

Prevalencia del consumo de drogas y factores de riesgo y protección en población juvenil de 12 a 18 años de Asturias

Autores:

José Ramón Fernández Hermida

Roberto Secades Villa

Facultad de Psicología - Universidad de Oviedo

Dirección:	José Ramón Fernández Hermida Roberto Secades Villa
Diseño muestral:	Guillermo Vallejo Seco
Becarios de investigación:	Rebeca Cerezo Menéndez Gloria García Fernández Sara González Cuesta Fátima Valencia Agudo

Grupo de Conductas Adictivas. Universidad de Oviedo

Agradecimientos

Los autores de este trabajo expresan su más sincero agradecimiento a los responsables y profesores de los centros educativos que han participado en el mismo.

Asimismo, los autores del trabajo desean agradecer a todos los responsables de los Planes Municipales de Drogas su colaboración en la realización de las encuestas para la recogida de información.

Este trabajo ha sido financiado mediante una subvención concedida por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

PRESENTACIÓN

El informe que se presenta a continuación es fruto de un Convenio entre el Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo y la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, y tiene como objetivo la realización de un proyecto de investigación titulado: “Estudio de la prevalencia del consumo de drogas y de los factores de riesgo y protección en la población juvenil de 12 a 18 años de Asturias”.

En la actualidad, el consumo de drogas (legales e ilegales) es uno de los problemas más importantes para la salud pública en los países occidentales, incluyendo España.

Las causas que operan sobre la conducta de consumo de drogas, en cualquiera de sus fases, son de naturaleza diversa y de dinámica compleja, por lo que no es extraño que los programas de tratamiento tengan un rendimiento que, en muchos casos, es menos eficaz de lo que se desea. Por este motivo, en este ámbito de las drogodependencias como en otros de la Sanidad Pública, se ha venido a considerar que la prevención es una faceta de intervención prioritaria y deseable, con una mejor relación coste / beneficio que el tratamiento o la rehabilitación. Sin embargo, una premisa esencial para que esta consideración pueda ser tomada en cuenta seriamente es que la prevención se base en sólidos fundamentos y se encuentre respaldada por la investigación científica.

El conocimiento riguroso de los patrones del consumo de drogas de los adolescentes del Principado de Asturias y de los factores asociados a dicho consumo puede aportar una información fundamental para la previsión de lo que puede ocurrir en los próximos años con relación a este importante problema.

Además, la realización de estudios como el que aquí se presenta debe ser una premisa esencial de cara al diseño y planificación de estrategias de prevención eficaces cuyo objeto sea la reducción del abuso de drogas entre los jóvenes.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Incidencia y prevalencia del consumo de drogas	6
1.2. Factores de riesgo y protección del uso de drogas	7
1.2.1. Factores de riesgo y prevención del uso de drogas	12
1.3. La evaluación de los programas de prevención	15
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
3. MÉTODO	20
3.1. Diseño de muestreo	20
3.2. Determinación del tamaño de muestra	21
3.3. Etapas del muestreo por conglomerados	22
3.4. Participantes en el estudio	35
3.5. Variables e instrumentos	36
3.6. Procedimiento	39
3.7. Análisis de datos	40
4. RESULTADOS	42
4.1. Descripción socio-demográfica de la muestra	42
4.1.1. Distribución por sexo	42
4.1.2. Distribución por edad	42
4.1.3. Distribución por Municipios y Áreas Sanitarias	43
4.1.4. Procedencia	46
4.1.5. Convivencia	47
4.1.6. Situación laboral de los padres	47
4.1.7. Nivel educativo de los padres	48
4.1.8. Actividad académica	49
4.1.9. Tiempo libre y ocio	50
4.2. Consumo de drogas	53
4.2.1. Consumo de tabaco	53
4.2.2. Consumo de alcohol	59
4.2.3. Consumo de tranquilizantes	86
4.2.4. Consumo de cannabis	88
4.2.5. Consumo de cocaína	92
4.2.6. Consumo de GHB o éxtasis líquido	95
4.2.7. Consumo de éxtasis	96
4.2.8. Consumo de anfetaminas	98
4.2.9. Consumo de alucinógenos	100

4.2.10. Consumo de heroína	102
4.2.11. Consumo de inhalables volátiles	102
4.2.12. Consumo combinado de sustancias	104
4.2.13. Edades de comienzo del consumo de drogas	109
4.2.14. Percepción del consumo de los amigos en los últimos 30 días	110
4.2.15. Probabilidad de consumo futuro en el próximo año	111
4.3. Consecuencias del consumo de drogas	112
4.3.1. Accidentes.....	112
4.3.2. Peleas y agresiones.....	113
4.3.3. Asistencia médica o sanitaria urgente	114
4.3.4. Detención por la policía	115
4.3.5. Situaciones de conflicto	115
4.3.6. Experiencia de problemas y consumo de drogas.....	117
4.4. Percepción del riesgo de consumo	118
4.4.1. Consumo esporádico	118
4.4.2. Consumo habitual	120
4.5. Información sobre drogas proveniente del Centro Educativo.....	123
4.6. Sinceridad en la contestación del cuestionario.....	123
4.7. Factores de riesgo del consumo de drogas.....	124
4.7.1. Factores de riesgo sociodemográficos	124
4.7.2. Análisis de los factores de riesgo del FRIDA.....	128
4.8. Resumen de resultados sobre el consumo de drogas	134
4.8.1. Prevalencias de consumo.....	134
4.8.2. Prevalencias de consumo por sexo	136
4.8.3. Prevalencias de consumo por edad.....	138
4.8.4. Prevalencias de consumo por Áreas Sanitarias	139
4.8.5. Prevalencias de consumo y factores sociodemográficos.....	143
4.9. Resultados de la encuesta al profesorado de los centros educativos.....	145
4.9.1. Valoración de la incidencia del consumo de drogas por parte del alumnado en la vida escolar del centro educativo	145
4.9.2. Valoración relativa a la importancia del consumo de drogas legales e ilegales frente a otros problemas sociales	145
4.9.3. Formación y disposición a formarse en el campo de la prevención de drogas.....	146
4.9.4. Valoración de los programas de prevención en el campo escolar	147
4.9.5. Valoración de la capacidad del profesorado para llevar a cabo programas escolares de prevención	148
4.9.6. Valoración del apoyo que prestan diversos agentes escolares a la aplicación de los programas de prevención en la escuela	148
4.9.7. Programa de prevención que ha aplicado	149

4.9.8. Valoración de la adecuación del programa a las características del alumnado	149
4.9.9. Horas de formación específica sobre el programa aplicado	149
4.9.10. Valoración de la calidad con la que se aplicó el programa	150
4.10. Resultados de la encuesta a los técnicos de los Planes Municipales de Drogas	150
4.10.1. Valoración de la gravedad del consumo de drogas en jóvenes	150
4.10.2. Cualificación para ejercer como técnico en prevención	150
4.10.3. Disposición para formarse en prevención	151
4.10.4. Valoración sobre la calidad de los programas de prevención	151
4.10.5. Valoración del grado de apoyo que prestan diversos agentes sociales y educativos a los programas de prevención	152
4.10.6. Identificación de los programas de prevención que se están aplicando actualmente.....	153
4.10.7. Formación específica para el desarrollo de esos programas.....	153
4.10.8. Valoración del grado de adecuación de los recursos disponibles con la correcta ejecución del programa.....	153
4.10.9. Valoración de la fidelidad con la que se han aplicado los programas.....	154
5. DISCUSIÓN	155
5.1. Consideraciones generales.....	155
5.2. Consumo de drogas.....	155
5.2.1. Visión global.....	155
5.2.2. Tabaco	158
5.2.3. Alcohol	159
5.2.4. Tranquilizantes.....	162
5.2.5. Cannabis	163
5.2.6. Cocaína.....	164
5.2.7. Éxtasis.....	165
5.2.8. Anfetaminas	165
5.2.9. Alucinógenos.....	166
5.2.10. Heroína	167
5.2.11. Inhalables volátiles.....	167
5.2.12. Consumo combinado de sustancias	168
5.3. Factores moduladores del consumo.....	169
5.4. Opinión de los profesores	171
5.5. Opinión de los técnicos de los Planes Municipales	173
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES.....	175
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	180

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Incidencia y prevalencia del consumo de drogas

Los últimos datos procedentes de encuestas nacionales arrojan un incremento notable y constante del consumo de ciertas drogas en la franja de edad de 14 a 18 años, y una consiguiente reducción de la sensación de riesgo (Plan Nacional sobre Drogas, 2004). No hay en Asturias estudios específicos que permitan un conocimiento exacto de las tendencias en la región, pero si presuponemos, tal y como hizo el anterior Plan sobre Drogas para Asturias en su página vi (Gobierno del Principado de Asturias, 2002), que el comportamiento de los jóvenes asturianos no difiere mucho, en términos generales, con el que podemos encontrar en el resto del país, la situación debe ser clasificada como preocupante, sobre todo en lo que se refiere al alcohol, cannabis y cocaína (Observatorio sobre Drogas para Asturias, 2006).

En 2004 las sustancias psicoactivas de abuso más extendidas entre los estudiantes de 14-18 años que cursaban Enseñanzas Secundarias en España fueron el alcohol y el tabaco (PND, 2004): un 65,6% de los estudiantes de esta edad habían consumido bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la encuesta y un 37,4% tabaco. Entre las drogas ilegales la más extendida con mucha diferencia fue el cannabis, con una prevalencia en los últimos 12 meses de un 36,6%. En cuarto lugar se situó la cocaína, con una prevalencia anual del 7,2%, luego los tranquilizantes y pastillas para dormir (hipnosedantes) sin receta, y a continuación las anfetaminas, alucinógenos, éxtasis e inhalables volátiles con prevalencias anuales entre el 2% y el 4%. La heroína, en cambio, estaba mucho menos extendida con una prevalencia anual estimada del 0,4%.

La edad de inicio en el consumo de drogas de los estudiantes de 14-18 años mostraba diferencias importantes dependiendo de la droga. Las drogas que comenzaban a consumirse más tempranamente eran las de comercio legal como tabaco (edad media de inicio 13,2 años), bebidas alcohólicas (13,7 años) e inhalables volátiles (14 años). Entre las drogas ilegales, las que se consumían más tempranamente era la heroína (14,4 años) y el cannabis (14,7 años). Por su parte, las drogas cuyo consumo se iniciaba más tardíamente eran la cocaína y los alucinógenos (15,8 años) (PND, 2004).

Salvo para el tabaco y los hipnosedantes sin receta médica (claramente más extendidos entre las chicas) y para el alcohol (que mostró una extensión del consumo similar en ambos sexos), la prevalencia de consumo del resto de las drogas fue bastante más elevada entre los chicos de 14-18 años que entre las chicas de la misma edad. En el caso de las drogas ilegales, las mayores diferencias intersexuales relativas de la prevalencia de consumo se observaron en el caso de la heroína y las menores en el caso del cannabis (PND, 2004).

En general, la prevalencia de consumo alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas creció de forma espectacular con respecto a periodos anteriores, con los mayores aumentos relativos en el caso de cocaína, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos y los menores en el caso de los inhalables volátiles y la heroína. En el período 1994-2004 entre los estudiantes de 14 años las drogas psicoactivas de consumo más extendido, tras alcohol, tabaco y cannabis, fueron los hipnosedantes sin receta y los inhalables volátiles; sin embargo, entre los estudiantes de 18 años, el consumo de estas dos últimas drogas fueron claramente sobrepasadas por la cocaína, las anfetaminas, los alucinógenos y el éxtasis (PND, 2006).

1.2. Factores de riesgo y protección del uso de drogas

El concepto de factor de riesgo proviene de la epidemiología clásica y hace referencia a la frecuencia y distribución en la población de ciertos agentes causales relacionados con la aparición de una determinada patología orgánica (Moncada, 1997).

Se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas.

Los factores de protección se definen como aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de drogas. Se entiende que estos factores moderan o mediatizan los efectos de exposición a riesgos del ambiente o del

individuo. Algunos estudios parecen indicar que los factores de riesgo y los factores de protección no son polos opuestos de un mismo continuo, sino realidades distintas que interactúan entre sí (NIDA, 2005). La mayoría de las personas están normalmente expuestas tanto a factores de riesgo como a factores de protección, y la probabilidad de que aparezcan problemas de abuso de drogas se incrementa si el número de factores de riesgo aumenta en comparación al número de factores protectores a los que esté expuesto el individuo.

Además, en algunos estudios se ha podido constatar que la exposición a ambos tipos de factores no es estable, sino que puede variar en su importancia, dependiendo de la edad y de la biografía del individuo (Robles y Martínez, 1999). Es decir, algunas variables que intervienen en la génesis de las drogodependencias tienen más o menos peso en función de otras variables (Martínez y Robles, 2001). Por ejemplo, los padres pueden tener un mayor poder de influencia en edades tempranas del individuo, mientras que los grupos de iguales parecen tener mayor influencia durante la adolescencia.

Otros trabajos han encontrado estas diferencias en el comportamiento de las variables de protección en función del género. Por ejemplo, los resultados del estudio de Friedman y Bransfield (1995) señalan que los niños tienen más probabilidad de consumir drogas que sus hermanas, compartiendo aparentemente las mismas condiciones familiares, y sugieren que los varones disponen de menos variables de protección que las mujeres.

Por otra parte, ciertas variables de riesgo y/o protección estarían asociadas a determinadas sustancias, de tal manera que su influencia no se podría extrapolar a cualquier tipo de droga (Newcomb y Félix, 1992).

Entre las conclusiones más importantes aportadas por las investigaciones sobre los factores de riesgo, Moncada (1997) destaca las siguientes:

(1) Existen factores asociados al uso de drogas y factores relacionados con la abstinencia de las mismas. Los factores de riesgo y protección no son

extremos; es decir, la ausencia de un factor de riesgo no se considera como un factor de protección ni viceversa.

(2) Estos factores se refieren a dos clases: los relacionados con el individuo (intrapersonales e interpersonales) y los relacionados con el contexto (ambientales).

(3) Cuanto mayor sea la concentración de estos factores mayor el riesgo o protección.

(4) Existen diferentes factores de riesgo para los diferentes tipos de sustancias.

(5) Los factores de riesgo del inicio del uso de sustancias no tienen porqué coincidir con los de otras etapas del consumo.

(6) Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades.

(7) No todos los factores tienen la misma validez externa.

(8) Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas dependiendo muchas veces de los instrumentos de medida y los indicadores que se utilizan.

(9) Algunos factores son más remotos, causas relativamente indirectas de la conducta, (aunque no por ello menos importantes). Su efecto se encuentra mediado por otros que se encuentran más próximos al individuo.

(10) Por último, se han encontrado factores de riesgo y protección que son comunes a una amplia variedad de conductas problemáticas o desadaptadas propias de la adolescencia y juventud.

Los diferentes estudios realizados hasta la fecha han puesto de manifiesto, por tanto, que existen muchos factores de riesgo para el uso de drogas y que cada uno tiene un impacto diferente dependiendo de la fase de desarrollo del individuo.

Los factores de riesgo se han organizado atendiendo a diferentes criterios. La clasificación más tradicional divide los factores de riesgo en dos categorías básicas: contextuales e individuales (interpersonales). La primera de ellas incluiría una amplia gama de factores sociales y culturales que tienen que ver con las normativas legales y la aceptación social del consumo de drogas. El segundo

grupo de variables incluye aspectos relativos a los individuos y a sus ambientes interpersonales (la familia, la escuela y el grupo de amigos).

En un trabajo clásico, Hawkins, Catalano y Miller (1992) describen los factores de riesgo para los problemas de alcohol y otras drogas en la adolescencia (Tabla 1). Estos autores dividen los factores de riesgo en dos categorías. La primera hace referencia a los factores sociales y culturales (contextuales). El segundo grupo incluye a los factores que tiene que ver con el individuo y el ambiente interpersonal. Los principales contextos interpersonales en la vida de los niños serían las familias, la escuela y el grupo de amigos.

Tabla 1. Factores de riesgo para los problemas de abuso de drogas (adaptado de Hawkins, Catalano y Miller, 1992)

<i>Factores contextuales</i>
1. Leyes y normas favorables al consumo 2. Disponibilidad 3. Deprivación económica 4. Desorganización comunitaria
<i>Factores individuales e interpersonales</i>
5. Factores fisiológicos 6. Consumo y actitudes de la familia hacia el alcohol 7. Manejo familiar pobre e inconsistente 8. Conflicto familiar 9. Bajo vínculo familiar 10. Conductas problemáticas tempranas y persistentes 11. Pobre rendimiento académico 12. Bajo compromiso con la escuela 13. rechazo de los iguales 14. Consumo de drogas de los iguales 15. Alienación y rebeldía 16. Actitudes favorables al uso de drogas 17. Comienzo temprano de uso de drogas

Petterson et al. (1992) organizan los factores de riesgo en cuatro categorías:

(1) Factores de riesgo de la comunidad, en donde se incluirían las siguientes categorías: deprivación económica y social, bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria, transiciones y movilidad y, por último, disponibilidad de drogas.

(2) Factores de riesgo familiar. En esta categoría se encontrarían factores como la historia familiar de alcoholismo, problemas de manejo de la familia, uso de drogas de los padres y actitudes positivas hacia su uso.

(3) Factores de riesgo escolar, como el fracaso académico y el bajo compromiso con la escuela.

(4) Factores de riesgo individuales y/o del grupo de iguales. Aquí se situarían la rebeldía o alienación, la conducta antisocial en la adolescencia temprana, relación con amigos que consumen drogas, actitudes favorables al consumo de drogas, y primeros consumos tempranos de drogas.

En el trabajo ya citado, Moncada (1997) clasifica los factores de riesgo en aquellos que están relacionados con el contexto (ambientales) y los que tienen que ver con el individuo y las relaciones personales que establece con su familia y con otros grupos con los que se relaciona (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo en el consumo de drogas (adaptado de Moncada, 1997)

<i>Factores de riesgo ambientales</i>
1. Deprivación social 2. Desorganización comunitaria 3. Disponibilidad y accesibilidad de las sustancias 4. Percepción social del riesgo 5. Movilidad de la población 6. Normas y leyes de la comunidad
<i>Factores de riesgo del individuo del individuo y sus relaciones con el entorno</i>
7. Historia familiar de alcoholismo 8. Pautas educativas 9. Actitudes y modelos de conducta por parte de los padres 10. Conflictos familiares 11. Los valores 12. Agresividad 13. Búsqueda de sensaciones 14. Otros problemas de conducta 15. Actitudes hacia las drogas 16. Fracaso escolar 17. Grupo de iguales

Por último, autores como Botvin y Botvin (1992) González Calleja, García-Señorán y González González (1996) agrupan los factores de riesgo en individuales y sociales. Los factores individuales se refieren a las

características de los individuos que determinan una mayor susceptibilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de drogas. Dentro de los factores sociales, se diferencia el nivel macro-social y el micro-social. El primer nivel agrupa los factores de riesgo externos del individuo que operan a una escala extensa y alejada del consumo. Se trata de factores de carácter estructural, social, económico y cultural. El nivel micro-social se refiere a los contextos ambientales más inmediatos en los que el sujeto se desenvuelve y participa directamente, sobre todo, la escuela, el grupo de iguales y la familia.

1.2.1. Factores de riesgo y prevención del uso de drogas

El estudio de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención eficaces basados en la modificación o potenciación respectivamente de tales factores. Su análisis e identificación es fundamental, no sólo para determinar los objetivos operativos que deben perseguir estos programas, sino también, las poblaciones, los grupos o los individuos que se encuentran en situaciones de alto riesgo en relación al consumo de drogas y que precisan intervenciones específicas. La ausencia de las referencias de los factores predisponentes y facilitadores no permitiría establecer cuáles son las necesidades y, por tanto, difícilmente, se podrían conocer los aspectos sobre los que intervenir (Moncada, 1997).

Ahora bien, en muchos casos, es imposible hacer desaparecer o reducir ciertos factores de riesgo a través de intervenciones preventivas, ya que tales factores no pueden ser manipulados directamente. En estos casos, los objetivos de las estrategias preventivas deben ir dirigidos a mediatizar o moderar los efectos de los mismos y no tanto a manipularlos (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). Por ejemplo, la historia familiar de alcoholismo puede ser muy difícil o imposible de cambiar, pero, en cambio, es posible moderar los efectos de esta variable interviniendo con los niños y adolescentes que están expuestos a esta situación.

Hawkins, Catalano y Miller (1992) destacan varias conclusiones de los estudios sobre los factores de riesgo que tienen implicaciones importantes para la prevención:

En primer lugar, algunos factores de riesgo se muestran estables a lo largo del tiempo, con independencia de los cambios en las normas sociales.

En segundo lugar, los factores de riesgo que predicen el uso de drogas pertenecen a diferentes dominios. Algunas variables se refieren a características de los individuos, otros son características de la escuela, del grupo de iguales y de las familias y sus interacciones; y otros tienen que ver con factores macrosociales, legales, económicos o culturales.

En tercer lugar, diferentes factores de riesgo tienen su incidencia en periodos del desarrollo también diferentes.

Cuarto, existe una amplia evidencia de que cuantos más factores de riesgo estén presentes, mayor será la probabilidad de abuso de drogas. Además, cuanto más tiempo sea la exposición a los factores de riesgo, la probabilidad del consumo también se incrementaría.

El estudio de los factores y procesos que incrementan el riesgo del uso de drogas o que protegen contra éste ha identificado los siguientes objetivos principales para una intervención preventiva eficaz (NIDA, 2005): relaciones familiares, relaciones entre compañeros, ambientes escolares y ambientes comunitarios. Así, los esfuerzos preventivos pueden realzar los factores de protección y reorientar hacia una reversión o reducción de los factores de riesgo en cada uno de estos ámbitos:

Relaciones familiares. Los programas de prevención pueden realzar los factores de protección enseñando a los padres ciertas estrategias para mejorar la comunicación familiar y de disciplina (enseñándoles a establecer reglas firmes y consistentes). Las investigaciones también han demostrado que los padres deben participar más en la vida de sus hijos, teniendo conversaciones con ellos acerca

del uso de drogas, supervisando sus actividades, conociendo a sus amistades y entendiendo sus problemas e inquietudes personales.

Relaciones entre compañeros. Los programas preventivos han de estar enfocados a la relación del individuo con sus compañeros mediante el desarrollo de estrategias para la socialización, que incluyen: mejora en la comunicación, aumento de las relaciones positivas y estrategias de resistencia para rechazar el uso de drogas.

Ambiente escolar. Los programas de prevención también deben estar enfocados a mejorar el éxito escolar y fortalecer los lazos entre los estudiantes y la escuela, lo cual se realiza proporcionándoles un sentido de identidad y éxito. De esta manera se reduce la probabilidad de que los jóvenes abandonen los estudios antes de tiempo. Diversas investigaciones también han encontrado un rechazo juvenil al uso de drogas cuando éstos conocen y comprenden los efectos negativos (físicos, psicológicos y sociales) de estas sustancias y cuando perciben la desaprobación familiar y social del uso de drogas.

Ambiente de la comunidad. Los programas preventivos funcionan a nivel comunitario con organizaciones cívicas, gubernamentales, religiosas, etc., para realzar las normas antidroga y el comportamiento pro-social a través de cambios en los reglamentos y las normas. Estos programas incluyen la promulgación de nuevas leyes, restricciones de la publicidad y zonas escolares libres de drogas.

En esta misma línea, Hawkins, Catalano y Miller (1992) señalan varios modelos de intervenciones preventivas centradas en el control de los factores de riesgo, que han demostrado efectos positivos en estudios experimentales o cuasi-experimentales. Estas intervenciones son las siguientes:

1. Programas de apoyo familiar durante la infancia temprana, con una variedad de componentes, desde cuidados de salud, nutrición, apoyo social a las madres etc.

2. Programas para padres de niños y adolescentes, que incluyen el entrenamiento en habilidades para el manejo de problemas de conducta de los hijos.
3. Entrenamiento en habilidades de competencia social a los jóvenes con problemas.
4. Promoción del logro académico, que incluye el entrenamiento a profesores para el manejo de las alteraciones conductuales en el aula y la tutorización individual para niños con problemas escolares y de conducta.
5. Cambios organizacionales en la escuela.
6. Implicación de los jóvenes en actividades alternativas.
7. Programas multicomponentes centrados en el entrenamiento en habilidades de resistencia.

1.3. La evaluación de los programas de prevención

Como se ha visto, las causas que operan sobre el consumo de drogas, en cualquiera de las fases que constituyen el proceso adictivo, son de naturaleza diversa y su dinámica interactiva, por lo que no es extraño que los programas de tratamiento tengan un rendimiento que, en muchos casos, es más pobre de lo que se desea. Por lo tanto, en este ámbito de las drogodependencias como en otros de la Sanidad Pública, se ha venido a considerar que la prevención es una faceta de intervención prioritaria y deseable, con una mejor relación coste / beneficio que el tratamiento o la rehabilitación. De acuerdo con este planteamiento, el Plan Nacional sobre Drogas de España y el Plan sobre Drogas para Asturias han fijado la prevención como un eje principal de su acción (Plan Nacional sobre Drogas, 2005) o una prioridad estratégica (Gobierno del Principado de Asturias, 2002) .

Sin embargo, una premisa esencial para que esta consideración pueda ser tomada en cuenta seriamente es que la prevención se base en sólidos fundamentos y se encuentre respaldada por la investigación científica. Además, es completamente necesario que los programas de prevención se lleven a cabo dentro de un proceso de evaluación riguroso que determine la situación de la que se parte, controle la ejecución de los distintos procedimientos preventivos

y, por último, evalúe la efectividad, eficacia y eficiencia de la actividad preventiva (Kröger, Winter y Shaw, 1997).

Estos diferentes objetivos dividen a la evaluación en tres grandes apartados: evaluación de la planificación, evaluación de proceso y evaluación de resultados. La evaluación de la planificación tiene que ver con el análisis de las necesidades y de los métodos para resolverlas. Se trata, en este primer momento, de conocer la extensión, cualidad y determinantes del problema con el fin de demostrar la pertinencia del programa de prevención, que comprenderá propuestas de solución en los márgenes que el estado de la ciencia establecen en ese momento. Este tipo de evaluación marca el punto de partida desde el que se podrá posteriormente valorar la eficacia o efectividad del programa. Comprende una evaluación (cualitativa y cuantitativa) de las necesidades que justifican la acción preventiva; el establecimiento del grupo objetivo – final, la valoración de los recursos disponibles y el análisis de los fundamentos y características de la metodología a seguir para su resolución. La evaluación de la planificación conecta claramente medios y fines y busca asegurar que los fines se alcanzan por medio de procedimientos debidamente especificados y de acuerdo con supuestos teóricos explicitados.

La existencia de paquetes de prevención (escolar y familiar, fundamentalmente) no excusa la falta del análisis previo que los justifica. Como se ha dicho anteriormente, el consumo de drogas es una conducta multideterminada, en la que intervienen diversos factores que, aunque distintos, no son independientes entre sí. Esos factores no se distribuyen homogéneamente ni temporal ni territorialmente y por lo tanto es esperable que se encuentren variaciones sustanciales no sólo de la prevalencia del problema sino también de la cualidad y cantidad de los factores que lo determinan. Dado que los programas de prevención se dirigen específicamente a una población objetivo temporal y geográficamente determinada, es imprescindible conocer tanto el nivel de consumo en cada una de las drogas, como las actitudes frente a ellas, el tipo de factores de riesgo y de protección existentes en ese contexto específico y el tipo de recursos que mejor se adecua a la consecución de los objetivos que nos marquemos.

La evaluación de proceso valora si la ejecución se ajusta a los parámetros especificados en la fase de planificación. Es conveniente subrayar que el resultado de la evaluación del proceso o de la implementación de un programa no presupone en ningún caso un juicio de valor sobre sus resultados, pero es un requisito imprescindible para llevarlo a cabo. Una evaluación de proceso típica debe dar cuenta de los pormenores de la intervención, de las características de la población objetivo real, del nivel de satisfacción y de participación, de la exposición que ha tenido la población a la intervención (¿se han aplicado todas las sesiones y de forma completa?) y la calidad de la intervención.

La evaluación de resultados se sitúa en el momento en el que el programa ha tocado su fin, y analiza el grado en el que se han alcanzado los objetivos que se fijaron en la fase de planificación por medio de las acciones que han sido valoradas en la evaluación de proceso. Si el programa ha alcanzado los objetivos mediante las acciones y en las condiciones previstas, decimos que es eficaz. Si es efectivo o eficiente dependerá respectivamente de si consigue resultados positivos en contextos reales, o si hay una adecuada proporcionalidad entre los recursos empleados y los resultados obtenidos.

Como puede verse, todo el proceso evaluativo forma un conjunto integrado, y la desaparición de alguna de sus partes dificultará enormemente el análisis de la eficacia, efectividad y eficiencia de la actividad preventiva. La evaluación de la planificación da paso a la de proceso y ésta posibilita la de resultados. La ausencia de una de ellas resta fiabilidad o, incluso viabilidad, a cualquier valoración que se pueda hacer de la actividad preventiva.

Desgraciadamente, tal y como puede verse, en diversos documentos internacionales la evaluación de calidad no suele acompañar a la aplicación de los programas de prevención (Kröger et al., 1997; McDaniel, Tang y Yancey, 1999). En un análisis realizado en el 2001 por alguno de los autores de este proyecto se pudo constatar que apenas existía evaluación en nuestro país de los programas de prevención familiar que se llevaban a cabo, y en el caso de

haberla, casi siempre era una evaluación extremadamente parcial de proceso (Errasti Pérez, Vallejo Seco, Fernández Hermida y Secades Villa, 2001). El Plan sobre Drogas para Asturias, cuya evaluación se ha hecho recientemente, detecta asimismo una carencia casi completa de evaluación en los programas de prevención que se llevan a cabo en la Comunidad Autónoma, a pesar de que se afirma en el Plan sobre Drogas para Asturias, en su iniciativa 45, que los programas de prevención deberán “contemplar actuaciones encaminadas a su evaluación y que contribuyan a la investigación en materia de efectividad de los programas de prevención”.

Si recopilamos lo dicho hasta aquí, cabe decir lo siguiente:

1. Hay un grave problema de consumo de drogas en nuestra sociedad, con especial incidencia en los jóvenes, según indican las diferentes encuestas que hace el Plan Nacional sobre Drogas.
2. La Prevención es una prioridad claramente marcada tanto en los planes nacionales como regionales en el abordaje del problema de la drogodependencia.
3. La Prevención que se menciona en dichos planes hace referencia a una actividad con base científica que debe estar convenientemente evaluada. Sin evaluación no puede decirse que se esté realizando una intervención racional y científica en el campo de las drogodependencias.
4. La Evaluación es un proceso integrado, en el que su calidad dependerá del correcto desarrollo de cada una de sus fases: planificación, proceso y resultados.
5. La Prevención que se realiza adolece de una deficiente evaluación. Esta carencia debe ser solucionada si se quiere mantener los estándares de calidad necesarios en este tipo de intervención socio-sanitaria.

De acuerdo con estas conclusiones, todos los programas de prevención deberían instaurarse una vez se ha desarrollado una planificación inicial que reúna las garantías mínimas de calidad para superar una evaluación rigurosa. Tal planificación debe conllevar necesariamente la obtención de información sobre la cualidad y cantidad del problema que pretende prevenirse, de forma

que los gestores o desarrolladores del programa de prevención tengan información fiable para planificar adecuadamente las intervenciones. Este proyecto se encamina en esa dirección.

La prevención en Asturias se lleva a cabo fundamentalmente por los Planes Municipales y por los Centros Escolares. Si se descarta por extremadamente oneroso el acercamiento al detalle de cada uno de los Centros Escolares, parece que el ámbito municipal es el nivel adecuado para tener información fiable y significativa que sea de interés para el desarrollo posterior de programas de actuación preventiva. En este sentido, se ha pensado que podría resultar completamente necesario que se conozcan con exactitud la prevalencia de los distintos consumos, las actitudes hacia el mismo, así como la incidencia de los distintos factores de riesgo y protección, al menos, en las distintas áreas sanitarias del Principado de Asturias.

Los datos que aportaría una evaluación de este tipo supondrían un avance importante en el conocimiento que tenemos de la realidad del consumo de drogas en Asturias y de los determinantes que lo condicionan, de forma que podría estarse en el futuro en una condición privilegiada para desarrollar programas de prevención que puedan ser evaluados convenientemente.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de este estudio es conocer la situación del consumo de drogas en la población juvenil del Principado de Asturias, de cara a impulsar una política de prevención eficaz. Se prestará una atención especial a las drogas cuyo consumo está experimentando una mayor tasa de crecimiento en la población juvenil, cocaína y otras drogas psicoestimulantes.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Estimar la prevalencia del consumo de las distintas sustancias, con especial atención a la cocaína y otras drogas psicoestimulantes.
2. Identificar los patrones de consumo y las características más importantes de los consumidores.

3. Identificar los factores de riesgo y de protección asociados al consumo de drogas en esta población.
4. Analizar la distribución de las cifras de prevalencia y los factores de riesgo y protección por las distintas áreas sanitarias del Principado de Asturias.
5. Conocer las opiniones y las actitudes de los profesores encargados de desarrollar los programas de prevención en el ámbito escolar, acerca de diferentes aspectos del desarrollo de la prevención escolar.
6. Conocer las opiniones y actitudes de los técnicos municipales encargados de la prevención, sobre diferentes aspectos relacionados con el desarrollo de dichos programas.

3. MÉTODO

3.1. Diseño de muestreo

Para dar cuenta de los objetivos planteados en el apartado anterior, el diseño de muestreo adoptado ha sido el aleatorio por conglomerados. Este tipo de diseño tiene su fundamento en el hecho de que existen agrupaciones naturales de elementos. Las razones que nos han llevado a su elección han sido varias, en particular, cabe destacar las tres siguientes:

1. Imposibilidad de disponer de un marco muestral que refleje todos y cada uno de los elementos de la población objeto de estudio. Sin embargo, si se dispone de un listado detallado de los centros de enseñanza por municipios y de las aulas dentro de cada centro.
2. El coste implicado en la recogida de información muestreando elementos individuales de la población, en vez de conjuntos de elementos, resultaría muy gravoso debido a la gran dispersión existente entre los mismos.
3. Los elementos que conforman cada uno de los conglomerados se pueden considerar lo suficientemente heterogéneos como para requerir su inclusión en la muestra. Además, la identificación de los conglomerados, tanto en lo referido a los centros como a las aulas, resulta inequívoca.

Inicialmente, se pensó llevar a cabo un diseño aleatorio por conglomerados estratificado en tres etapas; no obstante, dado que en algunos estratos se producía una completa confusión entre municipios y centros optamos por implementar un diseño aleatorio por conglomerados en dos etapas. En concreto, en el diseño utilizado en la presente investigación las unidades de muestreo primarias serán los centros escolares, cuya selección como veremos más adelante efectuaremos mediante un muestreo estratificado, y las unidades secundarias de muestreo dentro de los conglomerados seleccionados en la primera etapa serán las aulas. Por consiguiente, el presente diseño de muestreo implica seleccionar una muestra aleatoria de centros de enseñanza y una muestra de aulas dentro de cada centro. Dado que el tamaño de los conglomerados varía mucho entre los diferentes conglomerados, tanto los centros como las aulas serán seleccionados con probabilidades proporcionales al tamaño de los mismos. De este modo, se garantiza que las probabilidades de selección sean similares.

3.2. Determinación del tamaño de muestra

Como cuestión previa, es importante resaltar que en la selección de los conglomerados hemos considerado oportuno tomar dos decisiones. La primera consistió en discernir si los estudiantes de los diferentes conglomerados tienen actitudes similares en relación con el consumo de drogas o difieren entre sí. Dado que no disponemos de ningún estimador que nos informe del grado de correlación existente dentro de los diferentes conglomerados, hemos asumido que en los conglomerados de tamaño grande, como ocurre en el caso que nos ocupa, la variabilidad entre las unidades que lo configuran será sustancial, mientras que en los conglomerados de tamaño reducido el grado de variación será bastante más pequeño. Esto es, se ha asumido que el grado de parecido será mayor dentro de las unidades secundarias de muestreo (aulas) que dentro de las unidades primarias de muestreo (centros escolares).

La segunda decisión que se tomó a la hora planificar el diseño destinado a conocer la prevalencia del consumo de drogas entre los escolares de 12 a 18 años, tuvo que ver con la conveniencia de agrupar los diversos centros

existentes en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. En concreto, debido a los objetivos planteados en la investigación se ha considerado oportuno estratificar y agrupar los centros escolares existentes por Áreas Sanitarias.

El número de entrevistas a realizar se fijó en 3183 (aproximadamente el 6.4% del total). Dicho número se determinó asumiendo que el grado de correlación dentro de las unidades secundarias de muestreo se sitúa alrededor del .10 y estipulando que el estimador de la media de prevalencia tuviese una precisión similar a la obtenida de haber llevado un muestreo aleatorio simple utilizando 1067 encuestas. En la determinación de este último tamaño de muestra se trabajó con un nivel de confianza del 95% y con un margen de error para la verdadera proporción de la población del 3%.

3.3. Etapas del muestreo por conglomerados

Seguidamente se procede a describir los pasos a seguir en el muestreo por conglomerados en dos etapas. En una primera etapa se requiere especificar el número total de centros o unidades primarias de muestreo a seleccionar, cuántos centros corresponden a cada una de las áreas sanitarias y en qué centros se deben efectuar las entrevistas. En la segunda etapa se debe proceder a especificar el número total de aulas o unidades secundarias de muestreo a seleccionar y cuántas aulas corresponden a cada uno de los centros seleccionados en la primera etapa. También hay que especificar cuántas de las aulas elegidas dentro de cada uno de los centros corresponden a ESO, a Bachillerato y a Ciclos Formativos.

Primera etapa del diseño muestral por conglomerados con probabilidades proporcionales al tamaño de los niveles de la variable utilizada en el proceso de estratificación

De acuerdo con el algoritmo $N_c = \{N[1 + (\bar{M} - 1)\rho]\} / M$, el número de unidades primarias de muestreo necesarias se situó en 38. Una vez determinado el número de centros escolares a incluir en el estudio, se procedió a distribuir las unidades primarias de muestreo por estratos o zonas. En la Tabla 3 aparecen distribuidas las unidades primarias de muestreo que

configuran el diseño de muestreo por conglomerados. La asignación también se ha establecido proporcional al tamaño de las áreas sanitarias y al número de estudiantes existentes en cada uno de las distintas áreas, teniendo en cuenta el tanto por cien que representan en la población.

Tabla 3. Distribución de las unidades de primarias de muestreo por Áreas Sanitarias

Áreas Sanitarias	Población	Población %	Intervalo acumulado	%Acum.	<i>upm</i>
I	2207	4.40	1-2207	4.40	2
II	1231	2.43	2208-3438	6.86	1
III	7492	14.93	3439-10930	21.81	6
IV	17086	34.06	10931-28016	55.90	13
V	13152	26.21	28017-41168	82.15	10
VI	2183	4.35	41169-43351	86.50	1
VII	3174	6.32	43352-46525	92.83	2
VIII	3590	7.15	46526-50115	100.00	3

De estas 38 unidades primarias de muestreo a seleccionar, aproximadamente un 10% corresponden a las zonas más extremas de la comunidad autónoma (Áreas Sanitarias I, II y VI), otro 13% a las cuencas mineras (Áreas Sanitarias VII y VIII) y el 77% restante a la zona central (Áreas Sanitarias III, IV y V).

Una vez determinado el número de unidades primarias a seleccionar, y establecida su distribución por Áreas Sanitarias, se procede al establecimiento del marco muestral del diseño de conglomerados. Dicho marco se detalla convenientemente en la Tabla 4 que sigue:

Tabla 4. Marco muestral del diseño aleatorio de conglomerados

MARCO MUESTRAL											
		ESO		BACHI		CF					
Centro	Municipio	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Al.	T.Un.	PA	UPM
AREA I											
A1i.e.s. "carmen y severo ochoa"	Valdés	272	12	190	10	107	9	569	31	27.20	
A1i.e.s. "elisa y luis villamil"	Vegadeo	273	13	124	7	38	5	435	25	49.12	v
A1i.e.s. "galileo galilei"	Navia	397	17	190	9	50	4	637	30	75.43	
A1i.e.s. "marqués de casariego"	Tapia C.	287	14	90	4	12	2	389	20	92.98	
A1col. "jose garcia"	Valdés	78	4					78	4	96.49	
A1col. "santo domingo"	Navia	99	4					99	4	100.0	v
TOTAL BLOQUE I		1406	64	594	30	207	20	2207	114		
AREA II											
A2i.e.s. "concejo de tineo"	Tineo	271	12	136	7	68	5	475	24	38.09	v
A2i.e.s. nuevo cangas del narcea	Cangas N.	504	24	210	10	42	5	756	39	100.0	
TOTAL BLOQUE II		775	36	346	17	110	10	1231	63		
AREA III											
A3i.e.s. "carreño miranda"	Avilés	370	16	186	8			556	24	6.722	
A3i.e.s. "cristo del socorro"	Gozón	310	14	88	4			398	18	11.76	
A3i.e.s. "isla de la deva"	Castrillón	376	18	167	8	108	6	651	32	20.72	v
A3i.e.s. "juan antonio suanzes"	Avilés	276	12	69	4	247	17	592	33	29.97	
A3i.e.s. "la magdalena"	Avilés	128	8	35	4	10	2	173	14	33.89	
A3i.e.s. "número 5"	Avilés	371	16	198	8	39	3	608	27	41.45	v
A3i.e.s. "ramón menéndez pidal"	Avilés	255	12	179	11	20	2	454	25	48.45	
A3i.e.s. "selgas"	Cudillero	201	11	49	3			250	14	52.38	v
A3i.e.s. "virgen de la luz"	Avilés	290	13	94	4			384	17	57.14	
A3instituto de educación secundaria	Castrillón	164	8	50	4			214	12	60.50	
A3instituto de educación secundaria	Corvera	409	19	98	4	8	1	515	24	67.22	v
A3instituto de educación secundaria	Pravia	244	12	109	8	22	3	375	23	73.66	
A3avlliniello	Avilés					251	14	251	14	77.59	
A3col. "luisa de marillac"	Avilés	102	4					102	4	78.71	
A3col. "paula frassinetti"	Avilés	233	8	132	4			365	12	82.07	v
A3col. "principado"	Avilés	115	4					115	4	83.19	v

MARCO MUESTRAL											
		ESO		BACHI		CF					
Centro	Municipio	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Al.	T.Un.	PA	UPM
A3col. "san fernando"	Avilés	443	16	191	6			634	22	89.35	
A3col. "san to angel de la guarda"	Avilés	243	10	89	6			332	16	93.87	
A3col. "san luis"	Pravia	106	4					106	4	94.95	
A3col. "san nicolas de b	Avilés	94	4					94	4	96.07	
A3col. "santo angel"	Pravia	85	4					85	4	97.19	
A3col. "buen consejo"	Avilés	104	4					104	4	98.31	
A3col. "santo tomas"	Avilés	99	4					94	4	99.43	
A3gestión	Avilés					10	1	10	1	99.71	
A3rozona	Avilés					25	1	25	1	100.0	
TOTAL BLOQUE III		5018	221	1734	86	740	50	7492	357		
AREA IV											
A4i.e.s. "alfonso ii"	Oviedo	424	21	254	11			678	32	4.139	
A4i.e.s. "aramo"	Oviedo	378	18	273	13	60	3	711	34	8.538	v
A4i.e.s. "arzobispo valdés-salas"	Salas	177	9	43	3	19	3	239	15	10.47	
A4i.e.s. "astures"	Siero	465	21	157	6			622	27	13.97	
A4i.e.s. "cerdeño"	Oviedo	245	11	64	5	325	19	634	35	18.50	
A4i.e.s. "césar rodríguez"	Grado	255	12	89	4			344	16	20.56	
A4i.e.s. "doctor fleming"	Oviedo	362	16	253	10	161	9	776	35	25.09	v
A4i.e.s. "escultor juan de villanueva"	Siero	339	16	188	8	60	6	587	30	28.97	v
A4i.e.s. "la ería"	Oviedo	467	20	239	10	34	2	740	32	33.11	
A4i.e.s. "leopoldo alas-clarín"	Oviedo	341	15	125	6	34	2	500	23	36.09	
A4i.e.s. "monte naranco"	Oviedo	278	13	111	4	84	4	473	21	38.80	
A4i.e.s. "pando"	Oviedo	388	17	147	6	54	4	589	27	42.30	v
A4i.e.s. "pérez de ayala"	Oviedo	384	17	212	10	91	5	687	32	46.44	
A4i.e.s. "ramón areces"	Grado	152	8	58	4	57	5	267	17	48.64	
A4i.e.s. "río nora"	Siero	343	15	114	6			457	21	51.35	v
escuela de arte	Oviedo			114	4			114	4	51.87	
A4i.e.s. "río trubia"	Oviedo	142	8	44	3			186	11	53.29	
A4instituto de educación secundaria	Llanera	384	18	119	6			503	24	56.40	
A4instituto de educación secundaria	Nava	244	11					244	11	57.82	
A4instituto de educación secundaria	Noreña	271	12	126	6	177	13	574	31	61.83	v

MARCO MUESTRAL											
		ESO		BACHI		CF					
Centro	Municipio	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Al.	T.Un.	PA	UPM
A4col. "amor de dios"	Oviedo	229	8	102	4			331	12	63.38	
A4col. "amor misericordioso"	Siero	128	5					128	5	64.06	
A4col. "auseva"	Oviedo	255	8	214	10			469	18	66.36	v
A4col. "dulce nombre de jes	Oviedo	351	12	137	5			488	17	68.56	
A4col. "ecole"	Llanera	154	8	65	4			219	12	70.11	
A4col. "fundacion masaveu"	Oviedo	80	4			206	8	286	12	71.66	v
A4col. "la inmaculada"	Oviedo	313	12					313	12	73.22	
A4col. "loyola"	Oviedo	334	12	131	6			465	18	75.54	
A4col. "meres"	Siero	320	12	138	6			458	18	77.87	
A4col. "nazaret"	Oviedo	294	12					294	12	79.43	v
A4col. "ntra. sra. de covado	Noreña	104	4					104	4	79.94	
A4col. "palacio de granda"	Siero	153	7	93	4			246	11	81.37	v
A4col. "peñaubiña"	Oviedo	95	4	50	4			145	8	82.40	
A4col. "sagrada familia"	Oviedo	66	4					66	4	82.92	
A4col. "san ignacio"	Oviedo	364	12	169	6			533	18	85.25	v
A4col. "santa mª del nar	Oviedo	566	19	221	6			787	25	88.48	v
A4col. "santa teresa de	Oviedo	230	8	93	4			323	12	90.03	
A4col. "santo angel de l	Oviedo	178	8					178	8	91.07	
A4col. "santo domingo d	Oviedo	307	12	98	4			405	16	93.14	
A4col. "virgen milagro	Oviedo	329	12					329	12	94.69	
A4col. "\"fundoma\""	Oviedo	7	1					7	1	94.82	
A3col. "los robles"	Llanera	118	4	60	5			178	9	95.98	
A4the english school	Llanera	54	4	16	6			70	10	97.28	
A4fpehostelería	Oviedo					16	1	16	1	97.41	
A4la llana	Oviedo					66	3	66	3	97.80	
A4cfpeconf	Oviedo					13	1	13	1	97.93	
A4cfpmaria	Oviedo					73	4	73	4	98.44	
A4seresco	Oviedo					26	2	26	2	98.70	
A4cfpeurope	Oviedo					3	1	3	1	98.80	
A4cfpenuevas	Oviedo					39	4	39	4	99.35	
A4cfpe imagen	Noreña					5	1	5	1	99.48	
A4construcción	Ribera					98	4	98	4	100.0	v

MARCO MUESTRAL											
		ESO		BACHI		CF					
Centro	Municipio	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Al.	T.Un.	PA	UPM
TOTAL BLOQUE IV		11068	470	4317	199	1701	104	17086	773		
AREA V											
A5i.e.s. "calderón de la barca"	Gijón	455	19	199	8	34	2	688	29	4.948	
A5i.e.s. "doña jimena"	Gijón	449	19	203	8			652	27	9.556	
A5i.e.s. "el piles"	Gijón	372	17	166	6			538	23	13.48	
A5i.e.s. "emilio alarcos"	Gijón	414	19	102	4			516	23	17.40	
A5i.e.s. "fernández vallín"	Gijón	289	13	144	7	137	10	570	30	22.52	
A5i.e.s. "jovellanos"	Gijón	557	23	300	11			857	34	28.32	v
A5i.e.s. "mata jove"	Gijón	300	14	76	4	28	3	404	21	31.92	v
A5i.e.s. "montevil"	Gijón	495	21	122	5			617	26	36.34	
A5i.e.s. "número 1"	Gijón	264	12	89	4	327	19	680	35	42.32	v
A5i.e.s. "padre feijoo"	Gijón	431	19	127	6			558	25	46.58	
A5i.e.s. "roces"	Gijón	151	9	42	2			193	11	48.46	
A5i.e.s. "rosario acuña"	Gijón	376	17	168	8			544	25	52.73	
A5sector siderúrgico	Gijón					317	19	317	19	55.97	v
A5hostelería	Gijón					219	12	219	12	58.02	
A5pesquero marítimo	Gijón					41	4	41	4	58.70	
A5i.e.s. "universidad laboral"	Gijón	269	14	246	13			515	27	63.31	v
A5instituto de educación secundaria	Carreño	257	13	81	5			338	18	66.38	
A5instituto de educación secundaria	Villaviciosa	260	12	116	6			376	18	69.45	v
A5col. "corazon de mari"	Gijón	461	16	186	6			647	22	73.20	v
A5col. "la asuncion"	Gijón	304	11	111	4			415	15	75.76	
A5col. "la corolla"	Gijón	116	6	75	4			191	10	77.47	
A5col. "la inmaculada"	Gijón	364	12	167	6			531	18	80.54	
A5col. "la milagrosa"	Gijón	102	4					102	4	81.22	
A5col. "lopez y vicuña"	Gijón	83	4			50	2	133	6	82.76	
A5col. "patronato san j"	Gijón	168	8					168	8	84.12	
A5col. "san lorenzo"	Gijón	104	4					104	4	84.81	
A5col. "san miguel"	Gijón	202	8					202	8	86.17	v
A5col. "san rafael"	Villaviciosa	94	4					94	4	86.86	
A5col. "san vicente de p"	Gijón	206	8					206	8	88.22	
A5col. "sto. angel de la"	Gijón	207	8					207	8	89.59	

MARCO MUESTRAL											
		ESO		BACHI		CF					
Centro	Municipio	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Al.	T.Un.	PA	UPM
A5col. "ursulinas de je	Gijón	455	16	124	4			579	20	93.00	v
A5col. "virgen mediadora"	Gijón	222	8	61	4			283	12	95.05	
A5san eutiquio	Gijón			214	6	146	8	360	14	97.44	v
A5col. "virgen reina"	Gijón	92	4					92	4	98.29	
A5centro fpat	Gijón					5	2	5	2	98.63	
A5centro fp chús	Gijón					26	2	26	2	98.86	
A5fud revillagigedo	Gijón					184	10	184	10	100.0	
TOTAL BLOQUE IV		8519	362	3119	131	1514	93	13152	586		
AREA VI											
A6instituto de educación secundaria	Llanes	333	15	131	6	80	8	544	29	23.77	v
A6i.e.s. "avelina cerra"	Ribadesella	201	10	67	4			268	14	35.24	
A6i.e.s. "rey pelayo"	Cangas O.	302	15	151	9	58	5	511	29	59.01	
A6instituto de educación secundaria	Colunga	101	6	24	2	22	2	147	10	67.21	
A6instituto de educación secundaria	Parres	165	9					165	9	74.59	
A6instituto de educación secundaria	Piloña	246	12	143	7	58	6	447	25	95.08	
A6 colegio priol	Piloña					44	2	44	2	96.72	
A6col. "divina pastora"	Llanes	27	2					27	2	98.36	
A6col. "ntra. sra. del r	Ribadesella	30	2					30	2	100.0	
TOTAL BLOQUE VI		1405	71	516	28	262	23	2183	122		
AREA VII											
A7i.e.s. "benedicto nieto"	Lena	215	11	55	4	22	2	292	17	10.69	
A7i.e.s. "bernaldo de quirós"	Mieres	234	11	149	8			383	19	22.64	
A7i.e.s. "el batán"	Mieres	185	9	67	4	87	5	339	18	33.96	
A7i.e.s. "sánchez lastra"	Mieres	294	12	152	8	188	17	634	37	57.23	v
A7i.e.s. "valle de aller"	Aller	231	12	115	6	25	2	371	20	69.81	
A7i.e.s. "valle de turón"	Mieres	182	9	44	3	46	2	272	14	78.61	
A7col. "la salle"	Mieres	103	4					103	4	81.13	
A7col. "lastra"	Mieres	94	4					94	4	83.64	
A7col. "sagrada familia-el pi	Lena	303	12	214	6			517	18	94.96	v
A7col. "santo domingo d	Mieres	169	8					169	8	100.0	
TOTAL BLOQUE VII		2010	92	796	39	368	28	3174	159		
AREA VIII											

MARCO MUESTRAL											
		ESO		BACHI		CF					
Centro	Municipio	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Alu.	Uni.	T. Al.	T.Un.	PA	UPM
A8i.e.s. "alto nalón"	Laviana	120	7	34	2	96	7	250	16	8.29	
A8i.e.s. "cuenca del nalón"	Langreo	125	9	95	6	89	10	309	25	21.24	
A8i.e.s. "david vázquez martínez"	Laviana	244	12	126	6			370	18	30.56	
A8i.e.s. "jerónimo gonzález"	Langreo	204	10	94	6	13	2	311	18	39.89	v
A8i.e.s. "juan José calvo miguel"	San Martín	177	9	48	4			225	13	46.63	v
A8i.e.s. "la quintana"	Langreo	80	4	131	6	148	8	359	18	55.95	
A8centro fp narseo	Langreo					7	2	7	2	56.99	
A8i.e.s. "santa bárbara"	Langreo	260	13	160	7			420	20	67.35	
A8i.e.s. "virgen de covadonga"	San Martín	204	10	81	4			285	14	74.61	
A8col. "santo tomas de aquino"	Langreo	187	8	75	6			262	14	81.86	v
A8col. "beata imelda"	Langreo	129	7					129	7	85.9	
A8col. "la salle"	Langreo	202	8					202	8	89.63	
A8col. "maria inmacula"	Laviana	101	4					101	4	91.70	
A8col. "ntra. sra. del ro"	Langreo	115	4					115	4	93.73	
A8col. "sagrada familia"	San Martín	90	4					90	4	95.85	
A8col. "san antonio"	Langreo	76	4					76	4	97.92	
A8col. "san José"	San Martín	79	4					79	4	100.0	
TOTAL BLOQUE VIII		2393	117	844	47	353	29	3590	193		
TOTAL ÁREAS SANITARIAS		32594	1433	12267	577	5255	357	50115	2367		

Una vez establecido el marco muestral, se procedió a la selección aleatoria de los diferentes conglomerados con probabilidad proporcional a su tamaño. Para ello se utilizó una tabla de números aleatorios y la columna de los tantos por cien acumulados recogidos en la penúltima columna de la Tabla 4. La susodicha operación nos condujo a la selección de las unidades primarias de muestro que aparecen recogidas en la Tabla 5 que sigue:

Tabla 5. Unidades primarias de muestro seleccionadas

		ESO		BACHI		CF		Total	Total
Centro	Municipio	Alum	Uni	Alum	Uni	Alum	Uni	Alum	Uni
ÁREA I									
"ELISA Y LUIS VILLAMIL "	Vegadeo	273	13	124	7	38	5	435	25
"SANTO DOMINGO"	Navia	99	4					99	4
ÁREA II									
"CONCEJO DE TINEO"	Tineo	271	12	136	7	68	5	475	24
ÁREA III									
"ISLA DE LA DEVA"	Castrillón	376	18	167	8	108	6	651	32
"NÚMERO 5"	Avilés	371	16	198	8	39	3	608	27
"PAULA FRASSINETTI"	Avilés	233	8	132	4			365	12
"SAN FERNANDO "	Avilés	443	16	191	6			634	22
"SELGAS"	Cudillero	201	11	49	3			250	14
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Corvera	409	19	98	4	8	1	515	24
ÁREA IV									
"ARAMO"	Oviedo	378	18	273	13	60	3	711	34
"AUSEVA"	Oviedo	255	8	214	10			469	18
"DOCTOR FLEMING"	Oviedo	362	16	253	10	161	9	776	35
"ESCUPTOR JUAN DE VILLANUEVA	Siero	339	16	188	8	60	6	587	30
"FUNDAC. LABORAL CONSTRUCCIÓN"	Ribera					98	4	98	4
"FUNDACIÓN MASAVEU"	Oviedo	80	4			206	8	286	12
"NAZARET"	Oviedo	294	12					294	12
"PALACIO DE GRANDA"	Siero	153	7	93	4			246	11
"PANDO"	Oviedo	388	17	147	6	54	4	589	27
"RÍO NORA"	Siero	343	15	114	6			457	21
"SAN IGNACIO"	Oviedo	364	12	169	6			533	18
"SANTA Mª DEL NARANCO"	Oviedo	566	19	221	6			787	25
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Noreña	271	12	126	6	177	13	574	31
ÁREA V									
"CORAZÓN DE MARÍA"	Gijón	461	16	186	6			647	22
"JOVELLANOS"	Gijón	557	23	300	11			857	34
"MATA JOVE"	Gijón	300	14	76	4	28	3	404	21
"NÚMERO 1"	Gijón	264	12	89	4	327	19	680	35
"SAN EUTQUIO"	Gijón			214	6	146	8	360	14
"SAN MIGUEL "	Gijón	202	8					202	8
"SECTOR SIDERÚRGICO	Gijón					317	19	317	19
"UNIVERSIDAD LABORAL"	Gijón	269	14	246	13			515	27

		ESO		BACHI		CF		Total	Total
Centro	Municipio	Alum	Uni	Alum	Uni	Alum	Uni	Alum	Uni
"URSULINAS DE JESÚS"	Gijón	455	16	124	4			579	20
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Villaviciosa	260	12	116	6			376	18
ÁREA VI									
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Llanes	333	15	131	6	80	8	544	29
ÁREA VII									
"SAGRADA FAMILIA-EL PILAR"	Lena	303	12	214	6			517	18
"SÁNCHEZ LASTRA"	Mieres	294	12	152	8	188	17	634	37
ÁREA VIII									
"JERÓNIMO GONZÁLEZ"	Langreo	204	10	94	6	13	2	311	18
"JUAN JOSÉ CALVO MIGUEL"	San Martín	177	9	48	4			225	13
"SANTO TOMÁS DE AQUINO"	Langreo	187	8	75	6			262	14

Segunda etapa del diseño muestral por conglomerados con probabilidades proporcionales al tamaño de los centros escolares y al tipo de estudios cursado

Posteriormente, se procedió a seleccionar las unidades secundarias de muestreo. Operando de una manera similar a como se hizo en la primera etapa, se eligieron 156 aulas (aproximadamente el 6.5% del total), cuya asignación a las unidades primarias de muestro se estableció proporcional al tamaño de las diferentes áreas sanitarias. En la Tabla 6 se ofrece la distribución de las unidades secundarias de muestreo dentro de las unidades primarias de muestreo, tanto por áreas como por el tipo de centro (público/privado-concertado).

Tabla 6. Distribución de las unidades secundarias de muestreo o aulas por centros escolares

Centro	Municipio	Total Unidades	Aulas seleccionadas	Centro
ÁREA I				
"ELISA Y LUIS VILLAMIL"	Vegadeo	25	5	Público
"SANTO DOMINGO"	Navia	4	1	Concertado
ÁREA II				
"CONCEJO DE TINEO"	Tineo	24	4	Público
ÁREA III				
"ISLA DE LA DEVA"	Castrillón	32	5	Público
"NÚMERO 5"	Avilés	27	5	Público
"PAULA FRASSINETTI"	Avilés	12	3	Concertado
"SAN FERNANDO"	Avilés	22	4	Concertado
"SELGAS"	Cudillero	14	3	Público
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Corvera	24	5	Público
ÁREA IV				
"ARAMO"	Oviedo	34	6	Público
"AUSEVA"	Oviedo	18	4	Concertado
"DOCTOR FLEMING"	Oviedo	35	6	Público
"ESCUADOR JUAN DE VILLANUEVA"	Siero	30	5	Público
"FUNDAC. LABORAL CONSTRUCCIÓN"	Ribera	4	1	Concertado
"FUNDACIÓN MASAVEU"	Oviedo	12	3	Concertado
"NAZARET"	Oviedo	12	3	Concertado
"PALACIO DE GRANDA"	Siero	11	2	Concertado
"PANDO"	Oviedo	27	5	Público
"RÍO NORA"	Siero	21	4	Público
"SAN IGNACIO"	Oviedo	18	4	Concertado
"SANTA Mª DEL NARANCO"	Oviedo	25	5	Concertado
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Noreña	31	5	Público
ÁREA V				
"CORAZÓN DE MARÍA"	Gijón	22	5	Concertado
"JOVELLANOS"	Gijón	34	6	Público
"MATA JOVE"	Gijón	21	4	Público
"NÚMERO 1"	Gijón	35	6	Público
"SAN EUTQUIO"	Gijón	14	3	Concertado
"SAN MIGUEL"	Gijón	8	2	Concertado
"SECTOR SIDERÚRGICO"	Gijón	19	3	Público
"UNIVERSIDAD LABORAL"	Gijón	27	5	Público
"URSULINAS DE JESÚS"	Gijón	20	4	Concertado
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Villaviciosa	18	4	Público
ÁREA VI				
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Llanes	29	5	Público
ÁREA VII				
"SAGRADA FAMILIA-EL PILAR"	Lena	18	4	Concertado
"SÁNCHEZ LASTRA"	Mieres	37	6	Público
ÁREA VIII				
"JERÓNIMO GONZÁLEZ"	Langreo	18	4	Público
"JUAN JOSÉ CALVO MIGUEL"	San Martín	13	3	Público
"SANTO TOMÁS DE AQUINO"	Langreo	14	4	Concertado

A su vez, estas 156 unidades secundarias de muestreo se distribuyeron proporcionalmente por tipos de estudios. Teniendo en cuenta que dentro de cada nivel o tipo de estudios cursado existe un número distinto de aulas de ESO, de Bachillerato y de Ciclos Formativos, se efectuó la redistribución que sigue:

- a) **88** corresponden a ESO (22 aulas de primero de la ESO, 22 de segundo de la ESO, 22 de tercero de la ESO y las 22 aulas restantes de cuarto de la ESO),
- b) **38** a Bachillerato (19 aulas de primero de Bachillerato y otras 19 de segundo de Bachillerato) y
- c) **30** a Ciclos Formativos (15 aulas de primer ciclo y otras 15 de segundo ciclo).

En la Tabla 7 se ofrece la distribución final de las unidades a muestrear por áreas, centros y tipo de estudios.

Tabla 7. Distribución de las aulas por tipo de estudios

Centro	Municipio	1º ESO	2º ESO	3º ESO	4º ESO	1º BACH	2º BACH	1º CF	2º CF	Total
ÁREA I										
"ELISA Y LUIS VILLAMIL"	Vegadeo	1		1	1		1	1		5
"SANTO DOMINGO"	Navia	1								1
ÁREA II										
"CONCEJO DE TINEO"	Tineo		1	1			1	1		4
ÁREA III										
"ISLA DE LA DEVA"	Castrillón			1	1	1		1	1	5
"NÚMERO 5"	Avilés	1	1	1	1		1			5
"PAULA FRASSINETTI"	Avilés	1			1	1				3
"SAN FERNANDO"	Avilés		1	1		1	1			4
"SELGAS"	Cudillero	1	1	1						3
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Corvera	1	1	1	1		1			5
ÁREA IV										
"ARAMO"	Oviedo	1	1	1	1	1	1			6
"AUSEVA"	Oviedo	1	1		1	1				4
"DOCTOR FLEMING"	Oviedo			1	1		1	1	2	6
"ESCULTOR JUAN DE VILLANUEVA"	Siero	1		1	1		1		1	5
"FUNDAC. LABORAL CONSTRUCCIÓN"	Ribera								1	1
"FUNDACIÓN MASAVEU"	Oviedo				1			1	1	3
"NAZARET"	Oviedo	1	1	1						3
"PALACIO DE GRANDA"	Siero				1	1				2
"PANDO"	Oviedo	1	1		1		1		1	5
"RÍO NORA"	Siero	1	1			1	1			4
"SAN IGNACIO"	Oviedo	1	1		1	1				4
"SANTA Mª DEL NARANCO"	Oviedo		1	1	1	1	1			5
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Noreña		1	1			1	1	1	5
ÁREA V										
"CORAZÓN DE MARÍA"	Gijón	1	1	1	1	1				5
"JOVELLANOS"	Gijón	1	1	1	1	1	1			6
"MATA JOVE"	Gijón	1	1	1		1				4
"NÚMERO 1"	Gijón	1			1			2	2	6
"SAN EUTQUIO"	Gijón							1	2	3
"SAN MIGUEL"	Gijón	1	1							2
"SECTOR SIDERÚRGICO"	Gijón							2	1	3
"UNIVERSIDAD LABORAL"	Gijón		1	1	1	1	1			5
"URSULINAS DE JESÚS"	Gijón			1	1	1	1			4
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Villaviciosa	1	1			1	1			4
ÁREA VI										
INSTITUTO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Llanes			1	1	1	1	1		5
ÁREA VII										
"SAGRADA FAMILIA-EL PILAR"	Lena	1	1	1		1				4
"SÁNCHEZ LASTRA"	Mieres				1		1	2	2	6
ÁREA VIII										
"JERÓNIMO GONZÁLEZ"	Langreo	1				1	1	1		4
"JUAN JOSÉ CALVO MIGUEL"	San Martín	1	1	1						3
"SANTO TOMÁS DE AQUINO"	Langreo		1	1	1	1				4

Por último, se debe reseñar que de contar con un mayor número de aulas dentro de cada centro, como ocurre en la mayor parte de los centros seleccionados en la primera etapa del diseño, se debería proceder a efectuar una selección aleatoria de las mismas. Una forma sencilla de realizar esta operación, consiste en establecer un listado con las aulas existentes y proceder a seleccionarlas a intervalos iguales a lo largo de la lista. Por ejemplo, uno cada tres. El único requisito para que el proceso de selección se considere aleatorio es que el punto de inicio se establezca por puro azar.

3.4. Participantes en el estudio

Tal y como se ha expuesto en el apartado dedicado a la “Determinación del tamaño de la muestra”, el número de encuestas que se tenía previsto realizar para un error del 3% era de 3183, de las cuales se han llevado a cabo efectivamente 2992 y se han utilizado para el análisis 2784.

La diferencia entre el número de encuestas previstas y las efectivamente realizadas (196) se ha debido principalmente a la disparidad existente entre el número de sujetos que se encuentran censados en el aula prevista y los realmente presentes en el momento de la aplicación del cuestionario.

En cuatro ocasiones no fue posible pasar la encuesta al aula elegida y tampoco se encontró una sustitución adecuada dentro del mismo ciclo formativo del colegio seleccionado. Estas cuatro aulas pertenecían a ciclos de Formación Profesional que, en el momento de la evaluación, tenían a los alumnos realizando prácticas en empresas y, por lo tanto, no acudían al centro escolar.

La Tabla 8 resume las discrepancias habidas entre centros y aulas previstos, y los efectivamente realizados, distribuidas por áreas sanitarias y municipios.

Tabla 8. Centros y aulas previstas y encuestadas

Área Sanitaria	Municipio	Centros Previstos	Centros encuestados	Aulas previstas	Aulas encuestadas
I	Vegadeo	1	1	5	5
	Navia	1	1	1	1
II	Tineo	1	1	4	5 (+1)
III	Avilés	3	3	12	12
	Castrillón	1	1	5	4 (-1)
	Cudillero	1	1	3	3
	Corvera	1	1	5	5
IV	Oviedo	8	8	36	34 (-2)
	Siero	3	3	11	10 (-1)
	Ribera	1	1	1	1
	Noreña	1	1	5	5
V	Gijón	9	9	38	38
	Villaviciosa	1	1	4	4
VI	Llanes	1	1	5	5
VII	Lena	1	2 (+1)	4	7 (+3)
	Mieres	1	1	6	9 (+3)
	Aller	0	1 (+1)	0	1 (+1)
VIII	Langreo	2	2	8	8
	San Martín	1	1	3	3
Total	19	38	40 (+2)	156	160 (+4)

Como se puede apreciar, las variaciones con respecto al plan previo surgido del muestreo han sido muy pequeñas, salvo en lo que se refiere al Área Sanitaria VII, en la que se aumentó la muestra obtenida a petición del Ayuntamiento de Lena.

La diferencia existente entre el número de encuestas realizadas y las realmente analizadas (208) se ha debido a la necesidad de eliminar cuestionarios de sujetos con edades no comprendidas entre los 12 y 18 años.

3.5. Variables e instrumentos

Los instrumentos de recogida de información han sido los siguientes:

1. Un cuestionario elaborado *ad hoc* para la investigación con el fin de evaluar el consumo de sustancias y los factores asociados, que consta de dos partes principales. La primera parte es similar al utilizado por el PND (Plan Nacional sobre Drogas) en la encuesta ESTUDES para la valoración del consumo

de drogas y otras variables relacionadas en estudiantes de secundaria. La utilización de parte de la encuesta ESTUDES se ha realizado con el fin de poder comparar nuestros resultados con los datos de la población general española de esta misma edad.

Las preguntas del cuestionario incluyen los siguientes apartados:

- Datos sociodemográficos.
- Sustancias y patrón de consumo: frecuencia de consumo, motivaciones para consumir y percepción de riesgo del consumo de sustancias legales (tabaco y alcohol) e ilegales.
- Opinión: grado de peligrosidad que le atribuyen a las drogas.
- Comportamiento de los jóvenes: con especial referencia a conductas de riesgo realizadas bajo los efectos de las drogas.
- Información recibida: vías por las cuales han recibido información y valoración de la misma.
- Otros aspectos: grado de accesibilidad de las diferentes drogas, intenciones futuras respecto al consumo de sustancias y opinión acerca de la legalización de las drogas.

Al cuestionario ESTUDES se le añadieron algunas preguntas que pretendían estudiar la fiabilidad de las respuestas de consumo que se daban, manteniendo la estructura y formulación del cuestionario usado por el PND para facilitar la comparación de resultados.

La segunda parte se correspondía con el cuestionario FRIDA, del que se han extraído las preguntas que caracterizan socio-demográficamente al informante, por estar ya incluidas en la primera parte. El FRIDA (Factores de Riesgo Interpersonales para el Consumo de Drogas en Adolescentes) (Secades Villa, Carballo, Fernández Hermida, J.R., García Rodríguez y García Cueto, 2006) es un cuestionario estandarizado que permite analizar las circunstancias personales y ambientales que suelen predisponer o facilitar el consumo de drogas de diferentes tipos. Se analizan siete factores y se obtiene una puntuación general denominada índice de vulnerabilidad global. Los siete factores son los siguientes:

- Reacción de la familia ante el consumo
- Grupo de amigos o iguales
- Acceso a las drogas
- Riesgo familiar
- Educación familiar en drogas
- Actividades protectoras
- Estilo educativo

Con respecto al FRIDA, se solicitó la autorización de TEA para hacer la aplicación de la prueba, adaptándola al conjunto del instrumento utilizado. La corrección del FRIDA se ha hecho de acuerdo con los baremos normativos facilitados en la documentación de la prueba.

2. Un cuestionario elaborado *ad hoc*, de carácter anónimo, de 13 ítems con el fin de evaluar las opiniones y actitudes de los profesores, en cuanto a su papel como agentes implicados en el desarrollo de los programas de prevención escolar.

El cuestionario tenía los siguientes apartados:

- Valoración de la incidencia del consumo de drogas por parte del alumnado en la vida escolar del centro educativo
- Valoración relativa de la importancia del consumo de drogas frente a otros problemas sociales
- Formación y disposición a formarse en el campo de la prevención de drogas
- Valoración de los programas de prevención en el campo escolar
- Valoración de la capacidad del profesorado para llevar a cabo programas escolares de prevención
- Valoración del apoyo que prestan diversos agentes escolares a la aplicación de los programas de prevención en la escuela
- Programa de prevención que ha aplicado
- Valoración de la adecuación del programa a las características del alumnado

- Horas de formación específica sobre el programa aplicado
- Valoración de la calidad con la que se aplicó el programa

3. Un cuestionario anónimo y confidencial, elaborado *ad hoc*, compuesto por 20 ítems, con el objetivo evaluar las opiniones y actitudes de los técnicos municipales, en cuanto a su papel como agentes encargados del desarrollo de diversos tipos de programas de prevención del consumo de drogas, dirigidos a población juvenil.

Las 20 preguntas de este instrumento se pueden resumir en los siguientes apartados:

- Valoración de la gravedad del consumo de drogas en jóvenes
- Cualificación para ejercer como técnico en prevención
- Disposición para formarse en prevención
- Valoración sobre la calidad de los programas de prevención
- Valoración del grado de apoyo que prestan diversos agentes sociales y educativos a los programas de prevención
- Identificación de los programas de prevención que se están aplicando actualmente
- Horas de formación específica para el desarrollo de esos programas
- Valoración del grado de adecuación de los recursos disponibles con la correcta ejecución del programa
- Valoración de la fidelidad con la que se han aplicado los programas

3.6. Procedimiento

Una vez hecha la asignación aleatoria de centros y aulas, se solicitó el permiso de la Consejería de Educación y de cada uno de los centros para aplicar la prueba. El contacto inicial con los colegios previamente seleccionados al azar fue realizado inicialmente desde el Plan sobre Drogas para Asturias y posteriormente por miembros del grupo de investigación, durante los meses de enero y febrero de 2007. Se concertó una cita para establecer el día y hora de aplicación, solicitando que los alumnos no fueran informados previamente. La

aplicación en cada aula duró aproximadamente 60 minutos, y en cada centro se limitó al menor tiempo posible, normalmente, un día.

El cuestionario fue aplicado en horario escolar por psicólogos especialmente entrenados que explicaban la finalidad de la prueba y solventaban las dudas que se producían. El trabajo de campo fue realizado durante los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 2007.

La colaboración de los centros fue, generalmente, muy buena y no se produjo ninguna negativa a participar ni por parte de los centros ni del alumnado. En muy pocos casos fue necesario sustituir el aula indicada y sólo en Formación Profesional. La razón es que los alumnos se encontraban distribuidos por las empresas y no se encontraban ya en el centro educativo.

La información proveniente del profesorado se recogió solicitando a los profesores encargados de la asignatura de la hora escolar en la que se aplicaba la encuesta a los alumnos, que contestaran voluntariamente al cuestionario. También se solicitaba que cubrieran el cuestionario a aquellos profesores del centro que habían aplicado algún programa de prevención escolar o que, en general, tuvieran experiencia en el campo de la prevención del consumo de drogas. No se hizo ningún muestreo aleatorio, por lo que los resultados no son estrictamente representativos del estado de opinión de los profesores que ejercen en el Principado, sino únicamente indicativos.

Con respecto a los responsables de los Planes Municipales, se realizó un contacto telefónico una vez que desde el Plan sobre Drogas para Asturias se les informó de la realización del estudio. En este caso, la encuesta fue enviada a través del correo electrónico a los responsables municipales y devuelta por éstos a través de este mismo medio una vez que la cumplieron.

3.7. Análisis de datos

Para la realización de los análisis, el primer paso consistió en la eliminación de todas las encuestas en las que figurara una edad inferior o superior al rango de 12 a 18 años.

Este rango es diferente al usado por el PND y en los análisis será un factor que se tendrá en cuenta.

Como en el caso de ESTUDES, las cifras de consumo de drogas se dan, generalmente, en forma de cifras de prevalencia que atiende a tres períodos de tiempo, la vida del entrevistado, los últimos 12 meses, y los últimos 30 días. Sin embargo, a diferencia de los informes del PND, en todos los casos se analiza si las cifras de prevalencia obtenidas tienen alguna relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la edad, el sexo y el área sanitaria.

También como en el caso de ESTUDES, el estudio del consumo del alcohol se ha hecho de forma más exhaustiva, analizando de forma más pormenorizada los distintos tipos de frecuencia de consumo, así como la cantidad, traducida en este último caso a UBEs (Unidades de Bebida Estándar). Cada UBE está calculada para que equivalga aproximadamente a 10 gr. de alcohol puro.

La utilización del FRIDA permite también estudiar la relación que existe entre los factores de riesgo, tal y como son medidos en esa prueba, y el consumo de drogas legales e ilegales.

Se llevaron a cabo análisis de frecuencias para describir las características demográficas y el patrón de consumo de drogas de la muestra. Se realizaron análisis bivariados (chi-cuadrado y ANOVAS) y multivariados (MANOVAS y Regresiones logísticas binarias) para conocer la relación de las diferentes variables medidas a través del cuestionario con la variable criterio, el consumo de drogas.

En los análisis que se hagan para valorar las variables de consumo o los factores asociados, se utilizarán dos intervalos de edad, de 12 a 18 y de 14 a 18. De esa manera, podrán compararse los datos obtenidos con los que se derivan de la Encuesta Escolar del Plan Nacional sobre Drogas (PND), que utiliza únicamente el rango de 14 a 18 años.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción socio-demográfica de la muestra

4.1.1. Distribución por sexo

Como puede verse en el Gráfico 1, el porcentaje de hombres es ligeramente superior al de mujeres.

Gráfico 1



Es posible que haya una ligera sobre-representación masculina, si se tienen en cuenta los datos publicados por el INE para el curso 2004-2005 (los últimos disponibles) de la ESO, Bachillerato, FP media y superior, en Asturias. De acuerdo con esa información, los hombres representan el 50,63% del total de los alumnos matriculados en esos ciclos y las mujeres el 49,37%. No se dispone de datos segmentados por edades, por lo que no es posible determinar con exactitud las diferencias entre la muestra y la población.

Esta es una variable importante a la hora de analizar los patrones de consumo, debido a que los cambios en el rol social de la mujer pueden estar produciendo modificaciones en sus hábitos de consumo. Se analizarán las diferencias intersexuales en las prevalencias de consumo de las drogas evaluadas.

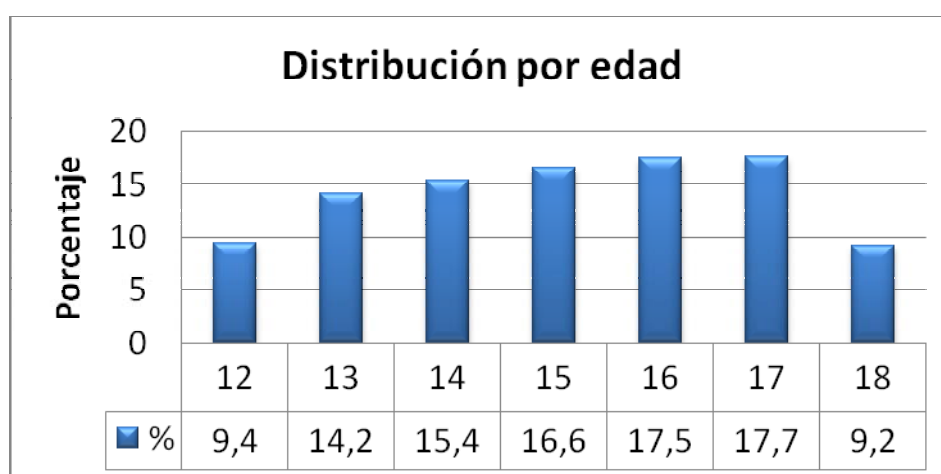
4.1.2. Distribución por edad

Como puede verse en el Gráfico 2, la proporción de sujetos en cada segmento de edad es bastante similar, excepto en las edades de 12 y 18 años,

extremos de la escala, en donde lógicamente el número es sensiblemente menor, ya que es muy frecuente que haya sujetos con estas edades en los cursos inferiores y superiores al rango seleccionado (1º de ESO a 2º de Bachiller – FP Superior).

La edad media de la muestra, en el rango de edad de 12 – 18 años es de 15,09 y la desviación típica es de 1,810. En el rango de edad de 14 – 18 años, es de 15,85 y la desviación típica es de 1,311.

Gráfico 2



4.1.3. Distribución por Municipios y Áreas Sanitarias

El número de sujetos encuestados, que participan en los análisis, distribuidos por municipios y áreas sanitarias pueden observarse en la Tabla 9 y Tabla 10.

Tabla 9. Participantes por Municipios

Municipio	Nº de encuestas	Porcentaje sobre total	Porcentaje acumulado
Aller	7	0,3	0,3
Avilés	283	10,2	10,5
Castrillón	54	1,9	12,4
Corvera	87	3,1	15,5
Cudillero	43	1,5	17,0
Gijón	672	24,1	41,1
Langreo	123	4,4	45,5

Municipio	Nº de encuestas	Porcentaje sobre total	Porcentaje acumulado
Lena	122	4,4	49,9
Llanes	77	2,8	52,7
Mieres	47	1,7	54,4
Navia	25	0,9	55,3
Noreña	61	2,2	57,5
Oviedo	746	26,8	84,3
Ribera	8	0,3	84,6
San Martín	53	1,9	86,5
Siero	189	6,8	93,3
Tineo	55	2,0	95,3
Vegadeo	61	2,2	97,5
Villaviciosa	71	2,5	100,0
Total	2784	100,0	

Tabla 10. Participantes por Áreas Sanitarias

Área Sanitaria	Nº de encuestas	Porcentaje sobre total	Porcentaje acumulado
Área Sanitaria I (Jarrio)	86	3,1	3,1
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	55	2,0	5,1
Área Sanitaria III (Avilés)	467	16,7	21,8
Área Sanitaria IV (Oviedo)	1004	36,1	57,9
Área Sanitaria V (Gijón)	743	26,7	84,6
Área Sanitaria VI (Arriondas)	77	2,8	87,4
Área Sanitaria VII (Mieres)	176	6,3	93,7
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	176	6,3	100,0
Total	2784	100,0	

En la interpretación que se haga de los resultados de consumo de drogas por áreas sanitarias deberá tenerse en cuenta que, en la muestra, no todos los territorios tienen la misma proporción de edades. El muestreo se ha hecho proporcional a la población escolar en cada área, y se han elegido los centros y aulas con probabilidad proporcional a su tamaño. Sin embargo, en áreas con poca población, como las Áreas I y VI, se ha dado el caso que no hay sujetos en todo el

rango de edad analizado en este estudio. Concretamente, en el Área I no hay sujetos de 18 años y en el Área VI, de 12 y 13 años. Esa circunstancia puede ser determinante para infraestimar o sobreestimar el consumo en una zona, dado que a más edad se da más consumo. En la Tabla 11 se detallan los descriptores estadísticos de edad por área sanitaria.

Tabla 11. Descriptores estadísticos de edad por área sanitaria

	N	Media 12 - 18	Desviación típica	Media 14 -18	Desviación típica
Área Sanitaria I (Jarrio)	86	14,20	1,774	15,47	1,065
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	55	15,29	1,629	15,63	1,468
Área Sanitaria III (Avilés)	467	15,03	1,786	15,81	1,273
Área Sanitaria IV (Oviedo)	1004	15,01	1,804	15,79	1,323
Área Sanitaria V (Gijón)	743	15,12	1,867	15,95	1,355
Área Sanitaria VI (Arriondas)	77	16,23	1,202	16,23	1,202
Área Sanitaria VII (Mieres)	176	15,65	1,740	16,17	1,313
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	176	14,82	1,652	15,59	1,091
Total	2784	15,09	1,810	15,85	1,311

Las diferencias de medias tienen especial relieve entre el área sanitaria I y VI (2 años), y son esas dos áreas, junto con la VII las que se diferencian estadísticamente ($p<0,000$) de las demás.

Cuando se utiliza el rango de edad de 14 a 18 años, las diferencias de medias se recortan sustancialmente. Aunque las que se mencionan en el párrafo anterior se mantienen estadísticamente significativas ($p<0,05$), su relevancia real disminuye considerablemente, si tenemos en cuenta que la distancia entre el menor y el mayor no llega a un año.

No hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre áreas por razón de sexo. La distribución se presenta en la Tabla 12.

Tabla 12. Distribución por sexo y Áreas Sanitarias

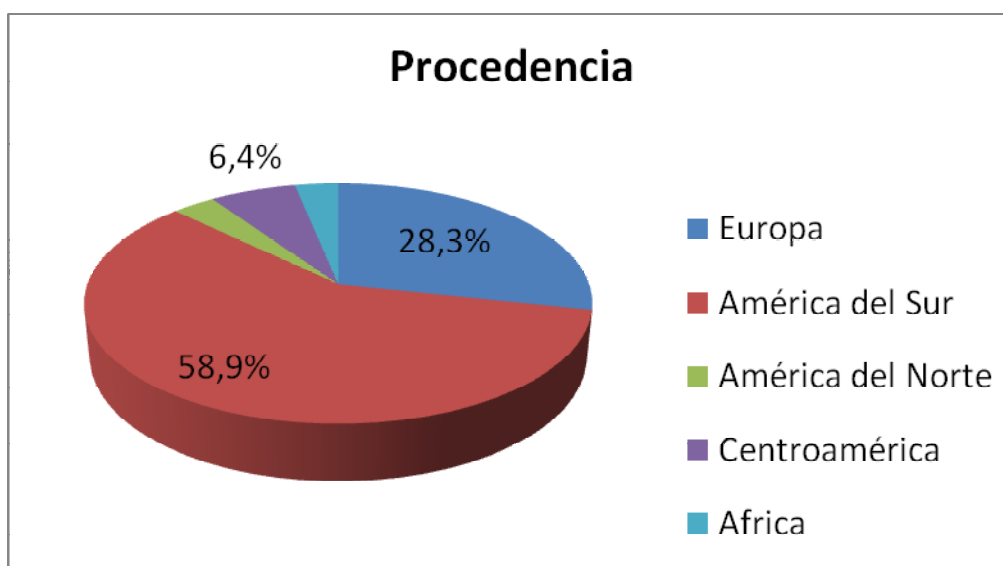
Área Sanitaria		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Área Sanitaria I (Jarrio)	N	46	40	86
	% de Área Sanitaria	53,5%	46,5%	100,0%
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	N	28	27	55
	% de Área Sanitaria	50,9%	49,1%	100,0%
Área Sanitaria III (Avilés)	N	223	244	467
	% de Área Sanitaria	47,8%	52,2%	100,0%
Área Sanitaria IV (Oviedo)	N	554	450	1004
	% de Área Sanitaria	55,2%	44,8%	100,0%
Área Sanitaria V (Gijón)	N	399	344	743
	% de Área Sanitaria	53,7%	46,3%	100,0%
Área Sanitaria VI (Arriendas)	N	36	41	77
	% de Área Sanitaria	46,8%	53,2%	100,0%
Área Sanitaria VII (Mieres)	N	85	91	176
	% de Área Sanitaria	48,3%	51,7%	100,0%
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	N	95	81	176
	% de Área Sanitaria	54,0%	46,0%	100,0%
Total	N	1466	1318	2784

4.1.4. Procedencia

Un 95,4 de los encuestados ha nacido en España, y un 4,6% ha nacido en el extranjero. Los países de procedencia son muy variados, de entre ellos los más frecuentemente citados son Ecuador, Argentina, Colombia y Venezuela, por ese orden. Entre los cuatro, dan cuenta de casi el 50% de la inmigración, teniendo el resto de países porcentajes que en ningún caso superan el 5%. En el Gráfico 3 puede verse la distribución por área geográfica.

Si a los nacidos fuera, les sumamos aquellos que han nacido en España pero cuyos padres (madre y padre) han nacido en el extranjero, nos encontramos que el porcentaje de inmigración sube hasta el 5%.

Gráfico 3



4.1.5. Convivencia

El 88,2% vive con ambos padres, sean biológicos o de adopción. Un 13,6% convive con sus abuelos y un 5% con otros familiares. Un 64,7% de los encuestados tiene hermanos con los que convive.

Sólo un 0,9% vive en una institución o centro educativo.

4.1.6. Situación laboral de los padres

En la Tabla 13 puede observarse la distribución de las distintas actividades laborales actuales de los padres y madres, según sus hijos.

Tabla 13. Situación laboral de los padres

Actividad	Madre	Padre
Trabaja sólo en tareas de la casa	30,9	0,6
Trabaja (sin incluir las tareas de la casa)	62,1	83,6
Está en paro	3,2	1,4
Es pensionista o está jubilado/a	2,0	9,6
Ha fallecido ya	0,9	2,2
No sabe	1,0	2,5
Total	100,0	100,0

Aunque aún hay un porcentaje significativo de madres que desarrollan su trabajo únicamente en casa, el porcentaje de las que trabajan fuera empieza a ser apreciable y supera ampliamente el 50%. En un 53,8% de los casos, ambos padres trabajan fuera de casa.

4.1.7. Nivel educativo de los padres

La distribución de los niveles educativos de ambos padres puede verse en la Tabla 14.

Tabla 14. Nivel educativo de los padres

Nivel educativo	Madre	Padre
Sin estudios primarios	2,6	2,6
Primarios completos	15,0	14,2
EGB completo o equivalente	20,4	18,0
Bachillerato completo o equivalente	16,1	15,4
Estudios universitarios	26,7	28,4
No sabe	19,2	21,5
Total	100,0	100,0

El nivel educativo de los padres es bastante elevado, siendo los universitarios los que constituyen el grupo más numeroso, seguidos por los que tienen la EGB.

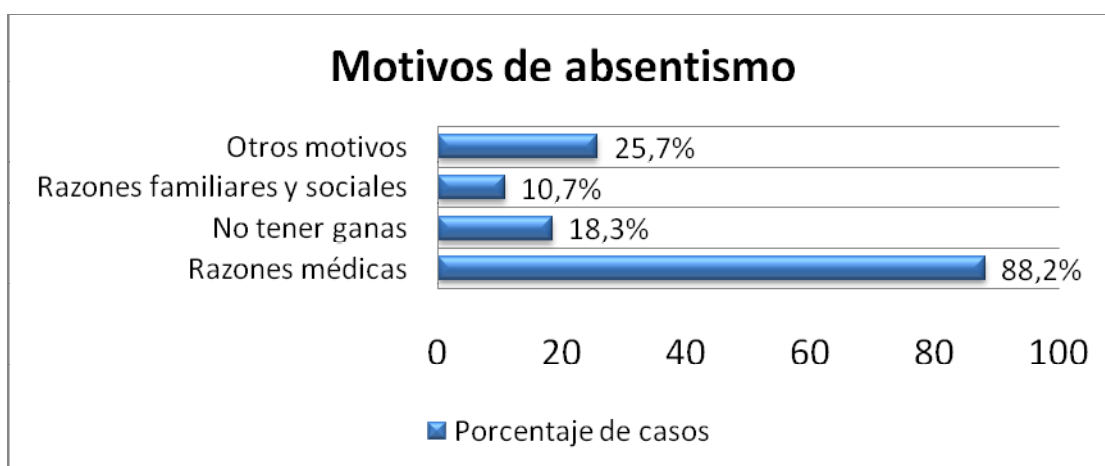
Como se puede observar, el nivel educativo está muy igualado entre los padres y madres.

4.1.8. Actividad académica

Absentismo escolar

El 37,6% de los alumnos faltó a clase al menos un día completo, en el último mes. La razón más frecuentemente es por estar enfermo o ir al médico. En el Gráfico 4 puede observarse la frecuencia con la que se aducen los distintos tipos de motivos.

Gráfico 4

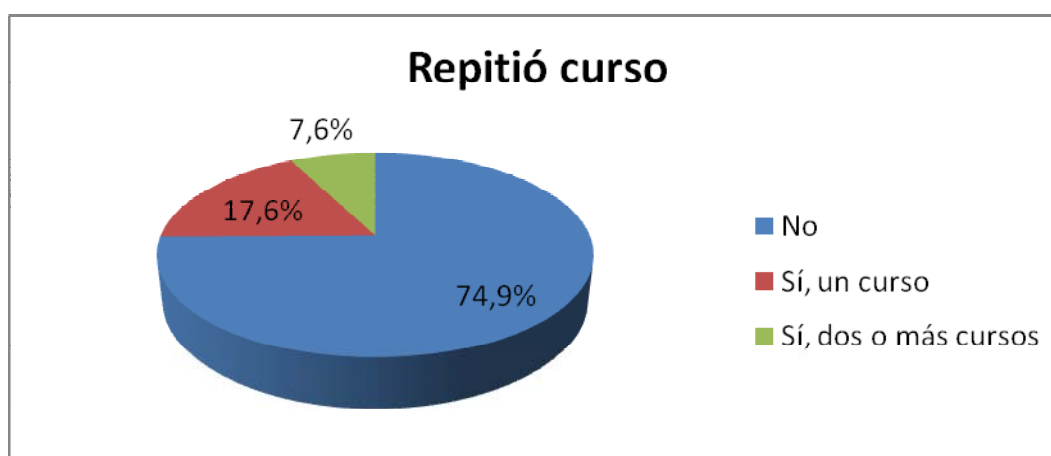


Resulta llamativo que un 18,3% de los sujetos que faltó, al menos, un día a clase en el último mes indique que “no tener ganas” es la razón o una de ellas. La edad y la frecuencia con la que se falta a clase están relacionadas ($F = 5,689$, $p < 0,000$). Las diferencias estadísticamente significativas no se dan entre todas las edades entre sí, sino entre los sujetos de 12 a 14 años frente a los que tienen de 16 a 18.

Repeticiones de curso

Aproximadamente un cuarto de la muestra ha repetido algún curso, mientras que casi el 75% no ha repetido ninguno, tal y como puede verse representado en el Gráfico 5.

Gráfico 5



El 84% repite por primera vez cuando tiene una edad entre 12 y 16 años. La edad media es 13,46 y la desviación típica es 2.

Repiten más los hombres que las mujeres ($p < 0,000$). En el caso de los hombres un 29% de los encuestados ha repetido algún curso, frente a un 20,8% de las mujeres.

4.1.9. Tiempo libre y ocio

Disponibilidad de dinero

En esta pregunta, se pedía a los alumnos que indicaran de cuánto dinero habían dispuesto habitualmente a la semana para sus gastos personales, en los últimos 30 días. El rango de las respuestas va desde 0 hasta 600 euros. Por encima de 100 euros a la semana está el 2,8% de los que indican alguna cantidad, con cifras que resultan difíciles de creer. Pero no resulta fácil saber si estamos ante una falsificación de la respuesta o, simplemente, una deficiente comprensión de lo que se pide.

En todo caso, dejando a un lado las puntuaciones extremas de 100 euros o más a la semana, aproximadamente un 50% reciben igual o menos de 15 euros, y un 91% igual o menos de 60. Sólo un 2,8% refiere que no recibe ningún ingreso a la semana.

Como es lógico, hay una clara relación entre la edad y el dinero disponible. Por lo general, las diferencias de medias entre las distintas edades son estadísticamente significativas ($p < 0,05$). En la Tabla 15 puede verse la cantidad media de euros de la que disponen a la semana según la edad, una vez eliminadas las respuestas con cantidades superiores a los 99€ / semana.

Tabla 15. Dinero disponible

Edad	Cantidad media €	Desviación típica
12	10,58	13,682
13	13,01	13,579
14	16,04	14,595
15	19,32	15,364
16	20,10	13,695
17	25,47	17,164
18	28,89	17,467

Ocio nocturno

Ante la pregunta sobre la frecuencia con la que ha salido por las noches para divertirse, en los últimos 12 meses, la distribución de las respuestas se muestra en la siguiente Tabla 16.

Tabla 16. Frecuencia de salidas nocturnas

Frecuencia de salida	Porcentaje sobre el total	Porcentaje acumulado
Nunca	23,5	23,5
Menos de una noche al mes	12,2	35,7
De 1 a 3 noches al mes	23,3	59,0
1 noche a la semana	21,9	80,9
2 noches a la semana	14,3	95,2
3-4 noches a la semana	3,2	98,3
Más de 4 noches a la semana	1,7	100,0
Total	100,0	

Como puede apreciarse en la Tabla, casi un 5% de la muestra sale más de 3 noches a la semana, y un 23,5% no ha salido nunca en el último año.

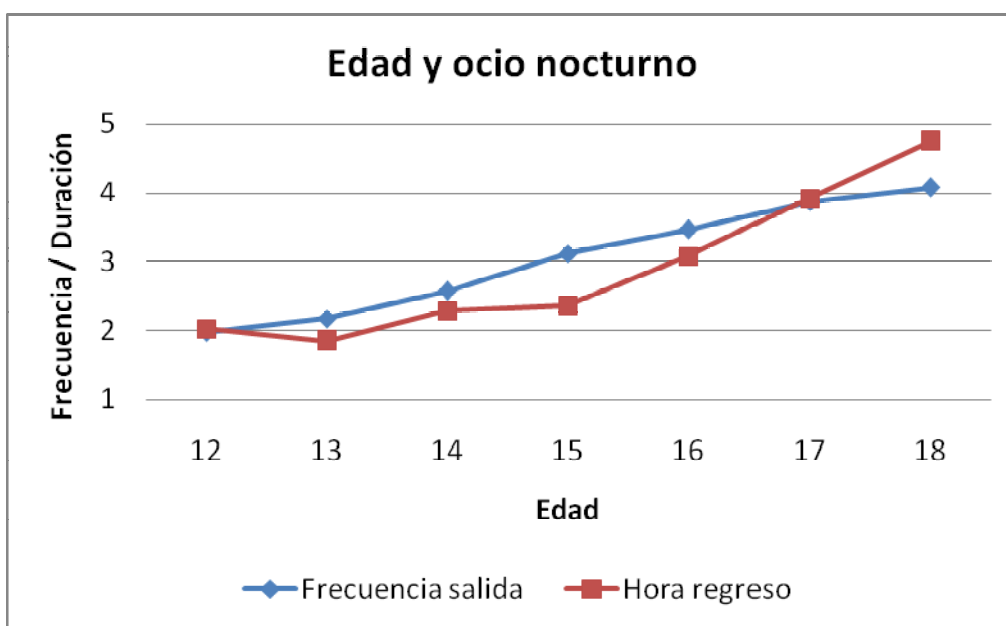
A la pregunta sobre la hora de regreso a casa en la última ocasión que salió por la noche en fin de semana para divertirse, respondieron 2.103 encuestados y las respuestas fueron las que aparecen en la Tabla 17.

Tabla 17. Hora de llegada a casa

Hora de regreso	Porcentaje sobre el total	Porcentaje acumulado
Antes de las 12 de la noche	31,8	31,8
Entre las 12 y la 1	15,2	46,9
Entre la 1 y las 2	13,1	60,1
Entre las 2 y las 3	12,2	72,3
Entre las 3 y las 4	11,2	83,5
Entre las 4 y las 8	14,0	97,5
Después de las 8	2,5	100,0
Total	100,0	

Como es lógico, hay una fuerte relación entre la edad y las respuestas a estas dos preguntas (ver Gráfico 6). A más edad salen más y regresan más tarde a casa (según prueba de Chi cuadrado y $p < 0,000$).

Gráfico 6



4.2. Consumo de drogas

4.2.1. Consumo de tabaco

Prevalencia del consumo

El 37,3% de los encuestados afirma haber fumado, al menos, una vez en la vida. Si restringimos el rango de edad de los 12-18 a 14-18, esa cifra se eleva al 45,6%. En los Gráficos 7 y 8 pueden apreciarse las distribuciones de los distintos tipos de consumo en los rangos de edad de 12 a 18 años y de 14 a 18 respectivamente.

Gráfico 7

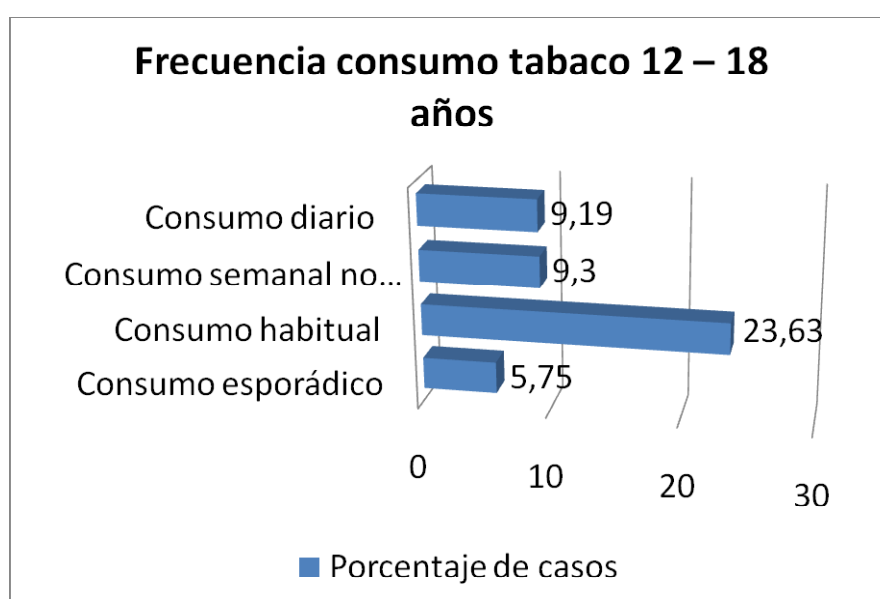
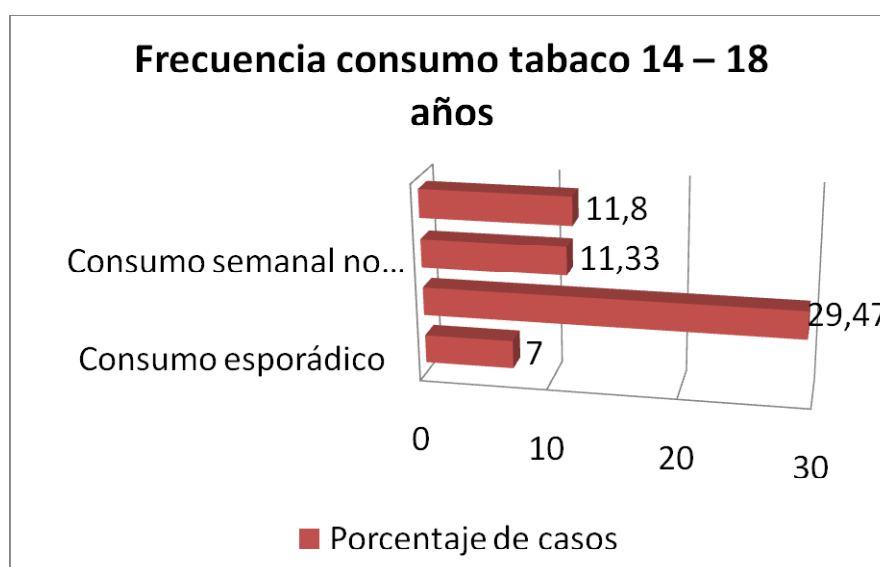


Gráfico 8



Si se toma como referencia la última Encuesta Escolar disponible del PND (2004) con datos para todo el territorio español, el porcentaje de fumadores diarios ha bajado considerablemente desde el 21,5% al 11,8%. Lo mismo sucede en lo que se refiere al consumo habitual (últimos 30 días) que baja del 37,4% al 29,5%. Las distribuciones por sexo para el rango de 12 a 18 y de 14 a 18 años aparecen en la Tabla 18.

Tabla 18. Consumo de tabaco según sexo

Rango de edad de 12 – 18 años				
	<i>Encuesta actual</i>		<i>PND - 2004</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
Prevalencia a lo largo de la vida	33,5%	41,6%	ND	ND
Prevalencia en los últimos 12 meses	26,0%	33,2%	ND	ND
Prevalencia en los últimos 30 días	20,6%	27,0%	ND	ND
Frecuencia de consumo en los últimos 30 días				
Menos de 1 día a la semana	5,6%	4,6%	ND	ND
Algún día a la semana pero no diariamente	6,7%	12,1%	ND	ND
Diariamente	8,2%	10,2%	ND	ND
Rango de edad de 14 a 18 años				
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
Prevalencia a lo largo de la vida	40,4%	51,7%	56,6%	64,1%
Consumo en los últimos 12 meses	32,0%	41,7%	ND	ND
Consumo en los últimos 30 días	25,4%	34,2%	32,9%	41,9%
Frecuencia de consumo en los últimos 30 días				
Menos de 1 día a la semana	6,7%	5,9%	ND	ND
Algún día a la semana pero no diariamente	8,2%	14,9%	ND	ND
Diariamente	10,5%	13,3%	18,9%	24,1%

Hay una relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre prevalencia de consumo (vida, año o mes) y el sexo. Es más probable que haya mujeres consumidoras que hombres. Sin embargo, esta relación no es estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en todas las edades. En lo que se refiere a la prevalencia de consumo durante el último mes, las diferencias se hacen especialmente notables a la edad de 17 o 18 años ($p < 0,01$), aunque también es estadísticamente significativa ($p = 0,035$) a los 14 años.

Si se comparan las cifras de la última Encuesta Escolar (referentes al conjunto de España) con las obtenidas en este estudio, los consumos de tabaco han descendido considerablemente en ambos sexos. Las reducciones en prevalencia de consumo a lo largo de la vida son del 16,2% (28,6% en términos relativos) en el caso de los hombres y del 12,4% (19,3% en términos relativos) en el caso de las mujeres. El porcentaje de hombres que declaraba consumos en los últimos 30 días era del 32,9%, frente al 25,4% encontrado en este trabajo, lo que supone un descenso de un 7,5% sobre el total, que en términos relativos es una bajada del 22,8%. En el caso de las mujeres, el porcentaje referido por la Encuesta era del 41,9% frente al 34,2% encontrado en esta ocasión, que supone un descenso sobre el total del 7,7% y relativo del 18,4%. Como puede observarse por las cifras de descenso relativo, la intensidad de bajada de las mujeres es bastante menor a la de los hombres.

Prevalencia de consumo y Área Sanitaria

Aunque hay relación estadística significativa ($p < 0,000$) entre el ámbito territorial y el consumo en los últimos 12 meses, es necesario recordar que, en la muestra, las áreas VI y VII tienen una media de edad superior al resto, mientras que el área I tiene una edad inferior, y eso puede explicar una buena parte de la variación encontrada en esas demarcaciones territoriales. Lo mismo sucede con el consumo de tabaco en los últimos 30 días ($p < 0,000$).

Se han hecho análisis de Chi – cuadrado para evaluar la relación entre área sanitaria y prevalencia al año y al mes, por cada segmento de edad. En ese caso, no se ha encontrado ninguna relación estadísticamente significativa entre área sanitaria y prevalencia.

Cantidad de tabaco consumido al día

Los fumadores, en el intervalo de edad de 14 a 18 años, declaran un consumo medio de 5,58 cigarrillos / día, con un rango que va desde 1 a 69. La media en el caso de los hombres es de 6,0 cigarrillos /día frente a 8,1 encontrada en el estudio del PND 2004 y en las mujeres de 5,24, frente a 7,5 del estudio del PND. La diferencia entre sexos no es estadísticamente significativa ($p<0,05$) por lo que se no puede excluir que se haya encontrado por azar. El descenso de consumo en ambos sexos es bastante considerable, con porcentajes relativos de bajada entre el 25 y el 30%.

La media de consumo se incrementa con la edad, pero las diferencias sólo son estadísticamente significativas ($p<0,01$) en el caso de los que tienen 18 años, que presentan una media de consumo al día de 7,6 cigarrillos.

Motivación para dejar de fumar

Un tercio de los que están fumando (31,2%) no se ha planteado dejar de fumar, un 37,2% lo piensa pero no ha hecho nada para dejarlo, y, por último, un 31,6% piensa dejar de fumar y ha hecho algún intento en ese sentido.

En lo que se refiere al momento para dejar de fumar, un 28,6% quiere dejar el hábito a medio plazo (6 meses), un 25,7% a corto plazo (30 días), y un 45,7% no piensa dejarlo por ahora.

No hay diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) por sexo.

Convivencia con fumadores

En el rango de edad de 14 a 18 años, un 52,8% de los encuestados declara vivir con fumadores. En esas familias, los miembros más próximos que fuman lo hacen con la siguiente frecuencia y proporción sobre el total de familias (1.116) con miembros fumadores:

Tabla 19. Convivencia con fumadores

Miembro de la familia	Fuma a diario	Fuma no a diario	Total
Madre	55,8%	9,8%	65,6%
Padre	47,5%	12,7%	60,2%
Hermanos	17,4%	5,9%	23,3%

Como puede observarse en la Tabla 19, son las madres las que fuman con más frecuencia y en mayor proporción, seguidas de cerca por los padres y bastante más lejos por los hermanos.

Si dejamos a un lado los miembros no familiares, o familiares menos frecuentes, tales como tíos, primos o abuelos, y nos fijamos únicamente en los padres y hermanos fumadores con los que conviven los encuestados, pueden obtenerse los resultados que se reflejan en la Tabla 20. El número total de familias con padre y/o hermanos fumadores es de 1.083, en el rango de edad de 14 – 18 años y de 1.386 de 12 a 18. El total de encuestas analizadas es de 2.127 y 2784 respectivamente.

Tabla 20. Convivencia con fumadores

Miembros fumadores	Porcentaje sobre el total de familias con padres y/o hermanos fumadores		Porcentaje sobre el total de encuestados	
	12 - 18	14 – 18	12 – 18	14 – 18
Padre, madre y hermanos	4,7%	5,2%	2,3%	2,6%
Padre y madre	29,1%	27,6%	14,5%	14,1%
Madre y hermanos	6,4%	7,5%	3,2%	3,8%
Padre y hermanos	3,5%	4,1%	1,7%	2,1%
Sólo la madre	29,1%	27,1%	14,5%	13,8%
Sólo el padre	22,9%	23,7%	11,4%	12,1%
Sólo los hermanos	4,3%	4,8%	2,2%	2,4%

Si se analiza la relación entre la presencia de familiares cercanos que fumen con el consumo en el último mes, puede observarse que son los hermanos los que tienen una relación más clara con la presencia del hábito. Como puede apreciarse en la Tabla 21, es la presencia de los hermanos fumadores la que parece determinar que la frecuencia empírica sea bastante mayor que la teórica por azar. La relación es estadísticamente significativa ($p = 0,002$). Resultados similares pueden encontrarse en el caso del consumo en el último año.

Tabla 21. Consumo último mes y consumo familia

			¿Has fumado en el último mes		Total
			No	Sí	
Componentes de la familia que fuman	<i>Fuman ambos padres y hermanos</i>	N	34	22	56
		N esperado	36,6	19,4	56,0
	<i>Fuman ambos padres</i>	N	205	94	299
		N esperado	195,2	103,8	299,0
	<i>Fuma madre y hermanos</i>	N	45	36	81
		N esperado	52,9	28,1	81,0
	<i>Fuma padre y hermanos</i>	N	23	21	44
		N esperado	28,7	15,3	44,0
	<i>Fuma solo madre</i>	N	189	105	294
		N esperado	191,9	102,1	294,0
	<i>Fuma solo padre</i>	N	186	71	257
		N esperado	167,8	89,2	257,0
	<i>Fuman solo hermanos</i>	N	25	27	52
		N esperado	33,9	18,1	52,0
	Total		707	376	1083

Convivencia con fumadores en el centro escolar

Un 45,1% de los encuestados afirma que ha visto fumar a sus profesores en el centro escolar, en el plazo de los últimos 30 días. Dentro de ese grupo, un 15,6% lo ha visto todos los días o casi todos los días, un 6,6% más de la mitad de los días, un 5,5% la mitad de los días y un 17,4% menos de la mitad de los días.

En el mismo intervalo de tiempo, un 73,9% ha visto fumar a otros alumnos y un 23,5% a otro personal del centro educativo.

Hay una relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre estas variables (consumo percibido del profesor, alumnos y otro personal del centro) y las prevalencias mes, año y vida. Los consumidores afirman más frecuentemente que ven fumar en el centro escolar a profesores, alumnos y otro personal.

Como puede deducirse de estas cifras, el tabaco está bastante presente en los centros escolares.

4.2.2. Consumo de alcohol

Prevalencia de consumo

Un 70,19 % de los encuestados declara haber tomado alguna vez bebidas alcohólicas. En el rango de edad de 14 a 18 años, la cifra se eleva al 82,04%.

En el cuadro comparativo que aparece en la Tabla 22, pueden observarse las cifras de prevalencia obtenidas por la Encuesta Escolar 2004 del PND, para todo el territorio nacional, y las obtenidas en el presente trabajo para Asturias.

Tabla 22. Consumo de alcohol

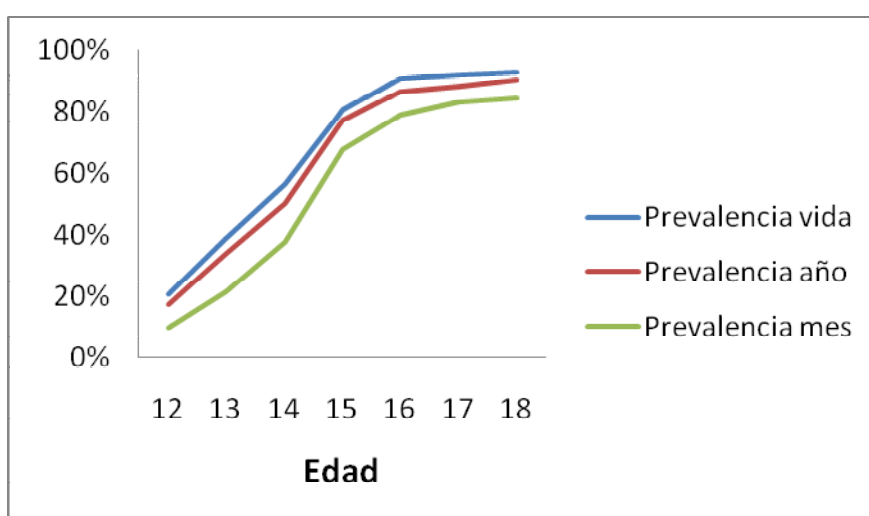
	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia últimos 30 días
PND – Edad 14 - 18	82,00%	81,00%	65,60%
Encuesta actual 14 - 18	82,04%	78,19%	69,91%
Encuesta actual 12 - 18	70,19%	66,24%	57,40%

Como puede apreciarse las cifras son bastante similares, en rangos de edad iguales, y demuestran una gran estabilidad con cifras de prevalencia especialmente altas. También se puede detectar la importancia de la edad en el incremento del consumo. Esta relación puede verse mejor en la Tabla 23 y el Gráfico 9.

Tabla 23. Edad y consumo de alcohol

Edad	Prevalencia vida (%)	Prevalencia año (%)	Prevalencia mes (%)
12	20,70	17,60	10,00
13	39,10	34,10	21,50
14	56,40	50,60	38,00
15	80,50	77,30	67,70
16	90,50	86,60	79,00
17	91,90	88,40	83,20
18	92,60	90,30	84,40

Gráfico 9



Es de destacar que a la edad de 13 años la prevalencia de uso / último mes esté en casi un cuarto de la población (21,5%) y que a los 16 años se encuentre en el entorno del 80%. Las cifras para la edad de 18 años en cualquiera de los tres intervalos temporales (vida, año y mes) se encuentran alrededor del 90%.

Frecuencia de consumo

En este apartado se presentarán los resultados según el período de la semana en el que se produzca el consumo. Por un lado se expondrán los datos,

en el rango de edad de 12 a 18 años, correspondientes a los días laborables, de lunes a jueves, (ver Tabla 24), y por otro los del fin de semana, viernes, sábado y domingo (ver Tabla 25). En los dos casos la información se refiere a la frecuencia en los últimos 30 días.

Tabla 24. Frecuencia de consumo de alcohol días laborables

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 día laborable	232	8,3	36,6	36,6
2 días laborables	127	4,6	20,0	56,6
3 días laborables	80	2,9	12,6	69,2
4-5 días laborables	66	2,4	10,4	79,7
5-9 días laborables	44	1,6	6,9	86,6
10-14 días laborables	36	1,3	5,7	92,3
15 días laborables o más	49	1,8	7,7	100,0
Total	634	22,8	100,0	
Sin consumo en día laborable dentro del último mes	2150	77,2		
Total	2784	100,0		

Tabla 25. Frecuencia de consumo de alcohol fines de semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 fin de semana	215	7,7	14,1	14,1
2 fines de semana	257	9,2	16,9	31,0
3 fines de semana	304	10,9	20,0	51,0
Todos los fines de semana	745	26,8	49,0	100,0
Total	1521	54,6	100,0	
Sin consumo en fin de semana dentro del último mes	1263	45,4		
Total	2784	100,0		

Como puede verse, el porcentaje de consumo en día laborable no es muy alto, aunque llama la atención que el 22,8% del total de la muestra reconozca

beber alcohol durante la semana escolar. Más importantes son los datos referentes al consumo durante el fin de semana, ya que un 54,6% de la muestra reconoce haber bebido alcohol en esos días de ocio, y un 26,8% afirma hacerlo todos los fines de semana.

Puede hacerse un cuadro conjunto de la semana, agrupando los datos de las frecuencias obtenidas de los días laborables y del fin de semana, y construyendo una nueva clasificación que dé cuenta de la intensidad del consumo semanal, **en los últimos 30 días**. Si resumimos las frecuencias en 3 niveles de intensidad, quedaría la siguiente tipología:

1. *Consumo muy frecuente semanal (MaxDL y MaxFS)*. Esta categoría agrupa a los que consumen alcohol en más de 10 días laborables, y 3 o más fines de semana.
2. *Consumo frecuente en día laboral y muy frecuente en fin de semana (MedDL y MaxFS)*. Esta categoría agrupa a los que consumen entre 4 y 9 días laborables y 3 o más fines de semana.
3. *Consumo infrecuente en día laboral y muy frecuente en fin de semana (MinDL y MaxFS)*. Esta categoría agrupa a los que consumen alcohol en el período comprendido entre 1 y 3 días laborables y 3 o más fines de semana.
4. *Consumo muy frecuente en día laboral y frecuente en fin de semana (MaxDL y MedFS)*. Esta categoría agrupa a los que consumen alcohol en más de 10 días laborables y 2 fines de semana.
5. *Consumo frecuente en día laboral y frecuente en fin de semana (MedDL y MedFS)*. Esta categoría agrupa a los que consumen alcohol en el período comprendido entre 4 y 9 días laborables y 2 fines de semana.
6. *Consumo infrecuente en día laboral y frecuente en fin de semana (MinDL y MedFS)*. Esta categoría agrupa a los que consumen alcohol en el período comprendido entre 1 y 3 días laborables y 2 fines de semana.
7. *Consumo muy frecuente en día laboral y de baja frecuencia en fin de semana (MaxDL y MinFS)*. Esta categoría agrupa a los que consumen alcohol en más de 10 días laborables y 1 fin de semana.

8. *Consumo frecuente en día laboral y de baja frecuencia en fin de semana (MedDL y MinFS).* Esta categoría agrupa a los que consumen alcohol en el período comprendido entre 4 y 9 días laborables y 1 fin de semana.
9. *Consumo infrecuente en día laboral y de baja frecuencia en fin de semana (MinDL y MinFS).* Esta categoría agrupa a los que consumen alcohol en el período comprendido entre 1 y 3 días laborables y 1 fin de semana.
10. *Consumo único en días laborables.* Se dieron únicamente datos de consumo durante los días laborables.
11. *Consumo único en fines de semana.* Se dieron únicamente datos de consumo durante los fines de semana.

La distribución a través de esas categorías puede verse en la Tabla 26.

Tabla 26. Intensidad de consumo de alcohol

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MaxDL y MaxFS	84	3,0	5,5	5,5
Med DL y Max FS	100	3,6	6,5	12,0
MinDL y Max FS	321	11,5	20,9	32,9
Med DL y Med FS	7	,3	,5	33,4
Min DL y Med FS	64	2,3	4,2	37,5
Med DL y Min FS	3	,1	,2	37,7
Min DL y Min FS	42	1,5	2,7	40,5
Sólo DL	13	,5	,8	41,3
Sólo FS	900	32,3	58,7	100,0
Total	1534	55,1	100,0	
No han referido frecuencia de consumo	1250	44,9		
Total	2784	100,0		

Algunas categorías tienen un número de sujetos muy reducido. Concretamente, no hay un consumo alto en días laborables que no esté asociado

también a una frecuencia alta en fin de semana. También se aprecia que el consumo en fin de semana es normalmente frecuente si está asociado a consumo en días laborables. Sólo un 7,6% de estos casos, tiene frecuencias de consumo de fin de semana iguales o menores al 50% (2 o menos fines de semana en el último mes). Es muy raro el consumo único en días laborables.

Un 32,9% de los que declaran alguna frecuencia de consumo (18,1% sobre el total de la muestra), toman alcohol casi todos los fines de semana, y además lo hacen durante los días laborables, con una frecuencia variable. De éstos, un 5,5% tiene frecuencias altas de consumo tanto durante los fines de semana como en días laborables.

Un porcentaje considerable (58,7%; 32,3% sobre el total de la muestra) afirma que sólo bebe durante el fin de semana. La frecuencia de consumo en este grupo puede verse en la Tabla 27.

Tabla 27. Consumo de alcohol fin de semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 fin de semana	170	18,9	18,9	18,9
2 fines de semana	186	20,7	20,7	39,6
3 fines de semana	180	20,0	20,0	59,6
Todos los fines de semana	364	40,4	40,4	100,0
Total	900	100,0	100,0	

También en este caso hay un porcentaje considerable que tiene una frecuencia alta (60%), con 3 o más fines de semanas en el último mes en los que ha tomado alcohol, aunque el número (40%) de los que mantienen una frecuencia más moderada (uno o dos fines de semana) no es tan reducido como en el caso de los que además tienen un consumo en días laborables.

Si ahora restringimos la muestra al rango de edad de 14 – 18 años, los resultados que se obtienen son los que pueden verse en las Tablas 28 y 29.

Tabla 28. Consumo de alcohol 14-18 años días laborales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 día laborable	218	10,2	36,7	36,7
2 días laborables	121	5,7	20,4	57,1
3 días laborables	77	3,6	13,0	70,0
4-5 días laborables	65	3,1	10,9	81,0
5-9 días laborables	43	2,0	7,2	88,2
10-14 días laborables	30	1,4	5,1	93,3
15 días laborables o más	40	1,9	6,7	100,0
Total	594	27,9	100,0	
Sin consumo en día laborable dentro del último mes	1533	72,1		
Total	2127	100,0		

Tabla 29. Consumo de alcohol 14-18 años fines de semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 fin de semana	184	8,7	12,9	12,9
2 fines de semana	237	11,1	16,6	29,5
3 fines de semana	284	13,4	19,9	49,5
Todos los fines de semana	720	33,9	50,5	100,0
Total	1425	67,0	100,0	
Sin consumo en fin de semana dentro del último mes	702	33,0		
Total	2127	100,0		

Como es lógico, ambas frecuencia de consumo suben cuando se limita el análisis a los mayores de 13 años. El uso del alcohol durante los días laborables aumenta poco, pero se dispara en los fines de semana, llegando hasta el 67% de la muestra. Llama la atención que el 33,9% de los encuestados de entre 14 – 18 años, indique que bebe alcohol todos los fines de semana.

Volviendo a agrupar las frecuencias obtenidas en días laborables y fines de semana para este rango de edad de 14 a 18 años se obtiene la distribución que puede verse en la Tabla 30

Tabla 30. Intensidad de consumo de alcohol 14-18 años

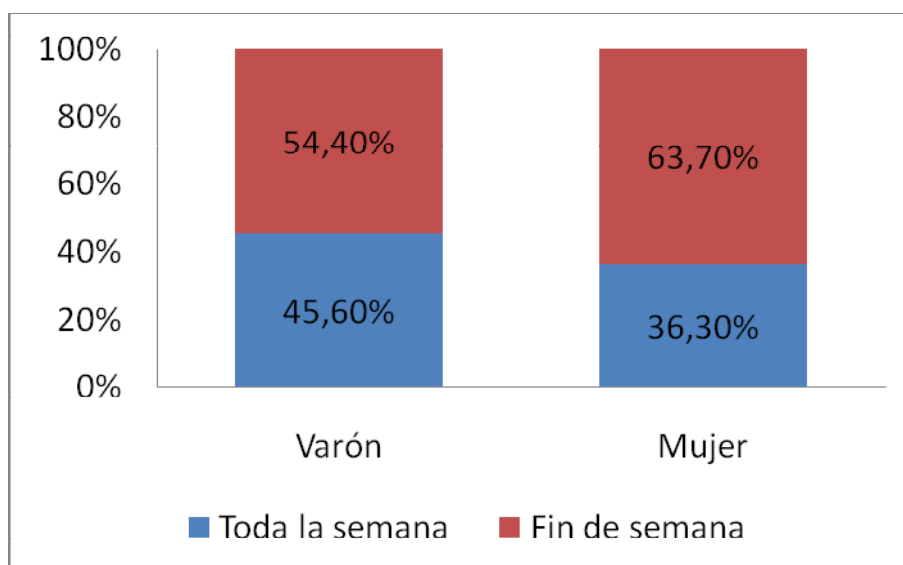
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MaxDL y MaxFS	70	3,3	4,9	4,9
Med DL y Max FS	98	4,6	6,8	11,7
MinDL y Max FS	311	14,6	21,7	33,4
Med DL y Med FS	7	,3	,5	33,9
Min DL y Med FS	58	2,7	4,0	37,9
Med DL y Min FS	3	,1	,2	38,1
Min DL y Min FS	38	1,8	2,6	40,8
Solo DL	9	,4	,6	41,4
Solo FS	840	39,5	58,6	100,0
Total	1434	67,4	100,0	
No han referido frecuencia de consumo	693	32,6		
Total	2127	100,0		

Como puede observarse, en este caso no hay diferencias significativas con la distribución relativa al rango de edad de 12 a 18 años. Este efecto es bastante lógico si se tiene en cuenta que haber eliminado del análisis a los sujetos de 12 y 13 años, solo ha reducido el total en 100 casos, lo que indica que el consumo se concentra de forma prioritaria desde los 14 a los 18.

La distribución de la frecuencia de consumo deja bastante claro que existen dos tipologías marcadas de consumo. En primer lugar estarían aquellos que tienen un consumo en días laborables y durante casi todos los fines de semana. En segundo lugar se encontrarían los que sólo consumen alcohol durante los fines de semana, la mayoría de ellos, tal y como pudo verse en la Tabla 26, también durante todos o casi todos los fines de semana. El resto de las categorías apenas tiene relevancia numérica.

Si analizamos la distribución de la frecuencia de consumo según el sexo, dentro del presente rango de edad de 14 a 18 años, agrupando por un lado a los que toman alcohol durante los días laborables y fines de semana, y por otro a los que sólo indican consumo los fines de semana, vemos que hay una relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre sexo y frecuencia de consumo (ver Gráfico 10).

Gráfico 10



Hay un porcentaje significativamente menor de mujeres que consume durante toda la semana frente a las que lo hacen durante sólo el fin de semana, mientras que los hombres casi tienen el mismo porcentaje en los dos tipologías de consumo (Chi cuadrado = 12,326 con corrección por continuidad, y $p < 0,000$).

La relación de la edad, en el rango de 14 a 18 años, con la frecuencia de consumo está modulada por el sexo. Como puede verse en la Tabla 31, no hay ninguna relación entre edad y tipología de frecuencia de consumo en los hombres. No sucede lo mismo en las mujeres, donde hay un porcentaje mayor de consumidoras semanales de alcohol del que sería esperable por azar, a las edades de 14 y 18 años, mientras que en los otros tramos de edad (15, y sobre todo 16 y 17) predominan las consumidoras de fin de semana.

La relación entre la distribución territorial y la frecuencia de consumo también está modulada por el sexo. Sólo en el caso de las mujeres hay una relación estadísticamente significativa entre el área sanitaria y la frecuencia de consumo, encontrándose más consumidoras durante toda la semana, de lo que sería esperable por azar, en las áreas II, V, VII y VIII, y menos en las áreas I, III, IV y VI. Las diferencias son más marcadas en las áreas I y VI (ver Tabla 32).

Tabla 31. Edad y frecuencia de consumo de alcohol

Sexo				Resumen frecuencia consumo alcohol / semana		Total
				Consumo por semana y fin semana	Sólo en fin de semana	
Hombre	Edad	14	N	34	47	81
			N esperado	36,9	44,1	81,0
		15	N	62	71	133
			N esperado	60,6	72,4	133,0
		16	N	85	104	189
			N esperado	86,1	102,9	189,0
		17	N	92	117	209
			N esperado	95,2	113,8	209,0
		18	N	61	60	121
			N esperado	55,1	65,9	121,0
	Total		N	334	399	733
Mujer	Edad	14	N	31	36	67
			N esperado	24,3	42,7	67,0
		15	N	58	105	163
			N esperado	59,1	103,9	163,0
		16	N	56	131	187
			N esperado	67,8	119,2	187,0
		17	N	62	126	188
			N esperado	68,2	119,8	188,0
		18	N	44	43	87
			N esperado	31,6	55,4	87,0
	Total		N	251	441	692
Chi cuadrado Hombre			1,855	Sig. Asintótica bilateral	0,762	
Chi cuadrado Mujer			14,748		0,005	

Tabla 32. Frecuencia de consumo de alcohol y Área Sanitaria

Sexo			Resumen frecuencia consumo alcohol / semana			Total
			Consumo por semana y fin semana	Sólo en fin de semana		
Hombre	Área Sanitaria	Área Sanitaria I (Jarrio)	N	9	8	17
			N esperado	7,7	9,3	17,0
		Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	N	12	8	20
			N esperado	9,1	10,9	20,0
		Área Sanitaria III (Avilés)	N	48	63	111
			N esperado	50,6	60,4	111,0
		Área Sanitaria IV (Oviedo)	N	117	155	272
			N esperado	123,9	148,1	272,0
		Área Sanitaria V (Gijón)	N	89	104	193
			N esperado	87,9	105,1	193,0
		Área Sanitaria VI (Arriondas)	N	9	15	24
			N esperado	10,9	13,1	24,0
		Área Sanitaria VII (Mieres)	N	27	25	52
			N esperado	23,7	28,3	52,0
		Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	N	23	21	44
			N esperado	20,0	24,0	44,0
		Total	N	334	399	733
Mujer	Área Sanitaria	Área Sanitaria I (Jarrio)	N	1	12	13
			N esperado	4,7	8,3	13,0
		Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	N	8	8	16
			N esperado	5,8	10,2	16,0
		Área Sanitaria III (Avilés)	N	44	83	127
			N esperado	46,1	80,9	127,0
		Área Sanitaria IV (Oviedo)	N	72	133	205
			N esperado	74,4	130,6	205,0
		Área Sanitaria V (Gijón)	N	79	115	194
			N esperado	70,4	123,6	194,0

Sexo				Resumen frecuencia consumo alcohol / semana		Total
				Consumo por semana y fin semana	Sólo en fin de semana	
		Área Sanitaria VI (Arriondas)	N	3	30	33
			N esperado	12,0	21,0	33,0
		Área Sanitaria VII (Mieres)	N	28	37	65
			N esperado	23,6	41,4	65,0
		Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	N	16	23	39
			N esperado	14,1	24,9	39,0
	Total		N	251	441	692
	Chi cuadrado hombre		5,306	Sig. asintótica bilateral		0,623
	Chi cuadrado mujer		20,053			0,005

Esta relación no parece estar claramente modulada por la edad, ya que las áreas I y VI tienen, en el caso de las mujeres, medias de edad iguales a la media del grupo o por encima, y el área con menor edad media (Área IV) no presenta el efecto esperado si hubiera una clara relación con la edad (ver Tabla 33).

Tabla 33. Edad media de las mujeres por Área Sanitaria

Área Sanitaria	Edad				
	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Área Sanitaria I (Jarrio)	25	15,88	,927	14	17
Área Sanitaria II (Cangas de Narcea)	22	16,09	1,377	14	18
Área Sanitaria III (Avilés)	183	15,76	1,217	14	18
Área Sanitaria IV (Oviedo)	314	15,58	1,282	14	18
Área Sanitaria V (Gijón)	262	16,07	1,326	14	18
Área Sanitaria VI (Arriondas)	41	16,34	1,153	14	18
Área Sanitaria VII (Mieres)	78	16,26	1,284	14	18

Área Sanitaria	Edad				
	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	58	15,67	1,033	14	18
Total	983	15,85	1,279	14	18

La relación entre el área sanitaria y la distribución de la frecuencia de consumo dentro de las edades comprendidas entre 12 y 13 años no es estadísticamente significativa (Chi cuadrado = 3,694, $p > 0,05$).

Cantidad de alcohol consumida

La cantidad de alcohol bebida en los últimos 30 días se ha calculado transformando el consumo referido de cada tipo de bebida a Unidades de Bebida Estándar (UBEs), según las equivalencias que aparecen en la Tabla 34.

Tabla 34. Tabla de equivalencias UBE - Alcohol

Unidad de bebida alcohólica	Unidad de Bebida Estándar (UBE)
1 vaso de vino 1 litro = 10 vasos / copas	1 UBE
1 vaso, caña o botellín de cerveza / sidra 1 litro = 5 cañas / botellines	1 UBE
1 vaso o copia de vermouth, jerez 1 litro = 14 vasos / copas	1 UBE
1 vaso de combinado 1 litro = 4 cubalibres	2 UBEs
1 copa de licor de frutas 1 litro = 20 copas	2 UBEs
1 copa de licor fuerte solo 1 litro = 20 copas	2 UBEs

Algunos encuestados han dado cantidades exorbitadas de consumo, quizás por haber entendido mal la pregunta o por otros motivos. Con el fin de que tales datos no llevaran a una estimación de las medias de consumo completamente

falseada, se recortaron las cantidades máximas de UBEs asignadas a cada categoría. Para ello se utilizó el criterio de poner como tope máximo el situado en el percentil 90 de cada uno de los dos períodos temporales, siendo 14 y 48 UBEs en días laborables (lunes, martes, miércoles y jueves) y en fin de semana, respectivamente. Además, con el fin de calcular el consumo durante la semana laboral o un fin de semana, no se sumaron directamente las cantidades promedio en cada una de las sustancias, sino que se multiplicó la cantidad dada en cada sustancia por la frecuencia con la que se declaraba consumirla. Por ejemplo, si el sujeto declara un consumo promedio en día laborable de únicamente 1 vaso de vino y se hiciera un cálculo directo del número de UBEs a la semana, el resultado sería 4, dado que 1 vaso de vino es igual a 1 UBE que multiplicada por cuatro días, da 4 UBEs en toda la semana laboral. Sin embargo, y con el fin de ajustar más las respuestas a la realidad, se ha optado por multiplicar ese vaso de vino por el número de veces que declara consumirlo en día laboral en los últimos 30 días. Así, si declara que ha consumido vino sólo una vez en los últimos 30 días, significa que no ha entendido adecuadamente la pregunta sobre consumo promedio en día laboral, y procedemos a multiplicar esa única UBE por 0,25, lo que da un resultado de 0,25 UBEs por semana laboral, que entendemos es más ajustado al consumo real. Lo mismo se ha hecho con todas las demás bebidas alcohólicas. En algunos casos, este procedimiento lleva a la pérdida de algún sujeto en el cómputo total si hay información sobre la cantidad pero no sobre la frecuencia.

De acuerdo con estas medidas, el consumo medio semanal en la muestra total con rango de edad de 12 a 18 años, distribuido por sexo es el que aparece en la Tabla 35.

Tabla 35. Cantidad de alcohol y sexo

Sexo		Estimación UBEs en semana laboral	UBEs en fin de semana	UBEs en toda la semana
Hombre	Media	4,36	14,24	15,61
	N	262	738	746
	Desv. típ.	5,305	12,457	14,058
Mujer	Media	3,62	11,61	12,49
	N	202	708	717
	Desv. típ.	4,697	11,116	12,497
Total	Media	4,04	12,95	14,08
	N	464	1446	1463
	Desv. típ.	5,057	11,888	13,403

Los resultados de una distribución idéntica, realizada dentro del rango de edad de 14 – 18 años, pueden verse en la Tabla 36.

Tabla 36. Cantidad de alcohol y sexo, 14-18 años

Sexo		Estimación UBEs en semana laboral	UBEs en fin de semana	UBEs en toda la semana
Hombre	Media	4,17	14,81	16,14
	N	248	695	702
	Desv. típ.	5,155	12,464	13,998
Mujer	Media	3,41	11,91	12,74
	N	189	666	673
	Desv. típ.	4,432	11,139	12,417
Total	Media	3,84	13,39	14,48
	N	437	1361	1375
	Desv. típ.	4,865	11,918	13,351

Como puede observarse las variaciones con respecto a la Tabla 30 son muy pequeñas, dado el escaso número de sujetos de 12 y 13 años que declaran consumir alcohol, en comparación con la frecuencia encontrada de 14 a 18. Por esta razón los comentarios y análisis que se hagan en esta sección a partir de

este momento se ceñirán a la franja de edad de 14 – 18 años, salvo indicación en contra.

Según la cantidad de alcohol que se consume se puede obtener el porcentaje de consumidores de riesgo, siguiendo los criterios marcados por el estudio del PND. De acuerdo con ellos, se considera consumidor de riesgo a los hombres con un consumo igual o superior a 50 cc. de alcohol puro al día, y a las mujeres con 30 cc. o más al día, en los 30 días previos a la entrevista. Teniendo en cuenta que 1 UBE equivale aproximadamente a 10 gr. o 12,5 cc. de alcohol puro, se obtiene la distribución de la Tabla 37.

Tabla 37. Consumidores de riesgo

	Porcentaje	Porcentaje válido
Bebedor moderado (menos de 5 UBEs / día – hombre, menos de 3 UBEs / día – mujer)	36,8	36,8
Bebedor de riesgo (5 UBEs o más / día – hombre, o 3 UBEs o más / día – mujer)	27,8	64,6
Sin cantidad registrada	35,4	100,0
Total	100,0	

El resultado es que aproximadamente un 27,8% de la muestra de 14 a 18 años es consumidor de riesgo y que ingiere por lo tanto igual o más de 50 cc. de alcohol puro al día si es hombre, o 30 cc. o más, si es mujer, sea en día laboral o en fin de semana en los últimos 30 días. Esta proporción es muy relevante y mucho más elevada que la que dada por el PND que cifraba la proporción global de bebedores de riesgo en el 12,3%.

Los bebedores de riesgo tienen un consumo medio de alcohol mucho más elevado que los moderados, siendo la diferencia mucho más pronunciada durante el fin de semana (ver Tabla 38).

Tabla 38. Consumidores de riesgo / moderados

Tipo de bebedor	Media de UBEs en semana laboral	Media de UBEs en fin de semana
Moderado	2,58	5,06
De riesgo	4,73	24,23
Valor de t	-4,954	-44,189
p	<0,000	<0,000

Hay relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre ser bebedor de riesgo y el sexo. A diferencia de lo que sucedía en el estudio del PND del 2004, en el que la proporción de hombres (13,1%) era mayor que de mujeres (11,5%), aquí se invierte la tendencia, siendo las mujeres (31,4%) las que tienen una proporción mayor que la de hombres (24,7%).

Si analizamos directamente las cantidades consumidas, las diferencias entre los sexos no son muy grandes (ver Tabla 39), siendo estadísticamente no significativa (Prueba de t para muestras independientes, $p = 0,097$) en los días laborables, y significativa ($p < 0,000$) en el fin de semana y la total.

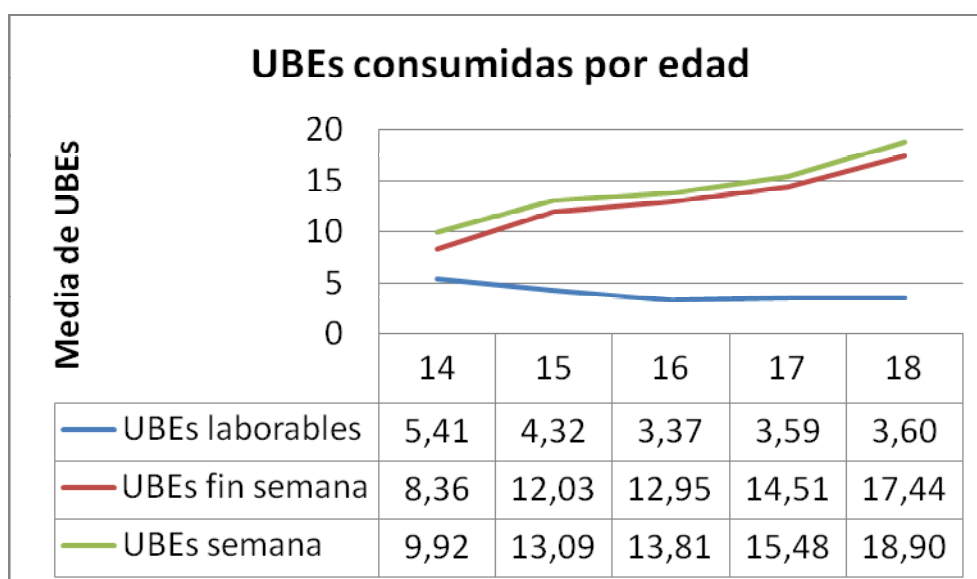
Tabla 39. Cantidad de alcohol y sexo

Sexo	Media de UBEs en semana laboral	Media de UBEs en fin de semana	Media de UBEs en toda la semana
Hombre	4,17	14,81	16,14
Mujer	3,41	11,91	12,74
Valor de t	1,662	4,535	4,764
p	0,097	<0,000	<0,000

Las cantidades consumidas durante el fin de semana son significativamente distintas de las que se refieren para los días laborables. El consumo medio diario durante los días laborables se encuentra en 1,04 UBEs en los hombres y 0,85 UBEs en las mujeres, mientras que en los fines de semana se sitúa en 4,94 UBEs para los hombres y 3,97 UBEs para las mujeres. El consumo medio por día del fin de semana casi quintuplica al de un día laboral.

La distribución por edad es la que puede verse en el Gráfico 11.

Gráfico 11



Salvo en el caso del consumo en días laborables que no varía significativamente según la edad, aunque experimenta una ligera reducción con diferencias no estadísticamente significativas ($p < 0,05$), la cantidad de alcohol consumida se incrementa con la edad. Las diferencias entre las edades son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) menos en los siguientes casos: entre 14 y 15 en el total y, los contrastes de 15 con 16 y 17, así como entre 16 y 17 tanto en los fines de semana como en el total.

Cuando se analiza la distribución territorial de la cantidad de alcohol consumida se obtiene el cuadro que se presenta en la Tabla 40.

Tabla 40. Cantidad de alcohol y Área Sanitaria

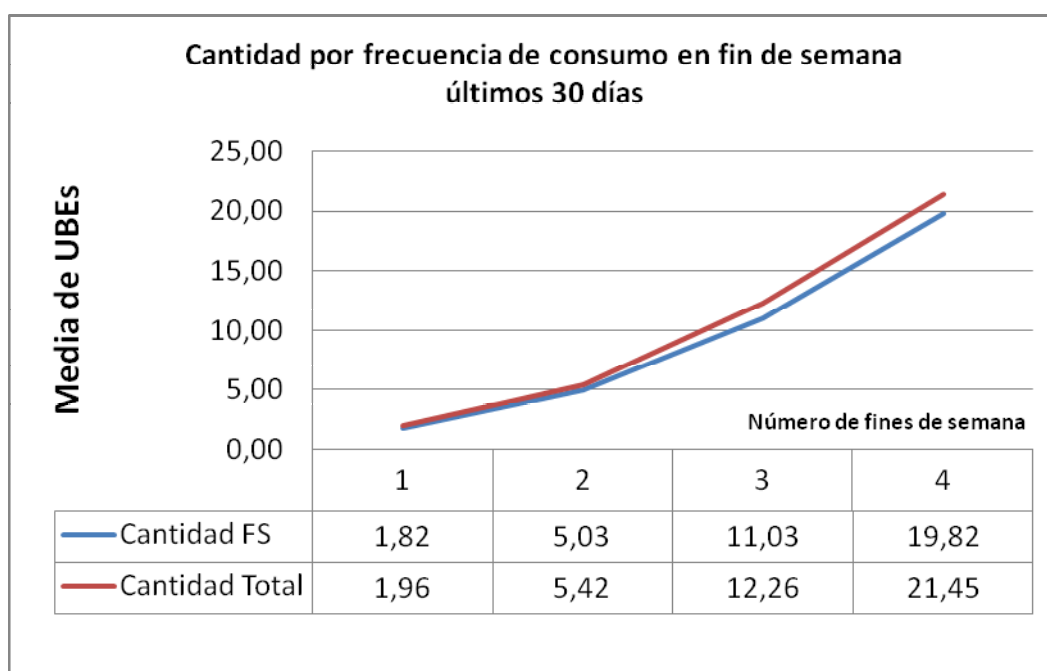
				N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
UBEs en semana laboral	Área Sanitaria I	(Jarrio)		8	6,5313	5,96184	,25	16,00
	Área Sanitaria II	(Cangas del Narcea)		8	5,7813	6,75785	,25	16,00
	Área Sanitaria III	(Avilés)		75	3,2433	4,38131	,25	16,00
	Área Sanitaria IV	(Oviedo)		143	3,6626	4,44630	,25	16,00
	Área Sanitaria V	(Gijón)		124	3,4839	4,77148	,25	16,00
	Área Sanitaria VI	(Arriondas)		9	5,7778	6,63966	,25	16,00
	Área Sanitaria VII	(Mieres)		44	4,4205	5,50654	,25	16,00
	Área Sanitaria VIII	(Valle del Nalón)		26	5,1923	5,78373	,25	16,00
	Total			437	3,8421	4,86530	,25	16,00
UBEs en fin de semana	Área Sanitaria I	(Jarrio)		25	17,3700	12,56817	2,00	38,00
	Área Sanitaria II	(Cangas del Narcea)		35	13,5714	12,42530	,50	38,00
	Área Sanitaria III	(Avilés)		228	10,6908	10,56479	,25	38,00
	Área Sanitaria IV	(Oviedo)		461	13,8547	11,94267	,25	38,00
	Área Sanitaria V	(Gijón)		366	13,2596	11,88417	,25	38,00
	Área Sanitaria VI	(Arriondas)		54	13,5880	12,22067	,50	38,00
	Área Sanitaria VII	(Mieres)		112	15,5513	12,29476	,50	38,00
	Área Sanitaria VIII	(Valle del Nalón)		80	14,5875	13,39251	,25	38,00
	Total			1361	13,3940	11,91894	,25	38,00

				N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
UBEs por semana	Área Sanitaria I (Jarrio)			25	19,4600	15,31844	2,00	52,00
	Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)			35	14,8929	14,66342	,50	54,00
	Área Sanitaria III (Avilés)			233	11,5054	11,89428	,25	54,00
	Área Sanitaria IV (Oviedo)			465	14,8618	13,01638	,25	54,00
	Área Sanitaria V (Gijón)			368	14,3614	13,47966	,25	54,00
	Área Sanitaria VI (Arriondas)			54	14,5509	13,01082	,50	45,00
	Área Sanitaria VII (Mieres)			114	16,9846	14,17902	,50	54,00
	Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)			81	16,0741	15,20390	,25	54,00
	Total			1375	14,4787	13,35133	,25	54,00

No hay diferencias estadísticamente significativas ($p=0,202$) entre las medias de consumo en días laborables, por lo que no es posible afirmar que las diferencias encontradas no se deban al mero azar. En lo que se refiere al consumo de fin de semana sólo hay una diferencia significativa ($p=0,01$) entre el área III y el área VII. Lo mismo sucede en lo que se refiere al consumo total.

Parece razonable, y así sucede, que a mayor frecuencia de consumo se beba más cantidad de alcohol. En el Gráfico 12 se puede ver la relación que existe entre el número de fines de semana que se consume y la cantidad total que se bebe en esos períodos. Todas las comparaciones entre medias son estadísticamente significativas ($p<0,05$).

Gráfico 12



Si se comparan las cantidades consumidas por aquellos que lo hacen durante toda la semana (Media 20,03 UBEs) con aquellos que sólo lo hacen en el fin de semana (Media 10,70 UBEs), las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,000$). El promedio diario, sin embargo, es ligeramente superior en los que consumen en el fin de semana, 3,57 UBEs frente a 2,86.

Tipo de bebida que se consume

Las prevalencias de consumo en los últimos 30 días de los distintos tipos de bebida pueden verse en la Tabla 41.

Tabla 41. Tipos de bebida

	Encuesta PND 2004	Encuesta Actual 2007
Consumo en días laborables.		
Algún día de lunes a jueves en los últimos 30 días		
Vino	6,6	9,4
Cerveza	14,1	32,2
Aperitivos	2,4	6,3
Combinados	6,8	11,8
Licores de frutas	3,2	7,1
Licores fuertes	4,2	6,1
Todos los días de lunes a jueves durante los últimos 30 días		
Vino	0,7	0,6
Cerveza	1,7	1,5
Aperitivos	0,3	0,4
Combinados	0,6	1,1
Licores de frutas	0,4	0,4
Licores fuertes	0,5	0,6
Consumo durante los fines de semana.		
Algún fin de semana en los últimos 30 días		
Vino	27,7	28,0
Cerveza	34,1	53,2
Aperitivos	11,0	13,4
Combinados	58,4	45,2
Licores de frutas	27,8	28,1
Licores fuertes	26,0	28,6
Todos los fines de semana en los últimos 30 días		
Vino	7,5	14,0
Cerveza	13,8	23,7
Aperitivos	2,7	3,8
Combinados	22,5	39,6
Licores de frutas	9,4	9,2
Licores fuertes	6,8	15,8

Como puede observarse, los combinados son la bebida favorita durante los fines de semana mientras que en los días laborables es la cerveza, tal y como sucedía en el 2004. Sin embargo, las prevalencias de consumo han aumentado

considerablemente en todos los tipos de bebida, con especial incidencia en el apartado que hace referencia al consumo durante todos los fines de semana.

Las prevalencias de consumo por sexo durante el fin de semana pueden verse en la Tabla 42.

Tablas 42. Tipos de bebida y sexo

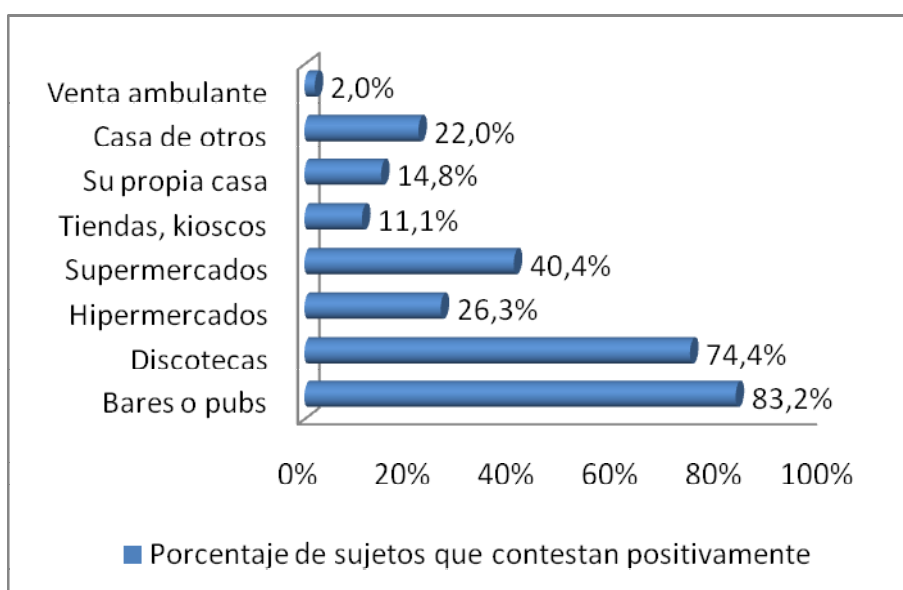
	Estudio PND 2004		Estudio actual 2007	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<i>Algún día de fin de semana en los últimos 30 días</i>				
Vino	28,8	26,6	29,0	26,9
Cerveza	41,9	26,5	53,5	52,8
Aperitivos	13,2	8,8	14,6	12,1
Combinados	58,0	58,7	42,0	48,5
Licores de frutas	31,2	23,7	26,1	30,2
Licores fuertes	25,8	26,2	29,1	28,1
<i>Todos los fines de semana en los últimos 30 días</i>				
Vino	ND	ND	14,1	14,0
Cerveza	ND	ND	27,2	20,1
Aperitivos	ND	ND	4,0	3,5
Combinados	ND	ND	43,0	36,0
Licores de frutas	ND	ND	8,7	9,7
Licores fuertes	ND	ND	19,1	12,4

El consumo más frecuente es el de los hombres en todos los tipos de bebida. Cuando se comparan los resultados actuales con los del estudio del 2004, se aprecia que la frecuencia del consumo femenino se está acercando al masculino en todas las bebidas, e incluso en algunos casos lo sobrepasa.

Lugares de aprovisionamiento de alcohol

En los últimos 30 días, los lugares que han servido para obtener alcohol por parte de los encuestados en el rango de edad de 12 – 18 años son los que aparecen en el Gráfico 13.

Gráfico 13



La mayor parte de los sujetos encuestados afirman haber obtenido alcohol de bares, pubs (83,2%), discotecas (74,4%) y supermercados (40,4%).

Si distribuimos esos porcentajes por edad se obtiene el siguiente cuadro (ver Tabla 43).

Tabla 43. Lugares de obtención del alcohol

Edad	Bares, pubs	Discotecas	Hipermercados	Supermercados	Tiendas, kioscos	Domicilio	Otras casas
12	15,4%	26,9%	11,5%	15,4%	11,5%	30,8%	26,9%
13	42,9%	29,8%	13,1%	17,9%	7,1%	19,0%	25,0%
14	65,0%	54,0%	19,6%	27,0%	10,4%	25,2%	35,0%
15	81,2%	75,7%	19,2%	34,8%	14,4%	17,3%	24,0%
16	89,8%	80,7%	24,2%	42,4%	7,8%	9,1%	17,2%
17	93,2%	83,7%	34,6%	49,5%	14,6%	12,4%	18,8%
18	92,6%	82,0%	36,4%	49,3%	7,8%	14,7%	22,6%

Llama la atención que un 42,9% de los encuestados de 13 años de edad que habían consumido alcohol en los últimos 30 días afirman haberlo conseguido en bares o pubs, o que un 30,8% de los que tienen 12 años dicen que el alcohol lo han conseguido en su domicilio particular.

Los lugares fundamentales para obtener alcohol son, con bastante diferencia, bares y discotecas a partir de los 13 años. Los hiper y supermercados también mantienen una cuota apreciable de preferencia a partir de los 14 años.

Si se analiza la relación del sexo con los lugares de obtención del alcohol, se observa que hay una cierta preferencia de las mujeres ($p < 0,05$) por obtener el alcohol en bares o discotecas, mientras que hay una mayor proporción de hombres de lo que sería esperable por azar ($p < 0,05$) que lo consiguen en todo tipo de tiendas (hiper, supermercados y tiendas).

No hay una relación fuerte entre área geográfica y forma de aprovisionamiento preferido, con diferencias porcentuales muy pequeñas entre frecuencias empíricas y esperadas. Sin embargo, existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) que indica una ligera preponderancia en las áreas IV, VI y VII frente a las demás en la obtención de alcohol en bares y pubs; II, IV, VII y VIII en discotecas; III, V y VI en supermercados y I, II, V y VI en tiendas, kioscos y bodegas (ver Tabla 44 – En rojo los porcentajes más sobresalientes de cada columna).

Tabla 44. Lugares de obtención del alcohol por área sanitaria

Área Sanitaria	Lugar preferente obtención alcohol			
	Bares Pubs	Discotecas	Supermer cados	Tiendas Kioscos
Área Sanitaria I (Jarrio)	75,7%	70,3%	29,7%	16,2%
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	71,1%	89,5%	31,6%	31,6%
Área Sanitaria III (Avilés)	78,7%	70,3%	48,3%	9,1%
Área Sanitaria IV (Oviedo)	84,9%	79,2%	38,8%	8,8%
Área Sanitaria V (Gijón)	82,4%	65,6%	42,0%	12,7%
Área Sanitaria VI (Arriوندas)	93,3%	71,7%	56,7%	23,3%
Área Sanitaria VII (Mieres)	89,3%	87,8%	30,5%	9,2%
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	81,3%	76,9%	30,8%	7,7%

Borracheras

En la Tabla 45 puede verse la frecuencia con la que los sujetos de 12 – 18 y de 14 – 18 años han tenido borracheras a lo largo de su vida, en el último año y en el último mes. Los porcentajes están calculados sobre el total de la muestra (2.987 de 12 a 18 años, y 2.127 de 14 a 18 años).

Tabla 45. Frecuencia de borracheras

Frecuencia	En la vida (%)		En el último año (%)		En el último mes (%)	
	12 – 18	14 – 18	12 - 18	14 – 18	12 – 18	14 - 18
1 día	7,0	8,3	9,0	10,9	12,4	15,5
2 días	5,4	6,6	6,3	7,9	6,4	8,0
3 días	5,5	6,7	5,7	7,1	4,0	5,0
4 – 5 días	7,0	8,9	6,3	8,0	4,0	5,0
6 – 9 días	5,9	7,5	5,0	6,3	1,7	2,3
10 – 19 días	6,6	8,3	5,1	6,6	0,8	1,0
20 o más días	11,4	14,8	4,8	6,2	0,4	0,4
Total	48,8	61,0	42,1	52,9	29,7	37,1

Según los datos de la última Encuesta Escolar publicada por el PND, correspondiente al 2004, el porcentaje de sujetos que habían tenido borracheras en los últimos 30 días era del 37% en hombres y el 32,5% en mujeres, lo que arroja una cifra total (34,75%) muy similar aunque algo inferior a la hallada en este estudio (37,1%).

La distribución por sexo es de un 35,5% en los hombres y un 39% en las mujeres, lo que indica una clara inversión con respecto a los datos del PND. Las mujeres superan porcentualmente a los hombres en casos en los que ha habido borracheras.

La frecuencia de borracheras en los últimos 30 días, sin embargo, no guarda relación estadística significativa (Chi cuadrado= 11,9098, $p=0,064$) con el sexo ni tampoco con la edad ($p>0,05$).

Consumo de alcohol en los padres

Teniendo en cuenta sólo las contestaciones válidas (excluyendo aquellos sujetos que no contestan o que no saben), los encuestados declaran que sus padres beben con alguna frecuencia en el entorno del 50% de los casos. Los porcentajes asignados a cada frecuencia pueden verse en la Tabla 46.

Tabla 46. Consumo de alcohol de los padres

Frecuencia	Padre (%)	Madre (%)
No ha bebido ningún día	24,8	44,5
Ha bebido algún día aislado	32,4	30,4
Ha bebido solo los fines de semana	16,2	11,9
Ha bebido todos o casi todos los días moderadamente	15,3	6,8
Ha abusado del alcohol todos o casi todos los días	1,0	0,2
Total	89,7	93,8
No ha contestado / No sabe	10,3	6,2
Total	100,0	100,0

Como puede observarse, es muy raro que los encuestados informen de casos de abuso de alcohol. Por lo general, evalúan el consumo de alcohol en sus padres de forma muy benévola, ya que según los resultados sólo beberían de forma significativa el 16,3% de los padres y un 7% de las madres.

La estimación sobre el consumo de los padres no parece tener ninguna relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) sobre la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol en los jóvenes.

4.2.3. Consumo de tranquilizantes

Las prevalencias de consumo de tranquilizantes sin receta médica pueden verse en la Tabla 47, para los distintos rangos de edad.

Tabla 47. Consumo de tranquilizantes

Rango de edad	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
12 – 18	9,8%	6,1%	3,0%
14 – 18	11,2%	7,0%	3,4%
PND – 2004	7,0%	4,7%	2,4%

Las prevalencias de consumo han experimentado un notable crecimiento, en el entorno del 30%, con respecto a la encuesta nacional del 2004.

En el rango de 14 a 18 años, hay una mayor proporción de mujeres que consumen tranquilizantes que hombres. La relación es estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en el caso de la prevalencia vida ($p = 0,017$) y la prevalencia en el último año ($p = 0,020$), pero no en la prevalencia en el último mes ($p = 0,209$).

El uso suele ser esporádico con muy pocos casos superando los 5 días. No hay relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el hecho de consumir o no tranquilizantes y la edad. La proporción de los que toman tranquilizantes de acuerdo con su edad, en el rango de 14 a 18, se muestra en la Tabla 48.

Tabla 48. Consumo de tranquilizantes según edad

Edad	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
14	11,9%	7,0%	3,3%
15	9,8%	6,3%	2,2%
16	13,2%	8,2%	3,9%
17	10,0%	5,7%	3,5%
18	11,3%	8,6%	4,7%

Tampoco existe relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el hecho de consumir o no tranquilizantes y el área sanitaria.

4.2.4. Consumo de cannabis

Las prevalencias de consumo de cannabis, en sus diversas formas, pueden verse en la Tabla 49.

Tabla 49. Consumo de cannabis

Rango de edad	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
12 – 18	27,6%	23,7%	16,3%
14 – 18	34,9%	30,3%	20,9%
PND – 2004	42,7%	36,6%	25,1%

Hay un considerable descenso en la prevalencia del consumo de cannabis en comparación con los datos nacionales dados por el Plan Nacional en el 2004. En lo que se refiere a la prevalencia en los últimos 30 días, el descenso relativo apreciado es del 16,7%.

En el rango de edad de 14 a 18 años, la relación del consumo con el sexo sólo es estadísticamente significativa (Chi cuadrado= 4,637 con corrección por continuidad, $p=0,027$) en el caso del consumo del último mes. La prevalencia de consumo por sexo puede verse en la Tabla 50.

Tabla 50. Consumo de cannabis según sexo

Sexo	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
Encuesta actual (rango 14 – 18 años)			
Hombre	36,1%	32,2%	22,9%
Mujer	34,0%	28,5%	19,0%
PND – 2004			
Hombre	45,3%	39,4%	28,3%
Mujer	40,2%	33,7%	22,0%

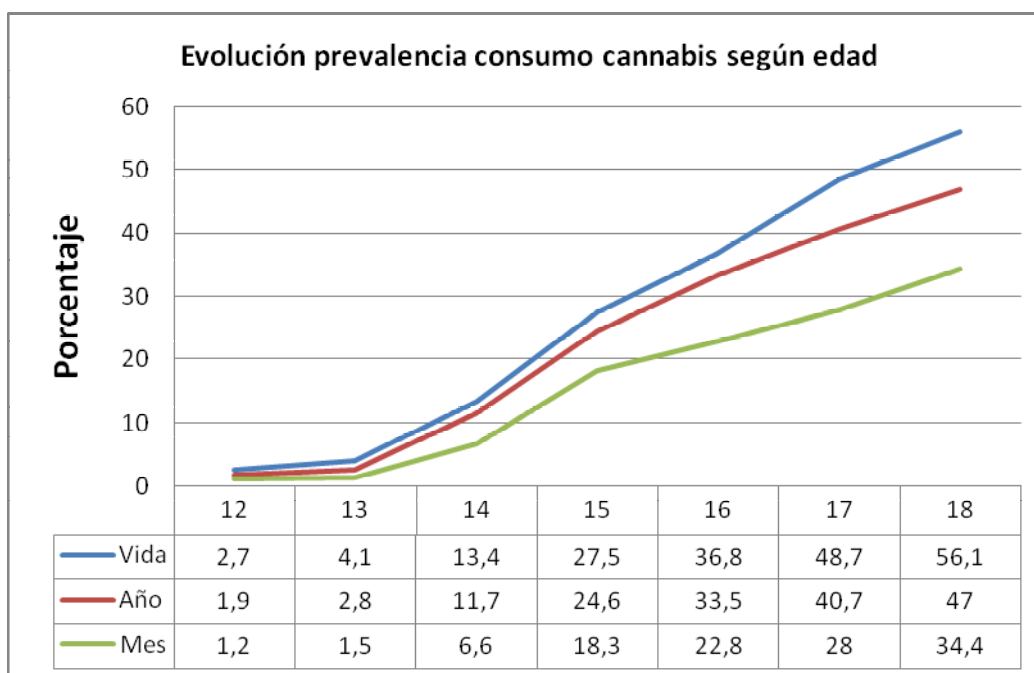
En todos los casos hay un porcentaje mayor de consumidores entre los hombres que en las mujeres, tal y como también se reflejaba en el estudio del PND. Todas las cifras de prevalencia bajan, tanto en hombres como en mujeres.

El consumo de cannabis está claramente relacionado con la edad en todas las estimaciones de la prevalencia (ver Tabla 51 y Gráfico 14). Este resultado es similar al encontrado en el ámbito nacional por el PND.

Tabla 51. Consumo de cannabis y edad

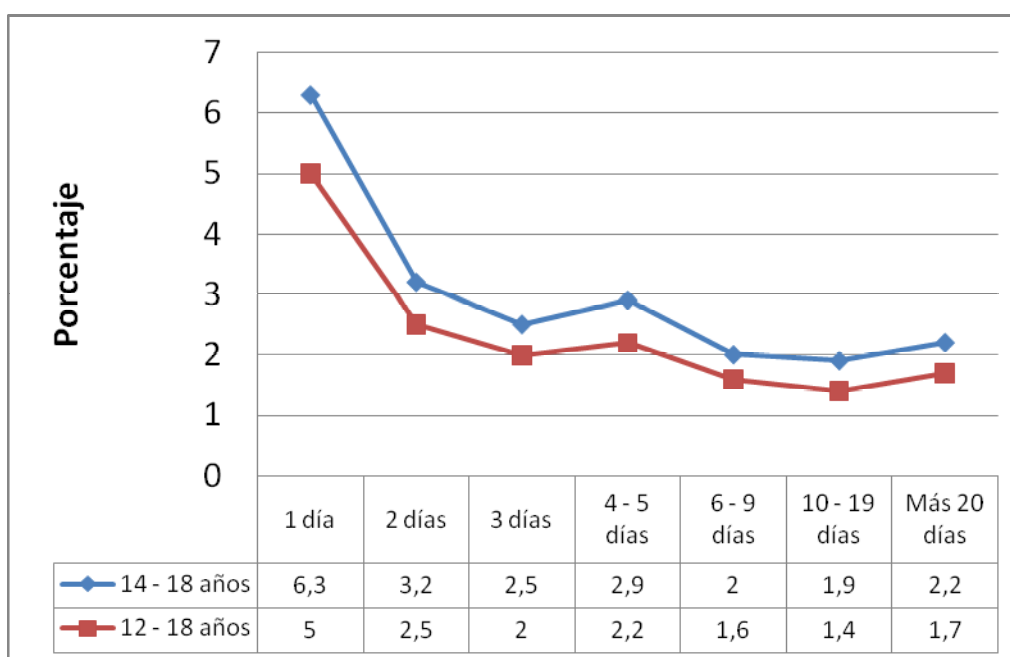
Prevalencia	Chi cuadrado	p
Vida	463,967	<0,000
Último año	374,742	<0,000
Último mes	258,047	<0,000

Gráfico 14



La frecuencia de consumo en el último mes puede apreciarse en el Gráfico 15.

Gráfico 15



La mayoría tiene una frecuencia reducida, con menos de 9 días al mes, aunque en el rango de edad de 14 a 18 años, hay un número apreciable (2,2%) de consumidores habituales con más de 20 días de consumo al mes.

El consumo de cannabis no se da con igual probabilidad en todas las áreas sanitarias (chi cuadrado= 31,652, $p < 0,000$). Tal y como puede verse en la Tabla 52

Tabla 52. Consumo de cannabis y Áreas Sanitarias

Prevalencia	Chi cuadrado	p
Vida	38,841	<0,000
Último año	34,696	<0,000
Último mes	31,652	<0,000

En concreto las áreas VI y VII son las que más consumidores de cannabis tienen en proporción. Con el fin de evitar que la edad media superior que tienen estos dos últimos territorios influya en el resultado, tal y como se advirtió anteriormente al describir la muestra, se procedió a descomponer los análisis por segmentos de edad. En ese caso, los resultados indican que:

1. En el apartado de prevalencia vida no hay diferencias por áreas sanitarias

2. En la prevalencia del último año y dentro de la edad de 17 años hay relación estadísticamente significativa ($p=0,029$) entre las áreas sanitarias y el consumo.
3. En la prevalencia del último mes puede observarse el mismo resultado aunque en los sujetos con 16 años ($p=0,002$).

Las distintas prevalencias por área sanitaria en los dos casos en los que hay diferencias significativas ($p<0,05$) pueden verse en la Tabla 53.

Tabla 53. Consumo de cannabis y Áreas Sanitarias

Área Sanitaria	% Empírico	% Desviación
Prevalencia año – Edad 17 años		
Área I	11,1	-30,0
Área II	50,0	9,0
Área III	26,7	-14,0
Área IV	39,7	-1,1
Área V	47,9	7,2
Área VI	45,8	5,0
Área VII	50,0	9,3
Área VIII	48,1	7,4
Prevalencia mes – Edad 16 años		
Área I	25,0	2,5
Área II	16,7	-6,7
Área III	20,5	-2,3
Área IV	13,2	-9,5
Área V	25,4	2,6
Área VI	47,8	25,2
Área VII	40,0	17,3
Área VIII	27,5	4,8

Como puede observarse, en el primer caso (prevalencia vida), las áreas que más consumidores tienen en proporción son la VII, II, VIII, V y VI. Por el contrario las que menos tienen son la I y la III.

En el segundo caso, (prevalencia mes), las áreas con más consumidores son la VI y VII, y más lejos la VIII y la V. Las que menos son la IV, II y III.

4.2.5. Consumo de cocaína

Las prevalencias del consumo de cocaína en sus diversas presentaciones pueden verse en la Tabla 54.

Tabla 54. Prevalencia del consumo de cocaína

Rango de edad	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
12 – 18	5,2%	4,2%	2,3%
14 – 18	6,5%	5,3%	2,9%
PND – 2004	9,0%	7,2%	3,8%

Las cifras se han reducido en todos los tipos de prevalencia con respecto a las que figuran en la encuesta del PND del 2004.

Aunque, en todos los casos, hay más hombres consumidores que mujeres, no existe relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre las prevalencias de consumo (vida, último año, último mes) y el sexo, por lo que no se puede descartar que las diferencias encontradas entre sexos se deban al azar. Las frecuencias de consumo pueden verse en la Tabla 55.

Tabla 55. Consumo de cocaína según sexo

Sexo	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
Encuesta actual (rango 14 – 18 años)			
Hombre	7,2%	6,0%	3,4%
Mujer	5,6%	4,5%	2,3%
PND – 2004			
Hombre	11,3%	9,4%	5,1%
Mujer	6,8%	5,1%	2,6%

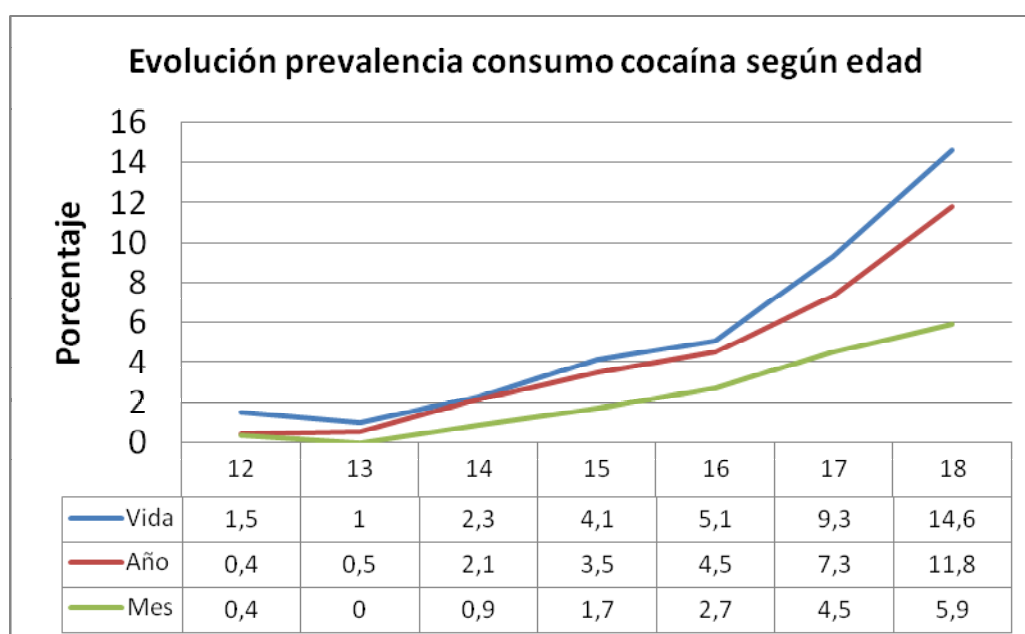
Como puede observarse, todas las cifras de prevalencia bajan tanto en hombres como en mujeres.

Como en otros casos, hay una clara relación entre el consumo de cocaína y la edad (ver Tabla 56 y Gráfico 16).

Gráfico 56. Consumo de cocaína y edad

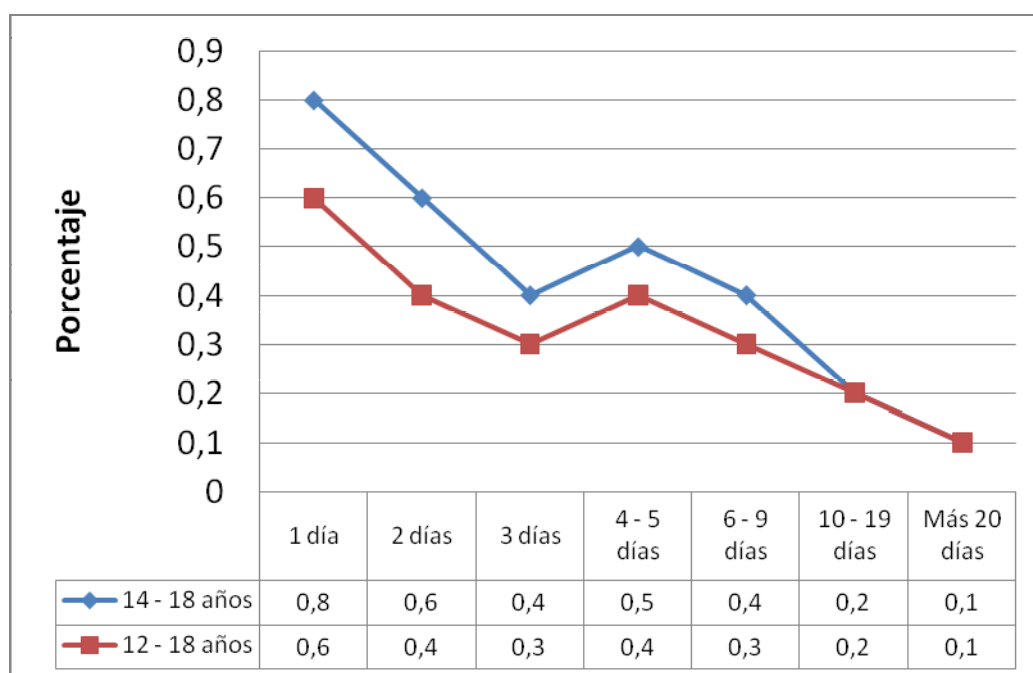
Prevalencia	Chi cuadrado	p
Vida	91,108	<0,000
Último año	76,934	<0,000
Último mes	43,550	<0,000

Gráfico 16



El consumo de cocaína es mayoritariamente una actividad esporádica y no habitual, con sólo un 0,7% que consume durante más de cinco días en el último mes, en el rango de edad de 14 a 18 años (ver Gráfico 17).

Gráfico 17



Hay relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre el área sanitaria y el consumo de cocaína. Esa relación afecta a los tres tipos de prevalencia.

Si nos atenemos a la prevalencia del último mes, las áreas con mayor probabilidad de encontrar consumidores son la VII y la VIII. Segmentando por edad, podemos observar que la relación es estadísticamente significativa sólo en las edades de 16 y 17 años ($p < 0,000$ y $p = 0,20$, respectivamente). En la Tabla 57 se muestran las cifras de la prevalencia mes en las edades donde las diferencias por áreas sanitarias han resultado significativas ($p < 0,05$).

Tabla 57. Consumo de cocaína y Áreas Sanitarias

Área Sanitaria	% Empírico	% Desviación
Prevalencia mes – Edad 16 años		
Área I	0	-2,5
Área II	0	-3,3
Área III	2,4	-0,2
Área IV	0,7	-2,0
Área V	0,7	-1,9
Área VI	0	-2,6
Área VII	16,7	14,0
Área VIII	9,8	7,1
Prevalencia mes – Edad 17 años		
Área I	0	-4,0
Área II	0	-4,5
Área III	7,0	2,6
Área IV	2,3	-2,2
Área V	3,3	-1,2
Área VI	0	-4,6
Área VII	15,0	10,5
Área VIII	7,4	3,0

4.2.6. Consumo de GHB o éxtasis líquido

Las prevalencias vida, de los últimos 12 meses, y de los últimos 30 días en el consumo de GHB son de 1,1, 0,8 y 0,6% respectivamente. No hay datos en la Encuesta del PND del 2004 para comparar (ver Tabla 58)

Tabla 58. Prevalencia de consumo de GHB

Rango de edad	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
12 – 18	1,1%	0,8%	0,6%
14 – 18	1,4%	1,0%	0,8%

Más del 80% de los que informan su consumo (18 casos del total de 2.784) dicen que lo han utilizado un solo día en los últimos 30, siendo 13 (72,2%) de los que han declarado consumo en los últimos 30 días, hombres y 5 (27,8%) mujeres .

No hay relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre edad y consumo de GHB. La media de edad de los consumidores es 15,44 y la de los no consumidores 15,08, dentro del rango 12 – 18.

Salvo en las áreas I y VI se han detectado casos en todas las demás (ver Tabla 59). En el área VII casi se triplica la N del número de consumidores esperado.

Tabla 59. Consumo de GHB y Áreas Sanitarias

Áreas Sanitarias		Consumo GHB en el		Total
		último mes		
		No	Sí	
Área Sanitaria I (Jarrio)	N	85	0	85
	N esperado	84,4	,6	85,0
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	N	54	1	55
	N esperado	54,6	,4	55,0
Área Sanitaria III (Avilés)	N	465	2	467
	N esperado	464,0	3,0	467,0
Área Sanitaria IV (Oviedo)	N	998	4	1002
	N esperado	995,5	6,5	1002,0
Área Sanitaria V (Gijón)	N	733	7	740
	N esperado	735,2	4,8	740,0
Área Sanitaria VI (Arriondas)	N	76	0	76
	N esperado	75,5	,5	76,0
Área Sanitaria VII (Mieres)	N	171	3	174
	N esperado	172,9	1,1	174,0
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	N	174	1	175
	N esperado	173,9	1,1	175,0
Total	N	2756	18	2774

4.2.7. Consumo de Éxtasis

Las prevalencias del consumo de éxtasis pueden verse en la Tabla 60.

Tabla 60. Prevalencia del consumo de éxtasis

Rango de edad	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
12 – 18	2,1%	1,4%	0,7%
14 – 18	2,5%	1,7%	0,8%
PND – 2004	5,0%	2,6%	1,5%

Hay una reducción considerable, aproximadamente el 50%, en la prevalencia del consumo de éxtasis en los últimos 30 días con respecto a las cifras nacionales dadas en la Encuesta del PND del 2004.

Sólo en 4 casos se admite que se ha utilizado el éxtasis en más de 9 ocasiones dentro del último mes. El total de sujetos que informan haber usado éxtasis en ese mismo intervalo de tiempo es de 19.

Un 68,4% de los que usan éxtasis son hombres, frente a un 31,6% de mujeres. La relación entre ambas variables no es estadísticamente significativa ($p=0,247$).

No hay relación estadísticamente significativa ($p<0,05$) entre edad y consumo de éxtasis. La media de edad de los consumidores es 15,58 y la de los no consumidores 15,08, dentro del rango 12 – 18.

Excepto en las áreas I y VI, hay consumidores en todas las demás áreas sanitarias, en proporción a su tamaño de población, salvo en el caso de el área VIII en donde hay más consumidores de los que se esperaría por azar (ver Tabla 61). De todas formas, dado el número de frecuencias esperadas menores de 5 que hay en la tabla, consecuencia del bajo número de sujetos consumidores por área, no se pueden sacar conclusiones válidas de la prueba de Chi-cuadrado.

Tabla 61. Consumo de éxtasis y Áreas Sanitarias

Áreas Sanitarias		Consumo éxtasis en el último mes		Total
		No	Sí	
Área Sanitaria I (Jarrio)	N	84	0	84
	N esperado	83,4	,6	84,0
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	N	51	1	52
	N esperado	51,6	,4	52,0
Área Sanitaria III (Avilés)	N	464	3	467
	N esperado	463,8	3,2	467,0
Área Sanitaria IV (Oviedo)	N	996	5	1001
	N esperado	994,1	6,9	1001,0
Área Sanitaria V (Gijón)	N	734	4	738
	N esperado	732,9	5,1	738,0
Área Sanitaria VI (Arriondas)	N	76	0	76
	N esperado	75,5	,5	76,0
Área Sanitaria VII (Mieres)	N	173	2	175
	N esperado	173,8	1,2	175,0
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	N	170	4	174
	N esperado	172,8	1,2	174,0
Total		2748	19	2767

4.2.8. Consumo de anfetaminas

Las prevalencias del consumo de anfetaminas pueden verse en la Tabla 62.

Tabla 62. Prevalencia del consumo de anfetaminas

Rango de edad	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
12 – 18	2,6%	1,8%	1,0%
14 – 18	3,2%	2,3%	1,2%
PND – 2004	4,8%	3,3%	1,8%

Una vez más, como con en el caso de otras drogas, se aprecian cifras de prevalencia de consumo más bajas que las aportadas por la Encuesta del PND en el 2004.

Sólo en 4 casos, de un total 27, se reconoce que hay un consumo superior a los 9 días dentro del último mes. La mayoría de los sujetos que reconocen consumo en los últimos 30 días, afirman haber utilizado las anfetaminas en 1, 2 o 3 ocasiones.

Hay una relación estadísticamente significativa ($p= 0,0259$) entre consumo de anfetaminas y sexo. Un 74,1% de los consumidores son hombres y un 25,9% mujeres.

Hay relación estadísticamente significativa ($p<0,000$) entre edad y consumo de anfetaminas. Los consumidores tienen de promedio 1,29 años más que los no consumidores. La edad media de los no consumidores es de 15,08, y la de los consumidores 16,37, dentro del rango 12 – 18.

Salvo en el área VI, en todas las demás hay consumidores de anfetaminas. No hay una relación estadísticamente significativa ($p<0,05$) entre área sanitaria y consumo. Sin embargo, se puede observar que hay dos áreas (VII y VIII) que casi triplican empíricamente lo que sería esperable si los consumidores se distribuyeran proporcionalmente a la población encuestada (ver Tabla 63).

Tabla 63. Consumo de anfetaminas y Área Sanitaria

Áreas Sanitarias		Consumo anfetaminas último mes		Total
		No	Sí	
Área Sanitaria I (Jarrio)	N	84	1	85
	N esperado	84,2	,8	85,0
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	N	52	1	53
	N esperado	52,5	,5	53,0
Área Sanitaria III (Avilés)	N	461	5	466
	N esperado	461,5	4,5	466,0
Área Sanitaria IV (Oviedo)	N	1000	3	1003
	N esperado	993,2	9,8	1003,0
Área Sanitaria V (Gijón)	N	733	8	741
	N esperado	733,8	7,2	741,0
Área Sanitaria VI (Arriondas)	N	77	0	77
	N esperado	76,3	,7	77,0
Área Sanitaria VII (Mieres)	N	171	5	176
	N esperado	174,3	1,7	176,0
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	N	172	4	176
	N esperado	174,3	1,7	176,0
Total		2750	27	2777

4.2.9. Consumo de alucinógenos

Las prevalencias del consumo de alucinógenos pueden verse en la Tabla

64.

Tabla 64. Prevalencia del consumo de alucinógenos

Rango de edad	Prevalencia vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
12 – 18	3,7%	2,3%	1,3%
14 – 18	4,6%	2,9%	1,7%
PND – 2004	4,7%	3,1%	1,5%

No hay diferencias relevantes entre las cifras de prevalencia encontradas en esta ocasión y las informadas por el PND en el 2004.

De los 37 casos que reconocen haber consumido en los últimos 30 días, 26 afirman haberlo usado sólo uno o dos días. El consumo mayoritario es esporádico, con sólo cinco casos que afirman utilizarlo más de 9 días en el último mes. No hay diferencias significativas ($p=0,734$) en el consumo de alucinógenos por sexo. Hay un 56,8% de hombres que lo consumen en los últimos 30 días y un 43,2% de mujeres.

La edad media de los consumidores es 16,01 y la de los no consumidores 15,07, dentro del rango 12 -18. La diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,001$).

La distribución de los consumidores en los últimos 30 días por áreas sanitarias puede verse en la Tabla 65.

Tabla 65. Consumo de alucinógenos y Área Sanitaria

Áreas Sanitarias		Consumo alucinógenos en el último mes		Total
		No	Sí	
Área Sanitaria I (Jarrio)	N	85	0	85
	N esperado	83,9	1,1	85,0
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	N	52	1	53
	N esperado	52,3	,7	53,0
Área Sanitaria III (Avilés)	N	458	7	465
	N esperado	458,8	6,2	465,0
Área Sanitaria IV (Oviedo)	N	994	9	1003
	N esperado	989,6	13,4	1003,0
Área Sanitaria V (Gijón)	N	735	5	740
	N esperado	730,1	9,9	740,0
Área Sanitaria VI (Arriondas)	N	77	0	77
	N esperado	76,0	1,0	77,0
Área Sanitaria VII (Mieres)	N	166	9	175
	N esperado	172,7	2,3	175,0
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	N	170	6	176
	N esperado	173,7	2,3	176,0
Total		2737	37	2774

Como puede apreciarse, salvo en las áreas I y VI, todas las demás demarcaciones tienen consumidores de alucinógenos. Se aprecia, una vez más, un mayor porcentaje de consumidores del que sería esperable (si la distribución fuera meramente proporcional) en las áreas VII y VIII.

4.2.10. Consumo de heroína

Las prevalencias del consumo de heroína pueden verse en la Tabla 66.

Tabla 66. Prevalencia del consumo de heroína

Rango de edad	Prevalencia de vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
12 – 18	0,6%	0,4%	0,3%
14 – 18	0,8%	0,4%	0,2%
PND – 2004	0,7%	0,4%	0,4%

El número de sujetos que consumen heroína es muy reducido y las cifras están en concordancia con las del PND, para el ámbito nacional, con una considerable disminución en la prevalencia de los últimos 30 días. El número de sujetos que afirma haber consumido heroína en los últimos 30 días, en el rango de edad de 14 -18 años es de 5, de los cuales 3 dicen haberla utilizado 1 o 2 días.

De esos cinco sujetos, 4 son hombres y hay 1 mujer. Sus áreas de procedencia son Gijón (3 casos), Pola de Lena (1 caso) y Langreo (1 caso). Cuatro tienen 15 años, 1 tiene 17.

4.2.11. Consumo de inhalables volátiles

Las prevalencias de consumo de inhalables volátiles pueden verse en la Tabla 67.

Tabla 67. Prevalencia del consumo de inhalables

Rango de edad	Prevalencia de vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
12 – 18	2,2%	1,1%	0,7%
14 – 18	2,2%	1,0%	0,7%
PND – 2004	4,1%	2,2%	1,1%

El consumo de sustancias volátiles presenta una considerable diferencia con respecto a la media nacional, aunque en su conjunto es un consumo muy reducido.

De los 19 casos que afirman haber utilizado esas sustancias en los últimos 30 días, 12 lo han hecho sólo un día, y sólo 4 más de 10 días.

No hay relación estadísticamente significativa ($p=0,817$) entre consumo y sexo. Un 57,9% son hombres y 42,1% mujeres.

No hay diferencia estadísticamente significativa ($p=0,281$) entre las medias de edad de los consumidores y no consumidores. La media de edad de los que consumen es de 15,63 y de los que no consumen 15,08.

La distribución de los consumidores por áreas sanitarias puede verse en la Tabla 68.

Tabla 68. Consumo de inhalables y Áreas Sanitarias

Áreas Sanitarias		Consumo de inhalables volátiles en el último mes		Total
		No	Si	
Área Sanitaria I (Jarrio)	N	83	2	85
	N esperado	84,4	,6	85,0
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	N	54	0	54
	N esperado	53,6	,4	54,0
Área Sanitaria III (Avilés)	N	463	3	466
	N esperado	462,8	3,2	466,0
Área Sanitaria IV (Oviedo)	N	993	8	1001
	N esperado	994,1	6,9	1001,0
Área Sanitaria V (Gijón)	N	734	4	738
	N esperado	732,9	5,1	738,0
Área Sanitaria VI (Arriendas)	N	77	0	77
	N esperado	76,5	,5	77,0
Área Sanitaria VII (Mieres)	N	175	1	176
	N esperado	174,8	1,2	176,0
Área Sanitaria VIII	N	175	1	176

Áreas Sanitarias		Consumo de inhalables volátiles en el último mes		Total
		No	Si	
(Valle del Nalón)	N esperado	174,8	1,2	176,0
Total	N	2754	19	2773

Salvo las áreas II y VI, todas las demás tienen consumidores. La distribución es bastante homogénea entre áreas.

4.2.12. Consumo combinado de sustancias

Las prevalencias y frecuencias de consumo, en los últimos 12 meses, de alcohol con cannabis o con cocaína pueden verse en las Tabla 69 y Tabla 70, respectivamente.

Tabla 69. Consumo combinado (alcohol y cannabis)

Consumo combinado de alcohol y cannabis				
Rango de edad 12 - 18				
Frecuencia	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ningún día	2252	80,9	81,1	81,1
1 día	110	4,0	4,0	85,0
2 días	75	2,7	2,7	87,7
3 días	80	2,9	2,9	90,6
4-5 días	56	2,0	2,0	92,6
6-9 días	44	1,6	1,6	94,2
10-19 días	49	1,8	1,8	96,0
20-39 días	48	1,7	1,7	97,7
40 días o más	64	2,3	2,3	100,0
Total	2778	99,8	100,0	
Sin información	6	,2		
Total	2784	100,0		

Tabla 70. Consumo combinado (alcohol y cocaína)

Consumo combinado de alcohol y cocaína				
Rango de edad 12 - 18				
Frecuencia	N	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ningún día	2689	96,6	96,8	96,8
1 día	22	,8	,8	97,6
2 días	10	,4	,4	97,9
3 días	15	,5	,5	98,5
4-5 días	13	,5	,5	98,9
6-9 días	9	,3	,3	99,2
10-19 días	7	,3	,3	99,5
20-39 días	7	,3	,3	99,7
40 días o más	7	,3	,3	100,0
Total	2779	99,8	100,0	
Sin información	5	,2		
Total	2784	100,0		

Como puede apreciarse es bastante más frecuente combinar el cannabis con el alcohol que la cocaína. Un 19,9% de los encuestados afirma que ha consumido conjuntamente alcohol y cannabis, frente a un 3,2% en el caso de la cocaína.

De entre los que han consumido, de forma combinada, alcohol y cannabis, un 12,17% (N=64) dice haberlo hecho 40 días o más, y un 30,60% (N=161) más de 9 días. Según estos datos, parece que hay un sector de consumidores, numéricamente relevante, que utiliza esta práctica de riesgo con relativa frecuencia.

En el caso de la cocaína, el porcentaje de consumidores que afirman haberlo hecho más de 40 días es del 7,7% (N=7), y del 23,3% (N=21) más de 9 días. El número de usuarios que hace este tipo de combinación con frecuencia es numérica y porcentualmente más bajo que con el cannabis.

Si se analiza la relación con el sexo de este tipo de combinaciones, se encuentra que la combinación alcohol y cannabis la realizan más frecuentemente

los hombres de forma estadísticamente significativa ($p=0,023$). La prevalencia es de un 20,6% en los hombres frente a un 17,1% en las mujeres. En el caso de la cocaína, las diferencias hombres – mujeres no alcanza el nivel de significación requerido ($p<0,05$). La prevalencia empírica obtenida es de un 3,8% en los hombres y un 2,7% en las mujeres.

En ambos casos hay relación entre la edad y el consumo. Los consumidores tienen por término medio más edad. Las medias de los que consumen frente a los que no consumen pueden verse en la Tabla 71.

Tabla 71. Consumo combinado y edad

Tipo de consumo	Edad media consumidores	Edad media no consumidores	Significación bilateral
Alcohol y cannabis	14,80	16,30	<0,000
Alcohol y cocaína	15,04	16,56	<0,000

La distribución de este tipo de consumidores por áreas sanitarias puede verse en las Tablas 72 y 73.

Tabla 72. Consumo combinado (alcohol y cannabis) y Áreas Sanitarias

Áreas Sanitarias		Uso combinado de alcohol y cannabis		Total
		No	Sí	
Área Sanitaria I (Jarrio)	N	76	9	85
	N esperado	68,9	16,1	85,0
	% de usuarios	3,4%	1,7%	3,1%
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	N	46	9	55
	N esperado	44,6	10,4	55,0
	% de usuarios	2,0%	1,7%	2,0%
Área Sanitaria III (Avilés)	N	399	67	466
	N esperado	377,8	88,2	466,0
	% de usuarios	17,7%	12,7%	16,8%
Área Sanitaria IV (Oviedo)	N	824	178	1002
	N esperado	812,3	189,7	1002,0

Áreas Sanitarias		Uso combinado de alcohol y cannabis		Total
		No	Sí	
	% de usuarios	36,6%	33,8%	36,1%
Área Sanitaria V (Gijón)	N	584	158	742
	N esperado	601,5	140,5	742,0
	% de usuarios	25,9%	30,0%	26,7%
Área Sanitaria VI (Arriondas)	N	52	25	77
	N esperado	62,4	14,6	77,0
	% de usuarios	2,3%	4,8%	2,8%
Área Sanitaria VII (Mieres)	N	124	52	176
	N esperado	142,7	33,3	176,0
	% de usuarios	5,5%	9,9%	6,3%
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	N	147	28	175
	N esperado	141,9	33,1	175,0
	% de usuarios	6,5%	5,3%	6,3%
Total	N	2252	526	2778

Tal y como puede apreciarse en la Tabla 72, es en las áreas V, VI y más claramente en la VII donde se encuentran más consumidores de este tipo de combinado de los que sería esperable por azar, mientras que en las otras hay menos. La relación entre áreas sanitarias y consumo combinado de alcohol y cannabis es estadísticamente significativa (Chi cuadrado= 37,062, $p < 0,000$). Si se estudia esta relación teniendo en cuenta la edad se encuentra que es estadísticamente significativa sólo a la edad de 16 años ($p = 0,009$) y está muy cerca del límite en los que tienen 17 ($p = 0,067$).

Tabla 73. Consumo combinado (alcohol y cocaína) y Áreas Sanitarias

Áreas Sanitarias		Uso combinado de alcohol y cocaína		Total
		No	Sí	
Área Sanitaria I (Jarrio)	N	83	2	85
	N esperado	82,2	2,8	85,0
	% de usuarios	3,1%	2,2%	3,1%
Área Sanitaria II (Cangas del Narcea)	N	52	2	54
	N esperado	52,3	1,7	54,0
	% de usuarios	1,9%	2,2%	1,9%
Área Sanitaria III (Avilés)	N	450	17	467
	N esperado	451,9	15,1	467,0
	% de usuarios	16,7%	18,9%	16,8%
Área Sanitaria IV (Oviedo)	N	981	22	1003
	N esperado	970,5	32,5	1003,0
	% de usuarios	36,5%	24,4%	36,1%
Área Sanitaria V (Gijón)	N	718	24	742
	N esperado	718,0	24,0	742,0
	% de usuarios	26,7%	26,7%	26,7%
Área Sanitaria VI (Arriendas)	N	76	1	77
	N esperado	74,5	2,5	77,0
	% de usuarios	2,8%	1,1%	2,8%
Área Sanitaria VII (Mieres)	N	160	16	176
	N esperado	170,3	5,7	176,0
	% de usuarios	6,0%	17,8%	6,3%
Área Sanitaria VIII (Valle del Nalón)	N	169	6	175
	N esperado	169,3	5,7	175,0
	% de usuarios	6,3%	6,7%	6,3%
Total	N	2689	90	2779

La relación entre este tipo de consumidores y las áreas sanitarias vuelve a ser significativa ($p=0,001$), siendo en este caso el área VII la que tiene una diferencia más clara entre frecuencia empírica y estimada. No resulta factible someter esta distribución a un análisis más pormenorizado ya que el número de consumidores es demasiado pequeño.

4.2.13. Edades de comienzo del consumo de drogas

En la Tabla 74 se muestran las edades medias de comienzo del consumo de drogas. Además de la media, se informa de la moda ya que es más orientativa de la edad mayoritaria a la que los sujetos se inician en el consumo.

Tabla 74. Edad de comienzo en el consumo de drogas

Droga	Media 12 - 18	Media 14 - 18	Media PND	Moda
Tabaco	13,39	13,51	13,2	14
Alcohol	13,48	13,70	13,7	14
Emborracharte	14,41	14,51	ND	15
Tranquilizantes con receta	12,79	13,61	ND	15
Tranquilizantes sin receta	13,76	14,13	14,8	15
Cannabis	14,76	14,84	14,7	16
Cocaína	15,28	15,47	15,8	16
GHB	14,92	15,08	ND	16
Éxtasis	15,00	15,29	15,6	16
Anfetaminas	15,54	15,75	15,7	16
Alucinógenos	15,49	15,62	15,8	16
Heroína	14,00	14,60	14,4	15
Inhalables volátiles	13,03	13,83	14,0	15

De la comparación de las edades medias del presente estudio con las medias nacionales dadas por el PND, destaca que las cifras son equiparables con muy pequeñas diferencias.

Si tenemos en cuenta el sexo, sólo son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) las diferencias encontradas en la edad de inicio de consumo de tranquilizantes con recetas ($p = 0,004$), GHB ($p = 0,028$) y de heroína ($p = 0,001$). En el primer caso, los hombres tienen una edad media de 12,05 ($N = 84$) y las mujeres de 13,31 ($N = 120$), en el segundo los hombres tienen 15,44 ($N = 16$) y las mujeres 14,00 ($N = 9$), mientras que en el tercero los hombres tienen 14,78 ($N = 9$) y las mujeres 11,67 ($N = 3$).

Desde el punto de vista de la distribución territorial por áreas sanitarias, hay que señalar que el área I informa de edades de comienzo significativamente más bajas en tabaco (con relación sólo al área IV, $p = 0,024$), alcohol (con relación sólo al área VIII, $p = 0,032$) y borracheras (con relación sólo a las áreas IV, $p = 0,030$, y III, $p = 0,049$). Las edades medias de comienzo son las siguientes, para el tabaco: Área I = 12,4, Área IV = 13,67, para el alcohol: Área I = 12,74, Área VIII = 13,7, y para las borracheras: Área I = 13,55, Área III = 14,48 y Área IV = 14,49. Es dudoso que estos resultados indiquen diferencias reales y no estén mediados por el hecho de que los informantes del área I tienen una edad media menor.

4.2.14. Percepción del consumo de los amigos en los últimos 30 días

En la Tabla 75 puede verse la frecuencia con la que los sujetos perciben las conductas de consumo entre los amigos durante los últimos 30 días.

Tabla 75. Consumo de los amigos en los últimos 30 días

Conducta	Ninguno	Unos pocos	Algunos	La mayoría	Todos
Fumar tabaco	28,9%	21,7%	23,7%	20,8%	5,0%
Tomas bebidas alcohólicas	21,7%	10,2%	11,1%	28,6%	28,4%
Emborracharse	35,1%	21,2%	23,9%	14,4%	5,4%
Consumir cannabis	64,8%	16,4%	11,9%	4,8%	2,2%
Tomar hipnosedantes	93,8%	4,4%	1,1%	0,4%	0,3%
Consumir cocaína en polvo	89,1%	6,7%	2,7%	1,1%	0,4%
Consumir cocaína base	96,3%	1,5%	0,8%	0,3%	0,3%
Consumir GHB	97,0%	1,9%	0,7%	0,2%	0,3%
Consumir éxtasis	95,4%	2,9%	1,1%	0,3%	0,3%
Consumir speed / anfetaminas	95,8%	2,4%	1,1%	0,4%	0,4%
Consumir alucinógenos	94,6%	3,2%	1,3%	0,5%	0,5%
Consumir heroína	97,5%	1,4%	0,5%	0,3%	0,3%
Consumir inhalables volátiles	97,7%	1,2%	0,7%	0,1%	0,3%
Inyectarse drogas	98,3%	1,0%	0,3%	0,1%	0,3%

La percepción del consumo se encuentra en consonancia con la propia utilización de la droga por los sujetos informantes. Las drogas que más ven consumir en los amigos son las mismas que los informantes consumen, tabaco,

alcohol y cannabis. A continuación se encuentra la cocaína en polvo, cuyo consumo es percibido en un 10,9% de los casos, con diferente intensidad.

Si analizamos la relación entre el consumo de drogas legales o ilegales y la percepción de consumo de ese mismo tipo de drogas, observamos que hay una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). En el rango de edad de 12 a 18 años, un 93,7% de los que consumen drogas legales (alcohol o tabaco) ven que sus amigos también las consumen, mientras que un 73,4% de los que usan drogas ilegales también admiten que sus amigos las consumen. Teniendo en cuenta las respectivas prevalencias de consumo (71,4% para las drogas legales y 34,6% para las ilegales) estimadas en esta encuesta, no cabe duda que los consumidores perciben que su entorno de amigos es bastante congruente con su uso de las drogas.

4.2.15. Probabilidad de consumo futuro en el próximo año

En el siguiente apartado se analiza la probabilidad percibida de iniciar el consumo de alguna sustancia en el próximo año. En la Tabla 76 se expone la frecuencia con la que los encuestados estiman las distintas probabilidades en las diferentes drogas.

Tabla 76. Probabilidad de consumo futuro en el próximo año

Droga	Muy improbable	Improbable	No estoy seguro	Probable	Muy probable
Cigarrillos	49,9%	16,0%	9,5%	9,4%	14,7%
Bebidas alcohólicas	23,3%	9,9%	9,9%	22,0%	34,8%
Hachís	75,9%	8,1%	6,0%	5,1%	4,9%
Anfetaminas	92,6%	4,9%	1,6%	0,3%	0,5%
LSD u otro alucinógeno	92,6%	4,9%	1,5%	0,6%	0,4%
Crack	94,1%	4,4%	1,2%	0,2%	0,1%
Cocaína	91,3%	4,8%	2,2%	0,9%	0,8%
Éxtasis	93,0%	4,5%	1,5%	0,5%	0,5%
Hipnosedantes	86,8%	6,9%	4,2%	1,2%	0,8%

Las sustancias que tienen una intención de consumo más alta son las que se consumen con mayor frecuencia: tabaco, alcohol y cannabis. Les siguen, ya de lejos, los tranquilizantes y la cocaína.

Las preferencias por sexo mantienen algunas tendencias encontradas en esta encuesta. Es más probable ($p < 0,05$) que las mujeres crean que van a consumir en el futuro cigarrillos, alcohol y tranquilizantes, mientras que los hombres apuestan por el cannabis. En el resto de las drogas no hay diferencias estadísticamente significativas por razón del sexo.

Si analizamos las expectativas de consumo por áreas sanitarias, encontramos que hay relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) en las pruebas de Chi – cuadrado, siendo las áreas que proporcionalmente tienen más sujetos con expectativas futuras de consumo de tabaco la VII y la VI, de alcohol la VI y la VII y de cannabis la VII y la VIII. En el resto de drogas el bajo número de sujetos con expectativas de consumo no permite realizar con fiabilidad las pruebas de Chi-cuadrado, dado el elevado número de casillas con frecuencias esperadas inferior a 5. Sin embargo, el área VII destaca en cocaína, mientras que la II lo hace en anfetaminas y éxtasis.

4.3. Consecuencias del consumo de drogas

4.3.1. Accidentes

En los últimos 12 meses, un total de 424 sujetos sufrió algún accidente que requirió asistencia médica. En la Tabla 77 se detalla el porcentaje de sujetos que se atribuye el consumo de cada droga en las 6 horas previas al último accidente.

Tabla 77. Accidentes atribuibles al consumo de drogas

Droga	Porcentaje (sobre 424 sujetos)
Bebidas alcohólicas	17,9%
Tranquilizantes / pastillas para dormir	1,7%
Cannabis	7,3%
Cocaína en polvo	1,2%
Base, crack	0,5%
GHB	0,5%
Éxtasis	0,2%
Speed o anfetaminas	0,7%
Alucinógenos	0,5%
Heroína	0,5%

Como puede observarse, son el alcohol y el cannabis las drogas más citadas como antecedentes del accidente ocurrido. Les siguen los tranquilizantes y la cocaína.

4.3.2. Peleas y agresiones

En los últimos 12 meses, 466 sujetos (16,7%) del total de encuestados se vieron envueltos en alguna pelea o sufrió y/o realizó alguna agresión física. La proporción de casos con consumo de alguna de las sustancias examinadas, en las 6 horas previas al incidente puede verse en la Tabla 78.

Tabla 78. Agresiones atribuibles al consumo de drogas

Droga	Porcentaje (sobre 466 sujetos)
Bebidas alcohólicas	40,1%
Tranquilizantes / pastillas para dormir	1,1%
Cannabis	13,9%
Cocaína en polvo	4,1%
Base, crack	0,4%
GHB	0,4%
Éxtasis	0,9%
Speed o anfetaminas	0,6%
Alucinógenos	1,1%
Heroína	0,2%

El alcohol es la droga que más frecuentemente se consume antes de verse involucrados en peleas y/o agresiones, seguida del cannabis y la cocaína.

4.3.3. Asistencia médica o sanitaria urgente

En los últimos 12 meses, 258 sujetos han recibido asistencia médica o sanitaria urgente. La proporción de casos que había consumido algún tipo de droga en las 6 horas previas al incidente puede verse en la Tabla 79, desglosada por tipo de droga.

Tabla 79. Asistencias médicas atribuibles al consumo de drogas

Droga	Porcentaje (sobre 258 sujetos)
Bebidas alcohólicas	11,2%
Tranquilizantes / pastillas para dormir	2,3%
Cannabis	3,9%
Cocaína en polvo	1,2%
Base, crack	0,0%
GHB	0,4%
Éxtasis	0,0%
Speed o anfetaminas	0,4%
Alucinógenos	0,8%
Heroína	0,4%

Alcohol, cannabis y tranquilizantes / hipnóticos son las sustancias cuyo consumo ha precedido con mayor frecuencia la necesidad de asistencia médica o de urgencia.

4.3.4. Detención por la policía

En los últimos 12 meses, 64 sujetos han sido detenidos en alguna ocasión por la policía. La proporción de casos que había consumido algún tipo de droga en las 6 horas previas a la detención puede verse en la Tabla 80, desglosada por tipo de droga.

Tabla 80. Detenciones atribuibles al consumo de drogas

Droga	Porcentaje (sobre 64 sujetos)
Bebidas alcohólicas	35,9%
Tranquilizantes / pastillas para dormir	0,0%
Cannabis	29,7%
Cocaína en polvo	1,6%
Base, crack	0,0%
GHB	3,1%
Éxtasis	3,1%
Speed o anfetaminas	1,6%
Alucinógenos	1,6%
Heroína	0,0%

Alcohol, cannabis, GHB y éxtasis son las drogas que más frecuentemente se encuentran asociadas con la presencia de problemas policiales.

4.3.5. Situaciones de conflicto

En los últimos 12 meses, un 33,6% de los encuestados informa haber tenido un conflicto o discusión importante con padres o hermanos, un 5,7% haber sufrido un robo o un atraco, un 1,6% haber escapado de casa más de un día y un 4,8% haber sido expulsado del centro educativo durante un día completo o más.

Si se analiza, mediante pruebas de Chi cuadrado, la relación entre consumir alcohol con frecuencia en el último año (20 veces o más), el uso de tranquilizantes, cannabis, cocaína, combinación de alcohol y cannabis o alcohol y cocaína, se obtienen los resultados que pueden verse en la Tabla 81.

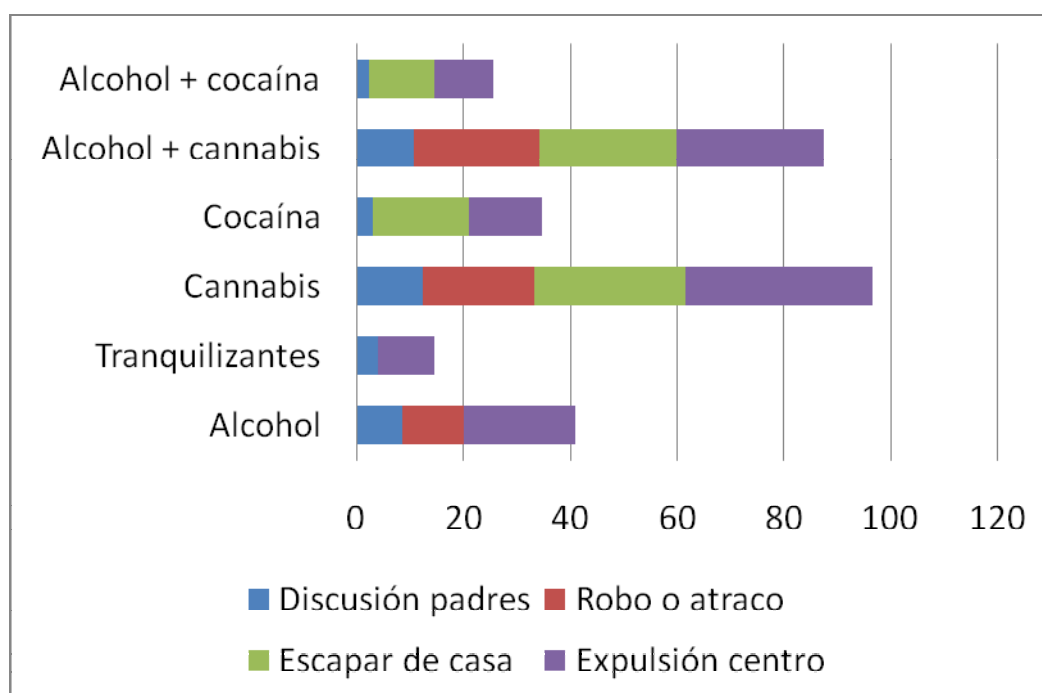
Tabla 81. Conflictos y consumo de drogas

	Conflicto grave con padres o hermanos	Sufrir robo o atraco	Escapar de casa más de un día	Ser expulsado del centro educativo por un día o más
Consumo de alcohol con frecuencia significativa en el último año	p<0,000	p=0,006	p=0,044	p<0,000
Uso de tranquilizantes	p<0,000	p=0,146	p=0,088	p<0,000
Uso de cannabis	p<0,000	p<0,000	p<0,000	p<0,000
Uso de cocaína	p<0,000	p= 0,437	p<0,000	p<0,000
Combinación alcohol cannabis	p<0,000	p<0,000	p<0,000	p<0,000
Combinación alcohol y cocaína	p<0,000	p=0,859	p<0,000	p<0,000

Como se puede apreciar la experiencia de situaciones de conflicto está altamente relacionada con el consumo de las drogas más habituales. Si utilizamos la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples con el fin de disminuir los errores tipo I, el nivel de significación en este caso se establece en $p<0,0016$, por lo que todas las relaciones incluidas en la Tabla 72 resultan estadísticamente significativas para un nivel de significación inicial de $p<0,05$, excepto aquellas cuyo texto está en azul.

En todos los casos donde la relación es estadísticamente significativa, la existencia de consumo aumenta la probabilidad de padecer una situación de conflicto. En el Gráfico 18 puede verse la proporción de incremento de riesgo asociado al consumo de cada tipo de droga para cada situación.

Gráfico 18



El hecho de que los consumidores de cocaína no hayan referido haber padecido ningún robo o atraco no puede ser atribuido en su totalidad al tipo de droga, ya que hay factores externos fortuitos que pueden influir en este resultado.

Como se puede ver, el consumo de cannabis o su asociación con el alcohol es el que más riesgo aumenta de padecer alguna de las cuatro situaciones evaluadas. El consumo de tranquilizantes es el que menos influye. La mayor influencia del cannabis sobre la generación de este tipo de problemas con relación a la cocaína puede estar mediada por la mayor frecuencia con la que se consume.

4.3.6. Experiencia de problemas y consumo de drogas

Si agrupamos bajo una sola variable la experiencia de problemas, de forma que esa variable resultante sea de carácter continuo, y refleje con una puntuación mayor la progresiva acumulación de problemas de diverso orden, se encuentra una relación estadísticamente significativa ($p < 0,000$) entre prevalencia de consumo y haber tenido algún problema de salud o legal, sufrido alguna agresión o participado en una pelea, o experimentado algún problema en casa, o en el colegio. Por término general, la media de problemas experimentados en los

últimos doce meses por los que consumen drogas es el doble de los que no las han consumido.

4.4. Percepción del riesgo de consumo

4.4.1. Consumo esporádico

La valoración del riesgo para la salud o de otro tipo asociado al consumo esporádico de drogas se ha determinado mediante la utilización de una escala con puntuaciones que van de 0 (Ningún problema) a 3 (Muchos problemas) que califica cada una de las posibles conductas de consumo. Los resultados obtenidos en la muestra pueden verse en la Tabla 82.

Tabla 82. Percepción del riesgo de consumo de drogas

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes problemas	Muchos problemas	No sabe	No contesta
Fumar tabaco alguna vez	14,8%	36,1%	31,7%	17,5%	5,4%	1,1%
Consumir tranquilizantes / pastillas para dormir alguna vez	9,2%	25,9%	33,2%	31,8%	17,4%	1,9%
Fumar hachís / marihuana alguna vez	6,2%	18,0%	28,5%	47,4%	8,8%	1,6%
Consumir cocaína en polvo alguna vez	3,6%	3,7%	21,9%	70,7%	11,7%	1,5%
Fumar base (cocaína en base, crack) alguna vez	3,7%	2,4%	20,6%	73,3%	13,5%	1,3%
Consumir GHB o éxtasis líquido alguna vez	3,8%	2,1%	17,1%	77,0%	14,8%	1,1%
Consumir éxtasis alguna vez	3,7%	2,9%	18,1%	75,3%	13,8%	1,0%
Consumir speed o anfetaminas alguna vez	3,7%	3,1%	18,5%	74,7%	14,6%	1,2%
Consumir LSD, tripis alguna vez	4,0%	3,6%	17,3%	75,1%	15,2%	1,1%

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes problemas	Muchos problemas	No sabe	No contesta
Consumir heroína alguna vez	3,7%	2,6%	16,7%	77,1%	13,3%	1,1%
Injectarse drogas alguna vez	3,7%	1,7%	13,0%	81,6%	12,6%	1,0%

Los porcentajes de las columnas “Ningún problema” a “Muchos problemas” de la Tabla 82 están obtenidos a partir de los sujetos que expresan alguna opinión. Las dos últimas columnas recogen los porcentajes de los que no saben o no contestan.

La evaluación de riesgo más reducida se encuentra asociada al consumo de tabaco esporádico, seguido del uso de tranquilizantes para dormir y el uso puntual del cannabis.

No hay diferencias estadísticamente significativa ($p < 0,05$) por sexo en la valoración del riesgo que producen este tipo de consumos, salvo en el caso del cannabis, donde los varones tienen una menor percepción de riesgo ($p = 0,003$).

La edad influye en la percepción de riesgo, tal y como puede verse en el Gráfico 19, de algunos de los comportamientos evaluados. En el gráfico solo se incluyen aquéllos en los que se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Hay conductas de consumo esporádico de algunas drogas (tranquilizantes, cocaína en polvo, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos) que son vistas con similar nivel de riesgo a cualquier edad.

Gráfico 19



Tal y como puede apreciarse, la valoración del riesgo en el caso del cannabis y del tabaco se va reduciendo con la edad, mientras que lo que se refiere a la cocaína base, el GHB, la heroína, y la inyección de drogas, la percepción de riesgo se incrementa ligeramente.

4.4.2. Consumo habitual

Tal y como se ha hecho en el apartado anterior, la valoración del riesgo que tiene el consumo habitual de ciertas sustancias (o la forma en la que se consumen) se ha hecho mediante la utilización de una escala que atribuye distinta cantidad de consecuencias negativas a determinados comportamientos asociados con el consumo de drogas.

En la Tabla 83 pueden verse los resultados obtenidos.

Tabla 83. Percepción del riesgo del consumo habitual

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes problemas	Muchos problemas	No sabe	No contesta
Fumar un paquete de tabaco diario	3,6%	6,7%	37,7%	52,0%	4,9%	1,1%
Tomarse 5 o 6 cañas / copas de bebidas alcohólicas el fin de semana	9,7%	37,7%	35,8%	16,8%	6,3%	1,5%
Tomar 1 o 2 cañas / copas de bebidas cada día	12,8%	33,1%	32,5%	21,6%	6,0%	1,7%
Tomar 5 o 6 cañas / copas de bebidas alcohólicas cada día	2,7%	6,4%	29,6%	61,3%	6,0%	1,7%
Consumir tranquilizantes / pastillas para dormir habitualmente	3,4%	7,6%	30,1%	58,9%	15,2%	1,7%
Fumar hachís / marihuana habitualmente	3,2%	5,7%	20,5%	70,6%	8,4%	1,2%
Consumir cocaína en polvo habitualmente	2,5%	0,6%	8,5%	88,4%	9,8%	1,4%
Fumar base (cocaína en base, crack) habitualmente	2,5%	0,4%	7,4%	89,6%	10,9%	1,1%
Consumir éxtasis habitualmente	2,5%	0,5%	7,4%	89,6%	10,7%	1,2%
Consumir speed o anfetaminas alguna vez	2,5%	1,6%	13,1%	82,8%	11,9%	1,3%
Consumir LSD, tripis o setas mágicas alguna vez	2,6%	1,9%	12,8%	82,7%	12,4%	1,1%

Consumir heroína alguna vez	2,5%	1,7%	12,6%	83,2%	11,5%	1,2%
Injectarse drogas alguna vez	2,5%	1,2%	10,9%	85,4%	10,7%	1,2%

El análisis de este cuadro nos indica que la percepción del riesgo atribuido al consumo habitual está bien graduada por sustancias y dosis. Hay una mayor indulgencia a la hora de valorar los efectos del alcohol y tabaco, a los que le siguen los tranquilizantes y cannabis. Sin embargo, dada la extensión del consumo del alcohol llama la atención que más de un 50% de los casos estimen que cierto consumo habitual no muy elevado puede ocasionar bastantes o muchos problemas.

En este caso, a diferencia de lo que sucedió con el consumo esporádico, hay algunas diferencias significativas más ($p < 0,05$) en la evaluación del riesgo por sexo. Las diferencias pueden verse en la Tabla 84. Sólo se incluyen las que son significativas, y el sentido de la diferencia es siempre que los hombres perciben menos riesgo que las mujeres. Utilizando la corrección de Bonferroni, sólo se considerarán significativas las diferencias con $p = < 0,004$.

Tabla 84. Percepción del riesgo según sexo

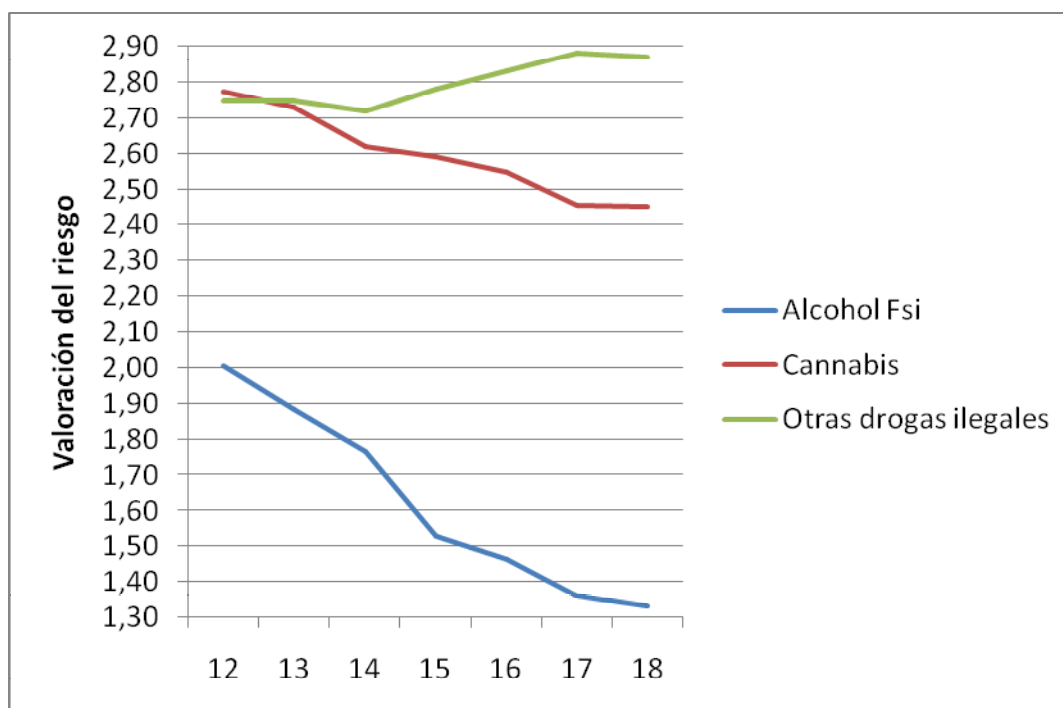
Comportamiento	t	p
Tomar cinco o seis cañas el fin de semana	-4,012	<0,000
Tomar 1 o 2 cañas cada día	-5,045	<0,000
Tomar 5 o 6 cañas cada día	-4,076	<0,000
Fumar cannabis habitualmente	-3,938	<0,000

Como puede apreciarse las diferencias se circunscriben a la evaluación del riesgo con drogas legales o ilegales de gran consumo. En el resto las diferencias no son estadísticamente significativas ($p < 0,004$).

También hay diferencias en la valoración del riesgo atribuibles a la edad (ver Gráfico 20). La percepción del riesgo asociado al consumo más o menos intenso durante los fines de semana disminuye de forma constante y pronunciada con la edad. Esa reducción en la percepción del riesgo también se produce en el

caso del cannabis, aunque de forma menos pronunciada y manteniéndose aún bastante alta (téngase en cuenta que la puntuación va desde 1 a 3). En el resto de las drogas ilegales, donde las diferencias han resultado significativas de acuerdo con la corrección de Bonferroni (fumar cocaína base, consumir habitualmente éxtasis, anfetaminas, heroína o inyectarse drogas), la percepción del riesgo se incrementa ligeramente con el transcurso de los años.

Gráfico 20



4.5. Información sobre drogas proveniente del Centro Educativo

En este apartado se le pregunta a los encuestados si han recibido información o se ha tratado el tema del consumo de drogas en clase, así como los efectos y problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo. Un 28,4% dice que no frente a un 71,6 que dice que sí.

4.6. Sinceridad en la contestación del cuestionario

Las últimas dos preguntas del cuestionario se refieren a la sinceridad con la que se han cumplimentado los consumos de drogas en el instrumento. Se pregunta si hubieran revelado un posible consumo en el caso de que hubieran consumido cannabis y heroína. En los dos casos el porcentaje de sujetos que lo

hubieran ocultado y que probablemente lo hubieran ocultado es reducido, y suman un 8,1% en el caso del cannabis y un 11,4% en el caso de la heroína.

4.7. Factores de riesgo del consumo de drogas

4.7.1. Factores de riesgo sociodemográficos

La relación de la **procedencia del joven** con la prevalencia vida de consumo de tabaco, alcohol, cannabis o cocaína no es estadísticamente significativa ($p < 0,05$), por lo que se puede afirmar que el hecho de ser inmigrante ni aumenta ni disminuye las probabilidades de consumo de las drogas más utilizadas.

La **convivencia** con ambos padres está estadísticamente relacionada con la prevalencia vida del consumo de las drogas de mayor uso. Dado que la edad media de los que no están conviviendo con los padres es mayor que la de los que conviven (0,32 años más, $p = 0,003$), se han hecho los análisis de Chi cuadrado por cada segmento de edad, con el fin de eliminar su influencia. Los resultados indican que los sujetos de 18 años que no conviven con ambos padres tienen una mayor probabilidad ($p < 0,05$) de haber consumido tabaco (Chi cuadrado = 7,740, $p = 0,005$) y cocaína (Chi cuadrado = 5,207, $p = 0,022$) a lo largo de su vida. En el caso de los sujetos de 14 años, la mayor probabilidad está asociada al alcohol (Chi cuadrado = 5,567, $p = 0,018$), mientras que a los 13, 15 y 16 lo está con el cannabis (Chi cuadrado = 4,574, $p = 0,032$; Chi cuadrado = 4,180, $p = 0,041$; Chi cuadrado = 4,100, $p = 0,043$).

Si se cruzan las **actividades laborales de los padres** con las prevalencias vida de consumo de las drogas más utilizadas (tabaco, alcohol, cannabis y cocaína) se encuentra que los hijos de padres pensionistas (padre o madre), en paro o fallecidos (en el caso del padre) tienen más probabilidad de consumo. Sin embargo, este efecto está mediado por el hecho de que los sujetos en estos grupos tienen una edad media mayor que en el resto. Si se tiene en cuenta el efecto de la edad, entonces no se aprecia ninguna relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Si se analiza la relación del **nivel educativo**, tanto del **padre** como de la **madre**, con la prevalencia vida de consumo de las drogas más comúnmente usadas (tabaco, alcohol, cannabis y cocaína) debe controlarse la edad, ya que hay diferencias significativas en la edad media de los alumnos según el nivel educativo tanto del padre como de la madre. Los hijos de madres universitarias tienen una edad media (14,84) inferior a los de madres sin estudios (15,69) o con estudios primarios (15,59). Las diferencias son estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$). Lo mismo sucede en el caso de los padres. La edad media de los hijos de padres universitarios es de 14,83 años, mientras que la de los hijos de padres sin estudios es de 15,81 y con estudios primarios es de 15,66. Las diferencias son también estadísticamente significativas ($p < 0,000$).

Los resultados obtenidos por segmento de edad, en aquellos casos en donde el número de sujetos en cada condición es suficiente para que se puedan realizar los cálculos, indican que las madres universitarias tienen una probabilidad menor que las que tienen estudios primarios o carecen de titulación alguna, de tener hijos con 14 años que hayan consumido alguna vez en su vida tabaco o cannabis, o a los 15 alcohol. En la prevalencia vida de consumo de cannabis, la relación con el nivel de estudios de la madre también es estadísticamente significativa ($p = 0,001$) a la edad de 18 años, pero el sentido es inverso al que se aprecia a los 14. En los sujetos de 18 años, la probabilidad de haber consumido alguna vez cannabis es mayor en los hijos de madres universitarias.

La prevalencia vida de consumo de tabaco también está relacionada con el nivel educativo del padre. El alumnado de 14 años con padres universitarios tiene una menor probabilidad de haber consumido alguna vez en su vida tabaco ($p = 0,02$) y cannabis ($p = 0,006$) que los que tienen padres con menor nivel educativo al BUP.

Si analizamos la relación entre el **rendimiento escolar** y el consumo de drogas, se encuentra una clara relación estadística entre la prevalencia vida de consumo de las drogas de más uso y el hecho de haber faltado a clase, al menos un día completo, en los últimos 30 días. Si segmentamos por edad, vemos que es más probable que falten más a clase los que han consumido alguna vez en su

vida cannabis y tienen 14 ($p = 0,031$), 15 ($p = 0,009$) y 16 ($p < 0,000$) años, los que han usado alguna vez cocaína y tienen 14 ($p = 0,012$) y 16 años ($p = 0,001$), los que han usado alguna vez tabaco y tienen 12 ($p = 0,049$), 14 ($p = 0,042$), 15 ($p = 0,007$) y 16 años ($p < 0,000$) y los que han tomado alguna vez alcohol y tienen 12 ($p = 0,012$), 14 ($p = 0,015$), 15 ($p = 0,030$) y 16 años ($p = 0,002$).

En lo que se refiere al tipo de motivos, es más probable ($p \leq 0,001$) que los sujetos que aduzcan únicamente razones motivacionales (no tener ganas) hayan consumido alguna vez en su vida tabaco, alcohol, cannabis o cocaína.

Los escolares que repiten curso una o más veces tienen más probabilidad de haber consumido alguna vez en la vida tabaco, alcohol, cannabis o cocaína ($p < 0,000$). Esta relación no tiene igual probabilidad a todas las edades y con todas las drogas mencionadas. Así, en el caso del tabaco se da a los 14 ($p < 0,000$), 15 ($p = 0,005$), 17 años ($p = 0,004$) y 18 años ($p = 0,031$), con el alcohol a los 14 ($p = 0,007$), con el cannabis a los 13 ($p < 0,000$), 14 ($p < 0,000$) y 17 años ($p = 0,031$), y con la cocaína a los 15 ($p < 0,000$), 16 ($p = 0,022$) y 17 años ($p < 0,000$).

Si analizamos la relación entre la **disponibilidad de dinero** y el uso de drogas lo primero que se observa es que los consumidores afirman, por término medio, disponer de más dinero. En la Tabla 85 se pueden apreciar cruzadas las cantidades medias en euros a la semana disponibles por los que han consumido algún tipo de droga alguna vez y aquellos que nunca las han consumido, separadas por segmento de edad. Como puede observarse, las medias de los consumidores siempre son superiores a las de los no consumidores, aunque las diferencias no son en todos los casos estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabla 85. Consumo de drogas y dinero disponible

Edad	Consumidor		No consumidor		t	p
	N	Media € semana	N	Media € semana		
12	66	11,55	177	10,21	-,0,674	0,501
13	161	16,50	219	10,45	-4,163	<0,000
14	250	17,63	157	13,52	-2,974	0,003
15	365	19,59	73	18,00	-0,805	0,421
16	423	20,59	40	14,88	-2,538	0,011
17	422	26,23	28	14,04	-5,138	<0,000
18	212	29,04	12	26,25	-0,538	0,591

El **tiempo de ocio** también se relaciona con el consumo. Hay una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre el número de veces que se sale y la probabilidad de ser un consumidor de una droga ilegal o legal. En la Tabla 86 se indican las puntuaciones Chi-cuadrado y su significación estadística, resultantes de cruzar la frecuencia de salidas nocturnas y la prevalencia vida de consumo tanto de drogas legales o ilegales, en cada segmento de edad.

Tabla 86. Consumo de drogas y salidas nocturnas

Edad	Tipo de drogas consumidas	Chi cuadrado	p
12	Legales	42,064	<0,000
	Ilegales	21,682 ^a	<0,000
13	Legales	65,955	<0,000
	Ilegales	32,281	<0,000
14	Legales	69,377	<0,000
	Ilegales	34,276	<0,000
15	Legales	77,317	<0,000
	Ilegales	21,057	<0,000
16	Legales	49,800 ^a	<0,000
	Ilegales	21,467	<0,000
17	Legales	96,212 ^a	<0,000
	Ilegales	22,466	<0,000
18	Legales	14273 ^a	0,003
	Ilegales	15,757 ^a	0,001
^a Hay al menos un 25% de las casillas con una frecuencia teórica esperada inferior a 5, debido a que hay muy pocos consumidores en alguna de las opciones.			

Como puede observarse, aunque la edad es un importante modulador ya que los mayores salen más que los más jóvenes, la relación entre frecuencia de

salidas y uso de drogas legales o ilegales se mantiene en cualquier tramo de edad. En todos los casos, se mantiene la tendencia de que una mayor frecuencia de salida está asociada a una mayor probabilidad de haber usado en algún momento de la vida tanto drogas legales o ilegales.

Como en el caso de la frecuencia de salidas, la hora de regreso también está relacionada con la prevalencia de consumo de drogas legales o ilegales. Los encuestados que reconocen que han salido por la noche hasta horas más tardías tienen más probabilidad ($p < 0,000$) de haber usado a lo largo de su vida drogas legales o ilegales.

4.7.2. Análisis de los factores de riesgo del FRIDA

El FRIDA es un instrumento estandarizado para la evaluación de los principales factores de riesgo que influyen en el consumo de drogas en jóvenes. Los resultados indican la importancia de cada uno de los 7 factores de riesgo que mide la prueba, además de poder obtenerse una puntuación global que indica la vulnerabilidad del joven al consumo. Los factores de riesgo son los que aparecen en la Tabla 87.

Tabla 87. Factores de riesgo del FRIDA

Código del factor	Descripción
ReacFam	Reacción percibida de agrado o desagrado de cada uno de los miembros de la familia en el caso de detectarse consumo de drogas legales e ilegales.
Amigl	Valoración del consumo de drogas en los amigos, así como de su reacción ante el consumo. Valoración de la frecuencia de actividades conjuntas de riesgo.
AcceDr	Valoración percibida de la facilidad de acceso a las drogas
RiesFam	Valoración del apego familiar. Valoración del consumo de drogas en la familia.
EduFam	Evaluación de la intervención educativa de los padres en relación con las drogas
ActProct	Evaluación de la realización de actividades protectoras tanto en el tiempo libre como en la escuela
EstEduc	Valoración de la existencia de normas familiares que regulan su vida, así como de la forma en la que se establecen

Con el fin de valorar la importancia que tienen estos factores de riesgo a la hora de predecir o explicar la conducta de consumo, se han realizado diversos análisis de regresión logística binaria, utilizando como variables dependientes las conductas de consumo y como predictoras los siete factores medidos en la prueba.

Factores de riesgo y consumo de alcohol

Los resultados obtenidos por los análisis de regresión logística binaria sobre las tres variables dependientes de consumo de alcohol son los que pueden verse en la Tabla 88.

Tabla 88. Factores de riesgo y consumo de alcohol

Prevalencia de consumo en la vida			
<i>Método</i>	<i>Variables en la ecuación</i>	<i>% de sujetos consumidores bien clasificados</i>	<i>% de sujetos totales bien clasificados</i>
Introducción	ReacFam Amiglg AcceDr RiesFam EduFam ActProct EstEduc	92,4%	83,1%
Prevalencia de consumo en los últimos doce meses			
<i>Método</i>	<i>Variables en la ecuación</i>	<i>% de sujetos consumidores bien clasificados</i>	<i>% de sujetos totales bien clasificados</i>
Introducción	ReacFam Amiglg AcceDr RiesFam EduFam ActProct EstEduc	91,3%	82,1%

Prevalencia de consumo en los últimos 30 días			
<i>Método</i>	<i>Variables en la ecuación</i>	<i>% de sujetos consumidores bien clasificados</i>	<i>% de sujetos totales bien clasificados</i>
Introducción	ReacFam		
	Amiglg		
	AcceDr		
	RiesFam	86,5%	79,0%
	EduFam		
	ActProct		
	EstEduc		

Como puede apreciarse, la utilización de los siete factores de la prueba permite reconocer entorno al 90% de los consumidores y el 70% de los no consumidores. La capacidad predictiva de los factores de riesgo es algo mejor en la prevalencia vida, y algo peor si debe detectar a los consumidores en el último mes.

Para analizar la relación entre los factores de riesgo y la cantidad de alcohol consumida, se ha llevado a cabo un ANOVA en el que las variables dependientes son la cantidad de UBEs consumidas durante los días laborables, fines de semana, y totales, y el factor utilizado ha sido la puntuación global de vulnerabilidad del FRIDA dividida en seis categorías, muy bajo, bajo, moderadamente bajo, moderadamente alto, alto y muy alto. Las medias de UBEs obtenidas por cada categoría del factor pueden verse en la Tabla 89. Los resultados del ANOVA pueden verse en la Tabla 90.

Tabla 89. UBES y Factores de Riesgo

UBEs	Puntuación global FRIDA	N	Media
UBEs en días laborables	Muy bajo	0	.
	Bajo	6	2,50
	Moderado bajo	41	4,41
	Moderado alto	144	4,57
	Alto	169	5,93
	Muy alto	65	5,89
	Total	425	5,27
UBEs en fin de semana	Muy bajo	2	5,50
	Bajo	16	5,94
	Moderado bajo	201	10,69
	Moderado alto	483	16,87
	Alto	410	22,51
	Muy alto	105	26,12
	Total	1217	18,39
UBEs por semana	Muy bajo	2	5,50
	Bajo	18	6,11
	Moderado bajo	204	11,42
	Moderado alto	489	18,01
	Alto	414	24,72
	Muy alto	107	29,21
	Total	1234	19,95

Tabla 90. UBES y Factores de Riesgo (ANOVA)

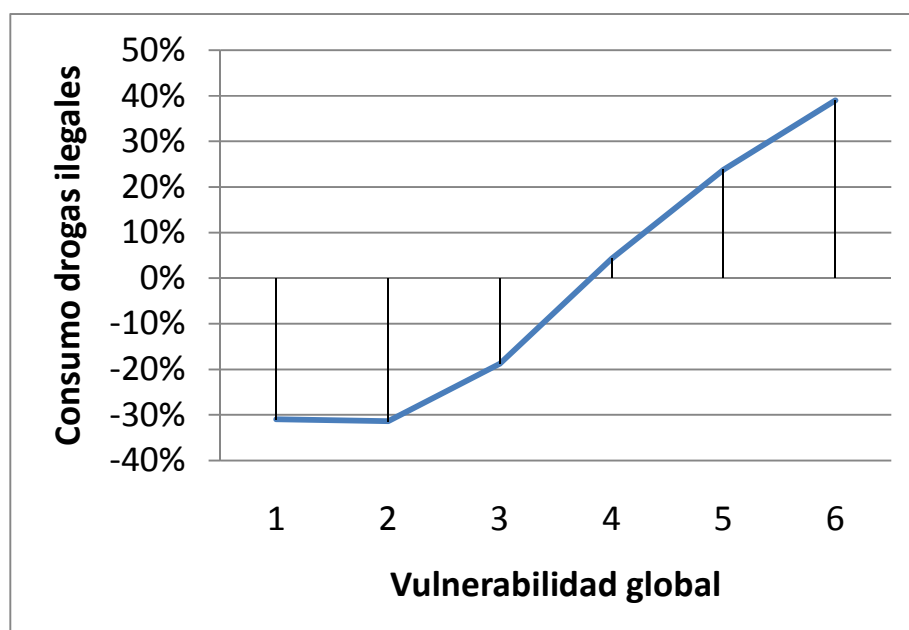
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
UBEs en días laborables	Inter-grupos	245,270	4	61,318	2,907	,022
	Intra-grupos	8860,151	420	21,096		
	Total	9105,421	424			
UBEs en fin de semana	Inter-grupos	29116,246	5	5823,249	31,932	,000
	Intra-grupos	220844,014	1211	182,365		
	Total	249960,260	1216			
UBEs por semana	Inter-grupos	39161,636	5	7832,327	34,199	,000
	Intra-grupos	281238,834	1228	229,022		
	Total	320400,470	1233			

Como puede apreciarse en la Tabla 90, hay una estrecha relación entre las cantidades medias consumidas y la puntuación global en el FRIDA. A mayor puntuación en el FRIDA, mayor cantidad de UBEs consumidas. Esta correlación positiva es más clara en el consumo de fines de semana y en la cantidad global, que en el consumo durante los días laborables. En los tres casos la puntuación F es estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Factores de riesgo y consumo de drogas ilegales

Como era de esperar por lo sucedido con el alcohol, la relación que mantienen los factores de riesgo con el consumo a lo largo de la vida de drogas ilegales es muy clara. A mayor puntuación en el factor de vulnerabilidad global mayor probabilidad de haber consumido alguna vez a lo largo de la vida cualquier droga ilegal. En el Gráfico 21 se presenta la desviación encontrada en la proporción de sujetos consumidores de drogas ilegales en cada uno de los seis niveles de vulnerabilidad. Como puede observarse en los niveles bajos se encuentran menos sujetos consumidores de lo que sería esperable por azar (exactamente en el nivel 1 un 30,96% menos), situación que se invierte según va subiendo el nivel de vulnerabilidad tal y como la mide el FRIDA (en el nivel máximo, 6, se encuentran un 38,99% más). La relación es en todas las drogas de consumo ilegal estadísticamente significativa ($p < 0,000$).

Gráfico 21



Distribución de los factores por sexo y edad

Hay diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre sexos en algunos de los factores de riesgo, pero no en todas las edades, tal y como puede apreciarse en la Tabla 91.

Tabla 91. Tabla Factores de riesgo y edad

Factor de riesgo	Valor de Chi-cuadrado	Significación	Sentido de la diferencia	Edades
ReacFam	18,606	$p < 0,000$	Las mujeres estiman con más frecuencia que la reacción de la familia es más moderada o baja	16
	11,803			17
	12,734			18
AcceDr	6,633	$p = 0,036$	Hay una ligera mayor proporción de varones que estiman que el acceso a las drogas es más fácil	15
	6,714	$p = 0,035$		16
RiesFam	9,496	$p = 0,009$	La puntuación en este factor es ligeramente más alta en las mujeres	14
	8,648	$p = 0,013$		17
ActProct	7,748	$p = 0,021$	Hay un porcentaje mayor de mujeres con puntuación alta en este factor	13
	21,537	$p < 0,000$		14
Vulnerabilidad global	7,116	$p = 0,028$	Las puntuaciones de los hombres son más altas	12
	9,458	$p = 0,009$		16
	6,732	$p = 0,035$		17

La interpretación de estos resultados debería esperar su confirmación en otros estudios que utilicen el mismo instrumento. De todas formas, pueden avanzarse algunas hipótesis.

El resultado más moderado que obtienen las mujeres en Reacción Familiar, a edades en las que ya se ha experimentado con drogas (de 16 a 18 años), puede indicar que el consumo femenino es menos objeto de sospecha y vigilancia en las

familias, por lo que las mujeres tienen menos experiencia de la posible reacción familiar al consumo.

A la edad de 15 y 16 años, parece haber una mayor tendencia de los hombres a infraestimar las dificultades de acceso a las drogas. Esta diferencia es muy ligera pero estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La mayor prevalencia a esas edades de hombres que se inician en el consumo de drogas ilegales podría dar cuenta de una menor percepción de dificultad en obtener drogas.

En las edades de 14 y 17 años, las mujeres perciben más conflicto y/o consumo de drogas en su familia cercana que los hombres. Esta diferencia es más pronunciada a los 14. Es muy posible que las mujeres sean más conscientes de ese tipo de información que los hombres, a esa misma edad, aunque las diferencias no son muy marcadas.

Llama la atención que, a las edades de 13 y 14 años, las mujeres desarrollen menos actividades que sean incompatibles o no estén positivamente relacionadas con el consumo de drogas. Es muy posible que los hombres tengan un mayor abanico de actividades a las que se dedican, tales como deportes, o que tengan más libertad para poder desarrollarlas.

La mayor vulnerabilidad global masculina es acorde con la mayor prevalencia de consumo en alcohol y la mayoría de drogas ilegales, sin embargo no es clara la razón por la que se da sólo en determinadas edades. Es significativo que la diferencia acumulada sea significativa ya a la edad de 12 años. Este dato es relevante a la hora de implantar programas de prevención que disminuyan los factores de riesgo y aumenten los de protección.

4.8. Resumen de resultados sobre el consumo de drogas

4.8.1. Prevalencias de consumo

En la Tabla 92 se resumen los datos de prevalencia de consumo de las distintas drogas evaluadas en este estudio, comparando los resultados con los datos del último informe sobre consumo en enseñanzas secundarias del PND, perteneciente al 2004.

Tabla 92. Consumo de Drogas Asturias y PND

Tipo de droga	Datos actuales 2007 de Asturias. Rango 14 – 18 años	PND 2004 – Datos nacionales. Rango 14 – 18 años	% de incremento o reducción
<i>Prevalencia del consumo alguna vez en la vida</i>			
Tabaco	45,6	60,4	-24,50
Alcohol	82,0	82,0	0,00
Hipnosedantes	11,2	7,0	60,00
Cannabis	34,9	42,7	-18,27
Éxtasis	2,5	5,0	-50,00
Alucinógenos	4,6	4,7	-2,13
Anfetaminas	3,2	4,8	-33,33
Cocaína	6,5	9,0	-27,78
Heroína	0,8	0,7	14,28
Inhalables volátiles	2,2	4,1	-46,34
<i>Prevalencia del consumo en los últimos doce meses</i>			
Tabaco	36,5	ND	--
Alcohol	78,2	81,0	-3,46
Hipnosedantes	7,0	4,7	48,94
Cannabis	30,3	36,6	-17,21
Éxtasis	1,7	2,6	-34,62
Alucinógenos	2,9	3,1	-6,45
Anfetaminas	2,3	3,3	-30,30
Cocaína	5,3	7,2	-26,39
Heroína	0,4	0,4	0,00
Inhalables volátiles	1,0	2,2	-54,55
<i>Prevalencia del consumo en los últimos 30 días</i>			
Tabaco	29,5	37,4	-21,12
Alcohol	69,9	65,6	6,55
Hipnosedantes	3,4	2,4	41,67
Cannabis	20,9	25,1	-16,73
Éxtasis	0,8	1,5	-46,67
Alucinógenos	1,7	1,5	13,33
Anfetaminas	1,2	1,8	-33,33
Cocaína	2,9	3,8	-23,68
Heroína	0,2	0,4	-50,00
Inhalables volátiles	0,7	1,1	-36,36

Hay una disminución considerable entre las cifras aportadas por el PND para todo el territorio español en el año 2004 y las obtenidas en este estudio para el consumo de tabaco, cannabis, éxtasis, anfetaminas, cocaína e inhalables volátiles. La disminución es mucho más acusada en el caso del tabaco y cannabis, en términos de población afectada, y para el éxtasis en relación al porcentaje de reducción (un 50% en el caso del consumo en los últimos 30 días).

Se mantiene en niveles elevados el consumo de alcohol, con un ligero incremento en el consumo en el último mes. También se incrementa el uso de tranquilizantes e hipnóticos.

A partir de estos datos, no se puede afirmar que haya habido un descenso o aumento en el consumo de los jóvenes asturianos de 14 a 18 años, ya que se desconocen las prevalencias previas referidas al año 2004 en Asturias.

4.8.2. Prevalencias de consumo por sexo

En la Tabla 93 se muestran las diferentes prevalencias distribuidas por sexo. El consumo entre las mujeres es mayor en tabaco e hipnosedantes, tal y como sucedía en el informe del PND, al que hay que añadir, en este caso, el referente al alcohol. Así como en el informe del 2004, se establecía una evidente igualdad en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, los datos actuales apuntan a un incremento del consumo femenino, que afecta a los tres tipos de prevalencia. En el resto de las drogas, los hombres consumen con más frecuencia que las mujeres, aunque todas las diferencias (ver Tabla 93) se están acortando.

Tabla 93. Consumo de drogas según sexo (Asturias y PND)

	Datos actuales 2007 de Asturias. Rango 14 – 18 años		PND 2004 – Datos nacionales. Rango 14 – 18 años	
	H	M	H	M
<i>Prevalencia del consumo alguna vez en la vida</i>				
Tabaco	40,4	51,7	56,6	64,1
Alcohol	79,5	85,0	81,5	82,5
Hipnosedantes	9,6	13,0	5,8	8,1
Cannabis	36,1	34,1	45,3	40,2
Éxtasis	3,1	1,8	6,0	3,9
Alucinógenos	5,1	4,0	6,2	3,3
Anfetaminas	3,9	2,4	6,0	3,6
Cocaína	7,2	5,6	11,3	6,8
Heroína	1,2	0,2	1,1	0,3
Inhalables volátiles	2,9	1,4	5,2	2,9
<i>Prevalencia del consumo en los últimos doce meses</i>				
Tabaco	32,0	41,7	ND	ND
Alcohol	74,7	82,2	80,6	81,5
Hipnosedantes	5,8	8,5	4,0	5,5
Cannabis	32,2	28,6	39,4	33,7
Éxtasis	2,0	1,2	3,3	1,9
Alucinógenos	3,6	2,1	4,4	1,8
Anfetaminas	2,8	1,7	4,3	2,3
Cocaína	6,0	4,5	9,4	5,1
Heroína	0,6	0,1	0,8	0,1
Inhalables volátiles	1,2	0,8	3,0	1,4
<i>Prevalencia del consumo en los últimos 30 días</i>				
Tabaco	25,4	34,2	32,9	41,9
Alcohol	67,6	72,6	65,5	65,7
Hipnosedantes	2,9	4,0	1,8	3,0
Cannabis	22,9	19,0	28,3	22,0
Éxtasis	1,1	0,4	1,9	1,0
Alucinógenos	1,8	1,5	2,3	0,7
Anfetaminas	1,8	0,6	2,7	1,0
Cocaína	3,4	2,3	5,1	2,6
Heroína	0,4	0,1	0,7	0,1
Inhalables volátiles	0,8	0,6	1,6	0,7

4.8.3. Prevalencias de consumo por edad

En la Tabla 94 puede verse de forma comparativa, las distintas prevalencias de consumo por edad, tanto de la encuesta actual (EA) como de la encuesta del 2004 del PND, en este último caso para el rango de edad de 14 – 18 años.

Tabla 94. Consumo de drogas según edad Asturias y PND)

Edad	12	13	14	15	16	17	18					
	EA	EA	PND	EA	PND	EA	PND	EA	PND	EA	PND	EA
Prevalencia del consumo alguna vez en la vida												
Tabaco	6,0	12,3	42,1	25,2	54,7	41,1	62,3	50,3	70,0	52,0	77,3	64,4
Alcohol	20,7	39,1	59,2	56,4	76,6	80,5	86,9	90,5	91,9	91,9	93,8	92,6
Hipnosedantes	5,0	5,9	4,1	11,9	6,2	9,8	7,1	13,2	8,0	10,0	10,8	11,3
Cannabis	2,7	4,1	19,6	13,4	33,7	27,5	45,9	36,8	56,7	48,9	63,5	56,1
Éxtasis	0,8	0,5	0,5	2,6	2,3	1,3	4,3	2,1	9,0	3,0	13,7	4,3
Alucinógenos	0,8	0,8	0,7	1,2	2,6	3,0	4,0	3,1	8,5	6,9	12,1	11,3
Anfetaminas	0,8	0,3	0,6	2,1	2,3	2,2	4,0	2,5	9,3	3,4	12,0	8,2
Cocaína	1,5	1,0	1,2	2,3	4,1	4,1	7,6	5,1	17,0	9,3	23,6	14,6
Heroína	0,4	0,3	0,4	0,9	0,4	0,9	0,8	0,6	1,0	0,4	1,1	1,2
Inhalables volátiles	1,5	2,5	2,3	1,9	3,1	2,0	4,0	1,4	5,8	3,0	6,2	3,1
Prevalencia del consumo en los últimos doce meses												
Tabaco	3,4	8,3	ND	19,6	ND	34,4	ND	40,7	ND	41,4	ND	51,0
Alcohol	17,6	34,1	57,9	50,6	75,6	77,3	85,9	86,6	91,1	88,4	93,0	90,3
Hipnosedantes	2,0	4,1	2,7	7,0	3,9	6,3	5,1	8,2	5,6	5,7	7,1	8,6
Cannabis	1,9	2,8	17,2	11,7	29,3	24,6	39,5	33,7	48,4	40,9	51,8	47,0
Éxtasis	0,4	0,5	0,3	1,6	1,3	1,3	2,3	1,6	4,9	1,8	6,5	2,0
Alucinógenos	0,4	0,5	0,5	0,9	1,7	2,6	2,7	2,1	5,6	4,1	7,8	6,3
Anfetaminas	0,4	0,3	0,5	1,2	1,7	1,7	3,1	1,6	5,8	2,8	7,9	5,5
Cocaína	0,4	0,5	0,9	2,1	3,2	3,5	6,1	4,5	14,0	7,3	18,5	11,8
Heroína	0,4	0,3	0,3	0,5	0,3	0,7	0,5	0,4	0,6	0,2	0,8	0,0
Inhalables volátiles	1,5	1,0	1,4	1,2	2,1	1,1	2,1	0,6	2,7	0,8	3,1	2,0
Prevalencia del consumo en los últimos 30 días												
Tabaco	2,7	6,1	15,5	14,2	28,9	27,9	38,6	30,0	51,3	35,3	60,1	45,5
Alcohol	10,0	21,5	38,0	38,0	57,7	67,7	71,9	79,0	78,2	83,2	81,5	84,4
Hipnosedantes	2,0	2,1	1,6	3,3	2,1	2,2	2,6	3,9	2,7	3,5	3,3	4,7
Cannabis	1,2	1,5	10,0	6,6	19,2	18,3	27,8	22,8	34,6	28,0	35,7	34,3
Éxtasis	0,4	0,3	0,2	0,9	0,8	0,7	1,2	0,6	2,6	0,8	4,0	1,2
Alucinógenos	0,4	0,3	0,3	0,7	0,9	1,5	1,4	1,4	2,3	2,4	3,7	2,3

Edad	12	13	14		15		16		17		18	
	EA	EA	PND	EA	PND	EA	PND	EA	PND	EA	PND	EA
Anfetaminas	0,4	0,0	0,2	0,7	1,0	0,9	1,9	0,8	2,8	1,2	4,5	3,5
Cocaína	0,4	0,0	0,5	0,9	1,6	1,7	3,1	2,7	7,2	4,5	11,1	5,9
Heroína	0,4	0,3	0,2	0,0	0,2	0,9	0,4	0,0	0,5	0,2	0,7	0,0
Inhalables volátiles	0,8	0,5	0,7	0,5	1,1	0,7	1,1	0,2	1,3	0,8	1,6	2,0

La disminución del consumo de tabaco se aprecia en todas las edades, aunque el consumo habitual (últimos 30 días) no se reduce de forma tan significativa a la edad de 14 y 15 años como a los 17 o 18 años.

El uso del cannabis también se reduce en todos los segmentos de edad, aunque a los 18 años la diferencia es mínima.

Por otra parte, el aumento en la prevalencia del consumo de alcohol, en los últimos 30 días, también se da en todas las edades menos a los 14 años, donde la cifra es idéntica a la del PND.

El incremento de la prevalencia del consumo habitual de hipnosedantes también se da en todas las edades.

4.8.4. Prevalencias de consumo por Áreas Sanitarias

La distribución de las distintas prevalencias por áreas sanitarias, en el rango de edad de 14 a 18 años, puede verse en la Tabla 95.

Tabla 95. Prevalencia de consumo y Áreas Sanitarias

	Áreas Sanitarias							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida								
Tabaco	55,1	52,1	45,0	41,6	46,6	52,6	59,5	40,0
Alcohol	86,3	83,3	82,2	80,6	83,1	81,8	89,3	75,0
Hipnosedantes	14,0	14,6	11,6	10,6	11,2	13,2	10,7	11,4
Cannabis	29,2	27,1	31,4	32,0	39,1	44,7	46,6	34,4
Éxtasis	2,0	6,3	1,4	2,0	2,7	0,0	6,0	3,8
Alucinógenos	2,0	6,3	5,1	2,6	4,3	1,3	12,7	8,3
Anfetaminas	4,0	6,3	3,7	1,8	3,4	1,3	7,4	4,5
Cocaína	4,0	4,2	5,9	4,5	7,0	1,3	18,1	8,3
Heroína	4,0	4,3	0,6	0,3	0,7	0,0	1,3	1,5
Inhalantes	8,0	0,0	2,5	2,5	1,6	1,3	1,3	2,3
Prevalencia de consumo en los últimos doce meses								
Tabaco	41,2	39,6	36,2	33,6	36,6	42,9	46,7	34,8
Alcohol	80,4	81,3	76,8	77,0	79,9	80,5	86,0	68,9
Hipnosedantes	8,0	8,5	7,9	7,0	6,5	7,9	6,7	6,9
Cannabis	26,5	23,4	25,7	28,1	34,3	42,1	39,9	29,0
Éxtasis	0,0	4,3	1,1	1,5	1,6	0,0	3,4	3,1
Alucinógenos	2,0	4,3	2,8	1,8	2,0	1,3	9,4	6,1
Anfetaminas	4,0	2,2	2,8	1,5	2,2	0,0	5,4	3,8
Cocaína	4,0	4,2	5,4	3,4	5,8	1,3	14,8	6,1
Heroína	0,0	0,0	0,6	0,1	0,5	0,0	0,7	0,8
Inhalantes	4,0	0,0	0,8	1,1	0,9	0,0	1,3	1,5
Prevalencia de consumo en los últimos treinta días								
Tabaco	29,4	37,5	27,4	22,8	29,8	37,7	42,0	27,3
Alcohol	64,7	75,0	70,1	66,0	71,6	77,9	82,7	65,9
Hipnosedantes	8,0	8,5	3,7	3,0	2,3	3,9	4,0	4,6
Cannabis	20,8	14,9	17,0	18,9	23,7	27,6	32,2	19,8
Éxtasis	0,0	2,2	0,6	0,5	0,7	0,0	1,3	3,1
Alucinógenos	0,0	2,2	2,0	1,1	0,9	0,0	5,4	4,5
Anfetaminas	2,0	2,2	1,4	0,3	1,4	0,0	3,3	3,0
Cocaína	0,0	4,2	2,8	1,7	2,5	0,0	10,7	5,3
Heroína	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,7	0,8
Inhalantes	2,0	0,0	0,6	0,9	0,5	0,0	0,7	0,8

En este cuadro destaca el área VII en casi todos los consumos, pero de manera sobresaliente en cocaína y alucinógenos. Los resultados obtenidos pueden ser atribuidos, en parte, a la mayor edad media de los sujetos encuestados en esta área.

Si se segmenta el análisis por edad se atenúan considerablemente las diferencias en las prevalencias inter-áreas, pero aun persisten, y señalan al área VII como la más destacada. En la Tabla 96 se incluyen sólo las drogas con frecuencias superiores en un 15% a lo esperado.

Tabla 96. Consumo de drogas y Áreas Sanitarias

Tipo de droga	Alcohol	Cannabis	Alucinógenos	Cocaína
Áreas				
<i>Edades con prevalencias vida de consumo más altas de los esperado (+ 15%) por Área Sanitaria y tipo de droga</i>				
Área I	14			
Área II				
Área III				
Área IV				
Área V				
Área VI				
Área VII	14		16 y 17	14 y 16
Área VIII			17	
<i>Edades con prevalencias último año de consumo más altas de los esperado (+ 15%) por Área Sanitaria y tipo de droga</i>				
Área I	14			
Área II				
Área III				
Área IV				
Área V				
Área VI		16		
Área VII	14	16	17	16
Área VIII			16	
<i>Edades con prevalencias último mes de consumo más altas de los esperado (+ 15%) por Área Sanitaria y tipo de droga</i>				
Área I				
Área II				

Tipo de droga	Alcohol	Cannabis	Alucinógenos	Cocaína
Áreas				
Área III				
Área IV				
Área V				
Área VI		16		
Área VII		16		
Área VIII				

Las áreas I y VII presentan un porcentaje superior al esperado en el número de sujetos de 14 años que han consumido alguna vez en su vida alcohol o que lo hayan usado el último año.

Las áreas VI y VII tienen un porcentaje superior al esperado en el número de sujetos de 16 años que han usado cannabis en el último año y/o en el último mes.

El área VII tiene un porcentaje superior al esperado en el número de sujetos de 16 y 17 años que han consumido alguna vez en su vida alucinógenos. Esa misma situación se da cuando se analiza la prevalencia en el último año de consumo de alucinógenos entre los que tienen 17 años. El área VIII también destaca en el consumo de alucinógenos con una prevalencia vida más alta de lo esperado en sujetos de 17 años y de consumo en el último año entre los de 16 años.

Por último, en lo que se refiere al consumo de cocaína, el área VII tiene una prevalencia vida más alta de lo esperado entre los jóvenes de 14 y 16 años, y de consumo en el último año entre los de 16.

Dado que, en algunos casos, al segmentar por edades, las frecuencias esperadas son muy bajas no se suministran las puntuaciones Chi-cuadrado. Sólo se reflejan las desviaciones más marcadas (superiores al 15%) por cada área, droga y edad.

4.8.5. Prevalencias de consumo y factores sociodemográficos

Las variables sociodemográficas evaluadas, son las mismas que se han utilizado en la encuesta ESTUDES del PND. Como se ha podido ver en el apartado inicial dedicado a describir su distribución en la muestra y su relación con las prevalencias de consumo de drogas, algunas de ellas guardan relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con el uso de drogas.

En este apartado, se va a realizar una regresión logística binaria de estas variables sobre la prevalencia vida del consumo de drogas legales e ilegales para determinar su importancia conjunta y relativa a la hora de predecir el uso de drogas.

Las variables independientes utilizadas serán las que han demostrado que tienen alguna relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) con la prevalencia de consumo de drogas legales o ilegales. Estas variables son la edad, sexo, área sanitaria, convivencia con ambos padres, estudios del padre y de la madre, absentismo escolar, causa del absentismo, ser repetidor y disponibilidad de dinero por semana.

Se ha utilizado un método de introducción de las variables condicional de forma que sólo queden en la ecuación aquellas cuya utilización incrementa de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) la capacidad predictora.

Los resultados pueden verse en la Tabla 97.

Tabla 97. Consumo de drogas y variables sociodemográficas

Variable dependiente	Variables independientes en la ecuación	Odds ratio Exp(B)	% de sujetos consumidor es bien clasificados	% de sujetos no consumidores bien clasificados
Prevalencia vida consumo drogas ilegales	Edad	1,429	58,4	73,6
	Ser repetidor	1,290		
	Causa de absentismo escolar	1,124		
	Disponibilidad dinero a la semana	1,013		
	Convivencia con ambos padres	0,586		
Prevalencia vida consumo drogas legales	Edad	2,208	94,4	46,3
	Causa de absentismo escolar	1,226		
	Disponibilidad dinero a la semana	1,016		

Algunas de las variables independientes utilizadas han quedado fuera de los análisis por no aumentar significativamente la capacidad predictora de la ecuación.

El poder predictor de las variables sociodemográficas utilizadas es bastante limitado sobre las prevalencias vida de consumo de drogas legales o ilegales. Debe tenerse en cuenta que la probabilidad de acertar por azar es el 50%, por lo que sólo deben tenerse en cuenta porcentajes superiores. En el caso de las drogas ilegales parecen predecir mejor el no consumo (73,6) que el consumo (58,4%), este último de forma muy deficiente, mientras que en las legales, la predicción del consumo es muy buena (94,4%), mientras que sobre el no consumo es nula (46,3%).

Las variables predictoras más importantes, por su relevancia y por ser comunes a ambos tipos de prevalencia, son la edad (a más edad más consumo), la causa aducida de absentismo escolar (los consumidores dicen más frecuentemente que no van a clase por razones motivacionales) y la cantidad de

dinero que se dispone a la semana, mayor siempre en el caso de los no consumidores. En el caso de las drogas ilegales se les añade el ser repetidor (es más probable que los consumidores hayan repetido algún curso) y la convivencia con ambos padres (es más probable que los consumidores no convivan con su padre y su madre).

4.9. Resultados de la encuesta al profesorado de los centros educativos

4.9.1. Valoración de la incidencia del consumo de drogas por parte del alumnado en la vida escolar del centro educativo

Un 62,2% de los profesores de los 219 profesores encuestados, considera que los problemas causados por las drogas en sus alumnos tiene una importancia baja o muy baja en la vida escolar y sólo un 5,6% piensa que es alta o muy alta. Un 32,3% piensa que los problemas que causan las drogas en la vida escolar son moderados, pero no mayores que en la sociedad en general.

4.9.2. Valoración relativa de la importancia del consumo de drogas legales e ilegales frente a otros problemas sociales

Cuando se pide a los profesores que comparen diversos aspectos del consumo de drogas con otros problemas que suceden en el lugar donde vive, se encuentran los resultados que pueden verse en la Tabla 98. La escala va desde 1, “Ningún problema”, hasta 5, “Un problema muy grande”.

Tabla 98. Valoración de los problemas de consumo de drogas

Item	Media	Desv. Típ.
Que la juventud consuma drogas ilegales	3,84	1,086
La basura y los papeles tirados en la calle	2,81	1,142
El número de personas que cae enferma como consecuencia del consumo del tabaco	3,74	1,040
Las personas drogadictas que roban para conseguir dinero para consumir drogas	3,46	1,288
El número de familias que tienen problemas como consecuencia del alcohol	3,70	,999
El número de personas que mueren a causa del consumo de drogas ilegales	3,49	1,237
La corrupción de la clase política	3,59	1,082
La juventud que arruina su vida a causa de las drogas ilegales	3,91	1,054

Si se hace un análisis de las puntuaciones más pormenorizado, pueden obtenerse las siguientes conclusiones:

1. Los problemas del consumo de drogas obtienen una valoración promedio cercana al 4, lo que indica que son valorados como un problema bastante grande.
2. La mayoría de los profesores (62,5%) piensa que los problemas causados por los consumos de drogas ilegales son tan graves o menos que los que causan las drogas legales.
3. Aún así, hay diferencias muy pequeñas en la estimación promedio de la gravedad del problema de consumo de drogas legales e ilegales. La diferencia media es 0,023 en una escala que va de 1 a 5.
4. Si se compara la preocupación por los problemas derivados del consumo de drogas ilegales o legales en jóvenes con la presencia de corrupción política puede observarse que las diferencias no son relevantes.

4.9.3. Formación y disposición a formarse en el campo de la prevención de drogas

Un 62,6% del profesorado no ha recibido ninguna formación específica en materia de prevención de drogas.

De los que han recibido alguna formación, la dispersión es enorme, ya que va desde 1 hora hasta 200, con una media de 30,48 y una desviación típica de 41,257. Estos datos apuntan a una formación muy desigual y sin ningún carácter reglado.

El número de horas de formación de los que aplican programas de prevención es de 30,7 horas, frente a las 4,9 horas en los que no aplican dichos programas ($p < 0.000$).

Si se pregunta por la disposición a recibir formación, un 90,9% es muy o bastante favorable a formarse en el campo de la prevención de drogas. Sólo un 1,8% se declara nada favorable. Los profesores que han realizado algún programa de prevención se muestran más dispuestos a formarse que los que nunca lo han aplicado (diferencia de medias = 0,416, $p < 0,000$).

4.9.4. Valoración de los programas de prevención en el campo escolar

Sólo un 22,3% cree que los programas se adecuan bien o muy bien con las condiciones y posibilidades de aplicación que tiene el profesorado. Por el contrario, un 28,6% juzga que esa adecuación es mala o muy mala. En el término medio se encuentra el restante 49%. Si se comparan las medias de valoración de los que han tenido experiencia de aplicación frente a los que no, los primeros tienen una mejor valoración del ajuste que los segundos. Esta diferencia es estadísticamente significativa (diferencia = 0,582, $p < 0,000$).

Cuando se pregunta al profesorado sobre la posible eficacia de dichos programas, sólo un reducido 12,5% cree que son muy o bastante eficaces. Un 2,4% cree que son totalmente ineficaces, un 28,2% bastante ineficaces y un 56,9% algo ineficaces. No hay diferencias significativas entre los profesores que tienen experiencia de aplicación de algún programa frente a los que no.

4.9.5. Valoración de la capacidad del profesorado para llevar a cabo programas escolares de prevención

Cuando se pregunta por la capacidad del profesorado para llevar a cabo los programas de prevención, la mayoría (55%) se sitúa en el rango medio, habiendo por igual tantos que opinan que la capacidad es baja o muy baja, como alta o muy alta. Los profesores que tienen experiencia de aplicación valoran mejor la capacidad del profesorado ($p = 0,001$).

4.9.6. Valoración del apoyo que prestan diversos agentes escolares a la aplicación de los programas de prevención en la escuela

Si se pregunta a los profesores sobre el grado de apoyo mostrado a los programas de prevención por parte de los diversos agentes que participan en la actividad educativa y preventiva, los resultados pueden verse en la Tabla 99. La escala de valoración va de 1 a 5, siendo el 1 un apoyo o interés muy bajo, y 5, un apoyo o interés muy alto.

Tabla 99. Apoyo a los programas de prevención

Agente	Media	Desv. Típ.
Profesorado	3,49	,934
Alumnado	2,74	,800
Dirección del centro	3,68	,884
Familias	2,94	,983
Autoridades político educativas	2,96	,954
Personal sanitario	3,57	,975
Autoridades político sanitarias	3,13	,960

De acuerdo con estos resultados, los profesores consideran que los menos interesados en los programas de prevención son los alumnos seguidos por sus familias, obteniendo una puntuación que puede considerarse medio - baja. Los más interesados serían por este orden, la dirección del centro, el personal sanitario y el propio profesorado, que obtienen una puntuación media en el segmento medio – alto.

Por regla general las puntuaciones son más altas en los profesores que tienen experiencia en la aplicación de un programa de prevención. Las diferencias

son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en todos los casos menos en lo referente a las autoridades políticas y el personal sanitario.

4.9.7. Programa de prevención que ha aplicado

Sólo 55 de los 219 profesores que responden, han aplicado algún programa de prevención. Órdago, Entre Todos y Construyendo Salud son los más mencionados (más del 90% de los casos). Esta cifra supone que algo más del 25% de los profesores encuestados ha tenido experiencia en este ámbito. Las siguientes preguntas sólo han sido respondidas por esos 55 profesores.

4.9.8. Valoración de la adecuación del programa a las características del alumnado

Los programas aplicados se adecuaron medianamente bien a las características de los alumnos, según los profesores. Un 60,3% cree que esa adecuación fue alta o muy alta, un 35,8% media, y un 3,8% baja.

4.9.9. Horas de formación específica sobre el programa aplicado

Un 13% afirma no haber recibido ninguna formación específica para aplicar el programa. Sólo un 37% dice haber seguido una instrucción durante 10 o más horas.

4.9.10. Valoración de la calidad con la que se aplicó el programa

El 35,7% de los que aplican programas considera que los recursos eran escasos o muy escasos para conseguir los objetivos, y un tercio de los encuestados, como máximo, considera que la aplicación del programa se ha desviado de alguna forma relevante en relación con la planificación previa.

Según la amplia mayoría del profesorado (entre el 70 y el 75%) que aplicó algún programa, dicha aplicación respetó el número de módulos, su extensión, la metodología de implementación, la duración de las sesiones y la formación previa que venían reflejadas en el plan de trabajo.

4.10. Resultados de la encuesta a los técnicos de los Planes Municipales de Drogas

En este apartado se presentan los resultados obtenidos del análisis de la encuesta realizada a los Técnicos Municipales de Prevención. En total, se han recopilado 21 respuestas correspondientes a los técnicos de prevención que trabajan en los diversos ayuntamientos asturianos, uno por cada ayuntamiento o mancomunidad.

4.10.1. Valoración de la gravedad del consumo de drogas en jóvenes

La percepción mayoritaria que tienen los técnicos municipales de prevención sobre los problemas causados por el consumo de drogas por parte de los jóvenes, en sus respectivos municipios, es que no son mayores que en la sociedad en general. Mientras que uno de los encuestados indica que la importancia de esos problemas es baja, un 85,7% dice que es media, y un 9,5% (2 casos) afirma que es alta.

Cuando se pide una valoración de los problemas de drogas en sus municipios, hay un 10% de encuestados que no sabe decir o no cree que haya problemas relevantes de consumo de drogas legales o ilegales. Sólo en un caso se afirma que hay problemas con las consecuencias ocasionadas por el consumo de drogas ilegales, pero no con las legales. En 7 casos se afirma que los problemas relevantes se producen por el consumo de drogas legales, pero no por las ilegales, mientras que la mayoría (52,4%) cree que en su municipio los problemas causados tanto por las drogas legales e ilegales son bastante grandes o muy grandes.

4.10.2. Cualificación para ejercer como técnico en prevención

Algo más de la mitad de los técnicos son licenciados, principalmente en Psicología, aunque hay una proporción significativa de ellos (47%) que son titulados medios o de FP.

En torno a un 75% tiene más de dos años de experiencia en el ámbito de la prevención del consumo de drogas. La media es 5,62 años, aunque la dispersión es muy alta.

Un 52,4% de los encuestados no declara haber recibido formación específica en materia de prevención de drogas, lo que no deja de ser sorprendente. Entre los que afirman haber seguido cursos sobre prevención, la dispersión en el número de horas de formación es importante, yendo desde las 20 horas a las 500.

4.10.3. Disposición para formarse en prevención

Todos los encuestados se muestran muy o bastante favorables a recibir formación en el campo de la prevención de drogas.

4.10.4. Valoración sobre la calidad de los programas de prevención

La mayoría de los encuestados (70%) cree que los programas ajustan mal o regular con las posibilidades reales que los técnicos tienen de aplicarlos.

En lo que se refiere a la capacidad de los responsables que aplican los programas de prevención, hay 2 casos que no responden, en un caso se considera que la capacidad es baja, hay 9 encuestados que creen que es media, y otros 9 que estiman que es alta. Por lo tanto, sólo en el 47,4% se cree que la capacidad de los responsables es alta, y no hay ningún caso en que se considere muy alta.

La valoración que se hace de la eficacia de los programas de prevención familiar y comunitaria es algo más alta que cuando se pregunta por los programas de prevención en general. Los resultados pueden verse en la Tabla 100.

Tabla 100. Valoración sobre la calidad de los programas de prevención

Valoración	Prevención en general		Prevención familiar		Prevención comunitaria	
	N	%	N	%	N	%
Totalmente ineficaces	1	4,8			1	4,8
Bastante ineficaces			3	14,3	4	19,0
Algo eficaces	13	61,9	9	42,9	7	33,3
Bastante eficaces	4	19,0	6	28,6	6	28,6
Muy eficaces	3	14,3	3	14,3	3	14,3

Como puede comprobarse, aproximadamente sólo un tercio (33,3%) cree que los programas de prevención son bastante o muy eficaces frente a un 44% de los encuestados que considera que los programas familiares o comunitarios son bastante o muy eficaces.

4.10.5. Valoración del grado de apoyo que prestan diversos agentes sociales y educativos a los programas de prevención

Si se pregunta a los técnicos municipales sobre el grado de apoyo, en una escala que va de 1 – muy bajo - a 5 – muy alto - , que prestan diversos agentes sociales y educativos a los programas de prevención, los resultados pueden verse en la Tabla 101.

Tabla 101. Grado de apoyo a los programas de prevención

Agente	Media	Desv. Típ.
Profesorado	3,05	,865
Alumnado	3,00	1,170
Dirección del centro	3,00	1,049
Familias	2,80	1,196
Personal sanitario	2,81	1,327
Autoridades político educativas	2,67	1,065
Autoridades político sanitarias	3,10	1,044

De acuerdo con estos resultados, la media apunta a un apoyo limitado en todos los agentes sociales. De entre todos, los que obtienen una puntuación más baja son las autoridades educativas, las familias y el personal sanitario.

4.10.6. Identificación de los programas de prevención que se están aplicando actualmente

En 10 de los municipios encuestados (47%) no se está aplicando actualmente ni se ha aplicado ningún programa de prevención escolar bajo control del técnico municipal. Lo mismo sucede en 12 (57%) y 15 (71%) ayuntamientos en relación con los programas de ámbito familiar y comunitario, respectivamente. En 7 municipios (33,3%) no se ha aplicado ni está aplicando ningún programa de prevención en el que haya participado el técnico municipal encuestado.

Los siguientes datos harán referencia sólo a aquellos programas que se hayan desarrollado previamente o que se encuentren actualmente en ejecución.

4.10.7. Formación específica para el desarrollo de esos programas

Cuando se pregunta sobre las horas de formación específica que se han recibido para la aplicación de los programas de prevención en marcha, se obtiene que en más de la mitad de los casos no han recibido ninguna formación concreta para aplicar los programas de prevención escolar, familiar o comunitaria. Concretamente, el 54,5%, 57,1% y el 66,7% de los casos declaran que el número de horas de formación para aplicar los programas de prevención escolar, familiar y comunitaria, respectivamente, fueron cero.

El resto de los casos tiene un número de horas de formación muy dispar.

4.10.8. Valoración del grado de adecuación de los recursos disponibles con la correcta ejecución del programa

A la hora de valorar la suficiencia de los recursos materiales para aplicar correctamente los programas, un 35,7% de los casos considera que fueron escasos, frente a un 64,3% que cree que fueron suficientes. Los recursos económicos son considerados suficientes por el 57,1%, frente al 42,9% que cree que fueron escasos. Por último, un 50% cree que ha tenido suficiente tiempo para aplicar el programa, frente a un 50% que lo considera escaso.

Si se analizan estas cifras, aproximadamente el 50% de los encuestados parece haber aplicado los programas de prevención en condiciones que no fueron óptimas.

4.10.9. Valoración de la fidelidad con la que se han aplicado los programas

En muy pocas ocasiones, los encuestados afirman haberse desviado del plan previsto cuando han ejecutado programas de prevención. En casi todos los casos, dicen que los programas se han ejecutado más o menos según el plan o completamente de acuerdo con el mismo.

5. DISCUSIÓN

5.1. Consideraciones generales

El presente trabajo ha tenido como objetivo no sólo presentar datos de consumo de drogas en la población juvenil de Asturias, estudiando su distribución por sexo y edad, al igual que se hace en la encuesta ESTUDES del Plan Nacional sobre Drogas, sino también el análisis de dicho consumo por áreas sanitarias en Asturias, y su relación con los factores de riesgo tal y como son medidos por el cuestionario FRIDA.

Debe tenerse en cuenta que, a pesar de que la muestra es completamente representativa de la población, que los niveles de incumplimiento del trabajo de campo con respecto a las previsiones han sido mínimos y que, por lo tanto, los resultados tienen un alto nivel de exactitud, los datos de consumo adquieren su mayor utilidad no tanto cuando señalan el tipo y cantidad del uso actual de drogas, como cuando reflejan tendencias o movimientos en las formas y cantidades de consumo dentro de una serie temporal de estudios similares. Lamentablemente no contamos con datos previos referidos específicamente a la población juvenil asturiana, por lo que utilizamos la última encuesta nacional del Plan Nacional de punto de referencia, con las limitaciones que esta carencia supone para la interpretación de los resultados.

5.2. Consumo de drogas

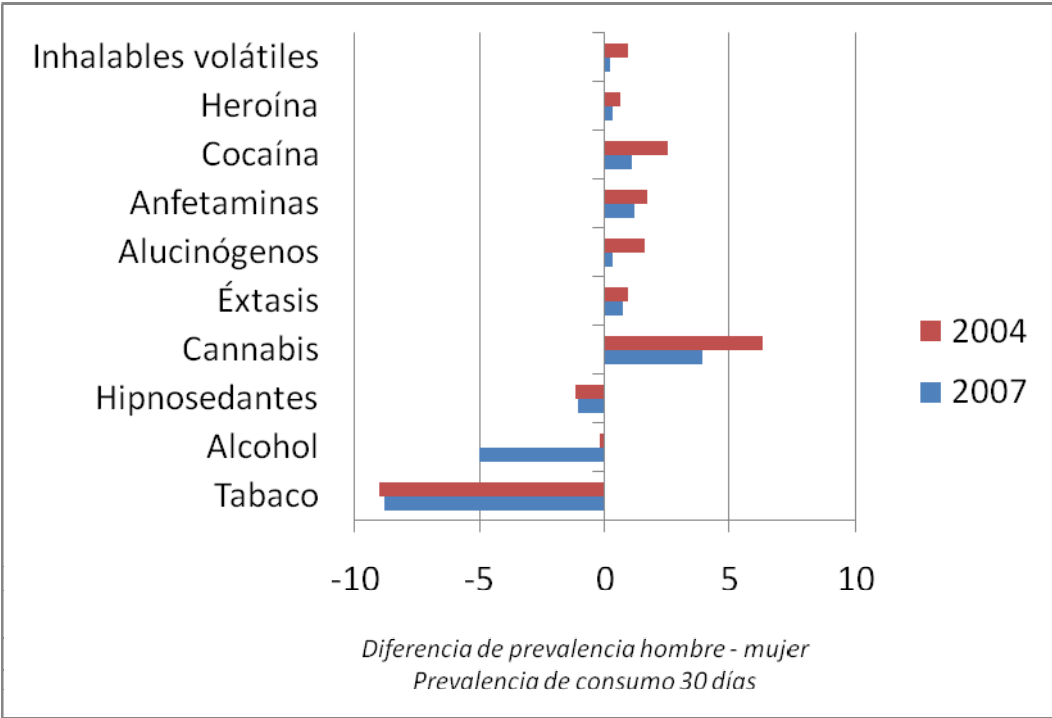
5.2.1. Visión global

De la comparación de los resultados actuales en Asturias, sobre la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, con los de la encuesta del PND para toda España, en el año 2004, se deriva la feliz conclusión de que hay una notable reducción en las cifras de uso de tabaco, cannabis, éxtasis, anfetaminas, heroína y cocaína. Algunos de los porcentajes de reducción son poco relevantes en términos absolutos, como en el caso de la heroína, ya que se parte de niveles de consumo muy bajos. Otros, sin embargo, tienen más alcance por el número de sujetos a los que afecta, como puede ser el caso del tabaco y el cannabis. Aún así, el tabaco y el cannabis siguen siendo drogas de amplio uso con prevalencias de consumo en los últimos 30 días (consumo habitual) del 29,5 y 20,9% respectivamente, dentro de la franja de edad de 14 – 18 años.

Además, se observa un incremento importante del consumo de tranquilizantes entre la población escolar y un mantenimiento o ligero repunte en el consumo de alcohol, que sigue teniendo niveles de uso muy alto entre los jóvenes.

Las diferencias intersexuales en el consumo de drogas se mantienen, aunque llama la atención el incremento de la presencia femenina en el consumo de alcohol y el recorte de las diferencias en el cannabis. Las mujeres tienen prevalencias más altas en las drogas legales (alcohol y tabaco) y los tranquilizantes, mientras que los hombres las tienen en las ilegales. El panorama parece cambiar lentamente hacia un escenario de mayor consumo femenino en todo tipo de drogas (ver Gráfico 22).

Gráfico 22



El Gráfico 22 compara las diferencias hombre – mujer en las prevalencias de consumo de las distintas drogas obtenidas en el estudio del 2004 del PND y en el actual. Como puede observarse, en el lado izquierdo del gráfico, donde el predominio del consumo es femenino (el signo negativo en el gráfico indica

únicamente el sentido de la diferencia), hay, en el 2007, un incremento considerable de la prevalencia femenina frente a la masculina en el caso del alcohol y ligerísimos recortes en tabaco e hipnosedantes. Sin embargo, en el lado derecho del gráfico, donde el predominio es masculino, las diferencias en el 2007 son siempre sensiblemente más pequeñas que en el 2004, lo que indica que los consumos masculinos y femeninos se acercan.

Hay una clara relación entre el consumo de drogas y la edad. Las diferencias más notables en la disminución de la prevalencia en el último mes del consumo de tabaco se encuentran de los 16 años en adelante. A los 14 y 15 años también hay disminución con respecto a los datos del 2004 pero mucho más reducida. Esto da pie a pensar que la tendencia a la baja puede que no sea tan acentuada en el futuro como en el momento en el que se realiza este sondeo, después de una intensa campaña sanitaria contra el tabaco.

El consumo de alcohol más frecuente (prevalencia de consumo a los 30 días) se dispara a los 15 años con respecto a los datos de la encuesta nacional del PND del 2004. La prevalencia actual, en este tramo de edad, está 10 puntos por encima que el referente utilizado del 2004. El incremento de la prevalencia es visible en todas las edades. Estos datos de alcohol son extremadamente preocupantes por la estabilidad, extensión y cantidad de consumo. Es necesario señalar a este respecto que a los 12 años, hay un 10% de prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días, y que a los 13 esa cantidad es mayor del doble (21,5%).

El menor consumo de cannabis es visible en todo el rango de edad, pero no está igualmente distribuido. Es más apreciable a los 14, 16 y 17 años, y menos acentuado a los 15 y 18. No es una mala noticia que se note el descenso a la edad de 16 años, que es cuando la mayoría se inicia en el consumo.

El descenso en el consumo de cocaína con respecto a los datos del 2004 es un dato muy relevante. La diferencia a los 18 años es de casi 6 puntos. Esa disminución es visible en todas las edades en donde el consumo es importante, a partir de los 16 años.

Las edades de comienzo en el consumo, en esta ocasión, son muy similares a las encontradas por el PND en el 2004. Dado que una de las metas principales de los planes de prevención es elevar esa edad de inicio en el consumo, cabe pensar que no se está consiguiendo ese objetivo.

Las diferencias de consumo de las diferentes drogas inter-áreas sanitarias no son, por lo general, estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Si se elimina la influencia de las pequeñas variaciones de edad entre áreas sanitarias que se encuentran en la muestra, sólo se han podido encontrar diferencias sustanciales en algunos tramos de edad y en cuatro drogas, alcohol, cannabis, alucinógenos y cocaína (ver Tabla 96). En los análisis realizados destaca el área VII con prevalencias de consumo más altas que las demás, en las cuatro drogas señaladas.

En lo que hace referencia a las consecuencias del consumo de drogas, los consumidores de drogas experimentan el doble de problemas de salud, legales o de relación en casa, en el colegio o con los iguales, normalmente asociados con el consumo, que los no consumidores. El consumo de alcohol es el que más frecuentemente es referido como antecedente a los problemas de salud y legales. Sin embargo, cuando se analizan problemas relacionales, los usuarios de cannabis informan con más probabilidad de conflictos en el hogar, con los padres, o en el colegio.

A continuación se harán algunos comentarios por tipo de droga consumida.

5.2.2. Tabaco

El consumo ha bajado de forma significativa tomando como referencia la encuesta del PND del 2004, con un descenso cercano al 25% en la prevalencia de consumo a lo largo de la vida, y del 21,12% en la prevalencia de consumo en los últimos 30 días (ver Tabla 92).

Las mujeres tienen una clara preponderancia en todas las prevalencias de consumo de tabaco, sobre todo a partir de los 13 años, aunque no en todos los casos las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,05$). La reducción en

los consumos afecta a ambos sexos, aunque es menos pronunciado en el caso de las mujeres.

El descenso de consumo de tabaco no se ha notado sólo en la reducción de las cifras de prevalencia sino también en las cantidades consumidas, que se han reducido en torno al 30%.

Del conjunto de los fumadores, algo menos de un tercio (31,6%) piensa dejar de fumar y ha hecho algo para dejarlo, lo que indica que la mayoría está en fases de abandono muy primarias o no quiere dejarlo. Además, sólo un cuarto del total piensa dejar el hábito en el corto plazo. Estos datos no son muy alentadores sobre la posible tasa de abandono en un período más o menos cercano.

No resulta tan frecuente como se espera que los fumadores tengan familiares cercanos que fumen. De entre todos aquellos que han reconocido que tienen un familiar cercano (padre, madre o hermano) que fuma, sólo un 34,7% ha fumado en el último mes, un 41,2% en el último año, y un 50,3% a lo largo de la vida. Eso significa que un 65,3, 58,8 y 49,7% respectivamente, consumen tabaco sin que lo haga ningún miembro familiar cercano. En los análisis realizados parece que la presencia de hermanos fumadores es más determinante para el consumo que los hábitos de los padres.

Como es de esperar, los fumadores creen que los profesores, alumnos y otro personal del centro donde estudian fuman con más frecuencia. Es aventurado afirmar que la presencia de ese tipo de comportamientos en el entorno escolar es un determinante del consumo. Es bien conocido el efecto de aquiescencia por el que los consumidores creen que los demás también consumen tanto o más que ellos. Sería, en este caso, más una consecuencia que una causa.

5.2.3. Alcohol

Esta sustancia sigue siendo la que tiene un uso más amplio entre los jóvenes. Las prevalencias son muy altas y estables. No hay ninguna reducción con respecto a las cifras del 2004, y en todo caso, se aprecia un ligero repunte en el uso habitual. Además, el consumo a edades tempranas es muy significativo. La

prevalencia de consumo en los últimos 30 días a la edad de 12 años es del 10%, y a los 13 del 21,5%.

Aproximadamente un 28% del total de la muestra reconoce beber durante los días laborables y un 67% los fines de semana, frente a un 20,3% y un 65,6% que lo hacía respectivamente en la encuesta del PND del 2004. Hay dos patrones básicos de frecuencia de bebida, siendo los demás marginales. Uno agrupa a los que consumen por la semana y que también lo hacen durante todos o casi todos los fines de semana y representan el 27,5% del total de la muestra o el 41,0% de los bebedores. El otro comprende a los que consumen durante todos o casi todos los fines de semana, pero no lo hacen durante la semana, y representan al 39,5% del total de la muestra o el 59,0% de los que consumen alcohol. El primer grupo tiene una ligera mayoría de hombres, y el segundo de mujeres.

En el tramo de edad de 14 a 18 años, la relación entre la edad y la frecuencia de consumo está mediada por el sexo. En los hombres, no hay relación estadística significativa entre la edad y el hecho de consumir durante toda la semana o sólo durante los fines de semana, mientras que en las mujeres el consumo durante toda la semana se da con preferencia a los 14 y 18 años. El hecho de que las mujeres más jóvenes se incorporen también al consumo durante toda la semana es otro indicador más de convergencia con los consumos masculinos.

La relación de la frecuencia de consumo con el área territorial es estadísticamente significativa sólo en el caso de las mujeres. Hay más consumidoras de alcohol durante toda la semana en las áreas II, V, VII y VIII de lo que sería esperable por azar, aunque debe puntualizarse que, entre las mujeres, sigue predominando el consumo de fin de semana. La mayor presencia de este tipo de consumidoras indica que la frecuencia y cantidad del consumo femenino es mayor en esas áreas sanitarias que en el resto. Debe tenerse en cuenta que hay una relación estadística significativa ($p < 0,000$) entre la frecuencia de consumo y la cantidad consumida a la semana. Así, las mujeres que consumen durante toda la semana tienen una media de consumo de 18,13 UBEs / semana, mientras que los

que beben sólo durante el fin de semana tienen una media de 9,68 UBEs / semana.

Las cantidades consumidas de alcohol muestran un abuso importante de esta sustancia entre los jóvenes, con un consumo extremado durante los fines de semana. Con una media diaria durante el fin de semana de 4,94 UBEs para los hombres y 3,97 para las mujeres se está en el límite o por encima de la barrera del consumo de riesgo, que se situaría en 5 y 3 respectivamente.

Hay una relación clara entre la edad y la cantidad consumida en los fines de semana. Esa misma relación no existe en el consumo en días laborables, que es, más bien esporádico, ya que sólo un 11,8% de los que beben en días laborables consume más de 9 días al mes, y con cantidades promedio bajas (1,04 UBEs para hombres y 0,85 UBEs para mujeres).

El porcentaje de bebedores de riesgo (27,8%) es muy alto y multiplica por 2 el encontrado en la encuesta del PND para todo el territorio nacional en el 2004. Gran parte del incremento de ese porcentaje debe atribuirse a la creciente incorporación de la mujer al consumo de alcohol y, sobre todo, a la práctica del abuso del mismo durante el fin de semana. La proporción hombre / mujer se ha invertido con respecto al 2004. En ese estudio los hombres representaban el 13,1% de los bebedores de riesgo frente al 11,5% de las mujeres, mientras que ahora las mujeres son el 31,5% frente al 24,7% de los hombres.

Las diferencias inter-áreas sanitarias en cuanto a la cantidad que se consume no son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en su mayoría. Sólo se aprecia que el área VII, con una media de consumo durante el fin de semana de 15,55 UBEs se diferencia estadísticamente ($p = 0,01$) del área III que es la que tiene la media de consumo más bajo (10,69).

Los sitios principales de aprovisionamiento de alcohol por parte de los jóvenes son los bares y pubs, seguidos de las discotecas y supermercados. Como se ha dicho previamente, es muy llamativo que un 42,9% de los encuestados de 13 años de edad que habían consumido alcohol en los últimos 30

días afirmen haberlo conseguido en bares o pubs, o que un 30,8% de los que tienen 12 años dicen que el alcohol lo hayan conseguido en su domicilio particular. Casi un 50% de los jóvenes a partir de los 14 años compra el alcohol en supermercados, que se constituyen detrás de bares, pubs y discotecas, en el segundo lugar preferente para comprar alcohol.

Las mujeres consiguen el alcohol preferentemente en bares y discotecas, mientras que los hombres compran con más frecuencia en supermercados e hipermercados.

El número de borracheras se ha incrementado ligeramente en relación con los datos aportados por el PND en el 2004, pasando el porcentaje del 34,75% al 37,1% en el rango de edad de 14 a 18 años. Un dato relevante en este apartado es que, a diferencia de lo que ocurrió en el estudio del PND en el que los hombres tenían un porcentaje de borracheras más alto que las mujeres, son ahora las mujeres las que predominan con un 39% frente a un 35,5% en el caso de los hombres.

El consumo femenino está igualmente alcanzando al masculino en todo tipo de bebidas alcohólicas. Cuando hay datos de comparación con el estudio del 2004, como sucede en el caso del consumo en algunos fines de semana dentro de los últimos 30 días, la reducción de las distancias es muy clara (ver Tabla 93).

5.2.4. Tranquilizantes

El consumo de tranquilizantes que se evalúa en este estudio se refiere al uso de ansiolíticos e hipnóticos que se toman sin receta médica.

Las prevalencias de consumo se han incrementado de forma importante, rondando en todos los casos el 30%.

Las mujeres siguen siendo las que tienen una prevalencia más alta, aunque la diferencia con los hombres no es estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la prevalencia del último mes.

No hay relación estadística significativa ($p < 0,05$) entre el consumo de tranquilizantes y la edad o el área sanitaria.

5.2.5. Cannabis

Hay que reseñar que las cifras de consumo de cannabis obtenidas en este estudio son sensiblemente más bajas que las que se obtuvieron para todo el territorio nacional por el PND en el 2004. En la prevalencia de consumo en los últimos 30 días (consumo habitual) se ha pasado del 25,1% en el 2004 al 20,9% en el 2007. Es un descenso considerable del 16,7%. Las otras cifras de prevalencia también han bajado, la prevalencia vida del 42,7 al 34,9 y la prevalencia en el último año, del 36,3 al 30,3.

Como en los estudios previos, el consumo de cannabis es mayoritariamente masculino, aunque la diferencia entre sexos sólo es estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en el caso del consumo habitual. Es resaltable, que las cifras de prevalencia de consumo en los últimos 30 días indican una bajada más rápida del consumo masculino que femenino, los hombres bajan, en términos relativos, en un 19,08% mientras que las mujeres lo hacen en un 13,64%.

El consumo de cannabis crece con la edad, pero el incremento más importante se da a la edad de 14 años, que es cuando la prevalencia del consumo habitual se multiplica por cuatro. El siguiente salto es a los 15 años que pasa al 18,3%, triplicando casi la prevalencia de los 14, y después los incrementos continúan pero de forma menos acelerada (ver Gráfico 14).

La mayoría de los que consumen en el último mes dicen haberlo hecho sólo en una ocasión, siendo el número de los que lo hacen más de 20 días o más en el último mes del 2,2%, cifra que es bastante superior al 1,3% del estudio del PND en el 2004. Este dato es preocupante y supone un contrapunto a la reducción de las prevalencias, ya que confirma que hay un núcleo significativo de consumidores de 14 a 18 años con frecuencias de consumo altas.

La distribución del consumo de esta sustancia no es homogénea entre las áreas sanitarias, ni las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

entre ellas a todas las edades. En lo que se refiere al consumo habitual (en el último mes) las áreas con más consumo son la VI y la VII y las que menos IV, II y III (ver Tabla 53), pero estas diferencias son sólo estadísticamente significativas con sujetos de 16 años.

5.2.6. Cocaína

En lo referente al consumo habitual, la cocaína pasa del segundo al tercer lugar de las drogas ilegales dentro del ranking de preferencias de los jóvenes. El primero es el cannabis y el segundo, el uso de ansiolíticos e hipnóticos sin receta. Se han encontrado reducciones importantes de las prevalencias de consumo con respecto a la encuesta nacional del 2004. La reducción relativa de las prevalencias es bastante similar en los tres casos (en el entorno del 25%).

Sin embargo esa reducción no es igualmente importante en ambos sexos. En el caso de los hombres la reducción relativa es 33,3% mientras que en las mujeres es del 11,5%, casi tres veces menos.

A pesar de esa reducción de consumo masculina, hay más hombres que consuman cocaína que mujeres en cualquiera de los tipos de prevalencia estudiados (vida, año y mes).

Hay una clara relación entre el consumo de cocaína y la edad. A la edad de 18 años, la prevalencia de consumo habitual (en los últimos 30 días) encontrada es del 5,9%, mientras que a los 15 es del 1,7, a los 16 es del 2,7 y a los 17 del 4,5%.

El grupo mayoritario de consumidores de cocaína en el último mes, está constituido por los que la usan de forma esporádica, siendo el porcentaje de los que la utilizan más de 20 días del 0,1 y más de 10 días del 0,2%.

En relación con las áreas sanitarias, destaca el consumo detectado en el área VII a las edades de 16 y 17 años. En esa área la prevalencia de consumo en el último mes a esas edades es superior ($p < 0,05$) al del resto de áreas sanitarias de Asturias.

5.2.7. Éxtasis

El consumo de éxtasis se ha reducido notablemente en comparación con las cifras aportadas por el estudio del PND del 2004 para todo el territorio español. La reducción se encuentra en el entorno del 50% para el consumo habitual (prevalencia en los últimos 30 días) y algo menor para la prevalencia en el último año.

La prevalencia de consumo en los últimos 30 días se encuentra en el 0,8% (17 casos), la del último año del 1,7% (35 casos) y la prevalencia vida en el 2,5% (53 casos) para el rango de edad de 14 a 18 años.

El consumo tiene carácter esporádico. Sólo en 4 casos se admite haber consumido en más de 9 ocasiones en el último mes.

El consumo es predominantemente masculino, 68,4% son hombres y 31,6% mujeres en el rango de edad de 12 a 18 años, y el 76,5% frente al 23,5% entre 14 y 18 años, aunque la diferencia no alcanza el nivel de significación estadística ($p < 0,05$).

No se encuentra relación entre edad de consumo y éxtasis, encontrándose una proporción parecida de sujetos consumidores en cada segmento de edad. Desde el punto de vista de la distribución territorial, no se pueden sacar conclusiones fiables de la prueba estadística aplicada, dado el bajo número de consumidores en cada área. De todas formas, el área VIII destaca por el desfase existente entre el número de consumidores detectado y el que sería esperable por mero azar, en función de la población examinada.

5.2.8. Anfetaminas

Como en otras sustancias analizadas, el consumo de anfetaminas es bastante menor que el detectado por el estudio del PND del 2004. En lo que hace referencia a la prevalencia de consumo en el último mes, el descenso es del 33,3%.

La prevalencia vida de consumo de anfetaminas, para el rango de edad de 14 a 18 años, es del 3,2%, para el último año del 2,3% y para el último mes de 1,2%, cuando en el informe del PND se dice que, en este último caso, es del 1,8%. El consumo es esporádico, ya que en sólo 4 casos de 27 se reconoce que hay un consumo superior a 9 días dentro del período del último mes. Este dato es completamente coincidente con lo que dice el informe del PND.

La mayoría de los consumidores son hombres (74,1%) frente a un 25,9% de mujeres. La relación es estadísticamente significativa ($p<0,05$).

Los consumidores de anfetaminas se concentran más en los 17 y 18 años, siendo la relación entre edad y consumo estadísticamente significativa ($p<0,05$).

Aunque la frecuencia empírica encontrada en las áreas sanitarias VII y VIII casi triplica lo que se esperaría por azar, no se puede afirmar que haya una relación estadísticamente significativa entre área sanitaria y prevalencia de consumo de anfetaminas. Una vez más, las dificultades surgen por el escaso número de consumidores que se encuentran en cada área sanitaria.

5.2.9. Alucinógenos

Con respecto a la cifras aportadas por el estudio del PND en el 2004, las prevalencias de consumo de alucinógenos no han descendido.

La prevalencia de consumo en la vida es del 4,6% (4,7% PND), en el último año es del 2,9% (3,1% PND) y en el último mes del 1,7% (1,5% PND).

El tipo de consumo es muy esporádico, ya que el 70% de los que lo han usado en los últimos 30 días, lo ha hecho sólo uno o dos días.

Hay un porcentaje ligeramente mayor de hombres (56,8%) que han consumido en los últimos 30 días que de mujeres (43,2%) aunque la diferencia no alcanza el nivel de significación estadística ($p<0,05$).

El 71% de los consumidores detectados tiene más de 15 años, siendo la diferencia de edad media entre consumidores y no consumidores estadísticamente significativa ($p = 0,001$).

Como en el caso de otras drogas, el bajo número de consumidores no permite la utilización de la prueba estadística de Chi-cuadrado para ver si su distribución por las distintas áreas sanitarias se aleja de lo que se esperaría por mero azar. Sin embargo, si se analiza las diferencias entre frecuencias esperadas y empíricas, puede observarse que las áreas VII y VIII casi multiplican por cuatro y tres, respectivamente, lo que sería esperable en razón del número de encuestas realizadas. Ese resultado puede tomarse como una indicación de que en esas áreas, es probable que el consumo de alucinógenos sea más frecuente que en las otras áreas sanitarias del Principado.

5.2.10. Heroína

El consumo de heroína detectado es muy reducido. Sólo cinco sujetos reconocen haberla utilizado en los últimos 30 días, de los cuales sólo 2 más de dos días.

Las prevalencias de consumo a lo largo de la vida y en el último año que se han obtenido en este estudio son similares a las encontradas en el estudio del PND del 2004. La prevalencia de consumo en el último mes se ha reducido a la mitad.

De los cinco casos encontrados, 4 son hombres y hay 1 mujer. Sus áreas de procedencia son Gijón (3 casos), Pola de Lena (1 caso) y Langreo (1 caso). Cuatro tienen 15 años, 1 tiene 17.

5.2.11. Inhalables volátiles

Se aprecia un considerable descenso en las prevalencias de consumo de los inhalables volátiles con respecto a las encontradas en el estudio del 2004 por el PND para todo el territorio nacional.

La prevalencia de consumo a lo largo de la vida es del 2,2% (4,1% en el 2004), en el último año del 1% (2,2% en el 2004) y en los últimos 30 días del 0,7% (1,1% en el 2004).

Los usuarios de esta sustancia lo utilizan fundamentalmente de forma esporádica, ya que sólo 4 de los 19 que lo han usado en los últimos 30 días, lo han hecho por un período de 10 días o más.

En la muestra, el consumo es mayoritariamente masculino (58%), aunque no hay relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre sexo y prevalencia de consumo.

No hay ninguna relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre edad y prevalencia del consumo. La prevalencia de consumo en los últimos 30 días se encuentra en el entorno del 0,7% en todos los tramos de edad, excepto a los 18 años en donde se han encontrado un 2%.

Tampoco hay ninguna relación entre área sanitaria y consumo. La distribución de los consumidores por las áreas sanitarias es proporcional al número de sujetos evaluado en cada una de ellas.

5.2.12. Consumo combinado de sustancias

Se ha estudiado el consumo combinado de cannabis y alcohol, por un lado, y cocaína y alcohol, por otro.

La combinación del alcohol con el cannabis es más frecuente (19,9%) que con la cocaína (3,2%), en consonancia con las prevalencias de consumo de ambas sustancias.

Un tercio de los que consumen cannabis y alcohol lo hace de forma más o menos habitual, siendo algo más bajo con la cocaína (23,3%). El grupo de usuarios frecuentes es bastante reseñable numéricamente, en ambos casos.

En ambos tipos de combinaciones, el consumo mayoritaria es masculino, aunque la diferencia no alcanza el nivel de significación estadística ($p < 0,05$) en el caso de la cocaína y el alcohol.

Los consumidores de este tipo de combinaciones tienen una edad media superior a los no consumidores, estando la diferencia entre un año y medio a dos años.

En lo que se refiere a la distribución territorial, hay más consumidores de lo que sería esperable en las áreas V, VI y más claramente en la VII, mientras que con respecto al consumo combinado de cocaína y alcohol, es el área VII la que destaca claramente.

5.3. Factores moduladores del consumo

En este apartado se resumirán los resultados obtenidos en diversos factores, medidos en la encuesta, que pueden ser relevantes para estimar el consumo futuro.

Por lo general se ha visto que ciertas variables sociodemográficas, tales como el sexo o la edad, tienen importancia a la hora de explicar el consumo. Como se ha podido ver en este estudio, tal importancia es decreciente para el sexo, ya que se aprecia una importante igualación en los consumos y se mantiene con claridad para la edad, la relación con la escuela, la disponibilidad de dinero y la presencia de ambos padres en el contexto familiar. Aún así, estas variables pronostican mal el consumo de drogas ilegales, así como el no consumo de drogas legales, aunque clasifican bien a los consumidores de drogas legales (94,4%) y a los no consumidores de drogas ilegales (73,6%). Según estos resultados, hay una estrecha relación entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y la edad (a más edad mayor probabilidad de consumo), el absentismo escolar (cuanto más absentismo mayor probabilidad de consumo) y la disponibilidad de dinero (cuanto más dinero disponible más probabilidad de consumo). Aunque tanto la disponibilidad de dinero como la frecuencia del absentismo escolar son variables relacionadas con la edad, si se segmentan los

análisis por edad, siguen siendo influyentes para explicar los resultados en el consumo.

Cuando se ha analizado la influencia de los padres o madres consumidoras sobre la probabilidad de consumo, en el caso de las drogas legales que es donde se ha preguntado, no se ha encontrado ninguna relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Los hermanos o los iguales consumidores parecen tener más influencia en el comportamiento de los jóvenes.

El consumo de los iguales es una variable significativamente relacionada con el consumo de drogas tanto sean legales como ilegales. Tal y como ha podido verse, los consumidores siempre ven un entorno congruente con su hábito, aunque es apresurado decir que tal entorno es condicionante del hábito y que no sea el hábito el que modela la percepción del entorno. Es muy posible que exista una relación bidireccional y no de carácter unidireccional.

La percepción de riesgo es un factor al que se le atribuye una gran relevancia a la hora de explicar el consumo en los jóvenes. El alto consumo de alcohol en el fin de semana y de cannabis está claramente relacionado con una reducción de la percepción de riesgo asociado con la edad. Aunque, como ya se ha comentado anteriormente, los consumidores de alcohol y cannabis experimentan un importante aumento de la probabilidad de experimentar problemas de salud, legales o relacionales, los jóvenes incrementan con la edad su percepción de la relativa inocuidad del consumo intenso de alcohol y cannabis. Esta percepción de bajo riesgo es mucho más significativa en el caso del alcohol que del cannabis.

Por último, los factores de riesgo medidos a través del instrumento "FRIDA" han resultado ser excelentes predictores del consumo de alcohol y de drogas ilegales. Si nos atenemos a la prevalencia vida, los consumidores de alcohol bien clasificados son el 92,4%, mientras que los no consumidores fueron el 61,1%, lo que da un total de sujetos correctamente clasificados del 83,1%. Si utilizamos como variable dependiente el consumo en los últimos 30 días, los sujetos correctamente clasificados son el 79%. En lo que hace referencia al consumo de

drogas ilegales, el FRIDA ha sido capaz de clasificar correctamente en el caso de la prevalencia vida al 76,3%. Por último, si utilizamos como variable dependiente el consumo de cualquier tipo de droga (prevalencia vida de cualquier droga), los factores del FRIDA han sido capaces de clasificar correctamente al 83,6%, siendo más eficaces a la hora de identificar a los consumidores (92,6%) que a los no consumidores (59,6%).

Los tres factores de riesgo más importantes a la hora de predecir el consumo son la valoración y uso de las drogas por los amigos, la reacción percibida de la familia ante el consumo y la facilidad de acceso a las drogas.

5.4. Opinión de los profesores

El profesorado es un agente relevante no sólo en la transmisión de información y actitudes sobre el consumo de drogas en los jóvenes y sus consecuencias, sino también en la aplicación de los llamados programas de prevención escolar. Estas estrategias de intervención pretenden modificar, en el seno de la escuela y dentro de la propia actividad educativa del centro, los factores de riesgo y protección que influyen decisivamente en la propia conducta de consumo en los jóvenes, reduciendo la prevalencia o retrasando la edad de inicio.

Dado que este trabajo sobre el estudio de las prevalencias de consumo se desarrollaba en centros escolares, se consideró oportuno conocer la opinión de los profesores sobre la gravedad del problema de drogas que puedan tener sus alumnos así como su actitud y capacitación para llevar a cabo programas de prevención.

La mayoría del profesorado no aprecia una especial incidencia del consumo de drogas en el funcionamiento del centro educativo y, por tanto, no lo alarma especialmente. Sin embargo, la valoración global de la importancia de los problemas relacionados con el consumo de drogas es alta.

La mayoría de los profesores no ha recibido ninguna formación en materia de prevención de drogas. Entre aquellos que sí la han recibido, la dispersión es

muy grande, ya que va desde 1 hora hasta 200 horas. Como parece lógico, el número de horas de formación de los que aplican programas de prevención es mucho mayor de la que han recibido aquellos que no han aplicado este tipo de programas. Un dato positivo es que el 91% de los encuestados se manifiestan bastante o muy favorables a recibir formación en este campo. Entre aquellos que sí han aplicado algún programa de prevención, el 13% afirma no haber recibido ninguna formación específica para aplicar dicho programa. Sólo un 37% dice haber seguido una instrucción durante 10 o más horas. Llama la atención, por tanto, que exista un porcentaje pequeño, pero significativo, de profesores que han aplicado algún tipo de programa de prevención, sin que hubiesen recibido previamente ningún tipo de formación.

Los profesores no parecen tener en alto aprecio la calidad de los programas de prevención, ya que sólo un 22,3% cree que los programas se adecuan bien o muy bien con las condiciones y posibilidades de aplicación que tiene el profesorado. Por el contrario, un 28,6% juzga que esa adecuación es mala o muy mala. En el término medio se encuentra el restante 49%. Los que han tenido experiencia de aplicación tienen mejor opinión que aquellos que no han aplicado ningún programa.

Esta valoración no demasiado positiva se ve confirmada cuando el profesorado valora la posible eficacia de dichos programas, ya que sólo un reducido 12,5% cree que son muy o bastante eficaces. En este caso, no se hayan diferencias significativas entre los profesores que tienen experiencia de aplicación de algún programa frente a los que no.

A tenor de estas cifras no parece probable que pueda existir una gran implicación del profesorado en programas que no crean eficaces. Aún así, este dato contrasta con el entusiasmo mostrado a la hora de mostrar su disposición a recibir formación.

La autovaloración de la capacidad del profesorado para llevar a cabo programas escolares de prevención se sitúa en el rango medio, habiendo por igual tantos que opinan que la capacidad es baja o muy baja, como alta o muy alta. Los

profesores que tienen experiencia de aplicación valoran mejor la capacidad del profesorado.

Por lo que se refiere al grado de apoyo mostrado a los programas de prevención por parte de los diversos agentes que participan en la actividad educativa y preventiva, los profesores consideran que los menos interesados en los programas de prevención son los propios alumnos, seguidos por sus familias. Los más interesados serían por este orden, la dirección del centro, el personal sanitario y el propio profesorado.

Sólo 55 de los 219 profesores que responden, han aplicado algún programa de prevención. Órdago, Entre Todos y Construyendo Salud son los más mencionados (más del 90% de los casos). Esta cifra supone que algo más del 25% de los profesores *encuestados* ha tenido experiencia en este ámbito.

El 35,7% de los que aplican programas considera que los recursos eran escasos o muy escasos para conseguir los objetivos, y un tercio de los encuestados, como máximo, considera que la aplicación del programa se ha desviado de alguna forma relevante en relación con la planificación previa.

Según la amplia mayoría del profesorado (entre el 70 y el 75%) que aplicó algún programa, dicha aplicación respetó el número de módulos, su extensión, la metodología de implementación, la duración de las sesiones y la formación previa que venían reflejadas en el plan de trabajo.

5.5. Opinión de los técnicos de los Planes Municipales

En general, los técnicos de los planes de drogas municipales del Principado de Asturias no creen que su municipio se encuentra con problemas especiales relacionados con el consumo de drogas juvenil, en comparación con lo que sucede en su entorno.

La cualificación y la formación especializada de los responsables de la prevención en el Principado de Asturias merecen algunos comentarios. Un primer

dato que llama la atención es la dispersión de la cualificación de los mismos. Casi la mitad de los técnicos son titulados medios o de FP y el 52,4% declara que no ha recibido una formación específica en materia de prevención de las drogodependencias. No parece haber, pues, ningún tipo de perfil o de criterio a la hora de contratar a estos técnicos municipales. Dado que se está hablando de personal especializado en el ámbito de la prevención, los resultados son sorprendentes y preocupantes.

Al mismo tiempo, la opinión de los encuestados sobre los programas de prevención es bastante crítica, ya que solo un tercio de los técnicos municipales piensa que los programas de prevención son bastante o muy eficaces. Si a esto se añade que el grado de apoyo que reciben de las autoridades educativas y del personal sanitario no es demasiado alto, nos encontramos con un panorama no demasiado halagüeño.

Esta valoración parece que se confirma si tenemos en cuenta la formación específica que han recibido los técnicos municipales, ya que más de la mitad de los técnicos municipales responden que no han recibido ninguna formación específica en programas de prevención escolar, familiar o comunitaria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

En primer lugar, y por lo que respecta a los datos sobre el uso de drogas, se puede decir que la prevalencia del consumo de **tabaco** parece haberse frenado, sobre todo por lo que se refiere al consumo habitual y al diario, si se comparan los datos de este estudio con los encontrados en la última Encuesta Escolar realizada por el PND en 2004. A falta de estudios más precisos, parece plausible atribuir este descenso a la denominada “ley antitabaco”, de enero de 2006 y a la alta percepción de riesgo del consumo de esta sustancia.

El **alcohol** sigue siendo la sustancia de referencia entre los jóvenes del Principado de Asturias. La prevalencia de consumo en los últimos 30 días es significativamente superior a la encontrada en la última Encuesta Escolar del PND. Además, el consumo en edades tempranas (12 y 13 años) es muy importante. Se trata de un patrón de consumo centrado de forma predominante en el fin de semana (un tercio de los jóvenes entre 14 y 18 años afirma beber alcohol todos los fines de semana). Otro dato importante es que el 27,8% de la muestra de 14 a 18 años es consumidor de riesgo (ingiere 50 cc. o más de alcohol puro al día si es hombre, o 30 cc. o más, si es mujer).

Parece claro que una de las prioridades del Plan sobre Drogas para Asturias debe ser el impulso de programas e intervenciones dirigidas a reducir el consumo de esta sustancia.

En particular, se debería de tratar de perseguir los siguientes objetivos:

1. Disminución la prevalencia general del consumo de alcohol.
2. Aumento de la edad de inicio en el consumo.
3. Disminución del consumo problemático (del porcentaje de bebedores de riesgo).
4. Disminución de los daños asociados al consumo.

Para poder alcanzar tales objetivos, creemos conveniente que se desarrollen programas encaminados a incrementar la percepción del riesgo del

consumo de alcohol y a implementar alternativas de ocio saludable, especialmente durante los fines de semana.

Por otra parte, es de todos conocido que los programas de prevención del uso de drogas son más efectivos cuando van acompañados de normas sociales y legales que disminuyan la oferta y restrinjan la accesibilidad a estas sustancias. En este sentido, tal y como los miembros de este grupo de investigación ya expusieron en el informe sobre la “Evaluación de las acciones desarrolladas en el Plan sobre Drogas para Asturias 2001-2003”, y de acuerdo con la expresión literal de la Iniciativa 43 del actual Plan sobre Drogas para Asturias, pensamos que es necesario promulgar en la Comunidad Autónoma una ley sobre drogas que supere los problemas de las normas actuales y que sirva de herramienta de apoyo a los programas de reducción de la demanda que se sugieren más arriba. En este sentido, creemos conveniente el establecimiento de una normativa básica que establezca, entre otros aspectos, la determinación en 18 años de la edad para el acceso al alcohol, que regule su consumo en la vía pública y que ordene la restricción de la venta, distribución y consumo a menores.

A pesar de que la prevalencia del consumo de **cannabis** es sensiblemente más baja que la obtenida por el PND en 2004 para toda la población española, esta sustancia se sigue manteniendo en unos niveles de consumo muy altos. Sobre todo es preocupante la existencia de un número elevado de consumidores con un patrón de consumo de alto riesgo. En muchos casos, el consumo de cannabis se combina con el consumo de alcohol.

La implementación de medidas orientadas hacia la reducción del consumo de cannabis, a través, por ejemplo, del incremento de la percepción de riesgo de esta sustancia, podrían considerarse también como acciones prioritarias.

El consumo de **tranquilizantes** sin receta médica parece que también ha sufrido un incremento significativo. En este caso, son las mujeres las que tienen una prevalencia más alta. Es posible que el contexto familiar más próximo tenga una influencia notable sobre el uso de este tipo de sustancias, bien a través de procesos de aprendizaje social, o bien por indicaciones o sugerencias directas de

los propios padres. En cualquier caso, no parece muy positiva la existencia de cierta permisividad social hacia el uso de estos fármacos como forma de solución habitual de posibles situaciones problemáticas.

Las tasas de prevalencia del resto de las sustancias se mantienen en unos niveles bajos y muestran unas cifras similares y, en algunos casos, inferiores a las encontradas en la Encuesta Escolar de 2004 (p.e., cocaína, éxtasis o anfetaminas).

De igual modo, en este estudio se ha podido comprobar una vez más que la **alta disponibilidad** de las sustancias está muy relacionada con la probabilidad y la intensidad del uso de éstas. Las medidas legislativas como la que aquí se sugieren tendrían como objetivo, precisamente, reducir esa alta disponibilidad.

Es evidente también, que normativas de este tipo pueden ser efectivas siempre y cuando se establezcan mecanismos de control y supervisión eficaces que aseguren el cumplimiento de las mismas.

Ahondando en este argumento, los resultados de este estudio parecen reflejar también un cierto grado de incumplimiento de determinadas normas legales vigentes en la actualidad, en concreto, la prohibición de vender alcohol a menores de 16 años y la prohibición de fumar en los centros educativos (por ejemplo, el 45% de los encuestados afirma que ha visto fumar a alguno de sus profesores en el centro escolar, en el plazo de los últimos 30 días).

Uno de los factores que puede explicar la alta prevalencia del consumo de algunas sustancias en relación con la situación de varios años atrás, es la **incorporación de las mujeres** a un estilo de vida en donde el uso de determinadas sustancias psicoactivas (sobre todo, alcohol y tabaco) se ha convertido en un comportamiento muy normalizado. Tal es así que, en estos momentos, con los datos de que se dispone, se puede afirmar que, en términos generales no existen diferencias significativas en las tasas ni en el patrón de consumo de drogas entre los chicos y chicas de entre 14 y 18 años. Creemos que

este es también un dato de interés sobre el que conviene reflexionar, de cara a impulsar líneas de actuación dirigidas expresamente a este grupo poblacional.

Los análisis de los **factores de riesgo** utilizando el cuestionario FRIDA han puesto en evidencia la alta capacidad pronóstica de este instrumento. En particular, destacan tres factores como los más importantes: el uso de drogas en el grupo de amigos, la facilidad de acceso a las drogas (que ya se ha comentado) y la reacción de la familia ante el consumo de drogas. Una vez más, la familia se muestra como un factor de riesgo/protección con una importante influencia moduladora en el posible uso de sustancias por parte de los jóvenes. En este sentido, la implementación de estrategias efectivas de prevención en el ámbito familiar continúa siendo una necesidad de primer orden.

Por otra parte, la percepción de riesgo asociada a determinadas sustancias (alcohol, tranquilizantes y cannabis) es muy baja y, probablemente, es un factor que esté incidiendo de forma significativa en el consumo de las mismas.

Otras variables que incrementan la probabilidad del consumo de drogas son la disponibilidad de dinero y la frecuencia de las salidas nocturnas. Estas dos últimas variables inciden otra vez en la importancia de la influencia familiar, en este caso de la supervisión y el control que ejerce la familia, como moduladora del consumo de drogas.

El análisis de los datos obtenidos atendiendo a las **Áreas Sanitarias** no presenta, por lo general, grandes diferencias. No obstante, es de destacar que el Área VII presenta las prevalencias de consumo más altas en varias de las sustancias analizadas: alcohol, cannabis, alucinógenos y cocaína. Por lo demás, las diferencias encontradas entre algunas áreas sanitarias parecen deberse al azar o a ciertas particularidades de la muestra seleccionada.

Por lo que se refiere a la situación y a la opinión del **profesorado**, lo primero que llama la atención es la escasa valoración que éstos tienen de los programas de prevención. Es posible que esta opinión negativa pueda estar afectando a su implicación en dichos programas. De cualquier forma, quizás el

aspecto más llamativo es el que se refiere a la formación de los profesores en los programas de prevención que desarrollan, ya que existe un porcentaje significativo (13%) que no ha recibido ningún tipo de formación y sólo el 37% ha seguido una instrucción superior a 10 horas. Creemos que este es un aspecto que se debiera mejorar. El personal encargado de los programas de prevención (en este caso, los profesores) ha de estar bien formado en el manejo de tales programas. En una situación ideal, las actividades preventivas debieran estar realizadas por profesionales cualificados y especializados. Parece razonable que lo que pensamos para el ámbito del tratamiento, sea también aplicable a la prevención. Si esto no resulta posible, tal vez se podría desarrollar algún plan formativo lo suficientemente amplio, dirigido a profesores altamente motivados, que pudiera suplir esa falta de profesionalización. Sería aconsejable, además, que solo el personal que tuviera dicha formación contase con la autorización para aplicar programas de prevención en el ámbito escolar.

En esta línea se sitúan también las conclusiones finales referentes a la situación de los **técnicos de los planes municipales de drogas**. Si nos atenemos a las respuestas de los propios interesados, observamos una alta disparidad en la cualificación de los mismos que, en muchos casos, invita a poner en cuestión la adecuación profesional a las tareas que en teoría deberían desarrollar. Esta desconfianza se acentúa si tenemos en cuenta que más de la mitad de estos técnicos tampoco ha recibido formación específica en el ámbito de la prevención del consumo de drogas. Los programas de prevención deben alejarse de acciones bien intencionadas, han de estar basados en evidencias empíricas y deben implementarse de acuerdo a una metodología rigurosa y sostenida en el tiempo. Estas condiciones solo son posibles si los responsables de la prevención cuentan con una formación rigurosa. Por este motivo, pensamos que sería conveniente profesionalizar estas funciones, determinando el perfil o los perfiles necesarios para poder acceder a este tipo de responsabilidades.

Todos estamos de acuerdo en que es preferible prevenir a tratar, pero esto no quiere decir que prevenir sea más fácil que tratar.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.

Errasti Pérez, J. M., Vallejo Seco, G., Fernández Hermida, J. R., & Secades Villa, R. (2001). Guía de Referencia para la Evaluación de Programas de Prevención Familiares. Retrieved 18/12, 2006, from <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaEvaluacionProgPrevFamiliar.pdf>

Friedman, A.S. y Bransfield, S. (1995). Early childhood risk and protective factors for substance use during early adolescence: Gender differences. *Journal of Child and Adolescent Substance*, 4, 1-23.

Gobierno del Principado de Asturias. (2002). *Plan sobre Drogas para Asturias. Creando futuro. Estrategias para mejorar la situación de las drogodependencias en Asturias*. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias.

González Calleja, F., García-Señorán, M.M. y González González, S.G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8, 257-267.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Kröger, C., Winter, H., & Shaw, R. (1997). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias. Manual para responsables de Planificación y Evaluación de Programas*. Lisboa: EMCDDA.

Moncada Bueno, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En PND (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

National Institute on Drug Abuse (2005). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/Prevention/CONTENT.HTML>.

McDaniel, M., Tang, B. A., & Yancey, M. (1999). Integrated Evaluation Methods. Substance Abuse Treatment. Evaluation Resource Notebook: Center for Substance Abuse Treatment. Department of Health and Human Services.

Newcomb, M.D. y Felix-Ortiz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and protective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 280-296.

Observatorio sobre Drogas para Asturias. (2006). *Observatorio sobre Drogas para Asturias. Informe 2006. En D. G. d. S. P. y Planificación* (Ed.): Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Petterson, P.L., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.

Plan Nacional sobre Drogas. (2005). Estrategia Nacional sobre Drogas 2000 - 2008 / Plan de Acción 2005 - 2008. Retrieved 18/12, 2006, from <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlandeAccion2005-2008.pdf>

Robles Lozano, L. y Martínez González, J.M. (1999). Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. *Idea Prevención*, 17, 58-71.

Secades Villa, R., Carballo Crespo, J.L., Fernández Hermida, J.R., García Rodríguez O. y García Cueto, E. (2006). FRIDA. *Cuestionario para la evaluación de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes*. Madrid:TEA Ediciones.