el inicio con esta molécula agonista.

- Comprobar el perfil de eficacia en determinadas dosis de las técnicas habituales de tratamiento con LAAM:
  - Pacientes que precisan dosis altas: > 120 mgr./día.
  - Pacientes que precisan dosis entre 70 y 120 mgr./día.
  - Pacientes que precisan dosis < de 70 mgr./día.
  - Pacientes que presentan policonsumos con cocaína, alcohol, benzodiazepinas...
- Valorar la equivalencia farmacológica entre la metadona y el LAAM.
- Valorar la capacidad del LAAM para mantener en abstinencia y en condiciones suficientes de calidad de vida a los dependientes a opiáceos en los que esté indicada esta alternativa terapéutica.
- Valorar la seguridad del uso del LAAM en un grupo de pacientes dependientes a opiáceos.
- Evaluar la confortabilidad referida de los pacientes en este tipo de tratamiento.

### **Ámbito y población de estudio**

Pacientes diagnosticados con dependencia a opiáceos, con consentimiento informado, de varias Comunidades Autónomas del Estado. El tamaño de la muestra es de 200 pacientes de 23 centros terapéuticos públicos y acreditados, y bajo el seguimiento de equipos terapéuticos específicos y designados por la Comisión Nacional de Agonistas a propuesta de sus respectivos Planes Autonómicos.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.
- Que cumplan criterios DSM-IV de dependencia a opiáceos.

- Que el paciente esté motivado y manifieste por escrito su intención de realizar el tratamiento con LAAM.
- Con contrato terapéutico que garantice la existencia de un familiar que se responsabilice del tratamiento.

### **Criterios de no inclusión**

- Mujeres embarazadas y lactantes.
- Trastornos orgánicos graves que impidan el tratamiento con LAAM.
- Elevación de transaminasas (> 150 U/L).
- Trastornos psiquiátricos graves.
- No contar con la existencia de una persona que se responsabilice del tratamiento.

### **Criterios de exclusión**

- Test de embarazo positivo.
- Enfermedad concomitante que necesite de tratamiento con opiáceos, u hospitalización superior a 15 días o cirugía.
- Abandono del seguimiento.
- Cualquier circunstancia que a criterio de los equipos terapéuticos se considere causa suficiente o conveniente para excluir a un sujeto del tratamiento.
- A petición voluntaria del paciente de desear abandonar el tratamiento.

### **Controles evolutivos del seguimiento a evaluar**

- Analítica de sangre previa y post-tratamiento.
- Evaluación básica de salud.
- Evaluación psico-social.
- Controles analíticos semanales.

La finalización y evaluación de la experiencia de dispensación controlada de LAAM está prevista para marzo de 1999.

## 5. INDICADORES SANITARIOS

### Indicador urgencias

El indicador urgencias recogió en 1997 un total de 1.933 episodios de urgencia por reacción aguda a sustancias psicoactivas procedentes de 43 hospitales de 10 Comunidades, habiéndose limitado la recogida de información a una semana de cada mes seleccionada aleatoriamente. Hay que tener en cuenta que hasta 1995 este indicador recogía todas las urgencias directa o indirectamente relacionadas con el consumo de opioides o cocaína durante el año completo y que hay algunos problemas de inestabilidad de la cobertura, por lo que los datos no son comparables con los de años anteriores sin realizar un estudio profundo. Las variaciones de la cobertura del indicador urgencias no permiten establecer una comparación directa del número total de episodios de urgencias entre distintos años. Sin embargo, el indicador sí puede considerarse más útil para conocer las características de las personas que acudieron a los servicios de urgencia por problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas y también, en cierta forma, para validar la información de los indicadores tratamiento y mortalidad.

En 1997 las sustancias mencionadas con mayor frecuencia en los episodios de urgencia fueron la heroína (52,6% de los episodios), seguida de la cocaína (30%), los opioides distintos de la heroína (26,2%) y los hipnóticos o sedantes (21,6%). Hay que tener en cuenta que se trata de menciones de consumo de estas drogas en la historia clínica y no de que la urgencia haya sido provocada por dichas drogas o esté relacionada con su consumo. Se observaron importantes diferencias según Comunidad Autónoma, en cuanto a las drogas mencionadas en los episodios de urgencia. Por ejemplo, la proporción de menciones de cocaína fue muy elevada en Castilla y León (51,9%) y Canarias (43,5%) y baja en Asturias (12,5%) y Rioja (14,6%). Al igual que sucedía con las sustancias psicoactivas mencionadas, las sustancias relacionadas con la urgencia con mayor frecuencia fueron la heroína (50,9%), la cocaína (25%), los hipnóticos y sedantes (18,9%) y

los opioides diferentes a la heroína (17,4%). A la hora de interpretar los datos hay que tener en cuenta que una misma urgencia puede estar relacionada con el consumo de varias sustancias psicoactivas (Tabla 3.4).

En cuanto a la vía de administración más frecuente de las sustancias mencionadas, hay que tener en cuenta que esta variable presentó una proporción importante de valores desconocidos, por lo que los resultados deben ser tomados con bastante cautela. La vía parenteral predominó en los episodios con mención de heroína (en un 56,6% de los episodios en que se mencionó esta sustancia se indicaba en la historia que ésta era la vía más frecuente o habitual de consumo) y en los episodios con mención de cocaína (34,3%), aunque en el caso de la cocaína las vías parenteral, pulmonar e intranasal se reparten cada una aproximadamente un tercio de los episodios. La vía pulmonar (fumada) predominó en el caso del cannabis (89,8%), aunque también se observó un porcentaje importante de episodios con consumo por esta vía en el caso de la heroína (40,8%) y la cocaína (33,6%). La vía oral predominó en los episodios con mención de derivados de las feniletilaminas (100%), hipnóticos o sedantes (99,2%), anfetaminas (90,2%) y "otras sustancias psicoactivas" (92,5%). La vía intranasal (esnifada) no predominó para ninguna sustancia, aunque se observó una proporción importante de usuarios por esta vía en el caso de los episodios con mención de cocaína (33,3%) y anfetaminas (7,8%).

Los varones constituyeron la mayor parte de las personas atendidas con urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas (79,2%), proporción algo inferior a la de los indicadores tratamiento (84,3%) y mortalidad (86,1%). Según la droga mencionada en la urgencia, el porcentaje de mujeres fue mayor en los episodios en que se menciona consumo de hipnóticos o sedantes (35%) y anfetaminas (27,7%) (Tabla 3.4).

La edad media de todas las personas atendidas por episodios de urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas fue 28.1 años. Las personas con episodios en los que se menciona derivados de las feniletilaminas fueron las que

Tabla 3.4. Características generales de los episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, según las sustancias mencionadas. (Número absoluto, media y porcentajes). España, 1997.

	Heroína	Otros opiáceos	Cocaína	Anfetaminas	MDMA y der.	Hipnosedantes	Cánnabis	Otras
Nº de episodios	961	479	548	60	49	395	134	66
Edad media (años)	27.8	28.6	27.8	24.0	23.9	29.5	25.3	23.9
Sexo (%)								
Hombres	83,5	81,8	80,1	78,3	79,6	65,0	83,6	74,2
Mujeres	16,5	18,2	19,9	21,7	20,4	35,0	16,4	25,8
Diagnóstico (%)								
Sobredosis o intox. aguda	27,7	28,0	34,2	47,4	35,4	70,2	33,1	56,9
Sínd. abstinencia	51,6	54,0	34,3	8,8	10,4	20,2	13,1	7,7
R. orgánica aguda no infec.	14,9	13,6	17,3	10,5	31,3	2,8	23,1	13,8
R. psicopatológica aguda	5,8	4,4	14,2	33,3	22,9	6,7	30,8	21,5
Condición legal (%)								
Detenido	34,8	28,8	31,8	18,3	40,8	35,9	24,6	25,8
No detenido	65,2	71,2	68,2	81,7	59,2	64,1	75,4	74,2
Resolución urgencia (%)								
Alta médica	82,9	79,4	82,3	82,8	83,7	77,2	79,4	75,4
Alta voluntaria	6,9	10,2	6,0	3,4	6,1	7,4	6,1	3,1
Ingreso hospitalario	5,9	6,0	7,0	6,9	8,2	11,5	7,6	16,9
Muerte en urgencias	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	4,3	4,3	4,7	6,9	2,0	3,8	6,9	4,6

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

presentaron una edad media más baja (23.9 años), seguidas de las atendidas por anfetaminas (24 años). Por su parte, las personas con una edad media más alta fueron aquéllas con episodios en las que se mencionaba hipnóticos o sedantes (29.5 años) u opioides diferentes a la heroína (28.6 años) (Tabla 3.4).

La clasificación diagnóstica que se efectúa en el indicador es muy somera (sólo cinco categorías). El síndrome de abstinencia (41,6%) y la sobredosis o intoxicación aguda (33%) fueron los diagnósticos más frecuentes en los episodios de urgencias por reacción aguda a sustancias psicoactivas (Tabla 3.4). Hay que tener en cuenta que el indicador no incluye los episodios indirectamente relacionados con el consumo de estas sustancias como, por ejemplo, los problemas infecciosos o los accidentes.

La mayoría de las urgencias se resolvieron con alta médica (82%). Sólo un 0,1% de las mismas se resolvieron con la muerte del paciente en el servicio de urgencias. Un 7,2% precisa-

ron ingreso hospitalario y en un 4,1% de los episodios el paciente fue trasladado a otro hospital para valoración y/o tratamiento. Estratificando según las sustancias mencionadas, se observa que la mayor proporción de ingresos hospitalarios se produjo en el caso de los hipnóticos o sedantes (11,5%) (Tabla 3.4).

#### Casos de sida asociados al consumo de drogas por vía intravenosa

Los datos del Registro Nacional de Sida facilitados por el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III) confirman que se mantiene el descenso en el diagnóstico de nuevos casos de sida, que en el período 1994/98 se ha reducido en un 4,5%. Este descenso en el número de nuevos casos de sida debe de ser atribuido fundamentalmente, además de los avances en las estrategias preventivas frente al sida, a las mejoras logradas en la terapia antirretroviral.

Desde el comienzo de la epidemia hasta el 31 de diciembre de 1998 se han notificado al Registro Nacional de Sida un total de 53.094 casos, de los que 27.905 (el 52,6%) han fallecido.

Por lo que se refiere a la incidencia de casos de sida en 1998, debe destacarse que a lo largo del año se han notificado 2.481 casos, lo que supone una reducción de la incidencia de la enfermedad de un 15% con respecto a 1997. Las principales características sociodemográficas de los nuevos casos de sida diagnosticados en 1998 (que no necesariamente se corresponden con las nuevas infecciones por VIH) son las siguientes (Figura 3.10):

- El 78,9% de los casos son hombres.
- La edad media de diagnóstico se elevó hasta los 36.2 años.
- La vía de transmisión más frecuente continúa siendo la de usuarios de drogas por vía parenteral, identificada en el 58,9% de los casos (en el 60% de los hombres y en el 56% de las mujeres), seguida por la transmisión heterosexual (20,7%) y homosexual (12,4%).

Si se analiza la evolución temporal de las distintas categorías de transmisión desde 1981 hasta el 31 de diciembre de 1998 (Tabla 3.5), puede comprobarse que el número de nuevos casos de sida han descendido en todas ellas.

Por lo que se refiere a la evolución de casos de sida diagnosticados entre usuarios de drogas por vía parenteral, hay que señalar que en 1998 se ha reducido el peso de esta vía de infección con respecto a 1997 (un 58,9% en 1998 frente al 61,9% en 1997), a pesar de continuar siendo la vía de infección mayoritaria (Figura 3.11).

El peso de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) en el total de 53.094 casos de sida diagnosticados desde 1981 hasta el 31 de diciembre de 1998, difiere sustancialmente de unas Comunidades Autónomas a otras (Tabla 3.6). Las Comunidades del País Vasco (75,8%), Ceuta (74,3%), Extremadura (73,3%), Andalucía (71,9%) y Castilla y León (70,3%) son las que registran porcentajes más altos de sida entre UDVP. Los más bajos los registran las Comunidades de Canarias (32,7%), Baleares (50,7%), Murcia (56%) y Cataluña (56,8%).

Figura 3.10. Casos de sida diagnosticados en España en 1998. Distribución según la categoría de transmisión. Registro Nacional de Sida.

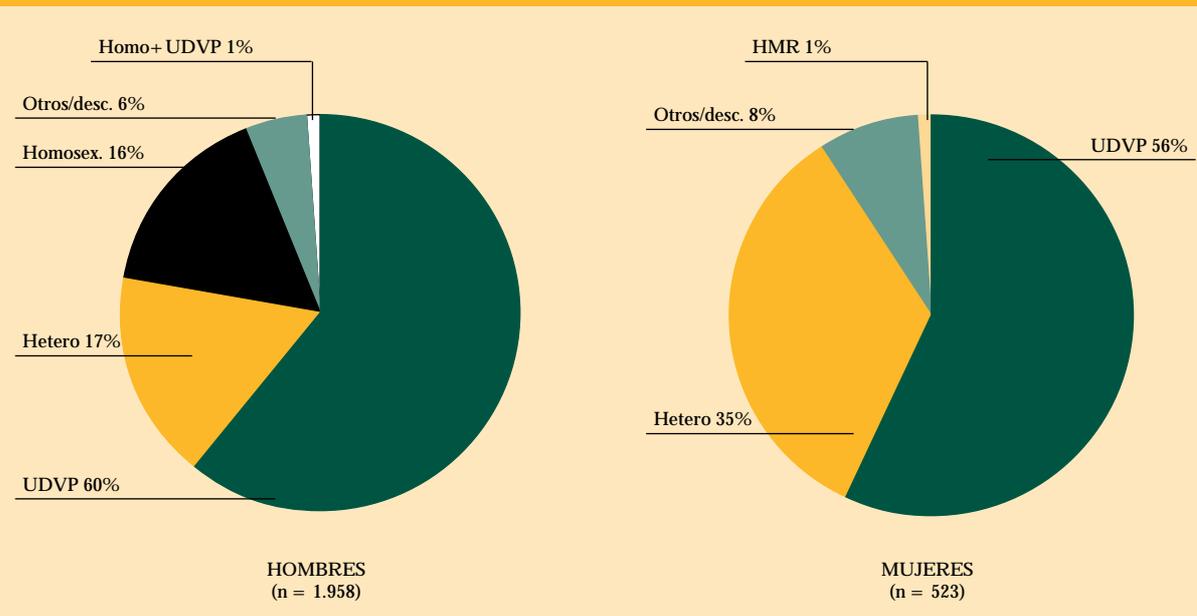


Tabla 3.5. Sida en España. Datos anuales no corregidos por retraso en la notificación. Número y porcentaje por categoría de transmisión, según el año de diagnóstico. Registro Nacional de Sida. Fecha de actualización. 31 de diciembre de 1998

Año diagnóstico	Homo/bise		UDVP		Homo+UDVP		Hemoder.		Transfus.		HMR		Hetero.		Descon/N.C.		Otros		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1981	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100,0
1982	1	25	1	25	-	-	2	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100,0
1983	4	28,6	4	28,6	1	7,1	3	21,4	2	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	100,0
1984	11	22,0	18	36,0	2	4,0	12	24,0	1	2,0	1	2,0	-	-	5	10,0	-	-	-	50	100,0
1985	37	21,5	92	53,5	13	7,6	19	11,0	1	0,6	6	3,5	2	1,2	1	0,6	1	0,6	1	172	100,0
1986	87	17,8	273	55,9	29	5,9	43	8,8	9	1,8	23	4,7	16	3,3	7	1,4	1	0,2	1	488	100,0
1987	208	19,5	663	62,0	33	3,1	46	4,3	19	1,8	32	3,0	43	4,0	21	2,0	4	0,4	4	1069	100,0
1988	338	15,1	1514	67,8	42	1,9	77	3,4	32	1,4	82	3,7	94	4,2	39	1,7	14	0,6	14	2232	100,0
1989	508	16,4	2039	65,8	81	2,6	89	2,9	32	1,0	84	2,7	178	5,7	70	2,3	17	0,5	17	3098	100,0
1990	588	15,4	2540	66,4	99	2,6	67	1,8	40	1,0	68	1,8	289	7,6	109	2,8	27	0,7	27	3827	100,0
1991	690	15,4	2890	64,7	76	1,7	75	1,7	46	1,0	85	1,9	371	8,3	199	4,5	36	0,8	36	4468	100,0
1992	778	15,7	3126	63,1	85	1,7	58	1,2	44	0,9	81	1,6	498	10,1	260	5,2	23	0,5	23	4953	100,0
1993	791	14,7	3398	63,2	68	1,3	56	1,0	33	0,6	83	1,5	636	11,8	292	5,4	21	0,4	21	5378	100,0
1994	890	12,4	4766	66,2	95	1,3	66	0,9	24	0,3	78	1,1	970	13,5	290	4,0	20	0,3	20	7199	100,0
1995	918	13,4	4405	64,2	82	1,2	54	0,8	21	0,3	79	1,2	1003	14,6	276	4,0	26	0,4	26	6864	100,0
1996	725	11,6	3989	63,7	76	1,2	45	0,7	14	0,2	47	0,8	1056	16,9	296	4,7	13	0,2	13	6261	100,0
1997	475	10,9	2688	61,9	50	1,2	21	0,5	14	0,3	36	0,8	801	18,4	248	5,7	11	0,3	11	4344	100,0
1998	307	12,4	1462	58,9	16	0,6	4	0,2	4	0,2	9	0,4	514	20,7	156	6,3	9	0,4	9	2481	100,0
N.C.	18	9,4	137	71,7	7	3,7	5	2,6	1	0,5	-	-	9	4,7	14	7,3	-	-	-	191	100,0
<b>Total</b>	<b>7.375</b>	<b>13,9</b>	<b>34.005</b>	<b>64,0</b>	<b>855</b>	<b>1,6</b>	<b>742</b>	<b>1,4</b>	<b>337</b>	<b>0,6</b>	<b>794</b>	<b>1,5</b>	<b>6.480</b>	<b>12,2</b>	<b>2.283</b>	<b>4,3</b>	<b>223</b>	<b>0,4</b>	<b>223</b>	<b>53.094</b>	<b>100,0</b>

Homo/bise= Hombres homo y bisexuales; UDVP= Usuarios de drogas por vía parenteral; Hemoder.= Receptores de hemoderivados; Transfus.= Receptores de transfusiones sanguíneas; HMR= Hijos de madres de riesgo; Hetero.= Relaciones heterosexuales de riesgo; Descon/N.C.= No se mencionan exposiciones de riesgo; N.C.= no consta el año de diagnóstico.

Figura 3.11. Evolución de los casos de sida entre usuarios de droga por vía intravenosa. España, 1984-1998. Registro Nacional de Sida.

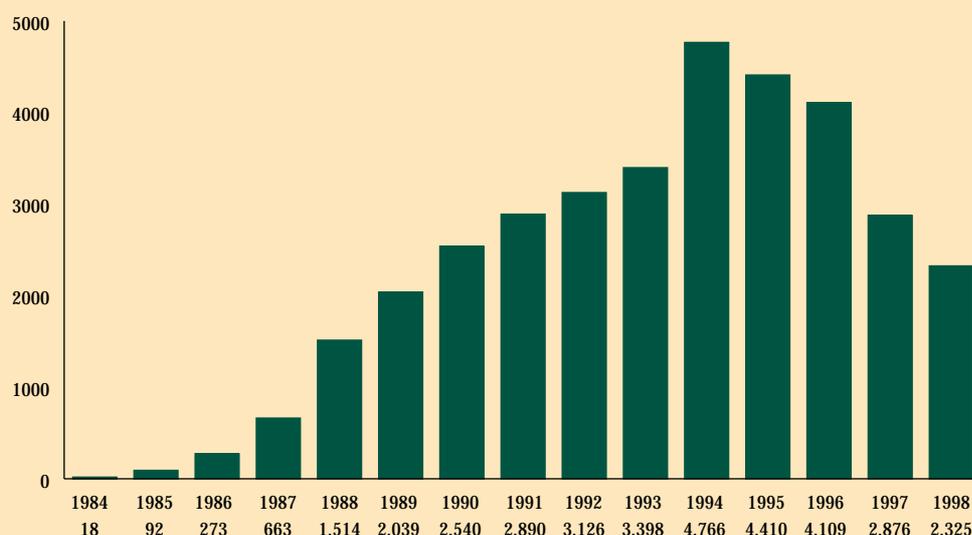


Tabla 3.6. Sida en España. Datos acumulados desde 1981. Número y porcentaje entre usuarios de drogas por vía parenteral, según la Comunidad Autónoma de residencia. Registro Nacional de Sida. Fecha de actualización: 31 de diciembre de 1998.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	UDVP		TOTAL	
	N	%	N	%
Andalucía	5.152	71,9	7.169	100,0
Aragón	582	59,0	986	100,0
Asturias	579	62,3	930	100,0
Baleares	746	50,7	1.472	100,0
Canarias	407	32,7	1.244	100,0
Cantabria	326	67,2	485	100,0
Castilla y León	1.255	70,3	1.786	100,0
Castilla-La Mancha	582	66,8	871	100,0
Cataluña	6.666	56,8	11.731	100,0
Comunidad Valenciana	2.593	62,0	4.183	100,0
Extremadura	475	73,3	648	100,0
Galicia	1.725	67,7	2.549	100,0
Madrid	8.478	66,5	12.743	100,0
Murcia	491	56,0	877	100,0
Navarra	438	71,9	609	100,0
País Vasco	3.038	75,8	4.007	100,0
La Rioja	226	69,1	327	100,0
Ceuta	81	74,3	109	100,0
Melilla	35	66,0	53	100,0
Extranjero	54	29,2	185	100,0
Desconocida	76	58,5	130	100,0
<b>Total</b>	<b>34.005</b>	<b>64,0</b>	<b>53.094</b>	<b>100,0</b>

# 4

## Control de la oferta de drogas

---



## 1. INDICADORES DE OFERTA DE DROGAS

### Sustancias intervenidas

Los datos facilitados por la Oficina Central Nacional de Estupefacientes (OCNE) sobre las diferentes sustancias intervenidas en 1998 se exponen en la Tabla 4.1.

Estos datos indican que han crecido de forma notable las intervenciones de hachís. Por el contrario, las aprehensiones de cocaína y heroína se han reducido con respecto a 1997, en tanto que las referidas a éxtasis se mantienen en niveles similares.

El número de intervenciones o decomisos por sustancias practicados durante 1998 se recoge en la Tabla 4.2.

La distribución por Comunidades Autónomas de los decomisos practicados y de las diferentes sustancias intervenidas durante 1998 (Tabla 4.3), indica que son las Comunidades de Andalucía (18.280 decomisos), Valencia (12.215), Cataluña (10.243) y Canarias (9.133) donde se concentran el 60% de los decomisos llevados a cabo en ese período.

### Variaciones en la pureza y el precio de las sustancias

La información facilitada por la Oficina Central Nacional de Estupefacientes, referida al precio y pureza de las distintas sustancias en el

segundo semestre de 1998 (Tabla 4.4), indica que no se han producido variaciones relevantes en el precio de las diferentes sustancias (tanto en sus distribución en pequeñas dosis como en grandes cantidades) con respecto a 1997. Únicamente el precio de la heroína blanca y marrón ha descendido (probablemente como consecuencia de su menor demanda) de forma sensible, manteniéndose estable el precio del resto de las sustancias.

En general se observa la existencia de una mayor pureza en sustancias como la heroína y la cocaína, tanto en las distribuidas en dosis como en grandes cantidades.

## 2. INDICADORES POLICIALES

### Detenidos por tráfico ilícito de drogas en 1998

Durante 1998 un total de 81.644 personas fueron detenidas y/o denunciadas por tráfico ilícito de drogas. Esta cifra indicaría que la presión policial frente a este tipo de delitos ha aumentado con respecto a 1997 (donde se produjeron 78.847 detenciones), año en el cual se registró un récord histórico en el número de detenciones.

Los derivados cánnabicos, seguidos de los cocaínicos y los opiáceos, son las sustancias que han provocado la inmensa mayoría de las detenciones/denuncias registradas durante

Tabla 4.1. Decomisos y sustancias intervenidas. Año 1998.

Estupefacientes	Totales	Unidades
Heroina	418.243	Gramos
Cocaína	11.687.617	Gramos
Crack	414	Gramos
Hachís	428.236.371	Gramos
Grifa	37.795	Gramos
Marihuana	375.071	Gramos
Aceite de cánnabis	74.970	Gramos
Plantas cánnabis	3.072.938	Gramos
Planta adormidera	4.800	Gramos
Opio	0	Gramos
Metadona	666	Gramos
Metasedin	83	Gramos
Morfina	3	Gramos
Codeína	50	Gramos
Psicótropos/alucinógenos	Totales	Unidades
LSD	9.068	Dosis
MDMA y otros	194.527	Pastillas
Sulfat. anfetamina	176.984	Gramos
Otros psicótropos y fármacos	Totales	Unidades
Anfetamina	1.626	Unidades
Buprex	139	Unidades
Centramina	8	Unidades
Contugesic	1.359	Unidades
Deprancol	61	Unidades
Rohipnol	4.177	Unidades
Halcion	9	Unidades
Trankimazin	10.549	Unidades
Tranxilium	2.845	Unidades
Valium	248	Unidades
GHB	0	Unidades
Otros psicótropos	78.117	Unidades

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Tabla 4.2. Número de decomisos por sustancias. Año 1998.

Sustancias	Número de decomisos
Opiáceos	13.496
Cocaínicos	13.818
Cannábicos	49.117
Alucinógenos	1.665
Psicotrópicos y barbitúricos	4.122
P. químicos y precursores	180
Inhalables	1
Otras clases	22
<b>Total</b>	<b>82.421</b>

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

1998 (Tabla 4.5). Estos datos, que no alteran básicamente el orden de las sustancias causantes de las detenciones con respecto a 1997, sí confirman que continúa creciendo, al igual que ya ocurriera en 1997, el peso relativo de las detenciones por tráfico de cannabinoides y cocaínicos. Si durante 1997 los derivados cannábicos, opiáceos y cocaínicos provocaron respectivamente el 56%, el 20,9% y el 15,4% de las detenciones practicadas, a lo largo de 1998 estos porcentajes se han situado en un 60,4%, el 16,9% y el 16,9%. Las drogas que han visto crecer su peso relativo en las detenciones (cannábicos y cocaínicos) son precisamente las que continúan registrando incrementos en sus niveles de consumo.

Las principales características sociodemográficas de los detenidos durante 1998 son las siguientes:

- El 95% son hombres.
- El 92,59% son españoles.
- El 39,1% son personas de 19 a 25 años, en tanto que un 11,4% tenía entre 16 y 18 años. Un 1% de los detenidos (399) son menores de 16 años.

La estadística de las detenciones por tráfico de drogas por provincias y Comunidades Autónomas (Tabla 4.6) practicadas durante 1998 confirma que, al igual que ocurriera en 1997, son las Comunidades de Andalucía (18.506 detenciones), Comunidad Valenciana (11.852), Cataluña (10.194) y Canarias (9.220) las que registran el mayor número de detenciones (en

estas cuatro Comunidades se produjeron el 61% del total de detenciones realizadas). En posiciones intermedias en cuanto al número de detenidos por tráfico de drogas se sitúan Galicia (5.779 detenciones) y Madrid (4.706).

Las Ciudades y Comunidades Autónomas que registraron un mayor número de detenciones, en función de su tamaño poblacional son, por el contrario Melilla, Canarias, Ceuta, Baleares y Comunidad Valenciana, con unas tasas de detenidos por 10.000 habitantes de 65, 57, 42, 32 y 29 respectivamente.

#### Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública

Durante el primer semestre de 1998 se impusieron un total de 23.020 sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública, cifra que supone una tasa de 6 sanciones por cada 10.000 habitantes para el conjunto del Estado (Tabla 4.7). Las sanciones impuestas por esta conducta en el año 1997 ascendieron a 47.199.

Andalucía (3.901 sanciones), Comunidad Valenciana (3.853 sanciones), Cataluña (2.752) y Canarias (2.433) son las Comunidades Autónomas donde se han impuesto conjuntamente el 56,4% de las sanciones. Las mayores tasas de sanciones por cada 10.000 habitantes se registran en las Comunidades de Canarias, Baleares, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana.

Tabla 4.3. Decomisos y sustancias intervenidas por CCAA. Año 1998.

CCAA	Decomisos Número	Heroína (gr)	Cocaína (gr)	Crack (gr)	Hachís (gr)	Grifa (gr)	Marihuana (gr)	Aceite hachís (gr)	Plantas canna. (gr)	Planta adorm. (gr)	LSD (dosis)	Sulfato anfet. (gr)	MDMA y otros (pastillas)	Otros psico. y fármacos (unidades)
Andalucía	18.280	56.820	1.229.748	0	309.688.741	10.123	22.579	73.110	407.204	0	175	67.227	9.623	32.077
Aragón	2.171	1.652	4.929	0	53.709	5	68.739	0	67.460	0	117	1.661	13.758	2.271
Asturias	998	12.668	4.603	0	45.344	1	3.815	0	25.800	0	16	19	20	3.309
Baleares	3.738	1.931	59.353	0	4.507.691	1.211	6.221	0	20.802	0	1.193	209	25.557	1.027
Canarias	9.133	26.068	1.387.671	398	12.130.643	7.133	11.275	0	10.939	0	91	113	2.549	1.606
Cantabria	1.421	638	4.388	0	309.609	235	628	0	33.513	0	25	230	122	1.603
Castilla-León	4.031	5.104	7.241	0	329.302	36	103.214	0	146.537	0	105	775	5.733	1.706
Castilla-La Mancha	3.343	3.694	31.776	0	395.526	872	19.248	0	524.655	4.800	59	132	5.140	1.934
Cataluña	10.243	96.110	830.131	0	13.097.030	4.366	82.828	1.860	374.029	0	842	54.419	43.575	5.089
Extremadura	1.612	1.915	7.515	0	64.462	188	1.347	0	153.400	0	78	18	298	489
Galicia	5.899	7.436	4.180.222	0	14.112.034	10	7.831	0	698.628	0	47	74	1.278	3.417
Madrid	4.592	182.717	1.991.531	0	1.478.750	824	2.431	0	18.501	0	40	2.813	48.338	36.348
Murcia	2.191	305	86.460	0	23.497.057	881	11.957	0	12.510	0	16	29	8.041	597
Navarra	1.050	1.314	3.916	0	48.481	0	751	0	6.405	0	439	207	257	368
Rioja	528	96	310	0	57.186	0	230	0	18.724	0	1.005	651	58	100
C. Valenciana	12.215	19.665	1.778.142	0	40.771.886	9.254	30.122	0	252.907	0	3.567	45.308	30.159	6.898
País Vasco	305	554	78.334	0	338.258	0	714	0	300.919	0	1.245	3.072	21	167
Cautia	264	543	114	0	4.032.692	0	1	0	0	0	8	0	0	116
Melilla	407	19	1.230	0	3.277.970	2.636	1.099	0	0	0	0	1	0	16
<b>Total CCAA</b>	<b>82.421</b>	<b>419.249</b>	<b>11.687.614</b>	<b>398</b>	<b>428.236.371</b>	<b>37.775</b>	<b>375.030</b>	<b>74.970</b>	<b>3.072.933</b>	<b>4.800</b>	<b>9.068</b>	<b>176.958</b>	<b>194.527</b>	<b>99.138</b>

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Tabla 4.4. Pureza y precio de las sustancias. Segundo semestre 1998.

	Dosis		Kilogramo		Gramo		Unidad		
	Pureza %	Peso mgs	Precio Pts.	Pureza %	Precio Pts.	Pureza %	Precio Pts.	Pureza %	Precio Pts.
<b>Estupefacientes</b>									
Heroína	24	93	1.600			32	12.375		
H. blanca				66	13.050.000				
H. marrón				53	6.400.000				
Cocaína	39	181	1.875	73	5.850.000	51	10.175		
Grifa					190.000		400		
Hachís					250.000		650		
Aceite					585.000		1.750		
<b>Psicotropicos/alucinógenos</b>									
LSD			1.300						
Speed			1.325		2.925.000		3.925		
Éxtasis									2.275
<b>Otros psicotropicos y fármacos</b>									
Far. anfetam.									650
Otros									500

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Tabla 4.5. Detenidos/denunciados por clase de drogas, según la sustancia que motivó la detención. Año 1998.

Sustancias	Número de detenidos/denunciados	%
Cannábicos	49.325	60,4
Cocaínicos	13.826	16,9
Opiáceos	13.757	16,9
Psicotrópicos y barbitúricos	3.107	3,8
Alucinógenos	1.391	1,7
P. químicos y precursores	3	-
Otros casos	235	0,3
<b>Total</b>	<b>81.644</b>	

Fuente: Ministerio del Interior. DGP: OCNE. Oficina Central Nacional de Estupefacientes.

Tabla 4.6. Detenidos/denunciados por tráfico de drogas. Estadísticas por provincias y Comunidades Autónomas. Año 1998.

CC.AA. Provincia	Detenidos nacional	Detenidos extran.	Detenidos indeter.	Denuncia/ libertad*	Total detenidos/ denunciad**	Nº habitantes	Tasa 10.000 habitantes
<b>Andalucía</b>	<b>3.553</b>	<b>1.030</b>	<b>16</b>	<b>13.907</b>	<b>18.506</b>	<b>7.314.644</b>	<b>25</b>
Almería	152	136	2	1.034	1.324	493.126	27
Cádiz	1.446	452	11	2.745	4.654	1.127.622	41
Córdoba	181	3	0	1.574	1.758	78.221	22
Granada	149	31	0	1.485	1.665	841.829	20
Huelva	292	26	1	1.266	1.585	458.674	35
Jaén	148	33	0	1.145	1.326	666.767	20
Málaga	858	324	2	2.401	3.585	1.224.959	29
Sevilla	327	25	0	2.257	2.609	1.719.446	15
<b>Aragón</b>	<b>279</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>1.759</b>	<b>2.068</b>	<b>1.205.663</b>	<b>17</b>
Huesca	36	10	0	940	986	210.276	47
Teruel	18	0	0	333	351	143.055	25
Zaragoza	225	20	0	486	731	852.332	9
<b>Asturias</b>	<b>321</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>673</b>	<b>1.001</b>	<b>1.117.370</b>	<b>9</b>
Asturias	321	7	0	673	1.001	1.117.370	9
<b>Baleares</b>	<b>315</b>	<b>99</b>	<b>2</b>	<b>3.215</b>	<b>3.631</b>	<b>787.984</b>	<b>32</b>
Baleares	315	99	2	3.215	3.631	787.984	32
<b>Canarias</b>	<b>1.170</b>	<b>267</b>	<b>2</b>	<b>7.781</b>	<b>9.220</b>	<b>1.631.498</b>	<b>57</b>
Las Palmas	696	164	1	5.989	6.850	844.140	81
Santa Cruz	474	103	1	1.792	2.370	787.358	30
<b>Cantabria</b>	<b>206</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1.157</b>	<b>1.365</b>	<b>541.885</b>	<b>25</b>
Cantabria	206	2	0	1.157	1.365	541.885	25
<b>Castilla y León</b>	<b>398</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>3.432</b>	<b>3.855</b>	<b>2.584.407</b>	<b>15</b>
Ávila	22	1	0	392	415	176.791	23
Burgos	77	4	0	657	738	360.677	20
León	94	5	0	419	518	532.706	10
Palencia	54	3	0	76	133	186.053	7
Salamanca	45	5	0	452	502	365.293	14
Segovia	9	1	0	237	247	149.653	17
Soria	6	0	0	42	48	94.396	5
Valladolid	63	1	0	637	701	504.583	14
Zamora	28	5	0	520	553	214.273	26
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>362</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>2.891</b>	<b>3.272</b>	<b>1.730.717</b>	<b>19</b>
Albacete	129	2	0	373	504	361.327	14
Ciudad Real	60	6	0	305	371	490.573	8
Cuenca	39	1	0	276	316	207.499	15
Guadalajara	29	1	0	224	254	155.884	16
Toledo	105	7	2	1.713	1.827	515.434	35
<b>Cataluña</b>	<b>792</b>	<b>275</b>	<b>2</b>	<b>9.125</b>	<b>10.194</b>	<b>6.226.869</b>	<b>16</b>
Barcelona	572	158	2	6.914	7.646	4.748.236	2
Girona	35	46	0	41	122	541.995	19
Lleida	48	43	0	597	688	360.407	30
Tarragona	137	28	0	1.573	1.738	576.231	16
<b>Extremadura</b>	<b>205</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>1.342</b>	<b>1.569</b>	<b>1.100.538</b>	<b>14</b>
Badajoz	158	18	0	918	1.094	675.592	11
Cáceres	47	4	0	424	475	424.946	14
<b>Galicia</b>	<b>634</b>	<b>38</b>	<b>3</b>	<b>5.104</b>	<b>5.779</b>	<b>2.825.020</b>	<b>20</b>
La Coruña	274	13	2	2.931	3.220	1.136.283	9
Lugo	72	2	0	284	358	386.405	7
Orense	69	7	0	187	263	364.521	21
Pontevedra	219	16	1	1.702	1.938	937.811	20

<b>Madrid</b>	<b>525</b>	<b>727</b>	<b>7</b>	<b>3.447</b>	<b>4.706</b>	<b>5.181.659</b>	<b>9</b>
Madrid	525	727	7	3.477	4.706	5.181.659	9
<b>Murcia</b>	<b>258</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>1.819</b>	<b>2.110</b>	<b>1.109.977</b>	<b>19</b>
Murcia	258	33	0	1.819	2.110	1.109.977	19
<b>Navarra</b>	<b>57</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>908</b>	<b>974</b>	<b>536.192</b>	<b>18</b>
Navarra	57	9	0	908	974	536.192	18
<b>La Rioja</b>	<b>54</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>432</b>	<b>489</b>	<b>268.206</b>	<b>18</b>
La Rioja	54	3	0	432	489	268.206	18
<b>C. Valenciana</b>	<b>1.172</b>	<b>355</b>	<b>6</b>	<b>10.319</b>	<b>11.852</b>	<b>4.028.774</b>	<b>29</b>
Alicante	439	115	1	4.798	5.353	1.363.785	20
Castellón	120	15	0	783	918	464.670	25
Valencia	613	225	5	4.738	5.581	2.200.319	29
<b>País Vasco</b>	<b>83</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>220</b>	<b>325</b>	<b>2.130.783</b>	<b>2</b>
Álava	4	0	0	12	16	282.944	3
Guipúzcoa	27	8	0	193	228	684.113	1
Vizcaya	52	14	0	15	81	1.163.726	2
<b>Ceuta</b>	<b>122</b>	<b>131</b>	<b>0</b>	<b>56</b>	<b>309</b>	<b>73.142</b>	<b>42</b>
Ceuta	122	131	0	56	309	73.142	42
<b>Melilla</b>	<b>145</b>	<b>184</b>	<b>0</b>	<b>90</b>	<b>419</b>	<b>64.727</b>	<b>65</b>
Melilla	145	184	0	90	419	64.727	65
<b>Total</b>	<b>10.651</b>	<b>3.276</b>	<b>40</b>	<b>67.677</b>	<b>81.644</b>	<b>40.460.055</b>	<b>20</b>

Fuente: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupeficientes.

\* Este epígrafe figura como “denunciados” en la estadística general y como “denunciados/libertad” en la que se refiere a cada provincia. En este apartado se contabilizan todas las personas implicadas en tenencia o consumo de drogas, a juicio del policía actuante.

\*\* En el concepto de detenidos se engloban todas las personas que han sido conducidas a dependencias policiales, aún cuando una vez instruidas las diligencias pertinentes hayan quedado en libertad, sin llegar a pasar a disposición judicial.

Tabla 4.7. Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública. Primer semestre 1998.

CC.AA. Provincia	Nº sanciones	Nº habitantes (Padrón 96)	Tasa 10.000 habitantes
<b>Andalucía</b>	<b>3.901</b>	<b>7.314.644</b>	<b>5</b>
Almería	283	493.126	6
Cádiz	186	1.127.622	2
Córdoba	385	782.221	5
Granada	608	841.829	7
Huelva	1.148	458.674	25
Jaén	248	666.767	4
Málaga	963	1.224.959	8
Sevilla	80	1.719.446	0
<b>Aragón</b>	<b>786</b>	<b>1.205.663</b>	<b>7</b>
Huesca	473	210.276	22
Teruel	126	143.055	9
Zaragoza	187	852.332	2
<b>Asturias</b>	<b>165</b>	<b>1.117.370</b>	<b>1</b>
Asturias	165	1.117.370	1
<b>Baleares</b>	<b>1.100</b>	<b>787.984</b>	<b>14</b>
Baleares	1.100	787.984	14
<b>Canarias</b>	<b>2.433</b>	<b>1.631.498</b>	<b>15</b>
Las Palmas	1.789	844.140	21
Santa Cruz	644	787.358	8

<b>Cantabria</b>	<b>3</b>	<b>541.885</b>	<b>0</b>
Cantabria	3	541.885	0
<b>Castilla y León</b>	<b>1.609</b>	<b>2.584.407</b>	<b>6</b>
Ávila	146	176.791	8
Burgos	217	360.667	6
León	190	532.706	4
Palencia	49	186.035	3
Salamanca	193	365.293	5
Segovia	130	149.653	9
Soria	22	94.396	2
Valladolid	472	504.583	9
Zamora	190	214.273	9
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>1.598</b>	<b>1.730.717</b>	<b>9</b>
Albacete	162	361.327	4
Ciudad Real	361	490.573	7
Cuenca	67	207.499	3
Guadalajara	66	155.884	4
Toledo	942	515.434	18
<b>Cataluña</b>	<b>2.752</b>	<b>6.226.869</b>	<b>4</b>
Barcelona	1.891	4.748.236	4
Girona	95	541.995	2
Lleida	187	360.407	5
Tarragona	579	576.231	10
<b>Extremadura</b>	<b>208</b>	<b>1.100.538</b>	<b>2</b>
Badajoz	208	675.592	3
Cáceres	0	424.946	0
<b>Galicia</b>	<b>1.752</b>	<b>2.825.020</b>	<b>6</b>
La Coruña	1.420	1.136.283	12
Lugo	69	386.405	2
Orense	61	364.521	2
Pontevedra	202	937.811	2
<b>Madrid</b>	<b>1.149</b>	<b>5.181.659</b>	<b>2</b>
Madrid	1.149	5.181.659	2
<b>Murcia</b>	<b>626</b>	<b>1.109.977</b>	<b>6</b>
Murcia	626	1.109.977	6
<b>Navarra</b>	<b>363</b>	<b>536.192</b>	<b>7</b>
Navarra	363	536.192	7
<b>La Rioja</b>	<b>186</b>	<b>268.206</b>	<b>7</b>
La Rioja	186	268.206	7
<b>C. Valenciana</b>	<b>3.853</b>	<b>4.028.774</b>	<b>10</b>
Alicante	2.006	1.363.785	15
Castellón	481	464.670	10
Valencia	1.366	2.200.319	6
<b>País Vasco</b>	<b>511</b>	<b>2.130.783</b>	<b>2</b>
Álava	7	282.944	0
Guipúzcoa	45	684.113	1
Vizcaya	459	1.163.726	4
<b>Ceuta</b>	<b>24</b>	<b>73.142</b>	<b>3</b>
Ceuta	24	73.142	3
<b>Melilla</b>	<b>1</b>	<b>64.727</b>	<b>0</b>
Melilla	1	64.727	0
<b>Total</b>	<b>23.020</b>	<b>40.548.348</b>	<b>6</b>

Fuente: Ministerio del Interior. DG Política Interior.  
Ley Orgánica 1/1992, 21-02-92 sobre Protección Seguridad Ciudadana.

### Diligencias y denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal

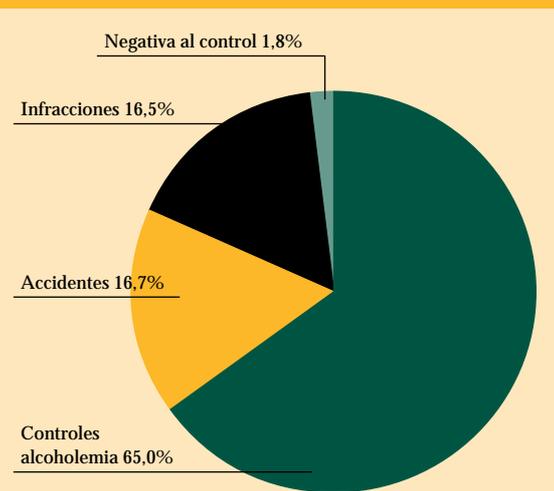
Durante 1998 se abrieron en España (excepto País Vasco y Girona) 34.775 diligencias y se impusieron 45.231 denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores a las establecidas legalmente (Tabla 4.8).

Del total de 34.775 diligencias por alcoholemia iniciadas en 1998, 22.582 lo fueron como resultado de controles de alcoholemia rutinarios (el 65%), 5.826 después de haberse registrado un accidente (el 16,7%) y 5.731 tras la comisión de infracciones de tráfico (el 16,5%).

La distribución por provincias y Comunidades Autónomas de las diligencias y denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal aparece recogida en la Tabla 4.8. Las Comunidades Autónomas con mayor número de diligencias por alcoholemia iniciadas durante 1998 fueron las de Andalucía (13.291 diligencias), Galicia (4.838), Comunidad Valenciana (2.430) y Cataluña (2.095). En

lo que se refiere al número de denuncias, es la Comunidad Valenciana con 9.209 denuncias, seguida de Cataluña (8.728) y Castilla y León (6.178) las que copan las primeras posiciones.

Figura 4.1. Motivo de las diligencias por alcoholemia. España (excepto País Vasco y Girona). Año 1998.



Fuente: Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

Tabla 4.8. Diligencias y denuncias por tasa de alcoholemia superior al límite legal. Año 1998. (Excepto País Vasco y Girona).

CC.AA.	Nº diligencias por alcoholemia				Total Diligencias	Denuncias Art. 20 y 21	Total dilig. y denun	Tasa 10.000 habitantes
	Accidentes	Infracciones	Control	Negarse				
<b>Andalucía</b>	<b>1.023</b>	<b>1.239</b>	<b>10.883</b>	<b>146</b>	<b>13.291</b>	<b>1.544</b>	<b>14.835</b>	<b>20,28</b>
Almería	76	90	359	17	542	546	1.088	22,06
Cádiz	145	105	283	23	556	977	1.533	13,59
Córdoba	77	84	871	7	1.039	0	1.039	13,28
Granada	151	170	1.342	26	1.689	16	1.705	20,25
Huelva	94	129	726	12	961	0	961	20,95
Jaén	80	115	1.475	36	1.706	0	1.706	25,59
Málaga	182	129	1.238	8	1.557	0	1.557	12,71
Sevilla	218	417	4.589	17	5.241	5	5.246	30,51
<b>Aragón</b>	<b>168</b>	<b>177</b>	<b>80</b>	<b>15</b>	<b>440</b>	<b>2.821</b>	<b>3.261</b>	<b>27,05</b>
Huesca	53	71	29	7	160	934	1.094	52,03
Teruel	30	52	35	6	123	418	541	37,82
Zaragoza	85	54	16	2	157	1.469	1.626	19,08
<b>Asturias</b>	<b>381</b>	<b>199</b>	<b>403</b>	<b>39</b>	<b>1.022</b>	<b>1.624</b>	<b>2.646</b>	<b>23,68</b>
Asturias	381	199	403	39	1.022	1.624	2.646	23,68
<b>Baleares</b>	<b>238</b>	<b>208</b>	<b>363</b>	<b>14</b>	<b>823</b>	<b>597</b>	<b>1.420</b>	<b>18,02</b>
Baleares	238	208	363	14	823	597	1.420	18,02
<b>Canarias</b>	<b>371</b>	<b>246</b>	<b>393</b>	<b>33</b>	<b>1.043</b>	<b>5.375</b>	<b>6.418</b>	<b>39,34</b>
Las Palmas	237	165	393	27	822	4.209	5.031	59,60
Santa Cruz	134	81	0	6	221	1.166	1.387	17,62
<b>Cantabria</b>	<b>84</b>	<b>109</b>	<b>275</b>	<b>5</b>	<b>473</b>	<b>386</b>	<b>859</b>	<b>15,85</b>
Cantabria	84	109	275	5	473	386	859	15,85

CC.AA.	Nº diligencias por alcoholemia				Total Diligencias	Denuncias Art. 20 y 21	Total dilig. y denun	Tasa 10.000 habitantes
	Provincia	Accidentes	Infracciones	Control				
<b>Castilla y León</b>	<b>370</b>	<b>394</b>	<b>914</b>	<b>58</b>	<b>1.736</b>	<b>6.178</b>	<b>7.914</b>	<b>30,62</b>
Ávila	32	36	70	1	139	586	725	41,01
Burgos	55	60	73	5	193	392	585	16,22
León	45	81	154	9	289	949	1.238	23,24
Palencia	30	39	154	12	235	467	702	37,73
Salamanca	31	30	129	2	192	1.094	1.286	35,20
Segovia	51	84	99	7	241	475	716	47,84
Soria	22	6	24	6	58	197	255	27,01
Valladolid	59	32	106	6	203	1.414	1.617	32,05
Zamora	45	26	105	10	186	604	790	36,87
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>343</b>	<b>378</b>	<b>1.438</b>	<b>42</b>	<b>2.201</b>	<b>3.102</b>	<b>5.303</b>	<b>30,64</b>
Albacete	68	54	135	8	265	786	1.051	29,09
Ciudad Real	58	106	158	4	326	583	909	18,53
Cuenca	36	49	164	9	258	478	736	35,47
Guadalajara	29	72	819	5	925	181	1.106	70,95
Toledo	152	97	162	16	427	1.074	1.501	29,12
<b>Cataluña</b>	<b>695</b>	<b>642</b>	<b>705</b>	<b>53</b>	<b>2.095</b>	<b>8.728</b>	<b>10.823</b>	<b>17,38</b>
Barcelona	489	377	398	26	1.290	5.612	6.902	14,54
Lleida	39	71	84	9	213	1.012	1.225	33,99
Tarragona	109	174	177	8	468	1.628	2.096	36,37
<b>Extremadura</b>	<b>94</b>	<b>118</b>	<b>677</b>	<b>19</b>	<b>908</b>	<b>640</b>	<b>1.548</b>	<b>14,07</b>
Badajoz	42	75	565	4	686	0	686	10,15
Cáceres	52	43	112	15	222	640	862	20,28
<b>Galicia</b>	<b>698</b>	<b>646</b>	<b>3.440</b>	<b>54</b>	<b>4.838</b>	<b>1.965</b>	<b>6.803</b>	<b>24,08</b>
La Coruña	317	305	2.065	24	2.711	0	2.711	23,86
Lugo	127	101	137	9	374	426	800	20,70
Orense	86	96	960	17	1.159	1.357	2.516	69,02
Pontevedra	168	144	278	4	594	182	776	8,27
<b>Madrid</b>	<b>578</b>	<b>534</b>	<b>813</b>	<b>68</b>	<b>1.993</b>	<b>1.233</b>	<b>3.226</b>	<b>6,23</b>
Madrid	578	534	813	68	1.993	1.233	3.226	6,23
<b>Murcia</b>	<b>119</b>	<b>109</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>343</b>	<b>983</b>	<b>1.326</b>	<b>11,95</b>
Murcia	119	109	100	15	343	983	1.326	11,95
<b>Navarra</b>	<b>58</b>	<b>60</b>	<b>82</b>	<b>8</b>	<b>208</b>	<b>846</b>	<b>1.054</b>	<b>19,66</b>
Navarra	58	60	82	8	208	846	1.054	19,66
<b>La Rioja</b>	<b>48</b>	<b>71</b>	<b>797</b>	<b>15</b>	<b>931</b>	<b>0</b>	<b>931</b>	<b>34,71</b>
La Rioja	48	71	797	15	931	0	931	34,71
<b>C. Valenciana</b>	<b>558</b>	<b>601</b>	<b>1.219</b>	<b>52</b>	<b>2.430</b>	<b>9.209</b>	<b>11.639</b>	<b>28,89</b>
Alicante	292	279	275	18	864	1.329	2.193	16,08
Castellón	83	133	285	10	511	2.578	3.089	66,48
Valencia	183	189	659	24	1.055	5.302	6.357	28,89
<b>Ceuta</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
Ceuta	0	0	0	0	0	0	0	0,00
<b>Melilla</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0,00
<b>Total</b>	<b>5.826</b>	<b>5.731</b>	<b>22.582</b>	<b>636</b>	<b>34.775</b>	<b>45.231</b>	<b>80.006</b>	<b>19,77</b>

Fuente: Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico.

# 5

## Población penitenciaria: indicadores de prisiones

---



La población reclusa a 31 de diciembre de 1997 ascendía a 36.792 internos, exceptuando las prisiones catalanas cuya gestión está transferida a la Comunidad Autónoma. De esta población, el 90,5% son hombres, el 17,4% extranjeros, y el 2,4% menores de 21 años. El 72% eran penados, de los cuales, el 56% eran reincidentes. El 45,8% de la población reclusa estaba imputada por delitos contra el patrimonio. No obstante, si atendemos a la situación procesal, el porcentaje de preventivos imputados por delitos de tráfico de drogas se incrementa considerablemente con respecto al porcentaje de los penados por este tipo delictivo (36% y 32,1% respectivamente) y atendiendo a la variable sexo, se constata que las mujeres estaban en prisión mayoritariamente por delitos de tráfico de drogas independientemente de la variable procesal.

El mayor número de penados recluidos por tráfico de drogas se da en Ceuta y Melilla.

El año 1998 ha finalizado con una población reclusa media de 38.604 internos, lo que significa un incremento del 3,4% respecto al año 1997. Después de tres años continuados de descensos (1995-1997) se vuelve a niveles similares al año 1996 en cuanto a población media, y al nivel del año 1995 en cuanto a población a fin de año.

Sobre la composición de la población reclusa por sexo, prácticamente nos encontramos en los mismos porcentajes de los últimos años: en torno al 90,5% son hombres y el 9,5% son mujeres.

## 1. CONSUMO DE DROGAS

---

Alrededor del 54% de la población reclusa es drogodependiente; entre las personas que ingresan por primera vez en prisión el porcentaje asciende al 21,9%. También cabe destacar que la frecuencia del consumo de drogas es muy alta, ya que más de un tercio de los usuarios las consumen con una frecuencia mayor o igual a una vez al día. A su vez, un porcentaje significativo seguía utilizando la vía inyectada para el consumo de sustancias psicoactivas. Además, un 36% de las personas que utilizan la vía inyectada dicen compartir o haber compartido jeringuillas con otras personas.

## 2. SIDA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS EN LA POBLACIÓN RECLUSA

---

La tasa de infección por VIH en los reclusos es un reflejo de las tasas de esta infección en los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) de la comunidad en donde se encuentra la prisión.

Hay que tener en cuenta que las infecciones virales más importantes en el medio penitenciario por su frecuencia y repercusión clínica son las producidas por el VIH, por el virus de la hepatitis B y el virus de la hepatitis C; y el grupo de riesgo más importante para la adquisición de muchas de estas infecciones son los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Ciertamente, se ha encontrado mayor riesgo de infección entre los grupos con niveles edu-

cativos bajos, presencia de tatuajes, reincidencia en el delito y estancia prolongada en prisión. Los UDVP son un grupo donde estas variables se dan conjuntamente.

La tuberculosis presenta también una mayor tasa de infección y de enfermedad en los UDVP tanto por sus peculiares condiciones de vida como por la asociación de esta práctica a la infección VIH.

Esto conforma una población penitenciaria caracterizada por la marginalidad y por la mala adherencia al tratamiento.

- La prevalencia de personas infectadas por el VIH ingresadas en prisión a 29 de enero de 1998 fue del 18,3% (n= 5.768), porcentaje que puede estar infraestimado ya que alguno de los centros penitenciarios que no han contestado tiene una prevalencia de infección por VIH elevada. En julio de 1997 esta prevalencia fue del 20%.
- La prevalencia de internos en tratamiento con antirretrovirales a 29 de enero de 1998 fue del 6,6% (n= 2.471). Se observa

Tabla 5.1. Situación sociosanitaria de la población que ingresó por primera vez en prisión en 1997.

Edad media	30,4 años
Sexo	
Varón	88,8%
Mujer	11,3%
Nivel estudios	
Sin escolarizar/sin completar estudios primarios	47,6
Situación laboral:	
Sin trabajo activo	44,7%
Prevalencia de infección al VIH	3,6%
Portador crónico Hepatitis B	1,5%
Enfermo agudo de Hepatitis B	0,3%

Fuente: Sistema Unificado de Recogida de Información (SURI) de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

La cobertura de notificación del SURI durante 1997 ha sido baja (36,8%), por lo que los datos obtenidos deben considerarse como una aproximación de la situación sociosanitaria de la población que ingresa por primera vez en prisión.

un aumento en relación con períodos anteriores siendo el porcentaje más elevado desde 1991.

- La tasa de incidencia de hepatitis C durante 1997 fue de 44,6 casos por mil internos.
- La tasa de incidencia de hepatitis B durante 1997 fue 1,4 casos por mil internos.
- La tasa de tuberculosis respiratoria durante 1997 fue de 8,4 por mil internos.
- La tasa de otras tuberculosis fue de 2,1 por mil internos durante 1997.

En la tabla 5.1 se ofrece una descripción de la situación sociosanitaria de la población que ingresó por primera vez en prisión en 1997.

En la tabla 5.2 se presentan las características generales de los casos admitidos a tratamiento en centros penitenciarios en 1997.

Tabla 5.2. Características generales de los casos admitidos a tratamiento en centros penitenciarios. 1997.

Edad media	30,3 años
Sexo	
Varón	89,6%
Mujer	10,4%
Nivel estudios	
Sin escolarizar/sin completar estudios primarios	75,2%
Situación laboral	
Desempleo	57,1%
Droga p <sup>al</sup> de admisión a tratamiento	
Heroína	92,7%
Vía principal de consumo	
Inyectada	34,1%
Tiempo desde la última inyección	
< 30 días	31,9%
Otras drogas consumidas 30 días anteriores	
Cocaína	63,0%
Estado serológico VIH	
Positivo	24,5%

Fuente: Indicador de Admisiones a Tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas.1997.

La cobertura de notificación se extiende a los centros penitenciarios de Cataluña, Andalucía, Madrid, Castilla y León y Murcia. Desde 1996 se mantiene estable esta cobertura.

### 3. TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

#### Desintoxicación

Los programas de desintoxicación se ofertan a todos los sujetos que a su entrada en prisión son diagnosticados como drogodependientes activos y no han sido incluidos en tratamiento con metadona. El número de internos incluidos en desintoxicación pautada durante 1997 fue de 6.313, siendo digno de mención el incremento del 10,9% con respecto a 1996.

#### Programas de deshabituación intrapenitenciarias

En los últimos años se ha producido un incremento de los drogodependientes atendidos en programas orientados a la abstinencia, pasando de 3.899 usuarios en 1994 a 5.911 en 1997. La implementación de los programas con metadona, lejos de disminuir el número de

drogodependientes en programas de deshabituación, ha incrementado el número de personas atendidas (Figura 5.1).

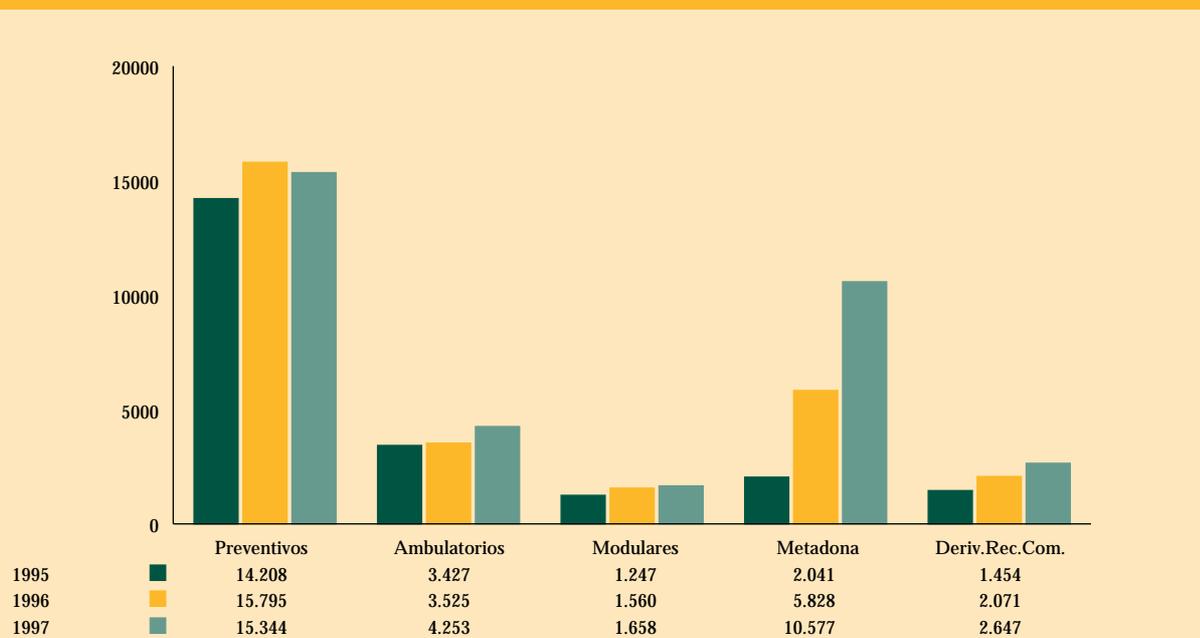
#### Programas de deshabituación en régimen ambulatorio

En estos programas los internos atendidos conviven con el resto de la población penitenciaria y utilizan los recursos generales del centro. Durante 1997, se ha incluido a 4.253 internos en esta modalidad terapéutica, 1.456 de ellos con el antagonista naltrexona como apoyo a la deshabituación, lo que supone un incremento del 20,6% con respecto a 1996 (3.525 usuarios) (Figura 5.1).

#### Programas de deshabituación en espacio terapéutico específico

Estas actuaciones se desarrollan en un módulo específico del centro, que puede ser tipo centro de día o tipo módulo terapéutico cuando pernoctan en el módulo.

Figura 5.1. Evolución del número de internos en programas de drogodependencias. España, 1995-1997.



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Datos facilitados por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Durante 1997 han recibido tratamiento en módulo terapéutico 1.338 internos, lo que supone un incremento del 28% respecto a 1996 (1.045 usuarios). Y bajo el modelo de centro de día, 320 pacientes, 61 de ellos con el antagonista naltrexona. Un total de 5.911 internos han estado en tratamiento de deshabituación durante 1997, lo que supone un incremento del 16,2% con respecto a 1996 (5.085 usuarios).

En este sentido, hay que destacar la experiencia piloto del **proyecto global de intervención en drogodependencias que se está realizando en el centro penitenciario de Soto del Real, en la Comunidad de Madrid**. El proyecto, iniciado en 1997, se lleva a cabo por un equipo mixto de intervención compuesto por personal penitenciario y técnicos de Proyecto Hombre y está supervisado por una comisión técnica en la que figuran, además de las instituciones anteriores, personal técnico de la propia Delegación del Gobierno para el PNSD. Este proyecto se compone de varios programas, entre los que hay que destacar, la implementación de una comunidad terapéutica mixta intrapenitenciaria, en la que la Junta de Tratamiento asume las funciones no sólo terapéuticas sino también las atribuidas al Consejo de Dirección y a la Comisión Disciplinaria del centro. En dicha Junta participa personal de Proyecto Hombre, entidad que lleva la dirección terapéutica de la comunidad, al formar parte del equipo técnico de intervención.

La comunidad terapéutica, inaugurada el 18 de mayo de 1998, acoge actualmente a 31 internos (4 de éstos son mujeres); y en el programa de motivación están participando 51 internos, 14 de los cuales son mujeres.

Como indicadores de evaluación de este dispositivo, decir que:

- N° de controles de análisis de orina positivos: 1
- N° de expulsiones del programa: 1
- N° de quebrantamientos de permisos: 0
- N° de partes disciplinarios: 0
- N° de derivaciones a tratamiento en el ámbito comunitario: 5

## Programas intrapenitenciarios de reducción del daño

### ■ Programas de tratamiento con metadona

Se ha pasado de tratar a 90 pacientes en 1992 a tratar 10.577 en 1997. Durante 1997 se ha producido la práctica generalización de los tratamientos con metadona, habiendo estado en disposición de poder aplicar esta modalidad terapéutica el 97% de los centros. Los centros de Logroño y Santa Cruz de la Palma son los únicos que no estaban en disposición de aplicar esta oferta.

Durante ese mismo año han recibido tratamiento con metadona 10.577 internos, habiéndose incrementado el número de internos atendidos en un 81,5% respecto a 1996. En diciembre de 1997 la prevalencia de internos en tratamiento con metadona era del 8,65% del total de la población interna, el doble que al final de 1996, lo que supone que diariamente estaban recibiendo el fármaco 3.192 internos drogodependientes.

Durante 1998 la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria en colaboración con los Planes Autonómicos de Drogas ha completado la extensión del programa de mantenimiento con metadona a todos los centros penitenciarios.

El estudio realizado por el Instituto Municipal de Investigación Médica *Características de los tratamientos con metadona en España, 1997*, subvencionado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, describe 632 centros de la red con tratamientos con metadona, de los cuales el 12% corresponden a centros penitenciarios (76 centros). El 23,5% de los centros de prescripción y dispensación se localiza también en centros penitenciarios.

Se ha estimado que, en todo el Estado, desde que se iniciaron estos tratamientos en los centros con prescripción estudiados, se trataron con metadona 87.828 pacientes y que a finales de 1997 había alrededor de 40.000 adictos en tratamiento, un 8% se hallaban en centros penitenciarios. Estos datos avalan los estudios que muestran que los paciente de PMM pre-

sentan una media más elevada de detenciones, de ingresos en prisión y de meses de estancia en la cárcel.

El perfil de los tratamientos con metadona en los centros penitenciarios que refleja este estudio es el que figura en la tabla 5.3.

#### ■ Programas de intercambio de jeringuillas

En agosto de 1997 se implantó un programa piloto de intercambio de jeringuillas en el centro penitenciario de Bilbao, como alternativa para determinados drogodependientes consumidores activos que no admiten su inclusión en tratamiento con metadona. En noviembre de 1998 se ha puesto en marcha otro programa de similares características en el centro penitenciario de Pamplona. El Plan Nacional sobre Drogas colabora en la financiación de este programa, a través de la subvención de un equipo técnico de apoyo.

Desde Instituciones Penitenciarias se ha emitido una comunicación a todos los centros penitenciarios recomendando la puesta en marcha de esta actividad preventiva.

Tabla 5.3. Perfil de los tratamientos con metadona (TM) en los Centros Penitenciarios.

Total (N=60)	
<b>Tipo de centro: n(%)</b>	
Centro prescriptor dispensador	52 (87%)
Centro prescriptor	-
Centro dispensador	8 (13%)
<b>Nº de pacientes en TM<sup>1</sup></b>	<b>3.070</b>
<b>Proporción de hombres en TM<sup>1-2</sup></b>	<b>86</b>
<b>Media de edad</b>	<b>29</b>
<b>Proporción de VIH positivos al iniciar el TM<sup>1-2</sup></b>	<b>66</b>
<b>Proporción hepatitis B positivos al iniciar el TM<sup>1-2</sup></b>	<b>79</b>
<b>Proporción de hepatitis C positivos al iniciar el TM<sup>1-2</sup></b>	<b>70</b>
<b>Modalidad de TM<sup>1</sup></b>	
Bajo umbral <sup>3</sup>	39 (78%)
No bajo umbral	11 (22%)
<b>Dosis de metadona<sup>1</sup></b>	
< 60 mg/día	8 (16%)
> 60 mg/día	42 (84%)
<b>Criterios de inclusión amplios</b>	<b>20%</b>
<b>Criterios de expulsión flexibles</b>	<b>12%</b>

Fuente: *Características de los centros con tratamientos de mantenimiento con metadona en España, 1997*. Instituto Municipal de Investigación Médica.

1. Información proporcionada sólo para los centros prescriptores dispensadores y los centros prescriptores.

2. Media ponderada por el número de pacientes de cada centro.

3. Se ha definido "tratamiento bajo umbral" si se cumplían los siguientes criterios: 1. Objetivo fundamental del TM paliativo o paliativo+ orientado a la abstinencia. 2. Dosis media diaria de metadona = > 60 mg. 3. No existencia de duración máxima de tiempo definido. 4. No especial énfasis para proponer al paciente el momento de finalización del tratamiento.



# 6

## Indicadores judiciales

---



## 1. CUMPLIMIENTOS ALTERNATIVOS A LA PRISIÓN

---

### ■ Programas de atención al detenido en comisarías y juzgados

Estos programas permiten atender sociosanitariamente al elevado porcentaje de toxicómanos en los que, tras su detención son puestos en libertad y, por otra parte, para aquellos casos que pasan a disposición judicial, implica aportar informes cercanos en el tiempo a los hechos delictivos objeto de investigación. Estos informes son necesarios para acreditar la drogodependencia como circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal. Las medidas que se están desarrollando son:

- *Creación de programas en comisarías.* Las actividades que desarrollan habitualmente los profesionales en estas dependencias tienen una repercusión importante en la salud y en la calidad de vida de los consumidores. Por ello, se pretende que el contacto del consumidor de drogas con estos dispositivos sea vivenciado como una experiencia positiva que pueda motivarle para iniciar posteriormente un proceso de tratamiento, además de intervenir en la etapa precoz con aquellos drogodependientes más jóvenes y menos delincuenciados.

Para estos programas se han destinado más de 102 millones de pesetas de los presupuestos de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Las Comunidades Autónomas

en las cuales se están desarrollando con carácter experimental estos programas son: Andalucía, Canarias, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Madrid, Valencia, Ceuta.

- *Extensión de programas en juzgados.* La creación y puesta en marcha de estos programas tiene, salvo en unas pocas excepciones, una historia reciente; de hecho, aunque existen experiencias en la mayoría de las Comunidades Autónomas, algunas de ellas se encuentran en vías de implantación. Así, durante 1997, se ha creado un nuevo servicio en Castilla y León, dispositivo subvencionado por el Plan Autonómico sobre Drogas (Tabla 6.1).

En la tabla 6.2 se describe el perfil del usuario atendido en estos servicios.

## 2. DERIVACIÓN DE RECLUSOS A TRATAMIENTO COMUNITARIO

---

Se denominan programas de incorporación social porque se desarrollan en el ámbito extrapenitenciario, por medio de la aplicación de los artículos del Reglamento Penitenciario que permiten el acceso periódico o definitivo de los internos drogodependientes a los recursos comunitarios.

Durante 1997, 2.647 internos han sido derivados a dispositivos comunitarios (centros de día, centros ambulatorios, y comunidades tera-

Tabla 6.1. Implantación de los Servicios de Atención al Detenido, 1997.

	Servicios de Atención al Detenido	Servicios de Atención al Detenido Drogodependiente
Andalucía	Toda la Comunidad	
Baleares	Palma de Mallorca	
Castilla y León		Valladolid
Cataluña		Barcelona
Madrid		Madrid
Murcia		Toda la Comunidad
País Vasco	Toda la Comunidad	
Comunidad Valenciana	Toda la Comunidad	

Nota: Los servicios reseñados son aquellos de los que se ha obtenido información.  
Fuente: Memorias de Atención de los Servicios de Atención al Detenido.

Tabla 6.2. Perfil del usuario atendido en los Servicios de Atención al Detenido, 1997.

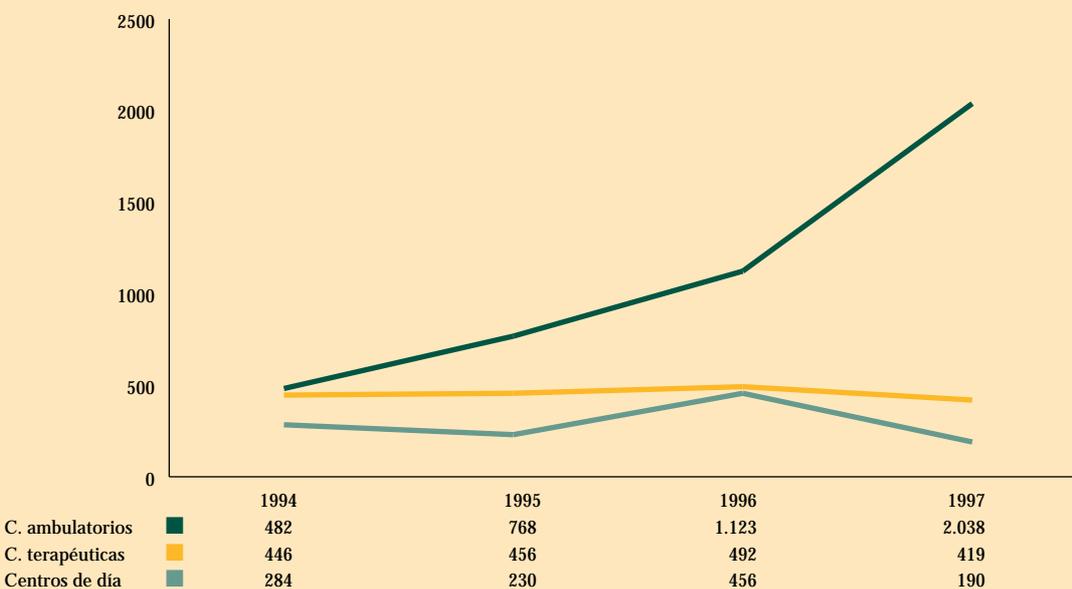
	Servicios de Atención al Detenido	Servicios de Atención al Detenido Drogodependiente
Sexo	Varón	Varón
Edad	< 30	< 30
Estudios	Primarios	Primarios
Situación laboral	Sin trabajo	Sin trabajo
Tip. delictiva	C. patrimonio	C. patrimonio
Situación judicial	Libertad provisional	Libertad provisional
Tratamiento actual		Sin tratamiento
Consumo actual de drogas	Sí	
Vía administración		Fumada

Nota: Los servicios reseñados son aquellos de los que se ha obtenido información.  
Fuente: Memorias de Atención de los Servicios de Atención al Detenido.

peútics). Este incremento se ha producido de forma significativa en el caso de las derivaciones a centros ambulatorios (2.038) y a dispositivos de metadona (3.236) relacionado con el importante número de personas que salen de prisión en tratamiento con metadona.

También se ha producido un incremento de los internos derivados a comunidad terapéutica: 419 internos fueron derivados durante 1997 y un total de 708 internos estaban cumpliendo condena en este tipo de dispositivo durante ese año (Figura 6. 1).

Figura 6.1. Evolución del número de internos derivados a recursos comunitarios: centros de día, centros ambulatorios y comunidades terapéuticas. España, 1994-1997.



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Datos facilitados por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

### 3. SENTENCIAS POR DELITOS CONTRA LA SALUD PÚBLICA Y RELACIONADOS CON LAS DROGAS

Durante el primer trimestre de 1998 se dictaron en España un total de 2.818 sentencias por delitos penales contra la salud pública (1.075 sentencias) o relacionados con las drogas (1.743). La distribución de las sentencias en función del tipo de delitos cometidos se recoge en el Tabla 6.3.

Como puede comprobarse, el 38,15% de las sentencias dictadas lo fueron por delitos contra la salud pública (tráfico de drogas), en tanto que el restante 61,85% lo fueron por delitos relacionados. Dentro de la categoría de delitos relacionados ocupa un lugar destacado la criminalidad drogoinducida, causante de

915 sentencias, el 32,47% del total de las sentencias dictadas.

La distribución territorial de las sentencias impuestas por este tipo de delitos se recoge en la Tabla 6.4. Como puede observarse el mayor número de sentencias han sido dictadas en Andalucía (19,16%), Madrid (13,5%), Comunidad Valenciana (12,60%), Galicia (10,89%) y Cataluña (10,86%), precisamente las áreas geográficas donde mayor incidencia tienen tanto el tráfico como el consumo de drogas (Figura 6.2).

Andalucía, Madrid y la Comunidad Valenciana son las Comunidades Autónomas donde se han dictado un mayor número de sentencias, tanto por delitos contra la salud pública (Figura 6.3), como por delitos relacionados con las drogas (Figura 6.4).

Tabla 6.3. Distribución de las sentencias por delitos contra la salud pública y relacionados con las drogas, según el tipo de delitos. España, primer trimestre de 1998.

Sentencias	Subtotales	Nº total
Número total de sentencias revisadas por delitos penales		12.834
Número total de sentencias por drogas		2.818
Total sentencias contra la salud pública		1.075
Sentencias por otros delitos relacionados con las drogas		1.743
Contra la seguridad del tráfico	809	
Receptación y otras conductas afines	19	
Por criminalidad drogoinducida	915	
Contra las personas	72	
Contra la propiedad	810	
Otras	33	

Fuente: C.G.P.J. Centro de Documentación S. Sebastián. Sin recoger las sentencias contra la seguridad del tráfico del mes de enero.

Tabla 6.4. Distribución por provincias y CCAA de las sentencias por delitos contra la salud pública y relacionados con las drogas. España, primer trimestre de 1998.

CCAA				CCAA			
Sentencias por delitos penales				Sentencias por delitos penales			
Provincias	Contra salud pública	Relacionados con drogas	Total	Provincias	Contra salud pública	Relacionados con drogas	Total
<b>Andalucía</b>	<b>266</b>	<b>274</b>	<b>540</b>	<b>Cataluña</b>	<b>118</b>	<b>188</b>	<b>306</b>
Almería	12	13	25	Barcelona	87	137	224
Cádiz	125	27	152	Girona	15	18	33
Córdoba	7	33	40	Lleida	0	1	1
Granada	24	40	64	Tarragona	16	32	48
Huelva	7	13	20	<b>Extremadura</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>20</b>
Jaén	12	43	55	Badajoz	5	7	12
Málaga	34	31	65	Cáceres	2	6	8
Sevilla	45	74	119	<b>Galicia</b>	<b>87</b>	<b>220</b>	<b>307</b>
<b>Aragón</b>	<b>17</b>	<b>60</b>	<b>77</b>	La Coruña	31	103	134
Huesca	0	1	1	Lugo	18	16	34
Teruel	1	3	4	Ortense	13	41	54
Zaragoza	16	56	72	Pontevedra	25	60	85
<b>Asturias</b>	<b>74</b>	<b>137</b>	<b>211</b>	<b>Madrid</b>	<b>157</b>	<b>233</b>	<b>390</b>
<b>Baleares</b>	<b>35</b>	<b>74</b>	<b>109</b>	<b>Murcia</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>34</b>
<b>Canarias</b>	<b>103</b>	<b>49</b>	<b>152</b>	<b>Navarra</b>	<b>11</b>	<b>31</b>	<b>42</b>
Las Palmas	71	33	104	<b>Rioja</b>	<b>3</b>	<b>32</b>	<b>35</b>
Sta. Cruz	32	16	48	<b>C. Valenciana</b>	<b>128</b>	<b>227</b>	<b>355</b>
<b>Cantabria</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>49</b>	Alicante	59	92	151
<b>Castilla y León</b>	<b>18</b>	<b>81</b>	<b>99</b>	Castellón	5	20	25
Ávila	2	2	4	Valencia	64	115	179
Burgos	2	23	25	<b>País Vasco</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
León	8	15	23	Álava	0	1	1
Palencia	2	7	9	Guipúzcoa	0	2	2
Salamanca	3	18	21	Vizcaya	0	1	1
Segovia	0	10	10	<b>Ceuta</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Soria	1	6	7	<b>Melilla</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Valladolid	0	0	0	<b>Total CC.AA.</b>	<b>1.075</b>	<b>1.743</b>	<b>2.818</b>
Zamora	0	0	0				
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>21</b>	<b>67</b>	<b>88</b>				
Albacete	10	12	22				
Ciudad Real	6	18	24				
Cuenca	3	15	18				
Guadalajara	0	11	11				
Toledo	2	11	13				

Fuente: C.G.P.J. Centro de Documentación de San Sebastián.

Figura 6.2. Distribución de las sentencias por delitos contra la salud pública y delitos relacionados con drogas. Por Comunidades Autónomas. Primer trimestre 1998.

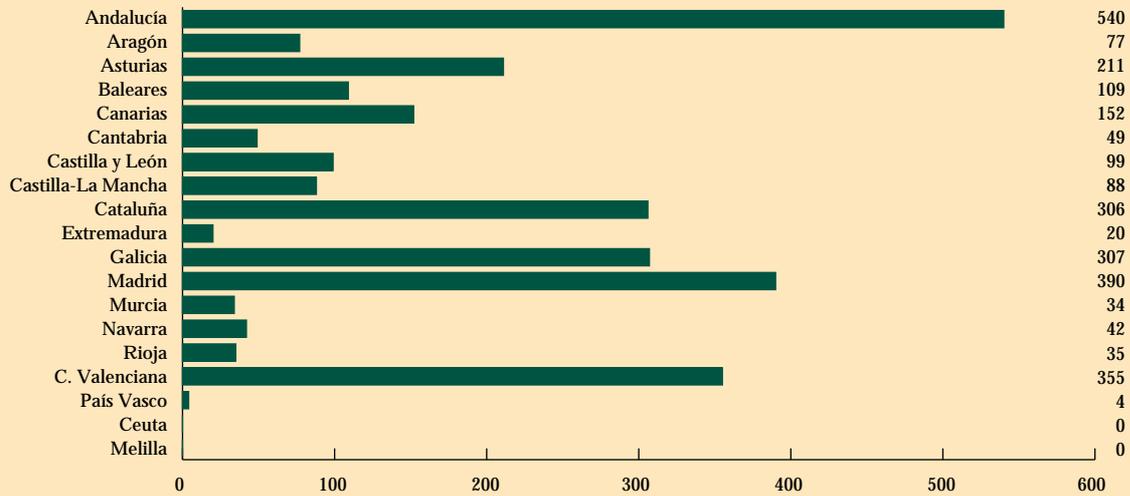


Figura 6.3. Distribución de las sentencias por delitos contra la salud pública. Por Comunidades Autónomas. Primer trimestre 1998.

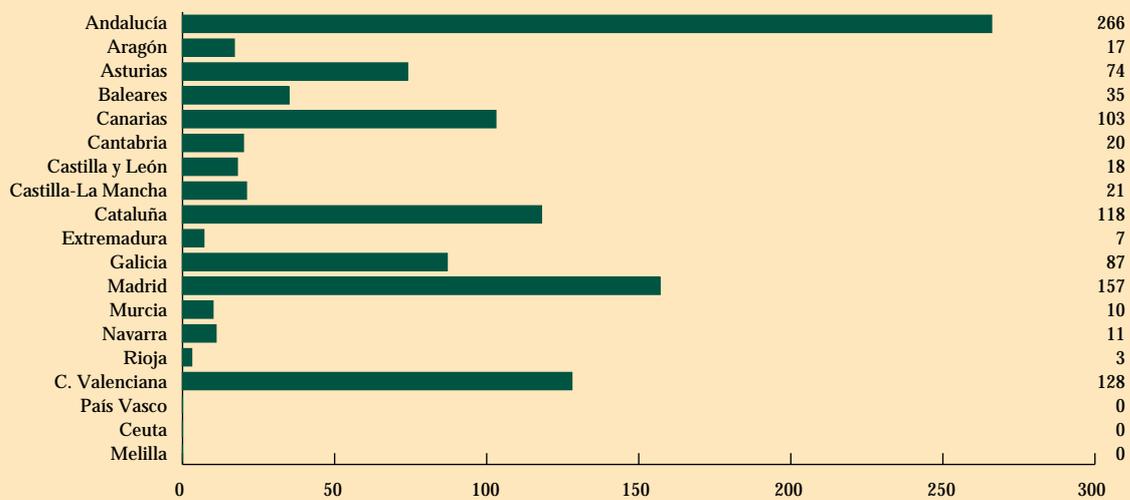
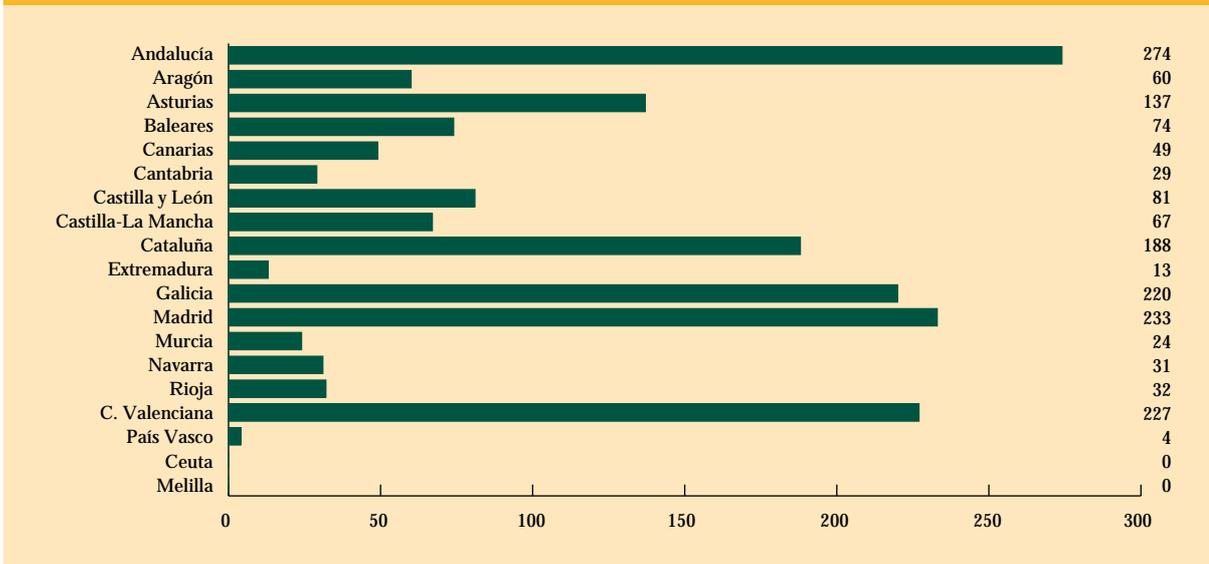


Figura 6.4. Distribución de las sentencias por delitos relacionados con drogas. Por Comunidades Autónomas. Primer trimestre 1998.



7

Indicadores de mortalidad

---



## 1. MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA TRAS EL CONSUMO DE DROGAS

---

En 1997 el indicador mortalidad registró un total de 507 muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en el conjunto de todas las áreas monitorizadas.

De las muertes registradas, 360 correspondieron a las seis grandes ciudades monitorizadas desde 1983 y de ellas 347 fueron por reacción aguda a opioides o cocaína. El número de muertes por reacción aguda a opioides o cocaína en estas seis grandes ciudades experimentó un ascenso continuo entre 1983 y 1991, y a partir de entonces ha seguido una tendencia descendente, pasando de 388 en 1994 a 392 en 1995, 415 en 1996 y 347 en 1997 (Figura 7.1). En otras áreas monitorizadas de forma continua desde 1991 la tendencia de la mortalidad es también descendente, aunque el hecho de que muchas de ellas sean pequeñas hace que se produzca una importante fluctuación interanual en el número de muertes por efecto del azar. Mención especial merece el caso de Palma de Mallorca donde la mortalidad en vez de descender parece estable o en aumento (Tabla 7.1).

En la gran mayoría de los casos las muertes fueron notificadas por los Institutos Anatómico Forenses (IAF), aunque en algunos casos las notificaciones partieron de Médicos Forenses agrupados en otras entidades (Clínicas Forenses) o, de forma excepcional, de médicos forenses individuales. Los datos complementa-

rios sobre toxicología proceden principalmente del Instituto Nacional de Toxicología (Departamentos de Sevilla, Madrid y Barcelona), pero también de otras instituciones.

Se detectan importantes diferencias entre las seis ciudades monitorizadas desde 1983 en la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. También se observan diferencias geográficas importantes si se consideran exclusivamente las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína, con cifras elevadas en Barcelona (7,6 muertes/100.000 habitantes) y más bajas (menores de 4,5/100.000) en el resto de las ciudades.

Del conjunto de fallecidos, un 86,1% eran varones (un 85,0% en las seis ciudades y un 88,1% en el resto de áreas). En las seis ciudades, la proporción de varones fue muy similar a la del indicador tratamiento (83,8%). La edad media los fallecidos fue de 31,9 años. El mayor número de muertes se concentró en los grupos de edad de 25-29 años (22,2%) y de 30-34 años (34,4%). La mayoría de los fallecidos con información sobre el estado civil estaban solteros (70%) (Tabla 7.2).

En cuanto a la presencia o no de signos de venopunción, hay que tener en cuenta que la proporción de casos con valores desconocidos para esta variable es muy elevada (38,7%), por lo que los resultados han de tomarse con cautela. Un 50,8% de los casos con información para esta variable presentaban signos recientes de venopunción (el 51,4% si se consideran sólo los casos por reacción aguda a opioides o co-

Figura 7.1. Evolución de las muertes por reacción aguda tras el consumo de opiáceos o cocaína en seis grandes ciudades españolas. 1983-1997.



Nota. Las muertes corresponden a las ciudades de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.  
Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

caína), lo que sugiere que al menos la mitad de los fallecimientos se produjeron tras el consumo de sustancias psicoactivas por vía parenteral (Tabla 7.2).

En cuanto al estado serológico frente al VIH hay también que tener en cuenta que la proporción de casos con valores desconocidos para esta variable es elevada (39,1%), por lo que los resultados han de analizarse con cautela. De los casos con información sobre el estado serológico frente al VIH, un 48,2% eran positivos (Tabla 7.2).

Sería deseable que se contara con análisis toxicológicos en todos los casos de muerte no natural, incluidas las muertes por intoxicación o reacción aguda a cualquier tipo de sustancia. Sin embargo, en algunos casos de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas registradas no se dispone de estos resultados por causas diversas (no se solicitaron, la muestra no era adecuada, los resultados no habían llegado en el momento de la notificación, etc.). En 1997 la proporción de casos con informa-

ción toxicológica de muestras biológicas fue de un 84,8%, frente a un 86,8% en 1996, 82,1% en 1995, un 81,4% en 1994 y un 65,9% en 1993. Entre los casos con análisis toxicológico disponible, la mayoría fueron positivos para opiáceos (81,6%). En una proporción importante de casos se encontraron también benzodiazepinas (50,3%). Por su parte, el porcentaje de casos positivos a cocaína fue de un 38,2% (Tabla 7.3).

## 2. MORTALIDAD RELACIONADA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA

Numerosos estudios comparativos internacionales han puesto de manifiesto que existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol, la frecuencia y la gravedad de numerosas enfermedades. A mayores niveles de consumo corresponden tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas de cirrosis hepática, determinados cánceres, accidentes, síndrome alcohólico fetal y otras enfermedades. El alco-

Tabla 7.1. Evolución de la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas\* en varias ciudades españolas. 1991-1997.

	Año de defunción						
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Sevilla	26	20	22	17	21	37	–
Granada	28	29	19	14	22	9	–
Málaga	20	20	15	9	7	11	–
Zaragoza	34	9	18	16	18	27	24
Palma de Mallorca	34	27	31	31	35	38	51
Palma de G.C.	1	14	13	7	4	7	–
Valladolid	9	14	8	20	11	15	15
Ponferrada	1	5	6	3	4	1	2
Barcelona	159	160	151	125	148	148	130
Valencia	50	74	47	52	35	32	25
Donostia-San Sebastián	12	6	15	13	12	12	10
Barakaldo	15	8	11	10	9	7	10
Bilbao	25	40	26	32	37	43	21
Badajoz	3	2	3	2	1	4	–
Coruña (La)	–	–	7	6	10	14	11
Santiago de Compostela	5	7	8	9	3	7	7
Ourense	–	–	2	6	3	5	5
Pontevedra	–	–	10	11	4	5	6
Vigo	–	–	16	26	8	17	19
Madrid	285	255	179	146	129	140	122
Alcobendas	5	3	3	2	2	3	1
Getafe	3	5	1	3	3	2	3
Leganés	7	0	5	8	4	2	2
Majadahonda	5	4	1	2	2	1	2
Cartagena	4	8	3	8	10	14	6
Murcia	14	9	6	9	3	4	14
Pamplona/Iruña	18	13	9	13	12	9	6

\* Entre 1991 y 1995 sólo se recogen las muertes por reacción aguda a opiáceos o cocaína.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 7.2. Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas (número absoluto, media y porcentajes).1997.

	Seis ciudades*	Otras áreas	Total
Número de fallecidos	321	186	507
<b>Sexo</b>			
Varones	85,0%	88,1%	86,1%
Mujeres	15,0%	11,9%	13,9%
Edad media (años)	32.1	31.3	31.9
<b>Grupo de edad (años)</b>			
< 15	0,0%	0,0%	0,0%
15-19	1,6%	2,9%	2,0%
20-24	9,2%	16,1%	11,3%
25-29	22,9%	20,4%	22,2%
30-34	33,8%	35,8%	34,4%
35-39	19,4%	12,4%	17,3%
40-44	9,2%	7,3%	8,6%
≥ 45	3,8%	5,1%	4,2%
<b>Estado civil</b>			
Soltero	70,2%	69,2%	70,0%
Casado	18,8%	14,1%	17,6%
Separado/divorciado	10,2%	16,7%	11,8%
Viudo	0,8%	0,0%	0,6%
<b>Procedencia del cadáver</b>			
Domicilio	51,0%	40,7%	47,2%
Hotel-pensión	7,0%	5,6%	6,5%
Calle	21,8%	27,7%	24,0%
Local público	4,4%	5,6%	4,8%
Hospital	11,4%	11,9%	11,6%
Cárcel	1,7%	1,7%	1,7%
Otra	2,7%	6,8%	4,2%
<b>Evidencias de consumo reciente</b>			
Sí	99,6%	97,0%	98,7%
No	0,4%	3,0%	1,3%
<b>Evidencia de suicidio</b>			
Fuerte evidencia	2,7%	2,4%	2,7%
Indicios/sospecha	1,4%	3,2%	1,9%
Ninguna evidencia	95,9%	94,4%	94,4%
<b>Signos recientes venopunción</b>			
Sí	69,8%	16,7%	50,8%
No	32,2%	83,3%	49,2%
<b>Anticuerpos anti-VIH</b>			
Positivo	46,4%	52,9%	48,2%
Negativo	53,6%	47,1%	51,8%

\* Datos de las ciudades de Barcelona, Bilbao, Madrid, Valencia y Zaragoza. No están incluidos los datos de Sevilla por no haberse recibido en la fecha de elaboración del informe.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 7.3. Drogas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras de sangre de fallecidos por reacción aguda, según ciudad de fallecimiento (números absolutos). 1997.

	Barcelona	Bilbao	Madrid	Valencia	Otras áreas	Total
Opiáceos	111	16	96	8	142	373
Cocaína	46	11	34	1	72	164
Barbitúricos	2	0	2	0	29	33
Benzodiacepinas	71	11	39	2	93	216
Anfetaminas	0	0	1	10	36	47
MDMA	3	1	0	0	3	7
Alucinógenos	0	0	0	0	1	1
Alcohol	37	23	10	0	74	123
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>17</b>	<b>106</b>	<b>25</b>	<b>162</b>	<b>430</b>

Nota: Sólo se dispone de los análisis toxicológicos realizados a una parte de los fallecidos. Cada una de las muestras puede presentar resultados positivos para varias drogas. Por esta razón, el total de muestras analizadas (430) siempre es muy inferior a la suma de resultados positivos para todas las drogas. Los resultados de los análisis toxicológicos presentados corresponden a las muestras biológicas analizadas y no sólo a las muestras de sangre.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas.

hol está además presente en una proporción importante de accidentes de tráfico, laborales y domésticos, ocasionando numerosas muertes y un gran número de discapacidades, la mayoría de ellas a edades tempranas. Los costes sanitarios y sociales, anuales, ocasionados en España por el consumo excesivo de alcohol se estimaron en 1998<sup>1</sup> en 637.718 millones de pesetas.

Estas razones han llevado al Observatorio Español sobre Drogas a solicitar a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo la elaboración de un informe sobre mortalidad atribuible al consumo de alcohol, cuyos datos más relevantes se resumen a continuación. El informe aporta los últimos datos disponibles en España sobre mortalidad atribuible al alcohol, obtenidos a partir de la estadística *Defunciones según causa de muerte, 1995*, editada en 1998 por el Instituto Nacional de Estadística.

La cuantificación de la mortalidad provocada por el consumo de alcohol no es una tarea sen-

cilla, puesto que existen diferentes métodos de estudio, definiciones y sistemas de cuantificación de los consumos y de obtención de datos. El método utilizado para la obtención de los datos que sobre mortalidad relacionada con el alcohol se describe a continuación, coincide con el propuesto por los Centers for Disease Control (CDC) de los Estados Unidos. Para cada una de las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol se establece una fracción de muertes atribuibles, de modo que multiplicando el número total de muertes registradas en el país para cada enfermedad por la fracción atribuible se obtiene fácilmente el número de muertes atribuibles.

La metodología descrita fue ensayada con éxito en 1996<sup>2</sup> en un estudio sobre la mortalidad relacionada con el alcohol en España durante el período 1981-1990. Este estudio observó un ligero descenso durante ese período en el peso de las muertes relacionadas con el consumo de alcohol respecto a la mortalidad general. También puso de manifiesto las

1. Portela E. y cols. *El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico*. Madrid, Editorial Médica Panamericana, S.A. 1998.

2. Prada, C.; Del Río, MC, Yañez, J.L. y Álvarez, F.J. "Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol." *Gaceta Sanitaria* / julio-agosto 1996. N° 55, vol. 10.

diferencias de mortalidad atribuida entre los dos sexos. Mientras que en los hombres las tres principales categorías diagnósticas fueron neoplasias, accidentes no intencionales y enfermedades digestivas; en las mujeres la principal categoría diagnóstica fueron las enfermedades cardiovasculares.

Los años potenciales de vida perdidos que se estimaron para el período 1981-90, se presentan en la Tabla 7.4, siendo destacable que los accidentes no intencionales, a pesar de contribuir sólo con un 22,1% de media en los diez años estudiados a la mortalidad relacionada con el alcohol, contribuyen con un 49,1% de media a los años potenciales de vida perdidos y, dentro de ellos, prácticamente la mitad corresponde a accidentes de vehículos a motor.

Siguiendo la misma metodología la Dirección General de Salud Pública realizó una estimación de la mortalidad atribuible al alcohol en España durante 1994 (Tabla 7.5), utilizando como referencia la estadística *Defunciones según causa de muerte, 1994* que publicó en 1997 el Instituto Nacional de Estadística.

Esta estimación cifró en 12.348 personas los fallecidos por consumo de alcohol durante

1994, lo que representa el 3,8% de todas las defunciones registradas en el país. Las principales causas de muertes son la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (que suponen el 40,28% de las muertes atribuibles al consumo de alcohol), los accidentes de tráfico con vehículos de motor (el 18,09%), el tumor maligno de esófago (el 10,86%) y el tumor maligno de labio, cavidad oral y faringe (8,95%).

La estimación de mortalidad atribuible al consumo de alcohol para 1995 (Tabla 7.6) sitúa en 12.271 el número de fallecidos, un 0,62% inferior a los estimados en 1994. El número de muertos en 1995 atribuibles al consumo de alcohol suponen el 3,5% del total de las defunciones que se produjeron en ese año.

Por otra parte, debe destacarse que se mantienen prácticamente inalterables las principales causas de muerte por consumo de alcohol, que en 1995 han seguido lideradas por las cirrosis y otras enfermedades del hígado (el 39,34% del total de las muertes atribuibles), los accidentes de tráfico con vehículos de motor (18,75%), y los tumores malignos de esófago (10,54%) y de labio, cavidad oral y faringe (8,88%).

Tabla 7.4. Años potenciales de vida perdidos atribuibles al alcohol por sexo en España, años 1981-90.

	Años potenciales de vida perdidos		
	Total	Hombre	Mujer
1981	164.534	127.165	37.369
1982	160.582	126.792	33.790
1983	159.913	125.638	34.275
1984	165.905	129.887	36.018
1985	161.919	127.256	34.663
1986	169.896	133.023	36.873
1987	179.858	143.629	36.229
1988	185.791	147.510	38.281
1989	197.796	156.806	40.990
1990	194.868	154.714	40.154

Fuente: Prada, C.; Del Río, M.C.; Yáñez, J.L.; Álvarez, F.J. *Gac Sanit* 1996; 10:161-168.

Tabla 7.5. Mortalidad atribuible al alcohol en España. Año 1994.

Causa de la muerte	Cifras absolutas	Fracción atribuible (%)	Nº de muertes atribuibles
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	7.106	70	4.974
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	5.584	40	2.234
Pancreatitis aguda	993	42	417
Psicosis alcohólica	45	100	45
Síndrome de dependencia alcohólica	260	100	260
Abuso de alcohol	13	100	13
Envenenamiento accidental por alcohol, no clasificado en otra parte	12	100	12
Suicidios y lesiones autoinfligidas	3.171	25	793
Cardiomiopatía alcohólica	28	100	28
Gastritis alcohólica	0	100	0
Polineuropatía alcohólica	1	100	1
Pancreatitis crónica	31	60	19
T. maligno labio, cavidad oral, laringe	2.212	50	1.106
T. maligno esófago	1.789	75	1.342
T. maligno laringe	1.885	50	942
Homicidio	353	46	162
<b>Total</b>	<b>23.483</b>		<b>12.348</b>

Fuente: Defunciones según la causa de muerte 1994. INE 1997.

Elaboración: Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. MSC.

Tabla 7.6. Mortalidad atribuible al alcohol en España. Año 1995.

Causa de la muerte	Cifras absolutas	Fracción atribuible (%)	Nº de muertes atribuibles
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6.897	70	4.828
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	5.752	40	2.301
Pancreatitis aguda	1.068	42	449
Psicosis alcohólica	57	100	57
Síndrome de dependencia alcohólica	230	100	230
Abuso de alcohol	6	100	6
Envenenamiento accidental por alcohol, no clasificado en otra parte	11	100	11
Suicidios y lesiones autoinfligidas	3.157	25	789
Cardiomiopatía alcohólica	31	100	31
Gastritis alcohólica	0	100	0
Polineuropatía alcohólica	5	100	5
Pancreatitis crónica	38	60	23
T. maligno labio, cavidad oral, laringe	2.181	50	1.090
T. maligno esófago	1.791	75	1.343
T. maligno laringe	1.893	50	946
Homicidio	353	46	162
<b>Total</b>	<b>23.470</b>		<b>12.271</b>

Fuente: Defunciones según la causa de muerte 1995. INE 1998.

Elaboración: Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud. MSC.

### 3. DEFUNCIONES EN ENFERMOS DE SIDA USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL

Desde el inicio de la epidemia de VIH/sida hasta el 31 de diciembre de 1998 han sido notificados al Registro Nacional de Sida un total de 27.905 defunciones de enfermos de sida, de las cuales 18.168 (el 65,1%) se han producido entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).

Las principales características sociodemográficas de los enfermos de sida-UDVP fallecidos desde 1981 hasta 1988 se recogen en la Tabla 7.7. Son los varones (que acumulan el 82,4% de las defunciones) y las personas de entre 25 y 34 años (donde se producen el 69,64% de las defunciones), los grupos sociales donde mayor es la mortalidad por sida entre UDVP.

Tabla 7.7. Características sociodemográficas de los fallecimientos notificados en enfermos de sida UDVP en España. Datos acumulados desde 1981 al 31.12.98

	Fallecidos	
	Número	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	14.975	82,42
Mujer	3.191	17,56
Sin determinar	2	0,02
<b>Total</b>	<b>18.168</b>	
<b>Edad</b>		
13-14	1	0,01
15-19	126	0,60
20-24	2.000	11,00
25-29	6.392	35,20
30-34	6.260	34,45
35-39	2.472	13,61
40-44	631	3,47
45-49	158	0,86
50-54	38	0,20
55-59	28	0,15
60 y más	12	0,07
Desconocido	50	0,30
<b>Total</b>	<b>18.168</b>	

Fuente: Registro Nacional de Sida.

La distribución por Comunidades Autónomas de las defunciones notificadas hasta 1998 (Tabla 7.8), sitúan a Madrid, Cataluña, País Vasco y Andalucía en las primeras posiciones en números absolutos. Precisamente estas cuatro Comunidades Autónomas son las que registran mayores tasas medias por millón de habitantes de casos de sida entre UDVP.

Tabla 7.8. Defunciones notificadas en enfermos de sida UDVP en España. Datos acumulados desde 1981 al 31.12.98

	Fallecidos	
	Número	%
Andalucía	1.859	10,23
Aragón	255	1,40
Asturias	270	1,49
Baleares	464	2,55
Canarias	174	0,96
Cantabria	111	161,0
Castilla y León	532	2,93
Castilla-La Mancha	236	1,30
Cataluña	4.294	23,63
C. Valenciana	742	4,08
Extremadura	184	1,01
Galicia	1.027	5,65
Madrid	5.438	29,93
Murcia	276	1,52
Navarra	197	1,08
País Vasco	1.865	10,27
La Rioja	128	0,70
Ceuta	48	0,26
Melilla	11	0,06
Extranjero	28	0,15
Desconocida	29	0,16
<b>Total</b>	<b>18.168</b>	

Fuente: Registro Nacional de Sida.

#### 4. MUERTES PRODUCIDAS EN ACCIDENTES DE TRÁFICO

El Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología ha analizado durante los nueve primeros meses de 1998 un total de 466 casos de conductores fallecidos en accidentes de tráfico, remitidos por las Comunidades Autónomas de Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, País Vasco y Comunidad Valenciana. Las características de los casos analizados podrían resumirse del siguiente modo: el 92% de los casos son varones, de edades comprendidas entre 21 y 30 años (el 25,5%) y 31 y 40 años (el 20,8%), que sufrieron accidentes en días laborables (el 63% de los casos, frente a un 37% de accidentes producidos en festivos o en fin de semana).

Los resultados de este estudio confirman la relación que tiene el consumo de alcohol y otras drogas por parte de los conductores con los accidentes de tráfico con víctimas. Sirvan algunos de los datos aportados por el estudio para constatar esta relación:

- En el 41% de los casos analizados se obtuvieron alcoholemias positivas y en el 29% el nivel de alcohol registrado era superior a 0,8 g/l. (Tabla 7.9).
- En el 5% de los casos analizados (25 casos) se detectó consumo asociado de

alcohol y una o más drogas de abuso o psicotrofos. En 8 de estos 25 casos (el 1,7% del total de casos analizados) se detectó una asociación de consumo de alcohol y cocaína.

- En 33 casos, el 7% del total, se detectó entre los fallecidos el consumo de drogas y/o psicofármacos sin presencia de alcohol.

Tabla 7.9. Distribución de casos analizados según alcoholemia. Enero-septiembre 1998.

	>0,8 g/l	0,1-0,8 g/l	Negativa
Asturias	7	4	23
Castilla-La Mancha	17	12	32
Castilla y León	35	11	68
Galicia	17	5	47
La Rioja	4	1	4
Madrid	16	5	29
Murcia	8	2	19
País Vasco	21	12	42
C. Valenciana	11	2	12
<b>Total</b>	<b>136</b> <b>(29%)</b>	<b>54</b> <b>(12%)</b>	<b>276</b> <b>(59%)</b>

Fuente: Instituto Nacional de Toxicología. Departamento de Madrid.



8

Indicadores de prevención

---



A raíz del Protocolo de Intenciones de Colaboración entre los Ministerios de Educación y Cultura, Sanidad y Consumo e Interior, firmado en noviembre de 1996, para promover la Educación para la Salud en la escuela, se han llevado a cabo diversas actuaciones entre las que cabe destacar la realización del *Programa de entrenamiento en habilidades de vida*.

Este Programa, del que se daba cuenta en el *Informe nº 1 del Observatorio Español sobre Drogas*, se desarrolló en una primera fase, a lo largo del curso 1997-1998, participando en él 124 centros escolares de Educación Primaria (64 centros de aplicación directa del Programa y 60 centros de control), establecidos en 10 Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla con un total de 4.904 alumnos, habiéndose formado 341 profesores. Para el curso 1998-1999 se ha previsto la continuación del Programa, con la incorporación de 120 nuevos centros escolares, y un incremento de 8.000 nuevos alumnos y 630 profesores.

El Programa desarrollado en España se basa en el Programa de G. Botvin, *Life Skills Training*, cuya adaptación a la población española ha sido realizada por un equipo de investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela.

A continuación se presentan los resultados de la evaluación de esta primera fase del programa, llevada a cabo por el mismo equipo responsable de su adaptación.

## 1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE VIDA

---

Una vez comprobado el grado en que las condiciones experimentales eran inicialmente similares y la posible influencia de la pérdida de sujetos sobre la validez de nuestro estudio pasaremos a presentar los resultados obtenidos con la aplicación del programa en la condición de tratamiento. Para esta presentación nos vamos a centrar en las conductas que se pretendían prevenir con el programa (consumo de drogas y conducta antisocial), pero también presentaremos los efectos producidos sobre otra serie de variables relacionadas con el consumo de drogas como la intención de consumir las sustancias, las actitudes o el grado de información sobre ellas o sobre variables relacionadas con la competencia psicosocial de los adolescentes (susceptibilidad a la persuasión, asertividad, ansiedad, etc.) que son las variables mediadoras que explicarían teóricamente los efectos del programa sobre las conductas que se pretenden prevenir.

Para el análisis de los efectos sobre el consumo de drogas vamos a emplear, como hicimos en las comparaciones previas, la prueba  $\chi^2$ , pero, además de comparar las dos condiciones experimentales en la muestra total, también realizaremos análisis por separado para aquellos casos que no habían probado las sustancias antes de la evaluación previa y para los que sí lo habían hecho, con el objeto de determinar claramente los efectos del programa sobre cada tipo de sujetos.

Por lo que respecta a los análisis de los efectos sobre la conducta antisocial empleamos la prueba  $\chi^2$  para comprobar los efectos logrados sobre las conductas incluidas en el Cuestionario de Conducta Antisocial (CCA) (viendo si existían diferencias entre el porcentaje de casos que realizaran cada conducta en una condición y otra). Por otra parte, hemos empleado también el análisis de covarianza para comparar las medias obtenidas por cada grupo en las distintas escalas de este instrumento. La realización de estas comparaciones estuvo motivada por el hecho que con este procedimiento se pueden controlar los efectos de variables no controladas en el diseño original y que pueden estar afectando a los resultados encontrados. Recordemos que en las comparaciones previas realizadas sobre este tipo de conductas aparecían algunas diferencias, por lo que se nos plantea la necesidad de controlar la incidencia que esas diferencias pudieran tener sobre las comparaciones posteriores. Con este objetivo, en los análisis realizados incluimos como covariables las puntuaciones obtenidas previamente para cada una de las dimensiones.

Por último, para el análisis de los efectos de la intervención sobre las variables que teóricamente debieran estar funcionando como mediadoras, también hemos utilizado el análisis de covarianza, utilizando en la comparación de cada una de las variables evaluadas las puntuaciones obtenidas previamente como covariables.

### Efectos sobre el consumo de tabaco

Para determinar qué efectos tenía el programa sobre el consumo de tabaco hemos analizado las diferencias encontradas entre la condición en la que se aplicó el programa y en la que no se aplicó con respecto al número de casos que probaron el tabaco, así como en cuanto a la frecuencia del consumo mensual y al número de casos que incrementaban o reducían el consumo semanal de cigarrillos con respecto a la evaluación previa.

Comparando el número de casos que afirmaban haber probado el tabaco alguna vez se

puede observar en la figura 8.1 cómo son menos los casos que han probado alguna vez el tabaco en la condición de tratamiento (24,8%) que los que lo han hecho en la condición de control (27%), estando estas diferencias rozando la significación estadística ( $\chi^2 = 2,94$ ,  $p < 0,09$ ).

Cuando analizamos la frecuencia de consumo mensual vemos que no todos los que han probado el tabaco alguna vez presentan un consumo regular. Como se aprecia en la figura 8.2, en la condición de control hay un 4,8% de casos que han fumado una o dos veces al mes, habiéndolo hecho con una frecuencia mayor tan sólo el 2,6%. Estos porcentajes en la condición de tratamiento todavía son inferiores, siendo un 4,4% los que han fumado una o dos veces al mes y un 2,2% los que lo hicieron con una frecuencia mayor.

En cuanto a la evolución producida en el número de cigarrillos fumados a la semana con respecto a la evaluación inicial los datos se presentan en la figura 8.3. En ella se puede comprobar cómo es la condición de control donde se encuentra un mayor número de casos que incrementan su consumo (el 4,4% frente al 3,3% de incremento en la condición de tratamiento) y un número menor que reducen el número de cigarrillos fumados a la semana

Figura 8.1. Porcentaje de casos que han probado el tabaco alguna vez.

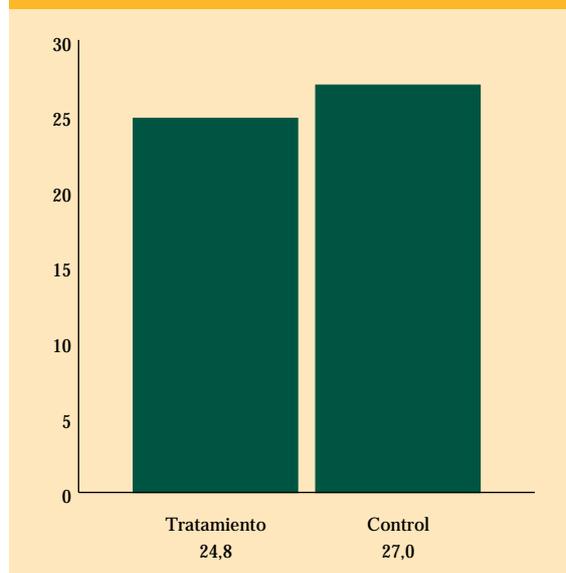
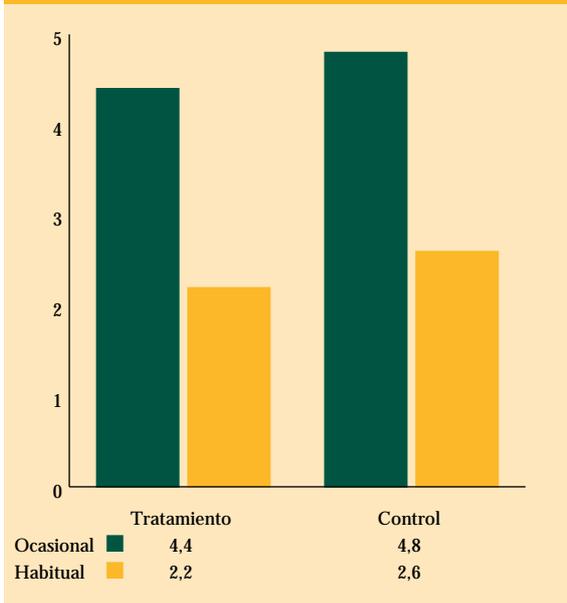


Figura 8.2. Frecuencia consumo mensual de tabaco.

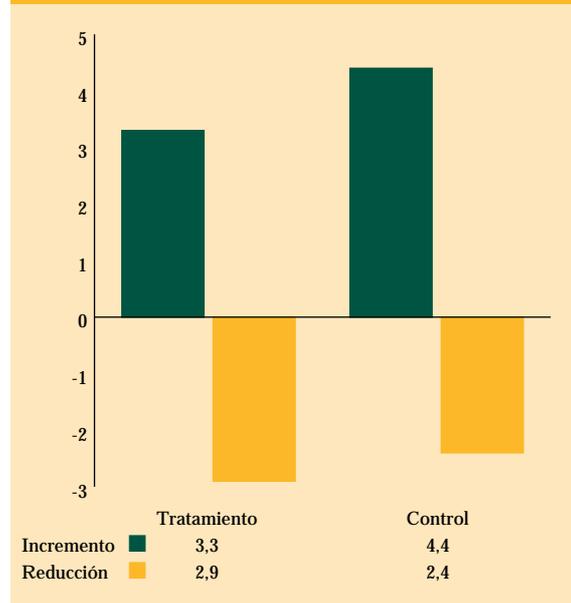


(2,4% frente al 2,9%), aunque estas diferencias no llegan a alcanzar niveles significativos.

Las conclusiones que se pueden sacar de estos datos no son del todo claras. Por un lado, el hecho de que en la condición de tratamiento aparezca un menor número de casos que afirman haber probado el tabaco (siendo el porcentaje de casos que lo habían probado inicialmente similar) parece apuntar a que el programa es capaz de producir cierta reducción en el número de casos que prueban el tabaco, aunque las diferencias encontradas no llegan a alcanzar la significación a una  $p < 0.05$ . Por otro lado, los resultados obtenidos sobre los otros criterios de consumo no nos permiten establecer conclusiones claras acerca de los efectos del programa sobre los casos que ya fumaran previamente ya que, los datos obtenidos para la frecuencia de consumo mensual y para la evolución del número de cigarrillos fumados semanalmente, se ven ensombrecidos por las diferencias que parecen existir en el número de nuevos consumidores.

Para establecer claramente los efectos del programa sobre aquellos estudiantes que no habían probado el tabaco previamente y sobre los que ya lo habían hecho hemos analizado los datos obtenidos de comparar por separado estas muestras.

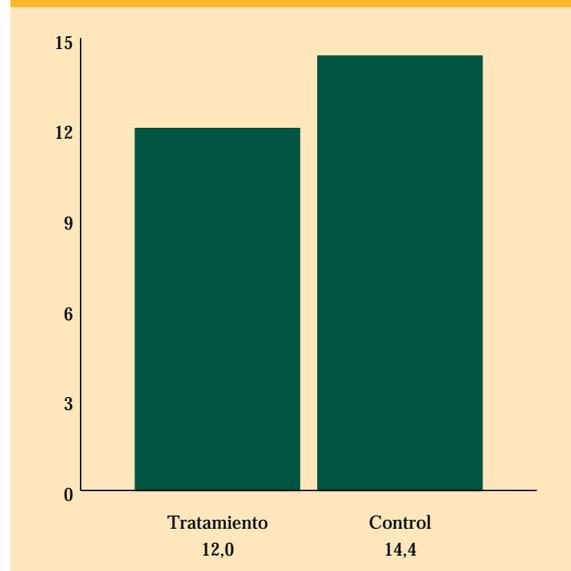
Figura 8.3. Evolución del consumo semanal de cigarrillos.



#### Efectos sobre el inicio de consumo del tabaco

Considerando por separado aquellos casos que antes de iniciar el estudio no habían probado el tabaco, se encuentra en la condición de control un número de sujetos significativamente superior que se inician en este consumo ( $\chi^2 = 4,16$ ,  $p < 0,05$ ). Como se puede apreciar en la figura 8.4, en la condición de control el por-

Figura 8.4. Inicio en el consumo de tabaco después de la evaluación previa.



centaje de casos que probaron el tabaco entre las dos evaluaciones fue del 14,4% (de los 1557 evaluados), mientras que en la condición de tratamiento ese porcentaje se redujo al 12% de los 1696 casos evaluados después de aplicar el programa, lo que representa una reducción en el inicio del consumo del 16,7% en el intervalo de 6 meses que va entre la evaluación inicial y la final.

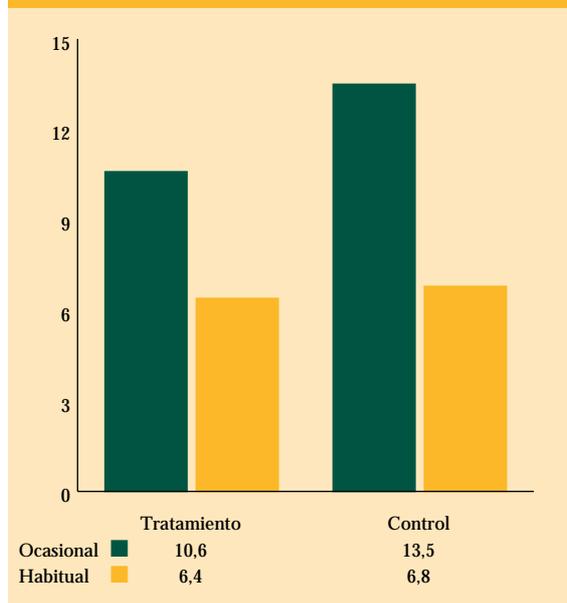
En cuanto a la frecuencia de consumo mensual que presentan estos casos, no existen diferencias importantes entre la condición de tratamiento y de control, siendo en los dos casos muy bajas. En concreto, en la condición de tratamiento, de los 203 casos que empezaron a fumar después de la evaluación previa, la mayoría no lo habían hecho en el mes anterior a la evaluación de seguimiento (79,8%), siendo 32 los casos que lo hicieron de una forma ocasional (una o dos veces) y solo 9 los que fumaron con una frecuencia mayor. Por su parte, en la condición de control los que no fumaron nada en el último mes representan un 78,1% de los 224 casos que lo probaron por primera vez entre las dos evaluaciones, siendo 34 los que lo hicieron una o dos veces al mes y 15 los que lo hicieron con mayor frecuencia.

### Efectos sobre los que ya habían probado el tabaco previamente

Para analizar los efectos del programa sobre los que ya habían fumado alguna vez antes de iniciar la intervención, comprobamos si se producían diferencias entre el grupo de tratamiento y de control en cuanto a la frecuencia de consumo mensual y a la evolución en el número de cigarros fumados semanalmente.

En la figura 8.5 presentamos la frecuencia de consumo mensual de aquellos casos que en la evaluación previa ya habían probado el tabaco. Tanto en la condición de tratamiento como en la de control la mayoría de los casos no habían fumado nunca en el último mes, habiendo un 10,6% de casos en la condición de tratamiento que lo habían hecho una o dos veces al mes y un 6,4% que lo hicieron con una frecuencia mayor. En la condición de control los porcentajes de consumo son mayores, encontrándose

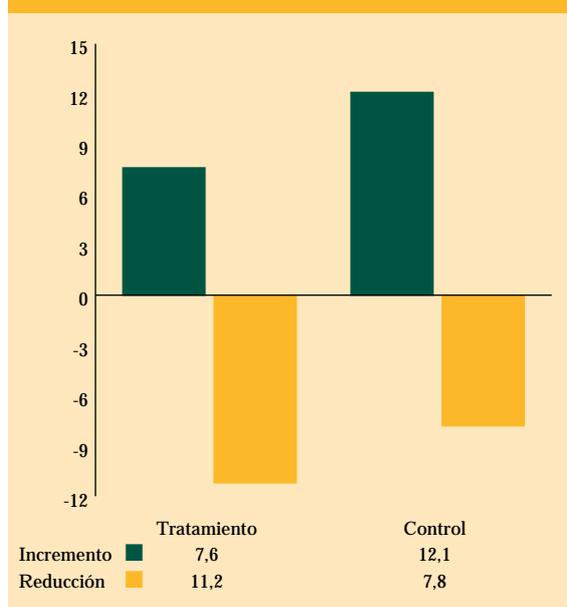
Figura 8.5. Frecuencia consumo mensual de los que ya habían probado el tabaco previamente.



con un 13,5% de casos que fumaron una o dos veces al mes y un 6,8% que lo hicieron con una frecuencia superior, aunque esas diferencias no alcanzan niveles significativos.

En cuanto a la evolución del número de cigarros fumados semanalmente, los resultados obtenidos se representan en la figura 8.6.

Figura 8.6. Evolución del consumo semanal de cigarros de los que ya lo habían probado previamente.



Como se puede observar, en el grupo control hay un mayor número de casos que incrementaron el número de cigarrillos fumados (un 12,1% frente a un 7,6% en la condición de tratamiento) alcanzando esta diferencia niveles significativos ( $\chi^2 = 4$ ,  $p < 0.05$ ). Por otra parte, es también en la condición de control donde se encuentran menos casos que reducen su consumo (7,8% frente a un 11,2% en la condición de tratamiento) aunque en este caso las diferencias no alcanzan a ser significativas.

## Conclusión

De los datos encontrados con respecto al consumo de tabaco, podemos concluir con cierta seguridad que la intervención realizada ha sido eficaz a la hora de incidir sobre aquellos estudiantes que no fumaron nunca antes de aplicar el programa y también presenta ciertos efectos sobre esos otros que ya habían probado el tabaco alguna vez.

Por lo que se refiere a los efectos logrados por la intervención sobre aquellos sujetos que no habían probado el tabaco cuando se realizó la evaluación previa, el hecho de que aparezca una diferencia significativa en el número de casos que lo prueban por primera vez en una condición y otra (siendo menos los que lo hacen en la condición de tratamiento) refleja claramente un efecto positivo de la intervención sobre este tipo de estudiantes. Además, el hecho de que la reducción en el número de casos que prueban el tabaco en la condición de tratamiento represente el 16,6% de los que se inician en la condición de control, nos hace ser muy optimistas sobre la eficacia de la intervención a la hora de reducir el inicio en el consumo de esta sustancia (más aún si tenemos en cuenta que esta reducción se produce en tan sólo tres meses después de finalizar el programa).

Cuando consideramos el grupo de sujetos que ya habían probado el tabaco antes de la evaluación previa, los datos encontrados también apuntan hacia la eficacia del programa, existiendo diferencias significativas en cuanto al número de adolescentes que incrementan el consumo de cigarrillos semanal y una tenden-

cia también favorable en el número de casos que reducen su consumo (mayor en el tratamiento) Con respecto al incremento de consumo semanal de tabaco, nos encontramos con que el porcentaje de casos que lo hacen en la condición de tratamiento es un 37,1% inferior que el que se produce en la condición de control. Por su parte, el porcentaje de reducción es un 30,3% superior en el grupo de control que en el de tratamiento, lo que consideramos suficientemente elocuente para poder afirmar que la intervención también presenta efectos positivos sobre el consumo de tabaco ya existente.

En resumen, vemos que el programa logra efectos positivos, tanto sobre el inicio en el consumo de tabaco como sobre el consumo en los casos que ya lo habían probado. La intervención parece capaz de conseguir que sea menor el número de estudiantes que prueben el tabaco. Cuando lo prueban, la tendencia encontrada apunta a que aquellos casos que participan en la intervención presentan una frecuencia menor y, en los casos en los que ya existe una frecuencia de consumo regular, la intervención se muestra eficaz a la hora de incidir sobre la evolución de ese consumo.

## Efectos sobre el consumo de alcohol

Siguiendo el mismo esquema que hemos empleado para analizar el efecto de la intervención sobre el consumo de tabaco, vamos a analizar los efectos que la aplicación del programa ha tenido sobre el consumo de alcohol. De esta forma, hemos comparado el porcentaje de casos que habían probado el alcohol en una condición y otra, así como la frecuencia de consumo mensual de las distintas bebidas analizadas y la evolución de esta frecuencia con respecto a la evaluación inicial. Además, los análisis los hemos llevado a cabo en dos momentos. Inicialmente comparamos la muestra total de nuestro estudio y, posteriormente segmentamos la muestra en función del estatus previo de consumo y realizamos los análisis

por separado para aquellos casos que inicialmente no habían probado el alcohol y para los que sí lo habían hecho.

Cuando comparamos el porcentaje de casos que habían probado el alcohol en una condición y otra encontramos los datos representados en la figura 8.7. En ella se puede observar cómo de los 2.237 casos que toman parte en la evaluación de seguimiento en la condición control, un 58,1% afirman haber probado las bebidas alcohólicas en alguna ocasión, mientras que en la condición de tratamiento el porcentaje se reduce al 47,6% (de los 2.457 que participaron en esta evaluación). Esta reducción se muestra significativa ( $\chi^2 = 52,12$ ,  $p < 0,001$ ) y, teniendo en cuenta que inicialmente las diferencias existentes eran mínimas, evidencian la eficacia del programa a la hora de prevenir el inicio en el consumo de alcohol.

El número de casos que han probado el alcohol es un índice muy útil para sacar conclusiones sobre la eficacia preventiva de la intervención realizada, pero no es el más adecuado para evaluar el efecto producido sobre el consumo de alcohol ya que, la gran mayoría de los casos que lo han probado alguna vez lo hicieron de forma muy puntual (su primera comunión, un fin de año, etc.) y en cantidades muy

bajas. Para analizar los efectos producidos por el programa sobre el consumo de alcohol vamos a considerar las frecuencias de consumo mensual que se producen dentro de cada grupo. En la figura 8.8 presentamos el porcentaje de casos que habían bebido durante el último mes vino, cerveza o licores. Como se puede observar, en la condición de tratamiento el porcentaje de casos que habían bebido en el último mes fue del 4,7% para el vino, del 4,2% para la cerveza y del 4,5% para los licores, siendo estos porcentajes en la condición de control superiores en todos los casos (5,7% para el vino, 5,1% para la cerveza y 6% para los licores), aunque sólo para los licores esas diferencias alcanzan los niveles de significación estadística ( $\chi^2 = 7,62$ ,  $p < 0,003$ ).

Cuando nuestra atención la centramos en analizar la evolución producida en estas frecuencias con respecto a los datos de la evaluación previa encontramos que el porcentaje de casos que incrementan la frecuencia de consumo en la condición de tratamiento (figura 8.9) es inferior para las tres bebidas que el incremento producido en la condición de control, aunque tan solo en el caso del consumo de licores, las diferencias se acercan a niveles significativos ( $\chi^2 = 3,3$ ,  $p < 0,07$ ).

Figura 8.7. Porcentaje de casos que han probado el alcohol alguna vez.

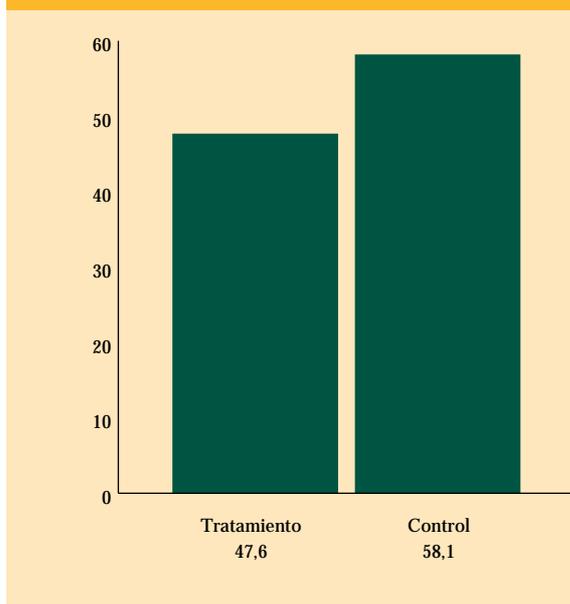


Figura 8.8. Frecuencia consumo mensual de bebidas alcohólicas.

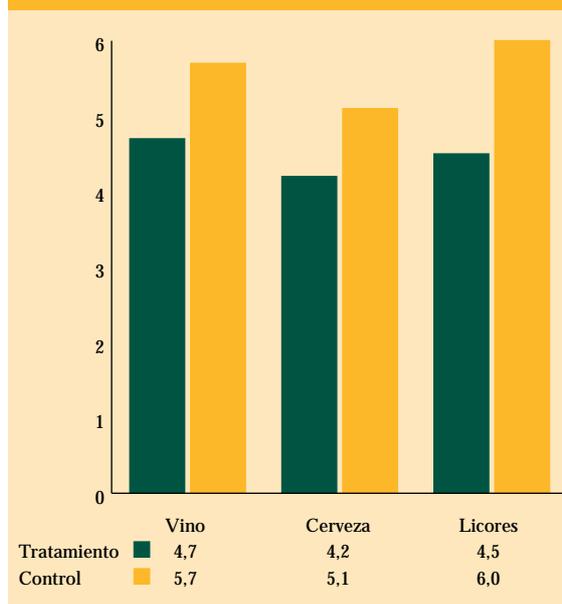
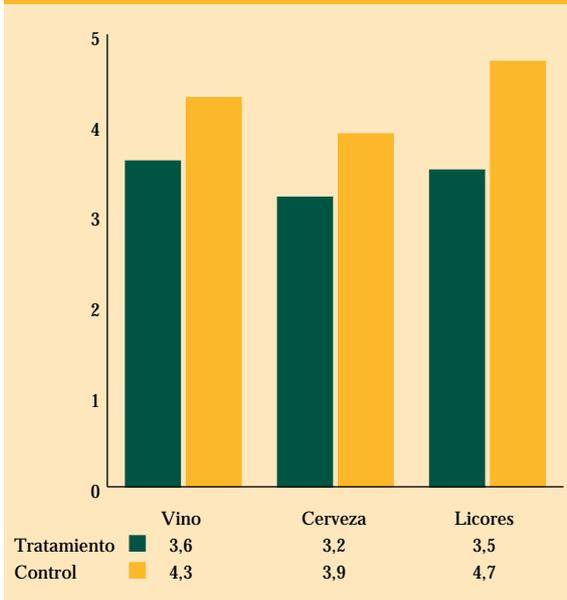
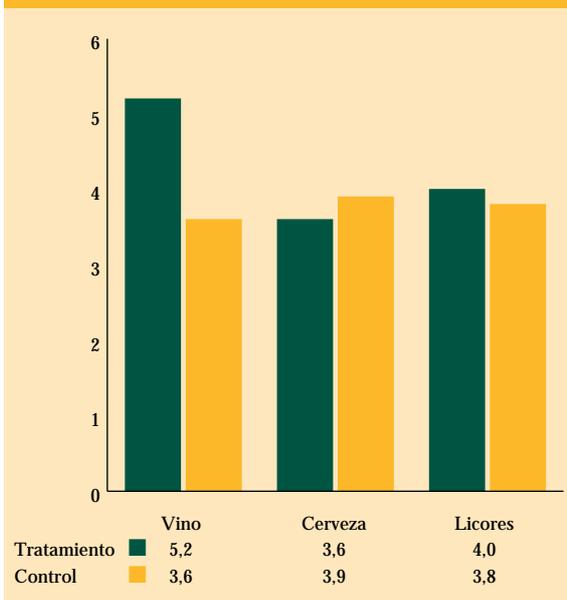


Figura 8.9. Incremento en el consumo mensual de las distintas bebidas alcohólicas.



En cuanto al porcentaje de casos que reducen la frecuencia de su consumo (figura 8.10) se puede observar cómo en la condición de tratamiento aparece un porcentaje de casos significativamente mayor que reducen su consumo mensual de vino ( $\chi^2 = 5,62$ ,  $p < 0,02$ ), mientras que para la cerveza y los licores el porcentaje es similar en las dos condiciones.

Figura 8.10. Reducción en el consumo mensual de las distintas bebidas alcohólicas.

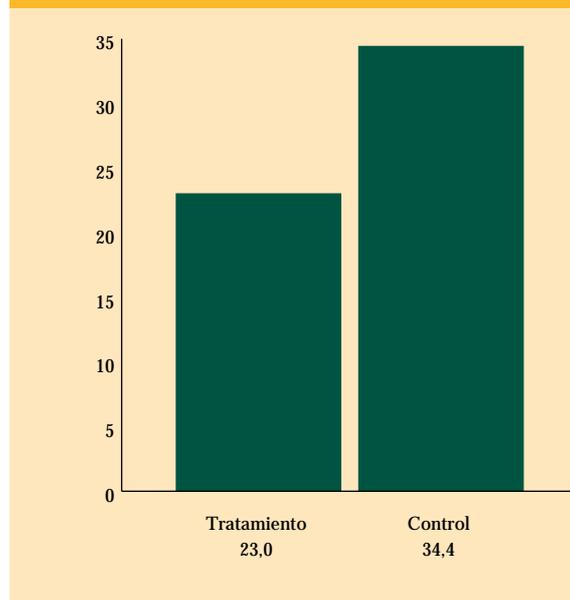


### Efectos sobre el inicio del consumo de alcohol

De los análisis anteriores parece claro que la intervención logra reducir el número de casos que se inician en el consumo de alcohol, pero para establecer más claramente hasta qué punto se produce esta reducción vamos a analizar los datos centrándonos exclusivamente en aquellos estudiantes que no habían probado el alcohol antes de la evaluación previa. Como se puede ver en la figura 8.11 el porcentaje de casos que prueban el alcohol por primera vez entre las dos evaluaciones es significativamente inferior en la condición de tratamiento que en la condición de control ( $\chi^2 = 32,66$ ,  $p > 0,001$ ). Mientras en el grupo de control el porcentaje de casos que prueban el alcohol por primera vez entre las dos evaluaciones es del 34,4%, ese porcentaje se reduce al 23% en la condición en la que se llevo a cabo la intervención, lo que representa una reducción en el número de casos que prueban el alcohol del 33,1% con respecto a lo que ocurre en la condición de control.

De todos esos casos que probaron el alcohol por primera vez entre las dos evaluaciones realizadas, son muy pocos los que presentaron un consumo de alcohol relativamente regular. En

Figura 8.11. Inicio en el consumo de alcohol después de la evaluación previa.



la figura 8.12 presentamos los porcentajes de casos que en la evaluación previa no habían probado el alcohol y que en la evaluación posterior afirmaban haber bebido alguna vez durante el último mes. Como se puede comprobar, tanto en la condición de tratamiento como en la condición de control los porcentajes de consumo son muy bajos, encontrándose que la menor frecuencia de consumo se produce para la cerveza (1,6 y 1,5% respectivamente en la condición de tratamiento y control), seguida del vino (1,8 y 2%) y de los licores (2 y 2,3%), siendo las diferencias encontradas para las tres bebidas inapreciables.

### Efectos sobre los que ya habían probado el alcohol previamente

Centrándonos ahora en aquellos casos que ya habían probado el alcohol antes de la evaluación inicial vamos a comprobar hasta qué punto la intervención fue capaz de incidir sobre su consumo. En la figura 8.13 presentamos el porcentaje de casos que habían bebido alcohol en el último mes en las dos condiciones experimentales. Como se ve, en el grupo de control el porcentaje de casos que bebieron en el último mes fue del 9,2% para el vino y

Figura 8.12. Frecuencia consumo mensual de los que previamente no habían probado las bebidas alcohólicas.

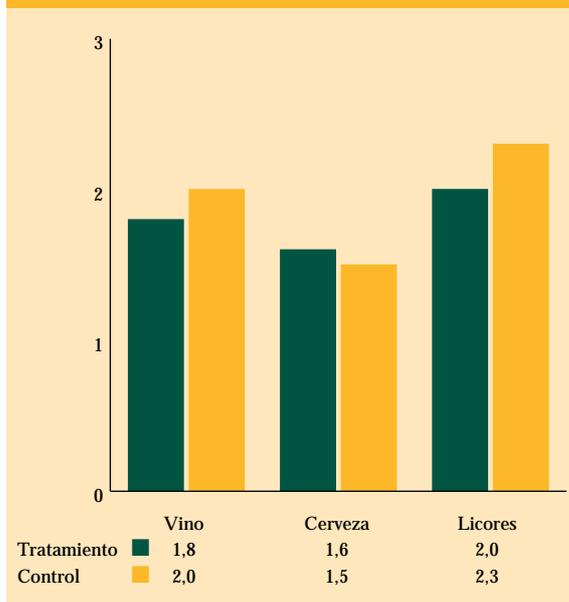
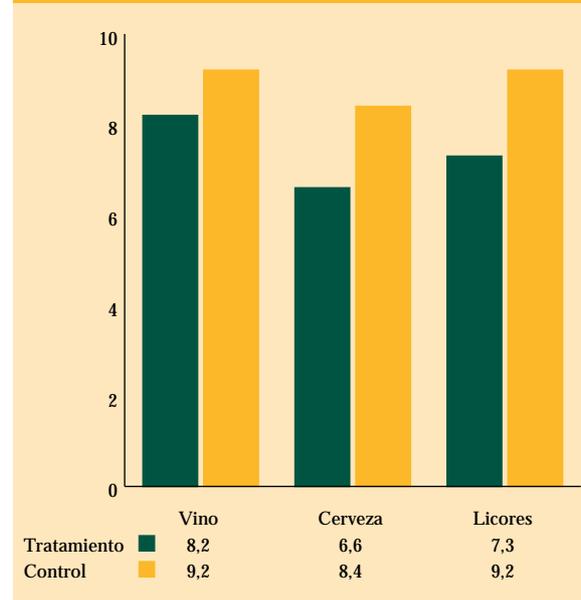


Figura 8.13. Frecuencia consumo mensual de aquellos que ya habían probado las bebidas alcohólicas previamente.



los licores y del 8,4% para la cerveza, mientras que en la condición de tratamiento esos porcentajes se redujeron al 8,2 para el vino, 6,6 para la cerveza y 7,3 para los licores, siendo las diferencias encontradas para los licores significativas ( $\chi^2 = 6,15, p > 0,05$ ).

Analizando estos datos en relación con la frecuencia de consumo que presentaban antes de iniciar el estudio, los resultados encontrados también apuntan a un efecto del programa sobre el consumo de alcohol de aquellos casos que ya lo habían probado antes de la evaluación inicial. Así, encontramos una tendencia general en la condición de tratamiento a la aparición de un menor número de casos que incrementan la frecuencia de consumo mensual de vino, cerveza y licores (figura 8.14) y otra que apunta a un mayor porcentaje de estudiantes en los que se produce una reducción en la frecuencia de consumo de las tres bebidas (figura 8.15), siendo las diferencias encontradas especialmente importantes para la reducción en la frecuencia de consumo de vino que en la condición de control afecta al 6,7% de los casos ascendiendo al 10,5% de los casos de la condición de tratamiento ( $\chi^2 = 8,57, p < 0,004$ ).

Figura 8.14. Incremento en el consumo mensual de las distintas bebidas alcohólicas.

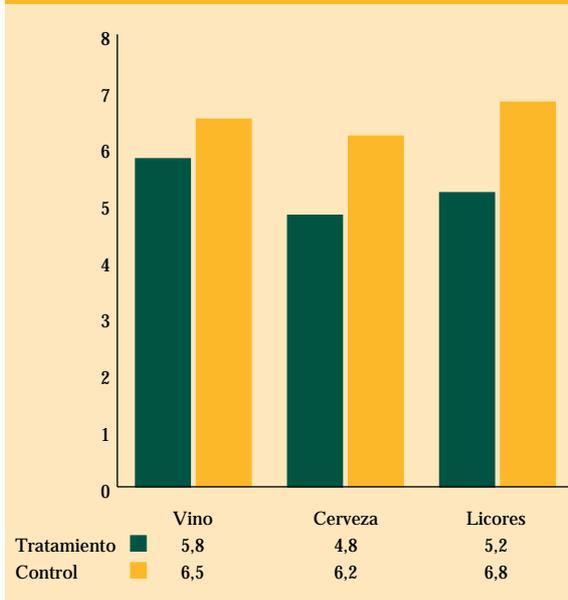
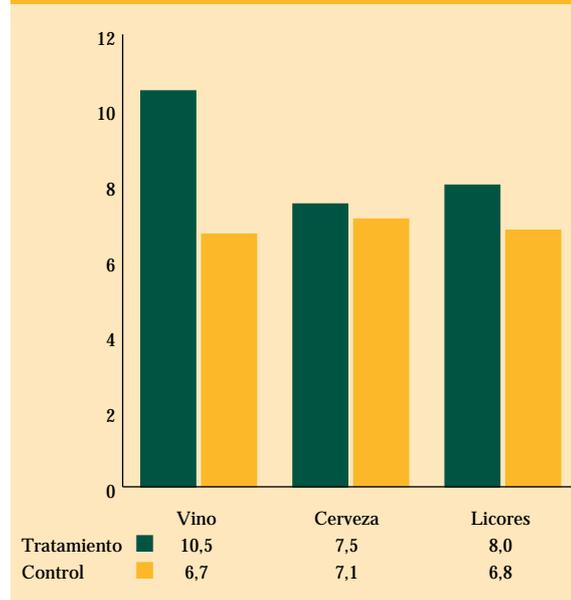


Figura 8.15. Reducción en el consumo mensual de las distintas bebidas alcohólicas.



En cuanto al porcentaje de casos que afirman haber cogido alguna borrachera no existen diferencias entre las dos condiciones, siendo en ambos casos el porcentaje del 7,2%.

## Conclusiones

Los datos sobre el consumo de drogas encontrados inicialmente en los sujetos de nuestra muestra nos indicaban cómo eran muchos más los estudiantes que ya habían probado el alcohol que el tabaco. Mientras en la evaluación inicial el porcentaje de adolescentes que habían fumado en alguna ocasión se situaba alrededor del 19%, el porcentaje para el alcohol se elevaba en torno al 48%, lo que parece indicarnos que **la prevención del consumo del alcohol a estas edades debe de ser considerada como un objetivo prioritario.**

Los datos encontrados con la aplicación del programa de *Entrenamiento en habilidades de vida* nos permiten afirmar que su aplicación, además de los efectos encontrados sobre el tabaco, también presenta efectos altamente positivos tanto a la hora de reducir el inicio en el consumo como cuando se trata de reducir la frecuencia de consumo en aquellos casos que ya lo habían probado anteriormente.

En cuanto a los efectos sobre el inicio en el consumo hemos visto cómo, cuando analizamos los efectos producidos por la aplicación del programa sobre el número de casos que probaron el alcohol por primera vez, se produce una reducción significativa en la condición de tratamiento que representa el 33,1% de los casos que prueban el alcohol por primera vez en la condición de control. **Este dato lo consideramos lo suficientemente representativo como para afirmar sin lugar a dudas que el programa es eficaz a la hora de reducir el inicio de consumo de alcohol a estas edades.**

En cuanto a los efectos sobre el consumo de aquellos casos que ya habían probado el alcohol antes de iniciar este estudio, los resultados también son prometedores, como se deriva de la tendencia encontrada para la frecuencia de consumo mensual de las distintas bebidas evaluadas (vino, cerveza y licores) que es menor en la condición de tratamiento que en la de control (siendo esa tendencia significativa en el caso de los licores); del menor número de casos que en la condición de tratamiento incrementan la frecuencia de consumo mensual de las distintas bebidas o el mayor número de casos que reducen la frecuencia de consumo de vino.

En resumen, estos datos nos indican que la intervención realizada es eficaz a la hora de incidir sobre el consumo de alcohol que, por los datos de prevalencia encontrados en la evaluación inicial, así como por datos de otros estudios, constituye uno de los principales problemas del consumo de drogas adolescente. El programa se muestra eficaz a la hora de reducir el número de adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y también parece serlo para

reducir la frecuencia en el consumo de los ya iniciados. Por lo que respecta al consumo de otras drogas, la muestra que hemos utilizado y el periodo de tiempo transcurrido entre una evaluación y otra no nos permiten analizar los efectos de la intervención sobre esos consumos ya que, tanto en la condición de control como en la de tratamiento, el consumo de otras drogas en la evaluación realizada después de la intervención sigue siendo prácticamente inexistente.

# 9

## Indicadores de inserción/reinserción

---



Los Planes Autonómicos de Drogas, en el ámbito territorial que les es propio, han impulsado, con la colaboración de Ayuntamientos y ONGs, una serie de programas de incorporación social que se sintetizan en la Tabla 9.1.

Tabla 9.1. Programas de incorporación social Tipo, número de programas y recursos y número de usuarios. España, 1997.

	Nº de programas y/o centros	Nº de usuarios
Centros de día para la incorporación social	72	3.670
Programas de apoyo residencial	191	2.888
Programas de formación y preformación laboral	323	9.804
Programas de integración laboral	164	7.131

Fuente: DGPNSD. Datos facilitados por CCAA y Ayuntamiento de Madrid.

Bajo el epígrafe de formación se agrupan las actividades dirigidas a dotar a los drogodependientes de una titulación académica que facilite su acceso posterior al mercado de trabajo o de una cualificación o formación profesional que les permita el desarrollo de una profesión. Es esta última faceta, la de la formación ocupacional o profesional la que aglutina mayor número de programas (218 sobre 323) y mayor número de alumnos (6.743), más

del doble de los asistentes a otros cursos de formación (3.061).

Por otra parte, en el marco del Acuerdo de Colaboración entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en 1998 se presentaron al INEM, 19 proyectos de Escuelas Taller y Casas de Oficios.

Tabla 9.2. Proyectos de Escuelas Taller y Casas de Oficios presentados al INEM, 1997-98.

Nº de escuelas taller y casas de oficios	Nº de alumnos	Nº de alumnos drogodep.
19	602	292 (48,1%)

Fuente: DGPNSD.

Las especialidades profesionales de jardinería, actividades forestales, albañilería, carpintería, electricidad y fontanería, han sido las preferidas por este tipo de programas.

Los Programas de Integración Laboral, agrupan diversas iniciativas: talleres artesanos; acuerdos con empresas; cooperativas y los denominados “programas especiales de empleo”, ofertados en su mayoría por los Ayuntamientos. Desagregando la cifra total, fueron estos últimos programas, junto con los talleres artesanos, los más capaces de proporcionar ocupación remunerada a drogodependientes. Un 93,6% del total de los usuarios, lo son de estas dos fórmulas de empleo.

Tabla 9.3. Programas de integración laboral, 1997.

	Nº de programas	Nº de usuarios
Talleres artesanos	66	1.968
Programas especiales de empleo	73	4.710
Reservas empresas	22	433
Cooperativas	3	20

Fuente: DGPNSD. Datos facilitados por CCAA y Ayuntamiento de Madrid.

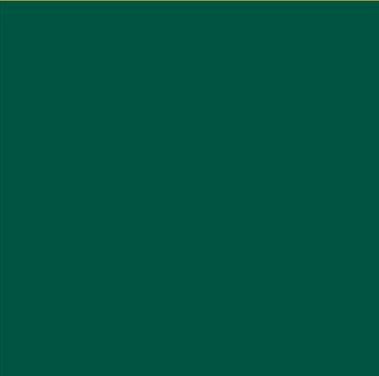
Entre los Programas de Apoyo Residencial, los “pisos” de estancia durante las diversas fases del proceso de rehabilitación, siguen siendo el

recurso más utilizado, casi un 60% del total. Sin embargo, debe mencionarse la aparición, con un cierto número de usuarios, de las denominadas “familias de acogida”, que proporcionan al drogodependiente un ámbito familiar, donde consolidar objetivos de rehabilitación.

Tabla 9.4. Programas de apoyo residencial, 1997.

	Nº de programas	Nº de usuarios
Pisos	107	2.024
Residencias	41	689
Familias de acogida	43	175

Fuente: DGPNSD. Datos facilitados por CCAA y Ayuntamiento de Madrid.



**ANEXO:**  
**Memoria científica del proyecto de  
investigación en virtud del convenio  
CSIC-Plan Nacional sobre Drogas**

---



## INTRODUCCIÓN

---

El proyecto aborda un estudio básico sobre la denominada puerta de entrada o escalada de drogas. La hipótesis se apoya en la idea de que el consumo previo durante un período de tiempo de una droga de abuso, supuestamente de menor capacidad adictiva, favorece el consumo posterior de otras drogas más adictógenas o, al menos epidemiológicamente, que su adicción provoca mayor trastorno sanitario o social. Todo ello, como consecuencia de los cambios neuroadaptativos cerebrales que las distintas drogas van provocando paulatinamente en el denominado circuito cerebral común motor-límbico, que puede ser el responsable de los aspectos emocionales y motivacionales característicos de las drogas de abuso. En este proyecto, pretendemos estudiar algunas consecuencias neuroadaptativas que se producen por la administración mantenida de varias drogas de abuso. Mediante la evaluación de una serie de parámetros neuroquímicos, neurohormonales y comportamentales que ponen de manifiesto los efectos reforzadores de las drogas de abuso; y por lo tanto, podrían explicar la posible mayor vulnerabilidad al efecto adictivo de las drogas de abuso por el consumo previo o simultáneo de otras.

Naturalmente, un estudio básico en roedores carece de aplicabilidad inmediata y los datos obtenidos de él no son extrapolables al humano directamente. Sin embargo, salvando la imposibilidad de realizarlo en el hombre por razones éticas y deontológicas, no sería posi-

ble verificar la hipótesis del consumo humano en escalada, porque en circunstancias reales se reúnen un sinfín de variables (sociales, culturales, psicológicas, genéticas, etc.), que combinadas con las distintas drogas de abuso y el efecto sinérgico de la asociación de las mismas, resultaría un número de variaciones en las que resultaría imposible discriminar: a) el efecto primario de cada droga; b) el grado de vulnerabilidad individual según las circunstancias personales y ambientales, así como c) los mecanismos cerebrales modificados. Todo ello, para establecer el adecuado nivel preventivo de actuación.

Por lo cual, consideramos que el problema que se plantea es de gran interés por tratarse de una idea controvertida, y que de ser puesta de manifiesto en el animal, podría aportar un apoyo hipotético-conceptual, capaz de establecer consecuencias importantes en la política sanitaria y social de muchos países occidentales afectados por el problema de la drogadicción. Sin embargo, probablemente sea de mayor alcance aún, la idea de que si las principales drogas de abuso comparten mecanismos cerebrales, ya sea parcial o totalmente, es posible desarrollar estrategias terapéuticas de tipo farmacológico, entre otras, capaces de modificar la señal neuronal en puntos cerebrales críticos implicados en el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva, pudiéndose mejorar el abordaje clínico de este problema social de gran magnitud en la actualidad.

Asimismo, es destacable el hecho de que cada droga de abuso altera, más o menos específica-

mente, algún sistema neuroquímico cerebral. Como ejemplo a este respecto, sabemos que las drogas derivadas del hachís, interfieren el sistema cannábico cerebral, recientemente descubierto. Por lo tanto, conocer en qué grado participa el citado receptor cannábico cerebral (CB1), y otros, en el hipotético circuito común cerebral, puede aportar una dimensión nueva a la terapéutica. Especialmente, si tenemos en cuenta que en el síndrome de abstinencia de la mayoría de las drogas de abuso, existe una profunda modificación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, que como se sabe, a través de él se manifiesta la gran mayoría de las conductas adaptativas, como sucede con muchos fenómenos asociados al estrés.

Por último, consideramos de gran interés la información que puede añadir el estudio del grado de alteración de alguno de los factores de crecimiento nervioso por el efecto de cada una de las drogas de abuso y la repercusión comportamental. Este hecho puede ser de especial importancia teniendo en cuenta el desconocimiento actual de la participación de este mecanismo en el elevado porcentaje de recidiva en la conducta.

#### ESTUDIO NEUROBIOLÓGICO Y COMPORTAMENTAL DE LA VULNERABILIDAD ADICTIVA A VARIAS DROGAS DE ABUSO: RESPUESTA NEUROADAPTATIVA A TRAVÉS DEL EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISO-ADRENAL (HHA) EN LA RATA

*Codirigido por los equipos de investigación de los Dres. Luis Miguel García Segura (CSIC) y Miguel Navarro García (UCM).*

La idea principal sobre la que se plantea este proyecto, es que las drogas de abuso *per se*, e interactivamente con el entorno, producen adaptaciones cerebrales neurohormonales, comportamentales, etc.), que determinan el estado tolerante-dependiente y la conducta adictiva.

En el humano, como en muchos animales de laboratorio, es conocido el hecho de que cada droga de abuso actúa directamente sobre algún sistema de neurotransmisión cerebral

(dopamina, serotonina, péptidos neuroactivos, etc.), aumentando o disminuyendo su acción, provocando un estado neuroadaptativo en el citado sistema y en el resto de los sistemas cerebrales que interactúan con él. En virtud de lo cual, puede pensarse que cada droga de abuso tiene, en alguna medida, un patrón adictivo propio. Sin embargo, sabemos que la complejidad del problema estriba en gran medida en la dificultad de establecer el control de muchas variables, como por ejemplo: las circunstancias ambientales, las expectativas, la atribución emocional de la droga, la experiencia previa, la existencia o no de estrategias de afrontamiento, etc. Eso determina un aspecto de la complejidad del problema y, en una medida similar, qué sistema(s) de neurotransmisión se ve(n) afectado(s) directamente; y en consecuencia, qué proceso adaptativo provoca en la comunicación neuronal donde interactúa.

Un modo para ponerlo de manifiesto en el animal de laboratorio, se hace mediante la inducción de un síndrome de abstinencia, tras el establecimiento del consumo crónico con la correspondiente droga de abuso y el control de la mayor parte de las variables citadas.

Nuestro grupo de investigación por trabajos previos, así como de otros autores, ha podido observar, mediante la valoración de la adicción y el síndrome de abstinencia específicos para cada droga de abuso, qué parámetros son los que se modifican en cada caso (sistema homólogo<sup>1</sup>). En consecuencia, este proyecto ha tratado de explorar en qué medida la afectación concreta de un sistema homólogo por una droga de abuso puede provocar cambios en el sistema alterado directamente por otra droga (sistema heterólogo<sup>2</sup>).

Con estos objetivos, planteados en el citado proyecto, se ha tratado de alcanzar un punto de confluencia entre los mecanismos moleculares modificados por varias drogas de abuso

1. Modificación directa que una droga de abuso provoca en un neurotransmisor, en su(s) receptor(es), dando lugar a adaptaciones moleculares propias.

2. Sistema afectado indirectamente por una droga de abuso, que potencialmente generará consecuencias adaptativas en el sistema homólogo de otra.

(morfina y THC), para poner de manifiesto las siguientes ideas:

- 1<sup>a</sup> Aquellos mecanismos modificados igualmente por ambas drogas de abuso, son factores de vulnerabilidad y su modificación previa por cada droga, facilitará los efectos adictivos propios y entre sí. Esto se desprende de la publicación nº 4 citada más adelante, realizándose en roedores, por la exposición perinatal a varias dosis pequeñas de un cannabinoide potente (HU-210), y se pone de manifiesto el aumento del poder adictivo de la morfina cuando los animales son adultos; y además, la existencia de un efecto desigual en el macho frente a la hembra (dimorfismo sexual). En el anexo 1, se reproducen los objetivos planteados en el citado proyecto, con el objeto de la verificación y la medida de su cumplimiento. Además, se incluyen varias revisiones (1<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup> publicaciones citadas más adelante), en las que se plantea la modelización conceptual de algunos de los factores citados. Se da la circunstancia que los editores de las respectivas publicaciones, solicitaron de nuestro grupo la citada modelización, sobre la idea base reflejada.
- 2<sup>a</sup> Si existen puntos confluyentes en la adaptación neuronal, se podrá intervenir en los efectos adictivos de una droga a través de otra. La 3<sup>a</sup> publicación, pone de manifiesto lo indicado y es la primera evidencia en el mundo científico, donde se demuestra que un animal adicto a una droga (morfina) puede interferirse el proceso adictivo, por la inducción del síndrome de abstinencia a través de un sistema heterólogo (el sistema endocannábico<sup>3</sup>, propio de los cannabinoides) y al revés; es decir, un animal adicto a los cannabinoides puede inducirse el síndrome de abstinencia, por un antagonista opiáceo (nalaxona). Este punto, se apoya mutuamente con el anterior, pero este tiene una dimensión distinta; por cuanto que abre la posibilidad clínica de intervenir farmacológicamente en la adicción opiácea

(más destructiva socialmente) a través del receptor propio de los cannabinoides.

La idea es sugestiva, por abrir unas posibilidades interactivas entre todas las drogas de abuso.

- 3<sup>a</sup> El conocimiento en mayor profundidad del sistema nos aportará más conocimiento en los mecanismos de acción de las drogas, pero en igual medida, en otros trastornos neuropsiquiátricos (patología dual), que en muchos casos se asocian hasta un 80%. En este sentido, se ha publicado una revisión del sistema endocannábico (publicaciones 5<sup>a</sup> y 6<sup>a</sup>), en una revista científica que es la primera vez que publica una monografía, en la que participamos como editores de ese número; y 7<sup>a</sup>, un capítulo de un libro en el que se pone de manifiesto estos extremos.
- 4<sup>a</sup> En ese sentido, hemos colaborado con los Dres. Daniel Piomelli (Universidad de Irvine) y Larry Parsons (Scripps), ambos de California, en la publicación (8<sup>a</sup>) de un trabajo en el que se pone de manifiesto en una estructura cerebral (el estriado dorsal), implicada en el control motor, donde la liberación de anandamida<sup>4</sup> en el animal *in vivo* (microdiálisis cerebral), es demandada por la activación del sistema dopaminérgico. Se conoce mucho de la presencia de la dopamina en la conducta adictiva y en enfermedades neuropsiquiátricas asociadas o no a la drogadicción (esquizofrenia, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Gilles de la Tourette, enfermedad de Huntington, etc.), que dan lugar a múltiples trastornos motores.

Este trabajo es la primera evidencia en el mundo científico, en la que se pone de manifiesto que el sistema endocannábico participa en el control neuronal de un sistema heterólogo. Este hecho puede representar una gran repercusión terapéutica en muchos frentes y abrir muchas posibilidades clínicas de gran poder imaginativo.

3. Sistema homólogo de las drogas cannabinomiméticas (marihuana, hachís, bang, etc.).

4. Es uno de los neurotransmisores del sistema endocannábico.

**Aportación científica del proyecto concedido mediante las publicaciones siguientes:**

- 1<sup>a</sup> F. Rodríguez de Fonseca y M. Navarro. Role of the limbic system in dependence on drugs. *Annals of Medicine*.
- 2<sup>a</sup> M. Navarro, J. Chowen, M.R.A. Carrera, I. Del Arco, M.A. Villanúa, Y. Martín, A.J. Roberts, G.F. Koob y F. Rodríguez de Fonseca. CB<sub>1</sub> cannabinoid receptor antagonist-induced opiate withdrawal in morphine-dependent rats. *Neuroreport* **9**: 3397-3402 (1998)
- 3<sup>a</sup> Miguel Navarro y Fernando Rodríguez de Fonseca. Early Cannabinoid Exposure as a Source of Vulnerability to Opiate Addiction: A Model in Laboratory Rodents. *The Spanish Journal of Psychology*, **1**(1): 39-58 (1998).
- 4<sup>a</sup> P. Rubio, F. Rodríguez de Fonseca, J.L. Martín, I. Del Arco, S. Bartolomé, M.A. Villanúa y M. Navarro. Maternal Exposure to low Doses of Tetrahydrocannabinol Facilitates Morphine- Induced Place Conditioning in Adult Male Offspring. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, **61**(3): 229-238 (1998).
- 5<sup>a</sup> Miguel Navarro y Fernando Rodríguez de Fonseca. The Neurobiology of Cannabinoid Transmission: From Anandamide Signaling to Higher Cerebral Functions and Disease. *Neurobiology of Disease* (En prensa).
- 6<sup>a</sup> F. Rodríguez de Fonseca, I. Del Arco, J.L. Martín, M.A. Gorriti y M. Navarro. Role of the Endogenous Cannabinoid System in the Regulation of Motor Activity. *Neurobiology of Disease* (En prensa).
- 7<sup>a</sup> M. Navarro, J.L. Martín, I. Del Arco, M.A. Villanúa, L. Sánchez, R.M. Muñoz, F. Orengo, E. Capdevilla, J. Chowen y F. Rodríguez de Fonseca. Effects of subchronic treatment with dopaminergic agonists and antagonists on the acute sensitivity to cannabinoid exposure: behavioral, neurochemical and hormonal studies. En: *Interactive Monoaminergic Disorders*. (T. Palomo, R. Beninger, T. Archer), ed. Editorial Síntesis. Págs: 291-310 (1998). (En prensa).
- 8<sup>a</sup> A. Giuffrida, L.H. Parsons, T.M. Kerr, F. Rodríguez de Fonseca, M. Navarro y D. Piomelli. Dopamine activation of endogenous cannabinoid signalling in dorsal striatum. *Nature Neuroscience*. (En prensa). (Siguiendo el principio que hace la revista Nature, no permite su divulgación en los medios de comunicación de masas, hasta su publicación).