

Encuesta sobre drogas a los Militares de Tropa y Marinería de las Fuerzas Armadas españolas

Martínez Ruiz M¹, Alonso Lorient V², Taranco Robles M³, Gutiérrez Ortega C⁴

Sanid. mil. 2010; 66 (2): 70-82; ISSN: 1887-8571

RESUMEN

Objetivos: Analizar los datos que, referidos al consumo de drogas de abuso, han sido divulgados por el Plan General de Prevención de Drogas de las FAS en sus Memorias Anuales. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo y longitudinal de los resultados obtenidos a partir de 31.272 encuestas sobre «Conocimiento de las Drogodependencias para Militares Profesionales de Tropa y Marinería» realizadas durante los años 2002 a 2007. **Resultados:** El 70% de los encuestados tenía entre 20 y 27 años, en su mayoría varones (80%). La prevalencia general de no consumidores fue del 95%. El número de no consumidores de cannabis aumentó (84% en 2002, 91% en 2007). Para el resto de drogas, la prevalencia de no consumidores fue más estable: opiáceos y alucinógenos (98%), tranquilizantes (97,5%), anfetaminas (96,5%) y cocaína (92%). El 56% considera que el consumo de drogas es incompatible con una vida saludable. El 94% dice no haber tenido problemas médicos relacionados. El 67% cree que el medio militar no influye sobre el consumo, un 26% cree que puede favorecerlo y un 7% que puede disminuirlo. Igualmente se observan para operaciones/ejercicios y guardias/servicios. El 71% es partidario de realizar controles analíticos a todos los miembros de las FAS. **Conclusiones:** 1) Existe una disminución progresiva en la prevalencia del consumo de drogas; 2) Se observa una influencia positiva y progresiva del medio militar en relación con la disminución del consumo de drogas; 3) Se demanda, de forma mayoritaria, la realización de controles de drogas en Unidades.

PALABRAS CLAVE: Drogas. Militares Tropa Marinería.

Drug abuse survey among junior enlisted personnel in the Spanish Armed Forces

SUMMARY

Objectives: to analyze the data about drug abuse in the Annual Reports of the General Plan for Drug Prevention in the Armed Forces. **Material and Methods:** retrospective and longitudinal analysis of 31.272 questionnaires about «Knowledge among Enlisted Personnel about Drug Abuse» collected from 2002 to 2007. **Results:** 70 % of the surveyed personnel were between 20 and 27 years old, and 80% were male. The prevalence of non-consumers was 95 %. The number of cannabis non-consumers augmented from 2002 (84%) to 2007 (91 %). For the rest of the drugs the prevalence of non-consumers was more stable: opiates and hallucinogens (98 %) tranquilizers (97.5%), amphetamines (96.5%) and cocaine (92 %). Drug abuse is considered by 56 % as incompatible with a healthy life and 94 % reports having no related medical problems. According to 67 % the military environment would have no influence on drug abuse while 26 % believes it might favor it and 7 % that it might reduce it. The same tendencies are observed for operations/ exercises and duty service. Drug testing of all service members is favored by 71%. **Conclusions:** 1) there is a progressive reduction of drug abuse prevalence; 2) the military environment is perceived to have a progressive and positive influence on the drug abuse reduction; 3) the majority favors drug testing in the military.

KEYWORDS: Drugs, Junior Enlisted Personnel.

INTRODUCCIÓN

Las drogodependencias constituyen un fenómeno de enorme importancia en las Fuerzas Armadas (FAS), afectando negativamente a su propia esencia y a su seguridad. El consumo de drogas ilegales y legales es causa de errores humanos implicados en incidentes y accidentes. Las cantidades consumidas antes del trabajo, los efectos

tardíos, los síntomas de abstinencia, los antecedentes personales (especialmente la comorbilidad) o la susceptibilidad individual son factores determinantes del estado de alerta del colectivo laboral. En el contexto militar, la concentración humana, los tiempos libres y la propia actividad desarrollada, son factores de riesgo para un fenómeno de gran capacidad epidémica.

En las FAS, el posible consumo y abuso de sustancias capaces de crear dependencia es y ha sido objeto de una honda preocupación y de un interés creciente en generar soluciones. En este sentido, y desde el año 2000, existe un Plan General de Prevención de Drogas en las FAS (PGPDFAS) que, dependiente de la Subsecretaría de Defensa (SUBDEF), y a través de la Dirección General de Personal (DIGENPER), coordina y unifica las acciones de los diferentes ejércitos en materia de drogas. En la actualidad, está pendiente de aprobación una nueva edición del Plan General.

Los Cuarteles Generales de los ejércitos han contado, y cuentan, con planes antidroga específicos adecuados a su organización y funciones: Prevención y Control de la Droga en el Ejército de Tierra

¹ Col. Médico. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Dirección Médica.

² Cte. CGA/EO ET. MINISDEF/DIGENPER. SDG de Personal.

³ Cte. CMS. ESO. Farmacia. Escuela Militar de Sanidad. Farmacia.

⁴ Dr. en CC Biológicas. Servicio de Calidad y Medicina Preventiva. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla».

Dirección para correspondencia: Mario Martínez Ruiz. Coronel CMS ESO Medicina. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Subdirector Médico. Glorieta del Ejército, s/n, 28047 Madrid. España. E-mail: mmarruiz@oc.mde.es

Recibido: 23 de junio de 2009

Aceptado: 14 de enero de 2010

(PYCODE), desde 2009 denominado Plan Antidroga del Ejército de Tierra (PADET), Plan de Lucha Antidroga de la Armada (PLADA) y Plan Antidroga del Ejército del Aire (PADEA).

Uno de los pilares fundamentales del PGPDFAS es la prevención del consumo de drogas en las Unidades. Teniendo en cuenta que el diseño de estrategias preventivas se debe basar en fuentes subjetivas y objetivas de información, especialmente en la declaración de consumo y en la opinión que sobre las drogas existe en la población objeto de la prevención, el PGPDFAS coordina la realización de encuestas de opinión que, con carácter periódico, voluntario y anónimo, son aplicadas por los Servicios de Psicología de las FAS, cumplimentadas por los Militares Profesionales de Tropa y Marinería (MPTM) en las Unidades que los Cuarteles Generales (CG) determinen, y tratadas y evaluadas por la Unidad de Estudios Sociales de la Secretaría General Técnica (SEGENTE) del Ministerio de Defensa (MINISDEF).

El objeto de este trabajo ha sido analizar los datos evolutivos que sobre las drogas se han obtenido a partir de las encuestas de opinión utilizadas por el PGPDFAS durante los años 2002 a 2007, y divulgadas en su memoria anual respectiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal.

Población/Muestra

Se ha entrevistado a un total 31.272 integrantes de las Fuerzas Armadas de los Ejércitos de Tierra, Armada y Aire, con los empleos de Soldado/Marinero, Soldado 1.º/Marinero 1.º, Cabo, Cabo 1.º y Cabo Mayor. El periodo de estudio fue del año 2002 al 2007, ambos inclusive. El tamaño muestral anual fue de: 5.018 en el año 2002, 5.691 en el año 2003, 4.757 en el año 2004, 5.750 en el año 2005, 5.056 en el año 2006 y 5.000 en 2007.

Cuestionario

El cuestionario utilizado se ha confeccionado eligiendo los ítems que, referidos a las drogas, figuran en la «Encuesta a Tropa y Marinería sobre: Conocimientos de las Drogodependencias», edición de 2002, publicada por la Dirección General de Reclutamiento y Enseñanza Militar (DIGEREM) del MINISDEF (Tabla 1).

Procedimiento

Los datos se han obtenido a partir de los reflejados en las «Encuestas a Tropa y Marinería sobre: Conocimientos de las drogodependencias», divulgados en Memoria Anual del PGPDFAS correspondiente a los años 2002 a 2007, ambos inclusive.

La realización de las encuestas se ha llevado a cabo en aplicación de lo dispuesto en los apartados 4.5.1 «Encuestas» y 4.5.2 «Obtención de datos», respectivamente, del Plan General de Prevención de Drogas en las Fuerzas Armadas (PGPDFAS), de 1 de agosto de 2000.

Las encuestas se aplican en las Unidades, Centros y Organismos (UCO) que cada Cuartel General (CG) determina anualmente, el trabajo de campo es realizado por los equipos de psicólogos dependientes de cada uno de ellos, limitándose su función a pasar el cuestionario a los MTM y remitir las hojas de respuestas a la Unidad de Estudios Sociales de la SEGENTE, que es quien, cumpliendo instrucciones de la Comisión Permanente de Trabajo del citado Plan General, obtiene los datos de las mismas que son remitidos a la Comisión del PGPDFAS de la DIGENPER para la elaboración del informe anual del Departamento.

Para llegar a este informe, previamente ha sido necesario coordinar, a través del Secretario de la Comisión, las distintas acciones que finalizarán con la elaboración del informe anual por parte del mismo. Éstas, se inician con la elaboración del proyecto de cuestionario de encuesta, que se presentará a la Comisión Permanente para su estudio y posterior aprobación. En coordinación con la Unidad de Estudios Sociales, y a la vista de los efectivos de cada Ejército, se determina el número de personas a las que es necesario encuestar para que la muestra tenga validez y los datos obtenidos sean extrapolables al conjunto de las FAS, y se fija el periodo de tiempo, en cada año, en el que se deberá aplicar. Igualmente se establecen los criterios sobre qué datos son necesarios obtener para alcanzar los objetivos que se pretenden. Una vez recibidos todos estos datos, con el informe que elabora la citada Unidad de Estudios Sociales, y a la vista del resto de indicadores que determina el citado Plan General, se procede a elaborar el Informe Anual del Departamento.

El Secretario de la Comisión es en la actualidad el Comandante (E.T.) V.A.L., coautor de este trabajo, que ha ejercido su cargo desde la creación del PGPDFAS y durante el trabajo objeto de estudio. Asimismo, el Coronel (CMS/ESO) M.M.R., autor principal, es Vocal de la Comisión del PGPDFAS en representación de la Inspección General de Sanidad (IGESAN).

Dentro de las alternativas de respuesta, de cada una de las preguntas analizadas en el presente estudio, no se ha tenido en cuenta la opción «no sabe/no contesta» por no aportar información útil a los objetivos planteados. Consecuentemente, los tamaños muestrales anuales se ven levemente alterados en cada una de las preguntas, dependiendo del porcentaje no procesado.

Análisis estadístico

Los resultados fueron expresados mediante sus frecuencias absolutas y relativas en tantos por ciento (%), para las variables categóricas, y con la media y su desviación estándar, para las variables cuantitativas.

Para valorar las posibles asociaciones estadísticas se emplearon el test χ^2 de Pearson, cuando al menos una de las variables a comparar fuese politémica, y la prueba exacta de Fisher, cuando ambas fueron dicotómicas.

Las representaciones gráficas se realizaron mediante columnas apiladas ajustadas al 100% en donde cada categoría aporta su porcentaje.

Como nivel de significación estadística se consideró un valor de $p < 0,05$.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico EPIDAT® versión 3.1.

Tabla 1. Encuesta a los Militares Profesionales de Tropa y Marinería referente al conocimiento de las drogodependencias. Edición 2002. MINISDEF-DIGEREM. Entre paréntesis se indica el número de orden de la pregunta que figura en la Encuesta original

<p>1. ¿QUÉ EDAD TIENES? (3)</p> <p>A. 18 ó 19 años B. 20 ó 21 años C. 22 ó 23 años D. 24 ó 25 años E. 26 ó 27 años F. 28 ó 29 años G. 30 ó 31 años H. 32 años o más</p>	<p>11. ¿CREES QUE SE PUEDE CONSUMIR DROGAS ILEGALES Y LLEVAR UNA VIDA SANA? (34)</p> <p>A. Sí, creo que se puede B. Sí, si no se abusa de su consumo C. Se puede mientras se es joven D. Depende del tipo de droga E. No se puede</p>
<p>2. SEXO (4)</p> <p>A. Varón B. Mujer</p>	<p>12. COMO CONSECUENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS O ALCOHOL, ¿HAS PASADO ALGUNA VEZ POR ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES? (36)</p> <p>A. Solamente atención por un Servicio de Urgencias B. Tratamiento médico C. Ingreso hospitalario D. Tratamiento psicológico o psiquiátrico E. Ninguna de las anteriores</p>
<p>3. ¿CUÁL DE ESTAS SUSTANCIAS CREE QUE ES LA MÁS PERJUDICIAL? (19)</p> <p>A. Marihuana, hachís B. Alcohol C. Anfetaminas, éxtasis, diseño... D. L.S.D., ácido, tripis E. Heroína, chinos F. Cocaína, crack G. Tranquilizantes, sedantes H. Tabaco</p>	<p>13. ¿CREES QUE LAS CARACTERÍSTICAS DE TU PROFESIÓN MILITAR INFLUYEN EN EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES O POR EL CONTRARIO NO INFLUYEN? (37)</p> <p>A. No influye para nada B. Favorece la iniciación C. Aumenta el consumo D. Favorece iniciación y aumenta consumo E. Dificulta la iniciación F. Disminuye el consumo G. Dificulta iniciación y disminuye consumo</p>
<p>4. ACTUALMENTE, ¿ESTÁS CONSUMIENDO MARIHUANA, HACHIS (PORROS CANUTOS)? (20)</p> <p>A. NO B. Ocasionalmente (1 ó 2 veces al trimestre) C. 1 ó 2 veces al mes D. 1 ó 2 veces a la semana E. 1 vez al día F. Varias veces al día</p>	<p>14. CUANDO PROBASTE LA DROGA ILEGAL POR PRIMERA VEZ. ¿QUÉ EDAD TENÍAS? (39)</p> <p>A. No la he probado nunca B. Menos de 14 años C. Entre 14 y 17 años D. Entre 18 y 21 años E. Entre 22 y 25 años F. Más de 25 años</p>
<p>5. ACTUALMENTE, ¿ESTÁS CONSUMIENDO HEROÍNA, CHINOS...? (21)</p> <p>A. NO B. Ocasionalmente (1 ó 2 veces al trimestre) C. 1 ó 2 veces al mes D. 1 ó 2 veces a la semana E. 1 vez al día F. Varias veces al día</p>	<p>15. ¿CONSIDERAS ADECUADAS LAS CHARLAS, CONFERENCIAS U OTRAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN QUE SE REALIZAN EN TU UNIDAD? (40)</p> <p>A. Muy adecuadas B. Bastante adecuadas C. Algo adecuadas D. Nada adecuadas E. No he recibido ninguna charla sobre prevención en mi Unidad</p>
<p>6. ACTUALMENTE, ¿ESTÁS CONSUMIENDO COCAÍNA, CRACK? (22)</p> <p>A. NO B. Ocasionalmente (1 ó 2 veces al trimestre) C. 1 ó 2 veces al mes D. 1 ó 2 veces a la semana E. 1 vez al día F. Varias veces al día</p>	<p>16. ¿CONSIDERAS SUFICIENTES LAS CHARLAS, CONFERENCIAS U OTRAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN QUE SE REALIZAN EN TU UNIDAD? (41)</p> <p>A. Suficientes B. Insuficientes C. No he recibido ninguna charla sobre prevención en mi Unidad</p>
<p>7. ACTUALMENTE, ¿ESTÁS CONSUMIENDO LSD, ÁCIDO, TRIPIS? (23)</p> <p>A. NO B. Ocasionalmente (1 ó 2 veces al trimestre) C. 1 ó 2 veces al mes D. 1 ó 2 veces a la semana E. 1 vez al día F. Varias veces al día</p>	<p>17. ¿CUÁL CREE QUE ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE HAY GENTE QUE CONSUME DROGAS ILEGALES EN LAS FAS? (45)</p> <p>A. Estar lejos de su familia B. Hay mucha disciplina C. Hay mucho tiempo libre D. Estar con la gente que toma drogas E. Consumían antes de venir a las FAS F. Para aguantar dureza de vida militar G. No lo sé</p>
<p>8. ACTUALMENTE, ¿ESTÁS CONSUMIENDO TRANQUILIZANTES, SEDANTES (LEXATÍN®, VALIUM®, ORFIDAL®, ROHIPNOL®, TRANKIMAZIN®)? (24)</p> <p>A. NO B. Ocasionalmente (1 ó 2 veces al trimestre) C. 1 ó 2 veces al mes D. 1 ó 2 veces a la semana E. 1 vez al día F. Varias veces al día</p>	<p>18. ¿CREES QUE LA PARTICIPACIÓN EN OPERACIONES/EJERCICIOS CONTRIBUYE A AUMENTAR O A DISMINUIR EL CONSUMO DE DROGA ILEGAL? (46)</p> <p>A. Aumenta B. Disminuye C. Permanece igual D. No lo sé</p>
<p>9. ACTUALMENTE, ¿ESTÁS CONSUMIENDO ANFETAMINAS, ÉXTASIS, DROGAS DE SÍNTESIS/DISEÑO, PASTIS? (25)</p> <p>A. NO B. Ocasionalmente (1 ó 2 veces al trimestre) C. 1 ó 2 veces al mes D. 1 ó 2 veces a la semana E. 1 vez al día F. Varias veces al día</p>	<p>19. ¿CREES QUE LA REALIZACIÓN DE GUARDIAS/ SERVICIOS CONTRIBUYE A AUMENTAR O A DISMINUIR EL CONSUMO DE DROGA ILEGAL? (47)</p> <p>A. Aumenta B. Disminuye C. Permanece igual D. No lo sé</p>
<p>10. ¿QUIÉN TE HA PROPORCIONADO MÁS CONOCIMIENTOS E INFORMACIÓN ACERCA DE LAS DROGAS ILEGALES? (31)</p> <p>A. Mi familia B. Mis amigos C. En el colegio, conferencias, etc D. Medios de comunicación (prensa, radio, televisión) E. Campañas prevención del Ministerio de Defensa</p>	<p>20. ¿CREES QUE SE DEBERÍAN REALIZAR CONTROLES PERIÓDICOS DE CONSUMO DE DROGAS ILEGALES A TODOS LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS? (54)</p> <p>A. Totalmente en acuerdo B. Más bien de acuerdo C. Más bien en desacuerdo D. Totalmente en desacuerdo</p>

RESULTADOS

Se han analizado 22 variables: 2 sociodemográficas (edad y sexo) y 20 relacionadas específicamente con las principales drogas de abuso, excluido el alcohol y tabaco, obtenidas a partir de 31.272 encuestas de opinión sobre drogas, utilizadas por el PGPDFAS para la elaboración de su Memoria Anual correspondiente a los años 2002 a 2007, ambos inclusive. Expresamos los resultados para cada una de las preguntas analizadas.

Edad

El grupo de edad de 18 a 21 años varió a lo largo del periodo de tiempo estudiado ($p=0,007$) (Fig. 1). Sin embargo, la variación más significativa fue la experimentada por un descenso de los individuos con edades comprendidas entre los 22 y 25 años del 10% en el año 2007, respecto de los correspondientes a 2002 ($p<0,001$). Paralelamente a este descenso se produjo un incremento de la misma magnitud de los casos con edades superiores a los 29 años ($p<0,001$).

Sexo

En el año 2003 se produjo un incremento en el número de mujeres de un 1,8% (IC95%: 0,4 a 3,3%) ($p=0,016$). En los años siguientes no se detectó variación alguna de este parámetro ($p>0,05$) (Fig. 2).

Consumo

Edad de inicio

El primer contacto con las drogas ilegales, en edades inferiores a los 14 años, se situó en un rango del 7,6 a 7,8% durante el periodo de estudio, a excepción de 2006 en donde el porcentaje se incrementó para alcanzar un 9,5% (IC95%: 8,4 a 10,6%). A lo largo de nuestro estudio, el intervalo de edad de inicio en el consumo de drogas ilegales sufrió una reducción (Fig. 3).

Consumo de cannabis

Descendió la frecuencia del consumo, de forma progresiva, a lo largo de los años estudiados, a excepción del año 2003 en el que se vio incrementada en todos los niveles de frecuencia de consumo respecto del año 2002. El mayor aumento se produjo para los consumidores ocasionales, valorados en un 1%, seguido de los que lo hacían varias veces al día en 0,8%. En cuanto a los que tomaban estas sustancias 1 ó 2 veces al mes, 1 ó 2 veces a la semana y 1 vez al día, el incremento no superó el 0,5% (Fig. 4).

Consumo de opiáceos

Se observa una reducción en cuanto al consumo de opiáceos en el periodo comprendido entre 2002 y 2007 ($p<0,001$) (Fig. 5). Sin

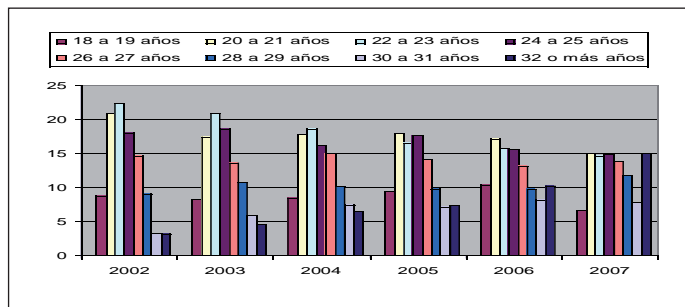


Figura 1. Grupos de edad durante el periodo 2002 a 2007.

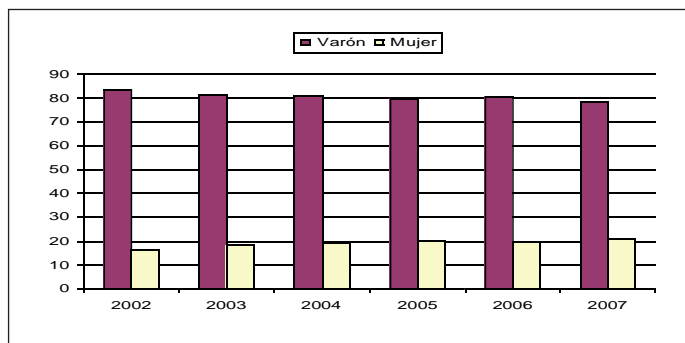


Figura 2. Distribución de varones y mujeres en la muestra estudiada en el periodo 2002-2007.

embargo, en 2003 se produjo un incremento del mismo, estimado en un 0,7%, sin tener en cuenta las frecuencias de consumo, pasando de un 1,6% a un 2,3%. Posteriormente se inició un descenso de consu-

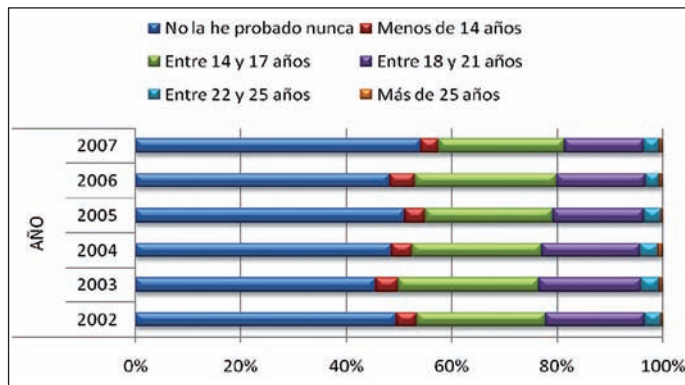


Figura 3. Cuando probaste la droga ilegal ¿Qué edad tenías?

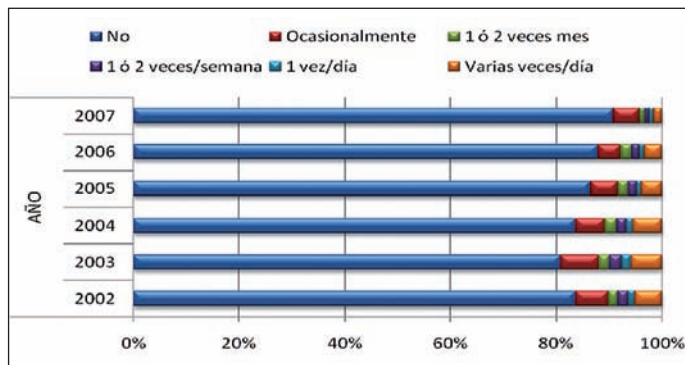


Figura 4. Actualmente ¿estás consumiendo marihuana, hachís (porros, canutos)?

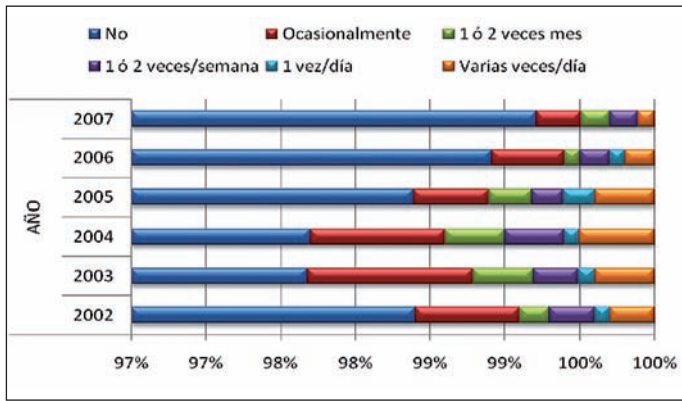


Figura 5. Actualmente ¿Estás consumiendo heroína, chinos...?

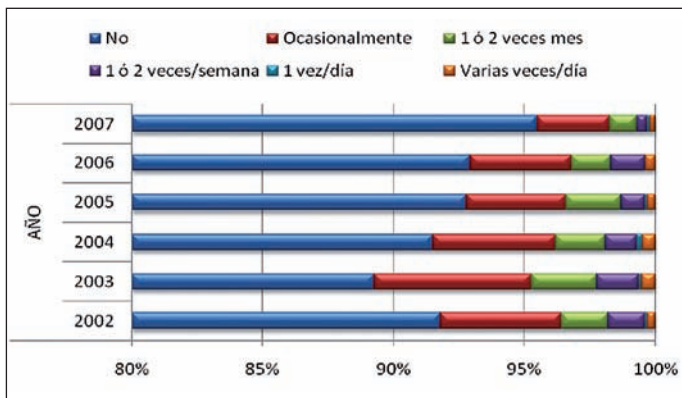


Figura 6. Actualmente ¿Estás consumiendo cocaína, crack...?

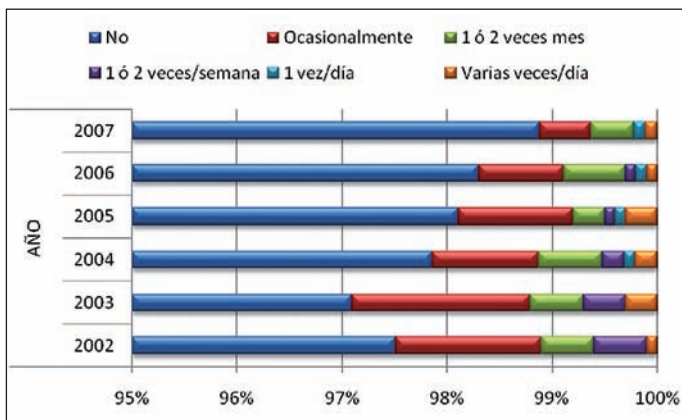


Figura 7. Actualmente ¿Estás consumiendo LSD, Ácido, Tripis...?

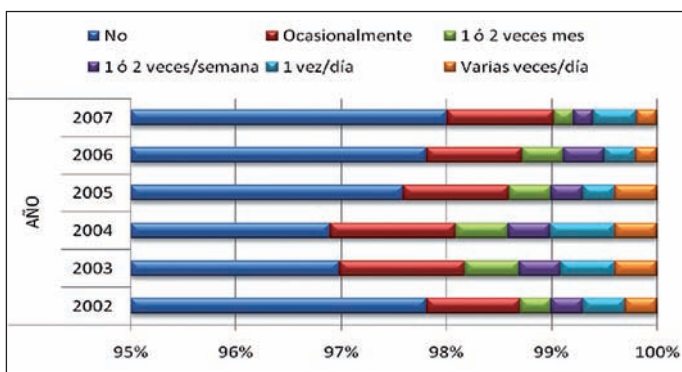


Figura 8. Actualmente ¿Estás consumiendo tranquilizantes o sedantes (Lexatín®, Valium®, Ofidal®, Rohipnol®, Trankimazin®...)?

midores, igualándose las cifras de 2003, 1,6% (IC95%: 1,2 a 2%), y de 2005, 1,6% (IC95%: 1,3 a 2%), para, en el año 2007, reducirse a la mitad el consumo respecto al inicio del estudio en 2003, pasando de 1,6% a 0,8%.

Consumo de cocaína

Lo más destacable es la reducción progresiva del número de consumidores desde 2002, establecida en un 8,2% (IC95%: 7,5 a 9%) en 2002 a 4,5% (IC95%: 3,8 a 5,2%) en 2007. Fue una excepción el año 2003 en el que se produjo un incremento del 2,5%, al pasar de un consumo del 8,2% a otro del 10,7% (Fig. 6).

Consumo de alucinógenos

El consumo de estas sustancias de forma ocasional se redujo progresivamente a lo largo de los 6 años de estudio, pasando del 1,4% en 2002, al 0,5% del 2007. Sin embargo, se apreció un pequeño incremento en el año 2003 respecto del precedente en un 0,4% más de consumidores de estas sustancias. Se mantuvo el consumo de 1 vez/mes con una frecuencia inicial y final comprendida entre el 0,4 y 0,5%. Su consumo semanal se vio reducido desde un 0,5% al 0%, mientras que se incrementó el diario desde el 0% al 0,1% (Fig. 7).

Consumo de tranquilizantes

Durante el periodo 2002-2007 no se encontró una variación estadísticamente significativa en cuanto a los hábitos de consumo de tranquilizantes o sedantes ($p=0,092$) (Fig. 8). Sin embargo, sí se observó una variación en cuanto al porcentaje de consumidores ($p=0,001$). Respecto de 2002, durante los años 2003 a 2005 aumentó el nº de consumidores entre un 0,2% y un 0,9%. En 2006 se recuperaron los valores obtenidos para 2002, es decir, del 2,21%, hasta llegar al 2% en 2007.

Consumo de anfetaminas

Se observa una variación, en los hábitos de consumo de anfetaminas, o drogas de síntesis, en el periodo comprendido entre 2002 y 2007 ($p<0,001$) (Fig. 9). Desde el inicio del estudio, en 2002, y hasta el final del mismo, en 2007, todas las frecuencias en cuanto a los hábitos de consumo se vieron reducidas a más de la mitad de sus valores iniciales.

Percepción del riesgo

Medios de información

En 2002 destacaron los medios de comunicación, como fuente de información, para un 37,6% (IC95%: 36 a 39%) de los encuestados. Decreció posteriormente este porcentaje, aunque de forma leve, obteniendo en 2007 el 33,7% (IC95%: 32,2 a 35,2%). El si-

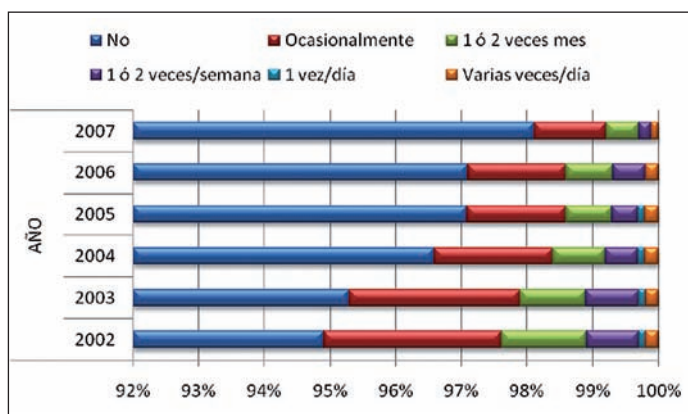


Figura 9. Actualmente ¿Estás consumiendo anfetaminas, éxtasis, drogas de síntesis/diseño, «pastis»?

güente origen de la información sobre drogas ilegales fue el de los amigos, con casi un 30% en 2002 (IC95%: 28,4 a 31%), decreciendo en los años sucesivos, a excepción de 2003, para llegar a 2007 con un 23,3% (IC95%: 22 a 24,7%). Desde 2002 a 2007, la intervención de la familia, las conferencias de los colegios y las campañas de prevención del Ministerio de Defensa vieron incrementado su porcentaje en cuanto a nuevas fuentes de información sobre drogas ilegales en un 5,37%, un 4% y un 1%, respectivamente (Fig. 10).

Percepción del daño

La droga considerada como más perjudicial a lo largo de todo el periodo de estudio es, sin duda, la heroína. Lo piensa un 42,2% de la muestra estudiada en el año 2002 (IC95%: 40,8 a 43,6%). Durante los 5 años siguientes va decreciendo este porcentaje un 3,9%, considerándola la sustancia más dañina el 38,3% de la muestra estudiada en 2007 (IC95%: 36,7 a 39,9%) (Fig. 11).

Las anfetaminas, el éxtasis y las drogas de síntesis, son consideradas como las más perjudiciales por, aproximadamente, el 20% de los encuestados. No obstante, se denotó un aumento desde 2002 a 2007 en un 2% (18,25% y 20,24%, respectivamente).

En 2002 un 15,73% de los encuestados pensaban que era la cocaína las mas dañina (IC95%: 14,7 a 16,8%), porcentaje que se vio superado en las encuestas posteriores hasta obtener un 19,5% en 2007, es decir, un incremento porcentual del 3,8%.

En cuanto al LSD, se observa un descenso del 2,4% desde 2002, puesto que ha pasado del 17,2% (IC95%: 16,2 a 18,3%) en ese año al 14,8% (IC95%: 13,6 a 16%) en 2007. En cuanto al alcohol, el tabaco y los tranquilizantes: se mantuvo una opinión semejante a lo largo de los 6 años de estudio con rangos entre un 1,5 a 2% para el alcohol; 2,5 a 3% para el tabaco; y 1 a 1,4% para los tranquilizantes/sedantes.

Percepción de hábito insano

En general las opiniones que reflejaban en 2002 la posibilidad de consumir y llevar una vida sana descendieron a lo largo del periodo de estudio. También decreció el porcentaje de individuos que supeditaban el poder llevar una vida sana a un consumo dependiente del tipo de droga. En 2002 era del 24,2% (IC95%: 23 a 25,4%),

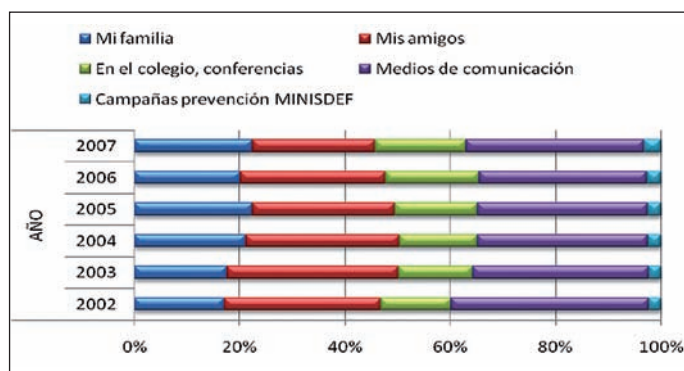


Figura 10. ¿Quién te ha proporcionado más conocimientos e información acerca de las drogas ilegales?

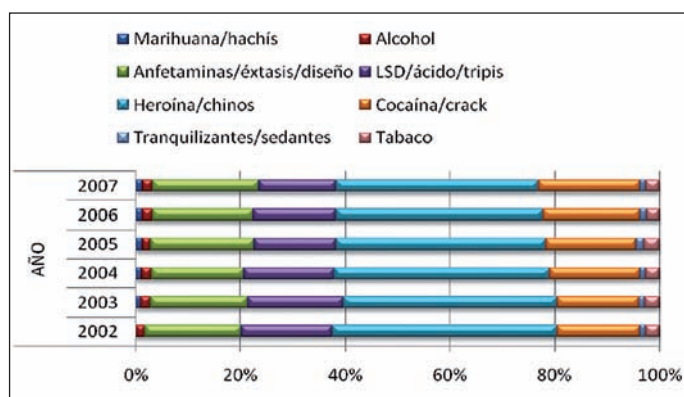


Figura 11. ¿Cuál de estas sustancias crees que es más perjudicial?

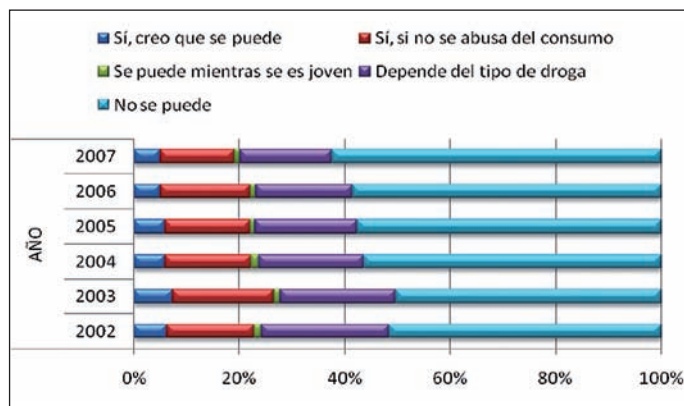


Figura 12. ¿Crees que se puede consumir drogas ilegales y llevar una vida sana?

mientras que en 2007, tras un descenso progresivo, se estableció en el 17,3% (IC95%: 16,1 a 18,6%), es decir, bajó aproximadamente un 7% (Fig. 12).

Necesidad de atención médica

No se han encontrado diferencias significativas durante el periodo 2002-2006 en cuanto a las mencionadas situaciones derivadas del consumo de drogas o alcohol (p=0,59) (Fig. 13). La atención en los Servicios de Urgencias la utilizó una media del 3,7% de los en-

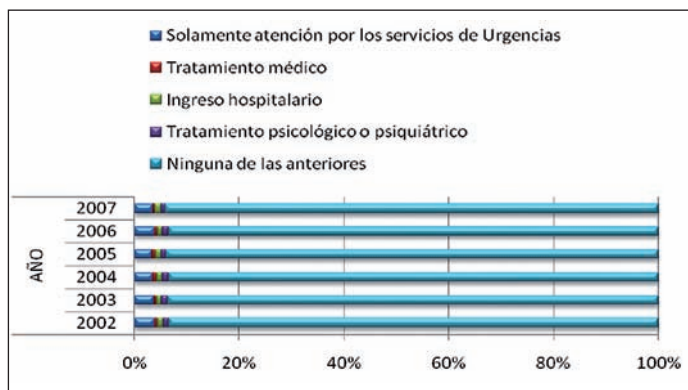


Figura 13. Como consecuencia del consumo de drogas o alcohol ¿has pasado alguna vez por alguna de éstas situaciones?

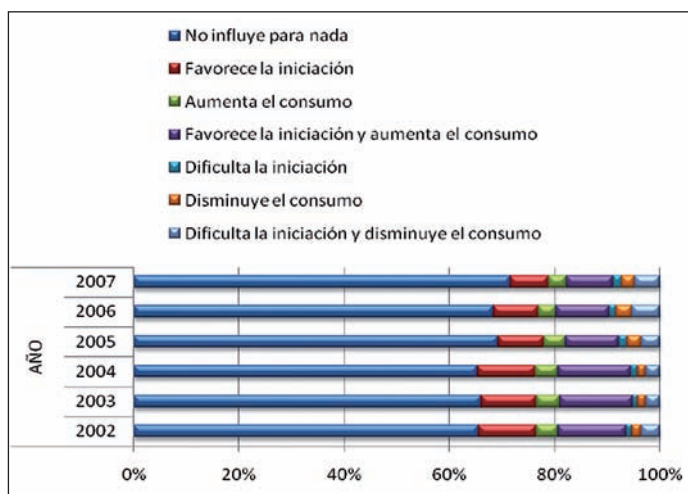


Figura 14. ¿Crees que las características de tu profesión militar influyen en el consumo de drogas ilegales o por el contrario no influyen?

cuestados. Sólo precisaron ingreso hospitalario el 1%, y tratamiento psicológico la misma proporción. En cuanto al tratamiento médico, se aplicó a un 0,6% de los encuestados .

Drogas y FAS

Influencia del medio militar sobre el consumo

Al principio del estudio, el 65,6% (IC95%: 64,2 a 67%) opinaba que la profesión militar no afectaba al consumo. Progresivamente, a lo largo de los siguientes años, se incrementó esta opinión para, en 2007, ser un 71,6% (IC95%: 70,1 a 73%) los que negaban dicha influencia, es decir, un 6% más (Fig. 14).

El porcentaje de los que opinaban que la profesión militar favorece la iniciación al consumo, lo aumenta o ambas cosas a la vez, decreció desde 2002 a 2007: un 23,5% cree que puede favorecerlo, con un 28% en 2002, frente al 19% en 2007. Paralelamente a esto se incrementó el sentir de que la profesión militar dificulta la iniciación, el consumo o ambas cosas a la vez: un 7,5% considera que puede disminuirlo, con un 6% en 2002, frente al 9% en 2007.

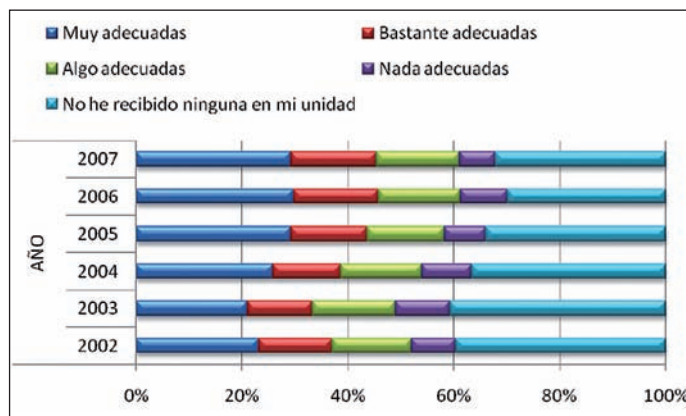


Figura 15. ¿Consideras adecuadas las charlas, conferencias u otras actividades de prevención de la drogadicción que se realizan en tu unidad?

Eficacia de la información

Desciende el porcentaje entre los que opinan que no son nada adecuadas durante el tiempo de estudio, en un 1,7% desde 2002 a 2007. Sin embargo, en 2003 y 2004, respecto a 2002, sí se observa un incremento de los que opinan que no son adecuadas, de un 2% y un 1%, respectivamente. El porcentaje de los que consideran las charlas y conferencias muy adecuadas se incrementa del 23,1% (IC95%: 22 a 24,3%) en 2002, al 29,3% (IC95%: 27,8 a 30,8%), en 2007, es decir, un 6,2% (Fig. 15).

En cuanto a la recepción de charlas y conferencias se observó un incremento de las mismas durante el periodo 2003-2005 ($p < 0,001$) (Fig. 15). En 2002, el 60,4% (IC95%: 59 a 62%) de los encuestados habían recibido alguna charla o conferencia. Al año siguiente, una vez más 2003, descendió el mismo un 1%, para después incrementarse alcanzando un máximo en 2006, respecto de 2002, del 10,2%. Al final del estudio, en 2007, recibían formación en su Unidad el 68% (IC95%: 66,4 a 69,4%), un 7,5% más que el tanto por ciento correspondiente a 2002.

Cantidad de información

Entre los que sí habían recibido charlas hubo un incremento progresivo durante el periodo de estudio, de los que las consideraban suficientes, pasando de un 23,1% (IC95%: 22 a 24,3%) en 2002 al 30,1% (IC95%: 28,6 a 31,6%) en 2007. En cuanto a su insuficiencia, se mantuvo la misma opinión durante los 6 años entre un 31,6% a 34,1% (Fig. 16). Desde 2002 a 2007 se incrementó el número de charlas ($p < 0,001$). El máximo se alcanzó en 2006 con el 65% (IC95%: 63,7 a 66,3%). Al final del periodo de estudio, en 2007, el porcentaje se incrementó, respecto de 2002, en un 7%.

Razones de consumo

Desde 2002 a 2007 se incrementa progresivamente el número de personas que desconocen la causa. Este aumento es de más del 4% en 2007 respecto a 2002. Sin embargo, en el año 2003 descendió este desconocimiento en un 1,2% respecto al año precedente (Fig. 17). Fue más o menos constante la opinión, a lo largo del

Encuesta sobre drogas a los Militares de Tropa y Marinería de las Fuerzas Armadas españolas

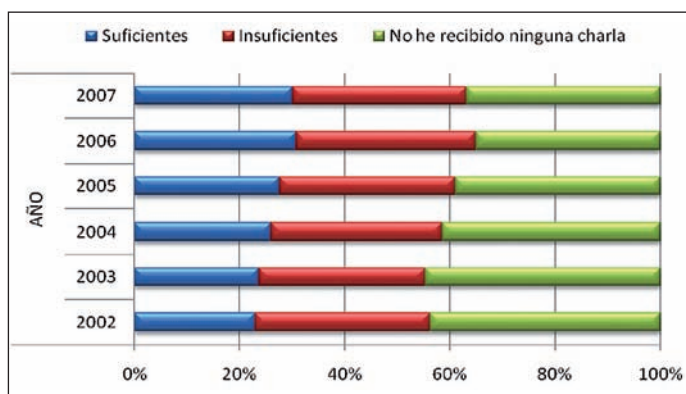


Figura 16. ¿Consideras suficientes las charlas, conferencias u otras actividades de prevención de la drogadicción que se realizan en tu unidad?

estudio, de que una de las principales razones del consumo era el estar con gente que tomaba drogas. Poco menos de un tercio de los encuestados así lo aseveraban, desde el 21,7% (IC95%: 20,5 a 23%) en 2002 al 21,4% (IC95%: 20,2 a 23%) en 2007. Tener mucho tiempo libre y estar lejos de la familia fueron los siguientes motivos considerados como desencadenantes. En ambos casos el porcentaje a lo largo del estudio estuvo comprendido en un intervalo aproximado del 3 al 5%.

Consideraron que el origen del inicio en el consumo de drogas ilegales era la disciplina militar el 1,8% (IC95%: 1,4 a 2,2%) de los encuestados en 2002, reduciendo levemente esta creencia en los años posteriores. Fueron excepciones los años 2003 y 2004, en éste último aumentó dicho porcentaje hasta el 2,4% (IC95%: 2 a 3%). Coincidió este comportamiento relativo a la disciplina con el obtenido para aguantar la dureza de la vida militar en rangos de opinión incluidos entre el 4,3 a 6,2%.

Influencia de participación en operaciones/ejercicios

Desciende la creencia de que aumenta el consumo desde 2002, que lo consideraba el 21,7% (IC95%: 20,5 a 22,8%), a 2007, en el que se reducía al 17,4% (IC95%: 16 a 18,6%), en total un descenso del 4,3%. Sin embargo, en 2003 y 2004 aumentó, respecto de 2002, la creencia de que la participación en estas actividades aumentaba el consumo de drogas ilegales en un 2,3% y 2,7%, respectivamente (Fig. 18).

En cuanto a la opinión del efecto negativo sobre el consumo por esa participación, en líneas generales se mantuvo entre el 10,8% y 15% durante el periodo de estudio; y en cuanto a que no afecta al consumo, o que permanece igual, entre un 37% y 39,3%.

Influencia de realización en guardias/servicios

La opinión de que aumenta el consumo decrece desde 2002 a 2007, pasando de casi el 20% (IC95%: 18,7 a 21%) al 13% (IC95%: 12 a 14%), respectivamente. Sin embargo, en 2003 se incrementa respecto del año precedente en aproximadamente un 1% (Fig. 19). Que la realización de guardias/servicios disminuye el consumo pasa de un 14,4% (IC95%: 13,4 a 15,4%) en 2002, al 16% (IC95%: 15 a

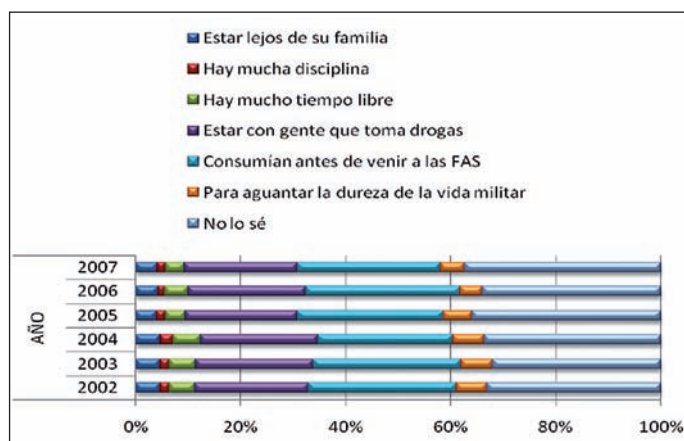


Figura 17. ¿Cuál crees que es la razón principal por la que hay gente que consume drogas ilegales en las fuerzas armadas?

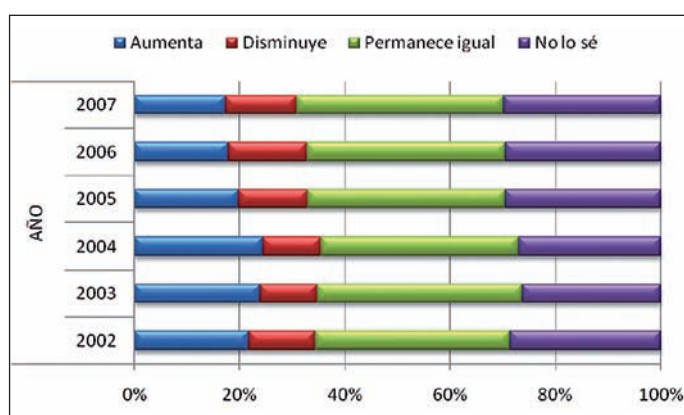


Figura 18. ¿Crees que la participación en operaciones/ejercicios contribuye a aumentar o a disminuir el consumo de droga ilegal?

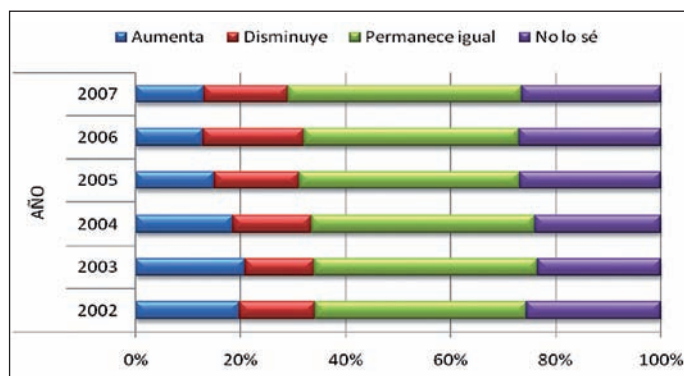


Figura 19. ¿Crees que la realización de guardias/servicios contribuye a aumentar o a disminuir el consumo de droga ilegal?

17,3%) en 2007. Aumenta la creencia, durante los 6 años de estudio, de que no afecta la realización de guardias/ejercicios al consumo, o que permanece igual, en un 4,5% a la finalización del mismo.

Controles periódicos de consumo de drogas

Desde 2002 a 2007 descienden en un 1% las personas que se decantan sobre un acuerdo total con el mencionado control, y aumenta

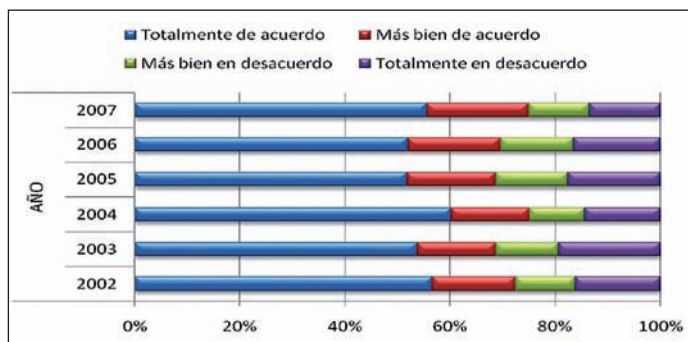


Figura 20. ¿Crees que se deberían realizar controles periódicos de consumo de drogas ilegales a todos los miembros de las Fuerzas Armadas?

paralelamente un 3,7% de las que opinan estar más bien de acuerdo. En 2003 se reduce el número de los que se consideran totalmente de acuerdo con esta práctica más del 1% del periodo total, en casi un 3% (Fig. 20). Los que se encuentran en total desacuerdo descienden casi un 3% desde el principio al final del periodo de estudio. Sin embargo, en 2003 se incrementa en aproximadamente un 3% los que muestran su total desacuerdo, y en 2005 del orden del 1,5%. Los que opinan estar más bien en desacuerdo permanecen en niveles entre en 10,6% y 12% durante el periodo de estudio, a excepción de los años 2005 y 2006 en los que incrementan este porcentaje a 13,8% (IC95%: 13 a 14,7% para ambos).

DISCUSIÓN

En el contexto militar, la concentración humana, los tiempos libres y la propia actividad desarrollada, son factores de riesgo para un fenómeno de gran capacidad epidémica. Por último, las misiones internacionales de paz y seguridad podrían ser un fenómeno potencial de riesgo, de importación de nuevas sustancias y de nuevos patrones de consumo, lo que, unido a las condiciones laborales, posibilitarían la aparición de consumos de riesgo de las drogas tradicionales como el alcohol y de nuevas sustancias de abuso.

Desde el año 2000 el MINISDEF cuenta con un Plan General de Prevención de Drogas en las Fuerzas Armadas (PGPDFAS)¹, dependiente de la SUBDEF, dirigido y coordinado por la Dirección General de Enseñanza y Reclutamiento Militar (DIGEREM) hasta 2008 y, desde entonces, por la Dirección General de Personal (DIGENPER). El PGPDFAS nació para unificar y coordinar los planes antidroga de los diferentes ejércitos: Prevención y Control de la Droga en el Ejército² (PYCODE, desde 1984), desde 2009 denominado Plan Antidroga del Ejército de Tierra (PADET), Plan de Lucha Antidroga de la Armada³ (PLADA, Armada desde 1993) y Plan Antidroga del Ejército del Aire⁴ (PADEA, desde 1988). Actualmente está en fase de consulta el nuevo Plan, para inmediatamente después, proceder a elaborar el texto definitivo del que será el nuevo Plan General.

El Plan Nacional sobre Drogas: encuesta EDADES

El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental creada el año 1985 destinada a coordinar y potenciar las

políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España⁵. Corresponde a la Delegación del Gobierno para el PNSD (DGPNSD) la dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del PNSD, bajo la superior dirección del Secretario General de Sanidad⁵.

La realización de encuestas periódicas es uno de los instrumentos utilizados para conocer la evolución de los problemas y características del consumo de drogas psicoactivas. En España se realiza la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)⁶ con carácter bienal, promovida por la DGPNSD en colaboración con las Comunidades Autónomas, que explora el consumo de drogas entre la población general entre 15 y 64 años residente en hogares familiares. Actualmente se dispone de los resultados de una serie de siete encuestas que se iniciaron en 1995 y que con periodicidad bianual y en los años impares, se han ido realizando hasta hoy (1997, 1999, 2001, 2003, 2005 y 2007/08). En el cuestionario de la encuesta de 2007-08 se introdujeron algunas modificaciones con el fin de converger hacia el cuestionario estándar propuesto por el Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)⁷.

El universo o población de referencia utilizada en la encuesta EDADES es la población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive. La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra incluye sólo a la población residente en hogares familiares, quedando fuera de marco la población que reside en instituciones (cuarteles, conventos, cárceles, residencias de estudiantes o de ancianos etc.), la población que vive en establecimientos colectivos (hoteles, pensiones, etc.), y la población sin techo.

El tamaño de la muestra ha aumentado bastante en los últimos años⁶. Así en 2007-08 fue de 23.715 personas. En 2005 la integraron 27.934, y entre 1995 y 2003 entre 8.000 y 15.000, dependiendo de la encuesta. La distribución de la muestra por comunidad autónoma no fue proporcional a su población en todas las encuestas, para sobrevalorar a las comunidades más pequeñas. De la misma manera, la distribución de los grupos de edad tampoco fue proporcional, sobrevalorando en la muestra a la población joven (15 a 39 años). De hecho, el número de entrevistas en este intervalo de edad fue de 18.303 (65,5%), cuando a partir de las proyecciones del Instituto Nacional de estadística (INE) se estima que la representación real de este grupo en la población española es de 53,7%. El número de entrevistados, en el conjunto nacional, supera los 2.000 por cada grupo quinquenal hasta la edad de 44, y los 1.500 por cada grupo de 5 años, entre los 45 y los 64.

En 2005 (EDADES 2005), que es con mucha diferencia la encuesta más amplia sobre drogas realizada hasta el momento en España, las sustancias psicoactivas más extendidas entre la población española de 15 a 64 años fueron el alcohol y el tabaco⁶. Entre las drogas de comercio ilegal, las más extendidas fueron el cannabis, la cocaína y el éxtasis, todas con prevalencias en los últimos 12 meses que superan el 1% (11,2% para cannabis, 3,0% para cocaína y 1,2% para éxtasis). El uso de otras drogas de comercio ilegal fue menos común. Un hallazgo relevante se relaciona con el uso de tranquilizantes con o sin receta médica, cuya prevalencia en los últimos 12 meses (5,1%), sólo se ve superada por el alcohol, el tabaco y el cannabis.

En 2005, la edad media de inicio en el uso de drogas varió sustancialmente según el tipo de droga. Las drogas que se consumieron por término medio a una edad más temprana fueron las de comercio legal, como el tabaco (edad media 16,4 años), bebidas alcohólicas

(16,7 años) e inhalables volátiles (17,8 años). La droga ilegal cuyo consumo se había iniciado más tempranamente fue el cannabis (18,3 años). Por el contrario, las que se empezaron a consumir más tarde fueron los tranquilizantes o sedantes (28,5 años con o sin receta médica y 32,3 años sin receta médica). El uso del resto de las drogas se inició, en general, entre los 18 y los 21 años⁶.

Excepto en el caso de los tranquilizantes, la extensión del uso de drogas fue bastante mayor en los hombres que en las mujeres, especialmente en el caso de las drogas de comercio ilegal, donde la prevalencia entre los varones fue varias veces más elevada que en las mujeres. En la población de 15-64 años destacan las diferencias en el uso de cannabis (12,5% en varones y 4,7% en mujeres) y de cocaína (2,5% en varones y 0,7% en mujeres) en los últimos 30 días.

Exceptuando el caso de los tranquilizantes, en 2005 los consumidores de sustancias psicoactivas fueron predominantemente jóvenes de 15-34 años⁶. Esto es especialmente cierto para las drogas ilegales, cuya prevalencia de consumo en los últimos 12 meses es en todos los casos mucho más alta en el grupo 15-34 años que en el grupo 35-64 años⁶. Así, por ejemplo, la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses para cannabis, cocaína y éxtasis fue de 19,8%, 5,2% y 2,4%, respectivamente, en el grupo 15-34 años frente a 4,7%, 1,3% y 0,4% en el grupo 35-64 años. Las prevalencias de consumo de alcohol o tabaco son algo superiores en el grupo 15-34 años que en el grupo 35-64, con cifras en los últimos 12 meses de 79,4% y 47,3% entre los primeros y de 74,7% y 38,8% entre los segundos. Finalmente, el grupo de 35-64 años consume en mayor proporción tranquilizantes (6,4%) que el grupo 15-34 años (3,4%).

La percepción del riesgo ante distintas conductas de uso de drogas podría relacionarse con la resistencia de la población a desarrollar esa conducta en la actualidad o en el futuro. A mayor percepción del riesgo menor probabilidad de desarrollarla y viceversa⁶.

De todas las conductas, las consideradas más peligrosas por parte de los encuestados son el consumo habitual (semanal o con mayor frecuencia) de heroína, de LSD o alucinógenos, de cocaína y de éxtasis⁶. En el extremo opuesto, las conductas con menor percepción de riesgo son el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana, el consumo de tranquilizantes o somníferos esporádicamente, considerando esporádico el consumo con una frecuencia mensual o menor, y el consumo esporádico de cannabis⁶. También se percibe un riesgo relativamente bajo ante el consumo habitual de cannabis o tranquilizantes/somníferos, así como ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas⁶.

Entre 1997 y 2005 ha aumentado bastante el riesgo percibido ante el consumo de un paquete de tabaco diario, y algo el riesgo percibido ante el consumo esporádico o experimental de éxtasis o cocaína. Sin embargo, ha disminuido el riesgo percibido ante el consumo esporádico o habitual de cannabis, y ante el consumo diario o semanal de bebidas alcohólicas. El riesgo percibido ante el resto de las conductas de consumo ha permanecido relativamente estable⁶.

El estudio de las variaciones entre 2003 y 2005 muestra que ha aumentado la proporción de personas que perciben muchos o bastantes problemas ante el consumo de un paquete de cigarrillos diariamente, ante el consumo de cannabis habitual o esporádicamente, y ante el consumo de bebidas alcohólicas durante el fin de semana o diariamente. Por el contrario, ha disminuido la percepción del riesgo ante el consumo, habitual o esporádico, de tranquilizantes⁶.

Plan Nacional sobre Drogas: encuesta ESTUDES

En 2006 se realizó una nueva Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)⁸, enmarcada en la serie de encuestas que vienen desarrollándose en España de forma bienal desde 1994, dirigidas a los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Estas encuestas se financian y promueven desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuentan con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación y Ciencia. El objetivo general de las mismas es conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los participantes, con el fin último de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas, centradas sobre todo en el medio familiar y/o escolar. Esta información complementa la obtenida con otras metodologías, como los indicadores de problemas de drogas (admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias o mortalidad relacionada con las drogas), la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)⁶, o los indicadores de oferta y control de la oferta.

La población de referencia son los estudiantes de 14 a 18 años que cursan enseñanzas secundarias en España. La proporción de jóvenes de 14-18 años que cursó este tipo de enseñanzas en España se situó en un 75%-82% en el período 1994-2006. En cada una de las encuestas, se estudió una muestra en torno a 20.000-27.000 estudiantes (26.454 en 2006), 800-1400 aulas (1.322 en 2006), y 400-600 colegios (577 en 2006)⁸.

En 2006 las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años seguían siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 79,6% había tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 46,1% tabaco y un 36,2% cannabis. La proporción de consumidores de estas sustancias en los 30 días previos a la encuesta fue de 58% para alcohol, 27,8% para tabaco y 20,1% para cannabis⁸.

La proporción de estudiantes que había tomado alguna vez en la vida tranquilizantes fue de un 12,6%, y la de los que los habían tomado sin receta de un 7,6%. La prevalencia de consumo en los últimos 30 días fue de un 3,6% y un 2,4%, respectivamente⁸. El uso del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, sustancias volátiles, heroína) estaba mucho menos extendido, situándose la prevalencia de alguna vez en la vida entre el 1% y el 5,7% y la prevalencia en los últimos 30 días entre el 0,5% y el 2,3%⁸. Si se comparan estos resultados con los de las encuestas precedentes, se observa una disminución de la prevalencia de consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso de tabaco, cannabis y cocaína. Estas dos últimas sustancias son, por otra parte, las drogas ilegales más extendidas y cuyo consumo había crecido más en los últimos años.

Los estudiantes de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2006 las sustancias que se empezaban a consumir más precozmente eran el tabaco, las sustancias volátiles y el alcohol, cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. Le siguen los tranquilizantes y el cannabis (14,2 y 14,6 años, respectivamente). La cocaína, el éxtasis, los alucinógenos y las anfetaminas fueron las que se empezaron a consumir a una edad más tardía (15,4, 15,5, 15,5 y 15,6 años, respectivamente). No se observaron variaciones importantes de la edad de inicio por sexo ni con respecto a años anteriores, si bien en 2006 para tranquilizantes,

cocaína y sustancias volátiles se ha adelantado algo, y para heroína se ha retrasado⁸.

La extensión del consumo de drogas en los estudiantes de 14 a 18 años varía mucho según el sexo. En 2006 los chicos consumían en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que el consumo de tabaco y tranquilizantes estaba más extendido entre ellas. Para las bebidas alcohólicas la prevalencia era similar en ambos sexos. No obstante, la prevalencia de consumo intensivo de tabaco o alcohol era mayor en los varones que en las mujeres. En el caso de las drogas ilegales, se observa que las diferencias en las prevalencias por sexo son más acusadas a medida que el consumo es más frecuente o intensivo. Es decir, la diferencia relativa es mayor para el consumo en los últimos 30 días que para el consumo alguna vez en la vida.

La edad es una variable determinante de la extensión del consumo de drogas en los estudiantes. La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, de forma que el consumo alcanza su máximo a los 17 y 18 años. Los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol, tabaco y cannabis se producen entre los 14 y los 16 años. En cambio, para los estimulantes (éxtasis, cocaína o anfetaminas), se produce entre los 16 y los 18 años. Ello como es lógico tiene que ver con la edad en que se comienza a consumir, muy posterior en estas últimas sustancias⁸.

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. En 2006 un 36,2% lo habían consumido alguna vez en la vida, un 29,8% en el último año y un 20,1% en los últimos 30 días. El consumo estaba más extendido en los chicos en todos los indicadores, sin bien esta diferencia no era tan acusada como para otras drogas ilegales, aunque las diferencias aumentaban al hacerlo la frecuencia o la intensidad del consumo. La prevalencia de consumo diario era de un 3,2% (4,2% en chicos y 2,2% en chicas). El cannabis era también la droga ilegal que se empezaba a consumir a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Secundaria era de 14,6 años, siendo similar en ambos sexos y no mostrando variaciones significativas respecto a años anteriores⁸. La extensión y la frecuencia de consumo de cannabis se va incrementando con la edad, desde los 14 a los 18 años. El mayor incremento tiene lugar entre los 14 y 15 años. En 2006 a los 18 años un tercio de los estudiantes había consumido cannabis en el último mes y un 11,9% lo había hecho más de 10 días en ese período. En el 2006 se observó un importante descenso del consumo después de muchos años de aumento continuado. De hecho, descendieron, con respecto a 2004, tanto la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, como la prevalencia de consumo reciente o actual, y el descenso afecta a todas las edades y tanto a varones como a mujeres. Paralelamente, aumentó la percepción de riesgo sobre el consumo de cannabis⁸.

La cocaína es, después del cannabis, la droga ilegal cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes. Un 5,7% la había consumido alguna vez en la vida, un 4,1% en los últimos 12 meses y un 2,3% en el último mes. Se trata fundamentalmente de un consumo esporádico. De hecho, más de la mitad de los que lo habían consumido en el último mes lo habían hecho uno o dos días. En 2006 se preguntó por primera vez por separado por el consumo de cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína) y de cocaína base (crack). La forma de consumo más extendida con diferencia entre los estudiantes es la cocaína en polvo. Sin embargo, los datos que se presentan a continuación incluyen tanto una u otra forma bajo la rúbrica «co-

caína», con el fin de simplificar y comparar con años anteriores⁸. En 2006 el consumo fue superior en varones que en mujeres en los tres indicadores de consumo, y en todas las edades, a excepción de los 14 años que es similar en ambos sexos. La expansión del consumo se produjo sobre todo a los 17-18 años. La edad media de inicio en el consumo fue 15,4 años, un poco antes que en encuestas precedentes⁸. Los datos de 2006 nos muestran que ha habido un descenso acusado del consumo de cocaína entre los estudiantes de 14 a 18 años, rompiendo con la tendencia creciente de los últimos años. Este descenso se ha producido sobre todo en los 17 y 18 años, edades en las que se había incrementado mucho su consumo en 2004⁸.

El «éxtasis» es una denominación genérica para varias drogas sintéticas estimulantes derivadas de la anfetamina. En el cuestionario de la encuesta se hace referencia a estas sustancias con los nombres de «éxtasis» «pastis» o «pirulas». En 2006 un 3,3% de los estudiantes de secundaria habían consumido estas sustancias alguna vez en la vida, un 2,4% en el último año y un 1,4% en el último mes⁸. Como en el caso de las demás drogas ilegales, la proporción de consumidores masculinos era muy superior a la femenina, y esta diferencia era más acusada en los consumos más frecuentes. En los últimos 30 días el porcentaje de chicos que había consumido éxtasis era de un 2,1% frente a un 0,7% de chicas. Como sucedía con la cocaína y otros estimulantes y alucinógenos, se trata de un consumo generalmente esporádico, de forma que la mayoría de los que habían consumido en el último mes lo habían hecho uno o dos días en ese período. El consumo aumenta con la edad, situándose el mayor aumento entre los 15 y 16 años. La edad media de inicio en el consumo se situaba en los 15,5 años, similar que la del resto de estimulantes. No se observaron variaciones significativas en la edad de inicio con respecto a años anteriores ni entre hombres y mujeres⁸. En el 2006 la prevalencia de consumo de estas sustancias continuó descendiendo suavemente, especialmente la prevalencia alguna vez en la vida, tanto en chicos como en chicas. El consumo actual (últimos 30 días) apenas varió con respecto a 2004, observándose un ligero aumento entre los varones (2,1%, en 2006, y 1,9%, en 2004)⁸. En el cuestionario se hace referencia a estas sustancias con el nombre de «speed», «anfetaminas», «anfetás», «metanfetamina», «ice», «cristal». La extensión del consumo de estos estimulantes en 2006 fue similar a la del éxtasis. Un 3,4% de los estudiantes de 14 a 18 años las había consumido alguna vez en la vida, un 2,6% en el último año y un 1,4% en el último mes. El consumo estaba más extendido en los varones, y se incrementaba con la edad. El mayor aumento de la prevalencia de consumo se producía entre los 17 y los 18 años. Se trataba también de un consumo en su mayoría esporádico. La edad de inicio en el consumo se situó en los 15,6 años, siendo similar en ambos sexos y estando más o menos estabilizada en los últimos años⁸.

El consumo de anfetaminas también descendió en 2006, continuando la tendencia iniciada en 2004. Este descenso se produjo en los tres indicadores, principalmente en los varones, y en general a partir de los 16 años.

En ESTUDES se incluyen preguntas sobre los problemas que a juicio de los estudiantes puede ocasionar el consumo de las diferentes sustancias. Estas preguntas permiten sondear el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas, lo que puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. Conforme aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga, tiende a disminuir la extensión o la intensidad del consumo y viceversa. Por ello, se analiza la proporción

de estudiantes que percibe alto riesgo ante determinadas conductas de consumo (porcentaje que piensa que una conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas). En 2006 las conductas de consumo de drogas que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años asociaban a un menor riesgo eran tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente, y tomar tranquilizantes o somníferos esporádicamente⁸. Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo eran el consumo habitual (una vez a la semana o más frecuentemente) de heroína, éxtasis o cocaína. También se asociaba a un nivel importante de riesgo el consumo esporádico de estas tres últimas drogas, y en general consumir cualquier droga de comercio ilegal. El riesgo percibido por las mujeres era superior al percibido por los varones, especialmente para el consumo de alcohol y el consumo de cannabis⁸.

Plan General de Prevención de Drogas en las Fuerzas Armadas: encuesta MPTM

El periodo analizado en nuestro estudio, de 2002 a 2007, ha querido coincidir con la implantación en España del modelo de tropa profesional (MPTM) en las FAS.

El grupo analizado, de 18 a 21 años, coincide con la frontera entre la población general considerada como adolescente/escolar y la adulta de la ESTUDES y EDADES (14 a 18 años y 15 a 64 años, respectivamente); sin embargo, y por razones de incorporación progresiva de la mujer a las FAS, la predominancia del sexo masculino es mayoritaria en nuestro caso (más del 80%).

Para 2002, se establece una nueva encuesta para MPTM denominada «Conocimiento de las drogodependencias para MPTM», esta encuesta es la misma que se ha empleado en años sucesivos.

En 2002 ya no existía Tropa de Reemplazo y este hecho puede que se pusiese de manifiesto, de forma más acusada, en los resultados de 2003. Otro hecho que ha podido influir en la disparidad de resultados aparecidos en 2003, es el de que, hasta diciembre de ese mismo año, el coeficiente intelectual requerido para ingresar era del 70% como mínimo, y para 2004 se elevó al 80%, esto hizo que el número de bajas en los procesos selectivos disminuyese a partir de 2004.

La prevalencia del consumo de drogas de abuso en la población estudiada está sujeta al sesgo propio del grupo de edad y sexo (mayoritariamente varones de entre 18 y 30 años), a las características del medio militar y al control de drogas en las Unidades, y por lo tanto los resultados obtenidos no son del todo extrapolables a los de la población general. De hecho, nuestra horquilla de edades estudiada, aún encontrándose más en cercana a la utilizada por la encuesta ESTUDES, se inicia con la edad en la que termina ésta última. Ello es extremadamente importante si tenemos en cuenta la enorme variabilidad que puede existir en los hábitos y conductas de jóvenes por debajo (ESTUDES) y por encima de los 18 años (MTM/PGPDFAS).

No obstante, en nuestro estudio se comprueba un consumo ocasional de drogas ilegales de un 15% para el cannabis y de un 2-8% para el resto de drogas; algo muy distinto de los resultados ofrecidos por la ESTUDES, en la que un 36% admitía haber consumido cannabis alguna vez en la vida, el doble con respecto a nuestro estudio, mientras que un 1-8% lo declaraba para el resto de drogas, resultados idénticos.

Sin embargo, debe quedar claro que los ítems de los cuestionarios sobre drogas utilizados por el PNSD y por las FAS no son equiparables. El concepto de consumo «alguna vez en la vida» de ESTUDES es tan impreciso como el «ocasional» (en ciertas ocasiones), utilizado en nuestras encuestas sobre la población MTM, aunque es el más aproximado. Tampoco se analizan las mismas drogas. De hecho, en nuestro estudio no existe ninguna pregunta que haga referencia a los solventes volátiles o inhalables.

En nuestro estudio, un 6% de los encuestados declaran consumir cannabis ocasionalmente, datos muy diferentes de los publicados por el PNSD⁶. Lo preocupante sigue siendo que de los que admiten haber consumido drogas en algún momento, un 56% declara hacerlo sin clara percepción del riesgo, en el sentido de no considerarlo incompatible con llevar una vida sana.

La prevalencia general de los no consumidores ha aumentado a lo largo de los años 2002-2007, esta reducción es muy significativa para el caso del cannabis: 10% en el periodo abarcado. Estos datos, de disminución progresiva en el consumo, junto a los de edades de inicio coinciden con las tendencias de la ESTUDES.

Especialmente interesantes son los resultados que se obtienen en relación con el medio militar y que no permiten comparación. El 67,5% de los encuestados opinan que la profesión militar no influye en el consumo de drogas, pero un 25% cree que, de alguna manera, lo puede aumentar. Sin embargo, este porcentaje ha disminuido progresivamente desde 2002 a 2007 en cuatro puntos, indicando una mejor opinión y percepción de las FAS sobre el consumo de drogas.

Igualmente, existe la impresión mayoritaria de que la participación en operaciones o ejercicios no influye sobre el consumo de drogas. De hecho así lo cree un 79%, con una tendencia positiva de opinión de 2002 a 2007 en cuatro puntos. Curiosamente un 13% que opina que la participación en operaciones/ejercicios disminuye el consumo.

También ha mejorado la opinión de la influencia de las guardias o servicios sobre el consumo de drogas. En este sentido los datos son todavía más abultados: el 83% opina que la realización de guardias no sólo no aumenta el consumo de drogas, sino que un 16% opina que lo disminuye. Aunque un 42% piense que no se afecta el consumo, existe una ganancia positiva de 4 puntos entre 2002 y 2007.

Por último, el 71% de los encuestados opina que se deberían de hacer controles de drogas en orina a todos los miembros de las FAS, un hecho que apoya la tesis de que el personal militar avala las medidas de control analítico de drogas de abuso.

Llegados a este punto, debemos indicar la necesaria revisión del modelo de encuesta de opinión empleado. La encuesta se debe de simplificar y unificar, al menos en lo referente a los datos generales y no específicos de las FAS, de acuerdo al modelo empleado por el PNSD y OED (ESTUDES y EDADES), con el fin de contrastar datos de la población general con los de la población militar. Para los datos específicos de las FAS, los ítems utilizados deben incluir con más claridad las preguntas y las posibles respuestas, abarcando todas las situaciones laborales o profesionales de interés. Para todo ello se debería contar con grupo de expertos permanente en el marco de las estructuras de coordinación del futuro PGPDFAS.

Otra consecuencia que hemos objetivado es la necesaria aleatorización de las Unidades objeto de la encuesta, debiendo de ser seleccionadas no sólo por su capacidad operativa.

Una limitación del estudio podría ser el propio diseño, con encuestas no validadas y con una selección no perfectamente aleatorizada de los encuestados. Sin embargo, el hecho de que la pretensión del estudio

fuera analizar retrospectivamente encuestas de opinión y que el estudio se haya realizado en una amplia muestra de población en todo el territorio nacional, así como que los encuestados hayan sido reclutados consecutivamente, junto a una rigurosa depuración de la base de datos, hace que los resultados posiblemente reflejen el patrón de consumo, actitudes y percepción del riesgo de drogas de los MPTM.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio permiten concluir que, para el personal militar de tropa y marinería de las FAS: 1.º) Existe una disminución progresiva en la prevalencia del consumo general de drogas; 2.º) Se observa una influencia favorable y progresiva del medio militar y de sus actividades en relación con la reducción del consumo de drogas; 3.º) Se demanda, de forma mayoritaria, la realización de controles analíticos de drogas para todos los profesionales de las FAS; 4.º) Los estudios de opinión sobre prevalencia del consumo de drogas son necesarios, pero se deben simplificar, validar, analizar, unificar, coordinar y evaluar por expertos; 5.º) El modelo de encuesta a aplicar en las FAS debería adaptarse, en lo posible, al utilizado por el PNSD; 6.º) Los planes de prevención y control de drogas de los tres ejércitos y el Plan General del MINISDEF han demostrado su utilidad y eficacia.

Autorización

Este trabajo ha sido autorizado, con los autores que se reseñan, para su publicación por el Subdirector General de Personal

Militar (Dirección General de Personal), coordinador del Ministerio de Defensa en materia de drogas ante el Grupo Interministerial del Plan Nacional sobre Drogas, en escrito de 21 de enero de 2009.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan General de Prevención de Drogas en las Fuerzas Armadas, de 1 de Agosto de 2000, de la Subsecretaría de Defensa.
2. Ejército de Tierra: Instrucción General 4/98 del EME, sobre Prevención y Control de la Droga en el Ejército (PYCODE).
3. Armada: Coordinación Sobre Drogas en la Armada (COSDAR) de 1 de Diciembre de 2000.
4. Ejército del Aire: Plan Antidroga del Ejército del Aire (PADEA). 22 de Marzo de 1.988 (primera edición), 24 de Febrero de 1.993 (segunda edición) y 6 de Junio 2001 (tercera edición).
5. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Servicio de Publicaciones. Madrid, 1985. ISBN: 84-505-1985-3.
6. Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/08. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe Técnico. Octubre, 2008.
7. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2008. ISBN 978-92-9168-325-3
8. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. NIPO: 351-08-002-3.