COLECCIÓN DROGODEPENDENCIAS
ESTUDIOS

Observatorio de Galicia sobre Drogas Informe General 2002

28

Xunta de Galicia

OBSERVATORIO DE GALICIA SOBRE DROGAS
INFORME GENERAL 2002

Entidad encargada de la elaboración del informe
CONSULTORÍA, ESTUDIOS Y GESTIÓN DE PROYECTOS, S.L.

Autores del texto
JOSÉ NAVARRO BOTELLA
LORENZO SÁNCHEZ PARDO

Dirección técnica y coordinación
MANUEL ARAÚJO GALLEGO

Colaboradores
INDALECIO CARRERA MACHADO
JESÚS MORÁN IGLESIAS
EDUARDO PICÓN PRADO
JESÚS VARELA MALLOU
JAIME FRAGA ARES

Edita:
Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas

ISBN: 84-453-3270-8
Depósito legal: C-2755/01

Índice

1 Prólogo y presentación 5

2 Situación actual y tendencias de los consumos de drogas y las drogodependencias en Galicia 11

2.1 Tendencias de los consumos de drogas 14

2.2 Evolución de los problemas asociados al uso de drogas 17

2.3 Perspectivas de futuro 19

3 Indicadores sociológicos y pautas de consumo de drogas 21

3.1 Objetivos y metodología del Programa de Encuestas sobre "El consumo de drogas en Galicia 1988–2000" 23

3.2 Prevalencias y patrones de consumo 28

3.3 Motivaciones, factores de riesgo y factores de protección en el consumo de drogas 55

3.4 Problemas derivados del consumo de drogas 61

3.5 Opiniones y actitudes de la población ante las drogas 64

3.6 Conclusiones 71

4 Indicadores de prevención 73

4.1 Niveles de implantación y tipología de los programas de prevención 77

4.2 Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Educativo (PPCDE) 79

4.3 Programa de Prevención Familiar 83

4.4 Programa de Educación en Valores 84

4.5 Conclusiones 85

5 Indicadores de incorporación social 87

5.1 Niveles de implantación y tipología de los programas de incorporación social 90

5.2 Programas de atención jurídico–social 92

5.3 Conclusiones 93

6 Indicadores asistenciales 95

6.1 Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas 97

6.2 Pacientes atendidos en los diferentes programas asistenciales 100

6.3 Perfiles de los usuarios de la red asistencial del PGD 104

6.4 Evaluación de resultados de los servicios asistenciales 121

6.5 Conclusiones 127

7 Indicadores sanitarios 129

7.1 Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas 131

7.2 Indicadores hospitalarios 138

7.3 Conclusiones 140

8 Indicadores de mortalidad 141

8.1 Mortalidad por reacción aguda al consumo de drogas 143

8.2 Muertes en accidentes de tráfico relacionadas con el consumo de drogas 149

8.3 Mortalidad por SIDA en usuarios de drogas 151

8.4 Conclusiones 152

9 Indicadores de la ofeta de drogas 153

9.1 Sustancias intervenidas 155

9.2 Pureza y precio de las sustancias 162

9.3 Conclusiones 165

10 Indicadores jurídico–penales 167

10.1 Detenciones y denuncias por tráfico de drogas 169

10.2 Procedimientos judiciales por tráfico de drogas 171

10.3 Denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal 173

10.4 Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública 175

10.5 Conclusiones 176

11 Propuestas generales de actuación 177

11.1 Propuestas de actuación en el ámbito de la prevención 179

11.2 Propuestas de actuación en el ámbito asistencial 181

11.3 Propuestas de actuación en el ámbito de la incorporación social 182

12 Reseñas bibliográficas 183

1. PRÓLOGO Y PRESENTACIÓN

Prólogo

Los distintos organismos implicados en la lucha contra las drogodependencias disponen en la actualidad de una serie de sistemas de información con el fin de conocer en toda su complejidad la situación del problema de las drogas, evaluar la eficacia y el impacto de las actuaciones realizadas en este ámbito y planificar nuevas estrategias de intervención.

Estos sistemas se basan en la utilización de numerosos indicadores, no siempre coincidentes, y a menudo insuficientemente contrastados, para conocer una realidad tan pluricausal y dinámica como es la de las drogodependencias; lo que puede generar serias distorsiones en la percepción de esta problemática y ocasionar graves desajustes en la planificación de las medidas de intervención ante la misma. De ahí la necesidad de unificar los datos que se obtienen de forma parcial a través de los diversos sistemas de recogida de información existentes, lo que sin duda permitirá obtener una visión global más ajustada a la realidad.

Dado el dinamismo y la continua evolución del fenómeno de las drogodependencias, así como la necesidad de disponer de una información actualizada, fiable y comparable que permita un conocimiento pormenorizado acerca de esta problemática, se entendió pertinente la creación de un grupo de trabajo constituido por expertos en la materia. El objetivo fundamental de dicho grupo es proporcionar información sobre la situación actual de las drogodependencias y su posible evolución, monitorizando todos los datos relacionados con el tema procedentes de las diferentes fuentes actualmente existentes, procesándolos y analizándolos con el fin de conocer las tendencias evolutivas de este fenómeno en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Esta necesidad aparecía ya recogida entre las recomendaciones formuladas en el "Dictamen de la Comisión No Permanente para el Estudio de las Repercusión Socio–Económica y Sanitaria del Narcotráfico en Galicia", aprobado por el pleno del Parlamento de Galicia el 1 de julio de 1992. También en el ámbito europeo, dicha necesidad llevó al Parlamento de la Unión Europea a crear en febrero de 1993 el "Observatorio Europeo Contra la Droga y las Toxicomanías", recomendando expresamente la creación de dispositivos análogos en los países de la UE, con el fin de cumplir funciones similares dentro del ámbito de sus competencias.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la Consellería de Sanidade e Servicios Sociais de la Xunta de Galicia (DOG nº 188, 29/VIII/95) crea en 1995 el **Observatorio de Galicia sobre Drogas.** Su finalidad consiste en contribuir a proporcionar una visión global del fenómeno de las drogodependencias en sus diferentes vertientes, permitiendo así una mejor adecuación de la planificación de las acciones y medidas emprendidas por la Administración Autonómica y que, contenidas en el Plan de Galicia sobre Drogas (PGD), son llevadas a cabo a través del Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas (CPGD).

A todos los que han participado en la elaboración del presente informe quiero expresarle mi más sincero agradecimiento. Sin la cooperación de diferentes instituciones, tanto de la Administración Central como de la Autonómica, de la universidad y del Poder Judicial esta tarea no hubiera sido posible. Pero en estas instituciones trabajan profesionales que materializaron tal cooperación, para ellos mi especial reconocimiento.

Deseo que el presente libro sea de gran utilidad a todos los que intervenimos en este complejo campo de las drogodependencias. El conocimiento es una de las premisas de la acción. Y hoy podemos decir que conocemos mejor la realidad del consumo de drogas en Galicia. Mejorar nuestro conocimiento para mejorar nuestra intervención es un principio que, seguro, todos compartimos. Así, cuanto más afinada sea nuestra acción, más estaremos contribuyendo a incrementar el nivel de salud y bienestar social de nuestros conciudadanos.

José Mª Hernández Cochón
CONSELLEIRO DE SANIDADE

Presentación

Hasta la fecha el OGD ha producido diferentes informes sobre el consumo de drogas en nuestra Comunidad, aunque siempre han sido específicos. Así, cada dos años se publica el informe sobre el consumo de drogas, resultado del estudio epidemiológico poblacional de la misma periodicidad; anualmente se publica el Informe del Sistema de Evaluación Asistencial, el del Indicador de Mortalidad, etc.

Cada uno de estos trabajos ofrece una visión parcial de este complejo y plurifactorial fenómeno del abuso de drogas. Pero hacía falta un informe que los englobase a todos, que trascendiera la mera descripción de cada parcela de la materia y que diese una visión comprensiva y de conjunto.

Así pues, el objetivo fundamental de este informe es el de ofrecer una aproximación global al fenómeno de las drogodependencias en Galicia desde 1986, año de creación del entonces denominado Plan Autonómico sobre Drogodependencias (actualmente Plan de Galicia sobre Drogas) hasta el año 2001, en base a una serie de indicadores que constituyen el Sistema de Información Sociosanitaria del Plan de Galicia sobre Drogas (SISPGD).

Los contenidos del "Informe General del Observatorio de Galicia sobre Drogas 2002" se estructuran en diez grandes bloques:

- Un primer apartado que recoge un diagnóstico de la situación actual y de las tendencias pasadas y de las posibles futuras de los consumos de drogas y las drogodependencias, con el que se pretende identificar los principales retos a los que debe enfrentarse la sociedad gallega.

- Los ocho apartados siguientes se corresponden con cada uno de los distintos grupos de indicadores que integra el Sistema de Información del OGD (indicadores sociológicos y epidemiológicos, de prevención, de incorporación social, asistenciales, sanitarios, de mortalidad, de control de la oferta y jurídico–penales), donde se sintetizan y analizan el conjunto de datos aportados por las distintas instituciones públicas y privadas que colaboran con el OGD.

  En cada uno de estos apartados se realiza en primer lugar un análisis de su situación actual, para a continuación describir su evolución hasta el 31 de diciembre de 2001, señalando las posibles tendencias futuras. Por último, siempre que los datos disponibles lo permiten, se realiza un análisis comparativo entre los datos de Galicia y los referidos al conjunto de España y de la Unión Europea.

- En el último de los apartados se sintetizan una serie de propuestas y recomendaciones de carácter técnico que se derivan del análisis del conjunto de las informaciones suministradas por el Sistema de Información del OGD, con las que se pretende orientar los procesos de toma de decisiones para adecuar los programas y estrategias de intervención a la situación actual del problema de las drogas.

El presente informe es la culminación de un laborioso proceso de recogida y análisis de información en el que han participado numerosos profesionales, con el que se pretende difundir de una manera ordenada toda la información disponible sobre una serie de aspectos relevantes relacionados tanto de los consumos de drogas y sus efectos, como con las estrategias de intervención desarrolladas para su abordaje. A través de esta publicación especializada se pone al alcance de los responsables políticos e institucionales, así como del conjunto de los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias, una herramienta de apoyo a su tarea.

La mejora y ampliación de la información disponible es un reto permanente al que deberá ir dando respuesta en los próximos años el OGD, mediante la depuración y mejora de alguno de los indicadores ya existentes y, posiblemente, incorporando nuevos indicadores y fuentes de información. El éxito de esta misión deberá verse reflejado en la mejora de los contenidos de los futuros informes del Observatorio.

A las instituciones y profesionales que han cooperado con nosotros para que este informe se haya podido realizar, quiero agradecerle su esfuerzo y dedicación. Estoy seguro de que a todos nos será de gran utilidad.

Manuel Araújo Gallego
COMISIONADO DEL
PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS

2. SITUACIÓN ACTUAL Y TENDENCIAS DE LOS CONSUMOS DE DROGAS Y LAS DROGODEPENDENCIAS EN GALICIA

2. Situación actual y tendencias de los consumos de drogas y las drogodependencias en Galicia

Los profundos cambios de carácter político, económico, social y cultural que se produjeron en la sociedad española en los años setenta, supusieron la incorporación de Galicia a las corrientes sociales y culturales dominantes en esos momentos en Europa, lo que se tradujo, entre otros fenómenos, en la aparición de nuevas sustancias y patrones de consumo de drogas, que irían adquiriendo un protagonismo creciente en algunos sectores, fundamentalmente juveniles. Los procesos de democratización y de apertura económica y cultural supusieron el cambio del patrón de consumo tradicional de drogas, caracterizado por el uso de sustancias como el tabaco y el alcohol por parte de los varones adultos y de tranquilizantes e hipnóticos fundamentalmente por las mujeres.

La aparición de nuevas sustancias en el mercado y la incorporación de nuevos grupos de consumidores que, como los jóvenes y las mujeres, se habían mantenido hasta entonces al margen de los consumos de drogas, supusieron una transformación radical de las relaciones que la sociedad gallega en particular, y la española en general, mantenían con estas sustancias. El uso de drogas ilícitas entre los sectores juveniles tendrá funciones claramente diferenciadas respecto de las que tradicionalmente había desempeñado (vinculadas a los hábitos gastronómicos y a ciertos acontecimientos sociales), convirtiéndose en un primer momento en un elemento de identificación cultural, a través del cual se pretendía expresar el rechazo a ciertos valores y formas de organización social.

Este proceso culminaría con una rápida expansión de los consumos de las diferentes drogas ilícitas y con la aparición de una serie de graves problemas asociados, con un impacto muy negativo sobre la salud pública y el bienestar colectivo (delincuencia, enfermedades infecciosas, marginación social, etc.) que acabaron por convertir, lo que dio en denominarse como "el problema de la droga" en uno de los principales temas de preocupación ciudadana. La alarma social provocada por los efectos asociados a los consumos de heroína, no impediría la generalización del uso de drogas, tanto legales como ilegales, entre los sectores juveniles gallegos y la creciente acomodación social con el fenómeno. La mayor presencia de las drogas y la asociación de su uso con contextos lúdicos y recreativos ha favorecido la normalización de su consumo, percibiéndose una alta tolerancia social frente a sustancias como el alcohol o los derivados del cánnabis, y en menor medida, hacia los consumos ocasionales de las restantes drogas ilícitas.

La consolidación de un patrón de consumo juvenil de drogas, claramente diferenciado del de los adultos, no ha supuesto la sustitución del modelo tradicional, sino que ambos modelos coexisten actualmente. De este modo, la sociedad gallega se enfrenta a un doble reto: afrontar los problemas asociados con el tabaquismo o el abuso de alcohol, que desde hace décadas tienen una importante presencia entre la población adulta, y atender las nuevas demandas que plantea el uso y abuso de drogas por parte de los jóvenes.

Como se describe en los apartados sucesivos del presente informe, han sido numerosos e importantes los cambios sufridos en las últimas dos décadas en las relaciones de la sociedad gallega con las drogas, cambios que afectan tanto a las sustancias consumidas, como a los patrones de uso, los perfiles de la población consumidora y a los efectos que se derivan de los mismos para los propios consumidores y para la sociedad en general. A continuación se describen algunos de los principales hitos que caracterizan la evolución de las drogas y las drogodependencias en Galicia en los últimos años.

2.1 Tendencias de los consumos de drogas

La incorporación de los adolescentes y jóvenes a los consumos de drogas, que se tradujo durante años en la constante reducción de las edades medias de inicio al consumo, unida a la creciente equiparación de los hábitos de consumo entre los sexos, provocaron un rápido crecimiento de la presencia de las drogas en la sociedad gallega.

Esta tendencia expansiva que venían registrando los consumos drogas desde la década de los ochenta, se habría quebrado en los últimos años, observándose una reducción general en las prevalencias de uso de las drogas legales e ilegales en Galicia, coherente con la evolución observada en el conjunto de España, favorecida por el incremento en las edades de inicio al consumo de prácticamente todas las sustancias (excepto de las anfetaminas y los inhalables) y por la reducción de los niveles de experimentación de muchas de las drogas. La tendencia seguida por los consumos de las diferentes sustancias en Galicia durante el período 1988–2000 podría sintetizarse del siguiente modo:

1 En el conjunto del período analizado se habrían reducido los niveles de tabaquismo, de manera especialmente intensa entre la población masculina adulta, que ha sido tradicionalmente el colectivo con mayores prevalencias de uso de tabaco. Sin embargo, el progresivo descenso que desde 1988 venían experimentando los fumadores diarios se habría quebrado a partir de 1996.

   El repunte del tabaquismo observado desde ese año se debe al incremento de los fumadores diarios entre los adolescentes y jóvenes, de forma muy especial entre las mujeres, que en algunos intervalos de edad presentan prevalencias de uso superiores a sus homólogos varones. Es preciso tener en cuenta que el tabaco es una sustancia que registra un alto nivel de continuidad o fidelización en su uso, de modo que el incremento de su consumo entre los grupos juveniles supone una alta probabilidad de que este hábito se mantenga y consolide en el futuro.

   Este fenómeno amenaza la positiva evolución que, a pesar del repunte observado en los últimos años, ha tenido el consumo de tabaco en Galicia en el período 1988–2000. La equiparación de los hábitos de consumo de tabaco por parte de las mujeres (fenómeno perceptible también en el caso del alcohol y otras drogas) hace previsible, de no mediar cambios sociales importantes o la acción decidida de las administraciones, la continuidad en el repunte de las prevalencias de uso del tabaco observadas desde 1996.

2 En los últimos años se ha roto el crecimiento que los consumos de alcohol mantenían desde los años ochenta. Junto a la reducción de las prevalencias generales de consumo observadas en Galicia desde 1988, que se reflejarían en el incremento de los abstemios y en la reducción de los consumidores diarios, se ha producido un fenómeno altamente positivo consistente en la importante disminución de los bebedores abusivos.

   No obstante, esta positiva evolución seguida por los consumos de alcohol en los últimos años se ha quebrado a partir de 1998, con la reducción de los abstemios y un repunte de los bebedores abusivos. Este repunte del consumo de bebidas alcohólicas es el resultado del notable incremento de las prevalencias de los bebedores abusivos entre las mujeres, que entre 1998 y 2000 habrían pasado del 2,2 al 3,7%, y entre los jóvenes (del 3,7 al 5,4% en el grupo de 12 a 18 años).

   La intensificación de la ingesta de alcohol entre los jóvenes ha provocado el rejuvenecimiento del perfil de los bebedores abusivos, convirtiendo al grupo de 19 a 24 años en el que concentra el mayor porcentaje de bebedores abusivos de toda Galicia (13%) y amenaza con provocar el incremento general de los consumos abusivos de alcohol a corto plazo, en línea con lo ocurrido con los fumadores diarios a partir de 1996.

3 La evolución de los consumos de cánnabis en Galicia, al igual que en el resto de España, se caracteriza por el intenso incremento registrado desde 1988, tanto en sus consumidores experimentales (quienes lo han consumido alguna vez) como habituales, consolidándose como la droga ilícita de mayor consumo. Esta tendencia alcista se ha visto reforzada de manera especial en el período 1998–2000.

La expansión de los consumos de cánnabis en Galicia es el resultado del fortísimo incremento que su uso ha tenido entre los grupos más jóvenes (las prevalencias de uso en los últimos seis meses entre los adolescentes de 12–18 años se han multiplicado por 7,5 veces en el período 1992–2000) y las mujeres (cuyas prevalencias, para este mismo indicador y período, se duplicaron).

El reforzamiento del consumo de cánnabis entre los adolescentes y jóvenes se ha visto favorecido por la existencia de unos bajos niveles de riesgo percibido asociados al mismo, lo que hace previsible el mantenimiento de la tendencia expansiva de su uso en los próximos años mientras no se modifiquen las opiniones y actitudes hacia el uso de esta sustancia.

4 El consumo habitual de tranquilizantes ha registrado ligeros incrementos, una tendencia que se ha visto favorecida por el aumento de su consumo por parte de los varones, a pesar de lo cual todavía su uso sigue claramente superior entre las mujeres. A partir de 1998 se estarían produciendo descensos en el uso de estas sustancias. Una evolución similar habrían seguido los consumos de hipnóticos.

5 Los consumos de heroína vienen reduciéndose progresivamente desde comienzos de los noventa, registrando en la actualidad unas reducidísimas prevalencias de uso, a pesar de lo cual continúan manteniendo una gran importancia desde la perspectiva epidemiológica. La alarma social provocada por los efectos asociados al consumo de heroína contribuyó decisivamente a limitar la incorporación de nuevos consumidores, motivo por el cual el perfil de los consumidores de heroína se corresponde básicamente con el de personas de edades intermedias, que mantienen un patrón de policonsumo muy marcado, donde el uso de heroína se simultanea con el de otros opiáceos, cocaína y cánnabis.

Un aspecto relevante en la evolución de los consumos de heroína lo constituye, además de las menores prevalencias de uso ya señaladas, la significativa reducción de ciertas prácticas de riesgo asociadas a su consumo (disminución de la utilización de la vía intravenosa).

El progresivo envejecimiento de los consumidores de heroína, unido al intenso retraso observado en las edades medias de inicio al consumo, permite ser optimistas respecto a la evolución futura de los consumos de esta sustancia, que previsiblemente continuarán reduciéndose en los próximos años.

6 Los consumos de psicoestimulantes muestran en su conjunto una tendencia a la estabilización, con ligeros descensos en las prevalencias generales de uso de la cocaína y la estabilidad en las anfetaminas y drogas de síntesis.

Los consumos de cocaína han crecido entre los más jóvenes (12–18 años), mientras que se mantienen estables o con ligeros retrocesos en los restantes grupos etarios. Señalar que, al igual que ha ocurrido en otras drogas analizadas, mientras su consumo se ha reducido entre los hombres ha crecido entre las mujeres.

Debe destacarse la existencia de un cierto movimiento cíclico en los consumos de los psicoestimulantes, favorecido por el desplazamiento de las preferencias de los consumidores de unas sustancias a otras en función de modas coyunturales y de la propia disponibilidad de las mismas en el mercado. De este modo la evolución de las prevalencias de uso de sustancias como la cocaína o las drogas de síntesis tendría forma de dientes de sierra, con incrementos y reducciones continuadas a lo largo del tiempo.

7 Los consumos de sustancias como los inhalables o el crack continúan siendo un fenómeno minoritario de carácter marginal, siendo previsible que sus actuales prevalencias (muy reducidas) se mantengan estables o se reduzcan ligeramente en el futuro.

8 A pesar de los progresos realizados en el campo de las opiniones y actitudes ante las drogas, continúa existiendo una importante tolerancia social frente al consumo de ciertas sustancias, en especial de aquellas que, como el alcohol o el cánnabis, cuentan con un importante número de consumidores. Esta circunstancia ha favorecido la creciente normalización del uso de las drogas y la aceptación social de las mismas, en especial entre los sectores juveniles. Resulta especialmente relevante el hecho de que las sustancias más consumidas (tabaco, alcohol y cánnabis) hayan visto reducidos de forma intensísima, entre 1988–2000, el porcentaje de ciudadanos que las señalan entre las drogas más peligrosas.

9 Si bien globalmente la situación de los consumos de drogas ha mejorado en Galicia, el reforzamiento de ciertos fenómenos, como la creciente presencia de los consumos de drogas entre los grupos de edades más jóvenes y las mujeres (colectivos que históricamente fueron el origen de la rápida expansión de su uso en España), pueden suponer la quiebra de la positiva evolución que los mismos venían manteniendo en los últimos años.

De hecho, el incremento de las prevalencias de uso entre los adolescentes de sustancias como el tabaco, el alcohol o el cánnabis, junto a la creciente feminización de su consumo, explicarían el repunte general que los consumos de estas tres sustancias vienen registrando en Galicia desde 1998.

Resulta pues fundamental el control de los consumos emergentes de estas sustancias entre adolescentes y mujeres, diseñando estrategias selectivas para estos colectivos, si se desea impedir el inicio de un ciclo expansivo de los consumos de drogas en Galicia.

2.2 Evolución de los problemas asociados al uso de drogas

La presencia de determinados problemas asociados al consumo de drogas no siempre va acompañada del reconocimiento social de los mismos, ni de la existencia de demandas por parte de los ciudadanos para su superación, como consecuencia del efecto mediador que las percepciones sociales (las opiniones y actitudes sociales dominantes en cada momento) ejercen sobre ellos. Este fenómeno explicaría en gran medida el porqué los consumos de tabaco y alcohol, sustancias que han tenido tradicionalmente un impacto muy negativo sobre la salud pública, no han generado un volumen importante de demandas asistenciales, ni han contado con sistemas de información suficientemente desarrollados, capaces de monitorizar adecuadamente la evolución de los múltiples efectos sanitarios y sociales asociados a su uso.

A pesar de las carencias con que cuentan los sistemas de información disponibles actualmente, centrados prioritariamente en el análisis y la observación de los efectos derivados del consumo de las drogas ilegales, es posible presentar una perspectiva global de la evolución general de los principales efectos asociados al consumo de drogas en Galicia, que podría sintetizarse en torno a los siguientes procesos:

1. Tras largos años de continuado incremento, desde 1997 se observa la reducción en el número de las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia a diferentes drogas que se producen en los centros asistenciales integrados en el PGD. Esta reducción es atribuible, tanto a la disminución observada en los consumos de heroína (sustancia que tradicionalmente viene provocando la mayor parte de estos episodios), como a la ampliación de la oferta de programas de tratamiento de larga duración que, como en el caso de los programas de mantenimiento con metadona, está permitiendo la estabilización de los usuarios en los procesos terapéuticos, evitando las continuas entradas y salidas de los mismos en los centros de tratamiento.

2. A pesar de la reducción producida en el número de las admisiones a tratamiento, el número de pacientes atendidos en los centros asistenciales integrados en el PGD se ha incrementado ligeramente en los últimos años, hasta alcanzar en 2001 su máximo nivel histórico, con 11.815 personas atendidas. Esta evolución en el volumen asistencial refleja los esfuerzos desplegados en los últimos años por el Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas en la consolidación de su red asistencial, que se han traducido en el reforzamiento de la oferta terapéutica y en la mejora de los niveles de calidad en el funcionamiento de los servicios, procesos que han conseguido reducir los niveles de abandono del tratamiento y elevar las altas terapéuticas.

3. La intensificación de la actividad asistencial alcanza también a las personas recluidas en los centros penitenciarios gallegos, como lo acredita el incremento en un 48% en el número de internos atendidos en los servicios intrapenitenciarios desde 1998, hasta alcanzar los 1.640 en el año 2001. Asimismo, en los últimos años se ha venido desplegando una intensa actividad con aquellos drogodependientes que no realizan demandas formales de apoyo, con la oferta de programas de reducción de daños dirigidos a evitar la aparición o el reforzamiento de ciertos problemas sanitarios o sociales asociados al consumo de drogas.

4. A pesar del fortalecimiento de la actividad asistencial y de la consolidación y mejora en el funcionamiento de los centros de tratamiento, se constata que el volumen de pacientes atendidos en los servicios asistenciales por problemas de abuso o dependencia a drogas como el alcohol o el tabaco está muy alejado del número de personas que, en base a los resultados de los estudios epidemiológicos, presentan patrones de consumo abusivo de estas sustancias (importante distancia entre las demandas reales y potenciales por problemas de alcoholismo y/o tabaquismo).

5 Están aumentando los consumos problemáticos de cocaína, lo que se ha traducido en el mayor volumen de demandas de tratamiento atribuibles a esta sustancia hasta 1999 y en la creciente presencia de sus metabolitos en las personas fallecidas por reacción aguda tras consumo de drogas.

6 Las prevalencias de ciertas enfermedades infectocontagiosas continúan siendo muy elevadas entre los consumidores de drogas, con tasas de infección que, en el caso de las personas admitidas a tratamiento durante 2001, se sitúan en niveles próximos al 18% en el caso de la hepatitis C y del 12% para el VIH/SIDA. No obstante, se observa en los últimos años una importante reducción de las prevalencias de estas enfermedades entre los consumidores de drogas, como resultado del mayor control asistencial sobre este colectivo (con la puesta en marcha de programas de prevención y control de la hepatitis B, tuberculosis y VIH/SIDA) y del reforzamiento de los programas de reducción de daños, que han hecho posible el abandono de ciertas prácticas de riesgo (la utilización de la vía intravenosa se ha reducido hasta el 31% en los sujetos admitidos a tratamiento en 2001).

Aunque no se dispone de información precisa sobre la incidencia de la tuberculosis entre los consumidores de drogas gallegos, se sabe que el consumo de drogas, y de alcohol en particular, aparece como uno de los principales factores de riesgo entre los casos donde ha sido identificada la enfermedad tuberculosa.

7 En los últimos años se han reducido notablemente los nuevos casos de SIDA diagnosticados en Galicia, cuyas tasas por millón de habitantes se situaron en 2001 en 36,6 (ligeramente inferiores a la media nacional). El uso de drogas por vía parenteral sigue siendo la principal categoría de transmisión del SIDA, aunque está perdiendo peso progresivamente.

8 Las muertes asociadas al consumo de las diferentes drogas vienen experimentando una intensa reducción en los últimos años, en particular en lo que se refiere a las drogas ilícitas, que habrían visto reducir de forma notable el número de defunciones por reacción aguda tras el consumo de drogas o las causadas por el SIDA entre consumidores de drogas por vía parenteral.

Por su parte, la mortalidad atribuible al consumo de alcohol se habría estabilizado, si bien se constata la importantísima incidencia que el consumo de esta sustancia tiene en los fallecimientos registrados en accidentes de circulación, como lo confirma el hecho de que en el 36% de los conductores gallegos fallecidos en accidentes de tráfico durante 2001 superaran la tasa máxima de alcoholemia permitida.

2.3 Perspectivas de futuro

El balance general de la situación de los consumos de drogas y las drogodependencias en Galicia permite dibujar un panorama de relativa estabilidad para los próximos años, sin que quepa esperar cambios bruscos en las tendencias descritas en los apartados precedentes.

1. Son previsibles en los próximos años incrementos en los consumos de tabaco, alcohol y cánnabis entre los grupos de edades más jóvenes y las mujeres, lo que puede provocar que las prevalencias de uso de estas sustancias aumenten globalmente en Galicia.

2. Cabe esperar que continúen reduciéndose los consumos de heroína, mientras que en lo que se refiere a los psicoestimulantes se mantendrá su relativa estabilidad, aunque no hay que descartar repuntes puntuales de alguna sustancia perteneciente a este grupo. Con los datos disponibles hasta el momento no sería descartable que pudieran producirse ligeros incrementos en los consumos de cocaína, mientras se mantendrían estables las drogas de síntesis y las anfetaminas.

3. El panorama asistencial, en consonancia con las tendencias que mantienen los consumos de drogas, se caracterizará previsiblemente por el reforzamiento de los procesos de control terapéutico ya descritos. La previsible ralentización de los flujos de incorporaciones de usuarios a los servicios asistenciales se irá traduciendo progresivamente en la mejora de la calidad de los servicios prestados a sus usuarios.

4. En este contexto, caracterizado en términos globales por la estabilidad, se hace aconsejable prestar especial atención a una serie de fenómenos emergentes, en especial los que hacen referencia al consumo de tabaco, alcohol o cánnabis entre los adolescentes y las mujeres, que requerirán de una intensificación de las intervenciones que se vienen realizando para su abordaje, tanto desde la perspectiva puramente preventiva como asistencial.

   Parece evidente la necesidad de brindar algún tipo de apoyo a los jóvenes con problemas de abuso a estas sustancias, que hasta el momento no tienen un fácil acomodo en los centros asistenciales. Las peculiaridades de sus patrones de consumo, así como las características de su perfil, hacen preciso el diseño de estrategias de intervención orientadas a prestar apoyo socioeducativo y terapéutico, para un colectivo que podría definirse como de adolescentes y jóvenes en situación de alto riesgo.

3. INDICADORES SOCIOLÓGICOS Y PAUTAS DE CONSUMO DE DROGAS

3. Indicadores sociológicos y pautas de consumo de drogas

3.1 Objetivos y metodología del Programa de Encuestas sobre "El consumo de drogas en Galicia. 1988–2000"

A finales de los años setenta y principios de los ochenta, el consumo de drogas emerge como un importante problema social. Junto a las sustancias tradicionales del tabaco y el alcohol, se incrementan los consumos de otras drogas ilegales como el cánnabis, la cocaína y la heroína. Esta última, aunque con un uso muy minoritario, en torno al 1%, tiene muy pronto graves repercusiones sobre la salud, la familia y la seguridad ciudadana.

Esta problemática conlleva un clima de preocupación social, ante el cual se produce una fuerte implicación de las autoridades públicas, de modo que desde tres organismos distintos se encarga la realización de tres estudios específicos; uno sobre el consumo de drogas en el conjunto de la población española de 12 y más años (Navarro, J. et al., 1984), otro sobre los hábitos de consumo de alcohol (Alvira, F. et al., 1985) y un tercero sobre el uso de drogas en la juventud (Comas, D., 1985).

Si bien estos tres estudios presentan algunas diferencias de contenido y metodológicas, el entonces recién constituido Plan Nacional sobre Drogas los toma como referencia en su documento de presentación (PNSD, 1985) y, a partir de sus datos, plantea las siguientes cuestiones:

- "Protagonismo de la "heroína" como mito de una potencialidad social considerable que se asocia a una serie de factores y efectos, lo cual contribuye a que éstos aparezcan y se reproduzcan por contagio social y funcionen como un estereotipo de gran impacto y efectividad.
- Aumento del consumo de cocaína, cuyos resultados están más enmascarados, dado que la cocaína tiene un período de "silencio clínico" de tres a cinco años, y es a partir de esta etapa cuando aparecen los problemas de salud.
- Polémica en torno a la peligrosidad de los efectos del cánnabis para la salud y su aceptación entre los jóvenes como producto menos peligroso, convirtiéndose entre los adolescentes y los menores, junto con el alcohol, en un factor multiplicador de riesgo para el consumo de otras drogas.
- Asociación entre el consumo de drogas ilegales y el aumento de la inseguridad ciudadana, identificando drogadicto–delincuente y droga–factor de criminalidad en un discurso más ideológico que científico ya que, normalmente, las drogas vienen a reforzar procesos de desviación social ya existentes.
- Tendencia a identificar o circunscribir el consumo de drogas y especialmente las drogas ilegales, al ámbito juvenil. El problema de la toxicomanía afecta, en estos momentos, a todos los grupos sociales y a toda la geografía española, y si bien es cierto que los jóvenes se encuentran en una situación de riesgo considerablemente mayor, también lo es que la sociedad tiene dos escalas a la hora de valorar determinados comportamientos, según sean los de un joven o los de un adulto.

Según esto las cuestiones centrales de la problemática de las drogas en aquellos momentos serían: el protagonismo de la heroína, el consumo creciente, pero enmascarado, de cocaína, la polémica en torno a la peligrosidad del cánnabis sobre la salud, la asociación ideologizada del consumo de drogas ilegales y la inseguridad ciudadana, y que el problema de la toxicomanía afecta, además de a los jóvenes, a todos los grupos sociales.

Estos tres estudios eran de ámbito nacional, y si bien aportaron información de gran interés y utilidad, tenían la importante limitación de que muchos de sus datos, en especial los de los consumos de las sustancias minoritarias, no eran en absoluto significativos a nivel de las distintas comunidades autónomas.

Esta limitación, junto a la necesidad de profundizar en sus peculiaridades propias y en las distintas zonas o territorios de Galicia, indujo al entonces Plan Autonómico de Drogo-

dependencias a plantearse en 1988 un Programa de Encuestas sobre "El consumo de drogas en Galicia". Este plan de investigación, pionero en su momento, tenía una vocación de continuidad en el tiempo, de modo que pudiera ir construyéndose unas series históricas que permitieran analizar la evolución de determinados fenómenos: prevalencias, policonsumos, motivaciones, factores de riesgo, opinión pública, demandas de actuación, etc.

Para que este Programa de Encuestas tuviera una consistencia teórica en el tiempo, que permitiera medir y explicar en lo posible los cambios que se fueran produciendo y las posibles tendencias de evolución, fue necesario diseñar un amplio cuerpo de hipótesis, a modo de objetivos de investigación. Las hipótesis **iniciales**, contenidas en la primera de estas investigaciones (PGD–EDIS, 1988), fueron las siguientes:

1ª El consumo de drogas en el seno de la sociedad gallega revestiría dos características especiales: la primera de ellas, la amplitud del fenómeno del consumo en una serie de drogas, tales como el tabaco, el alcohol, las drogas–fármaco y el cánnabis; la segunda la gravedad epidemiológica de las drogas aún minoritarias como la heroína y la cocaína.

2ª Probablemente las drogas de mayor extensión habrían alcanzado un techo o un cierto nivel de estabilización, entre ella el cánnabis, mientras que las de uso minoritario, especialmente la heroína y la cocaína, se encontrarían en un período de expansión; siendo la cocaína la que se expande en mayor proporción entre la población y la que puede convertirse en pocos años en el principal problema.

3ª Las estructura de edades de las diversas drogas consideradas presentarían dos perfiles diferenciados: drogas de primer contacto y consumo joven como los inhalables, el cánnabis, la heroína, la cocaína y las anfetaminas; y drogas de consumo adulto como los tranquilizantes, los hipnóticos y los analgésicos. El tabaco y el alcohol serían dos drogas que, por su generalizada difusión, afectarían a amplios sectores sociales de todas las edades, aunque su inicio sería en edad muy joven.

4ª También se observaría una clara división por sexos: los hombres consumirían probablemente en mayor medida tabaco, alcohol, alucinógenos, cánnabis, cocaína y heroína; las mujeres utilizarían más los tranquilizantes, los hipnóticos y analgésicos comunes; finalmente, quizá habría un cierto equilibrio por sexos en los inhalables, las anfetaminas y los analgésicos morfínicos.

5ª Sin embargo, a tenor de los últimos estudios, esta estructura de sexos y edades, es algo dinámico y en proceso de cambio: las mujeres se aproximan cada vez más a los hombres en el consumo de tabaco y alcohol.

6ª Exceptuando el tabaco y el alcohol, que son drogas presentes en la mayor parte de la población, en el resto de las drogas se observarían probablemente dos hábitos de consumo: el monoconsumo o uso de una sola droga, y el policonsumo, o uso de dos o más drogas. Entre este último encontraríamos un grupo altamente politoxicómano. Éstos serán probablemente los que presenten una problemática más aguda y requieran una ayuda de asistencia y tratamiento más intensa.

7ª En el cánnabis se hipotetizan dos patrones de consumo distinto, uno como droga de monoconsumo y otro como droga de acompañamiento de otras drogas más fuertes, como la heroína, cocaína, anfetaminas, etc.

8ª En el caso de la heroína encontraríamos un policonsumo amplio, tanto en la asociación ya conocida con el cánnabis, los tranquilizantes y los analgésicos morfínicos, como con la cocaína que hasta hace poco no era frecuente, pero que está siendo cada vez mayor.

9ª En lo que se refiere a la habitualidad en el uso de las distintas drogas, probablemente encontraríamos tres grados distintos; el primero de ellos, el de mayor habitualidad, formado, además del tabaco y el alcohol, por la heroína, los analgésicos morfínicos, los tranquilizantes y los hipnóticos; un segundo grupo lo constituirían las anfetaminas, el cánnabis y quizás los analgésicos comunes; finalmente, el grado de habitualidad menor lo formarían los inhalables, la cocaína y los alucinógenos, aunque la expansión de la cocaína probablemente va a crear un grado de habitualidad mayor.

10ª Las fuentes de obtención de drogas serían bastante numerosas, aunque estructuradas en base a tres vías: la vía de relación personal (compañeros de colegio y trabajo, en la propia familia…), la vía de relación ambiental más amplia (grupos de relación, venta en la calle y lugares específicos) y, finalmente, la vía de la prescripción facultativa, esta última en lo referido a las drogas–fármaco.

11ª En lo que se refiere a las motivaciones verbalizadas para el consumo de drogas, se encontraría una amplia diversidad en las mismas, pero que probablemente serían reductibles en esencia a tres grandes grupos: las de respuesta social, las de experimentación personal y las sintomatologías asociadas a una enfermedad o síndrome.

12ª Además de las motivaciones explicitadas por los consumidores, existirían una serie de factores de riesgo objetivos asociados al consumo. Éstos serían abundantes y diversos, pero probablemente se reducirían a una serie de factores comunes: conflictividad familiar, paro, actitudes existenciales básicas, valores sociales e institucionales, situación psicológica, etc.

13ª El consumo de drogas constituiría para una serie de personas un problema grave con serias consecuencias para la salud, el trabajo, la vida familiar, la economía y, especialmente, para los consumidores de drogas ilegales de alto precio, problemas económicos para adquisición de la droga y comportamientos divergentes con conflictos con la ley.

14ª La posición de los consumidores de drogas respecto a su posibilidad de abandonar la droga sería muy plural en función de la droga consumida; aumentando previsiblemente el grado de dificultad según fuera mayor la potencialidad adictiva de cada droga en particular.

15ª En los casos de los consumidores de drogas con cierto grado de habitualidad a la misma, encontraríamos una cierta proporción de casos en los que se estaba llevando o se había llevado algún tratamiento de deshabituación y recuperación; pero nuestra hipótesis es que dicha proporción sería escasa, incluso en las drogas creadoras de una mayor dependencia, como en el caso de la heroína, en la que no esperamos encontrar más de tres o cuatro casos de cada diez.

16ª Las variables relacionadas con el status y la clase social son cada vez menos influyentes en el consumo de drogas, estableciéndose en algunas de ellas un patrón más generalizado, como en el caso del tabaco, el alcohol, los psicofármacos y el cánnabis. Las posibles diferencias quizás se encuentren en la heroína cuyo consumo tiende a ser más marginal, y en la cocaína que está bien establecida en las clases acomodadas, aunque cada vez se va popularizando más.

17ª Entre la población no consumidora existen unos motivos conscientes o inconscientes para el no consumo de drogas. Su análisis podría constituir la formulación de unos factores de protección en los que basar, junto a la desactivación de los factores de riesgo, un programa de actuación preventiva.

18ª Igualmente se hipotetizaba la existencia, entre la población en general y los drogodependientes en particular, de unas actitudes ante la lucha contra las drogas y el tratamiento y reinserción social de los drogodependientes. Estas actitudes probablemente se estructurarían en base a los siguientes ejes básicos: represión, información–educación, asistencia–tratamiento, y mejora de las condiciones de vida y ambientales que están en el origen de la drogadicción.

19ª No obstante, es muy probable también la aparición de resistencias cuando la acción rehabilitadora les afecte más de cerca (instalación de un centro en su barrio), lo que convendría conocer en función de una acción de persuasión y colaboración.

20ª Es previsible la falta de conciencia de la población de su implicación en el problema como consumidores de drogas legales potencialmente dañinas. El conocimiento de las razones de este hecho facilitaría la realización de una acción orientada a la concienciación y la prevención.

Estas hipótesis de partida y los indicadores de ellas derivados, dado que se pretendía construir unas series históricas, se han mantenido mayormente en el tiempo. Sin embargo, la

emergencia de nuevos problemas y los cambios sustanciales ocurridos en algunos de los anteriores han hecho necesaria la incorporación de **nuevas** hipótesis en los sucesivos estudios sobre el Consumo de Drogas en Galicia realizados en 1992, 1994, 1996, 1998 y 2000 y en el específico sobre el Consumo de Drogas de Síntesis (PGD–EDIS, 2001). Dichas hipótesis serían las siguientes:

21ª Después de una fase expansiva, la heroína entraría en otra fase de estancamiento y posible descenso.

22ª Los tratamientos de sustitución de la heroína por metadona producirían, probablemente, un cierto incremento en otros opiáceos.

23ª Al ser los consumidores de heroína muy consumidores también de otras sustancias, el descenso de la misma comportaría una cierta disminución de la tasa de policonsumo.

24ª Las nuevas drogas de síntesis experimentarían una cierta expansión, lo cual probablemente se estabilizaría en unos pocos años.

25ª El efecto combinado del descenso de la heroína y el auge de las drogas de síntesis y la permanencia de la cocaína, harían que el modelo de policonsumo que era prevalente, el de los narcóticos, fuera desplazado por el de los psicoestimulantes.

26ª Si bien, el consumo abusivo de alcohol podría disminuir un poco en su prevalencia general en el conjunto de la población, los grupos etarios más jóvenes aumentarían su consumo, especialmente en el patrón de fin de semana.

27ª Junto a los factores de riesgo de carácter personal, familiar y social, probablemente también influirían en los consumos de alcohol abusivo y de otras drogas los factores laborales (estrés, precariedad, insatisfacción, etc.).

28ª En las actuaciones de intervención ante las drogas cabe hipotetizar una serie de factores de protección relevantes (valores, actividades formativas, prevención en las escuelas, etc.).

29ª Para planificar adecuadamente las intervenciones y recursos ante las drogas habría que tener en cuenta los diversos índices de riesgo en cada área sanitaria: máximo, medio–alto y menor.

30ª A medida que se fuera actuando ante la problemática de las drogas, el nivel de conocimiento y valoración de la labor realizada previsiblemente aumentaría.

Esta treintena de hipótesis son las que hacen posible, mediante su confrontación empírica con los resultados de los distintos estudios, la observación de unas determinadas tendencias con cierto valor predictivo, que serán descritas en los apartados sucesivos y de forma resumida en las conclusiones finales. Pero antes de ello veremos, de forma sucinta, la metodología seguida en el Programa de Encuestas.

En lo que se refiere al cuestionario aplicado en la encuesta, en el primer estudio realizado en Galicia en 1988 se decía lo siguiente:

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

También ha sido aplicado por EDIS en un amplio estudio nacional "El Consumo de Drogas en España" (1984) y en otros estudios regionales "El Consumo de Drogas en Aragón" (1986), "Los Andaluces ante las Drogas" (1987), "Perfiles de riesgo en el consumo de Drogas en Madrid" (1988)."

Posteriormente, la estructura básica de este cuestionario se ha seguido aplicando en los estudios de Galicia (1992 a 2000), Andalucía (1989 a 2000), Comunidad Valenciana (1996 a 2000) y, ligeramente adaptado, en estudios sobre drogas en el medio laboral en España (1987, 1996 y 2001), en Madrid (1996), Andalucía (1997) y Comunidad Valenciana (1999).

La realización de la encuesta en Galicia ha sido **probabilística**, **personal** y en los **domicilios** del entrevistado, tal como se indica en la metodología, y se han tenido en cuenta muchas de las observaciones derivadas de la revisión metodológica realizada sobre la encuesta de EE.UU., (GFROERER, J., 1991), (TURNER, CH. F. et al, 1992), respecto a la estructuración y compresibilidad de las cuestiones, la privacidad y el anonimato de la entrevista, las contaminaciones semánticas, así como en el tratamiento y análisis de los datos obtenidos.

Por último, los distintos aspectos metodológicos de los estudios realizados en Galicia pueden resumirse en la siguiente ficha técnica (tabla 3.1):

Tabla 3.1 Ficha técnica de los estudios sobre drogas en Galicia. 1988–2000

Universo	**Personas mayores de 12 años, de ambos sexos, residentes en Galicia**	
Ámbito geográfico	**Galicia**	
Tamaño muestral	1988: 3.700 1992: 2.000 1994: 2.300 1996: 2.300 1998: 2.300 2000: 2.300	Entrevistas realizadas en el hogar del entrevistado
Error muestral	1988: ± 1,64% 1992: ± 2, 20% 1994: ± 2,04% 1996: ± 2,04% 1998: ± 2,04% 2000: ± 2,04%	(p=q=50)
Nivel de confianza	95,5% (k=2 sigma)	
Diseño muestral	Aleatorio estratificado con afijación simple no proporcional por áreas de salud y grupos de edad, con equilibraje muestral para recuperar la proporcionalidad sobre la base del peso poblacional real de cada área de salud y grupo de edad. Proporcional por hábitats. Distribución aleatoria en cada unidad muestral mediante rutas aleatorias y sorteo de la última unidad muestral: la persona a entrevistar.	
Control de la muestra	Inspección telefónica del 20% de las encuestas	
Fecha de realización	1988: Octubre–noviembre 1992: Noviembre–diciembre 1994: Diciembre 1996: Junio 1998: Noviembre 2000: Noviembre	

El primer estudio de 1988, dado su carácter exploratorio, contó con una muestra de 3.700 entrevistas. A partir de entonces se pudo optimizar la distribución muestral en las distintas áreas de salud, lo que permitió aplicar en el segundo estudio una muestra de 2000 elementos, que resultó ser algo escasa en las desagregaciones de determinadas variables, por lo que en el a partir del tercer estudio se elevó a 2.300 el tamaño muestral.

3.2 Prevalencias y patrones de consumo

3.2.1 El tabaco y el acohol

El tabaco

El tabaco, después del alcohol, es la segunda sustancia psicoactiva que en mayor proporción ha consumido la población española alguna vez, pero es la primera en el consumo diario. Según los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas de 1999 (OED, 2001), un **32,6%** de la población española de 15 a 65 años sería consumidora diaria de tabaco.

A partir de los datos de la última encuesta en Galicia, vemos que en el año 2000 y en población de 12 años en adelante, la prevalencia de fumadores diarios de tabaco sería en esta Comunidad de un **32%**. Al igual que en la población nacional, esta tasa de fumadores diarios varía bastante según el género y la edad. En Galicia también los hombres son más fumadores, en general, que las mujeres, con prevalencias del 41,3% y el 23,4%. Sin embargo, si tenemos en cuenta el factor edad, vemos que hay un grupo etario, el de 19 a 24 años, en el que la relación se invierte, pasando las mujeres a ser más fumadoras diarias que los hombres, con porcentajes del 49,6% y el 41,9%, respectivamente (tabla 3.2).

Tabla 3.2 Fumadores diarios, según el género y la edad conjuntamente (%)

	Total	12–18	19–24	25–39	40–54	55 y más
Hombres	41,3	34,2	41,9	50,4	44,3	39,4
Mujeres	23,4	30,3	49,6	37,5	23,6	4,5
Total	32,0	32,2	45,7	44,0	33,8	17,7
Hombres: x2 = 173, 12 g.l., P<,00000			Mujeres: x2 = 253, 12 g.l., P<,00000			

El consumo de tabaco en los seis estudios realizados entre 1988 y 2000 aparece recogido en la tabla 3.3.

Tabla 3.3 Evolución del consumo de tabaco. 1988–2000 (%)

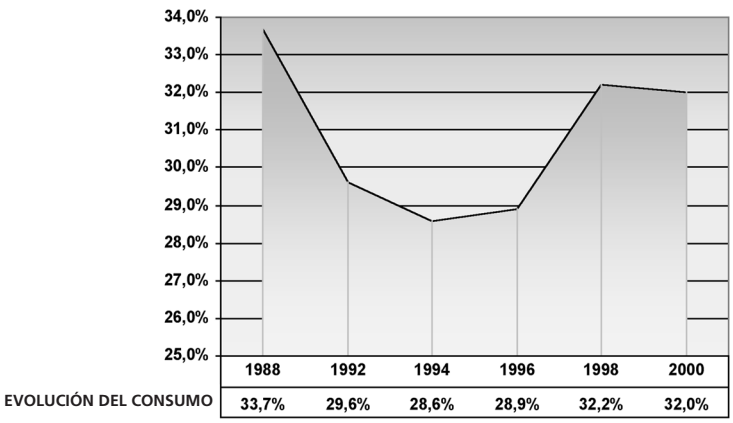
Año	Nunca fumaron	Fumaban, pero ya no	Fuman en ocasiones	Fuman a diario
1988	54,4	5,0	5,0	33,7
1992	60,4	5,0	5,0	29,6
1994	61,9	4,6	4,5	28,6
1996	56,2	7,7	7,2	28,9
1998	51,6	10,0	6,1	32,2
2000	50,1	14,0	3,9	32,0

En el 2000 podría estimarse que en Galicia habría, en términos absolutos, unos 755.000 fumadores diarios y otros 92.000 ocasionales.

La evolución del consumo diario de tabaco en Galicia, a lo largo de los trece años que comprende la serie es la siguiente (figura 3.1):

Hasta 1994 se observa un progresivo descenso en el consumo de tabaco entre la población de más de 12 años, en la prevalencia más habitual de fumadores diarios. Esta tendencia está en línea con lo observado en otros estudios de ámbito nacional realizados en la última década, tanto entre población general (NAVARRO, J., et al, 1984), (PNSD–EDIS, 1995), como en población laboral (EDIS–UGT, 1987) (FAD–EDIS, 1996), que suele ser la más consumidora de esta sustancia. Sin embargo, en 1996 se observa un ligero aumento, que en 1998

Figura 3.1
Evolución del consumo diario de tabaco (%).
Galicia, 1988–2000



alcanza una prevalencia muy cercana a la de 1988, la cual se estabiliza en el 2000. El repunte del consumo de tabaco diario se debe, principalmente, al incremento de fumadores diarios entre los adolescentes y jóvenes, especialmente en las mujeres. Este fenómeno es bastante general, siendo el causante del aumento de las prevalencias globales, como se observa en el cuadro siguiente:

Cuadro A Tasas de fumadores diarios en distintos estudios recientes[1]

Ámbito poblacional y edades	Año	Porcentaje fumadores diarios
Nacional (15 y más años)	1995	30,5
Nacional (15–65 años)	1997	32,9
Nacional (15–65 años)	1999	32,6
Canarias (15–65 años	1997	36,2
Madrid (15–65 años)	1997	36,0
C. Valenciana (15 y más años)	1996	35,0
C. Valenciana (15 y más años)	1998	36,5
C. Valenciana (15 y más años)	2000	40,0
Andalucía (12 y más años)	1996	29,5
Andalucía (12 y más años)	1998	31,0
Andalucía (12 y más años)	2000	33,2
Galicia (12 y más años)	1996	28,9
Galicia (12 y más años)	1998	32,2
Galicia (12 y más años)	2000	32,0

En Galicia esta evolución de las prevalencias de fumadores diarios ha tenido también su correlato en la cantidad media de cigarrillos fumados al día, ya que en 1988 era de 18,9 y en 1996 de 16,6, para remontarse en 2000 hasta 18,0. De este modo tenemos que tanto la tasa de fumadores diarios como la media de cigarrillos diarios se elevan en el 2000, pero sin llegar aún a las observadas en 1988.

Por último, en lo que se refiere a las edades de inicio en el consumo en 1988 eran los 15,7 años de media y en 2000 de 16,6. La edad de inicio se ha retardado, pues, casi un año.

1 *PNSD–EDIS "Encuesta Domiciliaria Nacional sobre el Uso de Drogas" (1995) y PNSD–SIGMA DOS "Encuesta Nacional Domiciliara" (1997). Mº del Interior. Madrid. EDIS "El consumo de drogas en Canarias" (1997). Plan Canario sobre Drogas. EDIS "El consumo de drogas y factores asociados en el Municipio de Madrid" (1997). Ayuntamiento de Madrid. FAD–EDIS "El consumo de drogas y factores asociadas en la Comunidad Valenciana" (1996) (1998) (2000). Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana. EDIS "Los Andaluces ante las Drogas" (1996) (1998) (2000). Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía. Sevilla. (Esta nota vale también para los cuadros restantes)*

Sin embargo, la mayor prevalencia de fumadores diarios, que en 1988 era entre los 25 y los 39 años (47,1%), en 2000 está en los de 19 a 24 años (45,7%). Es decir, aunque el inicio es un poco más tardío la escalada en el fumar a diario es más temprana.

Según todos estos datos vemos que, en los años que median entre el primer y el último estudio en Galicia, se han ido confirmando las hipótesis establecidas respecto al consumo de tabaco: efectivamente el tabaco es una droga de amplio consumo en el conjunto de la población, especialmente entre los hombres (hipótesis 1ª y 4ª), pero en un proceso de cambio en el que las mujeres se aproximan cada vez más al consumo de los hombres (hipótesis 5ª), y con edades de inicio muy jóvenes (hipótesis 3ª). Esto último se ve reforzado por la prevalencia cada vez mayor de fumadores diarios entre adolescentes y jóvenes.

A partir de esta evolución la tendencia predecible para los próximos años sería que, de no producirse cambios importantes (supresión de la publicidad del tabaco, mayor concienciación de que es una sustancia adictiva, algunos cambios en los estilos de vida de los jóvenes, etc.), el tabaco seguirá teniendo un uso bastante amplio con prevalencias de fumadores diarios no inferiores al 30%; que en las edades jóvenes y medias se situarán entre el 40% y 50%. La progresiva incorporación de la mujer a la vida laboral y social, hecho en sí altamente positivo, tendrá como contrapartida en la igualación de roles con los varones, un efecto de imitación de determinadas conductas y hábitos, como el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.

El alcohol

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España. Según los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas de 1999, del Plan Nacional sobre Drogas, el 87,1% de la población de 15 a 65 años ha consumido alcohol alguna vez, y un 74,6% lo ha hecho en los últimos doce meses.

En los últimos treinta días la prevalencia de consumo seguía bastante alta, con un 61,7% de dicha población. En Galicia, en este mismo período del último mes, consumieron alcohol el **58,7%** de la población de 12 años en adelante. Esta diferencia se explica por los distintos segmentos etarios contemplados en la encuesta nacional y la realizada en Galicia.

En la evolución del consumo de alcohol, tanto a nivel nacional como en Galicia y otras Comunidades Autónomas, se observaba hasta 1999 (nacional) y 1998 (Galicia) un cierto descenso respecto a estudios anteriores, tanto en las prevalencias de consumo generales, como en las de bebedores abusivos.

Sin embargo, en el análisis de los datos del estudio de Galicia de 1998 ya se señalaba la posibilidad de que esta tendencia de descenso se frenase, e incluso hubiera un cierto repunte en el consumo, especialmente el abusivo[2], debido a la progresiva incorporación de las edades más jóvenes y de la mujer al consumo abusivo de alcohol. En el estudio de 2000 esta predicción parece haberse cumplido, observándose un incremento de 1,6 puntos porcentuales en la prevalencia del consumo abusivo de alcohol, debido principalmente a que la prevalencia de bebedores abusivos en los dos grupos etarios más jóvenes se ha incrementado: en el de 12–18 años de 3,7% en 1998 a 5,4% en 2000, y en el de 19–24 años de 9% a 13% en 2000. Lo mismo ocurre con las mujeres, que pasan de una prevalencia de 2.2% en 1998 a otra de 3,7% en 2000.

Los datos de los bebedores abusivos en 2000 en Galicia podemos verlos en la siguiente tabla 3.4:

Tabla 3.4 Los bebedores abusivos, según el género y la edad conjuntamente (%)

	Total	12–18	19–24	25–39	40–54	55 y más
Hombres	13,6	6,6	15,1	15,2	17,0	12,6
Mujeres	3,7	4,9	11,5	7,5	1,7	0,6
Total	8,5	5,4	13,0	11,3	9,2	5,5
Hombres: x2 = 153, 20 g.l., P<,00000			Mujeres: x2 = 89, 20 g.l., P<,00000			

2 *El consumo **abusivo** (bebedores altos+excesivos+gran riesgo) sería cuando supere los 75 ml. día en los varones y los 50 ml. en las mujeres. Su equivalencia en gramos y en unidades básicas estándar sería de más de 60 gr. o 6 UBE en varones y de 40 gr. o 4 UBE en las mujeres, según los criterios de la Dirección General de Salud Pública. Informe nº 2 (Pág. 23) del Observatorio Español sobre Drogas (1999)*

Según estos datos el **8,5%** de la población de Galicia de 12 años en adelante fueron bebedores abusivos, alcanzándose la prevalencia más alta en el grupo etario de 19 a 24 años con un 13%.

De un modo más general, podemos ver los distintos tipos de consumo de alcohol observados en Galicia en los seis estudios (tabla 3.5):

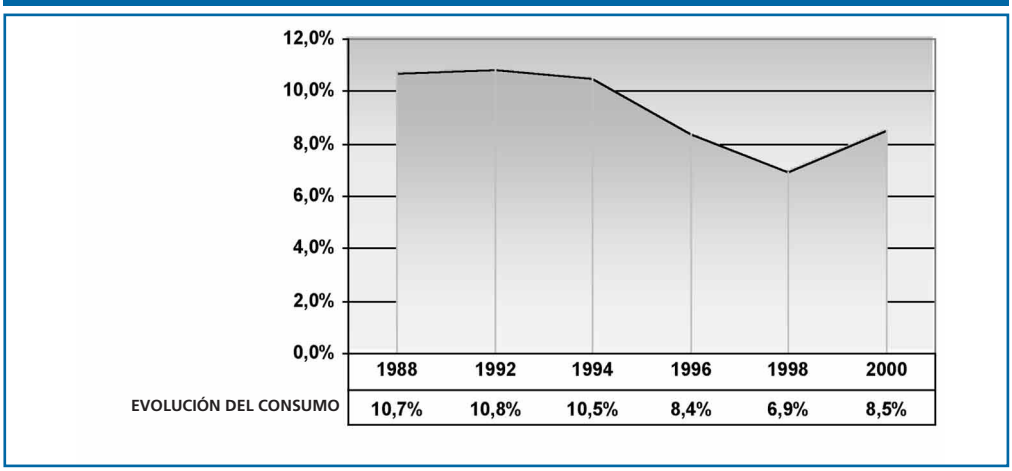
Tabla 3.5 Evolución de la tipología de bebedores. Galicia, 1988–2000

Año	No bebedores	Consumo ligero	Consumo moderado	Consumo alto	Consumo excesivo	Consumo de gran riesgo
1988	52,3	19,8	17,0	4,0	3,2	3,5
1992	53,5	18,6	17,2	4,3	3,4	3,1
1994	54,8	17,8	16,9	4,9	3,2	2,4
1996	56,3	19,0	16,3	3,5	2,9	2,0
1998	59,9	15,6	17,6	3,5	2,2	1,2
2000	57,3	15,2	19,1	3,4	2,8	2,3

Si consideramos ahora a los bebedores **abusivos** (altos+excesivos+gran riesgo), podemos comprobar que en esta situación estarían en el 2000, en términos absolutos y de forma aproximada, unas 200.800 personas, de las que unas 55.000 serían de mayor riesgo alcohólico.

La evolución de los bebedores abusivos entre 1988 y 2000 se recoge en la figura 3.2.

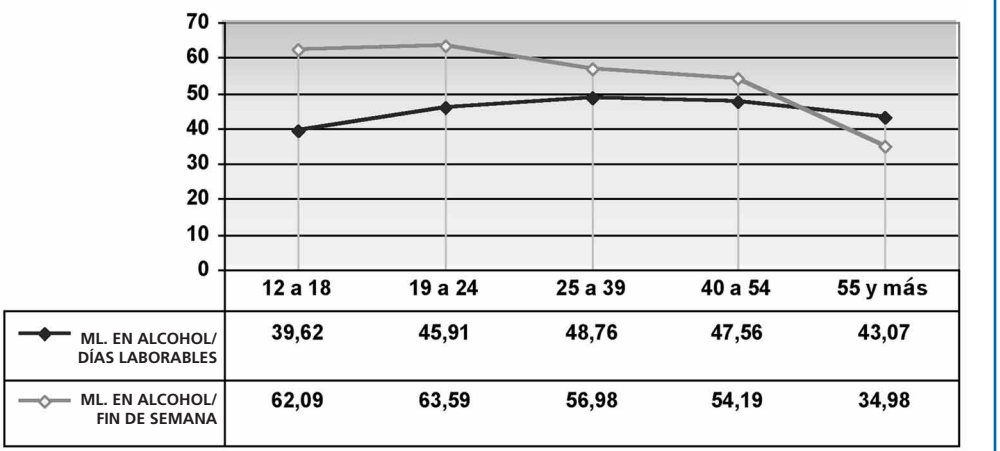
Figura 3.2
Evolución del consumo abusivo de alcohol en Galicia (%). 1988–2000



Según estos datos vemos que la tendencia de descenso del consumo abusivo de alcohol en Galicia, observada entre 1992 y 1998 se quiebra en 2000 con un incremento de un poco más de un punto y medio porcentual. Las razones de este aumento son las que anteriormente hemos apuntado, referidas a un mayor consumo abusivo de los adolescentes y jóvenes y las mujeres. A esto hay que añadir que mientras en los de edad media y mayores el patrón de consumo de alcohol es prevalente en días laborales, en los jóvenes es el de fin de semana, con ingestas medias al día máximas de 48,76 ml. y 63,59 ml., respectivamente. Las ingestas medias de cada grupo etario, en días laborales y de fin de semana son las que se recogen en la siguiente figura 3.3.

En lo que se refiere a los tipos de bebidas consumidas hay que señalar que, si bien en su conjunto el vino, la cerveza y las bebidas destiladas, por este orden, son las más consumidas en Galicia, entre los bebedores abusivos estas preferencias se ven alteradas, ocu-

Figura 3.3
Media de consumo de alcohol en ml, según día de la semana y edad. Galicia, 2000



pando la primera posición las bebidas destiladas (y los combinados en particular), seguida de la cerveza y el vino. Estas diferencias se relacionan con la importante presencia de jóvenes entre los bebedores abusivos, colectivo que mantiene unas preferencias respecto al tipo de bebidas diferentes a las de los adultos.

La evolución de los consumos abusivos de alcohol observados en diversos estudios de ámbito nacional y comunitario sería la que puede verse en el siguiente cuadro B.

Cuadro B Evolución de las prevalencias de bebedores abusivos en distintos estudios

Ámbito poblacional y edades	Año	Porcentaje bebedores abusivos
Nacional (población laboral) (15–65 años)[3]	1987	19,5
Nacional (población laboral) (15–65 años)	1996	14,0
Nacional (población general) (15–65 años)	1997	
días laborables		9,9
días fin de semana		10,1
Nacional (población general) (15–65 años)	1999	
días laborables		6,0
días fin de semana		7,7
Andalucía (12 y más años)	1994	9,5
Galicia (12 y más años)	1994	10,5
Andalucía (12 y más años)	1996	7,8
Galicia (12 y más años)	1996	8,4
C. Valenciana (15 y más años)	1996	7,0
Andalucía (12 y más años)	1998	6,5
Galicia (12 y más años)	1998	6,9
C. Valenciana (15 y más años)	1998	6,1
Andalucía (12 y más años)	2000	7,8
Galicia (12 y más años)	2000	8,5

3 *UGT–EDIS (1987). "Las drogodependencias en el mundo laboral". Unión General de Trabajadores. Madrid. FAD–EDIS (1996). "La incidencia de las drogas en el mundo laboral". Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. Madrid. EDIS (1994) (1996) (1998) "Los Andaluces ante las Drogas". Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía. Sevilla. FAD–EDIS (1996) (1998) "El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana". Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana. Valencia*

Hasta 1998–99 se observa en general un descenso del consumo abusivo de alcohol, pero en el 2000 la inflexión se detecta no sólo en Galicia, sino también en Andalucía, cuyo consumo abusivo aumenta en 1,3%. En el estudio (EDIS, 2000) de esta última Comunidad se observan las mismas razones del incremento que en Galicia.

En lo que se refiere a las edades de inicio en el consumo de alcohol en Galicia, en 1988 era de 16,1 años y en 2000 de 16,7, es decir, un retraso en el inicio de 0,6 años. Por el contrario, al igual que ocurre en el tabaco, el grupo etario más prevalente de bebedores abusivos era en 1988 el de 25 a 39 años (13,9%), mientras que en el 2000 es el de 19 a 24 (13%).

Este paralelismo entre el consumo de tabaco diario y el de alcohol abusivo se debe a que son dos sustancias con un consumo muy asociado y que, como veremos más adelante, constituyen uno de los cuatro modelos básicos de policonsumo, con coeficientes de saturación en mismo factor de **0,670** y **0,618**, respectivamente.

Con todos estos datos sobre el consumo de alcohol vemos que, entre 1988 y 2000, se cumplen todas las hipótesis previstas: respecto a la amplitud de su uso (hipótesis 1ª y 4ª), la progresiva incorporación de la mujer y los jóvenes en el consumo abusivo (hipótesis 5ª y 3ª), así como la consolidación del consumo de los jóvenes en el patrón de fin de semana. Por último, además de monoconsumo de cada sustancia, se observa también —incluso por encima— de lo previsto un policonsumo de tabaco y alcohol bastante extendido (hipótesis 6ª).

Las tendencias o predicciones que se apuntan en el consumo de alcohol son muy similares a las realizadas en el tabaco: repunte de la prevalencia general de consumo abusivo, provocada especialmente por el mayor consumo observado entre las mujeres y los grupos etarios más jóvenes. Igualmente, se consolida un modelo de policonsumo tabaco diario–alcohol abusivo, asociado también, aunque en menor proporción, con el cánnabis. La contención de esta tendencia conllevaría una serie de cambios y actuaciones similares a las apuntadas en el tabaco, y muy especialmente una labor preventiva en la familia y la escuela, que como veremos más adelante son factores de protección ante el consumo muy importantes.

3.2.2 Las drogas ilegales y los psicofármacos

En el conjunto de drogas ilegales se incluyen las siguientes sustancias: en primer lugar el cánnabis que, además de tener un uso relativamente amplio, es una sustancia comodín y participa en dos modelos de policonsumo: con el tabaco y el alcohol por una parte, y con los psicoestimulantes por otra. De este último modelo veremos también las sustancias que lo componen: cocaína, drogas de síntesis, alucinógenos y anfetaminas. En otro modelo de policonsumo, el de los narcóticos, se incluyen la heroína y los otros opiáceos. Por último, veremos otras dos sustancias de uso muy minoritario, pero que participan en los dos modelos anteriores: los inhalables en el de psicoestimulantes y el crack en el de narcóticos.

Hay un cuarto modelo de policonsumo, el de los psicofármacos compuesto por los tranquilizantes y los hipnóticos, pero que por su especificidad lo veremos después de las otras sustancias.

Los indicadores de consumo contemplados en los seis estudios realizados en Galicia, desde 1988 a 2000, han sido los siguientes: alguna vez, últimos seis meses, últimos treinta días, y dentro de éste la frecuencia de uso.

En cada sustancia veremos la prevalencia en cada indicador y su evolución, y dentro del de los últimos treinta días el consumo habitual (de 2 a 6 veces por semana y diariamente). Se incluirán también los consumos prevalentes según el género y la edad, la edad media de inicio en el consumo, así como algunas comparaciones con estudios similares en otras Comunidades o nacionales. En lo que se refiere a las hipótesis y posibles tendencias, el análisis lo haremos conjuntamente para todas las sustancias.

El cánnabis

Según se ha ido comprobando en los distintos estudios, el cánnabis es la droga ilegal más consumida en España (1999) en general (un 7,5% en los últimos doce meses), y en Galicia (2000) en particular (un 6,1% en los últimos seis meses). Su participación en el modelo de policonsumo de tabaco–alcohol–cánnabis tiene un coeficiente de saturación de 0,535, y en el modelo de los psicoestimulantes de 0,461. Es, por tanto, una sustancia bastante polivalente.

Las prevalencias en los distintos indicadores en Galicia, entre 1988 y 2000, se recogen en la tabla 3.6:

Tabla 3.6 Evolución del consumo de cánnabis. Galicia, 1988–2000

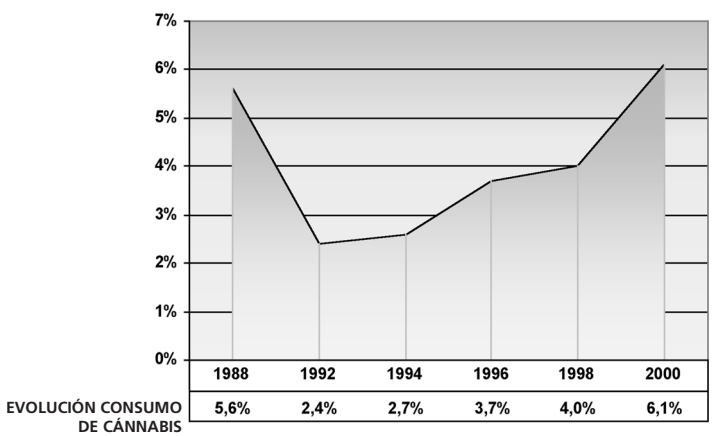
Año	Alguna vez	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual
1988	*	5,6	5,0	1,2
1992	*	2,4	2,0	0,6
1994	*	2,7	2,4	0,5
1996	8,5	3,7	2,7	0,3
1998	7,6	4,0	3,2	0,6
2000	13,1	6,1	5,3	0,9

* *El indicador de alguna vez no se contempló en estos estudios*

En términos absolutos, y de forma aproximada, se puede estimar que durante el año 2000 en Galicia habrían consumido cánnabis en los últimos seis meses unas 144.000 personas, de las que entre 42.000 a 46.000 lo harían con maior frecuencia (de 2 a 6 veces por semana o diariamente).

La evolución estudio a estudio y la tendencia global de las prevalencias para el indicador de consumo de los últimos seis meses aparecen recogidas en la figura 3.4:

Figura 3.4
Evolución del consumo de cánnabis en los últimos seis meses (%). 1988–2000



Como puede observarse, después de un notable descenso del consumo de cánnabis entre 1988 y 1992, se inicia un lento pero progresivo aumento de su prevalencia en los siguientes estudios, de modo que la tendencia global sería de incremento neto del consumo: 5,6% en 1988 y 6,1% en 2000; es decir, medio punto más.

En general, el aumento de las prevalencias del cánnabis se debe fundamentalmente al fuerte incremento del consumo en los dos grupos etarios más jóvenes entre 1992 y 2000 (tabla 3.7).

Tabla 3.7 Evolución del consumo de cánnabis en los últimos seis meses, según la edad (%)*. Galicia 1992–2000

	1992	1994	1996	1998	2000
De 12 a 18 años	2,3	5,0	9,4	9,1	17,4
De 19 a 24 años	9,3	10,9	10,9	8,9	14,6
De 25 a 39 años	3,7	3,0	5,6	6,9	6,9
De 40 a 54 años	0,9	0,4	0,0	1,3	1,9
Más de 54 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
Total	2,4	2,7	3,7	4,0	6,1

En los grupos etarios de 12 a 18 y de 19 a 24 años se pasa de un consumo de 2,3% y 9,3%, respectivamente, en 1992, a un 17,4% y un 14,6% en 2000.

Según el género las prevalencias del cánnabis en los distintos estudios fueron las siguientes:

Tabla 3.8 Evolución del consumo de cánnabis en los últimos seis meses según género*. Galicia, 1992–2000

	1992	1994	1996	1998	2000
Mujeres	1,1	1,1	2,1	1,7	2,1
Hombres	3,8	4,4	5,5	6,5	10,4
Total	2,4	2,7	3,7	4,0	6,1

Como puede observarse, las mujeres en 2000 casi duplican su consumo respecto a 1992, mientras que los hombres casi lo triplican, siendo en todos los estudios los hombres los más consumidores de cánnabis. La proporción entre hombres y mujeres pasa de 3,5 a 1 en 1992 a 4,9 en 2000. Es decir, aunque la escalada en el consumo se da en ambos géneros, es algo más intensa en los hombres que en las mujeres.

Esta tendencia al aumento del consumo de cánnabis se ha constatado también en otros estudios similares, excepto en la Comunidad Valenciana que tenía prevalencias muy altas en 1998 y que han descendido en el 2000, como podemos ver en el siguiente cuadro C:

NOTA *La desagregación de los consumos por todos los grupos erarios y por género se realiza a partir del estudio de 1992. En el de 1988 sólo se resaltaban los más prevalentes. (Esta nota vale para las restantes sustancias).*

Cuadro C Evolución del consumo de cánnabis en distintos estudios

Ámbito poblacional y edades	Año	Último mes	Últimos 6 ó 12 meses
España (15–65 años)	1995	2,7	5,8*
	1997	4,0	7,5*
	1999	4,2	7,5*
Andalucía (12 y más años)	1994	3,9	5,6
	1996	4,1	5,8
	1998	4,3	5,3
	2000	5,8	7,5
Galicia (12 y más años)	1994	2,4	2,7
	1996	2,7	3,7
	1998	3,2	4,0
	2000	5,3	6,1
Comunidad Valenciana (15 y más años)	1996	6,3	8,3*
	1998	6,8	10,4*
	2000	6,3	7,8

* *Últimos doce meses*

En lo que se refiere a las edades de inicio vemos que se mantienen bastante estables, pues si bien en 1988 era de media 16,9 años, en 1992 subió un poco hasta 17,6, siendo en 2000 de 17,5 años.

La cocaína

Si bien la cocaína no alcanza un consumo general tan elevado como el del cánnabis, es una sustancia también bastante presente en la sociedad, especialmente en edades jóvenes. En España (1999) el consumo era de un 1,5% en los últimos doce meses, y en Galicia (2000) del 1,3% en los últimos seis meses. Por otra parte, es una droga líder en el modelo de policonsumo de psicoestimulantes, con un coeficiente de saturación en el mismo de 0,687.

Las prevalencias en los distintos indicadores en Galicia, entre 1988 y 2000, fueron los que se recogen en la tabla 3.9.

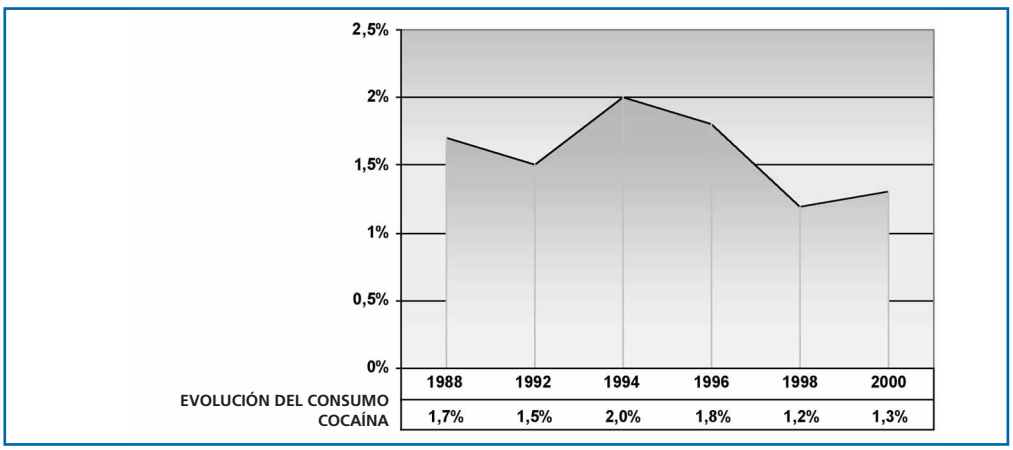
Tabla 3.9 Evolución del consumo de cocaína en Galicia. 1988–2000

Año	Alguna vez	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual
1988	*	1,7	1,5	0,1
1992	*	1,5	1,3	0,1
1994	*	2,0	1,6	0,2
1996	2,7	1,8	1,3	0,1
1998	2,3	1,2	0,6	0,1
2000	2,9	1,3	1,1	0,0

Esos datos suponen que en 2000, en términos absolutos y de forma aproximada, entre 25.000 y 27.000 personas habrían consumido cocaína en los últimos seis meses en Galicia, de las que entre 2.000 y 3.000 lo harían de forma más frecuente (de 2 a 6 veces por semana o diariamente).

Tomando como referencia el indicador principal, consumo en los últimos seis meses, podemos ver que la evolución experimentada en el consumo de cocaína entre 1988 y 2000 (figura 3.5).

Figura 3.5
Evolución del consumo de cocaína en los últimos seis meses (%). 1988–2000



Si nos fijamos en las diferencias de las prevalencias año a año vemos que el consumo de cocaína es un tanto irregular, formando una curva en dientes de sierra, con un máximo del 2% en 1994 y un mínimo del 1,2% en 1998. No obstante, la tendencia de evolución global sería de cierto descenso, yendo de un 1,7% en 1988 al 1,3% en 2000. El consumo habitual es bastante estable, oscilando entre el 0,2% y el 0,1%.

En lo que se refiere a los consumos de cocaína según la edad, en la tabla 3.10 podemos ver que los grupos con prevalencias mayores son el de 19 a 24, en ascenso entre 1992 (3,3%) y 2000 (4%), y el de 25 a 39, pero en sentido de descenso de 1992 (4,5%) a 2000 (2,2%). Esto nos indican una clara tendencia de juvenización del consumo de esta sustancia.

Tabla 3.10 Evolución del consumo de cocaína en los últimos seis meses (%) según la edad. 1992–2000

	1992	1994	1996	1998	2000
De 12 a 18 años	0,4	1,3	1,3	1,7	1,3
De 19 a 24 años	3,3	4,9	5,3	3,2	4,0
De 25 a 39 años	4,5	3,7	4,0	2,2	2,2
De 40 a 54 años	0,0	2,4	0,0	0.,4	0,9
Más de 54 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	1,5	2,0	1,8	1,2	1,3

En lo que se refiere al género las prevalencias de consumo de cocaína fueron las siguientes (tabla 3.11):

Tabla 3.11 Evolución del consumo de cocaína en los últimos seis meses (%) según género. 1992–2000

	1992	1994	1996	1998	2000
Mujeres	0,3	0,8	0,7	0,5	0,4
Hombres	2,7	3,3	3,2	1,9	2,2
Total	1,5	2,0	1,8	1,2	1,3

Los hombres son en todos los estudios los mayores consumidores de cocaína, aunque la proporción entre éstos y las mujeres, que en 1992 era de 9 a 1, se reduce en 2000 a 5,5 a 1. Junto a la juvenización se observa también una cierta aproximación entre el consumo de hombres y mujeres (en 1998 llegó a ser de tan sólo 3,8 a 1).

Las prevalencias en el consumo de cocaína en España y en otras Comunidades fueron las que se recogen en el cuadro D:

Cuadro D Evolución del consumo de cocaína en distintos estudios

Ámbito poblacional y edades	Año	Último mes	Últimos 6 ó 12 meses
España (15–65 años)	1995	0,4	1,6*
	1997	0,8	1,6*
	1999	0,6	1,5*
Andalucía (12 y más años)	1994	2,4	3,1
	1996	1,4	2,0
	1998	1,4	1,9
	2000	1,5	2,2
Galicia (12 y más años)	1994	1,6	2,0
	1996	1,3	1,8
	1998	0,6	1,2
	2000	1,1	1,3
Comunidad Valenciana (15 y más años)	1996	2,3	3,2*
	1998	2,3	4,7*
	2000	2,7	3,6*

* *Últimos doce meses*

En general se observa el comportamiento irregular de la cocaína señalado en Galicia anteriormente, con subidas y bajadas, pero dentro de una ligera tendencia de descenso respecto a los primeros estudios. En Galicia en concreto, y con perspectiva desde 1988 (figura 3.5), las prevalencias máximas se alcanzan en 1994 y 1996, iniciándose después un cierto descenso. Esta irregularidad podría tener relación con su uso asociado a otros psicoestimulantes (drogas de síntesis, anfetaminas) y su paso al consumo de una u otra sustancia.

Por último, en lo que se refiere a las edades de inicio en el consumo de cocaína se observa, en paralelo a la juvenización de las prevalencias más altas, un ligero descenso en la edad de inicio, bajando de los 19,9 años de media en 1988 a los 19,4 en 2000.

Las drogas de síntesis, las anfetaminas y los alucinógenos

Aunque cada una de estas tres clases de sustancias son en sí mismas específicas, las incluimos conjuntamente debido a que junto con la cocaína (que es de uso algo más diversificado) constituyen el principal modelo de policonsumo: el de los psicoestimulantes; con coeficientes de saturación bastante altos: alucinógenos con 0,692, drogas de síntesis con 0.682 y anfetaminas con 0,670. Por otra parte, sus perfiles son muy similares ya que comparten un amplio núcleo de consumidores comunes.

Sus prevalencias de consumo de cada una de estas tres sustancias, en los diversos estudios realizados en Galicia, son las siguientes:

Tabla 3.12 Evolución consumos drogas de síntesis, anfetaminas y alucinógenos. 1988–2000

Año	Alguna vez	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual
Drogas de síntesis*				
1988	*	*	*	*
1992	*	*	*	*
1994	*	0,8	0,8	0,0
1996	1,4	1,0	0,9	0,0
1998	1,1	0,7	0,6	0,0
2000	1,7	0,7	0,5	0,0
Anfetaminas				
1988	—	1,9	1,4	0,2
1992	—	0,4	0,4	0,1
1994	—	0,6	0,4	0,0
1996	1,1	0,6	0,4	0,0
1998	1,1	0,6	0,4	0,0
2000	1,4	0,7	0,6	0,0
Alucinógenos				
1988	—	0,6	0,3	0,0
1992	—	0,2	0,1	0,0
1994	—	0,3	0,2	0,0
1996	1,1	0,4	0,3	0,0
1998	1,0	0,4	0,3	0,0
2000	1,3	0,5	0,3	0,0

* *Las drogas de síntesis se incluyeron por primera vez en la encuesta en 1994*

Como puede comprobarse las prevalencias de uso en cada una de estas tres drogas son muy similares. En los últimos seis meses, en 2000, las drogas de síntesis tienen un consumo de un 0,7%, las anfetaminas también del 0,7% y los alucinógenos del 0,5%. Son de un consumo un tanto ocasional, sin o con muy poco uso diario o de alta frecuencia, aunque con un 0,1% o 0.2% de consumo de una vez por semana, básicamente en los fines de semana. Los consumos observados en el conjunto de España en 1999 (últimos doce meses) fueron del 1% en drogas de síntesis, el 0,7% en anfetaminas y un 0,6 en alucinógenos.

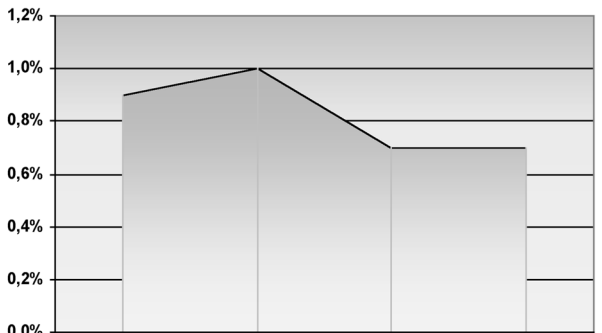
De manera aproximada podría estimarse que el consumo de estas sustancias, en términos absolutos, podría ser el siguiente: en las drogas de síntesis entre 16.000 y 18.000 personas las habrían usado en los últimos seis meses, de las que de 2.000 a 3.000 las usarían una vez por semana. En las anfetaminas tendríamos unas 16.000 a 18.000 en los últimos seis meses y de 2.000 a 3.000 una vez por semana. Y en los alucinógenos habría entre 10.000 y 12.000 consumidores en los últimos seis meses, de las que entre 2.000 a 3.000 los consumirían una vez por semana.

Hay que señalar que, dado el alto policonsumo asociado entre estas dos sustancias no ano 2000, aproximadamente la mitad de los anteriores consumidores lo serían de dos o de las tres drogas en cuestión, constituyendo un núcleo duro de policonsumidores de estas sustancias de 20.000 a 25.000 personas en los últimos seis meses, y de 3.000 a 5.000 en períodos frecuentes.

La evolución de los consumos de estas sustancias en los últimos seis meses sería la que se recoge en las figuras 3.6, 3.7 y 3.8.

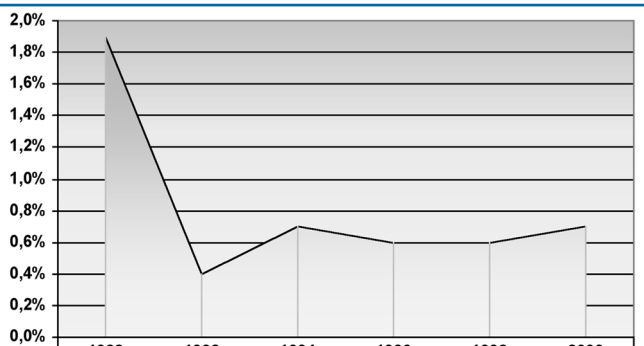
En la evolución de los consumos de estas tres sustancias observamos, como denominador común, una cierta tendencia de disminución del consumo, especialmente acusada en las anfetaminas y ligera en las drogas de síntesis y los alucinógenos. El especial descenso de las anfetaminas entre 1988 y 1992 podría deberse probablemente a que la aparición de las drogas de síntesis viene a sustituir, en parte, su consumo. Y lo mismo podría ocurrir,

Figura 3.6
Evolución consumo de drogas de síntesis en los últimos seis meses (%). 1994–2000



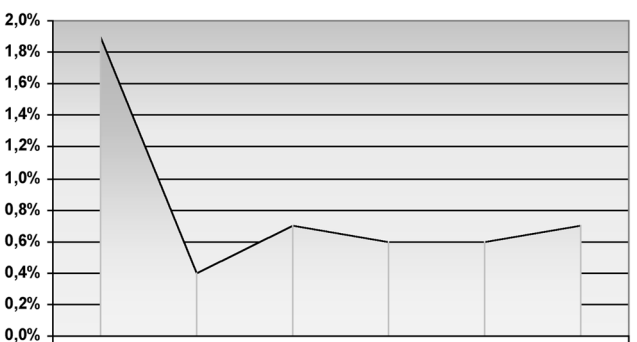
	1994	1996	1998	2000
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DE SÍNTESIS	0,8%	1,0%	0,7%	0,7%

Figura 3.7
Evolución consumo de anfetaminas en los últimos seis meses (%). 1988–2000



	1988	1992	1994	1996	1998	2000
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANFETAMINAS	1,9%	0,4%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%

Figura 3.8
Evolución consumo de alucinógenos en los últimos seis meses (%). 1988–2000



	1988	1992	1994	1996	1998	2000
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	0,6%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%

aunque más moderadamente, con el descenso experimentado por los alucinógenos entre 1994, 1996 y 1998; no obstante esta sustancia parece tener un consumo más estable, ya que en 2000 vuelve a los mismos niveles de 1988 y 1992.

La evolución del consumo de estas tres sustancias, según la edad, se recoge en la tabla 3.13:

Tabla 3.13 Evolución del consumo de drogas de síntesis, anfetaminas y alucinógenos, en los últimos seis meses (%) según la edad. 1992–2000

	1992	1994	1996	1998	2000
Drogas de síntesis					
De 12 a 18 años	*	1,0	1,3	2,0	1,0
De 19 a 24 años	*	5,7	4,4	2,8	2,0
De 25 a 39 años	*	0,4	1,7	0,6	1,5
De 40 a 54 años	*	0,0	0,0	0,2	0,0
Más de 54 años	*	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	*	0,8	1,0	0,7	0,7
Anfetaminas					
De 12 a 18 años	0,0	0,0	1,0	1,7	0,3
De 19 a 24 años	1,4	4,0	1,2	1,6	0,8
De 25 a 39 años	1,0	0,9	1,9	0,7	1,7
De 40 a 54 años	0,0	0,0	0,0	0,4	0,9
Más de 54 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7
Alucinógenos					
De 12 a 18 años	0,0	0,3	1,0	1,0	0,7
De 19 a 24 años	0,6	1,6	1,6	1,6	1,6
De 25 a 39 años	0,2	0,2	0,6	0,4	1,1
De 40 a 54 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Más de 54 años	0,0	0,0	0,0	0,0	
Total	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5

En las drogas de síntesis y en los alucinógenos el grupo etario más prevalente es siempre el de 19 a 24 años, mientras que en las anfetaminas este grupo lo es en 1992, 1994 y 1998, en que el de 25 a 39 años lo es en 1996 y 2000. Esto nos indica que una parte de sus consumidores iniciales se trasladan a las drogas de síntesis, mientras que otros siguen algo más fieles a las anfetaminas.

Como hecho singular muy positivo hay que señalar que los más jóvenes, 12 a 18 años, disminuyen significativamente entre 1988 y 2000 su consumo de drogas de síntesis y anfetaminas, y más moderadamente en los alucinógenos. Este buen pronóstico puede tener relación con la prevención realizada en la escuela, como luego veremos en el apartado de factores de riesgo y de protección.

La evolución de los consumos de estas tres sustancias, según el género, se refleja en la tabla 3.14:

Tabla 3.14 Evolución del consumo de drogas de síntesis, anfetaminas y alucinógenos en los últimos seis meses (%) según el género. 1992–2000

	1992	1994	1996	1998	2000
Drogas de síntesis					
Mujeres	*	0,8	0,6	0,3	0,3
Hombres	*	0,9	1,5	1,2	1,2
Total		0,8	1,0	0,7	0,7
Anfetaminas					
Mujeres	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3
Hombres	0,7	0,9	0,9	1,2	1,1
Total	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7
Alucinógenos					
Mujeres	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2
Hombres	0,3	0,5	0,5	0,5	0,7
Total	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5

Como puede verse, en las tres sustancias son siempre más prevalentes los consumos de los hombres que los de las mujeres en 2000 en las proporciones siguientes: drogas de síntesis 4 a 1, anfetaminas 3,7 a 1, y alucinógenos 3,5 a 1; es decir, en las tres sustancias son muy similares.

Si tomamos como referencia el indicador principal, el consumo de los últimos seis o doce meses, podemos ver que la evolución experimentada, en España y en otras Comunidades, en el uso de estas tres sustancias ha sido la siguiente:

Cuadro E Evolución del consumo de drogas de síntesis, anfetaminas y alucinógenos en distintos estudios en los últimos seis o doce meses

Ámbito poblacional y edades	Año	Drogas de síntesis	Anfetaminas	Alucinógenos
España (15–65 años)	1995	1,1*	0,9*	0,7*
	1997	1,0*	0,9*	0,9*
	1999	1,0*	0,7*	0,6*
Andalucía (12 y más años)	1994	1,3	1,3	0,6
	1996	1,6	1,3	0,8
	1998	0,9	0,8	0,7
	2000	1,5	0,6	0,4
Galicia (12 y más años)	1994	0,8	0,6	0,3
	1996	1,0	0,6	0,4
	1998	0,7	0,6	0,4
	2000	0,7	0,7	0,5
Comunidad Valenciana (15 y más años)	1996	1,8*	1,3*	1,0*
	1998	1,8*	2,5*	1,3*
	2000	1,3*	0,6*	0,7*

* *Últimos doce meses*

En el período de tiempo que contemplan estos estudios (1994–95 a 2000) parece observarse, en general, una tendencia de moderado descenso; con la excepción de un ligero ascenso de las drogas de síntesis en Andalucía y de los alucinógenos en Galicia.

En lo que se refiere a las edades medias de inicio en el consumo de estas tres sustancias en Galicia podemos ver lo siguiente: en las tres drogas la edad de inicio se mantiene en general bastante estable; en las drogas de síntesis en 1994 era como media de 20,1 y en 2000 de 19,8; en anfetaminas en 1988 era de 20,2 y en 2000 de 20,3; y en alucinógenos 18,1 en 1988 y 18,9 en 2000.

La heroína

La heroína fue en los años ochenta la droga que más alarma social generó en la sociedad española. A pesar de que su consumo en España no excedió en mucho el 1% provocó graves problemas personales, familiares y sociales. En Galicia, en el primer estudio de 1988, se detectó una prevalencia del 1% en el período de los últimos seis meses, pero a partir de los primeros años noventa experimentó un notable retroceso, situándose en 2000 en un 0,5% en ese intervalo, a la vez que el consumo más habitual descendía del 0,2% al 0,1%.

Las prevalencias de consumo observadas en Galicia a lo largo del período 1988–2000 serían las siguientes (tabla 3.15):

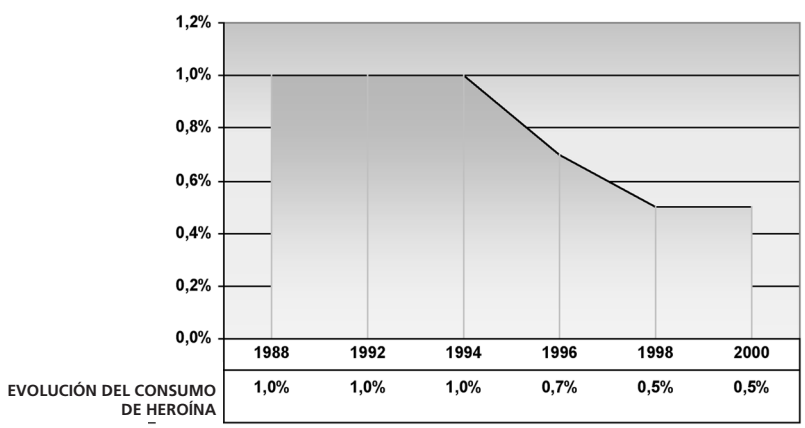
Tabla 3.15 Evolución del consumo de heroína en Galicia (%). 1988–2000

Año	Alguna vez	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual
1988	*	1,0	0,9	0,2
1992	*	1,0	0,7	0,2
1994	*	1,0	0,7	0,2
1996	1,2	0,7	0,6	0,1
1998	1,1	0,5	0,4	0,1
2000	0,9	0,5	0,4	0,1

En términos absolutos se podría estimar que en Galicia, en 2000, entre 10.000 y 12.000 personas habrían consumido heroína en los últimos seis meses, de las que entre 5.000 y 7.000 lo harían de forma más frecuente (de 2 a 6 veces por semana o diariamente). Los consumidores de otros opiáceos en estos períodos serían de 25.000 a 27.000 personas y de 10.000 a 12.000, respectivamente.

Si tomamos como referencia el indicador consumo en los últimos seis meses, podemos ver la evolución seguida por los consumos de heroína en el período 1988–2000 (figura 3.9).

Figura 3.9
Evolución del indicador "consumo de heroína en los últimos seis meses" (%). Galicia, 1988–2000



La evolución de los consumos de heroína por grupos etarios es la siguiente (tabla 3.16):

Tabla 3.16 Evolución del consumo de heroína en los últimos seis meses, según la edad (%). 1992–2000

	1992	1994	1996	1998	2000
De 12 a 18 años	0,0	0,7	0,3	0,7	0,2
De 19 a 24 años	3,3	3,5	2,4	0,8	0,4
De 25 a 39 años	2,5	2,7	1,7	1,5	1,1
De 40 a 54 años	0,0	0,4	0,0	0,0	0,9
Más de 54 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	1,0	1,0	0,7	0,5	0,5

En los estudios de 1992–94–96, el grupo etario más prevalente es el de 19 a 24 años, pero en los de 1998–2000 pasa a serlo el de 25 a 39 años, como efecto combinado del envejecimiento de los consumidores crónicos y de la disminución de los nuevos consumos.

En lo relativo al consumo de heroína según el género, se observa la siguiente evolución (tabla 3.17):

Tabla 3.17 Evolución del consumo de heroína en los últimos seis meses, según género (%). 1992–2000

	1992	1994	1996	1998	2000
Heroína					
Mujeres	0,6	0,5	0,2	0,2	0,2
Hombres	1,5	1,6	1,2	0,9	0,9
Total	1,0	1,0	0,7	0,5	0,5

Como puede observarse, entre los consumidores de heroína siempre es mayor la presencia de hombres que de mujeres, con una proporción de 2,5 a 1 en 1992 y de 4,5 a 1 en 2000.

Comparativamente con otros estudios podemos ver el siguiente cuadro en el indicador de los últimos doce o seis meses.

Cuadro F Evolución del consumo de heroína en los últimos doce o seis meses en distintos estudios

Ámbito poblacional y edades	Año	Heroína
España (15–65 años)	1985	1,1*
	1995	0,5*
	1997	0,3*
Andalucía (12 y más años)	1994	1,6
	1996	0,7
	1998	0,6
	2000	0,6
Galicia (12 y más años)	1994	1,0
	1996	0,7
	1998	0,5
	2000	0,5
Comunidad Valenciana (15 y más años)	1996	0,7*
	1998	0,5*
	2000	0,5*

* *Últimos doce meses*

A pesar de la dificultad que siempre ha tenido la detección de los consumos de heroína con el método de las encuestas domiciliarias, en los datos del cuadro anterior hay una coincidencia general en la observación de una clara tendencia de disminución del consumo de heroína.

En lo que se refiere a las edades de inicio en los consumos se observa un proceso de retraso en las mismas: en la heroína en 1988 era de 18,4 años de media y en 2000 de 21,6.

Los inhalables y el crack

El consumo de inhalables y crack en Galicia es tan minoritario y marginal que no permite un análisis tan detallado como en las sustancias anteriores. No obstante, sobre cada una de ellas podemos ofrecer algunos datos relativamente significativos.

En lo que se refiere a los **inhalables** el consumo observado en el primer estudio de 1988 era de un 0,2% en los últimos seis meses y del 0,1% en los últimos treinta días, sin que se detectase un consumo habitual. Estas prevalencias se han mantenido constantes en los distintos estudios, observándose en el 2000 un consumo de un 0,3% y de un 0,2%, respectivamente. La edad de inicio en el consumo en 2000 son los 18 años de media (17,4 en 1988) y sus prevalencias máximas son del 1% en los de 12 a 18 años, con un 0,4% en los varones y el 0,2% en las mujeres. En el conjunto nacional el consumo de inhalables se ha situado también en torno al 0,2%, lo mismo que otras Comunidades, como Andalucía, Madrid o la Comunidad Valenciana.

Respecto al **crack** hay que señalar que esta sustancia se introdujo por primera vez en Galicia en el estudio de 1998, en el que se observó un consumo de un 0,1% en los últimos seis meses, sin que se detectase consumo en los últimos treinta días. Y lo mismo ocurrió en el estudio de 2000. Sus máximas prevalencias se dan entre los hombres y en el grupo etario de 25 a 39 años, en ambos casos con un 0,2% en los últimos seis meses. La edad de inicio sería los 25,41 años de media. El consumo de crack observado en España ha oscilado entre el 0,1% y el 0,2%, lo mismo que en las Comunidades anteriormente mencionadas.

Ambas sustancias son de carácter residual y en realidad acompañan al consumo de otras sustancias, integrándose los inhalables en el modelo de policonsumo de los psicoestimulantes, con un coeficiente en el factor de 0,462. Por su parte, el crack lo hace en el de los narcóticos, con un uso asociado al de la heroína; su coeficiente en este factor es de 0,704.

Los psicofármacos

En este grupo de sustancias incluimos a dos tipos que se han ido estudiando en todas las encuestas realizadas en Galicia entre 1988 y 2000: los tranquilizantes y los hipnóticos. Ambas sustancias constituyen un cuarto modelo de policonsumo, con coeficientes de saturación en el factor bastante altos: 0,781 en los tranquilizantes y 0,704 en los hipnóticos.

Los consumos de estas dos sustancias fueron en el 2000 las siguientes: en los tranquilizantes un 3,9% en los últimos seis meses, con un consumo habitual del 2,1%, y en los hipnóticos un 1,7% y el 1,4%, respectivamente. Las prevalencias de estos consumos en los distintos estudios realizados en Galicia ha sido la siguiente:

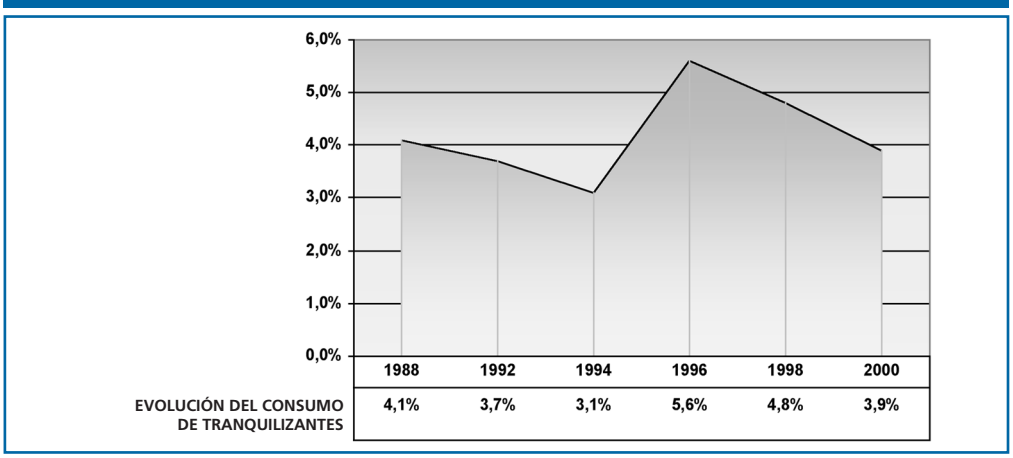
Tabla 3.18 Evolución de los consumos de tranquilizantes e hipnóticos (%). 1988–2000

Año	Alguna vez	Últimos 6 meses	Último mes	Habitual
Tranquilizantes				
1988	*	4,1	3,6	1,8
1992	*	3,7	3,4	1,2
1994	*	3,1	2,7	1,0
1996	9,2	5,6	4,4	2,0
1998	7,2	4,8	4,3	2,2
2000	7,5	3,9	3,3	2,1
Hipnóticos				
1988	*	1,8	1,8	0,8
1992	*	1,9	1,8	0,6
1994	*	1,2	1,2	0,8
1996	4,1	2,9	2,7	0,5
1998	2,8	2,4	2,2	0,4
2000	2,3	1,7	1,6	1,4

En términos absolutos, y de forma aproximada, podría estimarse que los consumidores de estas sustancias en Galicia en 2000 serían los siguientes: en los tranquilizantes unas 92.000 personas en los últimos seis meses, y de ellos unas 50.000 serían consumidores habituales. Por su parte, una 38.000 personas habrían consumido hipnóticos en los últimos seis meses, cerca de 33.000 serían consumidores habituales.

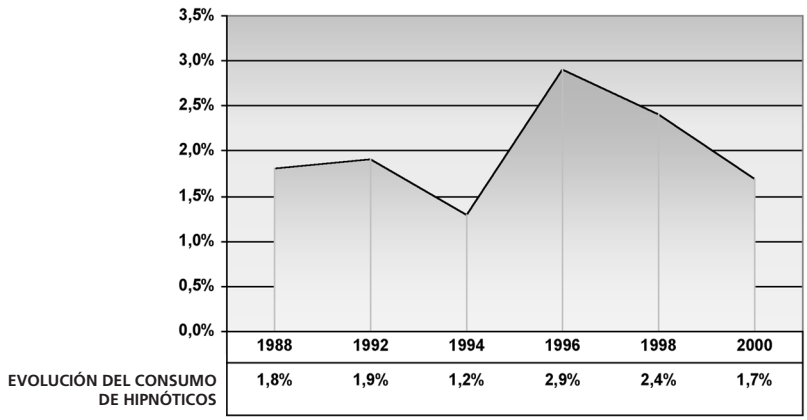
Tomando como referencia el indicador consumo en los últimos seis meses (figuras 3.10 y 3.11), podemos ver la evolución experimentada en estas sustancias entre 1988 y 2000.

Figura 3.10
Evolución del consumo de tranquilizantes en los últimos seis meses (%). 1988–2000



Como puede observarse, la evolución del consumo de tranquilizantes y de hipnóticos siguen unas curvas muy semejantes: notable descenso en 1994, seguido de un fuerte repunte en 1996, y un claro descenso en 1998 y 2000.

Figura 3.11
Evolución del consumo de hipnóticos en los últimos seis meses (%). 1988–2000



La evolución del consumo de estas sustancias según la edad, en los distintos estudios, ha sido la siguiente (tabla 3.19):

Tabla 3.19 Evolución del consumo de tranquilizantes e hipnóticos en los últimos seis meses según la edad (%). 1992–2000

	1992	1994	1996	1998	2000
Tranquilizantes					
De 12 a 18 años	1,1	0,7	0,7	0,3	0,7
De 19 a 24 años	1,9	2,4	1,2	2,0	1,6
De 25 a 39 años	3,9	3,3	4,3	3,0	3,1
De 40 a 54 años	2,6	3,9	2,2	6,0	1,7
Más de 54 años	6,1	3,6	12,0	8,0	8,0
Total	3,7	3,1	5,6	4,8	3,9
Hipnóticos					
De 12 a 18 años	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
De 19 a 24 años	0,9	0,8	0,4	0,4	0,4
De 25 a 39 años	1,0	1,5	1,3	0,9	0,4
De 40 a 54 años	2,6	2,4	1,7	1,7	1,1
Más de 54 años	3,1	0,9	6,6	5,5	3,9
Total	1,9	1,2	2,9	2,4	1,7

En ambas sustancias el grupo etario más prevalente en general es el de más de 54 años, que en 2000 alcanza un 8% en los tranquilizantes y el 3,9% en los hipnóticos. En lo que se refiere a la evolución del consumo en función del género podemos comprobar lo siguiente (tabla 3.20):

Tabla 3.20 Evolución del consumo de hipnóticos y tranquilizantes en los últimos seis meses según el género (%). 1992–2000

	1992	1994	1996	1998	2000
Tranquilizantes					
Hombres	2,4	2,4	2,4	3,6	2,5
Mujeres	4,8	3,8	8,5	5,8	5,2
Total	3,7	3,1	5,6	4,8	3,9
Hipnóticos					
Hombres	1,2	2,0	2,4	2,2	1,2
Mujeres	2,4	0,4	3,4	2,6	2,1
Total	1,9	1,2	2,9	2,4	1,7

En todos los estudios se observa que el consumo de estas dos sustancias alcanza mayores prevalencias entre las mujeres, que tanto en los estudios de 1992 como de 2000 duplican a las de los hombres.

En relación al consumo de psicofármacos en distintos estudios, en el indicador de los últimos doce o seis meses, podemos ver el siguiente cuadro:

Cuadro G Evolución del consumo de tranquilizantes e hipnóticos en los últimos doce o seis meses, en distintos estudios

Ámbito poblacional y edades	Año	Tranquilizantes	Hipnóticos
Andalucía (12 y más años)	1994	7,0	2,8
	1996	6,2	2,2
	1998	4,8	1,4
	2000	5,3	2,8
Galicia (12 y más años)	1994	3,1	1,2
	1996	5,6	2,9
	1998	4,8	2,4
	2000	3,9	1,7
Comunidad Valenciana (15 y más años)	1996	5,7*	3,9*
	1998	6,5*	2,8*
	2000	4,2*	3,2*

* *Últimos doce meses*

Como puede observarse, en los estudios de las tres Comunidades se observan unos consumos de tranquilizantes y de hipnóticos un tanto irregulares, con subidas y bajadas, sin que se observe una tendencia de aumento o descenso clara.

En lo que se refiere a las edades de inicio en el consumo en Galicia (y también en las otras Comunidades) en ambas sustancias la edad media es alta, detectándose cierto retraso del inicio entre 1988 y 2000: en los tranquilizantes desde los 36,8 años de 1988 a los 39,5 de 2000 y en los hipnóticos desde los 40,1 a los 44,4 años.

Recapitulación

Si a partir de los datos vistos en las distintas drogas ilegales y los psicofármacos recapitulamos ahora, al igual que hicimos con el tabaco y el alcohol, respecto a las hipótesis iniciales del primer estudio de 1988 y las hipótesis nuevas que se fueron incorporando en los estudios sucesivos, podemos ver lo siguiente:

- En el cánnabis y los psicofármacos se cumple la hipótesis 1ª de un consumo relativamente amplio, en el primero especialmente entre los jóvenes, y en los segundos entre las personas de edad madura, a la vez que las restantes sustancias mantendrían un uso más minoritario.
- En cuanto a la expansión del consumo de las distintas sustancias el cánnabis ha incrementado su consumo algo más de lo esperado en la hipótesis 2ª, mientras que la cocaína y la heroína lo han hecho en menor medida, y esta última en descenso a partir de 1994, tal como se preveía en la hipótesis 21ª.
- Las drogas de síntesis, después de su irrupción y cierta expansión, se estabilizan e incluso descienden algo, tal como se preveía en la hipótesis 24ª.
- En lo que se refiere a los consumos de las diversas sustancias se cumple en todos los estudios lo previsto en la hipótesis 4ª: los hombres consumirían en mayor proporción (además del tabaco y el alcohol) los alucinógenos, las drogas de síntesis, la cocaína y la heroína; por su parte las mujeres serían más prevalentes en el uso de los tranquilizantes y los hipnóticos.
- En lo que se refiere a la estructura de edades de las diversas drogas se cumple y mantiene a lo largo del tiempo lo previsto en la hipótesis 3ª: drogas de primer contacto y prevalencia juvenil y adultos jóvenes (inhalables, cánnabis, anfetaminas, cocaína y heroína), sustancias de inicio y consumo adultos (tranquilizantes, hipnóticos y analgésicos morfínicos); y sustancias de inicio precoz y consumo muy prolongado, como el tabaco y el alcohol.
- En lo que se refiere al policonsumo (hipótesis 6ª, 7ª y 8ª) efectivamente se observa que una parte de los consumidores lo son de varias sustancias, configurando cuatro modelos de policonsumo básicos. Cuestión ésta en la que, por su importancia, profundizaremos un poco más adelante.
- En lo que se refiere a la habitualidad en los consumos de cada sustancia, se confirma también en los distintos estudios (hipótesis 9ª) la existencia de un patrón de consumo muy habitual en la heroína, el tabaco (diario), el alcohol (abusivo), los otros opiáceos y los tranquilizantes e hipnóticos; y otro de un consumo más intermitente o esporádico como los inhalables, la cocaína, los alucinógenos, las anfetaminas y las drogas de síntesis. Por su parte, el cánnabis tendría un doble patrón, uno más habitual y otro más esporádico.
- Por último, en la hipótesis 29ª se señalaba que para la adecuada planificación de las intervenciones habría que tener en cuenta la posibilidad de que en las distintas Áreas Sanitarias hubiera unos índices de riesgo diferenciados. Y, efectivamente, se ha comprobado en todos los estudios que, en función de las prevalencias y la población potencialmente afectada, hay tres niveles de riesgo: en el nivel de riesgo máximo estarían las Áreas de A Coruña, Vigo y Santiago; en el de riesgo medio–alto se encontrarían las de Lugo, Ourense, O Ferrol y Pontevedra; y en el de riesgo menor tendríamos O Salnes, Cervo–Burela, O Barco y Monforte.

Este conjunto de hipótesis sobre los consumos, que mayormente se han ido confirmando estudio tras estudio, dan una gran solidez a los resultados y conclusiones que se han ido viendo en los mismos. Esta buena aproximación a la realidad permitiría establecer una serie de posibles tendencias del fenómeno de las drogas en Galicia. No obstante, antes de pasar a ello vamos a ver con algo más de detalle el tema del policonsumo, y de manera conjunta la evolución de las distintas sustancias en el corto y en el largo plazo.

3.2.3 El policonsumo, la evolución y las posibles tendencias

A El policonsumo

Según los datos obtenidos en la encuesta de 2000 podemos ver que un **58,7%** no fuman diariamente, no consumen alcohol abusivo, o no han usado otras sustancias en los últimos seis meses. Un **30,4%** han consumido, en las anteriores condiciones, **una** sola sustancia. Finalmente un **10,9%** consumieron **varias** sustancias.

En este último grupo tenemos a un **2,9%** (el **7%** de los consumidores) que están consumiendo tres o más sustancias. Este grupo sería el más específicamente **policonsumidor**, y en él podrían encontrarse, en términos absolutos, unas **65.000** a **70.000** personas. Sin embargo, sí tenemos en cuenta que en lo que se refiere al tabaco y al alcohol, sólo hemos incluido a los fumadores diarios y a los bebedores abusivos, el grupo que consume dos sustancias también es muy importante desde un punto de vista epidemiológico, ya que en el se encontraran otras 180.000 a 190.000 personas.

Ambos colectivos, que en conjunto serían alrededor de **230.000** personas, constituirían el segmento poblacional de **mayor riesgo**.

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

Tabla 3.21 Evolución del uso múltiple de drogas en Galicia. 1988–2000

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

Sintetizando aún más el cuadro anterior y tomando conjuntamente a los que consumen dos o más drogas obtenemos la tabla 3.22:

Tabla 3.22 Evolución de las tasas de policonsumo en Galicia (%). 1988–2000

1988	1992	1994	1996	1998	2000
14,7%	11,5%	12,9%	12,1%	9,2%	10,9%

Después del claro descenso de 1992 respecto a 1988, se produce un cierto repunte en 1994, aunque sin volver a la tasa de 1988. En 1996 vuelve a producirse un ligero descenso, que se repite de forma ya más acusada en 1998. Pero en el 2000 se observa de nuevo un ligero incremento de 1,7 puntos. Dada esta discreta discontinuidad de las prevalencias de policonsumidores, una forma indicativa de ver con más claridad la posible tendencia de evolución de los consumidores sería la de calcular el promedio de los tres primeros estudios (1988, 1992 y 1994) y el de los tres siguientes (1996, 1998 y 2000). Según esto tendríamos un **12,96%** entre 1988 y 1994 y un **10,73** entre 1996 y 2000. Esto nos daría una tendencia global de descenso de **2,23** puntos entre ambos períodos.

Por otra parte, y aplicando la misma metodología que en todos los estudios de Galicia, hemos realizado en 2000 un análisis factorial de componentes principales con el fin de buscar los tipos o modelos básicos de policonsumo que explicaran una parte más compacta de estos usos múltiples de drogas. En esta ocasión hemos obtenido también cuatro factores o modelos básicos de policonsumo, con una explicación de la varianza del **54%**.

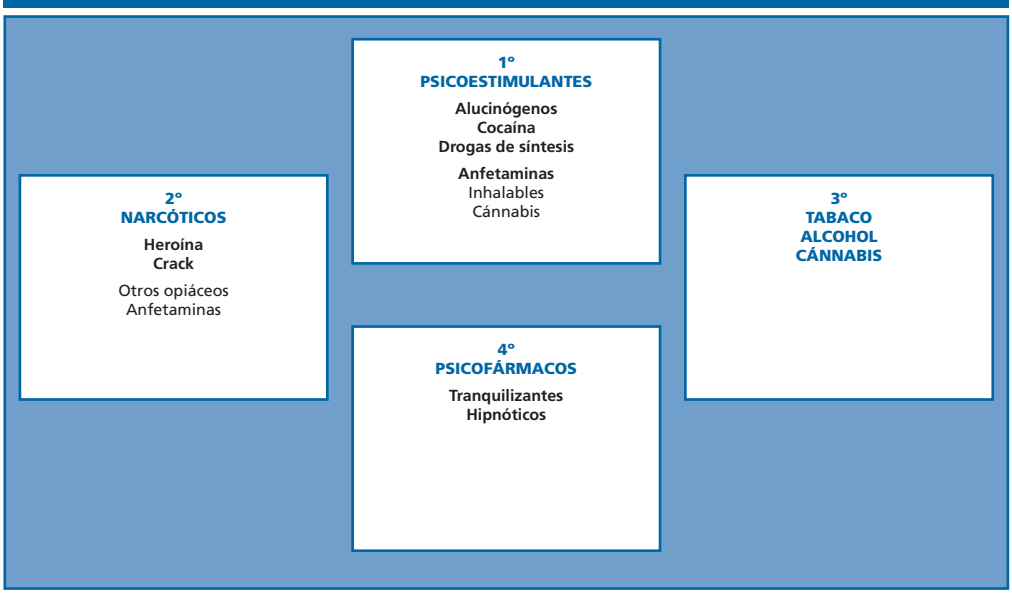
Resumiendo los factores o modelos de policonsumo obtenidos serían los siguientes (tabla 3.23):

Tabla 3.23 Modelos de policonsumo. Galicia, 2000

Modelo 1: psicoestimulantes	
Alucinógenos	,692
Cocaína	,687
Drogas de síntesis	,682
Anfetaminas	,670
Inhalables	,462
Cánnabis	,461
Modelo 2: narcóticos	
Heroína	,752
Crack	,704
Otros Opiáceos	,620
Anfetaminas	,504
Modelo 3: tabaco–alcohol–cánnabis	
Tabaco diario	,670
Alcohol abusivo	,618
Cánnabis	,535
Modelo 4: psicofármacos	
Tranquilizantes	,781
Hipnóticos	,704

Así pues, los cuatro modelos de policonsumo principales serían los que se recogen en la figura 3.12:

Figura 3.12
Modelos de Policonsumo. Galicia, 2000



Respecto a los modelos de policonsumo observados en 1998 aparecen en 2000 los mismos cuatro modelos; por otra parte vemos que se consolida la ocupación del primer modelo por los psicoestimulantes, que en los últimos años relegó al segundo lugar al de

los narcóticos. En esta ocasión el modelo tabaco–alcohol–cánnabis ocupa el tercer lugar, desplazando al cuarto al de los psicofármacos. Y vemos que el cánnabis y las anfetaminas aparecen en dos modelos.

Por otra parte, vemos también dos cambios internos en los modelos 1 y 2 de cierta importancia:

- En el modelo 1: el de los **psicoestimulantes**, la cocaína asciende del quinto lugar en 1998 al segundo en 2000, es decir, ya es una droga líder en el modelo.
- En el modelo 2: el de los **narcóticos** aparece el crack, después de la heroína, cosa que no ocurría en 1998.

Según estos datos vemos que también en lo referido al policonsumo se confirman las hipótesis previstas al respecto: como ya anticipamos se cumplen básicamente las hipótesis 6ª, 7ª y 8ª en las que además de los consumos preveía el policonsumo con diferentes singularidades: el cánnabis como droga de "acompañamiento de otras más fuertes", existencia de un grupo de consumidores altamente politoxicómano (cocaína, drogas de síntesis, heroína, otros opiáceos…), pero también (hipótesis 25ª) el desplazamiento del primer lugar del modelo de policonsumo de los narcóticos por el de los psicoestimulantes; así como la disminución de la tasa general de policonsumidores inducido por el descenso de la heroína, tal como se señalaba en la hipótesis 23ª.

B La evolución de los consumos en el corto y en el largo plazo, y posibles tendencias

A partir de las figuras 3.13 y 3.14 podemos extraer una serie de conclusiones en la **evolución** y **posibles tendencias** de los consumos en un período corto de tiempo (1998 a 2000) y en otro largo (1988 a 2000), así como su posible proyección futura. Veamos:

1 Evolución período corto: 1998 a 2000

Si de la figura 3.13 tomamos en consideración aquellas diferencias que sobrepasen las dos décimas (que estarían dentro del posible error muestral), entre 1998 y 2000, podemos ver que la posible evolución del consumo reciente de estas sustancias sería la siguiente:

- **De incremento:** el cánnabis con cierta intensidad (por encima de los dos puntos porcentuales) y ligero en otros opiáceos (en torno al medio punto).
- **De descenso:** con intensidad media los tranquilizantes y los hipnóticos (casi un punto los primeros y un poco menos los segundos).
- **De estabilidad:** bien porque no se aprecian diferencias o porque son muy pequeñas e inciertas: los inhalables, la cocaína, las drogas de síntesis, los alucinógenos, las anfetaminas, la heroína y el crack.

2 Evolución largo plazo: 1988 a 2000

En la figura 3.14, por tratarse ya de un período de tiempo largo, tomando las diferencias superiores a una décima (y equiparando ésta, por más o por menos, a posible igualdad), podemos ver que las tendencias de evolución global en estos últimos trece años serían las siguientes:

- **De incremento:** con una intensidad media, en torno al medio punto de aumento, el cánnabis y los otros opiáceos.
- **De descenso:** con cierta intensidad, entre 2 y 1,2 puntos de descenso, el alcohol abusivo, el tabaco diario y las anfetaminas; y ya con intensidad media, la heroína (-0,5), la cocaína (-0,4), siendo los tranquilizantes los que menor descienden.

Figura 3.13
Evolución del consumo de drogas en el corto plazo reciente. Galicia, 1998–2000.
(Tabaco diario, alcohol abusivo, resto drogas: consumo últimos seis meses)

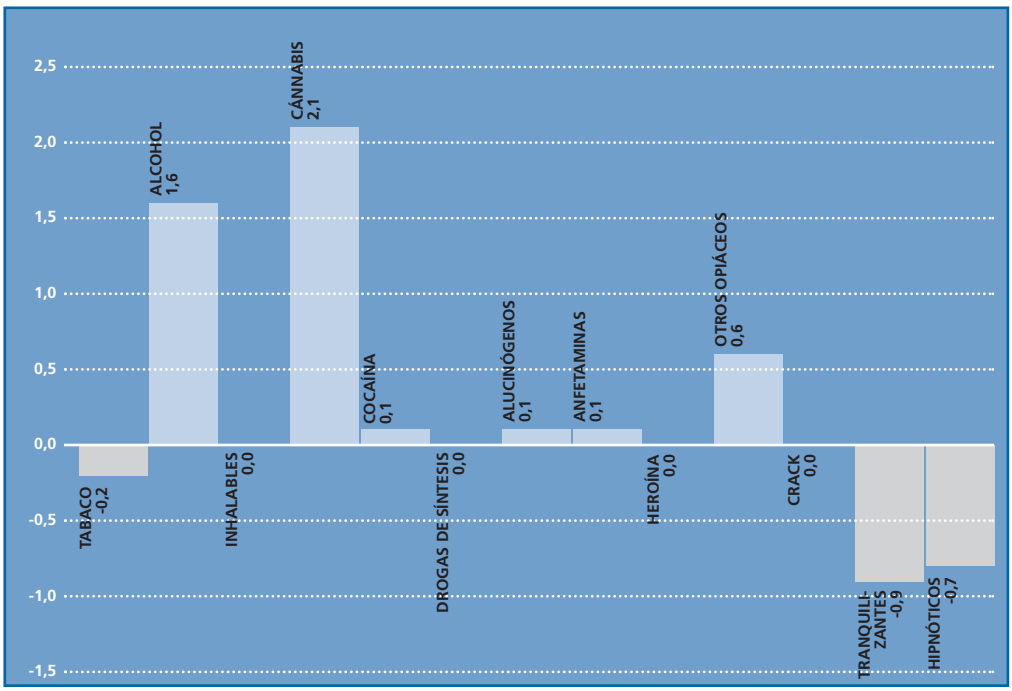
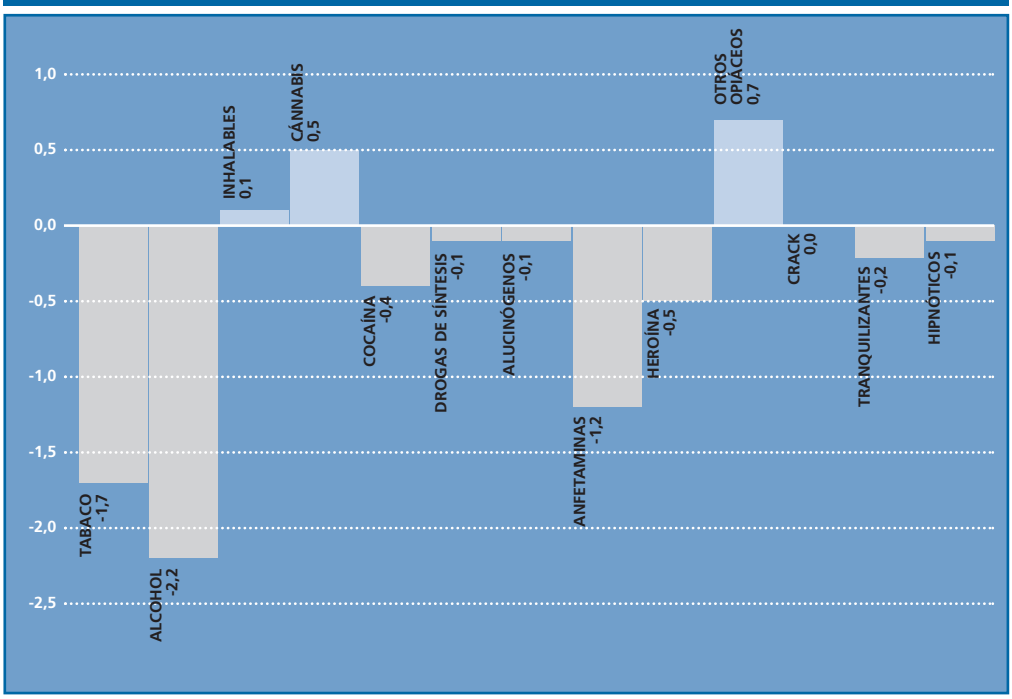


Figura 3.14
Tendencias de evolución del consumo de drogas en el largo plazo. 1988–2000. (Tabaco diario, alcohol abusivo, resto drogas: consumo últimos seis meses)



- **De estabilidad:** con diferencias positivas o negativas no superiores a una décima, los inhalables, los alucinógenos, las drogas de síntesis y los hipnóticos.

En general esta evolución en los últimos trece años es una secuencia histórica entre la primera toma de datos en 1988 y el 2000. Ciertamente, indican lo que los consumos de cada sustancia han dado de sí, pero en la posible evolución del futuro próximo hay que tener también en cuenta cómo se están desarrollando ciertos consumos en el presente y en el pasado reciente (1998 a 2000), especialmente en lo referente al género (las mujeres) y los grupos etarios jóvenes (12–18 y 19–24 años), como ya hemos ido indicando en cada sustancia en particular.

En función de todo esto, aunque el tabaco y el alcohol, y quizás también la cocaína, han experimentado un descenso global claro, no habría que descartar un posible repunte en los próximos años, según como evolucionen los consumos en las mujeres y en los grupos etarios más jóvenes. El cánnabis, los hipnosedantes y los otros opiáceos parecen estar en una fase lenta, y quizás discontinua, de incremento; los últimos probablemente por su doble función de analgésicos (en personas mayores) y como sustitutivos de la heroína. La heroína apunta a una consolidación de su descenso, aunque sin bajar mucho los consumos más habituales. Las drogas de síntesis y otras asociadas es muy posible que no crezcan de forma global, pero probablemente seguirán teniendo un consumo de cierta importancia entre los jóvenes.

Por último, en lo que se refiere al policonsumo, la tendencia sería la de una cierta contención del mismo, pero con un primer modelo de fuerte policonsumo, el de los psicoestimulantes, muy de moda entre los jóvenes y bastante consolidado. Hay otro modelo que, aunque no es de un policonsumo tan intenso como el anterior, es bastante amplio en cuanto a número de consumidores y previsiblemente en expansión, este modelo sería el formado por el tabaco diario, el alcohol abusivo y el cánnabis.

Estas tendencias están, en general, en la misma línea de lo observado por la OEDT en el conjunto de la Unión Europea. En sus Informes de 1999 y 2000 (OEDT, 1999–2000) vemos que el consumo del cánnabis está en aumento, especialmente entre los jóvenes. La heroína ha experimentado un cierto descenso con prevalencias inferiores al 1%. Las drogas de síntesis y las anfetaminas aumentaron en los años noventa, aunque en la actualidad parece observarse en algunos países cierta contención de estos consumos. Y también la cocaína habría experimentado este proceso. Tanto en estas sustancias, como en las drogas de síntesis su principal potencialidad de riesgo es su penetración en los grupos etarios más jóvenes. Igualmente estos informes señalan el "consumo múltiple de drogas" (policonsumo), tanto de las drogas ilegales como las legales, en especial el alcohol y los tranquilizantes.

3.3 Motivaciones, factores de riesgo y factores de protección en el consumo de drogas

3.3.1 Motivaciones para el consumo de drogas y factores de riesgo asociados al mismo

El análisis de la posible causalidad en los consumos de drogas en Galicia se ha abordado en los distintos estudios desde dos perspectivas: la **subjetiva**, mediante las **motivaciones** directamente aducidas por los propios consumidores, y la **objetiva,** a través de los distintos **factores de riesgo** asociados a los consumos. Veamos los resultados obtenidos en cada una de estas dos perspectivas.

A Las motivaciones para el consumo de drogas

En la tabla 3.24 se recogen las razones señaladas para el consumo de **alcohol** en los distintos estudios:

Tabla 3.24 Motivaciones para el consumo de alcohol. 1988–2000

Motivaciones	1988	1992	1994	1996	1998	2000
Porque me gusta	58,3	39,8	78,1	57,6	56,2	68,9
Por razones de relación	13,9	30,1	13,9	17,6	21,8	16,9
Por influencia social	3,9	14,7	2,8	5,4	11,9	5,2
Por razones familiares	0,8	5,0	0,3	13,0	0,7	4,0
No lo sé	3,6	2,7	2,4	3,3	4,1	3,6
Por razones de salud	1,6	1,9	0,8	0,8	1,5	0,5
Otros motivos	6,5	1,9	1,3	1,2	1,1	0,3
Por razones económicas	0,7	0,1	0,1	0,8	2,2	0,2
Por problemas de trabajo	0,4	0,1	0,0	0,1	0,5	0,2
Por no poder dejarlo	1,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2
NS/NC	9,3	3,1	0,4	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Como puede observarse, en todos los estudios la razón para tomar alcohol más prevalente es "porque me gusta", yendo de, un 58,3% en 1988 a un 68,9% en 2000. En el segundo nivel estarían las de "relación o influencia social", cuya suma era en 1988 de un 17,8% y en 2000 del 22,1%. Ambos tipos de razones vendrían a reflejar el alto grado de incorporación del alcohol en los hábitos de consumo y en la cultura social. En principio sería una percepción no problematizada del consumo de esta sustancia.

Del resto de las motivaciones aducidas hay un grupo que relaciona directamente su razón para tomar alcohol con situaciones problemáticas (familiares, laborales, de salud). Este grupo era en 1988 de casi un 3% alcanzando un 5% en 2000.

En lo relativo a las motivaciones para consumir drogas ilícitas o psicofármacos, cabe agruparlas en función de su naturaleza, de tal modo que la comparación de los resultados obtenidos a lo largo de la década resulte más sencilla y práctica. Así, los tres tipos de motivaciones considerados son los siguientes:

- Motivaciones sintomatológicas, relacionadas con los problemas de salud: enfermedades, dolor, nervios, etc.

- Motivaciones de placer y experimentales: búsqueda de placer, animarse, deseo de experimentar nuevas sensaciones, superar el aburrimiento, etc.
- Motivaciones de respuesta social, que hacen referencia al uso de drogas como una respuesta ante situaciones personales y sociales conflictivas o frustrantes (problemas personales, familiares, laborales o rechazo social), o por otro lado, como deseo de mejora o integración social (incrementar el rendimiento en el trabajo o los estudios, integrarse en un grupo, etc.).

La evolución de estas motivaciones a lo largo del tiempo aparece recogida en la tabla 3.25:

Tabla 3.25 Motivaciones para el consumo drogas ilegales y psicofármacos. 1988–2000

Motivaciones	1988	1992	1994	1996	1998	2000
Sintomatológicas	57,0	36,0	36,5	32,5	43,2	32,1
De respuesta social	19,3	11,5	28,3	34,1	28,9	12,0
Placer y experimentales	11,1	10,0	28,2	21,1	22,1	48,6
NS/NC	12,6	42,5	7,0	12,3	5,7	7,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La evolución experimentada en las razones aducidas para el consumo de otras drogas ha sido la siguiente: disminución de las motivaciones sintomatológicas (57% en 1988 a 32,1% en 2000), y también las de respuesta social (19,3% en 1988 y 12% en 2000); en el sentido contrario estarían las razones de placer y experimentales, que se incrementan de un 11,1% en 1988 al 48,6% en 2000.

Este progresivo cambio de tendencia en las motivaciones verbalizadas significa, probablemente, que no se encubren ya tanto los motivos bajo razones justificatorias (malestar, frustración, rechazo social…), al tiempo que se reconocen más abiertamente razones de presentismo y hedonismo. No obstante, esto no significa que no sigan existiendo situaciones objetivas que, al margen de cómo se conciencien, son predisponentes o facilitadoras de los consumos de drogas. Estas situaciones son las que se han venido denominando factores de riesgo, los cuales vamos a ver a continuación.

B Los factores de riesgo en el consumo de drogas

Desde el primer estudio en Galicia de 1988 se han venido incluyendo en las encuestas una serie de variables para detectar la relación existente entre los consumos de drogas y determinadas situaciones que estarían actuando como factores de riesgo asociados a los mismos. En los primeros estudios el método de medición eran las puntuaciones medias obtenidas por las variables de riesgo que configuraban los distintos tipos de factores: familiar, social y personal, más el laboral a partir del estudio de 1998. Y en todos estos estudios se constató que los factores familiar y social eran los más relacionados con los consumos, seguidos del personal y, posteriormente del laboral.

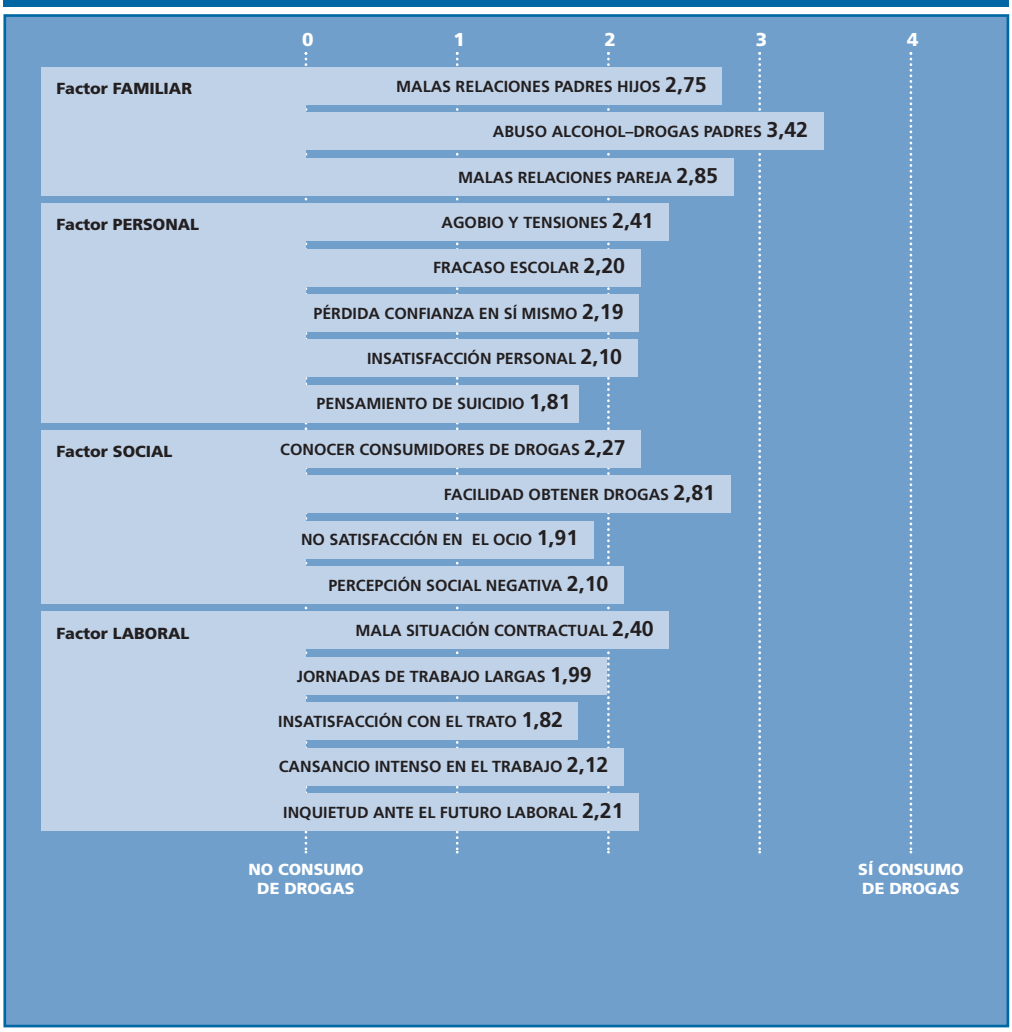
En el estudio de 2000 se adoptó una metodología más potente, el análisis de regresión logística, que además de a los factores de riesgo, se aplicó también a un nuevo bloque de factores de protección. Este conjunto de factores fueron orientados en base a una detenida revisión bibliográfica que se puede ver en el informe de 2000.

En lo que se refiere a los factores de riesgo se incluyeron un total de 25 variables, de las que 17 resultaron muy relacionadas con los consumos de alcohol abusivo y de otras drogas. En la figura 3.15 se recogen las variables cuya existencia tiene una probabilidad de consumo (odds ratio) superior a 1,80 respecto a su no existencia, y con significación bastante alta (de P<,01 a P<,000). De estas variables significativas cabe destacar lo siguiente:

- En el factor familiar se alcanzan las odds ratio más potentes, especialmente en el abuso del alcohol y las drogas por los padres (3,42) y en las malas relaciones familiares (pareja: 2,85 y padres hijos: 2,75).
- En el factor personal aparecen cinco variables significativas, pero con odds ratio algo menores. De ellas las más explicativas son el agobio y la tensión personal (2,41), el fracaso escolar (2,20) y la pérdida de confianza en sí mismo (2,19).
- En el factor social tenemos cuatro variables bastante explicativas, especialmente la facilidad para obtener drogas (2,81) y el conocer a consumidores de drogas (2,27), así como la percepción social negativa (2,10).
- Por último, en el factor laboral encontramos cinco variables significativas, principalmente las que aluden a una mala situación contractual o precariedad en el empleo (2,40) y la inquietud ante el futuro laboral (2,21), o a malas condiciones de trabajo (jornadas largas: 1,99, y cansancio intenso: 2,12).

De modo que cuando estas situaciones o factores de riesgo están presentes los consumos observados son siempre más altos que cuando no lo están.

Figura 3.15
Factores de riesgo ante el consumo de drogas.
(Odds ratio regresión logística. P<,01 a P<,000)



3.3.2 Motivaciones para el no consumo de drogas y factores de protección ante las drogas

En lo que se refiere a la reducción o modulación de los consumos de drogas veremos aquí, al igual que hicimos en el apartado anterior, la perspectiva subjetiva mediante las motivaciones señaladas para el no consumo de drogas, y la objetiva a través de los factores de protección ante los consumos.

A Las motivaciones para el no consumo de drogas

Sobre este particular se preguntó en todos los estudios de modo conjunto para el alcohol y para el resto de drogas. La evolución observada de 1988 a 1998 es la que se recoge en la tabla 3.26:

Tabla 3.26 Evolución de las motivaciones para no consumir drogas. 1988–1998*

Motivaciones	1988	1992	1994	1996	1998
Convicciones personales de tipo moral	8,9	15,7	22,1	12,7	13,8
Porque perjudican la salud	29,3	37,6	37,6	41,2	23,1
Son perjudiciales para la sociedad	2,5	1,7	0,6	0,7	3,0
Me siento bien y no me hacen falta	39,5	25,0	34,2	26,6	41,1
Son ilegales	0,7	0,7	0,4	0,3	1,7
Crean problemas personales, familiares y laborales	2,9	1,7	1,8	7,7	9,0
Mi familia no lo aceptaría	0,3	0,1	0,1	0,2	1,1
Por miedo	1,3	0,3	0,6	0,6	1,6
Porque no me fío de mí ni de mi control	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4
No lo quiero formular	9,6	14,6	1,3	0,0	—
Por otras razones	2,7	1,1	1,0	0,9	1,6
NS/NC	1,8	1,5	0,0	8,7	3,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* *Con el fin de dejar espacio en el cuestionario para las variables sobre los factores de protección, este indicador no se incluyó en la encuesta de 2000.*

Las tres razones que más retraen del consumo de drogas en la última encuesta son las mismas que a lo largo de la década de los noventa. No obstante, en 1998 el equilibrio físico y psicológico de la persona pasa a ser la razón más mencionada, por delante de lo perjudicial que resulta el consumo de estas sustancias para la salud. Por su parte, las convicciones personales de tipo moral se mantienen en los niveles de 1996 (y 1992), mientras que la conciencia de la problemática que provoca el uso de drogas continúa el incremento experimentado desde 1996.

En cualquier caso, priman las motivaciones personales de autoidentidad y equilibrio personal a las de carácter externo, legal o de temor. Así pues, sería la propia convicción y el bienestar y realización personal los factores de protección subjetivos que habría que promover desde un discurso preventivo, siendo, además, la estructura básica de estas motivaciones, muy estable desde el año 1988. Esto se esclarece y detalla aún más desde los propios indicadores de los factores de protección que veremos a continuación.

B Los factores de protección ante el consumo de drogas

Con la misma metodología, vista en los factores de riesgo, se incluyó en la encuesta de 2000 una batería de otras 25 variables sobre factores de protección. De ellas 18 resultaron tener una relación de modulación o reducción de los consumos de drogas bastante significativa (odds ratio de 1,80 en adelante y P<,01 a P<,000).

Según podemos ver en la figura 3.16 (en sentido inverso a los factores de riesgo) la presencia de determinados factores de protección hacen que el no consumo de drogas sea superior a cuando no están presentes. De ellos cabe resaltar lo siguiente:

- En el factor de **valores alternativos** (al presentismo y hedonismo) encontramos cinco variables significativas, siendo especialmente explicativa los valores de cooperación (2,25), el cuidado del cuerpo y la salud (2,19) y el mantenerse al margen del consumo de drogas de los amigos (2,13).
- En el factor de **actividades alternativas** (al ocio de discotecas, al botellón, etc.) tenemos cinco variables significativas, de ellas especialmente potentes: las actividades sociales (2,31) y las humanitarias (2,01), y la práctica del deporte (2,04).
- En el factor de la **integración familiar** son cuatro las variables significativas observadas en relación a un menor consumo de drogas, siendo especialmente potentes el diálogo padres hijos en general (2,23), el que los padres hablen con sus hijos sobre los riesgos de las drogas (2,20) y la estabilidad familiar (1,96).
- Finalmente, en el factor de **entorno y prevención** son también cuatro las variables significativas encontradas; de ellas destacan: el haber recibido en la escuela prevención ante las drogas (3,15), siendo de todas las variables de protección la más potente en su relación con el no consumo. También son muy explicativas las de haber participado en alguna actividad contra las drogas (2,23), y el conocer algún mensaje preventivo (2,19).

Así pues, cuando se dan estos factores de protección los no consumos de drogas son mayores que cuando no se dan dichos factores.

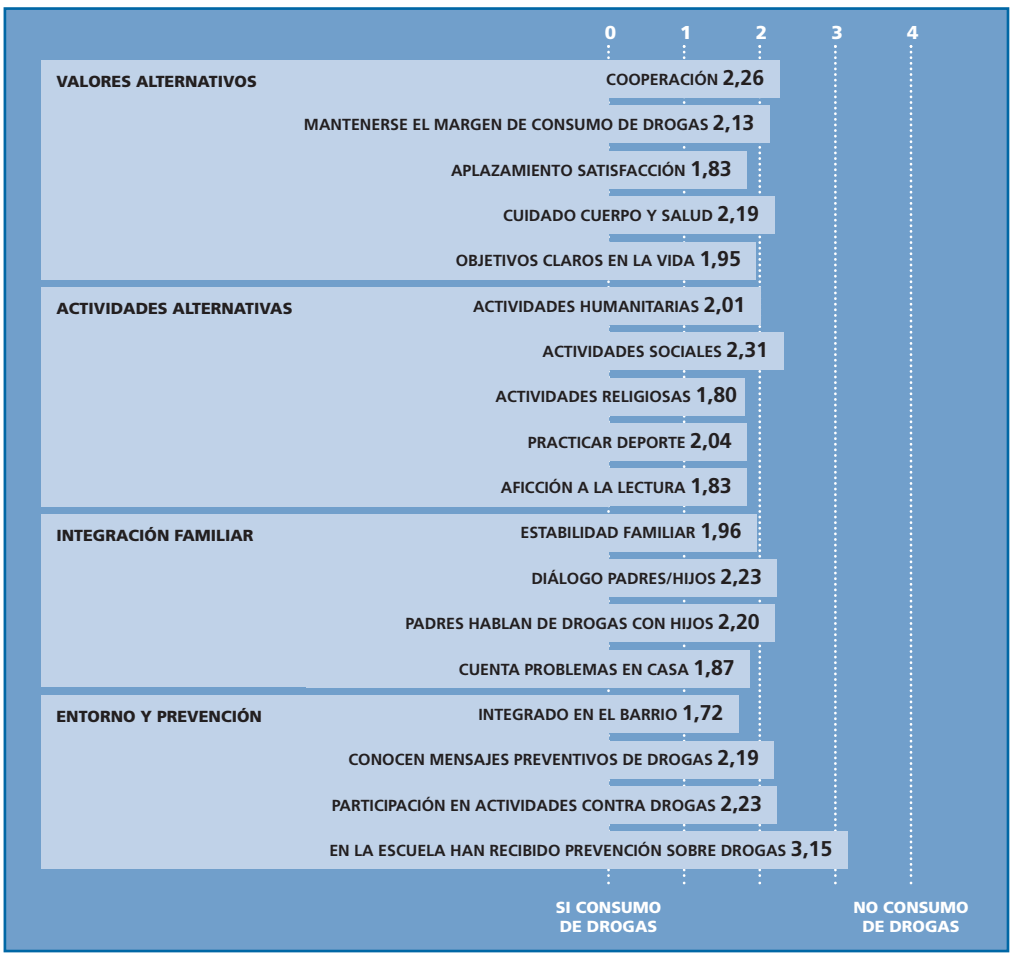
Ante todos estos factores de riesgo y de protección en las drogas se impone la necesidad de potenciar la prevención, como respuesta esencial hoy ante esta problemática. En la misma presentación de la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000–2008 (DGPNSD, 2000 a) se dice lo siguiente:

> *"Pero, sin lugar a dudas, el **eje fundamental** de la Estrategia es la prevención. Una **prevención** que, como venimos repitiendo durante estos años, debe estar basada en la educación y en la formación de actitudes y valores, dirigida especialmente a los niños y jóvenes y tener muy en cuenta los consumos recreativos de fin de semana. La prevención, igualmente, debe enmarcarse en una perspectiva amplia dentro de lo que se denomina "Educación para la Salud". Entre los ámbitos prioritarios en los que esta prevención debe centrarse figuran el familiar y el escolar. Los programas escolares han adquirido gran alcance e interés en los últimos años, pero estamos obligados a tender a un proceso de paulatina generalización de la intervención en este ámbito. Asimismo, debemos profundizar en otros espacios donde, si bien se han iniciado interesantes experiencias, aún queda mucho camino por recorrer: tal es el caso de la prevención en el medio laboral o los proyectos de colaboración con los medios de comunicación social."*

Este propósito preventor en Galicia es reforzado por la potencia empíricamente demostrada de factores de protección tales como el cuidado de la salud y el cuerpo, la familia, la prevención en la escuela, así como los valores y actividades alternativas, o las actuaciones en el medio laboral.

Con lo recogido en los dos puntos anteriores vemos que se cumplen las hipótesis referidas a: la existencia de tres tipos básicos de motivaciones en el consumo de drogas: placer y experimentación, respuesta social, y sintomatológicas (hipótesis 11ª), la relación

Figura 3.16
Factores de protección ante el consumo de drogas.
(Odds ratio regresión logística. P<,01 a P<,000)



entre los factores de riesgo y el consumo de drogas (hipótesis 12ª y 27ª), la relativa a las razones para el no consumo de drogas (hipótesis 17ª), y la relación entre los factores de protección y la modulación o reducción del consumo de drogas (hipótesis 29ª).

Según todo esto podemos concluir que, dada la capacidad predictora de las motivaciones para el consumo de drogas y en especial de los factores de riesgo, toda actuación orientada a reducir o desactivar estas motivaciones y factores contribuiría a una moderación de los consumos. Siendo especialmente importante el no consumo de drogas por los padres y la mejora del clima familiar, la disminución del agobio y la tensión personal y del fracaso escolar; la reducción de la oferta y la presencia social de las drogas y, entre los trabajadores, la eliminación de la precariedad laboral y la mejora de ciertas condiciones de trabajo.

Del mismo modo, en lo que se refiere a las motivaciones para el no consumo de drogas y, sobre todo, a los factores de protección, todo lo que significara su refuerzo tendría también una razonable probabilidad de modelar y reducir dichos consumos. En este aspecto sería especialmente importante la formación en valores alternativos al presentismo y el hedonismo (solidaridad, cuidado de la salud, rechazo de las drogas…); el diálogo y la estabilidad familiar (ayudando a los padres en la formación de los hijos ante las drogas); la promoción de actividades alternativas al ocio consumista (sociales y humanitarias, deporte…); y sobre todo en la prevención de drogas en la escuela y demás actuaciones preventivas ante las mismas.

3.4 Problemas derivados del consumo de drogas

Es bien conocido que el uso de drogas genera unas consecuencias negativas en los consumidores, tanto más intensas cuanto más habitual y/o abusivo se hace ese consumo. Estas consecuencias pueden ser múltiples, del mismo modo que el consumidor puede verse afectado simultáneamente por varias de ellas: problemas de salud, personales, familiares, sociales. Otros indicadores de estas consecuencias de las drogas son el grado de dependencia subjetiva y la necesidad de ayuda y tratamiento. Así pues, en el presente apartado vamos a ver como han ido evolucionando en Galicia estos tres tipos de indicadores entre 1988 y 2000.

A Las consecuencias negativas del consumo de drogas

En el último estudio de 2000 un 15,5% de los consumidores de drogas indicaron haber sufrido alguna consecuencia negativa derivada de dicho consumo. Las consecuencias mencionadas fueron las siguientes:

- El **4,2%** de los consumidores de drogas ilegales y/o psicofármacos ha sufrido **problemas de salud**, derivados de ese consumo.
- El **6,0%** se ha visto afectado por **problemas económicos**.
- Al **4,2%** de los consumidores, el uso le ha generado **problemas familiares** o **de relación**.
- El **0,5%** se ha encontrado con **problemas de estudios** y **laborales**.
- El **0,6%** ha tenido problemas con la **ley**.

Por lo que respecta a la evolución de dichos problemas entre 1988 y 2000 podemos ver (tabla 3.27) lo siguiente:

Tabla 3.27 Evolución de los problemas causados por el uso de drogas. 1988–2000

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

Antes de comentar la evolución de las consecuencias negativas es necesario decir que los usuarios de tranquilizantes e hipnóticos (los más numerosos, por otro lado) determinan claramente la proporción general de consumidores que aseguran no haber sufrido consecuencias negativas derivadas del uso de drogas. Sólo uno de cada diez consumidores de psicofármacos asegura haberse visto afectado por problemas derivados de su uso.

Sin embargo, el panorama cambia cuando nos fijamos en los usuarios de drogas ilegales: la proporción de consumidores no afectados por consecuencias negativas baja claramente, especialmente en lo que se refiere a los consumidores de heroína (entre los que casi la totalidad de ellos aseguran haber sufrido en alguna ocasión problemas derivados de su consumo), de anfetaminas (un 87,5% de afectados) y de drogas de síntesis (el 70,6%). Por el contrario, los consumidores de cánnabis son los que en menor proporción, de entre los usuarios de drogas ilegales, aseguran verse afectados por problemas derivados de su uso (23,5%).

La fuerte relación entre el consumo de heroína y el padecimiento de consecuencias negativas sería lo que explicaría principalmente el notable descenso de dichas consecuencias observado en la tabla anterior a partir de 1996, pues es a partir de este mismo año (figura 3.9) cuando se produce un claro descenso del consumo de esta sustancia hasta llegar en 1998 y 2000 a

la mitad del observado entre 1988 y 1994. Por otra parte, la disminución de estas consecuencias negativas habría que atribuirlo también, en cierta medida, al impulso dado en Galicia a determinados programas de reducción de daños, como el de metadona y el de intercambio de jeringuillas y de dispensación de paquetes preventivos entre los consumidores de heroína.

B El grado de dependencia subjetiva

Otro indicador importante para evaluar las consecuencias negativas del consumo de drogas sería el grado de dependencia subjetiva manifestado por los propios consumidores, de tal modo que en la encuesta de 2000 existe un 15,6% de consumidores que reconoce verse, en mayor o menor medida, "atrapado" por el uso de estos productos, de tal manera que un 8,1% asegura que dejar de tomar drogas le costaría algún esfuerzo, y un 7,5% reconoce que le resultaría muy difícil o imposible hacerlo. El porcentaje global de los que señalan algún grado de dependencia subjetiva es idéntico a los que indicaron haber sufrido alguna consecuencia negativa (15,5%), y que al cruzarlos coinciden en ser el mismo colectivo en más del 90% de los casos.

La evolución de este grado de dependencia subjetiva hacia el consumo de drogas a lo largo de la serie se recoge en la tabla 3.28.

Tabla 3.28. Evolución del grado de dependencia subjetiva de las drogas. 1988–2000

¿Podría dejar el consumo?	1988	1992	1994	1996	1998	2000
Me resultaría imposible	2,5	2,4	12,4	4,3	9,7	2,4
Me resultaría muy difícil	4,3	5,3	18,6	12,9	12,7	5,1
Me costaría algún esfuerzo	15,7	15,0	15,2	35,5	9,7	8,1
Podría hacerlo fácilmente	53,9	26,1	43,4	38,3	25,7	34,1
NS/NC	23,6	51,2	10,4	9,0	42,2	50,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Como puede observarse, después del incremento del grado de dependencia subjetiva entre 1988 (22,5) y 1996 (52,7) a partir de este año cae también la intensidad de este indicador en 1998 (32,1), y sobre todo en 2000 (15,6). Esto se explica también por el descenso del consumo de heroína, ya que en estos consumidores el grado de dependencia subjetiva es del 77,5%, por un 10 a un 15 por ciento en las restantes sustancias.

C Necesidad de ayuda y tratamiento

Otro grupo de indicadores muy relacionados con los anteriores son los referidos a la necesidad de ayuda y tratamiento, concretamente los tres siguientes: consejo de llevar un tratamiento (figura 3.17), consulta a expertos (figura 3.18) y realización de un tratamiento (figura 3.19). La evolución experimentada en estos indicadores entre 1988 y 2000 se recoge en las siguientes figuras.

Como puede comprobarse en las figuras, la tendencia entre 1988 y 1996 es la de incremento en el consejo de tratamiento y en la consulta a expertos, siendo a partir de este último año cuando se produce un descenso en los mismos que es ya detectado en los estudios de 1998 y 2000. En el indicador de llevar o haber llevado un tratamiento el descenso se detecta ya en 1996, después de un incremento entre 1988 y 1994.

Todos estos indicadores responden a las hipótesis 13ª, 14ª y 15ª, aunque en 1988 aún no se preveía la inflexión que, según hemos visto, han experimentado a partir de 1994 y de1996, tanto en las consecuencias negativas derivadas del consumo y el grado de dependencia subjetiva, como en los de necesidad de ayuda. Este descenso se debe, como ya hemos dicho, a la disminución del consumo de heroína y a la del policonsumo a ella asociado, así como a la implantación y extensión de los programas de reducción del daño.

Figura 3.17
Proporción de consumidores aconsejados para llevar tratamiento. 1988–2000

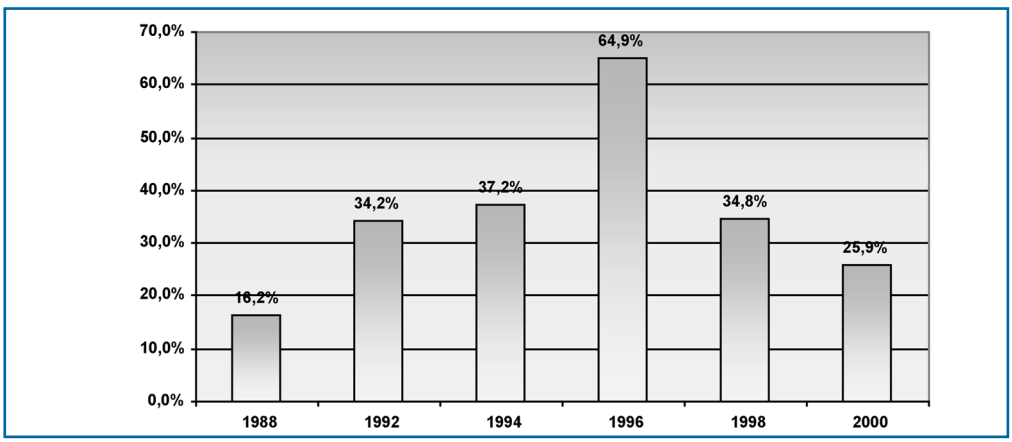


Figura 3.18
Proporción de consumidores que han consultado a expertos. 1988–2000

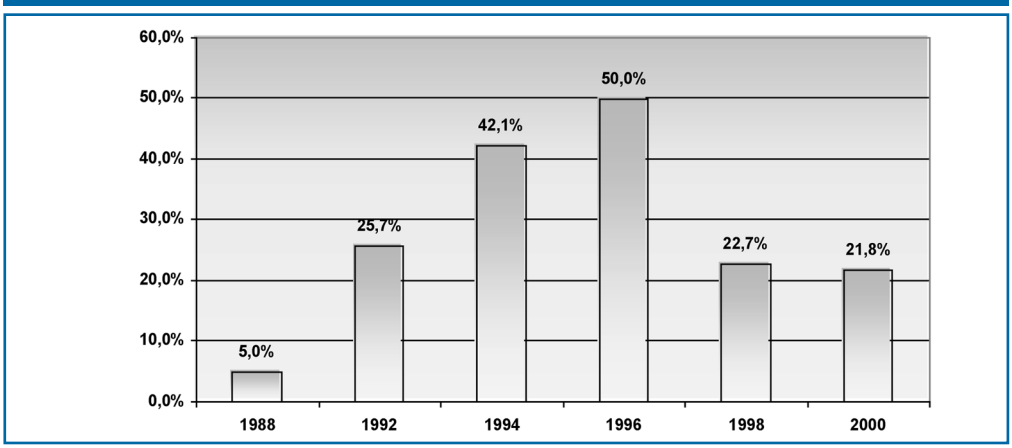
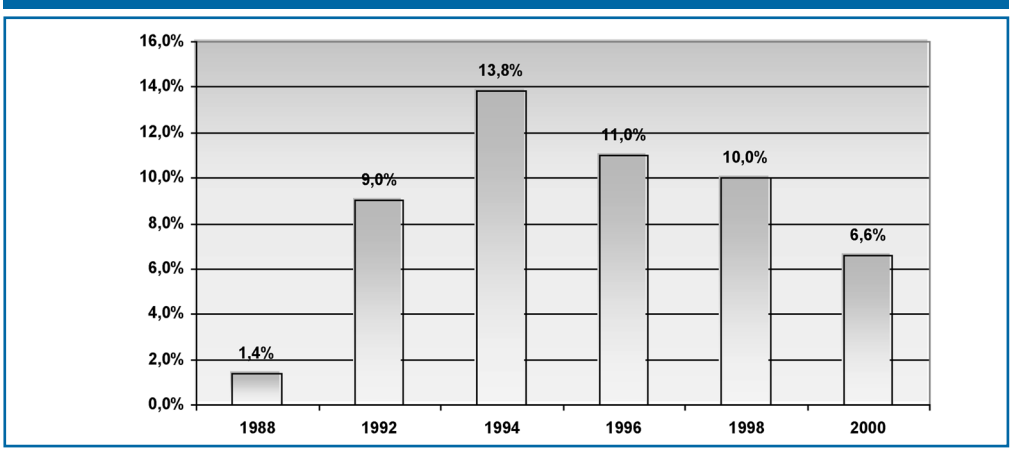


Figura 3.19
Proporción de consumidores que llevan o ya han llevado tratamiento. 1988–2000



3.5 Opiniones y actitudes de la población ante las drogas

Como hecho social que son la presencia y el consumo de drogas, la sociedad gallega tiene un estado de opinión ante el mismo. A lo largo de los distintos estudios que se han realizado en Galicia se han ido incluyendo una serie de indicadores para evaluar este estado de opinión. De ellos los más importantes serían los siguientes: las ayudas y medidas más importantes ante las drogas, el uso de drogas en lugares públicos y el ámbito privado, valoración de los programas de metadona y jeringuillas, y conocimiento y valoración de la labor realizada por el Plan de Galicia sobre Drogas. Los resultados y evolución de estos indicadores serían los siguientes:

3.5.1 Las ayudas ante las drogas

A Las ayudas ante las drogas

Esta cuestión se planteó a los consumidores de las distintas sustancias y las respuestas de los mismos, desde el estudio de 1992 al de 2000, fueron las siguientes (tabla 3.29):

Tabla 3.29 Ayudas más importantes para dejar las drogas, según los consumidores. 1992–2000

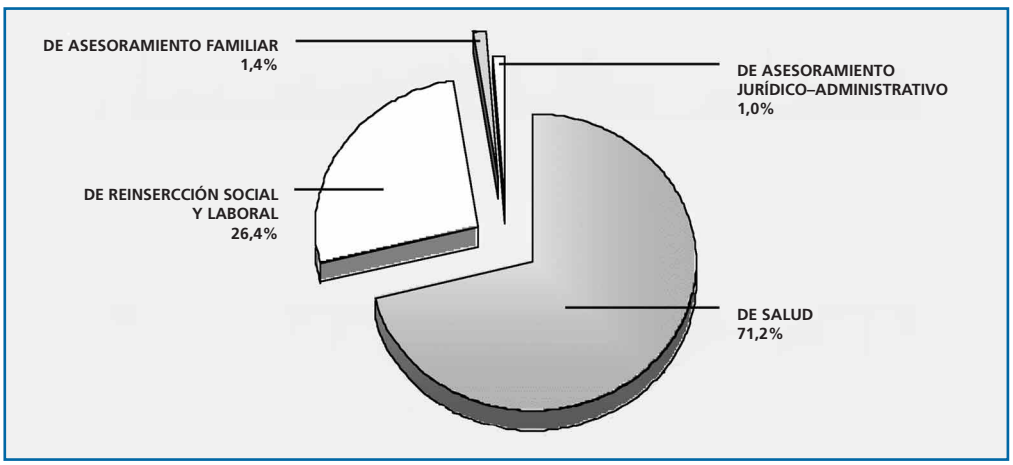
Tipo de ayuda	1992	1994	1996	1998	2000
Desintoxicación de la droga	15,9	27,6	18,2	35,0	25,4
Atención médico–sanitaria en general	11,4	26,9	13,6	8,8	13,8
Ayuda psicológica o psicoterapia	8,6	23,4	26,7	14,4	18,5
Ayuda en formación laboral	0,4	0,7	1,2	2,1	4,1
Ayuda para encontrar trabajo	2,9	4,1	6,2	3,5	6,9
Ayuda en gestiones administrativas	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4
Asesoramiento a la familia	1,2	2,8	1,6	13,8	1,0
Ayuda en la reinserción social	2,4	2,1	7,0	4,7	10,4
Ayuda ante problemas legales o jurídicos	0,4	0,7	1,2	0,3	0,6
NS/NC	56,7	11,7	23,9	17,4	18,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

De los datos obtenidos durante el transcurso de la serie, podemos observar las siguientes tendencias:

- A lo largo de los años se mantienen en un primer nivel como principales ayudas, aquellas relacionadas con la salud de los consumidores: la desintoxicación de la droga, la atención médico sanitaria y la ayuda psicológica y psicoterapia, que han sido las que tienen mayores porcentajes de menciones.
- En la actualidad, podemos destacar también las ayudas de reinserción social y laboral (formación y búsqueda de puestos de trabajo), con una clara tendencia de crecimiento a lo largo de la serie.

Si todas estas ayudas las resumimos en sus cuatro tipos básicos podemos ver su distribución en el 2000 en la siguiente Figura 3.20:

Figura 3.20
Proporción de consumidores que señalan los distintos tipos de ayuda como los más importantes para dejar las drogas. Galicia, 2000



B Las medidas contra las drogas

Cuando se plantean al conjunto de la población de Galicia de 12 años en adelante cuáles serían las medidas más eficaces contra las drogas, las respuestas habrían evolucionado desde 1988 a 2000 del siguiente modo (tabla 3.30):

Tabla 3.30 Medidas más eficaces en la lucha contra las drogas. (1988 2000)

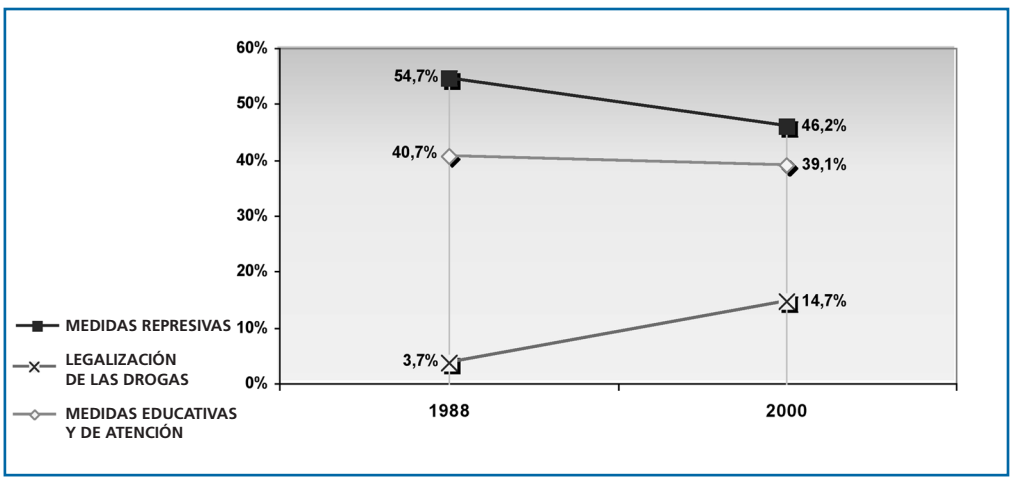
Medidas	1988	1992	1994	1996	1998	2000
Represión de los traficantes de drogas	52,8	72,2	59,6	47,0	37,6	39,2
Represión de los consumidores de drogas	1,9	2,3	2,6	4,2	9,3	7,0
Campañas sobre las consecuencias del uso	9,6	4,2	4,9	7,2	14,5	11,3
Despenalización de las drogas	3,7	7,5	10,7	9,5	18,1	14,7
Mejorar las condiciones de vida (trabajo, ocio)	15,0	4,2	9,5	9,4	4,8	7,7
Crear estímulos y motivar a la gente	5,6	2,1	2,0	6,6	2,6	3,2
Educación sobre las drogas en las escuelas	7,5	4,7	8,0	10,2	9,0	13,8
Más centros de asistencia y tratamiento	2,6	1,5	1,9	3,6	2,8	1,5
Programas de orientación y asistencia familiar	0,4	1,5	0,9	2,3	1,3	1,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

La represión de los traficantes sigue siendo la medida considerada como más eficaz por la mayoría, aunque aún por debajo de los niveles detectados entre 1988 y 1996. La represión de los consumidores baja ligeramente con respecto al año anterior, tras el incremento detectado en ese año, al igual que sucede con las campañas sobre las consecuencias del consumo y la despenalización de las drogas. En cambio, la educación en las escuelas sobre las drogas es la medida que experimenta un mayor incremento, detectando en la actualidad el porcentaje más elevado de ciudadanos que mencionan esta medida en

toda la serie (13,8%). La mejora de las condiciones de vida es una medida que sufre altibajos a lo largo de la serie, situándose en la actualidad en un porcentaje medio (7,7%). La motivación de la gente, la creación de centros de asistencia y tratamiento y los programas de orientación y asistencia familiar siguen siendo minoritarios, como viene siendo habitual en los estudios precedentes.

Si ignoramos los estudios intermedios y comparamos los datos de 1988 y los de 2000, agrupando a su vez las actuaciones represivas, las de legalización de las drogas y las medidas educativas, informativas y de atención, en la figura 3.21 podemos ver la evolución experimentada a largo plazo:

Figura 3.21
Evolución experimentada entre 1988 y 2000
en los tres tipos básicos de medidas ante las drogas



Según estos datos vemos que, en esencia, las tendencias son las siguientes: disminución de las medidas represivas, mantenimiento de las educativas–informativas y de atención, y aumento de la de legalización de las drogas. Si bien en la jerarquización de las mismas, cada una sigue ocupando el mismo lugar en el orden de prioridad manifestado por los ciudadanos a lo largo de todos estos años.

3.5.2 El uso de drogas en lugares públicos y en el ámbito privado

La opinión de los entrevistados, sobre si debería permitirse o sancionarse el uso de drogas, en lugares públicos y en el ámbito privado, es la siguiente:

En lo que se refiere a los lugares públicos un 4,1% no responde a la pregunta y un 95,9% sí lo hace; de estos últimos un 13,1% piensan que no debería sancionarse y el 82,8% opina que sí debería sancionarse. Si tomamos como base cien los que sí responden a la pregunta los porcentajes anteriores serían los siguientes: NO sanción el 13,6% y SÍ sanción el 86,4%.

En lo relativo a la sanción en el ámbito privado la no respuesta es de un 14,4%, mientras que un 85,6% sí responden. De estos últimos un 34% opinan que este consumo debería permitirse y no sancionarse, mientras que un 51,6% piensan que si debería sancionarse (un 34,4% con una sanción leve y un 17,2% con una sanción severa). Tomando como base cien a los que responden estos porcentajes serían ahora los siguientes: NO sanción un 39,7% y SI sanción un 60.3%.

La evolución de estas opiniones desde 1994 a 2000 se recoge en las figuras 3.22 y 3.23.

Como puede observarse en las figuras precedentes, nos encontramos ante un estado de opinión muy estable. En lo referente al uso de drogas en lugares públicos la actitud muy

Figura 3.22
Actitudes ante el uso de drogas en lugares públicos. 1994–2000

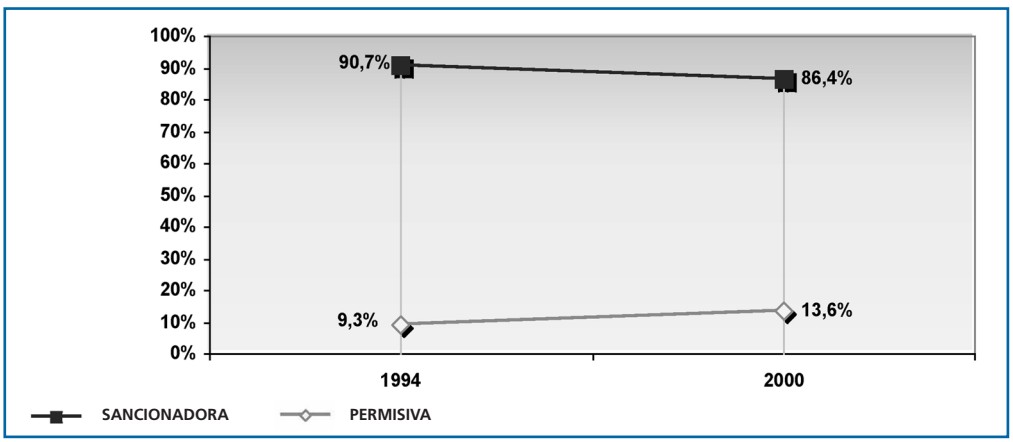
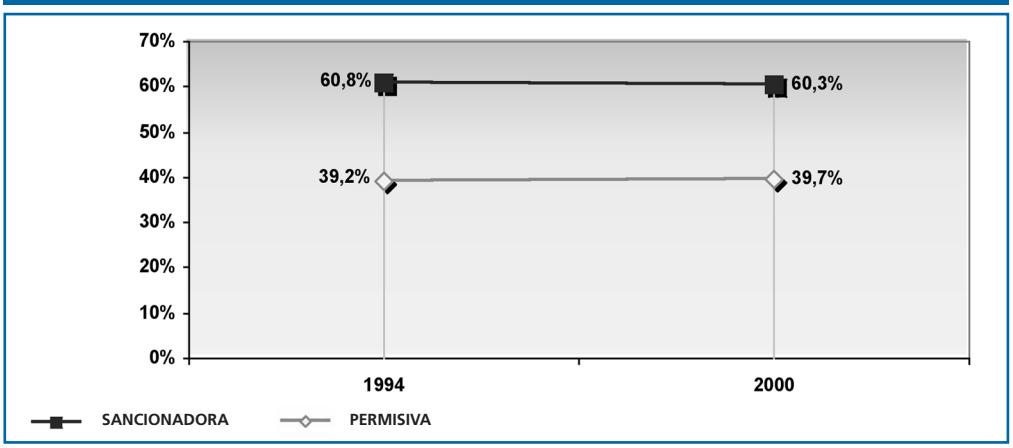


Figura 3.23
Actitudes ante el uso de drogas en el ámbito privado. 1994–2000



mayoritaria es la sancionadora, aunque con un ligero descenso de 4,2% entre 1994 y 2000. En lo relativo al uso de drogas en el ámbito privado la actitud mayoritaria es también la sancionadora, aunque aquí hay una mayor tolerancia (un 39,7% en 2000), sin embargo apenas varia la opinión respecto a 1994.

3.5.3 La actuación del Plan de Galicia sobre Drogas

Ante la realidad y la problemática de las drogas, Galicia fue una de las primeras Comunidades que se plantearon dar una respuesta adecuada, y ello en los diferentes campos posibles: asistencia y tratamiento de drogodependientes, programas de reducción del daño, formación, prevención en las escuelas, etc.

A lo largo de los distintos estudios epidemiológicos realizados en Galicia se han ido incluyendo unos cuantos indicadores para tener conocimiento sobre como iban siendo acogidos por la población algunas de estas actuaciones. En los estudios de 1996, 1998 y 2000 se incluyeron los de reducción del daño: el de administración de metadona y el de facilitación de jeringuillas esterilizadas. Y en los de 1994, 1996, 1998 y 2000 los de conocimiento y valoración del Plan de Galicia sobre Drogas. Veamos la evolución experimentada en estos indicadores.

A La metadona y las jeringuillas

1 La administración de metadona

Sobre este particular, en 2000, un 15,4% de los entrevistados no responden a la pregunta, mientras que un 84,6% sí lo hace; de ellos un 10,8% piensa que no debería administrarse metadona y un **73,7%** opina que sí debe hacerse.

Si tomamos como referencia a los que tienen opinión al respecto, los porcentajes de contrarios y favorables serían ahora los siguientes: No un **12,8%**, Sí un **87,2%**. Y si a partir de estos últimos porcentajes comparamos los favorables actuales con los de 1996 y 1998, podemos ver lo siguiente:

Tabla 3.31 Evolución de las opiniones favorables a la administración de metadona (%). 1996–2000

1996	1998	2000
81,6	84,2	87,2

Como puede observarse hay un aumento sostenido y progresivo en el apoyo a esta actuación, con un incremento de 5,6 puntos porcentuales entre 1996 y 2000.

2 La facilitación de jeringuillas

Respecto a esta cuestión, en 2000, los que no contestan son ya muy pocos, un 3,1%, por un 96,9% que sí lo hace. De estos últimos un 5,9% están en contra de que se faciliten jeringuillas, y el 91% están a favor. Tomando también como base cien a los que responden a la pregunta los porcentajes de contrarios y favorables quedarían del siguiente modo: No un 6,1%, Sí un 93,9%. Y, comparativamente, los favorables en 1996, 1998 y 2000 serían los siguientes:

Tabla 3.32 Evolución opiniones favorables a la facilitación de jeringuillas (%). 1996–2000

1996	1998	2000
92,0	89,4	93,9

También aquí el apoyo a esta actuación es muy alto y sostenido en el tiempo, incluso dos puntos porcentuales por encima de 1996.

B Conocimiento y valoración del Plan Galicia sobre Drogas

1 El conocimiento

En la pregunta sobre el **conocimiento** de la existencia del Plan de Galicia sobre Drogas en 2000 solamente un 0,1% no responde a la pregunta y un 99,9% sí lo hace. De ellos un **39,5%** indican que **sí** lo conocen (tabla 3.33):

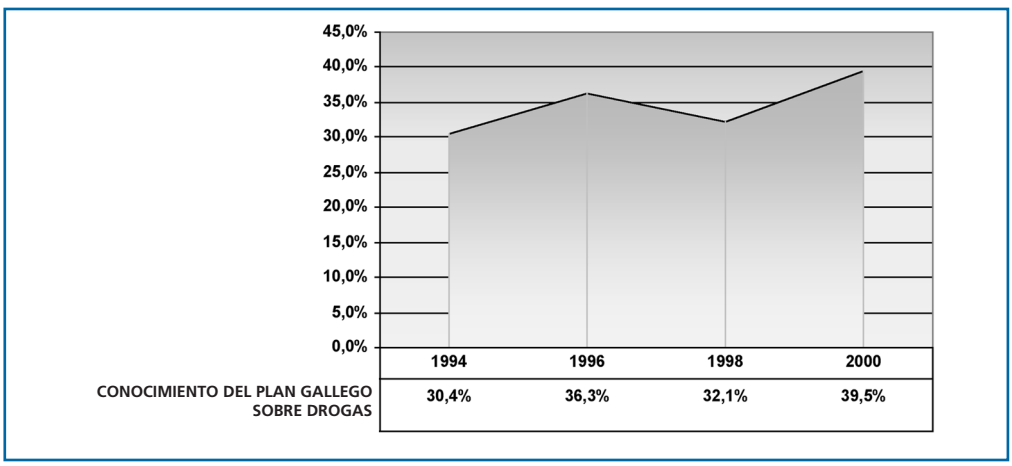
Tabla 3.33 Evolución de la población que conoce el Plan de Galicia sobre Drogas (%)*. 1994–2000

¿Conoce?	1994	1996	1998	2000
No	69,6	63,7	67,9	60,5
Si	30,4	36,3	32,1	39,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

* *En 1994, 1996 y 1998 Plan Autonómico de Drogodependencias.*

Como puede comprobarse, el nivel de conocimiento de la existencia del Plan de Galicia sobre Drogas se ha incrementado **7,4** puntos porcentuales respecto a 1998 y **9,1** en relación a 1994 (figura 3.24).

Figura 3.24
Evolución en el conocimiento del Plan de Galicia Sobre Drogas. 1994–2000



2 La valoración

Entre los que indican conocer el PGD su valoración, en una escala de diez puntos, es la siguiente:

Tabla 3.34 Valoración de la labor del Plan de Galicia sobre Drogas. 2000

Valoración	%
Negativa (1 a 4)	9,4
Positiva intermedia (5 y 6)	32,0
Valoración muy positiva (7 a 10)	58,6
Total	100,0
Base	(807)
Valoración media	7,00

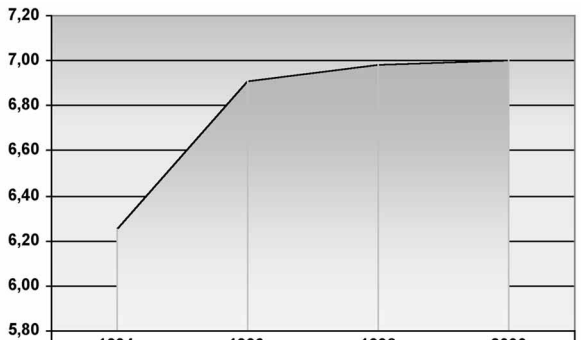
De estos datos se desprende que tan sólo un 9,4% de los encuestados hacen una valoración negativa, mientras que un **90,6%** lo valoran de forma positiva (por encima de cinco), y de ellos un 58,6% lo hacen del 7 al 10. La puntuación media en la escala es de **7**. La evolución de esta puntuación media con respecto a estudios anteriores es la siguiente (tabla 3.35):

Tabla 3.35 Evolución de la valoración del Plan de Galicia sobre Drogas. 1994–2000

Años	Puntuación media
1994	6,25
1996	6,91
1998	6,98
2000	7,0

Como puede verse hay un incremento sostenido en la valoración positiva del Plan de Galicia sobre Drogas, aunque entre 1998 y 2000 es tan ligera que podría estar muy cerca ya del máximo posible (figura 3.25).

Figura 3.25
Evolución de la valoración del Plan de Galicia Sobre Drogas. 1994–2000



	1994	1996	1998	2000
VALORACIÓN DEL PLAN GALLEGO SOBRE DROGAS	6,25	6,91	6,98	7,00

Así pues, vemos que tanto en los indicadores sobre los programas de reducción del daño, como en los de conocimiento y valoración del Plan de Galicia sobre Drogas, hay un nivel bastante alto de aceptación y apoyo de las actuaciones realizadas ante las drogas en esta Comunidad. En esta línea iría también la eficacia protectora de la prevención en las escuelas vista anteriormente (apartado 3.3.2) en lo referido a los principales factores de protección ante los consumos.

En el conjunto de resultados en el presente apartado 3.5 sobre opiniones y actitudes de la población de Galicia ante las drogas vemos que se cumplen las hipótesis previstas: la 18ª sobre actitudes de la población ante las drogas (ayudas y medidas de actuación) y la 30ª referido a un progresivo aumento en el conocimiento y valoración de la labor realizada ante la realidad y problemática de las drogas.

3.6 Conclusiones

Al inicio del presente capítulo se señalaba que en los primeros años ochenta dominaba en España la preocupación por el consumo de heroína y las consecuencias negativas derivadas del mismo, así como una intensa alarma social generada por la inseguridad ciudadana asociada a esta droga. Este paradigma es lo que se llegó a denominar "crisis de la heroína" (Gamella, J., 1997). Esta situación se vivió igualmente en Galicia y las respuestas que se dieron, tanto a nivel nacional como autonómico, respondían a esta situación, y venían caracterizadas fundamentalmente por la asistencia y tratamiento a consumidores de heroína, con programas libres de drogas al principio y más tarde con la introducción de programas de metadona y de reducción del daño, entre otros.

No obstante, probablemente como efecto combinado de la serie de actuaciones ante los problemas generados por esta situación y la propia gravedad de los mismos, el consumo de heroína empezó a disminuir en los primeros años noventa. Este hecho, junto a la aparición de las drogas de síntesis y el cambio en el patrón de consumos de otras sustancias, como el alcohol y la cocaína entre los jóvenes y su progresivo aumento en las mujeres, así como la vinculación de los consumos en contextos lúdicos y recreativos, dieron paso a la consolidación de un nuevo paradigma (Navarro, J., 2002), caracterizado por una cierta normalización y tolerancia ante determinados consumos como el alcohol, el cánnabis, y los consumos ocasionales de psicoestimulantes.

Después del incremento observado en los primeros años noventa en los consumos de cocaína, drogas de síntesis, anfetaminas y alucinógenos, se produce en Galicia una cierta estabilización y descenso después, que probablemente marca el techo de la presencia de estas sustancias en nuestra Comunidad. Sin embargo, su principal potencialidad de riesgo está en su penetración en los grupos etarios jóvenes y el policonsumo que conllevan. Estos hechos, junto al aumento del consumo del cánnabis y el consumo abusivo de alcohol por los jóvenes y la juvenización del consumo de cocaína, especialmente en los fines de semana, serían los principales rasgos epidemiológicos a tener en cuenta para los próximos años. Obviamente, sin olvidar los problemas generados por el consumo de heroína y otros opiáceos que, aunque con una menor amplitud en su consumo, siguen siendo de especial importancia. Y también sin ignorar los consumos abusivos de tranquilizantes, hipnóticos y analgésicos opiáceos, especialmente entre los de grupos etarios adultos y mayores.

Las consecuencias negativas más importantes derivadas de los consumos de drogas son el daño a la salud, los problemas económicos, los problemas familiares y de relación, los problemas en el estudio y en el trabajo, y ya muy minoritariamente los problemas con la ley. Aunque el colectivo de los que han sufrido estos problemas ha disminuido de forma paralela al descenso del consumo de la heroína, todavía un 15,5% de los consumidores de alcohol abusivo u otras sustancias siguen teniendo estos problemas. Este grupo concuerda en un 90% de los casos con el 15,6% que indican sentirse enganchados a estas sustancias.

En lo que se refiere a las motivaciones para el consumo de drogas predominan las de placer y experimentales, seguidas de las sintomatológicas y de las de respuesta social. No obstante, subyaciendo a estas razones subjetivas verbalizadas, encontramos también una serie de factores de riesgo objetivos muy relacionados con un mayor consumo de alcohol abusivo y otras drogas; de ellos destacan el consumo abusivo de los padres y el conflicto familiar, la presencia social de las drogas y su accesibilidad, la inestabilidad personal, el fracaso escolar, determinados valores hedonistas y presentistas, y, entre los que trabajan, la precariedad en el empleo y determinadas condiciones de trabajo negativas (estrés, jornadas prolongadas, cansancio intenso, etc.).

En sentido contrario encontramos también una serie de motivaciones para el no consumo de drogas, así como unos factores de protección objetivos que modulan o reducen los consumos. Entre las razones subjetivas destacan el equilibrio personal, la salud y las convicciones morales. Y entre los factores de protección los más importantes son la existencia

de valores alternativos (solidaridad, cooperación, aplazamiento de la gratificación…), las actividades alternativas (humanitarias, sociales, deportivas…), el cuidado del cuerpo y la salud, la estabilidad familiar, el diálogo padres–hijos, así como la prevención escolar sobre drogas y otros mensajes y actividades preventivas.

Estos motivos y factores de riesgo y protección, y su demostrada relación con un mayor o un menor consumo de drogas, es lo que hace que la prevención se convierta actualmente en el "eje fundamental" en la actuación ante las drogas.

Sobre la realidad y la problemática de las drogas, la sociedad gallega tiene configurado un estado de opinión bastante claro y estable en el tiempo. En lo que se refiere a las ayudas solicitadas por los propios drogodependientes destacan la de desintoxicación de las drogas, la ayuda psicológica y psicoterapia, la atención médico–sanitaria en general, la ayuda para la reinserción social, así como ayudas concretas en la formación y la integración laboral.

Respecto a las medidas más eficaces en la lucha contra las drogas, la población gallega en general cree que las más importantes son las siguientes: la reducción de la oferta y la presencia social de las drogas mediante la represión del tráfico, la educación preventiva sobre las drogas en las escuelas, las campañas de información sobre los riesgos y consecuencias de las drogas, la mejora de las condiciones de vida de ciertos colectivos, y la motivación y creación de estímulos positivos; no faltando tampoco quienes se pronuncian a favor de la despenalización de las drogas. Estos últimos son un 14,7% del total de la población de Galicia de 12 años en adelante, mientras que las medidas educativas y de atención las prefieren un 39,1%, y las de represión del tráfico las mencionan el 46,2%.

En la respuesta del Plan de Galicia sobre Drogas a esta problemática de las drogas (en el capítulo 11 de este informe se recogen una serie de propuestas de actuación en los ámbitos de la prevención, la asistencia y la incorporación social), es preciso contar con un cierto nivel de apoyo de la población que reciba y sancione positivamente las propuestas y, en la medida de lo posible, las incorpore en sus diferentes ámbitos (familiar, participación escolar y comunitaria, medio laboral…). Y, por lo visto en los distintos indicadores utilizados al efecto (grado de acuerdo con el programa de metadona y el de jeringuillas, eficacia protectora de la prevención escolar, conocimiento del Plan de Galicia sobre Drogas, valoración positiva de sus actuaciones…), parece que un amplio sector de la población gallega tiene un juicio y una predisposición positiva. Actitud que, sin duda, aún se podría potenciar más con las actuaciones que se proponen en dicho capítulo once, tales como: ampliación y consolidación de las estructuras de participación comunitaria; las acciones de sensibilización de la población en general, y de los profesionales de los servicios sociales en particular; la formación familiar; los programas de normalización, etc.

4. INDICADORES DE PREVENCIÓN

4. Indicadores de prevención

En 1996 se puso en marcha el denominado Sistema para la Evaluación de Programas de Prevención e Incorporación Social (SEPI) con el objetivo de evaluar los diferentes programas que en estos ámbitos desarrollan las organizaciones no gubernamentales y los ayuntamientos integrados en la Red de Prevención e Incorporación Social del PGD.

La evaluación de los programas de prevención presenta en general múltiples dificultades, entre las que se incluyen: la ausencia de modelos teóricos de referencia que orientan a algunos programas, la falta de adecuación o coherencia entre los objetivos, las actividades y los recursos movilizados para su logro, el escaso grado de operativización de los objetivos y/o la ausencia de indicadores para su evaluación, el importante grado de descentralización en la gestión de los programas (lo que dificulta su coordinación y el establecimiento de sistemas de recogida de la información sobre sus actividades y resultados), la diferente naturaleza de los agentes responsables de la ejecución y evaluación de los programas (profesionales especializados en prevención, voluntarios, etc.) o los distintos niveles de implantación o consolidación de los programas de prevención en función de los ámbitos de actuación, lo que da lugar a la existencia de diseños de evaluación de los programas muy dispares entre si en cuento a sus contenidos.

Con la puesta en marcha del SEPI, una iniciativa pionera en España, se pretendía sistematizar el conjunto de actividades llevadas a cabo en Galicia en los campos de la prevención y la incorporación social por un amplio número de organizaciones e instituciones públicas y privadas, como paso previo para la evaluación de la cobertura, resultados y costes de estos programas.

La enorme heterogeneidad de los programas que se vienen desarrollando en el campo de las prevención provoca la existencia de resultados dispares en cuanto a la cantidad y la calidad de la información obtenida acerca de los mismos, de modo que en algunos casos es posible contar con información relativa tanto a sus niveles de implementación, cobertura, resultados o costes (por ej. en el Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Educativo), mientras que en otros casos sólo resulta posible aproximarse a su grado de implementación. Esta realidad aconsejó una aplicación progresiva del conjunto de instrumentos e indicadores de evaluación previstos por el SEPI.

Los indicadores de proceso previstos por el SEPI en materia de prevención puestos en marcha hasta la fecha por el Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas de la Consellería de Sanidade son los siguientes:

- Nº de programas de prevención.
- Nº de alumnos, profesores y centros en programas preventivos escolares.
- Nº de padres/madres en programas de prevención familiar.
- Nº de participantes en actividades de prevención comunitaria.
- Tasa de cobertura de población total en Galicia.
- Tasa de cobertura respecto a la población destinataria de las actividades.
- Nº y tipo de actividades por ámbito de intervención.
- Nº y tipología de profesionales y total de horas de dedicación.
- Presupuesto por zona geográfica, por actividades y según ámbitos de intervención.
- Nº y tipo de actividades de las entidades colaboradoras.

La información sobre los indicadores de prevención disponible en Galicia para el período 1997–2001 se presenta agrupada en función de los distintos ámbitos de actuación de los programas, de acuerdo con la siguiente tipología:

- **Programas de prevención en el ámbito educativo**. Estos programas se desarrollan en el medio escolar (colegios, institutos y otros centros educativos) y se dirigen a profesores y alumnos.
- **Programas de prevención en el ámbito familiar**. Son aquellos que consideran a la familia en sí misma como objeto de trabajo, sin relacionarla directamente con el ámbito escolar (por ejemplo, las escuelas de padres/madres).
- **Programas de prevención en el ámbito laboral**. Son aquellos que tienen como población diana los trabajadores y que se realizan en los propios centros de trabajo.
- **Programas de prevención con jóvenes**. Incluyen los programas destinados a este colectivo específico en situaciones de especial riesgo. Se diferencian de los programas escolares en que son aplicados fuera de la escuela.
- **Programas de prevención de ámbito comunitario**. Están caracterizados por su estrategia de actuación con la comunidad, de modo que la participación ciudadana en el diseño y ejecución del propio programa cumple un papel esencial. Los programas incluyen además de intervenciones directas con la comunidad, acciones informativas y de sensibilización.

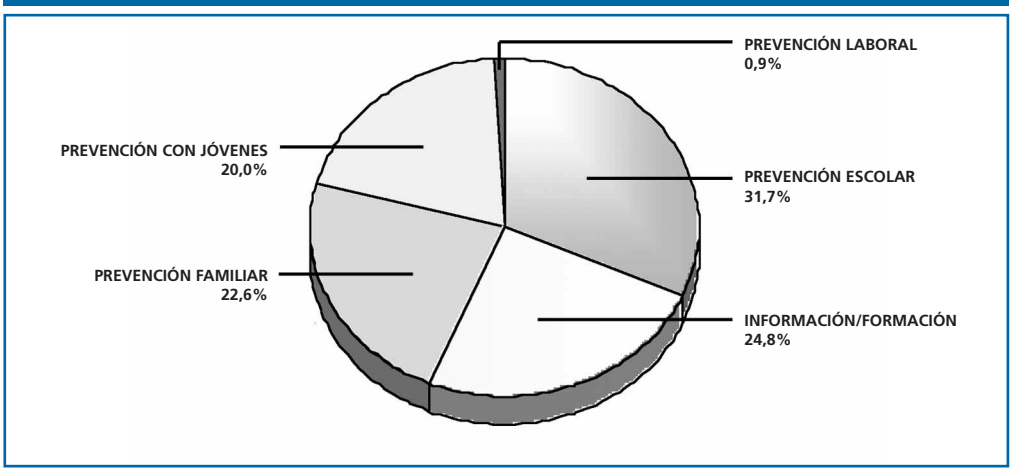
4.1 Niveles de implantación y tipología de los programas de prevención

Durante el año 2001 un total de 127 ayuntamientos (el 40% del total), que aglutinan aproximadamente al 70% de la población de Galicia, desarrollaron programas de prevención de las drogodependencias, un 6,7% más que en el año precedente.

Debe destacarse la existencia de un total de ocho planes comunitarios: Caranza (Ferrol), Distrito Quinto (A Coruña), Marín (Pontevedra), Riveira (A Coruña), Vite (Santiago de Compostela), Monteporreiro (Pontevedra), Casco Viejo (Vigo) y Teis (Vigo), que abarcan a una población de 136.696 habitantes. Desde estos planes se llevan a cabo diferentes actividades preventivas (información–sensibilización, animación sociocultural, educativas, etc.) y de apoyo a la incorporación social.

Además de estos planes comunitarios, durante el año 2001 se desarrollaron en Galicia un total de 230 programas de prevención. La distribución por ámbitos de actuación de estos programas confirmaría que son los de prevención escolar (31,7%) y los de información/formación (24,8%) los que cuentan con un mayor grado de implementación, seguidos a corta distancia de los dirigidos a familias (22,6%) y jóvenes (20,0%). Por su parte los programas desarrollados en el ámbito laboral cuentan con una presencia testimonial (figura 4.1).

Figura 4.1
Implantación de los programas de prevención por ámbitos de actuación. Galicia, 2001



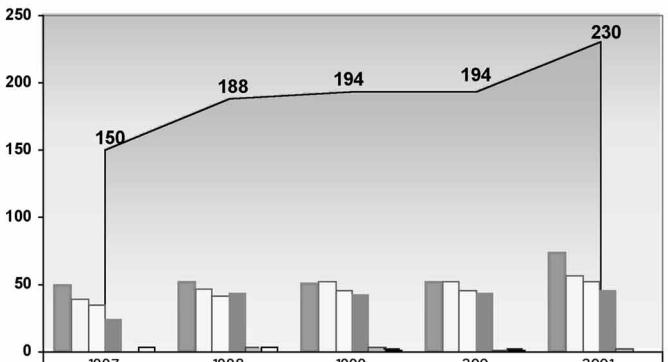
Las provincias de Pontevedra y A Coruña concentran el 76,5% de los programas de prevención desarrollados en Galicia, sin que existan diferencias interprovinciales significativas en la distribución de los mismos por ámbitos de actuación (tabla 4.1).

Tabla 4.1 Implantación de los programas de prevención por ámbitos de actuación. Galicia, 2001

Ámbito aplicación programas	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Totales
Prevención escolar	27	10	8	28	73 (31,7%)
Información–formación	19	6	5	27	57 (24,8%)
Prevención familiar	18	6	7	21	52 (22,6%)
Prevención con jóvenes	18	5	6	17	46 (20,0%)
Prevención laboral	1	—	1	—	2 (0,9%)
Total programas	83	27	27	93	230

La evolución observada en el número de programas de prevención desarrollados en el período 1997–2001 confirmaría el rápido crecimiento de los mismos, con un incremento cercano al 53,3%, pasando su número de 150 a 230 (figura 4.2). Este incremento ha sido especialmente intenso en el año 2001, intervalo en el cual el volumen de programas preventivos implementados creció en un 18,5%, en coherencia con las prioridades que en este ámbito establece el Plan de Galicia sobre Drogas 2001–2004, que señala que tanto la prevención como la incorporación social deben ser áreas prioritarias de intervención.

Figura 4.2
Evolución de los programas de prevención desarrollados en diferentes ámbitos. Galicia, 1997–2001



	1997	1998	1999	200	2001
TOTAL PROGRAMAS	150	188	194	194	230
OTROS	3	3	1	1	0
P. LABORAL	0	3	3	1	2
P. JÓVENES	24	43	42	43	46
P. FAMILIAR	35	41	46	46	52
P. INF. SE.	39	47	52	52	57
P. ESCOLAR	49	51	50	51	73

En el período 1997–2001 los programas dirigidos a jóvenes (con un incremento del 91%), los de prevención escolar, los dirigidos a la familia y los de información–sensibilización (todos ellos con incrementos próximos al 30%), serían los que habrían registrado un mayor crecimiento.

A continuación se analizan los datos aportados por los indicadores de prevención relativos a los tres principales programas que desarrolla actualmente el Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas.

4.2 Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Educativo (PPCDE)

Los centros educativos se configuran como un ámbito prioritario de intervención del PGD en materia de prevención. Los programas encuadrados dentro de este ámbito permiten impulsar distintas estrategias que resultan eficaces en el fomento de estilos de vida saludables en general y, en concreto, en la prevención de los consumos de drogas y los riesgos asociados a los mismos entre los escolares, un colectivo altamente vulnerable y con unas edades en las que suelen iniciarse los consumos de drogas.

El Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Educativo (PPCDE) se implantó en el curso 1994–95 con el objetivo de modificar las creencias y actitudes de los alumnos ante las drogas, así como reducir su consumo y su intención de consumir en el futuro. Es un programa que incorpora múltiples componentes: estrategias informativas, fomento de valores, entrenamiento en habilidades sociales y de resistencia, técnicas facilitadoras de la toma de decisiones o de control emocional, fomento de actividades de ocio saludables, etc. El programa está dirigido a todos los alumnos desde la educación infantil (5 años) hasta la educación post–obligatoria (18 años), siendo el único programa de prevención escolar en el conjunto de la Unión Europea que abarca toda la enseñanza preuniversitaria.

A Implantación del PPCDE

Durante el curso escolar 2000/01 el PPCDE estaba implantado en 554 centros educativos, contando con la participación de 74.499 alumnos y 4.024 profesores (tabla 4.2).

Tabla 4.2 Implantación del PPCDE en el curso 2000/01. Galicia

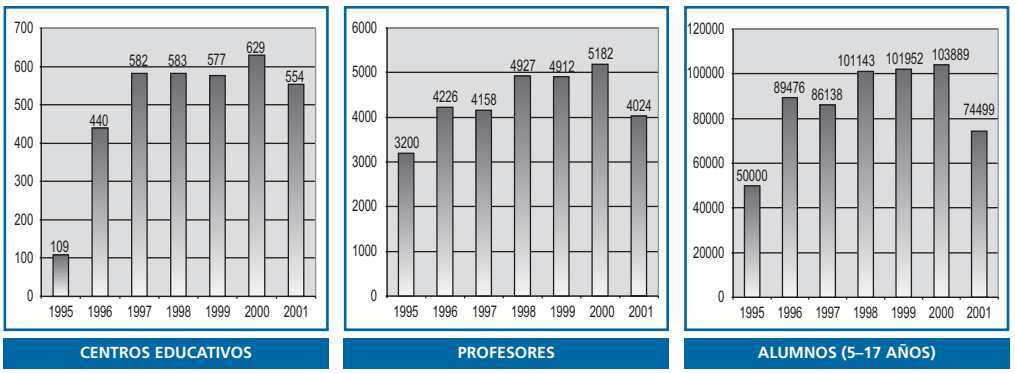
	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Total
Centros	238	58	37	221	554
Alumnos	30.140	9.721	4.486	30.152	74.499
Profesores	1.627	540	284	1.573	4.024

Fuente: Consellería de Educación e Ordenación Universitaria.

La evolución de la implantación del programa en el período 1995–2001 confirmaría que, tras el constante incremento registrado en los años precedentes, en el curso 2000/01 se habría reducido, tanto el número de centros, como el de alumnos y profesores participantes en el mismo. Aunque el número de centros donde se ha implementado el programa se ha reducido en un 12%, los alumnos y los profesores participantes han disminuido de forma más intensa (el 28 y el 22%, respectivamente), hasta situarse en niveles inferiores a los existentes en el curso escolar 1995/96. Hay que señalar que en el curso 2000/01 se produjo la actualización y revisión de los contenidos y de los materiales del programa dirigidos a los alumnos de Secundaria, de acuerdo con los resultados de la evaluación del PPC–DE, motivo por el cual el material antiguo no fué utilizado y se produjo, en consecuencia, el descenso señalado.

Debe destacarse que, a pesar del descenso registrado en el curso 2000/01, a lo largo del período 1995–2001 se han incrementado de forma notable tanto los centros (408%), como los profesores (26%) y alumnos (49%) participantes en el programa con respecto al curso académico 1994/95, fecha en que se puso en marcha el mismo (figura 4.3).

Figura 4.3
Evolución de la implantación del PPCDE. Galicia, 1995–2001



B Cobertura del Programa

Los niveles de cobertura del PPCDE sobre el conjunto de la comunidad educativa gallega son muy importantes. En el curso académico 2000/01 la implantación del programa en 554 centros aseguraba la cobertura del 29% del total de los centros docentes de Galicia (tabla 4.3).

Tabla 4.3 Cobertura del PPCDE respecto de los centros educativos. Galicia, curso 2000/01

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Total Galicia
Total centros	804	224	198	670	1.896
Centros participantes PPCDE	238	58	37	221	554
Cobertura	30%	26%	19%	33%	29%

Fuente: Consellería de Educación e Ordenación Universitaria.

La cobertura respecto del total de alumnos existentes en Galicia en los ciclos educativos que abarca el PPCDE se sitúa globalmente en el 18%. Por su parte el nivel de cobertura alcanza el 63% respecto del total de los 118.383 alumnos existentes en los centros educativos donde se implementó el programa en el curso 2000/01 (tabla 4.4).

Tabla 4.4 Cobertura del PPCDE respecto del alumnado gallego. Galicia, curso 2000/01

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Total Galicia
Total alumnos	168.050	49.571	44.507	150.827	412.955
Alumnos de los centros participantes en PPCDE	51.533	12.729	6.410	47.711	118.383
Total alumnos participantes PPCDE	30.140	9.721	4.486	30.152	74.499
Cobertura sobre total alumnos de Galicia	18%	20%	10%	20%	18%
Cobertura sobre alumnos centros participantes	58%	76%	70%	63%	63%

Fuente: Consellería de Educación e Ordenación Universitaria.

La cobertura del PPCDE en el caso de los docentes se sitúa en niveles inferiores a los descritos para los alumnos, alcanzando el 13% del conjunto de profesores gallegos. La cobertura respecto del total de profesores existentes en los centros educativos que participan en el programa se situó en el 43% (tabla 4.5).

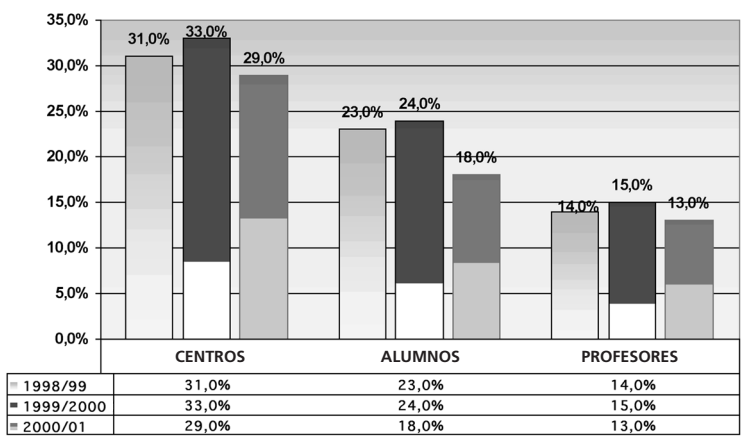
Tabla 4.5 Cobertura del PPCDE respecto del profesorado gallego. Galicia, curso 2000/01

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Total Galicia
Total profesores	12.750	3.960	3.558	10.267	30.535
Profesores de los centros participantes en PPCDE	4.139	1.095	588	3.571	9.393
Total profesores participantes PPCDE	1.627	540	284	1.573	4.024
Cobertura sobre total profesores de Galicia	13%	14%	8%	15%	13%
Cobertura sobre profesores centros participantes	39%	49%	48%	44%	43%

Fuente: Consellería de Educación e Ordenación Universitaria.

La cobertura del PPCDE se incrementó entre los cursos 1998/2000, para reducirse durante el curso 2000/01. Los descensos más acusados se han producido en la cobertura del alumnado (figura 4.4).

Figura 4.4
Evolución de la cobertura del PPCDE. Galicia, 1998–2001



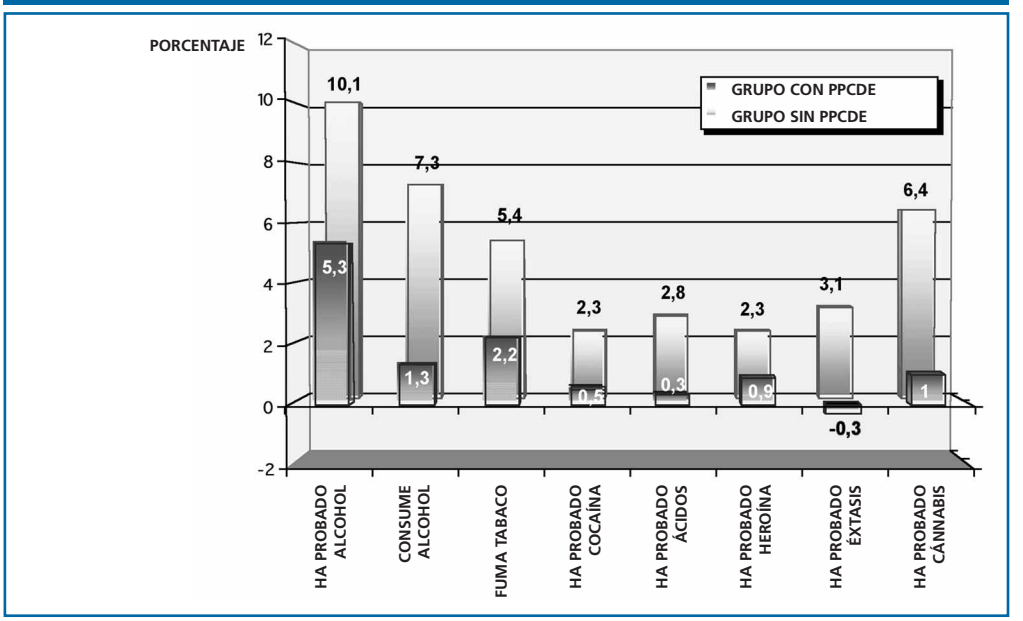
C Resultados del PPCDE

Con el fin de determinar si el programa cumple con los objetivos para los que fue diseñado, el PGD planteó durante el curso escolar 1999/2000 un estudio metodológico compuesto por un diseño cuasi experimental con medición pre–postest (evaluar a los mismos sujetos antes de aplicar el programa, a principios de curso, y después de su aplicación, al final de curso) y con grupo de comparación no equivalente (evaluación a una muestra aleatoria de escolares participantes en el programa y otra muestra también aleatoria de no participantes), realizándose una doble comparación: entre el pre y el postest, y entre el grupo experimental y el control.

A pesar de la gran variabilidad en la aplicación del PPCDE (está concebido para ser implementado con distintos grados o niveles de complejidad, en función de los niveles de implicación o compromiso de los diferentes centros educativos), se encuentran diferencias sistemáticas no debidas al azar entre el grupo experimental y el grupo control, que muestran un efecto positivo del programa en la formación de actitudes negativas ante el con-

sumo, en las intenciones de no consumo y en la reducción del consumo expresado. El efecto preventivo del programa se constata al comprobar que el consumo de drogas es mucho menor en el grupo de alumnos que participan en él que en el grupo de los que no participan (figura 4.5).

Figura 4.5
Diferencias en las prevalencias de uso de drogas entre los alumnos participantes y no participantes en el PPCDE. Galicia, curso 1999/2000



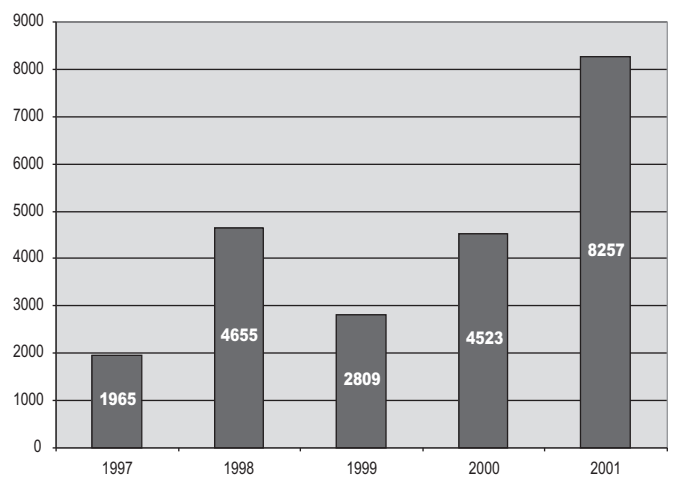
El coste medio por alumno de este programa para el curso 1999/2000 fue de 312 pesetas, lo que confirma la alta eficiencia del mismo, además de la eficacia señalada anteriormente, máxime si se tiene en cuenta que el coste medio por paciente atendido en los centros de tratamiento del PGD en ese mismo período superaba las 94.000 pesetas.

4.3 Programa de Prevención Familiar

El Programa de Prevención Familiar se implantó en 1994, desarrollándose a través de escuelas de padres/madres y de sesiones de información y sensibilización cuando los padres no pueden mantener una presencia de forma continuada, si bien sólo se disponen de datos sistemáticos desde 1997, tras la ampliación del SEPI. Durante el año 2001 participaron en el programa un total de 8.257 personas, 2.052 a través de las 84 escuelas de padres/madres que fueron promovidas desde el marco del PGD y 6.205 mediante actividades informativas–formativas complementarias.

La evolución seguida en el número de beneficiarios del programa de prevención familiar en el período 1997–2001 no ha sido regular, si bien el número de padres y madres participantes en el mismo ha crecido de forma muy intensa, habiéndose multiplicado por 4,2 veces en el cómputo global del período analizado (figura 4.6). La cifra acumulada de participantes en el programa desde 1997 asciende a 107.086 padres y madres.

Figura 4.6
Número de padres/madres participantes en el Programa de Prevención Familiar. Galicia, 1997–2001



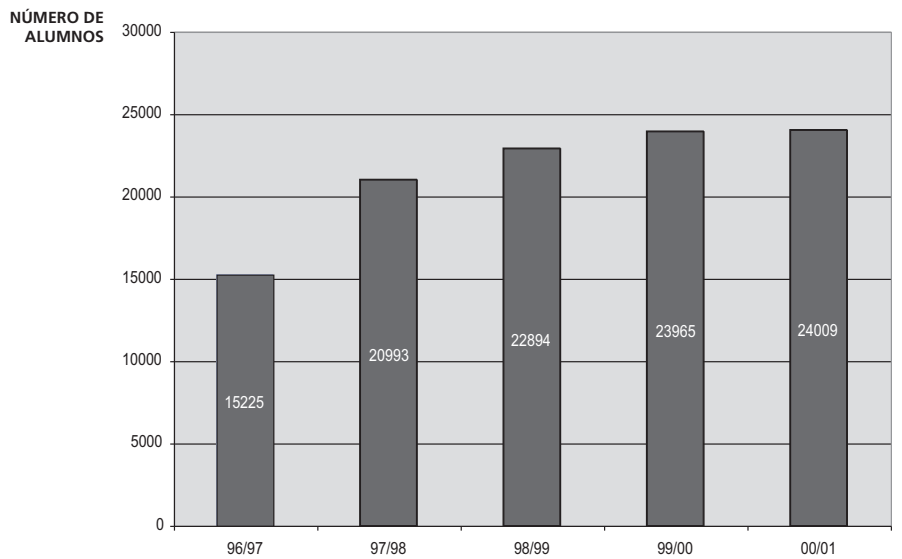
La comparación de las actividades desarrolladas en Galicia en el ámbito de la prevención familiar con las del resto del Estado referidas al año 1999 (último con datos disponibles referidos al conjunto de España), indica que Galicia contaba con una cobertura cercana al 20% sobre el total de padres y madres involucrados en España (25.000) en este tipo de actividades (DGPNSD, 2000 b).

4.4 Programa de Educación en Valores

En el contexto de las actuaciones preventivas dirigidas a los adolescentes y jóvenes gallegos, en el curso académico 1996/97 se implantó el programa de educación en valores y prevención del consumo de drogas "Cinensino". Este programa, que utiliza el cine como elemento motivador, se dirige a alumnos de 5º y 6º de Primaria y de 1º y 2º de Secundaria y tiene como objetivo, tanto la reducción de los factores de riesgo (bajo nivel de autoestima, permisividad de los padres frente al consumo, precocidad en el consumo de drogas legales, etc.), como la potenciación de los factores de protección.

Durante el curso escolar 2000/01 el número de alumnos participantes fue de 24.009. El volumen de los beneficiarios del programa desde su implantación en el curso 1996–97 ha crecido de forma continuada hasta el curso 1999/2000, habiéndose estabilizado a partir de ese momento. La cifra acumulada de participantes en el período 1996–2001 se eleva a 87.192 alumnos (figura 4.7).

Figura 4.7
Evolución de los alumnos participantes en el Programa de Educación en Valores Galicia, cursos 1996/97–2000/01



4.5 Conclusiones

- Los programas de prevención que se desarrollan en Galicia han registrado un intenso incremento en los últimos años, habiéndose incrementado su número en un 53,3% en el período 1997–2001 (de 150 a 230).
- Los programas de prevención escolar y los de información/formación son los que cuentan con un mayor nivel de implementación, representando en el año 2001, respectivamente, el 31,7% y el 24,8% del total de programas de prevención desarrollados en Galicia. Le siguen en importancia los programas dirigidos a las familias y a los jóvenes.
- Aunque durante el curso académico 1999/2000 los centros, profesores y alumnos participantes en el Programa de Prevención de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Educativo sufrieron un brusco descenso respecto de años precedentes, su implementación se ha reforzado de forma muy notable desde su puesta en marcha en el curso 1994/95, con incrementos del 408%, 26% y 49% en el número de centros, profesores y alumnos participantes en el mismo, respectivamente.
- La evaluación realizada del programa de prevención desarrollado en los centros educativos de Galicia (PPCDE) demuestra su eficacia en la potenciación de actitudes de rechazo a las drogas, la reducción de los niveles de consumo de éstas y en el reforzamiento de la intención de no usarlas en el futuro.
- Durante el año 2001 un total de 8.257 padres y madres participaron en las diferentes actividades del programa de prevención familiar, 4,2 veces más que en 1997.
- A pesar del incremento registrado en el número de sus beneficiarios, los programas de prevención dirigidos a la familia y, de manera especial, los programas de prevención laboral, cuentan todavía con un importante espacio para su desarrollo.

5. INDICADORES DE INCORPORACIÓN SOCIAL

5. Indicadores de incorporación social

Desde su puesta en marcha en 1996, el SEPI proporciona de forma sistemática información sobre los distintos programas de apoyo a la incorporación social, impulsados en Galicia por las instituciones públicas y privadas integradas en la Red de Prevención e Incorporación Social del PGD. La información suministrada sobre estos programas aparece clasificada en función de dos grandes categorías: a) Programas generales, desarrollados por la propia Administración Autonómica o desde los planes comunitarios, y b) Programas específicos, categoría en la que se incluyen los programas de centros de día, de talleres de apoyo y de atención jurídico–social.

Los indicadores para evaluar la implementación de los programas de incorporación social previstos por el SEPI que han sido puestos en marcha hasta el momento por el Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas son los siguientes:

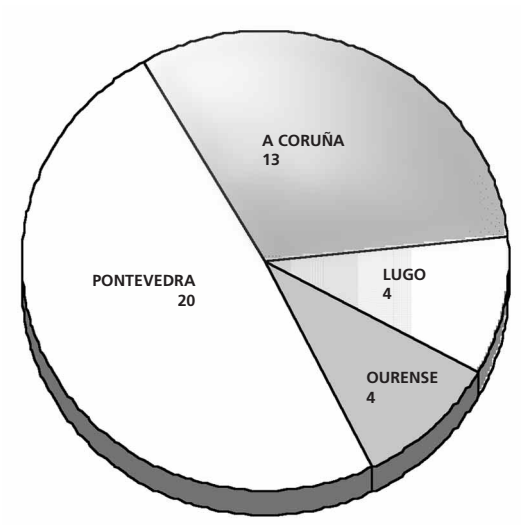
- Número de programas de incorporación social.
- Número de usuarios de estos programas.

5.1 Niveles de implantación y tipología de los programas de incorporación social

A lo largo de 2001 un total de 26 ayuntamientos gallegos (el 8% del total) desarrollaron programas de incorporación social.

Durante este período se implementaron en Galicia un total de 41 programas de incorporación social por los ayuntamientos y asociaciones incorporadas a la Red de Prevención e Incorporación Social del PGD, concentrando las provincias de Pontevedra y A Coruña el 80% de los mismos (figura 5.1).

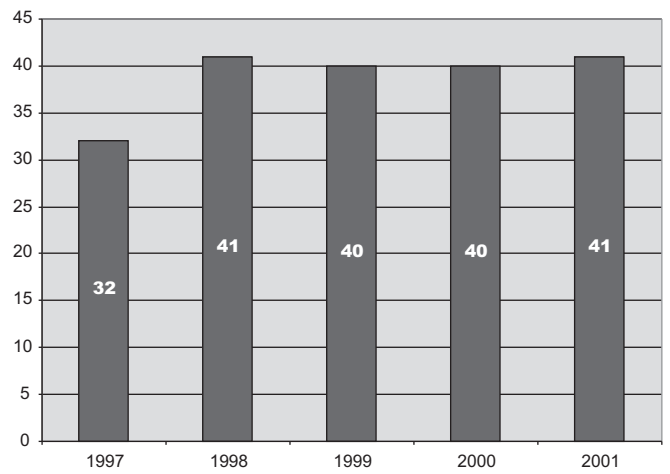
Figura 5.1
Implantación por provincias de los programas de incorporación social. Galicia, 2001



FUENTE: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas

La evolución seguida en el período 1997–2001 por los programas de incorporación social desarrollados en Galicia se caracteriza por su estabilización a partir de 1998, tendencia que se mantiene en el año 2001 (figura 5.2). Esta evolución es coherente con la relativa estabilidad que se viene observando en los últimos años en el volumen de pacientes atendidos en la red asistencial del PGD.

Figura 5.2
Evolución del número de programas de incorporación social desarrollados en Galicia. 1997–2001



Tanto la tipología, como los niveles de cobertura, de los programas de incorporación social que se vienen desarrollando en Galicia difieren de los del resto del Estado. Los datos aportados por las distintas Comunidades Autónomas para la elaboración de la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas del año 2000, indicarían que el número de usuarios de los recursos de apoyo residencial se situarían por debajo de la media nacional en función del peso que la Comunidad Gallega tiene respecto del total de personas atendidas en los servicios asistenciales, en tanto que los de los programas de formación laboral superarían ésta (tabla 5.1).

Tabla 5.1 Número de programas–recursos de incorporación social y usuarios. Galicia y España, 2000

Tipo de programa	España		Galicia	
	Nº Programas y/o centros	Nº usuarios	Nº Programas y/o centros	Nº usuarios
Recursos de apoyo convivencial	111	3.055	3	68
Programas de formación	499	18.042	75	1.466
Programas de integración laboral	108	4.677	11	258

FUENTE: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas y Memoria Plan Nacional sobre Drogas 2000.

5.2 Programas de Atención Jurídico Social

El Programa de atención Jurídico Social que impulsa el PGD tiene como destinatarios, por una parte a los drogodependientes con problemas jurídicos en proceso de tratamiento y a sus familiares, y por otra a los profesionales del sistema judicial y del Plan de Galicia sobre Drogas.

Entre los objetivos del Programa se incluyen el prestar una atención integral a los drogodependientes con problemática judicial, la optimización de la coordinación entre el sistema judicial y el terapéutico y la orientación y el asesoramiento a magistrados, jueces y fiscales sobre la situación personal, familiar y social de los drogodependientes.

Las actividades desarrolladas en el marco del Programa, que se estructura a través de los ocho servicios específicos con que cuenta el área de incorporación social del PGD, han sufrido un notable incremento en el período 1999–2000 (tabla 5.2), como lo acreditan las 4.508 actuaciones desarrolladas durante el último año.

Tabla 5.2 Actividades del Programa de Atención Jurídico Social del PGD. 1999–2000

Actividades	1999	2000
Informes para juzgados	617	1.133
Asistencias en comisarías, juzgados, prisiones	1.935	2.572
Asesoramiento a jueces, abogados, fiscales	357	672
Asistencia a juicios	99	131
Total actividades	3.008	4.508

5.3 Conclusiones

- El volumen de programas de incorporación social desarrollados en Galicia se mantiene estable en los últimos años, en consonancia con la relativa estabilidad que se viene observando en el número de pacientes atendidos en los servicios asistenciales.
- Cerca de 2.000 personas se benefician anualmente de los programas de incorporación social desarrollados en Galicia, cifra que supone una cobertura aproximada del 20% respecto del total de sujetos que reciben tratamiento en los centros de la red asistencial del PGD.
- Los programas de formación y de incorporación laboral son los que gozan de un mayor grado de implantación en el ámbito de la incorporación social.

6. INDICADORES ASISTENCIALES

6. Indicadores asistenciales

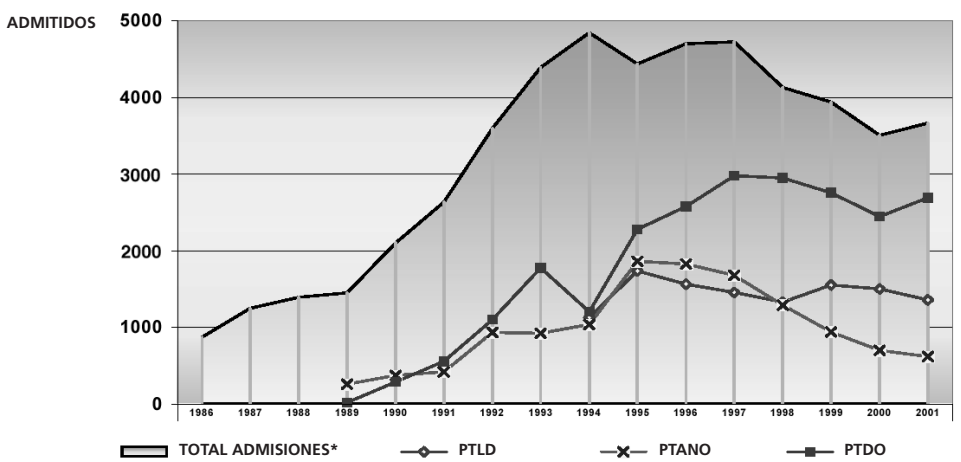
6.1 Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

6.1.1 Admisiones a tratamiento en centros extrapenitenciarios

Durante 2001 se produjeron un total 3.666 admisiones a tratamiento en los centros extrapenitenciarios integrados en la red gallega de atención a las drogodependencias, de las cuales 306 estuvieron motivadas por el abuso y/o dependencia del alcohol y el tabaco (el 8,3%) y el resto a drogas ilegales.

La evolución seguida por las admisiones a tratamiento registradas en Galicia muestra como entre 1986 y 1994 se produce un continuado incremento en las mismas, al que le sigue un período de estabilización entre 1995 y 1997, para iniciar a partir de 1998 un descenso que se mantiene hasta el año 2000. En el año 2001 se ha producido un cierto repunte en las admisiones, que rompe el ciclo descendente que se venía produciendo en los tres últimos años, al haberse incrementado las admisiones en un 4,6% respecto al año 2000 (figura 6.1).

Figura 6.1
Evolución de las admisiones a tratamiento en los centros asistenciales de la red del PGD. Galicia, 1986–2001



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total admisiones *	871	1.249	1.390	1.450	2.104	2.636	3.599	4.391	4.846	4.440	4.705	4.723	4.127	3.943	3.506	3.666
PTDO				16	284	555	1.097	1.775	1.204	2.279	2.577	2.976	2.948	2.755	2.448	2.690
PTANO				260	371	419	935	922	1.036	1.864	1.826	1.678	1.287	942	700	618
PTLD									1.128	1.737	1.562	1.456	1.326	1.553	1.503	1.360

La suma de admisiones en los tres programas supera el total de admisiones porque algunos sujetos son admitidos en dos o más programas a lo largo del año.

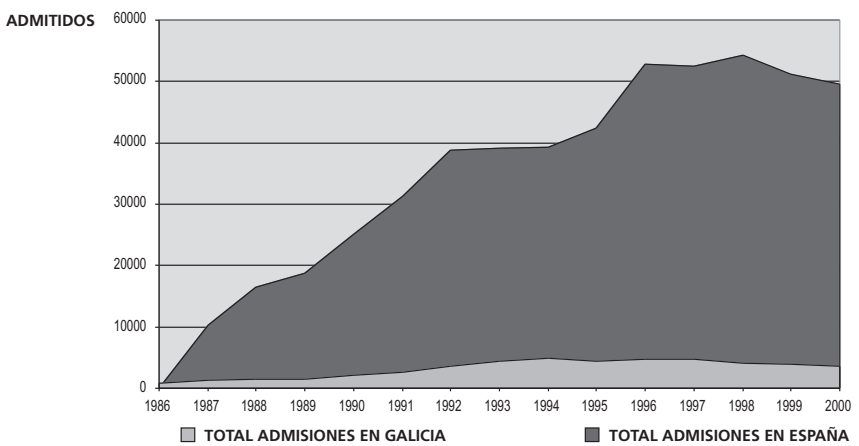
PTLD: Programa Tratamiento Libre Drogas
PTANO: Programa Tratamiento Antagonistas Opiáceos
PTDO: Programa Tratamiento Derivados Opiáceos

La reducción de las admisiones a tratamiento, que de manera global se habría producido en los últimos cuatro años, se compatibiliza con el ligero incremento experimentado en el número de personas atendidas en los centros asistenciales del PGD. La explicación a las tendencias contrapuestas observadas en la evolución de las admisiones a tratamiento (de signo descendente) y del volumen asistencial (ligeramente ascendente) se encuentra en las variaciones que se han producido a lo largo de la década de los

noventa en la oferta de servicios dirigidos a la población drogodependiente. El creciente nivel de desarrollo alcanzado por los programas de tratamiento con derivados opiáceos (PTDO) en los últimos años ha contribuido a la fidelización o estabilización en el tratamiento de los consumidores de opiáceos, evitando en gran medida la rotación de los mismos por los diferentes centros asistenciales.

Mientras que las admisiones en los programas de tratamiento con antagonistas opiáceos (PTANO) han sufrido una reducción muy intensa (del 66,8% entre 1995–2001), las entradas en los PTDO aumentaron de forma continuada hasta 1998, reduciéndose posteriormente, hasta situarse en los niveles de 1996. Pese a esta reducción, los PTDO continúan canalizando la mayoría de las admisiones a tratamiento que todos los años se producen en Galicia. Por su parte, las admisiones en los programas de tratamiento libres de drogas (PTLD) se han mantenido estables, con variaciones interanuales poco definidas, desde 1996.

Figura 6.2
Evolución de las admisiones a tratamiento en Galicia y España. 1986–2000



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total admisiones en España		10.338	16.481	18.823	25.118	31.336	38.831	39.145	39.349	42.317	52.890	52.440	54.338	51.191	49.487
Total admisiones en Galicia	871	1.249	1.390	1.450	2.104	2.636	3.599	4.391	4.846	4.440	4.705	4.723	4.127	3.943	3.506

La reducción general observada a partir de 1998 en el número de admisiones a tratamiento registradas en Galicia es un proceso perceptible también en el resto del Estado, si bien en este caso a partir 1999. En el año 2000, último con datos disponibles a nivel nacional, el volumen de las admisiones en España se habría reducido en un 9% con respecto a 1998 (figura 6.2).

6.1.2 Admisiones a tratamiento en centros penitenciarios

Aproximadamente el 30% de la población reclusa española está encarcelada por la comisión de delitos contra la salud pública, estando ampliamente generalizado el consumo de drogas entre la misma, como lo confirmarían las estimaciones realizadas por el OEDT a partir de estudios locales, que cifran en torno al 90% el porcentaje de reclusos que ha consumido drogas ilícitas alguna vez a lo largo de su vida (OEDT, 2001).

Como queda patente en el análisis del perfil de las personas admitidas a tratamiento en los diferentes servicios asistenciales del PGD, un alto porcentaje de la población drogode-

pendiente ha estado en prisión a lo largo de su vida. Las elevadísimas prevalencias de los problemas de abuso y/o dependencia a las drogas y de ciertas patologías (tuberculosis, VIH/SIDA, hepatitis, etc.) y prácticas de riesgo asociadas a los mismos entre la población reclusa, justifica la implantación de programas específicos dirigidos a este colectivo en los cinco centros penitenciarios integrados en la red asistencial del PGD.

La asistencia sanitaria y el apoyo terapéutico que los servicios sanitarios penitenciarios venían prestando a la población reclusa drogodependiente se ha visto reforzada progresivamente, primero en 1997 con la implementación en todas las prisiones gallegas de programas de tratamiento con derivados opiáceos, más tarde en el año 2000 con la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas en la totalidad de las prisiones gallegas, con el objetivo de reforzar las estrategias dirigidas a la reducción de daños entre este colectivo, y finalmente en 2002 con la puesta en marcha de una comunidad terapéutica intrapenitenciaria.

El análisis de la evolución seguida por las admisiones a tratamiento registradas en los centros penitenciarios de Galicia confirma que, tras el intenso incremento que las mismas registraron desde 1997 (año en el que obtuvieron la correspondiente autorización sanitaria), a partir del año 2000 se produce una notable disminución en su número (tabla 6.1). De hecho, en el año 2001 las admisiones a tratamiento en prisiones se habrían reducido cerca del 25% con respecto al año anterior.

Tabla 6.1 Admisiones a tratamiento en los centros penitenciarios gallegos. 1997–2000

Admisiones a tratamiento	1997	1998	1999	2000	2001
Programa Tto. Derivados Opiáceos	*	919	985	895	592
Programa Tto. Antagonistas Opiáceos	*	32	21	8	32
Programa Tto. Libre de Drogas	*	69	174	62	106
Total admisiones	721	1.020	1.180	965	730

* *Datos no disponibles*

Los PTDO son los que concentran el mayor número de admisiones, siendo cinco veces superiores a las registradas en los PTLD y PTANO. La evolución interanual confirma que entre 1998 y 2001 las admisiones en los PTDO se habrían reducido notablemente, mientras que las de los PTANO permanecen estables y crecen las de los PTLD.

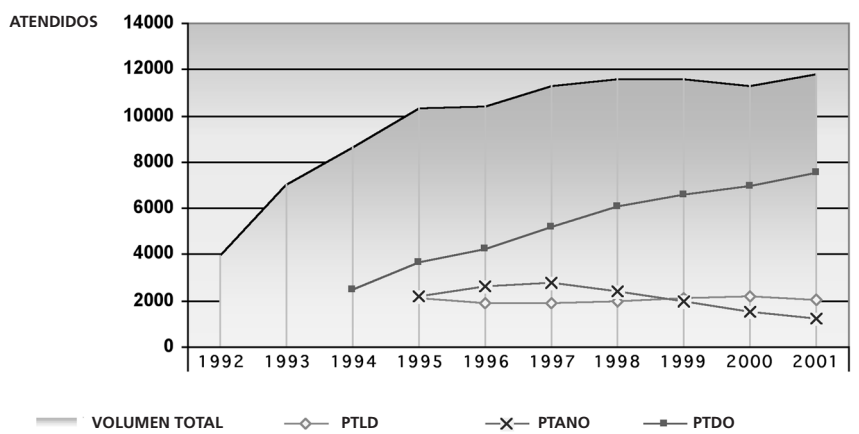
6.2 Pacientes atendidos en los diferentes programas asistenciales

6.2.1 Pacientes atendidos en centros extrapenitenciarios

Durante el año 2001 fueron atendidas en Galicia un total de 11.815 personas en los centros de tratamiento de carácter extrapenitenciario, cifra record en la historia de la red asistencial del PGD. Este dato supone la continuidad de la tendencia ligeramente ascendente en el número de pacientes atendidos que se viene registrando a partir de 1996, tras el fortísimo incremento que se produjo entre 1992 y 1995 (figura 6.3). El aumento en el volumen asistencial, incluso en los períodos en los cuales se han reducido los flujos de entradas, está relacionado con el incremento continuado de los niveles de permanencia en el tratamiento alcanzado en los diferentes programas ofertados por el PGD, que serán analizados en apartados posteriores.

Debe destacarse que el 95,2% de las personas atendidas en los centros asistenciales del PGD durante 2001 lo fueron por abuso y/o dependencia de drogas ilegales, frente al 4,8% que recibió atención por problemas de alcoholismo o tabaquismo.

Figura 6.3
Evolución de los pacientes atendidos en los centros asistenciales extrapenitenciarios de la red del PGD. 1992–2001



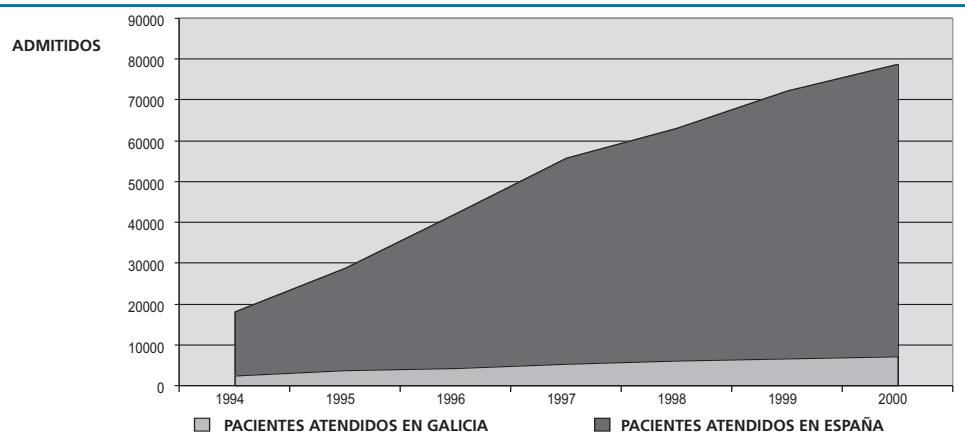
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total admisiones *	3.957	7.004	8.629	10.310	10.442	11.320	11.603	11.567	11.303	11.815
PTDO			2.480	3.690	4.218	5.177	6.086	6.567	6.973	7.550
PTANO				2.230	2.625	2.757	2.414	1.975	1.539	1.254
PTLD				2.155	1.911	1.891	1.943	2.131	2.168	2.088

El análisis de la distribución de los usuarios atendidos en las diferentes modalidades asistenciales confirma que los programas de tratamiento con derivados opiáceos se configuran como la más importante modalidad de tratamiento de la red asistencial del PGD, fenómeno que ha ido acentuándose progresivamente con el paso de los años (en el año 2001 aproximadamente el 70% de las personas atendidas lo fueron en este tipo de programas). Por su parte, el número de sujetos atendidos en programas de tratamiento libres de drogas se mantiene relativamente estable en los últimos años, representando cerca del 20% del volumen de los casos atendidos, mientras que los pacientes atendidos en los programas de tratamiento con antagonistas opiáceos han descendido de forma intensa y sostenida entre 1997 y 2001, intervalo en el cual se habrían reducido a la mitad.

Esta evolución tiene una importante trascendencia desde la perspectiva de la planificación de los servicios asistenciales, puesto que vendría a desmentir el hecho de que la ampliación de la oferta de PTDO se traduzca necesariamente en la reducción en los niveles asistenciales de los PTLD. Los datos disponibles hasta el momento confirmarían la posibilidad de coexistencia entre ambos tipos de programas, al menos en sus dimensiones actuales, puesto que la rápida expansión de los PTDO no ha supuesto el trasvase masivo de usuarios desde los PTLD, sino más bien la incorporación de personas a tratamiento que hasta entonces estaban al margen de los circuitos asistenciales, mejorando con ello el control terapéutico, sanitario y social sobre la población drogodependiente.

La evolución en el volumen de casos atendidos en los centros asistenciales del PGD tiene algunas características diferenciales respecto de la observada en el resto de España, donde desde 1999 se aprecia una reducción en el número de usuarios atendidos en los centros ambulatorios que desarrollan PTLD (del 7,4% en el período 1999–2000), mientras que aumentaban en un 9% los usuarios atenidos en los PTDO. Debe destacarse que el ritmo de crecimiento de los pacientes atendidos en PTDO ha sido mucho más intenso en España, donde se multiplicaron por 4,4 veces en el período 1994–2000, frente a las 2,8 veces en que lo hicieron en Galicia (figura 6.4).

Figura 6.4
Evolución de los pacientes atendidos en programas de tratamiento con derivados opiáceos en Galicia y España. 1994–2000



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Pacientes atendidos en España	18.027	28.806	42.230	55.813	63.030	72.236	78.806
Pacientes atendidos en Galicia	2.480	3.690	4.218	5.177	6.086	6.587	6.973

El hecho de que los pacientes atendidos en programas de tratamiento con metadona hayan experimentado en los últimos años un mayor ritmo de crecimiento en España que en Galicia, se debe básicamente al hecho de que nuestra Comunidad fue pionera en la oferta de esta modalidad asistencial, habiendo tenido que corregir las restantes comunidades los déficits de plazas que presentaban en este tipo de programas en años recientes. Si se analizan las tasas de pacientes atendidos en esta modalidad terapéutica en las diferentes comunidades autónomas a lo largo del período 1991–2000 (tabla 6.2), se puede comprobar que Galicia tenía en 1991 una tasa de pacientes en PTDO de 19,8 por 100.000 habitantes (ocupando la tercera posición en el conjunto nacional), que ha crecido en el año 2000 hasta situarse en 295,5, la segunda más elevada en el conjunto nacional después de Canarias.

Tabla 6.2 Pacientes atendidos en programas de tratamiento con metadona en las diferentes comunidades autónomas (1991–2000). Tasas de pacientes por 100.000 habitantes.

CC.AA.	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Andalucía	14,8	26,1	38,6	58,6	122,3	159,5	193,5	220,0	241,0	257,7
Aragón	3,8	5,7	8,3	8,8	11,6	38,2	63,5	141,8	161,2	200,4
Asturias	98,5	120,0	134,0	137,9	137,4	163,7	191,6	200,9	229,9	256,3
Baleares	11,2	20,9	55,2	50,7	87,4	68,0	206,9	210,6	315,0	290,4
Canarias	2,5	5,3	11,3	21,5	28,5	172,7	214,2	271,8	315,9	339,1
Cantabria	8,1	25,2	43,9	62,9	91,1	140,7	208,4	217,2	295,2	257,2
C. La Mancha	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	3,5	16,1	60,2	103,3	132,9
C. León	8,9	13,2	23,0	42,2	59,0	79,1	90,4	144,1	170,0	193,1
Cataluña	6,9	27,3	34,7	46,2	61,1	83,9	103,5	120,9	130,8	140,2
Extremadura	0,0	27,2	29,9	34,2	175,2	238,2	271,7	149,8	133,7	143,0
Galicia	**19,8**	**56,7**	**75,7**	**93,3**	**126,1**	**153,9**	**208,42**	**264,9**	**290,8**	**295,5**
La Rioja	14,4	45,3	44,0	70,1	86,3	113,0	110,1	123,4	121,7	201,0
Madrid	3,9	6,0	6,9	13,3	25,2	81,2	80,3	141,8	143,0	161,7
Murcia	36,0	39,0	69,1	138,2	134,4	183,4	192,8	192,0	234,1	258,8
Navarra	0,0	0,0	5,7	58,9	89,2	115,9	141,0	117,3	160,0	186,4
País Vasco	0,0	28,9	28,8	35,6	47,9	67,8	75,0	78,1	118,6	111,2
Valencia	15,6	16,2	52,6	27,8	51,1	59,7	173,2	88,9	141,1	140,6

FUENTE: OGD a partir de datos facilitados por las comunidades autónomas
Bases poblacionales tomadas de proyecciones anuales (31 diciembre) del INE.

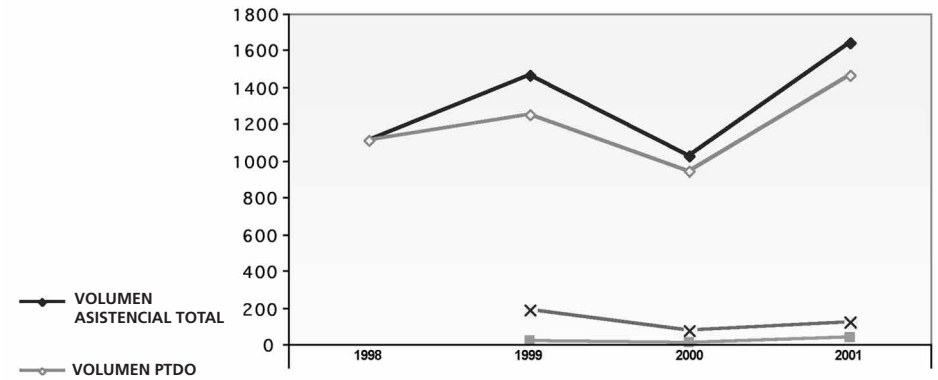
6.2.2 Pacientes atendidos en programas penitenciarios

Al igual que ocurre con los servicios asistenciales extrapenitenciarios del PGD, la reducción en el número de admisiones a tratamiento observada a partir del año 2000 se compatibiliza con el incremento en el volumen total de internos atendidos en las prisiones gallegas, que en el período 1998–2001 crecieron un 48%. La inflexión registrada en el año 2000 en el volumen asistencial se relaciona con el traslado de lugar de dos de las prisiones (figura 6.5).

Los programas de tratamiento con derivados opiáceos monopolizan casi en exclusiva la oferta terapéutica en los centros penitenciarios gallegos, concentrando en el año 2001 el 89,3% de los pacientes atendidos. El papel preeminente de los PTDO en la atención de la población reclusa drogodependiente está directamente relacionado con el perfil de esta última, que presenta en general unos niveles de deterioro social y sanitario muy superiores a los observados en los usuarios de los servicios extrapenitenciarios.

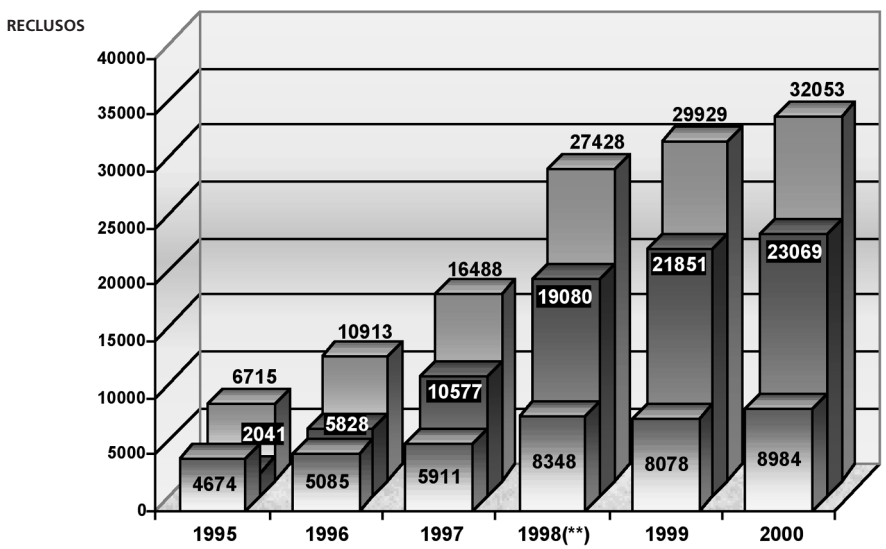
Similar evolución se observa entre la población reclusa española atendida en los distintos programas asistenciales penitenciarios, que a lo largo del período 1995–2000 habría registrado un constante incremento en su volumen, como consecuencia fundamentalmente de la expansión de los PTDO en los diferentes centros penitenciarios (figura 6.6).

Figura 6.5
Evolución del volumen asistencial en los programas intrapenitenciarios del PGD. 1998–2001



	1998	1999	2000	2001
Volumen asistencial total	1.106	1.467	1.027	1.640
Volumen PTDO	1.106	1.253	940	1.464
Volumen PTLD		191	78	139
Volumen PTANO		23	9	37

Figura 6.6
Evolución en el número de reclusos tratados en las diferentes modalidades terapéuticas. España, 1995–2000



* Incluye programas ambulatorios y modulares

** Desde 1998 se incluyen los datos referidos a las prisiones de Cataluña

FUENTE: Dirección General de Instituciones Penitenciarias y Órgano Técnico de Drogodependencias de Cataluña.

6.3 Perfiles de los usuarios de la Red Asistencial del PGD

6.3.1 Perfil general de las personas admitidas a tratamiento

El perfil general de los usuarios admitidos a tratamiento en los servicios asistenciales del PGD por abuso y/o dependencia de sustancias diferentes del alcohol y el tabaco se corresponde básicamente con el de un varón, soltero, de 30 años, con un bajo nivel académico, que convive con su familia de origen (aunque uno de cada cuatro lo hace con la familia propia y uno de cada tres tiene hijos), sin empleo, consumidor de heroína como droga principal, con una dilatada historia de consumo, policonsumidor (en especial de tabaco, cánnabis, alcohol y cocaína), que utiliza la vía fumada como forma preferente de consumo, que ha realizado anteriormente algún tratamiento previo y con un alto grado de afectación por enfermedades infecciosas (VIH/SIDA y hepatitis C y B) y por problemas psiquiátricos (tabla 6.3).

No obstante, y como se verá posteriormente, existen importantes diferencias en el perfil de la población asistida en función de que se trate de casos nuevos o previamente tratados.

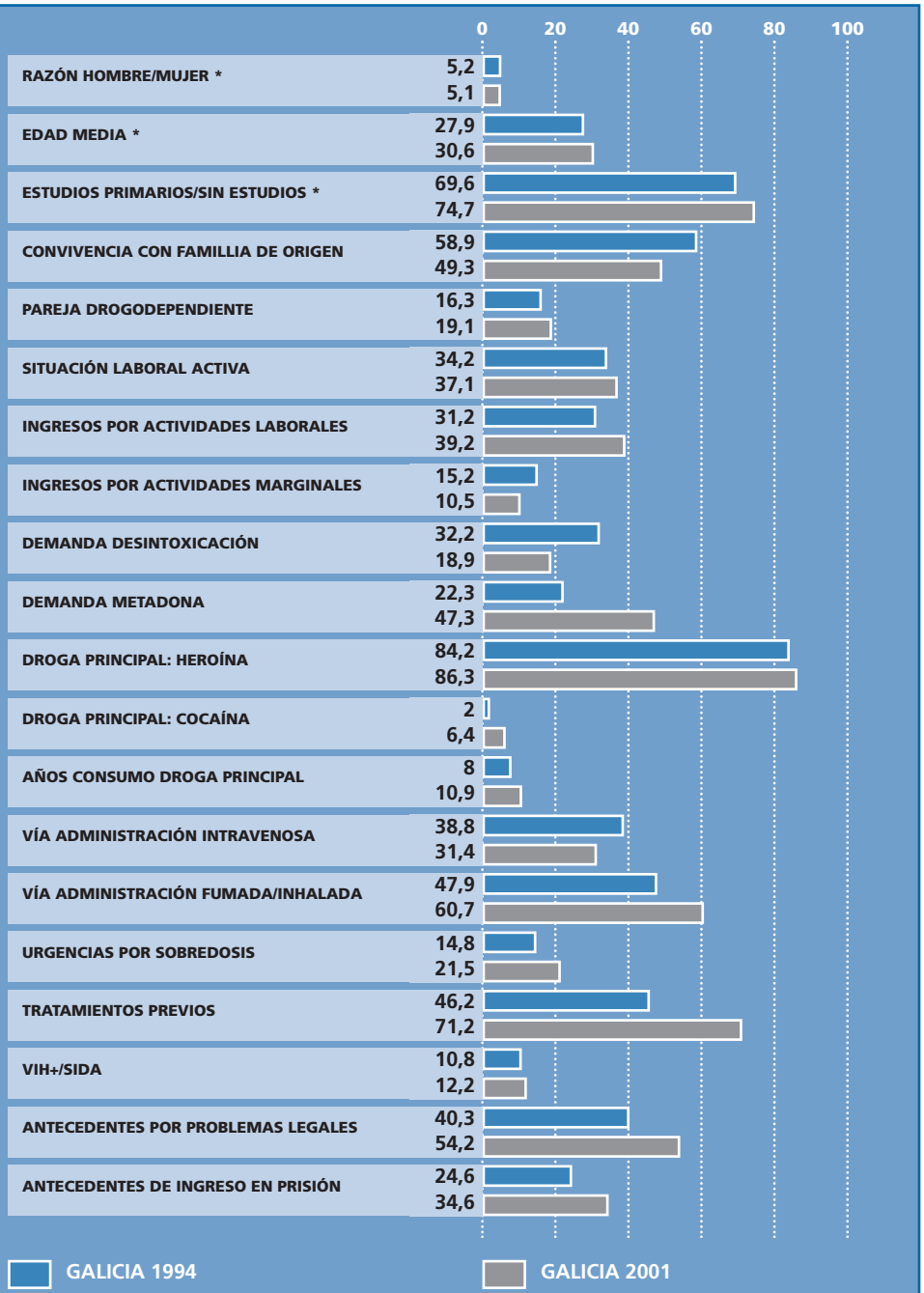
Tabla 6.3 Perfil general de los pacientes admitidos a tratamiento en la red asistencial del PGD por consumo de drogas distintas del alcohol/tabaco. Galicia 2001

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ESTRATIFICACIÓN SOCIAL		
Sexo		V:H: 5,1
Edad media		30,6 años
Estado civil	Solteros	69,3%
	Casados	17,6%
Con estudios primarios o inferiores		74,7%
Situación laboral	En paro	45,0%
	Trabajando	37,1%
	I.L.P/Pensión	5,3%
Fuente de ingresos	Trabajo	39,2%
	Ayuda familiar	23,8%
	Actividades marginales	10,5%
Convivencia con	Familia de origen	49,3%
	Familia propia	24,8%
Con hijos		34,9%
Pareja drogodependiente		19,1%

VARIABLES RELACIONADAS CON EL ACCESO AL TRATAMIENTO		
Tratamiento previo		71´2% (3,2 media de tratamientos previos)
Vía de acceso	Iniciativa propia	46,7%
	Familia/amigos	10,2%
Demanda formulada	Metadona	47,3%
	Desintoxicación	18,9%
Área de consumo		
Droga principal	Heroína	86,3%
	Cocaína	6,4%
	Cánnabis	3,1%
	Heroína + cocaína	1,5%
Vía administración droga principal	Fumada/inhalada	60,7%
	Intravenosa	31,4%
Años consumo D. Principal (media)		10,9
Edad media inicio consumo droga principal		19,8 años
Droga co–principal consumida últimos 30 días	Cocaína	22,8%
	Tabaco	17,3%
	Cánnabis	15,3%
	Alcohol	7,7%
	Benzodiacepinas	6,4%
Área médica		
Prevalencia enfermedades infecciosas	VIH/SIDA	12,2%
	Hepatitis B	8,6%
	Hepatitis C	18,4%
Tratamiento psiquiátrico		20,0%
Urgencias hospitalarias por sobredosis		21,5% (2,2 media de episodios)
Área judicial		
Antecedentes judiciales (detenciones)		54,2% (7,1 veces media de detenciones)
Ingresos en prisión		34,6% (2,2 veces de media)

El perfil general de los drogodependientes admitidos a tratamiento ha evolucionado progresivamente desde que en 1994 empezara su monitorización, observándose un mayor envejecimiento de la población atendida, una creciente antigüedad en el consumo de la droga principal, la mayor presencia de las demandas asistenciales por consumo de cocaína, la hegemonía de la vía fumada/inhalada en detrimento de la intravenosa, el importantísimo incremento en la proporción de casos que han recibido tratamientos previos y la mayor presencia de problemas legales asociados (figura 6.7).

Figura 6.7
Evolución del perfil de los usuarios de la red asistencial del PGD. Galicia, 1994–2001



Excepto *, los demás valores hacen referencia al porcentaje de usuarios que presentan la característica.

El perfil de los usuarios admitidos a tratamiento por abuso y/o dependencia a drogas ilícitas en la red gallega de atención a las drogodependencias ofrece algunas diferencias relevantes con los del resto de España, entre las que destacarían el mayor porcentaje de sujetos previamente tratados y el mayor peso de la heroína como droga principal que justifica el inicio de los tratamientos, en detrimento de la cocaína y el cánnabis, fenómenos que serán analizados posteriormente.

A Droga que motiva el tratamiento

Una amplia mayoría de las admisiones a tratamiento registradas en la red asistencial del PGD durante el año 2001 se debieron al consumo de heroína como droga principal (78,6%), seguidas a mucha distancia de las provocadas por el alcohol (7,0%) y la cocaína (5,8%). El resto de sustancias psicoactivas, como el cánnabis (2,8%), las drogas de síntesis (0,6%) o el tabaco (2,0%), tienen una escasa relevancia (tabla 6.4).

Tabla 6.4 Distribución de las admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas. Galicia 2001

Droga principal Sustancias	%
Heroína	78,6
Alcohol	7,0
Cocaína	5,8
Cánnabis	2,8
Drogas de síntesis	0,6
Tabaco	2,0
Heroína + Cocaína	1,3
Otras	1,9

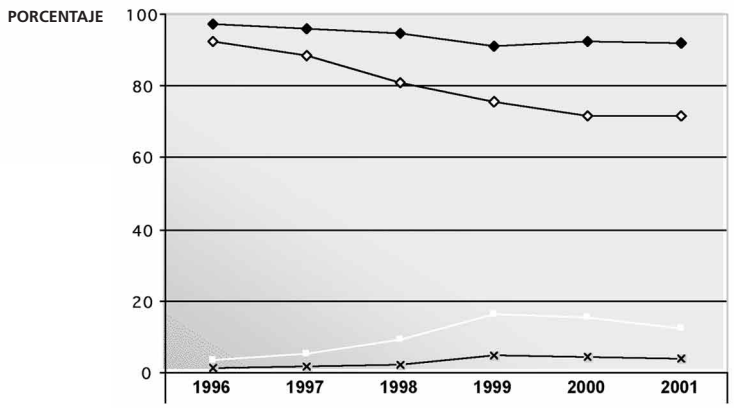
Como se desprende de estos datos, la heroína continúa siendo la droga que motiva el mayor porcentaje de incorporaciones a tratamiento, si bien debe destacarse que ha perdido peso relativo en favor de sustancias como el alcohol y la cocaína. Las admisiones a tratamiento por consumo de heroína se han reducido de forma muy intensa entre los casos sin tratamiento previo, permaneciendo relativamente estables entre los previamente tratados. Por su parte, las admisiones a tratamiento por cocaína han ganado peso progresivamente, habiéndose triplicado la proporción de admisiones atribuibles a esta sustancia entre 1995 y 2001, tanto entre los casos sin tratamiento previo como entre los pacientes previamente tratados (figura 6.8).

Debe destacarse el incremento que han tenido las admisiones a tratamiento por consumo de cánnabis, entre los casos sin tratamientos previos, mientras que las drogas de síntesis han comenzado a tener una mínima presencia entre este tipo de pacientes en 2001 (figura 6.9).

El peso de las distintas sustancias psicoactivas en las admisiones a tratamiento registradas en Galicia presenta diferencias relevantes respecto del conjunto de España. Las admisiones a tratamiento por heroína en Galicia son actualmente muy superiores a las del resto el Estado, como contrapartida del menor peso de las atribuidas a la cocaína, que se sitúan por debajo de la mitad de las registradas a nivel nacional (figura 6.10), y al cánnabis.

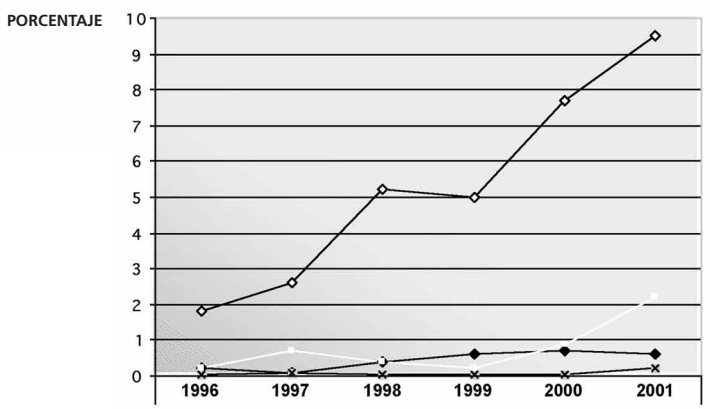
Estas diferencias se acentúan entre los casos admitidos por primera vez a tratamiento. Mientras que entre estos casos la heroína sigue siendo de forma mayoritaria la droga principal de abuso en Galicia, en España tan sólo provocó el 47,6% de las admisiones registradas durante el año 2000, seguida de la cocaína (32,1%) y el cánnabis (14,5%).

Figura 6.8
Evolución de las admisiones a tratamiento por heroína y cocaína, según realización o no de tratamientos previos. Galicia, 1995–2001



	1996	1997	1998	1999	2000	2001
HEROÍNA tratamiento previo SI	97,2	96,1	94,9	91,0	92,6	92,2
HEROÍNA tratamiento previo NO	92,3	88,5	81,0	75,5	71,9	71,6
COCAÍNA tratamiento previo SI	1,4	1,9	2,0	5,0	4,3	4,1
COCAÍNA tratamiento previo NO	3,4	5,5	9,5	16,5	15,4	12,4

Figura 6.9
Evolución de las admisiones a tratamiento por cánnabis y drogas de síntesis, según realización o no de tratamientos previos. Galicia, 1995–2001

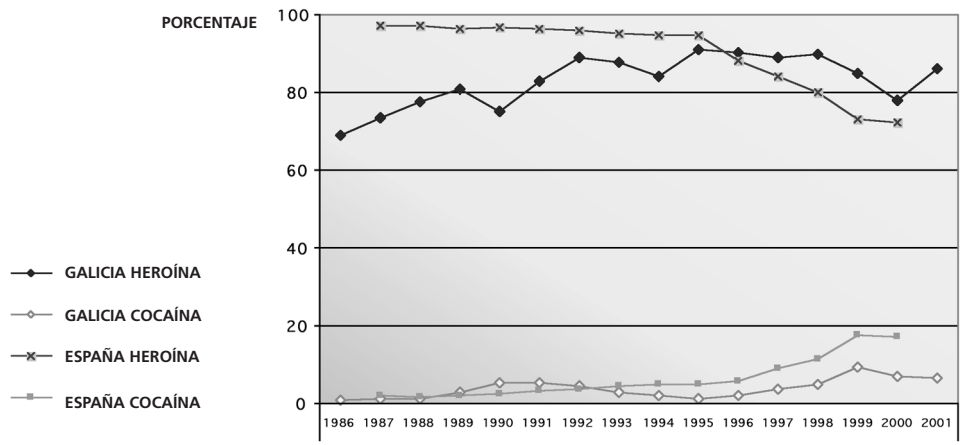


	1996	1997	1998	1999	2000	2001
CANNABIS tratamiento previo SI	0,20	0,10	0,40	0,60	0,70	0,60
CÁNNABIS tratamiento previo NO	1,80	2,60	5,20	5,00	7,70	9,50
DROGAS SÍNTESIS tratamiento previo SI	0,04	0,07	0,04	0,05	0,04	0,20
DROGAS SÍNTESIS tratamiento previo NO	0,20	0,70	0,40	0,20	0,90	2,20

La evolución seguida por las admisiones a tratamiento en Galicia desde 1986 a 2001, según la droga principal de consumo, se caracteriza por:

- El descenso del peso de las admisiones a tratamiento motivadas por la heroína desde 1999, especialmente entre los casos admitidos por primera vez a tratamiento.
- La irregular tendencia de las admisiones a tratamiento motivadas por el consumo de cocaína, que tras haber registrado un ciclo alcista entre 1996 y 1999, habría visto reducida su influencia como droga principal en los años sucesivos. Aunque en el período

Figura 6.10
Admisiones a tratamiento por heroína y cocaína.
Galicia y España, 1986–2001



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
GALICIA HEROÍNA	69,1	73,5	77,5	81,0	75,0	82,8	89,0	87,6	84,2	91,1	90,4	88,9	89,6	84,9	76,1	86,3
GALICIA COCAÍNA	0,7	1,4	1,3	2,8	5,3	5,4	4,5	2,9	2,0	1,2	2,2	3,5	4,8	9,2	7,1	6,4
ESPAÑA HEROÍNA		97,0	97,1	96,5	96,6	96,2	95,9	95,0	94,6	94,7	88,2	84,1	80,2	73,1	72,2	
ESPAÑA COCAÍNA		1,9	1,7	2,2	2,4	3,2	3,5	4,3	4,7	4,7	5,6	8,9	11,3	17,5	17,2	

FUENTE DE LOS DATOS DE ESPAÑA: Memorias SEIT; GALICIA: Memorias SAA

2000/01 las admisiones por cocaína han perdido peso, tanto entre los sujetos tratados previamente como en los incorporados por primera vez a tratamiento, el descenso ha sido más acusado entre los segundos.

- Las admisiones a tratamiento motivadas por el consumo de cánnabis se han incrementado progresivamente entre los casos sin tratamiento previo, pese a lo cual tienen todavía un peso relativamente bajo sobre el conjunto de las admisiones registradas.

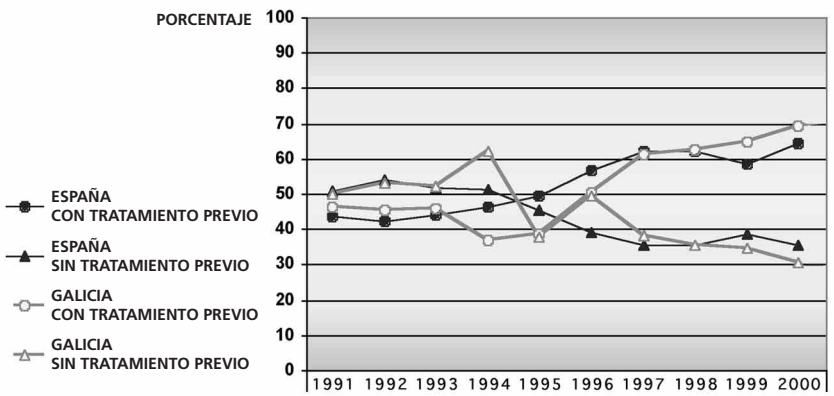
Esta evolución presenta bastantes similitudes con respecto a observada en el resto del Estado hasta el año 2000, último con información disponible. En España ha continuado la reducción de las admisiones a tratamiento por heroína iniciada en 1997, en tanto que las admisiones por cocaína, que hasta 1999 registraron una fortísima tendencia ascendente, han sufrido en el año 2000 un ligero descenso, atribuible a la reducción en las admisiones de casos sin tratamiento previo, dado que el número de admisiones por cocaína entre sujetos previamente tratados ha seguido creciendo. También las admisiones por cánnabis se han incrementado ligeramente, en especial entre los casos sin tratamiento previo.

B Existencia de tratamientos previos

La realización o no de tratamientos previos es una variable que introduce variaciones importantes en los perfiles de las personas admitidas a tratamiento y que aparece estrechamente asociada al tipo de drogas que motivan estas admisiones. La evolución de este indicador está marcada básicamente por el grado de consolidación de los servicios asistenciales (en la medida en que tengan una mayor cobertura y trayectoria temporal será más elevada la proporción de usuarios previamente tratados) y por la capacidad de los mismos de readecuar la oferta de sus servicios a las nuevas demandas relacionadas con el abuso de drogas (captación o incorporación de nuevos usuarios a las redes asistenciales).

Hasta 1994 la mayoría de las personas admitidas a tratamiento era la primera vez que solicitaban los servicios de los centros asistenciales del PGD, situación que se invierte a partir de 1995 y que ha ido reforzándose de forma clara en los últimos años, como se constata al comprobar que el 71,2% de los pacientes admitidos a tratamiento durante el año 2001 habían sido previamente tratados (figura 6.11). El incremento en el porcentaje de pacientes previamente tratados es un fenómeno coincidente con el observado en el resto de España, si bien en este caso ha tenido una menor intensidad, como lo confirma el hecho de que en el año 2000 el 64,2% de las admisiones a tratamiento registradas en España se correspondiera con sujetos previamente tratados.

Figura 6.11
Evolución de la proporción de usuarios admitidos a tratamiento según realización o no de tratamientos previos. Galicia–España, 1991–2000



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ESPAÑA con tratamiento previo	43,7	42,4	44,3	46,2	49,7	56,9	62,1	62,1	58,7	64,2
ESPAÑA sin tratamiento previo	51,1	54,2	51,8	51,2	45,7	39,4	35,7	35,6	38,6	35,8
GALICIA con tratamiento previo	46,2	45,7	45,8	37,1	38,6	50,5	61,1	62,6	64,8	68,4
GALICIA sin tratamiento previo	50,2	53,2	52,2	62,2	37,8	49,5	38,5	35,8	34,8	30

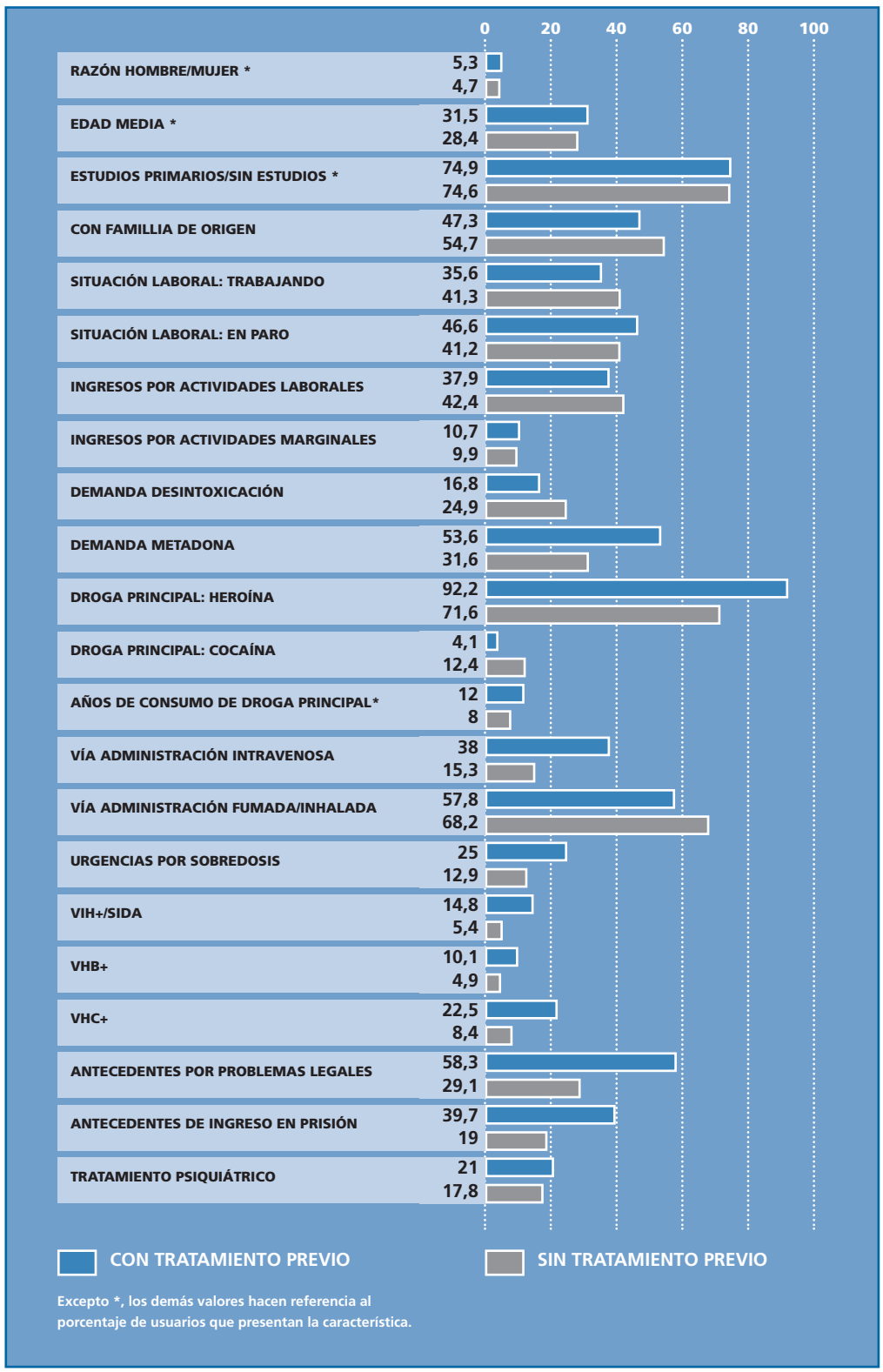
FUENTE DE LOS DATOS: Memorias SEIT

El perfil de los pacientes admitidos por primera vez a tratamiento difiere considerablemente del de quienes han sido previamente tratados, destacando en el primer caso su menor edad (28,4 años frente a 31,5), el menor tiempo de consumo de la droga que motiva el tratamiento (8 años frente a 12), los mayores niveles de integración familiar, la menor proporción de ingresos en prisión y de urgencias hospitalarias, la minoritaria presencia de la inyección como vía de consumo de la droga principal y, en consecuencia, la menor incidencia de la infección por VIH/SIDA, VHB y VHC (figura 6.12).

Como se ha indicado, también la existencia o no de tratamientos previos se relaciona con el peso que las diferentes sustancias tienen en las admisiones a tratamiento, de manera que entre los casos sin tratamiento previo tienen un mayor peso sustancias como la cocaína (que provocó el 12,4% de las admisiones) o el cánnabis (el 9,5 %), en detrimento de la heroína, que aparece como droga principal en el 71,6% de las admisiones (figura 6.13).

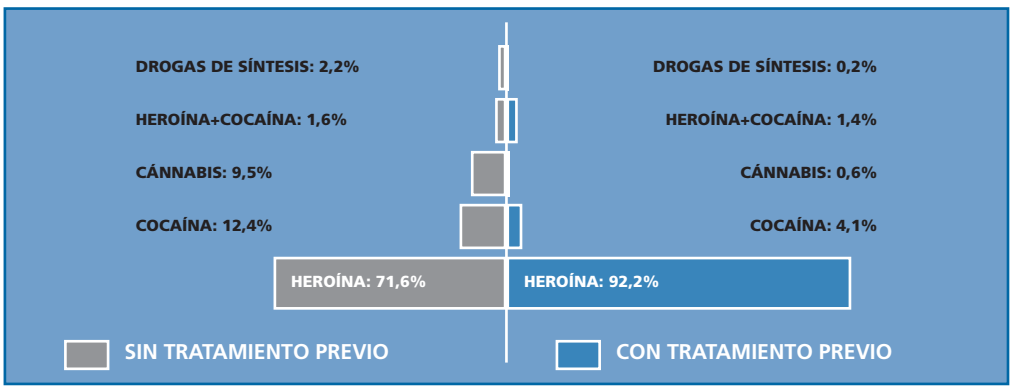
En general no existen diferencias relevantes en el perfil de las personas admitidas a tratamiento en Galicia respecto del resto del Estado, en función de que hayan o no recibido tratamientos previos. Las diferencias básicas las constituyen el mayor peso que la cocaína tiene como droga principal entre los casos admitidos por primera vez a tratamiento (durante el año 2000 el 32,1% de las admisiones registradas en España entre los casos no tratados anteriormente estuvieron motivadas por el consumo de cocaína) y la consiguiente menor utilización de la vía intravenosa.

Figura 6.12
Perfil de los usuarios de la red asistencial según la existencia o no de tratamientos previos. Galicia, 2001



Excepto *, los demás valores hacen referencia al porcentaje de usuarios que presentan la característica.

Figura 6.13
Droga que motiva el inicio del tratamiento según la existencia o no de tratamiento previo (%). Galicia, 2001

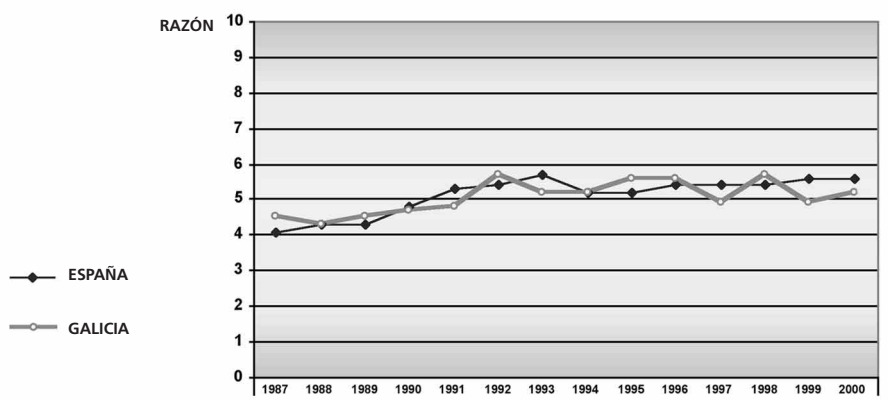


C Distribución por sexo

Desde 1987 se mantiene la desproporción por sexos en las admisiones a tratamiento registradas en los servicios asistenciales del PGD, con una presencia claramente mayoritaria de varones. En el año 2001 la razón H:M (número de hombres por mujer) era de 5,1, una desproporción que se justifica básicamente por la tradicional sobrerepresentación que los varones han tenido entre los consumidores de drogas ilícitas. Esta desproporción es incluso más intensa en el conjunto de España, donde la razón H:M era de 5,6 en 2000, último año con datos disponibles (Fig. 6.14).

La desproporción en las admisiones a tratamiento a favor de los varones es una constante en todos los programas monitorizados en Galicia, aunque menos acusada en los programas de tratamiento con derivados opiáceos, donde la razón V:H es de 4,8. El hecho de que las mujeres que se incorporan a tratamiento presenten en general un mayor grado de deterioro sanitario, psicológico y social que sus homólogos varones, justificaría su mayor adscripción a PTDO (figura 6.15).

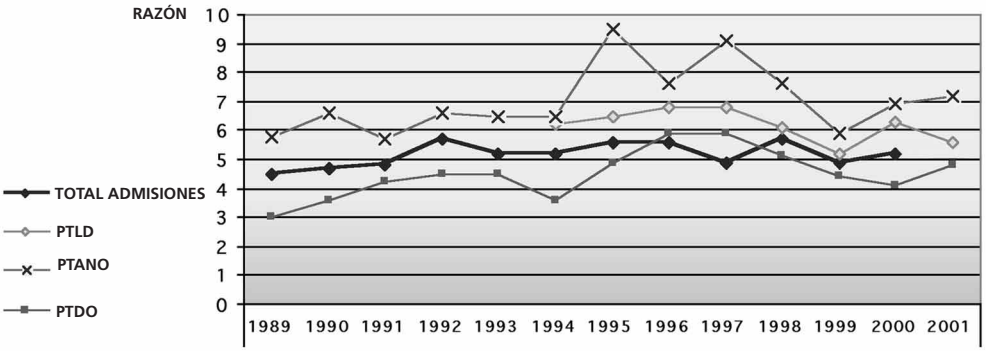
Figura 6.14
Razón hombre–mujer entre los admitidos a tratamiento. Galicia y España, 1987–2000



	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
España	4,1	4,3	4,3	4,8	5,3	5,4	5,7	5,2	5,2	5,4	5,4	5,4	5,6	5,6
Galicia	4,5	4,3	4,5	4,7	4,8	5,7	5,2	5,2	5,6	5,6	4,9	5,7	4,9	5,4

FUENTE DE LOS DATOS: Memorias SEIT

Figura 6.15
Razón hombre–mujer según programa de tratamiento. Galicia, 1989–2001



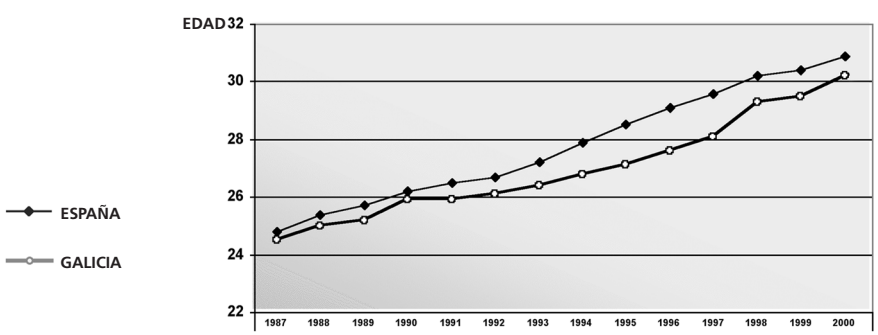
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL ADMISIONES	4,5	4,7	4,8	5,7	5,2	5,2	5,6	5,6	4,9	5,7	4,9	5,4	
PTLD						6,2	6,5	6,8	6,8	6,1	5,2	6,3	5,6
PTANO	5,8	6,6	5,7	6,6	6,5	6,5	9,5	7,6	9,1	7,6	5,9	6,9	7,2
PTDO	3,0	3,6	4,2	4,5	4,5	3,6	4,9	5,9	5,9	5,1	4,4	4,1	4,8

FUENTE DE LOS DATOS; TOTAL: Memorias SEIT, PROGRAMAS: Memorias SAA

D Distribución por edades

La edad media de la población atendida en los servicios asistenciales gallegos ha ido envejeciéndose progresivamente desde 1987 (24,5 años), hasta situarse en los 30,5 años en el año 2000, un proceso similar, aunque menos intenso, al observado al resto del Estado (figura 6.16). El hecho de que a lo largo de los años noventa la incorporación de nuevos consumidores de heroína haya sido muy limitada, provoca el progresivo envejecimiento de un colectivo relativamente "cautivo" que, como el integrado por los consumidores de opiáceos, todavía hoy provoca el mayor número de admisiones a tratamiento.

Figura 6.16
Edad media de los admitidos a tratamiento. Galicia–España, 1987–2000



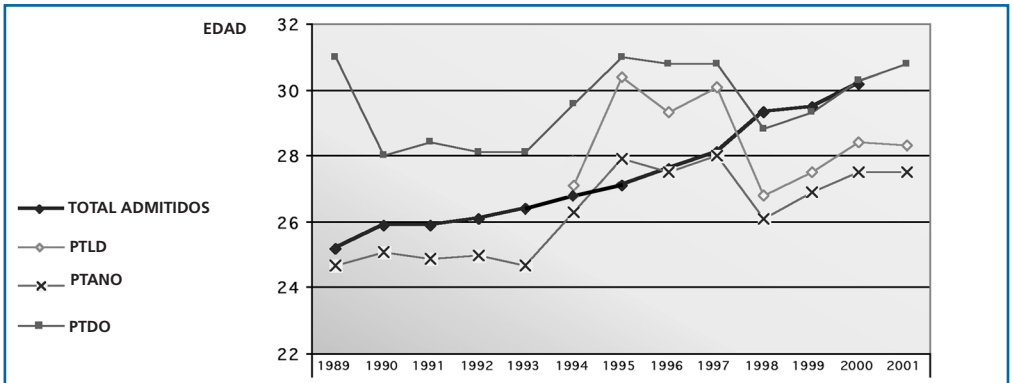
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
España	24,8	25,4	25,7	26,2	26,5	26,7	27,2	27,9	28,5	29,1	29,6	30,2	30,4	30,9	
Galicia	24,5	25,0	25,2	25,9	25,9	26,1	26,4	26,8	27,1	27,6	28,1	29,3	29,5	30,5	30,6

FUENTE DE LOS DATOS: Memorias SEIT

Las edades medias de las personas admitidas a tratamiento difieren en función de la realización o no de tratamientos previos, siendo en el caso de los pacientes admitidos por primera vez a tratamiento 3,1 años inferior (28,4 frente a 31,5 años).

Las edades medias de las personas admitidas a tratamiento difieren también de forma notable en función del tipo de programa al que son adscritos, siendo los usuarios de los PTDO quienes registran unas edades medias más avanzadas (30,8 años en 2001), 2,5 años por encima de la de los usuarios de los PTLD y 3,3 de la de los PTANO (figura 6.17).

Figura 6.17
Edad media según el programa de tratamiento. Galicia, 1989–2001



	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL ADMITIDOS	25,2	25,9	25,9	26,1	26,4	26,8	27,1	27,6	28,1	29,3	29,5	30,2	30,6
PTLD						27,1	30,4	29,3	30,1	26,8	27,5	30,5	
PTANO	24,7	25,1	24,9	25,0	24,7	26,3	27,9	27,5	28,0	26,1	26,9	27,5	27,5
PTDO	31,0	28,0	28,4	28,1	28,1	29,6	31,0	30,8	30,8	28,8	29,3	30,3	30,8

FUENTE DE LOS DATOS; TOTAL: Memorias SEIT, PROGRAMAS: Memorias SAFI

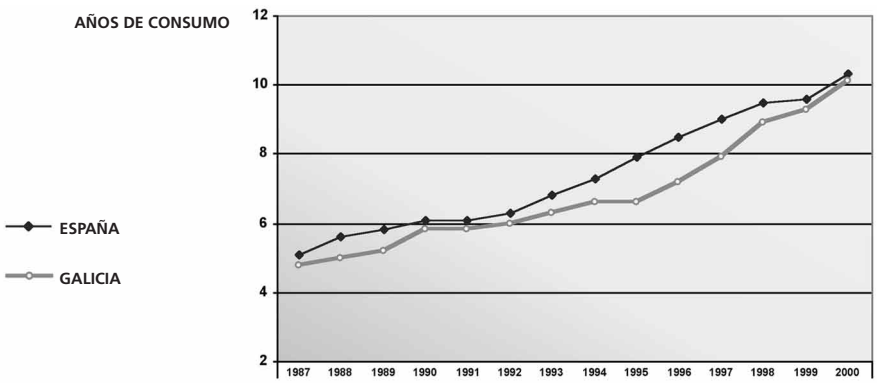
E Edad de inicio y antigüedad en el consumo de la droga principal

La edad media de inicio al consumo de la droga principal se situó en el año 2001, para el conjunto de los usuarios admitidos a tratamiento en los centros del PGD, en 19,8 años, con doce meses de diferencia en función de que se tratara de pacientes que hubieran realizado o no tratamientos previos (20,5 y 19,5 años, respectivamente). No existen diferencias destacables en las edades de inicio al consumo en función del programa en el que participan los pacientes (19,8 años en los PTDO y PTLD y 19,1 en los PTANO).

Paralelamente al incremento de la edad media de las personas admitidas a tratamiento, se constata el incremento en los años de consumo de la droga principal, que ha pasado de situarse como media en 4,8 años en 1987 a 10,0 años en 2000, una tendencia similar a la observada en España (figura 6.18).

Como resulta lógico, atendiendo a la mayor edad cronológica de sus pacientes, las personas admitidas a tratamiento en PTDO son las que registran períodos de consumo más prolongados de la droga principal, hasta alcanzar, como media, los 11,2 años en 2001, frente a los 8,4 de los PTLD y los 7,8 de los PTANO. No obstante, se constata un elemento diferencial en la evolución registrada en la antigüedad en el consumo, como es el hecho de que en el período 1989–2001 los años de consumo de la droga principal se hayan mantenido estables en los PTDO en la banda de 8–11 años, mientras que han experimentado notables incrementos en los restantes programas (figura 6.19).

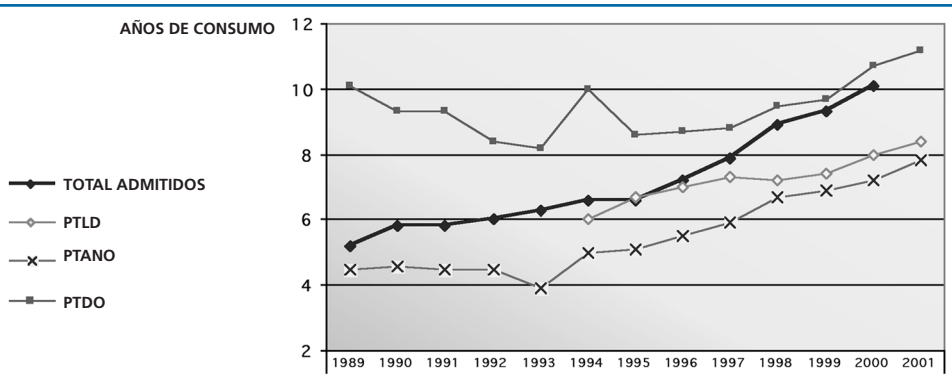
Figura 6.18
Evolución de la media de años de consumo de la droga principal en pacientes admitidos a tratamiento. Galicia–España, 1987–2000



	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
España	5,1	5,6	5,8	6,1	6,1	6,3	6,8	7,3	7,9	8,5	9,0	9,5	9,6	10,3
Galicia	4,8	5,0	5,2	5,8	5,8	6,0	6,3	6,6	6,6	7,2	7,9	8,9	9,3	10,0

FUENTE DE LOS DATOS DE ESPAÑA: Memorias SEIT

Figura 6.19
Evolución de la media de años de consumo de la droga principal según el programa de tratamiento. Galicia, 1989–2001



	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL ADMITIDOS	5,2	5,8	5,8	6,0	6,3	6,6	6,6	7,2	7,9	8,9	9,3	10,0	
PTLD						6,0	6,7	7,0	7,3	7,2	7,4	8,0	8,4
PTANO	4,5	4,6	4,5	4,5	3,9	5,0	5,1	5,5	5,9	6,7	6,9	7,2	7,8
PTDO	10,1	9,3	9,3	8,4	8,2	10,0	8,6	8,7	8,8	9,5	9,7	10,7	11,2

FUENTE DE LOS DATOS; TOTAL: Memorias SEIT, PROGRAMAS: Memorias SAA

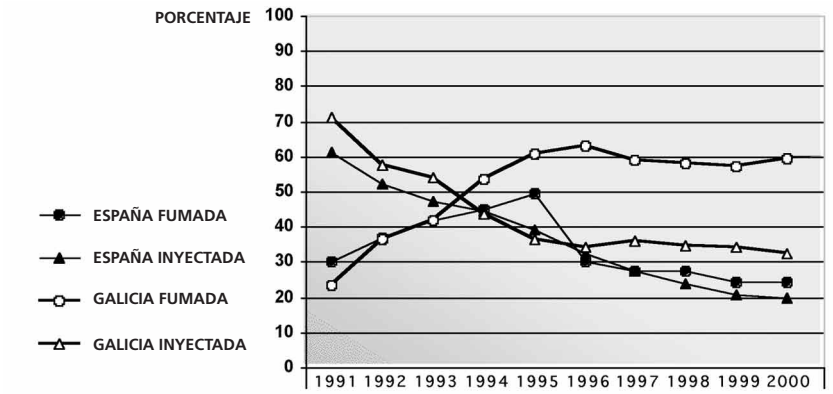
La antigüedad media en el consumo de la droga principal entre los casos admitidos por primera vez a tratamiento se situó en Galicia en 8,0 años durante el 2001, que sería el tiempo medio que las personas tardan en acudir a recibir tratamiento desde que se inicia el consumo de la droga principal. Esta cifra es sensiblemente más reducida que la registrada entre los pacientes previamente tratados (12,0 años) y similar a la registrada en España (7,8 años para los admitidos a tratamiento por primera vez en el año 2000).

F Vía de administración de la droga principal

El impacto de las políticas orientadas a la reducción de daños, implementadas desde comienzos de los años noventa para hacer frente a las elevadísimas prevalencias de la infec-

ción por VIH/SIDA entre la población drogodependiente, permitieron que a partir de 1994 la inyección dejara de ser la principal vía de administración entre las personas admitidas a tratamiento en los servicios del PGD, en favor de la vía fumada. La intensidad de los cambios registrados en la vía de administración de la droga principal queda patente al comprobar que en el año 2001 el 60,7% de los sujetos admitidos a tratamiento utilizaba la vía fumada/inhalada, frente al 31,4% que usaba la vía parenteral (figura 6.20).

Figura 6.20
Vía de administración de la droga principal (%). Galicia–España, 1991–2000



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ESPAÑA FUMADA	30,0	37,0	42,0	45,0	49,6	30,0	27,5	27,5	24,4	24,1
ESPAÑA INYECTADA	61,3	52,4	47,5	44,4	39,0	32,5	27,3	23,9	20,8	20,0
GALICIA FUMADA	23,3	36,4	41,7	53,4	60,8	62,9	59,2	58,1	57,4	56,8
GALICIA INYECTADA	71,3	57,6	53,9	43,5	36,6	34,1	36,0	34,6	34,1	34,2

FUENTE DE LOS DATOS: Memorias SEIT

El progresivo abandono de la vía intravenosa es especialmente perceptible entre los pacientes admitidos por primera vez a tratamiento, que sólo fue utilizada durante el año 2001 por el 15,3%, frente al uso mayoritario que éstos hacían de la vía fumada/inhalada (68,2%).

Aunque la tendencia al abandono de la vía inyectada ha tenido desde 1991 una intensidad similar a la observada en el resto del Estado, hay que destacar que todavía hoy la utilización de esta vía continúa siendo mucho más elevada en Galicia, como consecuencia de la mayor prevalencia que tradicionalmente ha tenido esta vía en esta comunidad (provocando que el punto de partida se situara en niveles superiores) y del hecho de que la red gallega de atención a las drogodependencias atiende proporcionalmente a un mayor número de consumidores de heroína, sustancia cuyo uso se vincula de forma más intensa con la vía parenteral.

G Consumo de drogas secundarias

El policonsumo es un patrón de uso de drogas ampliamente consolidado entre los usuarios de los servicios asistenciales. El análisis de las sustancias consumidas durante los 30 días previos al inicio del tratamiento permite identificar algunas asociaciones en el uso de drogas utilizadas por los sujetos admitidos a tratamiento durante 2001 en la red asistencial del PGD (tabla 6.5):

- La cocaína aparece como droga co–principal en el 22,8% de las admisiones, seguida del cánnabis (15,3%), el alcohol (7,7%) y las benzodiacepinas (6,4%). La presencia de estas drogas co–principales difiere según el tipo de programa.
- También estas mismas sustancias registran elevadas prevalencias de consumo como segundas, terceras o cuartas drogas consumidas en los últimos 30 días entre las personas admitidas a tratamiento, en especial en el caso del alcohol (24,1%) y el cánnabis (21,1%).

Tabla 6.5 Droga co–principal y secundarias consumidas en los 30 días previos al inicio del tratamiento. Galicia, 2001

Programa	Droga co–principal				Otras drogas (2ª,3ª ó 4ª)			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Total admitidos	22,8%	15,3%	6,4%	7,7%	8,6%	21,1%	13,3%	24,1%
PTLD	20,5%	15,9%	6,2%	9,9%	11,1%	21,9%	11,9%	23,8%
PTDO	25,3%	12,1%	7,3%	5,1%	10,2%	21,0%	16,2%	21,1%
PTANO	19,4%	22,2%	5,8%	5,3%	11,8%	24,7%	12,9%	24,7%

1 = cocaína **2 = cánnabis** **3 = benzodiacepinas** **4 = alcohol**

Entre el total de casos admitidos a tratamiento en España durante el año 2000 se registra en elevado consumo de distintas drogas secundarias en los 30 días anteriores a la incorporación a tratamiento, en especial de cocaína (56,3%), cánnabis (36,8%), alcohol (32,0%) e hipnóticos y sedantes (18,9%). Los datos aportados por este mismo indicador referidos a Galicia confirman la existencia de consumos de cánnabis (39,4%), alcohol (35,1%) e hipnóticos y sedantes (26,2%) como drogas secundarias en porcentajes superiores a los del resto de España, situándose en niveles inferiores los de cocaína (44,6%).

Reviste un especial interés el análisis de los consumos de otras drogas secundarias en función de la sustancia que se considera responsable del episodio de inicio del tratamiento (droga principal). Entre los casos admitidos a tratamiento en España durante el año 2000 por consumo de heroína como droga principal se registran consumos en los 30 días previos de cocaína (69,5%), cánnabis (35,9%), alcohol (25%) e hipnóticos y sedantes (22%), unos consumos que son ligeramente superiores entre los casos que no han realizado tratamientos previos (del 70,5% para la cocaína, del 37,9% para el cánnabis o del 25,1% para el alcohol).

Por su parte, en los casos admitidos a tratamiento por consumo de cocaína como droga principal se detectan elevadas prevalencias de consumos de alcohol (58,5%) y cánnabis (48,6%), mientras los consumos de heroína (14%) y éxtasis (9%) son minoritarios. Entre los admitidos previamente tratados hay una mayor presencia de consumos de heroína (24,4%), mientras que los del alcohol (53,7%) y el cánnabis (45,7%) se sitúan en niveles inferiores a los registrados en los sujetos que no han realizado tratamientos previos (61,5% y 50,0% respectivamente).

Estos datos permiten confirmar la importante presencia que los consumos de cocaína tienen entre los consumidores de heroína, configurándose como un patrón de policonsumo ampliamente generalizado entre los pacientes de los servicios asistenciales. Asimismo, debe destacarse que la asociación entre consumo de heroína y cocaína no se produce en sentido inverso, puesto que tan sólo una reducida proporción de admitidos a tratamiento por abuso y/o dependencia a cocaína son consumidores de heroína. El patrón de policonsumo de las personas admitidas a tratamiento por consumo de cocaína tendría connotaciones más próximas con lo que ha dado en denominarse consumos recreativos, con preponderancia del uso de alcohol y el cánnabis como drogas secundarias.

El Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías ofrece algunas de las características de las personas admitidas a tratamiento por abuso de drogas en distintos países de la Unión Europea. A pesar de la existencia de diversos métodos para la recogida de la información suministrada, es posible identificar la existencia de características comunes entre estos pacientes (tabla 6.6).

Tabla 6.6 Algunas características de las personas tratadas por problemas de drogas en diferentes países de la unión Europea

	Año	Edad media	Distribución por sexo hombre/mujer	IV vía de administración de la droga principal (%)	% distribución de la droga principal (entre paréntesis % IV vía de administración)						
					Opiáceos (a)	Cocaína	Anfetaminas (a)	Éxtasis	Alucinógenos	Cánnabis	Otras
Alemania (d)	1999	27,7	80/20	n.a	64,7 (49,8)	7,7 (24,3)	n.a.	n.a.	1,3 (n.a)	22.2 (n.a)	0,0
Austria (a)	1999	32,9	69/31	100	100						
Bélgica	1998	n.a.	75/25	n.a.	43,0 (35,0)	6.5 (26.5)	n.a.	n.a.	0.6 (0,0)	22.6 (0,0)	4,0 (0,7)
Dinamarca (b)	1999	31,0	75/25	29,0	49 (53)	1 (33)	5 (9)	0,5 (0)	n.a.	16,0 (0)	2,0 (0)
España	1999	30,4	85/15	21,0	74,6 (26,9)	17,0 (4,7)	0,6 (2,3)	0,3	0,1 (4,3)	5,6 (0,0)	0,4 (21,6)
Finlandia	1999	26,1	75/25	60,6	31,5 (81,6)	0,2 (n.a.)	39,1 (85,7)	0,9 (7,7)	0,1 (n.a.)	19,0 (n.a.)	0.4 (n.a.)
Francia (c)	1999										
Grecia	1999	28,0	84/16	69,8	89,5 (72,0)	1,6 (16,7)	0.0(0)	0,1 (0)	0,0	6,9 (0)	0,7 (14,3)
Holanda	1999	31,4	81/19	10,0	63,2 (14,5)	21,2 (2,5)	2,6 (10,4)	0,0	0,1 (0)	10,0 (0,5)	0,6 (1,7)
Irlanda	1999	24,6	70/30	48,9	73,4 (66,0)	1,2 (14,0)	1,4 (10,0)	4,9 (0)	0,2 (0)	16,5 (0)	1,0 (1,3)
Italia (e)	1999	30,9	86/14	n.a.	83,6 (74,5)	4,3 (14,5)	0,3 (6,7)	0,8 (0)	0,2	8,0	1,0 (1,3)
Luxemburgo	1999	27,0	70/30	66,0	74 (76)	11 (89)	1,0	1,0	0,0	10,0	1,0
Portugal (f)	1999	28,2	78/22	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a
Reino Unido (g)	1999	27,1	74/26	37,0	71 (47)	6 (4)	8 (42)	1 (1)	0,0	10,0 (0)	1 (36)
Suecia	1998	34,0	72/28	n.a.	32	n.a.	n.a.	n.a.	1,0	7,0	43,0

(a) Los datos de Austria se refieren exclusivamente a aquellos pacientes incluidos en algún programa de sustitutivos, por lo que los datos de opiáceos como droga principal y vía IV de administración son del 100%.

(b) Los datos de Dinamarca sobre opiáceos se refieren exclusivamente a heroína.

(c) Los datos de Francia corresponden a aquellos pacientes que estén en tratamiento y figuren inscritos en el registro anual

(d) La información de Alemania sobre Vía de administración IV de opiáceos se refiere a heroína y los datos sobre vía de administración de cocaína reflejan el CLH.

(e) Los datos de Italia incluyen tanto los pacientes que inician tratamiento en el presente año como los que continúan en tratamiento desde el año anterior.

(f) La información de Portugal relativa a cualquier tipo de demanda de tratamiento recoge el número total de intervenciones y no el número de personas, por lo que no es posible distinguir entre los distintos tipos de drogas.

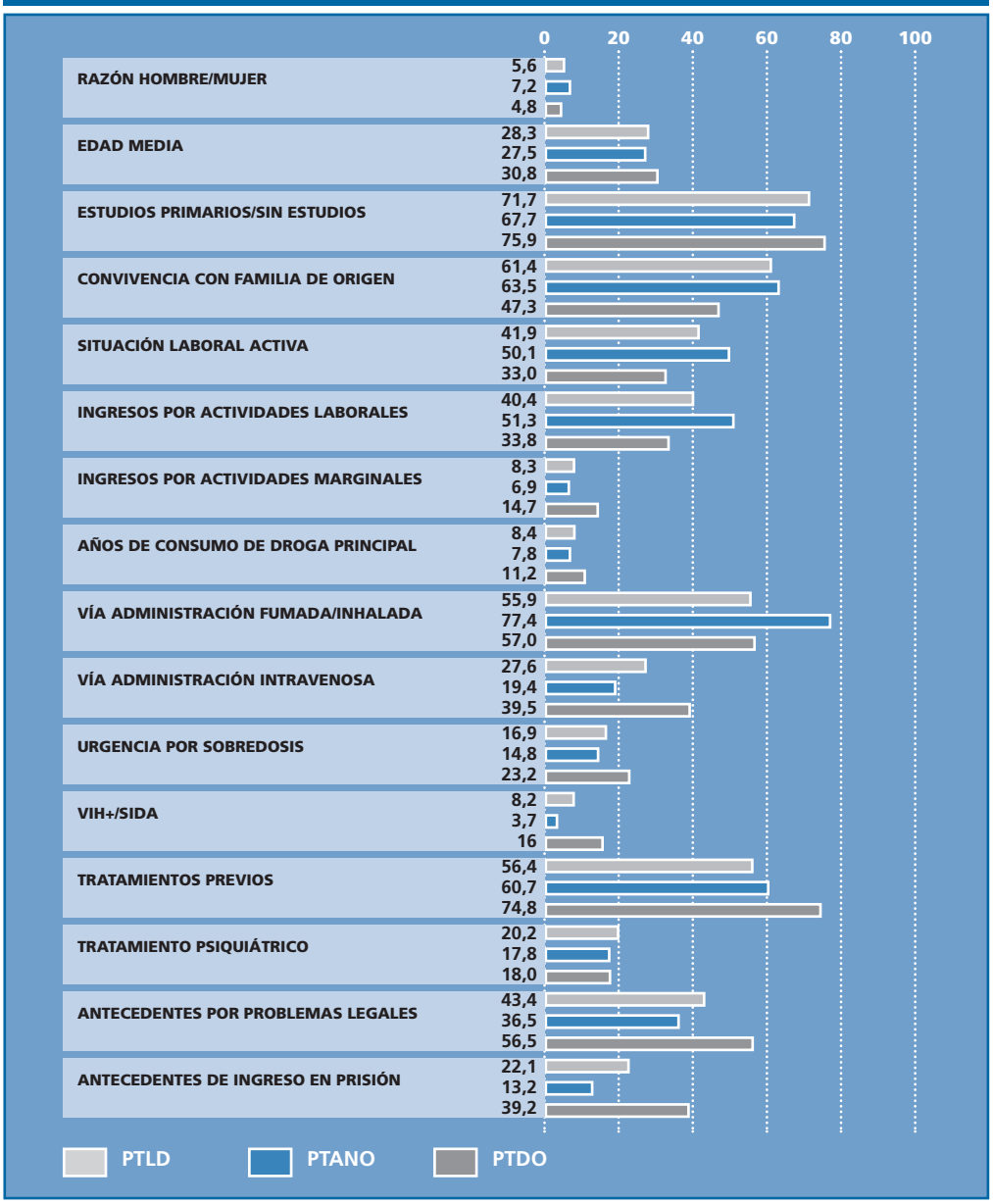
(g) En el Reino Unido los datos se refieren al período abril–septiembre de 1999.

FUENTE: Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2001

6.3.2 Perfil de los pacientes atendidos en los diferentes programas asistenciales

Existen algunas diferencias relevantes en los perfiles de los usuarios atendidos en los distintos programas asistenciales del PGD (figura 6.21). Al igual que en años anteriores, los usuarios de los programas de tratamiento con derivados opiáceos son los que presentan el perfil más deteriorado (mayor presencia de problemas sociales, judiciales y sanitarios asociados al consumo de drogas), mientras que los del programa de tratamiento con antagonistas tienen mayores niveles de ajuste, situándose los usuarios de los programas libres de drogas en una posición intermedia entre ambos.

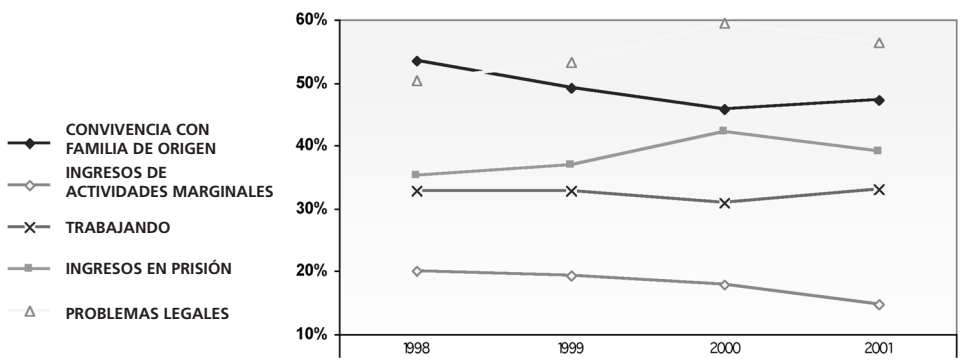
Figura 6.21
Perfil usuarios admitidos a tratamiento según programa. Galicia, 2001



- Los usuarios del PTDO, con respecto a los de los restantes programas, tienen una edad más avanzada, registran una mayor antigüedad en el consumo de la droga principal, utilizaban la vía intravenosa en un elevado porcentaje antes de iniciar el tratamiento, y mayoritariamente han realizado tratamientos previos. Asimismo, presentan mayores carencias de tipo social (altas tasas de desempleo y obtención de ingresos por actividades marginales en porcentajes más elevados), más problemas sanitarios (más episodios de ingreso en servicios de urgencias y de afectación por enfermedades infecciosas) y un mayor grado de conflictividad jurídico–legal.
- Por el contrario, los usuarios del PTANO muestran un perfil menos desajustado, con menor edad y tiempo de consumo, predominio de la vía fumada/inhalada, menor afectación por enfermedades infecciosas, mayores niveles de integración familiar y laboral y un menor grado de problemas legales asociados.
- Por su parte, los usuarios de los PTLD presentan un perfil intermedio respecto de los PTDO y los PTANO.

El análisis de la evolución de los perfiles de los pacientes a lo largo del tiempo confirmaría que el deterioro social de los pacientes que estaban siendo incorporados a los PTDO se habría quebrado durante el año 2001, observándose mejoras en ámbitos tales como la convivencia con la familia de origen, la realización de actividades laborales, la menor dependencia de actividades marginales y de los antecedentes legales y penitenciarios (figura 6.22).

Figura 6.22
Evolución del perfil social de los pacientes admitidos en programas de tratamiento con derivados opiáceos. Galicia, 1998–2001



	1998	1999	2000	2001
Convivencia con familia de origen	53,5%	49,9%	45,8%	47,3%
Ingresos por actividades marginales	20,0%	19,3%	17,9%	14,7%
Trabajando	32,8%	32,9%	30,8%	33,0%
Ingresos en prisión	35,3%	36,9%	42,2%	39,2%
Problemas legales	50,3%	53,2%	59,4%	56,5%

6.4 Evaluación de resultados de los servicios asistenciales

Con la finalidad de evaluar la eficacia y eficiencia de los dispositivos asistenciales de la red de atención a las drogodependencias, el PDG puso en marcha en 1994 el denominado Sistema de Evaluación Asistencial. Este sistema, además de permitir el seguimiento de cohortes de usuarios a lo largo del tiempo, facilita valiosos indicadores de evaluación de la actividad asistencial desplegada en los diferentes programas de tratamiento, referidos tanto a los motivos de salida de los mismos, como a la permanencia y asistencia a las diferentes actividades que incorpora cada programa. No obstante, los datos sobre la evaluación de resultados referidos a 1994 deben ser tomados con cierta cautela, puesto que coincidió con la puesta en marcha del Sistema de Evaluación Asistencial, motivo por el cual se ha optado por tomar como año de base para los análisis de su evolución los referidos a 1995.

6.4.1 Motivo de salida de los programas

El indicador motivo de salida de programa/centro establece diferentes causas de salida: alta terapéutica, abandono, expulsión, fuerza mayor y cambio de programa. El análisis de los motivos de las salidas de los usuarios de los programas asistenciales ofrece una primera aproximación sobre los resultados de los mismos, debiendo ser interpretados teniendo en consideración el carácter recidivante con que la Organización Mundial de la Salud define a la drogodependencia.

La existencia de un elevado porcentaje de altas terapéuticas en un programa muestra una alta eficacia del mismo, pero no significa que no puedan producirse recaídas en el consumo de drogas en los sujetos tratados. Del mismo modo, el abandono del programa no puede asociarse necesariamente al fracaso definitivo del proceso terapéutico, siendo relativamente frecuente que sujetos que abandonan el tratamiento reinicien el mismo transcurrido un cierto período de tiempo. De la misma manera, indicadores de salida como el cambio de programa reflejan los esfuerzos de los profesionales por garantizar en cada momento una asistencia personalizada a los pacientes, buscando ofertar el tipo de programa o recurso que en cada etapa del proceso terapéutico se considera más adecuado a las necesidades de cada sujeto, facilitando de este modo la permanencia de los pacientes en el tratamiento, lo que según confirman numerosos estudios de seguimiento constituye una de las principales variables predictoras de la evolución positiva en el tratamiento.

Los principales motivos de salida de los distintos programas de la red asistencial del PDG durante el año 2001 son el cambio de programa (con especial incidencia en los PTANO), seguido de los abandonos y las altas terapéuticas (tabla 6.7). Las salidas por expulsiones son prácticamente inexistentes, suponiendo tan sólo el 0,2% de las salidas que se registraron en el conjunto de la red.

Tabla 6.7 Motivos de salida según programa. Galicia, 2001

Motivo de salida	P.T. libre drogas		P.T. derivados opiáceos		P.T. antagonistas		Total salidas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cambio programa	343	43,2	582	49,2	323	56,0	1.248	48,9
Abandono	193	24,3	341	28,9	159	27,5	693	27,1
Alta terapéutica	233	29,3	103	8,7	72	12,5	408	16,0
Fuerza mayor	25	3,2	151	12,8	23	4,0	199	7,8
Expulsión	0	0,0	5	0,4	0	0,0	5	0,2
Totales	**794**	**100,0**	**1.182**	**100,0**	**577**	**100,0**	**2.553**	**100,0**

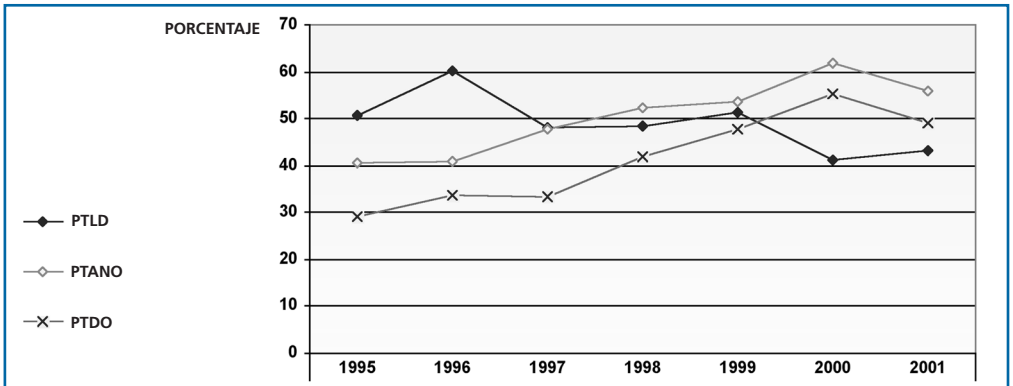
Existen algunas diferencias en los motivos de salida según el tipo de programa, referidas fundamentalmente a las altas terapéuticas, los cambios de programa y salidas por fuerza mayor, puesto que los porcentajes de abandonos son similares en todos los programas. Los PTANO registran mayores porcentajes de salidas por cambio de programa, en tanto que los PTDO concentran el grueso de las salidas por fuerza mayor.

Por su parte, los mayores porcentajes de altas terapéuticas se concentran fundamentalmente en los PTLD (29,3%), que tienen una orientación "finalista" (focalizada al logro de la abstinencia y previo al alta del proceso terapéutico) frente a otros programas, en especial los PTDO, que incorporan objetivos intermedios.

La evolución a lo largo del período 1995–2001 de los principales motivos de salida de la red asistencial del PGD permite obtener algunas interesantes conclusiones:

- Las salidas por cambio de programa, que han sido tradicionalmente la principal causa de salida, se han reducido de manera muy significativa en los PTLD, lo que reflejaría la creciente consolidación del funcionamiento de la red asistencial del PGD, con la mejora de los procesos de indicación terapéutica y de retención en el tratamiento indicado (figura 6.23).

Figura 6.23
Salidas de programa debidas a cambios de programa. Galicia, 1995–2001



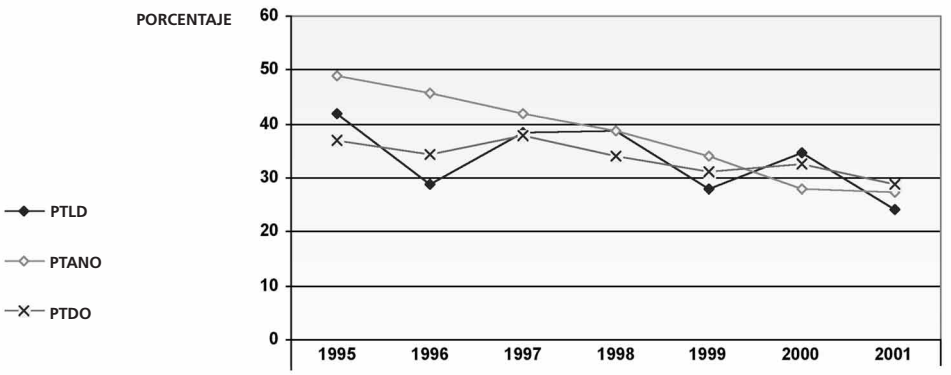
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PTLD	50,7	60,2	48,1	48,4	51,2	41,3	43,2
PTANO	40,5	41,0	47,9	52,5	53,5	61,7	56,0
PTDO	29,1	33,7	33,5	41,8	47,7	55,4	49,2

- Las salidas por abandono muestran una evolución muy positiva en todos los programas (figura 6.24), de manera especial en aquellos de mayor exigencia para sus usuarios (PTLD y PTANO), lo que sin duda reflejaría la progresiva mejora de la calidad de atención prestada.

  Esta tendencia resulta altamente positiva, puesto que se traduce en la existencia de una mayor adhesión o permanencia en el tratamiento lo cual, como ya se ha indicado, redunda en una mayores perspectivas de éxito del mismo. Además, la mayor permanencia en el tratamiento, con independencia de que el mismo culmine o no con éxito, permite el logro de objetivos complementarios a la abstinencia, tales como el abandono de ciertas prácticas de riesgo.

  A pesar de la positiva evolución que han seguido desde 1995, los abandonos en los PTDO resultan todavía elevados, teniendo en cuenta los objetivos de este tipo de intervención terapéutica (complementariedad entre el logro de la abstinencia y la reducción del daño asociado al consumo de opiáceos) y el hecho de que se dirigen a una población que acumula habitualmente un alto grado de deterioro.

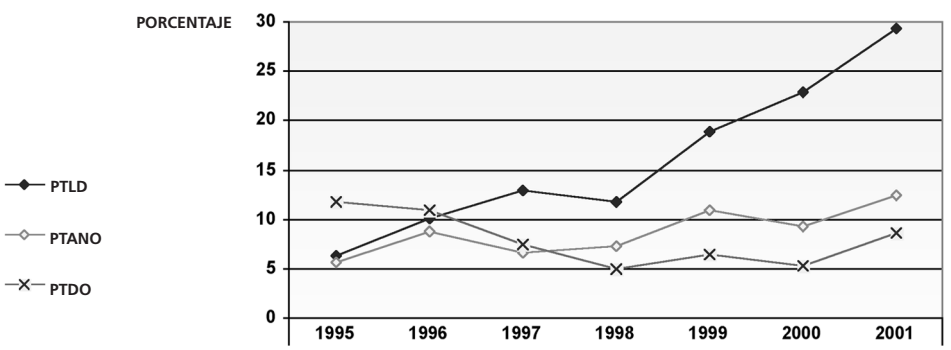
Figura 6.24
Salidas de programa debidas a abandonos. Galicia, 1995–2001



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PTLD	42,0	28,7	38,4	38,7	28,1	34,6	24,3
PTANO	48,8	45,8	41,9	38,7	34,0	28,0	27,5
PTDO	37,1	34,4	37,9	34,2	31,2	32,6	28,9

- Las altas terapéuticas no tienen una evolución homogénea, mostrando incrementos en los programas de mayor exigencia y descensos en los PTDO (figura 6.25). Debe destacarse el fortísimo incremento de las altas registradas en los PTLD (del 6,3% en 1994 al 29,3% en 2001) lo que evidencia, en primer lugar, que la rehabilitación es posible (al menos para una de cada cuatro de las personas incorporadas a los PTLD) y en segundo lugar, la mejora progresiva en la calidad de los servicios prestados por los centros asistenciales.

Figura 6.25
Salidas de programa por altas terapéuticas. Galicia, 1995–2001

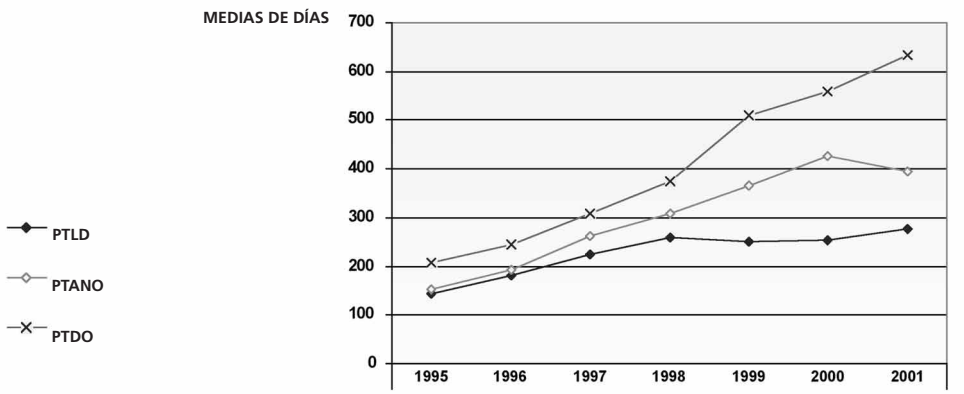


	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PTLD	6,3	10,1	12,9	11,8	18,9	22,8	29,3
PTANO	5,6	8,8	6,7	7,3	10,9	9,3	12,5
PTDO	11,8	10,9	7,4	5,0	6,5	5,3	8,7

6.4.2 Indicadores de permanencia, actividades y asistencia

El indicador de permanencia mide la media de días que los sujetos están en los diferentes programas hasta que se produce su salida de los mismos. Debe destacarse que existen diferencias muy notables en este indicador en función de la naturaleza de los programas (figura 6.26), que oscilaron durante el año 2001 entre los 634,3 días en los PTDO y los 277,5 de los PTLD.

Figura 6.26
Evolución de la media de días en programa. Galicia, 1995–2001



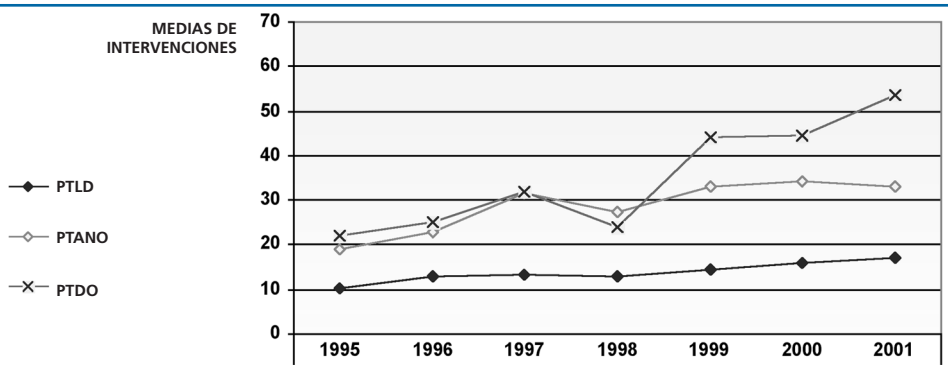
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PTLD	145,1	182,3	223,7	259,4	251,2	253,8	277,5
PTANO	153,8	192,6	261,8	308,4	366,8	427,7	394,2
PTDO	206,1	245,8	307,3	373,5	511,3	559,8	634,3

Las tendencias observadas en el indicador permanencia en programa a lo largo del período 1995–2001 confirman el incremento de la media de días de permanencia en todos los programas, mucho más intenso en el caso de los PTDO y PTANO, como resulta por otra parte lógico en programas que buscan en gran medida la vinculación terapéutica con la población drogodependiente, potenciando la fidelización de los usuarios con el programa. Aunque menos intensa, resulta positiva la evolución seguida en los días de permanencia en PTLD, que se habría multiplicado por casi dos en el período 1994–2001, mejorando con ello, las perspectivas de éxito de este tipo de tratamientos.

En paralelo al incremento de la permanencia, se observa en general un aumento de la media de intervenciones practicadas sobre los pacientes en todos los programas (figura 6.27), así como en la de días en los que los pacientes acuden al centro durante la permanencia de éstos en programa (figura 6.28). No obstante, hay que apuntar que a partir de 1999 se habría producido la estabilización en el número de días con intervenciones e incluso una leve reducción en el caso de los PTANO, lo que apuntaría la existencia de una asociación positiva, no muy intensa, entre las pautas de variación de los indicadores de permanencia y de actividad en los distintos programas.

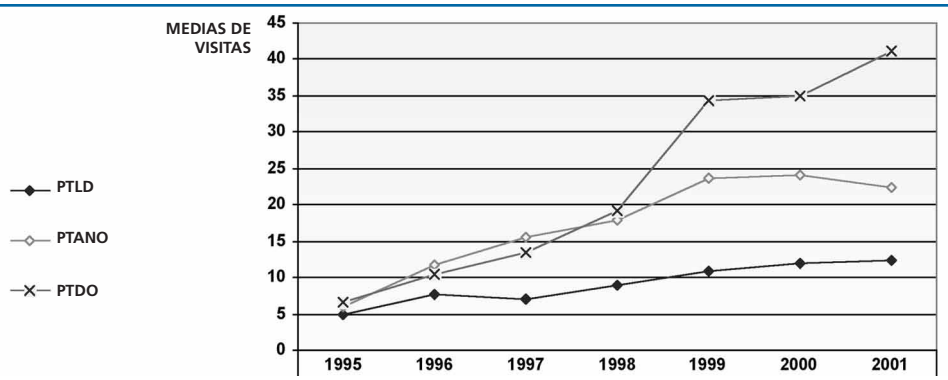
El incremento de la actividad con los pacientes aparecería asociado a una mayor permanencia en los programas, y al contrario, su reducción (tal como ha ocurrido durante 2001 en los PTANO) se asociaría con una menor permanencia, aunque el incremento de la permanencia no es directamente proporcional a la intensidad del tratamiento, de manera que ligeros incrementos de las ratios de actividad se asociarían con mejoras sustantivas en los niveles de permanencia. Estas pautas de asociación se observan tanto en los PTLD (figura 6.29), como en los PTANO (figura 6.30) y los PTDO (figura 6.31).

Figura 6.27
Media de intervenciones según programa. Galicia, 1995–2001



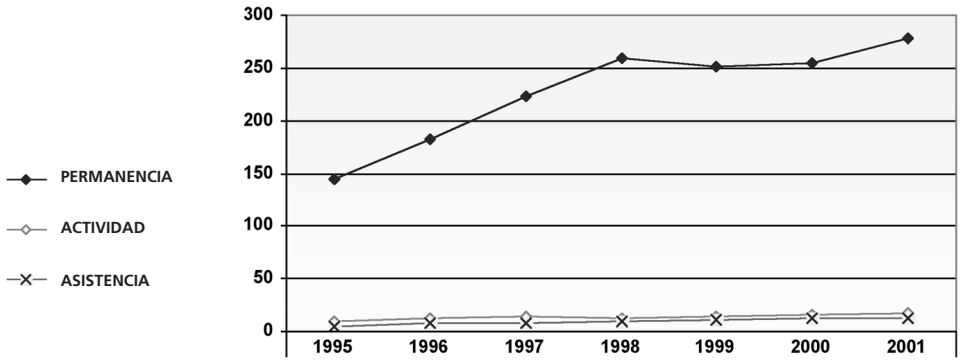
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PTLD	10,1	12,8	13,5	12,9	14,4	16,0	17,1
PTANO	18,9	23,0	31,6	27,5	33,2	34,3	33,1
PTDO	22,0	25,0	32,0	24,1	44,1	44,6	53,7

Figura 6.28
Media de días con intervenciones (días asistencia al centro) según programa. Galicia, 1995–2001



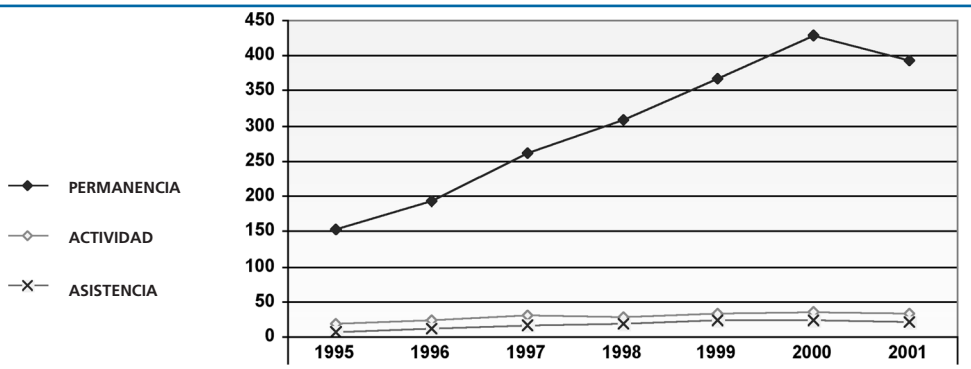
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PTLD	4,9	7,6	7,1	9,0	10,9	11,9	12,4
PTANO	6,0	11,7	15,5	17,9	23,7	24,0	22,3
PTDO	6,7	10,5	13,5	19,1	34,3	34,9	41,2

Figura 6.29
Evolución indicadores de permanencia, actividad y asistencia en PTLD. Galicia, 1995–2001



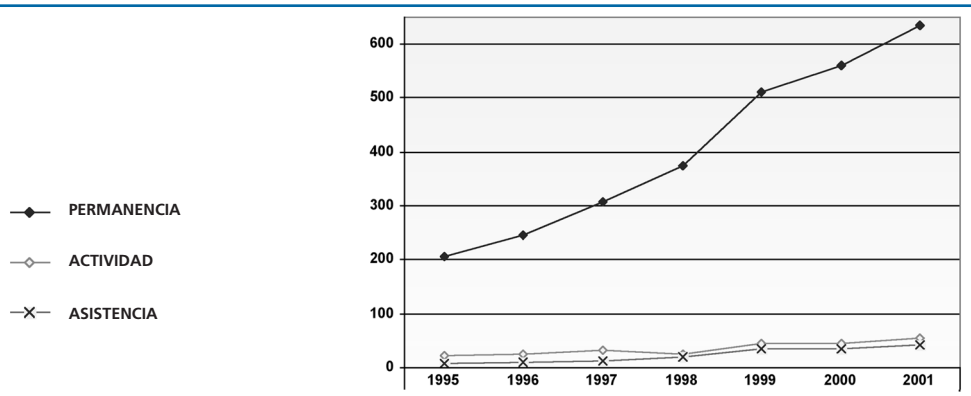
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PERMANENCIA	145,1	182,3	223,7	259,4	251,2	253,8	277,5
ACTIVIDAD	10,1	12,8	13,5	12,9	14,4	16,0	17,1
ASISTENCIA	4,9	7,6	7,1	9,0	10,9	11,9	12,4

Figura 6.30
Evolución indicadores de permanencia, actividad y asistencia en PTANO. Galicia, 1995–2001



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PERMANENCIA	153,8	192,6	261,8	308,4	366,8	427,7	394,2
ACTIVIDAD	18,9	23,0	31,6	27,5	33,2	34,3	33,1
ASISTENCIA	6,0	11,7	15,5	17,9	23,7	24,0	22,3

Figura 6.31
Evolución indicadores de permanencia, actividad y asistencia en PTDO. Galicia, 1995–2001



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PERMANENCIA	206,1	245,8	307,3	373,5	511,3	559,8	634,3
ACTIVIDAD	22,0	25,0	32,0	24,1	44,1	44,6	53,7
ASISTENCIA	6,7	10,5	13,5	19,1	34,3	34,9	41,2

6.5 Conclusiones

- Desde 1998, y tras años de continuado incremento, se vienen reduciendo las admisiones a tratamiento registradas en los centros extrapenitenciarios de la red asistencial del PGD. A pesar del repunte observado en 2001, con 3.666 admisiones registradas, las incorporaciones de pacientes a tratamiento se habrían reducido globalmente en un 22,4% en el último quinquenio. Esta misma tendencia se observa en el resto de España, aunque en este caso de manera más intensa.
- La reducción en el flujo de incorporaciones a tratamiento se compatibiliza con el incremento en el número de personas atendidas en los centros de tratamiento extrapenitenciarios, tendencia que se habría suavizado desde 1996. En el año 2001, con 11.815 pacientes atendidos, la red asistencial gallega alcanzó su máximo histórico.
- Los esfuerzos realizados por el PGD para ampliar la cobertura de la población con problemas de abuso y dependencia a las drogas quedan de manifiesto si se tiene en cuenta que las tasas de pacientes admitidos a tratamiento por 100.000 habitantes se incrementaron en un 57,2% entre 1991 y 2000, al pasar de 76,3 a 120,0 en ese período. De hecho, nuestra Comunidad era en el año 2000 la quinta con una mayor tasa de admisiones a tratamiento, después de Canarias, Andalucía, Valencia y Baleares.
- El ligero incremento mantenido en los últimos años en el volumen de personas atendidas en los servicios asistenciales del PGD, a pesar del descenso observado en las admisiones a tratamiento, ha sido posible gracias a los mayores niveles de fidelización o estabilización lograda en los procesos terapéuticos, como resultado de la importante ampliación registrada en la oferta de programas de tratamiento con derivados opiáceos, que han contribuido a reducir la rotación de los pacientes por los distintos servicios asistenciales.
- El grueso de las demandas de tratamiento y, en consecuencia, de las personas atendidas en los servicios asistenciales integrados en el PGD, están motivadas por el abuso y/o dependencia de drogas ilegales. El abuso de sustancias como el alcohol y tabaco motivaron únicamente el 8,3% de las admisiones a tratamiento registradas durante 2001, representando el 4,8% del total de pacientes atendidos. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los pacientes alcohólicos son atendidos, como es tradicional, por la Red de Salud Mental.
- La ampliación de la oferta de PTDO producida en los últimos años en los centros asistenciales extrapenitenciarios en Galicia, justificada por el progresivo deterioro sociosanitario de la población consumidora de opiáceos, se ha traducido en el incremento de algo más del 100% en el número de usuarios atendidos en esta modalidad asistencial entre 1995–2001, mientras que el número de usuarios de los PTANO se redujo en un 44% y el de los PTLD se mantuvo estable en ese mismo período. Mientras que en Galicia la ampliación de las personas atendidas en PTDO se compatibiliza con la estabilidad de quienes reciben tratamiento en PTLD, en el resto del Estado se estaría produciendo en los últimos dos años un trasvase de usuarios desde los PTLD (que sufren descensos claros en el número de usuarios atendidos) a los PTDO.
- El perfil general de los usuarios admitidos a tratamiento se corresponde básicamente con el de un varón, soltero, de 30 años, con un bajo nivel académico, sin empleo, consumidor de heroína como droga principal, con una dilatada historia de consumo, policonsumidor, que utiliza la vía fumada/inhalada como forma preferente de consumo, que ha realizado anteriormente algún tratamiento previo y con un alto grado de afectación por enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, hepatitis C y B y por problemas psiquiátricos. Este perfil ha evolucionado en los últimos años, intensificándose el envejecimiento de la población atendida, su mayor antigüedad en el consumo, el número de los casos previamente tratados, el abandono de la vía intravenosa (que ha pasado de ser utilizada por el 71,3% de las personas admitidas a tra-

tamiento en 1991 al 34,2% en 2000) y el incremento de los problemas judiciales asociados al consumo. Los usuarios atendidos en los PTDO son los que tienen un perfil con un mayor deterioro social y sanitario, en tanto que los de los PTANO tendrían el perfil más normalizado.

- Si bien el peso de la heroína en las admisiones a tratamiento se ha reducido de forma notable desde mediados de los noventa, período en el que llegó a motivar más del 90% de las mismas, esta sustancia continúa capitalizando el grueso de las demandas de tratamiento que reciben los centros del PGD (el 78,6% en 2001), seguida del alcohol (7,0%) y la cocaína (5,8%). Las admisiones a tratamiento en Galicia presentan diferencias sustanciales respecto del resto del Estado, destacando la mayor influencia de la heroína y el hecho de que las admisiones atribuidas a la cocaína y al cánnabis se sitúen en porcentajes muy inferiores. Estas diferencias se acentúan aún más entre las personas admitidas por primera vez a tratamiento.
- Se constata la consolidación creciente en el funcionamiento del conjunto de centros y servicios integrados en la red del PGD, lo que está permitiendo reducir las salidas de usuarios por cambio de programa, así como la reducción de los abandonos del tratamiento. La evolución de estos indicadores, que se traducen en la mejora de los niveles de permanencia, está facilitando la mayor adhesión de los usuarios al tratamiento, mejorando las expectativas de éxito del mismo. Un dato revelador de la mejora progresiva alcanzada en la calidad de los servicios ofertados a los drogodependientes gallegos lo constituye el fortísimo incremento registrado en las altas terapéuticas en el marco de los PTLD, que entre 1995 y 2001 pasaron del 6,3 al 29,3%.
- Un alto porcentaje de la población drogodependiente que accede a los servicios asistenciales del PGD tiene antecedentes penales, lo que justifica el reforzamiento que han registrado los servicios de tratamiento en los centros penitenciarios de Galicia. En el año 2001 un total de 1.640 reclusos recibieron tratamientos en los centros intrapenitenciarios del PGD, un 48% más que en 1998. Cerca del 90% de los pacientes atendidos en las prisiones gallegas reciben tratamiento en PTDO.

7. INDICADORES SANITARIOS

7. Indicadores sanitarios

7.1 Enfermedades infecciosas relacionadas con las drogas

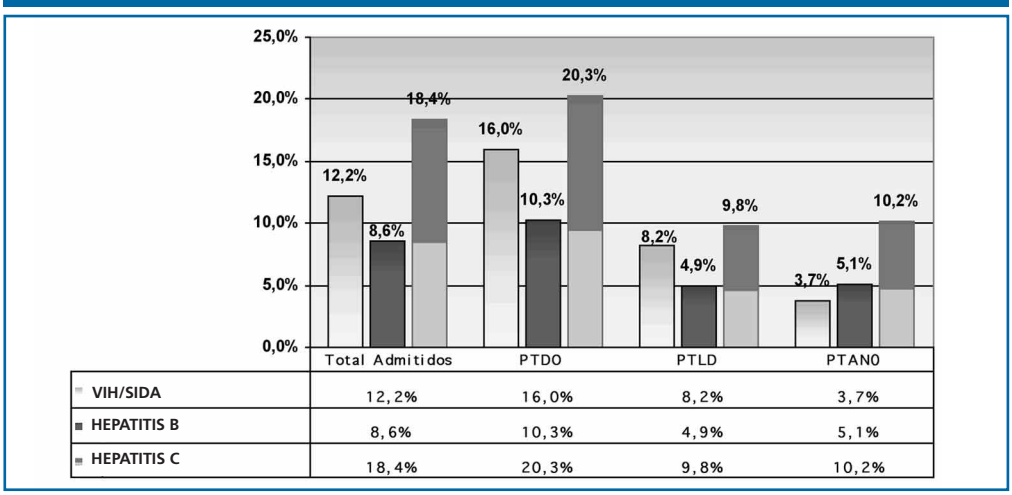
El consumo de drogas, y de manera especial la utilización de la vía intravenosa, aparece estrechamente asociado a la presencia de determinadas enfermedades infecciosas. Entre los consumidores de drogas la infección por VIH/SIDA, hepatitis C y B o tuberculosis alcanzan tasas de prevalencia muy superiores a las registradas en el conjunto de la población gallega.

La información disponible sobre estas enfermedades procede fundamentalmente de dos fuentes: los datos aportados por el Sistema de Evaluación Asistencial, referidos a la población drogodependiente incorporada a tratamiento, y los facilitados por el Rexistro Galego da SIDA, que recoge los casos de SIDA diagnosticados y declarados en Galicia que, con carácter voluntario, notifica el personal médico.

7.1.1 Enfermedades infecciosas en pacientes en tratamiento

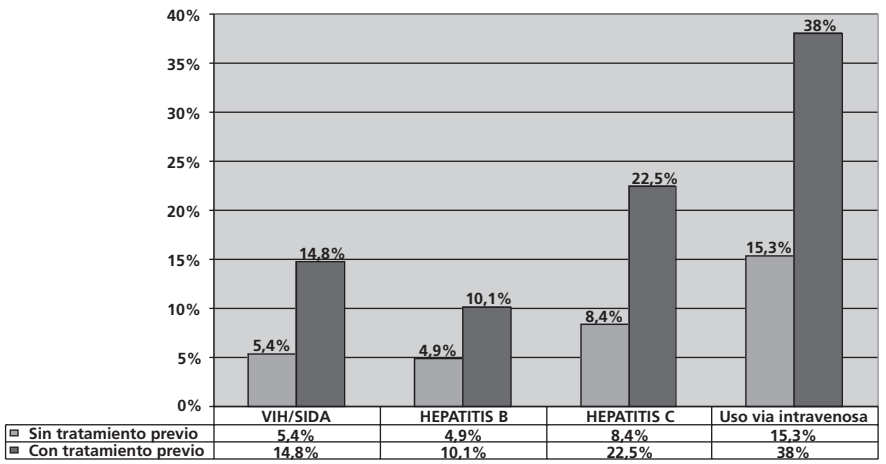
Las prevalencias de enfermedades como la hepatitis C y B y el VIH/SIDA entre las personas admitidas a tratamiento por consumo de drogas ilegales que se han sometido a las diferentes pruebas diagnósticas son muy elevadas, de modo especial entre los beneficiarios de los programas de tratamiento con derivados opiáceos (figura 7.1).

Figura 7.1
Prevalencia de enfermedades infecciosas entre usuarios admitidos a tratamiento por abuso y/o dependencia a drogas ilícitas, según programa. Galicia, 2001



La incidencia de este tipo de enfermedades está directamente relacionada con la existencia de ciertas prácticas de riesgo, entre las que destacan el uso de la vía intravenosa para el consumo de drogas. Precisamente, el mayor grado de utilización de esta vía entre los casos previamente tratados explica en gran medida que su afectación sea más del doble que la registrada entre los pacientes admitidos a tratamiento por primera vez (figura 7.2). De hecho, las mejoras conseguidas en los últimos años en este ámbito, están permitiendo una reducción continuada en los niveles de afectación por estas enfermedades entre la población drogodependiente en tratamiento.

Figura 7.2
Prevalencia de enfermedades infecciosas entre usuarios de la red asistencial del PGD, según realización o no de tratamientos previos. Galicia, 2001



	VIH/SIDA	HEPATITIS B	HEPATITIS C	Uso via intravenosa
Sin tratamiento previo	5,4%	4,9%	8,4%	15,3%
Con tratamiento previo	14,8%	10,1%	22,5%	38%

Los datos facilitados por el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT, 2001) confirmarían la estabilización del VIH, tras los intensos descensos registrados entre los consumidores de drogas por vía parenteral desde mediados de los años noventa. No obstante, en algunos países como Austria, Luxemburgo, Irlanda, Países Bajos, Portugal y Finlandia la transmisión del VIH podría esta aumentando entre determinados grupos de estos consumidores.

Las prevalencias de la infección de la hepatitis C son superiores en la Unión Europea a las del VIH, oscilando entre los consumidores de drogas por vía parenteral entre el 40 y el 90%, según los países de referencia. No existe una tendencia definida en la evolución de esta enfermedad en el reducido número de países que cubren este indicador. Por su parte, las prevalencias de la hepatitis B son también elevadas entre este grupo de consumidores de drogas, aunque se sitúan en niveles inferiores a las registrados para la hepatitis C.

Aunque no se dispone de información actualizada respecto a las prevalencias de otras enfermedades infecciosas como la tuberculosis entre los drogodependientes en tratamiento, si existen datos parciales que ilustran la elevada incidencia de la misma entre el colectivo de consumidores de drogas.

En el informe realizado en 1997 sobre la situación de la tuberculosis en Galicia (Consellería de Sanidade e Servcios Sociais, 1997) se ponía de relieve que la tasa de incidencia de la enfermedad tuberculosa en nuestra Comunidad era de 65,8 casos por 100.000 habitantes, tasa que en el grupo de edad de 25 a 34 años se elevaba hasta 101,2. Aunque en la mayor parte de los casos de tuberculosis registrados no consta ningún factor de riesgo asociado a la enfermedad (64%), entre los casos con un único factor conocido aparecen dos estrechamente ligados al consumo de drogas: en el 10,3% de los casos el consumo de alcohol y en el 10,2% el VIH positivo.

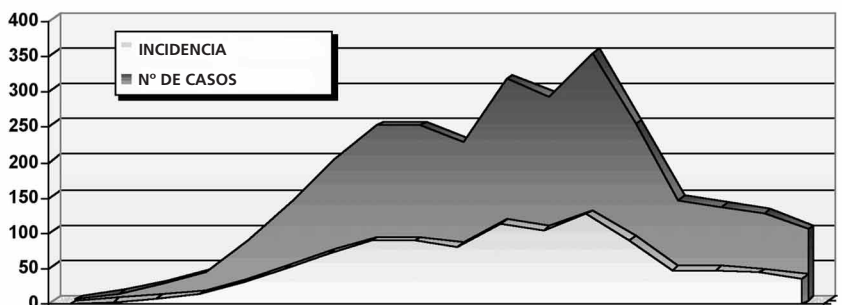
Por su parte, un estudio de ámbito nacional realizado en 1999 (Instituto de la Salud Carlos III, 1999) confirmaba el hecho de que el consumo de drogas es el factor de riesgo detectado con mayor frecuencia entre los casos de tuberculosis diagnosticados (en especial, haberse inyectado drogas en alguna ocasión, tener antecedentes por alcoholismo y haber consumido heroína o cocaína por otras vías distintas de la parenteral). También queda patente la asociación de la tuberculosis con la infección por VIH/SIDA, dado que un significativo porcentaje de pacientes con tuberculosis estaban infectados por el VIH/SIDA.

7.1.2 Casos de SIDA entre consumidores de drogas

Desde que en 1984 se diagnosticara el primer caso de SIDA en Galicia la evolución de esta enfermedad, cuyos criterios de definición fueron ampliados a partir de 1994 de acuerdo con los criterios aprobados por el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA, ha tenido dos etapas claramente diferenciadas. En la primera, que incluiría el período 1994–1996, los casos diagnosticados fueron en aumento (con pequeños altibajos), registrándose a partir de 1997 un marcado descenso en el número de nuevos casos registrados, pasando de 349 en 1996 a 100 en 2001 (figura 7.3).

La incidencia anual de la enfermedad (frecuencia de nuevos casos aparecidos cada año dividido por millón de habitantes) refleja también esta misma tendencia descendente. En tan sólo cuatro años se ha pasado de una incidencia de 127,4 (1996) a 36,6 (2001). Esta positiva evolución en los casos de SIDA registrados en los últimos años es el resultado de los esfuerzos realizados en la prevención de la enfermedad y en la asistencia a sus enfermos, en particular de la eficacia creciente de los tratamientos antirretrovirales.

Figura 7.3
Número de casos e incidencia de SIDA. Galicia, 1984–2001



	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	2001
INCIDENCIA	0,4	3,7	8,4	14,3	30,8	50,5	72,8	90	90,4	81,9	114,4	105,5	127,4	91,4	48,3	48,3	45	36,6
Nº DE CASOS	1	10	23	39	84	138	199	246	246	223	312	288	349	249	141	132	123	100

FUENTE: Rexistro Galego da SIDA

Galicia ocupa una posición intermedia en el conjunto del Estado respecto de las tasas de incidencia del SIDA, situándose ligeramente por debajo de la media nacional (37,1). Al igual que en Galicia, en el resto de España se viene produciendo una intensa reducción de casos de SIDA, en este caso a partir de 1995.

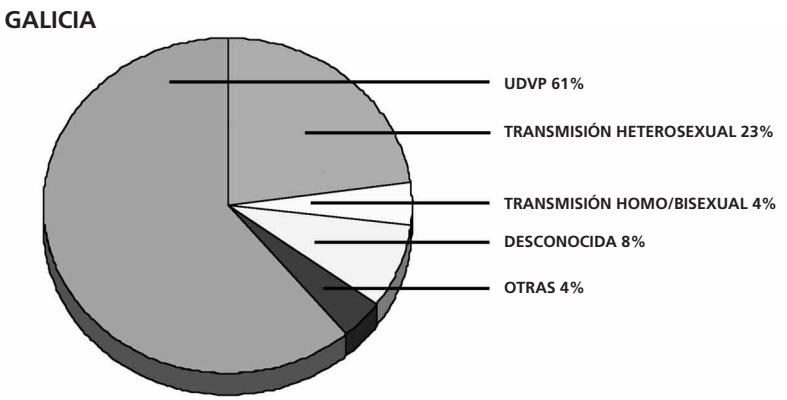
El análisis de las principales características sociodemográficas de los enfermos de SIDA en Galicia diagnosticados en 2001 confirman la mayoritaria presencia de varones (el 79%) y de los grupos de edades de 25–29 y 30–34 años, con un progresivo incremento de las edades medias de los casos en el momento del diagnóstico, hasta alcanzar los 36 años en 2001.

La influencia que el consumo de drogas tiene en la transmisión de la infección por VIH/SIDA queda patente si se tiene en consideración que del total de 2.903 casos de SIDA diagnosticados desde la aparición de la enfermedad hasta el 31 de diciembre de 2001, el 67,8% (1969 casos) se corresponden con la categoría "usuarios de drogas por vía parenteral". Esta categoría de transmisión tiene un peso ligeramente superior en Galicia que en el resto del Estado (64,8%), en consonancia con la mayor utilización de la vía intravenosa que tradicionalmente han mantenido los consumidores de opiáceos gallegos.

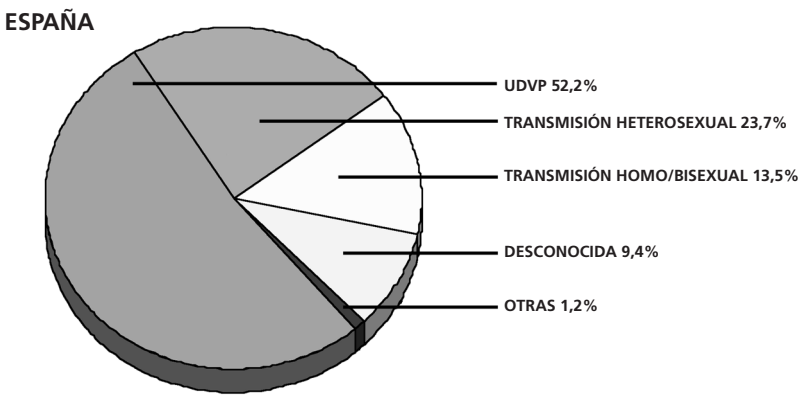
El análisis de los casos de SIDA diagnosticados en Galicia durante el año 2001 (figura 7.4) confirma que el consumo de drogas por vía parenteral continúa siendo la principal categoría de transmisión (61%), tanto entre los hombres (65%) como entre las mujeres (44%), aunque en el caso de éstas alcanza el mismo peso que las relaciones heterosexua-

les. Le siguen por importancia las categorías: relaciones heterosexuales sin protección (23%) y las prácticas homo–bisexuales (4%). El consumo de drogas por vía parenteral es también en el resto de España la principal categoría de transmisión (52%), tanto en hombres (53%) como en mujeres (48%).

Figura 7.4
Casos de SIDA diagnosticados según categoría de transmisión. España y Galicia, 2001



FUENTE: Registro Gallego del SIDA

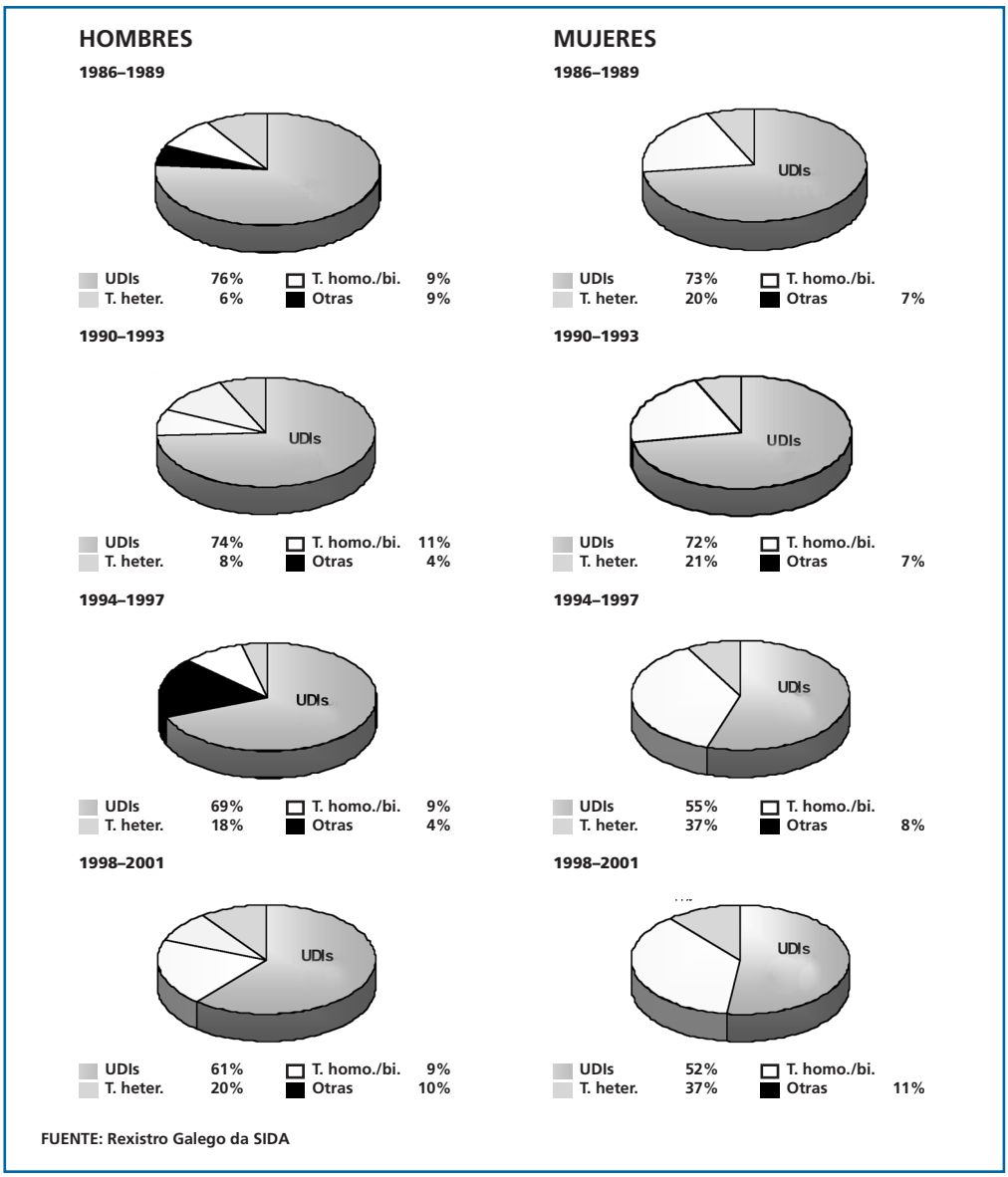


FUENTE: Registro Gallego del SIDA

La evolución desde 1986 del peso que la categoría consumo de drogas inyectables en Galicia ha tenido en la transmisión del SIDA se caracteriza por la continuada pérdida de influencia de la misma en ambos sexos (figura 7.5). En el cuatrienio 1998–2001 un 61% de los varones y un 52% de las mujeres se contagiaron mediante esta vía, frente al 76 y 73% que lo hicieron, respectivamente, durante el cuatrienio 1986–1989.

Al mismo tiempo, en los últimos años se observa un aumento significativo del porcentaje de ciudadanos gallegos, hombres y mujeres, infectados de SIDA por transmisión heterosexual, constituyéndose de manera clara en la segunda causa de contagio de la enfermedad.

Figura 7.6
Categorías de transmisión del SIDA por sexos. Galicia, 1986–2001

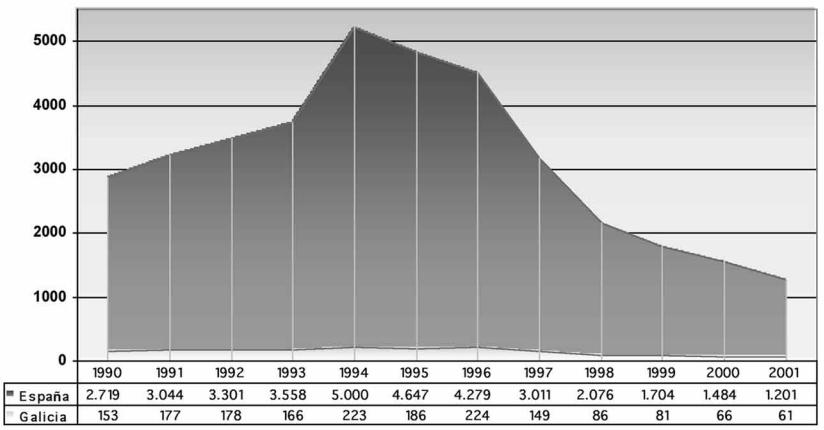


FUENTE: Rexistro Galego da SIDA

La evolución en Galicia de los nuevos casos de SIDA diagnosticados entre usuarios de drogas por vía parenteral en el período 1990–2001 es muy similar a la observada en el resto del Estado, con continuos incrementos hasta mediados de los noventa, para iniciar desde ese momento descensos continuados. El descenso en el volumen de nuevos casos pertenecientes a esta categoría se produce en Galicia a partir de 1997, dos años más tarde que en España (figura 7.7).

Conviene tener presente al analizar la evolución de los casos de SIDA, que esta enfermedad es una consecuencia tardía de la infección por VIH/SIDA, por lo que sin duda el descenso general observado en los nuevos casos de SIDA (y de manera especial de los casos de SIDA entre usuarios de drogas inyectables) es el resultado de las políticas de reducción de daños que se pusieron en marcha hace varios años, cuyos resultados se hacen visibles transcurrido un dilatado período de tiempo.

Figura 7.7
Evolución del número de casos de SIDA asociados al uso de drogas por vía parenteral, según año de diagnóstico. España–Galicia, 1990–2001



A pesar de esta positiva evolución, Galicia y el conjunto del Estado, muestran tasas de incidencia del SIDA muy superiores a las de otros países europeos. Los países del suroeste de la Unión Europea, y en concreto Portugal y España, lideran las tasas de incidencia anual de casos de SIDA entre consumidores de drogas (OEDT, 2001) (tabla 7.1).

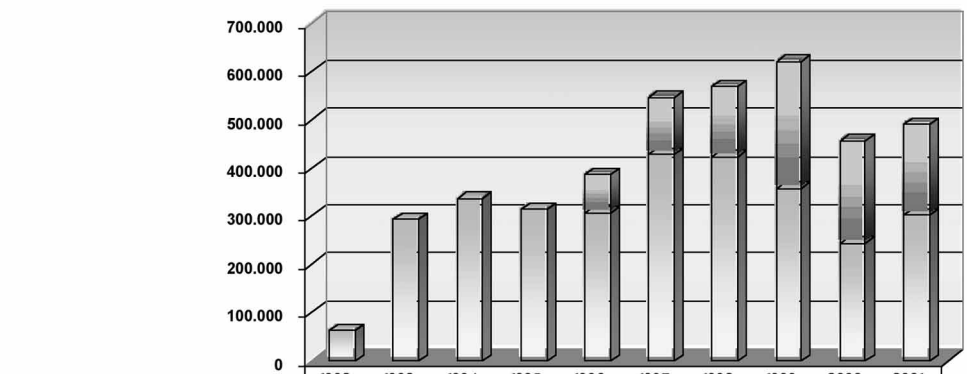
Tabla 7.1 Casos de SIDA diagnosticados en 1999 en consumidores de drogas por vía intravenosa por millón de habitantes. OEDT

Países	Casos de SIDA en consumidores de drogas. Por millón de habitantes
Portugal	60
España	42
Italia	16
Francia	4
Austria	2
Irlanda	2
Luxemburgo	2
Dinamarca	1
Países Bajos	1
Suecia	0,9
Bélgica	0,7
Noruega	0,7
Alemania	0,6
Reino Unido	0,4
Grecia	0,3
Finlandia	0,0

7.1.3 Prevención de enfermedades infecciosas y reducción de prácticas de riesgo

Con el objetivo de prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas, en especial el VIH/SIDA, así como de reducir determinadas prácticas de riesgo, la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Xunta de Galicia viene desarrollando desde hace 1992 diversas actuaciones entre los usuarios de drogas por vía parenteral, consistentes en la distribución de paquetes con materiales preventivos (figura 7.8) y el desarrollo de un programa de intercambio de jeringuillas. En este último programa participan desde el año 2000 la totalidad de los centros penitenciarios gallegos.

Figura 7.8
Número de paquetes preventivos distribuidos entre UDVP a través de oficinas de farmacias y de puntos de intercambio. Galicia, 1992–2001



	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PUNTOS DE DISTRIBUCIÓN					80.000	118.250	145.250	263.500	211.850	188.350
OFICINAS DE FARMACIA	62.503	293.263	336.116	314.371	306.108	427.360	422.700	357.390	244.448	302.263

En el marco del programa de intercambio se ha venido desplegando una creciente actividad, que ha culminado en el año 2001 con la distribución de cerca de medio millón de paquetes preventivos y 162.288 preservativos (tabla 7.2).

Tabla 7.2 Evolución del número de paquetes preventivos, preservativos y folletos distribuidos en el marco del programa de intercambio. Galicia, 1996–2001

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Paquetes preventivos distribuidos	386.108	545.610	567.950	620.890	456.298	490.613
Preservativos distribuidos	80.000	25.000	92.000	185.750	139.684	162.288
Folletos programa intercambio distribuidos	—	7.000	8.807	1.000	530	300

7.2 Indicadores hospitalarios

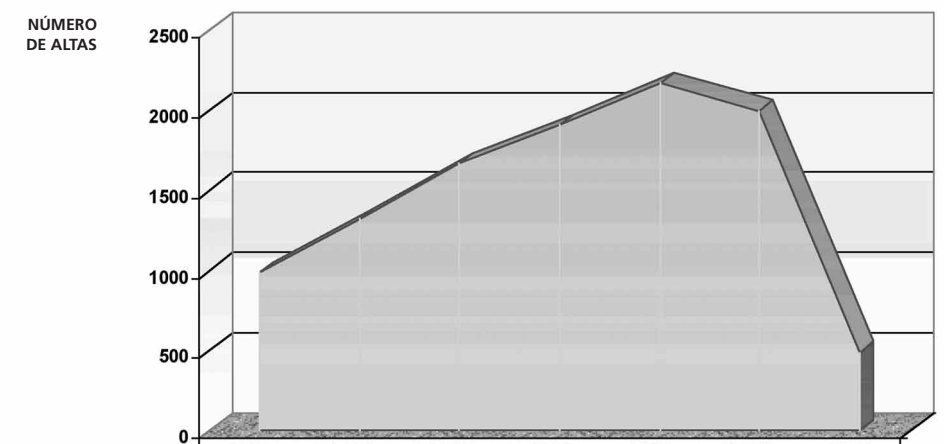
7.2.1 Altas hospitalarias por drogodependencias

El Servicio Galego de Saúde (SERGAS) cuenta desde 1993 con un sistema de información denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), generado a partir de la información registrada por los profesionales sanitarios de los 21 hospitales del SERGAS en las historias clínicas e informes de alta. Estos registros son de gran utilidad para la planificación y medición de la actividad de los centros hospitalarios, actuando como una herramienta de apoyo a la gestión de los mismos.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos recoge, entre otras, información sobre las drogodependencias ingresadas en los hospitales del SERGAS (como condición de búsqueda se definió el código 304 del CIE–9–MC 4ª edición), referida a episodios de hospitalización (altas), no a pacientes.

Los datos del CMBD señalan que entre los años 1995 y 1999 se produce un constante aumento en el número de altas producidas por problemas de drogodependencias como diagnóstico principal, duplicándose las mismas al final del período. Tras el máximo volumen de altas alcanzado en 1999 (2.173 altas), se habría iniciado una tendencia descendente, que se ha acentuado durante 2001 (figura 7.9).

Figura 7.9
Altas hospitalarias con diagnóstico de drogodependencias.
Galicia, 1995–2001



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nº DE ALTAS	991	1327	1670	1908	2173	2000	490

FUENTE: CMBD. SERGAS

En el año 2001, además de las 490 altas hospitalarias en las que las drogodependencias aparecen como diagnóstico principal, se registraron un total de 20.659 altas con drogodependencias como diagnóstico secundario.

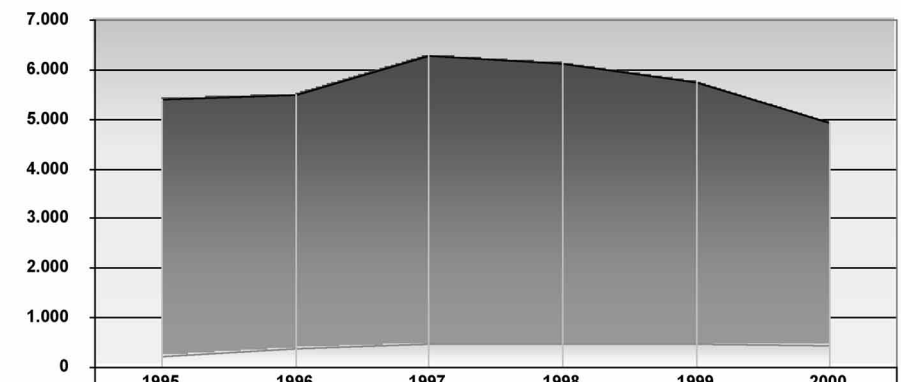
7.2.2 Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

Las UDH son dispositivos que, dentro de un servicio hospitalario, realizan a propuesta de las UADs integradas en el circuito asistencial del PGD, el abordaje de tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento hospitalario.

La actividad desplegada por las seis UDH existentes en Galicia durante el año 2000, último con información disponible, apunta la ligera reducción en el número de usuarios ingresados en estos servicios respecto a años precedentes (426 en 2000 frente a 458 en 1999).

Esta tendencia en la reducción del número de ingresos en las UDH gallegas es coincidente, aunque menos intensa, con la observada en el conjunto de España, donde tras continuados incrementos interanuales hasta 1997, en 1998 se produce un descenso continuado en el número de usuarios atendidos. El descenso acumulado en el período 1998–2000 ha sido del 21,5% en el conjunto del Estado y del 9,7% en Galicia (figura 7.10).

Figura 7.10
Evolución usuarios atendidos en las UDH.
España y Galicia, 1995–2000



	1995	1996	1997	1998	1999	2000
España	5.411	5.494	6.287	6.111	5.735	4.932
Galicia	218	371	472	460	458	426

FUENTE: Memoria Plan Nacional Sobre Drogas, 2000

7.3 Conclusiones

- Los consumidores de drogas admitidos a tratamiento presentan elevadas tasas de prevalencias de enfermedades infecciosas como el VIH (12,2%), hepatitis B (8,6%) y C (18,4%) y tuberculosis.
- Se constata la existencia de diferencias muy importantes en los niveles de prevalencia de estas patologías infecciosas en función de que se trate de sujetos admitidos por primera vez a tratamiento o previamente tratados. El hecho de que las prevalencias de la infección por hepatitis (B y C) y VIH sean, respectivamente, dos y tres veces inferiores en los sujetos admitidos a tratamiento por primera vez, permite constatar el positivo impacto que han tenido, tanto los programas puestos en marcha para la prevención y el control específico de las mismas, como de los programas de reducción del daño, que han hecho posible que los pacientes que utilizan en la actualidad la vía intravenosa hayan descendido en más de 40 puntos porcentuales desde 1991.
- El consumo de drogas por vía parenteral sigue siendo la principal categoría de transmisión del SIDA en Galicia, atribuyéndose a la misma el 67,8% del total de casos diagnosticados desde el comienzo de la epidemia hasta la actualidad. No obstante, en los nuevos casos diagnosticados en los últimos años se detecta una pérdida de la influencia de esta categoría de transmisión (supuso el 61% de los casos diagnosticados en 2001) en detrimento de la transmisión heterosexual.
- Los episodios de altas hospitalarias relacionadas con las drogodependencias han comenzado a reducirse a partir del año 2000, alcanzando en el año 2001 los 490 episodios anuales, 4,4 veces menos que en 1999. Esta evolución estaría en principio relacionada con el mayor control asistencial y sanitario que se está logrando de la población gallega con consumos problemáticos de drogas.

8. INDICADORES DE MORTALIDAD

8. Indicadores de mortalidad

8.1 Mortalidad por reacción aguda al consumo de drogas

Desde que en 1992 se implantara el indicador mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas, Galicia dispone de una exhaustiva información respecto de la evolución en el número de fallecidos por esta causa, de las características de este tipo de muertes y de las personas fallecidas, así como de las sustancias que las provocaron. Este indicador, a diferencia de lo que ocurre en el resto de las comunidades autónomas, cubre el 100% del territorio de Galicia.

A lo largo de 2001 se produjeron en Galicia un total de 40 muertes por reacción aguda tras el consumo de drogas, 35 de ellas (el 87,5%) confirmadas toxicológicamente, en su totalidad producidas por sobredosis, al no haberse identificado ningún adulterante tóxico al que pudieran atribuírsele las muertes.

Las características generales de las muertes registradas durante 2001, así como su evolución desde 1992, son las siguientes (tabla 8.1):

Tabla 8.1 Características generales de los fallecidos por reacción aguda al consumo de drogas. Galicia 1992–2001

		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nº fallecidos	Sólo confirmados toxicológicamente	35	51	73	49	64	65	68	66	57	35
	Confirmados y sin confirmar	41	61	82	52	73	71	73	72	61	40
Sexo	Hombres	86,0	90,2	89,0	89,8	98,4	92,3	98,5	87,9	87,7	91,4
	Mujeres	14,0	9,8	11,0	10,2	1,6	7,7	1,5	12,1	12,3	8,6
	Razón V:H	6,0	8,1	8,1	8,8	63,0	12,0	67,0	7,2	7,1	10,6
Edad	Media	28,0	28,5	27,5	27,7	29,9	29,3	30,3	31,8	31,6	32,7
	Mínima	16	17	18	16	15	17	18	20	17	3 (*)
Máxima		40	47	43	45	46	45	45	45	47	49
Procede	Domicilio	37,1	39,2	39,7	34,7	42,2	50,8	60,3	50,0	57,9	65,7
	Hotel	8,6	2,0	2,7	4,1	3,1	1,5	2,9	1,5	0,0	0,0
	Calle	34,3	29,4	34,4	32,7	31,3	27,7	26,5	31,8	26,3	20,0
	Est. Público	0,0	5,9	0,0	8,2	4,7	6,2	2,9	10,6	3,5	0,0
	Hospital	5,7	11,8	12,3	16,3	10,9	10,8	4,4	4,5	5,3	0,0
	Cárcel	0,0	2,0	4,1	2,0	3,1	0,0	1,5	0,0	1,8	2,9
	Otros	2,9	5,9	6,8	2,0	4,7	3,0	1,5	1,5	5,3	11,4
	Desconocido	11,4	3,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sustancia	Heroína	74,0	69,0	79,5	85,7	73,4	56,9	52,9	37,9	50,8	42,8
	Cocaína	6,0	14,0	1,4	2,0	7,8	10,7	14,7	27,3	19,2	14,4
	HRN+COC	20,0	17,0	19,2	12,2	18,7	32,4	32,4	34,8	29,8	42,8
Vía admón.	Parenteral	75,0	70,0	82,0	85,7	81,0	72,0	68,0	56,0	45,6	28,6
VIH	Positivo	—	—	73,0	48,9	51,6	53,8	52,9	37,9	42,2	34,3
Procedencia	Pontevedra	54,3	49,0	52,0	32,6	42,2	44,6	45,6	37,9	40,4	34,3
	A Coruña	40,0	39,2	36,9	48,9	40,6	40,0	39,7	48,5	45,2	42,9
	Lugo	2,9	5,8	0,0	12,2	9,4	7,7	11,8	7,6	3,5	5,7
	Ourense	2,9	5,8	10,9	6,1	7,8	7,7	2,9	6,1	10,5	17,1

NOTA: Los datos hacen referencia a fallecidos con confirmación toxicológica.

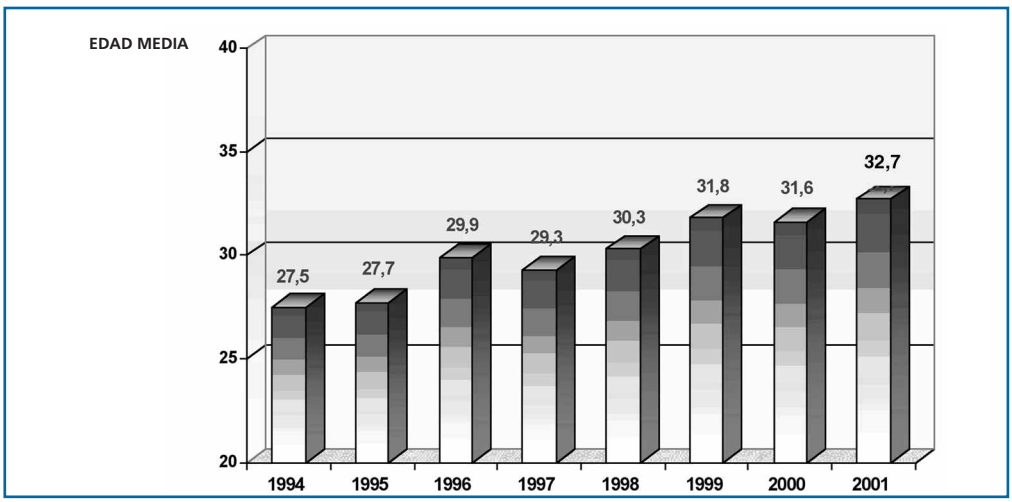
Todos los valores son porcentuales excepto el Número de fallecidos, la Razón V: H y la Edad.

Los datos de 1992 se refieren tan sólo a un período de seis meses

(*) La edad mínima alcanzada en 2001, tres años, se refiere a la intoxicación accidental que sufrió un menor con esa edad.

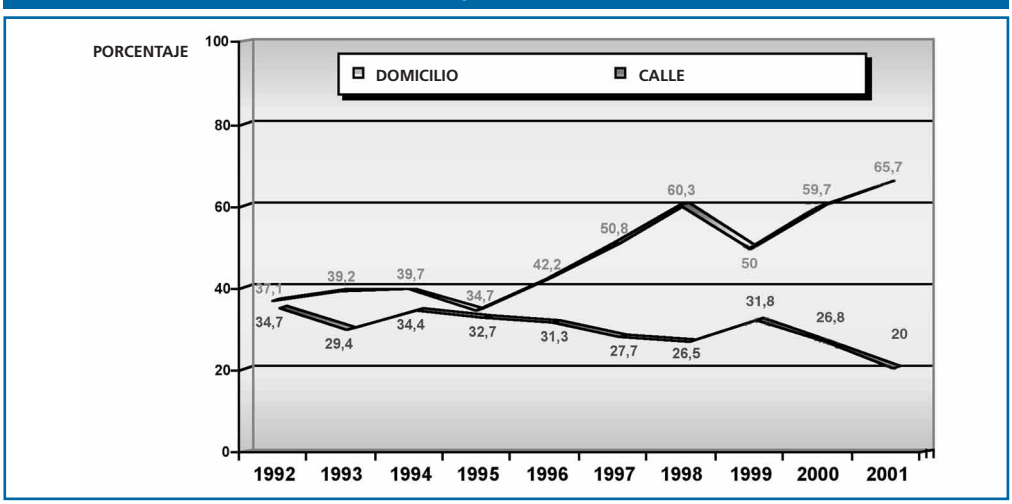
- Al igual que en años precedentes, se observa un claro predominio de los varones entre los fallecidos (91,4%).
- La edad media de los fallecidos es de 32,7 años, con una horquilla que va desde los 3 (por la muerte accidental de un niño) a los 49 años. Al igual que ocurre en otros indicadores (como el de admisiones a tratamiento), en los últimos años se observa una tendencia al progresivo incremento de la edad de los fallecidos (figura 8.1), proceso que queda patente al comprobar como el intervalo de 35–39 años es el que registra las mayores prevalencias de mortalidad (28,5%). El 62,8% de los fallecidos tendrían edades comprendidas entre los 25 y los 39 años,
- En las provincias de A Coruña (42,9%) y Pontevedra (34,3%) son donde se producen la mayor parte de las muertes por reacción aguda registradas en Galicia.

Figura 8.1
Edad media de los fallecidos por reacción aguda al consumo de drogas. Galicia, 1994–2001



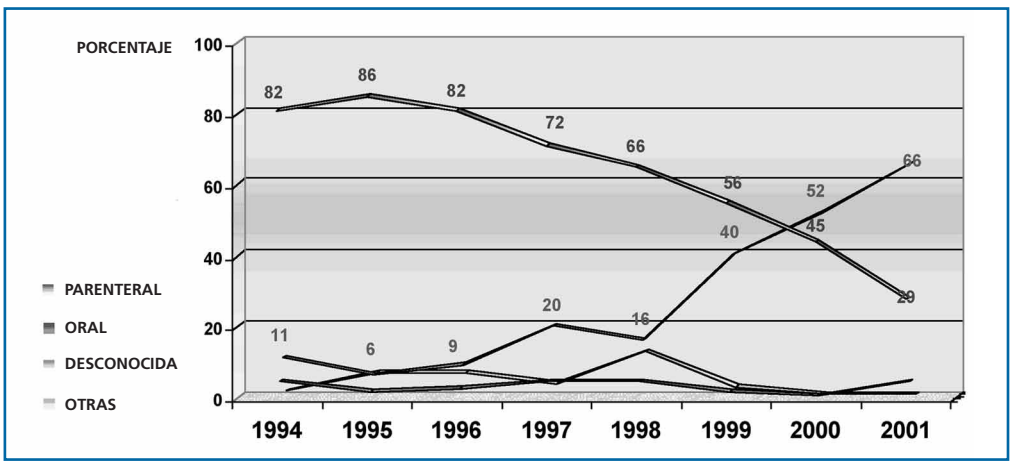
- La mayoría de los cadáveres son localizados en el domicilio de las víctimas (65,7%) o en la calle (20,0%), en línea con lo observado en los últimos años (figura 8.2). Desde que se pusiera en marcha el indicador en 1992 se observa como se han reducido los cadáveres localizados en la calle, a favor del domicilio, lo que indicaría de alguna manera el mayor integración social que mantienen actualmente los usuarios de drogas que fallecen.

Figura 8.2
Procedencia de los fallecidos por reacción aguda al consumo de drogas. Galicia, 1994–2001



- En el 66% de los casos se desconoce la vía de administración de la sustancia causante de la muerte, en tanto que en cerca del 29% de los casos la vía utilizada ha sido la parenteral, confirmándose el proceso iniciado en el año 2000, por el cual la vía intravenosa ha dejado de ser mayoritariamente identificada en los fallecidos, que utilizaban vías como la inhalada o la oral que no dejan estigmas. De hecho, el incremento del porcentaje de casos donde se desconoce la vía de administración es casi paralelo al descenso observado en la utilización de la vía intravenosa, que habría pasado de identificarse en el 85,7% de los fallecidos en 1995 (en el que alcanzó su máximo nivel) al 28,6% en el 2001.

Figura 8.3
Vías de administración en los fallecidos por reacción aguda al consumo de drogas. Galicia, 1994–2001



- La prevalencia de la infección por VIH/SIDA entre la víctimas es muy elevada (34,3%), no obstante ha descendido de forma muy intensa desde 1994 (73,0%), primer año del que se dispone de datos de esta variable, proceso al que no resulta ajeno el menor grado de utilización de la vía parenteral a la que se ha aludido anteriormente.
- La mayoría de las muertes se produjeron tras la administración de heroína, bien como única sustancia (42,8%) o asociada a otras. Las muertes tras el consumo simultáneo de heroína y cocaína tienen también una importantísima presencia (42,8%), seguidas a cierta distancias de las provocadas por el consumo de cocaína (14,4%), bien sola o junto con otras sustancias. Señalar que en ningún caso de ha identificado el consumo de metadona como responsable de las muertes analizadas.
- Desde 1992 se observa una significativa reducción de la presencia de heroína en los cadáveres analizados (del 70,4 al 42,8 %), en detrimento de la presencia de cocaína (del 6,0 al 14,4%) y de manera muy especial de heroína y cocaína simultáneamente que ha pasado del 20,0% al 42,8% (figura 8.4).
- El policonsumo es sin duda un elemento característico de los fallecidos como lo confirma la identificación de más de una droga en el 65,7% de los cadáveres. Es posible identificar asociaciones relevantes con el consumo de alcohol y benzodiacepinas entre los muertos por consumo de heroína o de alcohol en el caso de los fallecidos tras consumir cocaína.

Figura 8.4
Sustancias encontradas en los fallecidos por reacción aguda al consumo de drogas. Galicia, 1994–2001

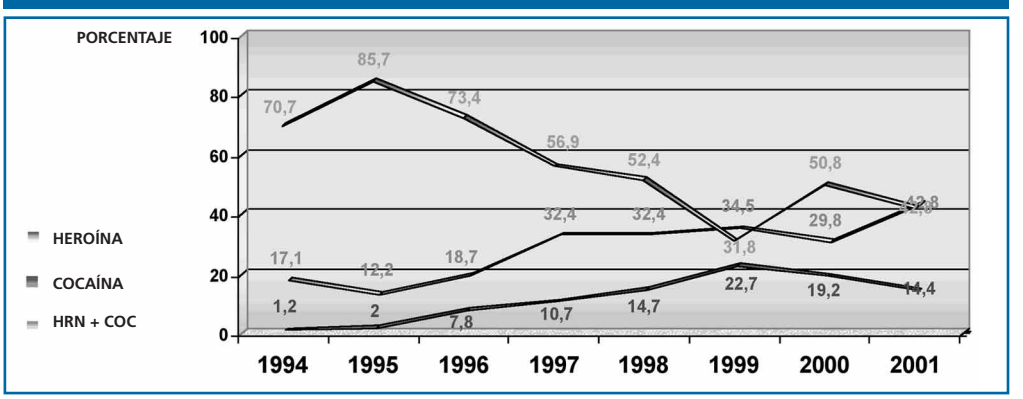


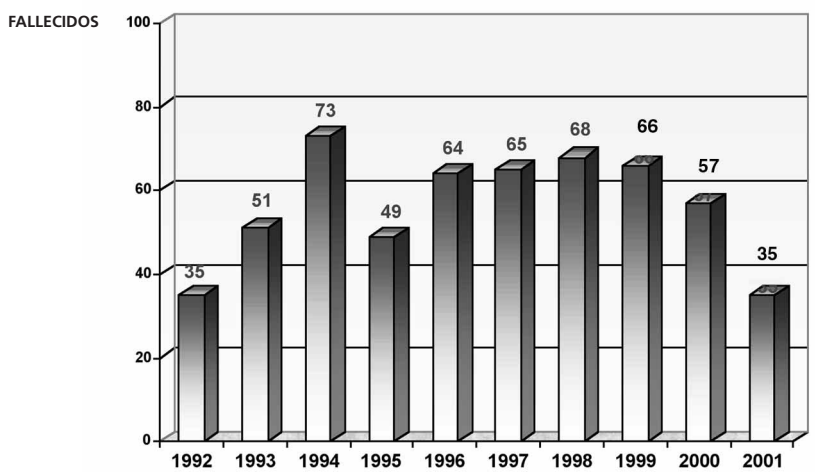
Tabla 8.2 Sustancias encontradas en los fallecidos por reacción aguda al consumo de drogas (número de casos donde se ha localizado cada sustancia). Galicia 2001

	Heroína	Cocaína	HRN + COC
Metadona	4	2	6
Alcohol	4	0	0
Benzodiacepinas	1	1	1
Alcohol + benzodiacepinas	1	0	3
Alcohol + otros	2	1	0
Benzodiacepinas + otros	2	1	2
Total	15	5	15

La evolución en el número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de drogas en Galicia desde 1992 se caracteriza por su estabilización a partir de 1996, tras su incremento inicial, y su descenso a partir de 2000. La reducción en el número de muertes atribuibles a esta causa (confirmadas y no confirmadas toxicológicamente) ha sido especialmente intensa durante 2001 (del 34,4% respecto del año precedente), lo que ha permitido devolver el número de muertes a los valores existentes en 1992.

La comparación de la evolución de este indicador con los datos nacionales no resulta posible, puesto que los cambios habidos en España en los niveles de cobertura del indicador determinan que el número de fallecidos dependa en gran medida del número de la

Figura 8.5
Número de fallecidos por reacción aguda al consumo de drogas con confirmación toxicológica. Galicia, 1992–2001



población monitorizada, que ha crecido progresivamente en estos años.

Si es posible, empero, comparar la evolución que ha registrado el indicador mortalidad en cinco grandes ciudades españolas (Barcelona, Bilbao, Madrid, Valencia y Zaragoza), que vienen siendo monitorizadas desde 1983, donde se comprueba que tras el máximo histórico alcanzado en 1991 el número de fallecidos descendió en un 55% entre 1992 y 2000, al pasar el número de muertes de 536 a 241. Estos datos apuntarían a que la reducción de la mortalidad que se registra en Galicia desde el año 2000 habría comenzado con varios años de antelación en el resto de España, de igual forma que el consumo de dro-

gas llega a Galicia unos cinco años más tarde que a las grandes ciudades españolas.

La comparación de las características de los fallecimientos registrados durante 2000 en Galicia con las producidas en España en ese mismo período (los datos se refieren a 104 partidos judiciales de 12 Comunidades Autónomas, que cubren cerca del 39% de la población española), permiten constatar la existencia de numerosos elementos comunes (tabla 8.3).

Tabla 8.3 Características generales de los fallecidos por reacción aguda tras consumo de drogas. Galicia y España, 2000

		Galicia	España (*)
Nº Fallecidos		61	444
Sexo	Hombres	87,7%	86,9%
	Mujeres	12,3%	13,1%
	Razón V:H	7,1	6,6
Edad media		31,6 años	33,3 años
Grupo de edad	15–19 años	3,5%	1,4%
	20–24 años	8,8%	8,4%
	25–29 años	28,1%	20,6%
	30–34 años	29,8%	25,5%
	35–40 años	19,3%	24,8%
	40–44 años	7,0%	14,0%
	≥ 45 años	3,5%	5,4%
Procedencia	Domicilio	59,7%	50,6%
	Calle	26,3%	24,4%
	Establecimiento público	3,5%	3,9%
	Hospital	5,3%	7,8%
	Cárcel	1,8%	1,8%
	Otra	5,3%	11,5%
Anticuerpos VIH	Positivo	42,2%	45,2%
Sustancias	Opiáceos	91,8%	89,4%
	Cocaína	44,3%	54,4%
	Benzodiacepinas	37,7%	53,0%
	Alcohol	39,3%	35,5%
	Cánnabis	0,0%	15,2%
	Anfetaminas	1,6%	6,9%

(*) Datos referidos a 104 partidos judiciales de 12 Comunidades Autónomas, que cubren cerca del 39% de la población española.

Por lo que respecta a la situación de las muertes por intoxicación aguda de drogas en la Unión Europea, y en base a la información parcial disponible facilitada por el OEDT, hay que señalar que su número fluctuaría entre 1994–1999 para el conjunto de los países de la Unión entre 7.000 y 8.000. Los opiáceos están presentes en casi todos los fallecimientos, siendo también habitual la presencia de sustancias como el alcohol, las benzodiacepinas o la cocaína.

Las tendencias de las muertes por reacción aguda en la Unión Europea son divergentes entre los países (OEDT, 2001), si bien puede hablarse de la estabilización global de las mismas, favorecida por la reducción de ciertas prácticas de riesgo, como el consumo por vía parenteral, y la relativa estabilidad en el número de consumidores problemáticos de drogas. Países como Austria, Francia, Alemania, Luxemburgo, Italia y España presentan tendencias descendentes, mientras que otros países como Grecia, Irlanda y Portugal estarían registrando incrementos relevantes de este tipo de muertes.

8.2 Muertes en accidentes de tráfico relacionadas con el consumo de drogas

El consumo de alcohol y de otras drogas tiene un impacto muy negativo sobre la conducción, constituyendo junto con el exceso de velocidad, la fatiga y distracciones uno de los principales factores de riesgo relacionados con los accidentes de circulación. Los accidentes con vehículos a motor constituyen la primera causa de muertes entre las mujeres de 1 a 34 años y los hombres de 1 a 24 años en España, atribuyéndose al consumo de alcohol aproximadamente el 40% de los fallecimientos producidos por esta causa.

La enorme importancia que la ingesta de alcohol y otras drogas tiene sobre la accidentalidad y mortalidad relacionada con los accidentes de tráfico, queda de manifiesto si se observan los resultados de los análisis que el Instituto Nacional de Toxicología realiza a cerca de uno de cada cuatro conductores fallecidos en accidentes de circulación en España.

Las principales características de la muestra de 100 cadáveres de conductores fallecidos en Galicia en accidentes de circulación durante el año 2001 son las siguientes (tabla 8.4).

Tabla 8.4 Características generales de los conductores fallecidos en accidentes de tráfico en Galicia. 2001

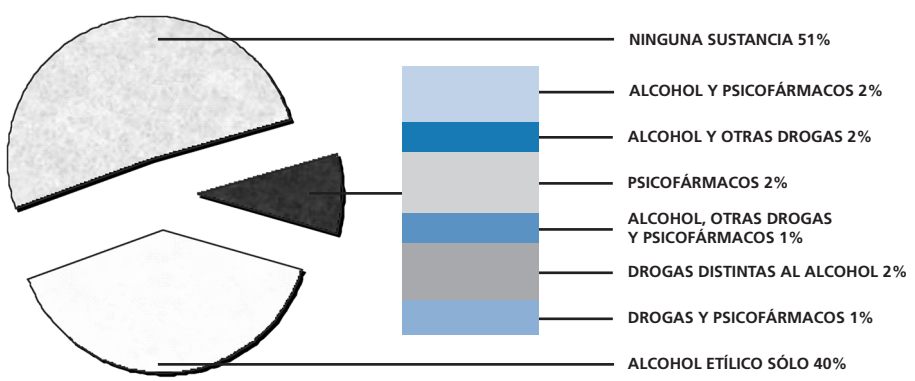
Total de la muestra realizada: 100 cadáveres

Sexo	Hombres	(82%)
	Mujeres	(18%)
Día del accidente	Laborable	(53%)
	Festivo/fin de semana	(47%)
Edades	Menores de 31 años	(38%)
Lugar del fallecimiento	Vía pública	(87%)
	Hospital	(13%)

FUENTE: Instituto Nacional de Toxicología (Ministerio de Justicia). Departamento de Madrid

Los resultados de los análisis practicados confirman la presencia de alcohol y otras drogas o de psicofármacos/medicamentos en el en el 49% de los cadáveres de los conductores fallecidos (figura 8.6).

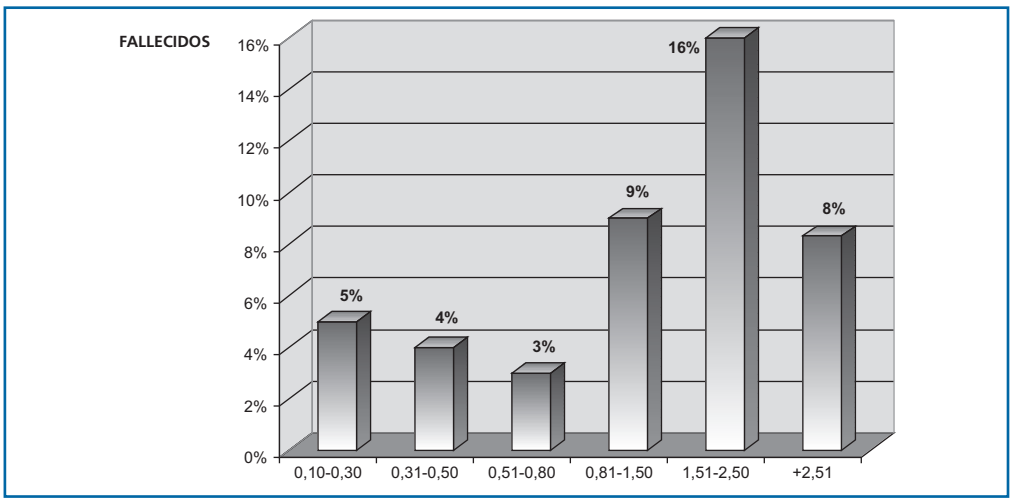
Figura 8.6
Presencia de alcohol, otras drogas psicofármacos en conductores fallecidos en accidentes de tráfico en Galicia. 2001



FUENTE: Instituto Nacional de Toxicología (Ministerio de Justicia). Departamento de Madrid

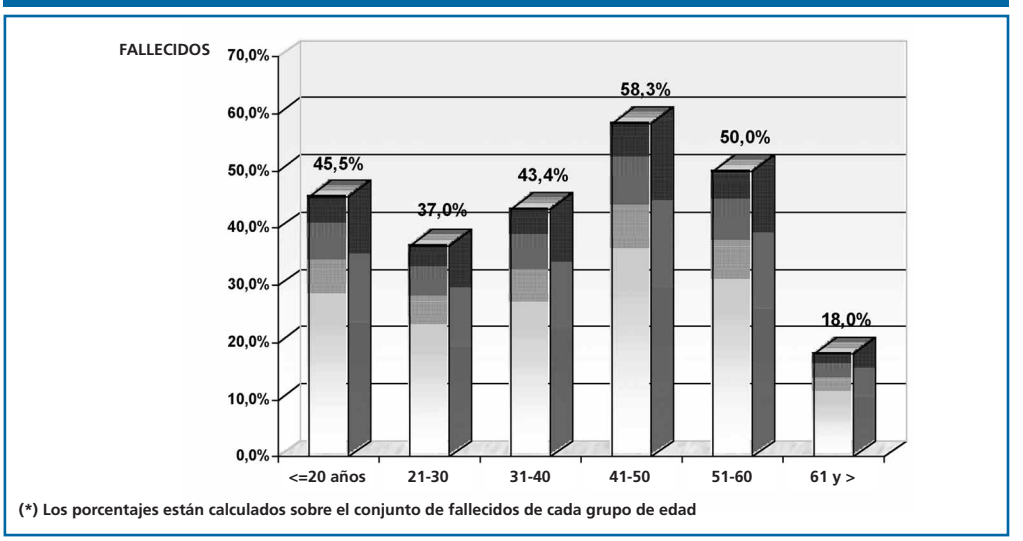
El verdadero alcance que el consumo de alcohol tiene sobre la conducción queda patente si se analizan las concentraciones de alcohol etílico entre los fallecidos, constatándose que en el 36% de los mismos superaba los 0,5 gramos por litro de sangre (figura 8.7), tasa máxima de alcoholemia permitida con carácter general para los conductores (0,3 g/l. para conductores noveles y profesionales). Destacar además las altísimas concentraciones observadas en una parte muy significativa de los conductores, que en el 24% de los casos llegan a superar los 1,51 g/l.

Figura 8.7
Distribución de alcohol etílico detectado (gramos por litro) en conductores fallecidos según niveles de concentración. Galicia, 2001



El análisis de las alcoholemias positivas (identificación de la presencia de alcohol en distintas concentraciones) en función de los grupos de edades permite constatar su elevada presencia entre los fallecidos de edades más jóvenes (menos de 20 años). Así, en el 45,5% de los fallecidos menores de 20 años se identificó la presencia de alcohol, porcentaje sólo superado entre los grupos de edades de entre 41 y 60 años, colectivo que concentraría las mayores proporciones de alcoholemias positivas (figura 8.8).

Figura 8.8
Alcoholemias positivas por grupos de edades. Galicia, 2001 (*)



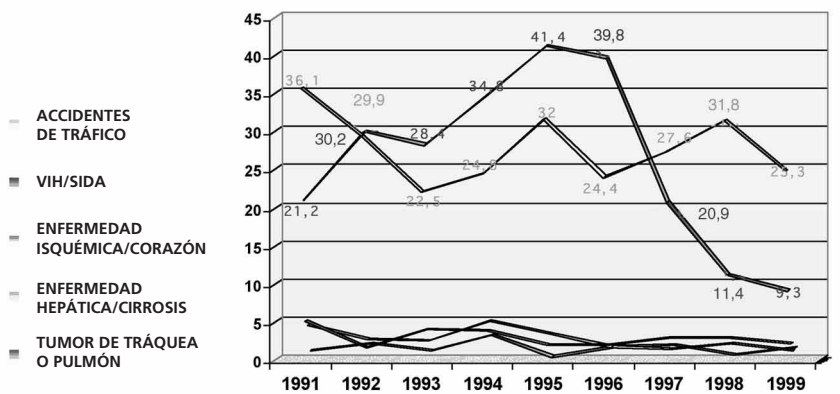
(*) Los porcentajes están calculados sobre el conjunto de fallecidos de cada grupo de edad

8.3 Mortalidad por SIDA en usuarios de drogas

Del total de casos notificados desde el inicio de la epidemia en Galicia se tiene constancia del fallecimiento de aproximadamente el 55% de los mismos (el 53% a nivel nacional).

A pesar de que el número de las muertes por SIDA entre usuarios de drogas por vía parenteral está reduciéndose de forma notable en los últimos años en Galicia, todavía tienen un importantísimo impacto entre los grupos de edades jóvenes. Entre 1993 y 1996 el SIDA representaba la primera causa de muerte entre los 25 y 34 años. A partir de 1997 y hasta 1999, el SIDA ha pasado a ser, después de los accidentes de tráfico, la principal causa de mortalidad en este mismo grupo de edad, aunque sus tasas han experimentado un considerable descenso desde 1996 (figura 8.9).

Figura 8.9
Tasas de mortalidad, por millón de habitantes, en personas de 25 a 34 años por grupos específicos. Galicia, 1991–1999



FUENTE: Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia

8.4 Conclusiones

- Las muertes por reacción aguda tras el consumo de drogas se estabilizaron en Galicia a partir de 1996, habiendo comenzado a descender en los dos últimos años, de forma especialmente intensa en el año 2001, donde se registraron un total de 40 muertes, un 34,4% menos que en el año anterior.
- En el período 1992–2001 se observa entre los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de drogas una reducción muy importante de la utilización de la vía intravenosa y de las tasas de infección por VIH/SIDA. Asimismo, se ha registrado un claro descenso de la presencia de los consumos de heroína (a pesar de que esta sustancia sigue siendo la que produce la mayor parte de las muertes por reacción aguda), mientras que se han incrementado los consumos de heroína asociados con cocaína y los de esta última sustancia en solitario.
- Se confirma el enorme impacto que la ingesta de alcohol y otras drogas tiene sobre la accidentalidad y la mortalidad relacionada con los accidentes de circulación, comprobándose la presencia de alcohol en el 40% de los cadáveres de los conductores gallegos fallecidos en accidentes de circulación durante 2001. Las drogas y los psicofármacos estaban presentes en otro 9%.
- El negativo impacto del consumo de alcohol en la conducción queda patente al comprobar que el 36% de los conductores fallecidos presentaba concentraciones de alcohol en sangre superiores a la tasa máxima de alcoholemia permitida (0,5 g/l) y que un 24% de los casos estas concentraciones superaban los 1,5 g/l. Destacar el hecho de que en el 45,5% de los conductores fallecidos menores de 20 años se identificó la presencia de alcohol en diferentes concentraciones.
- Las muertes por SIDA entre consumidores de drogas por vía parenteral se están reduciendo de forma notable en los últimos años. No obstante, el SIDA sigue siendo, después de los accidentes de circulación, la segunda causa de mortalidad entre la población gallega de 25 a 34 años.

9. INDICADORES DE OFERTA DE DROGAS

9. Indicadores de oferta de drogas

9.1 Sustancias intervenidas

Durante 2001 se incautaron en Galicia un total de 6.653,7 kilos de cocaína, 5.272,0 de hachís y 118,1 de heroína (tabla 9.1). La provincia de Pontevedra concentra el grueso de las incautaciones de cocaína (99,3%), heroína (92,5%) y hachís (65,4%) practicadas en nuestra Comunidad durante 2001.

Tabla 9.1 Incautaciones de drogas realizadas en Galicia por provincias (*). 2001

Sustancias	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Total Galicia
Cocaína	41,4	0,1	1,4	6.610,8	6.653,7
Hachís	1.800,4	2,6	18,2	3.450,8	5.272,0
Heroína	2,6	5,6	0,7	109,2	118,1
LSD	19	3	0	7	29
Éxtasis	1.513	293	172	1.301	3.279

(*) Las cantidades decomisadas de cocaína, hachís y heroína se consignan en kilos y las de LSD y éxtasis en unidades.

FUENTE: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas en Galicia.

Estas cifras representan nuevos máximos históricos en las incautaciones de cocaína y heroína practicadas en Galicia y suponen la recuperación del protagonismo que tradicionalmente han tenido los decomisos de drogas ilícitas practicados en Galicia sobre el conjunto nacional, tras el brusco descenso que éstos sufrieron en el año 2000. De hecho, las incautaciones de cocaína y heroína practicadas durante 2001 representaron el 19,7% y el 18,7%, respectivamente, del total nacional. Por su parte, las incautaciones de hachís, LSD y éxtasis realizadas en Galicia tienen un reducido peso en el conjunto nacional (tabla 9.2).

Tabla 9.2 Peso de las incautaciones de drogas realizadas en Galicia sobre el total nacional. 2000–2001

Sustancias	Incautaciones año 2000 (*)			Incautaciones año 2001 (*)		
	Galicia	España	% total nacional	Galicia	España	% total nacional
Cocaína	135,3	6.165	2,2%	6.653,7	33.681	19,7%
Háchis	117	474.505	0,02%	5.272,0	514.182	1,0%
Heroína	54,8	485	11,3%	118,1	630,6	18,7%
LSD	197	7.542	2,6%	29	26.535	0,1%
Éxtasis	15.235	891.652	1,7%	3.279	860.164	0,4%

(*) Las cantidades decomisadas de cocaína, hachís y heroína se consignan en kilos y las de LSD y éxtasis en unidades.

FUENTE. Unidad Central de Inteligencia Criminal. Ministerio del Interior

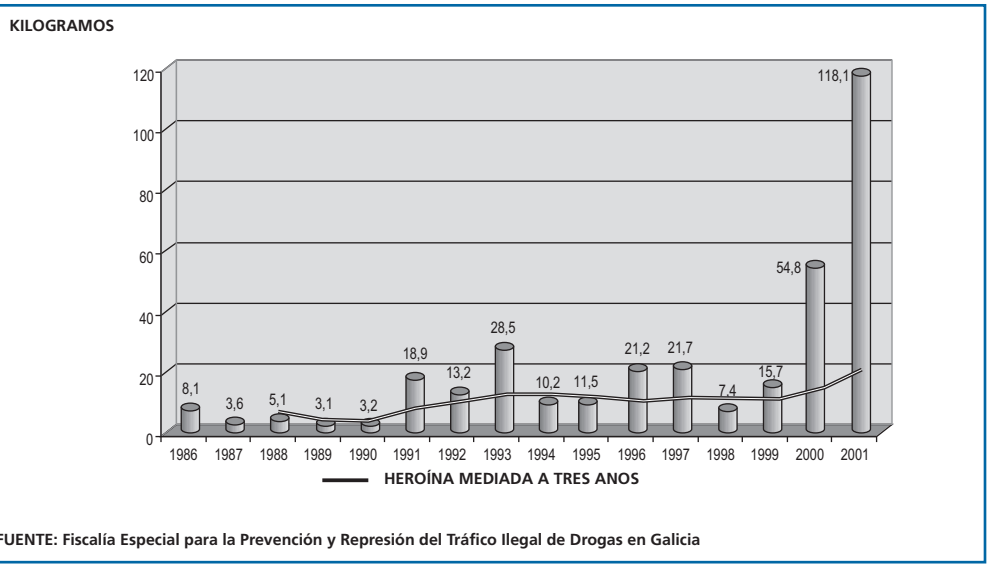
El análisis de las sustancias intervenidas por los diferentes cuerpos de seguridad involucrados en la represión del tráfico de drogas constituye un indicador útil para analizar la evolución seguida en la oferta de las distintas drogas. Aunque es conocida la estrecha relación existente entre oferta y demanda, conviene ser cautos en la interpretación de los datos disponibles, puesto que en ocasiones las variaciones en el volumen de decomisos registrados de una determinada sustancia no son atribuibles sin más a los cambios en los hábitos de la población consumidora, incidiendo otros factores como el mayor o menor grado de presión en la represión del tráfico de drogas, los cambios producidos en las grandes plataformas internacionales de distribución de ciertas drogas (que hacen que en determinado momento una zona o un país pasen a jugar un papel clave como área de

entrada, tránsito o distribución de mercancías que luego son trasladadas a mercados finales localizados en otros países) o la existencia de una operación policial de gran nivel que puede distorsionar las estadísticas anuales.

A pesar de estas reservas en posible establecer, cuando se dispone de períodos temporales de observación amplios, cierta correspondencia entre la evolución de los decomisos de las diferentes drogas (y en consecuencia de la oferta) y las tendencias en los consumos.

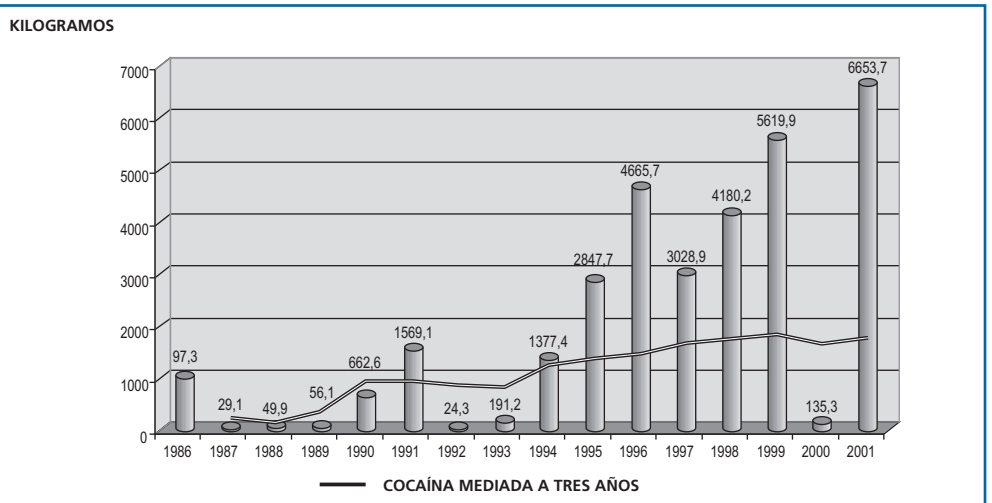
Si se observa la evolución seguida en el período 1986–2001 por las incautaciones de drogas en Galicia puede comprobarse la existencia de diferencias relevantes según el tipo de sustancia de que se trate (figura 9.1):

Figura 9.1
Cantidad de heroína incautadas en Galicia, 1986–2001



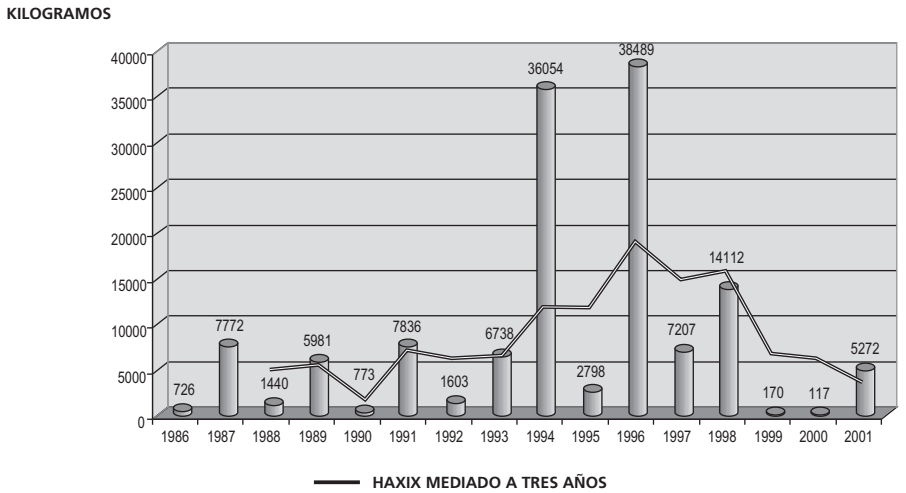
FUENTE: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas en Galicia

Cantidad de cocaína incautadas en Galicia, 1986–2001



FUENTE: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas en Galicia

Cantidad de haxix incautadas en Galicia, 1986–2001



FUENTE: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas en Galicia

- La cocaína ha pasado a convertirse en la droga que provoca las mayores incautaciones, por delante del hachís. Los decomisos de cocaína crecieron de forma muy intensa desde 1986 hasta 1999, intervalo en el que las cantidades decomisadas se multiplicaron por 58. Tras el brusquísimo descenso registrado en el año 2000, en el último año se produjo un fuerte repunte que supone la recuperación de la tendencia ascendente que ha caracterizado las incautaciones de cocaína en los últimos tiempos.
- El hachís ha pasado a ser la segunda droga que concentra el mayor volumen de las incautaciones, observándose como, tras el constante incremento de sus decomisos entre 1986–98, en el período 1999–2000 se produjo un intenso retroceso en los mismos. A pesar del repunte registrado en 2001, en los últimos tres años se ha registrado un descenso global en las incautaciones de hachís practicadas en Galicia.
- Las incautaciones de heroína han sido tradicionalmente muy reducidas en Galicia, en consonancia con las bajas prevalencias de uso de esta sustancia entre la población gallega. La estabilidad, que durante la década de los noventa caracterizó el volumen de los decomisos de heroína, se quebró de forma brusca en 2000, con un crecimiento espectacular de las incautaciones, que se ha visto reforzado en 2001. Este cambio debe ser atribuido, no tanto a la incorporación de nuevos consumidores (puesto que en los últimos años se viene constatando la reducción de las prevalencias de uso de la heroína), sino a los cambios en los modos de operar de las grandes redes del narcotráfico, a los que se hará mención más adelante.
- Finalmente, destacar que las incautaciones de LSD y éxtasis en Galicia son muy reducidas, en consonancia con las bajas prevalencias de uso de estas sustancias, cuyo tráfico abastece al mercado local. En el período 2000–2001 se habrían reducido el volumen de decomisos de ambas sustancias.

Galicia ha jugado tradicionalmente un papel relevante en el tráfico mundial de la cocaína que, procedente de Sudamérica, tiene como destino final los mercados español y europeo. Las organizaciones colombianas que han controlado el tráfico de esta sustancia han utilizado las rutas marítimas del Atlántico para la introducción de la cocaína dirigida a Europa, lo que explica el importante volumen de las incautaciones de cocaína realizadas en Galicia. Sin embargo, el creciente control de lo que han sido las tradicionales rutas de entrada y el éxito de algunas grandes operaciones contra el narcotráfico desarrolladas en éste área, está

provocando cambios importantes en el modo de actuación de dichas organizaciones, modificando las rutas de entrada y los soportes utilizados para la introducción de la mercancía (cada vez es más frecuente la utilización de contenedores de carga trasladados en barcos mercantes que recorren numerosos puertos antes de acceder a su destino final).

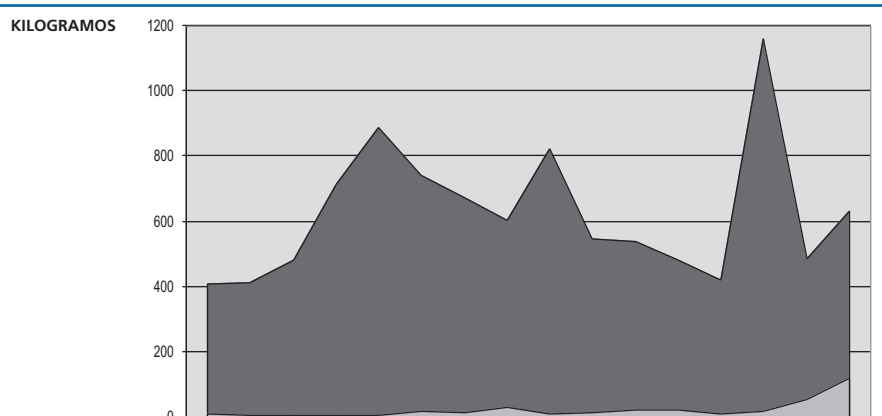
Frente al protagonismo con que cuenta en el mercado de la cocaína, Galicia ha ocupado tradicionalmente un papel secundario en los circuitos del tráfico internacional de sustancias como la heroína o el hachís, actuando en estos casos fundamentalmente como lugar de destino y no como punto de entrada y redistribución. La heroína consumida en España y Galicia procede fundamentalmente de Afganistán y Pakistán, desde donde es introducida por las mafias turcas a través de la denominada Ruta de los Balcanes hacia los consumidores finales. Por su parte, el hachís procedente de Marruecos tiene en la zona Sur de España uno de sus principales rutas de entrada en el continente europeo, desde donde es distribuido por el resto de los países a través de rutas de carretera.

Algunos organismos internacionales vienen señalando la posibilidad de que el incremento de los cultivos de adormidera que se vienen produciendo en los últimos años en el área de Centro y Sudamérica suponga la llegada a los mercados europeos de heroína procedente de esta zona, que podía servirse de las mismas rutas que las utilizadas en el tráfico de cocaína. Precisamente, la utilización de rutas alternativas para la introducción de heroína con destino al mercado español y europeo podría explicar el protagonismo que en el período 2000–01 ha adquirido Galicia en el tráfico de esta droga.

Las tendencias en las incautaciones observadas en Galicia a lo largo del período 1986–2001 presentan algunas diferencias respecto del conjunto de España, que podrían sintetizarse del siguiente modo:

- En España se vendría registrando un ciclo bajista desde comienzos de los noventa en las incautaciones de heroína, que se habría quebrado a partir de 1999 (figura 9.2), con un año de antelación con respecto de Galicia.

Figura 9.2
Incautaciones de heroína en Galicia y en España. 1986–2001



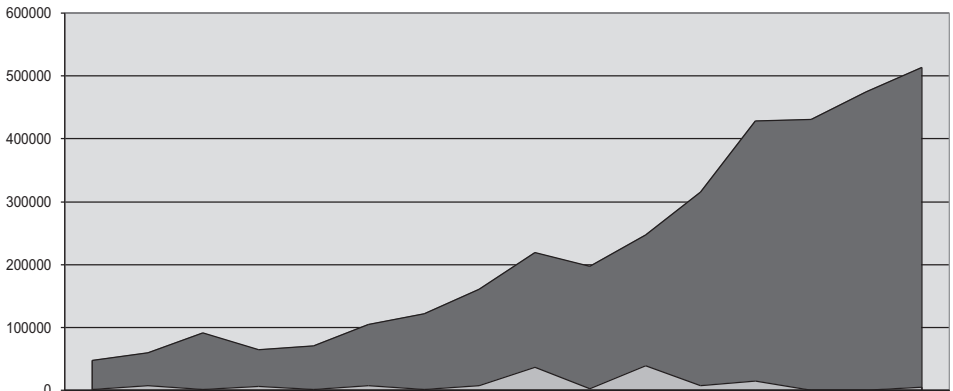
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
España	407	413	480	713	886	741	672	604	824	546	537	479	418	1159	485	630,6
Galicia	8	4	5	3	3	18	13	28	10	11	21	22	7	16	54,8	118,1

FUENTES: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas en Galicia y Unidad Central de Inteligencia Criminal (Mº del Interior)

- Las incautaciones de hachís en Galicia muestran un ciclo bajista desde mediados de los noventa, que se ha acentuó de manera brusca en el período 1999–2000. Por el contrario, las incautaciones de esta sustancia en España muestran un ciclo alcista muy intenso y prolongado en el tiempo, habiéndose duplicado en los últimos cinco años (figura 9.3).

Figura 9.3
Incautacións de haxix en Galicia e en España. 1986–2001

KILOGRAMOS



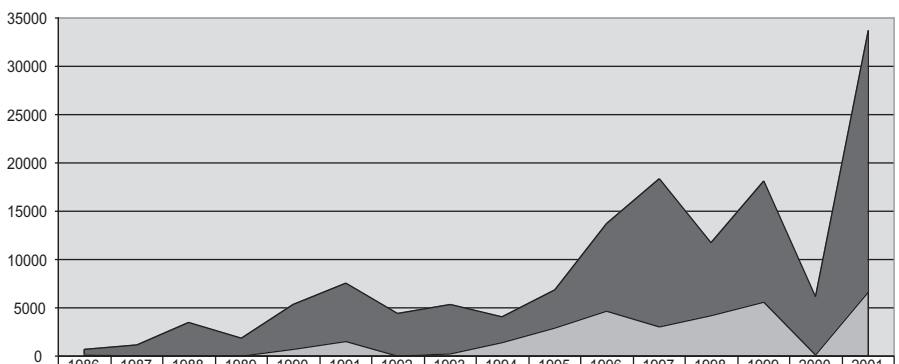
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
España	47867	59210	90940	64225	70076	104751	121439	160169	219176	197024	247321	315328	428236	431165	474505	514182
Galicia	726	7772	1440	5981	773	7836	1603	6738	36054	2798	38489	7207	14112	170	117	5272

FUENTES: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas en Galicia y Unidad Central de Inteligencia Criminal (Mº del Interior)

- La evolución de los decomisos de cocaína en Galicia es coincidente con la del resto del Estado (en consonancia con el importante peso que tiene los decomisos realizados en nuestra Comunidad sobre el conjunto nacional), caracterizándose por la existencia de una tendencia claramente alcista que se quebraría de forma brusca en ambos casos en el año 2000. El año 2001 se ha producido tanto en España como en nuestra Comunidad un repunte espectacular de las incautaciones de cocaína, que han alcanzado máximos históricos en ambos casos (figura 9.4).

Figura 9.4
Incautaciones de cocaína en Galicia y en España. 1986–2001

KILOGRAMOS



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
España	669	1134	3461	1852	5382	7574	4454	5350	4016	6897	13743	18418	11688	18110	6165	33681
Galicia	97	29	50	56	663	1569	24	191	1377	2850	4666	3029	4180	5620	135,3	6654

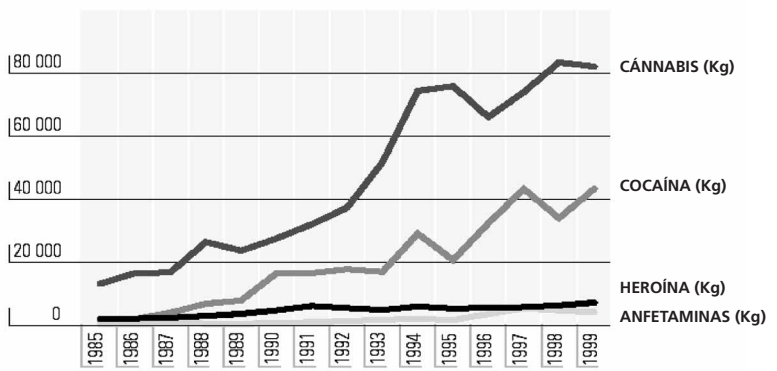
FUENTES: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas en Galicia y Unidad Central de Inteligencia Criminal (Mº del Interior)

Por lo que se refiere a las tendencias seguidas por incautaciones de sustancias como el LSD o el MDMA (éxtasis), apuntar que el reducido volumen de las mismas hace que cualquier mínima fluctuación suponga un brusco cambio de tendencia (por ejemplo las unidades de éxtasis decomisadas pasaron de 15.235 en 2000 a 3.279 en 2001), hecho que unido al corto plazo de presencia en los mercados en el caso del éxtasis, impide una correcta valoración de las tendencias. En España los decomisos de éxtasis crecieron de forma muy intensa entre 1992 y 1995, para iniciar a continuación un intenso descenso que se mantuvo hasta 1998, para incrementarse de nuevo de forma rápida y alcanzar sus máximos históricos en el período 2000–01.

Destacar, finalmente, que la evolución diferencial seguida con carácter general por los decomisos de drogas practicados en Galicia se relacionarían con la importante pérdida de protagonismo que la Comunidad Gallega habría comenzado a experimentar en los últimos años en el tráfico de drogas que se registra en España.

Por lo que se refiere al panorama de las incautaciones de las distintas drogas en los países de Unión Europea, el "Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea 2001", elaborado por el OEDT, señala la existencia de las siguientes tendencias a lo largo del período 1985–1999 (figura 9.5):

Figura 9.5
Cantidad de cánnabis, cocaína, heroína y anfetaminas incautada en los países de la Unión Europea. 1985–1999



FUENTES: Puntos Focales Reitox

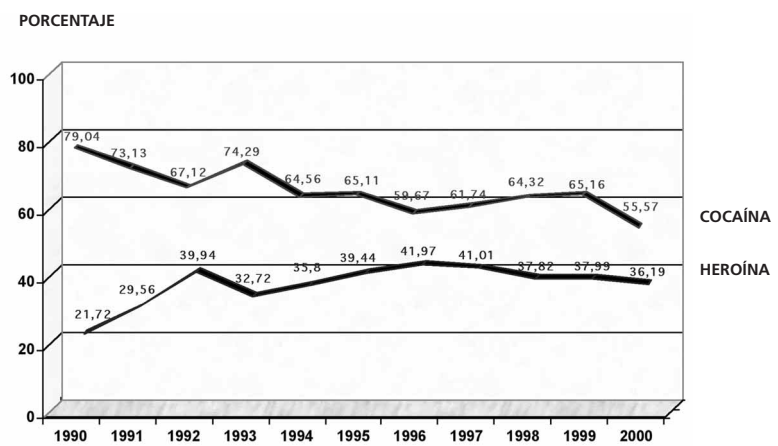
- Las incautaciones de heroína están estabilizadas, tras el incremento que registraron hasta 1991–92. En 1999 se decomisaron más de siete toneladas de esta sustancia.
- Las incautaciones de cocaína en la Unión superaron las cuarenta toneladas en 1999, siendo España el país comunitario donde se registran los mayores decomisos. Después de un incremento continuado que se produjo hasta 1990, las cantidades incautadas permanecieron estables hasta 1994, fecha a partir de la cual se reinicia su tendencia al alza.
- El cánnabis es la droga que registra mayores incautaciones en la Unión Europea, habiendo crecido las cantidades decomisadas de forma intensa desde 1985. a partir de mediados de los noventa las incautaciones han moderado su ritmo de crecimiento, superando en los últimos años los ochocientos mil kilos anuales. Al igual que ocurre con la cocaína, España es el país donde se decomisan las mayores cantidades de cánnabis de Europa.
- Las incautaciones de drogas sintéticas no han seguido una tendencia uniforme. Las cantidades incautadas de anfetaminas han aumentado progresivamente desde 1985 a la actualidad, mientras que las de LSD, que aumentaron hasta 1993, mantienen una tendencia a la baja en los últimos años. Por su parte, las incautaciones de éxtasis aumentaron hasta 1996, para estabilizarse a continuación y volver a aumentar en 1999.

9.2 Pureza y precios de las sustancias

La Delegación Territorial en Galicia del Ministerio de Sanidad y Consumo facilita de forma sistemática desde 1992 datos sobre los porcentajes de las riquezas medias de las muestras analizadas procedentes de los decomisos.

El grado de pureza de la cocaína es durante el período 1990–2000 mayor que el de la heroína. En el 2000, el grado de riqueza media de la heroína incautada era del 36,2%, mientras que para la cocaína ascendía al 55,6%. Desde principios de los 90 se viene observando un paulatino descenso en el grado de pureza de la cocaína. Por su parte, la heroína sigue un patrón diferente: tras un relativo aumento de su riqueza registrado en la primera mitad de la década, a partir de 1996 vuelve a descender su grado de pureza.

Figura 9.6
Grado de pureza de la cocaína y heroína incautada en Galicia*. 1990–2000



FUENTE: Dirección Territorial en Galicia del Ministerio de Sanidad y Consumo
* Sólo incluye datos de A Coruña y Lugo

Por otro lado, es también conveniente estudiar la estratificación de las muestras analizadas en función de su peso para cada una de las dos provincias analizadas (A Coruña y Lugo), datos estos disponibles a partir de 1996. Se trata de comprobar si el grado de pureza va disminuyendo progresivamente a medida que se desciende en la cadena de distribución hasta llegar al nivel del pequeño traficante (muestras de menor peso). Los resultados se recogen en las tablas 9.3 y 9.4.

Tabla 9.3 Grado de pureza de la heroína incautada por peso de la muestra. A Coruña y Lugo

A Coruña

	1996		1997		1998		1999		2000	
Peso neto (gr)	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**
0,000–0,249	0	—	807	40,49	709	37,34	493	37,62	316	35,26
0,250–0,350	81	42,80	63	38,91	56	42,40	43	38,66	45	38,55
0,351–0,500	68	44,46	52	44,55	56	40,58	31	40,78	40	39,00
0,501–1,500	110	42,83	88	45,02	67	38,67	49	37,12	35	37,77
1,501–3,000	26	45,52	13	36,48	17	39,02	17	32,82	17	38,60
3,001–10,000	21	41,45	12	38,47	11	40,96	13	29,68	12	34,46
10,001–15,000	0	—	2	45,04	1	45,68	3	33,25	3	41,91
15,001–40,000	10	47,96	6	47,87	2	54,98	4	43,26	5	41,09
40,001–100,000	10	48,66	3	41,50	0	—	7	39,62	4	34,11
100,001–300,000	3	57,10	2	17,47	3	22,88	0	—	1	30,14
300,001–500,000	7	55,55	2	39,42	4	48,66	0	—	0	—
500,001–950,000	0	—	0	—	0	—	2	46,93	0	—
950,001–1.050,000	0	—	3	4,74	0	—	0	—	0	—
>1.050,000	0	—	10	37,16	0	—	0	—	1	37,10

Lugo

	1996		1997		1998		1999		2000	
Peso neto (gr)	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**
0,000–0,249	0	—	65	43,67	82	34,67	76	41,99	29	34,74
0,250–0,350	6	44,83	11	36,89	5	37,09	6	30,12	8	35,03
0,351–0,500	11	44,37	18	51,56	9	37,64	6	28,53	0	—
0,501–1,500	27	40,92	21	39,27	2	51,32	10	36,61	7	35,25
1,501–3,000	11	44,12	7	45,17	2	39,26	3	47,85	1	44,27
3,001–10,000	15	41,59	9	46,12	2	33,13	6	45,92	2	47,00
10,001–15,000	0	—	4	27,68	1	40,18	0	—	0	—
15,001–40,000	0	—	3	31,34	3	40,44	0	—	0	—
40,001–100,000	1	11,80	1	11,04	0	—	0	—	0	—
100,001–300,000	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
300,001–500,000	0	—	0	—	1	24,85	0	—	0	—
500,001–950,000	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
950,001–1.050,000	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
>1.050,000	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—

FUENTE: Dirección Territorial en Galicia del Ministerio de Sanidad y Consumo

Tabla 9.4 Grado de pureza de la cocaína incautada por peso de la muestra. A Coruña y Lugo

A Coruña

	1996		1997		1998		1999		2000	
Peso neto (gr)	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**
0,000–0,249	0	—	208	60,52	219	63,07	211	63,44	100	59,17
0,250–0,350	22	51,77	31	62,92	34	68,21	47	60,33	30	51,92
0,351–0,500	15	62,91	30	65,62	28	62,49	52	65,63	38	57,61
0,501–1,500	34	58,64	55	58,64	45	64,42	57	68,00	57	53,81
1,501–3,000	13	47,95	13	63,09	12	73,06	21	64,83	17	57,32
3,001–10,000	16	60,98	21	57,49	18	60,96	40	68,53	17	52,68
10,001–15,000	2	27,85	6	67,00	5	68,77	6	70,71	1	37,07
15,001–40,000	8	63,98	4	66,16	4	68,34	8	69,95	11	51,45
40,001–100,000	5	62,72	3	68,71	7	68,70	10	75,12	1	80,83
100,001–300,000	4	74,37	0	—	2	80,34	7	69,94	1	90,98
300,001–500,000	6	79,26	4	76,79	0	—	1	35,28	1	22,26
500,001–950,000	8	74,19	6	62,82	2	71,06	0	—	0	—
950,001–1.050,000	6	75,79	1	87,85	2	81,25	5	77,56	1	78,62
>1.050,000	4	83,05	0	—	3	69,07	2	75,10	0	—

Lugo

	1996		1997		1998		1999		2000	
Peso neto (gr)	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**	**Muestras**	**Pureza**
0,000–0,249	0	—	6	81,54	18	56,51	7	70,91	13	48,83
0,250–0,350	2	54,00	3	52,13	3	74,46	8	72,46	5	48,88
0,351–0,500	1	77,50	3	70,91	1	82,15	6	72,94	4	36,40
0,501–1,500	1	55,70	8	61,67	4	75,28	5	58,48	12	58,56
1,501–3,000	0	—	0	—	0	—	1	63,27	1	42,96
3,001–10,000	2	87,30	2	81,43	3	75,48	9	62,02	4	56,07
10,001–15,000	0	—	0	—	0	—	2	46,63	0	—
15,001–40,000	0	—	2	81,04	1	75,87	4	67,36	1	77,10
40,001–100,000	0	—	2	54,52	1	8,00	0	—	0	—
100,001–300,000	0	—	0	—	1	81,60	1	15,24	1	21,82
300,001–500,000	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
500,001–950,000	0	—	0	—	0	—	1	82,59	0	—
950,001–1.050,000	0	—	0	—	0	—	3	76,41	0	—
>1.050,000	3	58,59	0	—	1	84,00	0	—	0	—

FUENTE: Dirección Territorial en Galicia del Ministerio de Sanidad y Consumo

En el caso de la heroína, el grado de pureza hallada en las diferentes muestras es muy similar, no apreciándose grandes diferencias en función del peso de la muestra. El caso de la cocaína es algo distinto, ya que aunque en muestras pequeñas su grado de pureza no experimenta tendencias manifiestas, a partir de aproximadamente los 100 grs., si se observa a lo largo de los años un patrón de mayor pureza.

La pureza de las distintas drogas en el mercado nacional se mantiene estable en los últimos años. Durante el primer semestre de 2002 los niveles de pureza media de las dosis de heroína y cocaína comercializadas en el mercado minorista español (pureza estándar de una dosis) era del 26% para la heroína y del 44% para la cocaína. Por su parte, la pureza aumenta notablemente en las muestras de mayor peso, alcanzando el 54% para la heroína y el 71% para la cocaína comercializadas por kilos (tabla 9.5).

También los precios de venta de la heroína, cocaína y hachís, al igual que su pureza, se mantienen estables en los últimos años, alcanzando en el mercado minorista las 10.152, 9.577 y 645, respectivamente, pesetas por gramo.

Tabla 9.5 Precios y pureza de las distintas drogas en España. Primer semestre 2002

Sustancias	Dosis			Gramos		Kilos		Unidad
	Peso (mg)	Pureza (%)	Precio (pts)	Pureza (%)	Precio (pts)	Pureza (%)	Precio (pts)	Precio (pts)
Heroína	114	26	1.500	34	10.512	54	7.130.264	—
Cocaína	171	44	2.164	50	9.577	71	5.937.444	—
Hachís	—	—	—	—	645	—	237.433	—
LSD	—	—	—	—	—	—	—	1.515
Anfetaminas	—	—	—	—	—	—	—	754
Éxtasis	300	—	—	—	—	—	—	1.925
Speed	300	—	1.433	—	4.264	—	2.933.541	—

. FUENTE: DGPNSD

9.3 Conclusiones

- Durante el año 2001 se incautaron en Galicia 6.653,7 kilos de cocaína, el mayor volumen de esta sustancia decomisado hasta hoy en nuestra Comunidad. Esta cifra confirma la tendencia ascendente que se viene produciendo desde comienzos de los noventa en las incautaciones de cocaína, así como el papel protagonista que Galicia tiene como punto de entrada de la cocaína procedente de Sudamérica con destino final a los mercados español y europeo (en el año 2001 se incautó en Galicia el 19,7% del total de la cocaína decomisada en España).
- Desde 2000, y de forma más intensa en 2001, se viene produciendo un fenómeno novedoso en Galicia, como es el fortísimo incremento que han registrado las incautaciones de heroína, droga cuyo tráfico se dirigía hasta entonces a abastecer las necesidades del mercado local y que tenía una escasa relevancia. Los 118,1 kilos de heroína incautados durante 2001, además de establecer un record histórico, confirman el protagonismo adquirido recientemente por nuestra Comunidad en el tráfico de heroína con destino al mercado español y europeo (el 18,7% de las incautaciones de heroína practicadas en España se produjeron en Galicia).
- Las incautaciones de hachís en Galicia, 5.272 kilos en 2001, se han reducido ligeramente en los últimos tres años, pasado a ocupar la segunda posición después de la cocaína por volumen de los decomisos practicados. El tráfico de hachís tiene en nuestra Comunidad un papel secundario, dirigido fundamentalmente al mercado local, representando las incautaciones realizadas en Galicia el 1,0% del conjunto nacional.
- Las cantidades decomisadas en 2001 de LSD y éxtasis son muy reducidas, habiéndose reducido además con respecto al año 2000, en consonancia con las bajas prevalencias de uso que registran las mismas y al papel como punto de destino final que tiene Galicia en los circuitos de tráfico de estas sustancias.
- Los precios de las distintas sustancias, así como su pureza, se mantienen estables en el mercado.

10. INDICADORES JURÍDICO–PENALES

10. Indicadores jurídico–penales

10.1 Detenciones y denuncias por tráfico de drogas

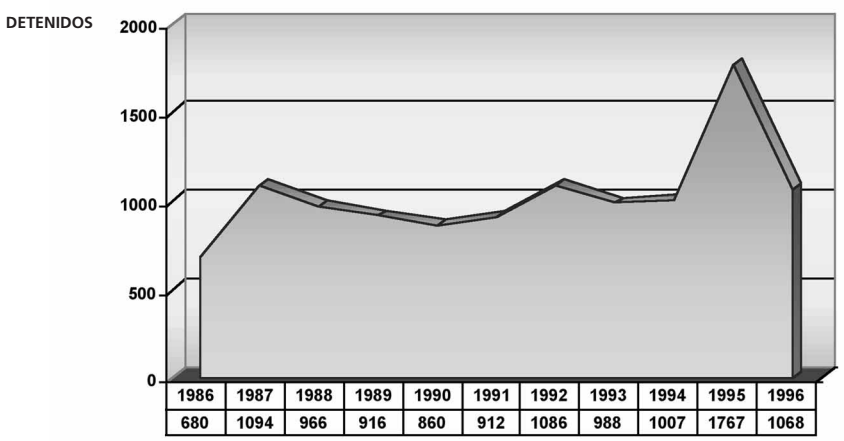
El número de detenidos en Galicia por tráfico de drogas durante 2001 fue de 756, mientras que el de denunciados por este mismo motivo alcanzó los 4.983, siendo la provincia de Pontevedra la que concentra el mayor volumen de las detenciones (39,9%) y denuncias (44,2%) practicadas en la Comunidad Autónoma (tabla 10.1).

Tabla 10.1 Detenidos y denunciados por tráfico ilícito de drogas en Galicia y España. 2001

	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra	Total Galicia	Total nacional
Detenidos	258	79	117	302	756	17.380
Denunciados	1.701	819	261	2.202	4.983	112.270
Total	1.959	898	378	2.504	5.739	129.650

Desde 1986 la cifra anual de detenidos por tráfico de drogas en Galicia permanece estable, situándose por debajo de las 1.100 personas, con la única excepción del pico registrado en 1995, donde los detenidos ascendieron a 1.767 personas (figura 10.1).

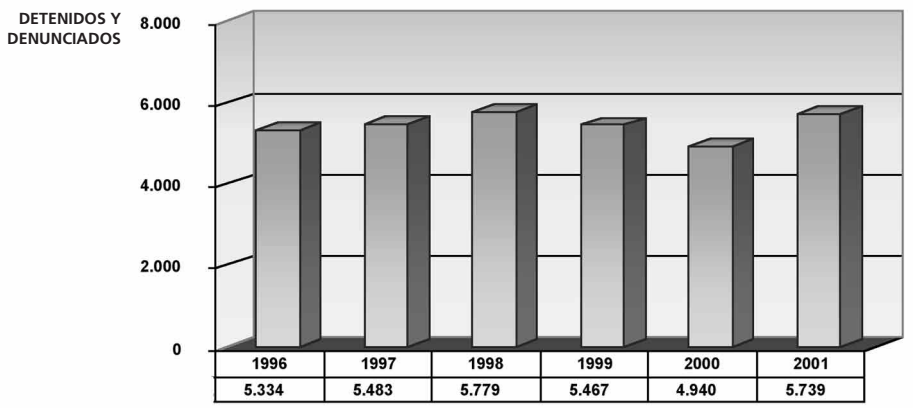
Figura 10.1
Detenidos en Galicia por tráfico ilícito de drogas, 1986–1996*



* A partir de 1996, no es posible ofrecer datos desagregados con el número de detenidos y denunciados, al ser facilitados conjuntamente.
FUENTE: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas en Galicia

Si a los detenidos se les agrega las personas denunciadas por tráfico de drogas que han sido conducidas a dependencias policiales, aún cuando una vez instruidas las correspondientes diligencias no hayan llegado a pasar a disposición judicial, obtendríamos un indicador de la presión policial sobre este tipo de delitos, que en el caso de Galicia se mantiene estable por encima de las 5.000 personas al año (figura 10.2). Durante el año 2001 su número aumentó respecto al año precedente, hasta alcanzar las 5.739 personas, niveles similares a los registrados en 1998.

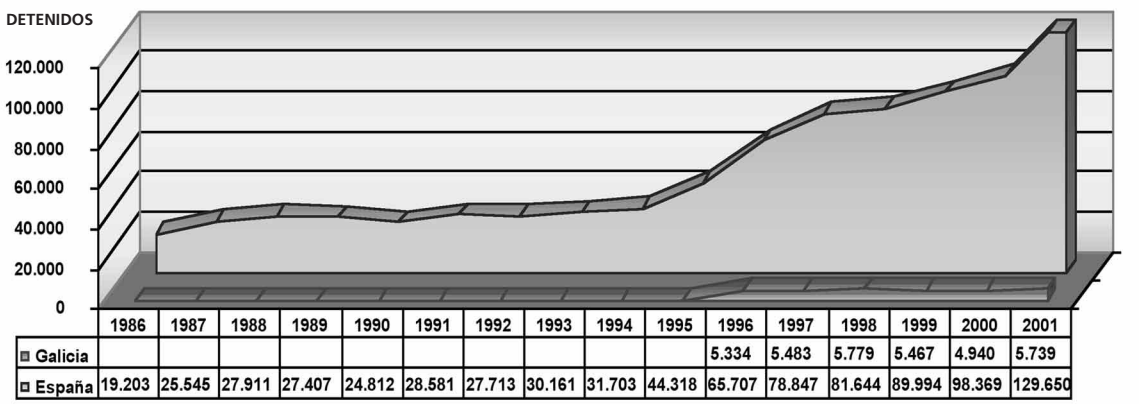
Figura 10.2
Detenidos y denunciados en Galicia por tráfico ilícito de drogas. 1996–2001



FUENTE: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas en Galicia

La estabilidad en el número de detenidos y/o denunciados por tráfico de drogas observada en Galicia desde 1986 contrasta con el importantísimo incremento registrado en el conjunto del Estado, que ha visto multiplicado su volumen en 6,7 veces en el período 1986–2001 (figura 10.3). Esta evolución diferencial explica la progresiva reducción del peso que las detenciones y denuncias practicadas en Galicia tienen sobre el total nacional (4,4% en 2001 frente al 8,1% de 1996).

Figura 10.3
Detenidos y denunciados por tráfico ilícito de drogas en Galicia y España. 1986–2001 (*)



	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Galicia											5.334	5.483	5.779	5.467	4.940	5.739
España	19.203	25.545	27.911	27.407	24.812	28.581	27.713	30.161	31.703	44.318	65.707	78.847	81.644	89.994	98.369	129.650

* Sólo se dispone de datos acumulados de detenidos denunciados en Galicia a partir de 1996.
FUENTE: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas en Galicia y Unidad Central de Inteligencia Criminal (Mº del Interior)

En el ámbito de la Unión Europea la información disponible se refiere a las "detenciones por delitos contra las leyes sobre drogas", que tienen muy diferentes definiciones en cada uno de los países en función de las legislaciones nacionales en vigor, de modo que habitualmente incluyen, además de delitos de tráfico de drogas, otros de posesión. Las tendencias seguidas por este indicador apuntan el crecimiento constante de las detenciones desde 1985 en el conjunto de la Unión, de modo especialmente intenso en países como Finlandia, Grecia o Portugal. En los últimos tres años Grecia, Irlanda, España y Portugal son los países donde más habrían aumentado las detenciones por delitos relacionados con las drogas.

10.2 Procedimientos judiciales por tráfico de drogas

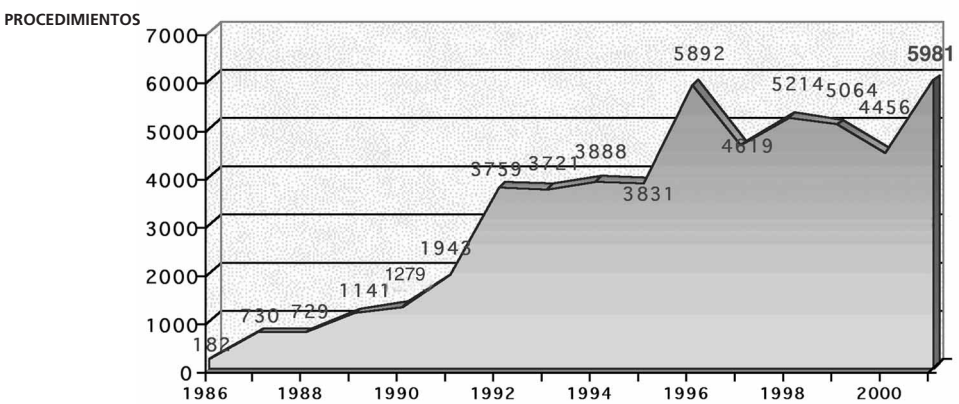
Durante el año 2001 el número de procedimientos judiciales por tráfico de drogas incoados en Galicia se situó en 5.981, el máximo histórico alcanzado en nuestra Comunidad. Esta cifra supone un incremento del 34% con respecto al año anterior, y la quiebra de la tendencia descendente en el número de los procedimientos judiciales incoados por tráfico de drogas que se venía observando en desde 1996.

La intensificación de las actuaciones judiciales contra el tráfico de drogas producida en 2001 es congruente con el incremento de los detenidos y denunciados por este tipo de delitos y con el mayor volumen de las incautaciones de drogas practicadas en Galicia en ese período.

La evolución de los procedimientos judiciales abiertos en Galicia en el período 1986–2001 no ha sido lineal, pudiéndose observar cuatro etapas diferentes:

- **a** Entre 1986 y 1991 se produce un progresivo aumento en el número de procedimientos, si bien su volumen se mantiene en niveles bajos (en número acumulado de procedimientos en ese intervalo se situó en 6.004, a razón de casi 1.000 por año).
- **b** En el período 1992–1995 se estabiliza el número de procedimientos abiertos, con una media anual de 3.800 expedientes, tras multiplicarse por tres con respecto al período anterior.
- **c** Tras el repunte registrado en 1996 (5.892 procedimientos) le sigue un ciclo descendente, con algunos altibajos que se mantiene hasta 2000.
- **d** Finalmente, como se ha indicado, en el 2001 se alcanza un nuevo máximo histórico en los procedimientos judiciales abiertos, que quiebra la tendencia descendente mantenida en los últimos años.

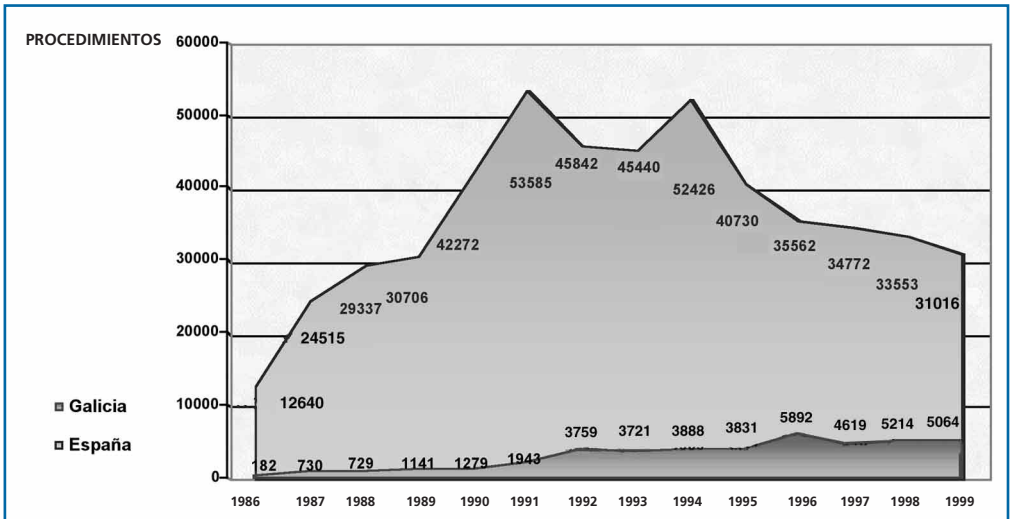
Figura 10.4
Procedimientos judiciales por tráfico de drogas en Galicia. 1986–2001



FUENTE: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas

La evolución de este indicador en el período 1986–1999, último año con datos disponibles a nivel nacional, es diferente a la registrada en el resto del estado. De hecho, en España la reducción en el número de procedimientos judiciales se inició con mayor antelación (desde 1995) y ha sido más intensa. Para ilustrar la evolución basta apuntar que entre 1994 y 1999 los procedimientos judiciales en España por tráfico de drogas se redujeron en un 41%, hasta situarse en 31.016 en ese último año.

Figura 10.5
Procedimientos judiciales por tráfico de drogas en Galicia y en España. 1986–1999



FUENTE: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas

Galicia ocupaba el segundo lugar en número de procedimientos judiciales por tráfico de drogas en 1999, sólo precedida por Andalucía (tabla 10.2).

Tabla 10.2 Procedimientos judiciales por tráfico de drogas según CC.AA. 1999

Comunidad Autónoma	Procedimientos
Andalucía	10.348
Galicia	**5.064**
Cataluña	3.967
Murcia	1.970
Canarias	1.852
C. Valenciana	1.477
Madrid	1.154
País Vasco	1.140
Extremadura	1.000
Baleares	719
Castilla y León	508
Castilla–La Mancha	480
Asturias	471
Aragón	314
Cantabria	297
Navarra	156
La Rioja	99
España	**31.016**

FUENTE: Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas

10.3 Denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal

El número de diligencias abiertas y de denuncias impuestas por la conducción de vehículos a motor bajo los efectos del alcohol en Galicia ascendieron respectivamente a 2.216 y 8.105 durante 2001 (tabla 10.3). Conviene recordar que desde el 6 de mayo de 1999 el Reglamento de Circulación fijó estos límites en 0,5 gramos por litro para los conductores en general, que se reducen a los 0,3 gramos/litro para los conductores profesionales y noveles.

Tabla 10.3 Número de diligencias y denuncias por tasas de alcoholemia superiores al límite legal. Distribución por comunidades Autónomas (excepto Cataluña y País Vasco). España, 2001

	Nº de diligencias por alcoholemia					Nº de denuncias	Total diligencias y denuncias
	Accidente	Infracción	Control	Negarse	Total		
Andalucía	742	867	7.252	73	8.934	14.052	22.986
Aragón	113	91	37	23	264	2.453	2.717
Asturias	268	131	207	18	624	3.376	4.000
Baleares	248	171	306	11	736	1.703	2.439
Canarias	383	209	45	64	701	6.776	7.477
Cantabria	111	75	161	15	362	1.436	1.798
Castilla y León	274	219	241	36	770	6.748	7.518
Castilla–La Mancha	325	337	1.215	33	1.910	3.927	5.837
Extremadura	126	181	311	6	624	1.437	2.061
Galicia	**594**	**454**	**1.109**	**59**	**2.216**	**8.105**	**10.321**
A Coruña	325	271	798	21	1.415	2.692	4.107
Lugo	106	74	59	11	250	884	1.134
Ourense	64	75	205	12	356	863	1.219
Pontevedra	99	34	47	15	195	3.666	3.861
Madrid	638	447	547	35	1.667	3.155	4.822
Murcia	191	134	119	14	458	2.575	3.033
Navarra	36	21	17	3	77	1.188	1.265
Rioja, La	36	43	172	4	255	718	973
C. Valenciana	579	343	521	37	1.480	9.896	11.376
Totales	**4.664**	**3.723**	**12.260**	**431**	**21.078**	**67.545**	**88.623**

Galicia registra unos niveles de infracción del Reglamento de Circulación por superar las tasas de alcoholemia máximas permitidas muy elevados, concentrando el 11,6% del total de denuncias impuestas y/o diligencias abiertas en el conjunto del Estado, excluyendo Cataluña y el País Vasco. Tan sólo las Comunidades de Andalucía y Valenciana, que cuentan con una población muy superior, registran un mayor número de diligencias y denuncias. Si se pondera este indicador en función de la población, se comprueba que Galicia, con una tasa de diligencias/denuncias de 37,8 por cada 10.000 habitantes, fue después de Canarias (42,0) la segunda Comunidad española que concentró un mayor número de diligencias y denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal, con un nivel muy superior al registrado a nivel nacional (27,1).

La comparación de las tendencias registradas en el período 1998–2001 del número de denuncias por superar las tasas máximas de alcoholemia muestra que en Galicia las mismas han sufrido un incremento mucho más intenso que el observado a nivel nacional (tabla 10.4), al haberse cuadriplicado en este período en Galicia, mientras que en España no llegan a duplicarse (crecieron un 85%). Por lo que respecta a las diligencias apuntar que la reducción en su número ha sido más intensa en Galicia (-55%) que en el resto del estado (-35%).

Tabla 10.4 Evolución de las diligencias y denuncias por tasas de alcoholemia superiores al límite legal. Galicia y España (*). 1998–2001

	1998		1999		2000		2001	
	España	Galicia	España	Galicia	España	Galicia	España	Galicia
Denuncias	36.503	1.965	42.467	4.042	56.199	5.980	67.545	8.105
Diligencias	32.680	4.838	26.122	3.150	24.425	2.216	21.078	2.216
D. Accidentes	5.131	698	4.325	550	4.762	561	4.664	594
D. Infracciones	5.089	646	3.552	415	3.622	395	3.723	454
D. Negarse	583	54	445	40	411	46	431	59
D. Controles	21.877	3.440	17.800	2.145	15.630	1.214	12.260	1.109
Total	69.183	6.803	78.589	7.192	80.624	8.196	88.623	10.321

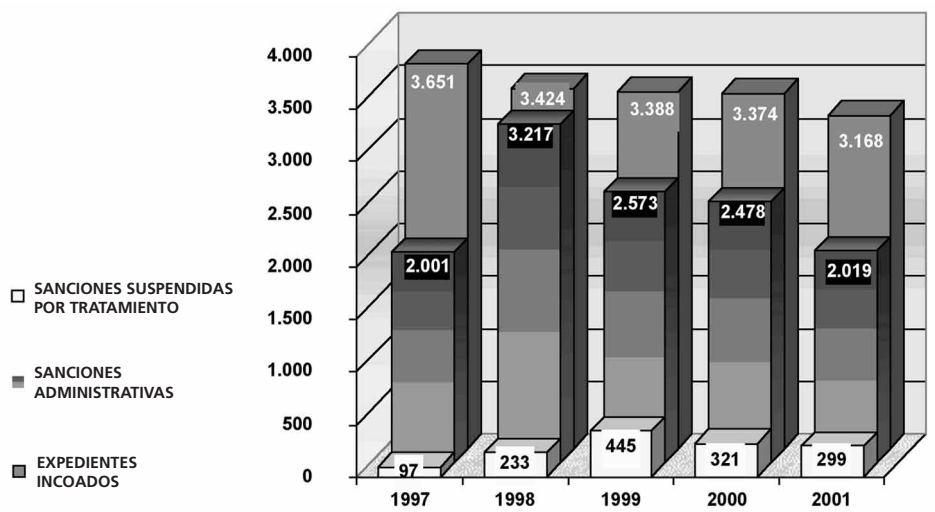
(*) Datos nacionales, excepto País Vasco y Cataluña (para facilitar la comparabilidad interanual se ha optado por excluir de los datos nacionales los referentes a Cataluña, puesto que en el período analizado no ha existido una cobertura uniforme de esta Comunidad: en 1997, 1998 y 1999 no se disponía de datos referidos a Girona, mientras que en 2000 no se disponía de los de Girona y Lleida).

FUENTE: Dirección General de la Guardia Civil. Agrupación de Tráfico. Elaboración propia.

10.4 Sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública

Durante año 2001 se incoaron en Galicia un total de 3.168 expedientes y se impusieron 2.019 sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública, en aplicación del apartado 1 del artículo 25 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre protección de la seguridad ciudadana. Debe destacarse que en ese mismo período el 14,8% de las sanciones impuestas fueron suspendidas al someterse los sancionados a tratamiento de deshabituación, en aplicación del apartado 2 del mismo artículo de la referida Ley (figura 10.6).

Figura 10.6
Evolución expedientes incoados y sanciones impuestas por consumo de drogas en vía pública y suspensiones de sanciones por inicio de tratamiento de deshabituación. Galicia, 1997–2001



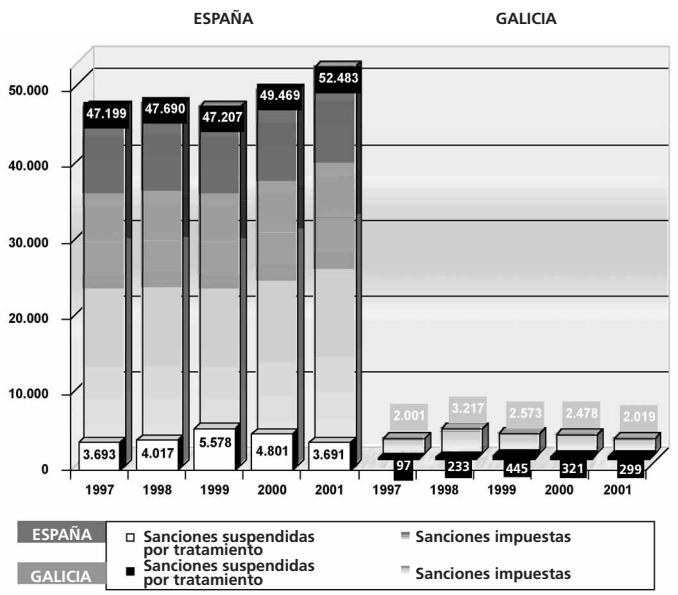
FUENTE: Ministerio de Interior. Dirección General de Política Interior.

La evolución registrada en los últimos años confirma la progresiva reducción, tanto de los expedientes incoados (desde 1997), como en el número de sanciones impuestas (en este caso desde 1999), un descenso que ha sido mucho más intenso en el caso de las sanciones administrativas, como pone de relieve el hecho de que las tasas de sanciones por 10.000 habitantes pasaran de 11,4 en 1998 a 7,4 en 2001.

Las tendencias apuntadas difieren sustancialmente de las registradas en España, donde desde 1997 se observa un incremento continuado de los expedientes incoados, especialmente acusado en 2001, así como de las sanciones impuestas (figura 10.7). Esta divergente evolución explica que las tasas de sanciones por 10.000 habitantes hayan crecido en España hasta situarse en 12,8, casi el doble que las observadas en Galicia.

Por el contrario, si existe coincidencia en la reducción que experimentan las sanciones suspendidas por incorporación a tratamiento, a pesar de lo cual en el conjunto del Estado las suspensiones representan el 7,0% del total de las sanciones impuestas, frente a cerca del 15% en Galicia, Comunidad donde este tipo de actuaciones tendría un papel más activo como acicate para el inicio de tratamiento por parte de los sancionados.

Figura 10.7
Evolución de las sanciones administrativas impuestas y en suspensión por inicio de tratamiento. España y Galicia, 1997–2001



FUENTE: Ministerio de Interior. Dirección General de Política Interior.

10.5 Conclusiones

- Durante los últimos años, y de modo especial a lo largo de 2001, se habría intensificado la represión sobre las actividades relacionadas con el tráfico de drogas en nuestra Comunidad. El reforzamiento de las actividades de represión del tráfico de drogas quedaría patente, además de por el incremento de las incautaciones de las distintas drogas, en el aumento de las personas detenidas y denunciadas por la comisión de este tipo de delitos, así como en el incremento de los procedimiento judiciales incoados.
- Durante 2001 fueron detenidas y denunciadas en Galicia 5.739 personas por tráfico de drogas, una cifra ligeramente superior al volumen que se venía registrando desde 1995 (unos 5.500 personas anuales) y que representa un incremento del 16,2% con respecto a 2000.
- En el año 2001 se han incoado en Galicia 5.981 procedimientos judiciales por tráfico de drogas, un 34% más que en 2000, alcanzando su máximo histórico desde 1986. De este modo, se ha quebrado la tendencia descendente en el volumen de los procedimientos judiciales que comenzó a producirse en 1997.
- La Comunidad de Galicia es, después de Canarias, la que registra las mayores tasas por 10.000 habitantes de sanciones por conducción de vehículos superando las tasas máximas de alcoholemia permitidas (concentra el 11,6% del total de sanciones impuestas en España), observándose en los últimos un incremento de las mismas, superior a la media nacional.
- El número se sanciones administrativas impuestas por consumo de drogas en la vía pública ha descendido progresivamente a lo largo de los últimos cinco años, hasta situarse en cerca de las 2.000 anuales. Pese a ello, todavía este tipo de medidas mantiene una relativa eficacia como instrumento de apoyo al inicio de los procesos terapéuticos (cerca del 15% de las sanciones fueron suspendidas por la incorporación de los sancionados a tratamientos de deshabituación).

11. PROPUESTAS GENERALES DE ACTUACIÓN

11. Propuestas generales de actuación

Uno de los objetivos centrales del Observatorio de Galicia sobre Drogas es facilitar una visión objetiva, global y actualizada de la situación de las drogas, que permita mejorar los procesos de toma de decisiones sobre las políticas a adoptar para hacer frente a los problemas derivados de las mismas, adecuando los diferentes programas de intervención a las necesidades existentes en cada momento.

Los intensos esfuerzos desplegados por el conjunto de profesionales que colaboran con el OGD en los procesos de recogida y análisis de la información disponible sobre la situación de los consumos de drogas, las drogodependencias y los efectos asociados, que culminan con la presentación del presente informe, persiguen fundamentalmente facilitar la evaluación de los resultados y el impacto de las políticas desarrolladas hasta el momento en Galicia en el campo de las drogas y el diseño de las actuaciones que será necesario impulsar en el futuro.

Fiel a este cometido, se formulan a continuación una serie de propuestas generales de actuación basadas en al análisis técnico del conjunto de informaciones recopiladas en este Informe General del OGD 2002, cuyo desarrollo afectaría, en el caso de ser tomadas en consideración, no sólo al Plan de Galicia sobre Drogas de la Xunta de Galicia, sino al conjunto de las administraciones públicas y de las organizaciones sociales gallegas.

11.1 Propuestas de actuación en el ámbito de la prevención

El análisis de los factores de riesgo relacionados con los consumos de drogas, de las variables que actúan estimulando o favoreciendo los mismos, apunta la existencia de una serie de factores especialmente potentes o influyentes, como son: los relacionados con el ámbito familiar (abuso de alcohol y otras drogas por parte de los padres, las malas relaciones entre la pareja o entre los padres e hijos), la disponibilidad de las sustancias, la vivencia de situaciones de agobio y tensión personal y los relativos a la inestabilidad laboral. Esta realidad justifica la formulación de las siguientes propuestas:

1. Teniendo en consideración que determinados factores familiares se incluyen entre los factores de riesgo más influyentes en los consumos de drogas, los programas de prevención desarrollados en el ámbito familiar deberían tener una consideración prioritaria, incorporando estrategias dirigidas a la modificación de los hábitos paternos de consumo de drogas, de las actitudes paternas respecto de los consumos de drogas por parte de los hijos y a facilitar un clima de diálogo y apoyo entre padres e hijos.
2. Dado que la accesibilidad a las sustancias (la facilidad de su obtención) es otro de los factores de riesgo más potentes, las estrategias preventivas deben intensificar las medidas destinadas a reducir la oferta de drogas y la promoción de su uso, favoreciendo el desarrollo de normas legales y/o administrativas que restrinjan la oferta, reforzando las restricciones sobre la publicidad de sustancias como el alcohol o el tabaco y la represión del tráfico de drogas ilícitas.
3. La constatación de la existencia de un importante número de factores de riesgo relacionados con el medio laboral, aconsejan el diseño y la implementación de programas de prevención adaptados a las peculiaridades del ámbito laboral, que permitan la progresiva generalización de los mismos.

Por su parte, el análisis de los factores de protección frente a los consumos de drogas, aquellos que actúan impidiendo, limitando o retrasando el consumo, pone de relieve que entre los que tienen una mayor influencia se encuentran: la participación en programas de prevención escolar, la existencia de determinados valores personales (como la coope-

ración con los demás o el cuidado o la preservación de la salud), la participación en actividades sociales, humanitarias y deportivas alternativas, la existencia de un adecuado diálogo padres–hijos y de un ambiente familiar estable. Por estos motivos se propone que:

4 Los programas de prevención escolar deben ser potenciados al máximo, reforzándose los esfuerzos realizados en los últimos años para conseguir la cobertura por parte de los mismos de la totalidad de los escolares gallegos.

- En el marco de los programas de prevención escolar deberán incluirse actividades dirigidas a evitar y/o a retrasar la edad de inicio al consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol o el cánnabis, que cuentan con importantísimos niveles de prevalencia y que se configuran como las drogas de referencia de los adolescentes gallegos.
- La ampliación de los programas de prevención escolar debe ir precedida del desarrollo de una serie de actuaciones sobre los docentes, entre las que incluyen: la información acerca de la situación de los consumos de drogas entre los escolares y de los programas existentes en Galicia para su prevención, la sensibilización respecto al rol que deben jugar los docentes en el desarrollo de diversas estrategias preventivas y la realización de actividades de formación en los campos de la prevención de las drogodependencias y de la educación para la salud.

5 Los programas de educación en valores, dirigidos a la promoción de valores sociales alternativos, deben generalizarse al conjunto de los escolares y adolescentes gallegos, máxime teniendo en cuenta que su acción protectora aparece estrechamente asociada con la participación en actividades sociales y de ocio alternativas al consumo de drogas, reforzándose mutuamente en su acción preventiva.

Los estudios epidemiológicos ponen de relieve que las opiniones y actitudes de los ciudadanos sobre las drogas y sus efectos están estrechamente relacionadas con sus hábitos de consumo de modo que, con carácter general, se establece una correlación negativa entre el riesgo asociado a cada sustancia y las prevalencias de uso de las mismas (a menor riesgo percibido mayor consumo). En consecuencia, resulta fundamental continuar trabajando en la modificación de las percepciones sociales dominantes sobre las drogas, impulsando acciones tales como:

6 Es preciso reforzar las estrategias informativas y de sensibilización respecto de los efectos asociados a los consumos de drogas, con especial incidencia en aquellas sustancias que, como el alcohol, el tabaco o el cánnabis, cuentan todavía con importantes niveles de tolerancia o aceptación social. Este tipo de acciones deben procurar eliminar algunos estereotipos presentes en los discursos sociales sobre las drogas, así como el efecto distorsionador que ejerce la publicidad, a la vez que se genera una cultura alternativa frente a las drogas que incluya entre sus valores de referencia la potenciación de la salud.

7 Como estrategia complementaria y de apoyo a las acciones informativas y sensibilizadoras, se considera necesario el reforzamiento de los programas de prevención comunitarios, facilitando la creación y el mantenimiento de estructuras que permitan o potencien la participación social y la corresponsabilidad de los ciudadanos en la resolución de los problemas que les afectan.

8 La existencia de un número creciente de drogodependientes atendidos en los centros asistenciales con hijos a su cargo, aconseja la realización de acciones preventivas específicas con estos menores en situación de especial vulnerabilidad (HAWKINS, J.D. et al. 1992), dirigidas tanto a los propios menores, los familiares que tienen encomendada su custodia y los profesionales de los centros y servicios de protección de menores.

Las elevadas prevalencias que ciertas enfermedades infectocontagiosas tienen entre los consumidores de drogas implican un grave riesgo en términos de salud pública, lo que aconseja la generalización de las estrategias para su prevención, motivo por el cual se propone:

9 La generalización de los programas de prevención y control de la hepatitis B, de la tuberculosis y de la infección por VIH/SIDA entre los usuarios de los distintos servicios asistenciales, sus familiares y allegados cuando sea conveniente.

11.2 Propuestas de actuación en el ámbito asistencial

Como se ha señalado anteriormente, Galicia cuenta en su conjunto con una red asistencial ampliamente desarrollada y consolidada, razón por la cual los esfuerzos a desplegar en este ámbito deben dirigirse prioritariamente, por un lado a la captación de aquellas personas que presentando problemas de abuso y/o dependencia a diferentes drogas no formulan demandas de tratamiento y, por otro, a optimizar los niveles de calidad de los servicios que se vienen prestando a las personas que ya están participando en algún tratamiento. En consecuencia se formulan las siguientes propuestas:

10 Deberá estimularse la diversificación y especialización de la oferta asistencial del PGD, ampliando la carta de servicios de los centros de tratamiento y diseñando programas específicos de apoyo y tratamiento para determinados colectivos (como por ejemplo los menores infractores acogidos en la red de centros de protección de Galicia que presenten problemas de abuso a las drogas) y ciertas sustancias (como los derivados del cánnabis o las drogas de síntesis), cuyos consumidores presentan perfiles y necesidades específicas.

11 Los esfuerzos a desplegar en la diversificación y especialización de la oferta asistencial deben ir acompañados de una estrategia de apoyo que asegure la divulgación de la oferta de recursos y servicios de la red asistencial, así como la correcta visualización de la misma por parte de unos ciudadanos que no siempre perciben que puedan recibir apoyo y atención a sus problemas en unos centros habitualmente asociados con la asistencia a la población consumidora de heroína.

12 Deben intensificarse los esfuerzos por brindar asistencia a las personas con problemas de abuso y/o dependencia a sustancias de uso legal, en particular a los jóvenes con consumos abusivos de alcohol.

13 Deben continuar ampliándose los programas de reducción del daño con el fin de reducir aún más los niveles de mortalidad asociados al consumo de drogas y las prevalencias de ciertas enfermedades infectocontagiosas y prácticas de riesgo, en particular el uso de la vía intravenosa y la no utilización del preservativo en los contactos sexuales. El diseño de los programas de reducción del daño debe contemplar acciones específicas dirigidas a mitigar el impacto negativo de los consumos de alcohol, en especial en lo que se refiere a los accidentes de tráfico y laborales.

14 Teniendo en consideración la importancia que el consumo de drogas tiene como factor de riesgo en la enfermedad tuberculosa, debería incrementarse el porcentaje de consumidores de alcohol y otras drogas que realizan tratamientos directamente observados. La prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas relacionadas con el uso de drogas debe tener una máxima prioridad entre la población reclusa, altamente vulnerable a las mismas y donde su transmisión resulta especialmente sencilla.

15 Debe potenciarse la oferta de servicios sociales y sanitarios básicos, a través de los denominados centros de emergencia social, unidades móviles, etc., a los drogodependientes que, presentando un alto grado de deterioro, no están realizando ningún tipo de tratamiento. De este modo se evitará que se acentúe su deterioro, permitiendo un mínimo control sociosanitario sobre los mismos y facilitando su acceso a programas de tratamiento adaptados a su perfil.

11.3 Propuestas de actuación en el ámbito de la incorporación social

El análisis de la actividad desplegada hasta el momento en el ámbito de los programas de incorporación social pone de manifiesto la existencia de dificultades en la cobertura de los mismos respecto de lo que en principio constituye su población potencialmente beneficiaria (los cerca de 12.000 usuarios que recibieron tratamiento durante el último año). La insuficiente implementación de los programas de incorporación social es una constante en el conjunto del Estado español, fruto del protagonismo que en su gestión tienen los servicios sociales municipales y las organizaciones no gubernamentales, así como de la conveniencia de integrar en la medida de lo posible las actuaciones en programas normalizados, factores que con frecuencia provocan la atomización de las acciones desplegadas en este ámbito, impidiendo un correcto registro de las mismas.

A continuación se formulan diferentes propuestas que se centran en determinados aspectos organizativos de los programas de incorporación social:

16 La ampliación y consolidación de estructuras de participación y coordinación de tipo comunitario (creación y dinamización de redes sociales), que posibiliten el diseño y ejecución de programas de inserción social por parte de los profesionales y representantes de las diferentes instituciones y organizaciones sociales implicadas en estos procesos.

17 Impulsar acciones de sensibilización dirigidas a los profesionales de los distintos servicios sociales y a la población general para evitar el rechazo o marginación de la población exdrogodependiente.

18 Estimular la incorporación a los programas normalizados de formación y de empleo de los drogodependientes que se encuentran participando en los distintos programas de tratamiento.

19 La ampliación de los niveles de información disponible sobre los contenidos y los resultados obtenidos y el impacto de los programas de incorporación social que se vienen impulsando hasta el momento.

12. RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

12. Reseñas bibliográficas

ALVIRA, F. y ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, R. (1985).
Los hábitos del consumo de alcohol en población adulta. Dirección General de Salud Pública. Madrid.

COMAS, D. (1985).
El Uso de Drogas en la Juventud. Instituto de la Juventud. Ministerio de Cultura. Madrid.

CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVICIOS SOCIAIS (1997).
Informe sobre la tuberculosis en Galicia, 1997. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2000 a).
Estrategia Nacional sobre Drogas 2000–2008. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2000 b).
Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1999. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

EDIS (2000).
Los andaluces ante las drogas VII". Comisionado para las Drogodependencias. Junta de Andalucía. Sevilla.

EDIS–UGT (1987).
Las drogodependencias en el medio laboral. Unión General de Trabajadores. Madrid.

FAD–EDIS (1996).
La incidencia de las drogas en el mundo laboral. Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. Madrid.

GAMELLA, J. (1997).
Heroína en España 1977–1996. Claves nº 72. Madrid.

GFROERER, J. (1991).
Methodology of the U.S. National Household Survey on Drug Abuse. En Health Related data and Epidemiology in the European Community. Bruselas.

HAWKINS, J.D. et al (1992).
Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescences and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112.

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. (1999)
Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis. En Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

NAVARRO, J. (2002).
El consumo de drogas y su evolución. En "XV años de la FAD". Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. Madrid.

NAVARRO, J., LORENTE, S. y VARO, J. (1984).
El Consumo de Drogas en España. Dirección General de Acción Social y Cruz Roja Española. Madrid.

OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (2001).
Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1999. En "Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas". Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

OBSERVATORIO EUROPEO DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS (1999–2000).
Informes anuales sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea (1999–2000). Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo

OBSERVATORIO EUROPEO DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS (2001).
Informe anual sobre el problemas de la drogodependencia en la Unión Europea, 2001. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo.

PLAN AUTONÓMICO DE DROGODE-PENDENCIAS DE GALICIA–EDIS (1988).
El Consumo de Drogas en Galicia I. Consellería de Sanidade. Santiago de Compostela.

PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS–EDIS (2001).
As drogas de sintese en Galicia, 1999. Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas. Santiago de Compostela.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1985).
Documento Base. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

PNSD–EDIS (1995).
Encuesta Domiciliaria Nacional sobre el Uso de Drogas, 1995. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

TURNER, CH.F., LESSLER, J.T. Y GFROERER, J.C. (ed.) (1992).
Survey Measurement of Drug Use. Methodological Studies. Rockville (Maryland): National Institute on Drug Abuse. Rockville.

COLECCIÓN DROGODEPENDENCIAS

ESTUDIOS

XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas