

Creencias sesgadas respecto al grado de "dureza" de algunas drogas en estudiantes universitarios

CUNILL, M.*; PLANES, M.**; GRAS, M.E.***

(*) Becaria de colaboración

(**) Profesora titular del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento

(***) Profesora titular del área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento
Departamento de Psicología. Universidad de Girona.

Enviar correspondencia a:

Montserrat Planes Pedra. Departamento de psicología. Edificio Seminario. Plaza Sant Domènec, nº9, 17071 GIRONA.

Resumen:

El objetivo de esta investigación es evaluar las creencias de los estudiantes universitarios respecto a la dureza de diez drogas: anfetaminas, café, heroína, barbitúricos, marihuana, ansiolíticos, tabaco, alcohol, cocaína y té. Ciento cincuenta y cinco estudiantes de Psicología debían indicar si creían que estas sustancias eran o no drogas duras. Los resultados indican que aunque existe consenso a la hora de clasificar como drogas duras a la heroína y la cocaína y como drogas blandas al tabaco, el café y el té, no existe acuerdo respecto a la clasificación de las otras sustancias. Asimismo se observa que aunque la OMS clasifica el alcohol como una droga altamente peligrosa, menos de la mitad de sujetos lo consideran una droga dura. En general los sujetos tienden a considerar las drogas legales como menos duras independientemente de sus efectos nocivos para la salud. Estos resultados adquieren relevancia cuando lo que se pone en juego es la fiabilidad y validez de los datos obtenidos en diferentes investigaciones que utilizan habitualmente estos conceptos.

Palabras clave: Valoración de las drogas, drogas duras y blandas, creencias.

Summary:

The objective of this investigation is to evaluate beliefs among the university student population regarding ten hard drugs: amphetamines, coffee, heroin, barbiturates, marijuana, tranquilizers, tobacco, alcohol, cocaine and tea. One hundred and fifty five Psychology students were to indicate whether or not they considered these substances hard drugs. The results indicate that although a consensus exists in the classification of heroin and cocaine as hard drugs and tobacco, coffee and tea as soft drugs, there is no existing consensus in the classification of the other substances. Likewise, it is observed that even though the OMS classifies alcohol as a highly dangerous drug, less than half of subjects consider it a hard drug. In general, subjects tends to consider legal drugs less hard regardless of their harmful health effects. These results take on importance when what is put into play is the reliability and validity of data obtained from different investigations which habitually utilize these concepts.

Key words: Drug assessment, hard-soft drugs, beliefs.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la droga, entendido en términos generales como el consumo, el tráfico y la producción de ésta, es indiscutiblemente complejo. Esta complejidad no deriva sólo de la cantidad de factores (personales, culturales, sanitarios, sociales, económicos, etc.) que en él intervienen (Trías, 1992) sino también del hecho de que no es un fenómeno estático ya que evoluciona paralelo al desarrollo socio-cultural, dificultando su concreción y abordaje (Sans, 1988).

El auge de las drogas en nuestra sociedad, sobre todo desde los años 70 (Martí, 1996; Trías, 1992), ha hecho aumentar el interés de los profesionales, mayo-

ritariamente del campo de la salud, por intentar consensuar contra qué se ha de luchar (tipo de drogas, dependencia, etc.) y qué medidas (políticas, sanitarias, etc.) se deben adoptar. Desde 1985 existe en España el Plan Nacional Sobre Drogas cuyo objetivo es establecer la política en materia de drogas y elaborar programas preventivos (Martí, 1996). Según Estievenart (1996) actualmente las políticas más avanzadas son las que fusionan en un todo coherente las medidas represivas contra el tráfico de drogas y las medidas socio-sanitarias para tratar a los toxicómanos, ya sea de forma individual o a nivel colectivo. Asimismo se tiene en cuenta que la drogodependencia no sólo tiene gran efecto para la persona que la padece, sino

que lleva consigo un elevado coste tanto económico como social (Lahuerta y Lloret, 1994).

Pese a la elevada preocupación y alarmismo que producen hoy en día, las drogas no son algo novedoso y propio de la juventud de estas últimas décadas; el consumo de sustancias tóxicas se remonta a tiempos inmemoriales aunque el uso que de éstas se hacía estaba limitado en muchas ocasiones a prácticas religiosas y dista claramente del actual (Escohotado, 1994).

Partiendo de una realidad de estas características, no es de extrañar que el concepto de droga y toda la terminología asociada (dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc.) presente cierta ambigüedad que puede derivar en concepciones o creencias discrepantes.

Esta falta de consenso no se halla sólo entre la población general cuya concepción de la droga suele estar cargada de estereotipos, sino que es frecuente también entre los profesionales que trabajan en este ámbito.

Para definir y clasificar las drogas se utilizan múltiples criterios: fisiológico, conductual, económico, legal, etc. Pese a esta variedad de enfoques, la definición más aceptada es la propuesta por la OMS, según la cual la droga "es toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más funciones de éste" (Kramer y Cameron, 1975, p.13). Algunos autores consideran que esta definición peca de simplismo, ya que la droga no se reduce a una realidad únicamente fisiológica sino que es algo más amplio y complicado que la modificación funcional del organismo (Freixa, 1982; Goldstein, 1995; Repetto, 1985).

Asimismo, algunas de las clasificaciones que se han hecho de las drogas (legal vs. ilegal, dura vs. blanda, etc.) han sido muy controvertidas por considerarse artificiales y creadoras de falsas creencias y estereotipos (Goldstein, 1995; Repetto, 1985). Si bien es cierto que la clasificación de las drogas es necesaria, (ya que por ejemplo no podemos hablar indistintamente del té o de la heroína), únicamente es útil cuando especifica claramente su objetivo. Los principales motivos de confusión cuando se habla de drogas duras vs. blandas o de drogas legales vs. ilegales son la falta de concreción de los objetivos y las fuertes connotaciones ideológicas (Sans, 1988).

La sociedad acepta de manera variable el uso de drogas en función de la región, la época, las circunstancias, la naturaleza de la droga y las dosis consumida poniendo de manifiesto que su **legalidad o ilegalidad** depende de cada cultura (Lahuerta y Lloret, 1994). En esta línea, Martí y Murcia (1988) considera drogas institucionalizadas por una comunidad a aquellas que son aceptadas por su tradición cultural y cuyo consumo, producción y tráfico no están sancionados.

Esto ocurre por ejemplo con el alcohol y el tabaco en la cultura occidental y con el cannabis en algunos países del norte de África.

El problema surge cuando, como sugiere Goldstein (1995), la distinción entre droga legal e ilegal lleva a la población a pensar y actuar como si la nicotina y el alcohol por el hecho de ser legales fueran menos peligrosas y adictivas que las drogas ilegales (marihuana, LSD, cocaína, drogas de diseño, etc.). Según Lahuerta y Lloret (1994) no es aconsejable la distinción entre drogas legales e ilegales ya que ambas categorías incluyen sustancias que tienen un poder adictivo semejante, al igual que consecuencias negativas directas, tanto para la propia persona consumidora como para el entorno social del afectado. En este sentido, los resultados de los estudios epidemiológicos realizados en España (Cfr. Becoña, 1994) muestran que en nuestro país el tabaco es la droga que mayor mortalidad provoca seguida por el alcohol (44.000 y 20.000 personas al año respectivamente).

Sin embargo, los medios de comunicación potencian con sus anuncios el consumo de drogas tales como el tabaco y el alcohol presentándolos con imágenes y mensajes de éxito social y sexual, de seguridad y, aunque parezca contradictorio, de salud, siendo los adolescentes su población diana (González, García y González, 1996). Ocurre todo lo contrario con las drogas ilegales que se presentan en los informativos como un serio problema reforzado por todo un marco jurídico-policial. Generalmente cuando se habla de drogas como algo problemático y negativo en los medios de comunicación se trata de las no institucionalizadas lo que según Llopis, Pons y Berjano (1996), puede derivar en una mayor aceptación y tolerancia hacia el consumo de las drogas legales y un rechazo extremo hacia las ilegales.

Asimismo cuando se habla de drogas de forma genérica y sin más especificaciones la gente muchas veces de manera automática, identifica como tales a las ilegales, mientras que ni en el lenguaje de la calle, ni en los niveles políticos, ni determinados profesionales de la salud consideran el alcohol, las xantinas y la nicotina como drogas (El País, 1994). Incluso en algunos estudios se separan como si fueran variables diferentes las drogodependencias y el alcoholismo (Weinstein, 1982; Steele, Forehand, Armistead y Brody, 1995).

Otra forma de clasificar las drogas, también muy controvertida, es etiquetarlas como **duras o blandas**. La discrepancia conceptual muchas veces mediada por la falta de consenso sobre lo que debe significar droga dura o blanda es mucho mayor que en el caso anterior.

Freixa (1982) y Martí y Murcia (1988) asocian esta distinción con el tipo de dependencia creada: una

droga blanda es aquella sustancia que no crea dependencia física pero sí psicológica. Mientras que la dependencia psicológica supone la necesidad de tomar la sustancia para mantener el funcionamiento habitual y un nivel aceptable de bienestar, la dependencia física comporta la aparición del síndrome de abstinencia cuando se interrumpe bruscamente su administración (Mothner y Weitz, 1986).

La OMS clasifica las drogas en cuatro grupos en función de su peligrosidad; las más peligrosas serían aquellas que crean dependencia física con mayor rapidez y que presentan mayor toxicidad y las menos peligrosas aquellas que crean únicamente dependencia psicológica. Estos grupos ordenados de mayor a menor peligrosidad son: Grupo 1: opiáceos. Grupo 2: barbitúricos y alcohol. Grupo 3: cocaína y anfetaminas. Grupo 4: LSD, cannabis y mescalina. (Kramer y Cameron, 1975).

Pese que a nivel teórico parece quedar clara la distinción entre ambas categorías (droga dura/droga blanda) y el tipo de drogas que en ella se incluyen, no sucede lo mismo cuando éstas se utilizan a nivel social. Por ejemplo, Font, Oliveras, Gras y Planes (1996) observaron que pocos sujetos de una muestra universitaria informaban haber tenido experiencia (ya sea propia -0,9%-, de algún familiar -4,2%-, o de algún amigo -19,9%-) con el consumo de drogas duras. Si tomamos en consideración los resultados de una encuesta realizada a nivel estatal en 1994 por el Plan Nacional Sobre Drogas, según la cual el 78,5 % de los estudiantes entre 14 y 18 años reconoce consumir bebidas alcohólicas e incrementar su consumo los fines de semana (Bretones, 1995), podemos pensar que probablemente los estudiantes de la investigación

de Font, et al. (1996) no consideraron el alcohol dentro de la categoría de droga dura.

Como podemos apreciar, la falta de un lenguaje claro y socialmente compartido respecto a los peligros que entraña el uso de determinadas sustancias, propicia que los mensajes de los programas preventivos no lleguen a todos los destinatarios debido a que gran parte de ellos no se sienten aludidos. Por otra parte, la necesidad de consenso terminológico adquiere relevancia cuando lo que se pone en juego es la fiabilidad y validez de los resultados de las diferentes investigaciones que usan habitualmente este tipo de conceptos.

En consecuencia, el objetivo de la presente investigación es evaluar cuáles son las creencias de los jóvenes universitarios respecto a la dureza de algunas drogas y hasta qué punto se ajustan a los datos disponibles sobre los riesgos que su consumo comporta para la salud.

MÉTODO

Participaron en el estudio 155 estudiantes de la Universidad de Girona de primer y segundo ciclo de psicología (120 mujeres, 33 hombres y 2 sujetos que no informaron sobre este dato), que asistieron el día de la pasación del cuestionario a diversas asignaturas troncales. La edad de los sujetos está comprendida entre los 18 y 38 años (Media = 21,48 ; SD = 3,35).

Se elaboró un autoinforme compuesto por un inventario y una escala. Este sencillo instrumento presenta, en formato de tabla, un listado de 10 sustan-

TABLA 1: Distribución de los sujetos (N=155) en función de su creencia respecto a la dureza de las drogas estudiadas.

	DROGA DURA	DROGA NO DURA
HEROINA	100%	0%
COCAINA	93,50%	6,50%
ANFETAMINAS	78,40%	21,60%
ANSIOLITICOS	52,30%	47,70%
MARIHUANA	42,50%	57,50%
BARBITURICOS	41,10%	58,90%
ALCOHOL	30,90%	69,10%
TABACO	7,20%	92,80%
CAFE	3,30%	96,70%
TE	0,70%	99,30%

TABLA 2: Distribución de los sujetos en función de su creencia respecto a la dureza de las drogas estudiadas y del sexo.

	HOMBRES (n= 33)		MUJERES (n=120)	
	DROGA DURA	DROGA NO DURA	DROGA DURA	DROGA NO DURA
HEROINA	100%	0%	100%	0%
COCAINA	93,9%	6,10%	93,3%	6,7%
ANFETAMINAS	69,7%	30,3%	80,5%	19,5%
ANSIOLITICOS	54,5%	45,5%	51,8%	48,2%
MARIHUANA	27,3%	72,7%	46,6%	53,4%
BARBITURICOS	45,5%	54,5%	39,7%	60,3%
ALCOHOL	31,3%	68,7%	31,4%	68,6%
TABACO	6,3%	93,7%	7,6%	92,4%
CAFE	6,1%	93,9%	2,6%	97,4%
TE	0%	100%	0,9%	99,1%

TABLA 3: Porcentaje de sujetos en función del orden otorgado a las diferentes sustancias respecto al grado de dureza (n=83)

ORDEN EN UNA ESCALA DE DUREZA										
SUSTANCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
HEROINA						2,4	1,2	4,8	8,4	83,1
COCAINA					2,4	2,4	4,8	18,1	62,7	9,6
ANFETAMINAS				3,6	7,2	10,8	31,3	34,9	9,6	2,4
ANSIOLITICOS	1,2		6,0	10,8	16,9	27,7	25,3	9,6	1,2	1,2
MARIHUANA	2,4	3,6	6,0	14,5	21,7	13,3	10,8	15,7	8,4	3,6
BARBITURICOS		1,2	1,2	7,2	30,1	30,1	19,3	9,6	1,2	
ALCOHOL		2,4	19,3	36,1	16,9	7,2	7,2	4,8	6,0	
TABACO	4,8	4,8	49,4	30,1	4,8	3,6	1,2		1,2	
CAFE	12,0	66,3	18,1	2,4					1,2	
TE	80,7	14,5	1,2	2,4	1,2					

cias: anfetaminas, café, heroína, barbitúricos (somniaferos), marihuana, ansiolíticos (valium), tabaco, alcohol, cocaína y té. Estas sustancias debían ser clasificadas por la totalidad de la muestra de forma dicotómica (si/no) en función de su creencia sobre si eran drogas duras o no. Además una submuestra (n = 83) debía valorarlas aplicando una escala de dureza que iba de 1 (menos dura) a 10 (más dura).

RESULTADOS

Tal y como podemos apreciar en la tabla 1, todos los sujetos reconocen la heroína como droga dura.

Asimismo, casi todos (93,5%) consideran que la cocaína también lo es.

Por lo que se refiere al tabaco, el café y el té más del 90% de los sujetos no las consideran drogas duras.

En cuanto a los ansiolíticos, la marihuana y los barbitúricos la muestra se distribuye aproximadamente de forma equitativa entre la creencia de que son duras y la creencia de que no lo son. En el caso de las anfetaminas más de las tres cuartas partes las consideran como droga dura.

Donde los resultados son más impactantes es en la valoración del alcohol, ya que el 69,1% de la muestra no lo considera como droga dura.

Dado que las normas culturales suelen establecer pautas de consumo diferenciadas en ambos sexos, también presentamos los resultados teniendo en cuenta esta variable (ver tabla 2).

Se observan notables diferencias de creencias en la dureza respecto a las anfetaminas y la marihuana en función del sexo. Aunque los hombres tienden a considerar las anfetaminas como una droga menos dura en comparación con las mujeres, la diferencia observada no es estadísticamente significativa ($X^2_1 = 1,27$; $P = 0,184$). No sucede lo mismo con la marihuana ya que en este caso las diferencias observadas entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas ($X^2_1 = 3,95$; $P = 0,047$). También en este caso son los hombres los que mayoritariamente consideran que la marihuana no es una droga dura.

La tabla 3 muestra como los sujetos (de ambos sexos) han ordenado las drogas en función de su grado de dureza. Estos resultados siguen la misma tónica reflejada en la tabla 1 ya que de forma mayoritaria asignan a la heroína el décimo y máximo lugar como droga dura. No obstante, algunos sujetos consideran otras substancias como la cocaína, la marihuana, las anfetaminas o los ansiolíticos más duras que la heroína.

Tanto la cocaína como las anfetaminas se consideran drogas de gran dureza, y en ningún caso son clasificadas en posiciones inferiores al 5 o al 4 respectivamente.

La mayor variabilidad se observa en la clasificación de los ansiolíticos y la marihuana que obtienen rangos entre 1 y 10. Por lo que se refiere a los barbitúricos la mayor parte de los sujetos (96,4%) los sitúan entre la cuarta y la octava posición. Sólo un sujeto sitúa al café y al té en posiciones superiores al 4.

Respecto al alcohol casi el 75% de la muestra lo sitúa en posiciones inferiores o iguales a 5, porcentaje que en el caso del tabaco supera el 90%.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que existe un gran consenso por parte de los universitarios en la clasificación de algunas drogas, como duras (heroína y cocaína) o blandas (té, café y tabaco).

Las creencias de los sujetos respecto a la dureza del tabaco se ajustan al criterio de clasificación de la OMS basado en el tipo de dependencia (física/psíquica) creada. Sin embargo, como profesionales de la salud, nos preocupa que se utilice el calificativo "blanda" para hacer referencia a una sustancia como el tabaco que es responsable sólo en España, de manera directa o indirecta, de decenas de miles de muertes anuales (Becoña, 1994). Tengamos en cuenta que,

a los efectos directamente perjudiciales de la nicotina sobre el sistema cardiovascular se han de sumar sus cualidades adictivas que favorecen el contacto continuado del fumador con los agentes carcinógenos presentes en la combustión del tabaco (Swonger y Constantine, 1985).

Por lo que se refiere a los barbitúricos y el alcohol, que la OMS clasifica en el segundo grupo de peligrosidad, menos de la mitad de los sujetos los consideran como drogas duras. Esto es especialmente relevante en el caso del alcohol por ser una sustancia cuyo consumo está muy extendido en la cultura occidental. Al mismo tiempo, los mensajes que nos llegan sobre los efectos del alcohol son en muchas ocasiones ambivalentes. Por ejemplo, en la actualidad se le reconoce un efecto beneficioso para la salud si su consumo es moderado (Salazar y Rodríguez, 1995), ciertas manifestaciones de consumo excesivo pero limitado en el tiempo son socialmente toleradas o incluso alentadas y únicamente existe rechazo social ante el abuso continuado o uso irresponsable (conducir ebrio).

Los barbitúricos junto con los ansiolíticos y la marihuana son las sustancias respecto a las que existe menor consenso entre los estudiantes. Un factor que podría ayudar a comprender el porqué no existe una tendencia clara en la valoración de los ansiolíticos y los barbitúricos radicaría en el uso terapéutico que generalmente se hace de ellas (Swonger y Constantine, 1985). Son sustancias que los médicos pueden prescribir a los pacientes, que se venden en las farmacias y que es probable que algún miembro de la familia las utilice en algún momento de su vida.

Sorprende observar que a pesar de que la OMS clasifica la marihuana dentro del cuarto grupo de peligrosidad, claramente por debajo del alcohol, en general los sujetos creen que la marihuana es más dura. Factores tales como la ilegalidad-legalidad de las sustancias, la experiencia con las mismas y su mayor o menor aceptación social podrían modular estas creencias. Por ejemplo, por lo que se refiere a la influencia de la experiencia, Small, Silverberg y Kerns, (1993) observaron que los estudiantes cuando comenzaban a tomar alcohol juzgaban los efectos de su consumo de manera más benevolente.

Las principales implicaciones que pueden tener los resultados obtenidos son las siguientes:

- 1) El significado de la terminología en uso a nivel social no siempre se corresponde con lo propugnado por la OMS, y no siempre es deseable que se corresponda como hemos visto en el caso del tabaco.
- 2) Sería conveniente fomentar el uso de las clasificaciones que también reflejen los efectos perjudiciales para la salud, a corto y largo plazo, a fin de eliminar falsas creencias.

- Becoña, E. (1994) Introducción. En E. Becoña, A. Rodríguez y Y. Salazar (coord.) **Drogodependencias I**. (pp. 15-20). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Bretones, E. (1995) Informe. Encuesta del Plan Nacional Sobre Drogas. **Interdependencias**, (11), 29.
- Escotado, A. (1994). **Historia de las drogas**. Vol. I-II-III. Madrid: Alianza.
- Estievenart, G. (1996). El problema de la droga hoy. **Interdependencias**, (14-15), 5.
- Font, S., Oliveras, C., Gras, E. y Planes, M. (1996) Vulnerabilidad percibida i optimisme poc realista als problemes de salut. **El mirall unidireccional**, (3), 4-9.
- Freixa, F. (1982). **El fenómeno de la droga**. Barcelona: Aula Abierta Salvat.
- Goldstein, A. (1995). **Adicción**. Barcelona: Ediciones de Neurociencias.
- González, F., García, M., González, S.G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. **Psicothema**, 8 (2), 257-267.
- Kramer, J.F y Cameron, D.C. (comp.) (1975). **Manual sobre dependencia de las drogas**. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Lahuerta, A. y Lloret, T. (1994). **Drogas: síntomas y signos**. Barcelona: Octaedro.
- Lebeau, B. (1996). VIIª Conferencia Internacional sobre reducción de riesgos en drogodependencias en Hohart (Australia). **Interdependencias**, (16), 20.
- Los españoles dicen fumar menos y beber menos que hace 10 años. (1994, Febrero 6). **El País**.
- Llopis, D., Pons, J. y Berjano, E. (1996). Evaluación diferencial de la imagen social de los consumidores de drogas. **Psicothema**, 8, (3), 465-474.
- Martí, J.L. y Murcia, M. (1988). **Aspectos fundamentales en Drogodependencias**. Barcelona: Herder.
- Martí, V. (1996) España, las drogas y sus circunstancias. **Interdependencia**. (16), 15-16.
- Mothner, I. y Weitz, A. (ed.) (1986). **Como abandonar las drogas**. Barcelona: Martínez Roca.
- Repetto, M. (1985). **Toxicología de la drogadicción**. Madrid: Diaz de Santos.
- Salazar, I. y Rodríguez, A. (1995) Prevención en drogodependencias: una visión crítica. En E. Becoña, A. Rodríguez y Y. Salazar (coord.) **Drogodependencias IV**. (pp. 159-203). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Sans, J. (1988) Drogodependències: conceptes bàsics i classificació. En **Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya**. Servei de serveis socials. Diputació de Barcelona.
- Small, S.A., Silverberg, S.B. y Kerns, D. (1993) Adolescents' perceptions of the cost and benefits of engaging in health-compromising behaviors. **Journal of Youth and Adolescence**, 22 (1) , 73-87.
- Steele, R.G., Forehand, R., Armistead, L. y Brody, G. (1995) Predicting alcohol and drug use in early adulthood: The role of internalizing and externalizing behavior problems in early adolescence. **American Journal of Orthopsychiatry**, 65 (3), 380-388.
- Swonger, K. y Constantine, L.L. (1985) **Drogas y terapia**. Madrid. Alhambra.
- Trias, X. (1992) Presentación. En X. Majó (coord.) **L'atenció primària de salut i drogodependències**. (p.p. 5-6). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Weinstein, N.D. (1982) Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. **Journal of Behavioral Medicine**, 5 (4), 441-460.

Agradecimientos: Este artículo ha podido realizarse gracias a la ayuda S-UdG97-149 de la Universitat de Girona.