



**TRABAJO FIN DE MÁSTER**  
**Máster Oficial Universitario en**  
**Intervención social en las sociedades del**  
**conocimiento**

**Estudio sobre la sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo, en un centro de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones de Andalucía, 1999-2010**

**Apellidos** Pozas García

**Nombre** María

**NIF/NIE/Pass** 79017423-A

**Convocatoria** 2011

**Fecha Entrega** 31 / 10 / 2011



# Índice

---

1. Introducción	5
2. Objetivos	7
2.1. Objetivo 1 y objetivos específicos.....	7
2.2. Objetivo 2 y objetivos específicos.....	8
3. Marco teórico	9
3.1. Conceptos clave.....	9
3.1.1. Concepto de droga.....	9
3.1.2. Clasificación de las drogas.....	9
3.1.3. Principales drogas que aparecen en este trabajo.....	10
3.2. Historia de las drogas en España.....	14
3.2.1. Hasta 1973.....	14
3.2.2. Entre 1973 y 1992.....	14
3.2.3. Desde 1992.....	14
3.3. Teoría de las representaciones sociales.....	15
3.3.1. Las representaciones sociales en España.....	17
3.4. Otras teorías y modelos explicativos del consumo de drogas.....	19
3.4.1. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social.....	20
3.4.2. Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.....	21
3.4.3. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis.....	22
3.5. Género y drogas.....	24
4. Metodología	26
4.1. Objetivo 1 y objetivos específicos.....	26
4.1.1. Técnicas de producción de datos.....	26
4.1.2. Características de las muestras.....	27
4.1.3. Técnicas de análisis de los datos.....	28
4.2. Objetivo 2 y objetivos específicos.....	28
4.2.1. Técnicas de producción de datos.....	28
4.2.2. Características de las muestras.....	29
4.2.3. Técnicas de producción de datos.....	29
4.3. Hipótesis.....	30
4.3.1. Objetivo 1.....	30
4.3.2. Objetivo 2.....	31

5. Resultados	32
5.1. Proyecto Hombre en la provincia de Málaga.....	32
5.1.1. Sustancia principal de consumo.....	32
5.1.2. Edad de admisión.....	34
5.1.3. Sexo.....	35
5.1.4. Relación entre edad de admisión y sustancia principal de consumo...	36
5.1.5. Relación entre sexo y sustancia principal de consumo.....	39
5.1.6. Relación entre sexo y edad de admisión.....	42
5.2. Comparación entre el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, en el año 2010.....	46
5.2.1. Sustancia principal de consumo.....	46
5.2.2. Sexo y edad de admisión.....	47
6. Conclusiones	51
7. Bibliografía	58
8. Anexos	60

# 1. Introducción

---

El debate en torno al consumo de drogas, sigue formando parte de la realidad social en España, aunque es cierto, que en la actualidad, tanto el debate como la preocupación ciudadana, han descendido con respecto a décadas anteriores. A finales de los años 80, se creó en el país, una gran alarma social provocada por la epidemia de la *Heroína*, de esta alarma, la población se ha venido recuperando gradualmente, a partir de que las consecuencias de la epidemia se han ido haciendo menos visibles.

Que hoy día, el debate y la preocupación ciudadana hayan descendido en España, puede estar explicado por el hecho de que las drogas consumidas en mayor porcentaje en la época en la que nos encontramos, son menos estigmatizadas por la sociedad en relación a las consecuencias personales, familiares, sociales y laborales que provocan. También es indiscutible, que la actuación institucional con respecto al consumo de drogas, tiene un profundo protagonismo actualmente, y esto puede contribuir a enmascarar una realidad que no es tan trivial como pueda aparentar ser.

En el presente, y sobre todo desde el mundo de los medios de comunicación masivos, se tiende a estigmatizar concretamente a una capa de la población: la adolescencia. En estos medios, se presentan noticias de gran calado social, a través de las cuales, se expone continuamente la aparición de nuevas sustancias peligrosas. La “supuesta aparición” de nuevas sustancias (y es “supuesta”, ya que la mayoría de las sustancias de las que se habla no son novedosas, si no que cobran protagonismo puntualmente), produce una alarma social desmedida de corta duración. Como se podrá comprobar a lo largo de este trabajo, estas “nuevas sustancias”, poseen un insignificante porcentaje de admisión a tratamiento. Las drogas con mayor incidencia de admisión en el momento actual, siguen siendo las de siempre: *Cocaína*, *Cannabis*, *Alcohol* y *Heroína*, aunque ésta última, ha bajado su incidencia de forma considerable en las últimas décadas.

La percepción social de que el problema de la droga, es sobre todo “cosa de jóvenes”, es algo extendido en el imaginario social actual, considerando en esta línea que la adolescencia, es una capa de la población que está perdiendo valores preciados y que no sabe disfrutar de la vida. Esta apreciación por parte de la gran mayoría de la sociedad Española en este caso, queda algo lejos de la realidad. El consumo de drogas y sus consecuencias personales, familiares, sociales y laborales, afecta a todas las capas de la

población, aunque en el momento actual, estas consecuencias, parecen ser menos visibles, si no hablamos de adolescentes.

El estudio sobre la evolución del consumo de drogas en nuestro entorno más cercano, siempre es de gran relevancia y de gran ayuda para la sociedad en su conjunto, y más aún, para los profesionales dedicados a la prevención del consumo y al tratamiento terapéutico de personas consumidoras, que pueden basarse en una información de calidad, con el fin de tener conocimiento sobre a qué se enfrentan en su labor diaria.

Este trabajo está estructurado en siete apartados además de esta introducción. Una primera parte está dedicada a exponer los objetivos generales y específicos. Posteriormente, se presenta el marco teórico que se divide en cinco sub-apartados, en los cuales, se expondrán conceptos claves para el tema estudiado, además de una breve exposición sobre la historia de las drogas en España, algunas teorías explicativas del fenómeno, y por último, un breve apartado sobre género y drogas. En el apartado siguiente del trabajo, se aclaran aspectos metodológicos como las características de las muestras, las técnicas de producción y análisis de datos. La estructura continúa con el apartado de resultados, donde se exponen las principales aportaciones, acompañadas de tablas y gráficos para su exposición. Consecutivamente, se aportan las principales conclusiones, y es aquí, donde se integra la información más importante obtenida en el trabajo, además de exponer la aplicabilidad de los resultados y futuras líneas de investigación. Por último, se pueden encontrar la bibliografía consultada, y los anexos.

## 2. Objetivos

---

### 2.1. Objetivo 1 y objetivos específicos

A continuación, se presenta el Objetivo general 1 de este estudio, seguido de sus correspondientes objetivos específicos.

Describir la evolución de la sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo, en personas admitidas a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, comparando los años 1999 y 2010, además de analizar la relación existente entre las tres variables.

- Describir la evolución de la sustancia principal de consumo en personas admitidas a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, comparando los años 1999 y 2010.
- Describir la evolución de la edad de admisión, en personas admitidas a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, comparando los años 1999 y 2010.
- Describir la evolución del porcentaje de mujeres y hombres, entre personas admitidas a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, comparando los años 1999 y 2010.
- Analizar la relación existente entre las variables edad de admisión y sustancia principal de consumo, en los años 1999 y 2010. Verificar si son dependientes o independientes.
- Analizar la relación existente entre las variables sexo y sustancia principal de consumo, en los años 1999 y 2010. Verificar si son dependientes o independientes.
- Analizar la relación existente entre las variables sexo y edad de admisión, en los años 1999 y 2010. Verificar si son dependientes o independientes.

## 2.2. Objetivo 2 y objetivos específicos

Se presentan este apartado, el Objetivo general 2 de este estudio, seguido de sus oportunos objetivos específicos.

Estudiar los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a la sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo, en personas admitidas a tratamiento en los años 1999 y 2010, con el fin de averiguar si son extrapolables a Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en los mismos años.

- Estudiar los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a la sustancia principal de consumo, en personas admitidas a tratamiento en los años 1999 y 2010, con el fin de averiguar si son extrapolables a Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en los mismos años.
- Estudiar los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a la edad de admisión, en personas admitidas a tratamiento en los años 1999 y 2010, con el fin de averiguar si son extrapolables a Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en los mismos años.
- Estudiar los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto al porcentaje de mujeres y hombres, entre personas admitidas a tratamiento en los años 1999 y 2010, con el fin de averiguar si son extrapolables a Proyecto Hombre en la provincia de Málaga en los mismos años.

## 3. Marco Teórico

---

### 3.1. Conceptos clave

El propósito de la redacción de este apartado, es proporcionar al lector la aclaración de una serie de conceptos, que se consideran indispensables, para interpretar adecuadamente las aportaciones de este trabajo.

#### 3.1.1. Concepto de droga

En referencia al concepto de “droga”, diversas instituciones y autores, han venido aportando un gran número de definiciones. En este apartado, se aportan dos de ellas:

1. Definición que la Ley de Drogas de Andalucía, Ley 4/1997, recoge en las disposiciones generales de su Título I.: *“Aquellas sustancias, naturales o sintéticas, cuyo consumo pueda generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad, o disminución de la capacidad volitiva, así como efectos perjudiciales para la salud.”*
2. Conclusión propuesta por la Agencia Antidroga en el año 2007:
  - Las drogas son sustancias psicoactivas con capacidad reforzadora positiva.
  - Generan dependencia física y psicológica.
  - Provocan deterioro en el organismo.
  - Provocan deterioro en la conducta social en los niveles personal, familiar y laboral.

#### 3.1.2. Clasificación de las drogas

Aunque a lo largo de la historia, ha existido una gran variedad de clasificaciones referentes a los distintos tipos de droga, en este caso en particular, la clasificación que se aporta es la referida a sus efectos sobre Sistema Nervioso Central. La fuente mediante la cual, se ha obtenido la correspondiente clasificación, es la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD):

- Drogas psicolépticas: relentecen la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las funciones corporales.

- Drogas psicoanalépticas: incrementan el ritmo funcional del organismo y excitan la actividad nerviosa.
- Drogas psicodislépticas: alteran la conciencia, afectan a la percepción y a los sentidos.

### 3.1.3. Principales drogas que aparecen en este trabajo

Se aportan aquí las características principales de las drogas que aparecen en este trabajo, concretamente, cómo son conocidas coloquialmente, sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central, su presentación y su forma de administración. Para elaborar este apartado se ha obtenido información de la Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD).

#### 1. Alcohol.

- Conocida como:  *cubata, chupito, licor, copa, cacharro, litrona...*
- Efecto sobre el Sistema Nervioso Central: psicoléptico.
- Presentación: bebidas fermentadas o destiladas con diferente graduación, color, sabor, embotellado, etc.
- Administración: oral.

#### 2. Opiáceos.

##### 2.1. Heroína.

- Conocida como:  *caballo, potro, jaco,...*
- Efecto sobre el Sistema Nervioso Central: psicoléptico.
- Presentación: en su forma original la heroína es un polvo blanco cristalino, inodoro y fino, pero dependiendo del proceso de producción puede presentarse con otra textura y color. Se suele presentar en bolsas o sobrecitos de papel (*papelina*). Su pureza es variable; las principales sustancias de corte son la quinina, lactosa, bórax, azúcar, almidón, etc.; incluso se ha utilizado estriquina y otros depresores del sistema nervioso central como barbitúricos y sedantes.
- Administración: fumada o inhalada (*chino*), e inyectada (*pico*). Menos común es aspirada por la nariz (*esnifada*).

## 2.2. Otros opiáceos.

- Metadona (psicoléptico). En la actualidad es la sustancia usada de forma mayoritaria en los programas de sustitución para el tratamiento de los consumidores de heroína.
- Morfina (psicoléptico). Utilizada mayormente como psicofármaco.

## 3. Cocaína.

### 3.1. Clorhidrato de cocaína.

- Conocida como: *nieve, coca, perico, farlopa,...*
- Efecto sobre el Sistema Nervioso Central: psicoanaléptico.
- Presentación: polvo blanco, cristalino y de sabor amargo. Se suele presentar en bolsas o sobrecitos de papel (*papelina*). Su pureza es variable; las principales sustancias de corte son el talco, maicena, anfetaminas, quinina, ácido básico, estricnina, detergentes, formol, etc.
- Administración: aspirada por la nariz (*esnifada*), inyectada o tópica (a través de la piel o mucosas).

### 3.2. Cocaína base.

- Conocida como: *base-libre, free-base, crack,...*
- Efecto sobre el Sistema Nervioso Central: psicoanaléptico.
- Presentación: cristales o gránulos de color blanco amarillento o beige en forma de terrones o bolas.
- Administración: fumada en cigarrillo (se puede mezclar con tabaco), pipas o en papel de aluminio.

## 4. Heroína y cocaína.

La combinación de heroína con cocaína es conocida como *speed-ball* (heroína y clorhidrato de cocaína) o *rebujo/revuelto* (heroína y cocaína base). El consumidor busca obtener los efectos rápidos de la cocaína y los sedantes de la heroína.

## 5. Anfetaminas y derivados.

- Conocida como: *anfetas, speed,...*
- Efecto sobre el Sistema Nervioso Central: psicoanaléptico.
- Presentación: tabletas, cápsulas y en polvo, con texturas y colores diferentes. Su pureza es variable; las principales sustancias de corte son lactosa, manitol, cafeína, paracetamol, etc.
- Administración: la más común es la oral. También inyectada o aspirada por la nariz (*esnifada*).

## 6. Alucinógenos.

### 6.1. LSD.

- Conocida como: *ácidos, tripis, micro-puntos, secantes,...*
- Efecto sobre el Sistema Nervioso Central: psicodisléptico.
- Presentación: tabletas, cápsulas, tiras de gelatina, micro-puntos, etc. La distribución de la sustancia se lleva a cabo en hojas de papel secante sobre las que se ha impregnado dicha droga. Éstas, a su vez, se decoran con muy diversos motivos, adquiriendo al final un aspecto de sello o calcomanía que pasa fácilmente inadvertido.
- Administración: oral y tópica (a través de la piel o mucosas).

### 6.2. Otros alucinógenos.

- Hongos alucinógenos (psicodisléptico).
- Ketamina (psicodisléptico).
- PCP (psicodisléptico).

## 7. Éxtasis y derivados.

- Conocida como: *pastillas, pirulas, rulas,...*
- Efecto sobre el Sistema Nervioso Central: psicoanaléptico / psicodisléptico.
- Presentación: tabletas, cápsulas o polvos; las primeras son las de uso más extendido y se presentan en una gran variedad de tamaños, formas y colores con el fin de hacerlas más atractivas y comerciales. Aparecen mezcladas con otras muchas

sustancias de corte: tiza, detergente, etc.; y algunas con efecto psicoactivo: cafeína, anfetaminas, efedrina, etc.

- Administración: la más común es la oral. También inyectada o aspirada por la nariz (*esnifada*).

## 8. Hipnóticos- sedantes.

- Barbitúricos (psicoléptico).
- Benzodiacepinas (psicoléptico).

Ambas son psicofármacos y se conocen como *pastillas para dormir*.

## 9. Cannabis y derivados.

- Conocida como: *porro, canuto, petardo, maría, chocolate, joint,...*
- Efecto sobre el Sistema Nervioso Central: psicoléptico / psicodisléptico.
- Presentación: para su consumo se suele presentar de tres formas; *marihuana o hierba* preparada a partir de las hojas secas, flores y pequeños tallos de la Cannabis Sativa; *hachís*, que se elabora prensando la resina de la planta hembra, dando lugar a un bloque de color marrón. Su contenido de THC (hasta un 20%) es superior al de la marihuana (del 5 al 10%), por lo que su toxicidad es potencialmente mayor. Por último, existe un concentrado líquido conocido como *aceite de cannabis o aceite de hachís* que se obtiene mezclando la resina con algún disolvente como acetona, alcohol o gasolina, el cual se evapora en parte, dando lugar a una mixtura viscosa cuyas proporciones de THC son muy elevadas (hasta un 85%).
- Administración: oral (en infusiones y como ingrediente alimenticio) o fumada (se mezcla con tabaco y se lía en cigarrillos).

## 10. Tabaco.

- Conocida como: *cigarrillo, pitillo,...*
- Efecto sobre el Sistema Nervioso Central: psicoanaléptico.
- Presentación: cigarros, puros, tabaco para mascar o para fumar en pipa o rapé (picadura de tabaco con sustancias aromáticas).
- Administración: oral (mascada) o fumada.

## 3.2. Historia de las drogas en España

Con el fin de exponer de forma breve la Historia de las drogas en España, se ha integrado aquí la aportación de Domingo Comas (2008), para el tema en cuestión.

### 3.2.1. Hasta 1973

La sociedad española se haya caracterizada por la pobreza, y traumatizada por la reciente guerra civil, por lo que prima un deseo de mejora personal, y se aceptan malas condiciones de trabajo. El nivel de consumo de la población en general es bastante bajo. En el caso de las drogas, las ilegales tienen escaso consumo y casi todo el problema se refiere a su tráfico, al ser España el puente entre Sudamérica y Europa. Con respecto a las drogas legales, el mayor consumo se centra en el *Alcohol*, el *Tabaco* y fármacos de tipo *Anfetamínico* e *Hipnosedante*. La sociedad de la época, no se plantea ningún problema en relación con las drogas y las únicas respuestas se refieren al alcoholismo.

### 3.2.2. Entre 1973 y 1992

A finales de los 70, y logrado ya un cierto nivel de Bienestar, irrumpe la transición política a la Democracia. Por entonces, se produce la ruptura de la juventud con la sociedad tradicional, y se genera el consumo paulatino de drogas ilegales, tales como la *Cocaína* y el *LSD*, de forma minoritaria. El uso de la *Heroína* y el *Cannabis* va extendiendo en mayor medida, con pautas de uso basadas en los movimientos o grupos, y motivadas como reacción a la sociedad establecida.

Los 80, suponen la explosión en el consumo de *Heroína*, cuyo uso se va independizando de motivaciones culturales o ruptura social. En un primer momento, se produce una respuesta espontánea de los afectados en forma de “movimiento social contra las drogas”, al que seguirá la participación primero de los profesionales y después de las instituciones. El consumo de *Alcohol* se eleva y se identifica con el tiempo libre y la fiesta, generándose la cultura de la “litrona” y sirviendo de elemento socializador de grupo, lo que unido a los cambios generacionales, lleva a un distanciamiento del mundo paterno, y a un aumento de la permisividad de los cabezas de familia. A finales de los 80, comienzan a producirse las consecuencias del fenómeno del SIDA.

### 3.2.3. Desde 1992

En los 90, se reduce el consumo de *Heroína* al considerarse una droga muy dañina, y se sustituye por el consumo de *Cocaína*, de la que se tiene una imagen menos perniciosa. Aumenta el consumo de *Alcohol*, de estimulantes y de drogas sintéticas. Las consecuencias del consumo de drogas, se reducen en el contexto de una sociedad que ha superado la alarma que producían y que va dualizando, de diferentes maneras, su relación con las mismas. El éxito institucional obtenido con la *Heroína*, se extrapola hacia el conjunto de las drogas, pero el protagonismo institucional enmascara la realidad de los problemas.

En los primeros años del siglo XXI, entre las capas más jóvenes de la población y con reducido poder adquisitivo (básicamente el grupo de los estudiantes), se incrementa el consumo de *Alcohol* de bajo coste y baja calidad en grandes grupos, teniendo lugar en espacios públicos, y generalizándose la denominada cultura del “botellón”, ocasionando importantes problemas derivados de los ruidos y los residuos generados. Se han intentado adoptar medidas legales para erradicar el problema, pero no han tenido el éxito esperado.

## 3.3. Teoría de las representaciones sociales

El concepto de representación social, apareció por primera vez con la publicación del libro “El psicoanálisis, su imagen y su público” de Serge Moscovici (1979). Este término tal como lo señala Moscovici, fue retomado del campo de la sociología, y más específicamente, del trabajo intelectual de Emilio Durkheim (1947).

El concepto de representación social fue acuñado, con el fin de denotar el fenómeno social, como una realidad que guarda relación en último término con el comportamiento de los grupos sociales. En un trabajo llevado a cabo por Rodríguez y Megías en 2001, “Una aproximación al cambio en las representaciones sociales sobre drogas en España”, se puede encontrar una definición de representación social bastante esclarecedora: *conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse, actuar y orientarse en el contexto social en el que viven, racionalizar sus acciones y defender su identidad.*

La teoría de las representaciones social viene siendo desde hace años una referencia obligatoria y valiosa en el estudio de las drogodependencias como fenómeno social (Megías, 1999). El autor justifica la necesidad de incorporar las representaciones

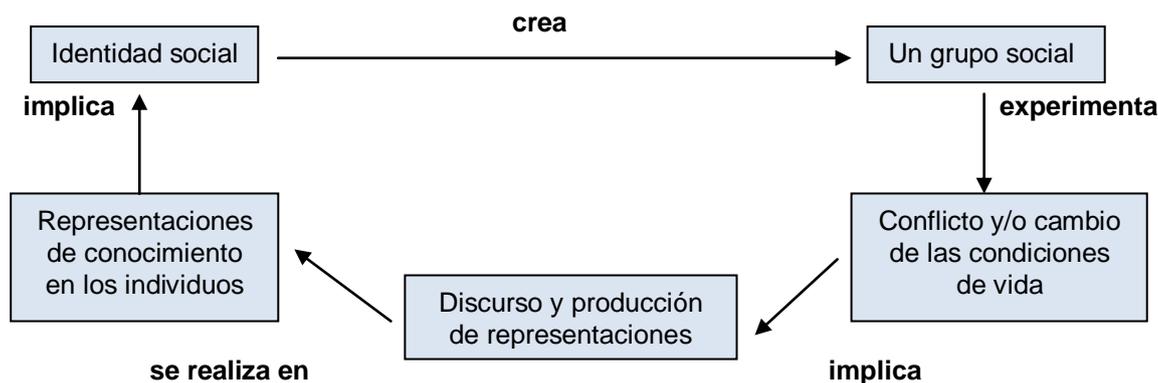
sociales en la reflexión en torno al fenómeno de drogodependencias a través de las siguientes cuestiones:

- Las representaciones sociales de las drogas y su relación con determinados comportamientos de consumo, no puede considerarse como una explicación unívoca de consumo de drogas, pero sí es una conceptualización fundamental para la comprensión de su consumo.
- La representación social se constituye en un elemento importante del imaginario colectivo.
- La estructura y contenidos de la representación social de las drogas forman una parte constituyente del mismo fenómeno.
- Las representaciones sociales cobran relevancia en los procesos de búsqueda de respuestas ante el fenómeno de las drogodependencias.

Las representaciones sociales establecen una relación estrecha entre el contenido de las mismas y el comportamiento de las personas o grupos que se encuentran compartiendo esa representación social. La teoría de las representaciones sociales se ocupa de un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial en cómo la gente piensa y organiza su vida (Wagner y Elejabarrieta, 1995). Así mismo, mediante el proceso de influencia social es posible establecer y cambiar las actitudes, valores y conductas de las personas (Becoña, 2002).

Una característica de las representaciones sociales, es que los cambios en la práctica cotidiana conducen a la introducción de una nueva representación separada de la representación que podría considerarse original (Flament, 1987; citado en Wagner y Elejabarrieta, 1995), por ello, las representaciones sociales de las drogas han sufrido a lo largo de la historia modificaciones considerables.

En la figura que se muestra a continuación, puede observarse como las representaciones sociales parecen jugar un papel importante en la identidad social de los grupos, destacando el hecho de que son modificadas cuando hay que dar respuesta a los conflictos que van apareciendo. Antes de proseguir, esclarecer que la identidad social consiste en el conocimiento por parte del individuo de que pertenece a ciertos grupos sociales junto con la significación emocional y valorativa de esa pertenencia (Tajfel, 1984).



*Esquema simplificado del proceso sociogénico de las representaciones sociales. Tomado de Wagner y Elejabarrieta (1995).*

En cuanto a la estructura de las representaciones sociales, decir que Abric (1984, 1989, 1993; citado en Warner y Elejabarrieta 1995) identifica que toda representación social está organizada alrededor de un núcleo y de unos elementos periféricos. El núcleo central es la parte esencial de la representación y ésta cambiaría, si se modificara dicho núcleo. Los esquemas periféricos por otra parte, vienen a sustentar dicho núcleo, por tanto una característica importante de las representaciones sociales es el núcleo significativo en el que se sustenta la imagen. Por ejemplo, si creo que consumir una droga no lleva consigo peligro estaré más cerca de hacer consumos experimentales que cuando la imagen se caracterice por el peligro asociado a su uso y en definitiva objeto de evitación. Así, las representaciones sociales además de estar constituidas por valores, nociones y creencias implican actitudes que a su vez se relacionan con la conducta.

### **3.3.1. Las representaciones sociales en España**

Las representaciones sociales se han constituido como un elemento importante del imaginario español, al menos desde mediados de los años 70. Independiente del análisis crítico del constructo social, no hay duda de que “la droga” ocupa un lugar central en ese constructo durante los últimos 25 años, formando parte de los asuntos que han marcado la evolución de nuestras sociedades. Pero la realidad se ha modificado objetivamente y las percepciones sociales también. Han aparecido en nuestro contexto nuevas sustancias; han cambiado los patrones de consumo; la convivencia cotidiana ha matizado la visión de los problemas y se han puesto en marcha actuaciones y respuestas variadas (Rodríguez y Megías, 2001).

En relación a las representaciones sociales en España, se hace referencia aquí, a un trabajo realizado por Megías et al. (2005), que lleva como título “La percepción social de los

problemas de drogas en España. 2004". En dicho trabajo, se recogió información opinática/actitudinal sobre drogas, a través de 1700 encuestas domiciliarias entre españoles/as de entre 15 y 65 años.

De este estudio, los autores extraen algunas **conclusiones importantes**, que se exponen a continuación:

La población española entre 15 y 65 años se agrupa en cinco Tipos diferentes de visiones, actitudes y posturas ante las drogas. Cada uno de estos Tipos agrupa a las personas que tienen más en común, y que se diferencian más de las de otros Tipos.

Los tres Tipos más numerosos serían:

1. *"Totalizador contra la droga"*: 26,8% de la población, 7.842.000 personas aprox. Lo más característico de este Tipo es su visión totalmente confrontada con cualquier tipo de convivencia con las sustancias ilegales, su beligerancia al respecto, que contrasta con su negativa a sentir ninguna preocupación por las sustancias legales.

Perfil del Tipo:

- Edad, no es significativa
- Sexo, no es influyente
- Más, entre católicos (no practicantes)
- Más, en la derecha política
- Más, NS/NC en política

2. *"Permisivo/Experimentador"*: 25,8% de la población, 7.533.000 personas aprox. Este Tipo presenta unas opiniones y posturas proclives a minimizar los riesgos de las drogas, a suavizar el control de estos riesgos y, coherentemente, a facilitar el consumo. Esta actitud llega a proclamar la conveniencia de la experimentación con sustancias.

Perfil del Tipo:

- Más, entre varones
- Más, entre menores de 30 años
- Menos, entre mayores de 50 años
- Más, con más nivel de ingresos
- Más, entre no creyentes religiosos
- Menos, entre católicos practicante
- Más, en la izquierda política

3. *"Normativista/Prágmatico"*: 25,6% de la población, 7.481.000 personas aprox. Junto con una cierta visión optimista de la evolución de los problemas, en este Tipo se da la aceptación de la presencia de las drogas y la defensa voluntariosa de cualquier medida que pueda contribuir a paliar los riesgos de esa presencia.

Perfil del Tipo:

- Más, entre mujeres
- Más, entre católicos
- Más, de más de 50 años
- Menos, en no creyentes
- Más, en zonas rurales

Finalmente se situarían los Tipos:

4. *“Catastrofista”*: 18,6% de la población, 5.439.500 personas aprox. Es el Tipo que sigue manteniendo una visión de las drogas más próxima a lo que fue el estereotipo tradicional: sustancias satanizadas, lejanas y un tanto desconocidas, de las que hay que distanciarse y defenderse a toda costa, sobre todo con medidas normativas y policiales.

Perfil del Tipo:

- Más, entre mayores de 50 años
- Más, de centro y derecha política
- Sexo, no influye
- Menos, en la izquierda política
- Más, entre católicos practicantes

5. *“Trivializador”*: 3,0% de la población, 875.000 personas aprox. Lo que caracteriza ante todo a este Tipo es su negación de la peligrosidad de las drogas. A partir de ahí, es lógico que defienda la experimentación y que niegue la necesidad de articular maniobras preventivas o defensivas.

Perfil del Tipo:

- Más, entre 23-30 años
- Más, en ciudades
- Menos, de más de 30 años
- Más, entre no creyentes
- No influye el sexo
- Más, de ideologías de izquierdas

### 3.4. Otras teorías y modelos explicativos para el consumo de drogas

Se pueden considerar varios grupos de teorías y modelos explicativos para el consumo de drogas: 1) teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes, 2) teorías y modelos de estadios o evolutivas y 3) teorías y modelos integrativas y comprensivas (Becoña, 1999). En este trabajo, se van a exponer las teorías y modelos más influyentes del tercer grupo, y la razón de centrarse en este grupo de teorías, es que se considera que son éstas, las que más esfuerzos han hecho por tratar de una forma multidimensional el consumo de drogas.

### **3.4.1. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social**

La teoría del aprendizaje social fue propuesta por Bandura (1977, 1986), esta teoría, red denominada más recientemente por el autor como teoría cognitiva social (Bandura, 1986), es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición, junto a los aspectos del ambiente en que se lleva a cabo la conducta (Becoña, 1999).

Bandura, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta (Bandura, 1977):

1. El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico.
2. El segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental.
3. El tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

La teoría cognitiva social, asume el concepto de **autoeficacia** como elemento central de la misma y como el componente explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de conducta. La teoría de la autoeficacia posee como núcleo central las percepciones que tienen los individuos sobre su capacidad de actuar, y estas percepciones contribuyen de modo causal a la conducta.

La autoeficacia percibida se define como una percepción de la capacidad que tiene uno para lograr un nivel específico o un tipo de actuación en un lugar concreto (Bandura, 1986). Esta autoeficacia percibida afecta, a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida, tanto a los niveles propios de motivación y como a la percepción de logro del individuo.

Bandura (1977) le ha dado mucha importancia a la distinción entre percepciones de autoeficacia y expectativas de resultado. Las percepciones de autoeficacia, ya han sido

definidas anteriormente, y las expectativas de resultado, se refieren a las consecuencias que uno espera que sigan a la realización de una determinada conducta.

La teoría cognitiva social, es una teoría comprensiva de la conducta que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona (Becoña, 1999).

### ***3.4.2. Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.***

El modelo del desarrollo social, desarrollado por Catalano, Hawkins y colaboradores, es una teoría general de la conducta humana cuyo objetivo es explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones, predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección (Catalano y Hawkins, 1996). Este modelo integra algunas teorías anteriores que han tenido un apoyo empírico, la teoría del control (ej., Komhauser, 1978), la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1973, 1977) y la teoría de la asociación diferencial (Matsueda, 1988).

El modelo del desarrollo social hipotetiza que son similares los procesos de desarrollo que llevan tanto a la conducta prosocial como a la antisocial (Catalano y Hawkins, 1996; Hawkins y Weis, 1985). El objetivo de este modelo es explicar y predecir el comienzo, escalada, mantenimiento, descalada y abandono de llevar a cabo aquellas conductas que son de gran preocupación para la sociedad, como la delincuencia y el uso de drogas ilegales (Catalano y Hawkins, 1996).

Los autores consideran de gran relevancia la influencia de los factores de riesgo en el desarrollo de la conducta antisocial, asumiendo que ésta, es el resultado de diversos factores de índole biológica, psicológica y social (internamente al individuo, la familia, la escuela, el grupo de iguales... etc.).

Los tres elementos básicos que incorpora el modelo de desarrollo social (Catalano y Hawkins, 1996) son:

1. La inclusión tanto de la conducta delincuente como la del uso de drogas en un mismo modelo.
2. Una perspectiva de desarrollo, lo que lleva a submodelos específicos para las distintas edades.

3. La inclusión de los factores de riesgo y protección para la delincuencia y el uso de drogas.

La asunción principal de este modelo es que los seres humanos son buscadores de satisfacción y que la conducta humana depende del interés percibido por la persona de sus actos; esto es, las personas se implican en actividades o interacciones a causa de la satisfacción que esperan recibir de ellas (teoría del aprendizaje social). Además las experiencias proporcionan información empírica que sirve para las acciones futuras (teoría de la acción diferencial) (Becoña, 1999). La segunda principal asunción es que existe un consenso normativo en la sociedad o lo que es lo mismo, unas “reglas del juego” (Becoña, 1999).

Para los autores, la conducta antisocial resulta cuándo: 1) la socialización prosocial se rompe, bien porque a la persona se le niega la oportunidad de participar en la vida prosocial o sus habilidades son inadecuadas para que sus conductas prosociales le produzcan reforzamiento o cuando el ambiente falla en reforzarle cuando lleva a cabo conductas prosociales, 2) incluso ante la presencia de vínculos prosociales, cuando el cálculo de costes y beneficios por parte del individuo, con bajo interés para uno mismo, muestra una ganancia para la acción ilícita, y 3) cuando un niño está vinculado a una unidad de socialización inmediata de familia, escuela, comunidad o iguales, que tienen creencias o valores antisociales. Esto les llevará a creer de una manera consistente en las normas y valores de estos grupos (Catalano y Hawkins, 1996).

Este modelo no asume que la conducta sea estática, que se deba a rasgos fenotípicos o de personalidad, dado que la estabilidad conductual no es tal a lo largo del tiempo, siendo posible que eventos vitales específicos y el ajuste a contextos sociales cambiantes durante la adolescencia y la adultez, pueden modificar el curso de la conducta antisocial a lo largo del tiempo (Becoña, 1999).

### ***3.4.3. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis***

La teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1994) es una teoría que agrupa varios elementos de distintas teorías relevantes que se han utilizado en el campo de la salud y, muchos de ellos, en el campo de las drogodependencias (Becoña, 1999).

En esta teoría se consideran varios niveles que sirven para explicar las causas de la conducta. Estos niveles, que se relacionan con tres grupos de influencia, afectan a la conducta según sean más próximos, lejanos o finales:

1. Influencias culturales y ambientales sobre el conocimiento y valores que influyen las actitudes (macroambiente).
2. Influencias contexto-situación social sobre los vínculos sociales y el aprendizaje social, influyendo las creencias sociales normativas (microambiente inmediato).
3. Influencias intrapersonales sobre la determinación y control de uno mismo y las habilidades sociales, que conducen a la autoeficacia (disposiciones heredadas y características de la personalidad).

Junto a estos elementos de carácter general, existen además, un importante número de interacciones e influencias, tanto entre los niveles, como entre los grupos de influencia.

<b>Operativización</b>	<b>Origen/Nivel</b>	<b>Tipo de influencia</b>	<b>Concepto resultante más relevante como causa de la conducta</b>
Ambiente cultural	Macroambiente	Actitudinal	Actitudes
Contexto social	Microambiente inmediato	Social	Creencias sociales normativas
Biología y personalidad	Disposiciones heredadas y características de personalidad	Intrapersonal	Autoeficacia

*Adaptado de Flay y Petraitis (1994).*

Los autores consideran que la conducta es fruto de la situación, la persona y el ambiente. Igualmente, postulan que las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales, actúan de forma independiente y afectan interaccionando sobre las decisiones de actuación. Los elementos intermedios de influencia que consideran son:

1. Lo que el individuo extrae desde sus ambientes, situaciones y rasgos básicos.
2. Las expectativas que tiene sobre la conducta y de su evaluación de esas expectativas.
3. Sus cogniciones relacionadas con la salud.

Esta teoría considera tanto los factores directos como los indirectos que afectan a la conducta.

Los rasgos genéticos y las disposiciones de la personalidad que atañen a las características intrapersonales del sujeto, son operativizados en cinco dimensiones básicas de la personalidad: control personal, control emocional, introversión-extraversión, sociabilidad e, inteligencia general.

Finalmente, un elemento de gran relevancia en la teoría, es el proceso dinámico de toma de decisiones. La decisión inicial y las experiencias conductuales relacionadas con la salud, proporcionan “feedback” al sujeto, influenciando las sucesivas decisiones sobre las mismas. Este hecho no implica que las personas tomen decisiones racionales en esas conductas (aunque la persona las considere racionales), especialmente cuando la decisión se basa en información inadecuada.

### 3.5. Género y drogas

La información que se presenta a continuación, ha sido obtenida de la Guía informativa “Drogas y Género” del Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia.

Se comienza aquí, aclarando dos conceptos importantes: se utiliza la expresión “sexo” para hacer referencia a las características que vienen determinadas biológicamente en hombres y mujeres, y “género” para las diferencias entre hombres y mujeres, basadas en factores sociales o culturales.

La división de los roles femenino y masculino, varía entre sociedades y a lo largo de la historia, aún así, existe un modelo tradicional (al menos en España) que asigna a los hombres la responsabilidad del trabajo productivo, y a las mujeres, la crianza de los hijos y el cuidado del hogar familiar.

La progresiva superación del modelo tradicional de roles en España, trae consigo influencias diversas en la salud de las mujeres, provocando tanto cambios negativos como positivos. De un lado, se está produciendo una modificación del comportamiento de muchas mujeres que, para procurar ajustarse a la moderna definición del rol femenino, adquieren comportamientos que conllevan riesgos para su salud, como el consumo de drogas legales

e ilegales que, hasta hace pocos años, eran conductas características del rol masculino. De otro lado, esta superación del modelo tradicional de roles, facilita la aparición de una mayor autonomía e independencia para la mujer, creando redes de apoyo social y participando en diferentes espacios de la vida pública. Este hecho, conlleva que se comparta entre hombres y mujeres el cuidado del hogar familiar, y ellas no apoyen todo su proyecto vital en el cuidado y servicio a los demás.

Consumir drogas se ha venido considerando una conducta estereotipada como masculina. El consumo de drogas, no comprende el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo por la sociedad Española. Mientras que entre los hombres se ha considerado el consumo de drogas como una conducta social y culturalmente aceptada (salvo en casos donde la adicción ha aparecido asociada a otras conductas problema), entre las mujeres supone un desafío a los valores sociales dominantes. De lo expuesto anteriormente deriva, que las mujeres con adicción a las drogas soporten un mayor grado de reproche social y/o familiar, que se traduce en un menor apoyo.

La diferente respuesta por parte del entorno social a los problemas de adicción a las drogas, explica en gran medida porqué muchas mujeres optan por ocultar el problema y no demandar ayuda, temerosas de ser estigmatizadas y sufrir la exclusión o rechazo de su entorno próximo.

El significado de los consumos en clave de género, además, está muy condicionado por el factor generacional. A diferencia de lo que ocurre con los adultos, los adolescentes y jóvenes, educados en valores que defienden la igualdad de género, ven con normalidad que hombres y mujeres compartan las mismas conductas.

## 4. Metodología

---

Para este estudio, se han seguido métodos diferentes según los dos Objetivos generales del mismo. Con respecto a la exposición de los métodos seguidos para cada uno de los Objetivos, se ha considerado más adecuado, hacerla de forma separada, para ofrecer mayor claridad al lector.

### 4.1. Objetivo 1 y objetivos específicos

#### 4.1.1. Técnicas de producción de datos

Para la consecución del Objetivo 1 de este trabajo, se parte de una fuente de información secundaria, concretamente, de datos no publicados por organismos públicos y privados: registro sobre las admisiones a tratamiento de Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga (Antequera, Málaga, Marbella, Ronda y Vélez-Málaga), en los años 1999 y 2010.

Los datos sobre las admisiones a tratamiento de Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, fueron obtenidos mediante la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT). Esta ficha, es utilizada para recoger información en el momento de la admisión a tratamiento, en los centros de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones de Andalucía, a la cual también pertenece Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga. En la FIBAT se incluye principalmente, información sobre tres áreas que vienen indicadas por el Centro de Monitorización Europeo sobre Drogas y Adicciones (EMCDDA, 2000):

- Información sobre variables socio-demográficas
- Aspectos relacionados con el inicio del tratamiento
- Información relacionada con la adicción que motiva el tratamiento.

El EMCDDA ha consensado una serie de ítems comunes para los centros ambulatorios de Europa, que le notifican admisiones a tratamiento. De esta forma, se pretende disponer de una base de datos que permita comparar y extraer los distintos perfiles de las personas que solicitan tratamiento.

Otros ítems que se utilizan en la FIBAT están propuestos por la Comunidad Autónoma Andaluza. La inclusión de estos ítems, responde a la necesidad de ajustarse a los

patrones de consumo y a las características poblacionales que se dan específicamente en Andalucía, y a los objetivos del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (PASDA).

La recogida de los datos a través de la FIBAT se realiza en el momento en el que se produce la admisión a un tratamiento, no siendo esta información recogida en aquellas situaciones en las que las personas sólo solicitan información sin requerir su inclusión en un proceso terapéutico.

El formato de la ficha en cuestión, se puede encontrar en el apartado Anexos de este trabajo.

Las variables de la FIBAT seleccionadas para este estudio, son las siguientes: sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo.

#### **4.1.2. Características de las muestras**

Con respecto al Objetivo 1 de este trabajo, se utilizarán las muestras que se exponen a continuación.

El total de las admisiones a tratamiento en el año 1999 en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, fue de 317 personas. De este total, se eliminan 83 registros por tener datos incompletos sobre la sustancia principal de consumo o, sobre la edad de admisión a tratamiento. La muestra final para el estudio es de 234 personas, esta muestra, a un nivel de confianza de 95,5%, posee un error de +- 3,35%.

El total de las admisiones a tratamiento en el año 2010 en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, prescindiendo en este caso de las admisiones en el Programa específico de Adolescentes de Málaga, fue de 444 personas. De este total, se eliminan 97 registros por tener datos incompletos sobre la sustancia principal de consumo o, sobre la edad de admisión a tratamiento. La muestra final para el estudio es de 347 personas, esta muestra, a un nivel de confianza de 95,5%, posee un error de +-2,51%.

El motivo por el que se prescinde de las admisiones en el Programa específico de Adolescentes de Málaga en 2010, es que es un programa con numerosas admisiones (más de 150), y los datos procedentes de éste, podrían influir en el descenso de la edad media de admisión, y en el aumento de admisiones por la sustancia *Cannabis y derivados*.

### **4.1.3. Técnicas de análisis de los datos**

Las técnicas de análisis de datos, seleccionadas en referencia al Objetivo 1, son las siguientes:

Se llevarán a cabo análisis estadístico-descriptivos para cada una de las variables seleccionadas de la FIBAT (sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo), en ambas muestras de Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, con el fin de comparar los años 1999 y 2010.

Con el fin de verificar si la relación entre las variables es dependiente o independiente en los años 1999 y 2010, se tomarán las variables de cada uno de los años por parejas, de forma que cada una de ellas se coteje con las demás en el mismo año. Para examinar el tipo de relación entre una pareja de variables, se utilizará el Contraste de independencia Chi-cuadrado del programa SPSS (vs. 17.0), a un nivel de confianza del 95%. Si el valor de la significación es menor que *Alfa* (0,05), se rechaza la hipótesis de independencia de las variables, si por el contrario, es mayor, se acepta la hipótesis de independencia. Es necesario resaltar aquí, que esta prueba indica si existe o no dependencia entre las variables, pero no indica el grado o el tipo de dependencia.

## **4.2. Objetivo 2 y objetivos específicos**

### **4.2.1. Técnicas de producción de datos**

Con respecto al Objetivo 2 de este trabajo, se parte de una fuente de información secundaria, específicamente, de datos publicados por organismos públicos y privados: "Informe sobre el Indicador Admisiones a Tratamiento en Andalucía 2010", publicados por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Para los resultados obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones en 1999, no se han encontrado publicaciones que aporten los datos necesarios para la investigación, por lo que habrá que prescindir de ellos para este estudio. Debido a este hecho, la parte del Objetivo 2 con respecto al año 1999, no se podrá llevar a cabo.

La recogida de la información, para los datos del Indicador Admisiones a Tratamiento 2010, se realiza a través de la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT), cuyas características, han sido mencionadas en el apartado 4.1.1.

Las variables de la FIBAT seleccionadas para este estudio, son las siguientes: sustancia principal de consumo, edad de admisión a tratamiento y sexo.

#### ***4.2.2. Características de las muestras***

En cuanto al Objetivo 2 de este trabajo, se utilizarán las muestras que se exponen a continuación.

En el año 2010 se han registrado en Andalucía, un total de 20.807 admisiones a tratamiento en los centros de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones. De esta población mencionada, es de donde ha extraído los datos el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Con la finalidad de cumplir con el Objetivo 2 para el año 2010, de nuevo, se recurrirá a la muestra final de 347 personas, obtenida a través del registro sobre las admisiones a tratamiento de Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga (Antequera, Málaga, Marbella, Ronda y Vélez-Málaga), en el año 2010. Las características de esta muestra han sido expuestas en el apartado 4.1.2.

La razón por la cual, el total de los registros de admisiones a tratamiento en los centros de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones estén completos y sean susceptibles de análisis, y que en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, no sea de este modo, perteneciendo igualmente a Red, es la siguiente: en Proyecto Hombre en la provincia de Málaga existen dos registros informáticos para las admisiones a tratamiento, uno es el común en el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA), y otro es interno (PHNEMO). Los datos aportados a esta investigación parten de la base de datos interna, en la que existen estos registros incompletos.

#### ***4.2.3. Técnicas de análisis de los datos***

En relación a la consecución del Objetivo 2 para el año 2010, se llevarán a cabo análisis estadístico-descriptivos para las tres variables escogidas de la FIBAT (sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo). El fin es efectuar la comparación entre la muestra del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y la de Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, para cada una de las tres variables en el año 2010.

## 4.3. Hipótesis

### 4.3.1. Objetivo 1

Con la finalidad de redactar una serie de hipótesis de calidad para el Objetivo 1, se ha recurrido a una fuente de información primaria, procediendo para ello, al diseño de un cuestionario con preguntas cerradas, que ha sido auto-administrado por los profesionales implicados en el trabajo terapéutico, que vienen prestando sus servicios a Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, como mínimo desde el año 1999. El fin del cuestionario ha sido conocer sus juicios, sobre cómo ha evolucionado la sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo, en usuarios admitidos a tratamiento en los años 1999 y 2010.

El cuestionario ha sido auto-administrado por 7 personas, 4 mujeres y 3 hombres, con edades comprendidas entre 42 y 61 años. El formato de este cuestionario, se puede encontrar en el apartado Anexos de este trabajo.

En función del Objetivo 1, se plantean las siguientes hipótesis:

1. En cuanto a la sustancia principal de consumo, en el momento de la admisión a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, la *Heroína* será la de mayor incidencia en 1999.
2. En cuanto a la sustancia principal de consumo, en el momento de la admisión a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, la *Cocaína* será la de mayor incidencia en 2010.
3. Con respecto a la edad de admisión a tratamiento, en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, el rango de edad de *Entre 26 y 35 años*, será el de mayor incidencia en 1999.
4. Con respecto a la edad de admisión a tratamiento, en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, el rango de edad de *Entre 16 y 25 años*, será el de mayor incidencia en 2010.
5. Referente a la variable sexo, el porcentaje de mujeres y hombres entre las personas admitidas a tratamiento en 1999, en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, será entre un 5-10% en *Mujeres*, frente a un 90-95% en *Hombres*.
6. Referente a la variable sexo, el porcentaje de mujeres y hombres entre las personas admitidas a tratamiento en 2010, en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, será entre un 10-15% en *Mujeres*, frente a un 85-90% en *Hombres*.

7. La relación entre las variables edad de admisión y sustancia principal de consumo, en los años 1999 y 2010, será de dependencia.
8. La relación entre las variables sexo y sustancia principal de consumo, en los años 1999 y 2010, será de independencia.
9. La relación entre las variables sexo y edad de admisión, en los años 1999 y 2010, será de independencia.

#### **4.3.2. Objetivo 2**

En función del Objetivo 2 para el año 2010, se plantean las siguientes hipótesis:

1. Los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a la sustancia principal de consumo, en personas admitidas a tratamiento en el año 2010, serán extrapolables a los obtenidos por Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en el mismo año.
2. Los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a la edad de admisión, en personas admitidas a tratamiento en el año 2010, serán extrapolables a los obtenidos por Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en el mismo año.
3. Los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto al porcentaje de mujeres y hombres, entre personas admitidas a tratamiento en el año 2010, serán extrapolables a los obtenidos por Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, en el mismo año.

## 5. Resultados

### 5.1. Proyecto Hombre en la provincia de Málaga

#### 5.1.1. Sustancia principal de consumo

	1999		2010	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Heroína	128	54,70	7	2,02
Heroína y Cocaína	0	0,00	13	3,74
Otros Opiáceos	1	0,43	0	0,00
Cocaína	50	21,36	115	33,14
Cocaína base	1	0,43	21	6,06
Anfetaminas y ddos.	0	0,00	0	0,00
Éxtasis y ddos.	0	0,00	0	0,00
Hipnosedantes	2	0,86	0	0,00
Cannabis y ddos.	31	13,25	149	42,94
Alcohol	21	8,97	37	10,66
Juego	0	0,00	5	1,44
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>100,00</b>	<b>347</b>	<b>100,00</b>

Tabla 1. Evolución de la sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999-2010.

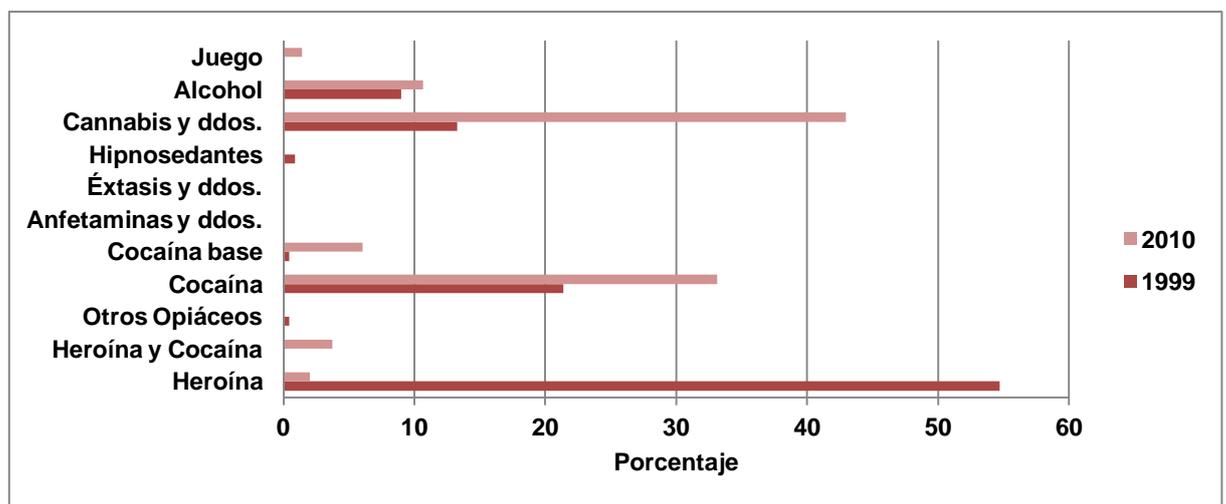


Gráfico 1. Evolución de la sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999-2010.

Como se puede deducir a partir de la tabla y el gráfico 1 confeccionados, la sustancia principal de consumo de mayor incidencia en el momento de la admisión a tratamiento, en el año 1999, es la *Heroína* con un porcentaje del 54,70. Este dato obtenido, concuerda con lo

expuesto en el apartado “Historia de la droga en España” del Marco teórico de este trabajo. El hecho de que en los años 80, se produjese el “boom” de consumo de *Heroína*, puede conllevar a que a finales de los 90, las admisiones a tratamiento por esta sustancia, sean las de mayor incidencia, teniendo en cuenta que la mayoría de los consumidores de droga, pasan varios años consumiendo antes de pedir ayuda profesional.

Siguiendo con la “Historia de la droga en España”, en los años 90, se reduce paulatinamente el consumo de *Heroína*, al considerarse una sustancia muy dañina (fenómeno del SIDA), y su consumo se comienza a sustituir por el de *Cocaína*, de la que se tiene una imagen menos pernicioso. La *Cocaína*, aparece ya en los datos como segunda sustancia principal en 1999, con el 21,36% de las admisiones.

*Cannabis y derivados*, que aparece como tercera sustancia principal con un 13,25%, ya venía consumiéndose en el territorio español sobre todo desde los años 80, según el Marco teórico, pero su demanda de tratamiento es menor. Igualmente ocurre con el *Alcohol*, que se encuentra en cuarta posición de demanda a tratamiento con un 8,97%.

La sustancia principal de consumo de mayor incidencia en el momento de admisión a tratamiento, en el año 2010, como podemos ver en la tabla y el gráfico 1, es *Cannabis y derivados* con un porcentaje del 42,94. Se debe poner atención al crecimiento notable de demanda de tratamiento por *Cannabis y derivados* comparado con 1999, donde sólo obtenía un porcentaje del 13,25.

Aumenta la demanda de tratamiento por *Cocaína* con un 33,14%, siguiendo en segundo lugar al igual que en 1999, y cobra protagonismo la *Cocaína base* con un porcentaje del 6,06, habiendo sido prácticamente inexistente en 1999. Ya se anticipaba analizando los datos de 1999, que la *Cocaína* pasaría a tener mayor incidencia en años posteriores.

La demanda por consumo de *Alcohol* con un porcentaje del 10,66, se mantiene estable con respecto a 1999. La sustancia que sufre mayor cambio es la *Heroína*, cuya demanda de tratamiento cae significativamente hasta el 2,02%. El descenso de admisiones por *Heroína* era un hecho pronosticable por lo argumentado en párrafos anteriores, aunque en 2010, aparece el consumo de *Heroína y Cocaína* mezclado (3,74%). El *Juego patológico* también entra en escena con un porcentaje bastante bajo del 1,44.

El panorama general, analizando la evolución de la sustancia principal de consumo, entre los años 1999 y 2010, es que baja considerablemente la demanda a tratamiento por consumo de *Heroína*, y aumenta en consecuencia la demanda por consumo de *Cannabis* y *derivados* y *Cocaína*.

### 5.1.2. Edad de admisión

	1999		2010	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>15 años o menos</b>	2	0,86	3	0,87
<b>Entre 16 y 25 años</b>	80	34,18	94	27,08
<b>Entre 26 y 35 años</b>	105	44,88	131	37,75
<b>Entre 36 y 45 años</b>	43	18,38	92	26,52
<b>Más de 46 años</b>	4	1,70	27	7,78
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>100,00</b>	<b>347</b>	<b>100,00</b>

Tabla 2. Evolución de la edad de admisión, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999-2010

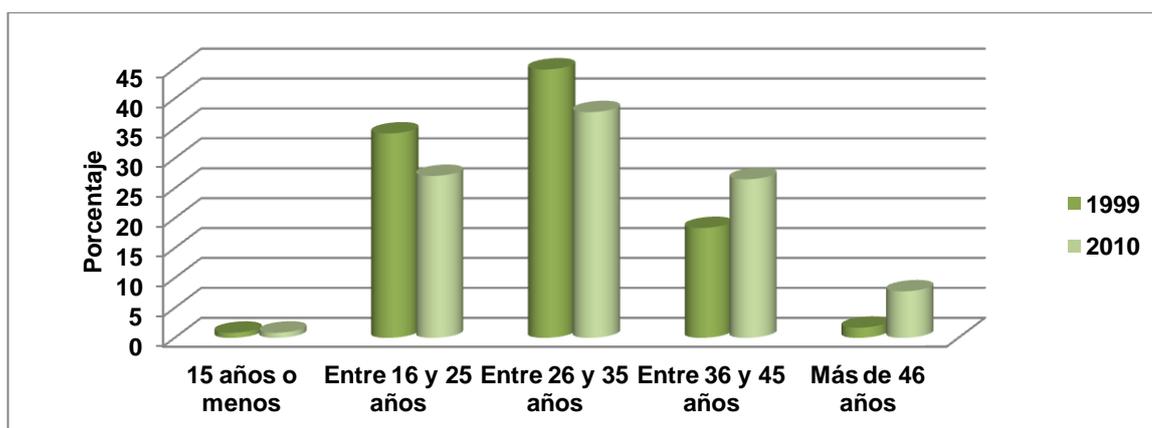


Gráfico 2. Evolución de la edad de admisión, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999-2010

A través de la tabla y el gráfico 2, se puede ver que el rango de edad de mayor incidencia en el momento de admisión a tratamiento, en el año 1999, es el de *Entre 26 y 35 años* con un 44,88%. El segundo lugar en la escala, lo ocupa el rango de *Entre 16 y 25 años* con un porcentaje del 34,18. En el estudio de Megías et al. (2005), sobre la percepción social de los problemas de drogas en España en 2004 (del que se han aportado algunos resultados en el Marco teórico de este trabajo), el tipo *Trivializador* (más frecuente entre 23-30 años) y el *Permisivo/Experimentador* (más frecuente, entre menores de 30 años), se caracterizaban por una minimización de los riesgos de las drogas, por lo tanto, existe una coherencia con los resultados obtenidos en esta parte.

En tercer lugar se encuentra el rango de *Entre 36 y 45 años* con un 18,38%.

El rango de edad de mayor incidencia en el momento de admisión a tratamiento, en el año 2010, como se puede comprobar en la tabla y en el gráfico aportados aquí, sigue siendo el de *Entre 26 y 35 años* con un 37,75%, aunque ha descendido un poco con respecto a 1999. Igualmente, aunque el rango de edad de *Entre 16 y 25 años*, sigue ocupando el segundo lugar en 2010 con un porcentaje del 27,08, ha bajado su incidencia con respecto a 1999.

El rango de edad de *Entre 36 y 45 años*, ha aumentado en 2010 pasando a tener un porcentaje del 26,52, y estando muy cerca del de *Entre 16 y 25 años*. Además en 2010 cobra protagonismo el rango de *Más de 46 años* (7,78%).

Por lo tanto, el panorama general es que la edad de admisión a tratamiento ha tendido a aumentar ligeramente entre el año 1999 y el 2010.

### 5.1.3. Sexo

	1999		2010	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Hombres</b>	203	86,75	301	86,75
<b>Mujeres</b>	31	13,25	46	13,25
<b>TOTAL</b>	<b>234</b>	<b>100,00</b>	<b>347</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 3.** Evolución del porcentaje de mujeres y hombres, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999-2010

En cuanto a la variable sexo, como podemos ver en la tabla 3, el porcentaje de mujeres y hombres entre las personas admitidas a tratamiento en 1999 es un 13,25% de *Mujeres*, frente a un 86,75% de *Hombres*. En 2010, se mantiene exactamente el mismo porcentaje.

El hecho de que el porcentaje de mujeres que acuden a tratamiento sea significativamente inferior que el de los hombres, viene explicado sobre todo por factores sociales como se comentaba en el apartado “Género y Drogas” del Marco teórico de este trabajo. Pero resulta extraño, que no haya aumentado el porcentaje de *Mujeres* para el año 2010, puesto que como se expone igualmente en el apartado “Género y Drogas”, el significado de los consumos en clave de género, está muy condicionado por el factor generacional, y la tendencia debiera ser el aumento de admisiones en *Mujeres* jóvenes.

### 5.1.4. Relación entre edad de admisión y sustancia principal de consumo

#### ➤ Año 1999

		Sustancia						Total	
		Alcohol	Cocaína	Cannabis y ddos.	Cocaína base	Heroína	Hipnosedantes		Otros opiáceos
<b>Edad</b>	0-15	0	1	1	0	0	0	0	2
	16-25	4	19	25	0	32	0	0	80
	26-35	9	20	3	1	70	1	1	105
	36-45	7	9	2	0	24	1	0	43
	46-70	1	1	0	0	2	0	0	4
<b>Total</b>		<b>21</b>	<b>50</b>	<b>31</b>	<b>1</b>	<b>128</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>234</b>

Tabla de contingencia 1. Edad de admisión-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999.

Gráfico de barras

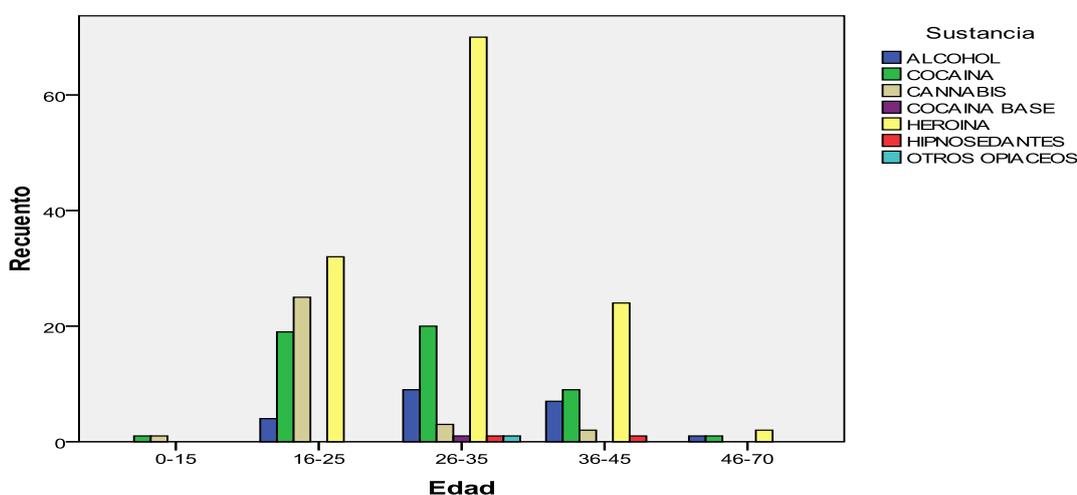


Gráfico 3. Edad de admisión-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999.

Se puede deducir, a partir de la tabla de contingencia 1 y del gráfico 3, que referente a la relación existente entre la edad de admisión a tratamiento y la sustancia principal de consumo, el mayor número de admisiones, en prácticamente todas las sustancias en 1999, se produce en el rango *Entre 26 y 35 años*. Una excepción de lo anterior es *Cannabis y derivados*, cuyo rango predominante es el de *Entre 16 y 25 años* con mayor diferencia.

### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	50,997 <sup>a</sup>	24	<b><u>,001</u></b>
<b>Razón de verosimilitudes</b>	51,811	24	,001
<b>N de casos válidos</b>	234		

a.24 casillas (68,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

**Tabla Chi-cuadrado 1.** Edad de admisión-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999.

Al ser el valor de la significación menor que *Alfa* (0,05), se rechaza la hipótesis de independencia de las variables. Por tanto, las variables edad de admisión y sustancia principal de consumo en 1999, tienen una relación de dependencia. Como este contraste no indica el grado o el tipo de dependencia, es difícil sacar conclusiones al respecto, tan sólo se puede decir que la sustancia principal de consumo puede variar en función de la edad de admisión y viceversa. Quizá lo más destacable, es que la sustancia *Cannabis y derivados*, aparece sobre todo en personas admitidas en edades comprendidas *Entre 16 y 25 años*, no siendo así en las demás sustancias, cuyo rango predominante de edad es el de *Entre 26 y 35 años*. Así, se puede concluir, que *Cannabis y derivados* era mayormente consumida por los más jóvenes.

➤ Año 2010

	Sustancia							Total
	Alcohol	Cocaína	Cannabis y dds.	Cocaína base	Heroína	Heroína y Cocaína	Juego	
<b>Edad</b> 0-15	0	1	2	0	0	0	0	3
16-25	12	32	37	6	1	2	4	94
26-35	8	45	57	13	3	5	0	131
36-45	13	29	41	2	2	4	1	92
46-70	4	8	12	0	1	2	0	27
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>115</b>	<b>149</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>347</b>

Tabla de contingencia 2. Edad de admisión-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 2010.

Gráfico de barras

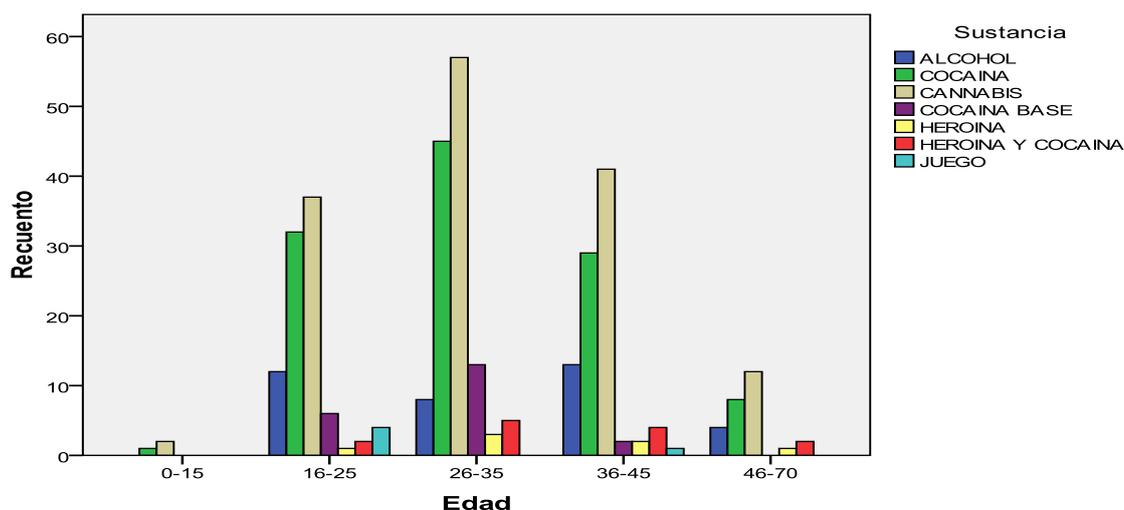


Gráfico 4. Edad de admisión-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 2010.

En referencia a la relación existente entre la edad de admisión a tratamiento y la sustancia principal de consumo, como se puede apreciar en la tabla de contingencia 2 y en el gráfico 4, el mayor número de admisiones, en prácticamente todas las sustancias en 2010, se produce en el rango *Entre 26 y 35 años*. Para lo anterior, existen dos excepciones, una es el *Alcohol*, cuyo rango predominante es el de *Entre 36 y 45 años* con una ligera diferencia, y otra, el *Juego patológico* (que tiene una incidencia general muy pequeña), cuyo rango predominante es el de *Entre 16 y 25 años*.

### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	23,424 <sup>a</sup>	24	<b>,495</b>
<b>Razón de verosimilitudes</b>	26,655	24	,321
<b>N de casos válidos</b>	347		

a.21 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

**Tabla Chi-cuadrado 2.** Edad de admisión-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 2010.

Se acepta la hipótesis de independencia de las variables edad de admisión y sustancia principal de consumo en 2010, ya que el valor de la significación es mayor que Alfa (0,05). A diferencia de lo que ocurría para el año 1999, la sustancia principal de consumo no varía en función de la edad de admisión y viceversa, los datos son más homogéneos.

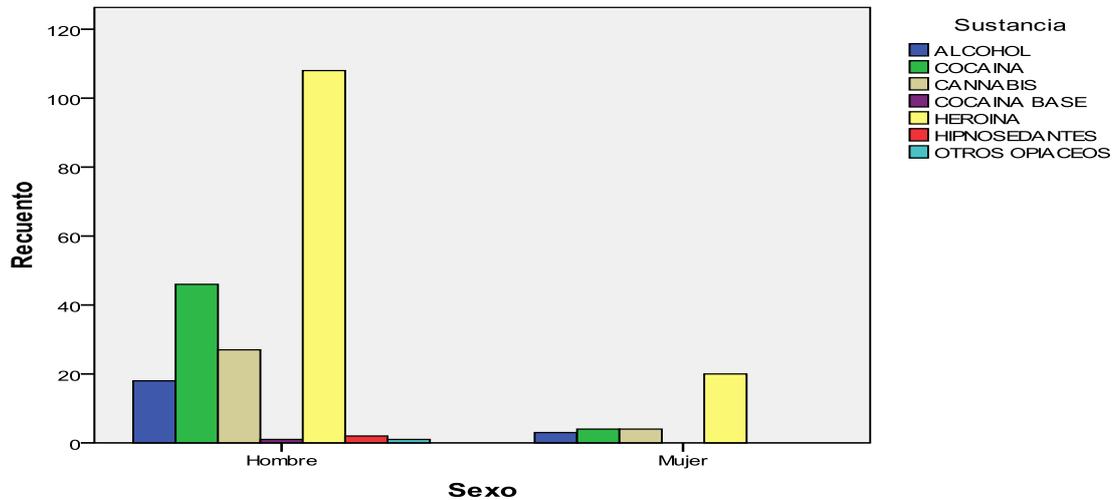
#### 5.1.5. Relación entre sexo y sustancia principal de consumo

##### ➤ Año 1999

	Sustancia							Total
	Alcohol	Cocaína	Cannabis y dds.	Cocaína base	Heroína	Hipnosedantes	Otros opiáceos	
<b>Sexo Hombre</b>	18	46	27	1	108	2	1	<b>203</b>
<b>Mujer</b>	3	4	4	0	20	0	0	<b>31</b>
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>50</b>	<b>31</b>	<b>1</b>	<b>128</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>234</b>

**Tabla de contingencia 3.** Sexo-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999.

**Gráfico de barras**



**Gráfico 5.** Sexo-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999.

A partir de los datos de la tabla de contingencia 3 y del gráfico 5, se puede concluir, que con respecto a la relación existente entre sexo y sustancia principal de consumo, el mayor número de admisiones en 1999, tanto en *Hombres* como en *Mujeres* es en *Heroína*. En *Hombres*, en segundo lugar está *Cocaína*, en tercer lugar *Cannabis y derivados* y en cuarto lugar *Alcohol*. El resto de los datos no son significativos.

**Pruebas de Chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	2,461 <sup>a</sup>	6	<b>,873</b>
<b>Razón de verosimilitudes</b>	3,128	6	,793
<b>N de casos válidos</b>	234		

a. 8 casillas (57,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

**Tabla Chi-cuadrado 3.** Sexo-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999.

El valor de la significación es mayor que *Alfa* (0,05), por tanto, se acepta la hipótesis de independencia de las variables. La sustancia principal de consumo no varía en función del sexo en el año 1999 y viceversa.

➤ Año 2010

	Sustancia							Total
	Alcohol	Cocaína	Cannabis y dds.	Cocaína base	Heroína	Heroína y Cocaína	Juego	
<b>Sexo</b> Hombre	33	99	129	17	7	11	5	<b>301</b>
Mujer	4	16	20	4	0	2	0	<b>46</b>
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>115</b>	<b>149</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>347</b>

Tabla de contingencia 4. Sexo-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 2010.

Gráfico de barras

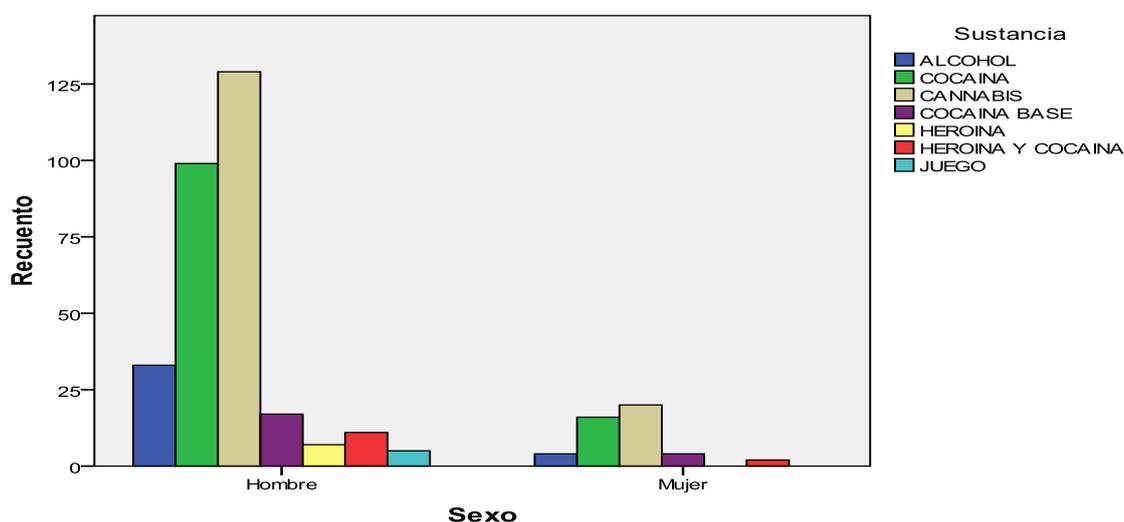


Gráfico 6. Sexo-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 2010

Con respecto a la relación existente entre sexo y sustancia principal de consumo, en la tabla de contingencia 4 y en el gráfico 6, se puede apreciar que el mayor número de admisiones en 2010, tanto en *Hombres* como en *Mujeres* es en *Cannabis y derivados*. En *Hombres*, en segundo lugar está la *Cocaína*, en tercer lugar el *Alcohol*, en cuarto lugar la *Cocaína base*, le sigue *Heroína y Cocaína*, y por último la *Heroína*. En *Mujeres*, al igual que en *Hombres*, en segundo lugar se encuentra la *Cocaína*. El resto de datos no son significativos.

### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,737 <sup>a</sup>	6	<u>,841</u>
Razón de verosimilitudes	4,262	6	,641
N de casos válidos	347		

a. 6 casillas (42,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,66.

**Tabla Chi-cuadrado 4.** Sexo-Sustancia principal de consumo, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 2010

Al ser el valor de la significación mayor que Alfa (0,05), se acepta la hipótesis de independencia de las variables. La sustancia principal de consumo no varía en función del sexo en el año 2010 y viceversa, al igual que en el año 1999.

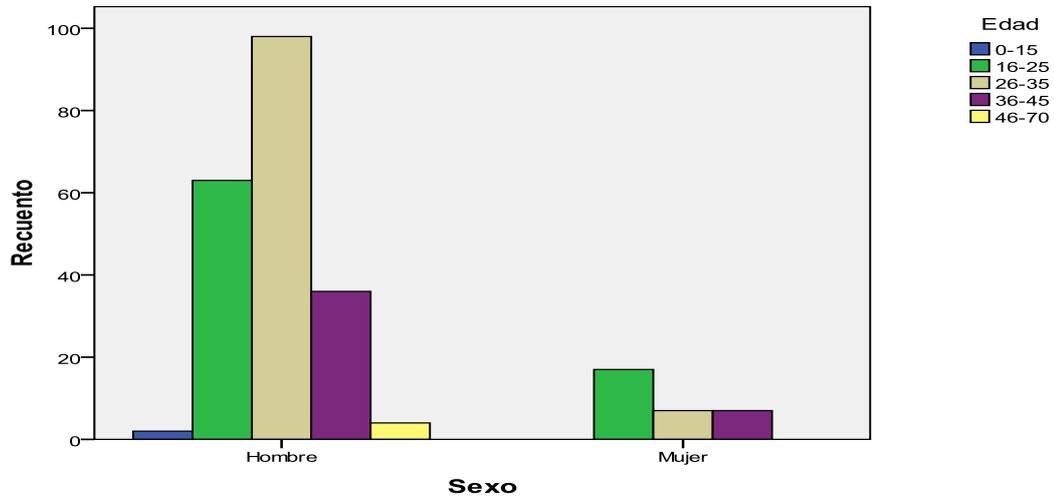
#### 5.1.6. Relación entre sexo y edad de admisión

##### ➤ Año 1999

		Edad					Total
		0-15	16-25	26-35	36-45	46-70	
Sexo	Hombre	2	63	98	36	4	203
	Mujer	0	17	7	7	0	31
Total		2	80	105	43	4	234

**Tabla de contingencia 5.** Sexo-Edad de admisión, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999.

**Gráfico de barras**



**Gráfico 7.** Sexo-Edad de admisión, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999.

Referente a la relación existente entre sexo y edad de admisión en 1999, el mayor número de admisiones en *Hombres* se produce en el rango *Entre 26 y 35 años*, como se puede ver en la tabla de contingencia 5 y en el gráfico 7. Mientras, en *Mujeres*, se produce en el rango *Entre 16 y 25 años*. Este dato puede tener relación con el factor generacional del que se hablaba en el apartado “Género y Drogas” del Marco teórico, por el que se produciría un mayor número de admisiones en *Mujeres* jóvenes.

En *Hombres* en segundo lugar se encuentra el rango *Entre 16 y 25 años*, y en tercer lugar *Entre 36 y 45 años*. El resto de los datos no son significativos.

**Pruebas de Chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	9,674 <sup>a</sup>	4	<u>,046</u>
<b>Razón de verosimilitudes</b>	10,619	4	,031
<b>N de casos válidos</b>	234		

a. 4 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

**Tabla Chi-cuadrado 5.** Sexo-Edad de admisión, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 1999.

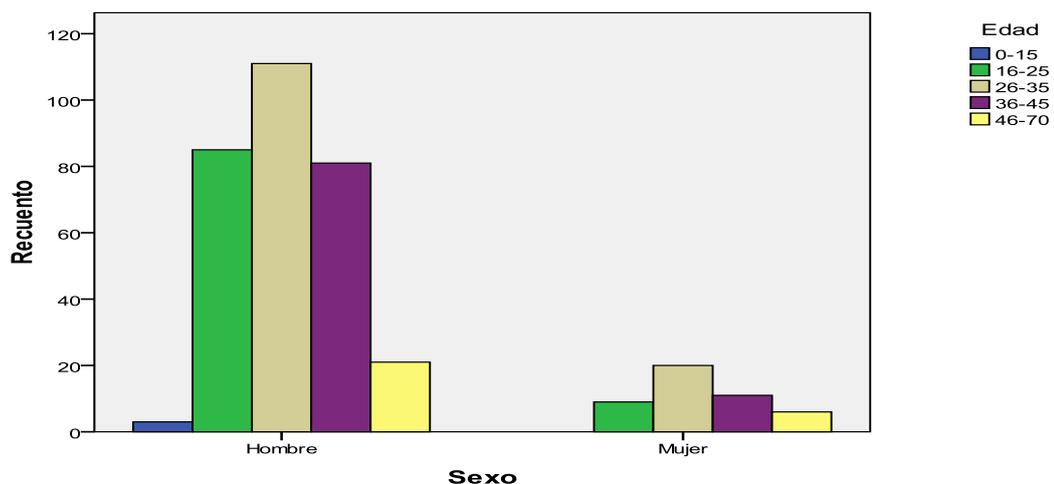
Se rechaza la hipótesis de independencia de las variables edad de admisión y sexo en 1999, ya que el valor de la significación es menor que *Alfa* (0,05). La edad de admisión varía en función del sexo y viceversa. Como se había expuesto anteriormente, esta prueba indica si existe o no dependencia entre las variables, pero no indica el grado o el tipo de dependencia, por lo que dificulta la tarea de sacar conclusiones. Aún así, esta relación de dependencia, puede estar influenciada por el hecho de que en *Mujeres*, el mayor número de admisiones, se produce en el rango *Entre 16 y 25 años* y, sin embargo en *Hombres*, se produce en el rango de *Entre 26 y 35 años*. Se vuelve aquí a recordar que a diferencia de lo que ocurre con los adultos, los adolescentes y jóvenes, están educados en valores que defienden la igualdad de género, y de ahí se puede derivar esta diferencia entre sexos con respecto a la edad de admisión.

➤ **Año 2010**

		Edad					Total
		0-15	16-25	26-35	36-45	46-70	
Sexo	Hombre	3	85	111	81	21	301
	Mujer	0	9	20	11	6	46
Total		3	94	131	92	27	347

*Tabla de contingencia 6. Sexo-Edad de admisión, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 2010.*

**Gráfico de barras**



*Gráfico 8. Sexo-Edad de admisión, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 2010.*

De la tabla de contingencia 6 y del gráfico 8 se puede concluir que, con respecto a la relación existente entre sexo y edad de admisión en 2010, el mayor número de admisiones tanto en *Hombres* como en *Mujeres*, se produce en el rango *Entre 26 y 35 años*. En *Hombres*, en segundo lugar se encuentra el rango *Entre 16 y 25 años*, seguido muy de cerca del rango *Entre 36 y 45 años*, y en cuarto lugar *Más de 46 años*. En *Mujeres*, en segundo lugar se encuentra el rango *Entre 36 y 45 años*, y en tercer lugar el rango *Entre 16 y 25 años*. Aquí no se hace presente el factor generacional del que se hablaba en el año 1999, quizá por paulatina homogenización de la edad del consumo entre sexos. El resto de los datos no son significativos.

#### Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	4,050 <sup>a</sup>	4	<u>,399</u>
<b>Razón de verosimilitudes</b>	4,262	4	,372
<b>N de casos válidos</b>	347		

a. 3 casillas (30,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

**Tabla Chi-cuadrado 6.** Sexo-Edad de admisión, Proyecto Hombre en la provincia de Málaga 2010.

El valor de la significación es mayor que *Alfa* (0,05), por tanto, se acepta la hipótesis de independencia de las variables. La edad de admisión no varía en función del sexo en el año 2010 y viceversa, al contrario de lo que ocurre en 1999. Puede ser que en el año 2010, el factor generacional ya se hubiese superado, aunque verdaderamente, es una conclusión arriesgada.

## 5.2. Comparación entre el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, en el año 2010

### 5.2.1. Sustancia principal de consumo

	Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2010 (porcentaje)	Proyecto Hombre provincia de Málaga 2010 (porcentaje)
Heroína		
Heroína + Cocaína	19,30	5,76
Otros Opiáceos	1,40	0,0
Cocaína		
Cocaína base	22,00	39,20
Anfetaminas y ddos.	0,10	0,0
Éxtasis y ddos.	0,20	0,0
Hipnosedantes	1,30	0,0
Cannabis y ddos.	12,70	42,94
Alcohol	28,60	10,66
Juego	5,00	1,44
Tabaco	8,90	0,00
Otras adicciones	0,20	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>99,70</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 4.** Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, año 2010 (sustancia principal de consumo).

Al realizar la comparación entre los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a la sustancia principal de consumo, en personas admitidas a tratamiento en el año 2010, con los obtenidos por Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en el mismo año, la diferencia más significativa en cuanto porcentaje de admisión, se encuentra en las admisiones por *Cannabis y derivados*. Como se puede comprobar en la tabla 4, en Proyecto Hombre en la provincia de Málaga se registran un 30,24% más de admisiones por *Cannabis y derivados*. La siguiente sustancia que destaca por diferencia de porcentaje es el Alcohol, ya que existen un 17,94% menos de admisiones en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga. El resto de datos no son significativos en cuanto al porcentaje.

Con respecto a las sustancias de mayor incidencia, mientras que en los datos del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones se encuentra en primer lugar el Alcohol (28,60%), en segundo lugar Cocaína/Cocaína base (22,00%), en tercer lugar Heroína/Heroína y Cocaína (19,30%) y en cuarto lugar Cannabis y derivados (12,70%). En los de Proyecto Hombre se encuentra en primer lugar *Cannabis y derivados* (42,94%), en segundo lugar Cocaína/Cocaína base (39,20%), en tercer lugar el Alcohol (10,66%), y en cuarto lugar Heroína/Heroína y Cocaína (5,76%). El resto de datos no son significativos en cuanto a la incidencia.

El resultado es que las sustancias Alcohol, y Cannabis y derivados, además de obtener un porcentaje bastante diferenciado en base a la comparativa entre el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, se encuentran a su vez en distinta posición en la escala de incidencia.

### **5.2.2. Sexo y edad de admisión**

El porcentaje de mujeres y hombres, obtenido por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a las personas admitidas a tratamiento en el año 2010, es un 83,4% Hombres y 16,62% Mujeres, manteniendo una estabilidad con respecto a años anteriores. El resultado obtenido por Proyecto Hombre en la provincia de Málaga en el mismo año 2010, es 86,75% Hombres y 13,25% Mujeres, manteniéndose igualmente una estabilidad con respecto a años anteriores. La comparativa de datos es positiva en cuanto a su similitud.

El Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, especifica el porcentaje de hombres y mujeres admitidos a tratamiento en cada sustancia por separado, por lo que se ha procedido en esa misma línea al análisis de los datos de Proyecto Hombre en la provincia de Málaga para realizar igualmente una comparativa.

Al realizar la comparación entre los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en referencia a la edad de admisión, en personas admitidas a tratamiento en el año 2010, con los obtenidos por Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en el mismo año, se han tenido que analizar por separado las distintas sustancias, ya que los datos del Observatorio en 2010, habían sido publicados en ese formato. Además, los datos proporcionan una diferenciación de las medias de edad por sexos, por lo que para realizar una comparativa, se han obtenido los datos de Proyecto Hombre en la provincia de Málaga en esa misma línea.

## Heroína/Heroína y Cocaína

	Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2010			Proyecto Hombre provincia de Málaga 2010		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Sexo (porcentaje)</b>	88,10	11,90	<b>100,00</b>	94,74	5,26	<b>100,00</b>
<b>Edad media (años)</b>	38,40	36,90	<b>38,20</b>	33,94	42,50	<b>34,80</b>

**Tabla 5.** Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, año 2010 (sexo y edad de admisión en Heroína/Heroína y Cocaína).

Referente a la sustancia *Heroína/Heroína y Cocaína*, los datos sobre el porcentaje de mujeres y hombres se pueden considerar similares, en Proyecto Hombre en la Provincia de Málaga, existen un 6,64% más de *Hombres* y un 6,64% menos de *Mujeres*, como se puede apreciar en la tabla 5.

En cuanto a la edad de admisión, en los Hombres apenas existe diferencia (1,5 años menos), algo diferente es la edad media de las Mujeres, 5,6 años mayor en Proyecto Hombre en la Provincia de Málaga. Independientemente del sexo, y tomando el total, se diferencian en 3,4 años menos en Proyecto Hombre en la provincia de Málaga.

## Cocaína/Cocaína base

	Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2010			Proyecto Hombre provincia de Málaga 2010		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Sexo (porcentaje)</b>	89,60	10,40	<b>100,00</b>	85,30	14,70	<b>100,00</b>
<b>Edad media (años)</b>	31,90	33,50	<b>32,10</b>	31,46	30,35	<b>31,30</b>

**Tabla 6.** Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, año 2010 (sexo y edad de admisión en Cocaína/Cocaína base).

Con respecto a la sustancia *Cocaína/Cocaína base*, observado la tabla 6 se comprueba, que los datos sobre el porcentaje de mujeres y hombres se pueden considerar

similares. En Proyecto Hombre en la Provincia de Málaga, existen tan sólo un 4,3% menos de *Hombres* y un 4,3% más de *Mujeres*.

En relación a la edad de admisión, en los *Hombres* apenas existe diferencia (0,44 años menos), tampoco en las *Mujeres* (3,15 años menos). Independientemente del sexo, y tomando el total, se diferencian en 0,8 años menos en Proyecto Hombre en la provincia de Málaga.

### **Cannabis y derivados.**

	<b>Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2010</b>			<b>Proyecto Hombre provincia de Málaga 2010</b>		
	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>Sexo (porcentaje)</b>	88,70	11,30	<b>100,00</b>	86,58	13,42	<b>100,00</b>
<b>Edad media (años)</b>	24,40	24,80	<b>24,40</b>	32,29	33,10	<b>32,40</b>

**Tabla 7.** Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, año 2010 (sexo y edad de admisión en Cannabis y derivados.).

A propósito de la sustancia *Cannabis y derivados*, los datos sobre el porcentaje de mujeres y hombres se pueden considerar similares, en Proyecto Hombre en la Provincia de Málaga, existen tan sólo un 2,12% menos de *Hombres* y un 2,12% más de *Mujeres*, como se indica en la tabla 7.

En referencia a la edad de admisión, en los *Hombres* existe diferencia (7,89 años más), y también en las *Mujeres* (8,3 años mas). Independientemente del sexo, y tomando el total, se diferencian en 8 años más en Proyecto Hombre en la provincia de Málaga.

## Alcohol

	Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2010			Proyecto Hombre provincia de Málaga 2010		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Sexo (porcentaje)</b>	82,80	17,20	<b>100,00</b>	89,18	10,82	<b>100,00</b>
<b>Edad media (años)</b>	43,40	44,30	<b>43,60</b>	32,87	37,00	<b>33,32</b>

**Tabla 8.** Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, año 2010 (sexo y edad de admisión en Alcohol).

En cuanto a la sustancia *Alcohol*, los datos sobre el porcentaje de mujeres y hombres se pueden considerar similares, analizando la tabla 8, en Proyecto Hombre en la Provincia de Málaga, existen un 6,38% más de *Hombres* y un 6,38% menos de *Mujeres*.

Referente a la edad de admisión, en los *Hombres* existe diferencia (10,53 años menos), y también en las *Mujeres* (7,3 años menos). Independientemente del sexo, y tomando el total, se diferencian en 10,28 años menos en Proyecto Hombre en la provincia de Málaga.

Por último, sobre las sustancias *Éxtasis y derivados, Hipnosedantes, Otros opiáceos, Anfetaminas y derivados, Tabaco y Otras adicciones* no existen datos de admisiones en Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, por lo que no se puede llevar a cabo una comparativa. Entre estas sustancias nombradas, ninguna tiene una incidencia mayor del 9% en el total de Andalucía, por lo que este hecho no debería influir significativamente en la verificación de hipótesis. Sobre *Juego patológico*, el Observatorio no presenta datos respecto a sexo y edad de admisión, pero igualmente supone sólo el 5% de las admisiones en Andalucía y el 1,44 % en Proyecto Hombre en la provincia de Málaga.

## 6. Conclusiones

---

Al inicio de este trabajo, se presentó como **Objetivo 1**, describir la evolución de la sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo, en personas admitidas a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, comparando los años 1999 y 2010, además de analizar la relación existente entre las tres variables. Dentro de este Objetivo se propusieron varias hipótesis, cuyo análisis se expone a continuación.

La **primera hipótesis** propuesta con respecto a este Objetivo, indicaba que en cuanto a la sustancia principal de consumo, en el momento de la admisión a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, la *Heroína* sería la de mayor incidencia en 1999. La sustancia principal de consumo de mayor incidencia en el momento de admisión a tratamiento, en el año 1999, es la *Heroína* (54,70%), por lo tanto se **confirma** la hipótesis. La confirmación de esta hipótesis, era relativamente fácil de pronosticar, debido a la explosión del consumo de heroína en los años 80, y teniendo en cuenta la prevalencia del consumo antes de pedir ayuda profesional.

La **segunda hipótesis** proponía, que con respecto a la sustancia principal de consumo, en el momento de la admisión a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, la *Cocaína* sería la de mayor incidencia en 2010. La sustancia principal de consumo de mayor incidencia en el momento de admisión a tratamiento, en el año 2010, es *Cannabis y derivados* (42,94%), por lo tanto se **rechaza** la hipótesis. El motivo por el que se rechaza esta hipótesis contra el pronóstico inicial, puede estar relacionado con la certidumbre de que algunas personas, al contestar las preguntas de la FIBAT al inicio del tratamiento, señalan *Cannabis y derivados* como sustancia principal de consumo, cuando en realidad es *Cocaína*, por un efecto de deseabilidad social.

La **hipótesis tercera** declaraba, que referente a la edad de admisión a tratamiento, en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, el rango de edad de *Entre 26 y 35 años*, sería el de mayor incidencia en 1999. El rango de edad de mayor incidencia en el momento de admisión a tratamiento, en el año 1999, es el de *Entre 26 y 35 años* (44,88%), por lo tanto se **confirma** la hipótesis. Al plantear esta hipótesis se tuvo en cuenta, que son las personas de menor edad, las que mayormente se caracterizan por minimizar los riesgos de las drogas.

En referencia a la **cuarta hipótesis**, ésta indicaba que en relación a la edad de admisión a tratamiento, en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, el rango de edad de *Entre 16 y 25 años*, sería el de mayor incidencia en 2010. El rango de edad de mayor incidencia en el momento de admisión a tratamiento, en el año 2010, es el de *Entre 26 y 35 años* (37,75%), por lo tanto se **rechaza** la hipótesis. Se debe de tener en consideración, que se había prescindido de las admisiones en el Programa específico de Adolescentes de Málaga en 2010, y que al presentar la cuarta hipótesis, se puede haber obviado este dato. Además, se propuso el rango de edad de *Entre 16 y 25 años* para 2010, pronosticando que en la actualidad, las personas consumidoras y sobre todo sus familiares, demandan antes ayuda profesional.

La **quinta hipótesis** propuesta, exponía que a propósito de la variable sexo, el porcentaje de mujeres y hombres entre las personas admitidas a tratamiento en 1999, en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, sería de entre un 5-10% para *Mujeres*, frente a un 90-85% para *Hombres*. El porcentaje de mujeres y hombres entre las personas admitidas a tratamiento en 1999 es 13,25% para *Mujeres* y 86,75% para *Hombres*, por lo tanto se **rechaza** la hipótesis. La percepción al plantear la quinta hipótesis, era que el número de admisiones de *Mujeres* a tratamiento en 1999, aún era muy poco significativo debido al factor social.

La **hipótesis sexta** enunciaba, que en referencia a la variable sexo, el porcentaje de mujeres y hombres entre las personas admitidas a tratamiento en 2010, en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, sería de entre un 10-15% para *Mujeres*, frente a un 85-90% para *Hombres*. El porcentaje de mujeres y hombres entre las personas admitidas a tratamiento en 2010 es 13,25% para *Mujeres* y 86,75% para *Hombres*, por tanto, se **acepta** la hipótesis. Al pronosticar un aumento de admisiones de mujeres a tratamiento de 1999 a 2010, se ha acertado al presentar la sexta hipótesis, aunque dicho aumento no se haya producido.

Con respecto a la **séptima hipótesis**, ésta indicaba que existiría una relación de dependencia, entre las variables edad de admisión y sustancia principal de consumo, en los años 1999 y 2010. En el año 1999 se concluye que son dependientes y en el año 2010, se concluye que son independientes. Por tanto, se **acepta** la hipótesis para el año **1999** y se **rechaza** para el año **2010**. En el año 1999, se acepta la hipótesis debido a que en la sustancia *Cannabis* y *derivados* predomina un rango de edad diferente al de las demás

sustancias (*Entre 16 y 25 años*), pues bien, este hecho, se pronosticaba igualmente para 2010, pero los datos han sido más homogéneos.

La **octava hipótesis** propuesta, postulaba que existiría una relación de independencia, entre las variables sexo y sustancia principal de consumo, en los años 1999 y 2010. Tanto en el año 1999 como en el 2010, se concluye que son independientes. Por tanto, se **acepta** la hipótesis para ambos años. No se han hallado referencias, que lleven a pronosticar una relación entre estas variables, se parte de que no se consume una sustancia u otra en función del sexo.

Por último, la **novena hipótesis** de éste primer Objetivo, exponía que existiría una relación de independencia, entre las variables sexo y edad de admisión, en los años 1999 y 2010. En el año 1999 se concluye que son dependientes y en el año 2010, se concluye que son independientes. Por tanto se **rechaza** la hipótesis para el año **1999** y se **acepta** para el año **2010**. Se concluye que rechazar la hipótesis en el año 1999, se debe al factor educacional de los jóvenes en temas de género, éstos, empiezan a ver con normalidad que hombres y mujeres compartan las mismas conductas, por ello que el rango *Entre 16 y 25 años* fuese el de mayor incidencia en *Mujeres*. Que en 2010 no haya habido relación de dependencia entre las variables, lleva a pensar en la superación del factor generacional, por ello los datos serían más homogéneos en este año.

El **Objetivo 2** de este trabajo consistía en analizar los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a la sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo, en personas admitidas a tratamiento en los años 1999 y 2010, con el fin de averiguar si eran extrapolables a Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en los mismos años. Como ya se expuso en el apartado 4.2.1. de este trabajo, para los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones en 1999, no se encontraron publicaciones completas, por lo que hubo que prescindir de ellos para el estudio.

Se debe tener en consideración, que en 2010 se han registrado en Andalucía un total de 20.807 admisiones a tratamiento en los centros de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones, y de esta muestra parten los datos del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones para ese año. El total de las admisiones en la provincia de Málaga en el año 2010 fue de 2.948, y el total de admisiones en Proyecto Hombre en la

provincia de Málaga fue 444, con una muestra para este estudio de 347 registros disponibles. La muestra utilizada para este estudio supone el 1,66% del total de Andalucía y el 11,77% de la provincia de Málaga, por lo que la extrapolación de los datos es bastante complicada.

Dentro del Objetivo 2 para 2010, se proponen varias hipótesis, cuyo análisis se expone a continuación.

La **primera hipótesis** propuesta, en referencia a este Objetivo, exponía que los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a la sustancia principal de consumo, en personas admitidas a tratamiento en el año 2010, serían extrapolables a los obtenidos por Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en el mismo año. El resultado es que las sustancias *Alcohol*, y *Cannabis y derivados*, obtienen un porcentaje bastante diferenciado en base a la comparativa entre el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y Proyecto Hombre en la provincia de Málaga. El porcentaje de *Alcohol* es menor en Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, y el de *Cannabis y derivados* es bastante mayor. Además, se encuentran a su vez en distinta posición en la escala de incidencia, siendo el *Alcohol* el primero en los datos del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, y *Cannabis y derivados*, en los datos de Proyecto Hombre en la provincia de Málaga. El porcentaje y la incidencia de las sustancias restantes, si serían extrapolables a Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, por lo tanto se **acepta** la hipótesis **parcialmente**.

La **hipótesis segunda**, postulaba que los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en referencia a la edad de admisión, en personas admitidas a tratamiento en el año 2010, serían extrapolables a los obtenidos por Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en el mismo año. De nuevo, al igual que en la hipótesis primera, existen diferencias con respecto a las sustancias *Alcohol*, y *Cannabis y derivados*. En *Cannabis y derivados*, independientemente del sexo, y tomando la media de edad, los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, se diferencian de los de Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, en 8 años más, en Proyecto Hombre. En *Alcohol*, también independientemente del sexo, y tomando la media de edad, los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, se diferencian de los de Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, en 10,28 años menos, en Proyecto Hombre. En ambas sustancias, existen a su vez diferencias en las edades medias, teniendo en cuenta el

sexo. La edad de admisión de las sustancias restantes, si serían extrapolables a Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, por lo tanto se **acepta** la hipótesis **parcialmente**.

Por último, la **tercera hipótesis** para éste Objetivo proponía, que los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, con respecto al porcentaje de mujeres y hombres, entre personas admitidas a tratamiento en el año 2010, serían extrapolables a los obtenidos por Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, en el mismo año. El porcentaje de mujeres y hombres, obtenido por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a las personas admitidas a tratamiento en el año 2010, es un 83,4% *Hombres* y 16,62% *Mujeres*, manteniendo una estabilidad con respecto a años anteriores. En el caso de Proyecto Hombre en la provincia de Málaga en el mismo año, es 86,75% *Hombres* y 13,25% *Mujeres*, manteniéndose igualmente una estabilidad con respecto a años anteriores. El resultado de la comparativa es positivo en cuanto a su similaridad, por lo que se **acepta** la hipótesis. Al comparar el porcentaje de hombres y mujeres admitidos a tratamiento en cada sustancia por separado, igualmente, no existen diferencias significativas.

#### ➤ **Aplicabilidad de los resultados**

La aplicabilidad de los resultados obtenidos en este trabajo se va a exponer aquí, a través de los Objetivos propuestos.

### **Objetivo 1**

*“Describir la evolución de la sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo, en personas admitidas a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, comparando los años 1999 y 2010, además de analizar la relación existente entre las tres variables”.*

Al describir la evolución la sustancia principal de consumo, se ha puesto de manifiesto, una diferenciación en entre el año 1999 y 2010. Concretamente en el año 1999 la sustancia principal de consumo era *Heroína*, y en el año 2010 era *Cannabis y derivados*, cuando se pronosticaba que sería la *Cocaína*. Los profesionales de Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, tienen que tener en cuenta este hecho con respecto al tratamiento terapéutico, e indagar en porqué no se cumple el pronóstico realizado.

La edad de admisión a tratamiento en 2010, ya no se concentra del mismo modo que en 1999 en el rango de edad *Entre 26 y 35 años*, si no que se dispersa tanto hacia los rangos de menor edad, como a los de mayor edad. Este dato hace ver que las personas admitidas a tratamiento en Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, han pasado a tener unas edades más heterogéneas, y el perfil es más amplio, por lo tanto la especialización es muy importante.

El porcentaje entre sexos, no ha variado y continúa siendo 13,25% en *Mujeres*, frente al 86,75% en *Hombres*. Se debe estar atento a este dato, ya que se hace evidente aquí, que parte del colectivo de mujeres aún está desatendido en el área de adicciones. Quizá haya que proponer otros tipos de dispositivos para ello.

En cuanto a la relación existente entre las variables sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo, sólo se han encontrado relaciones de dependencia, entre edad de admisión y sustancia principal de consumo en 1999, y sexo y edad de admisión, también en 1999. En el año 2010, se han homogenizado los datos con respecto a las relaciones donde existía dependencia en 1999.

## **Objetivo 2**

*“Estudiar los datos obtenidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en cuanto a la sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo, en personas admitidas a tratamiento en los años 1999 y 2010, con el fin de averiguar si son extrapolables a Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, en los mismos años”.*

Las principales diferencias encontradas en cuanto a los datos del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, frente a los de Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, son con respecto a las sustancias *Alcohol y Cannabis y derivados*. En Proyecto Hombre en la provincia de Málaga el número de admisiones por Alcohol es menor que la media andaluza, y el porcentaje de admisiones por Cannabis y derivados es bastante mayor. Este dato debe llevar a la búsqueda de explicaciones, de porque este fenómeno.

➤ **Futuras líneas de investigación**

Como futuras líneas de investigación se proponen las siguientes:

- Describir la evolución de la sustancia principal de consumo, edad de admisión y sexo, en personas admitidas a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, con edades inferiores a 26 años, comparando los años 1999 y 2010.
- Describir la evolución de variables de la FIBAT, que fuesen distintas de las seleccionadas para el Objetivo 1 de este trabajo, en personas admitidas a tratamiento en Proyecto Hombre, en la provincia de Málaga, comparando los años 1999 y 2010.

## 7. Bibliografía

---

- Becoña, Elisardo (1999): *Bases teóricas que sustentan los programa de prevención de drogas* (en línea). <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>, acceso 20 de Agosto de 2011.
- Cea, M<sup>a</sup> Ángeles (1996): *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*, Madrid: Síntesis.
- Comas, Domingo (2008): *El proceso de incorporación de las drogas, sus representaciones y respuestas sociales, en España* (en línea). <http://fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/7.pdf> , acceso 25 de Agosto de 2011.
- Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD) (en línea). [http://www.fad.es/contenido.jsp?id\\_nodo=7&&keyword=&auditoria=F](http://www.fad.es/contenido.jsp?id_nodo=7&&keyword=&auditoria=F), acceso 14 de Agosto de 2011.
- Martínez, José Miguel; José M. Trujillo y Luis Robles (2007): *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*, Junta de Andalucía: Conserjería para la igualdad y el bienestar social.
- Megías et al. (2005): *La percepción social de los problemas de droga en España. 2004* (en línea). <http://www.fad.es/dossieres/Dossierpercepcion160205.pdf>, acceso 28 de Agosto de 2011.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): *Guía de drogas* (en línea). <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>, acceso 13 de Agosto de 2011.
- Rodríguez y Megías (2001): *Una aproximación al cambio en las representaciones sociales sobre drogas en España* (en línea). <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/182/182v03n03a13018533pdf001.pdf>, acceso 22 de Agosto de 2011.

- Sánchez, Lorenzo (2009): *Guía informativa: Género y Drogas* (en línea). [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD\\_GuiaInformativa.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD_GuiaInformativa.pdf), acceso 15 de Septiembre de 2011.

## 8. Anexos

---

1. Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT), utilizada para recoger información en el momento de la admisión a tratamiento, en la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones en Andalucía.
2. Cuestionario con preguntas cerradas, auto-administrado por los profesionales implicados en el trabajo terapéutico, que vienen prestando sus servicios a Proyecto Hombre en la provincia de Málaga, como mínimo desde el año 1999.



PROYECTO HOMBRE  
PROGRAMA DE REINSERCIÓN SOCIAL

# ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

---

MÁLAGA

APELLIDO 1º .....

APELLIDO 2º .....

NOMBRE .....

- P. Base
- P. Prevención indicada
- P. Nocturno
  
- Libertad condicional (condicionada a asistir al Centro)
- Metadona
- Patología Dual
- Piso asistido

A-Z VUZ ZSUb.IU





15. ¿CUANTO TIEMPO ESTUVO SIN FUMAR LA ÚLTIMA VEZ QUE LO INTENTÓ?.....

16. MOTIVOS FUNDAMENTALES PARA DEJAR DE FUMAR  
Mot.1  Mot.2  Mot.3  Mot.4

17. ¿HA PADECIDO O PADECE ACTUALMENTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS O ENFERMEDADES?  
Bronquitis crónica .....   
Faringitis crónica .....   
Conjuntivitis Resfriados/Catarros .....   
Cáncer de laringe .....   
Fatiga .....   
Infarto .....   
Problemas de circulación sanguínea .....   
Angina de pecho .....   
Hipertensión .....   
Gastritis .....   
Otros (especificar).....

18. TIPO DE TRATAMIENTO PRESCRITO  
Trat.1  Trat.2  Trat.3  Trat.4

**BLOQUE ESPECIFICO (4): Juego Patológico**

11. TIPOS DE JUEGOS AL QUE ES ADICTO  
J.1  J.2  J.3  J.4   
Si resp.=09, especificar .....  
Si resp.=09, especificar .....

11.1. Edad de inicio a cada uno de los juegos  
J.1    J.2    J.3    J.4

12. ¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PREVIAMENTE POR ELLOS MISMOS TIPOS DE JUEGOS? (1=Si, 2=No, 9=Desconocido)  
J.1  J.2  J.3  J.4

12.1. Tipos de tratamiento iniciados (solo si alguna vez se ha tratado)  
J.1  J.2  J.3  J.4

Si resp.=5, especificar .....  
Si resp.=5, especificar .....

13. LUGARES DE TRATAMIENTOS PREVIOS  
J.1  J.2  J.3  J.4

14.a. ¿CON QUÉ FRECUENCIA, EN EL ÚLTIMO MES, HA REALIZADO ELLOS TIPOS DE JUEGOS?  
J.1  J.2  J.3  J.4

14.b. TIEMPO MEDIO SEMANAL DEDICADO EN EL ÚLTIMO MES A CADA JUEGO (horas)  
J.1    J.2    J.3    J.4

14.c. DINERO GASTADO SEMANALMENTE EN CADA TIPO DE JUEGOS EN EL ÚLTIMO MES  
J.1    J.2    J.3    J.4

17. ¿CUÁLES SON SUS INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES?.....

18. TIPO DE PROBLEMAS QUE LE HA OCASINADO EL JUEGO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES  
Prob.1 (Si resp=7, espec.) .....   
Prob.2 (Si resp=7, espec.) .....   
Prob.3 (Si resp=7, espec.) .....   
Prob.4 (Si resp=7, espec.) .....

19. SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PRINCIPAL DE CONSUMO DURANTE EL JUEGO  
Sust.1 .....      
Sust.2 .....

20. ¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PREVIAMENTE POR CONSUMO DE ALGUNA SUSTANCIA PSICOACTIVA? (1=Si, 2=No, 9=NS/NC).....

20.1. Indicar sustancias  
Sust.1 .....      
Sust.2 .....

**BLOQUE ESPECIFICO (5): Alcohol**

11. EDAD EN EL PRIMER CONSUMO DE ALCOHOL .....

12. EDAD DE INICIO DE CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL .....

13. FRECUENCIA DE CONSUMO DURANTE LOS 30 DÍAS PREVIOS A LA ADMISIÓN .....

14. OTRAS DROGAS CONSUMIDAS O COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ANTES DE SER ADMITIDO A TRATAMIENTO  
.....     ...Edad Inicio Consumo    
.....     ...Edad Inicio Consumo    
.....     ...Edad Inicio Consumo    
.....     ...Edad Inicio Consumo

15. TRATAMIENTO PREVIO POR ALCOHOL (1=Si, 2=No, 9=Desconocido).....

16. CONVIVENCIA CON FAMILIARES CON ADICCIÓN (1=Si, 2=No, 9=Desconocido).....

Fam.1. Relación .....   
Fam.1. Sustancia o comportamiento adictivo .....      
Fam.2. Relación .....   
Fam.2. Sustancia o comportamiento adictivo .....

17. PROBLEMAS DERIVADOS DEL ABUSO DE ALCOHOL  
 Conflictos con la pareja  Conflictos con los hijos  Problemas económicos  
 Comportamientos agresivos  Accidentes embriaguez  Absentismo laboral  
 Pérdida de empleo  Problemas de salud  
 Otros conflictos (especificar).....

18. TIPO DE DEMANDA INICIAL.....

19. TRASTORNOS SOMÁTICOS Y PSICOPATOLÓGICOS

19.1. Estado serológico frente al VIH .....   
19.2. Hepatitis B .....   
19.3. Hepatitis C .....   
19.4. TBC .....   
19.5. ETS .....   
19.6.1. Transaminasas: GOT .....   
19.6.2. Transaminasas: GPT .....   
19.7. Volumen Corpuscular medio (VCM) .....

19.8. Otros (especificar).....  
19.9. Alteraciones psicopatológicas (1=Si, 2=No, 9=Desconocido).....   
19.9.1. Dependencia química complicada .....   
19.9.2. Enfermo mental abusador de sustancias .....   
19.9.3. Enfermo mental dependiente de sustancias .....   
19.9.4. Abuso de sustancias y ligera psicopatología .....

20. PRÁCTICAS DE RIESGO..... Resp.1.  Resp.2.

21. TIPO DE ASISTENCIA PRESCRITA.....

**BLOQUE ESPECIFICO (6): Adicción sin sustancia**

11. EDAD DE INICIO DE LA CONDUCTA ADICTIVA .....

A-2 V02 28.06.10

12. ¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PREVIAMENTE POR EL MISMO TIPO DE ADICCIÓN SIN SUSTANCIA? (1=Si, 2=No, 9=Desconocido).....

12.1. Tipos de tratamiento iniciados (solo si alguna vez se ha tratado)

Trat.1       Trat.2       Trat.3       Trat.4

Si resp.=5, especificar.....

Si resp.=5, especificar.....

13. RECURSOS EN LOS QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTOS PREVIOS.....

14. RESPECTO AL ÚLTIMO MES ¿CON QUÉ FRECUENCIA HA REALIZADO LA CONDUCTA ADICTIVA? .....

15. TIEMPO MEDIO SEMANAL DEDICADO EN EL ÚLTIMO MES A LA CONDUCTA ADICTIVA (horas).....

16. DINERO GASTADO SEMANALMENTE (SI PROCEDE) EN LA CONDUCTA ADICTIVA EN EL ÚLTIMO MES.....

17. ¿CUÁLES SON SUS INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES?.....

18. TIPO DE PROBLEMAS QUE LE HA OCASINADO LA CONDUCTA ADICTIVA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

Prob.1 (Si resp=7, espec.).....

Prob.2 (Si resp=7, espec.).....

Prob.3 (Si resp=7, espec.).....

Prob.4 (Si resp=7, espec.).....

20. ¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PREVIAMENTE POR CONSUMO DE ALGUNA SUSTANCIA PSICCACTIVA? (1=Si, 2=No, 9=NS/NC).....

20.1. Indicar sustancias

Sust.1.....

Sust.2.....

A-2 V02 28.06.10

## CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL TRABAJO TERAPÉUTICO EN PROYECTO HOMBRE

Con el fin de realizar un Trabajo Fin de Máster en la Universidad Internacional de la Rioja, se está llevando a cabo una encuesta entre profesionales implicados en el trabajo terapéutico, que prestan sus servicios a Proyecto Hombre en la provincia de Málaga. Para llevar a cabo la encuesta, se ha obtenido la autorización correspondiente del Presidente de Proyecto Hombre Málaga. Ha sido usted seleccionado/a, para que conteste unas preguntas. Con su colaboración y la de todas las personas encuestadas, se podrá llevar a cabo un estudio, que nos aporte información sobre cómo ha evolucionado el perfil del usuario admitido a tratamiento en la provincia de Málaga.

---

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

***Año en el que comenzó a prestar sus servicios a Proyecto Hombre en la provincia de Málaga:*** \_\_\_\_\_

**P.1. Con respecto a la sustancia principal de consumo, en el momento de la admisión a tratamiento, ¿podría usted señalar dos sustancias que a su juicio fuesen las de mayor incidencia en 1999? Por favor, ordénelas de mayor a menor incidencia.**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**P.2. Referente a la edad de admisión a tratamiento ¿qué rango de edad, a su juicio, sería el de más incidencia en 1999?**

15 años o menos \_\_\_\_\_

Entre 36 y 45 años \_\_\_\_\_

Entre 16 y 25 años \_\_\_\_\_

46 años o más \_\_\_\_\_

Entre 26 y 35 años \_\_\_\_\_

**P.3. En cuanto a la variable sexo, ¿podría señalar usted, qué porcentaje de mujeres y hombres estima que podría existir, entre las personas admitidas a tratamiento en 1999?**

**P.4. Con respecto a la sustancia de principal de consumo, en el momento de la admisión a tratamiento, ¿podría usted señalar dos sustancias que a su juicio fuesen las de mayor incidencia en 2010? Por favor, ordénelas de mayor a menor incidencia.**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**P.5. Referente a la edad de admisión a tratamiento ¿qué rango de edad, a su juicio, sería el de más incidencia en 2010?**

15 años o menos \_\_\_\_\_

Entre 36 y 45 años \_\_\_\_\_

Entre 16 y 25 años \_\_\_\_\_

46 años o más \_\_\_\_\_

Entre 26 y 35 años \_\_\_\_\_

**P.6. En cuanto a la variable sexo, ¿podría señalar usted, qué porcentaje de mujeres y hombres estima que podría existir, entre las personas admitidas a tratamiento en 2010?**