

**plansobreDrogas:**  
para Asturias



AÑO 2003 OBSERVATORIO SOBRE DROGAS PARA ASTURIAS



Gobierno del Principado de Asturias

# **OBSERVATORIO SOBRE DROGAS PARA ASTURIAS**

**Informe número 2**

**Año 2003**

**Dirección General de Salud Pública y Planificación Sanitaria**

## **Elaboraron el documento:**

---

**Mario Margolles Martins**  
**Ignacio Donate Suárez**  
**Álvaro Cañada Martínez**

Sección de Información Sanitaria. Dirección General de Salud Pública

---

## **Monográficos:**

*Mortalidad por consumo de tabaco, alcohol, y drogas ilegales o ilícitas en Asturias:*

**Ignacio Donate Suárez**  
**Mario Margolles Martins**  
**María Luisa Redondo Cornejo**

Sección de Información Sanitaria. Dirección General de Salud Pública

*Uso de las drogas de síntesis en la población juvenil del Principado de Asturias:*

**Javier Fernández Ludeña** (Colegio Oficial de Psicólogos)  
**Esteban Álvarez Fresno** (Colegio Oficial de Psicólogos)  
**Álvaro Cañada Martínez** (Dirección General de Salud Pública)  
**Ignacio Donate Suárez** (Dirección General de Salud Pública)

*Satisfacción de las mujeres con los tratamientos de drogodependencias en el Principado de Asturias:*

**Cristina Arnáez Montaraz** (Colegio Oficial de Psicólogos)  
**Pedro A. Marina González** ( Dirección de Salud Mental )

*Consumo de tabaco en centros sanitarios en el Principado de Asturias:*

**Elías Rodríguez García** (Colegio Oficial de Psicólogos)  
**Julio Valderrey Barbero** (Colegio Oficial de Psicólogos)  
**Carmen Mosquera Tenreiro** (Dirección General de Salud Pública)  
**Beatriz Eyaralar Riera** (Dirección General de Salud Pública)

---

## **Agradecimientos:**

---

A la **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas** por facilitarnos las bases de datos correspondientes a las Encuestas sobre Drogas (Encuesta Domiciliaria y Encuesta en Población Escolar

A la **Unidad de Evaluación y Sistemas de Información de los Servicios de Salud Mental del SESPA**, por su información y comentarios.

Al **Servicio de Coordinación del Plan Regional sobre Drogas** por la orientación facilitada sobre las fuentes de información.

---

## **Indice:**

<b>Introducción</b>	4
<b>Resumen de los contenidos del informe</b>	6
<b>1.- Consumos de drogas:</b>	
A. El tabaco	12
B. El alcohol	18
C. Los tranquilizantes	25
D. Las sustancias ilegales:	
o Derivados del cánnabis	26
o Cocaína	28
o Drogas de síntesis	28
o Anfetaminas	29
o Alucinógenos	29
o Heroína	29
<b>2.- La opinión de los ciudadanos</b>	31
<b>3.- Actuaciones sobre la oferta</b>	36
<b>4.- Indicadores básicos de seguimiento del Plan de Drogas para Asturias</b>	39
<b>5.- Monográficos del Observatorio sobre Drogas para Asturias:</b>	
1. La mortalidad por consumo de tabaco en Asturias	47
2. La mortalidad por consumo de alcohol en Asturias	56
3. La mortalidad por drogas ilegales o ilícitas en Asturias	64
4. Uso de las drogas de síntesis en la población juvenil Del Principado de Asturias	69
5. Satisfacción de las mujeres con los tratamientos de drogas en el Principado de Asturias	76
6. Estudio sobre consumo de tabaco en centros sanitarios en el Principado de Asturias	79

## Introducción:

El Observatorio sobre Drogas para Asturias presentó en sus dos informes anteriores una visión detallada de la situación de las drogas en nuestra Comunidad Autónoma, tratando de manera exhaustiva los aspectos más relevantes relacionados con las drogodependencias, como son: los consumos de las diversas sustancias, las consecuencias de dichos consumos, la respuesta del sistema sanitario ante el problema de las drogas y la opinión y percepción por parte de los ciudadanos.

En este informe queremos centrarnos fundamentalmente en un análisis de la situación del consumo de las principales drogas en Asturias y en las consecuencias para la salud de este consumo.

Añadimos, también, un apartado sobre la opinión y percepción de los ciudadanos sobre el fenómeno de las drogodependencias, en cuanto a las conductas relacionadas con el consumo de drogas, que son fundamentales para entender de una manera global el fenómeno de las drogas, dado que nos muestran qué consume, cómo consume, dónde consume, porqué se consume drogas, además de que nos indican cuál es la valoración de la población sobre ese consumo, cuál es el concepto de riesgo asociado, además de indicarnos cuáles son las presiones que el medio plantea hacia el individuo para el consumo de drogas.

El trabajo se completa con un extracto de los principales estudios sobre drogas realizados desde la Dirección General de Salud Pública en el año 2001 y 2002, con una evaluación de los indicadores básicos de seguimiento del Plan sobre Drogas para Asturias, y con una serie de informes sobre las repercusiones en términos de mortalidad a causa de las drogas (tabaco, alcohol, drogas ilícitas, etc.) en el Principado de Asturias, basado en los datos que dispone el Registro de Mortalidad del Principado de Asturias y en la estimación del impacto de las diferentes sustancias sobre la mortalidad por determinadas causas.

Los comentarios y datos que se exponen proceden, en su mayoría, de las siguientes fuentes de información y bases documentales:

Año	Encuesta	Dirección	Edad	Drogas	n	
					Asturias	España
1987	E. Nacional de Salud	MSyC	>15	Tabaco / Alcohol	980	29.647*
1993	E. Nacional de Salud	MSyC	>15	Tabaco / Alcohol	800	21.120*
1994	E. Drogas Población Escolar	PND	14 -18	Tabaco / Alcohol / Drogas ilegales		
1995	E. Nacional de Salud	MSyC	>15	Tabaco / Alcohol	448	6.400*
1995	E. Domiciliaria Consumo Drogas	PND	15 - 65	Tabaco / Alcohol / Drogas ilegales		
1996	E. Drogas Población Escolar	PND	14 -18	Tabaco / Alcohol / Drogas ilegales	883	19.191
1997	E. Nacional de Salud	MSyC	>15	Tabaco / Alcohol	192	6.400*
1997	E. Domiciliaria Consumo Drogas	PND	15 - 65	Tabaco / Alcohol / Drogas ilegales	709	12.515
1998	E. Drogas Población Escolar	PND	14 -18	Tabaco / Alcohol / Drogas ilegales	775	18.346
1999	E. Domiciliaria Consumo Drogas	PND	15 - 65	Tabaco / Alcohol / Drogas ilegales	457	12.488
2000	E. Drogas Población Escolar	PND	14 -18	Tabaco / Alcohol / Drogas ilegales	661	20.450
2001	E. Domiciliaria Consumo Drogas	PND	15 - 65	Tabaco / Alcohol / Drogas ilegales	429	14.113
2002	E. Salud para Asturias	CSSS Asturias	>15	Tabaco / Alcohol/ Tranquilizantes	2.031	

n: Tamaño muestra / \*: adultos / MSyC: Ministerio Sanidad y Consumo / PND: Plan Nacional Drogas/CSSS Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.

También se han utilizado los siguientes estudios: Uso de drogas de síntesis en la población escolar del Principado de Asturias (2001), Satisfacción de las mujeres con los tratamientos para drogodependientes (2002), Consumo de tabaco en profesionales sanitarios del Principado de Asturias (2002), Percepción de riesgo del consumo de drogas en escolares de enseñanza secundaria del Principado de Asturias (2003), Consumo de Psicofármacos en el Principado de Asturias entre la población que acude a consulta médica en atención primaria (2003).

## **Resumen de los contenidos del informe:**

Para facilitar la lectura de este informe se ofrece un pequeño resumen que aporta una visión extractada con los principales contenidos del mismo. El orden en que se exponen es el mismo que aparecen en el documento.

### **El tabaco**

Cerca de un tercio de la población asturiana mayores de 15 años (300.000 personas) se declaran consumidores de tabaco.

Uno de cada tres hombres (37%) y una de cada cuatro mujeres asturianas (28%) son consumidores de esta sustancia.

La incorporación al hábito tabáquico se sigue realizando a edades tempranas de la vida, de manera que la edad media de inicio al consumo diario es en torno a los 14 años.

En el colectivo de adolescentes la frecuencia de consumo diario de tabaco ( año 2002) es ya del 28%.

Las prevalencias más altas de uso de esta sustancias las encontramos en el grupo de edad de los 25 a 34 años donde fuma prácticamente la mitad de la población (48%).

El importante incremento que se produce con la edad en el porcentaje de exfumadores, sobre todo en los hombres, hace que las cifras de frecuencia de consumo de tabaco se mantengan bastante estables e incluso disminuyan.

El consumo diario de tabaco en los últimos años (1997- 2001) es bastante estable manteniéndose en niveles altos. La evolución por géneros es distinta, en el caso de los hombres se produce una ligera disminución y en el de las mujeres un incremento.

En nuestra Comunidad Autónoma el consumo diario de tabaco es un poco superior a la media nacional durante el período de tiempo comprendido entre 1997 y 1999, y en la actualidad (2001), la media española de consumo diario supera ligeramente a la asturiana.

### **El alcohol**

El alcohol es la sustancia de mayor consumo en la sociedad asturiana. Un 10% de los asturianos declaran tener un consumo diario y un 20% un consumo, al menos, semanal.

La precocidad en el inicio del consumo de alcohol es una realidad en los jóvenes en los que la edad media de inicio se sitúa un poco antes de los 15 años.

Los hombres declaran consumir más alcohol que las mujeres, tanto en lo que se refiere a la frecuencia de uso (número de días de consumo) como a la intensidad del mismo (cantidad de alcohol ingerido).

El consumo de alcohol está muy ligado al ocio y tiempo libre, de manera que, tanto en jóvenes como en adultos, son muy superiores los fines de semana a los días laborables.

En los jóvenes en el grupo de adolescentes (14-18 años), el patrón de consumo de fin de semana está aún más acentuado. Más de cuatro de cada diez de los escolares (14-18 años) encuestados declaran haber consumido alcohol todos los fines de semana.

Uno de cada diez asturianos realizan un consumo abusivo de alcohol en fin de semana y un 3% día laborable. Esta ingesta abusiva de alcohol es muy superior en el caso de los hombres.

Los episodios de intoxicaciones etílicas no son infrecuentes en nuestro medio. En el colectivo de adolescentes (14-18 años) el 54,3% dice haberse emborrachado alguna vez en la vida, y la media de intoxicaciones etílicas al mes es de 2,76. En el conjunto de la población el 21% y el 6% manifiestan haberse emborrachado el último año y en último mes respectivamente.

La bebida más consumida en Asturias en días laborables es el vino seguida de la cerveza, y en fin de semana el vino y la sidra.

La evolución del porcentaje de bebedores diarios en nuestra comunidad autónoma mantiene una tendencia bastante estable entre los últimos años 1997-2001.

El porcentaje de bebedores diarios en España es superior al de Asturias, dándose la circunstancia de que los porcentajes de bebedores diarios en España, tanto en hombres como en mujeres, aumentaron en estos últimos años.

### **Los tranquilizantes**

El consumo de tranquilizantes en nuestro medio comienza a ser un problema de Salud Pública debido al componente de adicción que puede generar y a la búsqueda de resolución de problemas de diferente etiología mediante el uso de una sustancia química.

En Asturias, en el año 2002 la Encuesta de Salud para Asturias revela datos de consumo de un 14,1% de la población adulta asturiana. (consumo en los últimos quince días previos a la entrevista).

Existe un marcado mayor consumo en mujeres que en hombres. Así, un 19,5% de las mujeres adultas declaran haber consumido estos productos en las últimas dos semanas (sinónimo de habitualmente) frente a solo un 7,8% de los hombres.

### **Drogas ilegales**

#### **Cánnabis:**

El cánnabis es, sin lugar a dudas, la sustancia ilegal más consumida por el conjunto de los asturianos adquiriendo especial importancia en el caso de los más jóvenes.

Baste decir que, uno de cada cuatro asturianos de 15-65 años declaran haber consumido alguna vez en la vida porros, hachís o marihuana, un 8% refiere haberlo consumido en el último año y un 5,4% y un 4% tendrían un consumo más habitual (último mes y semanal).

En el caso de los más jóvenes (14-18 años) el problema se presenta con especial virulencia, con unos porcentajes de consumo muy superiores a la media de la población general. Un 42,8% de los adolescentes consumió esta sustancia alguna vez en la vida, un 37,5% la consumió en el último año, y un 17% hace un uso bastante habitual de la misma.



La proporción de consumidores habituales de cánnabis en nuestra Comunidad Autónoma se mantiene bastante estable en los últimos años, con una ligera disminución sobre todo en el caso de las mujeres.

Esta proporción de consumidores habituales de cánnabis es muy parecido entre Asturias y España, si bien en España en los últimos años aumentó de manera importante y en Asturias se mantiene más estable.

### **Otras sustancias:**

La cocaína y las drogas de síntesis (éxtasis) son, después del cánnabis, las sustancias ilegales que parecen ser más consumidas por el conjunto de los asturianos.

Estos consumos que en la población general (15-65 años) son relativamente pequeños (2% de consumidores habituales), en el caso de los jóvenes son más importantes.

Las frecuencias de uso habitual (último mes) en el colectivo de jóvenes (14 y 18 años) pasan a ser de un 6% en el caso de la cocaína y entre un 4% y un 5% en las drogas de síntesis.

El resto de sustancia (anfetaminas, speed, heroína, alucinógenos, sustancias volátiles), mantienen unas prevalencias de consumo muy inferiores a las anteriormente mencionadas.

Como cabía esperar las proporciones de consumo del resto de las sustancias son muy superiores en los jóvenes de 14 a 18 años. Se aprecian frecuencias de consumo más importantes en la fase de experimentación: 20% con las anfetaminas y Speed, 14% con los alucinógenos, y en menor medida con el resto. (4% con la heroína y sustancias volátiles).

En cuanto al consumo más habitual ( el realizado en el último mes), destaca que un 4% de los entrevistados declaran consumir anfetaminas y speed, y un 2% alucinógenos. La heroína y las sustancias volátiles presentan unos consumos habituales muy reducidos y en continuo retroceso.

### **Opinión**

Más de tres cuartas partes de los asturianos de 15-65 años consideran que las drogas ilegales son ***un problema en la sociedad actual***.

Las drogas ilegales parecen ser cada vez más ***accesibles*** para el conjunto de los/ asturianos, si bien esta accesibilidad está condicionada por la consideración de peligrosidad y por la utilización que se hace de las mismas.

Las drogas que se perciben como menos problemáticas (cuyo consumo supone ningún problema o pocos problemas) son las legales: tabaco, alcohol, los tranquilizantes, y también el cánnabis.

Los asturianos se inclinan por la aplicación de medidas de tipo informativo-educativo, mayor control policial y la utilización de leyes más estrictas para resolver el problema de las drogas.

### **Fallecimientos y consumo de tabaco:**

Cerca de un 20% de los fallecimientos totales en Asturias, en el año 2001, son imputables al tabaco. (28% de los hombres y el 12% de las mujeres)

Unas 2.250 personas pudieron haber muerto en el año 2001 como consecuencia del tabaco. Aproximadamente 35.000 asturianos habrían fallecido por esta causa en el período de tiempo comprendido entre 1987 y 2001 (razón de masculinidad 2,82).

Un 39% de las muertes debidas al tabaco lo fueron por neoplasias, un 41% por enfermedades cardiovasculares, y el 20% por enfermedades pulmonares.

En el año 2001 la tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) a causa del consumo de tabaco era de 731 APVP/100.000 habitantes, con una mayor tasa en hombres (1.300) que en mujeres (224).

Las causas que generan una mayor cantidad de APVP son los tumores de tráquea, bronquios y pulmón tanto en hombres como en mujeres, seguidas de enfermedad isquémica del corazón.

### **Fallecimientos y consumo de alcohol:**

En el año 2001 se estima que en Asturias un total de 393 fallecimientos, un 3,4% de las muertes totales, pueden ser imputables directamente al consumo de alcohol.

En los últimos quince años desde 1987 al año 2001 más de 6.000 asturianos pudieron haber fallecido afectados de alguna patología relacionada con el consumo de alcohol.

La mortalidad por consumo de alcohol tiene un predominio de hombres (razón de masculinidad de 4,6, es decir, por cada mujer fallecida por esta causa hay 4,6 hombres que fallecen por la misma).

Las personas que se mueren por consumo de alcohol lo hacen fundamentalmente por padecer cirrosis hepática (39%), tumor de esófago (17%), accidentes de tráfico por vehículos a motor (10%) y tumores malignos de labio/boca/faringe (10%). También por suicidio y lesiones autoinfligidas (9%).

En relación con los APVP, el consumo de alcohol generó en el año 2001 más de 4.650 APVP perdidos (casi 12 años por persona fallecida por esta causa).

Durante el periodo de estudio (de quince años) se pudieron dejar de vivir más de 70.000 años por parte de los asturianos como consecuencia del alcohol.

### **Fallecimientos y consumo de drogas:**

En Asturias fallecen todos los años entre 30-45 personas por causas directamente imputables a una reacción aguda tras el consumo de drogas ilegales o por trastornos del comportamiento debido a su consumo de drogas ilegales.

Este hecho significa que el 0,2% de los fallecimientos totales sucedidos en el año 2001 fueron ocasionados por reacción aguda al consumo de drogas ilegales o ilícitas, o por trastornos del comportamiento debidos a su consumo.

Las muertes son más frecuentes en hombres (cociente de masculinidad de 6,8 en el año 2001).

Entre el año 1996 y el 2001 se estima que a causa de fallecimientos por esta razón se perdieron 7.725 APVP, siendo el año con mayor pérdida 1998 (1.676 APVP).

Más del 90% de los APVP por estas causas suceden en hombres, en el período 1996-2001, si bien en 1996, esa cifra era del 97%, y en la actualidad, es del 84%.

El número medio de APVP por persona fallecida por estas causas fue en este período de cerca de 40 años, lo que revela la edad aproximada de fallecimiento (alrededor de los 30 años de edad) de cada persona. El número de APVP por persona fallecida es más alto en mujeres (mueren más precozmente) que en los hombres.

### **Consumo de drogas de diseño en la población juvenil del Principado de Asturias:**

El consumo de drogas de síntesis entre la población escolar creció de forma notable en Asturias en el período de 1998-2001.

Un ocho por ciento de los adolescentes asturianos afirman haber probado alguna vez en su vida las drogas de síntesis y un 4,7% las consumieron en el último mes.

En cuanto al patrón habitual de consumo, los datos asturianos muestran que el número medio de pastillas consumidas por sesión es de dos pastillas.

Tanto las pautas de consumo como los motivos confirman la asociación del consumo de éxtasis con los contextos y las motivaciones de tipo lúdico.

El pobre rendimiento académico, las actitudes permisivas hacia las drogas, las malas relaciones familiares y el consumo de drogas en el entorno (familia y grupo de amigos) se aprecian como factores de riesgo para el consumo de este tipo de sustancias.

En los locales donde se venden drogas de síntesis los elementos del ambiente son muy comunes: temperatura elevada, ventilación artificial, poca luz, volumen de la música alto o muy alto. Predomina la música tecno y bacalao.

La adquisición de éxtasis resultó más fácil en las discotecas, afters y locales que son conocidos como lugares de ambiente bakaladero.

En cuanto a los precios de las pastillas en su mayoría se adquirieron por 9 €, precio bastante estable e innegociable.

Los vendedores son principalmente jóvenes (20-22 años) y varones, con aspecto, descrito como normal, aunque con una vestimenta muy característica y común a todos: pantalón vaquero, camiseta de marca y calzado deportivo.

La mayoría de los consumidores son también varones, de edades entre los 25-28 años. Suelen encontrarse en grupos, bailando, sin apenas hablar, sólo moviéndose.

En cuanto al análisis de las pastillas, todas ellas contenían únicamente MDMA, conocido también como éxtasis. La riqueza media de las pastillas es del 30% de MDMA (máxima del 40 % y mínima del 23 %). El contenido de MDMA por pastilla se sitúa entre 44 mg. y 94 mg.

### **Satisfacción de las mujeres con los tratamientos para drogodependientes:**

El nivel de satisfacción de las usuarias respecto a los programas de tratamiento para drogodependientes en el Principado de Asturias es elevado.

La valoración que realizan las usuarias de los profesionales de los diferentes dispositivos asistenciales es alta: valoran positivamente tanto la relación como la atención y la capacitación de los profesionales.

La accesibilidad a los recursos es también alta, pero el hecho de que algunas mujeres indiquen haber tenido problemas con las listas de espera, hace que reflexionemos sobre la necesidad de ofrecer una atención inmediata.

El análisis de las variables relativas a la condición de mujer dentro del tratamiento mostró que las mujeres no se sentían tratadas de manera diferente por cuestión de género.

A la luz de los resultados obtenidos y las demandas explicitadas por las mujeres entrevistadas algunas propuestas que permitirían mejorar la atención serían: módulos de orientación vocacional y formación profesional en los programas de tratamiento, incorporación de servicios de atención psicológica en algunos recursos, evaluación y el abordaje de los trastornos mentales, minimización de las listas de espera, implicación en el tratamiento de las familias y de otras personas allegadas, diseño de intervenciones motivacionales previas al tratamiento de deshabituación, incremento de la información sobre los recursos de ayuda al drogodependiente.

### **Consumo de tabaco en los profesionales de la salud del Principado de Asturias:**

Los datos referentes a la prevalencia del consumo de tabaco señalan que un tercio de los profesionales de la salud en Asturias fuma, otro tercio manifiesta que nunca fumó, y otra tercera parte se declaran exfumadores.

El grupo profesional que más fuma es el de los servicios y el que menos el personal médico. Este grupo es el que presenta también el mayor porcentaje de exfumadores y el de enfermería el mayor de personas que nunca fumaron.

Tanto en atención primaria como en la atención especializada los porcentajes de fumadores eran muy parecidos, mientras que los trabajadores de la red de salud mental arrojaron datos inferiores de consumo.

Curiosamente, los profesionales de especialidades de riesgo (oncólogos, cardiólogos, neumólogos) presentaron un alto grado de consumo superior incluso al del resto de las especialidades.

La media de cigarrillos consumidos al día se situó alrededor de los 17, cifra similar para mujeres y hombres.

Destacar que la mayoría de los profesionales sanitarios fumadores fuman en su centro de trabajo, aunque muy pocos lo realizan delante de sus pacientes.

La mayor parte de los sanitarios muestran una preocupación por el hábito tabáquico de sus pacientes y afirman aconsejarles frecuentemente para que disminuyan o abandonen el uso de esta sustancia.

# 1.- Consumos de drogas:

## A.- El tabaco:

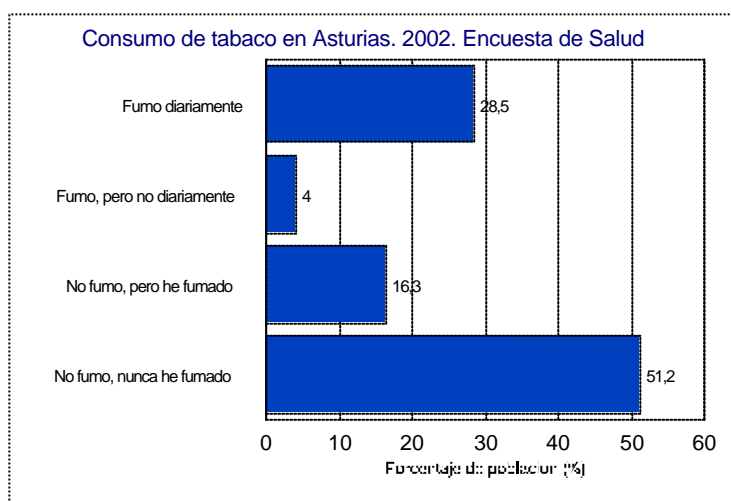
El consumo de tabaco es actualmente la principal causa de mortalidad evitable en los países desarrollados, y aunque la tendencia de la epidemia en nuestra Comunidad Autónoma es decreciente, aún consume tabaco frecuentemente un tercio de la población adulta de nuestra región.

La importante permanencia en el hábito se ve mediatizada por el carácter adictivo de la sustancia que se traduce en una fuerte dependencia física y psicológica, por la gran accesibilidad al producto, presente en casi todos los ámbitos, y por presión publicitaria creciente.

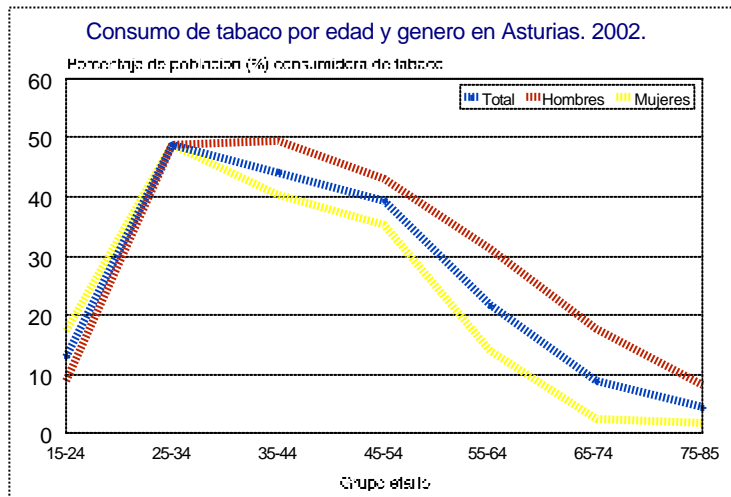
A finales del pasado año (2002) se ha realizado en nuestra Comunidad Autónoma la primera Encuesta de Salud (ESA) cuya explotación, en relación con el uso de drogas legales: tabaco, alcohol, tranquilizantes, etc, nos ha permitido una mayor y más precisa aproximación al consumo real de estas sustancias dentro de la población asturiana no institucionalizada mayor de 15 años de edad.

Los datos obtenidos de la Encuesta de Salud para Asturias del año 2002 ponen de manifiesto que el tabaco, junto con el alcohol, son las dos sustancias consideradas drogas más accesibles y más ampliamente consumidas por los asturianos y asturianas.

Gráficos 1 y 2:



Más de 300.000 asturianos y asturianas, mayores de 15 años, (32,5%) declaran ser consumidores de tabaco. De ellos, el 28,5% refieren tener un consumo diario de tabaco y el 4% manifiestan fumar de manera ocasional. (Gráfico 1 y Tabla 1)



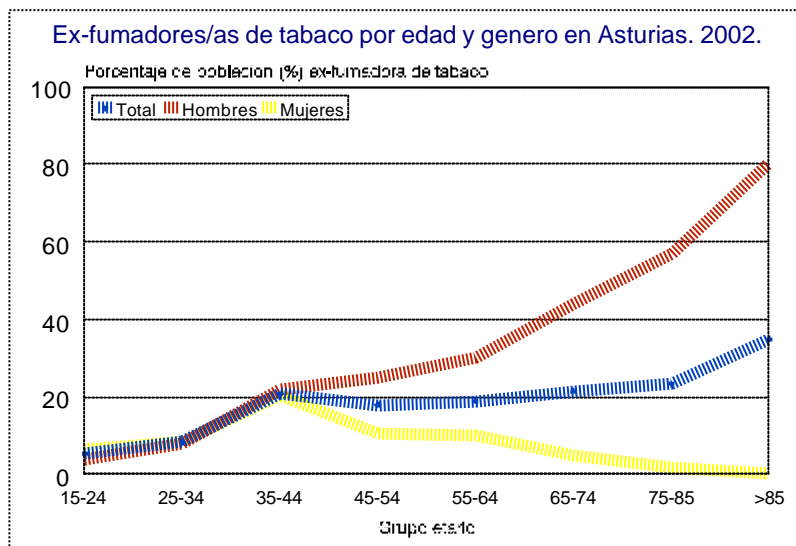
Analizando las características sociodemográficas (género, edad, etc.) observamos que el porcentaje de hombres fumadores es superior al de mujeres fumadoras, y, así, más de uno de cada tres hombres asturianos (37%) serían consumidores de tabaco y más de una de cada 4 mujeres (28%) (gráfico 2 y Tabla 1).

Las prevalencias de consumo más elevadas las encontramos en las personas pertenecientes al grupo de edad de los 25 a 34 años donde fuma prácticamente la mitad de la población (48,7%), seguido del grupo de 35-44 años

con un 44,1%. A partir de los 55 años el número de fumadores desciende notablemente hasta llegar a ser de un 7% en las personas mayores de 65 años. (Gráfico 2 y Tabla 1).

La mayor incorporación de las chicas al tabaquismo conlleva que hasta los 35 años las mujeres fumen más que los hombres, pero a medida que aumenta la edad, la proporción de hombres fumadores siempre supera al de las mujeres, como se puede observar en el Gráfico 2.

Gráfico 3:



El 16% de los asturianos y asturianas mayores de 15 años afirman ser exfumadores (personas que fueron fumadores y llevan más de seis meses sin fumar). Las curvas de exfumadores, como se ve en el Gráfico 3, siguen caminos divergentes en función del género.

Mientras que en hombres, como consecuencia de su mayor historia de tabaquismo, los porcentajes de exfumadores aumentan progresivamente

con la edad hasta llegar a superar el 55% en las edades mayores de la vida, en las mujeres, que se incorporaron más tardíamente al hábito tabáquico, se reproduce el patrón de exfumadores masculino hasta los 40 años y a partir del grupo de edad de 35-44 años disminuyen progresivamente hasta llegar a desaparecer las exfumadoras en las mujeres más mayores (Gráfico 3).

En la Tabla 1, se resumen las prevalencias del uso del tabaco en la población asturiana, según tipología de fumador, género y grupo de edad:

Tabla 1: Prevalencias (%) de consumo de tabaco por género, edad y tipo de consumo. Asturias, 2002:

	Fumador diario	Fumador no diario	Exfumador	No fumador
<b>Total</b>	<b>28,5</b>	<b>4,0</b>	<b>16,3</b>	<b>51,2</b>
<b>Hombre</b>	33,0	4,4	23,8	38,8
<b>Mujer</b>	24,6	3,6	9,6	62,1
<b>15-24</b>	35,5	7,8	5,3	51,0
<b>25-34</b>	44,9	3,8	8,3	43,1
<b>35-44</b>	41,3	2,8	20,8	35
<b>45-54</b>	33,7	5,5	17,9	43
<b>55-64</b>	16,6	5,0	18,9	59,9
<b>65-74</b>	7,0	1,8	21,4	69,7
<b>75-85</b>	3,3	1,1	23,4	72,3
<b>+ de 85</b>	-	-	8	65,2

ESA.2002

Según los datos obtenidos del estudio sobre Percepción de Riesgo del Consumo de Drogas en Escolares de Secundaria del Principado de Asturias del año 2002, entre los 14 y los 18 años, el 28% de los jóvenes fuma en la actualidad, el 25% asegura haber fumado alguna vez en la vida, y el 41% de los encuestados dice no haber fumado nunca.

Por último, un 6% de los jóvenes declara haber dejado de fumar. Estos porcentajes de consumo de tabaco en jóvenes son bastante coincidentes con los

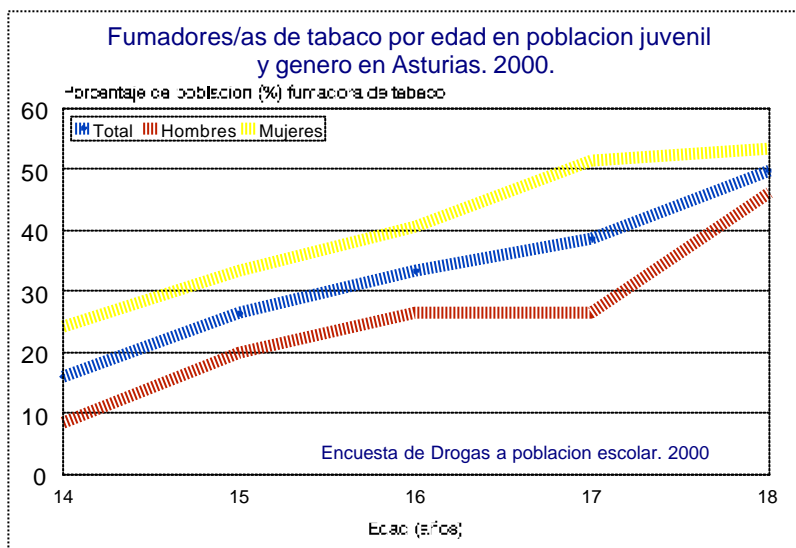
encontrados en la última Encuesta sobre Drogas a Población Escolar (EDPE) realizada por el Plan Nacional sobre Drogas en el año 2000, y vienen a corroborar las tendencias observadas en los últimos años en cuanto a la amplia extensión del consumo de tabaco en jóvenes (Tabla 1.B).

Tabla 1.B: Prevalencias (%) de consumo de tabaco en jóvenes 14-18 años. Asturias, 2000 y 2002:

	2000	2002
Fumador	33%	28 %
Fumador ocasional	20%	25%
Ex fumador	5%	6, %
No fumador	42%	41%

La edad media de inicio del consumo diario de tabaco son los 14,3 años ( encuesta sobre Percepción de Riesgo del Consumo), cifra muy en sintonía, también, con la obtenida en la última EDPE del 2000 en el que la edad de inicio al hábito tabáquico se sitúa en los 14,9 años.

Gráfico 3.B:



Destacar tres características que definen el consumo de tabaco por parte de los jóvenes asturianos:

En primer lugar, la alta prevalencia observada: entre los 14-18 años más de uno de cada cuatro jóvenes se declaran fumadores.

Las chicas fuman mucho más que los chicos, tanto en porcentaje total como en

todas y cada una de las edades. ( Gráfico 3 B), dato epidemiológico constante que se ha venido evidenciando reiteradamente en los últimos años.

Por último, en estas edades, aunque el hábito está bastante instaurado, existe una presencia de fumadores ocasionales muy superior al encontrado en población general 20% frente al 4%, circunstancia ésta que debe orientarnos a la hora de llevar a cabo programas de prevención y deshabitación.

Respecto a la **cantidad de tabaco consumida** los fumadores se dividen habitualmente en varias categorías o tipologías:

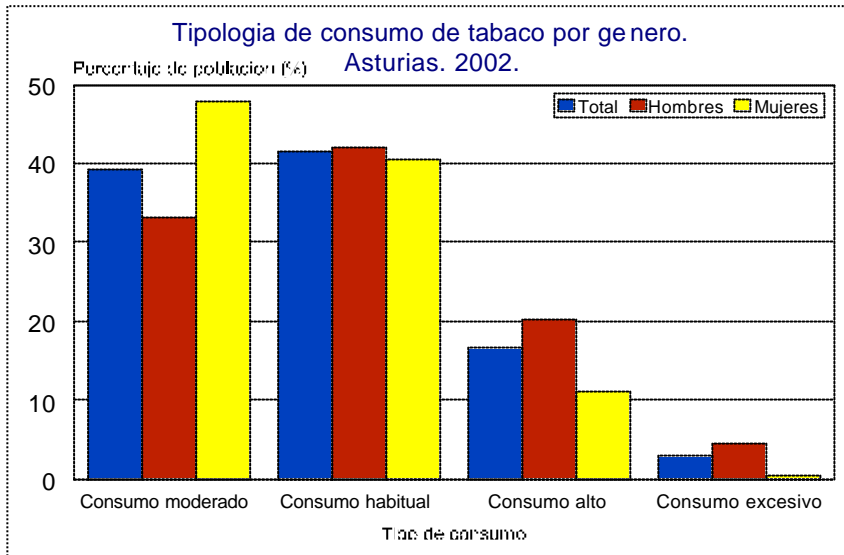
- Consumo moderado: 1 a 10 cigarrillos/día
- Consumidor habitual: 11 a 20 cigarrillos/día
- Consumo alto: 21 a 40 cigarrillos/día
- Consumo excesivo: más de 40 cigarrillos/día

La tipología de consumo predominante en los fumadores asturianos es la de *consumidor habitual* con un 41,4% del porcentaje total de fumadores, un 39% responde a una intensidad de consumo moderado y un 16% y 2,8% a un consumo alto y excesivo, respectivamente. (Gráfico 4).



Las diferencias de cantidad de tabaco fumado en función del género son importantes en las tipologías de consumos altos y excesivos. La media de cigarrillos/día consumidos está muy próxima a la cajetilla/día (20 cigarrillos) en el caso de los hombres y alrededor de los 15 pitillos diarios en las mujeres.

Gráfico 4:

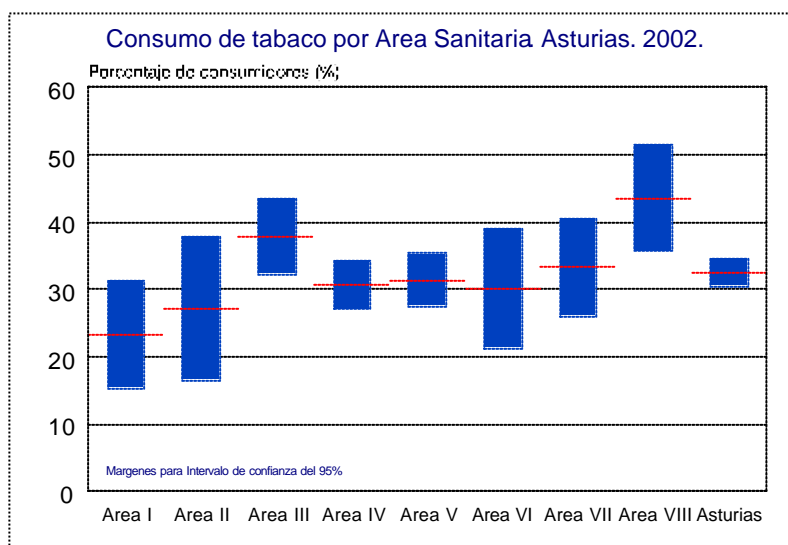


El análisis de la **continuidad en el consumo**, es decir, la proporción de personas que mantienen su consumo en el tiempo, es muy elevada. Esta fidelización en el hábito de fumar es más acusada en el caso de los hombres (21 años de media de permanencia en el hábito), probablemente debida al hecho de que en la historia del tabaquismo los hombres, llevan muchos más años fumado que las mujeres, cuya media de permanencia en el hábito

es de 14 años.

El consumo por **Áreas Sanitarias** en Asturias presenta algunas diferencias. Mientras que las Áreas I (Occidental) y la II (Suroccidental) los porcentajes de consumo son inferiores a la media de Asturias, probablemente debido a que se trata de zonas más rurales con población más envejecida y predominio de mujeres; las Áreas VIII (Nalón) y III (Avilés) muestran prevalencias superiores a la media asturiana (43,3%) y (38,3%) respectivamente. El resto de las Áreas Sanitarias, con pequeñas oscilaciones, se sitúan más próximas a los consumos medios. (Gráfico 5).

Gráfico 5:



Las personas con **niveles de estudio** más bajos declaran fumar menos (17,3%) que aquellas con mayor nivel de estudios medios, superiores (36,3%), y también que aquellas que cursaron estudios universitarios (34,2%). Estos porcentajes probablemente estén también influidos por la variable edad ya que las mayores prevalencias de consumo de tabaco, como se comentó anteriormente, se dan en personas jóvenes que son precisamente las que tienen mayor nivel de

estudios, mientras que las personas de mayor edad con menos estudios, muestran unos porcentajes muy inferiores de tabaquismo.



Respecto al consumo según el **nivel económico** no se aprecian diferencias estadísticamente significativas, si bien los mayores porcentajes de fumadores los encontramos en las clases sociales más bajas que se corresponderían con la clase social V (clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología) y la clase social con menor prevalencia de consumo la encontramos en la más alta (I).

El principal **motivo para dejar de fumar**, en aquellas personas que lo dejaron hace más de seis meses, responde en un 27% de los casos a molestias personales, seguido de la preocupación por los efectos nocivos en un 25,6%, y del consejo médico en un 24%. En el caso de los hombres, más de un tercio de los que abandonaron el hábito tabáquico refirieron hacerlo por padecer molestias, mientras que en las mujeres la principal causa fue la preocupación sobre los posibles efectos nocivos del tabaco. (Gráfico 6)

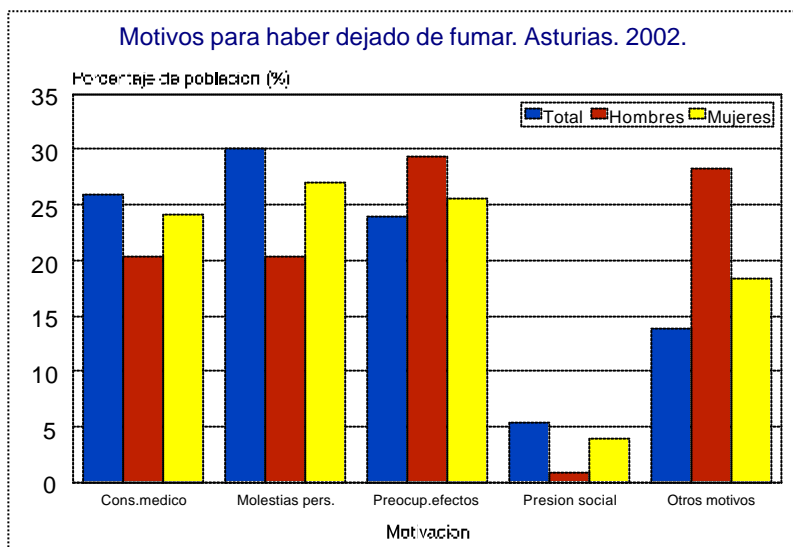
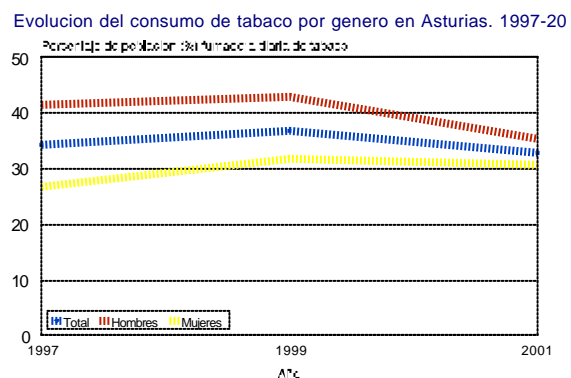
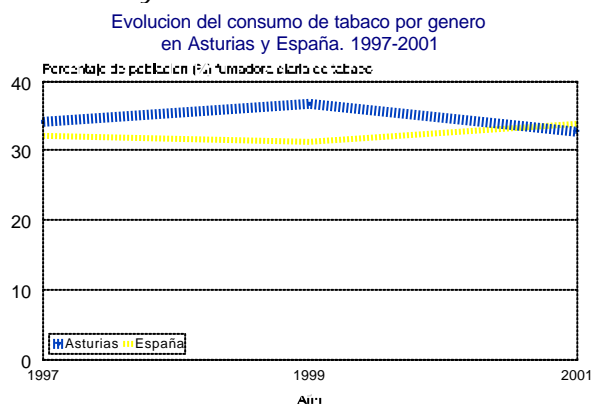


Gráfico 6:

Al objeto de ver la **evolución del consumo de tabaco** en los últimos años en Asturias y para comparar los consumos de Asturias respecto a los de España, a través de la serie de Encuestas Domiciliarias de Drogas 1997-99-2001, se han calculado las proporciones estandarizadas de consumidores/as diarios utilizando como población de referencia una en la que la distribución por edad y sexo es idéntica para cada grupo de edad.

En este sentido, la **evolución del consumo diario de fumadores** en Asturias muestran distintas variaciones en función del género. Mientras que en las mujeres se produce un incremento en el porcentaje de consumo diario en los hombres disminuye esa proporción. Esta circunstancia se viene observando en los últimos años, en las diversas encuestas que se realizan, como consecuencia de la mayor incorporación de las mujeres al tabaquismo, y, debido también, a la disminución en el hábito de los hombres fundamentalmente a expensas del incremento de exfumadores que se produce a partir de los 40 años (Gráfico 8).

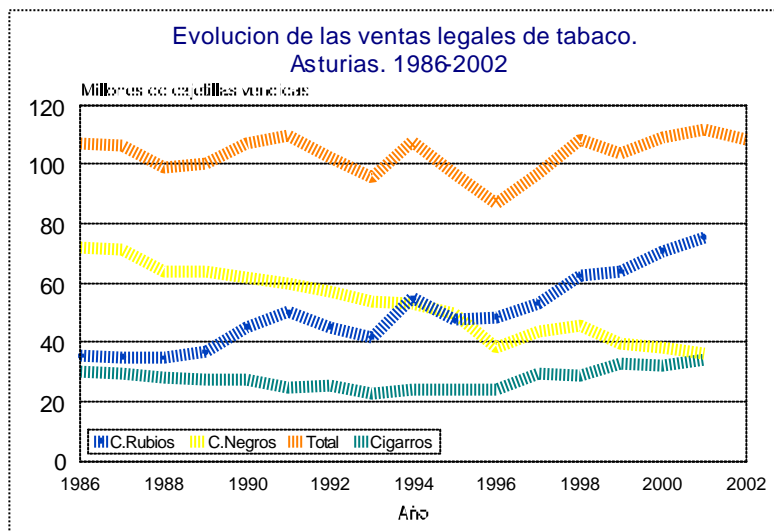
Gráficos 7 y 8:



Comparando la evolución en los diferentes años de **los consumos diarios de tabaco para Asturias y España**, observamos que durante el período 1997 - 1999 el porcentaje de fumadores es mayor en Asturias que en España, mientras que en el año 2001 se invierte esta tendencia y la media española pasa a superar ligeramente a la asturiana. (Gráfico 7).

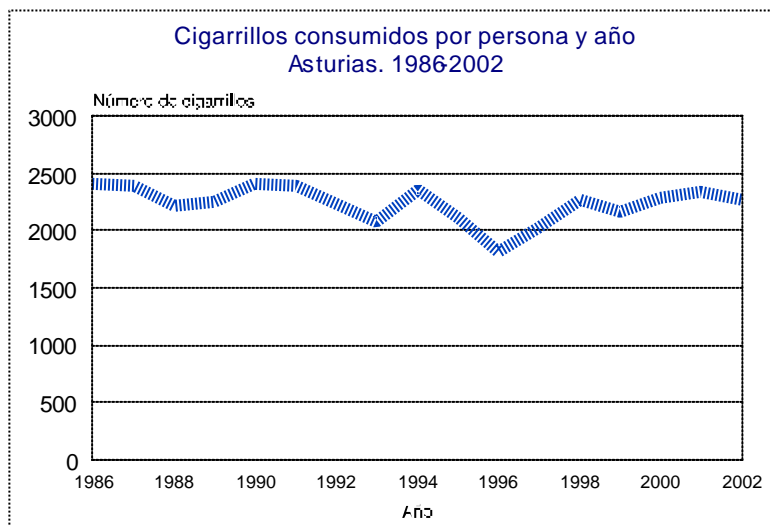
Analizando esta misma evolución por sexo, tenemos que los hombres asturianos fumaron más que los españoles entre 1997 y 1999 y, a partir de este año, reducen su porcentaje por debajo de la media española. Sin embargo, en el caso de las mujeres asturianas, éstas mantienen a lo largo de todos los años porcentajes de consumo diario por encima de la media española. Sería necesario disponer de una serie de más encuestas y más años para poder establecer tendencias más precisas. (Gráfico 8).

Gráfico 9:



Si tenemos en cuenta, en vez del consumo global en prevalencia, el correspondiente a la **evolución de las ventas legales de tabaco** (excluyendo obviamente el de origen en contrabando que en los últimos años está disminuyendo su cuota de mercado de una manera singular), observamos que en el último año ha existido un ligero descenso en el número de cajetillas legales vendidas en nuestra Comunidad Autónoma (más de 108 millones de cajetillas vendidas en el 2002), con un incremento marcado de venta de cigarrillos rubios, debido, en primer lugar, a una disminución de la venta de cigarrillos rubios mediante contrabando cuyo mercado se desplaza al sector legal, y, por otra parte, a una mayor apetencia del consumidor por esta forma de presentación del tabaco. Este incremento en el tabaco rubio es inversamente proporcional al del consumo de tabaco negro. Por otra parte, el consumo de cigarros (puros) es estable a lo largo de los años, característico de la población consumidora de este producto muy fiel al mismo (Gráfico 9).

Gráfico 10:

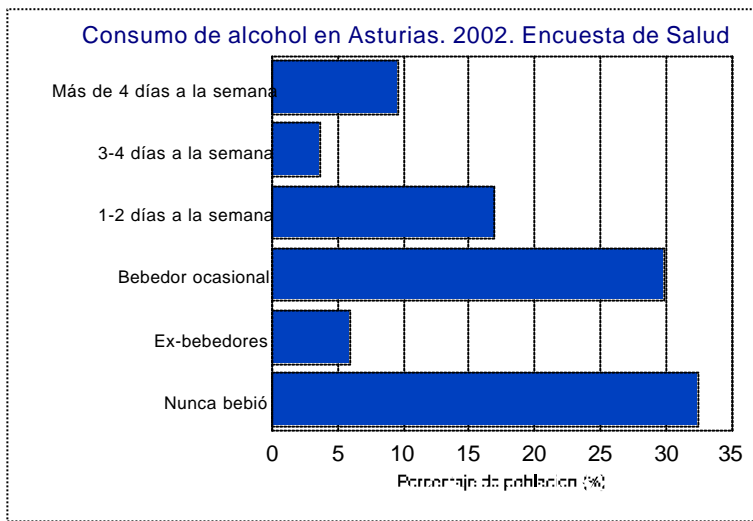


En **cantidad media de cigarrillos consumidos** (número de cigarrillos consumidos por persona adulta y año) en el año 2002 se sitúa en 2.269 cigarrillos por cada asturiano y año, lo que significa 6.982 cigarrillos al año, o 350 cajetillas al año por persona fumadora (19,1 cigarrillos por día y persona fumadora). Esta situación es bastante estable en los últimos tres años. (Gráfico 10).

## B.- El Alcohol:

El alcohol es la sustancia con una mayor penetración en la sociedad asturiana presentando unos consumos bastante generalizados y continuados en el tiempo. En general, dentro de la gran variabilidad existente en los consumos de alcohol, las zonas con mayor producción de bebidas alcohólicas son las más consumidoras, existiendo en Asturias una situación particular con la sidra donde es ampliamente consumida, fundamentalmente en fines de semana. Por otra parte, un factor esencial es la accesibilidad existente que está directamente relacionada con un mayor consumo. Evidentemente, también hay otros factores como los culturales, económicos, etc.

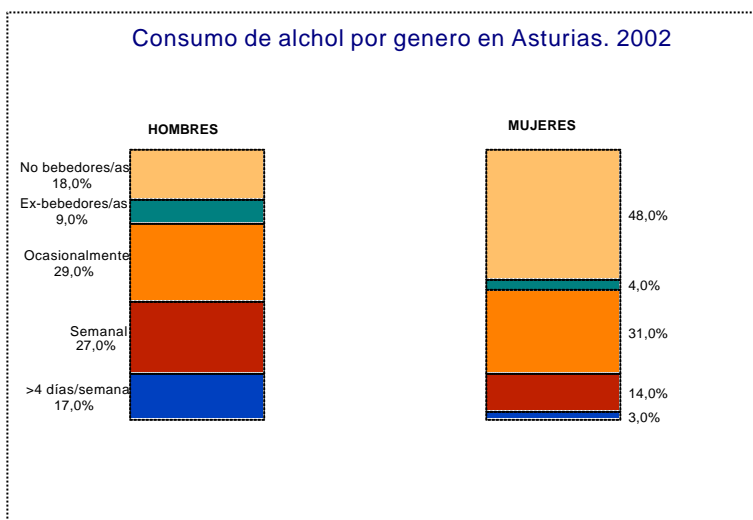
Gráfico 11:



En relación a Asturias el fenómeno, en cuanto a frecuencia, es importante ya que más de dos tercios de la población (77%) declaran haber probado en alguna ocasión algún tipo de bebida alcohólica, de los que un 10% declaran tener un consumo muy frecuente (más de 4 días a la semana), un 4% (3-4 días a la semana) y un 16% (1-2 días a la semana). Por tanto, un 30% de los asturianos manifiestan tener un consumo al menos semanal. (Gráfico 11).

Como ocurría en el caso del tabaco, los hombres declaran consumir más alcohol que las mujeres tanto en lo que se refiere a la frecuencia de uso (número de días de consumo) como a la intensidad del mismo (cantidad de alcohol ingerido). (Gráfico 12).

Gráfico 12:



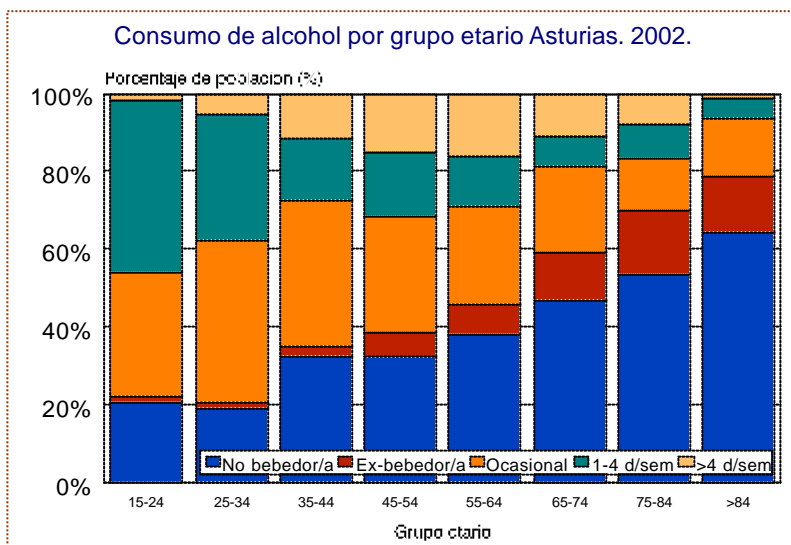
Los porcentajes de consumos habituales aumentan con la edad, evidenciándose un mayor consumo en las edades medias de la vida. Es de destacar que si bien en las generaciones más jóvenes el uso del alcohol está bastante extendido, en éstas, predomina más el consumo ocasional realizado fundamentalmente en fines de semana y contextos de ocio, mientras que en los adultos, están más presentes los consumos semanales y diarios aunque también son importantes los consumos

ocasionales. (Gráfico 13)

La existencia de dos perfiles de consumo de alcohol perfectamente diferenciados (consumo en día laborable y consumo en fin de semana), hace necesario analizar la ingesta de alcohol teniendo en cuenta el momento de la semana en que se produce.

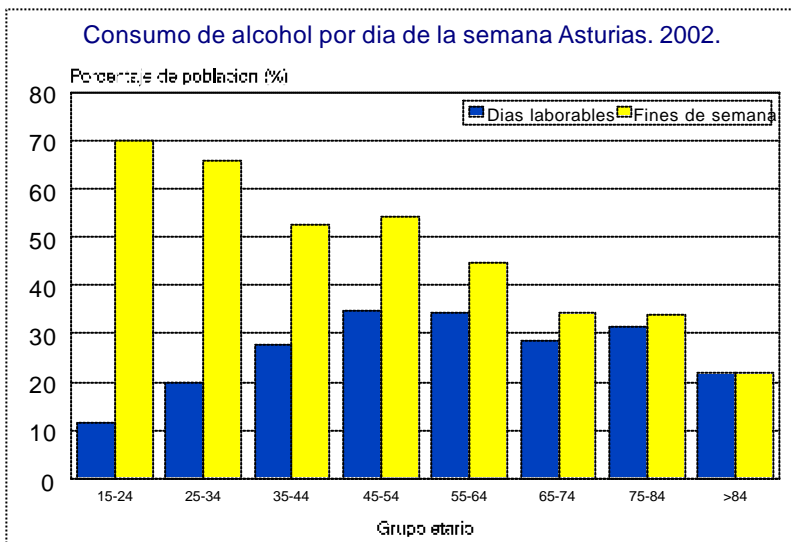
Así, tenemos que en Asturias un 26% de las personas beben alcohol en día laborable (lunes a jueves). En estos días laborables las prevalencias de consumo de los hombres son muy superiores a las de las mujeres (40% frente a 14%). (Gráfico 14 y Tabla 2).

Gráfico 13:



También se aprecian marcadas diferencias en el consumo de alcohol en día de semana (días laborables) en función de la edad, evidenciándose los mayores consumos en el grupo de 55 a 64 años (56,9%) en el caso de los hombres, seguido del grupo de 45-54 años (52,3%). Las mujeres entre los 45-54 años es donde se observan los mayores consumos. (Gráfico 14 y Tabla 2).

Gráfico 14:



Más de la mitad de las personas que beben alcohol (52%) lo hacen los fines de semana, siendo en este caso los porcentajes de bebedores más cercanos entre los hombres y las mujeres (65% y 40%, respectivamente) que para los consumos en días laborables. (Gráfico 14 y Tabla 2).

En este consumo de fin de semana, más ligado al ocio y tiempo libre, la tendencia en función de la edad es inversa a la que se observaba en los días laborables. Así, mientras

que en el grupo de edad de 15 a 24 años en días laborables sólo declaran beber un 11% de los jóvenes, en los fines de semana este porcentaje se incrementa al 70% con pocas diferencias de consumo por género. (72% por 69,7%). A medida que avanzamos en las siguientes cohortes de edad, en nuestra población actual, aumenta el consumo durante la semana y disminuye el de fin de semana (consumo más permanente y menos ocasional).

Tabla 2: Porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas por día de la semana, edad y género. Asturias, 2002:

Total	DÍAS LABORABLES		DÍAS DE FIN DE SEMANA	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
15-24	12,9	9,8	70,2	69,7
25-34	25,9	13,3	69,3	61,7
35-44	45,8	14,1	67,3	41,4
45-54	52,3	16,8	68,5	39,2
55-64	56,9	16,0	64,7	28,5
65-74	49,6	13,3	53,9	19,6
75-85	55,6	16,1	55,6	19,6
+ de 85	30,0	15,4	40,0	7,7

La frecuencia de consumo de alcohol en los adolescentes (14-18 años) se presentan en los datos de la Tabla 2.A. Según el Estudio de Percepción de Riesgo en Escolares de Asturias y la Encuesta de Drogas a Población Escolar (2000), el uso del alcohol se caracteriza por la concentración en los fines de semana. Como dato más revelador señalar que más de cuatro de cada diez de los escolares encuestados reconocen haber consumido alcohol todos los fines de semana.

Tabla 2.A: Frecuencia de consumo de alcohol (Consumo en el último mes.) . Asturias, 2002

Frecuencia	% de consumo
Todos los días	1,8
Algún día	20,6
Rara vez	32
Nunca	45,6
Frecuencia de consumo fines de semana	
Todos los fines	43,1
Algún fin de semana	51,1
Ningún	5,6

Percepción de riesgo en escolares del Principado de Asturias.

Es de reseñar, también, la precocidad de este colectivo de jóvenes en iniciarse al consumo de alcohol con cierta frecuencia, tanto en el consumo en días de semana como los fines de semana, circunstancia ésta que se produce antes de los 15 años. Tabla 2.B

Tabla 2.B Edad (en años) de comienzo de consumo semanal de bebidas alcohólicas. Asturias.2000 y 2002

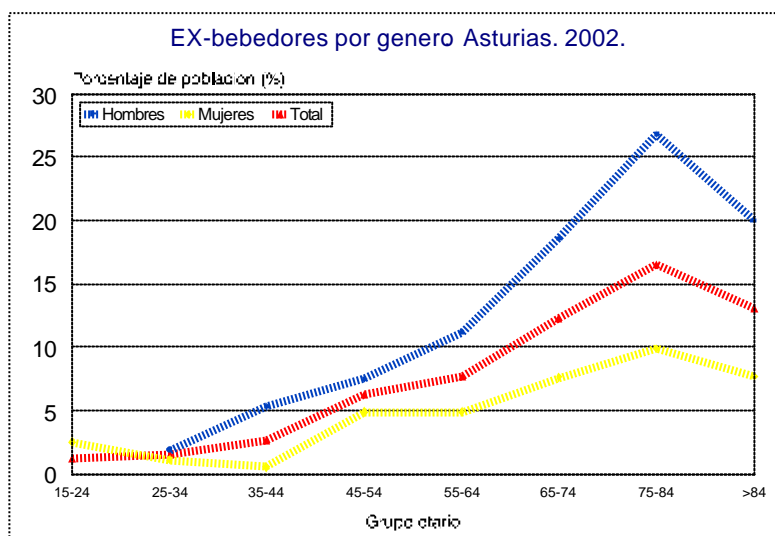
2000	2002
14,9	14,6

EDPE2000. Percepción de Riesgo en Escolares del Principado de Asturias.

Estos datos, sin duda ninguna preocupantes, orientan hacia la moderación en el consumo de alcohol y el retardo en la edad de inicio como uno de los objetivos principales en las políticas de actuación en prevención de riesgos derivados del consumo de drogas.

Un 8,3% de varones los asturianos y el 4,1% de las mujeres se declaran **exbebedores** (personas que antes consumían alcohol y en la actualidad no lo toman). Estos porcentajes, como cabría esperar, aumentan con la edad tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, pasando de ser muy reducidos en los grupos de edades de personas más jóvenes a superar el 20%, en el caso de los hombres, a partir de los 65 años. (Gráfico 15).

Gráfico 15:



En relación con la cantidad de alcohol ingerido en los dos patrones de consumo de días laborables y fin de semana, para establecer las diferentes tipologías de bebedores, tenemos que un 3,3% de asturianos y asturianas en los días laborables tendrían un **consumo abusivo de alcohol** (6% en hombres y 0,8% en las mujeres). (Tabla 3).

Lógicamente, este porcentaje de bebedores abusivos se hace más patente los fines de semana incrementándose al 9,7%, con diferencias importantes entre sexos: 15,6% en el caso de los hombres y 4,4% en las mujeres. (Tabla 3).

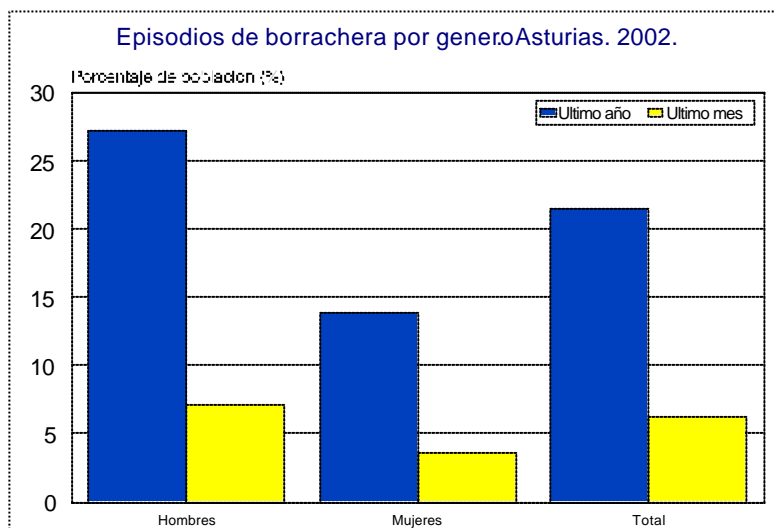
Lógicamente, este porcentaje de bebedores

Tabla 3: Tipología del consumo de bebidas alcohólicas por día de la semana y género. Asturias, 2002:

	Total		Hombres		Mujeres	
	Laborables	Fin de semana	Laborables	Fin de semana	Laborables	Fin de semana
Abstemios	74,9	50,1	60,4	36,1	87,9	62,5
Bebedor ligero	16,8	18,1	23,8	19,1	10,5	17,2
Bebedor moderado	5,1	22,1	9,8	29,1	0,9	15,9
Bebedor alto (A)	1,3	3,2	2,5	4,8	0,2	1,7
Bebedor excesivo (E)	1,1	3,3	1,9	5,2	0,4	1,6
Bebedor gran riesgo (GR)	0,9	3,2	1,6	5,6	0,2	1,1
<b>Bebedores abusivos (A+E+GR)</b>	<b>3,3</b>	<b>9,7</b>	<b>6</b>	<b>15,6</b>	<b>0,8</b>	<b>4,4</b>

Abstemios: 0 UBE, Ligero: 1-2 UBE, Moderado: 3-6 UBE hombres 3-4 UBE mujeres, Alto: 7-8 UBE hombres 5-6 UBE mujeres, Excesivos: 9-12 UBE hombres y 7-8 UBE mujeres, Gran Riesgo: + 13 UBE hombres y + 8 UBE mujeres. Una UBE equivale a 10-12 g. de alcohol puro.

Gráfico 16:



Un indicador indirecto de abuso de alcohol lo constituyen los **episodios de borrachera (intoxicaciones etílicas)**. Esta circunstancia no es un hecho aislado en la población asturiana como lo demuestra el hecho de que un 27% de los hombres y un 14% de las mujeres declaran haberse emborrachado en el último año, y un 7% y un 4% en el último mes, según la Encuesta Domiciliaria de Consumo de Drogas.

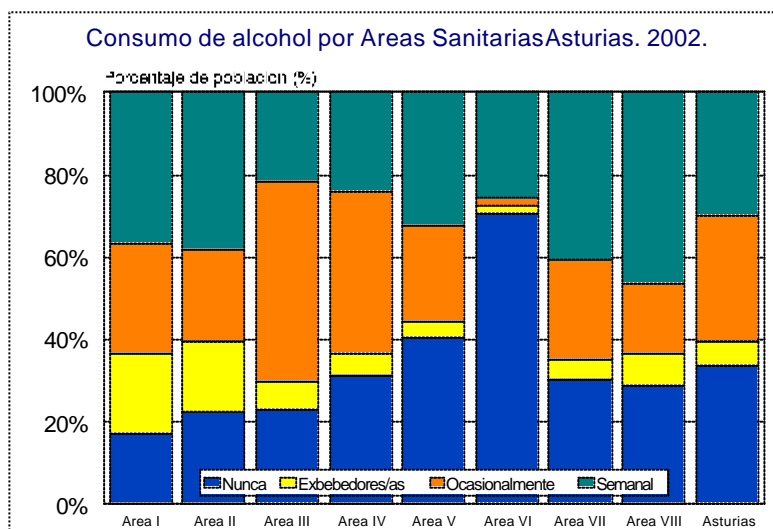
En lo que respecta al colectivo de adolescentes (14-18 años) el 54,3% dice haberse emborrachado alguna vez en la vida, y la media de intoxicaciones etílicas al mes en ellos es de 2.76. (Tabla 3.A)

Tabla 3.A: Episodios de borrachera en jóvenes 14-18 años. Asturias .EDPE 2000, Percepción de Riesgo 2002

	2000	2002
Alguna vez en la vida	47%	54%
Último mes	28%	
Media de borracheras último mes	2,0	2,7

El consumo de alcohol en las diferentes **Áreas Sanitarias** muestra que en las Áreas del Caudal (VII) y del Nalón (VIII) aparecen mayores porcentajes de bebedores habituales (semanal) seguido de las Áreas I y II (Jarrío y Cangas del Narcea, respectivamente) donde también se observan proporciones superiores a la media asturiana (Gráfico 17).

Gráfico 17:



Llama de atención el importante contingente de personas que no han consumido nunca alcohol en el Área VI (Oriente) - probablemente influido por las variables edad y sexo- y en el Área V (Gijón).

La **bebida más consumida**, por parte del conjunto de los asturianos, en días laborables es el vino 18,9%, seguida de la cerveza 6,4% y de la sidra con un 4,1%. Obviamente, según el patrón de consumo

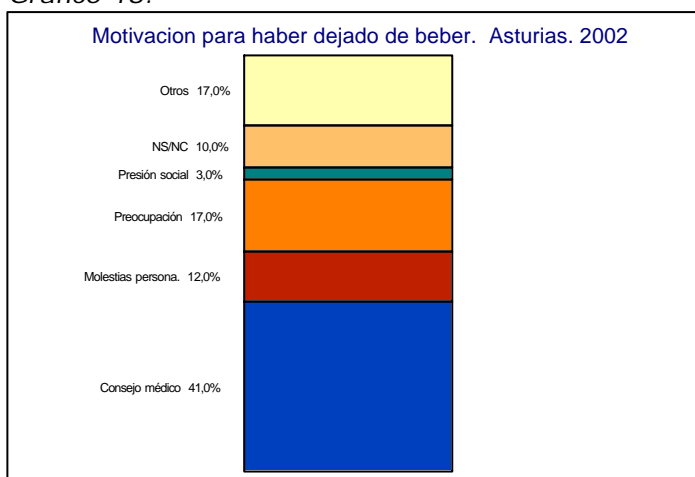
antes comentado, estos porcentajes de personas que declaran consumir bebidas alcohólicas se incrementan notablemente los fines de semana y, así, uno de cada cuatro asturianos declaran beber vino durante los fines de semana (24,7%), un 17% consumir sidra y un 15% beber cerveza durante los fines de semana. (Tabla 4).

Tabla 4: Tipo de bebidas alcohólicas consumidas por Día laborable y Fin de Semana. Asturias. 2002:

	Vino	Sidra	Cerveza	Copas	Combinados
Día Laborable	18,9%	4,1%	6,4%	2,4%	1,5%
Fin de semana	24,7%	17,2%	14,9%	10,9%	12,9%

ESA. 2002.

Gráfico 18:



La **proporción de consumiciones realizadas** según el tipo de bebida y el momento en que se hace (día laborable o fin de semana) muestra que, durante los días laborables la bebida que mayor número de consumiciones se hace es el vino, seguido de la sidra y la cerveza. Los fines de semana este orden se altera pasando la sidra a ocupar el primer lugar, seguido del vino y la cerveza. Esta circunstancia vuelve a poner de manifiesto el importante incremento en la

proporción de bebidas consumidas que se produce en los fines de semana.

La contribución de estas consumiciones en la **cantidad de UBES (Unidades de bebida estándar) o gramos de alcohol ingeridos** es diferente en función de la distinta graduación alcohólica de cada una de las bebidas. Así, en días laborables el mayor consumo de gramos de alcohol se hace en forma de vino (57%), situándose a gran distancia la cerveza y las copas (14,5% y 11,6% respectivamente) y, con menor consumo todavía, la sidra (7,5%). Sin embargo, este patrón cambia durante los fines de semana. En estos días el mayor aporte de gramos de alcohol consumidos por la población asturiana se debe al consumo de combinados y copas (26,3% y 23,5%, respectivamente), situándose la sidra en cuarta posición con un 15,6%. (Tabla 5)

En incrementos proporcionales de consumo entre ambos períodos de tiempo, la bebida que experimenta (en gramos de alcohol) un mayor consumo en fines de semana respecto a los días laborables son los combinados (nueve veces más consumo) y las copas y la sidra (siete veces más consumo), quedando con un menor incremento el consumo de vino (un 29%).

Tabla 5: Proporción de consumiciones realizadas y gramos de alcohol consumidos según tipo de bebida y momento de consumo. Asturias. 2002:

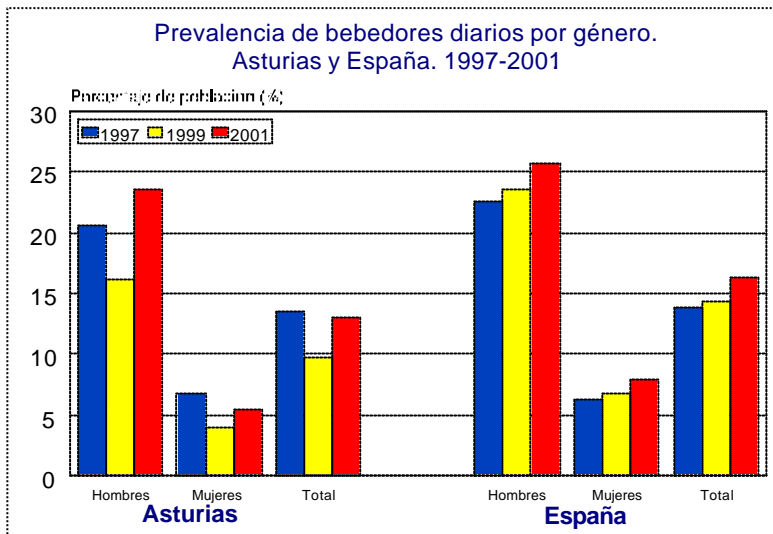
Día Laborable	Cantidad de consumiciones	UBES	% UBES
Sidra	340	112	7,51
Vino	845	845	56,59
Cerveza	216	216	14,47
Copas	87	174	11,65
Combinados	73	146	9,78
<b>Fin de semana</b>			
Sidra	2.449	808	15,58
Vino	1.093	1.093	21,07
Cerveza	705	705	13,59
Copas	609	1.218	23,48
Combinados	682	1.364	26,29

ESA.2002. Una UBE equivale a 10-12 g. de alcohol puro.

Dentro de las personas que **bebían habitualmente y lo han dejado** la principal motivación para ello fue en el 41% de los casos porque su médico se lo aconsejó, seguido de la preocupación por los efectos nocivos del alcohol en un 17% de los casos y por padecer molestias personales en un 12%. (Gráfico 18).



Gráfico 18B



Como se realizó con el tabaco, para ver la **evolución de los bebedores diarios en los últimos años en Asturias y compararnos con los consumos de España**, se han calculado las proporciones estandarizadas utilizando como población de referencia una en la que la distribución por edad y sexo es idéntica para cada grupo de edad. (Tabla 6).

De los resultados encontrados podemos decir que en nuestra Comunidad Autónoma la evolución del

porcentaje de bebedores diarios para estos años (1997-2001) se mantiene bastante estable, superando el 10% de la población total. La evolución de este porcentaje, según la serie de Encuestas Domiciliarias de Drogas pone de manifiesto que mientras en las mujeres parecen disminuir en el número de bebedoras diarias, en los hombres ocurre lo contrario incrementándose desde el año 1997 al 2001.

El porcentaje total de bebedores todos los días es mayor en España que en Asturias, dándose la circunstancia de que estos consumos diarios en España, tanto para hombres como para mujeres aumentaron, en estos cinco años analizados.

### **C.- Los tranquilizantes:**

El consumo de tranquilizantes en nuestro medio comienza a ser un problema de Salud Pública debido al componente de adicción que puede generar y a la búsqueda de resolución de problemas de diferente etiología mediante el uso de una sustancia química.

En Asturias, en el año 1997 la Encuesta Nacional de Salud en la submuestra asturiana revela datos de consumo de un 14,6% de la población adulta en los últimos quince días. Este hábito era mayor en mujeres (18,6%) que en hombres (11,3%). De esas personas consumidoras, en las últimas dos semanas, un 6,7% lo habían consumido sin prescripción facultativa, siendo ese porcentaje superior en mujeres (14,3%).

Resultados similares se ponen de manifiesto en la Encuesta de Salud para Asturias del año 2002, con una muestra muy superior y con control de variables, donde se observan consumos de "pastillas para los nervios y tranquilizantes" en los últimos 15 días en un 14,1% de la población de ambos sexos mayor de 15 años de edad.

Esa proporción era diferente en función de la edad, existiendo mayor consumo en las personas mayores que en las jóvenes. A su vez, existe un marcado mayor consumo en mujeres que en hombres. Así, un 19,5% de las mujeres adultas declaran haber consumido estos productos en las últimas dos semanas (sinónimo de habitualmente) frente a solo un 7,8% de los hombres.

La pauta de prescripción indica que, de los consumidores, un 9,2% lo han hecho en el año 2002 sin prescripción facultativa. El porcentaje de consumidores sin receta más elevado corresponde a las personas jóvenes (11,6%) que, si bien su prevalencia de consumo es más pequeña, esta se hace con más frecuencia en ausencia de prescripción. Por género, la autoprescripción es más frecuente en las mujeres (12,1%) que en los hombres (4%). (Tabla 7).

*Tabla 7: Prevalencia (%) de consumo de tranquilizantes o pastillas para los nervios en Asturias, 2002:*

	Total	Con receta	Sin receta
<b>Total</b>	14,1	12,8	1,3
<b>Por edad:</b>			
16-29 años	4,8	4,3	0,5
30-44	7,6	7,0	0,6
45-64	18,6	16,8	1,8
>64	24,3	22,1	2,2
<b>Por género:</b>			
Hombres	7,8	7,5	0,3
Mujeres	19,5	17,4	2,1

Esta circunstancia se ve corroborada por el consumo de estos fármacos mediante prescripción en el Sistema Nacional de Salud. Así, en Asturias, durante el año 2001 se han prescrito con cargo a la Seguridad Social un total de 1.361.586 envases de tranquilizantes (incluidos en el grupo terapéutico N058), siendo el grupo terapéutico de mayor consumo de todos los existentes por número de envases. Estas cifras significan que cada asturiano o asturiana mayor de 15 años de edad consume mediante prescripción médica 1,42 envases de tranquilizantes al año, y, que teniendo en cuenta que la autoprescripción alcanza un 10%, podríamos estimar el consumo en un 1,56 envases al año por ciudadano, y 9,8 envases al año por persona consumidora.

## D.- Sustancias ilegales:

El consumo de drogas ilegales es mucho menor que el de las llamadas legales. Si exceptuamos el cánnabis que presenta unos niveles de consumo mayores, el resto de las sustancias se mueven en unos porcentajes muy pequeños que, muchas veces, resultan difíciles de cuantificar para los instrumentos clásicos de medida como son las encuestas de consumo.

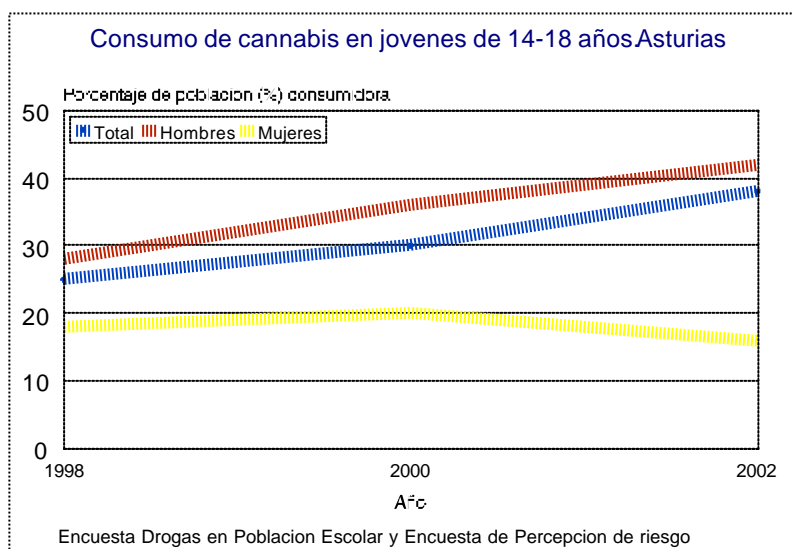
### Derivados del cánnabis:

Según la última Encuesta Domiciliaria de Drogas del año 2001 más de uno de cada cuatro asturianos y asturianas de 15-65 años declaran haber consumido **alguna vez** porros, hachís o marihuana (derivados del cánnabis), un 8% refiere haberlo consumido en **el último año** y un 5,4% y un 4% tendrían un consumo **más habitual** (último mes y semanal).

Respecto al consumo por género, como se observa en el Gráfico 19, los hombres hacen un uso más habitual de esta sustancia en cada uno de los tres consumos estudiados: experimental, ocasional y habitual. Así, uno de cada tres asturianos y asturianas lo han probado alguna vez, un 12% lo consumieron el último año y un 8,5% y 6,7% lo consumieron el último mes y semanalmente. Las mujeres tienen unos niveles de experimentación con el cánnabis bastante inferiores al de los hombres y los consumos ocasionales y habituales (último año, último mes) también son también sensiblemente menores (5% y 2,4%, respectivamente).

Las generaciones más jóvenes son las que declaran tener mayor frecuencia de consumos de cánnabis o sus derivados; encontrándose los mayores porcentajes de consumidores habituales (en el último mes) en el grupo de 15-24 años de edad con un 12,3%. En los siguientes grupos de edad se reducen ostensiblemente tanto en niveles de experimentación como de ocasional y habitual, siendo reseñable que en el grupo de 25-35 años de edad un 5,6% de los encuestados declaren tener un consumo habitual. A partir de esta cohorte de edad el uso de esta sustancia se circunscribe al apartado de la experimentación con escasa frecuencia y continuidad en el tiempo.

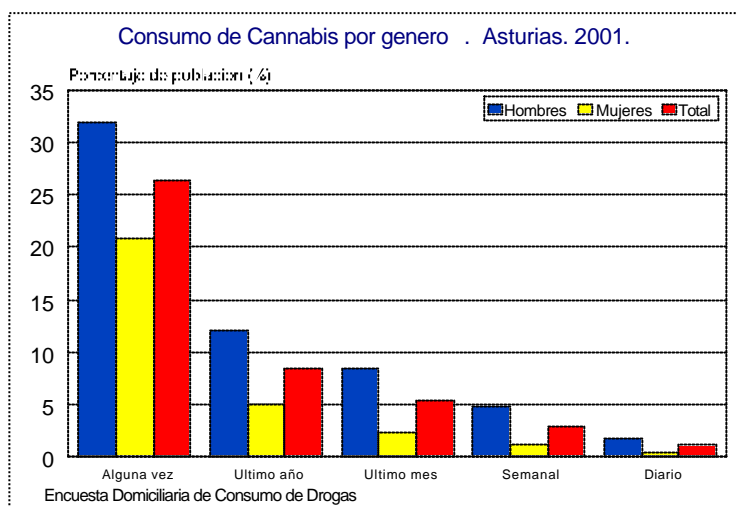
Gráfico 18.C:



de la población general y un incremento paulatino en el tiempo. (% calculado sobre consumidores)

Abundando en el consumo de cánnabis en este caso por **parte de los jóvenes** (14-18 años), el análisis temporal de las diversas encuestas (Encuestas de Drogas a Población Escolar, "Percepción de Riesgo del consumo de drogas en escolares de enseñanza secundaria del Principado de Asturias" del año 2002), pone de manifiesto la existencia de unos porcentajes de consumo muy superiores a la media

Gráfico 19:



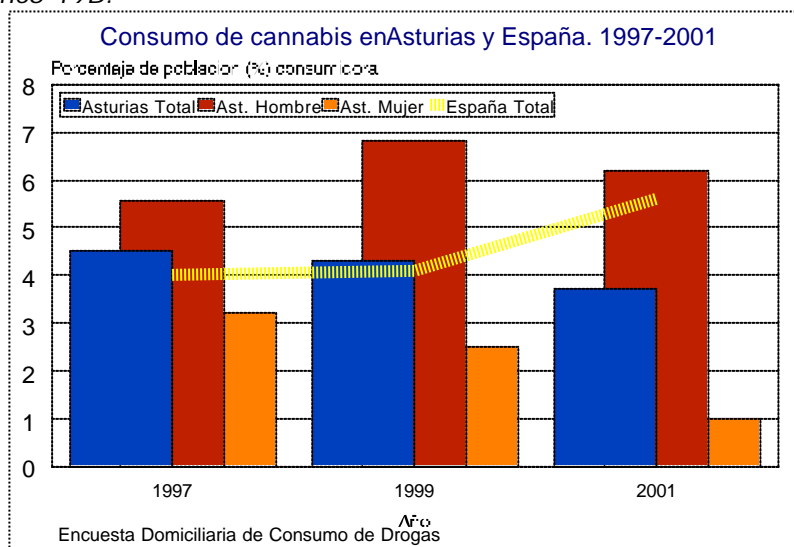
El análisis de la *continuidad en el consumo* muestra que la adherencia a esta sustancia es mucho menor que la del tabaco y del alcohol. Un 14% de las personas consumidoras encuestadas manifiestan haberlo realizado dentro del último mes, un 10% contestan que llevan más de seis meses consumiéndolo y un 2,4% de la población presentan un consumo más continuado en el tiempo (más de seis meses). Los hombres muestran porcentajes de continuidad en el consumo muy superiores duplicando en la

mayoría de los casos a los encontrados en las mujeres. (Gráfico 19)

Calculando las proporciones estandarizadas de los consumidores habituales de cánnabis, a través de las tres Encuestas Domiciliarias sobre Drogas de los años 1997, 1999 y 2001, vemos que la proporción de consumidores habituales de cánnabis en nuestra Comunidad Autónoma en población general ( 15-65 años), se mantiene bastante estable en los últimos años con una ligera disminución, sobre todo en el caso de las mujeres.

Al comparar la evolución de la proporción estandarizada de los consumidores habituales de cánnabis entre Asturias y España, nos encontramos que, si bien durante los años 1997 y 1999 los consumos en Asturias y España eran muy parecidos, en la última encuesta de año 2001 la proporción de consumidores en España aumentó de manera importante mientras que en Asturias ocurrió lo contrario. La evolución de dichos consumos por género también es distinta; mientras que en España durante los años estudiados aumentan progresivamente para de ambos sexos, en nuestra Comunidad Autónoma se incrementaron ligeramente en los varones y disminuyeron en las mujeres. (Gráfico 19B).

Gráfico 19B:



## Otras sustancias ilegales:

### Cocaína

Según los datos que se desprenden de la Encuesta Domiciliaria de Drogas del año 2001 la cocaína es, después del cánnabis, la sustancia ilegal que parece ser más consumida por los asturianos.

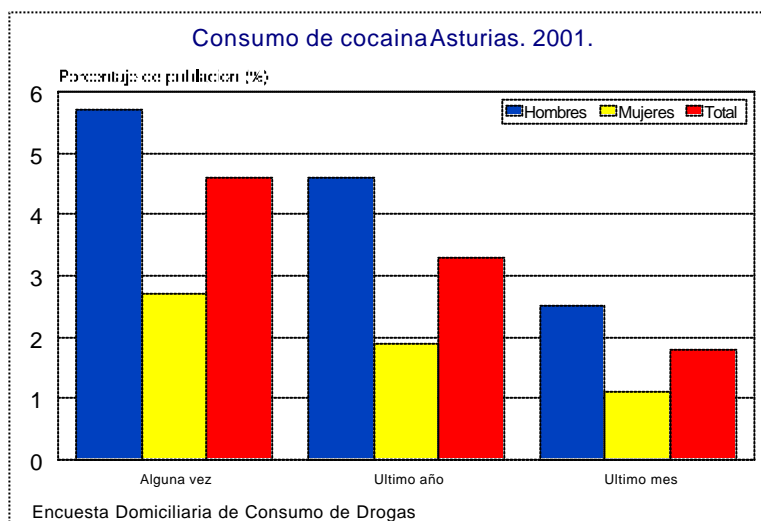
Un 6% de los hombres y un 3% de las mujeres manifiestan haberla consumido **alguna vez en la vida**, un 5% y un 2%, respectivamente, declaran haber tenido un consumo ocasional (**último año**) y un 2,5% y 1% presentarían consumos más habituales (**último mes**). (Tabla 10 y Gráfico 20).

Los consumos habituales se concentran en las personas más jóvenes, fundamentalmente en aquellos con edades comprendidas entre 15-24 años de edad donde se aprecia un porcentaje de consumidores/as habituales del 6,2%, seguido del grupo de personas entre los 25-34 años con un 2,5%

Tabla 8B: Prevalencia (%) de consumo de cocaína por tipología y género. Asturias, 2001:

	Hombres	Mujeres	Total
Consumo alguna vez	5,7	2,7	4,5
Consumo último año	4,6	1,9	3,3
Consumo último mes	2,5	1,1	1,8

Gráfico 19b: Prevalencia (%) de consumo de cocaína por tipología y género .Asturias, 2001:



Como ocurre en la mayoría de las drogas ilegales las mayores frecuencias de consumos se evidencian en las personas más jóvenes, en donde se observa que entre los 14 y 18 años, según el Estudio sobre Percepción de Riesgo del Consumo de Drogas, dentro de los consumidores un 23% declaran haber consumido en alguna ocasión cocaína y un 6% manifiestan haberlo hecho en el último mes.

### Éxtasis o drogas de síntesis

Alrededor de un 4% de los asturianos y asturianas de 15 a 65 años de edad reconocen haber consumido en **alguna ocasión en su vida** estas sustancias. En lo que respecta al consumo más problemático, el de aquellas personas que hacen un uso más habitual de esta droga, un 2,5% de los hombres y un 1,4% de las mujeres manifiestan haberla consumido en el **último mes**. (Tabla 9 y Gráfico 20).

Tabla 9: Prevalencia (%) de consumo de drogas de síntesis por tipología y género. Asturias, 2001:

	Hombres	Mujeres	Total
Consumo alguna vez	5,3	2,3	3,8
Consumo último año	3,5	1,5	2,5
Consumo último mes	2,5	1,4	1,9

El consumo del éxtasis es, también, más frecuente en las personas más jóvenes, sobre todo en aquellas en edades comprendidas entre los 15-24 años, donde un 12% declaran haberlas probado **alguna vez** y un 4,5% las consumen **habitualmente**.

En los más jóvenes (14-18 años) dentro de los consumidores un 8% declaran haberlas probado en alguna ocasión, un 7% en el último año y entre un 4% y un 5% las consumieron durante el último mes. (Uso de drogas de síntesis en la población juvenil asturiana, 2002). Con un número promedio de pastillas consumidas por sesión de dos.

	Total
Consumo alguna vez	8
Consumo último año	7
Consumo último mes	4.7

### Otras sustancias:

El resto de sustancias mantienen unas prevalencias de consumo muy inferiores a las anteriormente mencionadas. Al tratarse, en algunos casos, de niveles de consumo muy pequeños y el grupo de población estudiado en la Encuesta Domiciliaria de Drogas bastante amplio (rango entre los 15 y los 65 años de edad), las estimaciones que se obtienen son más inestables pudiendo en ocasiones pasar desapercibido o no detectarse el problema.

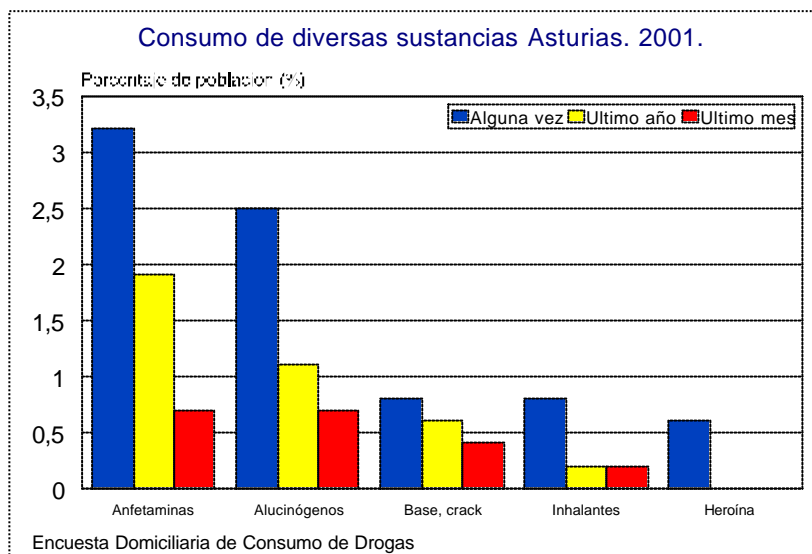
Una aproximación a los consumos de estas sustancias serían los que se muestran en la Tabla 10.

Tabla 10: Prevalencia (%) de consumo de algunas sustancias ilegales por tipo de consumo y género. Asturias, EDD 2001:

	Consumo alguna vez			Consumo último año			Consumo último mes		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Inhalantes	0,7	0,8	0,8	0,4		0,2	0,4	0,2	0,3
Base, basuco, crack	0,9	0,4	0,8	0,6	0,4	0,6		0,4	0,4
Anfetaminas	4,5	2,0	3,2	3,3	0,7	1,9	1,4	0,7	1,1
Alucinógenos	2,8	1,5	2,5	1,5	0,7	1,1	1,1	0,7	0,9
Heroína	0,7	0,4	0,6						

Gráfico 20:

Como puede apreciarse en ella los consumos de estas sustancias son pequeños tanto para aquellos que tienen carácter de experimentación como de uso ocasional y habitual.



Algo más de un 3% de los asturianos y asturianas consumieron alguna vez **anfetaminas** y cerca de un 2% durante el último año. Los **alucinógenos** fueron consumidos alguna vez por el 2,5% de la población y un 1% en el último año.

Destacar el declive en el consumo de la **heroína** que prácticamente no aparece como una sustancia consumida excepto en aquellas personas que lo realizan como experimentación sólo en un 1% de los casos.

Como cabía esperar las proporciones de consumos de estas sustancias, en los jóvenes de 14 a 18 años, son superiores a las encontradas en la población general. Según las encuestas de Drogas a Población Escolar y la Encuesta de Percepción de Riesgo, se aprecian frecuencias de consumo importantes en jóvenes en la fase de experimentación: 20% con las anfetaminas y Speed, 14% con los alucinógenos, y en menor medida con el resto de ellas (4% con heroína y sustancias volátiles).

En cuanto al consumo más habitual ( el realizado en el último mes), según esta última encuesta, destaca que un 4% de los entrevistados declaran consumir anfetaminas y speed, y un 2% alucinógenos. La heroína y las sustancias volátiles presentan unos consumos habituales muy reducidos y en continuo retroceso como se mencionó anteriormente.

## 2.- Opiniones y actitudes ante las drogas:

La consideración de las drogas ilegales como **un problema importante en la sociedad actual** es compartido por más de tres cuartas partes de los asturianos entre 15-65 años. En la última Encuesta Domiciliaria de Drogas del año 2001, un 37% de las personas entrevistadas opinan que las drogas ilegales son un "problema muy importante" donde viven y el 34% estiman que se trata de un problema "algo importante". (Tabla1).

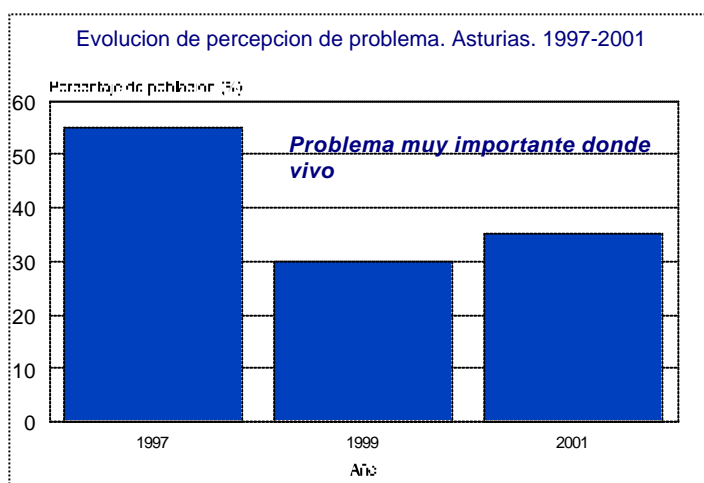
Tabla 1: ¿ Donde usted vive las drogas ilegales son un problema?. Asturias.2001

Nada importante	Algo importante	Muy importante	No sabe	No contesta
23,9%	34%	37%	4,1%	1%

Encuesta Domiciliaria Drogas.2001

En los últimos años parece haber disminuido la percepción de los asturianos respecto a la estimación de que las drogas ilegales "son un problema muy importante donde ellos viven", como se desprende del análisis de las proporciones estandarizadas de las submuestras asturianas de las Encuestas Domiciliarias sobre Drogas de los años 1997-1999-2001. Entre estos años se ha producido un descenso de cerca del 30% en la opinión de los asturianos a este respecto. (Gráfico 1).

Gráfico 1: Las drogas son un problema muy importante donde viven. Asturias 1997-2001



En cuanto a la **delincuencia** relacionada con las drogas, un 15% de las personas piensan que es un problema muy importante en el barrio donde viven, mientras que para más de un tercio de la población significa sólo un problema leve y para el 41% de las personas encuestadas no supone ningún tipo de problema. (Tabla 2)

Tabla 2: En el barrio donde usted vive ¿ cree que la delincuencia relacionada con las drogas ilegales es un problema?. Asturias. 2001

Problema grave	Problema leve	No es un problema	No contesta
14,7%	34,1%	41,4%	9,8%

Encuesta Domiciliaria Drogas.2001

A la pregunta sobre algunos problemas o conflictos concretos relacionados con las drogas como son: presencia de drogodependientes en la calle, robos y delincuencia, jeringuillas tiradas en el suelo, vendedores que te ofrecen drogas, etc, un 11% de la población asturiana (15-65 años) dice encontrarse frecuente o muy frecuentemente en su barrio jeringuillas tiradas en el suelo, el 6% personas inyectándose droga, el 8% personas inhalando o aspirando drogas, el 18% personas drogadas caídas en el suelo, y a un 7% les ha ofrecido drogas algún vendedor en su barrio. (Tabla 3).



Tabla 3: ¿Con qué frecuencia se encuentra en el barrio donde vive?: Asturias. 2001

	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nunca
Jeringuillas tiradas en el suelo	1,8	8,8	28,4	61
Personas inyectándose droga	1,2	5,3	21	72,2
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio	1,7	6,3	17,4	74,7
Personas drogadas caídas en el suelo	3,2	14,7	26,8	55,1
Vendedores que te ofrecen drogas	1,1	5,9	10,7	81,4

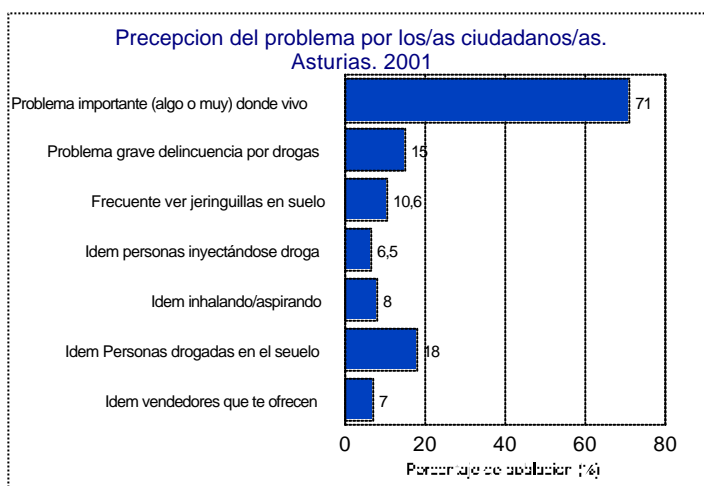
Encuesta Domiciliaria Drogas.2001

Las drogas ilegales parecen ser bastante **accesibles** para el conjunto de los asturianos y asturianas. Más de la mitad de la población (56%), de 15 a 65 años, opinan que es *muy fácil o relativamente fácil* obtener hachís o marihuana en un plazo de 24 horas, el 38% y un 36% piensan de idéntica manera en relación con el éxtasis y la cocaína, y un 32% y un 30% comparten esta opinión respecto al LSD y la heroína, respectivamente.( Tabla 4).

Tabla 4: Grado de dificultad para acceder a cada una de las siguientes sustancias en el plazo de 24 horas. (%). Asturias. 2001

	Prácticamente imposible	Difícil	Relativamente fácil	Muy fácil	No sabe	No contesta
Marihuana, hachís	12,7	14,5	22,7	33,3	16,2	0,5
Heroína	17,7	27,9	16,4	13,7	23,1	1,3
Cocaína	16,3	25,1	16,3	20,1	21	1,3
LSD, ácidos	18,1	25,9	13,6	18,6	22,7	1,1
Éxtasis	16,3	22,9	15,1	22,5	22	1,2

Encuesta Domiciliaria Drogas.2001



Los jóvenes entre 14-18 años no parecen tener tampoco excesivas dificultades para conseguir cada una de estas sustancias. Probablemente puede deberse a que hacen un mayor uso de las mismas y también porque permanecen más tiempo en los circuitos donde se venden y consumen. (Tabla 5)

El grado de dificultad percibida en el acceso a las mismas es menor en el caso del cánnabis o tranquilizantes que en el de las otras drogas consideradas por los jóvenes

como sustancias más peligrosas.

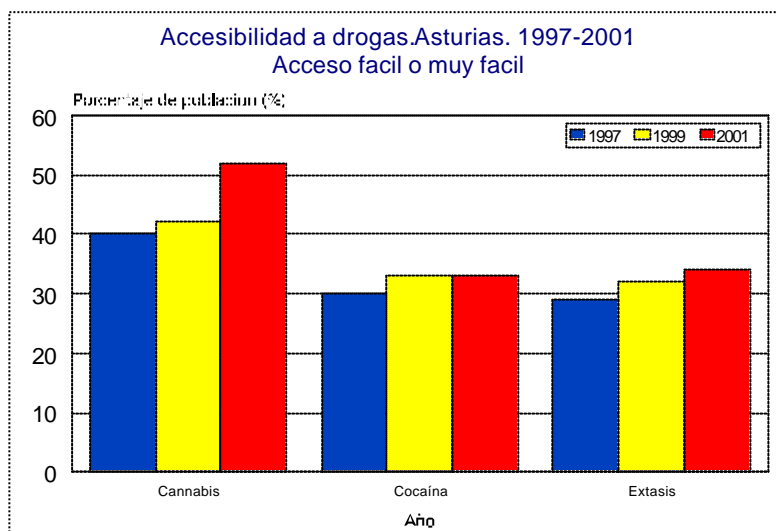
(Tabla 5): Dificultad para conseguir drogas. Jóvenes 14-18 años Asturias 2000-2002

	Fácil o muy fácil (%)	
	2000	2002
Alcohol	83	95
Cánnabis	52	76
Tranquilizantes	60	65
Cocaína	34	39
Heroína	27	30
Éxtasis	41	44
Alucinógenos	36	43

EDPE 2000. Percepción de riesgo. Asturias 2002.

Esta relativa facilidad para acceder a la compra de sustancias ilegales parece ser cada vez mayor en la sociedad asturiana según se desprende de la serie de Encuestas Domiciliarias de Drogas de los años 1997 al 2001 donde en los últimos años aumenta la proporción de personas que contestan afirmativamente que resulta fácil o muy fácil obtener estas sustancias en el plazo de 24 horas (Gráfico 2).

Gráfico 2: Accesibilidad a drogas. Asturias 1997-2001



Parece existir una correlación directa entre la situación de legalidad o no de las diversas sustancias y la consideración de su peligrosidad o problemas que pueden ocasionar. Esta percepción está bastante definida en dos grandes grupos: uno con más alta estima de peligrosidad encabezada por la heroína, seguida de la cocaína, las anfetaminas y las drogas de síntesis. Y otras sustancias, a las cuales población las reconoce como drogas con muy baja peligrosidad o

menos condición de droga, entre las que se encuentran el tabaco y el alcohol. El cánnabis es visto por el imaginario colectivo como una droga casi legal incluso menos peligroso que el alcohol. Los tranquilizantes y sedantes se perciben como algo mixto, un tanto confusos y neutros.

Como se puede apreciar en la tabla 6, las sustancias que se ven como menos problemáticas (*cuyo consumo supone ningún problema o pocos problemas*) son: el alcohol en fin de semana 56,7%, tomar tranquilizantes de vez en cuando (40,1%) y fumar cánnabis en alguna ocasión (33%). (Tabla 6).

Tabla 6: Opinión sobre los problemas de salud u otro tipo que puede significar cada una de las siguientes situaciones. Asturias. 2001

	Ningún problema	Pocos problemas	Bastantes problemas	Muchos problemas	No sabe
Fumar un paquete de tabaco diario	7,6%	9,5%	39,8%	42,4%	0,8%
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas el fin de semana	22,3%	34,4%	23,0%	18,5%	1,7%
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas al día	0,6%	7%	33,1%	58,2%	0,9%
Fumar hachís o marihuana una vez o menos la mes	13,5%	20,5%	19,4%	39,2%	7,4%
Fumar hachís o marihuana una vez por semana o más	7,3%	8,4%	19,2%	59,7%	5,3%
Tomar tranquilizantes/pastillas para dormir 1 vez o menos al mes	16,3%	23,8%	22,0%	31,1%	5,8%
Tomar tranquilizantes/pastillas para dormir 1 vez por semana o más	3,5%	8,9%	31,4%	51,3%	4,7%
Consumir éxtasis 1 vez o menos al mes	2,0%	4,6%	20,4%	69,3%	3,7%
Consumir éxtasis 1 vez por semana o más	0,4%	1,1%	9,6%	85,8%	3,1%
Consumir cocaína una vez o menos al mes	2,1%	3,9%	13,3%	79,1%	1,7%
Consumir cocaína una vez por semana o más	1,2%	0,7%	7,2%	89,5%	1,4%
Consumir heroína una vez o menos al mes	0,2%	1,7%	11,6%	84,8%	1,7%
Consumir heroína una vez por semana o más	0,2%	0,2%	5,1%	93,1%	1,4%

Consumir alucinógenos una vez o menos al mes	0,9%	2,0%	10,6%	84,4%	2,1%
Consumir alucinógenos una vez por semana o más	0,4%	0,4%	5,6%	91,8%	1,8%

Encuesta Domiciliaria Drogas.2001

La percepción sobre problemas y peligrosidad de las diversas sustancias por parte de los jóvenes (14-18 años) también está íntimamente relacionada con la legalidad o no de las mismas y con la frecuencia de su uso, en función de que el consumo sea esporádico o habitual.

En este sentido, los jóvenes perciben como *muy poco problemáticos* los consumos de alcohol tanto en los fines de semana (65,5%) como a diario (1-2 cañas/copas 52,6%), y el consumo de cánnabis o hachís alguna vez (57%), cifra muy superior por ejemplo a la del consumo diario de tabaco ( 31,2%).

En el otro extremo, entre las más problemáticas, sobresalen el consumo habitual de la heroína que es vista como *bastante o muy problemática* por el 98,4% de los jóvenes, seguida del consumo habitual de cocaína y éxtasis (97,6%).

En este apartado de percepción de riesgo por parte de los jóvenes hay que destacar la absoluta normalización del consumo del cánnabis entre ellos, que consideran menos problemático su consumo esporádico que, por ejemplo, el del tabaco de forma habitual, y también los altos niveles de tolerancia exhibidos por los adolescentes en relación con consumo de alcohol, en especial los fines de semana. (Tabla 7)

Tabla 7: Consecuencias del consumo de las drogas ilegales. Jóvenes. 14-18 años .Asturias.2002

	Ningún/pocos problemas (%)
	<b>2002</b>
Fumar un paquete de tabaco diario	31,2
Tomarse 5 ó 6 cañas/copas cada fin de semana	65,4
Tomarse 1 ó 2 cañas/copas al día	52,6
Fumar hachís o marihuana alguna vez	57,9
Fumar hachís o marihuana habitualmente	21,7
Tomar tranquilizantes/pastillas para dormir alguna vez	52,2
Tomar tranquilizantes/pastillas para dormir habitualmente	8,2
Consumir éxtasis alguna vez	21,4
Consumir éxtasis habitualmente	2,5
Consumir cocaína alguna vez	19,6
Consumir cocaína habitualmente	2,3
Consumir heroína alguna vez	12,4
Consumir heroína habitualmente	1,6

Percepción de riesgo del consumo de drogas en escolares de Asturias 2002.

En otro orden de cosas, un porcentaje mayoritario de asturianos opinan que la aplicación de medidas de tipo *informativo-educativo*, así como un mayor *control policial* y la *utilización de leyes más estrictas* serían las herramientas más eficaces a la hora de resolver el problema de las drogas. El 90% de los entrevistados respaldan la *“educación sobre las drogas en las escuelas”*, un 81% defienden el *“tratamiento voluntario a consumidores para dejar la droga”*, y más de tres cuartas partes de la población se postula en torno a un mayor control policial y una más exhaustiva aplicación de las leyes.

A continuación, en la Tabla 8 se presentan, las acciones que considera la población como más importantes para acabar con el problema de las drogas:

Tabla 8: Acciones para acabar con el problema de las drogas. Asturias.2001

	Nada importante	Algo importante	Muy importante	No sabe
Campanas publicitarias explicando los riesgos de las drogas	6,7	28,5	64,6	0,2
Educación sobre las drogas en la escuela	2,5	6,7	90	0,8
Tratamiento voluntario a consumidores para dejar la droga	3,1	14,7	81,2	1,0
Tratamiento obligatorio a consumidores para dejar la droga	28,0	20,4	45,0	6,6
Administración médica de metadona	8,7	27,7	55,2	7,9
Administración médica de heroína a consumidores que han fracasado en otros tratamientos	29,5	20,8	35,6	13,4
Control policial y de aduanas	7,5	13,6	77,6	0,9
Leyes estrictas contra las drogas	14,1	12,2	68,6	4,8
Legalización del hachís y la marihuana	54,3	12,8	22,9	9,0
Legalización de todas las drogas	68,3	9,0	14,2	7,4

Encuesta Domiciliaria Drogas.2001

### 3.- Actuaciones sobre la oferta

#### Incautaciones o decomisos de drogas:

Los datos aportados por el Observatorio Español sobre Drogas procedentes de la Unidad Central de Inteligencia del Ministerio del Interior, en relación con **las drogas ilegales incautadas**, ponen de manifiesto que durante el año 2001 en nuestra Comunidad Autónoma se han producido un total de 2010 intervenciones, lo que supone un incremento porcentual del 59,1 % respecto al año anterior. Este número de decomisos realizados en Asturias representan el 1,6% del total de los ejecutados en España en ese mismo año que ascendieron a 128.857.

Con este aumento se acentúa la tendencia positiva observada en cuanto al número de sustancias intervenidas que se viene produciéndose en los últimos años. De forma que en el período de tiempo comprendido entre 1998 y 2001 se han producido en nuestra región un total de 5576 aprehensiones, lo que supone un incremento del 101% para estos cuatro años.

*Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. Porcentaje sobre el total nacional. Asturias y España. 1997-2001*

	1997		1998		1999		2000		2001	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Asturias	-	-	998	1,2	1.305	1,4	1.263	1,3	2.010	1,6
España	79.416	100%	82.218	100%	91.482	100%	100.242	100%	128.875	100%

*Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio del Interior: Unidad Central de Inteligencia Criminal.*

El número de incautaciones que se realizan de cada sustancia guarda estrecha relación con la cantidad de droga que circula en el mercado ilegal, y por tanto, con el uso que se hace de esas sustancias por parte de los ciudadanos. Por este motivo, los cannábicos son las sustancias que en mayor volumen se intervienen, con un total de 188.000 gramos decomisados, si bien, en este último año, se ha producido una importante disminución en el número total de gramos de hachís y cánnabis confiscados respecto a los dos años precedentes.

Cabe destacar el crecimiento importante en estos cuatro años en los decomisos de cocaína, con un incremento del 286%, de las anfetaminas con un 2663%, y sobre todo, el de las drogas de síntesis (éxtasis MDMA) con más del 35000% que pone de manifiesto la importante penetración de estas sustancias en el mercado clandestino.

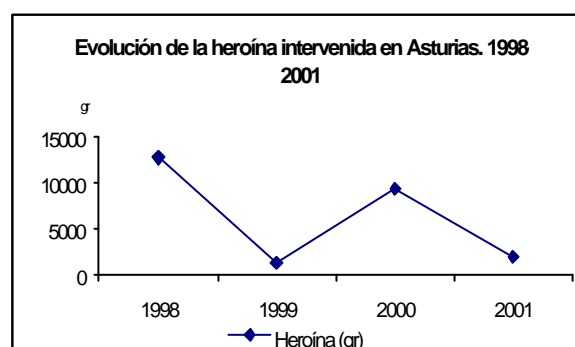
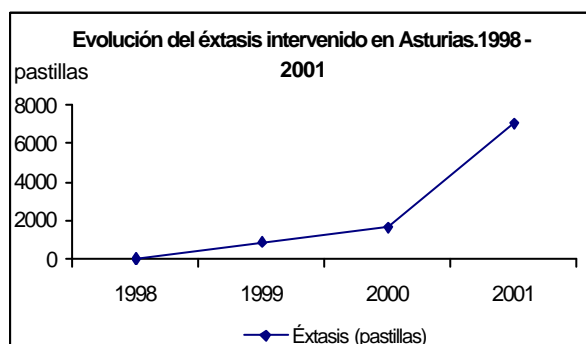
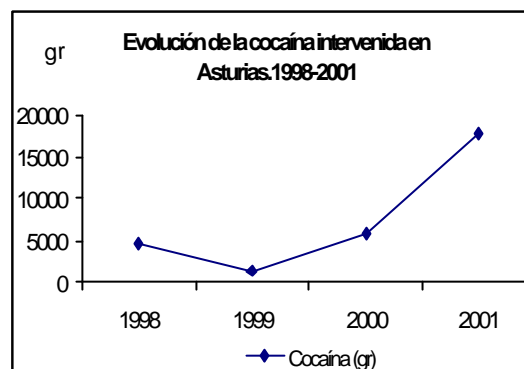
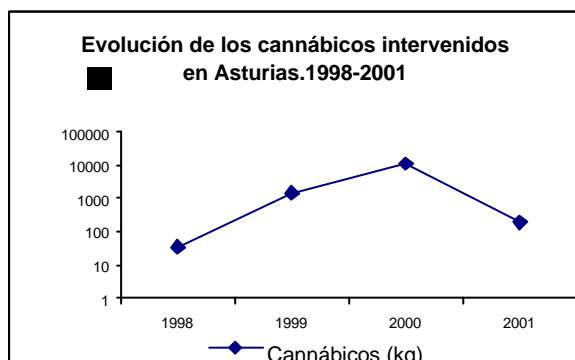
En el caso de la heroína y los fármacos psicotrópicos la cantidad incautada disminuye paulatinamente año tras año como consecuencia del desplazamiento del mercado al consumo de las sustancias anteriormente mencionadas.

En cuanto a la distribución de los decomisos por Comunidades Autónomas, Asturias se encuentra en la parte baja con un 1,6% del total de las incautaciones que se practican en España, situándose a la cabeza las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña, Valencia, Canarias.

*Sustancias intervenidas y porcentaje sobre el total de España. Asturias. 1998-2001*

	1998		1999		2000		2001	
	nº	% sobre nacional	nº	% sobre nacional	nº	% sobre nacional	nº	% sobre nacional
Heroína (gr)	12.668	3,02	1.254	0,11	9.245	1,91	1.980	0,31
Cocaína (gr)	4.603	0,04	1.299	0,01	5.900	0,10	17.755	0,05
Hachís (gr)	4.534	0,00	1.373.121	0,32	10.715.488	2,26	127.785	0,02
Grifa (gr)	1	0,00	37	0,97	25	0,35	349	0,59
Marihuana (gr)	3.815	1,02	2.397	0,31	1.057	0,31	1.622	0,34
Aceite de Hachís (gr)	0	0	0	0	0	0	0	0
Planta de Cábnnabis (gr)	25.800	0,84	40.521	1,75	685.038	3,77	58.519	1,50
Planta de Adormidera (gr)	0		263	2,02	0	0	0	0
L.S.D. (dosis)	16	0,18	156	4,65	44	0,58	54	0,20
Sulfato de anfetamina	19	0,01	662	1,34	755	3,22	525	2,81
Éxtasis (pastillas)	20	0,01	817	0,23	1.601	0,18	7.089	0,82
Otros psicotrópicos (unidades)	3.309	3,34	2.282	0,66	1.805	1,29	1.641	0,06

Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio del Interior: Unidad Central de Inteligencia Criminal



**Indicadores policiales:**

El número de personas **detenidas por tráfico ilícito de drogas** en Asturias en el año 2001 fue de 365 cifra muy parecida a la observada otros años. Esta cifra supone el 2% del total de las detenciones registradas en España por esta misma circunstancia que fue de 17.380.

Las **personas denunciadas por consumo o tenencia** de drogas fueron en España 112.270, que supone un incremento importante respecto a años precedentes. En el caso de nuestra Comunidad Autónoma, en el año 2001, el número total de

denunciados ascendió a 1665 personas el 1,5% del total de los producidos en España y representan un 180% más de los registrados en el año 2000.

Las **sanciones administrativas** impuestas en aplicación de la Ley Orgánica 1/92 sobre protección de la seguridad ciudadana por tenencia o consumo de drogas en la vía pública, ascendieron en Asturias a 1074. Se mantiene la tendencia creciente iniciada en 1998 incrementándose más de un 375% desde esta fecha hasta el 2001.

Las sanciones administrativas impuestas en Asturias representan el 2% del total de las realizadas en España que para este mismo año (2001) fueron de 52843. Las Comunidades Autónomas que muestran tasas más altas de sanciones administrativas son: Canarias, Cataluña y Navarra, encontrándose Asturias en la parte baja junto al País Vasco y Navarra.

*Detenidos y denunciados por tráfico ilícito de drogas. ( ) Porcentaje sobre el de España. Asturias y España. 1997-2001*

	Asturias					España				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
Detenidos	307 (2,05)	328 (2,35)	369 (2,75)	343 (2,01)	365 (2,1)	14.992	13.967	13.430	17.067	17.380
Denunciados	766 (1,2)	673 (1)	934 (1,22)	926 (1,14)	1665 (1,46)	63.855	67.677	76.564	81.302	112.270
Sanciones administrativas	452 (0,96)	284	368 (0,77)	966 (1,95)	1074 (2,03)	47.199		47.877	49.464	52.843

*Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio del Interior: Oficina Central de Estupefacientes.*

En Asturias, las denuncias interpuestas **por conducción de vehículos con tasas de alcohol** superiores a las permitidas legalmente fueron de 3.376. Esta cifra representa el 5% del total de las realizadas en España que para este mismo año fue de 67.544.

Al igual que sucede en España el número de **diligencias abiertas** disminuyeron de manera evidente entre los años 1998 y el 2001, pasando de 1.022 a 624.

Casi el 40% de las diligencias abiertas proceden de controles de alcoholemia rutinarios, seguidas del 37% provenientes de accidentes, y un 19% subsiguientes a infracciones de tráfico.

*Diligencias, denuncias y accidentes por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal. ( ). Porcentaje sobre el total de España Asturias y España. 1998-2001.*

	Asturias			España			
	1998	2000	2001	1998	1999	2000	2001
Accidentes	381 (6.5)	215 (4.2)	268 (5.7)	5.826	4.892	5.119	4.664
Infracciones	199 (3.45)	61 (1.6)	131 (3.5)	5.731	-	3.753	3.723
Control	403 (1.8)	46 (0.3)	207 (1.7)	22.582	-	15.934	12.260
Negarse	39 (6.1)	15 (3.4)	18 (4.2)	636	-	437	431
Total	1022 (2.9)	337 (1.3)	624 (3)	34.735	28.004	25.243	21.078
Denuncias	1624 (3.6)	3475 (5.5)	3376 (5)	45.231	50.235	63.193	67.544
Total diligencias y denuncias	2646 (3.3)	3812 (4.3)	4000 (4.5)	80.006	-	88.436	88.623

*Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio del Interior: Oficina Central de Estupefacientes.*

## 4.- Indicadores básicos de seguimiento del Plan sobre Drogas para Asturias

**Indicador 1: Proporción de jóvenes ( 14-18 años) que piensan que el consumo habitual de tabaco, de alcohol o de drogas ilegales puede causar bastantes problemas.**

	Hombre	Mujer	Total
Fumar un paquete de tabaco diario	69,1%	69,2%	69,1%
Tomarse 5-6 cañas o copas el fin de semana	34,20%	36,20%	35,20%
Tomarse 1 ó 2 cañas o copas al día	44,40%	52,70%	48,40%
Fumar hachís/marihuana alguna vez	39,40%	47,30%	43,30%
Fumar hachís/marihuana habitualmente	75,00%	83,70%	79,30%
Tomar tranquilizantes para dormir alguna vez	50,40%	43,70%	47,10%
Tomar tranquilizantes para dormir habitualmente	92,40%	91,20%	91,80%
Consumir éxtasis alguna vez	77,90%	80,20%	79,00%
Consumir éxtasis habitualmente	97,00%	98,40%	97,70%
Consumir cocaína alguna vez	80,00%	81,20%	80,60%
Consumir cocaína habitualmente	97,00%	98,80%	97,90%
Consumir heroína alguna vez	87,60%	87,20%	87,40%
Consumir heroína habitualmente	98,00%	99,40%	98,70%

Percepción de riesgo. 2002.

**Indicador 2: Proporción de jóvenes ( 14-18 años) que se inician o toman contacto con el consumo de tabaco, de alcohol o de drogas ilegales en un año. ( Entre el total de jóvenes asturianos)**

	Hombre	Mujer	Total
Toma de contacto con el tabaco	5,0%	10,6%	7,7%
Inicio consumo de tabaco diario	9,6%	20,2%	14,8%
Toma de contacto con el alcohol	18,4%	25,5%	21,9%
Inicio de consumo de alcohol todas las semanas	16,7%	22,4%	19,5%
Toma de contacto tranquilizantes . 1º vez	3,8%	6,9%	5,3%
Toma de contacto cánnabis . 1º vez	21,6%	19,0%	20,4%
Toma de contacto cocaína . 1º vez	2,0%	4,7%	3,3%
Toma de contacto heroína . 1º vez	0,6%	0,3%	0,5%
Toma de contacto anfetaminas . 1º vez	1,8%	2,8%	2,3%
Toma de contacto alucinógenos . 1º vez	3,5%	4,0%	3,8%
Toma de contacto con sustancias volátiles . 1º vez	1,5%	1,9%	1,7%
Toma de contacto con éxtasis . 1º vez	3,8%	3,1%	3,5%

E.D.P.E. 2000. Submuestra asturiana.



**Indicador 3 : Edad media de inicio de consumo de tabaco, de alcohol y drogas ilegales.**

	Hombre	Mujer	Total
Edad de consumo del primer cigarro	13,3	13,7	13,5
Edad de comienzo de consumo diario de tabaco	15,2	14,9	15,0
Edad media de primera ingesta de bebida alcohólica	13,7	14,0	13,8
Edad media de comienzo de consumo semanal de bebidas alcohólicas	15,0	14,9	14,9
Edad media de primer consumo de tranquilizantes sin receta médica	15,8	15,4	15,5
Edad media de primer consumo de cánnabis	15,6	15,5	15,5
Edad media de primer consumo de cocaína	15,2	16,3	15,8
Edad media de primer consumo de heroína	15,6	14,0	15,2
Edad media de primer consumo de speed y anfetaminas	15,3	15,9	15,5
Edad media de primer consumo de alucinógenos	15,8	15,7	15,8
Edad media de primer consumo de sustancias volátiles	14,1	13,7	13,9
Edad media de primer consumo de éxtasis/drogas de diseño	16,3	15,8	16,2

E.D.P.E. 2000. Submuestra asturiana.

**Indicador 4: Prevalencia de consumidores de tabaco, alcohol y de drogas ilegales en jóvenes y adultos por género**

Consumo de cigarrillos ( jóvenes, 14-18 años)

	Hombre	Mujer	Total
Fumo en la actualidad	26,30%	41,30%	33,60%

E.D.P.E. 2000. Submuestra asturiana.

Consumo de cigarrillos ( adultos, > de 15 años)

	Hombre	Mujer	Total
Fumo diariamente	33	24,6	28,5

E. Salud Asturias. 2002.

Consumo de alcohol ( jóvenes, 14-18 años)

	Total
Consumo semanal	%
Todos los días	1,8
Algún día	20,6
Rara vez	32
Fin de semana	
Todos	43,1
Algún	51,1

Estudio sobre Percepción de Riesgo de Consumo de Drogas. 2002. DGSP

Consumo de alcohol ( adultos, mayores de 15 años)

	Hombre	Mujer	Total
>4 días semana	17%	3%	10%
Semanal	26%	14%	20%
Ocasional	28%	31%	30%

E. Salud Asturias. 2002.

Consumo de tranquilizantes sin receta médica, últimos 30 días ( jóvenes, 14-18 años)

	Hombre	Mujer	Total
Sí	4,5%	5,6%	5,1%

E.D.P.E. 2000. Submuestra asturiana.

Consumo de tranquilizantes, últimos 15 días ( adultos, > de 15 años)

	Hombre	Mujer	Total
Con receta	7,5%	17,4%	12,8%
Sin receta	0,3%	2,1%	1,3%
Total	7,8%	19,5%	14,1%

E. Salud Asturias. 2002.

Consumo últimos 30 días ( jóvenes, 14-18 años)

	Hombre	Mujer	Total
Cánnabis	23,5%	16,6%	20,2%
Cocaína	0,9%	0,6%	0,8%
Heroína	0,3%		0,2%
Speed y anfetaminas	2,1%	0,9%	1,5%
Sustancias volátiles	0,9%	1,3%	1,1%
Éxtasis	0,9%	0,9%	0,9%

E.D.P.E. 2000. Submuestra asturiana.

Consumo últimos 30 días ( adultos, 15- 65 años)

	Hombre	Mujer	Total
Cánnabis	15,2%	4,0%	9,4%
Cocaína	2,5%	1,1%	1,8%
Heroína	-	-	-
Speed y anfetaminas	1,4%	0,7%	1,1%
Sustancias volátiles	-	-	-
Éxtasis	2,5%	1,4%	1,9%

EDD. 2001. Submuestra asturiana.

### **Indicador 5: Prevalencia de consumidores de un paquete de tabaco o más por género y grupo de edad.**

Adultos, > de 15 años

Edad	Hombre	Mujer	Total
16-29	38,9%	26,0%	32,4%
30-44	58,3%	47,1%	52,4%
45-64	58,4%	46,8%	54,3%
>65	59,0%	46,7%	57,6%
Total	54,5%	40,8%	48,6%

E. Salud Asturias. 2002.

### **Indicador 6: Prevalencia de consumidores de más de 60 gr de alcohol diario (varones) y más de 40 gr del alcohol diario (mujeres), por grupo de edad.**

Bebedores en días laborables (UBES) días ( adultos, > de 15 años)

Edad	Hombre	Mujer	Total
16-29	3,3%		1,7%
30-44	6,5%	0,4%	3,4%
45-64	7,2%	1,2%	4,0%
>65	6,8%	1,5%	3,7%
Total	6,00%	0,80%	3,30%

E. Salud Asturias. 2002.

Bebedores en fin de semana(UBES) ( adultos, > de 15 años)

Edad	Hombre	Mujer	Total
16-29	28,8%	13,6%	21,3%
30-44	15,5%	4,0%	9,6%
45-64	11,6%	1,8%	6,5%
>65	4,8%	0,4%	2,1%
Total	15,60%	4,40%	9,70%

E. Salud Asturias. 2002.

### Indicador 7: Porcentaje de jóvenes que refieren al menos una borrachera en el último mes, por género.

Se ha emborrachado alguna vez en los últimos 30 días ( jóvenes)

	Hombre	Mujer	Total
Sí	34,60%	34,50%	34,50%

E.D.P.E. 2000. Submuestra asturiana.

### Indicador 8: Prevalencia de consumidores de tabaco entre docentes y personal sanitario por género y grupo de edad.

Prevalencia del consumo de tabaco en profesionales sanitarios (%)

Edad	Médicos	Médicas	Enfermeros	Enfermeras
35-40	14,3	40	30,0	38
41-50	25	48,3	39,0	33,3
>50	24,6	25	47,4	29
Total	22,3	42,3	37,3	34,4

Consumo de tabaco en profesionales sanitarios. DGSP. 2001.

Consumo de tabaco en profesores de enseñanzas medias

	Profesores	Profesoras
Fuman	29%	32%

Nuestros centros educativos y el tabaquismo. DGSP.1999

### Indicador 9: Prevalencia de consumidores de tranquilizantes, por género y grupo de edad

Prevalencia de consumidores de tranquilizantes por género y grupo de edad

	Total	Con receta	Sin receta
Total	14,1%	12,8%	1,3%
16-29	4,8%	4,3%	0,5%
30-44	7,6%	7,0%	0,6%
45-64	18,6%	16,8%	1,8%
>65	24,3%	22,1%	2,2%
<b>Género</b>			
Hombres	7,8%	7,5%	0,3%
Mujeres	19,5%	17,4%	2,1%

E. Salud Asturias. 2002.

**Indicador 10: Número de personas incluidas en programas de deshabituación tabáquica, alcohólica, o por drogas ilegales , según existencia de tratamiento previo, por género.**

Deshabituación tabáquica (2002)

Recurso	Nº de personas
Asociación española contra el cáncer (talleres para dejar de fumar)	89
Consulta de deshabituación tabáquica del I.N. Silicosis	398

Diagnóstico de alcoholismo

Asistencia al alcoholismo	Total
Prevalencia	2036

Racpas. Unidad de Evaluación, 2001.

Diagnóstico de Toxicomanías

Asistencia a drogas	Total
Prevalencia	4156

Racpas. Unidad de Evaluación, 2001.

**Indicador 11: Prevalencia de exfumadores en la población, por género y grupo de edad**

Ex fumadores. ( adultos, > de 15 años)

	Hombres	Mujeres	Total
Ex fumadores	23,8%	9,6%	16,3%

E. Salud Asturias. 2002.

Ex fumadores por grupos de edad (adultos, > de 15 años)

	Ex fumadores
16-29	6,1%
30-44	17,4%
45-64	18,4%
>64	22,8%
Total	16,3%

E. Salud Asturias. 2002.

**Indicador 12: Número de personas que abandonan el tratamiento por drogas y que han obtenido el alta terapéutica**

Descripción	Número de Altas
Criterio facultativo	156
Otro tipo de Alta	42
Fin Tratamiento Eventual	242
Total	440

Racpas. Unidad de Evaluación y Sistemas de Información.2002

**Indicador 13: Número y proporción de muertes atribuibles al tabaco por género.**

Año 2001	Hombre	Mujer	Total
Muertes	1665	589	2254
Proporción	27,5	10,4	19,3

Observatorio sobre Drogas para Asturias

**Indicador 14: Número y proporción de muertes atribuibles al alcohol por género.**

Año 2001	Hombre	Mujer	Total
Muertes	321	72	393
Proporción	5,3	1,28	3,36

Observatorio sobre Drogas para Asturias

**Indicador 15: Número de fallecimientos por reacción aguda a la toma de drogas por género.**

Año 2002	Hombre	Mujer	Total
Muertes	16	3	19

Observatorio sobre Drogas para Asturias

**Indicador 16: Porcentaje de consumidores de drogas ilegales que utilizan la vía endovenosa por género.**

Casos admitidos a tratamiento que utilizan la vía inyectada como vía principal

Con Tratamiento previo	Sin Tratamiento previo	Total
18,90%	10,60%	16,20%

SEIT. Indicador Tratamiento 2001

**Indicador 17: Prevalencia de infección por el VIH entre los consumidores de drogas ilegales.**

Estado serológico VIH ( Entre población atendida en Centros de Salud Mental)

	Con Tto previo	Sin Tto previo	Total
Positivo	7,90%	7,30%	7,60%
Negativo (análisis últimos 6 meses)	37,10%	19,70%	31,40%
Negativo (sin fecha de análisis)	23,60%	8,50%	18,70%
Sin análisis o resultado desconocido	31,40%	64,50%	42,20%

SEIT. Indicador Tratamiento.2001.

**Indicador 18: Personas con Tuberculosis con consumo problemático de alcohol y drogas ilegales por género y grupo de edad**

Personas con TBC con problemas de alcohol

Año	Hombres	Mujeres	Total	Total enfermos(incidencia)
2000	64	3	67	472

Programa de TBC. DGSP

Personas con TBC con ADPV

Año	Hombres	Mujeres	Total	Total enfermos(incidencia)
2000	26	5	31	472

Programa de TBC. DGSP

Personas con TBC con consumo de otras drogas ( opiáceos, cocaína..)

Año	Hombres	Mujeres	Total	Total enfermos(incidencia)
2000	11	8	19	472

Programa de TBC. DGSP

**Indicador 19: Número de personas con problemas de drogodependencias en programas terapéuticos alternativos a la pena de privación de libertad por género.**

**2002**

<b>Comunidades Terapéuticas</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Arais	4		4
El Valle	1		1
Spiral	1		1
<b>Proyecto Hombre</b>			
Suspensión de condena	22	2	24
Cumplimientos alternativos	7	-	7
Aplicación artículo 182 de Reglamento Penitenciario	48	3	51
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>5</b>	<b>88</b>

Plan Regional sobre Drogas. Memoria de Proyecto Hombre.2002

**Indicador 20: Número de personas con problemas de drogodependencias que reciben ayuda económica por género y grupo de edad.**

**2002**

<b>En Comunidades Terapéuticas</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Arais	27	-	27
El Valle	1	-	1
Spiral	16	8	24
<b>Proyecto Hombre</b>	<b>470</b>	<b>97</b>	<b>567</b>
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>105</b>	<b>619</b>

Plan Regional sobre Drogas. Memoria de Proyecto Hombre.2002

**Indicador 21: Número de personas con problemas de drogodependencias incluidas en programas de educación compensatoria por género.**

(Datos parciales)

**2002**

	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Educación de adultos			
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>18</b>	<b>90</b>

Memoria de Proyecto Hombre.2002

**Indicador 22: Número de personas con problemas de drogodependencias incluidas en programas de formación ocupacional por género.**

(Datos parciales)

**2002**

	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Inserción laboral			
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>23</b>	<b>148</b>

Memoria de Proyecto Hombre.2002

# **Monográficos del Observatorio sobre Drogas para Asturias**

# Monográfico 1: La mortalidad por el consumo de tabaco en el Principado de Asturias en el período 1987-2001

---

## Introducción:

Desde que en 1964 se publicó el primer informe en el que asoció el consumo de tabaco como factor de riesgo en la aparición de diversas enfermedades, hasta el día de hoy, no han parado de acumularse evidencias científicas que refuerzan esta asociación.

Hoy en día nadie duda que el tabaquismo es la enfermedad adictiva que mayor morbimortalidad reconocida ocasiona tanto en espectro como en cantidad.

El impacto de la epidemia del tabaco sobre una población está sujeto a una multiplicidad de factores, entre los que cabe destacar: la prevalencia de consumo, los años de consumo, el tipo de tabaco consumido, la forma de consumo, la susceptibilidad personal, etc..

En Asturias, el tabaquismo también constituye el mayor problema de salud pública actual y la primera causa de muerte y morbilidad evitable.

A pesar de esta evidencia, y de la bajada progresiva en la prevalencia, el consumo de tabaco por habitante y año continúa siendo muy elevado fundamentalmente mantenido a expensas de la importante incorporación de los jóvenes y de las mujeres al hábito.

En este trabajo se pretende:

- Evaluar el impacto que sobre la mortalidad tiene el uso del tabaco en nuestra región con la finalidad de que se conozcan cuáles son las consecuencias de este hábito sobre la salud humana y pueda servir de elemento de motivación y concienciación a los fumadores para que abandonen esta nociva práctica.
- Se estudia también el indicador Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), que valora el impacto que sobre la mortalidad prematura tiene el uso de esta sustancia.

## **Material y métodos:**

Se han recogido los datos sobre las defunciones y su causa en personas mayores de 35 años, residentes en nuestra Comunidad Autónoma, (edad, sexo y causa de muerte), del Registro de Mortalidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Se incluyeron las muertes ocasionadas por aquellas rúbricas en las que existe una asociación suficientemente demostrada con el tabaco, en concreto, aquellas que corresponden con los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª y 10ª revisión que se recogen en la Tabla 1:



Tabla 1: Patologías relacionadas con causa de muerte debida al consumo de tabaco y entidad nosológica.

PATOLOGIAS	CIE 9	CIE 10
<b>Neoplasias</b>		
Labio, boca, faringe	140-149	C00-14
Esófago	150	C15
Páncreas	157	C25
Laringe	161	C32
Tráquea, bronquios, pulmón.	162	C33-34
Cuello de útero		C53
Vejiga	188	C67
Riñón y otros órganos urinarios	189	C64-66(*)
<b>Enfer cardiovasculares</b>		
Enf reumática crónica del corazón	390-398	I05-09
Enf hipertensiva	401-405	I10-15
Enf isquémica del corazón	410-414	I20-25
35 a 64 años		
>=65 años		
Otras enf del corazón	415-417, 420-429	I26-28, I30-52
Enf cerebrovascular (430-438)	430-438	I60-69
35 a 64 años		
>=65 años		
Aterosclerosis	440	I70
Aneurisma aórtico	441	I71
Otras enf arteriales	442-448	I72-78
<b>Enfer respiratorias</b>		
EPOC	496	J44
Tuberculosis aparato respiratorio	010-012	A15-19, B90.9
Neumonía, influenza	480-487	J10-18
Bronquitis, enfisema	490-492	J40-43
Asma	493	J45-46

(\*) C68.0,C68.1,C68.8,C68.9

Los datos sobre prevalencia de consumo de tabaco para fumadores, no fumadores y exfumadores fueron extraídos de la submuestra asturiana de la Encuesta Nacional de Salud del año 1987 y de la Encuesta de Salud del Principado de Asturias (2002) (tabla 2)

Tabla 2: Prevalencias de consumo de tabaco en Asturias, 1987 y 2001.

Año	Hombres			Mujeres		
	Fumadores	Exfumadores	No fumadores	Fumadoras	Exfumadoras	No fumadoras
1987	0,51	0,20	0,28	0,25	0,06	0,68
2002	0,37	0,24	0,39	0,28	0,10	0,62

Encuesta Nacional de Salud ( submuestra asturiana) y Encuesta de Salud para Asturias.

Los riesgos relativos (RR) atribuidos a la mortalidad por consumos de tabaco, proceden del estudio de cohortes prospectivo Cancer Prevention Study II (CPS-II) realizado en los Estados Unidos por la Sociedad Americana contra el Cáncer en el año 1989. (Tabla3)

Tabla 3: Riesgos Relativos de defunciones debidas al consumo de tabaco por entidad nosológica, género y hábito de fumar. (CPS-II, 1989)

PATOLOGIAS	Riesgo relativo hombres		Riesgo relativo mujeres	
	Fumadores	Exfumadores	Fumadoras	Exfumadoras
<b>Neoplasias</b>				
Labio, boca, faringe	27,48	8,80	5,59	2,88
Esófago	7,60	5,83	10,25	3,16
Páncreas	2,14	1,12	2,33	1,78
Laringe	10,48	5,24	17,78	11,88
Tráquea, bronquios, pulmón.	22,36	9,36	11,94	4,69
Cuello de útero			2,14	1,94
Vejiga	2,86	1,90	2,58	1,85
Riñón y otros órganos urinarios	2,95	1,95	1,41	1,16
<b>Enfer cardiovasculares</b>				
Enf reumática crónica corazón	1,85	1,32	1,69	1,16
Enf hipertensiva	1,85	1,32	1,69	1,16

Enf isquémica del corazón				
35 a 64 años	2,81	1,75	3,00	1,43
>=65 años	1,62	1,29	1,60	1,29
Otras enf del corazón	1,85	1,32	1,69	1,16
Enf cerebrovascular (430-438)				
35 a 64 años	3,67	1,38	4,80	1,41
>=65 años	1,94	1,27	1,47	1,01
Aterosclerosis	4,06	2,33	3,00	1,34
Aneurisma aórtico	4,06	2,33	3,00	1,34
Otras enf arteriales	4,06	2,33	3,00	1,34
<b>Enfer respiratorias</b>				
EPOC	9,65	8,75	10,47	7,04
Tuberculosis aparato respiratorio	1,99	1,56	2,18	1,38
Neumonía, influenza	1,99	1,56	2,18	1,38
Bronquitis, enfisema	9,65	8,75	10,47	7,04
Asma	1,99	1,56	2,18	1,38

Para el cálculo de la fracción atribuible poblacional de la mortalidad por consumo de tabaco, para cada causa de muerte, por sexo, y teniendo en cuenta los RR anteriormente mencionados y las prevalencias de consumo de tabaco, se utilizó la siguiente fórmula:

$FAP = [Po + P1(RR1) + P2(RR2)] - 1 / [Po + P1(RR1) + P2(RR2)]$  en donde:

Po: proporción de población no fumadora

P1: proporción de población fumadora

P2: proporción de población exfumadora

RR1: riesgo relativo en personas fumadoras

RR2: Riesgo relativo en exfumadores

La multiplicación de la proporción obtenida por las muertes ocurridas en cada patología nos permite obtener una estimación de las muertes atribuibles al consumo de tabaco en Asturias para los dos años estudiados.

## **Resultados:**

En el año 1987 se produjeron en nuestra Comunidad Autónoma un total de 2.370 fallecimientos atribuibles al tabaco, lo que representa un 22,6% del total de muertes por todas las causas. En el año 2001 fueron 2.254 las personas que fallecieron por este motivo lo que supuso un 19,3% de las muertes totales. Por tanto, entre estas dos fechas disminuyó la mortalidad anual por el tabaco cerca de 5 % (116 personas en números absolutos).

Una de cada tres muertes en el caso de los hombres (32%) y una de cada 10 en las mujeres (12%) fueron debidas al tabaco en el año 1987. Estas proporciones en el año 2001 disminuyeron en el caso de los hombres al 27,5% y al 10% en las mujeres.(Tabla 4)

*Tabla 4: Defunciones totales y defunciones debidas al tabaco, por género. Asturias 1987, 2001.*

Año	Total			Hombres			Mujeres		
	Def totales	Def tabaco	%	Def totales	Def tabaco	%	Def totales	Def tabaco	%
1987	10.496	2.370	22,6	5.488	1.766	32,2	5.008	604	12,1
2001	11.699	2.254	19,3	6.062	1.665	27,5	5.637	589	10,4

La reducción en números absolutos de defunciones debidas al tabaco entre esas fechas fue mayor en hombres con una disminución de 101 casos (9,4%) que en las mujeres sólo 15 casos (2,5%) de disminución.

Si analizamos el porcentaje atribuible por los grandes grupos de enfermedades : neoplasias, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias, tenemos que en el año 1987 las enfermedades neoplásicas fueron responsables del 32.5% de las muertes debidas al tabaco, las enfermedades cardiovasculares del 46% y las respiratorias del resto 21%. En el año 2001, estos porcentajes fueron mayores en el caso de los tumores 39%, sensiblemente menores en lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares 41% y muy parecidos en el caso de las enfermedades pulmonares 20%. (Tabla 5)

En hombres las muertes atribuibles al tabaco se reflejan en Neoplasias (45% de las muertes, por sólo 20% en las mujeres), mientras que en las mujeres genera fundamentalmente enfermedades cardiovasculares (62% en el 2001).

No obstante, dentro de la relatividad también se observan evoluciones. Así en mortalidad general se evidencian aumentos en la proporción de tumores, y descensos marcados en las enfermedades cardiovasculares y una disminución moderada de las enfermedades respiratorias. Por género, los hombres muestran un mismo patrón, excepto para las enfermedades respiratorias, cuya incidencia es estable, pero en las mujeres apreciamos un incremento de mortalidad por neoplasias (67% de incremento relativo), descendiendo las causas por enfermedades cardiovasculares (10%) y por enfermedades respiratorias (30%)

Tabla 5: Grandes grupos de fallecimientos debidos al consumo de tabaco. Asturias 1987 y 2001

Año	Total		Hombre		Mujer	
	1987	2001	1987	2001	1987	2001
Neoplasias	32,5	38,8	37,9	45,2	12,3	20,5
Enfermedades cardiovasculares	46,1	40,9	38,3	31,9	68,9	62,2
Enfermedades respiratorias	21,4	20,3	22,3	22,9	18,8	13,2

Las fracciones etiológicas calculadas muestran porcentajes atribuibles más elevados en los hombres que para las mujeres debidos a la mayor prevalencia de consumo de tabaco en los hombres. Las rúbricas que en mayor porcentaje en fracción atribuible contribuyen a la mortalidad por el tabaco son, dentro de los tumores: el cáncer de labio, boca y faringe, y el de tráquea bronquios y pulmón, en las cardiovasculares: la enfermedad cerebrovascular, y el EPOC en las respiratorias. (Tabla 6)

Las fracciones atribuibles aumentan al final del periodo de estudio al aumentar en las mujeres la proporción de fumadoras y disminuye en los hombres por el motivo contrario.

Tabla 6: Fracciones atribuibles del riesgo de fallecimiento debidos al consumo de tabaco por entidad nosológica, genero. Asturias 1987-2001

PATOLOGIAS	Hombres		Mujeres	
	Frac atribuible		Frac atribuible	
	1987	2001	1987	2001
<b>Neoplasias</b>				
Labio, boca, faringe	0,94	0,92	0,56	0,60
Esófago	0,81	0,79	0,71	0,74
Páncreas	0,37	0,31	0,27	0,31
Laringe	0,85	0,82	0,83	0,85
Tráquea, bronquios, pulmón.	0,93	0,91	0,75	0,77
Cuello de útero			0,25	0,29
Vejiga	0,53	0,47	0,30	0,35
Riñón y otros órganos urinarios	0,54	0,49	0,09	0,12
<b>Enfer cardiovasculares</b>				
Enf reumática crónica corazón	0,33	0,28	0,15	0,17
Enf hipertensiva	0,33	0,28	0,15	0,17
Enf isquémica del corazón				
35 a 64 años	0,52	0,46	0,34	0,38

>65 años	0,27	0,23	0,14	0,16
Otras enf del corazón	0,33	0,28	0,15	0,17
Enf cerebrovascular (430-438)				
35 a 64 años	0,59	0,52	0,49	0,52
>65 años	0,34	0,29	0,10	0,12
Aterosclerosis	0,64	0,59	0,34	0,37
Aneurisma aórtico	0,64	0,59	0,34	0,37
Otras enf arteriales	0,64	0,59	0,34	0,37
<b>Enfer respiratorias</b>				
EPOC	0,86	0,82	0,73	0,73
Tuberculosis aparato respiratorio	0,38	0,30	0,24	0,21
Neumonía, influenza	0,38	0,30	0,24	0,21
Bronquitis, enfisema	0,86	0,82	0,73	0,73
Asma	0,38	0,30	0,24	0,21

En relación con la categoría diagnóstica, en los dos años analizados, se observa que la mayoría de las muertes totales son imputables a cuatro patologías concretas: cáncer de pulmón (20,8%) y (24,3%), el EPOC (14,6%) y (16,9%), enfermedad isquémica del corazón (13,6%) y (13,8%), y la enfermedad cerebrovascular (11,8%) y (10%).

Tabla 7: Fallecimientos y frecuencia relativa de mortalidad atribuible al consumo de tabaco por entidad nosológica, por género y edad. Asturias 1987-2001 (Adaptada de: Mortalidad atribuible al tabaquismo en España. 1998. José R Benegas. Medicina Clínica. N° 18. 2001)

PATOLOGIAS	Total				Hombres				Mujeres			
	1987		2001		1987		2001		1987		2001	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Neoplasias</b>	<b>770</b>	<b>31,4</b>	<b>874</b>	<b>38,8</b>	<b>696</b>	<b>39,4</b>	<b>753</b>	<b>45,2</b>	<b>74</b>	<b>12,3</b>	<b>121</b>	<b>20,5</b>
Labio, boca, faringe	57	2,4	66	2,9	53	3,0	61	3,7	4	0,7	5	0,8
Esófago	64	2,7	71	3,2	58	3,3	61	3,7	6	1,1	10	1,8
Páncreas	43	1,8	50	2,2	26	1,5	30	1,8	17	2,8	20	3,4
Laringe	60	2,5	51	2,3	56	3,2	49	3,0	4	0,7	2	0,3
Tráquea, bronquios, pulmón.	494	20,8	547	24,3	460	26,1	480	28,8	34	5,7	67	11,4
Cuello de útero	3	0,1	5	0,2					3	0,6	5	0,9
Vejiga	31	1,3	59	2,6	27	1,6	50	3,0	4	0,6	9	1,5
Rinón y otros órganos urinarios	17	0,7	25	1,1	16	0,9	22	1,3	1	0,2	3	0,5
<b>Enfer cardiovasculares</b>	<b>1093</b>	<b>46,1</b>	<b>921</b>	<b>40,9</b>	<b>677</b>	<b>38,3</b>	<b>531</b>	<b>31,9</b>	<b>416</b>	<b>68,9</b>	<b>390</b>	<b>66,2</b>
Enf reumática crónica corazón	5	0,2	13	0,6	2	0,1	4	0,3	3	0,5	8	1,4
Enf hipertensiva	22	0,9	39	1,7	12	0,7	18	1,1	10	1,6	21	3,6
Enf isquémica del corazón												
35 a 65 años	115	4,9	67	3,0	102	5,7	58	3,5	13	2,1	9	1,6
>65 años	207	8,7	243	10,8	129	7,3	144	8,7	78	12,9	98	16,7
Otras enf del corazón	202	8,5	230	10,2	117	6,6	111	6,6	85	14,0	120	20,3
Enf cerebrovascular (430-438)												
35 a 65 años	57	2,4	34	1,5	41	2,3	23	1,4	16	2,6	10	1,8
>65 años	224	9,4	191	8,5	149	8,4	110	6,6	75	12,4	81	13,8
Aterosclerosis	221	9,1	60	2,7	92	5,2	25	1,5	129	21,4	35	5,9
Aneurisma aórtico	15	0,6	32	1,4	14	0,8	29	1,7	1	0,2	3	0,4
Otras enf arteriales	25	1,1	13	0,6	19	1,1	9	0,5	6	1,1	4	0,7
<b>Enfer respiratorias</b>	<b>507</b>	<b>21,4</b>	<b>459</b>	<b>20,3</b>	<b>393</b>	<b>22,3</b>	<b>381</b>	<b>22,9</b>	<b>114</b>	<b>18,8</b>	<b>78</b>	<b>13,2</b>
EPOC	346	14,6	382	16,9	294	16,6	338	20,3	52	8,6	44	7,5
Tuberculosis apart respiratorio	10	0,4	6	0,2	8	0,4	5	0,3	2	0,4	1	0,1
Neumonía, influenza	52	2,2	38	1,7	26	1,5	20	1,2	26	4,2	18	3,0
Bronquitis, enfisema	88	3,7	22	1,0	61	3,4	16	0,9	27	4,5	7	1,1
Asma	12	0,5	11	0,5	5	0,3	2	0,1	7	1,1	9	1,5
<b>Total</b>	<b>2370</b>	<b>100</b>	<b>2254</b>	<b>100</b>	<b>1766</b>	<b>100</b>	<b>1665</b>	<b>100</b>	<b>604</b>	<b>100</b>	<b>589</b>	<b>100</b>

En los hombres, en ambos años, el grupo de patologías más prevalentes siguen siendo los tumores malignos (45%) seguidos de las enfermedades cardiovasculares,

mientras que en las mujeres, las enfermedades cardiovasculares (66%) superan con gran diferencia a los otros dos grandes grupos.

El cáncer de pulmón es la categoría diagnóstica que más muertes ocasiona en los hombres, donde cerca de 500 asturianos consumidores de tabaco fallecen todos los años por esta circunstancia, alrededor de unos 300 lo hacen por el EPOC y unos 200 por la enfermedad isquémica del corazón

En lo que respecta a las mujeres la mayor mortalidad la ocasionan enfermedades de origen cardíaco como la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, así como aquellas que se recogen bajo el epígrafe: otras enfermedades del corazón que agrupan a 26 patologías distintas referenciadas en la CIE10 con los códigos: I26-28, I30-52.

Si analizamos el incremento entre ambos años, se observa un aumento en la mortalidad por cáncer de pulmón ( aumento del 10%) inferior al incremento global de la mortalidad por tumores ( 13,5%) debido, en parte, al descenso de mortalidad por tumores como el cáncer de laringe.

A su vez, se aprecia un descenso de muertes por enfermedades cardiovasculares (16%) ocasionadas sobre todo por la reducción de la Enfermedad Isquémica Cardíaca en menores de 65 años y por la gran reducción de la aterosclerosis y la enfermedad cerebro-vascular en menores de 65 años. Es notorio también el incremento de la Enfermedad Isquémica Cardíaca en mayores de 65 años (15%), de la enfermedad hipertensiva, y del aneurisma aórtico.

Por sexos, el análisis resalta grandes diferencias tanto en la frecuencia absoluta de entidades diagnósticas como en la evolución de la mortalidad atribuida a ellas.

Por grandes grupos se observa una mayor mortalidad por neoplasias en hombres, con un incremento en su mortalidad en ambos géneros, pero muy superior en las mujeres (63%) frente a un 8% en los hombres. Este hecho se observa sobre todo en la neoplasia más frecuente por consumo de tabaco donde el incremento en las mujeres es del 100% frente a sólo un 4% en los hombres. El único tumor que disminuye la mortalidad en esta serie en ambos sexos es el cáncer de laringe.

En cuanto a la enfermedad cerebro-vascular se aprecia una reducción global en ambos géneros, pero ésta es mayor en los hombres (27%) frente a sólo un 6% en las mujeres. En hombres se reduce la mortalidad debida a la enfermedad cardíaca isquémica en menores de 64 años, la aterosclerosis, y la enfermedad cerebrovascular en menores de 64 años. En las mujeres el descenso viene representado únicamente por la aterosclerosis, y por el contrario aumenta la mortalidad por consumo de tabaco en casi todo el resto de las enfermedades cardiovasculares.

Por último, en lo que respecta a las enfermedades respiratorias los hombres disminuyen en un 3% la mortalidad debida al consumo de tabaco, mientras que las mujeres lo hacen mayor cuantía 32%.

### **Años potenciales de vida perdidos:**

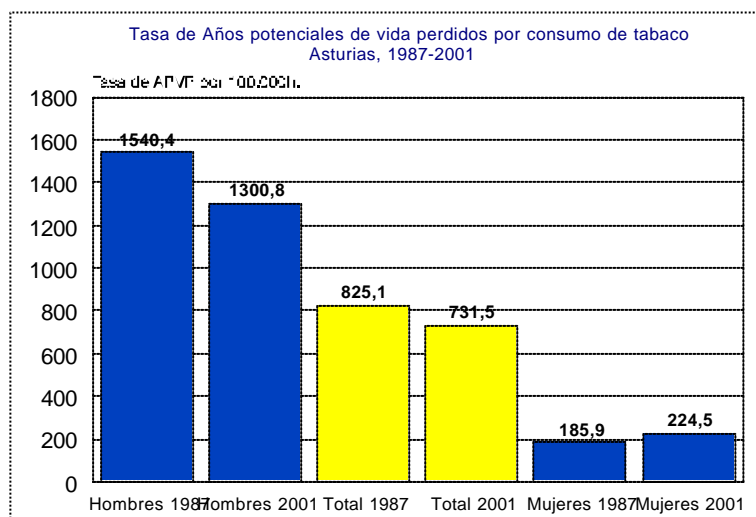
En el análisis por género de los años potenciales de vida perdidos (APVP) debidos al consumo de tabaco (Tabla 8) se observa que en los hombres la mayor tasa de APVP en el año 2001 era debida a fallecimientos por tumor de tráquea, bronquios y pulmón (tasa de 519), seguido de la enfermedad isquémica del corazón en personas de 35-65 años de edad (tasa de 188) y de los tumores de labio, boca y faringe (tasa de 110). En el caso de las mujeres las mayores tasas de APVP son fundamentalmente provenientes de

fallecimientos, al igual que en los hombres, por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (tasa de 101), seguidas de la enfermedad isquémica del corazón en mujeres de 35-65 años de edad (tasa de 31) y de la enfermedad cerebrovascular en mujeres de 35-65 años de edad (tasa de 20). Como se puede apreciar no hay presencia en las mujeres en los primeros lugares de los tumores de labio, boca y faringe, así como hay escasa presencia de los APVP por EPOC.

Tabla 8: Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en Asturias. Años potenciales de vida perdidos (tasa por 100.000 habitantes). 1987-2001

Patología	1987			2001		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Tumores:</b>						
Labio, boca, faringe	98,6	3,0	48,2	109,8	0,0	52,0
Esófago	95,5	5,4	48,0	86,4	5,6	43,8
Páncreas	22,6	6,3	13,9	34,7	8,8	20,9
Laringe	79,7	0,0	37,7	61,5	3,8	31,1
Tráquea, bronquios, pulmón.	490,1	43,3	254,4	518,9	101,4	297,9
Cuello de útero		9,8	5,0		8,2	4,2
Vejiga	13,6	0,5	6,7	22,1	7,6	14,4
Riñón y otros órganos urinarios	19,8	0,9	9,8	19,6	0,9	9,7
<b>Cardiovasculares</b>						
Enf. reumática crónica corazón	1,3	1,6	1,4	2,1	1,7	1,8
Enf. hipertensiva	6,2	2,2	4,1	1,9	1,5	1,7
Enf. isquémica del corazón						
35 a 65 años	268,6	30,7	143,0	188,5	30,8	105,1
>65 años	12,5	2,1	7,0	7,7	2,0	4,7
Otras enf. del corazón	111,8	18,0	62,2	55,0	13,9	33,2
Enf. cerebrovascular			0,0			0,0
35 a 65 años	114,5	37,2	73,3	73,9	30,4	50,6
>65 años	8,0	1,5	4,5	4,0	1,1	2,5
Aterosclerosis	2,4	1,4	1,8	1,8	0,0	0,9
Aneurisma aórtico	11,9	2,0	6,6	15,7	0,5	7,7
Otras enf. arteriales	10,6	0,4	5,2	15,4	0,0	7,3
<b>Enfermedades respiratorias</b>						
EPOC	110,4	6,8	55,8	58,2	3,4	29,3
Tuberculosis aparato respiratorio	16,9	1,2	8,6	1,1	0,0	0,5
Neumonía, influenza	19,4	5,2	11,8	10,0	1,7	5,6
Bronquitis, enfisema	20,6	0,0	9,8	12,2	0,0	5,8
Asma	5,5	6,5	6,0	0,4	1,2	0,8
<b>Total</b>	<b>1.540,4</b>	<b>185,9</b>	<b>825,1</b>	<b>1.300,8</b>	<b>224,5</b>	<b>731,5</b>

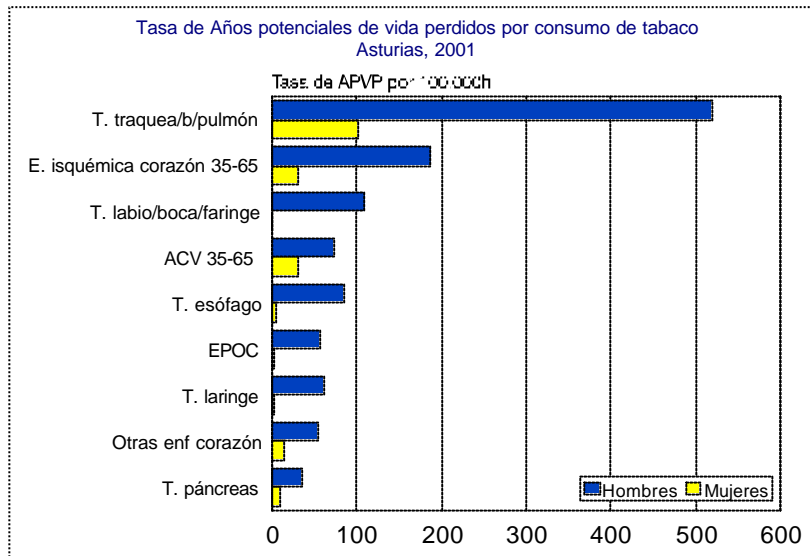
Gráfico 1:



Por género, la evolución en ambos sexos entre los años de comienzo y final del estudio (1987 y 2001, respectivamente) ha sido dispar. Así, en el caso de los hombres, que presentan unas cifras globales muy elevadas de tasas de APVP, se produce una reducción importante del 18%. En cambio, en el caso de las mujeres, que partían de unas tasas globales menores, la tasa

de APVP aumenta un 21%. La reducción para el conjunto de ambos sexos fue del 13%. Esta circunstancia se observa, también, comparando los cocientes de masculinidad de las tasas de APVP que en el año 1987 eran de 8,3 y en el 2001 descendieron a un 5,8.

Gráfico 2:



Esta diferencia de género no consiste solamente en una distinta presentación de los APVP de las causas de fallecimiento, sino en una diferente cuantía en la prematuridad de las muertes en cada tipo de patología. Así, asumiendo una mayor tasa de APVP en los hombres, en todo tipo de patologías, observamos en aquellas enfermedades que ocasionan una alta cantidad de APVP, diferencias elevadas en el cociente de masculinidad de cada una. Para el conjunto de las patologías la tasa de APVP tiene un cociente de masculinidad de

5,8. Sin embargo, la presentación de otras patologías es variopinta: no hay representación de APVP en mujeres en el caso de tumores de labio, boca, aterosclerosis, otras enfermedades arteriales, tuberculosis del aparato respiratorio y bronquitis y enfisema. Por otra parte, como es evidente, no hay presentación masculina en el caso de tumores de útero. Sin embargo, en patologías que representan una elevada tasa de APVP se observan diferencias importantes en los cocientes de masculinidad: 5,1 para los tumores de traquea, bronquios y pulmón, de 6,1 en enfermedad isquémica del corazón en personas de 35-65 años, de solo 3,6 en enfermedad cerebrovascular en mayores de 65 años, y de menos aún, 2,5, en personas de 35-65 años de edad. Las mayores diferencias de género, excluidas aquellas en las que no existe representación de un único sexo, son las correspondientes a aneurisma aórtico (cociente de 31) tumores de riñón y órganos urinarios (cociente de 21,4) y tumores de esófago (cociente de 15).

En el análisis evolutivo por género, hay diferencias en cuanto al incremento de unas u otras tasas de APVP. Así, en las grandes patologías que afectan en cantidad sustancial a la totalidad de APVP, en hombres ha existido un aumento de las tasas de APVP por tumores de tráquea, bronquios y pulmón (incremento del 6%), pero ese incremento en mujeres ha sido muy importante (del 135%), que es el que genera que mientras que las tasas de APVP caen en los hombres en las mujeres aumenten en global un 21% entre ambos años de estudio. En el caso de las tasas de APVP por enfermedad isquémica del corazón en personas de 35-65 años la reducción de la tasa en hombres ha sido del 31% y, en cambio, en mujeres ha permanecido estable. En las enfermedades cerebrovasculares en personas de 35-65 años en mujeres se ha reducido solo 19% mientras en hombres ha sido muy superior (35%). En el caso de otras enfermedades del corazón la reducción de la tasa en hombres fue del 50% mientras en mujeres sólo del 23%.

Para el conjunto de ambos sexos, los años potenciales de vida perdidos están condicionados por la alta masculinidad de la mortalidad por consumo de tabaco, por lo que su evolución es paralela a la de los hombres (Tabla 8): existe una reducción del total de APVP. Por patología, se observa un incremento en las tasas de APVP a causa de tumores de traquea, bronquios y pulmón (17%) y de labio, boca y faringe (8%), y descensos en la tasa de APVP de fallecimientos de enfermedad isquémica del corazón en personas de 35-65 años del 36%, por otras enfermedades del corazón del 47%, por

EPOC del 48% y por enfermedad cerebrovascular en personas de 35-65 años de edad del 30%.

Si analizamos el número de APVP perdidos por persona fallecida causados por el consumo de tabaco en ambos años de estudio para las grandes causas de fallecimiento, obtenemos resultados como los reflejados en la tabla 9. En el año 2001 la pérdida de APVP por persona fallecida más importante era la propia de aquellas patologías que se analizan específicamente para el grupo de personas de 35-65 años de edad (enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular, con 16-17 años de pérdida por persona), le siguen en frecuencia los tumores de labio, boca y faringe (8,5 años per cápita). Es de resaltar que las personas fallecidas por consumo de tabaco a causa de EPOC representan muy pocos años de vida perdidos.

En el análisis de género, para el mismo año 2001, el grupo con mayor número de años perdidos, tanto en hombres como en mujeres, es similar al del conjunto de ambos sexos, con la excepción de la escasa representación del tumor de labio, boca y faringe en mujeres. En cambio, sí se observa una mayor prematuridad en los fallecimientos en mujeres en el caso de los fallecimientos por tumor de tráquea, bronquios y pulmón, y en las enfermedades isquémicas del corazón en personas de 35-65 años.

El análisis evolutivo entre ambos años de estudio según la prematuridad del fallecimientos, nos indica se ha incrementado ligeramente la media de años de vida perdidos por persona fallecida precisamente en aquellas patologías con mayor número de años perdidos (enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares).

*Tabla 9: Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en Asturias. Años potenciales de vida perdidos por persona fallecida. 1987-2001*

Patología	1987			2001		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<b>Tumores:</b>						
Labio, boca, faringe	9,5	4,2	9,1	9,2	0,0	8,5
Tráquea, bronquios, pulmón.	5,4	7,0	5,5	5,5	8,3	5,9
<b>Cardiovasculares</b>						
Enf. isquémica del corazón 35-65 años	13,4	13,1	13,4	16,5	19,0	16,9
Otras enf. del corazón	4,9	1,2	3,3	2,5	0,6	1,6
Enf. cerebrovascular 35-65 años	14,2	12,9	13,8	16,4	16,8	16,0
EPOC	1,9	0,7	1,7	0,9	0,4	0,8



## Monográfico 2: La mortalidad por consumo de alcohol en el Principado de Asturias en el período 1987-2001

---

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol son múltiples y abarcan un grupo muy variado de situaciones que se asocian al consumo excesivo de alcohol de forma ocasional o de forma regular. El impacto sanitario, además de otros, puede ser tanto o más elevado en aquellos grandes consumidores ocasionales como en aquellos que tienen un consumo regular excesivo. Evidentemente, el conjunto de problemas abarcado por cada tipología de consumo es distinto.

Las distintas consecuencias para la salud que puede generar cualquier sustancia adictiva dependen de varios factores: el propio tipo de sustancia, la vía de ingesta o de administración, la metabolización de la sustancia, etc. En el caso que nos ocupa, el consumo de alcohol, tiene como característica primordial su perfecta solubilidad tanto en medios acuosos o en grasas. Esta circunstancia hace que se distribuya por todos los tejidos del organismo humano facilitando la acción tóxica del alcohol.

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tanto en términos fisiológicos, de morbilidad o de mortalidad, se pueden dividir en dos grandes grupos: los asociados a un consumo excesivo prolongado en tiempo (que se estudiaron en el pasado con gran detenimiento), y aquellos provocados por el consumo excesivo de carácter ocasional, si bien hay problemas que aparecen en ambos patrones de consumo. Dichos problemas afectan a las distintas esferas del ser humano, yendo desde efectos somáticos (cardiovasculares, digestivos, inmunitarios, tumorales, neurológicos), psiquiátricos, sexuales o de reproducción, y también familiares o sociales, cuya relación puede ser consultada en la amplia bibliografía específica existente.

En este trabajo se ha pretendido abordar:

- El impacto del consumo de alcohol en Asturias, basado en el indicador de mortalidad, que aún siendo un indicador negativo de salud, nos expresa, en su máxima consecuencia, el grado de daños para la salud que tiene el alcohol en nuestra sociedad.
- Hemos añadido, como un indicador más moderno y más aplicable a sociedades desarrolladas otro como es el de los años potenciales de vida perdidos (APVP), que nos hace una estimación del impacto de la mortalidad prematura debida a estas causas en nuestra comunidad.

Para ello, se ha recogido del Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, todas las defunciones ocasionadas entre el año 1987 y el año 2001 en nuestra Comunidad Autónoma, de las patologías citadas en la Tabla 1. A la cantidad resultante se les ha aplicado un factor de fracción atribuible citada más abajo, y se han realizado tablas de frecuencia absoluta y relativa en relación al total de fallecimientos atribuido al alcohol y tasas específicas brutas. Se ha realizado también un análisis temporal y por género.

A su vez, se han recogido de los años potenciales de vida perdidos para cada patología de las citadas, se ha calculado su tasa específica y se ha realizado una tabulación de frecuencias, analizándose los años de comienzo y final de período de estudio, en su frecuencia absoluta, frecuencias relativas, análisis de evolución y de género.

Para la cuantificación de la mortalidad por alcohol se utilizan estimadores del impacto del alcohol sobre la mortalidad en la población a través de la atribución causal o fracción atribuible. Para ello, en este trabajo, se aplican los propuestos por el Centers for Disease Control de los Estados Unidos (CDC) en su estudio: Alcohol related Mortality and Years of Potencial Life Lost United States 1987, 1990.

Se han considerado unos porcentajes de atribución causal o fracción atribuible aproximados ya que para sus cálculos asumimos que los riesgos relativos son iguales para la población de Estados Unidos y para la de Asturias, circunstancia esta discutible ya que: la intensidad, la cuantificación, las definiciones, la historia de los consumos, etc. probablemente sean distintos. No obstante, en ausencia de otra medida de estimación del riesgo en nuestro entorno y la publicación de varios estudios en España de objetivos similares utilizando esta misma metodología nos hacen elegirla. (Tabla 1).

Tabla 1: Fracción atribuible (en porcentaje) de fallecimientos debidos al consumo de alcohol en las distintas enfermedades por categoría diagnóstica:

PATOLOGIA	CIE-9	CIE-10	Fracción atribuible (%)
Tumor maligno de labio/boca/faringe	140-149	C00-C14	50
Tumor maligno de esófago	150	C15	75
Tumor maligno laringe	161	C32	50
Trastornos mentales y del comportamiento ligados al alcohol	291,303,305.0	F10	100
Cardiomiopatía alcohólica	425.5	I42.6	100
Cirrosis	571 *	*	70
Gastritis alcohólica	E535.3	K29.2	100
Polineuropatía alcohólica	E537.5	G62.1	100
Pancreatitis aguda	E577.0	K85	42
Pancreatitis crónica	E577.1	K86.0-K86.1	60
Accidentes tráfico vehículos de motor	E8100-E8199	LR090	40
Envenenamiento accidental alcohol	E8600-E8609	X45	100
Suicidios y lesiones autoinfligidas	E9500-9599	LR 098	25
Homicidio	9600-9699	LR099	46

CDC: Alcohol related Mortality and Years of Potencial Life Lost United States 1987, 1990.

(\*) La cirrosis se corresponde en la CIE-9 y la CIE-10 con las siguientes patologías: enfermedad alcohólica (571.0-1-2, K70), hepatitis crónica no clasificada (571.4, K73), cirrosis biliar primaria (571.6, K74.3), cirrosis biliar secundaria (571.6, K74.4), cirrosis biliar no específica (571.6, K74.5), otras cirrosis del hígado (571.5, K74.6), enfermedad del hígado (573.9 y 571.9, K76.9).

La hepatopatía SAI y la hepatopatía crónica en la CIE-10 tienen el mismo código (K76.9). En la CIE-9 tienen códigos distintos (573.9 y 571.9).

La atrofia amarilla crónica en la CIE-9 es el 571.8, en la CIE-10 es el K72.9 que es insuficiencia hepática no especificada. Esta rúbrica en la CIE-9 era 573.8.

Estos porcentajes de fracción atribuible son utilizados también por el Observatorio Español sobre Drogas en los diversos estudios sobre mortalidad atribuible por consumo de alcohol que realiza y que aparecen publicados en sus informes anuales.

En la Tabla 1 se observan las distintas fracciones para cada categoría diagnóstica. En ella es de resaltar que para determinadas categorías la atribución del fallecimiento a causa de la misma debido al consumo de alcohol es absoluta. Sin embargo, estas patologías no tienen una frecuencia muy elevada como posteriormente tendremos ocasión de comentar. Por el contrario, hay otras patologías que teniendo una menor fracción etiológica vinculada al consumo de alcohol, presentan un gran número de fallecimientos cada año: cirrosis alcohólica, tumor maligno de labio/boca/faringe y de esófago, accidentes de vehículo a motor, etc.

Atendiendo a la clasificación de consumo de alcohol citada al comienzo de este capítulo las distintas causas de muertes asociadas al consumo de alcohol pueden ser las siguientes:

- Asociadas a patrón de consumo excesivo permanente y prolongado en el tiempo: neoplasias y tumores, trastornos mentales y del comportamiento ligados al consumo de alcohol, cardiomiopatía alcohólica, cirrosis hepática, gastritis alcohólica, polineuropatía alcohólica, pancreatitis.
- Asociadas a patrón de consumo excesivo de carácter ocasional: accidentes de tráfico en vehículos a motor, envenenamiento accidental por alcohol, suicidios y lesiones autoinfligidas, homicidios.

Evidentemente, las consecuencias de segundo apartado pueden ser también atribuidas a un consumo excesivo permanente y prolongado en el tiempo.

### **Número de fallecimientos atribuidos al consumo de alcohol:**

Tabla 2: Mortalidad atribuida al alcohol en Asturias. 1987-2001:

Patología	1987			2001		
	H	M	T	H	M	T
Tumor maligno de labio/boca/faringe	29	4	<b>33</b>	34	4	<b>38</b>
Tumor maligno de esófago	53	7	<b>60</b>	59	11	<b>69</b>
Tumor maligno laringe	33	3	<b>36</b>	30	1	<b>31</b>
Trastornos mentales y del comportamiento ligados al alcohol	19	0	<b>19</b>	10	0	<b>10</b>
Cardiomiopatía alcohólica	1	0	<b>1</b>	3	1	<b>4</b>
Cirrosis	118	43	<b>162</b>	121	32	<b>153</b>
Gastritis alcohólica	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>
Polineuropatía alcohólica	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>
Pancreatitis aguda	5	1	<b>6</b>	5	5	<b>10</b>
Pancreatitis crónica	1	1	<b>1</b>	1	0	<b>1</b>
Accidentes tráfico vehículos de motor	64	16	<b>80</b>	28	11	<b>39</b>
Envenenamiento accidental alcohol	0	0	<b>0</b>	0	0	<b>0</b>
Suicidios y lesiones autoinfligidas	23	11	<b>34</b>	28	6	<b>34</b>
Homicidio	4	2	<b>6</b>	3	1	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>88</b>	<b>437</b>	<b>321</b>	<b>72</b>	<b>393</b>

En el análisis de fallecimientos debidos al consumo de alcohol referentes al último año disponible (2001) observamos en la Tabla 2, que un total de 393 personas han muerto ese año a consecuencia del consumo de alcohol. Esa cifra significa que uno de cada treinta fallecimientos (3,36%, Tabla 3) sucedidos en Asturias cada año es debido al consumo de alcohol. (Tabla 2).

Existe una considerable diferencia de género en los fallecimientos debidos al consumo de alcohol. Hay una razón de masculinidad en el año 2001 de 4,6 hombres fallecidos por cada mujer fallecida por esta causa. Esa razón se debe al fallecimiento de 321 hombres en el año 2001 mientras que hubo 72 mujeres que murieron por la misma causa. En términos relativos, también existe una marcada masculinidad de los fallecimientos debidos al consumo de alcohol (razón de 4,1) dado que el 5,3% del total de muertes en hombres (uno de cada veinte) es imputable al consumo de alcohol mientras que en las mujeres ese porcentaje baja al 1,3% (una de cada 77 mujeres).

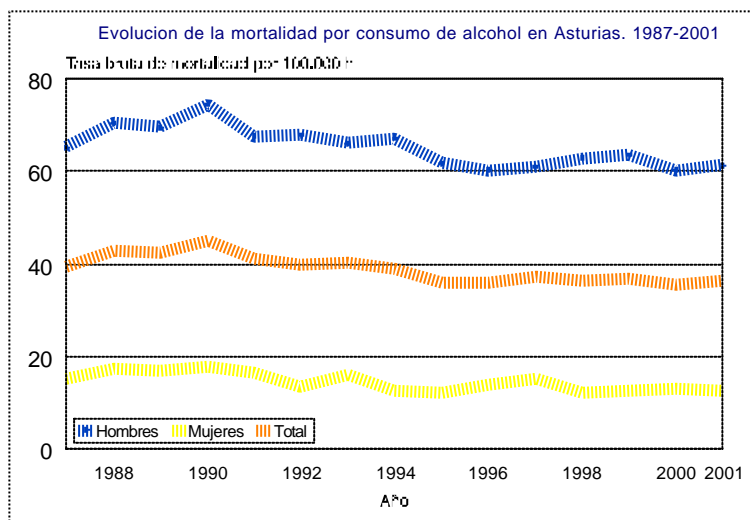
La tasa bruta eleva ligeramente esa masculinidad en el fallecimiento causado por el consumo de alcohol debido a que en nuestra población hay más mujeres que hombres, obteniéndose tasas brutas de defunción (Tabla 3) de 61,2 fallecimientos por cada 100.000 hombres en el año 2001, y de 12,8 fallecimientos por cada 100.000 mujeres. Para ambos sexos, en Asturias en el año 2001, fue de 36,5 personas fallecidas por cada 100.000 habitantes (uno de cada tres mil defunciones cada año debido al consumo de alcohol). (Tabla 3).

Tabla 3: Número, proporción y tasa bruta de muertes (por cien mil habitantes) por consumo alcohol. Asturias 1987-2001

Año	Total	Tasa Bruta	% Total	Hombre	Tasa B. Hombre	% Hombre	Mujeres	Tasa B. Mujeres	% Mujeres
1987	437	39,47	4,16	349	65,13	6,36	88	15,35	1,75
1988	475	43,03	4,43	376	70,34	6,71	99	17,41	1,94
1989	465	42,25	4,30	369	69,36	6,39	96	16,86	1,90
1990	494	45,02	4,41	394	74,27	6,60	100	17,69	1,91
1991	451	41,25	3,99	357	67,60	6,02	94	16,69	1,76
1992	435	39,80	3,89	357	67,85	6,06	77	13,69	1,47
1993	438	40,12	3,82	347	66,04	5,70	91	16,01	1,68
1994	425	39,00	3,73	352	67,03	6,02	73	12,97	1,41
1995	392	35,98	3,32	323	61,63	5,18	69	12,20	1,24
1996	393	36,10	3,29	315	60,18	5,05	78	13,81	1,37
1997	404	37,21	3,49	318	60,98	5,19	86	15,22	1,58
1998	396	36,60	3,31	326	62,83	5,21	70	12,36	1,22
1999	400	37,03	3,22	329	63,52	5,11	71	12,57	1,19
2000	385	35,73	3,17	311	60,16	4,98	74	13,21	1,25
2001	393	36,50	3,36	321	61,16	5,30	72	12,85	1,28

Analizando la evolución de la mortalidad en el período 1987-2001 observamos, en el gráfico siguiente y en las Tablas 3 y 4, que la mortalidad por consumo de alcohol ha descendido paulatinamente en los últimos años. Así, en el año 1990 fallecían cerca de 500 personas (tasa de 45,02) que es cuando en el período a estudio existió una mayor mortalidad asociada al consumo de alcohol. Estas cifras se rebajaron hasta llegar a cerca de 400 fallecidos en el año 2001 (tasa de 36,5) significando una reducción global del 19% en los quince años de estudio. (Gráfico 1 y Tabla 3)

Gráfico 1:



Esta evolución en términos absolutos y en la mera observación del gráfico citado es mucho más aparente en hombres que en mujeres, descendiendo de 394 fallecidos en el año 1990 a 321 en el año 2001. En las mujeres, en ese mismo subperíodo de estudio, disminuyó el número de fallecidas, por esta causa, de 100 casos en el año 1990 a 72 en el año 2001. Sin embargo, esta apreciación en términos relativos cambia: la reducción relativa de fallecimientos ha sido superior en este período en mujeres ( 28%) que en hombres (18,5%).

### Fallecimientos por categoría diagnóstica:

Las Tablas 1 y 4 nos informan del peso que tiene cada patología en el total de fallecidos estudiado más arriba.

Así, para el año 2001, la mayor parte de las personas que murieron a causa del consumo de alcohol, fueron por cirrosis hepática (153 casos, 39% del total de fallecidos por consumo de alcohol) recordando que, según la Tabla 1, un 70% del total de fallecidos por cirrosis está causada por el consumo de alcohol. Le siguen a las cirrosis en frecuencia

absoluta y relativa el tumor maligno de esófago (69 personas, 17% del total de fallecidos por consumo de alcohol), los accidentes de tráfico por vehículos a motor y los tumores malignos de labio/boca y faringe (39 y 38 casos respectivamente, 10% cada uno del total de fallecimientos), y, a escasa distancia, el suicidio y lesiones autoinfligidas (34 casos, 9%). También existen fallecimientos por tumores de laringe, trastornos mentales y del comportamiento ligados al consumo de alcohol, etc.

Estas proporciones de fallecimientos por patologías concretas han variado en el curso del período. Así, en el año 1987 (Tabla 2) las cirrosis hepáticas significaban un 37% de los fallecimientos, llegando los accidentes de vehículos a motor a representar un 18% del total de fallecimientos por consumo de alcohol (80 fallecidos en ese año frente a 39 del año 2001).

También hay diferencias de género bien marcadas en las distintas causas de fallecimiento producidas por el consumo de alcohol. En el año 2001, un 38% del total de fallecidos y un 44% del total de fallecidas a causa del consumo de alcohol lo han sido por cirrosis hepática, un 18% de los fallecidos y un 15% de las fallecidas a causa de tumor maligno de esófago, un 11% de los hombres y un 5% de las mujeres por tumor maligno de labio/boca y faringe, existiendo una gran discrepancia de género en los fallecidos por accidente de tráfico de vehículo a motor (9% de los hombres y 15% de las mujeres).

La evolución entre el principio y final del período (Tabla 1) entre géneros nos hace ver que, en términos relativos, ha aumentado la proporción de fallecimientos por cirrosis hepática del 34 al 38% en hombres (de 118 a 121 casos en números absolutos), reduciéndose en las mujeres del 49% al 44% (de 43 a 32 casos en números absolutos). Por el contrario, en términos relativos, la proporción de fallecimientos en mujeres debido a tumor maligno de esófago ha aumentado del 8% al 15% mientras que en hombres ha aumentado sólo ligeramente.

Tabla 4: Estimación de la mortalidad por consumo de alcohol según categoría diagnóstica. Asturias 1987-2001. (% de muertes de cada categoría y total (en números absolutos). (Adaptada de: mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España. 1981-1990. Carlos Prada Puentes. Gaceta Sanitaria, nº55, Vol10)

		1987	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	2001
Mortalidad total	H	6,4	6,7	6,4	6,6	6,0	6,1	5,7	6,0	5,2	5,0	5,2	5,2	5,1	5,0	5,3
	M	1,7	1,9	1,9	1,9	1,8	1,5	1,7	1,4	1,2	1,4	1,6	1,2	1,2	1,3	1,3
	T	4,2	4,4	4,3	4,4	4,0	3,9	3,8	3,7	3,3	3,3	3,5	3,3	3,2	3,2	3,4
Neoplasias malignas	H	32,9	30,4	25,5	29,2	31,7	34,0	31,0	36,9	34,0	38,8	33,7	39,2	34,9	38,0	37,9
	M	15,1	12,4	13,6	13,7	14,8	12,6	17,4	19,8	17,4	18,6	17,8	15,1	10,6	13,2	21,6
	T	29,3	26,6	23,1	26,1	28,2	30,2	28,2	33,9	31,1	34,8	30,3	35,0	30,6	33,2	35,0
Enfermedades mentales	H	5,4	2,4	3,3	4,6	4,2	2,5	3,5	3,4	5,0	4,8	3,8	3,4	5,8	4,2	3,1
	M	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	1,1	4,1	4,4	3,8	2,3	2,9	1,4	0,0	0,0
	T	4,3	1,9	2,6	3,6	3,5	2,1	3,0	3,5	4,8	4,6	3,5	3,3	5,0	3,4	2,5
Enfermedades cardiovasculares	H	0,3	0,5	0,5	1,0	0,8	0,6	1,2	0,0	0,6	0,3	0,3	0,0	0,3	0,6	0,9
	M	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
	T	0,2	0,4	0,6	0,8	0,7	0,5	1,1	0,0	0,5	0,3	0,2	0,0	0,3	0,5	1,0
Enfermedades digestivas	H	35,4	38,3	42,5	37,8	38,7	36,3	39,6	35,7	35,8	31,4	38,8	36,8	38,1	33,5	39,7
	M	51,7	50,7	53,3	49,9	51,5	48,0	44,5	42,4	47,1	45,6	48,5	49,7	54,8	50,0	51,2
	T	38,6	40,9	44,8	40,2	41,4	38,4	40,6	36,9	37,8	34,2	40,9	39,0	41,0	36,7	41,8
Enfermedades del Sistema Nervioso	H	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
	M	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	T	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
Accidentes no intencionales	H	18,4	19,2	20,6	20,2	18,1	18,1	16,1	14,8	15,1	14,2	13,0	12,6	12,6	13,3	8,7
	M	18,3	20,6	17,9	25,9	19,5	26,6	21,2	16,9	15,7	16,4	18,7	21,3	21,0	23,8	15,6
	T	18,4	19,5	20,0	21,4	18,3	19,6	17,2	15,1	15,2	14,7	14,2	14,1	14,1	15,3	10,0
Accidentes intencionales	H	7,6	9,2	7,5	7,2	6,5	8,5	8,6	9,2	9,5	10,5	10,4	8,0	8,3	10,1	9,6
	M	14,9	16,4	14,2	10,5	13,2	12,9	14,7	16,9	15,5	15,6	12,8	11,0	12,2	13,1	10,3
	T	9,1	10,7	8,9	7,9	7,9	9,3	9,9	10,5	10,5	11,5	10,9	8,6	9,0	10,7	9,7
Totales	H	349	376	369	394	357	357	347	352	323	315	318	326	329	311	321
	M	88	99	96	100	94	77	91	73	69	78	86	70	71	74	72
	T	437	475	465	494	451	435	438	425	392	393	404	396	400	385	393

Por grandes grupos de mortalidad, es de reseñar que dentro del total de fallecimientos por consumo de alcohol un 42% de ellos son debidos a enfermedades digestivas, uno de cada tres (35%) a neoplasias malignas, un 10% a los fallecimientos por accidentes no intencionales y otro 10% a accidentes intencionales.

Por sexo, tienen su origen en el consumo de alcohol los fallecimientos en hombres en un 40% de las enfermedades digestivas, en un 38% de las neoplasias malignas, y un 9% de los accidentes no intencionales y un 10% de los intencionales. Las mujeres, en cambio, de sus fallecimientos por enfermedades digestivas, un 50% son imputables al consumo de alcohol, un 22% de los fallecimientos por neoplasias malignas y un 10% de los accidentes intencionales y un 16% de los accidentes son intencionales.

### **Años potenciales de vida perdidos:**

La mayor estimación del impacto que genera el problema del consumo del alcohol en relación con los fallecimientos en Asturias no es el que corresponde al número absoluto de fallecidos, ni a su frecuencia relativa entre causas, ni siquiera en relación a su tasa de incidencia. En aquellas patologías que generan un acortamiento en la expectativa de vida debido a la mortalidad prematura, el mejor indicador es el concepto de años potenciales de vida perdidos (APVP), que son los años que una persona deja de vivir si fallece a una edad que no es la edad de defunción fijada teóricamente para ese colectivo (se ha fijado habitualmente como edad teórica de fallecimiento los 70 años no incluyéndose los fallecidos de menos de un año de edad). Este indicador tiende a dar más importancia a las muertes ocurridas en la población más joven.

Los datos obtenidos de este estudio nos muestran (Tabla 5) que en el año 2001 para ambos sexos ha existido una tasa por cien mil habitantes de cerca de 433 años potenciales de vida perdidos (más de 4.650 años en número absolutos, con una pérdida de 11,8 años potenciales de vida por cada persona fallecida a causa del consumo de alcohol en el año 2001).

*Tabla 5: Mortalidad atribuida al alcohol en Asturias. Tasa de años potenciales de vida perdidos. 1987-2001*

Patología	1987			2001		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Tumor maligno de labio/boca/faringe	52,5	2,7	27,5	59,6	0	29,5
Tumor maligno de esófago	87,7	5,7	46,7	82,8	5,6	43,9
Tumor maligno laringe	46,8	0	23,3	37,5	2,2	19,7
Trastornos mentales y del comportamiento ligados al alcohol	55,0	0	27,3	28,2	0	14,0
Cardiomiopatía alcohólica	2,70	0	1,4	11,6	0	5,8
Cirrosis	247,9	703,5	158,7	248,8	42,8	145,0
Gastritis alcohólica	0	0	0	0	0	0
Polineuropatía alcohólica	0	0	0	0	0	0
Pancreatitis aguda	8,9	0,9	4,9	9,1	2,4	5,7
Pancreatitis crónica	1,5	4,0	2,8	2,6	0	1,3
Accidentes tráfico vehículos de motor	362,7	87,2	224,2	169,9	39,9	104,4
Envenenamiento accidental alcohol	0	0	0	0	0	0
Suicidios y lesiones autoinfligidas	74,9	39,2	56,9	86,2	0,2	54,8
Homicidio	28,5	0,8	18,6	7,65	9,6	8,6
<b>Total</b>	<b>969,3</b>	<b>210,8</b>	<b>592,3</b>	<b>744,1</b>	<b>102,9</b>	<b>432,9</b>

La mayor tasa de APVP en esta serie afecta en su global a las personas fallecidas por cirrosis (145 años), seguido de las personas fallecidas en accidentes de tráfico (104

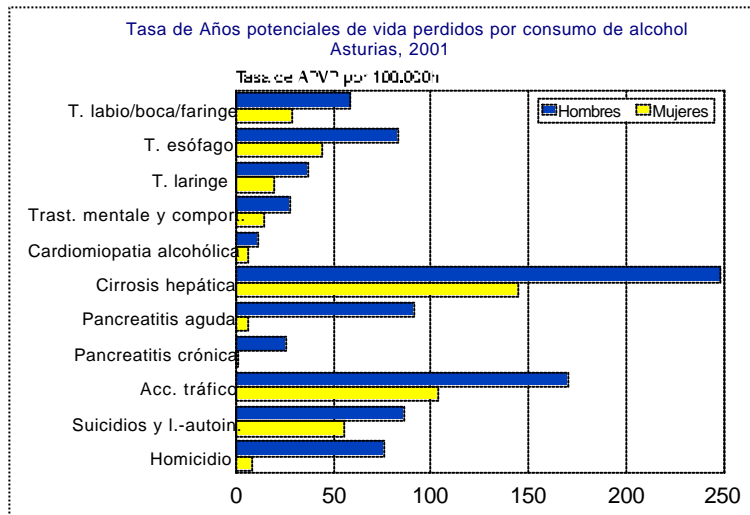
años), y de las personas fallecidas por suicidios y lesiones autoinflingidas para el conjunto de ambos sexos.

En números absolutos, la media aritmética de años de vida perdidos por cada persona fallecida, entre aquellas causas con alta incidencia, fueron los accidentes de tráfico en vehículos a motor los que han ocasionado en el año 2001 la pérdida de cerca de 29 años por cada persona fallecida, el suicidio y lesiones autoinflingidas con una pérdida de 17 años por persona y las cirrosis hepáticas con una pérdida "per capita" de 10 años de vida. Entre causas con una menor incidencia pero con gran relevancia de pérdida de años están las personas fallecidas por homicidio con una pérdida prematura de vida de más de 18 años por persona, los trastornos mentales y del comportamiento, las pancreatitis crónicas y las cardiomiopatías alcohólicas con más de 13 años perdidos per capita.

Por género, como la mayor mortalidad existe en hombres, es en éstos donde más años se han perdido en el año 2001: tasa en hombres de 744,1 APVP por cada 100.000 hombres, mientras que en mujeres es bastante más pequeña (tasa de 102,9), dando un cociente de masculinidad de 7,2, cifra superior al cociente de masculinidad en cuanto a frecuencia de fallecimientos, lo que nos expresa que en los hombres, el consumo de alcohol, además de provocar un mayor número de muertes atribuidas a dicha causa que en las mujeres, estas muertes son más precoces.

La mayor tasa de APVP, tanto en hombres como en mujeres, es la derivada de los fallecimientos por cirrosis y los accidentes de tráfico en vehículos a motor, pero en los hombres la tercera y cuarta causa de APVP por el consumo de alcohol eran en el año 2001 el tumor maligno de esófago y los suicidios y lesiones autoinflingidas, y en mujeres la tercera causa de APVP es el fallecimiento por homicidio, probablemente debidos a violencia doméstica. (Gráfico 2).

Gráfico 2:

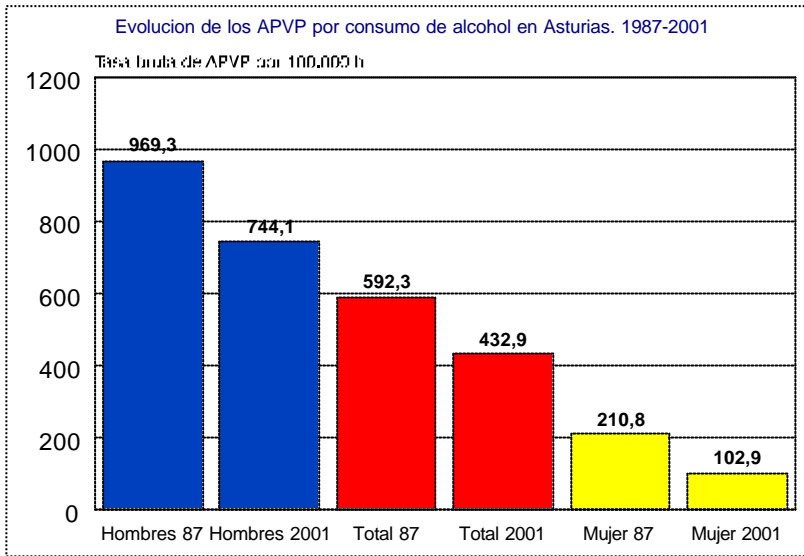


Han existido entre el principio y final de la serie a estudio cambios en el patrón de APVP debidos al consumo de alcohol. Los APVP se redujeron en estos quince años de estudio un 27%. También cambiaron las causas de pérdida de APVP. Así, la causa principal para ambos sexos de APVP en el año 1987 eran los fallecimientos por accidente de tráfico en vehículos a motor (tasa de 224,2, cifras que se redujeron en un 54% en el año 2001), seguido de la afectación por

cirrosis (se redujo solo un 9% en este período), de suicidios (reducción del 4% en el período) y de tumor maligno de esófago cuya reducción también fue pequeña. Es decir, el componente principal de reducción en los APVP en este período fue la reducción brusca de los fallecimientos por accidentes de tráfico asociados al consumo de alcohol que cayó de 89 casos en 1987 a 39 en el año 2001.

También, ha habido cambios en cuanto al sexo, la reducción de la tasa de APVP en el período ha sido del 23% en hombres y del 51% en mujeres.

Gráfico 3:



APVP en las cirrosis hepáticas (40% de reducción), las causados por accidentes de tráfico (53% de reducción) y la tasa de APVP por suicidio (99% de reducción).

En hombres, fundamentalmente, ha sido debido a una reducción del 73% en fallecidos por homicidio en un 53% de los fallecidos por accidentes de tráfico, del 49% en trastornos mentales y del comportamiento, y del 20% en tumores malignos de esófago, si bien, ha aumentado en el caso de las pancreatitis y suicidios y lesiones autoinfligidas (15% de incremento) y cardiomiopatía alcohólica. En mujeres, ha descendido considerablemente la tasa de



## **Monográfico 3: La mortalidad por el consumo de drogas (excluidas tabaco y alcohol) en el Principado de Asturias en el período 1996-2001**

---

Además de su poder adictivo, el consumo de drogas está caracterizado por la aparición a corto y medio plazo de problemas de salud de toda índole. En el caso que nos ocupa el impacto sobre la salud de las drogas ilegales, o de aquellas que siendo legales se hace un uso ilícito de las mismas, se consideraron como complicaciones que abocan a la muerte: las sobredosis, la adulteración, y las reacciones agudas al consumo (entre las que estarían las enfermedades isquémicas agudas por consumo de cocaína, las muertes por consumo de éxtasis, anfetaminas, etc.).

También, como grandes repercusiones y quizás las de mayor impacto presentan sobre la mortalidad están aquellas asociadas al uso de drogas por vía endovenosa. Estas prácticas provocan la aparición de patologías infecciosas como son: la infección VIH, el Sida, las hepatitis víricas: B, C y D, las endocarditis infecciosas, la enfermedad por citomegalovirus, etc. Además, en determinados tipos de consumo de algunas sustancias el deterioro orgánico es manifiesto, apareciendo simultáneamente trastornos psiquiátricos de carácter severo (fundamentalmente trastornos del comportamiento).

A todas estas consecuencias somáticas, habría que añadir otras que afectan a la vida familiar, al espacio laboral, la violencia doméstica o fuera de domicilio, y la aparición de delitos con actuaciones: administrativas, policiales, judiciales y penitenciarias, etc.

En este trabajo nuestro interés se centra en la descripción de las muertes por reacción aguda al consumo de drogas ilegales o de uso ilícito, que generan habitualmente, cuando llegan a la población a través de los medios de comunicación, una gran alarma social y gran debate ciudadano.

Por ello se realiza en este estudio:

- La cuantificación del número de muertes por patologías asociadas al consumo de drogas ilegales en el período 1996 a 2001, el cálculo de las distintas tasas por análisis de género, así como la realización de un análisis evolutivo.
- Por otra parte, se valora el impacto que tienen estas muertes sobre la mortalidad prematura a través del cálculo de años potenciales de vida perdidos y su análisis temporal, por género así como del número de años de vida perdidos por cada persona fallecida.
- Por último, a partir de aquellas muertes en las que se conocen las sustancias que presentaba su organismo en el momento del fallecimiento, se hace una descripción de las mismas para el último año del que tenemos información disponible (año 2001).

La fuente de información de las causas de fallecimiento así como el resto de variables de cada persona han sido recogidas del Registro de Mortalidad del Principado de Asturias.

Se incluyeron las muertes ocasionadas directamente por las drogas de uso ilegal (Tabla 1) (códigos CIE-9: E8500 y E8509; códigos CIE-10: X41 (según el tipo de sustancia), X42, X44, y las producidas por los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de éstas (códigos CIE-10: F11, F12, F14, F16, F19). Estas causas, excepto en el último grupo, son consideradas reacciones agudas al consumo de drogas.

Tabla 1: Patologías cuya mortalidad es atribuida al consumo de drogas (excluidas tabaco y alcohol) en Asturias. 1996-2001

Patología	CIE-9	CIE-10
Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y dislépticos (alucinógenos), no clasificados en otra parte	E8500	X42
Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados	E8509	X44
Envenenamiento accidental por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte		X41*
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos		F11
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides		F12
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína		F14
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos		F16
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas ya al uso de otras sustancias psicoactivas		F19
Dependencia de drogas	304	
Abuso de drogas sin dependencia	305	

\* Según sustancias.

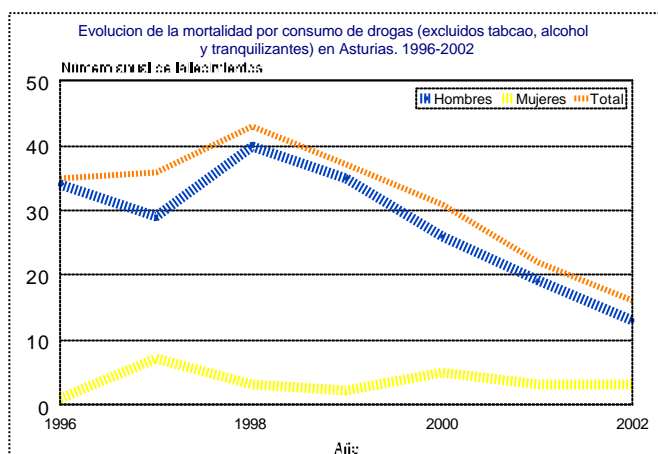
Asimismo, se incluyeron los casos de las muertes de residentes en Asturias ocurridas en otras CCAA: un caso en el año 1997, otro en 1998, cuatro casos en el año 1999 y tres en el año 2000. Los datos del año 2001 son provisionales ya que todavía no se dispone de esta información facilitada por el INE. Los datos disponibles para el año 2002 también son provisionales por la misma circunstancia.

Tabla 2: Número, tasa bruta de muertes y tasa ajustada según población europea por cien mil habitantes por consumo de drogas (excluidas tabaco, alcohol y tranquilizantes). Asturias 1996-2001

Año	Total	Tasa Bruta	Tasa ajustada	Hombre	Tasa B Hombre	Tasa A Hombre	Mujeres	Tasa B. Mujeres	Tasa A. Mujeres
1996	35	3,2	3,1	34	6,5	6,0	1	0,2	0,2
1997	36	3,3	3,2	29	5,5	5,1	7	1,2	1,2
1998	43	4,0	3,7	40	7,7	6,9	3	0,5	0,5
1999	37	3,4	3,2	35	6,7	6,1	2	0,4	0,4
2000	31	2,9	2,7	26	5,0	4,5	5	0,9	0,9
2001	22	2,0	2,0	19	3,7	3,4	3	0,5	0,5

La cifra absoluta de muertes debidas a las drogas durante el periodo de estudio alcanzó su punto más alto en el año 1998 produciéndose un importante descenso en los años posteriores. No obstante, el número de fallecimientos estudiados (Tabla 2 y Gráfico 1) son de 30-45 casos anuales, excepto para el año 2001 donde se produjo una importante disminución (29% con respecto al año anterior). Dado el carácter aleatorio de su presentación, el número de casos es fluctuante de año en año, pero se observa una clara tendencia hacia el descenso. En los hombres desde el año 1998 y en las mujeres desde el año 1997 (la bajada en ambos períodos para hombres ha sido del 51% y para mujeres del 58%, respectivamente), si bien es visualmente más perceptible en el caso de los hombres (Gráfico 1) debido a que la reducción es de 21 fallecidos entre ambos años, mientras que para mujeres fue en términos absolutos de 4 casos.

Gráfico 1:



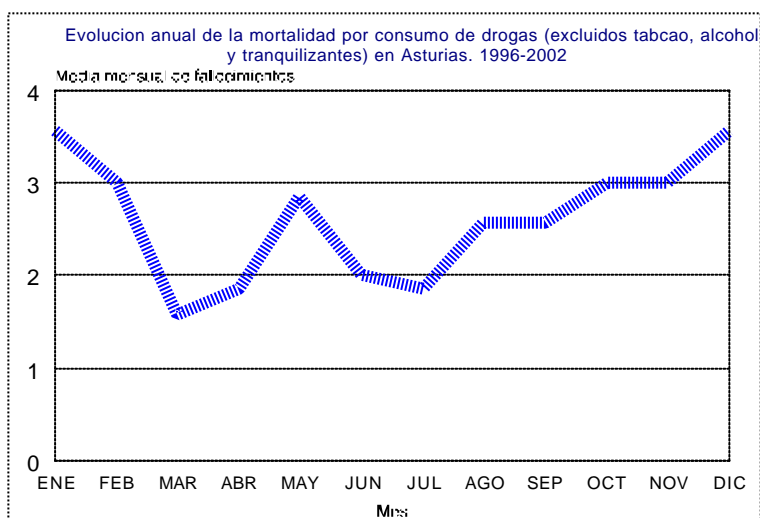
Las diferencias de género son importantes, el cociente de masculinidad de las tasas ajustadas de este tipo de fallecimientos, en términos absolutos es de 6,8 en el año 2001, si bien descendió de forma notable desde el año 1996 (en ese momento era de 15,5)

Para el período global, la tasa estandarizada descendió un 35% entre 1996 y 2001 y un 46% entre 1998 (año con mayor número de fallecidos) y el 2001. Los datos del año 2001 no incorporan los fallecidos fuera de Asturias por lo que los hay que considerar como provisionales.

La distribución anual de los distintos fallecimientos por estas causas muestran en el Gráfico 2 una mayor frecuencia de suceso en los meses de noviembre a febrero donde se sitúan el 42% de los acontecimientos que generan el fallecimiento. Los meses de menor presentación de estos hechos son habitualmente marzo y julio.

La distribución anual de los distintos fallecimientos por estas causas muestran en el Gráfico 2 una mayor frecuencia de suceso en los meses de noviembre a febrero donde se sitúan el 42% de los acontecimientos que generan el fallecimiento. Los meses de menor presentación de estos hechos son habitualmente marzo y julio.

Gráfico 2:



Como ocurre con otras causas de mortalidad, la mortalidad prematura (medida en términos de años potenciales de vida perdidos) debida a las drogas también es mayor en los hombres que en las mujeres apareciendo reflejado en la Tabla 3.

En ella se observa que en el conjunto del período se han perdido 7.725 años por la mortalidad prematura, fallecimientos que suelen suceder en personas jóvenes. La cantidad

anual de APVP para ambos sexos ha sido variable alcanzándose su mayor cifra en el año 1998 (más de 1670 años perdidos) y las cifras más bajas lógicamente cuando menor número de muertes hubo (año 2001).

Tabla 3: Número y Tasa ajustada (tasa por cien mil habitantes) de años potenciales de vida perdidos en personas fallecidas por consumo de drogas. Asturias, 1996-2001

Año	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº APVP	Tasa	Nº APVP	Tasa	Nº APVP	Tasa
1996	1.343	254,3	43	8,5	1.386	132,4
1997	1.125	214,7	306	59,3	1.430	137,3
1998	1.560	295,2	116	22,1	1.676	159,4
1999	1.297	248,7	80	15,6	1.377	132,3
2000	888	168,8	174	32,6	1.062	100,7
2001	679,5	133,7	117	21,7	796	77,9
<b>Total</b>	<b>6.982</b>		<b>834</b>		<b>7.725</b>	

Por género, las diferencias son bien marcadas: más del 90% de los APVP perdidos en el conjunto del período son debido a fallecimientos de hombres, si bien esa cifra era aún mayor en el año 1996 (97% de los APVP), y en el último año de estudio la diferencia de género ha bajado (84% de los APVP en hombres). Las tasas presentan, en cambio, cocientes de masculinidad importantes pero con un menor nivel de diferencia si bien manteniendo siempre el mismo patrón general masculino y de evolución.

Los APVP por causa de las drogas en el período de estudio supusieron el 4% del total de APVP en todos los fallecimientos en el caso de los hombres, el 1,1% en las mujeres y el 3% en el total de ambos sexos. Ello comporta, aún a pesar de significar un escaso número de fallecimientos en relación al total, la alta prematuridad de estas muertes. Este porcentaje ha variado en el período de estudio (Tabla 4) desde el 4,1% para ambos sexos en el año 1998 al 2,4% del año 2001. En hombres ha fluctuado entre el 5,1% de los APVP en 1998 al 2,8 en el 2001 y en mujeres del 2,8% en 1997 al 1,3 en el 2001.

Tabla 4: Porcentaje de Años potenciales de vida perdidos en personas fallecidas por consumo de drogas en relación con el total de APVP y media de APVP por persona fallecida. Asturias, 1996-2001

Año	Hombres		Mujeres		Total	
	% APVP	APVP per capita	% APVP	APVP per capita	% APVP	APVP per capita
1996	4,1	39,5	0,4	42,5	3,2	39,6
1997	3,7	38,8	2,8	43,6	3,4	39,7
1998	5,1	39,0	1,1	38,5	4,1	39,0
1999	4,3	37,0	0,8	40,0	3,4	37,2
2000	3,2	34,2	1,6	34,7	2,7	34,2
2001	2,8	35,8	1,3	38,8	2,4	36,2

La media global del **número de años perdidos por cada persona fallecida** para ambos sexos (tabla 4) ha ido fluctuando en el período de estudio entre los cerca de 40 años perdidos por persona fallecida en el año 1997 a los 34 años del año 2000. En hombres la cantidad de años perdidos por persona es ligeramente inferior a las mujeres (se muere menos precozmente), variando de casi 40 años en el año 1996 a los 34 años del año 2000. En las mujeres, como ya se comentó, tienen una mayor media aritmética de años de vida perdidos que los hombres por cada fallecida, yendo de los cerca de 44 años perdidos de media en el año 1997 a casi de 35 en el año 2000, su punto más bajo

En el año 2001, en las 19 personas en las que se logró identificar la **sustancia que motivó el fallecimiento** tras la autopsia, mostraban en su organismo algún resto de sustancias cuya frecuencia de presentación queda reflejada en la Tabla 5:

Tabla 5: Número y porcentaje de personas fallecidas por consumo de drogas por cada sustancia detectada. Asturias, 2001

Sustancia	Total	%
Metadona:	11	57,8
Sola	4	21,0
En combinación	7	36,8
Heroína:	8	42,1
Sola	2	10,5
En combinación	6	31,5
Cocaína en combinación	2	10,5
Morfina en combinación	4	21,0
Benzodiazepinas en combinación	5	26,3
Codeína en combinación	3	15,8
Antidepresivos en combinación	1	5,3
Tranquilizantes en combinación	2	10,5

<b>Droga de síntesis (MDMS/MDA/MDMD)</b>	2	10,5
<b>Sola</b>	1	5,3
<b>En combinación</b>	1	5,3

*La mayoría de las personas fallecidas estaban afectadas por varias sustancias, por tanto el porcentaje acumulado es superior al 100%*

Resaltar el alto porcentaje de personas fallecidas que portaban metadona en su organismo una vez fallecidas (58%), siendo la proporción de personas que sólo tenían metadona de más de una de cada cinco fallecidas. También tiene una alta representación la presencia de heroína (cuatro de cada diez fallecidos), siguiéndole en frecuencia la presencia de benzodiazepinas (26%). Además un 10% presentaban drogas de síntesis y otro 10% tranquilizantes.

## Monográfico 4: Uso de drogas de síntesis en la población juvenil del Principado de Asturias.

---

El presente estudio fue realizado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias, en colaboración con la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios tras la firma de un convenio con la Dirección General de Salud Pública del Principado. Se llevó a cabo a lo largo del año 2001.

### Muestra y método:

La muestra utilizada fue de 1603 alumnos, de edades comprendidas entre 14 y 18 años, seleccionada de manera aleatoria entre los 40.033 matriculados en los 120 Centros de Secundaria de Asturias.

Se realizó un muestreo por conglomerados polietápico con los conglomerados seleccionados con probabilidad proporcional a su tamaño. Los conglomerados que se establecieron fueron las Áreas Sanitarias y el tipo de colegio (público y privado-concertado). La unidad muestral fue el aula escolar.

Fue diseñada una encuesta "ad hoc", con 47 preguntas que los alumnos autocumplimentaron, llevándose a cabo entre los meses de marzo y abril de 2002.

Se realizaron análisis bivariados (chi-cuadrado y t de Student) y el nivel de confianza de los análisis estadísticos ha sido del 95%.

### Resultados:

Los resultados de prevalencia, respecto a las drogas de síntesis, que se obtuvieron fueron: Un **8%** manifestó haber consumido **alguna vez** drogas de diseño. Un **7%** haberlo consumido en el último **año** y un **4,7%** en los **últimos 30 días**. Un 2,6 % las habían consumido 3 ó más días en el último mes.

*Consumo de éxtasis u otras drogas de diseño:*

Prevalencia	
Consumo alguna vez	8,0%
Consumo en el último año	7,0%
Consumo en los últimos 30 días	4,7%

*Frecuencia de consumo en el último mes:*

Frecuencia	
Nunca	3,3%
1 a 2 días	2,1%
3 a 5 días	1,9%
6 a 9 días	0,4%
10 a 15 días	0,1%
20 o más días	0,2%
TOTAL	8,0%

La media de pastillas consumidas a la semana entre los consumidores habituales es de 2,39, siendo casi la mitad, el 40,9% los que consumen una pastilla a la semana. El promedio de pastillas consumidas por sesión de consumo es de dos.

En cuanto al consumo de drogas distinto de las de síntesis, las sustancias más comúnmente consumidas por estos jóvenes son el alcohol y el tabaco (con prevalencias de consumo alguna vez del 84,3% y 62,1%, respectivamente) seguidas a cierta distancia por el Hachís (prevalencia del 36,1%).

*Consumo de drogas "alguna vez":*

SUSTANCIA	(%) de consumo	Núm. de sujetos
Tabaco	62,1	1.034
Alcohol	84,3	1.381
Hachís	36,1	608
Cocaína	4,6	80
Anfetaminas	2,6	44
Heroína	0,5	9
Tranquilizantes	9,7	166
Alucinógenos	6,7	113
Inhalantes	2,5	37

La prevalencia de consumo del resto de las sustancias son significativamente más bajas, no rebasando nunca el 10%.

Los resultados obtenidos nos hablan también de **policonsumo**, es decir, que el consumo de drogas de síntesis se acompaña habitualmente de otras sustancias. Así quienes consumen éxtasis junto con alcohol alcanza un porcentaje de 68,7%, con cánnabis un 60,5% y con cocaína un 26,9%.

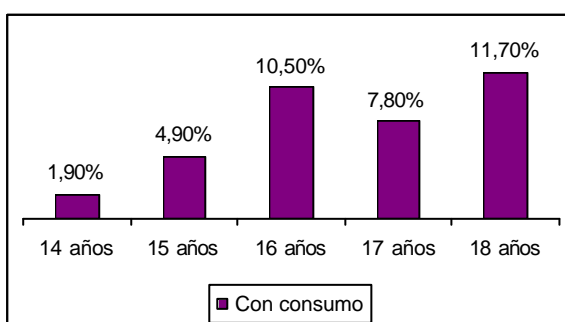
En cuanto **al género**, los hombres consumen más que las mujeres, siendo el porcentaje de chicos consumidores de un 62%. La edad media de los consumidores es de 16,35 y la de los no consumidores 15,73.

El consumo aumenta con **la edad**, siendo un 1,99% los consumidores con 14 años, el 10,48% con 16 y el 12,15% con 18.

*Consumo de drogas de diseño por sexo:*

	Con consumo	Total
Hombre	70 8,60%	812
Mujer	42 5,35%	785

*Consumo de drogas de diseño por edad:*



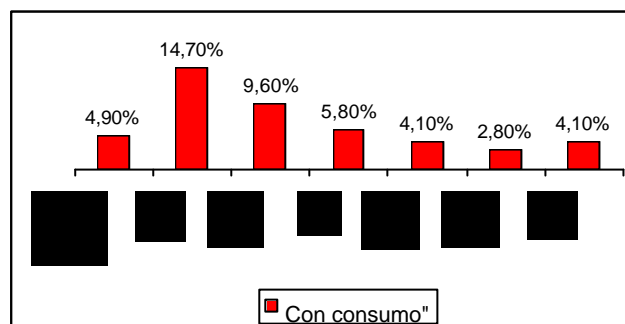
Los jóvenes que viven sólo con uno de los padres o con ninguno de ellos tienen mayor probabilidad de consumir drogas de síntesis que aquellos que viven con ambos padres.

El **momento de consumo** suele estar asociado a los fines de semana (52,6%) y en ocasiones especiales (40,1%). Sólo el 5,4% consume cualquier día de la semana. El

lugar de consumo elegido por una gran mayoría, el 87,9%, son las discotecas, seguido de los bares o disco-bares en el 63,5% de los casos. Los lugares de compra habituales suelen ser la calle, en el 59,3%, y las discotecas para el 55,6%. Sólo el 5% afirman haberlo obtenido en el Centro Escolar. Siendo la paga familiar el modo de obtención del dinero para la mayoría (76,2%).

Los **motivos que exponen para consumir drogas de diseño** son por orden de importancia: el divertirse, con un 49,3% de la muestra, la búsqueda de nuevas sensaciones con un 46,3% y bailar más o disfrutar más con un 41,8%, entre los más representativos.

En cuanto al **consumo por Áreas Sanitarias** en las que se divide la Comunidad Autónoma Asturiana, donde se observa mayor consumo es en el Area de Avilés (14%) y Oviedo (9,1%). Las siguen las de Occidente (6%), Gijón (5,9%), Oriente (5%), Caudal (2,7%) y, por último, Nalón (1%).



No existen diferencias significativas entre la asistencia a los centros educativos públicos y privados o privados-concertados.

En cuanto a la **información sobre las drogas de diseño**, el 71,9% dice poseer información, que obtienen en la mayoría de los casos (45,1%), de la televisión o los medios de comunicación, seguido de amigos (40,4%), siendo sólo el 18% los que dicen haberla obtenido de los padres o de los profesores. Entre los adolescentes que consumen drogas, un 52% manifiestan no tener ninguna información sobre el contenido de las pastillas.

En lo referente al **grado de dificultad percibido para la adquisición de drogas** de diseño, entre los que consumieron drogas en el último año el 56% piensan que les sería muy fácil conseguir estas sustancias, el 25% relativamente difícil y el 8% difícil o prácticamente imposible. Mientras que en los no consumidores los porcentajes son del 24%, 34% y 19% respectivamente.

A la pregunta: **¿cuántas veces te han ofrecido drogas de diseño?**, el 5% de los consumidores responde que nunca, el 46% alguna vez y el 44% a menudo, mientras que los datos en los no consumidores son 63%, 33% y 4% respectivamente.

El 10,48% de los consumidores **ha conducido alguna vez durante el último año bajo los efectos de las drogas de diseño**, y la mitad de ellos afirma haberlo hecho en más de 10 ocasiones. El 11% de los sujetos del total de la muestra afirman haberse subido en alguna ocasión como pasajero durante el último año en un vehículo conducido por alguien que estaba bajo los efectos de las drogas de diseño.

### **Conclusiones:**

Los resultados obtenidos muestran que el consumo de drogas de síntesis entre la población escolar creció de forma notable en Asturias en el periodo de 1998-2001.



El éxtasis tiene actualmente unos niveles de prevalencia sensiblemente inferiores al del alcohol o del cánnabis, pero superiores a la cocaína, anfetaminas y alucinógenos.

En cuanto al patrón habitual de consumo, los datos muestran que el número medio de pastillas consumidas por sesión es inferior a los datos obtenidos a nivel nacional. Asimismo, también lo es el número de personas que han consumido tres o más pastillas en una sola sesión.

Si a lo anterior unimos que algo más de un tercio de los escolares que consumieron en el último año no ha consumido más de una pastilla a la semana, podemos pensar que ha aumentado el número de personas experimentadoras de estas drogas, pero no la intensidad de su uso.

Tanto las pautas de consumo como los motivos confirman la asociación del consumo de éxtasis con los contextos y las motivaciones de tipo lúdico, dato señalado reiteradamente por varios estudios similares publicados hasta la fecha.

En cuanto a las opiniones y actitudes acerca de estas sustancias, la mayoría piensa que las drogas de diseño enganchan y que pueden causar efectos perjudiciales, pero también piensan que la gravedad de esos efectos depende de que dicho consumo sea esporádico o habitual.

Un dato de interés es que los consumidores dicen tener más cantidad de información que los no consumidores. Sin embargo, aquellos que han obtenido la información preferentemente de los profesores y de los medios de comunicación consumen menos que los que la tienen a través de otras fuentes, como son los amigos u otras personas que han consumido. De todos modos, son muy pocos (el 17%) lo que dicen recibir información de los profesores.

Por lo que se refiere a la relación entre el uso de drogas de síntesis en el último año, con otras variables valoradas con el cuestionario, se puede decir que, en general, el rendimiento escolar se encuentra muy asociado al consumo de pastillas, ya que existe un mayor porcentaje de consumidores entre los repetidores de curso ( 15,5% de repetidores son consumidores, frente al 4,21% de los no repetidores) y entre los que obtienen peores calificaciones (16,9% de los suspensos son consumidores y ninguno de los sobresalientes).

Además, los que consumen tienen una actitud u opinión más tolerante hacia este tipo de sustancias: no crea adicción, no son perjudiciales tomadas esporádicamente, se puede divertir uno más.

Las relaciones familiares y el uso de drogas en el grupo de amigos y en la familia también se han encontrado altamente vinculadas con el consumo de estas sustancias entre los adolescentes, en el último año. Entre los que no viven con ninguno de los progenitores hay un 18,7% de consumidores, frente al 9,3% en los que viven con uno sólo y 6,7% en los que viven con ambos.

En general, también se aprecia que los amigos y la familia de los consumidores consumen a su vez más drogas legales e ilegales que los amigos y la familia de los no consumidores. Aquellos que se relacionan con pandillas donde nadie o casi nadie fuma o consume alcohol, o donde nadie consume hachís, apenas consumen drogas de síntesis.

### **ESTUDIO DE OBSERVACIÓN:**

Este trabajo es el complemento del estudio sobre la incidencia de las drogas de diseño en la población escolar en Asturias.

El objetivo general del mismo es analizar y describir diversos aspectos relacionados con el uso de estas sustancias en los ambientes de consumo de nuestra región.

En concreto, se pretende conocer:

(1) Los contextos de uso de las drogas de diseño en Asturias, así como las características de los consumidores.

(2) Las características del mercado de las drogas de diseño y del proceso de compra-venta de estas sustancias.

(3) La composición y el contenido de las pastillas más consumidas.

Para la realización de este estudio se elaboró un registro de observación que era cumplimentado por cada uno de los observadores después de cada sesión de investigación en los ambientes de consumo. Para ello se utilizó la metodología de **observación participante**; se instruyó a un grupo de personas, quienes se encargaron de realizar el trabajo de campo que consistía en un registro de observación en los distintos ambientes de consumo junto a la compra de pastillas.

En él se hacía una descripción del lugar, del ambiente, de las personas del local, de las escenas de compra (se adquirieron pastillas) y de las de consumo.

Se realizaron en Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres, Laviana, Langreo, Arriondas y Cangas de Onís. Se establecieron tres horarios: tarde, noche y *after*. Se analizó la composición química de las pastillas que se adquirieron.

Observaciones realizadas en las distintas localidades.

LOCALIDAD	TARDE	NOCHE	AFTER	TOTAL
Oviedo	5	3		8
Gijón	3	4	2	8
Cangas de Onís	-	3		3
Arriondas	-	3		3
Langreo	-	2		2
Mieres	-	3		3
Polva de Laviana	4	-		4
Avilés	3	3		6
<b>TOTAL</b>	15	20	2	37

Los principales resultados del estudio de observación fueron:

### **Elementos del ambiente:**

En la mayoría de los locales la temperatura fue definida de calor o mucho calor. La mayoría tienen ventilación artificial. El volumen de la música es en su mayoría muy alto o alto. En ellos predomina la música tecno y bacalao. En general se estima que los locales están bastante llenos o muy llenos, sobre todo las discotecas, y se van llenando a medida que avanzan las horas. El intervalo de edad de los participantes estaría comprendido entre los 14 y los 20 años en los horarios de tarde, y entre los 20 y los 30 años durante la noche. La edad media mayoritaria se encontraba en los 16-17 años en los horarios de tarde y en los 24-25 años en los horarios de noche y algo superior en el *after* de mañana. En cuanto a la distribución por género, en los horarios de tarde se observa una mayor igualdad entre chicos y chicas, siendo a medida que avanza la noche más evidente la diferencia, estando en un 70% de hombres y un 30% de mujeres.

### **Descripción general de los comportamientos:**

En general, los jóvenes se encuentran en pandillas, la mayoría bailando en grupos. La comunicación fue definida como escasa. La mayoría fuma y bebe alcohol. Los

participantes son descritos como gente normal; los que se encontraban en *afters* son descritos como chicos/as guapos, muy arreglados, bien vestidos y limpios.

### **La escena de compra:**

La oferta de hachís y cocaína parece mucho más generalizada que la de pastillas en cualquier tipo de ambiente y horario. Una vez detectado el vendedor se iniciaba el proceso de compra, en la mayoría de las ocasiones de forma directa e individual, muy raras veces junto con un amigo, preguntando por el tipo de pastillas que ofrece y por el precio de éstas.

En algún caso no se pudo realizar la compra por la negativa del vendedor a ofrecer pastillas a desconocidos. Facilitaba la adquisición el ser conocido en ese ambiente o tener algún amigo o conocido que frecuentase ese escenario y así reducir la desconfianza en la interacción.

La adquisición se hacía de forma rápida, con cierta prudencia; en alguna ocasión el vendedor hizo referencia a los observadores para que adoptasen una postura de disimulo, puesto que "andaba por allí el de la secreta".

### **Variedad de la oferta detectada y características de las muestras de pastillas:**

La oferta y adquisición de pastillas fue desigual, resultando en algunos locales realmente difícil su adquisición, debido a la aparente escasez de esta sustancia. La adquisición de éxtasis resultó muy fácil en las discotecas, *afters* y locales que son conocidos como lugares de ambiente *bakaladero*. Se detectó que existen unos centros de distribución, generalmente en discotecas o *afters*, que son conocidos por la mayoría de los jóvenes. Asimismo, el consumo de esta sustancia es también más observado en esos mismos ambientes, ya que la gente consume en cualquier parte del local sin ocultarse.

Las variedades de éxtasis que se pudieron adquirir fueron: mitsubishi, audis, superman, pikachu, arropa, peces, iglus, aros y american beauty.

En general, la oferta de pastillas era limitada, ya que los vendedores suelen decir que tienen un solo tipo o dos de pastillas, de tal manera que la variedad depende del lugar, de la época o del vendedor concreto. Así, uno de los vendedores comentaba que las pastillas se renovaban por temporadas.

En cuanto a los precios de las pastillas, en su mayoría se adquirieron a 1.500 pesetas/unidad (9 €). El precio suele ser bastante estable, y en la mayoría de las ocasiones innegociable. De todos modos, en varias ocasiones, se hizo una rebaja en el precio porque se adquirieron varias pastillas o a la vez o a última hora de la noche, pasando a costar 1.000 pesetas/unidad (6 €). En general, la venta se realizaba con poco diálogo y de manera más bien distante. Ante la pregunta del observador sobre los efectos de las pastillas, los vendedores no pasaban de decir: "están muy ricas, te ponen mucho".

### **Características de los vendedores:**

Los vendedores descritos son principalmente jóvenes entre 16 y 30 años, en su mayoría rondan los 20-22 años. Todos ellos eran varones. Su aspecto fue descrito como normal, aunque con una vestimenta muy característica y común a todos ellos: pantalón vaquero, camiseta de marca y calzado deportivo. En algunas ocasiones se les identificó con un "*look bakaladero*": gorro y camiseta con dibujos y *piercing* en ceja y oreja. En su mayoría se les definió también como consumidores. No se detectó que ninguno de los consumidores ofertaran éxtasis de forma directa a los observadores ni a otras personas; siempre fue a requerimiento de un posible comprador.

### Las escenas de consumo. Patrón de consumo y características consumidores:

El consumo de tabaco y alcohol y hachís se encuentra muy generalizado en los participantes de esos ambientes, también es destacable el consumo de cocaína.

El consumo de pastillas ofreció una mayor dificultad de observación por ser muy rápido y generalmente más discreto. No obstante, se observaron escenas en donde alguno de los participantes tomaba pastillas mezcladas con alcohol y, en menor frecuencia, con agua. Sobre todo en los locales after y a altas horas de la madrugada se observó a personas metiendo en la boca pastillas o a otros echándolas en la consumición.

La mayoría de los consumidores son varones, de edades entre los 16 años y los 25-28 años. Suelen encontrarse en grupos, bailando "como locos", sin apenas hablar, sólo moviéndose. Bailan incansablemente y de una manera desinhibida. El consumo de porros se observó en todas las edades, el de cocaína en jóvenes alrededor de 25 años y el de pastillas en jóvenes entre 16 y 25 años.

### Análisis de la Muestra de Pastillas:

El número total de pastillas que se adquirieron fue de 46. En cuanto al análisis de las pastillas, todas ellas contenían únicamente MDMA, lo conocido como éxtasis.

La riqueza media de las pastillas es del 30,10% de MDMA (máxima del 39,7 % y mínima del 22,9 %). El contenido de MDMA por pastilla se sitúa entre 43,6 mg. y 94,3 mg., estando la media en 73,2mg.

Sólo el 35% de las pastillas adquiridas contenían más de 75mg, límite inferior del rango considerado como dosis eficaz. Pese a la variedad de anagramas en las pastillas, se comprobó que pastillas con un mismo icono podían duplicarse en cantidad de MDMA, es decir, los jóvenes no saben realmente lo que están consumiendo.

En la siguiente tabla se muestra una relación de las pastillas:

Nº pastillas	de Anagrama	Peso (gr.)	Resultados	Riqueza	MDMA (mg)
10	3 aros (Audi)	0,19- 0,20	MDMA	31,10- 33,90%	56- 68
4	American Beauty	0,31- 0,32	MDMA	22,10- 22,80%	68- 73
4	Pikachu	0,20- 0,24	MDMA	21,80- 33,90%	45- 79
10	Superman	0,23- 0,24	MDMA	28,90- 35,30%	69- 77
6	Igloo	0,26- 0,29	MDMA	32,50- 33,90%	85- 95
2	Chanel	0,22- 0,23	MDMA	29,10- 34,60 %	63- 78
6	@	0,29- 0,30	MDMA	22,90- 24,20 %	66- 73
3	Pez	0,20- 0,21	MDMA	36,30- 39,70 %	75-81
1	Cápsula roja y blanca	0,125	MDMA	17,5 %	26,6

## Monográfico 5: Satisfacción de las mujeres con los tratamientos de drogodependencias en el Principado de Asturias

El presente estudio fue realizado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias, en colaboración con la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios tras la firma de un convenio con la Dirección General de Salud Pública del Principado. Se llevó a cabo a lo largo del año 2001.

### Objetivos:

La investigación tenía como objetivo fundamental evaluar el grado de satisfacción que tenían las mujeres con los tratamientos de drogodependencias en el Principado de Asturias. Los objetivos específicos son los siguientes:

- ❖ Valorar el nivel de satisfacción de las mujeres en las distintas modalidades de tratamiento recibido.
- ❖ Conocer la valoración de las mujeres toxicómanas acerca de la accesibilidad a los recursos de atención a drogodependientes.
- ❖ Explorar el nivel de adecuación de los recursos asistenciales en drogodependencias con relación a las necesidades específicas de la mujer.
- ❖ Estudiar las demandas y necesidades específicas de las mujeres en los distintos tratamientos de deshabituación de drogas en Asturias.

### Muestra:

La investigación se llevó a cabo con una muestra de 108 mujeres que estaban a tratamiento por dependencia de sustancias psicoactivas en alguno de los dispositivos públicos o concertados de Asturias (C.S.M, U.D.H, U.T.T, Proyecto Hombre o Spiral) y que además, habían sido atendidas en los últimos seis meses del año 2000. Los criterios de inclusión en la muestra eran los siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN LA MUESTRA:
Ser mujer
Diagnóstico de " <i>Trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas</i> " (CIE-10)
Haber sido atendida entre julio y diciembre del 2000 por dependencia de sustancias psicoactivas en cualquiera de los recursos públicos y/o concertados del Principado de Asturias
Estar a tratamiento en el momento de realización del estudio en el mismo recurso asistencial o en otro al que hayan sido derivadas

Para la recogida de información se utilizó un cuestionario que constaba de 65 preguntas. Éste se aplicó de manera presencial (38%) o telefónica (62%) por una entrevistadora entrenada para ello. La recogida de datos definitiva tuvo lugar entre los meses de abril y diciembre del 2001. Se hicieron un total de 108 encuestas y la distribución por centros fue la siguiente:

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA:
Edad media 33,37 años (rango 17-60)
49,1% solteras
59,3% con hijos
50% estudios primarios
30,6% trabajan en la actualidad
51,9% problemas médicos crónicos
61,1% trastornos psicopatológicos
68,5% heroína y 22,2% alcohol
Media de años de consumo de la droga principal 7,81 (rango 0 a 40)

Media de tratamientos anteriores con ayuda profesional	1,97 (rango 0-20)
Media de tratamientos anteriores sin ayuda profesional	2,15 (rango 0-20)
Media del tiempo en días en el tratamiento actual	28,45 (rango 3-2555)

### **Procedimiento:**

En cuanto al procedimiento, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios solicitó la colaboración en el estudio a Proyecto Hombre y Spiral. En los C.S.M y U.T.T se envió el listado de las mujeres seleccionadas y un responsable se encargaba de solicitar la participación de las mujeres. En la U.D.H se entrevistó a todas las mujeres que hicieron una desintoxicación entre los meses de abril y diciembre de 2001.

### **Resultados:**

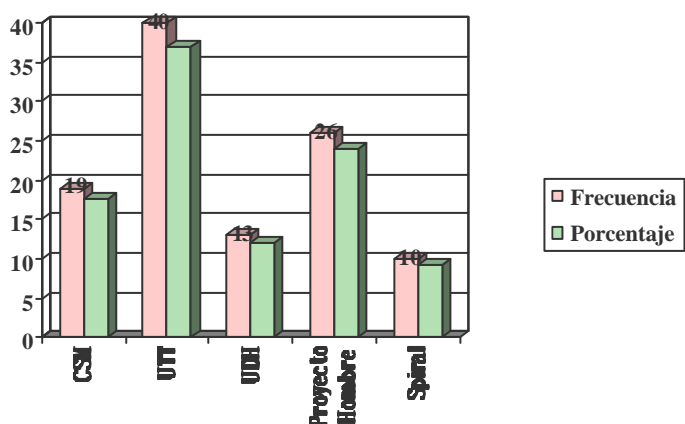
La mayoría de las mujeres (86%) están satisfechas con el tratamiento recibido: un 58,3% de las mujeres entrevistadas manifiesta estar satisfecha y un 27,8% muy satisfecha. Además, cuando se les pregunta si recomendarían ese tratamiento a algún amigo con problemas de adicción un 73,4 % dice estar muy de acuerdo, mientras un 14,8 manifiesta estar de acuerdo.

Todos los centros asistenciales obtienen una alta valoración, siendo los privados-concertados los mejor considerados (94,4%), seguidos de las UDH (84,7%) y de los CSM y las UTT (81,4%).

En cuanto al grado de conflictividad, un 86,1% de las encuestadas afirman no haber tenido ningún tipo de problemas con respecto a los servicios que se le prestan en el tratamiento.

Con respecto a la valoración de los profesionales que las atienden: un 64,8% de las encuestadas están de acuerdo y un 21,3% muy de acuerdo con que los profesionales de los diferentes programas las escuchan y las ayudan convenientemente. La relación que establecen los profesionales con las mujeres entrevistadas es buena en un 75% de los casos y excepcional en un 15,7%. La mayoría de las mujeres están de acuerdo (60,2%) o muy de acuerdo (33,3%) en que los profesionales dicen las cosas con suficiente claridad. Un 90,8% opina que los profesionales del equipo técnico que la atiende poseen un buen nivel de competencia para ayudarla eficazmente en su problema. El 82,4% de las mujeres afirma que los profesionales atienden con rapidez a sus demandas. Un 58,3% de las mujeres entrevistadas piensa que el número de profesionales implicados en su tratamiento es suficiente, mientras que un 72,2% opina que las instalaciones del recurso en el que está son las adecuadas.

La accesibilidad a los programas de tratamiento también está bien considerada, estimándose fácil por más del 80% de las mujeres entrevistadas (84,22%). Las mayores dificultades para acceder al tratamiento son la motivación personal (19,4%) y las listas de espera (13,9%).



Los motivos más citados para la elección de un tratamiento son la recomendación de familiares y amigos (29,6%), seguido de la recomendación profesional (27,8%).

La mayoría de las mujeres entrevistadas piensa que el hecho de ser mujer no conlleva diferencias en el trato por parte de los profesionales. Así lo expresan el 98,1% de las mismas.

Más de la mitad de las mujeres no echa en falta otras prestaciones durante el tratamiento. No obstante un 15,7% le gustaría recibir más atención psicológica.

En cuanto a la información sobre los recursos asistenciales para drogodependientes, el 50% manifiesta estar lo suficientemente informada, mientras que el 26,9% dice no estarlo.

### **Conclusiones:**

El nivel de satisfacción de las usuarias con respecto a los programas de tratamiento para drogodependientes en el Principado de Asturias es elevado.

Asimismo, la valoración que realizan las usuarias de los profesionales de los diferentes dispositivos asistenciales es alta: valoran positivamente tanto la relación, como la atención y la capacitación de los profesionales.

En cuanto a la accesibilidad a los recursos, decir que es alta, pero el hecho de que algunas mujeres indiquen haber tenido problemas con las listas de espera, hace que reflexionemos sobre la necesidad de ofrecer una atención inmediata.

Por último, el análisis de las variables relativas a la condición de mujer dentro del tratamiento mostró que las mujeres no se sentían tratadas de manera diferente por cuestión de género.

### **Sugerencias:**

A la luz de los resultados obtenidos y las demandas explicitadas por las mujeres entrevistadas estas son algunas propuestas cuyo desarrollo permitiría mejorar la atención:

- ❖ Módulos de orientación vocacional y formación profesional en los programas de tratamiento.
- ❖ Incorporación de servicios de atención psicológica en algunos recursos.
- ❖ Evaluación y el abordaje de los trastornos mentales.
- ❖ Minimización de las listas de espera.
- ❖ Implicación en el tratamiento de las familias y de otras personas allegadas.
- ❖ Diseño de intervenciones motivacionales previas al tratamiento de deshabituación.
- ❖ Incremento de la información sobre los recursos de ayuda al drogodependiente.

Debemos entender este estudio como una primera aproximación o como el inicio de una línea de trabajo que tenga como argumento esencial analizar de manera más exhaustiva, específica y continuada los procesos de los tratamientos que sean susceptibles de ser mejorados. Sin duda, la opinión de los usuarios de estos dispositivos es una fuente de información muy valiosa de cara a tomar decisiones con respecto a la red pública y privada de salud.

# Monográfico 6: Consumo de tabaco en profesionales sanitarios del Principado de Asturias

---

## Objetivos del estudio:

Los objetivos del presente trabajo son los siguientes:

- Conocer la prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales de la salud y en los centros sanitarios de Asturias.
- Conocer los patrones de consumo de tabaco dentro de los profesionales de la salud en Asturias y su disposición a dejar de fumar.
- Analizar qué tipo de conductas están llevando a cabo los profesionales sanitarios respecto al consejo antitabáquico.

## Método y procedimiento:

La población de referencia utilizada para el estudio fue la de los profesionales de los centros sanitarios públicos del Principado de Asturias (N = 11.281).

El diseño muestral elegido ha sido el de conglomerados bietápico. En la primera etapa del muestreo se especifica el número total de UPM a seleccionar, cuántas corresponden a cada una de las áreas sanitarias y en qué UPM se han de realizar las entrevistas. En la segunda etapa del diseño muestral se ha de proceder a seleccionar las unidades secundarias de muestreo dentro de cada uno de los conglomerados de los diferentes estratos o áreas sanitarias. Se realiza dentro del mismo centro escogido en la etapa anterior, sobre listados previamente requeridos a responsables de los centros. Mediante un proceso aleatorio se escogen aquellas personas que han de cumplimentar la entrevista, se consideró oportuno tomar los siguientes estratos de referencia:

- Personal de enfermería. Se incluyen aquí tanto DUE, Auxiliares de Clínica, Técnicos sanitarios: Atención primaria, Atención especializada.
- Personal médico: Atención primaria, atención especializada I (especialistas en Cardiología, Neumología, Ginecología, Oncología y Otorrinolaringología) y atención especializada II (resto de especialidades)
- Personal no sanitario: atención primaria y atención especializada.

De acuerdo con el procedimiento anteriormente explicado, el número inicial de sujetos seleccionados para participar en el estudio fue de 1.127. Sin embargo, la pérdida de sujetos durante la fase de recogida de información fue importante.

El porcentaje de **participación** global se situó en el 68% (63% para los Hospitales, 75% para Salud Mental y 85% para Atención Primaria).

La **muestra definitiva** de este estudio estuvo compuesta por 771 sujetos, el 43,3% hombres y el 56,7% mujeres.

*Distribución de la muestra por Grupos Profesionales:*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Médicos/as</b>	322	41,8	42,1	42,1
<b>Enfermería</b>	279	36,2	36,5	78,6
<b>Servicios</b>	164	21,3	21,4	100,0
<b>Total</b>	765	99,2	100,0	
<b>Perdidos</b>	6	0,8		
<b>Total</b>	771	100,0		



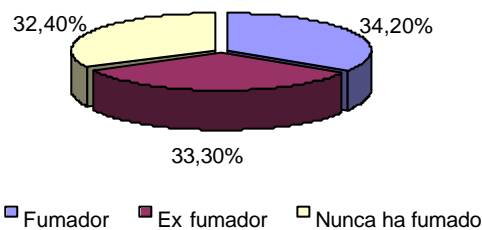
El instrumento de recogida de información consistió en un cuestionario autoaplicado de 28 ítems que recogía información acerca de los siguientes apartados: datos demográficos y profesionales, historia y hábito de consumo de tabaco, intentos y expectativas de abandono, opiniones sobre el grado de influencia sobre los pacientes, y opiniones acerca de la normativa del consumo de cigarrillos en los centros sanitarios.

La recogida de información se realizó durante los meses de abril y mayo de 2001. Se llevó a cabo en los propios centros de trabajo que se incluyeron en el estudio. La participación en el estudio era voluntaria. A cada encuesta se adjuntaba una carta de presentación del trabajo, así como un sobre en el que se debía devolver la entrevista en un periodo previamente acordado.

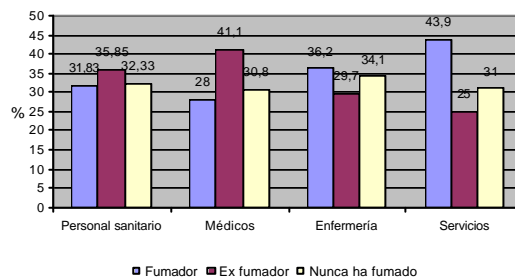
Para analizar los datos se llevaron a cabo análisis de frecuencias para la descripción de la muestra y diferentes análisis bivariados para estudiar la relación existente entre determinadas variables recogidas con el cuestionario.

**Principales resultados:**

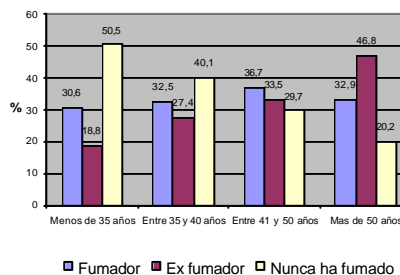
*Prevalencia del consumo de tabaco:*



*Prevalencia del hábito tabáquico de los profesionales de la sanidad en Asturias (por grupos profesionales):*



*Prevalencia del hábito tabáquico de los profesionales de la sanidad en Asturias (por rangos de edad):*



## El hábito de fumar en los centros sanitarios:

De todas las personas que se declaran fumadoras, el 3,6% fuman en cualquier lugar y situación dentro del centro de trabajo, el 84,5% sólo fuma en lugares concretos y el 11,9% no lo hace en ningún lugar. En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de personas que fuman en el centro de trabajo entre los que se declaran fumadores diarios de dicho colectivo.

*Porcentaje de fumadores en el centro de trabajo de las personas que se declaran fumadores diarios (por grupo profesional y asistencial):*

	En cualquier situación	Sólo en lugares específicos	En ningún lugar
<b>MÉDICOS/AS</b>	2,3	80,5	17,2
<b>ENFERMERÍA</b>	6	86,9	7,1
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>	1,5	82	16,5
<b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>	4,8	84,4	10,8
<b>TOTAL</b>	3,6	84,5	11,9

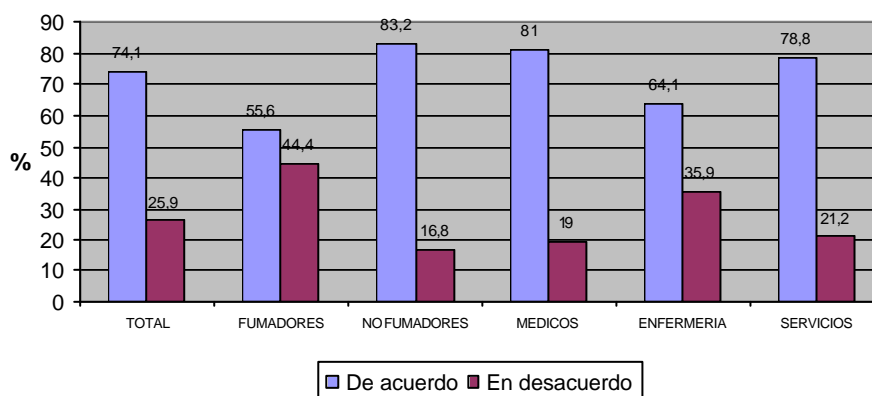
El 94,8% de los que se declaran fumadores diarios no fuma nunca delante de los pacientes y el 5,2% lo hace sólo en ocasiones.

*Porcentaje de fumadores diarios que fuman delante de los pacientes (por grupo profesional y asistencial):*

	Nunca	En ocasiones
<b>MÉDICOS/AS</b>	96,5	3,5
<b>ENFERMERÍA</b>	95	5
<b>SERVICIOS</b>	92	8
<b>ATENCIÓN PRIMARIA</b>	97	3
<b>ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b>	93,3	6,7
<b>TOTAL</b>	94,8	5,2

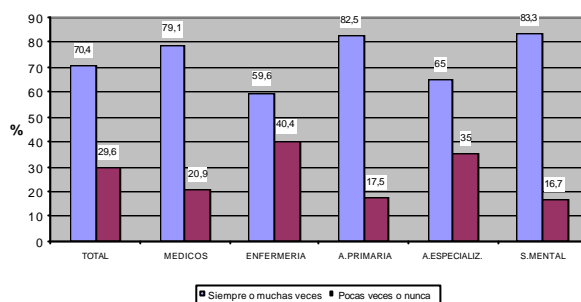
En cuanto al grado de acuerdo ante la prohibición total del uso del tabaco en los centros sanitarios el siguiente gráfico muestra la opinión de los diferentes colectivos.

Debería existir una prohibición total del uso del tabaco en los centros sanitarios

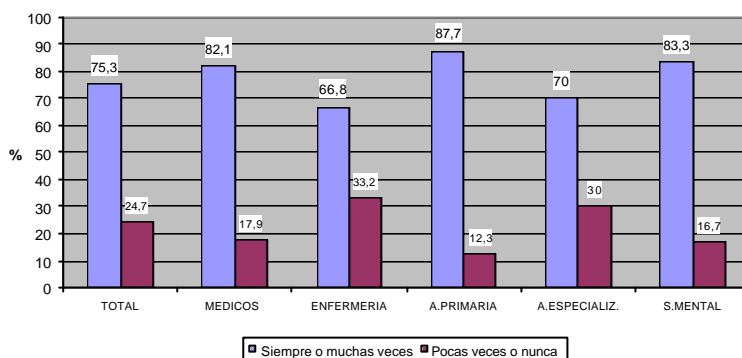


En los gráficos siguientes se detalla el porcentaje de profesionales sanitarios que se interesa por el hábito de fumar de sus pacientes y aconsejan el abandono o disminución de consumo de tabaco. Los datos se muestran teniendo en cuenta los diferentes grupos profesionales y asistenciales.

¿Suele preguntar a sus pacientes por el hábito de fumar? :



¿Suele aconsejar a sus pacientes que disminuyan o abandonen el uso del tabaco?:



A la pregunta: ¿tienen la intención de dejar de fumar en las próximas dos semanas?, el 22% de los fumadores afirma que definitivamente no; el 61,5% que es poco probable; el 12,6% bastante probable y el 3,2% definitivamente sí.

Ante la pregunta: ¿cuánto interés tiene en dejar de fumar?, el 11,8% de los fumadores no tiene ningún interés, el 37,4% poco interés, el 31,3% bastante interés, y el 19,5% mucho interés.

Entre las personas fumadoras, sólo el 11,2% ha seguido algún programa para dejar de fumar; el 53,1% estaría dispuesto a seguir un tratamiento o recibir ayuda para abandonar el hábito. Entre el personal sanitario, está disposición a participar en un programa es del 54,7%. Comparando por grupos profesionales, el 45,55 de los médicos y el 63% del personal de enfermería estaría dispuesto a recibir ayuda para dejar de fumar.