



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

GRADO EN SOCIOLOGÍA  
TRABAJO DE FIN DE GRADO  
CURSO ACADÉMICO: 2015-2016  
CONVOCATORIA: JUNIO DE 2016

**FACTORES DE LA ADICCIÓN A LAS DROGAS ILEGALES**

**FACTORES DA ADICCIÓN ÁS DROGAS ILEGAIS**

**FACTORS BEHIND OF ADDITION TO ILLEGAL DRUGS**

ALUMNO: RODRIGO CABANAS GRILLE  
DIRECTOR: MANUEL GARCÍA DOCAMPO

# Índice

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE .....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1 Objetivos e hipótesis.....	6
2.2 Definición del término.....	7
2.3 Historia .....	9
2.3.1 Las drogas en España: historia y legislación .....	13
3. MARCO TEÓRICO DE LAS DROGAS.....	16
3.1 Evolución del discurso sociológico .....	16
3.1.1 El discurso sociológico en España.....	22
4. METODOLOGÍA.....	26
5. RESULTADOS.....	29
5.1 Factores sociodemográficos del consumo de drogas en España .....	29
5.1.1 Sexo y edad de los consumidores .....	30
5.1.2 Clase social .....	33
5.1.3 Estudios.....	34
5.1.4 Situación laboral .....	34
5.1.5 Estado civil.....	36
5.1.6 Motivaciones para consumir drogas ilegales .....	37
5.1.7 Percepción ante las drogas ilegales y las leyes que regulan su consumo .....	37
5.1.8 Delincuencia relacionada con el consumo de drogas ilegales .....	37
5.2 Factores sociodemográficos de la adicción a las drogas ilegales .....	38
5.2.1 Perfil de admisiones a tratamiento por cocaína y marihuana.....	41
6. CONCLUSIONES.....	42
7. BIBLIOGRAFÍA.....	45
8. ANEXOS .....	48

## 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Desde el inicio de la humanidad el hombre ha consumido drogas con finalidad religiosa, médica o simplemente lúdica. En el último siglo los poderes de control formal han perseguido el uso de ciertas sustancias, considerándolas ilegales, por lo que su consumo se ha pasado a tomar como un acto desviado, y el proceso de estigmatización en torno al uso de estas sustancias se ha consolidado. Así mismo, el surgimiento de la sociedad actual, caracterizada por una fuerte estratificación social, la precariedad laboral y el consumismo han provocado el abuso y la dependencia de estas sustancias. El presente estudio aborda los factores de la adicción, así como su relación con las diferentes clases sociales, la exclusión y la delincuencia. Para ello se han recopilado diferentes encuestas pertenecientes al Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía (OEDT) que ofrecen datos empíricos de la realidad española, con el fin de analizarlos y contrastarlos con las principales teorías de desviación. De este modo se ha mostrado que el consumo de drogas es similar en todas las clases sociales, pero que se observan diferencias en cuanto a la edad, sexo, estudios o situación laboral, factores que sin embargo comparten los adictos.

**Palabras clave:** adicción, drogas ilegales, factores de la drogadicción, teorías del desvío, historia de las drogas, legislación en drogadicción, consumo y dependencia, poderes de control formal.

### **Resumo:**

Desde o comezo da humanidade o home ten consumido drogas con finalidade relixiosa, médica ou simplemente lúdica. No último século os poderes de control formal perseguiron o uso de certas substancias, considerándoas ilegais, polo que o seu consumo pasou a ser tomado como un acto desviado, e o proceso de estigmatización no relativo ao uso de estas substancias consolidouse. Do mesmo xeito, o xurdimento da sociedade actual, caracterizada por unha forte estratificación social, a precariedade laboral e o consumismo provocaron o abuso e dependencia cara estas substancias. O presente estudo aborda os factores da adicción, así como a súa relación coas diferentes clases sociais, a exclusión e a delincuencia. Para isto recopiláronse diferentes enquisas pertencentes ao Observatorio Español da Droga e a Toxicomanía (OEDT), a cal ofrece datos empíricos da realidade española, para analizalos e contrastalos coas principais teorías de desviación. Deste modo amosouse que o consumo de drogas é similar en todas as clases sociais, pero que se observan diferencias en canto á idade, sexo, estudos ou situación laboral, factores que non obstante comparten os adictos.

**Palabras chave:** adicción, drogas ilegais, factores da drogadicción, teorías do desvío, historia das drogas, lexislación en drogadicción, consumo e dependencia, poderes de control formal.

**Abstract:**

Throughout human history the humanity has been taking drugs with different objectives: religious, medical or just playful. During the last century the formal power control has pursued the use of drugs, so they became illegal, therefore their consumption turned into a diverted act, and the drug addiction stigmatization process became established. By the way, the contemporary society emergence, which is based in a strong social stratification, labor scarcity and consumerism caused abuse and dependence to drugs. This study presents addiction factors and its relationship between the social classes, marginalization and crime. In order to reach these objectives, we compiled several surveys made by OEDT (Spanish Observatory of Drugs and Drug Addiction), which present empirical information of the Spanish reality due to analyze and verify them with the most important digression theories. Using this method we could show that drug use is similar in the different social classes, but with some differences between age, sex, studies or laboral situation, although these factors are shared between addicted people.

**Key words:** drugaddiction, ilegal drugs, drug addiction factors, digression theories, history of drugs, legislation in drug addiction, consumption and dependency, formal power control.

## 2. INTRODUCCIÓN

El último informe de Naciones Unidas sobre el consumo mundial de drogas ilegales afirma que en el mundo hay 246 millones de personas consumidoras de este tipo de sustancias, lo que representa el 5,2% de la población mundial<sup>1</sup>. Si bien el número total de usuarios experimenta una tendencia al alza en los últimos años, aquellas personas en las que se observa un consumo problemático se ha mantenido estable, siendo este último dato el más relevante a efectos sanitarios y sociales. Aunque los datos de adicción han tendido a estabilizarse en los últimos años es evidente que el problema del abuso de sustancias ilegales dista de haberse solucionado, a pesar de los esfuerzos y el dinero destinados a la erradicación de la adicción a esta clase de sustancias por parte de los gobiernos. Es por esto que a lo largo del tiempo han surgido una serie de voces en contra de la ilegalización<sup>2</sup> por considerar que las leyes de este tipo vulneran la libertad del individuo, y sostienen que la legalización de las drogas supondría, en primer lugar, el abaratamiento de las sustancias así como el sometimiento de estas a unos estándares de calidad que evitarían la adulteración de la droga, evitando así numerosas muertes por sobredosis. Así mismo, afirman también que la entrada de estas sustancias en el mercado supondría la normalización de las mismas, por lo que quizás la estigmatización sufrida por los consumidores desaparecería.

Sin embargo, la opinión oficial gubernamental actual considera que se debe luchar contra el abuso de estas sustancias y velar por los intereses y la salud de las personas, de forma que perseguirá cualquier uso individual que se haga de ellas.

Se trata este de un fenómeno, pues, complejo, cuyo análisis requiere un enfoque multidisciplinar, dado que la situación actual es una suma de enfoques ligados entre sí: social, histórico, cultural, sanitario, económico, ecológico y político.

Así, desde la perspectiva social se han elaborado una serie de teorías con respecto a la desviación y control social, y se considera habitualmente que tanto la fuerte estratificación social de nuestra sociedad como el gran consumismo al que se ve sometida factores de suma importancia en la explicación del abuso de drogas. Entre estas propuestas el interaccionismo simbólico afirma que es la propia sociedad la que crea la desviación, de forma que etiqueta y define lo que entiende por

---

1 Informe mundial sobre las drogas de Naciones Unidas consultado en [http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_S.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf)

2 Son habituales las noticias sobre personas influyentes que piden una revisión de la política sobre drogas a nivel mundial: [http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp\\_v1/pdf/Global\\_Commission\\_on\\_Drug\\_Policy\\_Press\\_Release\\_Spanish.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_on_Drug_Policy_Press_Release_Spanish.pdf)

conducta desviada e induce al desviado a identificarse como tal integrante en grupos marginales (Morales & Abad, 1990). Entre estos prejuicios y roles en los que el adicto está encuadrado se observa una tendencia a la marginalización y creación de nuevos grupos ajenos a la sociedad, con el drama que esto supone para el núcleo familiar.

Desde el punto de vista cultural determinadas sociedades han consumido a lo largo de la historia sustancias psicoactivas con unos fines específicos – ya sean rituales, médicos o lúdicos– dependiendo de la disposición de estas en el medio natural en el que las sociedades se desarrollaron o de las tradiciones que construyeron en torno a estas. Esta tradición lleva a las diferentes culturas a considerar como uso no abusivo determinadas drogas que, sin embargo, en otras llevan asociadas una serie de connotaciones peyorativas.

En cuanto a la perspectiva político-legal, resulta especialmente importante este enfoque a partir del último siglo, momento en el que se comenzó a legislar contra sustancias consideradas potencialmente dañinas, estableciendo la división entre drogas legales y ilegales, que como veremos, está sujeta más a un parámetro arbitrario que a uno puramente farmacológico.

El enfoque histórico de las drogas analiza la consideración y usos que ha hecho la sociedad a lo largo del tiempo, y en este análisis resultan especialmente destacables tanto la cultura de cada sociedad como los aspectos político-legales que rigen el consumo de estas sustancias.

En la vertiente económica, tanto el aumento del abuso de las drogas por parte de la población como la finalidad terapéutica con la que han obrado los gobiernos occidentales en los últimos tiempos han provocado que una parte importante del presupuesto estatal esté destinado a campañas de prevención y rehabilitación, con todo lo que esto conlleva: publicidad, gasto sanitario, construcción de centros, preparación de personal, tanto relacionado con las ciencias sociales como médico, material, etc. Por otro lado, y fruto del tráfico de drogas, tienen lugar una serie de fenómenos tales como blanqueo de capital, asunto de gran gravedad en lugares en los que gran parte de la población se dedica al comercio de sustancias ilegales. Como consecuencia, la destinación de grandes cantidades de fondos para tratar la adicción a las drogas podría ser usada para otros ámbitos beneficiosos para la sociedad como la educación o la creación de empleo, así como la construcción de un tejido industrial que sustente una economía saneada.

Desde el punto de vista ecológico, la fabricación de drogas requiere de grandes extensiones de tierra destinadas a plantaciones tales como la adormidera, el cáñamo o la cocaína con el impacto medioambiental que estas tienen en los ecosistemas (deforestación, cultivo en reservas naturales, contaminación de aguas, etc.), así como en la población autóctona, que se ve forzada a abandonar

los cultivos tradicionales, y en ocasiones sus tierras (Zeballos, 2006), en favor del cultivo de sustancias ilegales.

En consecuencia, el estudio del fenómeno de la adicción a las drogas debe ser abordado desde múltiples perspectivas que ayuden a comprender la situación actual en nuestra sociedad y a partir de estas sopesar las alternativas de las que se dispone, de modo que se encuentre un equilibrio entre el beneficio y la libertad de cada persona.

## **2.1 Objetivos e hipótesis**

El objeto principal del presente trabajo es un estudio sociológico de la adicción a drogas ilegales en la sociedad española así como los factores de la adicción a estas sustancias, tomando como base las principales teorías sociológicas que han tratado el tema a lo largo del último siglo y relacionándolas con los datos empíricos de los que se dispone en la actualidad.

Para llevar a cabo este cometido, en primer lugar se hará un repaso de la historia de las drogas, especialmente de los usos de aquellas más habituales a lo largo del tiempo, prestando especial atención a los factores político-sociales que llevaron a la penalización de parte de ellas con la consiguiente división entre drogas legales e ilegales y las repercusiones que estas medidas tuvieron en la sociedad. Dado que nosotros hemos decidido centrarnos únicamente en las sustancias consideradas ilegales, consideramos que debemos ofrecer una explicación de la definición dada de drogas legales/ilegales por los principales organismos internacionales en materia de drogas, así como aquellas disposiciones legales que resultaron ser hitos en la política internacional y en el caso concreto de España.

Tras este bloque introductorio, la segunda parte abordará la perspectiva sociológica puramente dicha: se tratarán las principales teorías sociológicas que analizan el abuso de drogas desde el siglo XX hasta la actualidad, así como los problemas y críticas que presentan y se pondrán en relación con los datos obtenidos sobre drogadicción en España a través del OEDT, valorando si estas son pertinentes con los datos empíricos de los que se dispone.

Las hipótesis con las que partimos derivan de inferencias hechas a partir de los conocimientos que tenemos *a priori* sobre las drogas. La primera de estas es la asociada a la clase social a la cual pertenecen los adictos; desde los prejuicios que nuestra sociedad posee es habitual asociar la drogadicción a las clases más bajas e incluso aquellas que están en riesgo de exclusión, pues quizás las condiciones de vida en las que viven lleven a los consumidores, en primer lugar, a evadirse de la

realidad, y en segundo, a intentar ganarse la vida por medio del tráfico ilegal.

Por otro lado, y partiendo de la identificación que habitualmente se da entre consumo/adicción, sería interesante conocer si el adicto cumple con el arquetipo: ¿La adicción va ligada al consumo diario o bien entran en juego otros aspectos como la dependencia psicológica?

En lo tocante al perfil del adicto, surgen una serie de dudas: ¿Se trata de un perfil mayoritariamente homogéneo o bien se dan perfiles variados? ¿Se da con mayor frecuencia entre aquellas personas desocupadas y sin cargas familiares o la adicción de reparte de igual forma? ¿Continúa siendo la heroína la droga con mayor porcentaje de adictos o bien se está produciendo un cambio en las preferencias del drogadicto?

## **2.2 Definición del término**

La definición de droga ha supuesto un grave problema a los organismos internacionales en materia de drogas a lo largo del último siglo (Escotado, 2004) ; si bien desde el punto de vista farmacológico es fácilmente definible y medible la toxicidad de la sustancia en cuestión, el problema viene dado por el factor cultural: es, pues, la moral de la sociedad la que dificulta una correcta clasificación de las drogas, dado que no existe en ellas el perjuicio o el beneficio que estas puedan ofrecer, sino que estas características dependen del uso que el sujeto haga de ellas. A lo largo de los sucesivos acuerdos y regulaciones se puede apreciar la equivalencia entre drogas peligrosas y drogas ilegales, mientras que las legales no tendrán tal estatuto a pesar de ser, farmacológicamente hablando, tanto o más peligrosas que las ilegales.

Durante la primera conferencia internacional sobre drogas, ocurrida en Shanghái en 1909, así como en el primer tratado fiscalizador de la Haya de 1912, los científicos que estuvieron presentes en las reuniones hicieron notar que la palabra *narcotic*, que en un principio se referiría a cualquier sustancia que produce extrañeza, sueño e insensibilidad, tiene una serie de connotaciones ético-religiosas que dificultaban una definición rigurosa desde el punto de vista científico, y es por esto que emplearon la palabra “droga”, más amplia desde el punto de vista conceptual.

Las sucesivas tentativas de acotar y definir esta palabra fueron un fracaso: la primera ley represora de Estado Unidos, llamada Ley Harrison (1914) empleó el término *narcotic* (traducido en castellano como “estupefaciente”, en palabras de Escotado (2004)) en relación al opio, la morfina y la cocaína, siendo esta última estimulante y, por lo tanto, opuesta a la etiqueta “narcótico”. Por otro lado, en la Convención de Ginebra de 1925 trataron de definir “adicción” sin éxito pensando que

este hábito explicaría la palabra estupefaciente, y en la ocurrida en 1931 emplean indistintamente estupefaciente y droga, y se refieren a drogas lícitas e ilícitas para diferenciar entre aquellas que exigen control de las sustancias que pueden seguir siendo vendidas libremente.

Con el objetivo de frenar la polémica, en 1957 la OMS distingue entre drogas “de hábito”, o aquellas consideradas legales, y drogas “producto de adicción”, pero la vaguedad terminológica provoca nuevas críticas.

En este contexto aparece en 1963 la palabra “dependencia” como sustituta de los términos hábito/adicción, y cuya significación, muy amplia, permite obrar a los organismos oficiales con la arbitrariedad deseable sin entrar en disquisiciones terminológicas.

Este giro va a oponer al Comité de Expertos en Drogas, quienes abogan por el empleo de términos objetivos desde el punto de vista farmacológico, con otros organismos internacionales como la División de Estupefacientes, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes o, ya en Estados Unidos, la FBN.

Así, y tras el Convenio Unificador de 1961, “piedra angular del actual régimen de fiscalización (Naciones Unidas, 2008), en 1971 se va a incluir el término “psicotropía”, en principio objetivo, pero acompañado por valores peyorativos tales como “uso indebido” y “efectos nocivos” (Naciones Unidas, 1971), por lo que la distinción entre los usos permitidos de aquellos indebidos queda en manos de los gobiernos de cada estado.

En la actualidad la OMS (1994) se hace eco de las dos corrientes principales: así, desde el punto de vista médico, el concepto droga puede ser entendido como “toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental”, mientras que desde la óptica farmacológica se define como “toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos”, por lo que en ambos sentidos su sentido es amplio y abarcaría sustancias tanto legales -incluyendo el café, el tabaco y el alcohol, entre otras- como ilegales.

Sin embargo, en el lenguaje coloquial esta acepción se refiere a las “sustancias psicoactivas”, y habitualmente queda restringida únicamente a aquellas consideradas ilegales por las leyes de cada país, siendo esta última definición la que habitualmente utilizaremos a lo largo del presente trabajo, y estaría, por lo tanto, ligada a la definición dada por la OMS de drogas ilegales: se trata de una “sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos<sup>3</sup>”.

---

3 En contraposición a la definición dada para drogas legales: “Droga que está legalmente disponible mediante prescripción médica o en algunas ocasiones también sin ella, en una determinada jurisdicción” (OMS, 1994). Por lo tanto, la distinción entre unas drogas u otras no atiende tanto a problemas potenciales para la salud tales como el

## 2.3 Historia

La relación del ser humano con las sustancias psicoactivas existe desde el comienzo de la humanidad, y las ha utilizado tanto en contextos religioso-rituales como médicos o lúdicos, si bien a lo largo del último siglo múltiples factores - políticos, históricos, sociales científicos y económicos- han provocado un cambio en la relación con respecto a las drogas y al uso de estas por parte de los consumidores.

Según Escohotado (2004), en la antigüedad el ser humano utilizó las drogas como vehículo para conseguir un determinado fin, ya sea enteogénico, terapéutico o simplemente recreativo, y su opinión con respecto a estas sustancias es neutral, dado que la dualidad remedio/muerte inherente a estas dependía del uso que el individuo hiciese de ellas. Resulta curioso que únicamente el alcohol fuese considerado degradante moral en altas dosis, mientras que en los tratados farmacológicos conservados no se hace mención alguna a adicciones tal y como hoy las conocemos aparte de la dipsomanía, y desde el punto de vista legal su utilización era indiferente siempre que los fines no fuesen criminales.

Esta situación, sin embargo, cambió radicalmente con la aparición de las grandes religiones monoteístas, las cuales en un momento u otro terminaron por condenar el uso de este tipo de sustancias, por lo que en zonas como occidente la herencia farmacológica recibida del mundo grecolatino fue desapareciendo paulatinamente<sup>4</sup>.

Así, el cristianismo consideró el uso de drogas con finalidad lúdica hedonista, y por lo tanto pecado, mientras que el dolor, vehículo de la redención del hombre, no podría ser tratado con analgésicos, y aquellas sustancias utilizadas como parte de ritos religiosos consideradas idolatría e igualmente reprobables.

Por su parte la relación del Islam con las drogas no fue tan radical; en un primer momento estas podían ser utilizadas con fines recreativos o terapéuticos, a excepción del consumo desmedido de alcohol, al igual que en las culturas grecolatinas. Sin embargo, a partir del siglo XIV se prohibirá el uso de las drogas tradicionales y aquellas de reciente adquisición, como el café y el tabaco.

Durante la Edad Media cristiana las drogas estuvieron asociadas a prácticas de bujería, supuestos rituales demoníacos perseguidos y juzgados por la Iglesia entre los siglos XV y XVIII debido al

---

grado de toxicidad o adicción, sino a una mera diferenciación legal.

4 A excepción del alcohol, dada su simbología eucarística (Escohotado, 2004).

miedo creciente de los poderes eclesiásticos y feudales ante ciertas rupturas progresistas de la sociedad, especialmente a partir del Renacimiento. Por lo tanto, el consumo de sustancias psicoactivas quedó prohibido de los usos lúdicos y religiosos y únicamente restringido a la utilización con fines médicos por parte de sectores especializados como médicos y boticarios y supuso una ruptura casi total de la sociedad occidental con el uso de drogas.

Sin embargo, a partir del siglo XVII se puede apreciar una evolución en la concepción de los psicoactivos por parte de la población, de forma que el autoconsumo de fármacos con fines medicinales se tornó cada vez más habitual y las drogas adquirieron de nuevo el estatuto de neutralidad, tanto desde el punto de vista legal como ético. Esta situación se acentuó durante el siglo XVIII, momento en el cual se inició un consumo masivo de sustancias provenientes de las colonias europeas en América y Asia hoy consideradas parte de nuestra alimentación o consumo diario<sup>5</sup>, y no sería hasta finales del siglo XVIII cuando se comenzaron a relatar los usos abusivos de sustancias tales como el láudano. Sin embargo, los protagonistas de estas menciones no son tratados como enfermos marginados, sino que las muertes y sobredosis se consideran accidentales y la imagen actual de toxicomanía queda relegada únicamente al abuso de alcohol.

A partir del siglo XIX la finalidad principalmente medicinal de las sustancias psicoactivas trascendió este ámbito y estas comenzaron a ser utilizadas en otros contextos (Courtwright, 2002). En opinión de Escotado (2004) los cambios sociales producidos a raíz del liberalismo económico produjeron en los individuos repercusiones físicas y mentales tales como la ansiedad o el insomnio que podrían haber provocado este incremento<sup>6</sup>. Así mismo, los avances en química orgánica permitieron el descubrimiento de fármacos puros que permitieron un uso continuo sin la dependencia de vegetales percederos, así como la dosificación, de forma que la administración fuese más segura para el usuario.

Tras esta serie de descubrimientos, en la segunda mitad del XIX se inició el uso masivo suntuario de drogas sintéticas por parte de la cultura occidental, tanto derivadas de los opiáceos, como grandes narcóticos o los primeros barbitúricos. Sin embargo, debe señalarse que la finalidad primera del consumo de estas sustancias era terapéutica<sup>7</sup>, pero sus propiedades adictivas provocaban la toma de

---

5 Hay que puntualizar que determinados productos, como el tabaco, ya eran consumidos en los siglos XVI y XVII para el tratamiento de todo tipo de enfermedades, entre ellas la peste, o como elemento de lujo en los sectores más acaudalados de Europa a partir del siglo XVII (Courtwright, 2002).

6 Es en este contexto en que se deben situar las primeras teorías sociológicas de Marx y Engels, quienes afirman que las drogas son la vía de escape para un proletariado alienado que vive en condiciones míseras, para quien la taberna se presenta como el único entretenimiento posible (Comas, 1994).

7 Es de sobra conocida la vehemente defensa que S. Freud hizo de las cualidades de la cocaína, las cuales superaban con creces sus desventajas (Walton, 2003).

dosis mayores por parte del paciente.

Durante todo el siglo XIX, y a pesar de los datos de abuso por parte de la población, en palabras de Escohotado (2004), únicamente se tomaron medidas de control para el éter y el alcohol, mientras que el uso indebido del resto de sustancias se consideraba un exceso por parte del sujeto, a quien se le consideraba “habitado” a ellas y no tanto adicto. Así mismo, y dado que las drogas gozaban del estatuto de legalidad, los marginados eran primarios de segunda o tercera edad, con ciertos rasgos antisociales, aunque también se comenzaban a dar casos de abuso entre los artistas de menor edad (Walton, 2003).

Ante el consumo global de estas sustancias, ayudado por el establecimiento de grandes campañas publicitarias que incitaban al consumismo, en occidente comienzan a hacerse cada vez más frecuentes las voces de alarma de ciertos sectores médicos frente a determinadas drogas, contrarrestadas con una rápida respuesta por parte de las farmacéuticas, quienes proponían nuevos psicoactivos como sustitos a los anteriores.

La preocupación de las mismas élites, que paradójicamente habían apoyado el uso de psicoactivos, así como el desarrollo farmacéutico comienzan a cristalizar en los primeros tratados internacionales sobre drogas que tuvieron lugar en Shanghái y La Haya a principios de siglo XX (Courtwright, 2002).

En el caso de Estados Unidos, cuyo modelo en materia de prevención del abuso de drogas se exportará a todo el mundo, la influencia en el gobierno de ciertos sectores ligados al conservadurismo y a la moral cristiana presentes desde la fundación del estado (Escohotado, 2004), así como una creciente preocupación pública por la regulación del uso de drogas ante la aparición de casos de sobredosis y testimonios a menudo alarmantes en los medios de comunicación provocaron la aparición de la primera ley que regulaba el uso de determinadas drogas, y la posterior aprobación de la llamada Ley Seca (1920), que prohibía la venta y consumo de alcohol. Esta ley resulta de vital importancia desde el punto de vista sociológico, puesto que su aprobación pone de manifiesto una serie de evidencias. En primer lugar, las drogas comienzan a relacionarse con ambientes criminales, como ocurrirá en el futuro con otras sustancias ilegales. Por otro lado, se produce un cambio en el perfil del consumidor: si con anterioridad este se identificaba con un trabajador blanco de clase media cuya adicción tiene origen médico, es decir, personas situadas dentro del sistema, a partir de este momento comienza a extenderse el perfil de usuarios jóvenes con pocos recursos que viven en los suburbios de grandes ciudades de raza negra e hispana, lo que significará el comienzo de la estigmatización por parte del resto de la sociedad.

A mediados de los años cincuenta, y fruto en parte de leyes más represivas, la imagen que la sociedad tiene del adicto sigue evolucionando y en este momento tiene lugar una creencia activa en el cliché: se trataría de una persona joven que se margina de la sociedad y se integra en un subgrupo social determinado, el de los *junkies*, con el que comparte una jerga, una forma de vestir, la irresponsabilidad como forma de vida y un ceremonial del uso de las drogas que ocupa su tiempo (Escohotado, 2004).

Sin embargo, en los años sesenta se produjo un movimiento subversivo contra el sistema establecido (McKenna, 1993) en el que determinadas drogas tuvieron el papel de símbolo dentro de este grupo, y, por lo tanto, se produjo entre ellos una aceptación de su consumo: las drogas ya no son algo marginal propio de personas irresponsables, sino de individuos concienciados que buscan un cambio en el gobierno.

No obstante, el sistema pronto se encargó de reprimir y perseguir a este movimiento, de modo que tanto la presión legal y policial como los medios de comunicación social ayudarán a crear una imagen distorsionada, y en algunos casos incluso violenta, de los consumidores de sustancias ilegales a ojos de la sociedad.

El fin de este movimiento contracultural, y por lo tanto de la justificación de la ingesta de drogas como símbolo, coincide con la reintroducción de tres sustancias con diferencias en cuanto a sus efectos y a la aceptación social. Por un lado, el consumo de heroína, una droga depresora, volvió a tener relevancia a comienzos de los años setenta y contribuyó a la reafirmación de la imagen mítica del adicto como desviado: estas personas, marginadas por la sociedad, se relacionaban con otros toxicómanos y consumían una droga adulterada en la mayoría de los casos, lo que a menudo provocaba sobredosis, capaz de depauperar al adicto físicamente en un tiempo relativamente corto, y cuyo elevado precio provocaba el aumento de la delincuencia.

Por otro lado surgió la cocaína como la droga asociada a las clases sociales más exitosas: se trataba del psicoactivo utilizado por los triunfadores para rendir más en el trabajo o simplemente como recreativo, y pronto su uso se extendió a toda la sociedad, convirtiéndose en droga de masas, puesto que carecía del estigma social ligado a la heroína (Walton, 2003). Así mismo, y ante el aumento de la oferta en Estados Unidos, con la consiguiente bajada de precios, se produjo una apertura de nuevos mercados centrada especialmente en Europa<sup>8</sup>.

Por otro lado, el cultivo de marihuana para autoconsumo en Estados Unidos experimentó un gran

---

8 La llegada de cocaína a España es tan masiva que en 1988 la cantidad de cocaína incautada por la policía fue el doble de los últimos veinte años (Escohotado, 2004).

aumento en estos años, por lo que dejó de estar asociada a la emigración y la exclusión social ligada a la pobreza.

Por último, la introducción de las llamadas “drogas de diseño” provocó la aparición de puntos de producción caseros, puesto que los materiales con los que estas se fabricaban eran accesibles y económicos, y dado que se trataban de drogas muy adictivas los pequeños traficantes tenían un mercado asegurado. El consumo de estos psicoactivos alimentó la imagen del marginado social, dado que el individuo se tornaba adicto en un espacio corto de tiempo, la toxicidad era alta debido al desconocimiento en el manejo de sustancias peligrosas y la degradación física se hacía evidente rápidamente, aspecto que realimentaba la marginación social del sujeto por parte de la comunidad (Escohotado, 2004).

Por lo tanto, a lo largo del último siglo se puede apreciar un aumento en el consumo suntuario de drogas por parte de los individuos cuyo fin es la droga en sí misma, y cuya causa podría ser el consumismo actual, dado que el sistema depende en gran medida de la explotación comercial de los impulsos innatos y de la constante búsqueda del placer efímero por parte de la sociedad (Courtwright, 2002).

Esta nueva relación con respecto a las drogas, el alarmismo social creado, probablemente desmedido en relación con los casos de adicción de los que se tiene constancia, y la criminalización y marginación del toxicómano por medio de la cruzada contra las drogas se podría tratar de un proceso que se realimenta, y cuyo problema cesaría al terminar la cruzada que a lo largo del último siglo se ha desarrollado en torno a las sustancias psicoactivas (Escohotado, 2004).

Así, en los últimos años se puede apreciar una cierta relajación en cuanto a la persecución legal por estos motivos, de modo que hay una cierta tendencia mundial hacia la despenalización de ciertas sustancias en países como Uruguay y en ciertas partes de Estados Unidos (El País, 2015).

### 2.3.1 Las drogas en España: historia y legislación

La evolución en España de su relación con las drogas es semejante, a grandes rasgos, a la de Estados Unidos, tanto a nivel social como legal. Si bien en opinión de Escohotado (2004) los medios de comunicación se encargaron de difundir una “alarmada consciencia del problema de drogas” en el segundo decenio del siglo XX, con el consiguiente endurecimiento penal, Comas (1994) hace notar que durante el período de la autarquía España se mantuvo ajena al problema que se comenzaba a gestar en otros puntos del mundo, si bien en el desarrollismo quizás el consumo de drogas ilegales

fue mayor, a pesar de que no hay datos en los que basarse. Así, en los años sesenta se puede apreciar un cierto consumo de sustancias como el LSD o cánnabis, de uso probablemente muy minoritario, a pesar de la gran alarma social generada, y no será hasta los años setenta cuando las drogas, entre ellas la heroína, irrumpen con más fuerza. En opinión del autor este incremento quizás se debiese a que las drogas ilegales representaban una realidad atractiva y peligrosa de la modernidad frente a un viejo modelo cultural obsoleto.

De este modo, el alarmismo social creado con el fin de desviar la atención del público a problemas mayores cristalizó en una serie de leyes que desde 1918 fueron endureciéndose, desde el control farmacéutico de la dispensación de sustancias consideradas peligrosas hasta su completa ilegalización.

En la actualidad la legislación española persigue de forma activa los delitos relacionados con el cultivo, consumo y tráfico de drogas y sigue las medidas propuestas por Naciones Unidas en 1961<sup>9</sup> contra el uso indebido de estupefacientes<sup>10</sup>, de forma que las listas anexas al tratado se actualizan periódicamente en el estado por medio de órdenes<sup>11</sup>, y recientemente se ha regulado el procedimiento a seguir para que una sustancia sea incluida en las listas como estupefaciente<sup>12</sup>.

Siguiendo estos tratados internacionales la jurisprudencia española distingue entre delitos presentes en el código penal y aquellos administrativos, regulados por la Ley de Seguridad Ciudadana.

Así, el artículo 368 del Código Penal (1995) expone lo siguiente:

“Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos [...]”.

No obstante lo anterior, la entrada en vigor de la Ley Orgánica 4/2015 supone que tanto la plantación y cultivo como el consumo, tenencia de estupefacientes, destinados o no al tráfico, en

---

9 Las medidas propuestas por Naciones Unidas fueron adaptadas en España mediante la Ley 17/1967.

10 Se trata de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el protocolo de 1972: [http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_es.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf)

11 Se puede acceder a un listado exhaustivo de las órdenes en los Índices Sistemáticos de Legislación Española sobre Drogas que pone a disposición del usuario el Plan Nacional Sobre Drogas (en adelante el PNSD) en el siguiente enlace: [http://www.pnsd.mssi.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE\\_SISTEMA.pdf](http://www.pnsd.mssi.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE_SISTEMA.pdf)

12 Para considerar una determinada sustancia estupefaciente se deben seguir una serie de pasos: a) Semejanza con otras sustancias estupefacientes conocidas b) Utilidad terapéutica c) Riesgo de abuso d) Fiscalización en otros países

lugares visibles al público, el transporte con el objeto de facilitar el acceso a estas sustancias, o incluso la tolerancia ante el consumo o tráfico ilegal de estas drogas en lugares visibles al público serán consideradas faltas graves, cuya multa oscila entre los 601€ y los 300.000€. Esta ley supone un endurecimiento de las infracciones con respecto a la Ley de Seguridad Ciudadana anterior<sup>13</sup>, en la que la multa mínima era de 300€ y esta podía ser sustituida por rehabilitación, mientras que ahora esta opción solo está disponible para menores de edad.

Por lo tanto, la tenencia y consumo de drogas, destinadas o no al tráfico, en lugares públicos se considera infracción administrativa independientemente de la cantidad poseída, y España se situaría, de este modo, en contra de la tendencia mundial a deslegalizar el consumo y cultivo de drogas como el cannabis, así como de la opinión creciente entre los expertos a favor de la despenalización de los estupefacientes<sup>14</sup>.

---

13 Se trata de la Ley Orgánica 1/1992: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/legislacion/pdfestatal/95.pdf>

14 Esta es la opinión de la exdirectora general del PNSD Araceli Manjón-Cabeza en una entrevista concedida a El País, en la que afirma estar a favor de la legalización de las drogas:  
[http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/02/actualidad/1388698252\\_848434.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/02/actualidad/1388698252_848434.html)

### 3. MARCO TEÓRICO DE LAS DROGAS.

#### 3.1 Evolución del discurso sociológico

A lo largo de la historia diferentes sociólogos han tratado el consumo y abuso de drogas por parte del ser humano desde diferentes perspectivas, puesto que se trata tanto de un fenómeno biológico como de una construcción social de tipo histórico (Comas, 1994), y dado este carácter transversal es frecuente que estas sean tratadas desde enfoques reduccionistas. Desde el punto de vista sociológico el fenómeno de las drogas se ha adscrito al campo de las llamadas “teorías de la conducta desviada”, las cuales parten de la base de que en el seno de la sociedad hay una serie de individuos que cumplen con las normas sociales, llamados conformistas, y aquellos que habitualmente se desvían de ellas (Iglesias & Requena, 2005), entre los que se podrían incluir los consumidores de drogas ilegales, perseguidos tanto por los medios de control formal como informal<sup>15</sup>.

##### A) Etapas precientíficas

Los antecedentes a la sociología de la desviación son diversos y abordan la criminalidad desde un enfoque precientífico. Así, en el siglo XVI Tomás Moro relacionaba el aumento de la delincuencia con el ambiente y otros factores socioeconómicos como la pobreza (Vicente, 2011), mientras que intelectuales de la Ilustración como el Marqués de Beccaria, Montesquieu, Voltaire o Rousseau realizaban aproximaciones al delito de tipo teórico intentando reformar el sistema penitenciario, concibiéndolo como una herramienta necesaria para la sociedad que debía ser proporcional al castigo cometido y, de este modo, posibilitar la reinserción en la sociedad del reo.

Frente a estas teorías centradas en el derecho que obviaban las motivaciones del criminal se encuentran aquellas de tipo empírico, centradas en el estudio del delincuente desde el punto de vista psíquico o biológico, ya sea la fisionomía, frenología o teorías de la degeneración, entre otras, cuyos inicios se datan del siglo XIX, y sobre las que nosotros no nos centraremos dado el escaso impacto que tuvieron para el campo de la sociología.

---

15 Autores como Comas (1994) han hecho notar que a menudo el uso de drogas por parte de la sociedad no podría ser definido como desviado. Si bien es cierto que en lo que atañe al uso de aquellas sustancias psicoactivas consideradas en la actualidad legales, como es el caso del alcohol, se consideran dentro de la norma, en nuestro caso, y dado que únicamente nos vamos a centrar en aquellas ilegales, tomaremos este enfoque como válido.

## B) Teorías marxistas

En ese siglo, y paralelamente a estos estudios precientíficos, surgió el germen de lo que se daría en llamar “Teorías del conflicto”, de mano de Marx y Engels (Vicente, 2011). Su aportación resulta especialmente importante para nuestro ámbito de estudio dado que fueron los primeros intelectuales en teorizar sobre el consumo de drogas de forma explícita, relacionándolo con su visión de la sociedad general (Comas, 1994), de forma que en el Modo de Producción Capitalista se daban a menudo situaciones de abuso y dependencia de las drogas, dado que cumplían una serie de funciones determinadas en el seno de este sistema: el proletariado abusaba de estas sustancias debido al modelo de producción y las condiciones de miseria y angustia a las que se veía sometido, y la dependencia a estas sustancias podía ser tal que excluyese al proletario de su condición y le condujese al “lumpen”. Esta nueva condición social permitiría a la burguesía utilizarlo como agente contra el proletariado, de forma que las drogas no serían sino un instrumento de control de la clase obrera.

Por su parte, Engels añadió un elemento psico-social, en opinión de Comas (1994), en su libro *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, publicado en 1854, según el cual los padres consumirían alcohol, mientras que las mujeres y sus hijos opio forzados por las condiciones de vida, de forma que el abuso de estas sustancias se hacía inevitable y justificable. Factores como la falta de educación, un trabajo alienante, la ausencia de alternativas de ocio, así como la repetición de los modelos de los progenitores formarían un círculo vicioso que les impediría salir de las condiciones míseras en las que vivían.

## C) Positivismo criminológico

A finales del siglo XIX apareció la explicación del positivismo criminológico, para quienes el delito, incluyendo el consumo de drogas, se trataría de un fenómeno social regular y constante (Iglesias & Requena, 2005), a pesar de que sus principales defensores, entre los que se encuentran Lambroso, Ferri, Quételet y Guerry, fueron incapaces de enunciar unas leyes sociales que motivasen la distribución social de tales usos a juzgar por los estudios estadísticos que realizaron (Comas, 1994). Sin embargo, pese a este pretendido fracaso, es necesario destacar la importancia de las aportaciones de esta corriente, tanto desde el punto de vista metodológico como del cambio de perspectiva en cuanto al origen delictivo, el cual relacionaron con aspectos sociales y no individuales.

## D) Anomia

El acercamiento puramente sociológico de Durkheim a las teorías del desvío permitió establecer el marco conceptual a este campo, especialmente gracias al concepto de anomia o carencia de normas (Morales & Abad, 1990), el cual fue reinterpretado posteriormente (Comas, 1994). En un primer momento las posturas de Durkheim fueron semejantes a la concepción de Marx, dado que explicaría la anomia como fruto de las desigualdades de un sistema capitalista en el que las drogas serían formas anormales que se desviaban de la producción de solidaridad orgánica. No obstante pronto asumió que tanto la normalidad como la desviación son resultado de la importancia que les presta la conciencia común (Durkheim, 2012), y se trataría, por lo tanto, de una variable con implicaciones tanto sociales como psicológicas (Downes & Rock, 2011).

#### E) Teorías funcional-estructuralistas

Sin embargo, es preciso señalar que Durkheim no se refirió a las drogas en sus teorías, puesto que a su juicio se trataban de un estado psicopático, sino que este ámbito fue incluido posteriormente por Parson, quien transformó sus ideas en la base de una teoría general sobre la que se basarían autores tan influyentes como Merton, considerado uno de los principales representantes del funcionalismo. Así, en su artículo “Estructura social y anomia” Merton establece un cuadro teórico que en la actualidad continúa siendo una contribución básica al campo de la desviación social (Morales & Abad, 1990). La idea central de su teoría es que el origen de la conducta anómica debe ser buscada en la estructura social, de manera que esta actitud nacería de la inadecuación entre las metas ideales de logro obligadas por la cultura y los medios socialmente válidos para alcanzarlas. Dado que nuestra estructura social de desigualdad impide a menudo el acceso a los fines de los grupos sociales con menos recursos, estos mismos grupos recurren, mediante un proceso llamado “innovación”, a la utilización de métodos socialmente reprobables que les permitan alcanzar estos objetivos. (Comas, 1994).

Dentro de este cuadro teórico la droga, lejos de ser un método de innovación, es tratada por Merton como un método de adaptación por retención en el que el individuo renuncia a los objetivos finales.

Sin embargo, señala Comas (1994) que para que se cumpliera el modelo propuesto por Merton se tendrían que dar una serie de supuestos, entre los que se incluye una mayor proporción de desviación según se baja en estructura social, unos mismos objetivos finales compartidos por todas las sociedades, así como el tratamiento de desviado a todo aquel que realizase un mero acto de desviación primario.

#### F) Escuela de Chicago

Paralelamente a la publicación de este artículo, entre los años 1915 y 1940 la Universidad de Chicago llevó a cabo un amplio estudio denominado por los especialistas “Ecología social” centrándose en el estudio de la distribución en zonas especializadas, algunas de ellas en la concentración de anomia, de ciudades similares a Chicago tales como Birmingham, Cleveland o Denver (Comas, 1994). En este estudio identificaron para todas las ciudades una zona de “desorganización social” y zona de “transición”, en las que se observaba una concentración de la desviación social y el uso de drogas de forma habitual.

De este modo convirtieron, aunque de forma limitada a determinadas realidades urbanas, la teoría positivista en un caso real descriptivo.

#### G) Teorías de aprendizaje social

Fruto de esta corriente aparecen las teorías de Shuterland, quien abandona pronto este punto de vista para desarrollar una visión de la delincuencia vinculada a factores de aprendizaje cultural en su conocida “teoría de la asociación diferencial”. Según esta hipótesis la desviación social no es explicable a partir de la desigualdad social exclusivamente, sino que es la pertenencia a un grupo en el que la desviación es asumida de forma positiva la que lo justifica. De esta manera, el aprendizaje de estas normas y valores desviados a través de la interacción continuada con miembros de grupos favorables a la criminalidad serían factores clave para la creación de la conducta criminal (Vicente, 2011). Partiendo de esta premisa elaboró los conceptos de “organización diferencial”, referido a las múltiples normas y valores que puede haber en una misma sociedad y “asociación diferencial”, mediante la que los individuos aprenden cuál es el comportamiento requerido para pertenecer a una organización determinada.

#### H) Teorías subculturales

Esta visión pluralista sería pronto refutada por Albert K. Cohen, quien añadió un elemento cultural a la concepción de Merton, de forma que se produce un conflicto entre los valores sociales generales que puede ser resuelto por dos vías: adaptación forzada o frustración de estatus, la cual llevaría al individuo de clase obrera a formar o bien a integrarse en una subcultura ya creada que se opone a los valores sociales aceptados por la sociedad, por lo que el conjunto de los integrantes de esta organización serían considerados desviados (Comas, 1994).

#### I) Teorías de etiquetamiento

La combinación de los puntos de vista de Cohen y Shuterland permitieron la aparición de la formulación más clásica de diversas teorías de desviación social llamadas “teorías de la etiqueta”, centradas en la reacción social y de gran importancia para nuestro trabajo, dado que se centran de

forma explícita en el fenómeno de las drogas. Estas se fundamentan en los mecanismos de control social como los causantes de la desviación, por lo que esta no residiría en los propios individuos, sino que se produce una inversión en la causalidad. Entre los defensores de este nuevo enfoque se situaría Becker, para quien el desvío, en este caso la toxicomanía contemporánea, se trata ante todo de proceso de un aprendizaje (Escohotado, 2004). Este sociólogo se centró en el análisis de la desviación secundaria, esto es, en las reacciones sociales que convierten al individuo en un desviado, definiéndolo como aquel “quien ha sido exitosamente etiquetado como tal” (Becker, 2010). Para que esta asignación de roles tenga efecto tiene lugar un proceso psicológico, llamado *self*, según el cual los sujetos se forman una imagen de sí mismos que no es sino el reflejo de las actitudes y juicios de los otros en relación con él (Morales & Abad, 1990).

Este autor sostiene que los grupos de interés de una sociedad están liderados por una serie de “empresarios morales”, encargados, por una parte, de la creación de unas normas sociales a partir de las que se adjudican etiquetas a los individuos, y, por otro lado, de luchar en contra de lo que consideran que va en contra del comportamiento adecuado. Por lo tanto, estos líderes serían a un tiempo los creadores y enemigos del problema que se han encargado de demostrar que existe (Becker, 2010).

#### J) Teorías del conflicto

Estas teorías han recibido diversas críticas que se pueden clasificar en dos grupos, a juicio de Comas (1994); la primera de ellas, defendida por Taylor, Walton y Young, afirma que hay gran diferencia entre cometer un acto desviado y que la sociedad considere al individuo desviado, y por otro lado se considera la teoría del etiquetamiento como una forma de idealismo relativista que únicamente tiene en cuenta la interpretación formal y autojustificativa que el individuo hace de sí mismo<sup>16</sup>. Este enfoque idealista provocó la reacción naturalista de Matza, realizada en varias fases. En la primera de ellas muestra su rechazo a las teorías de la agrupación diferencial antes expuestas, dado que a su modo de ver los delincuentes no consideran correcto desde el punto de vista moral su comportamiento, de modo que utilizan una serie de técnicas de neutralización como forma de autojustificación de diferentes maneras: negando la responsabilidad, negando el perjuicio causado, negando a la víctima, condenando a aquellos que le condenan y recurriendo a una lealtad superior (Comas, 1994). La segunda fase se centra en la crítica funcionalista, puesto que afirma que las normas conformadoras de la desviación subyacen en la propia sociedad considerada “normal”. En

---

16 En opinión de Comas (1994) este enfoque tan poco realista es especialmente alarmante en el campo de las adicciones, puesto que se obvian los efectos y las consecuencias biopsicológicas de la interacción del sujeto con la sustancia).

un tercer momento Matza considera que el delincuente se encuentra de forma momentánea en un limbo situado entre el ámbito de lo tradicional y de lo delictivo (deriva), en el que evita todo compromiso con cada uno de los grupos de los que toma las exigencias de uno y otro según le convenga.

La cuarta fase se enfoca en el análisis naturalista de las teorías de la desviación, entendiendo por naturalismo la permanencia fiel a la naturaleza del fenómeno que se investiga y por desviación a la salida de algo real. Matza toma como base de la comparación de las diversas teorías de la desviación situándolas sobre un eje imaginario en el que se forman una serie de dualidades: relevancia desde el punto de vista del sujeto frente a relevancia desde el punto de vista de las agencias de control, identidad del fenómeno frente a relativismo cultural, etc.

En la última fase el autor intenta construir una teoría de la desviación mediante la superposición de tres procesos: afinidad (existencia de circunstancias favoritas), afiliación (contagio o conversión del individuo) y significación (transgresión consciente) (Matza, 1981).

#### K) Teorías de la Criminología Crítica

A finales de los años 70 surgieron las llamadas nuevas ideas de la Criminología Crítica de mano de Taylor, Walton y Young, para quienes las teorías de la etiqueta eran insuficientes para explicar adecuadamente la desviación de la conducta. Estos investigadores aplican las teorías marxistas a la sociedad globalizada contemporánea según la cual la estructura desigual capitalista criminaliza cualquier comportamiento contrario a los intereses del Estado para que pueda mantenerse esta jerarquía. Entienden las causas de la delincuencia como un análisis de los factores sociales que influyen en los delincuentes examinando la responsabilidad del estado y de aquellos que lo sustentan. De este modo, proponen una nueva definición de delito aproximándose a planteamientos de vulneración de los derechos humanos, de forma que tanto individuos, grupos o gobiernos puedan ser considerados delincuentes.

Estas aproximaciones marxistas analizan la globalización y el concepto de inmovilidad social, explicando la delincuencia como el fruto de la pobreza de las clases sociales más bajas las cuales serían culpadas y criminalizadas por el Estado (Vicente, 2011).

#### L) Teorías del control social

Frente a esta estructura social propia de las sociedades industriales, en la actualidad las teorías de la exclusión social consideran que estamos viviendo una nueva transformación social, basada en la precarización laboral y social, de forma que la sociedad se caracteriza por unas expectativas de movilidad social escasas y en la que tiene lugar un modelo social dual (incluidos/excluidos). Dentro

de esta tendencia surgen las llamadas teorías de tolerancia cero, según las cuales en el sistema penal actual, denominado “derecho penal de castigo” las penas son desmesuradas, se produce un debilitamiento procesal y un adelantamiento del castigo (Vicente, 2011). El endurecimiento de las leyes y, en suma, el mayor control policial tienen su origen en Estados Unidos y se crean a partir de un proceso sencillo, en opinión de Vicente (2011): los llamados *think tanks*, o laboratorios de ideas entre los que se encontrarían los medios de comunicación y otras agencias de control, crean un estado de opinión respecto del aumento de la inseguridad ciudadana por medio de ejemplos concretos. La idea que estas formas de justificación propagan es recogida, replicada y amplificadas por los medios de comunicación, de modo que se extiende por toda la sociedad, y esta pretendida necesidad de seguridad es utilizada por los partidos políticos de cualquier signo político, los cuales ofrecen medidas restrictivas que no hacen sino limitar la libertad de los ciudadanos.

### 3.1.1 El discurso sociológico en España

Las primeras reflexiones sobre las teorías de la desviación y la criminalidad, y en particular sobre la aplicación de las penas, tuvieron lugar durante la Ilustración, en el siglo XVIII. Así, Manuel de Lardizábal ayudó en la codificación y ordenación de la legislación española encargada por Carlos III, y en su obra *Discurso sobre las penas* abordó temas como la proporcionalidad del castigo en base a una sentencia judicial, y consideraba que el castigo, aunque necesario, debía ser el menor posible y buscar la corrección del delincuente.

Ya en el siglo XIX, la corriente positivista influyó a diversos juristas e investigadores españoles quienes estudiaron el crimen desde el punto de vista sociológico por primera vez en el país. Destacan, entre otros, Dorado, investigador de las repercusiones del crimen en el seno de la sociedad, Salillas, de enfoque determinista, para quien el delincuente es fruto del medio en el que vive, y más tardíamente Bernaldo de Quirós, fundador de la Escuela de Criminología en España (Vicente, 2011).

A lo largo del siglo XX el discurso sociológico en torno al crimen y a las teorías del desvío en general no fue habitual hasta bien entrados los años setenta, si bien la historia del consumo de drogas en España había empezado a ser relevante la década anterior<sup>17</sup>, y es por esto que podría

---

17 En opinión de Comas (1994) y Escotado (2004) en España no se produjo un aumento en el consumo de drogas ilegales hasta finales de los años sesenta, pese a que el sentido epidémico había sido promovido antes de que la verdadera epidemia tuviese lugar (Usó, 1996).

resultar explicable, a ojos de Comas (1994), el hecho de que no hubiese estudios sociológicos que trataran este tema a lo largo de esta década. No obstante, y dado que la etapa de “creación del problema” se puede situar entre los años 1968 y 1973, ya no resulta justificable la ausencia de un discurso sociológico riguroso sobre el abuso de estas sustancias, como muestran los estudios colectivos de la época tales como FOESSA, en los que este tema no es tratado.

De este modo, resulta una excepción la defensa de la Tesis Doctoral de Francisco Alvira en el año 1974, cuya investigación se puede considerar el primer análisis sociológico sobre drogas en España, además de establecer un marco teórico tanto en su trabajo doctoral como en un artículo de la *Revista Española de la Opinión Pública* en 1975 en el que critica el funcionalismo mertoniano y se posiciona a favor de la teoría del etiquetamiento. Por otra parte, las conclusiones de esta tesis son de gran ayuda para comprender la etapa de la “creación del problema” en España a la vez que abría el camino para poder entender el futuro de la realidad española (Comas, 1994).

Sin embargo, este trabajo no tuvo la repercusión esperada en los medios oficiales, dado que en los años siguientes los informes sociológicos de FOESSA (1976) las menciones a la toxicomanía son mínimas y en ningún momento se hablaba de la aparición de esta etapa<sup>18</sup>, mientras que en ediciones posteriores las drogas no se mencionaban, a pesar de que los primeros años de la década de los años ochenta se consideran “epidémicos” (Comas, 1994) y durante este tiempo ya se habían realizado estudios empíricos sobre el consumo de drogas.

Así, en los años ochenta se formó una corriente de opinión, la cual, tomando elementos procedentes del formalismo y del interaccionismo simbólico (Becker principalmente) se transformó en una defensa política y ética en torno a la libertad del individuo y el antiprohibicionismo como base de su argumentación cuyo defensor más trascendente, tanto para el público en general como para los medios de comunicación, es Antonio Escotado (2004)<sup>19</sup>, para quien la legalización de las drogas supondría la eliminación del problema de la drogodependencia.

Sin embargo, paralelamente a este discurso oficial de tipo esencialmente teórico y de escasa relación con la realidad social se fue construyendo otro muy diferente en el que se realizaban análisis sociológicos a partir de resultados empíricos. Este grupo está formado por investigadores conscientes de la multidisciplinariedad del análisis del uso y abuso de drogas, quienes, desde

---

18 A lo largo de estas anotaciones los autores se limitan a señalar la definición de toxicomanía, aceptada socialmente o no en función de la cultura, y la única droga que merece un apartado más extenso es el alcohol, mientras que las otras drogas aparecen etiquetadas como “otras toxicomanías”, en las que se destaca que juntas no superan al número de alcohólicos en el país.

19 Resulta especialmente destacable el hecho de que en el libro *Historia de las drogas* aparezcan una serie de datos procedentes de diferentes fuentes, más o menos fiables, que parecen servir al discurso divulgativo sostenido por el autor, y no el análisis sociológico a partir de unos datos empíricos contrastados.

diferentes perspectivas, abordan el campo de las drogas a partir de datos empíricos concretos.

Entre ellos destacan los estudios realizados por Domingo Comas Arnau, Javier Elzo y Eusebio Megías, o bien un estudio comparado grupal dirigido por Lorenzo Navarrete Moreno.

Así, en la obra de Domingo Comas Arnau (1994) destaca una introducción detallada sobre las características específicas de la sociedad española entre la transición y los años noventa así como un estado de la cuestión de la sociología en España. Por otra parte, utilizando como método la encuesta a una muestra determinada, pretende establecer los perfiles sociales de los usuarios de drogas realizando un análisis factorial a partir de los datos disponibles con el objetivo de establecer un modelo causal que le permitiese explicar los componentes sociales del uso de drogas.

Por su parte Javier Elzo (2006) realizó un trabajo semejante en colaboración con FAD sobre el uso de drogas entre los jóvenes de España, explicando pormenorizadamente la naturaleza de las encuestas realizadas, el margen de error, así como el análisis estadístico posterior y las conclusiones a partir del cruce de datos.

Por último, resulta interesante el enfoque dado por los grupos de sociólogos dirigidos por Lorenzo Navarrete Moreno (2004), quienes realizan un análisis comparado del fenómeno de las drogas de diseño de universitarios pertenecientes a las comunidades de Galicia y Madrid, partiendo de un estudio que complementaba técnicas cuantitativas y cualitativas de los dos parámetros socio-espaciales.

Paralelamente a estos estudios de tipo empírico, en los últimos años las teorías sobre el control social en las sociedades tecnológicas han tenido un cierto desarrollo en la sociología española, centradas tanto en la exclusión social como en las corrientes de tolerancia cero. Así, resultan interesantes los análisis sobre el actual modelo social a través de las grandes transformaciones de la humanidad descrito por José Félix Tezanos (2001) en su obra *La sociedad dividida*, el cual explica las principales características de las sociedades tecnológicas descritas anteriormente, y en la que la dualidad inclusión/exclusión se ve reflejada en los trabajadores estables/trabajadores precarios, partícipes de la economía sumergida y trabajadores inempleables, siendo estos últimos el grupo de exclusión más vulnerable en un contexto desfavorable, dado el declive del Estado del Bienestar.

El sociólogo Hernández Pedreño se une a esta teoría argumentando que la moderna exclusión social está relacionada con el cambio del paradigma del bienestar social así como a las nuevas formas de relación y participación que se da en la sociedad actual (Vicente, 2011).

Por su parte, Ignacio Ramonet ofrece una serie de factores causantes del pensamiento único para justificar el discurso de la exclusión o desviación social en el seno de la sociedad, de forma que el

pensamiento crítico es eliminado. Así, las nuevas corrientes ideológicas presentan un mundo globalizado en el que el papel de los estados es cada vez menor frente a la internacionalización del mercado y del trabajo, factor que debilita las reivindicaciones sindicales, y se produce una hegemonía del plano económico sobre el político, de forma que son los mercados financieros los que determinan la orientación económica de los estados.

En cuanto a las teorías de tolerancia cero centradas en el endurecimiento del código penal motivado por el aumento de la inseguridad ciudadana a raíz del alarmismo creado por las agencias de control, Vicente (2011) hace notar que en los últimos años el gobierno español ha creado y fortalecido un modelo de visibilidad del control basado en una mayor presencia policial, por una parte, y por las sucesivas reformas del código penal, dando lugar a la criminalización de conductas que anteriormente no tenían encaje penal pero sí administrativo o que directamente no suponían ninguna sanción. En el terreno de las drogas este endurecimiento tendría un reflejo directo en la nueva Ley Ciudadana, que supone un aumento considerable de las penas por tenencia o consumo de drogas.

## 4. METODOLOGÍA

El presente trabajo consta de una serie de conclusiones extraídas a partir de métodos cuantitativos y contrastadas sobre una base teórica sociológica. Los pasos seguidos para su consecución han sido los siguientes:

1. En primer lugar, y a partir de la observación de la sociedad en España y el consumo de drogas de los individuos que la integran, se fijó el objeto de estudio, así como una serie de hipótesis iniciales.
2. Dada la complejidad del término “droga ilegal”, en cuya clasificación se incluyen elementos subjetivos, se realizó una búsqueda en la literatura médica que pudiese servir de ayuda para discernir claramente el objeto de estudio, así como los parámetros seguidos por la Ley para establecer esta diferenciación con repercusiones legales.
3. Se realizó un estudio de la evolución del consumo de drogas en Occidente, y más concretamente en España, con la finalidad principal de llegar a comprender el estatus actual de las mismas.
4. A continuación se llevó a cabo la búsqueda de información sobre el objeto de estudio en soporte tanto impreso como virtual, y más concretamente acerca de la sociología de la desviación identificando a los consumidores como “desviados”, frente a la Ley, y al consumo, ilegal, como “desvío de la norma”.
5. Se realizaron búsquedas en las principales fuentes de datos que pudiesen aportar información sobre el tema (CIS, PNSD (Plan Nacional Sobre Drogas), FAD (Fundación Antidroga), INJUVE (Instituto de la INJUVE), etc.). A partir de esta búsqueda se pudo comprobar que las encuestas, realizadas en un primer momento por el CIS hasta el año 1994, pasaron a ser realizadas por el OEDT (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías) a partir de 1995 de forma bienal. Sin embargo, no se encontraron los datos brutos de las encuestas, llamadas EDADES (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España), por lo que se procedió seleccionando aquellos datos que fueran de interés al objeto principal del estudio (“consumo”/“adicción”, “edad”, “sexo”, “estudios” así como a los objetivos del estudio (“Estatus socioeconómico”). Así mismo, se llevó a cabo el cruzamiento de diversos datos estadísticos procedentes de diversas encuestas con el fin de establecer un mayor número de

relaciones, y a partir de estas se extrajeron los datos más relevantes para el objeto de estudio. Estos datos empíricos se contrastaron con las principales teorías del desvío, de forma que se comprobó si estas se ajustaban a la realidad. De entre los datos disponibles se seleccionaron las encuestas que se detallan a continuación, dado que siguen la misma metodología en la recopilación de datos, son temporalmente cercanas y permiten disponer de una mayor información relevante para nuestro estudio y objetivos. De este modo se recogen datos generales sobre el consumo en la población española en la primera encuesta, información que se amplía tanto en el segmento de estudiantes, como en la situación de las drogas en el ámbito laboral.

- **EDADES 2013:** realizada en dos tramos del 2 de noviembre al 15 de diciembre de 2013 y del 7 de febrero al 8 de abril de 2014 y formada por 23.136 entrevistas válidas, repartidas entre todas las comunidades y ciudades autónomas de España, con un universo que consta de población urbana y rural de entre 15 y 64 años, ambos inclusive. El muestreo utilizado fue trietápico y estratificado por conglomerados. Las unidades de la primera etapa fueron municipios, mientras que las pertenecientes a la segunda viviendas familiares, de entre las cuales se seleccionó un individuo por cada hogar, correspondiente a la tercera etapa.

- **Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España:** módulo específico de la encuesta EDADES 2013 en el que se efectuaron 15296 entrevistas válidas. Estas fueron realizadas por la población española, tanto de zonas rurales como urbanas, de todas las Comunidades Autónomas de España cuya edad se situase entre los 16 años y los 64, siempre que estuviesen en situación de empleo en el momento de la entrevista o en paro (habiendo trabajado anteriormente).

- **ESTUDES 2012:** se llevó a cabo entre el 14 de febrero y el 30 de abril de 2013, momento en que se realizaron 27.503 entrevistas válidas. Estas se repartieron entre aquellos centros educativos de España en los que se cursase 3º y 4º de ESO, 1º y 2º de Bachillerato, así como Ciclo de Grado Medio de FP, con un universo de estudiantes de edades comprendidas entre los 14 y 18 años, ambos inclusive. El muestreo que se empleó fue bietápico y estratificado por conglomerados. Se llevó a cabo una selección aleatoria de centros educativos como unidades de primera etapa y aulas como unidades de segunda etapa, en las que todos los

alumnos que las formaban realizaron el cuestionario.

- **La percepción social de los problemas de drogas en España, 2014:** la investigación se ha realizado a partir de una encuesta muestral de un total de 1416 entrevistas válidas a población general entre 15 y 65 años, a nivel estatal, con estratificación proporcional a la población en cada comunidad Autónoma, grupo de edad y sexo. entrevistas. El trabajo de campo se realizó durante los meses de octubre a diciembre de 2013. La encuesta se ha complementado con la realización de dos grupos de discusión, con el fin de apoyar la interpretación de algunas cuestiones que podían quedar incompletas sólo con la información cuantitativa. Los dos grupos de discusión se realizaron en Madrid, en mayo de 2014, con las siguientes características: • Grupos mixtos (8 varones y 8 mujeres). • nivel de estudios medio-alto. • entre 35 y 45 años. • con hijos/as o sin ellos.

## **5. RESULTADOS**

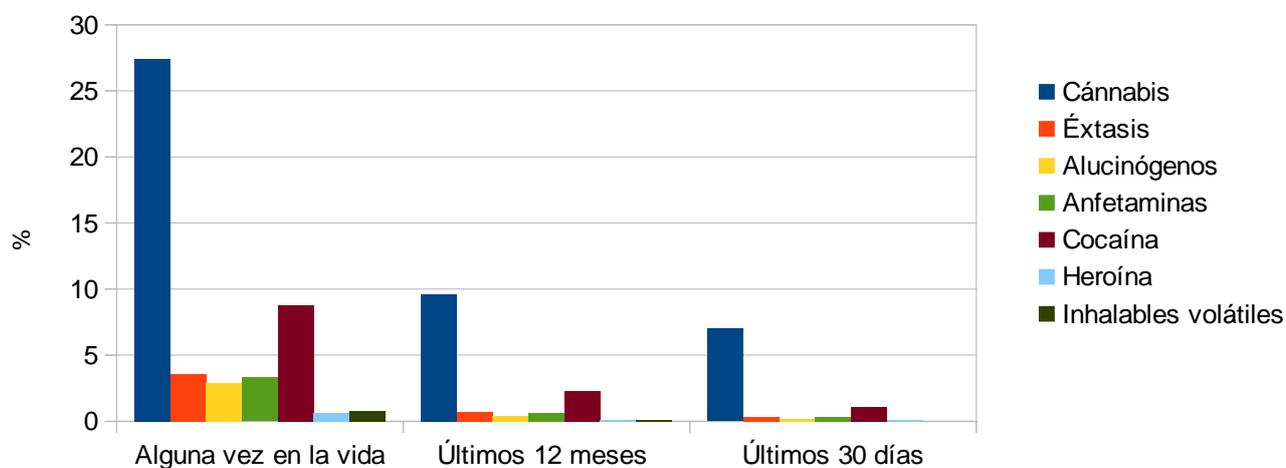
### **5.1 Factores sociodemográficos del consumo de drogas en España**

En el presente estudio nos centraremos en el consumo de aquellas drogas ilegales que tienen una mayor representación en nuestro país. Dejaremos de lado, por tanto, el uso de las sustancias legales tales como alcohol, tabaco y aquellas drogas que el consumidor haya podido obtener de manera legal, esto es, con receta: tranquilizantes, hipnosedantes y somníferos.

Por lo tanto, y en vista de los datos obtenidos a través de EDADES, únicamente consideraremos aquellas drogas cuyo consumo se sitúe de media por encima del 5% al menos una vez en la vida (ANEXO 1), o bien aquellas sustancias que hayan experimentado un aumento considerable en los últimos años.

Pese a ser conscientes de que los datos mostrados no pueden servirnos de referencia sobre el consumo habitual de drogas, puesto que se refieren tanto a aquellas personas que han consumido una única vez y aquellas que lo hacen regularmente, pensamos que el mero hecho de haber cometido un acto de desvío de forma consciente resulta interesante para nuestro estudio, ya que muestra las preferencias del uso de drogas en nuestra sociedad, por una parte, y por otro lado muestra las correspondencias entre los consumos tanto una vez en la vida como en el último mes (ANEXO 2), y cabe esperar que estas preferencias se mantengan en los consumos que podrían ser considerados problemáticos (ANEXO 3).

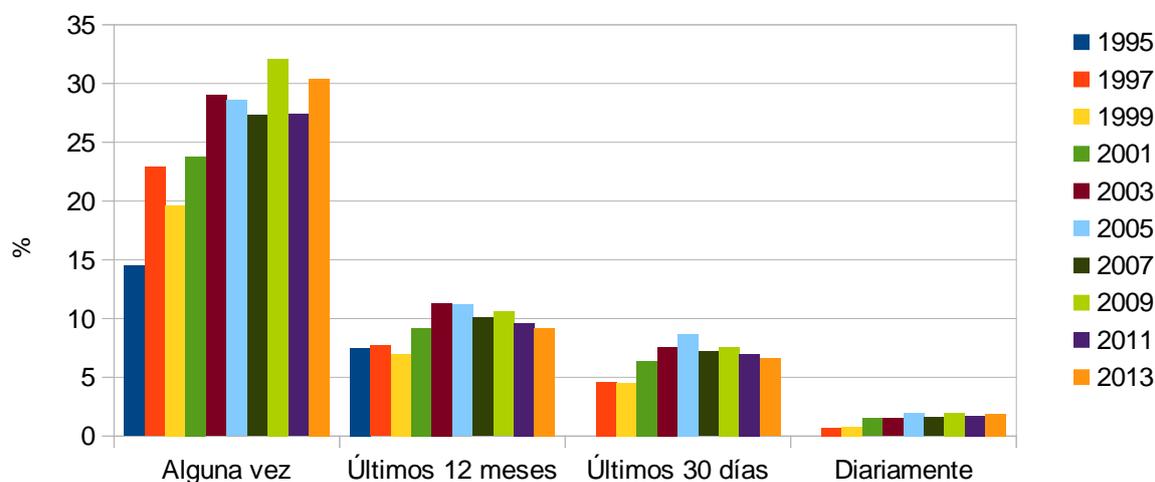
Gráfico A: comparativa de consumo EDADES, 2011



FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas (EDADES).

A partir de esta tabla comparativa podemos observar, en primer lugar, que la creencia generalizada de adicción instantánea es falsa, y, en segundo lugar, que se consumen en mayor porcentaje las mismas drogas, ya se sea una vez en la vida o de manera periódica. Así, resulta especialmente importante la tendencia ascendente en el consumo de cánnabis en los últimos años, de manera que se ha duplicado el consumo de entre quienes lo han probado, mientras que el porcentaje entre aquellas personas que lo han tomado en el último mes no ha experimentado un ascenso tan acusado. Por su parte el consumo periódico de cocaína se ha mantenido relativamente bajo en los últimos 15 años, mientras que se ha triplicado entre aquellos que lo han probado alguna vez en la vida. El resto de sustancias ilegales, cuyo consumo no alcanza ni el 0,5% de la población de forma regular, no se tendrá, por lo general, en cuenta para el presente trabajo.

Gráfico B: consumo de cánnabis



FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas (EDADES).

### 5.1.1 Sexo y edad de los consumidores

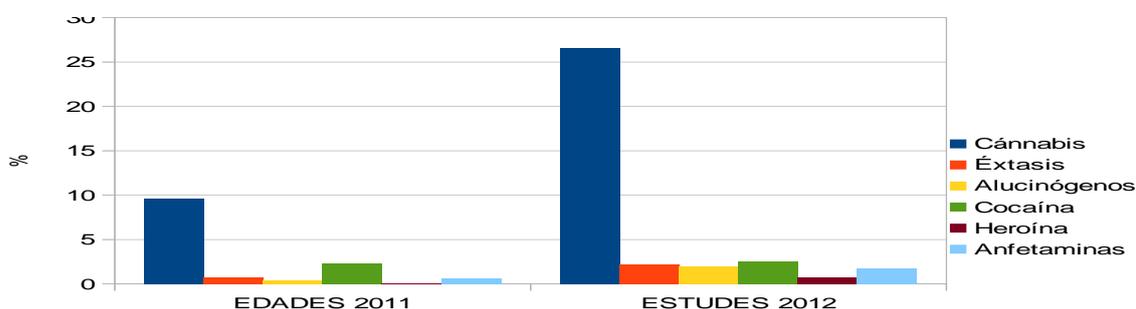
En lo tocante al sexo y la edad de los consumidores de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses, no se da una distribución homogénea (ANEXO 7). Así, los hombres consumen más drogas ilegales que las mujeres, a excepción de los tranquilizantes sin receta, donde las mujeres superan a los hombres en un 0,1 puntos, los somníferos sin receta, donde hay un consumo mayor de 0,2 puntos y los hipnosedantes, donde el consumo en mujeres es 0,1 mayor. Esta diferenciación podría ser explicada por las teorías del control, las cuales afirman que el sector femenino se ve sometido a una presión mayor por parte de los controles sociales e informales, cuya represión es mayor que en caso de la represión formal, y es por esto que la tendencia de estas hacia el desvío, y más concretamente al consumo de drogas, es menor que en los hombres (Downes & Rock, 2011). Por lo tanto, y entendiendo que la emancipación de la mujer se va convirtiendo en realidad paulatinamente, sería lógico suponer que las cifras de consumo se asemejasen a las de los hombres. Sin embargo, los datos de los que disponemos no son suficientes: si bien en la tabla sobre la prevalencia de consumo en los últimos 30 días (ANEXO 8) se puede observar la tendencia contraria en el consumo de cánnabis, estos datos son aplicables a mujeres de todas las edades, de forma que tal vez las de mayor edad aún se vean sometidas al control informal, por lo que sería interesante contar con diferenciación de sexos en la encuesta ESTUDES. Por otra parte, los datos que nos proporcionan los

ingresos por intoxicación de sustancias ilegales (ANEXO 33) son similares entre hombres y mujeres, y si se entiende que la media de edad es menor, quizás la tendencia de las mujeres más jóvenes vaya en consonancia con el consumo de los hombres,

En cuanto a la edad de los consumidores hay que atender a dos factores (ANEXO 5). En primer lugar, la edad de inicio del consumo, la cual se mantiene estable a lo largo de los años de estudio y se sitúa en los 21,02 para la cocaína y en 18,56 para el cánnabis. El inicio más temprano en esta última droga es más cercano a la edad en que se comienzan a consumir las drogas legales en nuestra sociedad, quizás porque el estigma que caracterizaba a la sustancia así como la percepción del peligro que de ella se tiene es menor en nuestros días, como se puede observar en la tabla sobre el estatus legal del consumo de cánnabis (ANEXO 28). En cuanto a aquellas drogas cuyo consumo se considera ilegal puesto que se realiza sin receta médica, la edad de inicio se retrasa considerablemente, probablemente debido a que este uso se realiza en principio por motivos relacionados con la edad adulta, tales como estrés, insomnio o fatiga, y no tanto con finalidad lúdica o de pertenencia a un grupo determinado.

Por otro lado, resulta interesante observar aquellas edades en las que el consumo se realiza de forma más habitual. Si se toman los datos sobre el consumo en los últimos 30 días, las edades preferidas para consumir cánnabis se sitúan entre los 15 y los 34 años, quedando por lo tanto ligado a un momento en el que parte de la población se encuentra de forma más habitual en situación de desempleo, o bien estudiando, y la pertenencia a un grupo determinado se hace vital para su formación personal, tal y como sostienen las teorías del conflicto cultural. Esta afirmación queda ampliamente demostrada a juzgar por los resultados de la encuesta de ESTUDES, centrada en estudiantes de entre 14 y 18 años, en la que el consumo de las drogas ilegales más habituales en el último año es claramente superior (gráfico C). Es remarcable el mayor consumo de cánnabis, cuyo porcentaje triplica a la población general, mientras que el uso de cocaína es similar en ambos casos. Resulta destacable, por otro lado, el hecho de que el consumo de cocaína sea mayor en la población entre los 25-34 años (ANEXO 8), y que únicamente haya un descenso de 0,4 puntos con respecto al siguiente segmento de población, quizás debido a un uso no únicamente lúdico así como al estatus como droga del triunfo más socialmente aceptada de la que hablaba Escohotado (2004).

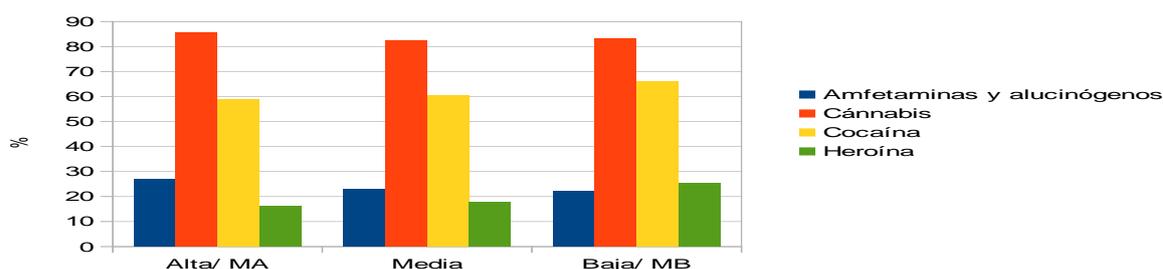
Gráfico C: comparativa de consumo EDADES-ESTUDES últimos 12 meses



Fuente: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), y encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

### 5.1.2 Clase social

Gráfico D: consumo de drogas según clase social objetiva



FUENTE: FAD. La percepción social de los problemas de drogas en España.

En cuanto a la clase social objetiva no parece haber grandes diferencias de consumo, sino que las preferencias son mayoritariamente homogéneas entre estas (ANEXO 25). Por otra parte, y en contra de lo que cabría esperar, las elección de drogas ilegales por las distintas clases sociales no está determinada por el precio de estas (ANEXO 35), sino que esta produce a la inversa: así, las clases más altas prefieren sustancias más asequibles como el cánnabis (y cuya aceptación entre la población es, como veremos, creciente), mientras que las sustancias cuyo precio es mayor resultan tener más éxito entre las clases media y baja. El caso de la heroína, que podría ser considerada la droga más estigmatizada por la sociedad a raíz de la “epidemia” de los años 80, parece obedecer a diferentes teorías, como las neomarxistas, las teorías del conflicto cultural o la frustración de clase defendida por Cohen, pero debido a que las clases altas también consumen otras sustancias se podría

tratar simplemente de una elección en la que esta droga, asociada a la marginalidad, no tiene cabida entre las clases altas. Sin embargo, pese al consumo generalizado de sustancias entre todas las clases sociales, la percepción del riesgo es mayor entre las clases sociales más bajas (ANEXO 26), quizás por la asociación drogadicción-marginalidad realizada por estas, quienes a juicio de Comas (1994), corren más peligro de discriminación dentro de la sociedad y es por ello que buscan evitarlo.

### 5.1.3 Estudios

La formación de la población parece tener un papel destacado en la decisión de consumir drogas, así como la percepción del peligro que pueden representar para la salud. Así, los individuos con estudios universitarios le otorgan bastante importancia al consumo de drogas, si bien es cierto que aquellas personas con estudios primarios o secundarios consideran que el riesgo es mayor. En cuanto al nivel de estudios de aquellas personas en las que se observa un consumo problemático, es decir, diario o casi diario<sup>20</sup>, de cánnabis y cocaína, destaca el hecho de que casi las dos terceras partes de los individuos haya finalizado los estudios secundarios, seguido de las enseñanzas primarias, mientras que las personas sin estudios (casi inexistente en España<sup>21</sup>) o aquellas que han completado los estudios superiores son una minoría en este colectivo. No obstante, estos datos no tienen correlación entre aquellas personas que han sido admitidas a tratamiento de desintoxicación, puesto que se reparte por igual entre los pacientes que han finalizado los estudios primarios y secundarios, datos que tal vez podrían tener su explicación en el acceso a trabajos de mayor penosidad o bien a la frustración por incumplimiento de las expectativas sociales en cuanto al nivel de estudios deseado.

### 5.1.4 Situación laboral

El consumo de sustancias ilegales en el ámbito laboral muestra una situación diferente con respecto al resto de la población; si bien el uso alguna vez en la vida o bien a lo largo de los últimos 12 meses es significativamente inferior (ANEXO 14), el consumo de sustancias ilegales en los últimos 30 días

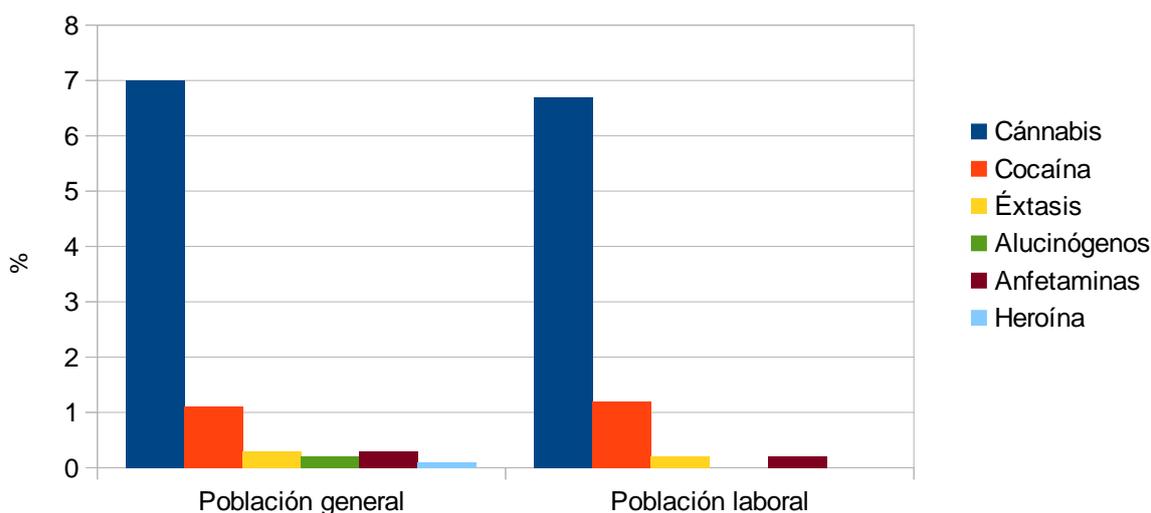
---

20 Tomando como referencia las consideraciones del OEDT.

21 Par a el año 2013 el nivel de estudios de la población española se divide de la siguiente forma: el 15% tiene estudios primarios finalizados, un 29,4% cuenta con los estudios secundarios, el 21,8% ha finalizado los estudios secundarios de segunda etapa y un 33,3% posee estudios superiores, quedando, por lo tanto, un 0,5% de personas que poseen otros estudios o que por el contrario no han terminado los estudios primarios.  
<http://www.mecd.gob.es/dctm/inee/indicadores-educativos/seie-2014/seie2014-r-6.pdf?documentId=0901e72b819c0a5a>

es similar en el caso del cánnabis, mientras que para la cocaína el porcentaje es ligeramente superior.

Gráfico E: comparativa de consumo en los últimos 30 días



FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), OEDT. Encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral.

Población laboral: Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes) y parados (con trabajo previo) de 16 a 64 años.

Estos datos parecen indicar que, si bien el número total de consumidores esporádicos es menor en comparación con el resto de habitantes, hay un número elevado de individuos que toman ciertas drogas de forma habitual. Por otra parte, aquellas personas que en el momento de la encuesta se encontraban en posición de desempleo consumían en mayor medida que aquellas que estaban empleadas, cifra que aumenta cuando los parados buscan su primer empleo, puesto que probablemente la edad sea menor, y por lo tanto mayor el consumo (ANEXO 19). Es destacable la importancia del parámetro de la edad en el consumo de cánnabis, pues la franja de 16-24 años supera en 7 puntos el consumo de la población general para el mismo intervalo (ANEXO 8), mientras que el uso de esta sustancia en el resto de franjas es similar. Sin embargo, resulta destacable el uso de cocaína, que duplica la cifra de la población general hasta una edad tan avanzada como los 44 años. Estos últimos datos se pueden relacionar en gran medida con ciertas dificultades que se presentan en el ámbito laboral: así, el tipo de jornada determina en gran medida

un mayor o menor consumo (ANEXO 17), de forma que las jornadas que permiten una mayor vida social se mantienen relativamente estables en el consumo de cánnabis y disminuyen considerablemente en el caso de la cocaína, a excepción de la jornada de tarde, donde se observa un inexplicable aumento de esta sustancia. Por otro lado, la penosidad en el trabajo parece ser determinante para un aumento del consumo, destacando aquellos factores que potencian el descontento del trabajador o que exigen un gran esfuerzo para este (ANEXO 18).

Así mismo, los sectores que presentan un mayor porcentaje de consumo para ambas drogas son aquellos en los que la preparación es menor o cuya jornada laboral incluye el turno de noche, tales como la construcción o la hostelería, los que tradicionalmente se asocian a comportamientos desviados (actividades artísticas), o aquellos que requieren un esfuerzo físico elevado (deportes).

Por lo tanto, la situación laboral, especialmente aquella considerada especialmente penosa para el trabajador, o bien la situación de desempleo parecen ser determinantes para el uso continuado de sustancias ilegales, relacionándose con las teorías de control social en las sociedades tecnológicas, en las que se da una precarización del trabajo creciente y donde el desempleo se considera como una forma de exclusión social.

#### 5.1.5 Estado civil

A partir de los datos de las diferentes encuestas se pueden extraer una serie de datos comunes a los consumidores de sustancias ilegales, tanto en situación de empleo o aquellas personas que presentan un consumo problemático. Así, de entre las personas que viven emancipadas destacan aquellas que viven sin pareja, siendo de dos tercios del total (ANEXO 34), cifra que se cuadriplica en la población laboral, frente a las personas casadas (ANEXO 15). Esta situación podría venir dada por el incumplimiento del imperativo social de vivir en pareja, cuyo no cumplimiento provoca frustración y podría relacionarse en cierta manera con los postulados de Cohen. Sin embargo, entre aquellas personas que siguen un tratamiento de desintoxicación provienen de casa de sus padres en un 40% de los casos (ANEXO 31), quizás debido a que la adicción les impide tener independencia económica.

#### 5.1.6 Motivaciones para consumir drogas ilegales

Entre las motivaciones sugeridas para el consumo de drogas, destacan la búsqueda de diversión , la

curiosidad y el deseo de nuevas sensaciones como las principales causas para iniciarse (ANEXO 23). Otras opciones tales como ser como los demás tiene, sin embargo poca prevalencia entre los encuestados, por lo que en principio las teorías subculturales, en las que la pertenencia al grupo y el aprendizaje de este se hace imprescindible para cometer el acto desviado, no son un factor visible, o bien los individuos no identifican los primeros consumos con el contexto en el que viven. Así mismo, el consumo por problemas personales, ya sean laborales o sociales, apenas tienen representación en la muestra, por lo que en este caso el uso de sustancias ilegales por retraimiento no parece ser el factor principal.

#### 5.1.7 Percepción ante las drogas ilegales y las leyes que regulan su consumo.

En general la opinión ante las sustancias ilegales apela al prohibicionismo (ANEXO 27) y reconoce la importancia del problema (ANEXO 22), con excepción de la marihuana, cuyo consumo en aumento se podría relacionar con una actitud más relajada y permisiva frente a esta, y es por ello que aproximadamente la mitad de la población entre los 15-50 años esté a favor de su legalización (ANEXO 28).

#### 5.1.8 Delincuencia relacionada con el consumo de drogas ilegales

A pesar del descenso del consumo de drogas en los últimos años, los datos sobre el número de detenciones y denuncias por tráfico y/o tenencia de drogas para el año 2012 (ANEXO 36, 37) se ha incrementado en más de 4.000 detenciones y 233.00 denuncias desde el año 2002. Por otra parte, la media de edad que recibe más denuncias y es objeto de un mayor número de detenciones es la comprendida entre los 19-40 años, dado que es la parte poblacional que más sustancias ilegales consume. Por lo tanto, y atendiendo al porcentaje de consumo de drogas, cabe deducir que un gran número de detenciones se produzcan por tenencia de cánnabis, dato que se incrementará en el próximo año dado el endurecimiento de las leyes actuales en materia de sustancias psicoactivas de los próximos años.

## **5.2 Factores sociodemográficos de la adicción a las drogas ilegales**

La OMS (1994) define la adicción o dependencia como un “estado de necesitar o depender de algo o

de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal”. Es por ello que el hecho de consumir drogas, ya sea una vez en la vida, de forma esporádica o bien periódica no convierte al individuo en adicto de forma automática, sino que se debe dar esta necesidad física y mental.

En el caso de España disponemos de una serie de datos que nos permiten obtener información de este fenómeno: número de urgencias hospitalarias por intoxicación (ANEXO 33), proporción de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas (ANEXO 30), consumo diario de estas sustancias (ANEXO 4). Así mismo, el Plan Nacional Sobre Drogas dispone de un protocolo que le permite establecer un número estimado<sup>22</sup> de consumidores problemáticos, es decir, aquellos que consumen de forma continuada.

**Tabla F: estimación de consumidores problemáticos de heroína, cocaína y cánnabis. España<sup>23</sup>.**

Heroína (2009)	96.624
Cocaína (2011)	93.204 – 144.575
Cánnabis (2011)	737,069 – 869.147

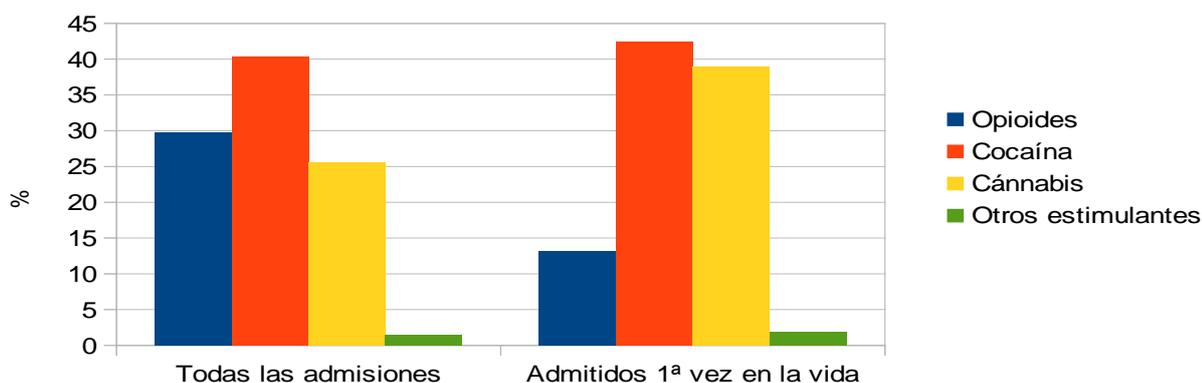
FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España (EDADES).

22 Dado que las encuestas poblacionales no se consideran un método válido para el cálculo de personas dependientes, el PNSD ha optado por calcular el número de drogodependientes de la siguiente manera: “1) encuesta EDADES, aplicando el método nominativo, para lo cual se preguntó a los entrevistados si conocían consumidores de heroína, y para cada uno de los conocidos, si sabían si habían iniciado o no tratamiento por dependencia de esta droga en el último año; 2) indicador tratamiento al que se aplica el factor multiplicador obtenido a partir del método nominativo de la encuesta más el porcentaje de pacientes en mantenimiento con opioides (TMO) que han consumido en los últimos 12 meses y 3) la facilitada por las comunidades autónomas a partir del total de consumidores atendidos en sus centros ambulatorios, considerando que el indicador tratamiento sólo recoge una admisión a tratamiento anual por paciente” (PNSD, 2011).

23 Los parámetros seguidos para la estimación de consumidores problemáticos es diferente según el caso; cánnabis: 20 o más días de consumo en los últimos 30 días; cocaína y heroína: consumo diario últimos 30 días.

En cuanto al número de personas admitidas a tratamiento por dependencia de drogas ilegales, el número de casos total para el año 2011 fue de 50.281, y las drogas principales por las que solicitaron la admisión se distribuyen de la siguiente manera (ANEXO 30):

Gráfico G: admisiones a tratamiento según droga principal



FUENTE:OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Por tanto, se puede deducir un crecimiento de consumo problemático de cocaína con respecto de la heroína, así como un incremento del abuso de cánnabis. Estas afirmaciones parecen confirmarse por los datos disponibles en los anexos 1, 2 y 3, en los que la evolución sobre el uso de estas sustancias sigue el mismo patrón (si bien hay una cierta tendencia al alza del consumo de heroína entre los estudiantes de 14-18 años (ANEXO 10, 11).

En el año 2011, de los 50.281 admitidos, aproximadamente la mitad de los casos eran reincidentes con una clara preponderancia de hombres, frente a un 15% de mujeres. Así mismo, la media de edad para aquellas personas que acuden al tratamiento es de 30 años, 6 años más tarde si ha habido un tratamiento previo, por lo que si la media de edad del inicio en las principales drogas ilegales es de 21 años, por lo tanto la media de tiempo entre el primer contacto con la droga y la adicción es de 9 años. Por otro lado, entre los estudios finalizados más habituales que se dan entre los pacientes destacan las enseñanzas secundarias, con un 48%, y en segundo lugar las primarias, con un 45,5%, de forma que los estudios universitarios o la ausencia de estos son poco habituales.

Así mismo, un 40% de las personas que se someten a tratamiento están en paro en el momento del ingreso, 10 puntos por encima de aquellas que trabajan, y destacan aquellos que vivían con los progenitores en el momento del ingreso.

En cuanto a la periodicidad del consumo, y en contra de lo que cabría esperar, menos de la mitad de

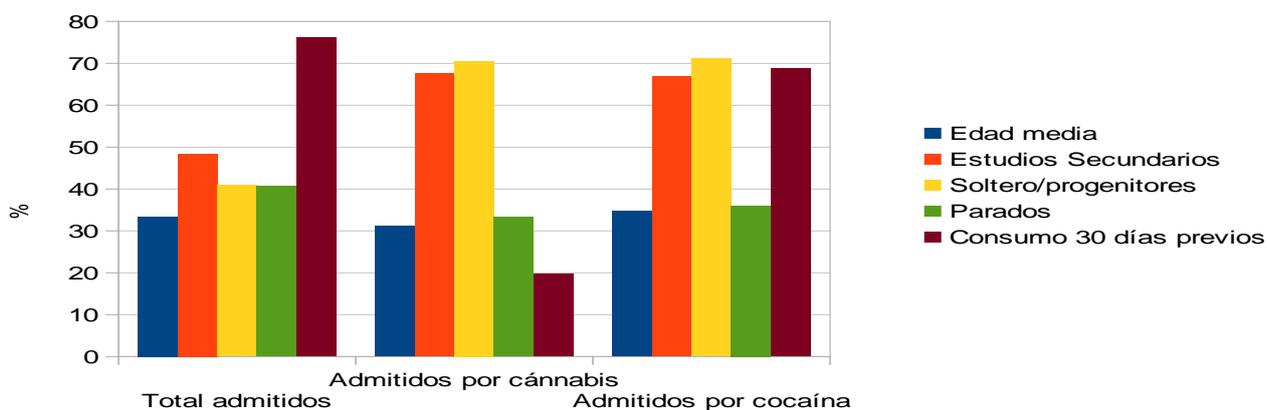
los pacientes consumió drogas de forma diaria, seguido de aquellos que no consumieron en los 30 días previos, tal vez debido a que la adicción no solo es física, o bien debido a una vigilancia externa (por parte de familiares, por alguna institución privada o penitenciaria, etc.). La vía más frecuente en que se consumió la droga principal fue pulmonar o intranasal y no inyectada, dado que esta vía de consumo así como la principal droga asociada a ella, la heroína, están estigmatizadas por la sociedad, de ahí que únicamente el 16,7% de los pacientes se haya inyectado alguna vez en la vida. Estos datos se confirman con la evolución del número de admisiones según la droga principal (ANEXO 30): así, la heroína experimenta un gran descenso entre aquellos que se someten por primera vez a tratamiento desde el año 1991 (durante los años considerados más críticos en el abuso de la heroína), mientras que aquellos que reinciden comienzan a estabilizarse y descender paulatinamente a partir del año 2000, dado que quizás se trate de otra generación de adictos. La cocaína, sin embargo, experimenta el camino opuesto, tanto entre reincidentes como atendidos por primera vez, hasta el año 2009, y actualmente está experimentando un ligero descenso. Por su parte, los tratamientos recibidos por motivo de la marihuana se han incrementado desde 1991. Esta evolución, unida a los datos de consumo y adicción de los que disponemos permiten conocer las preferencias de los consumidores: en un primer momento, hasta mediados de 1990, la droga causante de una adicción mayor fue la heroína, cuya popularidad fue sustituida paulatinamente por la cocaína y el cánnabis hasta la actualidad, momento en el que se aprecia una tendencia descendente, como confirma el número total de admisiones a tratamiento (ANEXO 32). Así mismo, los datos de los que disponemos sobre urgencias hospitalarias (ANEXO 33) refuerzan esta tesis, dado que casi la mitad de los ingresos son causados por la cocaína, seguida por el cánnabis, y con tan solo un 14,1% las sobredosis de heroína. Sin embargo, estos datos no parecen coincidir con los resultados del ANEXO 30, puesto que la prevalencia de opioides está solamente a 20 puntos de distancia de la cocaína y por encima del cánnabis. La causa de esta aparente discrepancia habría que buscarla en la diferenciación entre “heroína” y “opioides”, dado que estos últimos incluyen la metadona, droga utilizada en el tratamiento y de la que Escotado (2004) advertía sobre la potencial adicción.

### 5.2.1 Perfil de admisiones a tratamiento por cocaína y marihuana

Las características de los pacientes admitidos a tratamiento por cocaína y marihuana presenta ciertas diferencias con respecto al perfil genérico de pacientes. En primer lugar, la media de edad entre los

consumidores de cánnabis se retrasa 3 años, debido a que tiene una edad de inicio menor (18,56 años frente a 21,02 de la cocaína). Así mismo, los admitidos a tratamiento por estas sustancias tienen finalizados de forma predominante los estudios secundarios, siendo casi dos tercios del total. En lo respectivo al ámbito laboral, un 45,4% de los dependientes de cocaína y cánnabis se encuentra trabajando, frente a un 34,6% en situación de paro, dado que el consumo de estas sustancias ilegales es más habitual en el ámbito laboral, tal y como se ha visto con anterioridad. En cuanto a la vida familiar de estos, 7 de cada 10 personas está soltera, por lo que sería similar al perfil de los consumidores generales. Así mismo, resulta destacable el hecho de que únicamente un 19,7% de adictos al cánnabis haya tomado sustancias ilegales en los último 30 días (por lo que, a pesar de la posible dependencia psíquica, no formaría parte de los llamados “consumidores de riesgo” que establece el PNSD), frente a un 68,7% de dependientes a la cocaína, lo que podría hacer pensar en una dependencia física mayor de esta sustancia.

Gráfico H: perfil de admitidos a tratamiento



FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

## 6. CONCLUSIONES

A partir de la interpretación de los datos que hemos mostrado con anterioridad, y estableciendo nexos entre estos y las diferentes teorías sobre la sociología del desvío, podemos llegar a una serie de conclusiones con respecto a las hipótesis iniciales de la investigación.

En primer lugar, una de las hipótesis iniciales de la que partíamos al inicio de nuestro estudio en la que relacionábamos la clase social baja en riesgo de exclusión con una mayor tasa de consumo no parece adaptarse a la realidad de la sociedad española, si bien se aprecian diferencias en cuanto a las drogas preferidas por las diferentes clases sociales objetivas. Así, el porcentaje más elevado de consumo de heroína se corresponde con las clases más bajas, cuestión explicable por la profecía autocumplida presente en las teorías de la etiqueta dado que esta droga, fuertemente estigmatizada, se asocia con la marginalidad, mientras que otras sustancias psicoactivas carecen de tal etiqueta y son las preferidas por las clases sociales altas, tales como el cánnabis o las anfetaminas. Por otro lado, la distribución similar en el consumo de cocaína, siendo de hecho más consumida por las clases más bajas, hace pensar en la “democratización” de la droga de la que hablaba Escohotado, en la que las clases más bajas imitan los gustos presentes inicialmente en las clases superiores.

Resulta especialmente llamativo el hecho de que no exista una correlación entre clase social objetiva y el precio de la droga elegida, puesto que la elección de las clases más bajas -heroína y cocaína- se corresponde con las sustancias de mayor precio en el mercado ilegal, coincidiendo asimismo con las sustancias más adulteradas y que producen más dependencia o casos de muerte<sup>24</sup>.

En lo tocante a la relación entre adicción y el ámbito laboral se pueden extraer una serie de conclusiones destacables. En primer lugar, se da una relación entre el consumo habitual de drogas tanto entre las personas que poseen empleo, y en especial aquellas cuyos trabajos son especialmente penosos, como de aquellas en situación de desempleo. Esta situación es propia de las sociedades tecnológicas, en las que la precarización del trabajo, por un lado, y la asociación del desempleo como una forma de exclusión social pueden provocar conductas desviadas entre estos colectivos.

En cuanto a los factores de la adicción a las drogas ilegales, y una vez realizada la distinción consumo/adicción, nos hemos centrado en aquellas personas admitidas a tratamiento, pues pueden servir de patrón para el consumo problemático en España. La droga de preferencia entre los admitidos a tratamiento ha sufrido una evolución en los últimos años. Así, si durante los años 80 y la

---

<sup>24</sup> Los opiáceos y la cocaína son las principales causas de muerte por intoxicación por sustancias psicoactivas, según el informe del OEDT (2013).

primera mitad de los años 90 los opioides consistían en la sustancia ilegal por excelencia, en la actualidad podemos observar un descenso importante en esta droga, dato que se confirma entre los admitidos por primera vez. Esto se explica por el proceso de estigmatización que esta droga sufrió durante esta época de epidemia a través de los medios gubernamentales y principalmente de los MCS, tal y como explicaba Escohotado, mientras que la cocaína, asociada al éxito, sufría el proceso inverso. En cuanto a la marihuana, se observa un gran incremento en su consumo, y por lo tanto un aumento proporcional del número de admisiones por esta sustancia, siendo la droga más consumida en la actualidad con una edad de inicio menor entre las sustancias ilegales. Esto se debe a la aceptación por parte de la sociedad de esta droga, de ahí la opinión generalizada sobre su legalización. La media de edad de admisión varía entre los 31,1 y 34,7 años, por lo que se habría iniciado de media en el consumo de psicoactivos 9 años antes, dato este que negaría el mito de la adicción instantánea, especialmente en determinadas drogas. Esta afirmación parece fortalecerse si se atiende a la periodicidad de consumo entre los pacientes, dado que solo la mitad de los admitidos a tratamiento consume diariamente, y en el caso del cánnabis dos tercios de los individuos no han consumido en el mes anterior al ingreso, lo que podría hacer pensar en la prevalencia de la dependencia psíquica por encima de la física en mayor medida de la que en principio se podría considerar habitual. Por otro lado, el porcentaje de hombres admitidos supera en más de dos tercios los casos de la mujer, por lo que las teorías de control que afirman que el sector femenino se ve sometido a una presión mayor se podrían aplicar en este caso, y explicaría la preferencia por parte de las mujeres de sustancias legales, especialmente hipnosedantes, frente a las ilegales, en las que muestran un consumo menor. Sin embargo, estos datos difieren de la cifra de personas atendidas por urgencias hospitalarias, ya que tiende a igualarse, por lo que quizás se deba a que las mujeres jóvenes, entre las que se aprecia un mayor consumo de estas sustancias, se estén aproximando a los hombres en cuanto al abuso de drogas, evolución que quizás se explicaría por una paulatina emancipación de la mujer.

En relación al estado civil del adicto, prevalece el soltero, ya sea viviendo solo o con los padres, quizás debido a la falta de independencia económica, puesto que el 46% de los pacientes se encuentra en situación de desempleo, y tal vez la frustración por el incumplimiento de las expectativas, ya sean amorosas o laborales, imperantes en la sociedad occidental pueda desembocar en las conductas desviadas de las que hablaban las teorías de la subcultura. Esta misma teoría se podría aplicar al nivel de estudios, dado que aquellas personas que disponen de estudios superiores apenas tienen representación en los programas de desintoxicación, mientras que las personas que

tienen las enseñanzas primarias y secundarias finalizadas, de las que se espera un nivel de ingresos menor, son las más habituales, como demuestra la prevalencia de consumo entre la población laboral, en la que destaca un consumo más elevado en los sectores pertenecientes a estudios primarios y secundarios. Por otro lado, y dado que estos sectores habitualmente presentan una penosidad mayor en el desempeño del trabajo, el consumo continuado de sustancias psicoactivas estaría relacionado con los abusos de las sociedades tecnológicas avanzadas.

Por último, se hace necesario indicar una serie de aspectos en el consumo de psicoactivos por parte de estudiantes de entre 14 y 18 años, dado el mayor porcentaje de consumo en esta muestra. En primer lugar, y dado que no se sitúan en la media de edad de inicio de las drogas ilegales, a excepción del cánnabis, consideramos que el uso de estas sustancias es elevado, especialmente en relación con el resto de la población, hecho que se explica, en primer lugar, por la situación de desempleo, y por otro lado debido la importancia en el desarrollo personal de la pertenencia a un grupo determinado, del que hablan las teorías de conflicto cultural, en el que son habituales los actos desviados. En el caso del cánnabis la media de edad de inicio tiene lugar a una edad más temprana, y por lo tanto el consumo habitual es muy elevado entre los jóvenes estudiantes, y a pesar de que la tendencia en los últimos años sea descendente, con un 16,1% del total, se sitúa 8 puntos por encima con respecto a la población general. Este consumo tan elevado se debe a que la percepción de peligrosidad ha disminuido entre la población en los últimos años, así como a una edad de inicio temprana entre los estudiantes, de ahí que el consumo problemático, es decir, diario, sea de un 3% entre la población joven, de lo que se puede deducir que se mantenga el aumento de tratamientos de desintoxicación e ingresos por intoxicación causados por esta droga en los próximos años. Por otro lado, y pese a que los niveles de consumo de heroína se mantienen bajos, en los últimos años ha tenido lugar una evolución ascendente explicable por la pérdida paulatina de la estigmatización asociada a esta droga entre las generaciones más jóvenes.

Por lo tanto, y a pesar de la tendencia descendente en el consumo de drogas ilegales, la situación que se puede esperar en los próximos años sea similar a la actual, con la preferencia de sustancias como el cánnabis y la cocaína frente a la heroína, a pesar del endurecimiento de la legislación, en un contexto laboral en el que la precariedad y el desempleo potencian estos consumos y en el que las generaciones más jóvenes, pese a poseer más información, se inician en el consumo a la misma edad en una proporción similar a la última década.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Becker, Howard S. (2010). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Comas Arnau, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Courtwright, David T. (2002). *Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Downes D.; Rock, P. (2011). *Sociología de la desviación: una guía sobre las teorías del delito*. Barcelona: Gedisa.
- Durkheim, E. (2012). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Engels, Friedrich (1980). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Madrid: Júcar
- Escohotado, Antonio (2004). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza.
- España. Ley Orgánica 17/1967, de 8 de abril, por la que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes, y adaptándolas a lo establecido en el convenio de 1961 de las Naciones Unidas. BOE, 8 de abril de 1967, núm. 86, p. 4806-4809. Recuperado el 27 de noviembre de 2015 de <https://www.boe.es/boe/dias/1967/04/11/pdfs/A04806-04809.pdf>
- España. Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana. BOE, 21 de febrero de 1992, núm. 46. Recuperado el 27 de noviembre de 2015 de <http://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1992-4252&p=20150331&tn=1>
- España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE, 23 de noviembre de 1995, núm. 281, p. 33987-34058. Recuperado el 27 de noviembre de 2015 de <https://www.boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf>
- España. Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. BOE, 31 de marzo de 2015, núm. 77, p. 27216-27243. Recuperado el 24 de noviembre de 2015 de <https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/31/pdfs/BOE-A-2015-3442.pdf>
- Iglesias de Ussel, J.; Trinidad Requena, A. (2005) *Una introducción a la sociología general*. Madrid: Tecnos.
- *Lexicon of alcohol and drug terms* (1994). Inglaterra: World Health Organization Library. Recuperado el 24 de noviembre de 2015 de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf)

- Manjón-Cabeza, A. (2015, 10 de Abril). España Contracorriente. *El País*. Recuperado el 27 de noviembre de 2015 de [http://elpais.com/elpais/2015/04/02/opinion/1427979961\\_521804.html](http://elpais.com/elpais/2015/04/02/opinion/1427979961_521804.html)
- Manjón- Cabeza, A. (2014, 3 de Enero). Mano dura para la droga blanda. *El país*. Recuperado el 27 de noviembre de 2015 de [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/02/actualidad/1388698252\\_848434.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/02/actualidad/1388698252_848434.html)
- Matza, D. (1981). *El proceso de desviación*. Madrid: Taurus.
- McKenna, T. (1993). *El manjar de los dioses: la búsqueda del árbol de la ciencia del bien y del mal: una historia de las plantas, las drogas y la evolución humana*. Barcelona: Paidós.
- Megías, E. (coord.), Elzo, J. (coord.) (2006). *Jóvenes, valores, drogas*. Madrid: FAD
- Morales Navarro, J. (1990). *Introducción a la sociología*. Madrid: Tecnos.
- Naciones Unidas (1972). *Convención única de 1961 sobre estupefacientes. Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*. Recuperada el 24 de noviembre de 2015 de [http://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_es.pdf](http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf)
- Naciones Unidas (2008). *Cronología: 100 años de fiscalización de drogas*. Recuperado el 8 de diciembre de 2015 de [http://www.unodc.org/documents/26june/26june08/timeline\\_S.pdf](http://www.unodc.org/documents/26june/26june08/timeline_S.pdf)
- Navarrete Moreno L. (coord.) (2004) *Juventud y drogodependencias 4 estudios sociológicos comparados: drogas de síntesis (universitarios Madrid-Galicia), drogas de síntesis (escolares de 14 a 18 años, Madrid-Galicia), alcohol en bares universitarios (universitarios, Madrid-Galicia), el botellón (adolescentes de 14 a 17 años, Madrid-Galicia-Jaén Madrid : Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología*.
- Usó, J.C. (1996). *Drogas y cultura de masas. España (1855-1995)*. Madrid: Taurus.
- Vicente Cuenca, M. (2011). *Sociología de la desviación: una aproximación a sus fundamentos*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Walton, S. (2003). *Colocados. Una historia cultural de la intoxicación*. Barcelona: Alba.
- Zeballos, H. (2006). *Agricultura y desarrollo sostenible*. La Paz: SIRENARE, COSUDE y Plural editores.

## ENCUESTAS Y ESTADÍSTICAS CONSULTADAS

- OEDT (2013). *Informe 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 15 de enero de 2016 de [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2\\_Informe\\_2013.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2_Informe_2013.pdf)
- OEDT (2015). *Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado el 15 de enero de 2016 de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>
- Rodríguez San Julián (cod.), Megías Valenzuela E. (cod.)(2014). *La percepción social de los problemas de drogas en España. Anexo de tablas*. Madrid: FAD. Recuperado el 15 de enero de 2016 de <http://www.fad.es/sites/default/files/ANEXO%20TABLAS.pdf>

## 8. ANEXOS

### a) DATOS EXTRAÍDOS A PARTIR DE EDADES (2011) ENTRE LA POBLACIÓN DE 14-64 AÑOS.

#### - ANEXO 1: prevalencia de consumo alguna vez en la vida

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	-	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7
Alcohol	-	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9
Cánnabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1	27,4
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9	3,6
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7	2,9
Anfetaminas/ Speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7	3,3
Cocaína polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	8,3	10,2	8,8
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,9	1,1	0,6	0,8
Tranquilizantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	7,0	13,0	11,0	17,1
Somníferos (con/sin receta)	-	-	-	-	-	4,6	6,0	6,3	7,9
Hipnosedantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	8,7	15,4	13,4	19,5

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2011.

**- ANEXO 2: prevalencia de consumo en los últimos 12 meses**

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Tabaco	-	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3
Cánnabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8	0,7	0,7
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3
Anfetaminas/ Speed	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6	0,6	0,6
Cocaína polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2	-
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1	0,2	-
Cocaína (polvo/base)	-	-	-	-	-	-	3,1	2,7	2,3	2,2
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Tranquilizantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	3,9	6,9	5,5	9,8	-
Tranquilizantes (sin receta)	-	-	-	-	-	0,9	0,9	1,6	0,9	-
Somníferos (con/sin receta)	-	-	-	-	-	2,7	3,8	3,6	4,4	-
Somníferos (sin receta)	-	-	-	-	-	0,8	0,8	1,1	0,6	-
Hipnosedantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2
Hipnosedantes (sin receta)	12,3	2,3	2,3	2,8	3,1	1,2	1,3	1,9	1,2	1,2

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2011.

**- ANEXO 3: Prevalencia de consumo en los últimos 30 días**

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	-	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4	37,6
Alcohol	-	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3	62,3
Cánnabis	-	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0
Éxtasis	-	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4	0,3
Alucinógenos	-	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Anfetaminas/ Speed	-	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3
Cocaína polvo	-	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1
Cocaína base	-	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1
Cocaína (polvo/base)	-	-	-	-	-	-	-	1,3	1,1
Heroína	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Inhalables volátiles	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	-	0,0
Tranquilizantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	2,7	4,7	4,0	6,9
Somníferos (con/sin receta)	-	-	-	-	-	2,0	2,5	2,7	3,4
Hipnosedantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	3,7	5,9	5,2	8,3

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2011.

**- ANEXO 4: Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días**

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	-	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4
Alcohol	-	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2
Tranquilizantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	2,6	2,3	4,0
Somníferos (con/ sin receta)	-	-	-	-	-	-	1,1	1,4	1,7
Hipnosedantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	3,1	2,7	4,6

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2011.

**- ANEXO 5: media de edad de inicio de consumo de las diferentes sustancias entre la población de 15-64 en España.**

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5	16,4
Alcohol	-	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7
Cánnabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6
Cocaína polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9	21,0	21,3
Heroína	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7	22,9	20,7	21,5
Anfetaminas	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7	20,1	20,2	20,8
Alucinógenos	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9	19,0	19,9	19,7	20,5	20,9
Inhalables volátiles	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7	19,4
Cocaína base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4	23,1	22,4	23,2
Cocaína (polvo/base)	-	-	-	-	-	-	-	20,9	21,0	-
Éxtasis	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8	20,5	20,8	21,1
Hipnosedantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	33,8	34,5	34,5	35,2
Hipnosedantes (sin receta)	35,2	28,7	29,2	29,5	30,0	-	29,1	29,5	27,8	31,3

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2011.

**- ANEXO 6: prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida en la población española de 15-64 años, según sexo y edad.**

	Total	H	M	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-17	18-64	15-34	35-64
Alcohol	71,7	77,6	65,7	60,6	72,5	74,4	78,0	69,3	40,7	72,8	67,8	74,2
Cánnabis	90,9	94,0	87,7	86,3	91,5	92,0	92,5	90,6	69,7	91,6	89,5	91,7
Éxtasis	3,6	5,1	2,0	4,0	6,8	4,2	1,4	0,4	0,9	3,7	5,7	2,3
Alucinógenos	2,9	4,4	1,4	3,0	5,3	3,5	1,6	0,4	1,0	3,0	4,4	2,0
Anfetaminas/ Speed	3,3	4,8	1,7	3,0	5,7	4,2	1,9	0,5	0,4	3,4	4,6	2,4
Cocaína(polvo/ base)	8,8	12,8	4,7	7,1	13,7	11,8	7,0	1,8	1,6	9,1	11,1	7,4
Cocaína polvo	8,8	12,7	4,7	7,0	13,7	11,7	6,9	1,8	1,6	9,0	11,0	7,4
Cocaína base	0,9	1,5	0,3	0,4	1,0	1,5	1,2	0,2	0,0	1,0	0,8	1,0
Heroína	0,6	0,9	0,2	0,2	0,6	0,9	0,7	0,1	0,0	0,6	0,4	0,6
Inhalables volátiles	0,8	1,1	0,4	0,8	1,3	1,1	0,4	0,1	0,7	0,8	1,1	0,6
Tranquilizantes(con/sin receta)	17,1	11,9	22,3	7,2	13,0	17,2	21,8	25,3	2,8	17,5	10,7	21,0
Tranquilizantes(sin receta)	1,9	1,7	2,1	1,6	2,0	2,4	1,8	1,6	1,1	1,9	1,8	2,0
Somníferos (con/sin receta)	7,9	5,5	10,2	2,3	5,1	7,9	10,7	13,2	0,7	8,1	3,9	10,3
Somníferos(sin receta)	1,3	1,1	1,4	0,8	1,1	1,6	1,4	1,2	0,1	1,3	1,0	1,4
Hipnosedantes (con/sin receta)	19,5	13,7	25,4	8,0	14,8	19,3	24,9	29,8	3,3	20,1	12,1	24,1
Hipnosedantes(sin receta)	2,4	2,1	2,6	2,0	2,5	2,9	2,2	2,1	1,1	2,4	2,3	2,5
Ketamina	1,0	1,5	0,5	1,4	2,0	1,0	0,4	0,0	0,2	1,0	1,8	0,5
Spice	0,8	1,2	0,3	1,0	1,4	0,9	0,4	0,1	0,3	0,8	1,2	0,5
Piperazinas	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
Mefedrona	0,1	0,2	0,0	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1
Nexus	0,2	0,3	0,1	0,2	0,5	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,4	0,1
Metanfetamina	0,8	1,2	0,3	0,9	1,2	1,0	0,3	0,1	0,3	0,8	1,1	0,5
Setas mágicas	2,4	3,5	1,2	3,3	4,9	2,1	1,0	0,1	1,5	2,4	4,3	1,2
Research chemicals	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Legal highs	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Salvia	0,9	1,3	0,4	1,1	1,8	0,8	0,3	0,1	0,4	0,9	1,5	0,5
Esteroides anabolizantes	0,3	0,5	0,1	0,3	0,6	0,4	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4	0,2

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2011.

**- ANEXO 7: prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad.**

	Total	H	M	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-17	18-64	15-34	35-64
Tabaco	40,2	44,2	36,0	40,6	45,9	42,7	40,9	27,7	26,6	40,6	43,8	37,9
Alcohol	76,6	83,2	69,9	78,5	79,5	78,0	76,5	69,3	62,2	77,1	79,1	75,1
Cánnabis	9,6	13,6	5,5	20,7	14,6	8,5	4,3	1,3	13,4	9,5	17,0	5,1
Éxtasis	0,7	1,0	0,4	1,7	1,2	0,4	0,2	0,0	0,5	0,7	1,4	0,2
Alucinógenos	0,4	0,6	0,2	1,3	0,6	0,2	0,1	0,0	0,8	0,4	0,9	0,1
Anfetaminas/Speed	0,6	0,9	0,3	1,4	0,9	0,5	0,2	0,0	0,3	0,6	1,1	0,3
Cocaína(polvo/ base)	2,3	3,6	0,9	3,5	3,6	2,6	1,1	0,2	1,2	2,3	3,6	1,4
Cocaína polvo	2,2	3,6	0,9	3,4	3,6	2,6	1,1	0,2	1,2	2,3	3,5	1,4
Cocaína base	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2
Heroína	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
Tranquilizantes (con/sin receta)	9,8	6,4	13,2	3,9	6,6	9,3	13,1	15,9	2,2	10,0	5,5	12,4
Tranquilizantes(sin receta)	0,9	0,9	1,0	0,9	1,0	1,4	0,9	0,3	0,5	1,0	1,0	0,9
Somníferos(con/sin receta)	4,4	3,1	5,9	1,2	2,5	4,4	6,1	8,0	0,5	4,6	2,0	5,9
Somníferos (sin receta)	0,6	0,5	0,7	0,5	0,5	0,8	0,8	0,2	0,0	0,6	0,5	0,7
Hipnosedantes (con/sin receta)	11,4	7,6	15,3	4,2	7,7	10,5	15,3	19,1	2,5	11,7	6,3	14,5
Hipnosedantes(sin receta)	1,2	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	1,2	0,4	0,5	1,2	1,2	1,2
Ketamina	0,2	0,3	0,1	0,5	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,4	0,0
Spice	0,1	0,3	0,0	0,4	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,3	0,0
Piperazinas	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mafedrona	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Nexus	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Metanfetamina	0,2	0,3	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,3	0,1
Setas mágicas	0,4	0,6	0,2	1,1	0,8	0,2	0,0	0,0	1,0	0,4	1,0	0,1
Research chemicals	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Legal highs	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Salvia	0,2	0,3	0,1	0,4	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1
Esteroides anabolizantes	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2011.

**- ANEXO 8: prevalencia de consumo en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad.**

	Total	H	M	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-17	18-64	15-34	35-64
Tabaco	37,6	41,4	33,7	36,5	42,9	40,5	38,9	25,9	20,5	38,2	40,4	35,9
Alcohol	62,3	73,2	51,2	61,9	64,9	63,1	63,6	56,9	41,0	63,1	63,7	61,5
Cánnabis	7,0	10,2	3,8	14,7	11,0	6,3	2,7	1,1	8,2	7,0	12,5	3,7
Éxtasis	0,3	0,4	0,2	0,7	0,5	0,2	0,1	0,0	0,4	0,3	0,6	0,1
Alucinógenos	0,2	0,2	0,1	0,6	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,1
Anfetaminas/ Speed	0,3	0,4	0,1	0,7	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,5	0,1
Cocaína (polvo y/o base)	1,1	1,8	0,5	1,6	1,8	1,4	0,7	0,0	0,4	1,2	1,7	0,8
Cocaína polvo	1,1	1,8	0,5	1,6	1,7	1,4	0,7	0,0	0,4	1,2	1,7	0,8
Cocaína base	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Heroína	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tranquilizantes (con/sin receta)	6,9	4,4	9,6	1,8	3,5	6,5	10,1	12,9	0,3	7,2	2,8	9,5
Tranquilizantes (sin receta)	0,5	0,5	0,6	0,3	0,5	0,8	0,8	0,2	0,0	0,6	0,4	0,6
Somníferos (con/sin receta)	3,4	2,1	4,7	0,7	1,6	3,1	5,0	6,7	0,2	3,5	1,3	4,7
Somníferos (sin receta)	0,4	0,3	0,5	0,3	0,3	0,5	0,7	0,2	0,0	0,4	0,3	0,4
Hipnosedantes(con/sin receta)	8,3	5,2	11,4	2,0	4,3	7,5	12,0	15,7	0,4	8,5	3,4	11,3
Hipnosedantes (sin receta)	0,7	0,6	0,8	0,5	0,6	1,0	1,0	0,3	0,0	0,7	0,6	0,8
Ketamina	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Spice	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Piperazinas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mefedrona	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nexus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Metanfetamina	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Setas mágicas	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,3	0,0
Research chemicals	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Legal highs	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Salvia	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Esteroides anabolizantes	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2011.

**- ANEXO 9: prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años, según sexo y edad.**

	Total	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-17	18-64	15-34	35-64
Tabaco	30,4	34,1	26,7	26,8	34,2	33,7	32,3	21,9	13,8	31,0	31,3	29,9
Alcohol	10,2	15,3	5,0	1,6	4,8	9,2	14,4	21,6	1,0	10,5	3,5	14,4
Cánnabis	1,7	2,7	0,7	3,4	2,6	1,7	0,7	0,3	1,4	1,8	2,9	1,0
Tranquilizantes (con/sin receta)	4,0	2,2	5,8	0,7	1,5	3,8	6	7,9	0,2	4,1	1,2	5,7
Somníferos (con/sin receta)	1,7	0,9	2,4	0,3	0,5	1,7	2,2	3,9	0,2	1,7	0,4	2,4
Hipnosedantes (con/sin receta)	4,6	2,5	6,7	0,8	1,7	4,2	6,6	9,7	0,2	4,7	1,3	6,5

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2011.

**b) DATOS EXTRAÍDOS A PARTIR DE ESTUDES (2012) ENTRE ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS.**

**- ANEXO 10: prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida**

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9
Hipnosedantes (con/sin receta)	6,9	7,7	7,7	8,8	8,5	10,0	12,1	17,3	18,0	19,5
Hipnosedantes (sin receta)	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4	8,9
Cánnabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0	33,6
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7	2,5	3,0
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6	2,4
Cocaína (polvo y/o base)	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9	3,6
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9	1,0	1,0
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0	2,7	2,3	1,9
GHB	-	-	-	-	-	-	1,2	1,1	1,2	1,3

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2012.

**- ANEXO 11: prevalencia de consumo en los últimos 12 meses.**

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	-	-	-	-	-	-	34,0	38,1	32,4	35,3
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9
Hipnosedantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	7,4	10,1	9,8	11,6
Hipnosedantes (sin receta)	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6	5,8
Cánnabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7	2,2
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7	2,1	2,0
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5	1,6	1,7
Cocaína (polvo y/o base)	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6	2,5
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7	0,6	0,7
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6	1,2	1,2
GHB	-	-	-	-	-	-	0,8	0,8	0,7	1,0

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2012.

**- ANEXO 12: prevalencia de consumo en los últimos 30 días.**

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4	26,2	29,7
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0	74,0
Hipnosedantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	3,6	5,1	5,2	6,6
Hipnosedantes (sin receta)	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0	3,4
Cánnabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,2	1,0	1,0
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,4	1,2	1,0	1,0
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4	1,1	0,9	1,0
Cocaína(polvo/ base)	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5	1,5
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8	0,8
GHB	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	0,5	0,7

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2012.

**- ANEXO 13: prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días.**

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	21,6	23,7	23,1	23	21	21,5	14,8	14,8	12,3	12,5
Alcohol	-	-	-	-	-	-	1,9	2,9	6,0	2,7
Hipnosedantes (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	0,4	0,6	0,7	0,9
Hipnosedantes (sin receta)	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3
Cánnabis	1,0	1,4	1,8	3,7	3,8	5,0	3,1	3,1	3,0	2,7

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 2012.

**c) DATOS EXTRAÍDOS A PARTIR DE LA ENCUESTA SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁMBITO LABORAL EN ESPAÑA (2013-2014).**

**- ANEXO 14: prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas en la población laboral**

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Alguna droga ilegal	34,5	9,9	7,2
Alcohol	94,5	81,2	68,2
Tabaco	76,6	44,0	41,6
Hipnosedantes (con/sin receta)	21,2	10,6	7,2
Hipnosedantes (sin receta)	2,7	1,3	0,5
Cánnabis	33,5	9,0	6,7
Cocaína (polvo/base)	12,4	2,4	1,2
Éxtasis	5,2	0,6	0,2
Anfetaminas/ Speed	4,6	0,6	0,2
Alucinógenos	4,5	0,2	0,0
Heroína	0,8	0,1	0,0
Inhalables volátiles	0,7	0,0	0,0
Drogas inyectadas	0,4	0,1	0,0
Nuevas sustancias	3,3	0,6	0,3

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España (2014)

**- ANEXO 15: porcentaje de consumidores de cánnabis y cocaína en los últimos 30 días, atendiendo a parámetros sociodemográficos**

	SEXO		EDAD					ESTUDIOS			ESTADO CIVIL			ORIGEN	
	H	M	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Sin estudios / primarios	Secundarios	Universitarios	Soltero	Casa do/ con pareja	Separado/divorciado/viudo	España	Otros
Cocaína	3,4	1,1	3,7	3,8	3,0	1,0	0,2	2,7	2,5	1,9	4,7	0,9	2,6	2,6	1,5
Cánnabis	9,2	3,6	21,0	10,7	5,7	3,1	1,8	7,3	7,6	4,1	12,8	2,9	6,6	7,1	4,6

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España (2014).

**- ANEXO 16: porcentaje de consumidores de cánnabis y cocaína durante los últimos 30 días atendiendo al sector de actividad**

	Cocaína	Cánnabis
Construcción	3,9	11,7
Hostelería	4,0	10,9
Actividades artísticas, recreativas y deportivas	5,6	10,4
Agricultura, pesca, ganadería y extracción	2,0	7,2
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	2,3	6,9
Comercio y reparación vehículos a motor	2,0	6,6
Industria manufacturera y suministros	2,4	6,2
Actividad financiera, seguros, inmobiliarias y servicios empresariales	2,3	5,0
Actividades domésticas y servicios personales	1,2	4,3
Administración pública, educación, sanidad y servicios sociales	1,3	3,6

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España (2014).

**- ANEXO 17: porcentaje de consumidores de cánnabis y cocaína durante los últimos 30 días según jornada laboral.**

	Cocaína	Cánnabis
Jornada continua de noche	2,6	12,2
Jornada continua de tarde	3,6	7,4
Jornada partida (mañana y tarde)	2,4	6,8
Turnos rotatorios con el de noche	2,6	6,5
Jornada reducida	0,9	6,2
Turnos rotatorios excepto el de noche	2,3	5,9
Jornada continua de mañana	1,7	5,7

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España (2014).

**- ANEXO 18: porcentaje de consumidores de cánnabis y cocaína durante los últimos 30 días según presentes o no diferentes riesgos laborales.**

	Cocaína		Cánnabis	
	Sí	No	Sí	No
Insatisfecho con el trabajo	2,9	2,4	7,8	6,6
Largos desplazamientos o ausencias de casa	3,8	2,2	8,6	6,4
Períodos con poco trabajo	2,8	2,4	7,1	6,7
Escasa perspectiva de promoción	2,3	2,6	6,8	6,7
Sentirse poco capacitado para el trabajo	0,9	2,5	4,2	6,8
Insatisfecho con el trato de los compañeros	2,9	2,4	7,2	6,7
Insatisfecho con el trato de los superiores	3,4	2,3	8,9	6,5
Trabajo por debajo de su preparación	3,0	2,3	7,5	6,5
Tareas rutinarias o monótonas	2,7	2,2	7,4	6,2
Jornadas con escaso tiempo de descanso	3,9	2,0	8,2	6,3
Jornadas prolongadas	3,5	2,1	8,5	6,1
Trabajo que exige rendimiento muy alto	3,6	2,0	8,1	6,3
Penosidad en el trabajo	3,2	2,1	9,4	5,8
Trabajo con calor o frío	3,8	1,9	9,6	5,6
Trabajo peligroso	3,3	2,1	8,6	6,3
Sentirse mal pagado	3,8	1,9	9,4	5,9
Inseguridad en el futuro laboral	3,1	1,8	8,2	5,3
Sentir tensión o estrés durante el trabajo	3,3	2,1	7,8	6,4
Sentir agotamiento tras el trabajo	3,0	2,1	8,1	6,0

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España (2014).

**- ANEXO 19: porcentaje de consumidores de cánnabis y cocaína en los últimos 12 meses atendiendo a la situación laboral**

	Cocaína	Marihuana
Empleados (trabajando actualmente o temporalmente ausentes)	2,0	5,3
Empleados trabajando actualmente	2,0	5,3
Empleados temporalmente ausentes	2,8	4,6
Parados (con trabajo previo o buscando su primer empleo)	3,4	10,5
Parados con trabajo previo	3,2	9,8
Parados buscando su primer empleo	5,3	18,2

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España (2014).

**- ANEXO 20: porcentaje de consumidores de cocaína y cánnabis en los últimos 12 meses atendiendo a la categoría ocupacional.**

	Cocaína	Cánnabis
Trabajador manual no cualificado	2,4	7,3
Trabajador manual cualificado	2,7	8,9
Servicios restauración, personales, protección y vendedores	2,6	7,6
Personal administrativo	1,8	4,4
Directivos y profesionales	2,2	4,7

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España (2014).

**- ANEXO 21: importancia otorgada al consumo de drogas en el ámbito laboral**

Muy importante	52,8%
Bastante importante	33,8%
Poco importante	5,8%
No, nada importante	7,6%

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España (2014).

**- ANEXO 22: población laboral que considera bastante/ muy importante el problema del consumo de drogas en el ámbito laboral atendiendo al sector, categoría y jornada e información recibida sobre los riesgos de las sustancias psicoactivas**

SECTOR ACTIVIDAD	Consideración	Información recibida
Administración pública, sanidad y servicios sociales	88,6	22,6
Comercio y reparación vehículos a motor	87,2	3,5
Actividades domésticas y servicios personales	86,7	1,9
Construcción	86,2	6,6
Hostelería	86,1	3,9
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	85,9	8,1
Industria manufacturera y suministros	85,7	9,6
Actividad financiera, seguros, inmobiliarias y servicios empresariales	85,6	6,1
Actividades artísticas, recreativas y deportivas	85,4	-
Agricultura, pesca, ganadería y extracción	84,5	4,6
<b>CATEGORÍA OCUPACIONAL</b>		
Directivos y profesionales	87,1	14,5
Servicios restauración, personales, protección y vendedores	86,9	6,7
Trabajador manual cualificado	86,4	7,0
Trabajador manual no cualificado	86,2	6,2
Personal administrativo	85,3	8,7
<b>JORNADA DE TRABAJO</b>		
Jornada reducida	92,1	2,7
Turnos rotativos excepto noche	89,5	10,8
Jornada continua de noche	89,3	-
Turnos rotativos incluyendo el de noche	88,0	21,6
Jornada partida (mañana y tarde)	86,1	6,1
Jornada continua de mañana	85,5	11,8
Jornada continua de tarde	83,3	7,9

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Ámbito Laboral en España (2014).

**d) ENCUESTA SOBRE LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE LOS PROBLEMAS DE DROGAS EN ESPAÑA (2014), FAD.**

**- ANEXO 23: motivos para consumir, según sexo, edad y clase social objetiva (respuesta múltiple)**

	Sexo		Edad					Total	Clase social			
	H	M	15-22	23-30	31-49	50-55	56-65		Alta/MA	Med.	Baja/MB	Total
Por el gusto de hacer algo prohibido	19,6	19,1	20,0	16,4	19,0	15,0	26,0	273	22,2	18,6	18,6	265
Para divertirse y pasarlo bien	55,4	48,1	56,1	58,2	52,0	49,0	41,9	729	51,9	50,9	51,8	704
Por curiosidad	40,1	41,1	41,1	39,8	40,0	44,3	40,8	572	39,9	40,1	42,8	561
Por el deseo de sensaciones nuevas	30,6	29,0	34,4	30,3	31,0	29,2	23,0	420	29,4	32,3	26,1	405
Por moda	14,8	18,0	14,0	17,0	16,0	17,8	16,2	231	17,0	15,0	17,0	225
Para ser como los demás	14,0	14,4	9,4	10,9	15,2	17,3	15,7	200	13,0	14,5	14,7	195
Por problemas laborales o sociales	9,0	12,1	6,7	8,0	10,7	10,8	16,2	191	9,6	11,7	9,7	145
Por problemas con familia o amigos	13,1	14,0	15,6	14,9	12,3	11,9	16,2	191	13,0	12,9	15,1	187
Por problemas médicos o psicológicos	2,4	3,6	2,2	3,5	3,5	2,2	2,1	42	3,8	2,6	2,8	40
<b>Total</b>	<b>708</b>	<b>701</b>	<b>180</b>	<b>201</b>	<b>652</b>	<b>185</b>	<b>191</b>	<b>1409</b>	<b>293</b>	<b>613</b>	<b>463</b>	<b>1369</b>

FUENTE: FAD. Encuesta sobre la Percepción Social de los Problemas de Drogas en España (2014).

**- ANEXO 24: importancia del consumo de drogas para no desentonar y para ser joven, según clase social**

	Clase alta/ MA		Clase media		Baja/ MB	
	No desentonar	Juventud	No desentonar	Juventud	No desentonar	Juventud
Nada/poco importante	20,7	39,3	19,4	36,2	23,0	45,5
Intermedio	45,2	45,9	53,3	49,9	52,2	46,6
Muy/bastante importante	34,1	14,8	27,4	13,9	24,8	9,8
<b>Total</b>	<b>290</b>		<b>614</b>		<b>456</b>	<b>1360</b>

FUENTE: FAD. Encuesta sobre la Percepción Social de los Problemas de Drogas en España (2014).

**- ANEXO 25: drogas que más se consumen, según clase social objetiva.**

	Alta/ MA	Media	Baja/ MB	Total
Tabaco	44,0	46,0	42,0	609
Alcohol	54,0	55,0	46,0	712
Cánnabis	85,7	82,2	83,0	1144
Anfetaminas y alucinógenos	27,0	23,0	22,0	322
Hipnosedantes	2,0	2,9	1,3	30
Cocaína	58,7	60,5	66,2	853
Heroína	16,0	17,8	25,4	275
Total	293	617	465	1375

FUENTE: FAD. Encuesta sobre la Percepción Social de los Problemas de Drogas en España (2014).

**- ANEXO 26: amplitud del problema en España según edad, clase social y estudios finalizados.**

	EDAD					ESTUDIOS				CLASE SOCIAL		
	15-22	23-30	31-49	50-55	56-65	Primar. o <	Secundar	FP	Universit	Alta/M A	Media	Baja/M B
Nulo	1,1	0,0	0,2	0,5	0,0	0,0	0,2	0,0	0,9	1,0	0,2	0,0
Alguno	5,3	6,4	7,2	10,4	3,2	6,6	5,8	5,8	9,3	8,9	6,1	5,5
Bastante	64,6	62,9	64,0	57,1	58,4	49,1	61,2	67,8	69,3	67,7	65,5	55,1
Muy alto	28,7	30,7	28,6	31,9	38,4	44,3	32,9	26,4	20,5	22,3	28,3	39,4
Total	181	202	650	182	185	287	417	363	332	291	611	457

FUENTE: FAD. Encuesta sobre la Percepción Social de los Problemas de Drogas en España (2014).

**- ANEXO 27: valoración de las leyes actuales sobre drogas ilegales, según sexo y edad**

	SEXO		EDAD					Total
	H	M	15-22	23-30	31-49	50-55	56-65	
Excesivamente restrictivas	13,7	7,0	7,9	16,3	11,4	9,3	4,7	10,4
Adecuadas	33,1	29,6	37,9	33,7	30,1	30,6	28,4	31,4
Deberían ser más duras	41,1	48,1	35,6	40,0	45,2	46,4	53,7	44,6
No las conozco	12,0	15,2	18,6	10,0	13,4	13,7	13,2	13,6
Total	700	682	177	190	642	183	190	1382

FUENTE: FAD. Encuesta sobre la Percepción Social de los Problemas de Drogas en España (2014).

**- ANEXO 28: opinión sobre el estatus legal del consumo de cánnabis, según sexo y edad**

	SEXO		EDAD					Total
	H	M	15-22	23-30	31-49	50-55	56-65	
Debería prohibirse y sancionarse su consumo aun en privado	37,8	51,9	40,8	33,0	40,6	50,8	69,6	44,8
Debería permitirse a los adultos su consumo en privado	51,2	40,9	48,5	54,8	49,8	41,2	26,5	46,1
Debería permitirse a los adultos su consumo, incluso público, sin ninguna limitación	11,0	7,2	10,7	12,2	9,7	7,9	3,9	9,1
Total	680	665	169	197	621	177	181	1345

FUENTE: FAD. Encuesta sobre la Percepción Social de los Problemas de Drogas en España (2014).

**- ANEXO 29: evolución del número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales entre 1998-2011. Datos aportados por medio del Indicador de Admisiones.**

1998	2002	2004	2005	2006	2008	2009	2010	2011
54.338	46.744	52.128	50.630	49.283	53.155	52.549	53.508	50.281

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2011.

**- ANEXO 30: proporción de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales. España, 2011.**

	Opioides	Cocaína	Cánnabis	Otros estimulantes
Todas las admisiones	29,7	40,4	25,6	1,5
Admitidos 1ª vez en la vida	13,2	42,5	38,9	1,9
Admitidos menores 18 años	0,7	3,3	93,0	1,0

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2011.

**- ANEXO 31: características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales.**

	Total	Sí	No	H	M
Nº de casos	50.281	23.232	24.999	42.143	7,887
Tratados por primera vez por la droga principal	51,8	-	-	51,4	54,2
Media de edad	33,4	36,7	30,3	33,3	33,8
Mujeres	15,8	15,0	16,5	-	-
Máximo nivel de estudios completado					
Sin estudios	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3
Enseñanza primaria	45,5	46,2	44,8	46,4	40,5
Enseñanzas secundarias	48,4	48,5	48,5	48,1	50,7
Estudios universitarios	4,3	5,0	5,0	3,8	6,9
Otros	0,5	0,5	0,5	0,4	0,6
Situación laboral					
Trabajando	29,3	27,2	31,1	30,2	24,7
Parado no habiendo trabajado	6,0	5,6	6,5	5,7	7,2
Parado habiendo trabajado	40,7	45,1	36,8	41,1	38,3
Convivencia más prolongada en 20 días previos a la admisión					
Solo/a	12,1	14,6	9,9	12,2	11,6
Únicamente con pareja	10,2	10,6	9,9	9,2	15,5
Únicamente con hijos/as	6,0	5,3	6,5	5,0	11,9
Con pareja e hijos/as	15,1	14,6	15,7	15,2	14,5
Con padres o familia de origen	40,9	36,4	45,2	42,5	32,1
Con amigos	2,9	3,2	2,7	2,8	3,8
Otros	12,7	15,3	10,2	13,0	10,6
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión					
Casas, pisos, apartamentos	84,9	80,4	89,3	84,3	87,9
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	7,1	8,5	5,8	7,9	2,9
Otras instituciones	2,3	3,1	1,6	2,3	2,6
Pensiones, hoteles, hostales	0,6	0,9	0,5	0,6	0,9
Alojamientos inestables/precarios	2,6	3,9	1,5	2,6	3,2
Otros lugares	2,4	3,3	1,3	2,4	2,5
Edad al inicio del consumo de la droga principal	19,6	19,8	19,3	19,3	21,1
Frecuencia de consumo de la droga en 30 días previos					
Todos los días	43,1	40,3	45,2	42,7	45,2
4-5 días/semana	6,9	5,8	7,7	6,9	6,5
2-3 días/semana	13,6	10,7	16,1	13,9	12,2
1 día/semana	5,6	4,9	6,2	5,6	5,7
Menos de 1 día/semana	7,0	7,3	6,7	7,1	6,6

No consumió	23,9	31,0	18,1	23,9	23,8
Vía más frecuente de consumo de la droga ppal últ 30 días					
Oral	6,0	5,9	6,0	5,3	10,1
Pulmonar	51,3	49,7	52,8	51,7	48,9
Intranasal	35,7	32,6	38,6	36,0	33,8
Parenteral	6,1	10,5	2,0	6,1	6,2
Otras	0,9	1,2	0,7	0,9	1,1
Se inyectó drogas alguna vez en la vida	16,7	28,2	6,5	16,9	15,4
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses	6,2	9,9	2,8	6,2	6,0

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2011.

**- ANEXO 32: número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, cocaína y marihuana entre los años 1991-2011.**

HEROÍNA			COCAÍNA			CÁNNABIS		
Año	Primer tratamiento	Con tratamiento previo	Año	Primer tratamiento	Con tratamiento previo	Año	Primer tratamiento	Con tratamiento previo
1991	15.277	13.296	1991	681	262	1996	1.300	230
1992	20017	15.956	1992	932	367	1997	1.768	387
1997	12.993	30,173	1996	1.892	932	1998	2.412	407
2000	8.151	26.412	1997	3.129	1.402	2000	2487	408
2001	7.461	24.844	2000	5.499	2.773	2002	3.972	665
2003	4.337	17.867	2002	7.125	3.893	2004	5.319	928
2004	3.836	15.617	2004	14.126	6.747	2007	4.619	1.114
2005	3.604	14.005	2005	15.258	7.562	2008	5.058	2.055
2009	3.412	12.750	2009	12.142	9.107	2009	7.273	1.705
2010	4.526	12.166	2010	12.130	9.095	2010	8.639	2.101
2011	2.958	13.898	2011	10.637	8.889	2011	9.736	2.603

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2011.

**- ANEXO 33: porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de algunas drogas ilegales.**

	Total	Hombres	Mujeres
Cocaína	45,1	46,1	41,7
Cánnabis	33,3	34,3	29,8
Heroína	14,1	14,4	12,9
Anfetaminas	9,2	9,1	9,6
Resto de opiáceos	6,2	6,0	6,8
MDMA y derivados	3,8	3,7	4,4

Alucinógenos	2,1	2,2	1,8
Sustancias volátiles	0,3	0,2	0,4

FUENTE: OEDT. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 2011.

**- ANEXO 34: características de los consumidores problemáticos de cánnabis y cocaína (aquellas personas que han consumido cánnabis 20 días o mas en el último mes)**

	Cánnabis	Cocaína
Media de edad	31,1	34,7
Mujeres	23,7	20,1
Máximo nivel de estudios completado		
Sin estudios	6,2	6,1
Enseñanza primaria	18,4	20,5
Enseñanzas secundarias	67,6	66,8
Estudios universitarios	7,8	6,6
Situación laboral principal		
Trabajando	45,0	45,8
Parado no habiendo trabajado	4,3	4,1
Parado habiendo trabajado	33,3	36,0
Otros	17,4	14,1
Estado civil		
Soltero/a	70,5	71,1
Casado/a	22,1	16,5
Separado/a- Divorciado/a	7,3	11,2
Viudo/a	0,2	1,1
Grupos de edad		
14 a 24 años	31,4	16,6
25 a 34 años	35,5	38,1
35 a 44 años	22,5	27,0
45 a 54 años	7,3	17,3
55 a 64 años	3,3	0,9
Consumo de drogas emergentes alguna vez en la vida	34,9	41,8
Consumo de drogas ilegales en los últimos 30 días	19,7	68,7

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2011.

**- ANEXO 35: precio y pureza de las principales drogas decomisadas (Informe OEDT, 2013)**

PUREZA	2000	2003	2006	2009	2012
Cocaína	45	40	46	38,5	35
Heroína	32	32	32	31,5	31
PRECIO					
Resina de hachís (gramo)	3,87	4,41	4,63	4,77	5,85
Grifa/marihuana (gramo)	2,49	2,79	2,99	3,58	5,02
Cocaína (gramo)	57,16	61,90	60,28	59,64	58,95
Heroína (gramo)	66,38	61,90	60,28	59,64	58,95

FUENTE: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial, 2012.

**- ANEXO 36: detenciones por tráfico de drogas (números absolutos) y denuncias por tenencia y consumo de drogas. España 2001-2012. Informe OEDT 2013.**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Detenc.	17.430	12.718	14.267	16.805	16.805	18.983	19.696	19.399	17.878	17.276	21.440
Denuncias	122.28 5	122.63 4	150.19 3	173.09 6	218.65 6	240.23 7	285.378	351.92 7	319.474	375.01 9	356.052

FUENTE: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial, 2012.

**- ANEXO 37: distribución de los detenidos y denunciados por tráfico y tenencia de drogas clasificados por grupos de edad. España 2012. Informe OEDT 2013.**

	<16 años	16-18 años	19-25 años	26-30 años	31-40 años	>40 años	No consta
Detenidos	61	638	4.693	3.873	6.902	5.089	186
Denunciados	3.261	37.935	165.969	62.621	58.191	26.715	1.360

FUENTE: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial, 2012.