

Nivel y evolución del consumo de drogas en una población adulta de la ciudad de Alicante

Rodríguez, J.; Reig, A.; Ribera, D.; García, J.A.; Algado, M. T. & Briz, C.

Departamento de Psicología
Facultad de Medicina
Universidad de Alicante

RESUMEN

Hemos entrevistado a un total de 660 personas, mayores de 18 años ($X = 35.27$; $s.d. = 14.08$), domiciliados en la ciudad de Alicante, utilizando la técnica de la encuesta por correo, remitiendo a 2.500 personas un cuestionario integrado por 44 cuestiones, y estructurado en 7 apartados, uno de los cuales estaba específicamente referido al nivel y evolución del consumo de drogas.

Como resultados de interés se pueden señalar que el 34'8% de la población estudiada nunca ha fumado tabaco, mientras que sólo el 12'6% no ha probado nunca el alcohol, y, al menos, el 12% de la población bebe a diario en gran cantidad presentando gran riesgo de alcoholización. El 38'9% consume tranquilizantes alguna vez, y el 0'8% lo hace diariamente. Por otro lado, hay menos consumidores de opiáceos en Alicante que en la población española general, pero los consumidores alicantinos son habituales en mucha mayor medida.

La mayoría de los consumidores de esta población tuvo su primer contacto con las drogas que consumen (u otras) entre los 15-20 años de edad. Los productos de iniciación son principalmente el alcohol y el tabaco, que se mantienen después en primer lugar por número de consumidores. Las vías de introducción en el consumo, coinciden con las señaladas en otros estudios siendo la más importante la de los amigos.

Palabras clave.— *Consumo de drogas; adicción; población; evolución.*

SUMMARY

In this study we have interviewed 660 people, older than 18 years (mean was 35.27, with a standard deviation of 14.08), living in Alicante city. We use the technique of opinion poll by mail, sending to 2.500 persons a questionnaire with 44 items divided in 7 groups, one of which was specifically referred to the level and evolution of drug use. According the results the 34'8% of the subjects has never smoked tobacco and, at less, the 12% of them drinks daily in plenty showing high risk of alcoholization. The 38'9% of them consume sometimes tranquilizers and the 0'8% does daily. On the others hand, there are less drug users addicted to opium derivatives in Alicante city than in the rest of the general spanish population, but the Alicante consumers are habitual users in a large proportion. The majority of them had their first contact with the drug-between the 15-20 years old. The initiation products are mainly alcohol and tobacco, wich stay in the first place in consumers number. The introduction ways of consumption coincide with the ones pointed out in other studies being the most important the friends setting.

Key words.— *Drug-addiction; consumption; evolution; adults.*

1. INTRODUCCION

Es suficientemente conocido que el consumo de drogas es un comportamiento culturalmente condicionado. La existencia y las consecuencias del uso de las drogas en una sociedad dependen tanto de las normas sociales como de las características psicológicas generales de quienes las usan. Igualmente los fines que pueden perseguirse con el consumo de drogas son muy variados: mitigar el dolor, la fatiga o la ansiedad, celebrar la solidaridad social, lograr un placer o favorecer una experiencia mística. Por otro lado, las ideas existentes acerca de los efectos que producen esas sustancias y los motivos concretos que inducen a consumirlas están estrechamente relacionados con otros objetivos y orientaciones culturales más generales. Naturalmente, si las ideas y las costumbres relacionadas con el consumo de drogas reflejan diversas perspectivas y valores, necesariamente tendrán que ser diferentes las implicaciones sociales y las consecuencias del uso de drogas de los distintos países y en distintas épocas.

El marco social constituye, sin duda, uno de los factores quizás más relevantes para una explicación de la drogadicción. CHEIN et al. (1964) han sugerido que un estatus educacional bajo, un bajo estatus económico, una vida familiar alterada y unas malas condiciones de vivienda, se contaban entre los determinantes sociales más importantes de la drogadicción. Otro de los determinantes, que se ha estudiado repentinamente, es el nivel de estrés vital padecido por el sujeto. Algunos estudios, como el de DUCAN (1977), han defendido la idea de que la drogadicción es la respuesta a un entorno estresante. Otro factor social, en el que muchas veces no se piensa, quizás por su propia obviedad, es la disponibilidad de las drogas (GOSSOP, 1982); en los sitios en los que se pueden obtener drogas con facilidad, las personas tienden más a usarlas. Por ejemplo, la tasa de adicción entre el personal médico se ha estimado como unas diez veces mayor que el de la población general. A pesar de ello, in-

cluso en una situación de alta disponibilidad, hay muchas personas que las usan.

La accesibilidad es una condición necesaria pero no suficiente.

Por último, cabe subrayar que la función del marco sociocultural se pone de relieve por cuanto el efecto de la droga depende de las experiencias sociales de los usuarios. El consumidor de la droga aprende de otros cómo se puede disfrutar de sus efectos, y una concepción del significado del consumo de la droga que permite una interpretación social positiva.

La importancia del marco sociocultural se pone de relieve por cuanto el efecto de la droga depende de las experiencias sociales de los usuarios. El consumidor de la droga aprende de otros cómo se puede disfrutar de sus efectos, y una concepción del significado del consumo de la droga que permite una interpretación social positiva.

La importancia del marco sociocultural pone de relieve la necesidad de efectuar estudios referidos a marcos particulares y específicos, dentro de los cuales tienen los datos su significado más propio. Por eso, hemos intentado llevar a cabo el nuestro en los límites de la ciudad de Alicante, por entender que se encuentra con un alto margen de riesgo, dado que tanto su situación geográfica (con puerto de mar y grandes redes de comunicación), como sus altos índices turísticos, pueden generar un consumo mayor que en otras zonas de nuestro país.

2. METODO

2.1. Sujetos

Hemos entrevistado a un total de 660 personas mayores de 18 años ($X = 35.27$; $d.t. = 14.08$), domiciliadas en la ciudad de Alicante, a lo largo del año 1984, utilizando la técnica de la encuesta por correo, remitiendo a 2.500 personas un cuestionario desarrollado al efecto. La muestra es representativa de la población de la ciudad mayor de 18 años (error máximo permitido del 4% par una sigma igual a 2 y un nivel de confianza del 95%). La muestra fue determinada al azar a partir del padrón muni-

cipal, gracias a la colaboración del negocio de estadística y la sección de informática del Ayuntamiento de Alicante.

Del total de esas personas, el 56% son varones y el 44% son mujeres; el 42% son solteros, el 53% casados, un 3% son viudos y algo más del 1% están separados o divorciados; el 66% posee estudios que oscilan entre los primarios y bachiller superior; un 6% tan sólo sabe leer y escribir, o menos; un 12% tiene estudios medios y un 15% ha realizado estudios superiores. De la muestra total, el 43% trabaja actualmente, un 18% estudia, un 11% se ocupa en las labores del hogar, un 8% estudia y trabaja, un 8% es jubilado o pensionista, un 5% está en paro laboral, un 3% busca su primer empleo, y un 1,5% trabaja ocasionalmente.

En cuanto a la categoría socioprofesional predomina el administrativo y empleado de empresas privadas (23,17%) y el funcionario de la administración pública (17,43%), seguidos por los obreros cualificados (13,99%) y los profesionales liberales (11,93%).

La mayor parte de la gente encuestada se define como católica (80%), y de ella se autocalifica de «no practicante» el 48,47%. Un 7% se definió como «indiferente», el 5,66% como «ateo» o «no creyente», un 6% como «creyente sin adscripción o una religión concreta», y, finalmente, el 1,68% se define como «creyente adscrito a otra religión».

Asimismo, una mayoría de los sujetos entrevistados (el 37,46%) manifestó una tendencia política «de izquierdas»; el 30,89% no asumió ninguna definición política concreta; el 16,36% indicó una tendencia de «derechas», el 13,30% «de centro», el 1,38% «de extrema izquierda», y el 0,61% «de extrema derecha».

Finalmente, la mayoría de los sujetos (67,71%) manifestó que no participaba en ningún tipo de asociación o movimiento comunitario. Y el resto se distribuía en participantes en asociaciones deportivas: (8,46%), culturales (6,74%), vecinales o de padres (6,58%), religiosas (3,76%), forma-

tivas o recreativas (2,35%), políticas (2,51%) y cívicas (1,88%).

2.2. Instrumentos

Hemos utilizado un cuestionario de actitudes y opiniones que recoge también aspectos del consumo de productos, presuntamente considerados como drogas. El cuestionario estaba formado por 44 items y está estructurado en 7 apartados: datos de identificación, conocimiento/información, consumo, actitudes ante el consumo, tráfico, actitud ante la legislación y actitud ante las consecuencias del consumo de drogas. Todos los items se consideraron como preguntas de respuesta múltiple cerradas.

El cuestionario fue remitido por correo a 2.500 personas, con una carta de presentación y un sobre franqueado, con la dirección impresa, para facilitar su remisión.

3. RESULTADOS

De los 12 productos o grupos de productos, que se especificaron en el cuestionario, el que mayoritariamente no se considera como droga es el grupo café/té (67,6%). El hachís/marihuana, los tranquilizantes, las anfetaminas, el tabaco y los barbitúricos, fueron considerados como drogas «blandas», y los opiáceos (heroína, morfina, opio), el L.S.D. (ácidos) y la cocaína, son considerados por más del 88% de la muestra entrevistada como drogas «duras». Es importante resaltar que el 54,4% de la muestra entrevistada opinó que el alcohol es droga «blanda», un 18% lo consideró droga «dura», y sólo el 26% afirmó que no era droga (Tabla n.º 1).

Una vez establecida la calificación «subjetiva» de los diversos productos por parte de la muestra entrevistada, los datos relativos a su consumo indicaron que aproximadamente la mitad de nuestra muestra (42%) toma café y fuman tabaco a diario, aunque exista un grupo muy numeroso de no fumadores (34,8%). El consumo esporádico de alcohol es el que presenta mayor porcentaje, mientras que su consumo diario está muy por debajo del café/té y del

tabaco. Por último, el consumo esporádico de analgésicos sin prescripción médica es el más elevado (Tabla n.º 2).

La mitad de los entrevistados consideraban que el consumo de estos productos les perjudicaba poco, y sólo un 25% pensaba que tal consumo de estos productos les perjudicaba bastante o mucho.

Por otra parte, el 25,6% del total de la muestra ha fumado alguna vez o fuma frecuentemente marihuana o hachís; un 4% ha tomado alguna vez cocaína, y el 1,1% ha tomado, también alguna vez, opiáceos (heroína, morfina, opio). El 14,9% ha tomado alguna vez BOT, y el 38,9 ha consumido alguna vez tranquilizantes (Tabla n.º 3).

Más de la mitad de los sujetos entrevistados (57,81%) consideró que el consumo/s de tales productos no le perjudicaba nada, el 21,90% manifestó su opinión de que le perjudicaba poco, el 20% aproximadamente indicó que pensaba que le perjudicaba bastante o mucho.

La mayoría de los consumidores de tabaco (54%) se inició en el tabaquismo entre los 15 y los 20 años, y un 27,8% entre los 10 y los 15 años. Algo muy semejante ocurre con el alcohol; el 60% se inició entre los 15 y los 20 años y un 20,3% entre los 10 y los 15 años. El intervalo, pues, entre 15 y 20 años, ha demostrado ser un periodo de «alto riesgo» por cuanto también la iniciación en el consumo de marihuana/hachís, y de opiáceos, se hizo en la mayoría de los casos (el 51,2% y el 62,5% respectivamente) en su transcurso (Tabla n.º 4).

El consumo de estos productos no parece deberse a ningún motivo especial en prácticamente la cuarta parte de los entrevistados (24,09%) y en el resto de la muestra las razones se reparten casi por igual entre: el gusto de probar algo prohibido (14,54%), calmar los nervios (13,40%), la presión de la costumbre social de hacerlo con los amigos (11,18%), y el mero placer o las ganas de animarse (11,10%).

Justamente son los amigos la vía de introducción al consumo más frecuente (29,37%). Su porcentaje sólo se ve superado por la «prescripción médica» (45,82%). Sin embargo, habría que considerar que esta última vía está referida básicamente al consumo de tranquilizantes y analgésicos, la mayoría de los cuales se empezarían a consumir en su día por prescripción médica y razones justificadas, pero que después habrían seguido consumiéndose ya de forma espontánea y por automedicación en ocasiones semejantes.

4. DISCUSION

De los resultados obtenidos cabe inferir que las mujeres consumen menos alcohol, fuman menos, y consumen más analgésicos sin prescripción médica, frente a los varones. Asimismo, las mujeres señalan una utilización algo menor, aunque también significativa ($P < 0,05$) de marihuana y ($P < 0,01$) de mezclas (alcohol, anfetaminas, etc.). En cuanto a la edad, a mayor edad aumenta el consumo de tranquilizantes y analgésicos sin prescripción médica, así como el café/té. Por otro lado, a menor edad existe una tendencia, también significativa, a un mayor consumo de marihuana o fumar tabaco, tomar mezclas.

El nivel de estudios realizados está significativamente relacionado en forma positiva ($p < 0,001$) con el nivel de consumo de marihuana y anfetaminas. De igual forma, las personas con ingresos económicos más altos señalan un mayor consumo de alcohol, café y tranquilizantes.

Por lo que se refiere a la creencia del perjuicio posible de los productos consumidos, los hombres creen, en una proporción significativamente mayor que las mujeres, que cuando consumen alguno o algunos de los productos que se detallan, este consumo les perjudica más; y los jóvenes señalan, también, en una proporción significativamente mayor que los individuos de mayor edad, que les perjudica el consumo de tabaco, café, alcohol o analgésicos.

En la edad de iniciación en el consumo

Tabla n.º 1

En su opinión ¿cuáles de estos productos piensa usted que son drogas? En caso de clasificarlos como tales, ¿cuáles cree usted que son drogas duras y cuáles drogas blandas? (%).

	NO ES DROGA	DROGAS DURAS	DROGAS BLANDAS
1. Café, té	67'6	0'3	32
2. Tabaco	35'6	4	60'1
3. Hachís, marihuana (porros)	0'3	18	81'6
4. L.S.D. (ácidos)	1'3	89'2	9'4
5. Cocaína	0'8	88'6	10'5
6. Disolventes (colas, pegamentos, etc.) ...	15'9	29'3	54'7
7. Alcohol (vino, cerveza, licores)	26'7	18'8	54'4
8. Barbitúricos (somníferos, sedantes fuertes, anestésicos)	4'7	35'9	59'3
9. Tranquilizantes (pastillas para dormir, calmantes para los nervios)	13'6	15'4	70'9
10. Opíaceos (heroína, morfina, opio)	0'6	93'1	6'2
11. Anfetaminas (pastillas para adelgazar y para no dormir)	6'7	29'3	63'8
12. Analgésicos (pastillas contra los dolores, aspirinas, optalidones)	36'2	6'8	56'8

Tabla n.º 2

Señale si consume alguno de los siguientes productos y la frecuencia con que lo hace (%).

	NUNCA	A VECES	FRECUENTE	A DIARIO
1. Café, té	9'8	38'4	9'1	42'6
2. Tabaco	34'8	15'4	6'6	42'9
3. Alcohóh (vino, cerveza, licores) ...	12'6	60	14'4	12'8
4. Analgésicos (aspirinas, optalidones, etc) sin prescripción médica ..	35'3	63'3	0'9	0'3

Tabla n.º 3

	NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECUENTEMENTE	A DIARIO
1. Marihuana, hachis (porros)	73'7	21'9	3'7	0'6
2. L.S.D (ácidos)	95'6	4'2	0'1	0'0
3. Cocaína	96'4	3'4	0'1	0'1
4. Disolventes (colas, pegamentos, gasolina)	98'2	1'6	0'0	0'1
5. Tranquilizantes (pastillas para dormir, calmantes, sedantes)	59'2	38'9	0'9	0'8
6. Opiáceos	98'5	1'1	0'0	0'3
7. Anfetaminas (centramina, simpamina, pastillas para adelgazar)	84'0	14'9	0'4	0'0
8. Mezclas (alcohol, anfetaminas, analgésicos, tranquilizantes)	87'8	10'8	0'6	0'6
9. Otras (específicas)	84'6	8'8	1'7	5'3

Tabla n.º 4

¿A qué edad empezó a consumir alguno/s de los productos siguientes? (%).

	DE 10 A 15 AÑOS	DE 15 A 20 AÑOS	DE 20 A 25 AÑOS	DE 25 A 30 AÑOS	MAS DE 30 AÑOS
1. Tabaco 446 (67,5)	27'8	54'4	13'2	2'6	1'7
2. Alcohol (vino, cerveza) 527 (79,8)	20'3	60'1	14'4	3'4	1'7
3. Marihuana 125 (18,9) ..	6'4	51'2	28'8	8	5'6
4. L.S.D. 21 (3,18)	—	57'1	28'8	14'2	—
5. Disolventes 8 (1,21)	25	50	—	—	25
6. Cocaína 21 (3,18)	—	33'3	52'3	14'2	—
7. Tranquilizantes (pastillas para dormir, calmantes) 169 (25,6)	8'2	28'9	14'7	12'4	35'5
8. Opiáceos 8 (1,21)	—	62'5	25	12'5	—
9. Anfetaminas 83 (12,5) ..	—	49'4	26'5	13'2	10'8
10. Mezclas 52 (7,88)	5'7	55'7	26'9	5'7	5'7
11. Otras 8 (1,21)	12'5	50	25	—	12'5

de los productos señalados como drogas han aparecido unas tendencias muy claras en cuanto a la edad como variable de identificación: las personas de mayor edad señalan edades más tardías de comienzo de consumo de drogas; el nivel de estudios realizados tiene una relación significativa inversa con la edad de inicio del consumo de alcohol, de tranquilizantes y anfetaminas: a más estudios realizados, más tempranamente han comenzado las personas entrevistadas a beber alcohol y consumir marihuana y mezclas, principalmente.

En cuanto a la edad de comienzo en el consumo, comparando nuestros resultados con el estudio realizado por la Dirección General de Juventud y Promoción Sociocultural (1980), comprobamos una similitud con sus resultados, ya que en el mencionado trabajo afirman haber probado la droga un 27,9% entre los 12 y los 15 años, y un 57% entre los 16 y los 20 años.

Con respecto al consumo de tabaco, un estudio realizado por ALFONSO & IBAÑEZ (1983), afirman que un 45% de la población son fumadores habituales, coincidiendo con nuestros datos (42,9%). No ocurre así, en cambio, en lo referente al consumo de alcohol diario, que según estos autores lo consumen el 66% de los españoles varones y el 33% de las mujeres, siendo en nuestros resultados de un 12,8% de la población adulta.

5. CONCLUSIONES

La información que la población tiene por término medio coincide con la transmitida en general por los medios de comunicación de masas: no considera como droga el café ni el té, considera drogas blandas; el tabaco, el alcohol, los disolventes, los barbitúricos, los tranquilizantes, las anfetaminas y los analgésicos, y considera drogas duras el L.S.D., la cocaína y los opiáceos.

Algo más de la mitad de los sujetos en-

tervistados consume a diario o frecuentemente café, té y tabaco, y, en menor medida, alcohol. Un reducido número de personas (2%) ha probado alguna vez opiáceos, cocaína (3,5%) y L.S.D. (4,3%).

La edad de iniciación en el consumo es baja: 10-15 años para el tabaco, y 14-20 años para opiáceos, cocaína, L.S.D. y marihuana. De hecho, el intervalo de 15-20 años aparece como un período de edad de alto «riesgo».

Por último, nuestros sujetos no indican ningún motivo especial por el cual comenzaran a consumir drogas, aunque el gusto por lo prohibido es una motivación importante para probar y mantener el consumo de drogas.

BIBLIOGRAFIA

- ALFONSO, M. & IBAÑEZ, P. (1983). *Alcohol y alcoholismo*. Ed. Mezquita, Madrid.
- ALFONSO, M. & IBAÑEZ, P. (1983). *El Tabaco*. Ed. Mezquita, Madrid.
- CHEIN, I.; GERARD D. L.; LEES, R. S. & ROSENFELD, E. (1964). *Narcotics, Delinquency and Social Policy*. The Road to H. London. Tavstock.
- DIRECCION GENERAL DE JUVENTUD Y PROMOCION SOCIOCULTURAL. (1980). *Juventud y droga en España*. Ministerio de Cultura. Madrid.
- DUCAN, D. F. (1977). Life stress as a precursor to adolescent drug dependence. *International Journal of the Addictions*, 1, p. 1-6.
- GOSSOP, M. (1982). *Drug dependence: The mechanics of treatment evaluation and the failure of theory*. En: EISER, J. ed: *Social Psychology and Behavioral Medicine*. New York. Wiley.
- RODRIGUEZ MARTOS, A. (1955). *Manual preventivo contra la drogadicción*. Ed. Mitre. Barcelona.