

Informe 2006



Observatorio sobre Drogas para Asturias



Observatorio sobre Drogas para Asturias

Informe 2006

FICHA TÉCNICA

Promueve y edita

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias

Distribuye

Observatorio sobre Drogas para Asturias
Sección de Información Sanitaria
Servicio de Información de Salud Pública y Servicios Sanitarios
Dirección General de Salud Pública

Equipo de redacción

Ignacio Donate Suárez
Margarita Eguiagaray García
José Antonio García Vázquez
Eduardo Gutiérrez Cienfuegos
Ana Otero Sierra
J. Ramón Quirós García
Ángeles Rocés González

Agradecimientos

A Nadia García Alas, Mar García González, Almudena Fernández López, Carlos Segovia Martínez de Salinas, Camino Gontán Menéndez de la Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias
A la fundación ADSIS, Asociación Amigos contra la Droga y Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD)
A Pilar Pérez Velasco (Centro Penitenciario de Villabona)
A la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Copias adicionales de este documento en versión electrónica pueden obtenerse gratuitamente a través de: <http://tematico.princast.es/salud/plan/portada.php>
inforsan@princast.es,

Oviedo, diciembre de 2006

Producción Gráfica: GESGRÁFICA
Depósito Legal: AS-5531-06

Índice

1.- Introducción	6
2.- Consumos, percepciones y opiniones de la población ante las droga	9
2.1. Consumo de sustancias psicoactivas en población general	11
2.2. Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes	28
3.- Programas de prevención	56
3.1. Planes Municipales sobre Drogas	57
3.2. Programas escolares de prevención de drogodependencias	66
3.2.1. Impulsados por la Comunidad Autónoma: "Proyectos pedagógicos de Educación y Promoción de la Salud", "Órdago", "La Aventura de la Vida"	67
3.2.2. Programas escolares de prevención impulsados por los Ayuntamientos a través de los Planes Municipales sobre Drogas: "El cine en la enseñanza", "Entre todos", "En la huerta con mis amigos", "¿De qué van las drogas?", "¿De qué van los jóvenes?"	71
3.2.3. Programa VIDA SIN TABACO: "Aire fresco en los centros escolares", "Aire saludable en los centros sanitarios", "Actuaciones de apoyo para el abandono del tabaco"	73
4.- Programas asistenciales en los Servicios Sanitarios Públicos	81
4.1. Indicadores asistenciales: Admisión a Tratamiento	82
4.2. Programas Residenciales: "Perfil de los pacientes que acceden a tratamiento en Comunidades Terapéuticas"	93
4.3. Programas jurídico penales y de reincorporación social	97
4.3.1. Intervenciones con usuarios de drogas en el Centro Penitenciario de Villabona	97
4.3.2. Programa de Inserción Social de Personas Privadas de Libertad. (Fundación ADSIS)	102
4.3.3. Servicio interdisciplinar de atención a las drogodependencias. (SIAD)	108
4.3.4. Programa Centro de Día. (Asociación amigos contra la droga)	110
5.- Programas de disminución de daños/ riesgos	118
5.1. Programa Zona Clave	121
5.2. Programa Trolebús	130
5.3. Programa Sanikits	133
6.- Oferta y control sobre las drogas	134
6.1. Indicadores sobre la oferta de drogas	135
6.2. Perfil estándar de los decomisos en España 2004	136
6.3. Perfil estándar del detenido en España por tráfico de drogas. 2004	136
6.4. Perfil estándar del denunciado en España por la Ley de Seguridad Ciudadana.	136
6.5. Perfil estándar del detenido en España por aplicación de la Ley de Seguridad Ciudadana. 2004	137
6.6. Perfil estándar del denunciado en España por la Ley de Seguridad Ciudadana.	137
6.7. Demanda de bebidas alcohólicas	141
6.8. Ventas de tabaco	143

7.- Estimación de la mortalidad asociada al consumo de drogas	146
7.1. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco. Asturias	147
7.2. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol. Asturias	149
7.3. Mortalidad atribuible al consumo de otras drogas. Asturias	151

8.- Indicadores del Plan sobre Drogas para Asturias	152
--	------------

1.- Introducción

Introducción:

La relación que mantiene el ser humano con las distintas drogas es tan antigua como su propia existencia. Desde tiempos inmemoriales el hombre ha utilizado sustancias psicoactivas por motivos varios: terapéuticos, sociales, culturales, rituales, etcétera.; lo que ha cambiado, fundamentalmente, a lo largo de los siglos es el tipo de sustancias que se consumen y la forma de relacionarse con ellas.

Por ello el abordaje de un fenómeno tan enraizado y poliédrico como es el de las toxicomanías precisa de un enfoque interdisciplinar en el que tengan cabida todos los programas, estrategias, e iniciativas realizados desde diversos ámbitos actuación.

En el presente informe del Observatorio sobre Drogas para Asturias del año 2006, se ha pretendido realizar un análisis amplio que no reflejase únicamente aspectos epidemiológicos de la situación del consumo de las drogas en Asturias, sino, también, un mapa de programas y actuaciones en el que se vieran representadas algunas de las principales iniciativas que se desarrollan en nuestra Comunidad Autónoma, con el propósito -no sabemos si logrado o no- de que el lector tenga una visión de conjunto sobre el fenómeno de las drogodependencias y las distintas adicciones en Asturias.

En la primera parte del documento nos acercamos a la situación del consumo de drogas entre la población general y los jóvenes de Asturias, con datos que en su mayoría proceden del Programa Encuestas del Plan Nacional Sobre Drogas. En estos momentos se dispone de una amplia serie temporal, cada vez más dilatada, que nos empieza a dejar vislumbrar algunas tendencias sobre consumos, actitudes, disponibilidad, opinión, etcétera., respecto de las drogas.

Dentro de las intervenciones en el ámbito de la prevención se hace una exhaustiva descripción de los programas y actividades que desarrollan los Planes Municipales sobre Drogas, así como una exposición detallada de los principales programas escolares de prevención de drogodependencias: "Órdago", la "Aventura de la Vida", el "Cine en la Enseñanza", "Entre Todos", en la "Huerta con mis Amigos", "¿De qué van las Drogas? ¿De qué van los jóvenes?..". Por último, en este mismo capítulo, se aborda el programa "Vida sin Tabaco" en las tres vertientes en que se desarrolla: en el medio escolar "(Aire Fresco)", en el ámbito sanitario "(Aire saludable en los centros sanitarios)" y de apoyo a la deshabituación tabáquica "(Actuaciones de Apoyo para el Abandono del Tabaco)".

Se presentan, también, los principales resultados y la evolución de algunos de los programas asistenciales, entre los que cabe destacar: el indicador "Admisión a tratamiento (SEIT)", un "perfil de las personas que acceden a tratamiento en Comunidades Terapéuticas", los programas "jurídico penales y de reincorporación social que se llevan a cabo en el centro penitenciario de Villabona", y diversos programas que desarrollan distintas asociaciones: el programa de "Inserción Social de Personas Privadas de Libertad que realiza la asociación ADSIS", el que desarrolla el "Servicio Interdisciplinar

de Atención a las Drogodependencias (SIAD)", y por último el programa de la "Asociación de Amigos contra la Droga".

En el apartado de los programas de reducción de riesgos se abordan tres interesantes iniciativas: el programa de disminución de riesgos en lugares de ocio "Zona Clave", el de acercamiento de los recursos a personas con mayor problemática social y sanitaria "Trolebús" y, por último, se repasa el programa de intercambio de jeringuillas en Asturias presentando un histórico sobre la distribución de SANIKITS desde su implantación hasta hoy en día.

El trabajo se completa con tres capítulos clásicos en este tipo de informes que realiza el Observatorio sobre Drogas para Asturias: uno que recoge los indicadores más relevantes de oferta y control de drogas, otro sobre mortalidad por las principales drogas, y, por último, una actualización de los Indicadores Básicos de seguimiento del Plan sobre Drogas para Asturias, cuya revisión periódica permite evaluar la evolución de las drogodependencias en esta Comunidad Autónoma.

No queremos cerrar esta introducción sin olvidarnos de todo el grupo de personas que colaboraron de manera desinteresada en este proyecto y que gracias a su esfuerzo hicieron posible que este trabajo viera la luz.

El equipo redactor.

2.- Consumos, percepciones y opinión ante las drogas

Algunas notas metodológicas

Como se explicó en la introducción la gran mayoría de la información que a continuación se va a comentar procede del Programa de Encuestas sobre Drogas que elabora el Plan Nacional Sobre Drogas. Entre ellas destacan: la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

La primera tiene como objetivo conocer la situación del consumo de las distintas drogas, analizando las características sociodemográficas de la población de referencia, la opinión y la percepción de riesgo de los entrevistados y la disponibilidad de las sustancias psicoactivas. Se dirige a la población general de 15-64 años y se viene realizando con una periodicidad bienal desde 1995.

La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias se inició en 1994 y permite aproximarnos a la situación y tendencias de consumo de drogas en estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España. Además, aborda otros aspectos cualitativos que rodean al consumo de las diversas sustancias como son: opiniones, conocimientos, riesgo percibido, accesibilidad, etc.

Las muestras de dichas encuestas, que figuran en las tablas 2.1. y 2.2., están concebidas para extraer resultados con una precisión aceptable para el conjunto de España; pero si queremos obtener estimaciones a nivel de comunidad autónoma debemos tener en cuenta que éstas son bastante precisas para las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y cannabis, no siendo tan fidedignas en el caso de las demás sustancias.

TABLA 2.1. Distribución de la muestra de la encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en Asturias y España. 1995-2003.

	1995	1997	1999	2001	2003
Asturias	388	709	457	419	433
España	8888	12304	12234	14113	12033

TABLA 2.2 Distribución de la muestra de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en Asturias y España. 1994-2004.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Asturias	993	875	765	661	744	584
España	20931	18966	18085	20450	26576	25521

Los diversos porcentajes de consumo de las diferentes drogas se calcularon a partir de la submuestra asturiana, extraída del total de la base de datos nacional, a la que posteriormente se le realizó una ponderación o ajuste por edad y sexo para corregir las desviaciones de la muestra con respecto a la distribución real de la población de referencia.

2.1. Consumo de sustancias psicoactivas en población general

El término “droga” se aplica a una cantidad importante de sustancias diferentes que presentan efectos muy dispares. Van desde lo que se ha dado en considerar en las sociedades occidentales como drogas legales: tabaco, alcohol e hipnosedantes, hasta un sin fin de productos de comercio ilícito entre los cuales los más introducidos en nuestro medio son: el cannabis, la cocaína, las drogas de síntesis, las anfetaminas, el speed, la heroína, los alucinógenos y los inhalantes volátiles.

En Asturias como en España, obviamente, las sustancias legales son las drogas más consumidas por el conjunto de la población.

El alcohol ocupa el primer lugar en frecuencia de utilización en la mayoría de las tipologías de consumo establecidas: experimental (alguna vez en la vida), esporádico (últimos 12 meses) y habitual (últimos treinta días), seguido por el tabaco, que sólo supera al alcohol en el caso de los consumos diarios (30,5% frente a 13,3%) (Tabla 2.1.1.).

El resto de los productos psicoactivos muestran unos porcentajes de consumo mucho más pequeños, siendo relevantes los del cannabis, con prevalencias del 27,7%, 9,8% y 7% en lo que se refiere a los consumos experimentales, esporádicos y habituales respectivamente. La cocaína, los alucinógenos, las anfetaminas, las drogas de síntesis, la heroína y los inhalables volátiles apuntan prevalencias de consumo muy inferiores que se sitúan entre el 1% y el 6% en las fases de experimentación y en torno al 1% para los consumos más habituales (Tabla 2.1.1.).

TABLA 2.1.1. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas. Adultos 15-64 años. Asturias 1995-2003.

Consumo "alguna vez en la vida"		1995	1997	1999	2001	2003
Tabaco	-	77,8	62,6	76,1	71,6	
Alcohol	-	94,5	81,6	95	90,3	
Cannabis	12,6	24,5	19,9	25,4	27,7	
Éxtasis	1,8	2,4	2,2	3,6	1,8	
Alucinógenos	2,7	2,6	2,1	2,4	3,5	
Anfetaminas/speed	3,8	3	2,2	2,7	3,3	
Cocaína	4,5	4,3	2,3	4,2	6	
Heroína	1,8	1,3	0,6	0,5	1,2	
Consumo "últimos 12 meses"						
Tabaco	-	50,2	45,4	48,8	40,5	
Alcohol	78,5	85,4	66,1	84,5	79,5	
Cannabis	5,7	6,7	6,9	8,2	9,8	
Éxtasis	1	0,7	1,2	2,4	0,2	
Alucinógenos	0,9	0,6	0,7	0,9	0,5	
Anfetaminas/speed	1,8	0,8	1,1	1,8	0,6	
Cocaína	1,9	1,7	1,3	3,1	2,2	
Heroína	1,1	0,5	0	0	0	
Consumo "en los últimos 30 días"						
Tabaco	-	45,3	41,5	42,7	36,5	
Alcohol	58,8	70,0	53,1	69,3	71,3	
Cannabis	3,5	3,6	4,4	5,2	7,0	
Éxtasis	0,4	0,3	0,3	1,3	0	
Alucinógenos	0,3	0,1	0,2	0,7	0	
Anfetaminas/speed	0,9	0,2	0,5	0,9	0,5	
Cocaína	0,5	0,6	0,9	1,5	0,7	
Heroína	1	0	0	0	0	
Consumo "diario en los últimos 30 días"						
Tabaco	31,9	36,1	37,7	33,7	30,5	
Alcohol	15,9	13,9	9,6	12,2	13,3	
Cannabis	0,9	0,3	1,9	0,9	1,8	

Analizando los diversos consumos bajo la perspectiva de género, vemos que en general las proporciones de consumidores son siempre mayores en los hombres que en las mujeres, si bien, en el caso del alcohol y el tabaco, estas diferencias intersexuales son más reducidas (Tabla 2.1.2.)

La mayoría de los consumos se concentran en las cohortes de población de edades más jóvenes, si exceptuamos también el alcohol y el tabaco, que tienen una importante presencia en todos los momentos de la vida.

TABLA 2.1.2. Evolución de las prevalencias de consumo de diversas sustancias psicoactivas. Según sexo. Adultos 15-64 años. Asturias 1995-2003.

Consumo "alguna vez en la vida"	1995		1997		1999		2001		2003	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	-	-	88,5	35,3	69,2	56,7	80,8	72,5	76,9	66,4
Alcohol	-	-	96,3	92,8	93	72	97,5	93	95,8	84,9
Cannabis	16,8	9,3	32,6	14,9	27	14,8	31,4	20	33,0	22,5
Éxtasis	3,2	0,6	3,2	1,5	2,6	1,8	4,9	2,1	3,3	0,5
Alucinógenos	4,2	1,5	3,4	1,8	4	0,6	3,3	1,4	4,1	1,9
Anfetaminas/speed	4,8	2,9	3,4	2,6	3,9	0,9	3,5	1,8	5,1	1,4
Cocaína	6,9	2,4	5,3	3,2	4,6	1,1	5,8	2,6	10	1,9
Heroína	3,2	0,6	1,8	0,7	0,4	0,7	0,6	0,3	2,3	0
Consumo "últimos 12 meses"										
Tabaco	-	-	57,8	42	49,1	42,1	52,6	46,2	42,7	38,2
Alcohol	90,9	69,9	91,4	78,9	81	54,5	91,6	78	85,9	73,1
Cannabis	9,1	2,8	8,5	4,7	9,6	3,7	11,3	4,6	14,0	5,6
Éxtasis	1,5	0,6	0,7	0,6	1,7	0,9	3,3	1,8	0,5	0
Alucinógenos	1,8	0,3	0,8	0,4	0,8	0,6	1,2	0,6	1	0
Anfetaminas/speed	1,8	1,8	1	0,6	1,7	0,6	2,9	0,6	1,5	0
Cocaína	3,9	0,3	2,2	1,2	2,3	0,6	4,2	2,0	4,5	0
Heroína	1,6	0,6	0,9	0	0	0	0	0	0	0
Consumo "en los últimos 30 días"										
Tabaco	-	-	51,3	39	46,3	37,6	44,8	41,2	36,7	36,3
Alcohol	76,4	45,1	82,8	55,5	69	39,8	80,6	60	80,8	61,9
Cannabis	6,6	0,8	3,7	3,6	6,9	2,3	7,8	2,2	9,8	4,2
Éxtasis	0,6	0,3	0,2	0,4	0,4	0,2	1,9	0,6	0	0
Alucinógenos	0,7	0	0,2	0	0	0,3	0,9	0,6	0	0
Anfetaminas/speed	0,6	1,2	0,2	0,2	0,7	0,3	1,2	0,6	1,0	0,0
Cocaína	1,1	0	0,6	0,7	1,3	0,6	2,3	1	1,4	0
Heroína	1,4	0,6	0	0	0	0	0	0	0	0

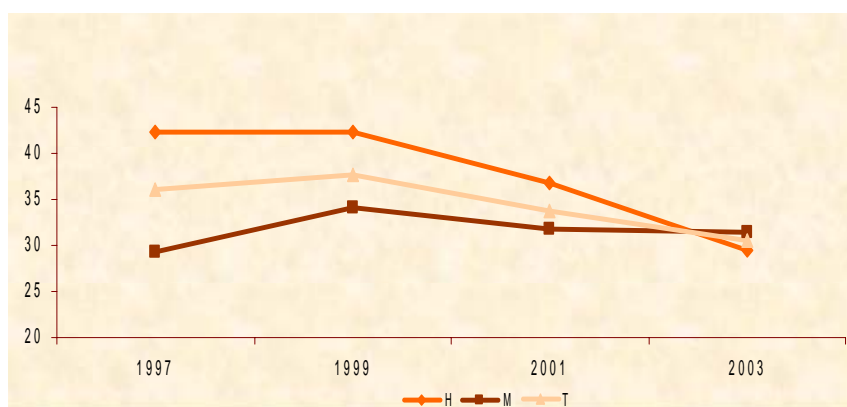
Consumo de tabaco

En el año 2003, un 40% de los asturianos de 15 a 64 años declaró haber fumado en el "último año" y un porcentaje ligeramente inferior (36,5%) haberlo hecho en el "último mes". Algo menos de un tercio de la población asturiana (223.000 personas) manifestó consumir tabaco a diario, con una proporción ligeramente superior de mujeres que de hombres (31% frente a 29,5 %). En el grupo de edad que va desde los 15 a los 44 años fumarían aproximadamente 66.000 asturianos frente a unas 95.000 asturianas (Tabla 2.1.3.).

Este hecho parece confirmar el patrón de consumo de tabaco que viene observándose en los últimos años, tanto en Asturias como en España, en el que las mujeres jóvenes se incorporan con mayor frecuencia que los hombres al hábito tabáquico y mantienen prevalencias más altas hasta los 40 años de edad. A partir de esta etapa, se invierte la tendencia y los hombres pasan a fumar en mayor proporción que las mujeres, circunstancia que hace que la prevalencia global acabe siendo mayor en los primeros.

La tendencia a disminuir la frecuencia de consumo diario de tabaco en varones en nuestra Comunidad Autónoma es más acusada que la observada en España. En los grupos de edad de 15-24 y 25-34 años se aprecian en Asturias prevalencias sensiblemente más bajas que las de la media española, lo que conlleva que en nuestra región el porcentaje de consumidores diarios de tabaco en los hombres sea menor que el de las mujeres, algo que no sucede a nivel nacional, donde los hombres siguen fumando con mayor frecuencia que las mujeres.

FIGURA 2.1.1. Evolución de la prevalencia del consumo diario de tabaco en Asturias. Adultos 1995-2003.

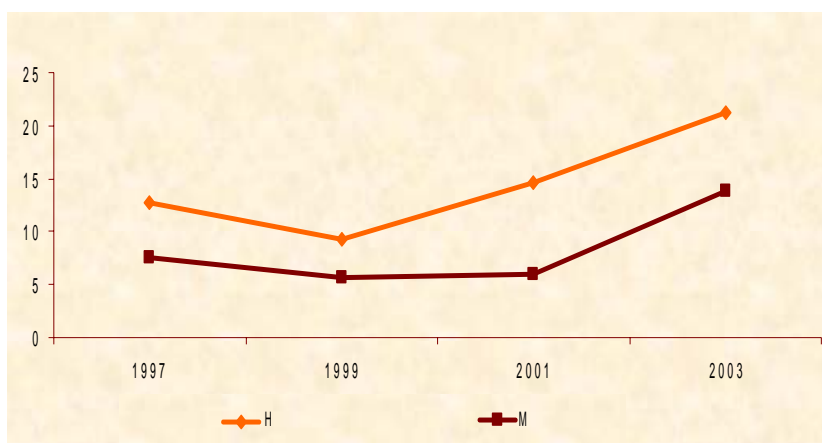


Dentro de los fumadores el número medio de cigarrillos que declaran consumir al día es de 12,7, con un nivel de intensidad muy parecido en ambos sexos: 12,9 en hombres

y 12,6 en mujeres. Casi cuatro de cada diez son grandes fumadores, o sea, consumen cantidades iguales o superiores a 20 cigarrillos al día (Tabla 2.1.3).

La cantidad media de cigarrillos consumidos por asturiano y año es de 2080, si tenemos en cuenta que en Asturias en el año 2005 se vendieron 100.973.644 millones de cajetillas de tabaco.

FIGURA 2.1.2. Evolución del porcentaje de ex fumadores por sexo en Asturias. 1995-2003.



A pesar del importante carácter adictivo que tiene la nicotina del tabaco, cabe destacar que el 21,3% de los hombres y casi el 14% de las mujeres manifiestan haber dejado de fumar, siendo el porcentaje total de ex fumadores en la

población asturiana de 17% (Tabla 2.1.3.) (Figura 2.1.2.).

Analizando la serie de Encuestas Domiciliarias de Drogas y tomando como referencia de partida el año 1997, ya que la encuesta del año 1995 utilizó otra metodología que no permite la comparabilidad de algunas de las variables de tabaco y alcohol, se aprecia una disminución en la mayoría de los indicadores de consumo de tabaco en Asturias.

Tanto los consumos “alguna vez”, como en el “último año”, o en los “últimos 30 días” y “a diario”, experimentaron un sensible retroceso desde 1997 hasta el año 2003, que puede ser imputable, en la mayoría de la ocasiones, a la disminución en la frecuencia observada en los hombres.

En el caso de los “consumos diarios”, las mujeres incrementan ligeramente sus niveles globales de consumo, si bien parece que inician también un cierto retroceso que se hace más marcado a partir de 1999 (Tabla 2.1.3) (Figura 2.1.1.).

Otro dato esperanzador es el de la disminución en la cantidad de cigarrillos fumados para ambos sexos desde el año 1997 al 2003. Esto significa que los asturianos han disminuido el número medio de cigarrillos consumidos y también que se ha reducido llamativamente la proporción de grandes fumadores desde 1997 hasta el 2003 (Tabla 2.1.3.).

Por último, el porcentaje de personas que abandonan el hábito tabáquico cada vez es también mayor circunstancia que incide muy positivamente en la disminución de la prevalencia total de consumo de tabaco en nuestra provincia (Tabla 2.1.3.).

TABLA 2.1.3. Características del tabaquismo en Asturias. Según sexo. Adultos 15-64 años.1995-2003. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas. Submuestra asturiana.

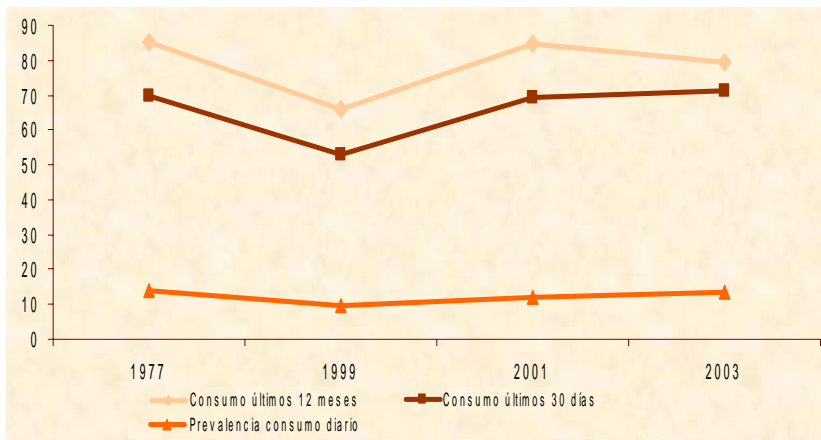
TABACO	1995		1997		1999		2001		2003					
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M				
Número de encuestados	180	208	388	357	709	227	230	457	213	206	419	216	433	
Consumo "alguna vez en la vida"	-	-	-	88,5	35,3	77,8	69,2	56,7	62,6	80,8	72,5	76,1	76,9	71,6
Consumo "últimos 12 meses"	-	-	-	57,8	41,9	50,2	49,1	42,1	45,4	52,6	46,2	48,8	42,7	40,5
Consumo "últimos 30 días"	-	-	-	51,3	38,8	45,3	46,3	37,6	41,5	44,8	41,2	42,7	36,7	36,5
Consumo "diario"	34,3	30,5	31,9	42,4	29,2	36,1	42,3	34,1	37,7	36,7	31,8	33,7	29,5	30,5
Grandes fumadores (20 cigarrillos y más)	56,7	47,1	51,1	59,0	44,5	54,1	56,9	62,3	57,2	53,2	45,7	49,0	29,1	40,0
Número medio de cigarrillos consumidos	14,3	12,7	13,5	16,8	13	15,2	17,2	15,3	16,2	14,5	13,3	13,8	12,9	12,7
Porcentaje de ex fumadores	29,1	9,6	17,3	12,7	7,5	10,3	9,2	5,6	7,0	14,7	6,0	9,3	21,3	13,8
Porcentaje de ex fumadores dentro de los fumadores	-	-	-	28,8	33,3	30,1	21,1	44,5	20,4	36,3	19,8	27,3	36,2	28,0

Consumo de bebidas alcohólicas

El alcohol impregna nuestra sociedad con una oferta amplia, variada y accesible que hace que sea la sustancia que con mayor frecuencia e intensidad se consume en nuestra región. Su uso está tan extendido que en año 2003 nueve de cada diez asturianos manifestaron haberlo consumido “alguna vez en la vida” y más de tres cuartas partes de la población reconocieron haberlo hecho en el “último año”.

En lo que se refiere a los consumos más frecuentes o habituales, por tanto los más problemáticos, cabe señalar que el 80% de los hombres y el 61,9% de las mujeres afirman haberlo consumido en el “último mes”, y más de 97.000 asturianos, de 15 a 64 años, declaran ingerir bebidas alcohólicas a diario (13,3%) (Tabla 2.1.4.).

FIGURA 2.1.3. Evolución del porcentaje de consumo de alcohol en Asturias. 1997-2003.

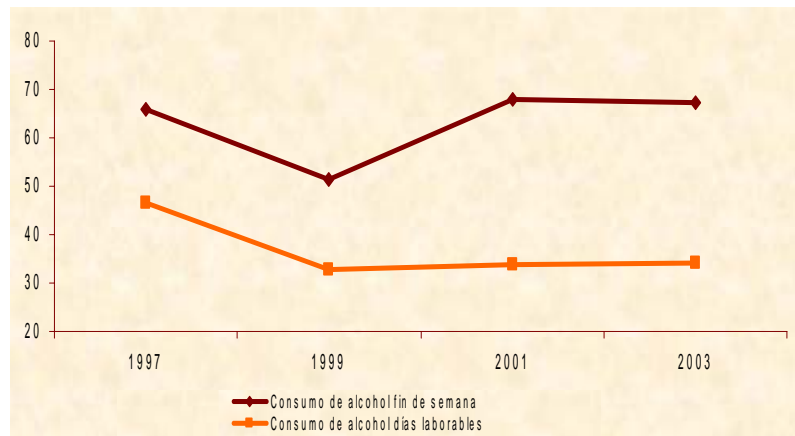


Con carácter general los hombres consumen alcohol con mayor frecuencia e intensidad que las mujeres, siendo muy significativas estas diferencias intersexuales en el caso de los consumos diarios, en los que los

primeros cuadruplican los consumos de las segundas (24,6% vs. 5,9%) (Tabla 2.1.4.).

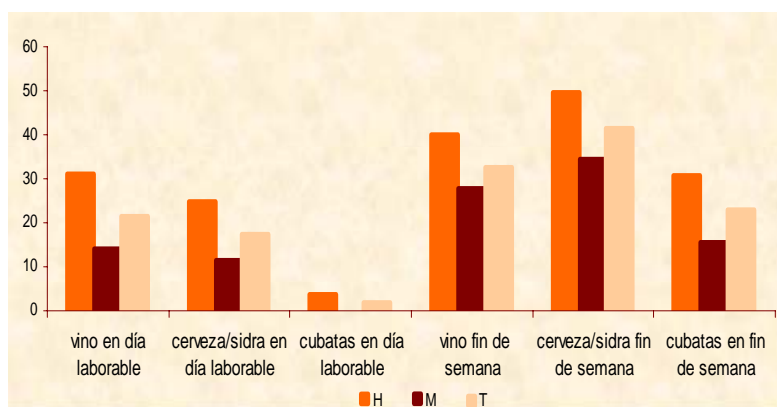
FIGURA 2.1.4. Evolución del porcentaje de consumo de alcohol en Asturias en fin de semana y día laborable. Asturias 1997-2003.

La ingesta de alcohol se manifiesta con dos patrones claramente diferenciados: consumo en día laborable y de fin de semana. En el caso de los adultos el patrón de consumo cada vez se parece más al de los jóvenes y al de los países centroeuropeos, evidenciándose una



importante concentración en los fines de semana. En dichos consumos de fin de semana se aprecian pocas diferencias en frecuencia en función del género (76,7% frente a 57,6%); sin embargo en los días laborables los consumos son mucho menores para ambos sexos, pero con mayor diferencia por sexo, 47,2% en el caso de los hombres y 21,6% en las mujeres. (Tabla 2.1.4.) (Figura 2.1.4.).

FIGURA 2.1.5. Porcentaje de consumo de diversas bebidas en Asturias. 2003.



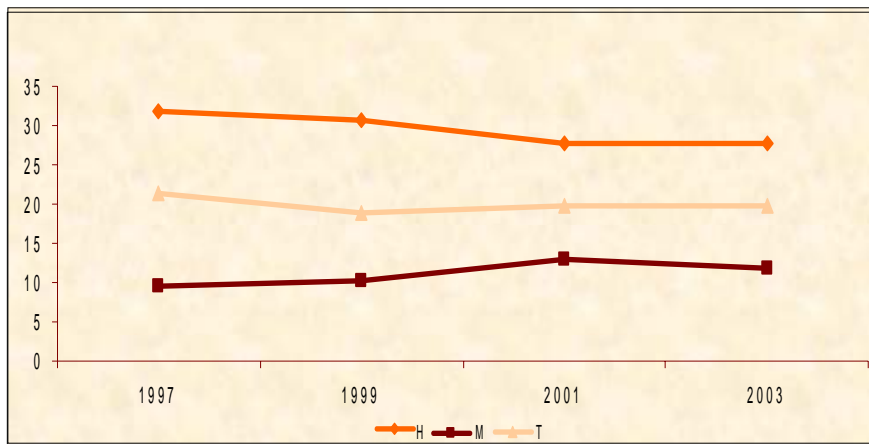
Las bebidas más consumidas por el conjunto de los asturianos en días laborables son el vino, seguido de la cerveza/sidra y, por último, los combinados o cubatas con un 21%, 17% y 2% respectivamente.

Los fines de semana estos porcentajes se incrementan notablemente y alteran su orden, situándose la cerveza/sidra en primer lugar con un 42%, seguida del vino con un 33% y de los combinados o cubatas con un 23% (Figura 2.1.5.).

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto dos cuestiones sobre las cuales merece la pena detenerse ya que son características de nuestra región. En primer lugar, lo acentuado que es el patrón de consumo de alcohol en fin de semana en Asturias, que supera claramente los porcentajes de frecuencia e intensidad de la media nacional; y en segundo lugar, el importante peso que tiene la sidra en el consumo total de alcohol en nuestra comunidad, lo que hace que se invierta el orden de preferencia de las bebidas alcohólicas por parte de los asturianos en fines de semana. Este hecho, obviamente, no se aprecia a nivel nacional, donde la sidra no tiene apenas implantación y donde el orden de preferencia de bebidas permanece inalterable en "días laborable" y "fin de semana": cerveza/sidra, vino, cubatas.

Si además de la frecuencia de uso, incluimos la intensidad de alcohol ingerido, o sea, la cantidad de alcohol puro tomado medido en UBES (Unidades de bebida Estándar) o CC (centímetros cúbicos de alcohol puro), tenemos que el 3,8% de los asturianos mantienen un consumo abusivo de alcohol a diario. Estos consumos problemáticos de alcohol están más extendidos en fines de semana (3,3%) que en días laborables (0,5%) y se muestran asimismo con mayor intensidad en el caso de los hombres que en el de las mujeres (Tabla 2.1.4.).

FIGURA 2.1. 6. Evolución de la prevalencia de borracheras en Asturias. 1997-2003.



Otro indicador que monitoriza los consumos problemáticos de alcohol es el de los episodios de borrachera o intoxicaciones etílicas. Estos incidentes no se presentan como un hecho aislado en la población

asturiana, como lo demuestra el hecho de un 27,7% de los hombres y un 11,9 % de las mujeres (de 15-64 años) declaren haberse emborrachado en el último año y cerca de un 5% de ellos con una periodicidad semanal (Figura 2.1.6.) (Tabla 2.1.4.).

El análisis de las series temporales, extraídas estas Encuestas Domiciliarias de Drogas entre los años 1997 y 2003, apunta hacia una cierta estabilización e incluso un retroceso de los consumos en general. Sí se aprecia un ligero incremento en los consumos de fin de semana y una disminución en los que se realizan en días laborables en consonancia con el patrón tan acentuado anteriormente comentado (Tabla 2.1.4.).

TABLA 2.1.4. Características de consumo de alcohol en Asturias. Según sexo. Adultos 15-64 años.1995-2003.Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas. Submuestra asturiana.

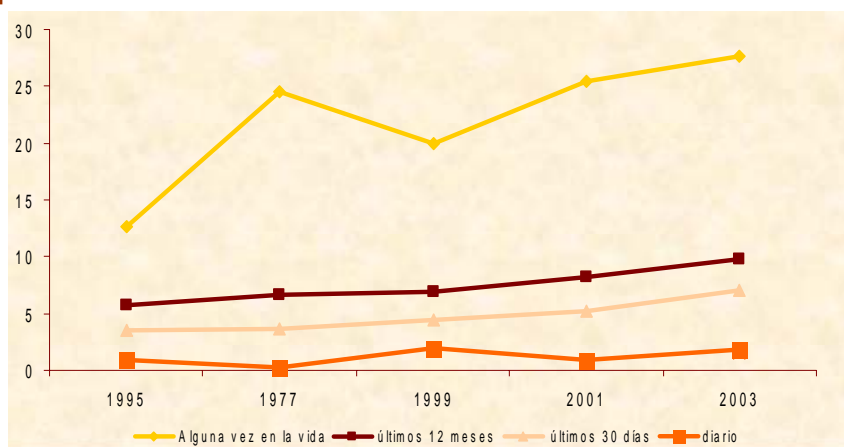
Alcohol	1995			1997			1999			2001			2003		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Número de encuestados	180	208	388	352	357	709	227	230	457	213	206	419	216	217	433
Consumo " alguna vez en la vida"	-	-	-	96,3	92,8	94,5	93,2	72	81,6	97,5	93,4	95	95,8	84,9	90,0
Consumo " últimos 12 meses"	90,9	69,9	78,5	91,4	78,9	85,4	81,1	54,5	66,1	91,6	77,7	84,5	85,9	73,1	79,5
Consumo " últimos 30 días"	76,4	45,1	58,8	82,8	55,5	70,0	69,1	39,8	53,1	80,6	60	69,3	80,8	61,9	71,3
Prevalencia consumo " diario"	26,9	8,1	15,9	20,2	7,6	13,9	16,8	3,6	9,6	21,5	5,5	12,2	24,6	5,9	13,3
Consumo de alcohol " días laborables" últimos 30 días	36,3	13,4	23,0	50,4	43,0	46,6	47,6	20,5	32,8	52	20	33,8	47,2	21,6	34,2
Consumo de alcohol " fin de semana" últimos 30 días	63,1	37,6	48,9	76,7	53,4	65,7	67,8	37,5	51,3	79,2	58,5	67,8	76,7	57,6	67,1
Consumo abusivo de alcohol " diario"													5,9	2,3	3,8
Consumo abusivo de alcohol " días laborables"													0,5	0,5	0,5
Consumo abusivo de alcohol " fin de semana"													5,4	1,8	3,3
Borracheras últimos 12 meses	25,6	10,7	17,6	31,9	9,6	21,4	30,6	10,2	18,8	27,8	13	19,8	27,7	11,9	19,7

El cannabis y sus derivados

El cannabis es sin lugar a dudas después del tabaco y el alcohol la droga cuyo uso está más extendido tanto en Asturias como en España, con unas prevalencias de consumo bastante elevadas tanto en lo que se refiere al consumo de los adultos como de los jóvenes.

Desde el año 1995 hasta el 2003, últimos datos de los que disponemos, los consumos se han incrementado en los dos sexos en todos y cada uno de los indicadores analizados.

FIGURA 2.1.7. Evolución de los consumos de cannabis en Asturias. 1995-2003.



En el caso de los consumos que se realizan con menor frecuencia (experimentales) pasaron del 12,6% en el año 1995 al 27,7% en el 2003, los esporádicos casi se duplicaron para este mismo periodo de tiempo (5,7% a 9,8%), y los

habituales (último mes) se sitúan en el 7% en el "último año", cuando en 1995 eran de un 3,5%. Además, casi 15.000 asturianos usan esta sustancia, es decir mucho más que al principio de la serie (Figura 2.1.7.) (Tabla 2.1.5.).

Por género, la mayor concentración de consumidores se aprecia en los hombres, con unas prevalencias muy superiores a las encontradas en las mujeres en todas las tipologías de consumo: 14% frente 5,6% en los consumos en el último año, 9,8% frente a 4,2% en los del último mes (Tabla 2.1.5.).

La edad también juega un papel determinante, ya que el grupo de adultos jóvenes (15 hasta los 35 años) aglutina la gran mayoría de consumidores, mientras que en la segunda etapa de la vida (35 a 64 años) el número de personas que declaran consumir cannabis es mucho menor.

TABLA 2.1.5. Características de consumo de cannabis y sus derivados en Asturias. Según sexo. Adultos 15-64 años. 1995-2003.
Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas. Submuestra asturiana.

Cannabis y sus derivados	1995			1997			1999			2001			2003		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Número de encuestados	180	208	388	352	357	709	227	230	457	213	206	419	216	217	433
Consumo " alguna vez en la vida"	16,8	9,3	12,6	32,6	14,9	24,5	27	14,8	19,9	31,4	20,1	25,4	33,0	22,5	27,7
Consumo " últimos 12 meses"	9,1	2,8	5,7	8,5	4,7	6,7	9,6	3,7	6,9	11,3	4,6	8,2	14,0	5,6	9,8
Consumo " semanal en los últimos doce meses"	4,4	0,8	2,5	2,9	1,9	2,4	5,7	1,7	3,5	4,6	0,8	2,8	7	1,9	4,4
Consumo " últimos 30 días"	6,6	0,8	3,5	3,7	3,6	3,6	6,9	2,3	4,4	7,8	2,2	5,2	9,8	4,2	7,0
Consumo " diario"	1,9	0,0	0,9	0,6	0	0,3	3,9	0,4	1,9	1,3	0,4	0,9	3,2	0,5	1,8

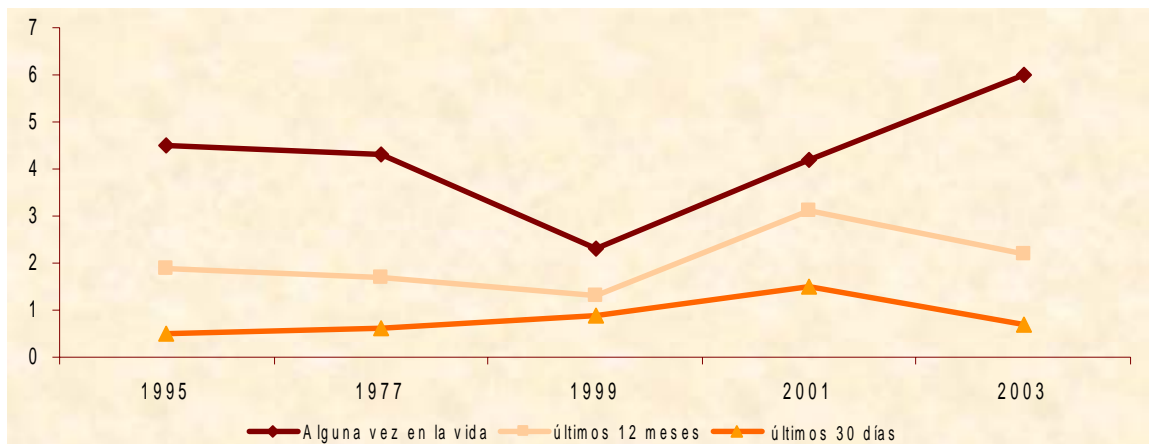
La cocaína

La cocaína es la segunda sustancia ilegal más consumida en nuestra región, con unos porcentajes de consumo importantes en las rúbricas “experimentales” y “esporádicas”.

En el año 2003 un 6% de los asturianos declararon haberla consumido “alguna vez en su vida”, con una frecuencia de uso muy superior en los varones que en las mujeres (10,2% vs. 1,9 %), el 2,2% refieren consumirla con carácter esporádico, y un porcentaje muy pequeño, que no llega al 1%, realizaría un consumo más frecuente y problemático (último mes) (Figura 2.1.8.) (Tabla 2.1.6.).

Como en el caso del cannabis, los mayores porcentajes de consumidores se localizan en el grupo de los adultos jóvenes, siendo los consumos del segundo tramo etéreo mucho menores.

FIGURA 2.1.8. Evolución del porcentaje de los consumos de cocaína en Asturias 1995-2003.



Con respecto a la evolución temporal se aprecia un incremento en los consumos desde el año 1995 hasta el 2003, que resulta más significativo desde el año 1999 en el apartado experimental. Estos aumentos son más acusados en los hombres que en las mujeres (Figura 2.1.8.) (Tabla 2.1.6.).

No obstante, en población general, el fenómeno no presenta niveles de extensión ni de intensidad tan llamativos como se observará más adelante en el caso de los jóvenes.

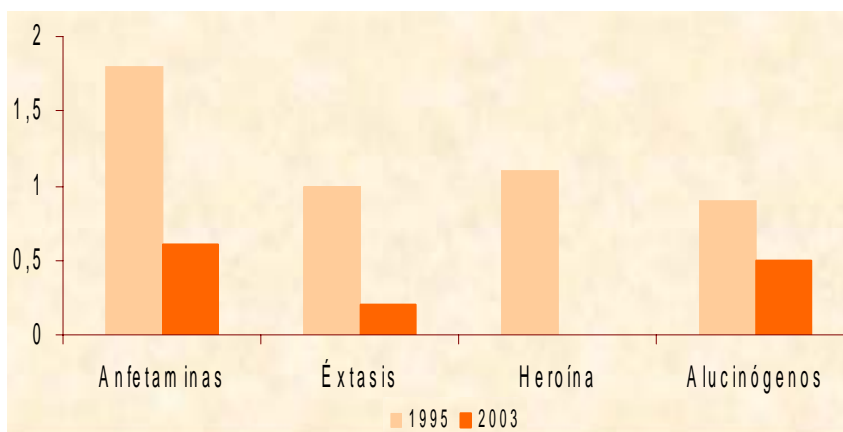
El resto de las sustancias

En la población general, el resto de las sustancias arrojan niveles de consumos mucho menores que los anteriormente mencionados, lo que hace que estadísticamente sea más difícil aproximarse a los consumos reales. Por tanto, la tabla que a continuación se presenta (Tabla 2.1.7.) debe tomarse como orientativa y nos debe sugerir más tendencias de tipo general que precisión del dato.

En la mayoría de estas drogas sólo se declaran consumos de tipo experimental y, en menor medida, esporádicos.

Las anfetaminas parece que disminuyen su nivel de implantación en Asturias desde el año 1995 hasta el 2003. En este año un 3,3 % de la población declara haberlas consumido “alguna vez en la vida” y un porcentaje que no llega al 2% en los “últimos 12 meses” (Figura 2.1.9.) (Tabla 2.1.7.).

FIGURA 2.1.9 Evolución de los consumos en los “últimos 12 meses” de diversas sustancias en Asturias. 1995-2003.



Tras una irrupción importante a principios de los noventa, las drogas de síntesis (éxtasis) parecen haber perdido presencia y su consumo entre la población general ha disminuido. En el año 2003 cerca de un 2% de los asturianos

experimentó con este tipo de sustancias, porcentaje muy parecido al que se obtuvo en el año 1995, y un 1% las consumió en el “último año”. No obstante, al tratarse de un derivado anfetamínico, con un principio activo muy parecido al de las anfetaminas, puede haber confusiones a la hora de declarar los verdaderos consumos, con lo que los datos de ambas sustancias podrían estar ligeramente solapados (Figura 2.1. 9.) (Tabla 2.1.7.).

El consumo de heroína parece haber quedado reservado a ciertos grupos sociales más o menos marginales que no suelen tener asiento en las estadísticas de estas características. De todas maneras, en los años 1995 y 1997 todavía aparecen reflejados consumos con carácter esporádico (Figura 2.1.9.) (Tabla 2.1.7.).

Los alucinógenos (LSD, ácidos) también ven disminuir sus consumos entre las fechas de inicio y finalización de esta serie. Desde 1995 a 2003 se redujeron casi a la mitad las

tasas de consumo en el “último año” (0,9% a 0,5) y también las de los consumos más habituales (Figura 2.1.9) (Tabla 2.1.7.).

En todas las sustancias anteriormente comentadas se repite el mismo patrón de consumo: se trata de consumos que casi únicamente se manifiestan en los apartados experimentales y esporádicos y que casi siempre son superiores en los hombres que en las mujeres en las tres tipologías (Tabla 2.1.7.).

TABLA 2.1.7. Características generales del consumo de sustancias psicoactivas en Asturias. Según sexo. Adultos 15-64 años. 1995-2003.
Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas. Submuestra asturiana.

Resto de sustancias	1995			1997			1999			2001			2003		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Número de encuestados	180	208	388	352	357	709	227	230	457	213	206	419	216	217	433
Anfetaminas															
Consumo " alguna vez en la vida "	4,6	2,9	3,6	3,4	2,6	3	3,9	0,9	2,2	3,5	1,8	2,7	5,1	1,4	3,3
Consumo " últimos 12 meses "	1,8	1,8	1,8	1	0,6	0,8	1,7	0,6	1,1	2,9	0,6	1,8	1,5	0	0,6
Consumo " últimos 30 días "	0,6	1,2	0,9	0,2	0,2	0,2	0,7	0,3	0,5	1,2	0,6	0,9	1,0	0,0	0,5
Éxtasis															
Consumo " alguna vez en la vida "	3,2	0,6	1,8	3,2	1,5	2,4	2,6	1,8	2,2	4,9	2,1	3,6	3,3	0,5	1,8
Consumo " últimos 12 meses "	1,5	0,6	1	0,7	0,6	0,7	1,7	0,9	1,2	3,3	1,8	2,4	0,5	0	0,2
Consumo " últimos 30 días "	0,6	0,3	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4	0,2	0,3	1,9	0,6	1,3	0	0	0
Heroína															
Consumo " alguna vez en la vida "	3,2	0,6	1,8	1,8	0,7	1,3	0,4	0,7	0,6	0,6	0,3	0,5	2,3	0	1,2
Consumo " últimos 12 meses "	1,6	0,6	1,1	0,9	0	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Consumo " últimos 30 días "	1,4	0,6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alucinógenos															
Consumo " alguna vez en la vida "	4,2	1,5	2,7	3,4	1,8	2,6	4	0,6	2,1	3,3	1,4	2,4	4,1	1,9	3,5
Consumo " últimos 12 meses "	1,8	0,3	0,9	0,8	0,4	0,6	0,8	0,6	0,7	1,2	0,6	0,9	1	0	0,5
Consumo " últimos 30 días "	0,7	0	0,3	0,2	0	0,1	0	0,3	0,2	0,9	0,6	0,7	0	0	0

2.2. Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes

Un primer análisis de la tabla 2.2.1. pone de manifiesto que los porcentajes de consumos de drogas por parte de los jóvenes estudiantes de enseñanzas secundarias son mayores que los que se encontraron en los adultos. Esta diferencia es menor en el caso de las drogas legales y más acusada en las consideradas ilegales.

Como ocurría en los adultos, el alcohol es también la sustancia más consumida por este colectivo en tres de las cuatro tipologías de consumo consideradas. Tres cuartas partes de los estudiantes de secundaria (77,5%) declararon haber consumido alcohol el "último mes" y casi el 90% de ellos manifestó haber realizado un consumo menos habitual ("alguna vez" y "últimos 12 meses") (Tabla 2.2.1.).

En frecuencia de consumo, tras el alcohol aparecen el tabaco y el cannabis. En relación con el tabaco, casi uno de cada tres jóvenes de 14 a 18 años declara haber fumado en el "último mes" y uno de cada cinco utilizar el cannabis con bastante frecuencia. Ambas sustancias superan en frecuencia de consumo diario al alcohol, del cual los jóvenes parece que hacen un uso más contenido en lo que se refiere al consumo diario (3,4%) (Tabla 2.2.1.).

La cocaína sigue a las anteriores en frecuencia de utilización, mostrando unas prevalencias estimadas del 7% para los consumos de los "últimos 12 meses" y de cerca del 4% en sus usos más frecuentes (Tabla 2.2.1.).

La proporción de jóvenes que manifiestan consumir alguna de las otras drogas: éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, heroína, sustancias volátiles, etc., es mucho menor, no obstante en fases de experimentación y en los consumos esporádicos en ocasiones se aprecian porcentajes importantes (Tabla 2.2.1.).

TABLA 2.2.1. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de Asturias. (14-18 años). 1994-2004.

Consumo "alguna vez en la vida"	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Tabaco	-	-	-	-	-	-
Alcohol	84,5	85,5	86,9	79,3	79,6	89,5
Cannabis	24,0	25,6	26,8	34,5	34,1	41,3
Éxtasis	4,0	4,9	3,2	4,5	6,6	5,2
Alucinógenos	5,2	8,3	7,3	6,8	4,9	8,0
Anfetaminas/speed	5,8	4,7	5,8	4,8	6,5	6,8
Cocaína	2,7	3,1	4,2	4,0	7,3	9,0
Heroína	0,6	0,9	0,6	0,3	0,3	0,4
Sustancias volátiles	4,7	4,4	2,6	3,7	1,5	5,8
Consumo "últimos 12 meses"						
Tabaco	-	-	-	-	-	-
Alcohol	82,8	84,4	85,7	78,9	79,3	87,1
Cannabis	21,6	25,2	23,6	28,2	31,7	35,3
Éxtasis	3,0	5,1	2,2	2,6	4,1	3,0
Alucinógenos	4,5	7,7	6,5	2,8	2,7	4,1
Anfetaminas/speed	3,9	4,1	5,0	2,9	5,6	4,3
Cocaína	2,3	3,0	2,7	2,0	6,4	7,1
Heroína	0,4	0,8	0,2	0,2	0,1	0,4
Sustancias volátiles	2,8	2,2	1,2	2,3	1,2	2,6
Consumo "últimos 30 días"						
Tabaco	40,3	35,6	26,2	36,1	30,4	31,7
Alcohol	79,1	70,7	74,7	61,5	67,1	77,5
Cannabis	15,1	17,9	16,2	19,0	21,9	20,2
Éxtasis	1,9	2,1	0,6	0,8	2,0	1,3
Alucinógenos	3,2	3,4	2,9	1,7	1,2	2,6
Anfetaminas/speed	2,7	2,6	2,1	1,4	2,5	2,1
Cocaína	1,5	1,1	1,4	0,6	2,2	3,8
Heroína	0,1	0,7	0,1	0,1	0,1	0,3
Sustancias volátiles	1,4	1,3	0,6	1,2	0,9	1,7
Consumo "diario en los últimos 30 días"						
Tabaco	24,5	25,8	18,8	26,6	23,7	23,1
Alcohol	2,3	3,2	2,4	2,3	0,8	3,4
Cannabis	0,9	1,2	2,9	2,1	4,7	4,3

En lo que hace a la distribución del consumo de drogas por género, en el año 2004 se aprecian siempre proporciones de consumidores mayores en los chicos que en las chicas, exceptuando los casos del tabaco y alcohol, en donde la frecuencia de utilización es ligeramente mayor en las segundas. Las menores diferencias intersexuales se dan en el cannabis y la cocaína, y las mayores en las drogas de síntesis, anfetaminas y los alucinógenos (Tabla 2.2.2.).

TABLA 2.2.2. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de Asturias, por sexo. (14-18 años). 1994-2004.

"Alguna vez en la vida"	1994		1996		1998		2000		2002		2004	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcohol	84,8	84,1	85,4	85,5	87,1	86,1	78,1	80,2	80,2	79,0	85,3	93,1
Cannabis	29,2	19,6	28,3	30,0	28,1	26,0	42,0	31,3	37,7	30,7	45,4	37,5
Éxtasis	6,6	1,3	6,8	3,2	3,2	4,1	8,5	2,8	7,3	6,0	6,6	3,9
Alucinógenos	9,0	1,4	9,7	7,2	8,2	5,6	8,7	6,0	5,1	4,7	11,2	5,2
Anfet/speed	8,1	3,4	5,7	3,6	6,1	5,6	7,1	3,5	8,7	4,2	8,0	5,8
Cocaína	3,5	1,8	3,9	2,4	4,7	4,2	4,3	3,8	10,7	4,2	8,3	9,6
Heroína	0,9	0,4	1,5	0,4	1,0	0,3	0,5	0,2	0,3	0,3	0,9	0,0
Sust volátiles	6,9	2,5	6,1	2,8	2,9	2,1	4,4	3,3	2,0	0,9	7,5	4,3
"Últimos 12 meses"												
Tabaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcohol	82,3	83,2	84,8	83,6	86,3	84,5	76,9	80,2	80,0	79,0	81,9	91,4
Cannabis	27,8	17,2	25,9	24,9	24,8	22,7	34,0	25,7	34,5	29,2	38,2	32,4
Éxtasis	4,7	1,1	3,8	2,7	1,7	3,8	4,1	2,0	5,5	2,7	4,1	1,9
Alucinógenos	4,5	0,9	9,4	6,2	7,5	5,1	4,6	1,9	4,7	0,9	5,3	2,9
Anfet/speed	6,5	1,2	5,1	3,2	5,8	3,5	3,2	2,5	8,4	2,9	5,1	3,6
Cocaína	3,0	1,5	3,7	2,4	3,8	0,8	1,7	2,1	9,7	3,3	7,3	6,9
Heroína	0,7	0,1	1,4	0,4	0,4	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	0,9	0,0
Sust volátiles	4,0	1,5	2,4	2,0	1,3	1,0	2,5	2,1	1,5	0,6	3,9	1,5
"Últimos 30 días"												
Tabaco	32,7	47,2	26,7	43,9	20,6	33,7	27,0	42,3	26,7	34,0	25,2	37,5
Alcohol	79,3	78,6	71,9	69,3	75,0	74,1	61,3	62,8	66,9	67,1	73,7	80,5
Cannabis	18,5	12,3	20,3	15,9	18,3	13,7	23,8	16,6	25,0	19,0	23,7	16,9
Éxtasis	3,2	0,5	3,1	1,3	0,9	0,0	0,7	0,8	3,4	0,6	1,3	1,4
Alucinógenos	6,1	0,4	4,9	2,1	4,5	1,0	2,9	1,0	1,9	0,4	3,7	1,5
Anfet/speed	4,6	0,7	3,6	1,6	3,3	0,5	1,9	0,9	4,5	0,6	2,6	1,6
Cocaína	1,9	1,2	1,7	0,5	2,3	0,3	0,9	0,5	3,8	0,5	4,0	3,7
Heroína	0,2	0,0	1,1	0,4	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,6	0,0

La toma de contacto o inicio al consumo de drogas legales suele ser bastante precoz (Tabla 2.2.3.). En torno a los 13 años se toma contacto con el tabaco y el alcohol y un año después los consumos parecen estar bastante instaurados. Alrededor de los 15 años se inicia la experimentación con el cannabis y a partir de aquí van apareciendo el resto de las sustancias. Dentro de las sustancias de comercio ilegal la heroína parece ser de las que se consumen más prematuramente, seguida de los inhalantes o sustancias volátiles, cuya utilización es también bastante temprana, por estar encuadradas dentro del

mercado legal , si bien, posteriormente, van a presentar prevalencias de consumo muy bajas (Tabla 2.2.3.).

La evolución de las edades medias de inicio o toma de contacto con las diversas sustancias, a lo largo del decenio 1994-2004, abona la tesis de que existe una iniciación bastante temprana al consumo, con muy pequeñas variaciones de meses entre unos años y otros que no resultan significativas desde un punto de vista estadístico (Tabla 2.2.3.).

TABLA 2.2.3. Evolución de edad media de toma de contacto con las diversas sustancias psicoactivas en jóvenes de Asturias. (14-18 años). 1994-2004.

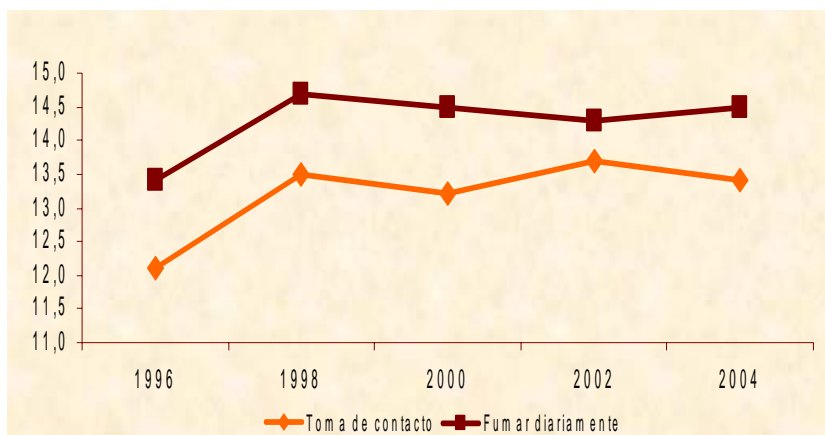
	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Tabaco	-	12,1	13,5	13,2	13,7	13,4
Alcohol	14,8	13,6	13,9	13,6	13,6	13,7
Cannabis	15,2	15,2	15,1	15,0	14,8	14,8
Éxtasis	15,6	15,8	15,5	15,5	15,4	15,5
Alucinógenos	15,7	15,6	15,4	15,1	15,8	15,7
Anfetaminas/speed	15,6	15,6	15,9	15,0	15,9	15,7
Cocaína	15,9	14,3	15,6	15,3	15,9	15,8
Heroína	14,8	14,7	15,0	15,0	14,0	12,7
Sustancias volátiles	13,6	13,7	13,4	13,5	15,8	13,8

Jóvenes y tabaco

El tabaquismo supone el mayor riesgo para la salud de los jóvenes. Tal es su magnitud que se puede decir que supera ampliamente al conjunto de todos los riesgos que habitualmente se consideran en los estudios epidemiológicos: alcohol, drogas ilegales, enfermedades de transmisión sexual y accidentes de tráfico.

En el año 2004 casi uno de cada tres jóvenes (31%) manifiesta ser fumador, y un 23% afirma consumir tabaco diariamente. La prevalencia de fumadores aumenta progresivamente con la edad, de manera que a los 24 años un 35% ya reconoce fumar (Tabla 2.2.4.).

FIGURA 2.2.1 Evolución de las edades medias de toma de contacto e inicio al consumo de tabaco en jóvenes de Asturias.1996-2004.



Es la sustancia con la que primero se toma contacto, de forma que a los 13 años de edad se hace uso por primera vez de la ella y un año más tarde (14 años) los consumos parecen estar bastante establecidos. La evolución de las edades de inicio y de consolidación del

hábito son bastante estables desde 1998, moviéndose en la horquilla de los 13 años para los consumos experimentales y los 14 para los establecidos (Figura 2.2.1.) (Tabla 2.2.4.).

En esta etapa de la vida es notorio que las chicas fuman en mayor proporción que los chicos, 37 % en ellas por 25% en ellos. Esta circunstancia se puso de manifiesto ya en el año 1992 y desde entonces este patrón se ha mantenido inalterable hasta hoy. Aunque es cierto que esta diferencia negativa a favor de las mujeres se mantiene hasta los 40 años, momento en que la situación revierte y los hombres pasan a fumar en mayor porcentaje que las mujeres (Tabla 2.2.4.).

Los consumos medios de cigarrillos son de alrededor de 7 cigarrillos/día, y sólo un 2% del total de la población de este sector juvenil se declara gran fumador, o sea, fuma 20 o más cigarrillos al día (Tabla 2.2.4.).

Merece la pena reseñarse que aproximadamente uno de cada diez jóvenes que fueron fumadores abandonó el hábito, y que la gran mayoría de los jóvenes que fuma está poco conforme con esta adicción y ya se ha planteado dejarlo (85%), si bien, no es menos cierto, que sólo lo ha intentado la mitad (41%) (Tabla 2.2.4.).

La evolución secular dibuja un panorama en el que los porcentajes de fumadores diarios parecen sufrir un retroceso en los últimos diez años; de todas maneras, esta regresión a tasas más aceptables no ha sido todo lo rápida e intensa que debería, si la comparamos con lo que sucedido en otros países de Europa.

FIGURA 2.2.2. Evolución del consumo de tabaco en jóvenes en Asturias. 1994-2004.

Esta disminución se pone de manifiesto sobre todo en el caso de los chicos donde se observa un descenso de los porcentajes que pasan del 20,4% al 17,1% entre 1994 y 2004, mientras que en las chicas se aprecia una tendencia más estable en las tasas situándose en torno al 28% al inicio y final de este mismo periodo de tiempo estudiado (Figura 2.2.2.) (Tabla 2.2.4.).

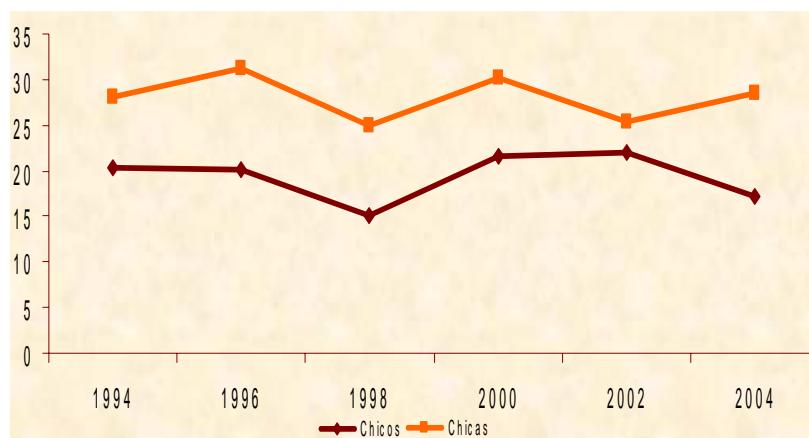


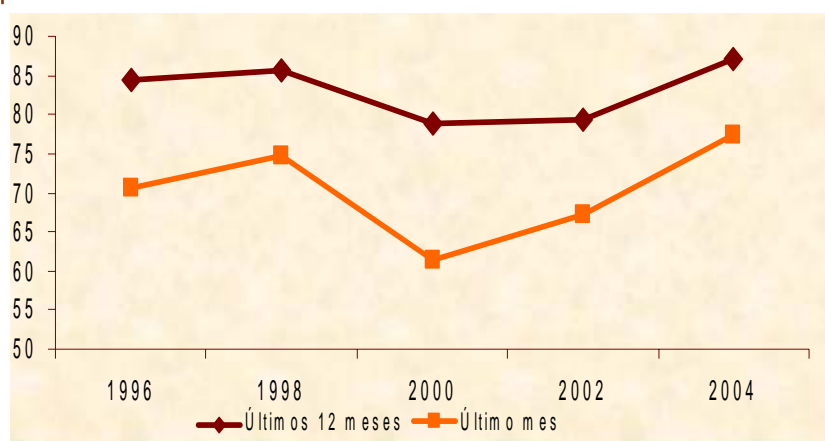
TABLA 2.2.4. Evolución de las prevalencias de consumo tabaco en jóvenes de Asturias, por sexo. (14-18 años). 1994-2004. Fuente: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana.

Tabaco	1994		1996		1998		2000		2002		2004							
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M						
Número de encuestados	476	517	993	422	459	881	376	387	763	290	371	661	366	378	744	271	313	584
Fumador actual	25,7	35,7	30,9	24,7	39,7	32,4	18,8	31,1	24,2	26,4	41,5	35,6	25,8	31,0	28,4	24,1	35,4	30,1
Últimos 30 días	32,7	47,2	40,3	26,7	43,9	35,6	20,6	33,7	26,2	27,0	42,3	36,1	26,7	34,0	30,4	25,2	37,5	31,7
Fumador diario (últimos 30 días)	20,4	28,1	24,5	20,1	31,2	25,8	15,0	25,0	18,8	21,6	30,2	26,6	22,1	25,3	23,7	17,1	28,4	23,1
Grandes fumadores	2,4	4,9	3,8	2,6	2,5	2,5	0,8	0,3	0,5	2,7	0,6	1,2	2,1	3,2	2,7	1,2	3,1	2,2
Exfumadores	3,7	3,9	3,8	4,1	6,4	5,3	6,3	6,3	6,2	5,2	4,5	4,7	3,0	8,9	6,1	6,8	5	5,9
Media edad primer cigarrillo	-	-	-	11,3	12,5	12,1	13,3	13,7	13,5	12,7	13,4	13,2	12,9	13,2	13,7	13,5	13,3	13,4
Media edad fumar diariamente	13,2	14,3	13,9	13,2	13,5	13,4	14,5	14,9	14,7	14,3	14,6	14,5	14,3	14,2	14,3	14,6	14,4	14,5
Intento dejar de fumar	11,8	12,3	12,1	6,8	17,4	12,2	5,7	7,9	6,6	8,2	16,1	13,1	6,8	13,3	10,1	6,6	12,9	8,8

El alcohol y los jóvenes

Si bien el volumen total de alcohol ingerido viene disminuyendo en los últimos años, tanto en adultos como en jóvenes, el alcohol sigue siendo la sustancia que con mayor frecuencia e intensidad consumen los jóvenes asturianos de 14 a 18 años.

FIGURA 2.2.3. Evolución del consumo de alcohol en jóvenes de Asturias. 1996-2004.



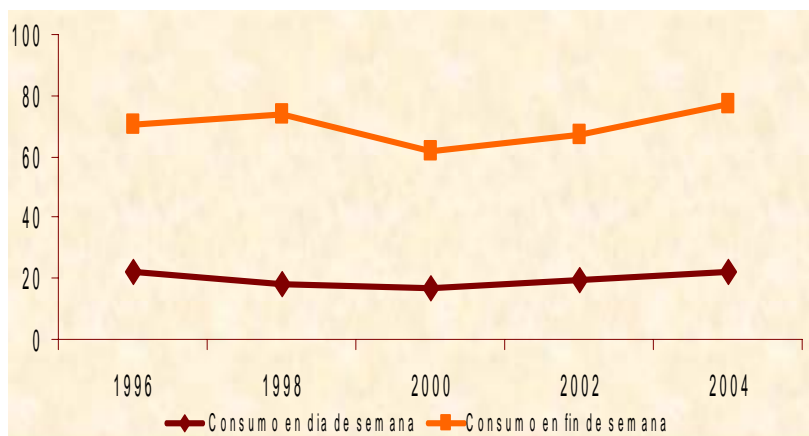
En el año 2004 un 87% manifiestan haberlo consumido en el "último año" y más de tres cuartas partes (77%) declararon haberlo tomado en el "último mes". El porcentaje de jóvenes que consume alcohol "a diario" es más reducido en

comparación con los consumos "esporádicos" y "en el último mes" comentados anteriormente (3%).

Por género, destaca el aumento en el consumo de las chicas, que lentamente se acercan a los varones asemejándose o superado los porcentajes masculinos en muchos de los indicadores de referencia, excepto en el consumo diario, en donde los chicos muestran una mayor frecuencia de uso (5,5% vs. 1,5%).

FIGURA 2.2.4. Evolución del consumo de alcohol en fin de semana y días laborables en jóvenes en Asturias. 1996-2004.

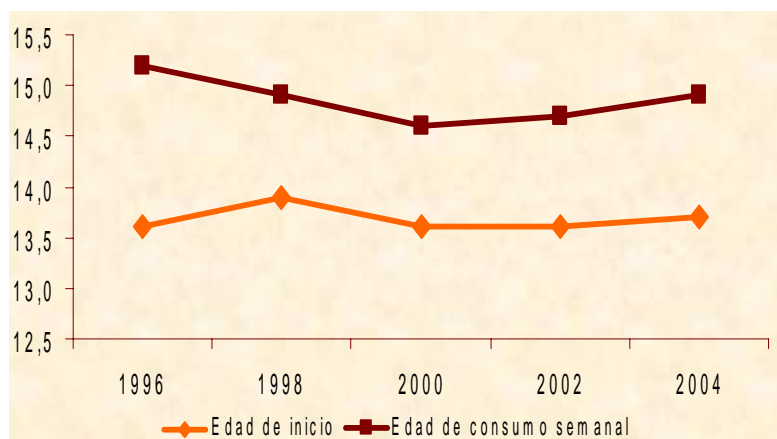
El patrón de consumo de alcohol en los estudiantes de secundaria es todavía más reconocible que en el caso de los adultos. La gran mayoría de ellos encuentra un lugar común de consumo en los fines de semana (77,5%), mientras que un porcentaje mucho menor (22%) consume en días de semana. Con este hecho se vuelve a poner de



manifiesto la fuerte relación que existe entre el consumo de alcohol y la utilización del

ocio y tiempo libre, donde para muchos jóvenes salir de casa o salir a divertirse, equivale a ir de bares o de copas, utilizándose en este caso el alcohol como instrumento o vehículo de relación interpersonal (Figura 2.2.4.).

FIGURA 2.2.5. Evolución de la edad media de toma de contacto o inicio al consumo de alcohol en jóvenes en Asturias. 1996-2004

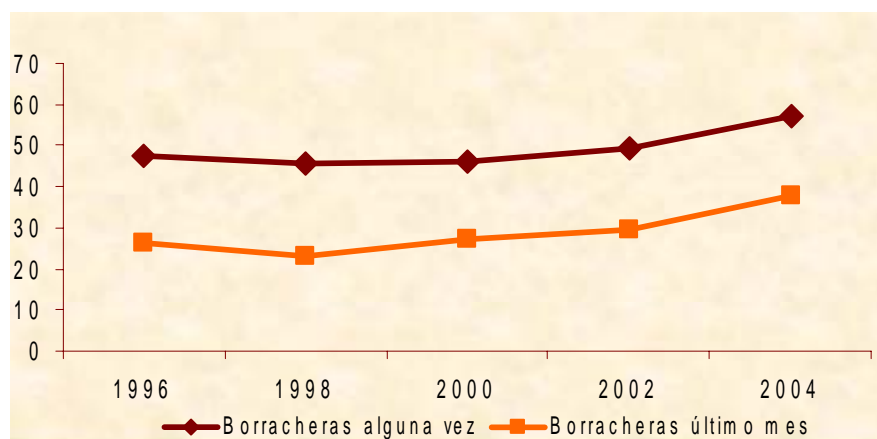


Unos meses después de probar el tabaco los jóvenes declaran consumir por primera vez alcohol (13,7 años), y como ocurría también en el caso anterior, un año más tarde, en la frontera de los 15, estos consumos comienzan a ser más habituales (la media de edad en

la que se comienza a consumir alcohol con una frecuencia semanal es 14,9 años) (Figura 2.2.5.).

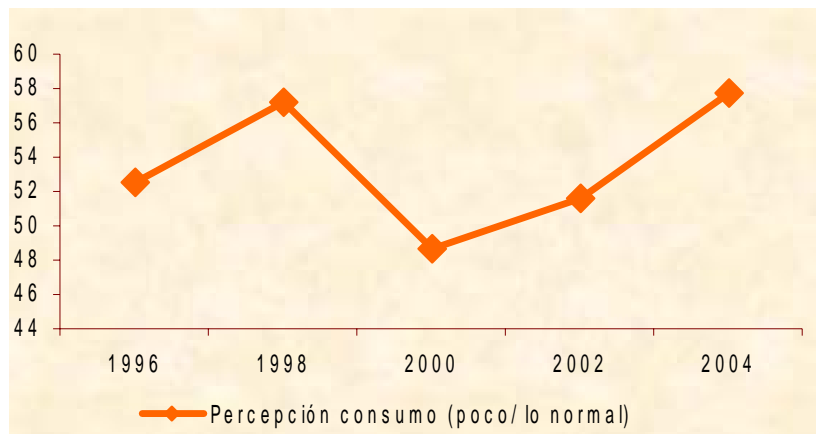
FIGURA 2.2.6. Evolución de la prevalencia de borracheras en jóvenes en Asturias. 1996-2004.

Si bien muchos estudios constatan el incremento del número de jóvenes abstemios, tanto en España como en Asturias, debemos decir, por el contrario, que uno de cada



dos estudiantes de secundaria declara haber sufrido algún episodio de intoxicación etílica o borrachera "alguna vez en su vida", y más de uno de cada tres refieren haberlo pasado en el "último mes": En la figura 2.2.6. se pone de manifiesto que estos consumos problemáticos de alcohol no son un hecho aislado y presentan, además, una evolución negativa a lo largo de los últimos años.

FIGURA 2.2.7. Evolución de la percepción del consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes de Asturias. 1996-2004.



La gran tolerancia que exhiben los jóvenes en relación con el alcohol está en consonancia con la escasa percepción de consumo que tienen en su conjunto. Casi seis de cada diez opina que beben una cantidad que se encuadra dentro de los márgenes que se

pueden considerar como “poco o lo normal” (Figura 2.2.7.).

Respecto a la tendencia evolutiva, cabe observar que la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes en nuestra Comunidad Autónoma muestra una ligera tendencia al alza en la mayor parte de los indicadores más representativos (Tabla 2.2.5.).

Estas tasas de consumo de alcohol encontradas no implica que las prevalencias vayan aumentando según vamos discurriendo por la trayectoria vital de las diferentes personas, sino más bien se trata de unos consumos coyunturales que se desarrollan con este nivel de frecuencia e intensidad hasta pasados los veinte años, sencillamente como un elemento consustancial con la edad y la forma de divertirse de los jóvenes.

TABLA 2.2.5. Evolución de las prevalencias de consumo alcohol en jóvenes de Asturias, por sexo. (14-18 años). 1994-2004. Fuente: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana.

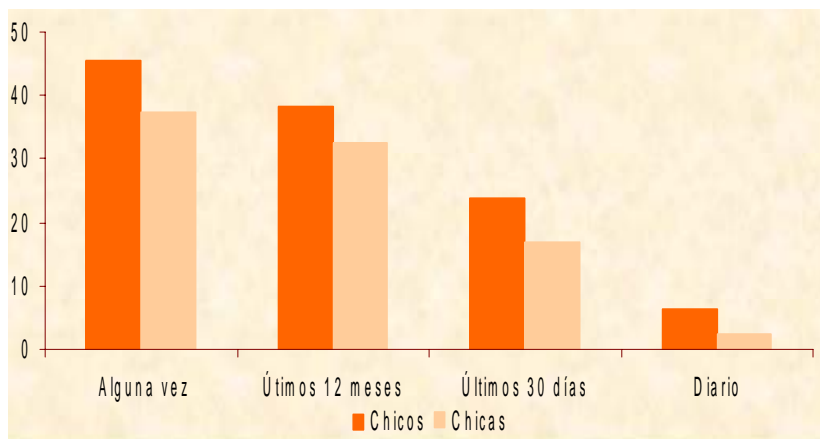
Alcohol	1994			1996			1998			2000			2002			2004		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Número de encuestados	476	517	993	422	459	881	376	387	763	290	371	661	366	378	744	271	313	584
Consumo alguna vez	84,8	84,1	84,5	85,4	85,5	85,5	87,1	86,1	86,9	78,1	80,2	79,3	80,2	79,0	79,6	85,3	93,1	89,5
Consumo últimos 12 meses	82,3	83,2	82,8	84,8	83,6	84,4	86,3	84,5	85,7	76,9	80,2	78,9	80,0	79,0	79,3	81,9	91,4	87,1
Consumo últimos 30 días	79,3	78,6	79,1	71,9	69,3	70,7	75,0	74,1	74,7	61,3	62,8	61,5	66,9	67,1	67,1	73,7	80,5	77,5
Consumo en día de semana	-	-	-	27,3	18,4	22,4	24,1	11,0	18,4	21,6	14,1	16,5	25,5	13,3	19,5	25,2	19,1	22,3
Consumo en fin de semana	49,2	48,3	49,1	71,9	69,3	70,7	73,9	74,8	74,0	61,7	62,6	61,5	66,4	66,9	66,9	73,7	80,5	77,5
Consumo de alcohol diario	4,3	0,4	2,3	4,0	2,6	3,2	3,9	0,5	2,4	3,6	1,7	2,3	1,0	0,6	0,8	5,5	1,5	3,4
Media edad primer consumo	14,9	14,6	14,8	13,3	13,8	13,6	13,6	14,2	13,9	13,3	13,8	13,6	13,4	13,8	13,6	13,5	13,9	13,7
Media edad beber semanalmente				15,3	15,2	15,2	14,8	14,9	14,9	14,5	14,7	14,6	14,6	14,8	14,7	15,0	14,8	14,9
Borracheras alguna vez	50,8	48,1	49,6	45,3	49,4	47,4	43,3	46,9	45,4	46,5	47,0	45,9	49,6	48,8	49,3	52,8	60,8	57,3
Borracheras último mes	15,2	12,8	14,0	26,8	25,7	26,1	24,3	19,5	23,0	28,3	27,2	27,0	30,9	28,4	29,7	36,9	38,3	37,8
Percepción consumo de alcohol (poco/ lo normal)	56,7	62,2	59,5	52,6	52,2	52,5	54,5	58,7	57,2	50,5	49,0	48,6	51,6	51,8	51,6	48,9	65,5	57,8

El cannabis y los jóvenes

A nadie se le escapa el hecho de que el cannabis y sus derivados son las drogas de comercio ilegal más consumidas por los jóvenes de Asturias. En nuestra sociedad está instalada la idea de que estas sustancias son poco perjudiciales para la salud y su consumo se ha normalizado. Esta disminución paulatina del riesgo percibido, el aumento de la accesibilidad, la mayor circulación en los mercados clandestinos, la banalización y la tolerancia social, son algunos de los factores que explican que los consumos sean cada vez mayores.

En el año 2004, el 41% de los jóvenes habían consumido “alguna vez en la vida” cannabis, un 35% en el “último año” y un 20% refieren haberlo tomado en el “último mes”. Se trata de la única droga ilícita en la que se monitorizan consumos diarios, de manera que más de un 4%, aproximadamente 2000 jóvenes, declaran consumirla todos los días, con un porcentaje más alto de chicos que lo hacen (6,3%) que de chicas (2,4%) Figura (2.2.8.) (Tabla 2.2.6.).

FIGURA 2.2.8 Prevalencia de consumo de cannabis en jóvenes de Asturias 2004.



En lo que se refiere al consumo desde la perspectiva de género, la prevalencia es mayor en los varones que en las mujeres. El 45,4%, 38,2% y 23,7% respectivamente de los chicos declaran haber realizado consumos

experimentales, esporádicos o habituales, mientras que el 37,5%, 32,4%, 16,9% de las chicas refieren haber realizado esos mismos consumos (Figura 2.2.8.) (Tabla 2.2.6.).

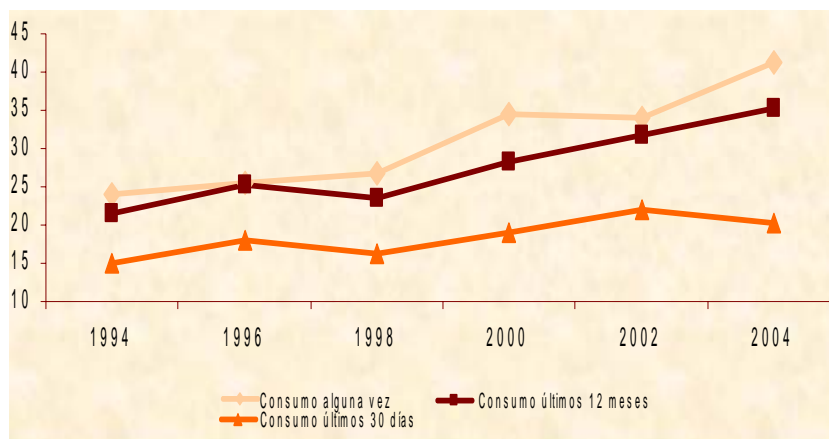
La edad no parece ser un condicionante para comenzar a hacer uso del cannabis o sus derivados, ya que, como se comentó anteriormente, después del tabaco y el alcohol es la sustancia con la que primero toman contacto los jóvenes asturianos. A los 14,7 años, en el caso de los chicos, y a los 14,9 en el de las chicas, se inician los primeros consumos que luego van a ir incrementándose de manera notable con la edad (Tabla 2.2.6.).

La media de porros declarados que se fuman, los días que existió consumo, fue algo superior a dos por persona, con un porcentaje también ligeramente mayor en los chicos que en las chicas.

España figura en los primeros lugares en Europa en niveles de consumo de cannabis, y los porcentajes de Asturias no difieren mucho de los encontrados a nivel nacional.

FIGURA 2.2.9. Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en jóvenes de Asturias. 1994-2004.

La tendencia evolutiva a lo largo de estos años muestra un marcado crecimiento en todos los tipos de consumos estudiados, tanto para varones como para mujeres. En el año 1994 el consumo en los primeros fue en el "último año" del



27,8%, y en el 2004 pasó a ser del 38,2%. En el caso de las mujeres, para ese mismo indicador, se incrementó del 17,2% en 1994 al 32,4% en el 2004. En lo que hace a los consumos más regulares el crecimiento porcentual también es notorio. Al inicio de esta serie las tasas en chicos en las tipologías de consumo de "último mes" y "a diario" eran del 18,5% y 1,8%, y en el 2004 pasaron a ser del 23,7% y 6,3% respectivamente y en las chicas, 12,3% y 0% en 1994 y 16,9% y 2,4% en el 2004 (Figura 2.2.9.) (Tabla 2.2.6.).

TABLA 2.2.6. Evolución de las prevalencias de consumo cannabis en jóvenes de Asturias, por sexo. (14-18 años). 1994-2004. Fuente: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana.

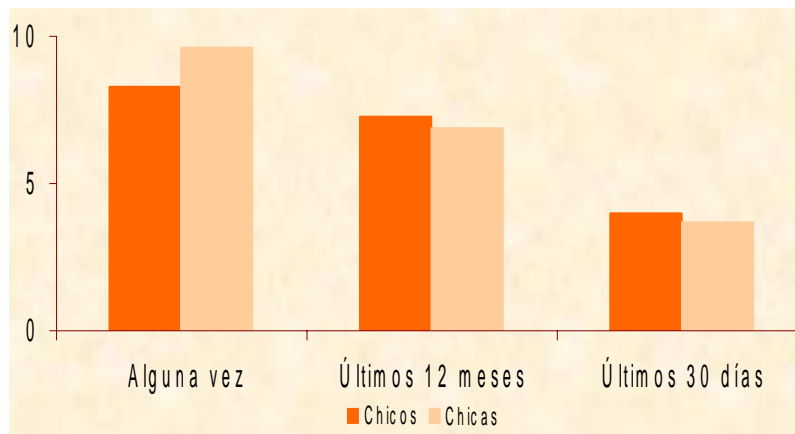
Cannabis	1994		1996		1998		2000		2002		2004							
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M						
Número de encuestados	476	517	993	422	459	881	376	387	763	290	371	661	366	378	744	271	313	584
Consumo alguna vez	29,2	19,6	24,0	28,3	30,0	25,6	28,1	26,0	26,8	42,0	31,3	34,5	37,7	30,7	34,1	45,4	37,5	41,3
Consumo últimos 12 meses	27,8	17,2	21,6	25,9	24,9	25,2	24,8	22,7	23,6	34,0	25,7	28,2	34,5	29,2	31,7	38,2	32,4	35,3
Consumo últimos 30 días	18,5	12,3	15,1	20,3	15,9	17,9	18,3	13,7	16,2	23,8	16,6	19,0	25,0	19,0	21,9	23,7	16,9	20,2
Consumo diario (20 días o más)	1,8	0,0	0,9	1,7	0,8	1,2	3,8	1,8	2,9	2,7	1,6	2,1	9,2	0,5	4,7	6,3	2,4	4,3
Media edad primer consumo	14,9	15,5	15,2	15,2	15,2	15,2	15,1	15,2	15,1	14,8	15,1	15,0	14,6	15,0	14,8	14,7	14,9	14,8

Cocaína y jóvenes

Dentro del apartado de las drogas ilegales la cocaína ocupa el segundo lugar en frecuencia de consumo por parte de los estudiantes de secundaria. Si bien su uso está mucho menos extendido que el del cannabis, no es menos cierto que un porcentaje muy importante de jóvenes declara consumirla con carácter experimental y esporádico.

En el año 2004 casi uno de cada diez jóvenes (9%) la había consumido “alguna vez en la vida”, un 7,1% en los “últimos 12 meses” y un porcentaje del 3,8% en los “últimos 30 días”.

FIGURA 2.2.10. Prevalencia de consumo de cocaína en jóvenes de Asturias 2004.



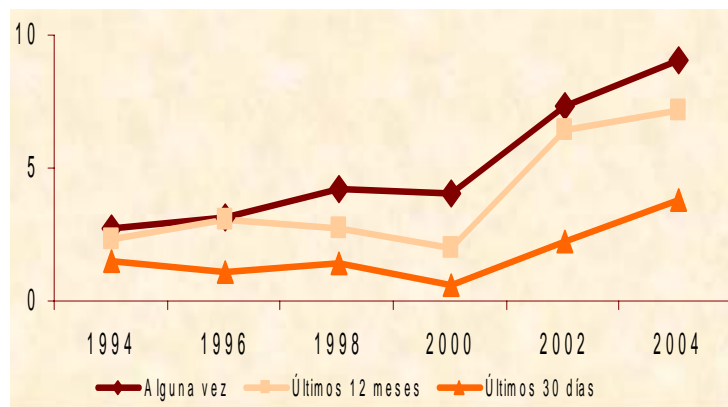
Existen muy pocas diferencias en cuanto al consumo de esta sustancia en función del sexo; 8,3% para los chicos y 9,6% para las chicas en el caso de los consumos experimentales, 7,3% y 6,9% en los esporádicos y 4% y 3,7% en lo que se refiere a los más

habituales (Figura 2.2.10.) (Tabla 2.2.7.).

La media de edad de toma de contacto con la cocaína se acerca a los 16 años, aunque las chicas lo hacen un poco más tarde que los chicos. En los últimos años no se aprecian excesivas variaciones en cuanto a la evolución temporal de la edad de toma de contacto, ya que en el año 1994 era a los 15,9 años y en el 2004 se adelantó un mes.

FIGURA 2.2.11. Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en jóvenes de Asturias 1994-2004.

Si comparamos la evolución de los datos de consumo en los últimos diez años se percibe un claro incremento en la proporción de consumidores en los tres tipos establecidos. En el año 1994 un porcentaje del 2,7%, 2,3% y 1,5% de los jóvenes



asturianos declaraban haber consumido cocaína con la periodicidad "alguna vez", en el "último año" y en el "último mes" respectivamente, mientras que diez años más tarde estos porcentajes se triplicaron hasta alcanzar actualmente las cifras anteriormente comentadas (Figura 2.2.11.) (Tabla 2.2.7.).

Si bien prevalencias de consumo de cocaína son mucho menores que las encontradas en el caso del cannabis, y por supuesto que las del tabaco y alcohol, debemos reflexionar sobre el importante incremento porcentual que han experimentado los consumos de esta sustancia que proporcionalmente han sido muy superiores a los observados en las otras drogas en estos últimos años.

TABLA 2.2.7. Evolución de las prevalencias de consumo cocaína en jóvenes de Asturias, por sexo. (14-18 años). 1994-2004. Fuente: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana.

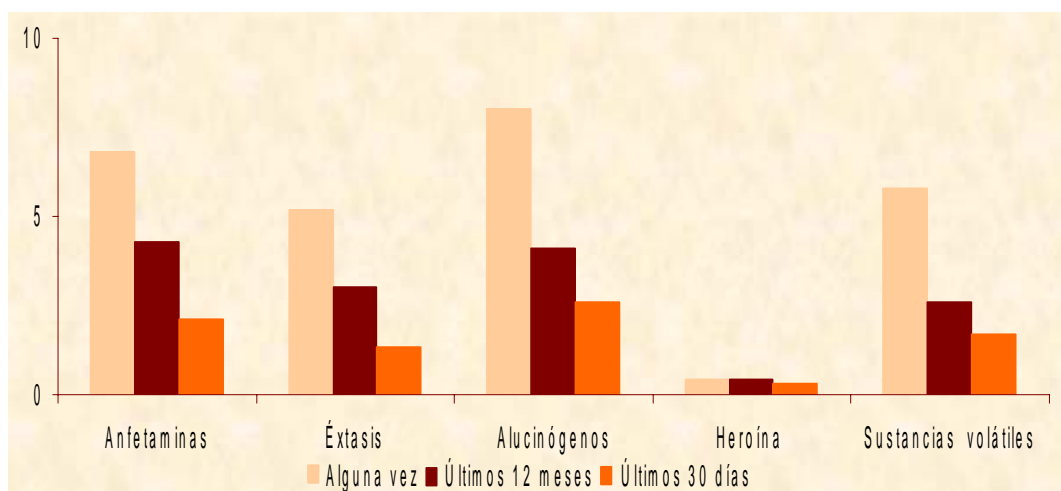
Cocaína	1994			1996			1998			2000			2002			2004		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Número de encuestados	476	517	993	422	459	881	376	387	763	290	371	661	366	378	744	271	313	584
Consumo alguna vez	3,5	1,8	2,7	3,9	2,4	3,1	4,7	4,2	4,2	4,3	3,8	4,0	10,7	4,2	7,3	8,3	9,6	9,0
Consumo últimos 12 meses	3,0	1,5	2,3	3,7	2,4	3,0	3,8	0,8	2,7	1,7	2,1	2,0	9,7	3,3	6,4	7,3	6,9	7,1
Consumo últimos 30 días	1,9	1,2	1,5	1,7	0,5	1,1	2,3	0,3	1,4	0,9	0,5	0,6	3,8	0,5	2,2	4,0	3,7	3,8
Consumo diario (20 días o más)	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Media edad primer consumo	16,0	15,8	15,9	14,8	13,5	14,3	15,4	16,3	15,6	14,6	15,8	15,3	15,8	16,1	15,9	15,4	16,0	15,8

Resto de las sustancias

El resto de las drogas de comercio ilícito presentan prevalencias de consumo mucho menores que no llegan al 10% en ninguno de los tipos de consumo, si bien los porcentajes son superiores que los encontrados en población general (Figura 2.2.12.) (Tabla 2.2.8.).

En la mayoría de estos productos sólo se declaran consumos de tipo experimental y, en menor medida, esporádicos, teniendo los más habituales muy poca presencia y siendo inexistentes los que se realizan a diario.

FIGURA 2.2.12. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de Asturias 2004.



Anfetaminas

En el año 2004, las anfetaminas son consumidas “alguna vez en la vida” por casi el 7% de los jóvenes asturianos, declarando un 4,3% haberlas consumido en el “último año” y el 2% en los “últimos 30 días” (Figura 2.2.12.) (Tabla 2.2.8.).

La edad media de toma de contacto se acerca a los 16 años y se muestra bastante estable desde el año 1994 hasta el 2004 (Tabla 2.2.8.).

La prevalencia de consumos en los chicos es siempre superior a los encontrados en las chicas en los tres tipos de consumos estudiados y a lo largo de toda la serie analizada (Tabla 2.2.8.).

Respecto a la evolución desde 1994 hasta 2004, se aprecian muchas variaciones de unos años a otros (dientes de sierra) que no permiten vislumbrar tendencias claras, no obstante, como se observa en la figura 2.2.13. los consumos no parece que se hayan incrementado actualmente en exceso respecto al año 1994.

Éxtasis

Los consumos de éxtasis son, como en el caso anterior, fundamentalmente de tipo "experimental" y "esporádico". Se encuentran prevalencias del 5% en el primer caso y del 3% en el segundo; en el "último mes" sólo declara haber consumido drogas de síntesis el 1% de la población estudiantes de enseñanzas secundarias (Figura 2.2.12.) (Tabla 2.2.8.).

La edad media de los que prueban por primera vez esta sustancia es de 15,5 años, y ha permanecido prácticamente inalterable en los últimos diez años (Tabla 2.2.8.).

Los chicos por término medio manifiestan consumir en mayor proporción esta droga que las chicas, si bien en algunas tipologías y en algunos años ellas superan en proporción los consumos de ellos.

La curva evolutiva muestra una clara tendencia a la estabilidad, no pudiéndose tampoco inferir que en estos momentos se consuma más éxtasis que hace diez años. (Figura 2.2.13.) (Tabla 2.2.8.).

Alucinógenos

Los alucinógenos (ácidos, LSD, etc.) son consumidos en el año 2004 "alguna vez" por el 8% de los jóvenes, la mitad realiza consumos esporádicos (4,1%) y un 2,6% practica un uso más frecuente (último mes) (Figura 2.2.12.) (Tabla 2.2.8.).

En las tres situaciones existen unas importantes diferencias en función del género, con consumos siempre mayores de los chicos que de las chicas: 11,2% frente a 5,2% en los experimentales, 5,3% frente a 2,9% en los esporádicos y 3,7% frente a 1,5% en los más habituales (Tabla 2.2.8.).

La edad de primer consumo o toma de contacto es en la frontera de los 16 años y se mantuvo muy uniforme desde 1994 hasta el 2004 (Tabla 2.2.8.).

La tendencia evolutiva a lo largo de estos diez años perfila un cierto incremento en los consumos experimentales y una disminución en los "esporádicos" y "habituales" (Figura 2.2.13.) (Tabla 2.2.8.).

Heroína

En el grupo de estudiantes de enseñanzas secundarias se declaran unos consumos muy pequeños de heroína; ya que las personas que pueden ser consumidoras de esta sustancia suelen estar alejadas de los circuitos donde se realizan las encuestas (centros educativos). No obstante, en el año 2004 el 0,4%, 0,4% y el 0,3% afirman haberla

consumido “alguna vez”, “último año” y en el “último mes” respectivamente (Figura 2.2.12.) (Tabla 2.2.8.).

Históricamente los jóvenes suelen ser muy precoces en la toma de contacto con la heroína que es la sustancia ilícita con la que primero se empieza a experimentar. (Tabla 2.2.8.).

Al tratarse de prevalencias muy pequeñas no se pueden establecer tendencias de evolución precisas, de todas maneras todo parece a indicar que la heroína mantiene una clara tendencia a la baja a lo largo de esta década (Figura 2.2.13.) (Tabla 2.2.8.).

Sustancias volátiles

Las sustancias volátiles (pegamentos, colas, etcétera) siguen el mismo patrón de consumo que hemos visto hasta ahora en la mayoría de las drogas ilegales. Consumo fundamentalmente experimental y algo esporádico, con mayor incidencia en el mismo por parte de los varones.

En lo que respecta a la edad de experimentación hay que decir que también es bastante prematura. (Tabla 2.2.8.).

Estas sustancias se consumen en muy poca proporción y la tendencia tan quebrada de la curva secular no permite aventurar conclusiones fidedignas respecto a su evolución. (Tabla 2.2.8.).

FIGURA 2.2.13. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de Asturias 1994-2004.

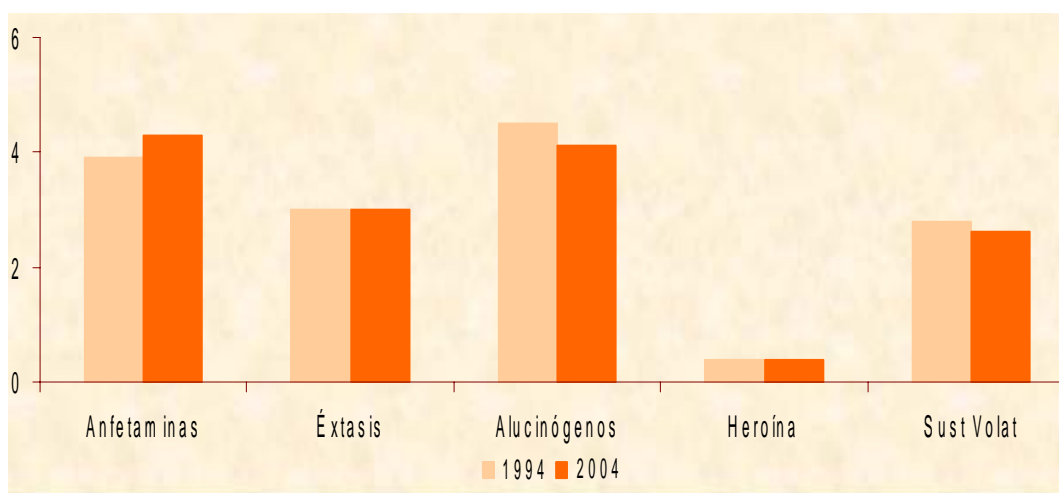


TABLA 2.2.8. Evolución de las prevalencias de consumo de diversas sustancias en jóvenes de Asturias, por sexo. (14-18 años). 1994-2004. Fuente: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004							
	H	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T				
Anfetaminas																		
Número de encuestados	476	517	993	422	459	881	376	387	763	290	371	661	366	744	271	313	584	
Consumo alguna vez	8,1	3,4	5,8	5,7	3,6	4,7	6,1	5,6	5,8	7,1	3,5	4,8	8,7	4,2	6,5	8,0	5,8	6,8
Consumo últimos 12 meses	6,5	1,2	3,9	5,1	3,2	4,1	5,8	3,5	5,0	3,2	2,5	2,9	8,4	2,9	5,6	5,1	3,6	4,3
Consumo últimos 30 días	4,6	0,7	2,7	3,6	1,6	2,6	3,3	0,5	2,1	1,9	0,9	1,4	4,5	0,6	2,5	2,6	1,6	2,1
Media edad primer consumo	15,6	15,5	15,6	15,4	15,8	15,6	15,6	16,3	15,9	14,4	15,6	15,0	16,0	15,8	15,9	15,3	16,0	15,7
Éxtasis																		
Consumo alguna vez	6,6	1,3	4,0	6,8	3,2	4,9	3,2	4,1	3,2	8,5	2,8	4,5	7,3	6,0	6,6	6,6	3,9	5,2
Consumo últimos 12 meses	4,7	1,1	3,0	3,8	2,7	5,1	1,7	3,8	2,2	4,1	2,0	2,6	5,5	2,7	4,1	4,1	1,9	3,0
Consumo últimos 30 días	3,2	0,5	1,9	3,1	1,3	2,1	0,9	0,0	0,6	0,7	0,8	0,8	3,4	0,6	2,0	1,3	1,4	1,3
Media edad primer consumo	15,5	15,8	15,6	15,9	15,7	15,8	15,1	16,0	15,5	15,6	15,5	15,5	15,2	15,6	15,4	15,5	15,5	15,5
Alucinógenos																		
Consumo alguna vez	9,0	1,4	5,2	9,7	7,2	8,3	8,2	5,6	7,3	8,7	6,0	6,8	5,1	4,7	4,9	11,2	5,2	8,0
Consumo últimos 12 meses	4,5	0,9	4,5	9,4	6,2	7,7	7,5	5,1	6,5	4,6	1,9	2,8	4,7	0,9	2,7	5,3	2,9	4,1
Consumo últimos 30 días	6,1	0,4	3,2	4,9	2,1	3,4	4,5	1,0	2,9	2,9	1,0	1,7	1,9	0,4	1,2	3,7	1,5	2,6
Media edad primer consumo	15,6	16,2	15,7	15,4	15,8	15,6	15,2	15,8	15,4	14,6	15,4	15,1	15,7	14,5	15,8	15,6	15,9	15,7
Heroína																		
Consumo alguna vez	0,9	0,4	0,6	1,5	0,4	0,9	1,0	0,3	0,6	0,5	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,9	0,0	0,4
Consumo últimos 12 meses	0,7	0,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	0,0	0,2	0,5	0,0	0,2	0,3	0,0	0,1	0,9	0,0	0,4
Consumo últimos 30 días	0,2	0,0	0,1	1,1	0,4	0,7	0,2	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,6	0,0	0,3
Media edad primer consumo	15,3	14,0	14,8	13,5	14,0	14,7	14,3	17,0	15,0	15,5	14,0	15,0	15,0	13,0	14,0	12,7	0,0	12,7
Sustancias Volátiles																		
Consumo alguna vez	6,9	2,5	4,7	6,1	2,8	4,4	2,9	2,1	2,6	4,4	3,3	3,7	2,0	0,9	1,5	7,5	4,3	5,8
Consumo últimos 12 meses	4,0	1,5	2,8	2,4	2,0	2,2	1,3	1,0	1,2	2,5	2,1	2,3	1,5	0,6	1,2	3,9	1,5	2,6
Consumo últimos 30 días	2,2	0,7	1,4	1,1	1,5	1,3	0,5	0,6	0,6	0,9	1,4	1,2	1,3	0,5	0,9	2,8	0,6	1,7
Media edad primer consumo	14,0	12,8	13,6	13,9	14,4	13,7	14,8	12,1	13,4	14,1	13,0	13,5	15,5	14,5	15,8	13,6	14,2	13,8

Percepción de riesgo, accesibilidad y opinión de los jóvenes al respecto de las drogas

La percepción de riesgo, la peligrosidad, la accesibilidad, las actitudes, las razones para el consumo, etcétera, son aspectos fundamentales que deben tenerse en cuenta a la hora de determinar la forma de aproximarse los jóvenes a las drogas, ya que parece que existe una importante correlación entre lo que es el consumo de sustancias psicoactivas y los factores anteriormente mencionados.

Percepción de riesgo y peligrosidad

Es un hecho probado que hay una relación inversa entre percepción de riesgo y consumo de drogas, de forma que una mayor percepción de riesgo respecto de las diversas drogas comporta menores consumos y viceversa.

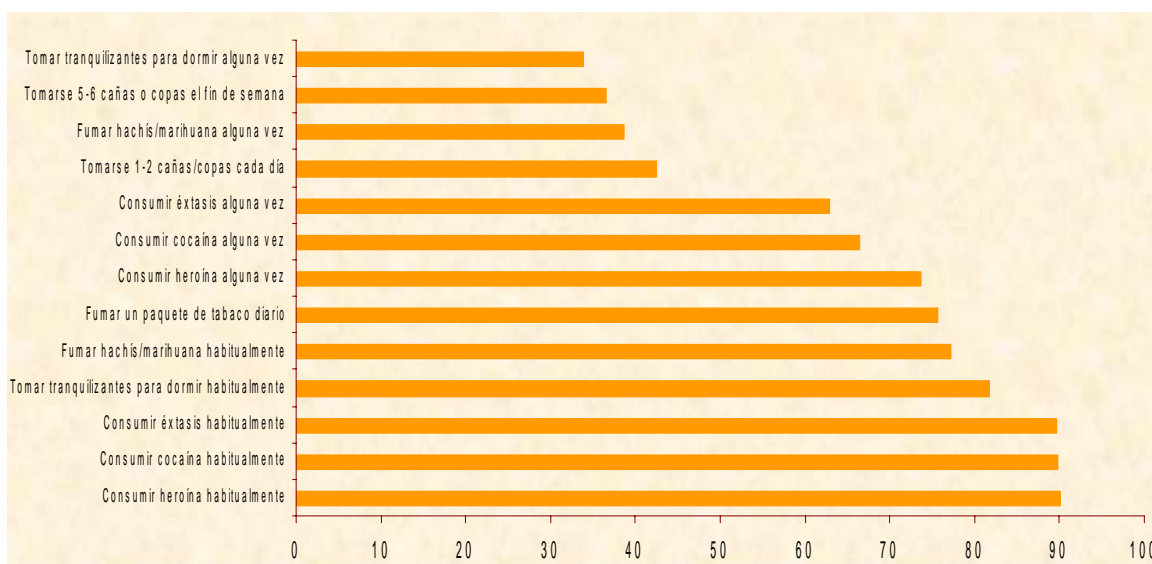
En este sentido los jóvenes articulan su opinión respecto de la peligrosidad y el riesgo percibido en torno a dos ejes de pensamiento muy definidos: el estatus de legalidad o no de la droga en cuestión, y la frecuencia de uso que se hace de las mismas. De esta manera muestran mucha mayor preocupación cuando los consumos son de drogas que tienen la consideración de ilegales que cuando son legales, y perciben que el riesgo de consumir una sustancia es mucho mayor cuando se realizan consumos habituales que cuando son esporádicos o experimentales.

A tenor de lo expuesto, este colectivo evidencia altas dosis de tolerancia en el caso de consumos esporádicos (una vez al mes o menos) de alcohol, cannabis y tranquilizantes y se muestra menos permisivo cuando estas sustancias se consumen de manera habitual (una vez por semana o más frecuentemente) (Figura 2.2.14.).

El cannabis, que en el imaginario social se sitúa a mitad de camino entre lo que puede considerarse una droga legal o ilegal, es percibido por los jóvenes como una sustancia poco peligrosa cuyo consumo no entraña excesivo riesgo (Figura 2.2.14.).

Respecto al resto de las drogas: cocaína, alucinógenos, drogas de síntesis, heroína, anfetaminas, etcétera., la percepción de riesgo es obviamente mucho mayor, incrementándose aun más los porcentajes de jóvenes que piensan que esos consumos pueden ocasionar “bastantes o muchos problemas” cuando se les pregunta por consumos que se producen de manera habitual (Figura 2.2.14.).

FIGURA 2.2.14. Proporción de jóvenes que piensan que esa conducta puede ocasionar bastantes o muchos problemas. Asturias 2004.



El comportamiento evolutivo de este indicador muestra en líneas generales un retroceso en el riesgo percibido respecto a la mayoría de las sustancias, que podría en parte explicar el ulterior incremento en las prevalencias de consumo de algunas sustancias que se ha producido en los últimos años (Tabla 2.2.9.).

FIGURA 2.2.15. Prevalencia de consumo de cannabis “últimos 12 meses” y riesgo percibido en jóvenes. Asturias.1994-2004

Resulta revelador observar la correspondencia que existe entre percepción de riesgo y la evolución en la prevalencia de consumo de algunas drogas. En los casos del alcohol y el cannabis, por ejemplo, se puede apreciar un aumento de la prevalencia al disminuir la percepción de riesgo (Figura 2.2.15.) y (Figura 2.2.16.).

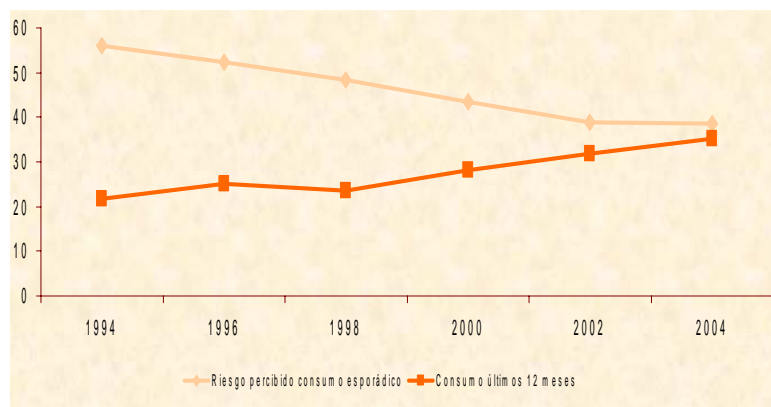


FIGURA 2.2.16. Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en fin de semana y riesgo percibido en jóvenes. Asturias. 1994-2004

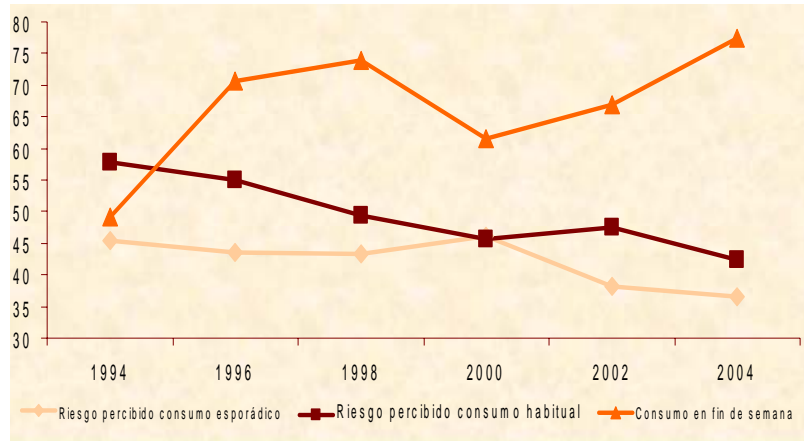


TABLA 2.2.9. Evolución del riesgo percibido asociado al consumo de diversas sustancias en jóvenes de Asturias, por sexo. (14-18 años). 1994-2004. Fuente: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana.

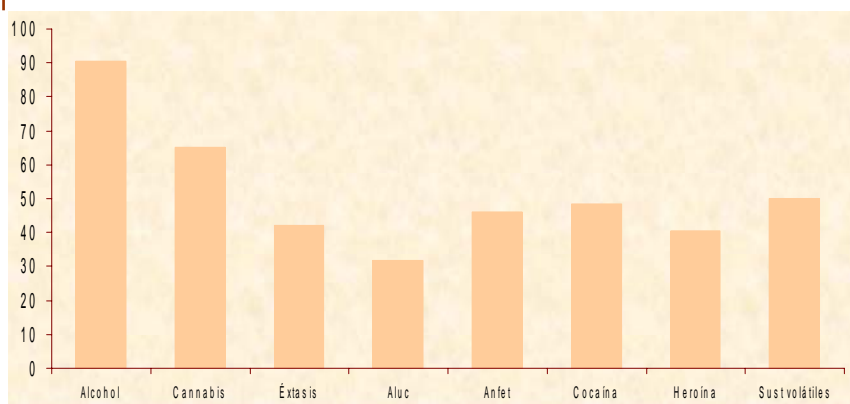
Riesgo Percibido	1994		1996		1998		2000		2002		2004							
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M						
Fumar un paquete de tabaco diario	72,7	81,6	77,1	68,1	72,2	69,9	73,0	79,9	76,5	70,7	75,6	73,4	72,0	74,4	73,1	73,5	77,5	75,6
Tomarse 5-6 cañas o copas el fin de semana	38,4	52,1	45,5	39,1	48,7	43,6	40,2	48,0	43,4	41,9	48,1	46,2	34,8	41,5	38,2	30,1	42,4	36,5
Tomarse 1-2 cañas/copas cada día	48,8	65,5	57,9	51,5	57,9	54,9	43,7	52,1	49,4	41,0	49,4	45,6	42,1	52,6	47,5	35,3	48,5	42,5
Fumar hachís/marihuana alguna vez	51,0	59,7	56,1	50,1	53,3	52,3	47,2	50,0	48,3	39,5	45,3	43,6	37,8	39,9	38,9	36,7	40,1	38,6
Fumar hachís/marihuana habitualmente	79,0	90,3	85,2	75,4	82,0	78,8	73,3	83,9	78,0	75,6	77,6	76,3	70,7	72,7	71,6	75,0	79,1	77,2
Tomar tranquilizantes para dormir alguna vez	45,0	43,3	44,3	37,8	42,0	40,0	44,0	41,1	41,5	40,0	34,9	37,0	40,1	34,1	37,0	36,2	31,3	33,8
Tomar tranquilizantes para dormir habitualmente	77,2	88,0	82,9	75,2	81,4	78,4	73,5	81,3	76,9	74,8	79,0	76,7	79,2	79,0	79,1	80,1	83,1	81,7
Consumir éxtasis alguna vez	53,0	62,0	58,3	58,2	63,5	61,0	65,5	66,1	65,1	55,4	63,8	61,2	57,6	64,9	61,4	65,3	60,7	62,9
Consumir éxtasis habitualmente	85,2	89,0	87,4	84,1	90,1	87,2	81,2	90,6	85,4	83,4	86,2	84,5	82,4	93,7	88,2	88,7	90,3	89,7
Consumir cocaína alguna vez	70,5	77,3	74,4	71,5	72,8	72,1	72,6	70,9	71,7	66,2	68,6	67,9	64,0	71,1	67,6	67,6	65,3	66,5
Consumir cocaína habitualmente	91,4	95,5	93,7	86,9	90,7	88,8	84,6	89,2	86,5	83,2	88,7	86,2	84,1	93,1	88,7	88,7	90,6	89,8
Consumir heroína alguna vez	77,0	81,2	79,6	76,1	77,1	76,5	74,3	77,1	74,9	69,6	70,0	70,0	70,5	74,5	72,5	75,9	71,5	73,7
Consumir heroína habitualmente	90,3	96,1	93,5	87,5	89,9	88,6	83,8	91,4	86,8	82,9	90	87	83,5	92,8	88,9	89,6	90,3	90,1

Disponibilidad percibida de drogas

Es importante tener en cuenta el indicador de disponibilidad percibida de drogas ya que la facilidad para conseguir drogas por parte de los jóvenes puede influir en el consumo de las mismas.

En la misma línea argumental anteriormente comentada para la percepción de riesgo, los jóvenes asturianos piensan que son mucho más fáciles de obtener las drogas legales: tabaco, alcohol, psicofármacos, sustancias volátiles, que las ilegales: cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis, alucinógenos.

FIGURA 2.2.17. Disponibilidad percibida respecto de las drogas en jóvenes. Asturias 2004.



En el año 2004 nueve de cada diez jóvenes opinan que es "fácil o muy fácil" conseguir alcohol y más de seis de cada diez de los jóvenes encuestados responden en el mismo sentido en relación con el

cannabis. (Figura 2.2.17).

El resto de las sustancias a los estudiantes que cursan enseñanzas secundarias les parece que son más difíciles de conseguir en nuestro entorno, en la tabla anterior de disponibilidad percibida estas sustancias se sitúan siempre por debajo del 50%.

FIGURA 2.2.18. Evolución de la disponibilidad percibida respecto de las drogas en jóvenes. Asturias 1994-2004.

Hay que reseñar la evolución negativa que ha sufrido este indicador en los últimos años, como puede observarse en la comparativa 1994-2004 de la figura 2.2.18., en la que se aprecia que la gran mayoría de las sustancias son en estos momentos más accesibles para los jóvenes.

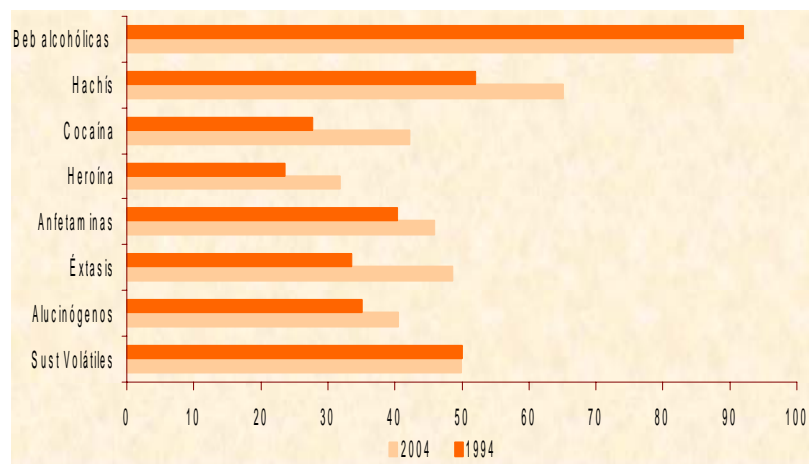


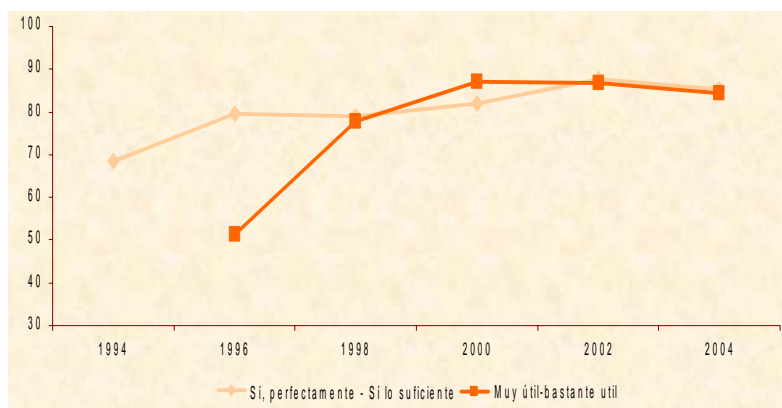
TABLA 2.2.10. Evolución de la disponibilidad (fácil o muy fácil) a las diversas sustancias en jóvenes de Asturias, por sexo. (14-18 años). 1994-2004. Fuente: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana.

Disponibilidad de drogas	1994		1996		1998		2000		2002		2004				
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M			
Bebidas alcohólicas	91,3	92,5	82,0	86,3	84,1	77,2	81,1	79,0	77,1	84,2	84,0	84,7	84,3	90,5	90,5
Tranquilizantes	71,6	76,7	53,8	58,5	56,2	45,3	60,9	52,3	56,7	58,0	58,3	66,3	62,2	60,8	62,6
Hachís	57,2	47,2	49,2	45,4	47,3	49,8	41,9	46,6	51,3	49,3	62,3	54,0	58,5	70,0	65,2
Cocaína	28,5	26,6	27,7	23,5	24,6	29,2	21,1	26,7	35,4	31,6	43,7	33,9	38,6	42,8	42,2
Heroína	25,3	21,8	23,6	21,9	21,8	22,0	19,8	21,3	27,3	25,4	32,7	24,5	28,5	33,7	31,9
Anfetaminas	42,1	38,0	40,4	39,4	36,3	33,7	28,6	31,9	39,1	37,0	49,8	41,8	45,6	47,2	45,9
Éxtasis	35,2	31,5	33,6	35,8	37,5	30,9	25,6	29,9	41,4	38,8	54,3	44,1	48,9	50,1	48,6
Alucinógenos	40,2	29,1	35,1	37,4	35,3	32,9	25,7	30,5	33,1	35,2	46,0	38,1	41,9	44,7	40,6
Sustancias Volátiles	53,7	45,9	50,1	53,4	46,5	42,7	39,6	42,1	45,6	44,4	50,6	46,9	48,7	57,2	49,9

Información recibida sobre las drogas

La gran mayoría de los jóvenes de 14 a 18 años manifiestan estar **perfectamente informados** en el tema de las drogas y sus diversas vertientes de consumo, repercusión, problemas, formas de consumo, etcétera. En el año 2004 el 85% de los encuestados declara estar perfecta o suficientemente informado en esta materia, dándose la circunstancia de que, además, un porcentaje también muy elevado (84%) considera que esta información recibida le ha parecido “muy o bastante útil”.

FIGURA 2.2. 19. Evolución de la información recibida y valoración de la misma en jóvenes. Asturias.1994-2004.



La tendencia de este indicador a lo largo de la década en estudio pone de relieve la intensa actividad informativa y educativa que se viene realizando en estos años, que hace que se mantenga en cotas muy elevadas la consideración de estar perfectamente

informado y de que esta información recibida ha sido “muy útil”. (Figura 2.2.19.).

Al preguntarles por qué vía han recibido la información, la gran mayoría contesta que fue a través de medios de comunicación en un 63% de los casos, por la familia en un 52%, en los centros docentes un 40%, y por los amigos en un 35% de las ocasiones. El resto como “otros consumidores”, “organismos oficiales” es contestado por una proporción menor de jóvenes.

3.- Programas de Prevención

3.1. Planes municipales de drogas

Hacia el final de los años setenta, en nuestro país, los principales problemas derivados del consumo de drogas se relacionaban con el alcohol. Veinte años más tarde, la diversidad de drogas y la diversidad de problemas asociados a su consumo han ido adquiriendo tal dimensión que se ha llegado a considerar una de las problemáticas sociales más importantes.

En estos momentos se puede decir que existe un estancamiento en el consumo de drogas derivadas de opiáceos, incrementándose el consumo de cocaína y cannabis; simultáneamente, se está dando un fuerte ascenso del consumo de alcohol en la población adolescente y juvenil (Domingo Comas, "Características generales del consumo de drogas en España". 2004.).

Por otra parte, resulta obvio recordar que el fenómeno de las drogodependencias constituye un problema de gran amplitud y complejidad que se produce como resultado de múltiples factores coincidentes: sociales, psicológicos, individuales, culturales, familiares, educativos...

Desde esta perspectiva, los problemas presentados por el abuso de drogas sobrepasan las posibilidades de actuación de cualquier Institución o Administración, planteándose la necesidad de respuestas desde áreas o ámbitos de actuación diversos: Educación, Salud, Juventud, Servicios Sociales, Empleo, Tiempo libre, pero también de los diferentes niveles de la Administración: Central, Autonómica y Local; por añadidura, la iniciativa social puede desempeñar un papel complementario importante.

Es preciso, pues, articular una coordinación y colaboración entre las Instituciones Públicas teniendo en cuenta a las Organizaciones no Gubernamentales con la finalidad de alcanzar una respuesta posible, deseada por la población y adecuada a la situación en cada momento.

La intervención en el ámbito de la prevención o de la inserción de las drogodependencias, precisa de un contexto que la haga operativa, donde se sitúen y se favorezcan las respuestas a los problemas que se generan; ese contexto es la Comunidad Local (barrio, distrito, pueblo, municipio). Distintas concepciones sobre la intervención comunitaria coinciden en apoyar la prioridad de la comunidad local como el punto de referencia en las soluciones a los problemas que se producen en la misma y que afectan directamente a sus miembros.

Toda acción preventiva tiene que encontrar su manera específica y particular de ser una contribución más para responder a las necesidades sociales, de ser considerada como una inversión productiva para el cambio en la sociedad "1

¹ Marchioni, M. "Planificación y organización de la comunidad", pag. 40. Edit. Popular, S.A.

El punto de partida de toda intervención social es situar a la comunidad como recurso: la comunidad organizada es el primer y principal de los recursos; una comunidad mayormente consciente de sus necesidades y de sus deberes cuando se compromete en una acción de mejoramiento y de cambio, reivindica mejor sus derechos; es una contribución a su capacidad de ser algo vivo en el cuerpo de la sociedad y no algo puramente formal.

La intervención comunitaria permite desde el ámbito de lo local la puesta en marcha de Planes Municipales sobre Drogodependencias, que facilitan dos premisas fundamentales de cualquier trabajo relacionado con la prevención de los problemas sociales y de mejora de las condiciones de la población: la posibilidad de la coordinación de las áreas de actuación y de recursos y la posibilidad de la participación de la propia comunidad en las soluciones, clave de toda acción preventiva.

Desarrollo de los Planes Municipales sobre Drogas

Cuando hablamos de prevención en drogodependencias no nos estamos refiriendo solo a evitar que la población abuse de determinadas sustancias, sino a un conjunto de actividades encaminadas a disminuir la presencia o la incidencia de diferentes factores (socioeconómicos, culturales, familiares, individuales) que favorecen el consumo de drogas, tanto las consideradas ilegales (cannabis, heroína, cocaína, alucinógenos...) como las que están socialmente aceptadas (alcohol, tabaco, fármacos).

Los programas de intervención comunitaria para la prevención de las drogodependencias se definen por:

- Ser un proceso activo, que tiene en cuenta el contexto donde se interviene y la percepción social sobre la problemática.
- Ser un proceso global, en el que se analiza e interviene sobre el problema en su conjunto.
- Ser un proceso continuado, donde la intervención se realiza bajo la forma de programa y a largo plazo.
- Se dirigen a la comunidad definida ésta por áreas geográficas concretas, en las que los grupos comparten una historia, unas relaciones, unos recursos, unas problemáticas sociales.
- La intervención se diseña pensando en la comunidad, aunque metodológicamente se respeten actividades propias para cada sector, pero manteniendo espacios comunes para planificar, interactuar y modificar los distintos contextos de la problemática del consumo abusivo de drogas.
- Se utiliza el ámbito de lo local como referencia de los programas de intervención comunitaria.

A nivel operativo y administrativo, de los Planes Municipales podemos decir que:

- Significan un acuerdo de colaboración entre la comunidad autónoma y las corporaciones locales para la prevención y reinserción en el campo de las drogodependencias.
- Señalan la necesidad de actuación de las diversas áreas municipales: servicios sociales, salud, educación, Juventud, Empleo, Deportes, Tiempo Libre...
- La iniciativa social, además, desempeña un papel complementario importante, al crear espacios (o utilizar los existentes) de participación social.
- La estructura organizativa puede adoptar la modalidad municipal o mancomunada.

Implantación de Planes Municipales sobre Drogas (PM) en Asturias

En el año 1991 el Plan regional sobre Drogas promueve una implantación progresiva de planes municipales sobre drogas en los ayuntamientos de la región; el objetivo es que al menos los concejos con mayor población, y por tanto, con mayor incidencia del consumo de drogas, pongan en marcha acciones que impliquen a las diferentes administraciones en las políticas sobre las drogas.

Las razones que justifican y apoyan estos objetivos, son entre otras, las siguientes:

- El Municipio es el referente más próximo de la población. Esta situación de proximidad facilita y favorece las respuestas a los problemas que se generan.
- El Municipio o Comunidad Local permite tomar decisiones lo más cerca posible de los problemas por lo que la descentralización es una de las características fundamentales de las Instituciones Locales (Ayuntamientos). Lo que se puede realizar a nivel local no debe realizarse desde ámbitos más amplios.
- El Municipio tiene buena parte de la competencia sobre recursos e instrumentos de apoyo social.
- El Municipio está en una situación más adecuada para integrar y propiciar la participación y los esfuerzos comunitarios y donde tienen un papel relevante los políticos (la Administración), los técnicos y los ciudadanos.

En la implantación de Planes Municipales sobre Drogas podemos distinguir dos períodos, atendiendo al procedimiento administrativo de colaboración con la Comunidad Autónoma.

A.-Período 1991-1999

En el año 1991, cinco ayuntamientos/mancomunidades deciden sumarse a la iniciativa, estableciéndose convenios de colaboración entre la Consejería de Salud (Plan regional sobre Drogas) y las Corporaciones Locales, renovables cada año: El compromiso

adquirido era la cofinanciación de los programas y el apoyo técnico necesario por parte de la comunidad autónoma; los ayuntamientos se comprometían al desarrollo de programas, fundamentalmente de prevención, compromiso que integraba la aceptación de las líneas de acción regionales, la continuidad de las actuaciones y contar al menos con un/a técnico/a para la planificación y coordinación de las distintas intervenciones a desarrollar.

TABLA 3.1.1. Ayuntamientos con Plan Municipal de Drogas. 1991-1999.

Ayuntamiento/ Mancomunidad	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gijón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avilés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oviedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mancomunidad Valle Nalón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castrillón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mancomunidad Cinco villas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Al final de periodo, 17 municipios desarrollaban intervenciones en la prevención e inserción en el área de las drogodependencias; la población potencialmente atendida en estos programas se situaba en 768438 personas, un 70,25% de la población total de la región (1.093.997 habitantes)².

B.- Período 2001-2005

En el año 2001, la elaboración de un nuevo plan sobre drogas para Asturias, recoge en la iniciativa 14 el “potenciar los planes municipales sobre drogas”³ produciéndose un cambio en la fórmula de colaboración entre las administraciones autonómica y local. Esta iniciativa dio paso a una convocatoria pública de subvenciones para implicar a más ayuntamientos y por tanto la posibilidad de ampliar la acción preventiva en el campo de las drogodependencias, aumentando la financiación y los compromisos de las instituciones públicas.

La convocatoria de subvenciones para las corporaciones locales intenta definir el tipo de actuaciones que pueden realizar los ayuntamientos y enmarcar estas acciones en las líneas de atención prioritarias propuestas por el Plan regional sobre Drogas en cada año.

² SADEI. Censo de población 1991

³ (Documento Creando Futuro 2001-2003. Estrategias para mejorar las drogodependencias en Asturias.)

Los ayuntamientos se pueden acoger a las siguientes modalidades:

Planes municipales sobre drogas: conjunto de actuaciones destinadas a la mejora integral de la situación de las drogodependencias en el ámbito municipal o supramunicipal recogidas de forma explícita en un documento que haya sido aprobado por el Pleno del Ayuntamiento o del ámbito territorial al que se refiera y que disponga de una estructura estable de recursos humanos y presupuestarios.

Programas de prevención de drogodependencias: aquéllos que tienen por objeto reducir el interés de la comunidad por el consumo de drogas, desarrollando actividades destinadas a evitar el inicio del consumo y/o a reducir los problemas asociados al mismo.

Programas de incorporación social: aquéllos que instrumenten acciones cuya finalidad sea lograr la normalización en la vida cotidiana de la comunidad de personas o grupos de personas con problemas de drogodependencias en situación de desigualdad social, utilizándose, en cuanto sea posible, los canales normales de satisfacción de las necesidades sociales.

TABLA 3.1.2. Ayuntamientos con Plan Municipal de Drogas. Asturias 2001-2005.

Ayuntamiento/Mancomunidad	2001	2002	2003	2004	2005
Avilés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castrillón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cangas del Narcea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El Franco (Tapia y Castropol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gijón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gozón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llanes-Ribadedeva-Ribadesella		<input type="checkbox"/>			
Llanes-Riabadedeva			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ribadesella			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ribadedeva					<input type="checkbox"/>
Mancomunidad Cinco Villas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mancomunidad Comarca de la Sidra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mancomunidad Valle del Nalón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navia (Coaña y Villallón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noreña		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oviedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siero				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tineo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valdés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegadeo (San Tirso y Taramundi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Así, en el año 2005, 21 ayuntamientos/mancomunidades/asociación de municipios se han sumado a las políticas sobre drogas y la mayor parte de la población asturiana puede verse beneficiada de los diferentes programas que se realizan: escolares, adolescentes y jóvenes, padres/madres, profesionales de los recursos (sanitarios, sociales, educativos...), organizaciones sociales y personas drogodependientes.

La población potencialmente atendida en estos programas se sitúa ya en 916.468 personas, un 85,23% de la población total de la región (1.075.329 habitantes)¹ En este período, podemos decir que la población diana de los programas de prevención universal en el ámbito escolar (10-18 años y que asciende a 98.459 estudiantes) está potencialmente cubierta con los programas educativos de educación sobre drogas, como son ¡Órdago!, La aventura de la vida (ofertados por la Comunidad Autónoma) y otros como el Cine en la enseñanza, Educar en valores, Prevenir para Vivir, Entre Todos, ofrecidos a los centros escolares por los propios planes municipales.

TABLA 3.1.3. Población de los municipios de Asturias con Planes Municipales sobre Drogas. Asturias 2005.

Municipios	Población	Municipios	Población
Avilés	83185	Mancomunidad del Valle del Nalón	
Cangas del Narcea	16511	Caso	1962
Castrillón	22501	Laviana	14531
Cudillero	6094	Langreo	45731
Gijón	266419	San Martín Rey Aurelio	20247
Gozón	11074	Sobrescobio	831
Lena	13573	Mancomunidad de las Cinco Villas	
Mieres	47719	Muros del Nalón	2178
Noreña	4490	Pravia	9226
Oviedo	201154	Soto del Barco	4174
Ribadedeva	1806	EL Franco	
Ribadesella	6252	El Franco	4123
Siero	47890	Castropol	4222
Tineo	12598	Tapia	4315
Valdés	14789	Navia	
Comarca de la Sidra		Navia	9063
Bimenes	2038	Coaña	3651
Cabranes	1155	Villayón	1895
Colunga	4282	Vegadeo	
Nava	5406	Vegadeo	4561
Sariego	1372	San Tirso de Abres	624
Villaviciosa	13951	Taramundi	875
Total población:916.468 PMD (Censo 2001)			

¹ SADEI, Censo 2001

Presupuesto aportado por la Comunidad Autónoma a los Planes Municipales sobre Drogas

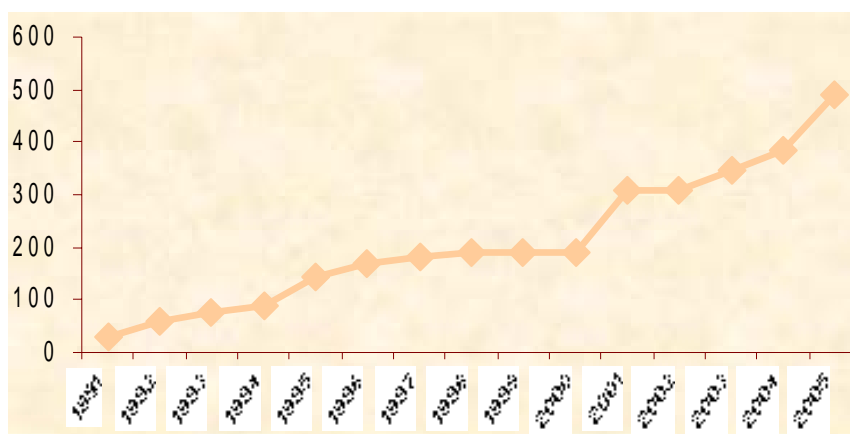
En la tabla 3.1.4. se muestra el importante crecimiento y el esfuerzo presupuestario que ha realizado la Comunidad Autónoma de Asturias a lo largo de estos años, confirmándose que la prevención ocupa un espacio cada vez más relevante en las políticas sobre drogas.

TABLA 3.1.4. Evolución del presupuesto de los Planes Municipales de Drogas 1991-2005 (€)

Año	Euros	Año	Euros
1991	30.000	1999	192.323
1992	60.000	2000	192.323
1993	76.653	2001	306.516
1994	90.151	2002	309.522
1995	144.242	2003	344.998
1996	170.687	2004	385.998
1997	180.303	2005	492.130
1998	192.323		

En la tabla 3.1.4 el gráfico 3.1.1 se puede observar la tendencia al alza en el gasto realizado por la Comunidad Autónoma para la financiación de los Planes Municipales sobre Drogas, durante el periodo 1991-2005, 16 veces superior desde sus inicios hasta el momento actual.

FIGURA 3.1.1. Evolución del presupuesto para la financiación de los Planes Municipales sobre Drogas, Miles de euros. Asturias 1991-2005.



Actividades más relevantes de los Planes Municipales sobre Drogas

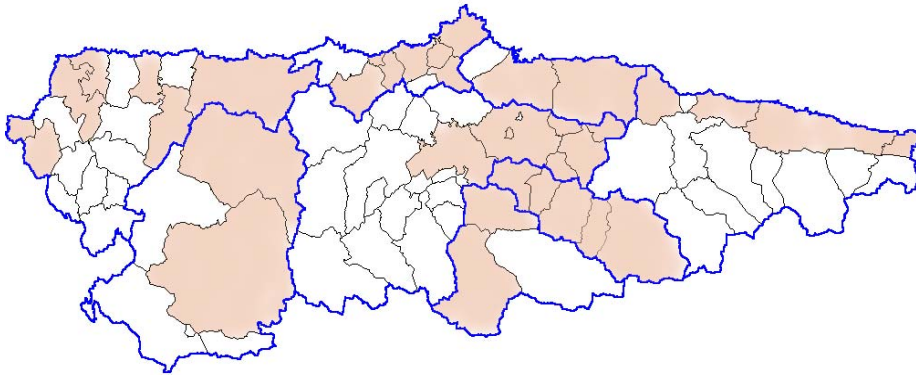
- Información, sensibilización y asesoramiento a los ciudadanos, recogiendo las iniciativas de los distintos sectores de la comunidad.
- Educación sobre drogas en el ámbito escolar.
- Prevención de riesgos del consumo abusivo de alcohol y otras drogas en adolescentes y jóvenes.
- Formación de profesionales, mediadores y agentes sociales.
- Promoción y cooperación con el movimiento asociativo bien asociaciones juveniles, AMPAS; sindicatos, asociaciones de familiares y afectados.
- Utilización de los recursos del municipio para la incorporación socio-laboral de personas drogodependientes
- Colaboración en las actuaciones que en materia de prevención de las drogodependencias y/o de promoción de la comunidad, lleven a cabo las distintas Administraciones Públicas.
- Coordinación de las medidas que se desarrollen en el municipio en el ámbito de las drogodependencias. Tanto desde la estructura del Plan Regional sobre Drogas como desde los Planes Municipales se han intensificado las distintas comisiones de participación y seguimiento de los programas: Comisiones Municipales sobre Drogas, Comisión de Salud de Zonas para Proyectos de EPS, Grupos de Trabajo de los programas sectoriales, constituyéndose en espacios de debate, discusión y toma de decisiones sobre las intervenciones a desarrollar en la comunidad en la prevención de las drogodependencias

En el año 2005, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios ha propuesto a los Ayuntamientos, las siguientes líneas de acción prioritarias:

- La colaboración en el desarrollo de Proyectos de Educación para la Salud de centros educativos, en coordinación especialmente con las asociaciones de padres y madres, centros de salud
 - Actuaciones preventivas con menores y en especial con hijos/as de personas drogodependientes.
 - Actuaciones de prevención en familias de riesgo.
 - Actuaciones de prevención en minorías étnicas o grupos desfavorecidos socialmente.
 - Actuaciones de reducción de riesgos en lugares de ocio.
 - Actuaciones específicas de prevención de drogas en actividades de ocio juvenil sin drogas.
 - Actuaciones dirigidas a prevención del consumo de alcohol (adolescentes, jóvenes y adultos).
 - Actuaciones dirigidas a reducir la publicidad sobre tabaco-alcohol en el municipio.
- Puesta en marcha de programas de prevención de drogodependencias (incluidos alcohol y tabaco) y de apoyo al abandono del hábito tabáquico en los servicios municipales.
- Mantenimiento de Centros de Encuentro y Acogida.

- Programas que favorezcan el acceso de personas con problemas de drogodependencias al programa de formación a la carta para colectivos desfavorecidos y a los programas de empleo-formación.
- Puesta en marcha de recursos estables de inserción sociolaboral que puedan ser utilizados por las personas con problemas de drogodependencias.
- Organización de grupos de autoayuda formados por personas con problemas de drogodependencias.

FIGURA 3.1.2. Municipios de Asturias con Plan Municipal sobre Drogas. 2005.



Municipios: Avilés, Bimenes, Cabranes, Cangas del Narcea, Caso, Castrillón, Castropol, Coaña, Colunga, Cudillero, El Franco, Gijón, Gozón, Langreo, Laviana, Lena, Mieres, Muros del Nalón, Nava, Navia, Noreña, Oviedo, Pravia, Ribasedeva, Ribadesella, San Martín del Rey Aurelio, San Tirso de Abres, Sariego, Siero, Sobrescobio, Soto del Barco, Tapia de Casariego, Taramundi, Tineo, Valdés, Vegadeo, Villaviciosa, Villayón.

3.2. Programas escolares de prevención en drogodependencias

El espacio educativo es uno de los ámbitos prioritarios de actuación y por ello donde se concentran un buen número de esfuerzos e iniciativas en materia de prevención.

No obstante, el hecho de constituirse como ámbito privilegiado de intervención no sólo justifica su adecuación para la planificación y aplicación en prevención de drogodependencias, sino que además, en los últimos años, debido al cambio de concepto que ha sufrido la educación (entiéndase ésta como un proceso de mejora de la persona y algo consustancial a la existencia humana), ésta y la prevención coinciden en objetivos y en sus preocupaciones básicas: desarrollo de actitudes y valores adecuados, desarrollo de habilidades sociales, capacidad de decidir y asumir responsabilidades, desarrollo emocional, etc. Por ello, decimos que toda educación, como proceso que busca el perfeccionamiento de los individuos, es siempre preventiva; e igualmente toda prevención, si tiene por objeto evitar obstáculos que pueden comprometer el desarrollo de las personas y de los grupos, debe ser siempre educativa.

Puesto que según lo planteado, la prevención del consumo de drogas forma parte de la acción educativa, han de entenderse ambas intrínsecamente relacionadas en sus actuaciones. Dichas actuaciones, producto de los cambios en educación y prevención acontecidos, además de los cambios culturales y sociales generados en los últimos años, han evolucionado hacia nuevas tendencias; tendencias cuyas premisas básicas versan sobre la utilidad de desarrollar la capacidad de los individuos para relacionarse con otros sin necesitar consumir sustancias, fomentar la valoración de la salud, generar actitudes positivas hacia comportamientos saludables, mejorar la capacidad para tomar decisiones, para manejar los afectos y para controlar la propia conducta; todo ello, junto a una información adecuada y objetiva, que les capacite para decidir de forma responsable cómo relacionarse con las drogas y para ajustar su conducta a tal decisión, independientemente de las presiones externas.

La prevención escolar en el Plan sobre Drogas para Asturias

El Plan sobre Drogas para Asturias, en la línea del planteamiento anteriormente mencionado, apuesta por la persona, por su capacidad para relacionarse sin problemas con las drogas, considerando que los programas de prevención que queremos se encaminen a mejorar las relaciones de las personas con ellas mismas, ayudándoles a desarrollar la autonomía, la autoestima, la autoresponsabilidad y a poner en práctica los valores de una sociedad democrática, facilitando información veraz, la toma de decisiones autónoma, el desarrollo de habilidades... Desde esta óptica, en el Plan sobre Drogas, se entiende la prevención como una prioridad (segunda línea política de actuación) y, dentro de ella, la educación como eje de las políticas preventivas (Estrategia 6 del Plan sobre Drogas para Asturias), potenciando la aplicación de un conjunto de iniciativas (iniciativas de la 16 a la 26) que señalan el desarrollo de la intervención.

Por lo que se refiere a dichas iniciativas, los programas de prevención de drogodependencias que se promueven con carácter institucional en el ámbito educativo, se enmarcan dentro de un espacio más amplio: la educación y promoción de la salud. En este sentido, se establece una convocatoria conjunta entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y la Consejería de Educación y Ciencia para el apoyo de proyectos pedagógicos de Educación y Promoción de la Salud en centros escolares, dando un impulso y apoyo institucional al desarrollo de programas de prevención tanto en Educación Primaria como Secundaria. Del mismo modo, desde las Administraciones Locales, a través de la oferta que realizan diversos Planes Municipales, se complementa esta convocatoria.

En nuestro ámbito educativo, y en el marco de la coordinación institucional entre Salud y Educación, se continúa con la oferta de programas y recursos didácticos para trabajar la educación y la prevención sobre drogas en todos los niveles educativos de la enseñanza obligatoria, para que los escolares tengan la oportunidad de obtener información y formación sobre drogas. Teniendo esto presente, señalamos como actuaciones más significativas en nuestra región las recogidas a continuación.

3.2.1. Programas escolares impulsados por la Comunidad Autónoma

Convocatoria de Proyectos Pedagógicos de Educación y Promoción de la Salud

Los Programas Asturias Espacio Educativo y Apertura de Centros a la Comunidad, se constituyen como referente y marco al servicio de los centros educativos, y en ellos se incluyen los Proyectos Pedagógicos de Educación y Promoción de la Salud.

Con el propósito de promover el desarrollo de estos proyectos y sus diversas temáticas entre las cuales se encuentra la *prevención de drogodependencias*, se procede a esta Convocatoria en cada curso académico.

Según los datos del último curso académico 2005/06 se han presentado a dicha convocatoria 137 centros educativos de Infantil, Primaria y Secundaria (108 públicos y 29 concertados). De todos ellos, el desarrollo de acciones de prevención de drogodependencias se ha llevado a cabo en 102 centros, la mayoría de los cuales realizan sus actuaciones con los programas institucionales ¡Órdago! y La Aventura de la Vida.

Programa Órdago

¡ÓRDAGO! es un programa editado por la Fundación EDEX de prevención específica de drogodependencias, dirigido a los escolares que cursan la etapa de Educación Secundaria Obligatoria (12-16 años). Se inicia en el curso escolar 2000-2001 en 1º y 4º de ESO con una implantación progresiva hasta completar los cuatro cursos de la ESO.

Este programa permite implementar en el medio escolar un proceso educativo orientado a modificar los diversos factores asociados al abuso de drogas por parte de los jóvenes. Se basa en una estrategia pedagógica, de promoción de la salud, para llevar a cabo por el

profesorado, centrada en el desarrollo de competencias sociales básicas como la resolución de problemas, la toma de decisiones y la comunicación.

Ofrece, además, una vía pedagógica paralela y vinculada a la que siguen los escolares, a través del trabajo desde los ámbitos familiar y comunitario.

Este programa se enmarca dentro de la estrategia 6 del Plan sobre Drogas para Asturias y da respuesta a la iniciativa 20 del mencionado Plan.

Desde su inicio en nuestra Comunidad Autónoma, los datos de participación en cuanto a centros escolares, alumnado y profesorado se refiere, los resumimos en la siguiente tabla:

TABLA 3.2.1.1. Evolución de la participación en el Programa Órdago. Asturias 2000-2006.

	CURSO ACADÉMICO					
	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
Centros	130	115	56	55	52	51
Alumnado	15287	17475	7237	8498	9940	9273
Profesorado	733	724	342	388	454	418

Como puede apreciarse en la tabla 3.2.1.1, la evolución de la implantación del programa Órdago desde sus inicios no ha sido gradual. El número de centros ha ido disminuyendo paulatinamente, sin embargo el alumnado y profesorado que trabaja desde el curso 2002-2003 en adelante ha ido aumentando, con lo que podemos decir que son cada vez más personas las que se encuentran implicadas y participan activamente en su desarrollo.

En los dos primeros cursos desde su puesta en marcha la participación fue elevada, hecho que se puede relacionar con la curiosidad por introducir en las aulas aspectos novedosos e innovadores en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Posteriormente se produce una estabilización propia de un proceso que tiene una continuidad en el paso del tiempo.

Si nos referimos a otros datos de interés, hasta el curso pasado 2004/05 han recibido formación 1694 profesores. Se ha contado, como en años anteriores, con la participación de las Federaciones de Asociaciones de madres y padres en la formación que se lleva a cabo en el ámbito familiar, llegando a 1674 madres y padres.

Se han llevado a cabo siete cursos de formación básica y complementaria para el profesorado así como reuniones de coordinación entre las Instituciones implicadas. Se ha editado y distribuido material didáctico. Han colaborado la Fundación Edex, los Centros de Profesorado y Recursos, los Planes Municipales sobre Drogas, y la Federación de Asociaciones de padres y madres de alumnos "Miguel Virgós".

Programa La Aventura de la Vida

La Aventura de la Vida, editado por la Fundación EDEX, es un programa de Educación para la Salud con énfasis en la prevención de las drogodependencias.

Interviene sobre los principales “factores de protección” frente a los usos de drogas, susceptibles de una acción educativa, tales como el crecimiento de la autoestima, la información adecuada sobre las drogas y sus efectos, y el desarrollo de competencias personales y sociales, así como respecto a los “factores de riesgo” (presión de grupo, influencia de la publicidad, ...)

Son destinatarios del programa los escolares con edades comprendidas entre los 8 y los 11 años. El programa apuesta porque sea el profesorado quien desde su trabajo cotidiano en el aula, enmarcado éste en una escuela promotora de salud, se implique en el fomento de estilos y condiciones de vida saludables, junto a las familias y demás agentes sociales.

Aunque, con anterioridad, los Ayuntamientos de Avilés y Oviedo por iniciativa de sus Planes Municipales sobre Drogas venían ofertando el programa a los centros educativos de sus respectivos municipios, es en el curso escolar 2002-2003 cuando se inicia la puesta en marcha del Programa *La Aventura de la Vida* en el marco del Programa de Educación Para la Salud, fruto de la colaboración interinstitucional entre la Consejería de Educación y Ciencia y la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Este programa se enmarca dentro de la estrategia 6 del Plan sobre Drogas para Asturias y da respuesta a la iniciativa 21 del mencionado Plan.

Desde su comienzo en el curso 2002/03, la cobertura del programa ha aumentado significativamente en cuanto a alumnado y profesorado participante, como se muestra en la siguiente tabla:

TABLA 3.2.1.2. Evolución de la participación en el Programa La Aventura de la Vida. Asturias 2002-2006.

	CURSO ACADÉMICO			
	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06
Centros	41	70	58	47
Alumnado	1247	2031	3484	3815
Profesorado	87	116	205	201

Aunque el número de centros participantes no ha seguido una línea ascendente desde sus inicios en el curso escolar 2002-03, sí que se observa un aumento considerable de alumnado y profesorado implicado, pasando de 1247 alumnos/as en el 2002-03 a 3815 en el curso 2005-06, y de 87 profesores/as a 201 en este último curso. Quizás esta tendencia al alza se mantenga porque el programa está consiguiendo los objetivos propuestos y se ha hecho hincapié en su difusión.

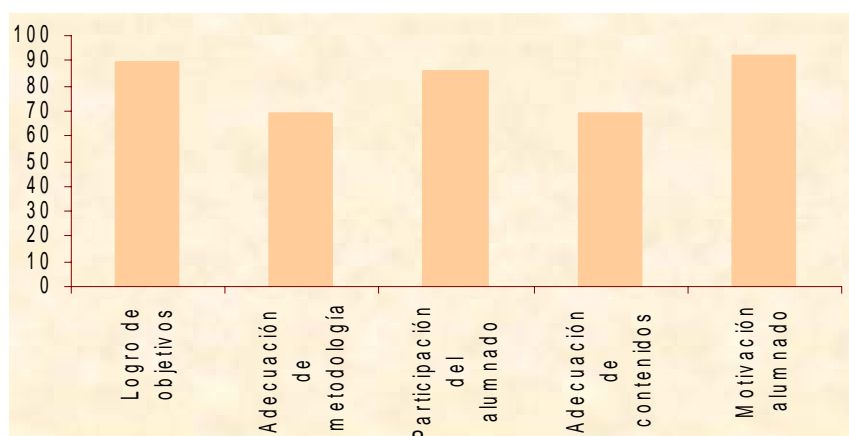
La oferta de este programa desde las Consejerías de Educación y Salud se ha hecho, en el presente curso escolar 2005/06, extensiva a todos los centros del Principado de Asturias para el segundo y tercer ciclo de Primaria. Han recibido formación durante el curso pasado 39 nuevos profesores. Las acciones desde el ámbito familiar han contado con la participación de 794 padres y madres. En la colaboración forman parte la Fundación EDEX, los Planes Municipales sobre Drogas, los Centros de Profesorado y Recursos y la Federación de Asociaciones de padres y madres "Miguel Virgós".

Valoración general de los programas escolares ¡Órdago! y La Aventura de la Vida por parte del profesorado durante el curso escolar 2004/05.

En líneas generales, la valoración por parte del profesorado que durante el curso académico 2004/05 ha desarrollado los programas mencionados, es positiva. Se podría señalar como aspectos valorados favorablemente la descripción de las sesiones, la estructuración y actualización del material, la adecuación de la metodología propuesta dinámica y participativa, la flexibilidad que permite para adecuarse a las necesidades de los destinatarios, así como lo atractivo que resulta para todo el alumnado; únicamente resaltan la conveniencia de utilizar más recursos de los previstos y la necesidad de formación complementaria dirigida al profesorado, como cuestiones a reforzar.

En la figura 3.2.1.1 se puede observar la valoración que los docentes han emitido respecto a los programas, en relación a los siguientes ítems:

FIGURA 3.2.1.1. Valoración de los docentes respecto a los Programas Órdago y la Aventura de la Vida. Asturias. 2004-2005.



3.2.2. Programas escolares de prevención impulsados por los Ayuntamientos a través de los Planes Municipales sobre Drogas

El cine en la enseñanza

Los Ayuntamientos de Gijón, Mieres, Lena y Oviedo han ofertado este programa de la Asociación IRUDI BIZIAK a través de sus respectivos Planes Municipales sobre Drogas, para alumnado de 15 a 18 años. El programa comienza su andadura en el curso escolar 2001/02 siendo los municipios de Oviedo y Gijón los pioneros en su implantación, posteriormente se suman los Planes municipales de Lena y Mieres. Los datos de inscripción para el presente curso académico (2005-2006) han sido: 51 centros educativos, 230 docentes, 3949 alumnos y alumnas, en las sesiones dirigidas a padres y madres se ha contado con una elevada participación en general (aproximadamente en torno a 1250 padres y madres). Han colaborado la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios/ Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas, Consejería de Educación y Cultura/ Centros del Profesorado y Recursos, Irudi Biziak, Federación de AMPAS, Federación de Municipios y Provincias y Obra Social y Cultural de Cajastur.

Entre todos

Este programa, de la Fundación CESPAS- Proyecto Hombre, comenzó a implantarse en el Oviedo en el año 2000 por parte del Plan Municipal de Drogas del Ayto de Oviedo y lleva desarrollando varios cursos en este municipio, para el alumnado de 1º, 2º y 3º de ESO (12-15 años) de un centro educativo. Se ha realizado formación del profesorado (20 horas) y se han trabajado unas 10 sesiones por aula, así como sesiones conjuntas entre profesorado, padres, madres y alumnado. Han participado 19 docentes de un centro escolar y 431 alumnos y alumnas; se han utilizado guías para el profesorado y material para el alumnado y las familias. Ha colaborado el Ayuntamiento de Oviedo, Fundación CESPAS y Consejería de Educación y Cultura (CPR), AMPAS.

En la huerta con mis amigos

Los Ayuntamientos de Gijón, Navia, Coaña, Villayón, a través de sus Planes Municipales sobre Drogas, ofertan "En la huerta con mis amigos" (programa de A.G.I.P.A.D.: Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de Drogas) a todos los centros educativos de los municipios. El programa se dirige a escolares de 5 a 8 años por lo que complementa la oferta que el Principado de Asturias realiza con el programa "La Aventura de la Vida". Su implantación tiene lugar desde el curso escolar 2001/02, contando, durante este curso 2005/06, con una participación total de 14 centros educativos con 800 alumnos/as y 42 profesores/as.

¿De qué van las Drogas?. ¿De qué van los jóvenes?

Desde el año 2001 tiene lugar este programa de la Fundación EDEX, en los centros escolares de secundaria de dos municipios asturianos (Gijón y Castrillón), para alumnado de 14 a 18 años; según los últimos datos, durante el presente curso escolar (2005-2006), han participado 1246 alumnos/as y 45 profesores/as de ocho centros gijoneses, también la participación en el municipio de Castrillón ha sido amplia en un único centro donde tuvo lugar la actividad. Se han realizado las visitas guiadas y debates con el profesorado en el aula sobre los 20 paneles informativos, en clave juvenil. Han colaborado el Plan Municipal de Gijón y el Plan Municipal de Castrillón.

3.3. Programa Vida sin Tabaco

En 1999, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios puso en marcha el programa VIDA SIN TABACO, que tenía como objetivos la creación de espacios sin humo y el apoyo al abandono del tabaco. Se pretendía, por tanto, conseguir un ambiente más saludable, al tiempo que se ofertaba ayuda a las personas que fumaban y que deseaban dejar de fumar.

La puesta en marcha de este programa se hizo desde la Sección de Promoción de la Salud, a través de varias iniciativas, dirigidas a determinados entornos prioritarios, como el sanitario y educativo entre otros. Los principales resultados se describen a continuación:

Las investigaciones sobre consumo de tabaco

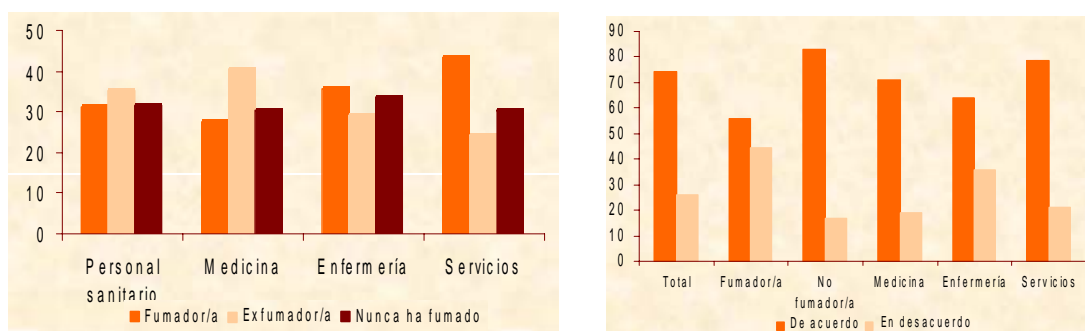
Desde la Sección de Promoción de la Salud, a lo largo de estos años, y antes de comenzar el diseño y desarrollo de actuaciones, se realizaron varias investigaciones sobre el tabaco, dos de ellas en el ámbito sanitario y dos en el ámbito educativo, con el fin de conocer el consumo, actitudes y comportamientos de las y los profesionales.

- En el año 1999, se realizó una encuesta a profesionales de primaria sobre la actitud hacia el consejo sanitario antitabaco: el 95% lo consideraban útil, el 21% contestó que ya lo realizaba y el 71% estaba dispuesto a realizarlo. Entre las principales dificultades para hacerlo, señalaron la escasa formación, la sobrecarga de trabajo, la organización de las actividades y la falta de definición de funciones.

Estos datos nos señalaban las limitaciones y las necesidades que habría que abordar a la hora de desarrollar los programas.

- En el año 2001, se realizó un estudio sobre consumo de tabaco en profesionales sanitarios con los siguientes resultados: el 32% fumaba (con mayor frecuencia en el sector de enfermería, mayoritariamente femenino, y entre el personal no sanitario). Respecto a la opinión sobre la regulación del consumo en el centro, el 74% estaba de acuerdo en prohibir el consumo de tabaco en los centros sanitarios; además, el 82% del personal de medicina y el 68% de enfermería decían que solían aconsejar a sus pacientes para que dejaran de fumar.

FIGURA 3.3.1 Porcentaje de consumidores de tabaco en profesionales del ámbito sanitario y acuerdo con prohibir el consumo de tabaco en centros sanitarios.



Aire Fresco en los centros escolares (2000-2005)

Este programa tenía como objetivo reducir o eliminar el consumo de tabaco en los centros de secundaria de Asturias, lograr una actitud favorable hacia el no consumo en el centro y favorecer la disminución de la prevalencia o intensidad del consumo entre alumnado y personal. El programa se basó en un enfoque promotor, que priorizó la participación activa e implicación de alumnado, profesorado, personal no docente y dirección en el análisis, decisión y establecimiento de nuevas normas en el centro. Entre otras actividades, el alumnado realizó un taller que usaba la educación por iguales y para el profesorado y personal no docente, se ofertó un taller de deshabituación tabáquica grupal.

El programa tenía una duración de un curso escolar, periodo en el que los centros llevaban a cabo el siguiente proceso: información sobre el programa y las ventajas de ser un centro libre de humo a la comunidad educativa, elaboración y recogida de propuestas del personal docente y no docente, elaboración y recogida de propuestas del alumnado, establecimiento de nuevas normas y difusión de las mismas.

Previamente al programa, en el año 1999, se realizó un estudio que constató un elevado consumo de tabaco en los centros de secundaria, en los que se fumaba en numerosas zonas compartidas, las normas de consumo no eran adecuadas y se incumplían, fundamentalmente en los centros públicos. Con esta situación de partida, Aire Fresco comenzó en el año 2000 y se ofertó prioritariamente a los centros públicos de secundaria. El programa concluyó en 2006, con la entrada en vigor de la nueva ley sobre tabaco, que prohíbe totalmente el consumo de tabaco en los recintos escolares.

En estos cinco años, 23 centros educativos lo desarrollaron. De este modo, 516 alumnas/os se formaron como mediadores (55% eran chicas), 269 profesoras/es participaron activamente y casi 6000 alumnas y alumnos recibieron el taller entre iguales. Paralelamente, casi 200 personas participaron en el taller para dejar de fumar.

El programa fue evaluado y se mostró como una herramienta novedosa y útil para regular el consumo de tabaco en los centros, sobre todo por la metodología de trabajo entre iguales. El 70% de los centros que participaron establecieron nuevas normas y tanto profesorado como alumnado valoraron el programa y las actividades. Los resultados de proceso y de efecto en el consumo en el centro, así como en la prevalencia e intensidad del hábito entre el alumnado y profesorado serán publicados próximamente.

Aire Saludable en los centros sanitarios (1999-2005)

Este programa tenía como objetivo regular el consumo de tabaco en los centros sanitarios de Asturias. La metodología se basó en la implicación de las gerencias sanitarias y del personal, con la búsqueda de acuerdos y compromisos. En este sentido, Aire Saludable establecía un proceso de información, negociación y establecimiento de normas adecuadas, que prohibían el consumo de tabaco o lo limitaban a una zona adecuada para el personal. Este proceso concluía con la entrega de una distinción, conocida como Punto Azul, a aquellos centros que hubiesen conseguido el objetivo de regular el consumo de tabaco. Esta distinción se otorgaba después de una visita técnica, en la que se comprobaba el cumplimiento de los requisitos y se les acreditaba como centros libres del humo del tabaco.

Previamente a la puesta en marcha de este programa, en el año 1998, se realizó un estudio en los centros sanitarios, donde se observó consumo de tabaco en el 60% de las zonas observadas en los hospitales y en un 30% de las observadas en las consultas externas de atención especializada y centros de salud.

En octubre de 2005, antes de la entrada en vigor de la nueva ley, 141 centros de atención primaria (43 centros de salud y 98 consultorios periféricos), cuatro hospitales, cuatro centros de salud mental, cuatro gerencias y cinco unidades de salud pública eran Punto Azul. Esto suponía que el 66% de los centros de salud y 64% de los consultorios periféricos, que atendían al 57% del total de la población asturiana, eran centros sin humo del tabaco.

Actuaciones de apoyo al abandono del tabaco

Esta línea tenía como objetivo contribuir a la disminución de la prevalencia del hábito tabáquico a través del Consejo Antitabaco y Apoyo a la Deshabitación **dirigido a población general** a través de la Atención Primaria y el desarrollo de otras acciones específicas dirigidas a profesionales del ámbito sanitario.

Teniendo en cuenta las dificultades señaladas por el personal sanitario para realizar este programa, entre el año 1999 y 2005, se realizaron diversas acciones formativas en Consejo Antitabaco y Apoyo a la Deshabitación, desde un enfoque individual y en consulta. Esta formación se realizó de forma progresiva y no sin dificultades.

Desde el año 2003, el Consejo Sistemático Antitabaco se incorporó al Contrato Programa de Atención Primaria, servicio dirigido a población general y acompañado de objetivos de formación continuada. Actualmente está en la propuesta de nueva Cartera de Servicios para la Atención Primaria.

Además, en cada área se identificaron recursos de enfermería que recibieron formación teórico-práctica en Deshabituación Tabáquica Grupal y que son referentes en el área para abordar esta tarea tanto en el ámbito comunitario como en el sanitario.

Respecto a los recursos de deshabituación dirigidos específicamente a personal sanitario, a lo largo de este período se ofertaron talleres de Deshabituación Tabáquica Grupal, para el personal de los centros sanitarios (además de educativos y de la Administración Pública), realizados en el propio centro de trabajo, en colaboración con la Asociación Española contra el Cáncer. Entre los años 2000 y 2005, 122 profesionales del ámbito sanitario participaron en un taller de deshabituación.

Además, durante 2004 y 2005, en todas las áreas sanitarias fue establecido un servicio de deshabituación tabáquica dirigido al personal sanitario y dependiente de los servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Así mismo, con la entrada en vigor de la nueva ley, a finales del año 2005 e inicios del 2006 se ofertó apoyo terapéutico, con sustitutivos de nicotina, durante la jornada laboral a las personas fumadoras que lo necesitasen, con el fin de facilitar el no fumar en el lugar de trabajo. El personal sanitario de los Servicios de Salud Laboral recibió la formación adecuada para realizar estas actividades.

A finales de 2005, como colofón de las sucesivas actuaciones que se fueron desarrollando, se elaboró y editó una Guía de Recursos de Deshabituación Tabáquica en Asturias, donde cada gerencia define estos recursos dirigidos a población general y a su propio personal.

Ámbito municipal

El Plan sobre Drogas para Asturias contempla la prevención de drogodependencias como una línea prioritaria de acción, y la de extender ésta a diferentes ámbitos de actuación: escolar, familiar, comunitaria, laboral; así la iniciativa 27 señala la necesidad de "poner en marcha un programa de prevención específica de drogodependencias en el medio laboral".

En esta línea, los programas de prevención de las drogodependencias en los centros de trabajo han sido prácticamente inexistentes en nuestra región. La negociación colectiva no hace mención a este tema y si lo hacen suelen recogerlo más como un motivo de despido que de protección y ayuda al trabajador.

Parece sensato, pues, el establecimiento y el mantenimiento de actuaciones dirigidas a asegurar las funciones básicas de salud laboral donde progresivamente se vayan

incardinando acciones de reducción del consumo de drogas, teniendo una especial atención a los problemas derivados del consumo de tabaco.

Dentro del programa VIDA SIN TABACO y en la iniciativa de promocionar espacios sin humo, se priorizan, junto con el ámbito educativo y el sanitario, los centros municipales públicos. Esta línea de trabajo fue desarrollada por la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas para Asturias. Para ello, se intensificó la colaboración con las Corporaciones Locales a través de subvenciones específicas y formación de diversos profesionales de los ayuntamientos.

Objetivos

Generales:

- Favorecer la creación de espacios libres de humo en los centros de trabajo dependientes de la administración local.
- Prevenir las consecuencias del humo de tabaco en las personas que trabajan y conviven en estos centros.
- Lograr una actitud favorable en la sociedad hacia el no consumo en los espacios compartidos por personas que fuman y que no fuman.

Específicos:

- Conseguir la implicación de los Planes Municipales sobre Drogas en las políticas de reducción del tabaquismo
- Premiar a aquellos centros que ofertan un ambiente sin humo y favorecen la vida sin tabaco.
- Contribuir a los objetivos con una metodología de participación y motivación.
- Facilitar el abandono a aquellas personas que desean dejar de fumar.

Población diana: Trabajadores/as de los distintos centros municipales

Medios utilizados

Entre otros, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios puso en marcha un sistema de subvenciones (a través de los Planes Municipales sobre Drogas) para apoyar técnica y económicamente a aquellos ayuntamientos que de forma progresiva se vayan sumando a la iniciativa de fomentar espacios sin humo en centros de trabajo.

Estas subvenciones han sido destinadas a cofinanciar los gastos derivados de las siguientes actuaciones:

- a) La creación de espacios libres de humo en los centros de trabajo municipales.
- b) La prevención de las consecuencias del humo del tabaco en las personas que trabajan y conviven en estos centros, ofertando a los trabajadores talleres para dejar de fumar.
- c) El logro de una actitud favorable en la sociedad hacia el no consumo en los espacios compartidos por personas que fuman y que no fuman, a través de la información y asesoramiento a la población general.

d) Control de la publicidad en eventos, vallas municipales y mobiliario urbano en el ámbito del concejo correspondiente.

e) Conseguir la distinción de Punto Azul, otorgada por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, para aquellos centros municipales que adopten de forma pionera, durante el año 2005, medidas para convertirse en centros sin tabaco.

Actuaciones más significativas

a) Año 2004

Participaron los Ayuntamientos de Gijón, Mieres, Oviedo, Lena, Avilés, Llanes, Ribadedeva, Cudillero, Comarca de la Sidra (Bimenes, Cabranes, Colunga, Infiesto, Nava y Villaviciosa), Comarca de Vegadeo (San Tirso y Taramundi) y El Franco (Tapia y Castropol). Organizaron una serie de actividades de sensibilización con el personal municipal en materia de ventajas de no fumar en espacios de trabajo, acotar espacios libres de humo de tabaco en dependencias municipales y facilitar el apoyo del abandono de hábito tabáquico entre trabajadores del ayuntamiento o de empresas municipales.

* Campañas de sensibilización entre los empleados municipales (malos humos, no gracias).

* Encuestas a la población trabajadora, previas a la implantación del programa, acuerdos con los Comités de Salud Laboral.

* Talleres para dejar de fumar (10): Grupos de deshabituación, terapias sustitutivas con nicotina (150 trabajadores/as).

* Atención individualizada para el consejo antitabaco.

* Distribución de folletos y guías para dejar de fumar: Se han distribuido 150 guías, 2000 dípticos, 200 carteles, 400 marca páginas.

* Se realizaron 4 cursos de formación de consejo antitabaco, en los que han participado 60 delegados/as laborales, personal médico de los ayuntamientos.

* Se colocaron 95 señalizadores de "Espacios libre de Humo".

b) Año 2005

La proximidad de una nueva normativa estatal reguladora de la venta, consumo y publicidad del tabaco, sirvió para que los ayuntamientos se convirtiesen en referente para la población a la hora de aplicar con antelación las limitaciones al consumo de tabaco en sus dependencias municipales (Puntos Azules).

La información, sensibilización y asesoramiento a la población en general sobre las nuevas medidas a implantar en el año 2006 y que sobre manera afectarán a las dependencias y centros públicos fue otro objetivo a desarrollar.

Se realizó una convocatoria de subvenciones en la que participaron 16 ayuntamientos y/o mancomunidades, comprendiendo un total de 30 municipios.

TABLA 3.3.1. Ayuntamientos/Mancomunidades, Proyectos Subvencionados y centros con el distintivo Punto Azul. Asturias 2004-2005.

Ayuntamiento/Manc	Iniciativas	Centros Punto Azul
Comarca de la Sidra	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambia tu perfume (Día Mundial sin Tabaco). ▪ Reducción del tabaquismo en el medio laboral 	
Mieres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacios libres de humo en el ayuntamiento de Mieres. ▪ Apoyo al abandono del hábito tabáquico. ▪ Campaña de sensibilización ante la nueva Ley 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casa de la Cultura ▪ Telecentro
Navia (Coaña y Villalón)	Prevención y deshabituación del tabaquismo entre empleados/as públicos/as	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edificio Municipal del Ayuntamiento
Lena	Programa de extensión de los espacios libres de humo y la reducción del tabaquismo en el Ayuntamiento de Lena.	
Siero	Siero, por un espacio libre de humo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de Servicios Sociales ▪ Oficina Municipal de Lugones
Cudillero	Prevención del consumo de tabaco en ámbito laboral municipal y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casa de la Cultura
Castrillón	Educación para la Salud en el ámbito laboral	
Oviedo	Espacio Municipales Libres de Humo	
Avilés	Reducción del tabaquismo y del humo del tabaco en el Ayuntamiento de Avilés	
El Franco (Tapia y Castropol)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campaña Comarcal de prevención del tabaquismo. ▪ Ciclo de conferencias "Convivencia saludable". ▪ Espacios Libres de Humos en Tapia de Casariego. ▪ Reducción de conflictos por consumo de tabaco en el ayuntamiento de Castropol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oficinas Municipales del Ayuntamiento de El Franco ▪ Cámara Agraria de El Franco ▪ Casa de la Cultura de Castropol ▪ Casa de Encuentros de la Mujer de Tapia de Casariego
Vegadeo (San Tirso y Taramundi)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabaja sin malos humos. ▪ Campaña Comarcal para la Prevención del Tabaquismo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casa de la Cultura de Vegadeo
Teverga	Un espacio más saludable	
Gijón	Programa para la reducción de los	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro Edificio "Gota de Leche"

Mancomunidad Cinco Villas	daños producidos por el humo del tabaco Programa de prevención del tabaquismo en el ámbito municipal
Valdés	<ul style="list-style-type: none">▪ Prevención tabaquismo.▪ Deshabituación del tabaco

Con la distinción *Punto Azul*, más de 600 trabajadores se beneficiaron de las ventajas de convertirse en centros sin tabaco.

Otras actividades:

- Se distribuyó el siguiente material: 5.300 marcalibros, 200 guías para dejar de fumar, 285 pomos, 1850 chapas, 16.500 tarjetas de información, 30 carteles distinción Punto Azul, 500 alfombrillas, 500 posters, 500 portaCDs.
- Se realizaron encuestas a la población trabajadora municipal para conocer datos de consumo y organizar los grupos de deshabituación tabáquica.
- Se realizaron 10 talleres de deshabituación (150 trabajadores), junto con consejo breve antitabaco, terapias sustitutivas con nicotina.

Se realizaron otras actividades de información (charlas, conferencias, difusión de material informativo) a la población general sobre la nueva normativa de regulación del consumo de tabaco en centros de trabajo y otros espacios públicos, con el objetivo de ir generando una opinión y actitud favorable hacia las limitaciones de la nueva Ley.

4.-Programas asistenciales

4.1. Admisión a tratamiento de personas por abuso de sustancias psicoactivas.

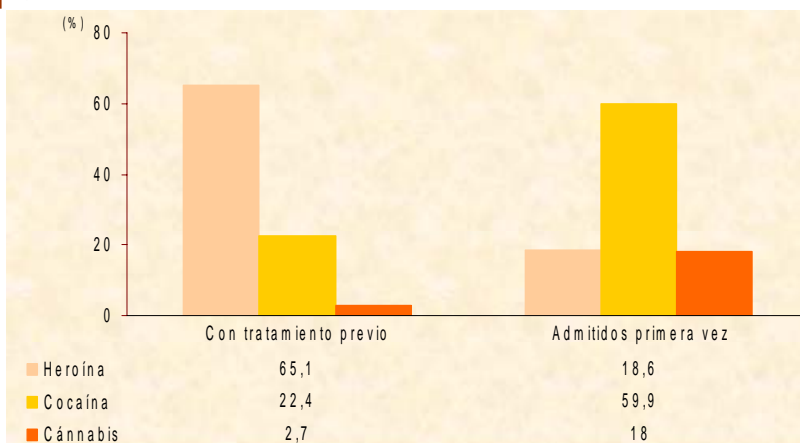
Durante el año 2005 se registraron un total de 500 “admisiones a tratamiento” por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas en los 16 centros notificadores de nuestra región (Tabla 4.1.1.).

De ellas, 295 (62,04%) fueron de personas que ya habían recibido “tratamiento previo” y que expresan, de nuevo, necesidades de atención (retornos). De alguna forma, este, es un indicador de recaídas y de permanencia en problemas relacionados con el consumo de sustancias. El resto de admisiones, 178 (37,6%) corresponden a usuarios que acceden por “primera vez” a los servicios existentes (Tabla 4.1.1.). Este grupo configura un indicador de cambio que refleja los nuevos patrones de consumo (población afectada, sustancias utilizadas y problemas relacionados) que están apareciendo o se están dando en estos momentos en nuestra comunidad.

Si se observan las admisiones en su conjunto, sin tener en cuenta la distinción entre episodios “con o sin tratamiento previo”, la heroína continua siendo la sustancia que motiva la mayor proporción de “admisiones a tratamiento” (46,2%) a pesar de la notable reducción en la frecuencia de su consumo que reflejan los patrones de consumo de los últimos años. La cocaína (36,2%) y el cannabis con el (8,2%) ocupan el segundo y tercer lugar en la frecuencia de los episodios registrados (Tabla 4.1.1.).

Otras fuentes informan de la existencia, entre la población joven, de múltiples y diversos comportamientos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas pero en lo que se refiere a la demanda e inicio de tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas, los datos de los que se dispone, en nuestra comunidad, desde el año 1986 (SEIT) permiten observar las tendencias de los problemas relacionados con el consumo abusivo de drogas, a partir de la utilización de los servicios sanitarios. Estos datos reflejan, actualmente, la existencia de dos perfiles claramente diferenciados no sólo en la sustancia utilizada sino también en el resto de características sociodemográficas y de consumo de la población afectada.

FIGURA 4.1.1. Porcentaje de personas tratadas por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Asturias 2005.

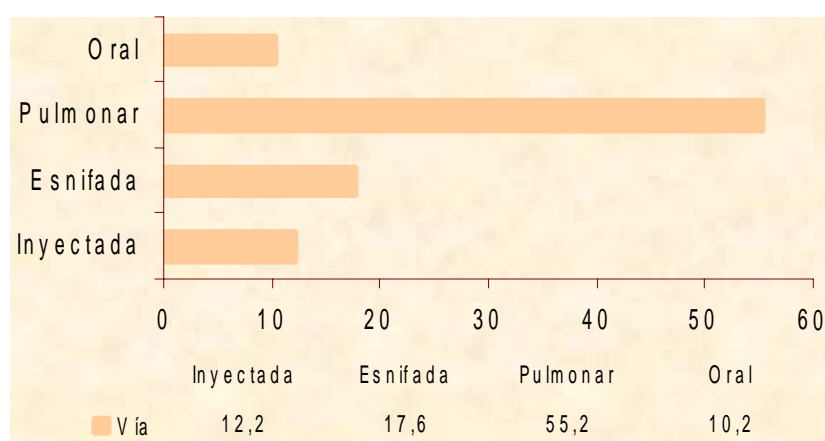


Como se puede observar, en lo que respecta a la primera estratificación comentada (“tratamiento previo”), la heroína sigue acaparando el mayor número de tratamientos (65,1%), seguida de la cocaína (22,4%) y del

cannabis (2,7%). Dentro del segundo subgrupo (“tratados por primera vez”) la cocaína (59,9%) desplaza a la heroína (18,6%), situándose el cannabis en tercer lugar con un 18% de los admitidos. Este hecho no hace más que constatar que las demandas de nuevos tratamientos concuerdan con los patrones de consumo actuales en los que la cocaína y el cannabis se imponen como drogas de consumo preferente (Figura 4.1.1.).

FIGURA 4.1.2. Vía principal de consumo en las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 2005.

En el año 2005 la vía principal de administración que motivó la mayor proporción de admisiones fue la pulmonar o fumada, seguida de la intranasal o esnifada, la oral, y, por último, la parenteral o inyectada (Figura 4.1.2.).



En este indicador se aprecian importantes diferencias en el porcentaje de personas que utilizan las distintas vías en función de que estuvieran “admitidas a tratamiento o no”. En los primeros, la vía más mencionada es la pulmonar seguida de la intranasal o esnifada y de la parenteral. Mientras que las personas que acuden por “primera vez a tratamiento” utilizan en primer lugar la vía intranasal o esnifada, seguida de la pulmonar y en un porcentaje muy pequeño la parenteral o inyectada (Tabla 4.1.1.).

La prevalencia actual de infección VIH es del 7%, con algo más del doble de personas seropositivas entre los usuarios “tratados previamente” que entre los “no tratados”, en clara consonancia con el tipo de sustancias y las formas de consumo que imperan actualmente. No obstante, a la hora de valorar este indicador debemos tener en consideración que en más de la mitad de las personas en tratamiento se desconoce su estado serológico frente al VIH (Tabla 4.1.1.).

En lo que respecta a otras características sociodemográficas de interés, reseñar que como viene siendo habitual el mayor porcentaje de usuarios atendidos son hombres (86% frente a 14% de mujeres), tanto en lo que se refiere a los que “ya habían recibido tratamiento” como a los tratados “por primera vez”, si bien en este último caso las diferencias intersexuales son menores (56,1% frente a 43,9%) (Tabla 4.1.1.).

La edad media de las personas que solicitan atención en los diversos centros aumenta paulatinamente y ello no sólo, como es lógico, en las personas que llevan muchos años en contacto discontinuo con los servicios sino también en los que son atendidos por primera vez. Hace diez años, la media de edad del total de las admisiones a tratamiento y

de las personas que habían tenido tratamientos previos estaba en torno a los 28 años y a los 26 para los que acudían por "primera vez". En el año 2005 la media de edad de las personas atendidas es de 32,3 años, con una diferencia de casi cinco años entre los que lo que acceden por "primera vez a tratamiento" (29,3 años) y los que ya están registrados con anterioridad (34,2 años) (Tabla 4.1.1.). Sin embargo, en el mismo periodo de tiempo, la edad media al inicio del consumo se ha reducido de 21,4 a 20,0 años.

En relación con el estado laboral reseñar que algo más de la mitad de los admitidos (51,2%) está actualmente trabajando, con una proporción de personas ocupadas superior entre los "admitidos por primera vez" (58,4%) que entre los que ya habían sido admitidos (48,1%) (Tabla 4.1.1.).

El nivel académico de la mayoría de las personas incluidas en estos programas terapéuticos es de tipo medio (86,8%), o sea completaron niveles de estudios de enseñanza primaria y secundaria (primera y segunda etapa). Los supuestos más extremos de este indicador: personas sin estudios y universitarios, requieren atención en mucha menor proporción 0,4% y 4,8% respectivamente.

A parte de la droga principal que motiva el tratamiento, las drogas secundarias más consumidas por el conjunto de los admitidos fueron: el alcohol (28,4%), cannabis (22,3%), cocaína (18,8%) e hipnosedantes (14,9%).

Entre los "previamente admitidos a tratamiento" las drogas secundarias más utilizadas fueron la cocaína (24,8%), el alcohol (20,1%), los hipnosedantes (19,8%) y el cannabis (19,1%). En los que "no habían recibido tratamiento previo" por contra hicieron más uso del alcohol (39,7%), cannabis (29,1%), cocaína (9,3%) e hipnosedantes (7,3%).

FIGURA 4.1.3. Otras drogas consumidas en los "30 días anteriores" en las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 2005.

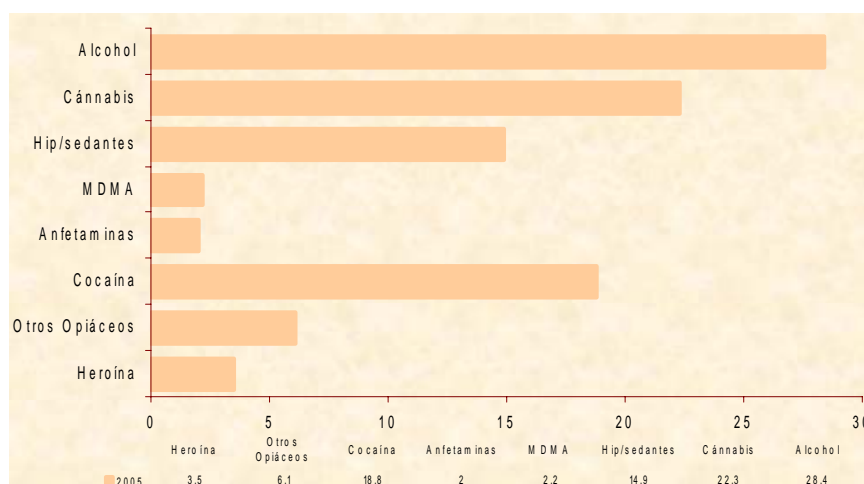
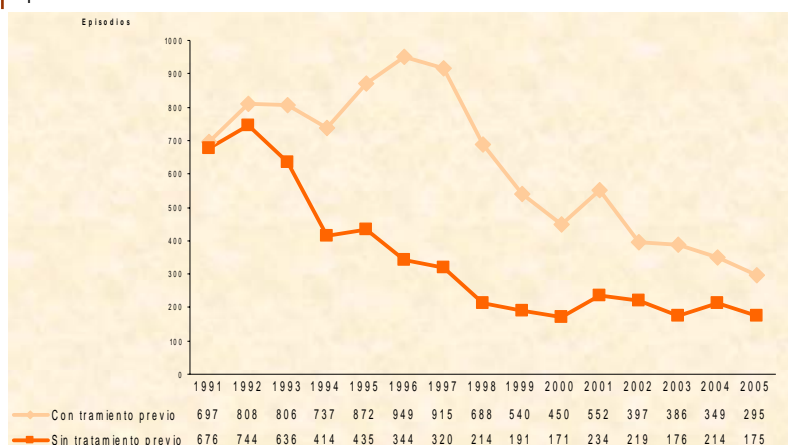


TABLA 4.1.1. Características generales de los casos admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según tratamiento previo y sexo (números absolutos, porcentajes y medias). Asturias 2005.

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Nº de Admisiones a tratamiento notificadas	500	295	178	430	70
Previamente admitidos a tratamiento (%)	62.4			63.4	56.1
Tratados por primera vez (%)	37.6			36.6	43.9
Sexo (%)					
Hombre	86	87.5	83.7		
Mujer	14	12.54	16.3		
Edad media (años)	32.3	34.2	29.3	32.4	31.6
Nivel de estudios (%)					
Sin estudios	0.4	0	0.6	0.5	0
Enseñanza primaria incompleta	5.6	5.1	6.2	5.6	5.7
Enseñanza primaria completa	29	29.5	25.3	29.3	27.1
Enseñanza secundaria 1ª etapa	40.6	40.7	42.1	40	44.3
Enseñanza secundaria 2ª etapa	17.2	15.9	20.2	17.7	14.3
Estudios universitarios	4.8	5.7	3.9	4.6	5.7
Desconocido	1.8	2.4	1.1	1.9	1.4
Otros	0.6	0.7	0.6	0.5	1.4
Situación laboral (%)					
Trabajando	51.2	48.1	58.4	53	40
Parado no habiendo trabajado	4	3.1	5.6	3.5	7.1
Parado habiendo trabajado	25	27.8	16.8	25.6	21.4
Otros	19.8	21	19.1	17.9	31.4
Droga principal de admisión a tto (%)					
Heroína	46.2	65.1	18.6	47.4	40.6
Otros opiáceos	6.8	8.8	1.7	6.8	7.2
Cocaína	36.2	22.4	59.9	36.2	38.7
Anfetaminas	0	0	0	0	0
MDMA	0.2	0	0	0	0
Hipnosedantes	1.4	0.7	0	0	7.2
Cannabis	8.2	2.7	18	8.9	4.3
Alucinógenos	0.8	0.3	1.2	0.5	2.9
Inhalantes volátiles	0	0	0	0	0
Otras sustancias	0.2	0	0.6	0.2	0
Edad media al inicio del consumo	20.2	19.9	20.7	19.9	22.3
Vía principal de consumo (%)					
Oral	11	10.2	10.7	10	17.1
Pulmonar	49.4	55.2	42.1	49.8	47.1
Intranasal	27.2	17.6	43.3	27.9	22.9
Parenteral o inyectada	8.8	12.2	3.4	9.1	7.1
Otras	3.6	4.7	0.6	3.3	5.7
Drogas consumidas 30 días antes (%)					
Heroína	3.5	3.6	3.3	3.5	3.6
Otros opiáceos	6.1	7.9	2.6	6	7.1
Cocaína	18.8	24.8	9.3	19.9	10.7
Anfetaminas	2	1.8	2	1.7	3.6

MDMA	2.2	1.8	3.3	2.5	0
Hipnosedantes	14.9	19.8	7.3	15	14.3
Cannabis	22.3	19.1	29.1	21.9	25
Alucinógenos	1.3	0.4	3.3	0.7	5.4
Inhalantes volátiles	0	0	0	0	0
Alcohol	28.4	20.1	39.7	28.2	30.4
Otras sustancias	0.4	0.7	0	0.5	0
Estado sexológico frente al VIH (%)					
Positivo	7	9.1	3.9	6	12.9
Negativo (análisis últimos 6 mes)	15.2	20	7.3	16	10
Negativo (sin fecha análisis)	23	31.2	10.7	24.4	14.3
Desconocido	54.8	40	78.1	53.5	62.9

FIGURA 4.1.4. Evolución del indicador “Admisión a Tratamiento” por consumo de sustancias psicoactivas. Asturias 1991-2005.



La evolución del indicador “Admisión a Tratamiento”, desde 1991 hasta el 2005, muestra una clara tendencia descendente que puede estar relacionada con los cambios y transformaciones que se dieron y que continuamente se están dando en las pautas de

consumo de drogas y que en parte podría explicarse por algunas situaciones y/o factores que de alguna manera interfieren en esta tendencia a la baja (Figura 4.1.4.)

En principio, se parte de una evidencia constatada sobre el consumo de heroína, que a tenor de su propia dinámica sociodemográfica, política, sanitaria y social, ha ido descendiendo en gran medida durante estos últimos años. Alternativamente a este descenso en el consumo de heroína, también se sabe, que el consumo de cocaína se ha incrementado y extendido de manera notoria en grupos de población donde antes era casi desconocida y a este consumo, hay que añadir la enorme aceptación y uso de las drogas de síntesis entre la población más joven. Por tanto, no se puede deducir que el descenso en el indicador tratamiento implique una disminución en el uso y posiblemente en los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

De otra parte, es necesario tener en cuenta que se dispone de un conjunto diversificado de estructuras institucionales específicas puestas en marcha prioritariamente para el conocimiento y abordaje de los problemas relacionados con el consumo de heroína, que si bien responden de manera adecuada a la población atendida (mayor estabilidad asistencial) compuesta fundamentalmente por

exconsumidores que aún precisan y, posiblemente, vayan a necesitar durante mucho tiempo importantes esfuerzos de atención sociosanitaria.

Estos centros, presentan serias dificultades de organización, funcionamiento y de reconversión para adaptarse y ofrecer respuestas correctas a las necesidades que presentan los nuevos usos de drogas, en donde no sólo cambian las sustancias y la relación de consumo que se establece con las mismas sino que, también las características de la población afectada, los entornos en donde se produce, las situaciones de riesgo, los problemas que conllevan...etc, presentan una transformación radical a los patrones de consumo conocidos hasta hace pocos años.

En las personas “con tratamiento previo” este descenso se produce a partir del año 1996, fecha en que se registró el máximo histórico (949 episodios), mientras que en las personas “sin tratamiento previo” esta fase regresiva comenzó a notarse cuatro años antes, en 1992.

FIGURA 4.1.5. Número de tratados por abuso o dependencia a heroína. Asturias 1991-2005.

Como consecuencia de la disminución del consumo de heroína en la población general el número de episodios de personas tratadas por abuso o dependencia a esta sustancia viene disminuyendo de manera notable en los últimos años. En el caso de los “tratados por primera vez” este retroceso comienza a reflejarse a partir de 1992 y en las personas “con tratamiento previo” se hace más patente a partir de 1997 (Figura 4.1.5)

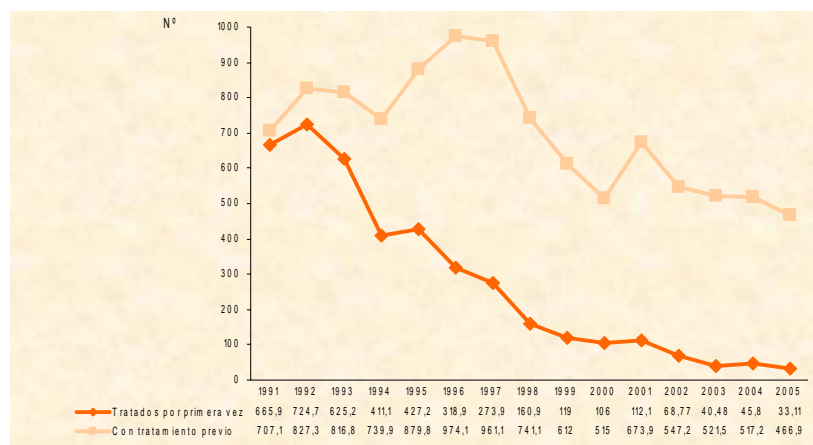
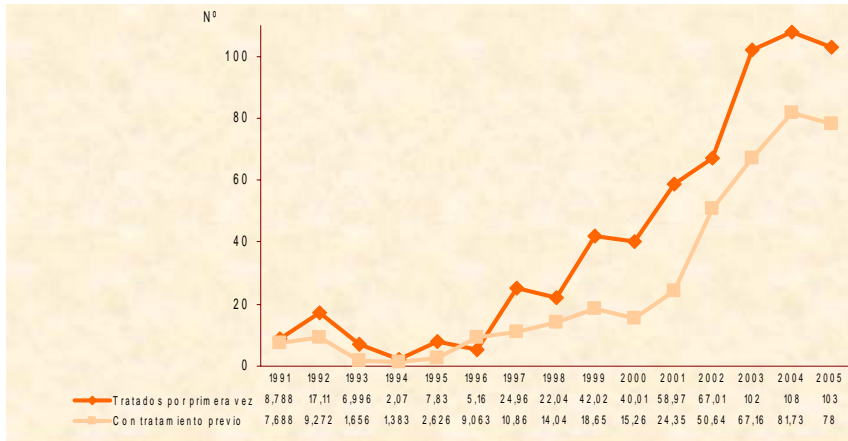


FIGURA 4.1.6. Número de tratados por abuso o dependencia a cocaína. Asturias 1991-2005.

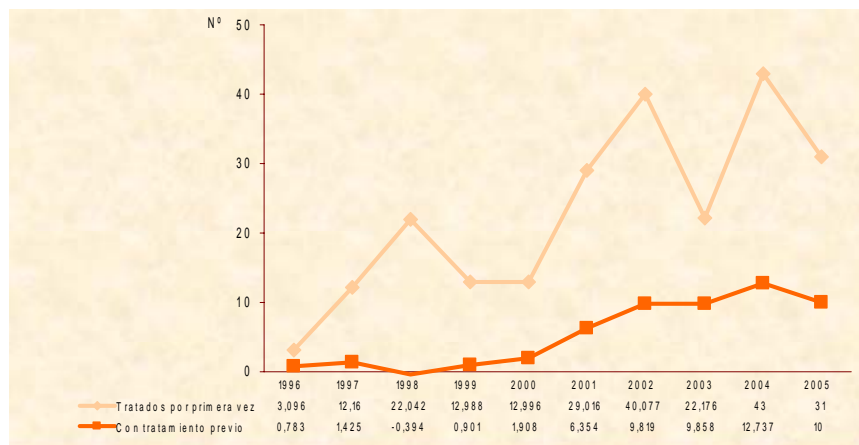


La tendencia que muestra la curva evolutiva de las personas que inician tratamiento por consumo o abuso a la cocaína es inversa a la comentada anteriormente. Desde 1994 se observa un notable incremento en el

número de personas atendidas tanto en la estratificación “con tratamiento previo” como “sin tratamiento previo”, que debe atribuirse al aumento en la prevalencia de consumo de cocaína y también a la creación de nuevos servicios especializados de atención a toxicómanos dependientes a esta sustancia (Figura 4.1.6.).

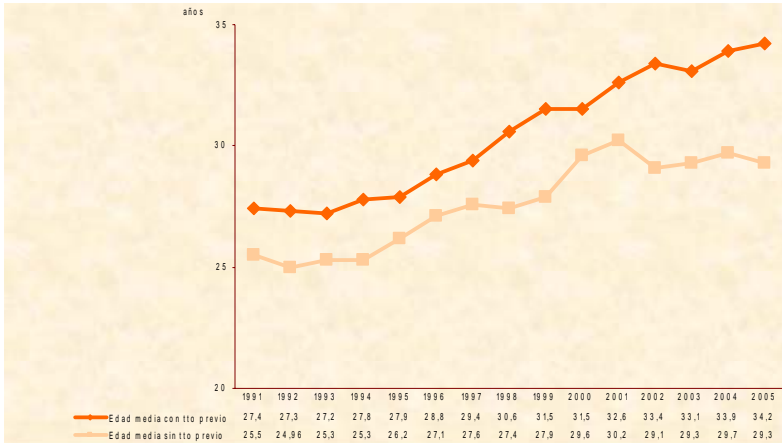
FIGURA 4.1.7. Número de tratados por abuso o dependencia a cannabis. Asturias 1996-2005.

Un porcentaje relativamente pequeño de población asturiana está a tratamiento por problemas derivados del uso del cannabis. A pesar de la creencia tan extendida de que el consumo de esta sustancia es poco lesiva para la



salud y no genera ningún tipo de dependencia cada son más las personas que son tratadas tanto por “primera vez” como “con tratamiento previo” por abuso o dependencia al cannabis (Figura 4.1.7.).

FIGURA 4.1.8. Evolución de la edad media de las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 1991-2005.

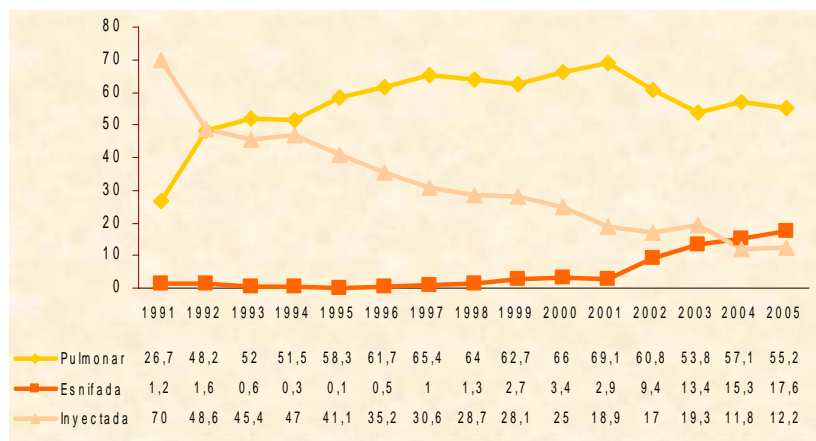


Como puede observarse en la figura adjunta la edad media de las personas registradas en el indicador "Admisión a Tratamiento" va aumentando paulatinamente con los años. Entre los "nuevos admitidos" la edad media es siempre algo menor que la de los admitidos con anterioridad y su

curva evolutiva expresa una cierta estabilización desde el año 2000. Las personas que ya están a tratamiento aumentan la edad en los diversos episodios de atención porque han supervivido y/o superado los graves problemas de salud que durante años afectaban a las personas con consumo abusivo de drogas. También, a lo largo del periodo ha descendido el número de admisiones "con tratamiento previo" lo que da idea de una mayor continuidad en la atención que en ocasiones se ve interrumpida por razones laborales, judiciales u otras, pero que confirma el envejecimiento (en términos relativos a la población de referencia) de la población que está en contacto con los servicios (Figura 4.1.8.).

FIGURA 4.1.9. Vía principal de consumo en las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 1991-2005.

La evolución del indicador "vía principal de consumo" muestra como conclusiones más relevantes el paulatino descenso de la vía inyectada y el incremento en la vía esnifada o intranasal.



Lógicamente las causas hay buscarlas en el retroceso

experimentado en el consumo de la heroína, en los programas de reducción de riesgo implantados y el auge que tiene en estos momentos la cocaína que es utilizada fundamentalmente por vía intranasal o esnifada.

La vía pulmonar o fumada es la vía de elección más utilizada con unos porcentajes de usuarios mucho mayores y una tendencia más estable en los últimos años.

FIGURA 4.1.10. Situación laboral de las personas Admitidas a Tratamiento Asturias 1996-2005.

El número de personas que estabilizan su situación laboral, como puede verse en la gráfica 10, va en aumento desde 1996 hasta el 2005.

Ello puede ser debido a que el tipo de sustancias que se consumen actualmente no ocasionan una deterioro personal tan acentuado como sucedía con la heroína y, por tanto

permiten compatibilizar con una vida laboral activa; además, las personas que acuden a solicitar tratamiento cada vez tiene más edad y lógicamente están más insertos en el mercado laboral, por último, los usuarios de estos servicios cada vez se afianzan más en sus tratamientos obteniendo una mejoría en su salud que les permite reintegrarse a la vida laboral.

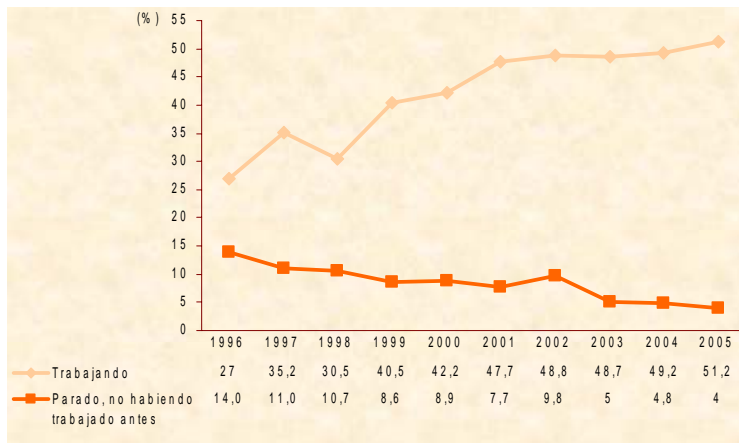
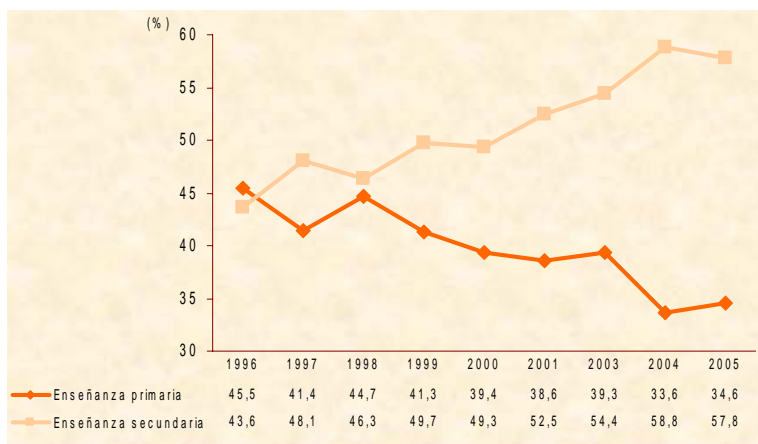


FIGURA 4.1.11. Nivel máximo de estudios (estudios primarios y secundarios) alcanzado por las personas Admitidas a Tratamiento Asturias 1996-2005.

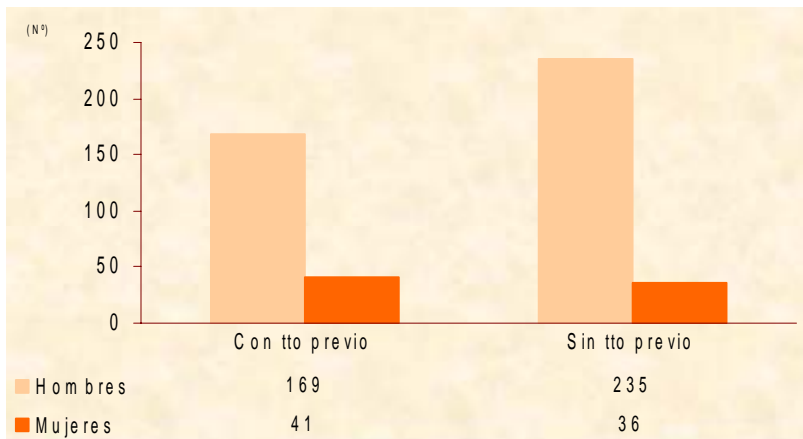


Al igual que sucede en el indicador anterior, el nivel de estudios de esta población sujeta a tratamiento tiende a mejorar con el paso de los años. Como puede verse en el gráfico adjunto cada vez son más las personas que terminan la enseñanza secundaria e incluso los que acceden a estudios universitarios.

Esta mejoría académica de este colectivo es muy parecida a la que se observa en la población general si bien en el caso que nos ocupa está condicionada por la variable edad y también por el tipo de sustancias consumidas.

Tratamiento por abuso o dependencia a alcohol.

FIGURA 4.1.12. Porcentaje de personas tratadas por abuso o dependencia del alcohol en las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 2005.

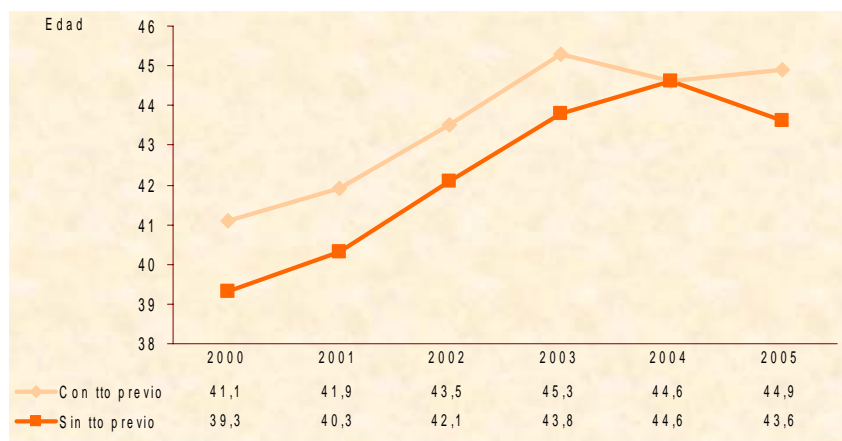


En el año de referencia (2005), 541 personas fueron admitidas a tratamiento por abuso o dependencia del alcohol. De ellos, 210 fueron en personas "con tratamiento previo" y 271 "sin tratamiento previo". Más de ocho de cada diez admitidos en las dos estratificaciones son varones que

lógicamente al tener una prevalencia de consumo de alcohol más elevada que las mujeres demandan más solicitudes de atención.

FIGURA 4.1.13. Evolución de edad media de las personas tratadas por abuso o dependencia del alcohol Admitidas a Tratamiento. Asturias 1996 – 2005.

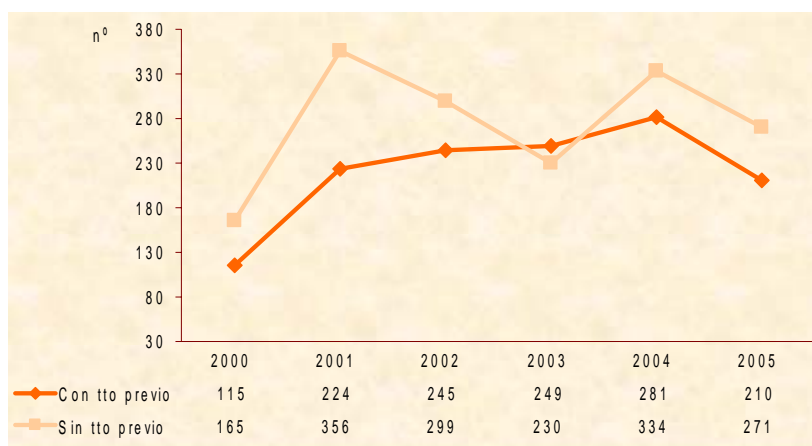
El alcohol es una sustancia que ocasiona problemas a más largo plazo que las drogas ilegales, por esta razón la edad media en la que las personas solicitan atención por problemas de alcohol es más tardía. En el año 2005 la media de edad se aproximó a los 45 años en los sujetos ya sometidos a tratamiento y fue de 43,6 en las personas "sin tratamiento previo".



La curva evolutiva muestra una tendencia creciente con un incremento de más de tres años de edad desde el 2000 al 2005 en las dos tipologías estudiadas.

FIGURA 4.1.14. Personas tratadas por abuso o dependencia del alcohol en las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 1996 – 2005.

A lo largo de los últimos seis años han aumentado el número de personas que acuden a los servicios por problemas con el alcohol. Este incremento se produjo tanto en el colectivo de personas “con tratamiento previo”, que en año 2000 eran 115 y en el 2005 son



210 personas, como en el las personas que solicitan “tratamiento por primera vez”, que en año 2000 eran 165 personas y actualmente son ya 271 usuarios.

La creación de dispositivos asistenciales específicos de atención a personas con problemas con el alcohol puede en parte explicar este incremento que se viene evidenciando desde el año 2000 en las dos grupos contempladas.

4.2. Programas Residenciales: perfil de los pacientes que acceden a tratamiento en Comunidades Terapéuticas de Drogodependientes. Asturias 2001- 2005.

Con objeto de realizar una oferta amplia y diversificada para el tratamiento de las drogodependencias y dentro del Programa General de Atención a Drogodependientes y el Plan sobre Drogas para Asturias (Estrategia 12, Iniciativa 58), nuestra Comunidad Autónoma establece un sistema de concertos y ayudas económicas individuales para facilitar el tratamiento en Comunidades Terapéuticas de Drogodependientes (CTD) para deshabituación de pacientes con trastorno por uso de sustancias en los que se considere oportuna esta indicación terapéutica.

La Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas (UCPD) es la encargada de gestionar, autorizar y confirmar las plazas disponibles en las distintas Comunidades y/o la pertinencia de subvención individual.

Las CTD acreditadas por el Principado de Asturias son en la actualidad:

- Proyecto Hombre.
- "El Valle". Asociación Pedagógico Terapéutica de Asturias (APTAS).
- Fundación Instituto Spiral.
- ARAIS (Comunidad Terapéutica en Adicciones. Pravia).

El acceso a una plaza en CTD puede ser a través de plazas concertadas o mediante subvención parcial individual, en función de los recursos económicos del drogodependiente y su familia.

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar asistencia en régimen de CTD mediante ayudas económicas para la rehabilitación y reinserción social de drogodependientes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Favorecer la deshabituación y reinserción social de las personas drogodependientes.
- Propiciar que el usuario comprenda y analice su dependencia.
- Aprender a identificar situaciones de riesgo y estrategias para su afrontamiento.
- Desarrollar actitudes y habilidades de autoreforzamiento.
- Adquirir capacidades de autocontrol y autonomía personal del usuario.

DESTINATARIOS:

- Drogodependientes y personas con problemas relacionados con el consumo de drogas, cuyo tratamiento adecuado es en este tipo de régimen y cuyo fin sea la abstinencia en el consumo de estas sustancias.
- Drogodependientes residentes en Asturias al menos en el último año, o menos en situaciones excepcionales que serán evaluadas por la Comisión de Valoración de la Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas.

TABLA 4.2.1. Perfil de usuarios de Programas Residenciales. Asturias 2001/2005.

Resumen	2001	2002	2003	2004	2005
Atendidos	413	408	486	534	589
Media de edad	31.5	31.4	34.1	34.8	35.6
Sexo (v/m %)	83 / 17	81 / 19	81 / 19	82 / 18	81 / 19
Nivel de formación	Estudios primarios (59%)	Estudios primarios (59%)	Estudios primarios (56%)	Estudios primarios (58%)	Estudios primarios (56%)
Situación Laboral	Paro (57%)	Paro (45%)	Paro (43%)	Paro (38%)	Paro (52,12%)
Estado civil	Soltero (56%)	Soltero (53%)	Soltero (50%)	Soltero (49%)	Soltero (59,9%)
Convivencia al iniciar el Programa	Familia origen (44%)	Familia origen (39%)	Familia origen (44%)	Familia origen (38%)	Familia origen (45%)
Droga principal de abuso	Heroína (60%)	Heroína (48%)	Heroína (42%)	Heroína (42%)	Heroína (31%) Cocaína (31%)
Edad del inicio consumo droga principal	17.5 años	18 años	18 años	18.8 años	19,1 años
Antecedentes penales	52%	36%	37%	30%	42,8%
VIH	43 (10%)	62 (15%)	27 (6%)	34 (6%)	48 (8%)
VHC	55 (13%)	158 (39%)	126 (26%)	103 (19%)	117 (19,86%)
Patología Psiquiátrica	48 (34%)	184 (45%)	229 (47%)	273 (51%)	310 (52,63%)

Como puede apreciarse en la tabla 4.2.1. el número de pacientes atendidos a lo largo de los últimos 5 años aumenta gradualmente, posiblemente por un aumento paralelo en la oferta de plazas en este tipo de recursos.

El perfil tipo de los pacientes derivados a este tipo de recursos en los últimos años continúa siendo mayoritariamente el de un varón, cuya edad media se incrementa progresivamente, mantiene el nivel de formación en estudios primarios, soltero, en paro y conviviendo con su familia de origen.

La demanda de tratamiento se ha ido reduciendo a la mitad en el caso de los opiáceos, hasta llegar a 2005 en que se ha igualado con la de cocaína, hecho que concuerda con lo publicado en cuanto al aumento de consumo de psicoestimulantes y el abandono en el de heroína. La edad de inicio en el consumo de la droga principal ha aumentado en este último lustro en un año y medio.

Los pacientes en estos recursos presentan un aumento en el diagnóstico de cuadros psicopatológicos añadidos a la dependencia de sustancias, en paralelismo con lo que se

observa en sus familiares más directos. Este hecho puede relacionarse con una mejoría en el diagnóstico de estos cuadros en este grupo de población.

En cuanto a la infección por el VIH y la Hepatitis C se observa un cierto control, posiblemente relacionado con el nuevo perfil de pacientes que utilizan este tipo de recursos, más asociados con el consumo de alcohol y cocaína que con el de derivados opiáceos.

Para terminar, la problemática legal de los pacientes ha mejorado con el paso de los años.

Datos más completos se pueden consultar en las tablas que se exponen a continuación.

TABLA 4.2.2. Perfil de usuarios de Programas Residenciales según nivel de formación. Asturias 2001/2005.

Nivel de formación	2001 N (%)	2002 N (%)	2003 N (%)	2004 N (%)	2005 N (%)
Sin estudios primarios	102 (25%)	89 (22%)	52 (11%)	85 (16%)	104 (18%)
Estudio primarios BUP/FP	242 (59%)	240 (59%)	272 (56%)	312 (58%)	332 (56%)
Estudios superiores	66 (16%)	70 (17%)	145 (30%)	114 (21%)	126 (21%)
	3 (0%)	9 (2%)	17 (3%)	23 (5%)	27 (5%)
Número total	413	408	486	534	589

TABLA 4.2.3. Perfil de usuarios de Programas Residenciales según situación laboral. Asturias 2001/2005.

Situación laboral	2001 N (%)	2002 N (%)	2003 N (%)	2004 N (%)	2005 N (%)
Activo	83 (23)	108 (31)	150 (35)	192 (40)	79 (13)
Pensión	44 (12)	34 (10)	40 (9)	59 (12)	98 (17)
Baja laboral	27 (8)	49 (14)	55 (13)	51 (10)	108 (18)
Paro	206 (57)	159 (45)	188 (43)	184 (38)	304 (52)
Total	360	350	434	486	589

TABLA 4.2.4. Perfil de usuarios de Programas Residenciales según estado civil. Asturias 2001/2005.

Estado civil	2001 N (%)	2002 N (%)	2003 N (%)	2004 N (%)	2005 N (%)
Soltero	232 (56)	217 (53)	248 (50)	263 (49)	347 (59)
Casado/Pareja	70 (17)	102 (25)	110 (22)	113 (21)	110 (19)
Separado/divorciado	111 (27)	71 (17)	124 (25)	152 (28)	125 (21)
Viudo	0 (0)	5 (1)	11 (3)	6 (2)	7 (1)
Total	413	408	493	534	589

TABLA 4.2.5. Perfil de usuarios de Programas Residenciales según convivencia al inicio del Programa. Asturias 2001/2005.

Convivencia al iniciar el programa	2001 N (%)	2002 N (%)	2003 N (%)	2004 N (%)	2005 N (%)
Solo	82 (20)	84 (21)	74 (15)	94 (18)	56 (14)
Familia de origen	179 (44)	158 (39)	214 (44)	204 (38)	186 (45)
Familia propia	66 (16)	101 (25)	127 (26)	160 (30)	105 (26)
No estable	83 (20)	45 (11)	70 (15)	76 (14)	63 (15)
Total	410	408	486	534	410

TABLA 4.2.6. Perfil de usuarios de Programas Residenciales según droga principal de abuso. Asturias 2001/2005.

Droga principal de abuso	2001 N (%)	2002 N (%)	2003 N (%)	2004 N (%)	2005 N (%)
Heroína	255 (60)	196 (48)	205 (42)	225 (42)	185 (31)
Cocaína	47 (11)	43 (11)	89 (18)	104 (19)	184 (31)
Alcohol	103 (24)	139 (34)	141 (29)	136 (25)	156 (26)
Otras	17 (5)	12 (3)	50 (10)	69 (13)	64 (11)

4.3. Programas jurídico penales y de reincorporación social

4.3.1. Intervenciones con usuarios de drogas en el Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 2001-2005.

Una de las variables más determinantes de la población penitenciaria es la adicción a sustancias tóxicas. Alrededor del 50% de las personas que ingresaron en prisión en el año 1989 declararon haber consumido drogas el mes previo a su ingreso, de ellas el 79% dijeron haber reutilizado y compartido jeringuillas, guardando además una estrecha relación la comisión de delitos con el consumo de drogas.

En el estudio “Drogodependientes que ingresan en prisión: consumo y prácticas de riesgo” realizado entre noviembre y diciembre de 2000 por Instituciones Penitenciarias, se aportan los siguientes datos referidos al consumo de drogas: el 77, 2% de los internos consumía drogas incluido alcohol en el mes anterior al ingreso. Un 46% eran consumidores de heroína y cocaína como sustancias principales.

Referido al total de la población penitenciaria el 30,7% de las personas que ingresan en prisión declararon ser consumidoras de heroína y cocaína.

Las prácticas de riesgo asociadas al consumo de drogas han traído y traen como consecuencia la presencia de enfermedades con importante repercusión en la salud individual y colectiva, siendo la infección por el VIH y en algunos casos el posterior desarrollo del SIDA y la infección por VHC las que adquieren mayor trascendencia, por la enorme repercusión que tienen en el proceso terapéutico del drogodependiente, en las familias, en la sanidad pública y en la sociedad en general.

El ordenamiento legislativo de la intervención con las personas privadas de libertad establece que el fin de la Institución Penitenciaria es la reeducación y reinserción social, protegiendo y velando la salud de los internos. Y a tal fin deben incluir en sus políticas en materia de prevención y tratamiento de la enfermedad las mismas estrategias que para el resto de la Comunidad.

Dada la enorme incidencia de factores y prácticas de riesgo entre la población drogodependiente que ingresa en prisión, la administración Penitenciaria considera que el objetivo prioritario de las intervenciones con esta población es la reducción al máximo de los daños y de los riesgos asociados al consumo de drogas, como son, la recaída en el consumo, la reincidencia en el delito y las infecciones y/o coinfección por VIH/ VHC.

En este sentido tanto los programas de desintoxicación, como de deshabituación, los programas de mantenimiento con metadona o el PIJ (programa de intercambio de jeringuillas), deben estar encaminados a reducir los daños y los riesgos, contemplando aspectos preventivos, asistenciales sanitarios, psicoterapéuticos, educativos, formativos y sociales.

Los profesionales que trabajamos en el medio penitenciario somos conscientes de las profundas carencias educativas que presenta la mayoría de la población interna en nuestros centros penitenciarios. También sabemos que su nivel de salud es significativamente inferior al de la población general, y que educación y salud marchan de forma paralela, de manera que las personas con mejor nivel educativo presentan un estado más saludable o, al menos, saben como procurarse los medios para mejorar su salud. Se trata de una tarea difícil, pues no hay que olvidar que una elevada proporción de reclusos han llegado a serlo a través de una situación de enfermedad, el consumo de sustancias adictivas, y que tanto esta circunstancia como la propia marginalidad que caracteriza con frecuencia un hábito delincinencial no son un buen punto de partida para tomar conciencia de la propia salud. Sin embargo, la convivencia forzosa de la población penitenciaria con los trabajadores del medio es paradójicamente, una ventaja a la hora de abordar este problema. El medio penitenciario como, la escuela, es un medio privilegiado para reforzar tomas de conciencia y cambios de actitud, siempre y cuando los profesionales implicados sean a su vez conscientes de la importancia de su labor.

Basándonos en todo esto se han llevado a cabo también en estos años programas de educación para la salud y formación de mediadores.

Los programas que se han llevado a acabo durante todos estos años son los siguientes:

- **Programa libre de drogas.** Llevado a cabo en las Unidades Terapéuticas y Educativas, donde siguiendo un modelo innovador dentro de los centros penitenciarios y partiendo de un modelo de cogestión entre los trabajadores de esas unidades (equipo multidisciplinar) e internos, teniendo como unidad básica de acción los grupos de terapia y apoyo se trabajan de forma integral todos los aspectos de las personas ingresadas en los mismos. Trabajando desde los problemas de consumos de sustancias y sus consecuencias, como sus problemas sociales, laborales y de salud. Este espacio libre de drogas que ocupaba un módulo de hombres, el 2, abrió sus puertas en el año 1998 para dar cabida a las mujeres y convertirse en un módulo mixto y en se mismo año se extendió al módulo 1. En el 2005 se extiende a otro módulo más el 4, surgiendo la Unidad Terapéutica y Educativa II y está en proceso de expansión hacia un cuarto módulo el 3.

- **Programa de Mantenimiento con Metadona.** Desde el año 1997 el Centro penitenciario de Villabona es una Centro prescriptor y dispensador de metadona, contando con un servicio autorizado de farmacia desde el año 2002, que se encarga de preparar la dilución de la sustancia. El número de usuarios en el programa fue aumentando progresivamente, llegando a superar los 300, estando en el momento actual alrededor de los 300. Este programa cuenta además con el apoyo de 2 terapeutas que prestan sus servicios en el Centro a través de Cruz Roja y que aunque resultan insuficientes, desarrollan labores de terapia de grupo e individuales, así como educación para la salud.

- **Programa de deshabituación con antagonistas.** Programa que existe como una opción más para los usuarios, que nunca ha tenido mucha demanda y que en la actualidad carece de usuarios, pero que seguimos manteniendo.

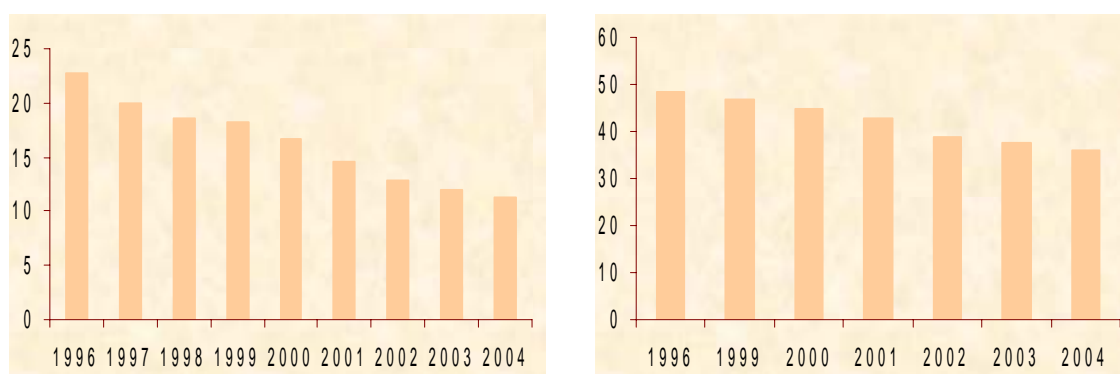
- **Programa de intercambio de jeringuillas.** Programa ideado para los inyectores de drogas, pese a estar prohibido su consumo en los centros penitenciarios. Este programa se inició en el 2001, fue muy polémico en sus inicios por el contexto en el que nos movemos. Se lleva a cabo por los Enfermeros del centro y el material del KIT que se intercambia es cedido por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado.

- **Programas de Educación para la salud.** Que incluyen además de los talleres de educación para la salud, grupos de autoayuda, talleres de salud y deporte, información, motivación y acogida.

Con todas estas intervenciones y aunque el camino por recorrer todavía es largo, podemos decir que según los datos de la D.G.I.P. (Dirección General de Instituciones Penitenciarias) y tal como se muestra en la figura 4.3.1.1., la evolución de la prevalencia de infección por VIH, ha descendido desde un 22,7 % en el año 1996 a 11,2% en el año 2004, de forma global en las prisiones españolas.

Y en cuanto a la infección por el VHC ha pasado de un 48,6% en el año 1998 a un 36,2% en el año 2004 (Figura 4.3.1.1.).

FIGURA 4.3.1.1. Evolución de la prevalencia de infección VIC y VIH en usuarios de drogas en el Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 1998 – 2004.



Las intervenciones que se han llevado a cabo se detallan a continuación:

TABLA 4.3.1.1. Actividades de información motivación al ingreso en usuarios de drogas del Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 2001 – 2005.

2001	2002	2003	2004	2005
2072	607	973	1795	1037

TABLA 4.3.1.2. Desintoxicaciones por año ingreso en usuarios de drogas del Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 2001 – 2005.

2001	2002	2003	2004	2005
220	220	240	266	275

TABLA 4.3.1.3. Programa de intercambio de jeringuillas en usuarios de drogas del Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 2001 – 2005.

	2001	2002	2003	2004	2005
KIT entregados	347	1456	1815	2526	1934

TABLA 4.3.1.4. Programa de metadona (dispensación) en usuarios de drogas del Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 2001 – 2005.

	2001	2002	2003	2004	2005
Presentes 31 diciembre	306	309	308	274	273
Entradas	394	331	373	326	330
Salidas	324	330	376	360	331

TABLA 4.3.1.5. Programa de metadona intervención psico-social en usuarios de drogas del Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 2002 – 2005.

	2002	2003	2004	2005
Presentes 31 diciembre	33	48	35	37
Entradas	32	66	74	21
Salidas	25	51	87	19

TABLA 4.3.1.6. Programa de deshabitación con antagonistas (naltrexona) en usuarios de drogas del Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 2001 – 2005.

2001	2002	2003	2004	2005
38	65	80	80	3

TABLA 4.3.1.7. Actividades en el Módulo Terapéutico (Deshabitación) del Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 2001 – 2005.

	2001	2002	2003	2004	2005
Presentes 31 diciembre	178	183	190	185	283
Entradas	270	312	327	316	689
Salidas	247	336	320	321	591

TABLA 4.3.1.8. Incorporación social desde el Módulo Terapéutico del Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 2001 – 2005.

	2001	2002	2003	2004	2005
Centros de día	4	-	16	17	7
Comunidad Terapéutica	47	44	32	24	45
Otros recursos	9	-	-	-	-

TABLA 4.3.1.9. Actividades de educación para la salud desde el Módulo Terapéutico del Centro Penitenciario de Villabona. Asturias 2001 -2004.

	2001	2002	2003	2004
Talleres	95	115	95	271
Charlas	429	169	189	460
Otras	28	-	303	-
Total	552	284	587	731

4.3.2. Programa de Inserción Social de Personas Privadas de Libertad. Fundación ADSIS.

En el año 1998 la Fundación Adsis se plantea la posibilidad de desarrollar en Asturias un programa de intervención para favorecer la inserción social de personas privadas de libertad, impulsada desde la experiencia de intervención en dicho sector en Vitoria y Valencia.

Como quiera que la Fundación Adsis tenía referencia del trabajo que, a favor de la inserción social de las personas privadas de libertad drogodependientes, venían desarrollando los profesionales del Equipo Multidisciplinar de la Unidad Terapéutica del Centro Penitenciario de Villabona, a través de la creación de un espacio libre de drogas dentro de la prisión, se dirigió a ellos con el fin de plantearles la posibilidad de crear un programa de intervención con sus destinatarios.

Así se fraguó el Programa de Inserción Social de Personas Privadas de Libertad. Inicialmente pactamos la realización de un proceso de conocimiento del espacio de intervención, de los destinatarios y de la metodología y principios de intervención de la Unidad Terapéutica.

Simultáneamente se inició un proceso de formación específica del grupo de voluntarios Adsis que iban a participar en el proyecto, dada la peculiaridad del medio y de los beneficiarios de intervención.

Sobre la base de mucho diálogo y la estructuración de unos cauces de coordinación permanente para optimizar la intervención, en enero de 1999 se puso en marcha la primera actividad, consistente en la realización dentro de la Unidad Terapéutica de dos talleres semanales, cuyos temas fueron elegidos por su contenido terapéutico y educativo. Por aquel entonces toda la actividad y colaboración se desarrollaba dentro del Centro penitenciario, en la Unidad Terapéutica.

A primeros del año 2000 propusimos y empezamos a preparar la primera experiencia de libertad para internos clasificados en segundo grado, que fue el Campo de Trabajo, desarrollado en Morcín.

Progresivamente se han ido implantando otras actividades como el Acompañamiento en Permisos Penitenciarios (año 2001), Acompañamiento a la Inserción Laboral (año 2001), apertura del Centro de Día (año 2002) y la Sextaferia (año 2005).

Finalidad del Programa

Posibilitar la recuperación personal y la inserción social y laboral de personas que, teniendo que cumplir penas por motivos vinculados a la dependencia de sustancias tóxicas, tengan las condiciones necesarias para realizar un proceso socioeducativo en libertad.

Objetivos del proceso

Dadas las características de los destinatarios del programa, el Centro de Día Adsis-Beleño se propone desarrollar un proceso con los siguientes objetivos generales que concretan la finalidad antes expresada:

- a. Posibilitar una estructura personal coherente y sólida, capaz de afrontar las dificultades de la vida de forma personal y socialmente positiva y normalizada, generando hábitos saludables.
- b. Generar y adquirir las habilidades necesarias para mantener una red personal de relaciones sociales y afectivas que respondan a las necesidades de afecto, comunicación, responsabilidad con los demás, servicio y valoración personal.
- c. Incorporar positiva, crítica y conscientemente la realidad y las relaciones familiares (familia de origen y/o propia) en la propia vida.
- d. Lograr una inserción laboral estable y equilibrada con la realidad personal (capacidades, necesidades e intereses), asumiendo los límites y la responsabilidad que conlleva y asumiendo el trabajo como forma normalizada de acceso a los bienes necesarios para vivir.
- e. Normalizar la situación jurídica-penal personal.

Destinatarios.

Los destinatarios del Centro de Día son, por tanto, personas en segundo o tercer grado penitenciario provenientes de la Unidad Terapéutica de Villabona a través del artículo 100.2 en un primer momento y, una vez iniciado el proceso, del artículo 182, sin perjuicio de la posibilidad de incorporar personas con características adecuadas que no lleguen a ingresar en la prisión.

Criterios de admisión de los participantes

- En términos generales se requiere que el usuario manifieste de forma clara y expresa intención y actitud favorable hacia su recuperación así como disposición favorable hacia el tipo de intervención de este recurso.
- Preferentemente personas que requieran realizar un proceso de deshabituación de las drogas e inserción social.
- Personas que dispongan de algún apoyo/os y recursos (familia, pareja, vivienda...)
- Se admiten usuarios que no dispongan de ningún tipo de recurso pero se hará en un número de plazas limitado, dada la necesidad de concertar las plazas con otros recursos.

- Para las personas procedentes del Módulo Terapéutico
 - Usuarios de los que se ha hecho una valoración positiva de su evolución y motivación para el cambio por parte del equipo de la Unidad Terapéutica. Se considera que el recurso de Centro de Día puede ser apropiado para la persona teniendo en cuenta sus necesidades, trayectoria y motivación.
 - Personas que hayan tenido relación con el Centro de Día, o que hayan participado en alguno de los programas, actividades de la Fundación y que se valore positivamente su participación.
- Para las personas derivadas de otros recursos o peticiones particulares
 - Que las características y necesidades de la persona se ajusten lo más posible a las posibilidades de este recurso, valorando si hay otros recursos que se ajusten mejor a la demanda del usuario.

A continuación describimos brevemente los programas que se desarrollan:

FIGURA 4.3.2.1. Usuarios en el Programa de Inserción Social de Personas Privadas de Libertad. Fundación ADSIS. Asturias 2002-2005.

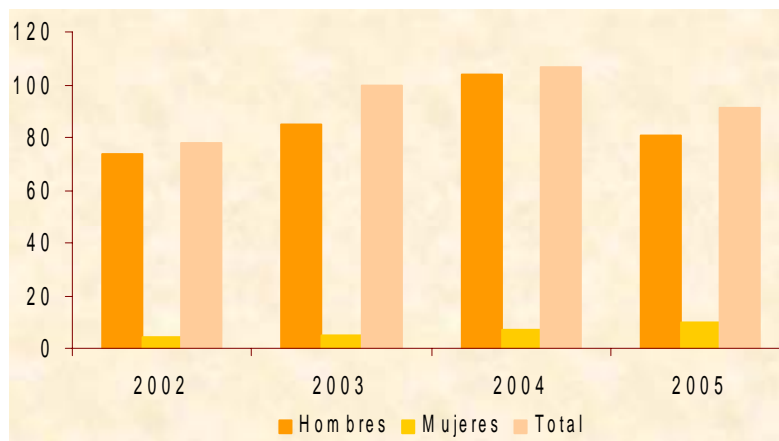
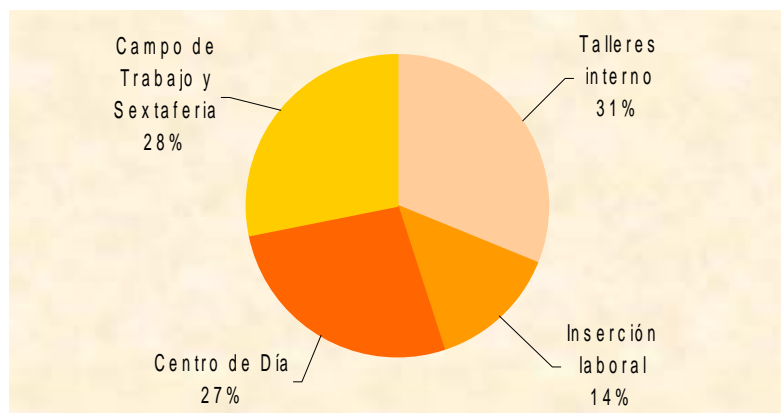


FIGURA 4.3.2.2. Porcentaje de usuarios en los diversos Programas que desarrolla la Fundación ADSIS. Asturias.



Centro de Día

“La finalidad del Centro de Día es lograr la recuperación personal y la inserción social y laboral de personas que teniendo que cumplir penas privativas de libertad, por motivos vinculados a la dependencia de sustancias tóxicas, tenga las condiciones necesarias para realizar un proceso socioeducativo en libertad.”

Dicho Centro ha sido autorizado y acreditado por Resolución de fecha 18 de noviembre de 2002 de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, como Centro de Atención Socio-sanitaria a Personas Drogodependientes.

Los beneficiarios del Centro de Día son personas en segundo o tercer grado penitenciario provenientes de la Unidad Terapéutica de Villabona a través del artículo 100.2 en un primer momento y, una vez iniciado el proceso, del artículo 182, sin perjuicio de la posibilidad de incorporar personas con características adecuadas, que no lleguen a ingresar en prisión.

Algunos **rasgos metodológicos** que definen el proyecto y la intervención son:

La continuidad con el proceso anterior, las actividades antes mencionadas nos ponen en contacto con el usuario y permiten iniciar aprendizajes y trabajar nuevas habilidades.

La personalización del proceso en función de las características de la persona, de su trayectoria, sus puntos fuertes y débiles, los recursos adquiridos o no... diseñando su itinerario específico.

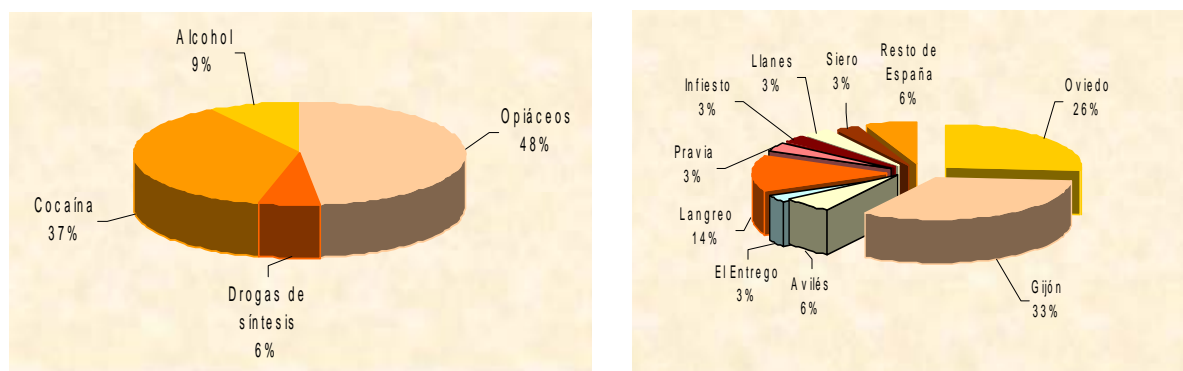
Otro elemento es la normalización, la Fundación Adsis opta por ir desarrollando la capacidad de vivir en libertad de forma procesual, para eso es necesario ir colocando a la persona en las situaciones habituales de la vida cotidiana (trabajo, familia, relaciones...).

De forma integral, trabajando todos los aspectos que configuran la vida de la persona, y esto lo hacemos a través de 5 áreas que llamamos de desarrollo personal, de competencia social, de acompañamiento familiar, de inserción laboral, y de asesoramiento jurídico.

Trabajo en red, utilizando los recursos existentes, ya sean formativos, sanitarios, culturales o de otro tipo

Algunos datos estadísticos de los usuarios

FIGURA 4.3.2.3. Usuarios del Centro de Día según sustancias consumidas y municipio de residencia. Fundación ADSIS. Asturias 2005.



Acompañamiento a la Inserción Laboral

Hasta ahora la formación ocupacional se realizaba al interno de prisión, pero en el año 2001 ponemos en marcha el programa de acompañamiento a la Inserción Laboral que pretende, posibilitar la realización de una formación cualificada en el área sociolaboral que mejore la empleabilidad de las personas que participan, apostando por la normalización y anticipando su inserción laboral.

Para ello la Fundación Adsis

- * gestiona con diferentes entidades formativas (Fundación Metal, Fundación Laboral de la Construcción, FUCOMI, FOREM etc.) cursos de formación ocupacional posibilitando el transporte y la comida a los centros formativos desde el C.P. de Villabona.
- * realiza el seguimiento del rendimiento de los internos en los cursos de formación, contactando con los monitores y tutores de los cursos.
- * y establece una formación complementaria a la que algunos internos reciben en los cursos de cualificación profesional.

El acompañamiento a la inserción laboral es una actividad que se desarrolla durante todo el año, con el objetivo de iniciar o completar el itinerario formativo de las personas privadas de libertad, participando en dicho programa entre 10 y 15 internos de la Unidad Terapéutica del Centro Penitenciario de Villabona todos ellos clasificados en segundo grado penitenciario.

Campo de Trabajo

Configurado como experiencia de semilibertad en la que internos de la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona participan durante 10 ó 15 días en actividades de contenido comunitario (recuperación medio ambiental de entornos, limpieza y recuperación de caminos reales o fuentes, etc.) programadas en colaboración con un Ayuntamiento asturiano, que revierten directamente en beneficio del municipio, regresando cada noche a pernoctar a prisión. El Campo de Trabajo supone un

punto de inflexión en el proceso personal de los participantes y una experiencia profunda para todos los interviene en ellas, con una clara proyección sobre la conciencia social respecto a las personas privadas de libertad y sus posibilidades reales de normalización y reinserción social.

La jornada de trabajo se inicia en torno a las 9 de la mañana, dando comienzo al trabajo, consistente en la limpieza, recuperación y acondicionamiento de espacios y caminos de la zona, u otros trabajos de contenido similar. Por las tardes, tras la comida en común y la realización de las tareas domésticas correspondientes, realizamos las actividades programadas, de carácter educativo y lúdico.

El número de internos participantes en el campo de trabajo no será inferior a 14 personas ni superior a 18. La selección de los participantes en el campo será responsabilidad de la Fundación Adsis en colaboración con la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona.

Este año se llevará a cabo en el Ayuntamiento de Aller.

Sextaferia

En colaboración con el Ayuntamiento de Aller, hemos diseñado una actividad que consiste en promover una experiencia similar al campo de trabajo, más reducida en número de días, pero con la particularidad de que los internos, clasificados en segundo grado, salen del centro penitenciario de Villabona para realizar trabajos comunales en el municipio junto con los vecinos del mismo, favoreciendo así la integración desde la convivencia y el trabajo compartido. Su realización está prevista para el mes de mayo, y en esta edición se llevará a cabo en el Ayuntamiento de Gijón.

En la experiencia está prevista la participación de 15 internos.

Talleres al Interno de Prisión

Además de las anteriores actividades mencionadas, en el Módulo Terapéutico del Centro Penitenciario de Villabona se realizan con carácter permanente talleres de carácter educativo y terapéutico con periodicidad semanal, animados por un profesional apoyado por voluntarios.

Todas las actividades previstas cuentan con el apoyo de los voluntarios Adsis, como elemento normalizador y potenciador de unas relaciones sociales positivas

4.3.3. Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD). Asturias 2004-2005.

La Asociación Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (S.I.A.D.), es una asociación sin ánimo de lucro, fundada en 1987 que interviene en todos los campos sociales, principalmente en el jurídico penitenciario.

El S.I.A.D. dispone de un número de profesionales de diversas disciplinas, lo que permite desarrollar intervenciones de planificación, programación y ejecución tanto de actuaciones implementadas desde otras organizaciones públicas o privadas que así lo soliciten, como de programas diseñados por la propia Asociación.

La consolidación y experiencia de S.I.A.D. en el marco jurídico-penitenciario ha quedado reconocida con el "Premio especial de colaboración con la justicia" concedido por la Asociación de Antiguos Alumnos de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid en el año 2002.

Objetivos de la intervención en Juzgados/Audiencia Provincial:

- Asesoramiento a Jueces y Fiscales.
- Detección de la población drogodelincuente.
- Información y orientación a la población con problemas jurídico-penitenciarios.
- Información de los recursos asistenciales a usuarios y familiares.
- Información y orientación sobre las gestiones judiciales necesarias en cada fase del procedimiento penal, tanto al usuario como a sus familiares.
- Valoración sobre las circunstancias socio-personales de los drogodependientes con problemas legales.
- Periciales para Juicios.
- Coordinación con los órganos judiciales, dirigida al conocimiento global de la situación biopsicosocial del drogodependiente para que así conste en los procedimientos judiciales y con los profesionales de los recursos asistenciales públicos/privados.
- Seguimiento: se llevara a cabo a instancia de los juzgados y tribunales, con la periodicidad que estimen oportuna.

En definitiva, el objetivo general de los distintos servicios es desarrollar actuaciones encaminadas a paliar las carencias de diversos colectivos en el ámbito de la intervención social:

Trabajando sobre los principios de integración y normalización, progresando en la ampliación y modernización permanente de los profesionales. Todo ello en un continuo proceso de adaptación al entorno y a nuevas necesidades. Mediando y evaluando de manera sistemática la intervención y los resultados, potenciando y promoviendo el trabajo interdisciplinar, integrado y coordinado y procurando que la asistencia y la intervención se orienten al individuo y sus necesidades.

TABLA 4.3.3.1. Perfil de los usuarios de las personas atendidas por el Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD). Asturias 2004-2005.

Resumen	2004	2005
Atendidos	N = 214	N = 461
Sexo (v/m %)	95/5	95/5
Edad media	34 años y 1 mes	33 años y 8 meses
Estado civil	Soltero 71%	Soltero 65%
Hijos	Ninguno 59%	Ninguno 53%
Convivencia		Familia de origen 40%
Drogas principales	Alcohol, 70% cannabis 48% y cocaína 44%	Alcohol 72%, cannabis 57% y cocaína 50%
Edad de inicio	20 años y 3 meses	17 años y 9 meses
Vías de consumo	Oral y fumada	Oral y fumada
Tratamiento anterior	No 64%	No 67%
Tratamiento actual	No 58%	No 66%
Tiempo en tratamiento	Mas de 24 meses 37%-	Mas de 24 meses 47%
Delito	Robo con fuerza 18%	Robo con fuerza 17%
Decisión judicial	Libertad 89%	Libertad 86%
Estancia anterior en prisión	Sí 41%	
Comisaría detención	Oviedo 81%	Gijón 57%

Respecto a los datos del bienio que el SIAD lleva funcionando en Asturias no permiten hacer demasiadas inferencias. El aumento en el número de atendidos está en relación con la puesta en funcionamiento del Servicio en Gijón que el año anterior- 2004- aún no estaba a pleno rendimiento.

La proporción de sexos es abrumadora a favor de los varones. La edad media es bastante alta, es claro que nos encontramos con un tipo de población policonsumidora de sustancias muy “baqueteada” por los problemas de todo tipo generados por la adicción.

El retrato robot es el de un varón de unos 34 años, soltero, sin hijos, con formas de convivencia no estables, consumidor de alcohol, cannabis y cocaína fundamentalmente, entre 10 y 15 años de consumo, habiendo pasado por numerosos e ineficaces tratamientos anteriores y definitivamente *estigmatizado* (a menos que el Servicio cumpla sus expectativas) como “delincuente toxicómano”.

4.3.4. Programa Centro de Día (Asociación de Amigos contra la Droga).

Orígenes del Centro de Día

La Asociación Amigos contra la Droga fue fundada por un grupo de familiares de drogodependientes que decidieron unir sus fuerzas para intentar realizar alguna aportación a la lucha contra las drogodependencias. El ingreso en la UNAD (Unión Española de Asociaciones de Ayuda al Drogodependiente) fue decisivo para la trayectoria posterior de la Asociación, y para la gestación del proyecto de un Centro de Día que actualmente constituye su principal actividad. Con la colaboración de profesionales, se elaboró el Programa, dirigido a la reinserción social de drogodependientes en régimen de centro de día, que fue aprobado por el Ministerio de Asuntos Sociales, recibiendo, a partir de entonces, subvenciones de dicha entidad, y posteriormente, de otras Administraciones.

El Programa se puso en funcionamiento en 1.991 y desde entonces ha funcionado ininterrumpidamente.

Descripción del programa

Se trata de un Programa de alta exigencia, ya que se requiere la abstinencia a drogas durante su realización y es obligatoria la participación de la familia en el proceso. La realización del Programa es compatible con el seguimiento de un tratamiento con metadona. Va dirigido a drogodependientes con un nivel de deterioro medio-alto.

Los requisitos para iniciar el programa son: tener un problema severo de adicción a sustancias; haber superado el síndrome de abstinencia y aceptar la colaboración de la familia. Tienen preferencia los usuarios derivados de Centros Penitenciarios o derivados por un Juez para el cumplimiento de medidas terapéuticas alternativas al ingreso en prisión. El Programa es gratuito para los usuarios. Existe un contrato terapéutico en el que se recogen los compromisos que adquiere el usuario, su familia y el equipo del centro.

La intervención gira en torno a 4 ejes fundamentales: talleres formativos y entrenamiento en habilidades sociales para la consecución de los objetivos relacionados con los hábitos sociales y habilidades laborales; intervención psicológica a nivel individual, grupal y familiar para la consecución de los objetivos relacionados con la abstinencia a drogas; elaboración de itinerarios individualizados de inserción laboral y entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo para la consecución del objetivo de incorporación laboral; e intervención a nivel jurídico para promover la concesión de medidas alternativas al ingreso en prisión.

El horario del Centro es de 10 a 18:30 h., de lunes a viernes. Las mañanas se dedican a los talleres y las tardes a los grupos de terapia, en los que se trabaja sobre el afrontamiento de las dificultades para el mantenimiento de la abstinencia. Fuera del

horario del Centro se exigen una serie de compromisos relacionados con la planificación del tiempo libre y el desarrollo de responsabilidades. La duración aproximada del Programa es de 18 meses, 12 en régimen de centro de día y 6 en régimen ambulatorio, aunque la etapa ambulatoria puede prolongarse a petición del usuario, o si las circunstancias lo requieren. Antes de iniciar el Programa se realiza una evaluación de cada caso para establecer los objetivos individualizados.

Objetivos e indicadores de resultados.

Objetivo 1: Proporcionar asistencia psicológica específica ante los problemas derivados de la adicción a sustancias. Indicador de resultados: abstinencia medida a través de analíticas para la detección de sustancias psicoactivas en orina.

Objetivo 2: Proporcionar un recurso adecuado para el cumplimiento de medidas alternativas al ingreso en prisión. Indicador: número de usuarios que se benefician de alguna de las siguientes medidas, Sustitución de penas privativas de libertad por realización de tratamiento en nuestro centro; excarcelación de reclusos en tercer grado penitenciario para la realización del programa; y concesión de la libertad condicional con la condición de realizar el programa en el centro.

Objetivo 3: Desarrollo de hábitos sociales y laborales básicos. Se toman como indicador las observaciones recogidas en distintos cuestionarios y registros de actividades.

Objetivo 4: Facilitar la inserción laboral de los usuarios que lleguen a la tercera fase del programa. El indicador de este objetivo es el porcentaje de usuarios que, tras llegar a la fase de inserción laboral, obtienen empleo.

Objetivo general: Elevar la calidad de vida de los usuarios. Como indicador tomamos la media de estancia, dado que los grandes estudios de seguimiento de programas dirigidos a drogodependientes señalan que estancias más prolongadas garantizan resultados más perdurables, y que éstos empiezan a ser significativos a partir de los tres meses de permanencia en un programa.

Actividades que incluye el Programa

Los tres cuadros siguientes recogen las principales actividades del programa, clasificadas por áreas generales. Otras actividades están relacionadas con el ocio: visitas culturales y excursiones, además de la organización de distintos eventos.

TABLA 4.3.4.1. Actividades en el Área Psicológica. Asociación de Amigos contra la Droga. Asturias 2002-2005.

Periodicidad		Área psicológica Intervención a nivel individual	
		Objetivos y contenidos	Beneficiarios
La periodicidad media de la intervención individual es de una sesión semanal de 60 minutos.		Tratar problemas que, sin estar directamente relacionados con el consumo de drogas, pueden influir en el mantenimiento de la abstinencia. Elaboración, puesta en marcha y seguimiento del plan de tratamiento individual y personalizado.	Todos los usuarios del Centro. Cada uno tiene asignada una psicóloga de referencia. Familiares de usuarios.
Intervención a nivel grupal			
Actividad	Periodicidad	Objetivos y contenidos	Beneficiarios
Grupos de terapia	4 veces a la semana. Duración de 90 minutos.	En los grupos se tratan todos los temas relacionados con las adicciones. Los principales contenidos son la prevención de recaídas , los problemas del día a día relacionados con el mantenimiento de la abstinencia, evaluaciones de evolución y funcionamiento en el Centro .	Todos los usuarios del Centro.
Grupos de familiares	1 vez por semana. Duración de 90 minutos.	Asesoramiento sobre la forma de proceder con sus familiares drogodependientes. Información sobre los procesos adictivos.	Familiares de usuarios del Centro.
Entrenamiento en HH SS	1 vez por semana. 45 minutos.	Entrenamiento en HH SS para facilitar la incorporación social y la creación de una red de apoyo social.	Todos los usuarios del Centro.
Educación para la salud	1 vez al mes. 60 minutos.	A través de diversas técnicas de dinámica de grupos se tratan temas de salud relacionados directa o indirectamente con las adicciones.	Todos los usuarios del Centro.
Otras actividades			
Coordinación con otros recursos terapéuticos		Cuando un usuario sigue otro tipo de tratamiento (mantenimiento con metadona, tratamiento psiquiátrico...) mantenemos contacto con el profesional responsable para llevar coordinadamente el caso.	Usuarios que siguen otros tratamientos médicos o psicológicos.

TABLA 4.3.4.2. Actividades en el Área de Incorporación Social. Asociación de Amigos contra la Droga. Asturias 2002-2005.

Actividad		Área de incorporación laboral	
		Metodología	Nº usuarios
Cursos de carpintería		Cursos de continuidad impartidos en el taller del Centro. 20 horas semanales .	2002 84
			2003 67
			2004 69
			2005 72
Taller jardinería		Impartido en el Centro. De continuidad. 20 horas semanales	2002 10

Observatorio sobre Drogas para Asturias. 2006

IMI formativos	Cursos de 6 meses de duración, 20 horas semanales , impartidos en el Centro. Modalidades de carpintería y pintura. Entre 2002 y 2004 se impartieron 8 cursos , 4 de cada modalidad. En cada uno de los cursos había hasta 6 alumnos con beca IMI de 361 € mensuales. El resto se beneficiaba de becas para transporte.	2002	29
		2003	16
		2004	32
IMI laboral	Contratación durante 6 meses a jornada completa de alumnos que cumplían requisitos IMI y que habían realizado previamente el IMI formativo. Entre 2002 y 2004 se realizaron 3 IMI laborales .	2002	4
		2003	4
		2004	6
Talleres educativos	Se trata de talleres de continuidad impartidos en el Centro. Hay dos niveles : alfabetización y cultura general. Se imparten 4 horas semanales en el primer nivel y 2 en el segundo.	2002	97
		2003	72
		2004	75
		2005	77
Entrenamiento en técnicas de búsqueda de empleo	Talleres impartidos a usuarios que llegan a la fase de incorporación laboral. Tienen una duración de 10 horas , repartidas en 10 sesiones.	2002	21
		2003	26
		2004	34
		2005	29
Elaboración de itinerarios de incorporación laboral	Se elabora individualmente teniendo en cuenta la formación, experiencia y aptitudes de cada usuario. Se realiza con usuarios que han llegado a fase de incorporación laboral.	2002	21
		2003	26
		2004	34
		2005	29
Empresa de inserción Servintegral	Empresa de mantenimiento creada por la Asociación para facilitar la incorporación de los usuarios al mundo laboral. En 2002 se realizaron dos obras y se hicieron 7 contratos temporales a un total de 6 usuarios del Centro.	2002	6
Cursos de informática	Estos cursos son impartidos en el Telecentro de Avilés. Son cursos de 8 a 10 horas . Hay 4 modalidades: Iniciación a Word, Word (continuación), Iniciación a Internet, y Taller de búsqueda de empleo . Entre 2002 y 2005 se impartieron 16 cursos , 4 de cada modalidad, con 11 alumnos cada uno.	2002	35
		2003	28
		2004	26
		2005	33
Enseñanza reglada	Algunos de los usuarios han sido derivados a centros del MEC para realizar enseñanza reglada : Graduado en ESO, Bachiller, o módulos medios y superiores de formación profesional.	2002	5
		2003	5
		2004	5
		2005	3
Cursillos en recursos normalizados	En algunos casos se deriva a los usuarios a recursos formativos normalizados para que completen su formación profesional. Se trata generalmente de cursos del INEM.	2002	11
		2003	15
		2004	13
		2005	6
Apoyo para la prueba teórica del carnet de conducir	En horario del Centro se ha venido facilitando sistemáticamente apoyo para estudiar la prueba teórica del carnet de conducir a los usuarios que se matriculan en autoescuelas.	2002	20
		2003	15
		2003	17
		2005	9

TABLA 4.3.4.3. Actividades en el Área Jurídica. Asociación de Amigos co ntra la Droga. Asturias 2002-2005.

Actividad	Área jurídica		
	Metodología y objetivos	Beneficiarios	
Asesoría jurídica	Semanalmente acuden dos letrados para responder a las consultas sobre problemas jurídicos de los usuarios. El objetivo es promover medidas alternativas a la prisión.	2002	84
		2003	58
Elaboración de informes	Se elaboran informes periciales para juicios y para solicitar el cumplimiento de medidas alternativas a prisión e informes de seguimiento de las mismas.	2004	56
		2005	49

Recursos humanos, técnicos y financiación

Recursos humanos: el equipo del Centro está formado por 5 profesionales contratados a jornada completa: 2 psicólogas, una educadora, una técnico superior en integración social y un monitor de taller. También contamos con voluntarios: 2 abogados, 2 Integradores sociales, 2 Psicólogos/as, 1 monitor/a y 2 no cualificados/as

Medios técnicos: Instalaciones: local para el centro de día y los talleres. Equipamiento para talleres de carpintería, jardinería y marroquinería. Furgoneta. Equipamiento informático, fax y teléfonos. Material didáctico para talleres formativos y terapias grupales. Muebles y electrodomésticos para el centro de día.

Financiación

El Programa se financia principalmente a través de subvenciones. La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios aporta entre el 37 y el 40% del coste anual; el MTAS aporta alrededor de un 10%, al igual que el Ayuntamiento de Avilés; otro 37% corre a cargo de las obras sociales de entidades bancarias (Caja Madrid, La Caixa y Cajastur). La financiación propia (donativos y cuotas de socios) constituye alrededor de un 5% anual. El coste total del Programa en 2005 fue de 130.000 €, de los que 117.000 corresponden a gastos de personal, y el 13.000 restante a gastos de mantenimiento y actividades. Características de la población atendida.

A continuación se exponen algunos datos referentes a la población atendida durante los últimos 4 años.

TABLA 4.3.4.4. Población atendida y municipio de origen de las personas atendidas. Asociación de amigos contra la droga. Asturias 2002-2005

Año	2002	2003	2004	2005
Nº de usuarios	97	72	75	77
Municipio de origen				
Avilés y com.	38	29	34	29
Gijón	24	17	17	20
Oviedo	21	14	13	14
Otros	14	12	11	14

Si bien el grupo más numeroso de usuarios procede de Avilés y Comarca (41%), el 59% procede de otros municipios, sobre todo Gijón y Oviedo, pero también de otras localidades más pequeñas, lo que indica la implantación del recurso en toda Asturias.

TABLA 4.3.4.5. Características sociodemográficas de las personas atendidas. Asociación amigos contra la droga. Asturias 2002-2005.

		Datos sociodemográficos			
Año		2002	2003	2004	2005
Sexo					
	Hombres	83	61	66	69
	Mujeres	14	11	9	8
Media de edad		31,4	31,9	33	34,8
Estado civil					
	Solteros	74	51	50	44
	Casados	10	10	17	15
	Divorciados	12	10	7	15
	Viudos	1	1	1	3
Nivel de estudios					
	Sin estudios	42	32	33	30
	Primarios	46	35	36	30
	FP/Bachiller	8	4	3	10
	Superiores	1	1	3	7
Situación laboral					
	Paro	81	56	52	48
	Activo	2	3	4	14
	ILT	6	5	9	12
	Pensionista	8	8	10	3
N=		97	72	75	77

Excepto la media de edad, que se ha venido incrementando de año en año, el resto de datos sociodemográficos no han sufrido variaciones significativas. El porcentaje de hombres es muy superior al de mujeres (en torno al 86%). La mayoría están solteros (en torno al 67%); y carecen de estudios, o solamente han finalizado los estudios primarios (90%). Casi todos estaban al paro al iniciar el Programa (72%), aunque en el último año se incrementó el número de usuarios en situación de incapacidad laboral transitoria.

TABLA 4.3.4.6. Datos relacionados con el historial de consumo. Asociación de amigos contra la droga. Asturias 2002-2005.

Año	Datos relacionados con el historial de consumo			
	2002	2003	2004	2005
Droga de inicio				
Cannabis	68	48	58	50
Alcohol	15	10	5	10
Heroína	8	8	7	9
Otras	6	6	5	8
Media de años de dependencia	10,3	13,5	12	13,7
Droga principal				
Heroína	83	66	65	44
Cocaína	14	6	10	29
Otras	0	0	0	4
Principal vía de administración				
Inhalatoria	48	44	39	28
Intravenosa	41	23	34	39
Otras	8	5	2	10
Afectados por el VHC	62	52	44	46
Afectados por el VIH	15	14	17	12
Usuarios con problemas psiquiátricos	31	32	26	36
Situación judicial				
Sin problemas	13	14	19	28
Pendientes de juicio	33	25	22	21
Tercer grado y/o condicional	33	20	18	8
Medida alternativa	18	13	16	20
N=	97	72	75	77

Aunque la heroína sigue siendo la droga referida como principal por más usuarios, es de destacar el incremento, sobre todo durante el último año, de la cocaína, aunque en la mayoría de los casos se trata de personas que han sido anteriormente dependientes de la heroína, y es frecuente que utilicen la vía de administración endovenosa.

La media de años de dependencia es elevada (superior a 10). Un dato positivo es el descenso, durante el último año, del porcentaje de afectados por el VIH (pasó del 22% en 2004 al 15% en 2005). Parece que, a pesar de que la vía endovenosa se continúa utilizando, los drogodependientes toman medidas para prevenir contagios. Otro dato favorable es que el porcentaje de usuarios con problemas judiciales ha disminuido durante los últimos años, pasando del 87% en 2002 al 63% en 2005. También es de destacar, por lo positivo, el incremento de usuarios que cumplen medidas alternativas al ingreso en prisión (pasaron de un 19% en 2002 a un 26% en 2005), junto con el descenso de usuarios en tercer grado penitenciario. Un dato negativo, por las dificultades que supone el manejo de estos pacientes, y por su peor pronóstico, es el espectacular incremento (del 32% en 2002 al 47% en 2005) de usuarios con problemas que requieren tratamiento psiquiátrico. Hay que señalar que durante el último año se han incrementado las derivaciones desde Centros de Salud Mental.

Para finalizar, en la siguiente tabla se expone el número de usuarios que, llegados a la fase de incorporación laboral, han encontrado empleo. En este sentido los resultados han sido muy satisfactorios, superando el 80%.

TABLA 4.3.4.7. Usuarios que han encontrado empleo. Asociación de amigos contra la droga. Asturias 2002-2005.

Usuarios que encontraron empleo tras llegar a la fase de incorporación laboral					
	2002	2003	2004	2005	
Empleados	18	23	30	24	
Sin empleo	3	3	4	5	
N=	21	26	34	29	

5.- Programas de disminución de daños

PROGRAMAS DE DISMINUCION DE DAÑOS/RIESGOS.

El problema de la drogodependencia no consiste únicamente en la conducta de consumo de drogas, sino que conforma un particular estilo de vida. Desde este punto de vista, es imprescindible abordar la dependencia desde una visión *bio-psico-social*, y en el seno de un equipo *multidisciplinar*. Por tanto, el trabajo en drogodependencias no es exclusivo del sistema sanitario, sino que forma parte del orden del día de diferentes sectores institucionales y sociales (familia, educación, acceso al trabajo, legislación, organización y estructura de las ciudades, redes de apoyo sociales, asociaciones y ONG, redes asistenciales, etc.), combinando entre todos estos sectores, métodos diferentes pero complementarios, útiles todos ellos en la prevención de usos problemáticos de sustancias. Muchos de los *riesgos derivados del consumo de drogas* son el resultado de la estigmatización social de los usuarios de drogas más que del propio consumo.

Se acepta la evidencia de que muchas personas van a persistir en el consumo de drogas y que no todos los consumidores se encuentran en situación de abandonarlo, además de que algunos de ellos no se acercan ni contactan con los servicios sanitarios normalizados. Por tanto, las políticas y programas no pueden basarse en ideales utópicos sobre una sociedad "libre de drogas" o una sociedad en la que siempre se consumirán las drogas de forma segura. En esta línea, habría que definir el uso de drogas como un fenómeno multicausal y complejo, que supone un "continuum" desde la dependencia hasta la abstinencia. Esto nos lleva a pensar en la necesidad de ampliar las intervenciones a todos los momentos del proceso evolutivo. Los programas de disminución de daños, evidentemente, no pueden resolver todos los problemas asociados al consumo, por lo que deben ser considerados como integrados en el marco de una política global de actuación más amplia frente al consumo de drogas que incluya también tratamientos con objetivo abstinencia y atención a las familias.

Son numerosas las investigaciones que confirman la relación existente entre determinadas formas de ocio y los consumos de drogas. El consumo de bebidas alcohólicas que realizan las personas adolescentes y jóvenes durante los fines de semana, aparece estrechamente asociado a la necesidad que tienen estos colectivos de relacionarse con sus iguales, de divertirse y ocupar su tiempo libre.

Actualmente existe una cultura de ocio nocturno, intensamente arraigada entre amplios sectores de la sociedad occidental. Dentro de la heterogeneidad que caracteriza a la población juvenil en cuanto a referentes sociales, planteamientos vitales, códigos estéticos, etc., se comparte en última instancia la utilización que se hace del tiempo libre y de los lugares de diversión: se buscan por una parte espacios de relación más o menos multitudinarios donde confluyen la música, el baile y las drogas legales e ilegales, y se trata, por otra parte, de sacar el mayor partido a ese espacio y ese tiempo, posponiendo al máximo la "vuelta a la normalidad".

Las estrategias que se implementan desde esta perspectiva tienen como objetivo inmediato reducir los comportamientos de riesgo que puedan llevar a daños potenciales

vinculados al uso de drogas, desarrollando la capacidad de decisión y control de sujetos y comunidades, haciendo para ello calculables los riesgos asociados al consumo de drogas. Como elementos fundamentales de las estrategias de reducción de riesgos aparecen los conceptos de “proximidad” y “baja exigencia”.

El concepto de “proximidad” hace referencia a la necesidad de que las diferentes intervenciones que se realicen en esta temática estén diseñadas teniendo en cuenta la realidad y las necesidades de la vida cotidiana de las personas destinatarias. Elemento central de esta estrategia es la intervención desde el grupo de iguales.

“Baja exigencia” significa no condicionar la prestación de un determinado servicio al cumplimiento, por parte de las personas destinatarias, de obligaciones específicas que en la mayoría de los casos son impuestas por terceras que no tienen en cuenta sus capacidades reales.

Por lo antedicho, las estrategias de reducción de riesgos no son propuestas excluyentes de otras alternativas. Antes que nada deben ser consideradas como un puente entre las personas consumidoras de drogas y el sistema educativo y sanitario tendente a mejorar su calidad de vida, y la de sus familiares y entornos comunitarios.

Estos programas pretenden no tanto la abstinencia en el consumo de drogas, sino que admitiendo la dificultad para alcanzar este objetivo para algunas personas, y puesto que existe un importante número de usuarios de drogas, tratar de reducir los daños o consecuencias que provocan. No pretenden sustituir a los programas que persiguen la abstinencia, sino que intentan ser un complemento indispensable.

Los Programas de Disminución de Daños surgió a finales de los años 80, teniendo su origen en la provincia de Merseyside (Inglaterra), una zona que sufría una fuerte epidemia de consumo de heroína y una alta prevalencia de infección por el Virus de la Hepatitis B. Al observar que el modelo punitivo tradicional sólo había conseguido agravar el problema en lugar de minimizarlo, se decidieron por intentar un nuevo enfoque en el fenómeno de la drogodependencia. Clásicamente se han definido como “aquellas estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados al consumo de drogas sin necesariamente reducir o eliminar éste”.

Los objetivos de este tipo de programas son aumentar la calidad de vida de los consumidores de drogas, disminuir la transmisión de las infecciones por VIH, VHB y VHC, desde, entre y hacia los usuarios de drogas por vía intravenosa, incrementar la toma de conciencia entre los usuarios de drogas de los riesgos y daños que se asocian al consumo y disminuir o eliminar los riesgos y daños asociados al uso de sustancias, así como las conductas sexuales de riesgo.

La reducción de riesgos en el Plan sobre Drogas para Asturias.

El Plan sobre Drogas para Asturias establece un marco para el desarrollo de las políticas del Principado en materia de drogodependencias. Asume que cualquier intervención de los poderes públicos debe estar enmarcada en los valores de una sociedad democrática, en la que se reconozca los derechos individuales de los ciudadanos y se protejan los legítimos derechos de la sociedad como colectivo.

Destaca la importancia de garantizar el derecho a la libertad individual, que reconoce a la persona la capacidad y responsabilidad de elegir los comportamientos individuales siempre que no se lesionen los intereses de otros, y el derecho a la salud, por el que cualquier persona, sea cual sea su comportamiento individual, tiene derecho a ser atendida en igualdad de condiciones con los medios disponibles más adecuados a su situación. Desde un punto de vista colectivo, además de asegurar los derechos básicos de la ciudadanía, incide en la necesidad de trabajar en las condiciones que favorezcan la autonomía personal y el desarrollo de un rol social que permita a las personas participar activamente en la sociedad.

Por contraposición tanto de las políticas denominadas de “tolerancia cero” como de las políticas permisivas que trasladan toda la responsabilidad al individuo, el modelo que se propugna desde el Plan se centra en el desarrollo de la persona y en el trabajo conjunto de la sociedad para reducir la necesidad de utilizar las drogas de forma cotidiana. El paradigma podría enunciarse del modo siguiente: Aunque las drogas existan no es preciso utilizarlas cotidianamente y si se hace es de acuerdo a unas artes de consumo que permitan llevar una vida normalizada y útil, limitando al máximo la probabilidad de sufrir un daño irreparable. Desde esta óptica, el Plan sobre Drogas para Asturias apuesta por la persona y por su capacidad para relacionarse sin problemas con las drogas, en el convencimiento de que éstas van a seguir estando presentes en nuestro medio.

La necesidad de una estrategia de reducción de riesgos y de la inclusión de actuaciones de carácter preventivo en los ámbitos de ocio juvenil, ha sido expresada conjuntamente desde distintas asociaciones, colectivos e instituciones del ámbito juvenil y de las drogodependencias de nuestra región y recogida en el Plan sobre Drogas para Asturias concretándose en la estrategia 8 del mencionado Plan (Promover más programas de reducción de riesgos y más accesibles). Dos son los programas fundamentales puestos en marcha desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios: Programa Zona Clave y el Trolebús.

5.1. Programa Zona Clave.

ZONA CLAVE (ZC) es un Programa de reducción de riesgos promovido por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias en colaboración con el Consejo de la Juventud del Principado de Asturias (CJPA), el Plan Municipal sobre Drogas del Ayuntamiento de Oviedo, el Plan Municipal sobre Drogas de Avilés, la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón, el Consejo de Mocedad de

Xixón (CMX), la Asociación Juvenil Socio Comunitaria Xaregu y la Asociación Cruz Roja Española (Asamblea local de Avilés).

Este programa inicia su andadura en Asturias a final del año 2002. El Objetivo principal de este programa es disminuir los riesgos directos e indirectos asociados al consumo de drogas en lugares de ocio y diversión frecuentados por jóvenes.

Población destinataria

El conjunto de la juventud asturiana que disfruta de su tiempo de ocio en lugares públicos de diversión, bien sean cerrados (bares, discotecas, etc.) o abiertos (parques, calles, playas, etc.) y que hace, o no, un consumo de drogas, fundamentalmente alcohol y drogas de síntesis.

Profesionales de las organizaciones juveniles e instituciones que participan en su elaboración, asociaciones de hostelería, de vecinos, de madres y padres, docentes y otros agentes sociales de la comunidad.

Metodología

La metodología se centra en la intervención de mediadores juveniles en el grupo de iguales. Estos, por su cercanía al grupo, se constituyen como figuras indispensables para la intervención en materia de reducción de riesgos.

Entre las actividades que se realizan destacan.

- Captación y formación de los mediadores voluntarios.
- Conocimiento del contexto de intervención.
- Colaboración con los diferentes agentes sociales comunitarios.
- Elaboración y difusión de materiales para reforzar las intervenciones.
- Intervenciones en espacios de ocio juvenil.

Recursos materiales

Para el desarrollo de las actividades el programa cuenta con los medios humanos necesarios, debidamente formados como mediadores del programa; además de disponer de los siguientes recursos materiales:

- Folletos, postales, otros materiales informativos, preservativos, etc.
- Material para el análisis de sustancias y la realización de las pruebas de alcoholemia.
- Distintivos del grupo (camisetas, pegatinas, pancartas...).
- Local de reunión del grupo.
- Material de oficina y papelería (mesas, ordenador, teléfono...).

El programa se coordina desde la Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas con la participación del Consejo de la Juventud del Principado de Asturias, Plan Municipal sobre

Drogas de los municipios en cuyos entornos se desarrolla y las tres asociaciones juveniles que lo ejecutan.

Todas las actuaciones derivadas del funcionamiento, planificación y evaluación son consensuadas por las entidades que participan en la coordinación y seguimiento del programa.

El programa "Zona Clave" iniciado en Gijón, Oviedo y Avilés, podrá ser desarrollado en cualquier localidad del Principado de Asturias donde haya una organización juvenil o grupo de voluntarios y una institución que apoye su puesta en marcha.

INTERVENCIONES ZONA GIJÓN. 2002-2005

Conseyu de la Mocedá de Xixón

TABLA 5.1.1. Actuaciones realizadas por el Conseyu de la Mocedá de Xixón en el Programa Zona Clave. Asturias 2002-2005.

	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Formación	4	4	4	10	22
Mediadores	25	17	14	33	89
Intervenciones	3	8	8	12	31
Jóvenes informados	800	3100	2900	6845	13645
Población total estimada	2000	5500	17000	31750	56250
Análisis de alcoholemia	421	1557	681	1448	4107
Análisis otras drogas	11	194	67	85	357
Preservativos	600	1900	1900	5200	9600
Folletos	3664	11558	7599	13197	36018

- Destacar que ZC Gijón ha hecho una importante labor en cuanto a la reducción de riesgos en sustancias legales como es el caso del alcohol. Desde el inicio del programa se realizaron intervenciones en este sentido comenzando en 2002 con 421 análisis de alcoholemia para llegar a triplicarlos en 2005 con 1448 análisis. En éste sentido, el programa está en la línea de capacitar a los jóvenes de Gijón hacia el consumo responsable y la prevención de accidentes de tráfico.
- Al igual que las otras zonas de intervención, ZC Gijón ha hecho en estos años un importante esfuerzo en la formación y captación de mediadores (paso de 4 actividades formativas en los años 2002-03-04 a 10 en el 2005), contando, gracias a ello, en este último año con 33 mediadores para el programa, lo que también incidió directamente en el número de intervenciones que se realizaron (4 más en 2005 que en 2004).

INTERVENCIONES ZONA AVILÉS. 2005. Desarrolladas por la Cruz Roja Juventud Avilés.

TABLA 5.1.2. Actuaciones realizadas por Cruz Roja de Avilés en el Programa Zona Clave. Asturias 2002-2005.

	2005
Formación	10
Mediadores	16
Intervenciones	5
Jóvenes informados	1515
Población total estimada	4650
Análisis de alcoholemia	359
Análisis otras drogas	0
Preservativos	547
Folletos	1660

- ZC Avilés ha comenzado en 2005 su actividad como programa, por ello no disponemos de datos con los que comparar la actividad de otros años.
- Se han centrado en intervenciones de prevención y reducción de riesgos de consumo de alcohol, por ello no se disponen de datos de análisis de otras sustancias.
- Se ha participado en un número elevado de las actividades de formación para mediadores del programa, con el fin de capacitar al máximo a los jóvenes que después colaborarían activamente con el programa.

INTERVENCIONES ZONA OVIEDO PERIODO 2002-2005 desarrolladas por la Asociación Juvenil Sociocomunitaria Xaregu.

TABLA 5.1.3. Actuaciones realizadas por la Asociación Juvenil Sociocomunitaria Xaregu en el Programa Zona Clave. Asturias 2005.

	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Formación	3	4	6	6	19
Mediadores	17	22	19	31	89
Intervenciones	1	8	7	8	24
Jóvenes informados	1705	11354	1634	2330	17023
Población total estimada	2200	24155	6120	10720	43195
Análisis de alcoholemia	0	0	0	0	0
Análisis otras drogas	105	567	153	74	899
Preservativos	0	4070	1042	1007	6119
Folletos	1000	5287	1156	2095	9538

- En 2002 tiene lugar en Oviedo la primera experiencia piloto del programa, comenzaron con una formación a cargo de una ONG con experiencia en la reducción de riesgos en espacios festivos y una intervención en un espacio cerrado de la ciudad. Es por ello, el elevado número de mediadores existente en aquel momento.
- La actuación en Oviedo siempre se han centrado exclusivamente en drogas de síntesis, es por ello, que no figuran datos de análisis de alcoholemia y si los de otras drogas.
- En 2002-2003 al tratarse del momento de iniciar su andadura el programa, las intervenciones se llevaron a cabo en momentos de mucha afluencia de gente, llegando casi siempre a atender a un 50 % de los asistentes al evento, algunos por precisar una orientación concreta para la reducción de riesgos en el consumo de sustancias y otros por el mero hecho de conocer el programa. Ya en 2004, el programa era sobradamente conocido, por los jóvenes ovetenses en el lugar de las intervenciones (espacio cerrado en horario nocturno) y fue disminuyendo el número de jóvenes informados en relación a la población total de los eventos.

INTERVENCIONES PROGRAMA ZONA CLAVE PERIODO 2002-2005

TABLA 5.1.4. Resumen de intervenciones realizadas en Oviedo, Gijón y Avilés en el Programa Zona Clave. Asturias.

	OVIEDO	GIJÓN	AVILÉS	TOTAL
Formación	19	22	10	51
Mediadores	89	89	16	194
Intervenciones	24	31	5	60
Jóvenes informados	17023	13645	1515	32183
Población total estimada	43195	56250	4650	104095
Análisis alcoholemia	0	4107	359	4466
Análisis otras drogas	899	357	0	1256
Preservativos	6119	9600	547	16266
Folletos	9538	36018	1660	47216

- Las intervenciones han tenido un considerable aumento en este último año con el propósito de acercarse a lo acordado por Convenio de actuación con la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (una intervención mensual) y poder así ofrecer la cobertura deseada desde su inicio.
- Por lo que se refiere a la formación, cabe decir que siguiendo con la filosofía del programa y entre las diferentes estrategias de intervención y actividades que lo configuran, se considera la formación de los mediadores como cuestión clave a priorizar cada año. En dichas actividades formativas, se combinan acciones de formación básica, dirigidas fundamentalmente a nuevos voluntarios que desean colaborar como mediadores del programa, con formación complementaria que

permite conocer nuevos avances y tendencias en el marco de la reducción de riesgos. La formación mejora sustancialmente todos los años pues en ella descansa la rigurosidad y eficiencia del programa.

- En cuanto a materiales entregados a los jóvenes, destaca Gijón en número, pues a diferencia de otras zonas se elaboraron y editaron materiales propios sobre la prevención de riesgos derivados del consumo de alcohol y se han estado utilizando en las intervenciones, especialmente en las de espacios abiertos, donde la afluencia de gente ha sido mas elevada (Ej.: Semana Negra).

INFORME HISTÓRICO INTERVENCIONES EN ALCOHOL DENTRO DEL PROGRAMA ZONA CLAVE. Asturias 2002-2005.

ZONAS GIJON y AVILES

TABLA 5.1.5. Relación de material entregado en las diversas intervenciones de alcohol en el Programa Zona Clave. Asturias.

Nº intervenciones	Días de intervención	Personas informadas
27	66	15.160

Niveles de alcoholemia

Los niveles de alcoholemia se han tomado en aire expirado y medidos en mg de alcohol por litro de sangre.

TABLA 5.1.6. Nº total, niveles de alcoholemia y media de edad de las personas que se les realizaron tests de alcoholemia en el Programa. Zona Clave. Asturias

Nº total de tests de alcoholemia realizados	4466
Nº de tests realizados a hombres	3143(30%)
Nº de tests realizados a mujeres	1323(70%)
Media total de los niveles de alcoholemia	0.24
Media en hombres	0.26
Media en mujeres	0.20
Media de edad	22.0
Edad media en hombres	22.4
Edad media en mujeres	20.7

FIGURA 5.1.1. Evolución de las medias de los niveles de alcoholemia encontrados en los tests realizados en el Programa Zona Clave. Asturias 2002-2005.

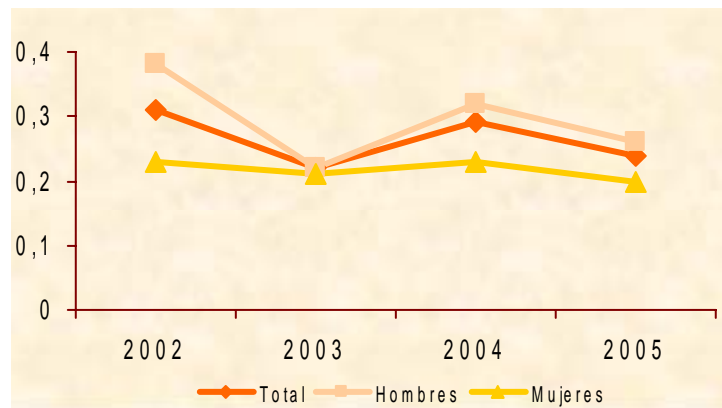
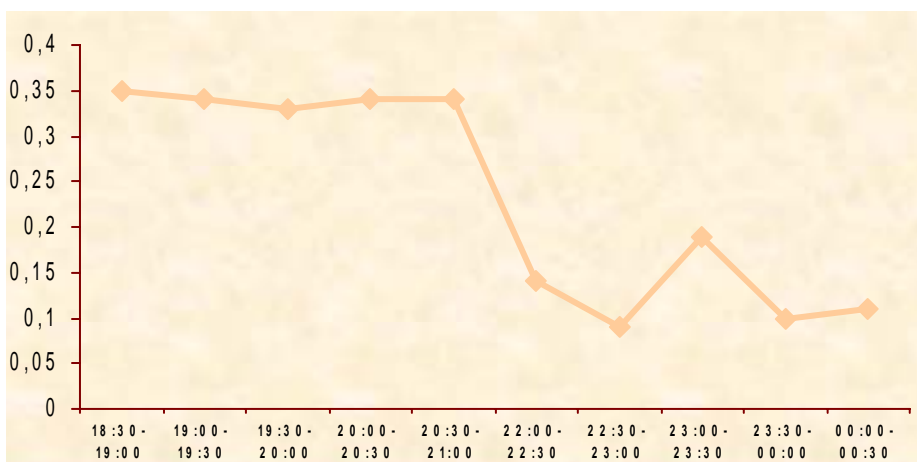
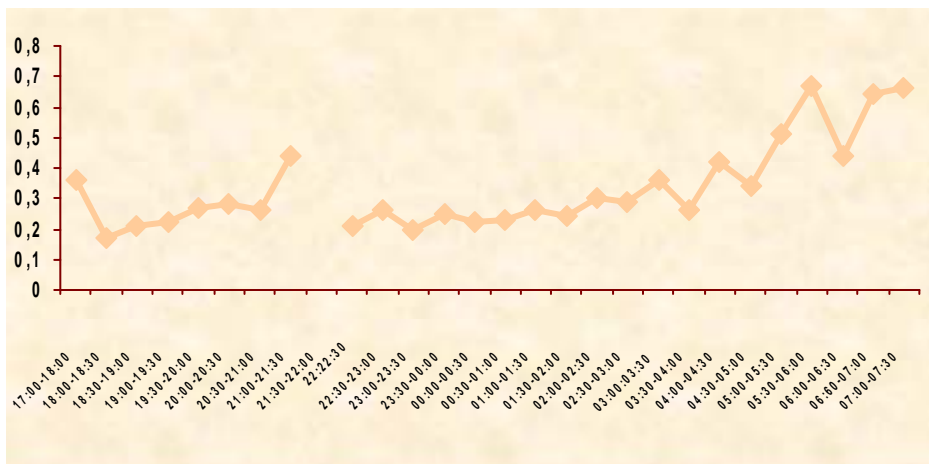


FIGURA 5.1.2. Tests de alcoholemia realizados en el Programa. Zona Clave en los municipios de Gijón y Avilés según franja horaria. Asturias 2005.



EVALUACION ZONA CLAVE 2005.

En el año 2005, el equipo coordinador del programa, ve la necesidad de hacer un alto para la reflexión sobre la trayectoria del programa Zona Clave en Asturias, desde sus inicios en el año 2002 /2003, valorando hasta que punto los objetivos que perseguía el mismo se han visto o no cumplidos. Para ello, se encarga un trabajo de evaluación al Dr. Oriol Romaní del grupo IGIA.

Conclusiones de la evaluación

En términos generales, ZC viene cumpliendo con buena parte de sus objetivos fundamentales. Se afirma esto por la constatación de una valoración general altamente positiva del programa, tanto por parte de la población diana destinataria, como de los mediadores voluntarios que lo desarrollan y de los representantes de los sectores de la comunidad.

Uno de los puntos básicos se encuentra en la responsabilización frente al consumo de drogas, que puede tener, además, unos efectos multiplicadores como aprendizaje de unas actitudes frente al consumo en general.

- Se atiende, cada vez con mayor amplitud y con mejor calidad, la demanda real de los jóvenes en cuanto a sus consumos.
- La información está muy adecuada a la población diana a la que va dirigida; los materiales son accesibles y variados en cuanto a público y tipos de sustancias de consumo.
- También se valora positivamente la información sobre sexualidad y conductas de riesgo ligadas al consumo de drogas, y nuestra sensación es que en general existe poca percepción del riesgo, sobre todo entre los más jóvenes.
- Se ve necesario ajustar y homogeneizar el discurso entre los grupos en relación al consumo de drogas y los riesgos en las conductas sexuales.
- Será necesario, seguir incidiendo en la actividad formativa de los mediadores juveniles, se entiende que una cosa es informar y otra, estar bien informados. En el marco de un programa de reducción de riesgos como ZC, tan importante como formarse y adquirir conocimientos teóricos es tener la capacidad de saber transmitirlos de manera clara y generar interés en los otros por aprenderlos.
- Se ve necesario, definir la manera de informar del programa al resto de la comunidad: qué es, quiénes lo forman, que metodología utiliza, a quiénes va dirigido, etc., porque existe un gran desconocimiento por parte de la sociedad y eso, a la larga, termina por jugar en contra del programa.

A través de las intervenciones y de una constante interacción con los jóvenes en los espacios de ocio y diversión que frecuentan, el programa ZC demuestra que se pueden conseguir algunas cosas básicas:

- a) conocer de manera flexible, ágil y rápida variaciones en las pautas de consumo de drogas, algunas de las cuales es útil detectar a tiempo para evitar posibles daños posteriores;
- b) llegar a conocer más cabalmente las significaciones y motivaciones de determinadas pautas de consumos que suponen conductas de riesgo para la salud de estos jóvenes;
- c) promover la gestión responsable de un aspecto importante de sus vidas como es el consumo de drogas en contexto de ocio;
- d) mantener un canal de comunicación entre ellos y las instituciones logrando contribuir con ello al fortalecimiento de la cohesión social; lo que, en los tiempos que corren, no es poco.

5.2. Programa Trolebús

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, en el marco de ampliar la oferta de tratamientos a los drogodependientes, y en concreto a aquellos con mayor problemática sociosanitaria y a los que no se encuentran en tratamiento, decide en el año 2000 poner en marcha este tipo de dispositivo. En ese año empieza a funcionar en Gijón, dos años más tarde en Oviedo y en 2005 en el Caudal (febrero) y Nalón (diciembre).

Este tipo de programa se caracteriza por una actitud de acercamiento a los consumidores de drogas por parte de los trabajadores del dispositivo, que permitan la implicación de los usuarios en los mismos. Sólo de este modo se puede esperar un contacto adecuado con una parte importante de la población "oculta" de usuarios, pudiendo convertirse en programas "puente" hacia otros servicios sociosanitarios.

Según la OMS este tipo de programas deben orientar sus intervenciones hacia el cambio de conducta individual, grupal y en la orientación política, legal y estructural en materia de consumo de drogas.

Su principal objetivo es acercar los recursos a los pacientes con mayor problemática de relación social y sanitaria y los considerados de *baja exigencia*. Para ello se facilitará el acceso a todos los pacientes subsidiarios de este tipo de intervenciones, se mejorará la calidad de vida de los pacientes con dependencia de sustancias preparando a los pacientes para el paso a programas con objetivo abstinencia, dando a conocer y derivando a los recursos que puedan mejorar su situación, contactando con drogodependientes que están lejos del sistema normalizado y se hallan en situaciones de emergencia psicofísica y social, formando como agentes de salud a drogodependientes y estableciendo una comunicación horizontal para conocer sus necesidades, a la vez que nuevos patrones y escenarios de consumo.

El programa se dirige fundamentalmente a aquellos pacientes dependientes de opiáceos en Programa de Mantenimiento con metadona y bajo umbral y a los drogodependientes alejados de los circuitos terapéuticos y en situación de emergencia psíquica, física y/o social.

En el Trolebús se realizan las siguientes actividades: dispensación de metadona, Educación para la salud, consejo profesional, pequeñas curas, trabajo de calle y labores de reducción de daños asociados al consumo, como intercambio de jeringuillas, reparto de papel de plata, distribución de preservativos y cualquier otra acción.

Antes de interpretar los datos debe tenerse en consideración que, tanto el trolebús de Gijón como el del Caudal, funcionan en horario de mañana y durante la jornada laboral completa, mientras que el de Oviedo tiene restringido su funcionamiento al horario de tarde y a media jornada. De esta situación se desprende parte de las diferencias observadas.

A continuación se presentan los datos más relevantes de los trolebuses que funcionan en el Principado de Asturias en la actualidad.

TABLA 5.2.1. Resumen de las intervenciones realizadas en el Programa Trolebús en Gijón. Asturias 2002-2005.

Valores medios mensuales	2001	2002	2003	2004	2005
Contactos totales	471	506	743	658	629
Sanikits distribuidos	522	328	327	183	264
Preservativos distribuidos	1268	1989	1492	914	881
Compresores distribuidos	85	72	50	15	21
Curas	31	31	35	29	41
Test de embarazo	1	2	1.41	2	0.4
Tuberculinas	1	0.25	0.17	0.6	0.25
Consultas/asesoramiento	19	53	488	578	530
Pacientes en tratamiento con metadona	58	89	99	97	100
Inf. Sobre tratamientos con metadona	2	1.33	49	66	73
Administración de tratamientos	10	16	67	158	77

Como puede verse en la tabla del Área sanitaria de Gijón, este dispositivo se va consolidando con el paso del tiempo manteniendo, en general, valores constantes tras cinco años de funcionamiento. El número de pacientes que siguen tratamiento con metadona se ha estabilizado hace tiempo, mientras que la cantidad de preservativos, compresores y sanikits distribuidos tienden a disminuir con el paso de los años, posiblemente por el trabajo realizado en cuanto a la educación para la salud y disminución de daños se refiere.

TABLA 5.2.2. Resumen de las intervenciones realizadas en el Programa Trolebús en Oviedo. Asturias 2003-2005.

Valores medios mensuales	2003	2004	2005
Contactos totales	394	390	285
Sanikits distribuidos	73	112	104
Preservativos distribuidos	842	684	952
Compresores distribuidos	11	7	5
Curas	20	40	18
Test de embarazo	1	1	1
Tuberculinas	0	0	0.5
Consultas/asesoramiento	376	493	290
Pacientes en tratamiento con metadona	49	48	53
Inf. Sobre tratamientos con metadona	4	7	5
Administración de tratamientos	54	118	69

También en el Área Sanitaria de Oviedo este dispositivo se va consolidando con el paso del tiempo, aunque los valores que se recogen son menos homogéneos; en este caso,

puede influir el horario de tarde, poco “apreciado” por los pacientes que se encuentran en tratamiento con metadona, y de los que generalmente se nutren estos recursos. A diferencia de lo ocurrido en Gijón, en el trolebús de Oviedo el número de pacientes que siguen tratamiento con metadona sigue aumentando con los años, al igual que la cantidad de preservativos y sanikits distribuidos. No ocurre lo mismo con los compresores que disminuyen gradualmente.

TABLA 5.2.3. Resumen de las intervenciones realizadas en el Programa Trolebús en el Área del Caudal. Asturias 2005.

Valores medios mensuales	2005
Contactos totales	559
Sanikits distribuidos	82
Preservativos distribuidos	256
Curas	1
Test de embarazo	0
Tuberculinas	0
Consultas/asesoramiento	736
Personas en tratamiento con metadona	48
Inf. Sobre tratamientos metadona	118
Administración de tratamientos	0

Al ser de reciente puesta en marcha, el trolebús del Caudal aporta datos que no se pueden comparar con el paso de los años. De todas formas, el arranque es prometedor, aportando cifras similares a los de Gijón en su primer año de funcionamiento. Recordemos que este recurso recorre los municipios Aller, Lena y Mieres.

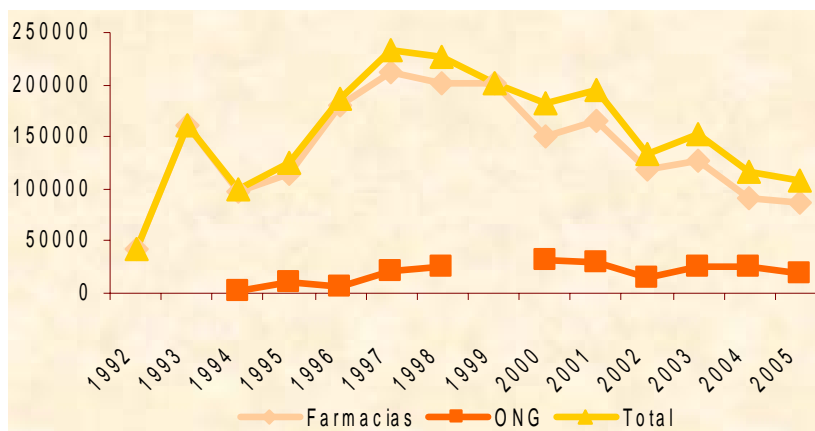
5.3. Programa de distribución de SANIKITS

TABLA 5.3.1. Distribución de Sanikits a través de Farmacias. ONG y otros recursos. Asturias 1992-2005.

AÑO	FARMACIAS	ONG Y RECURSOS DE TRATAMIENTO	TOTAL
1992	42250		42250
1993	161250		161250
1994	96500	3000	99500
1995	113750	11023	124773
1996	179442	6000	185442
1997	211798	21250	233048
1998	201000	25000	226000
1999	201000		201000
2000	150000	32500	182500
2001	166150	29500	195650
2002	119000	15000	134000
2003	127000	25000	152000
2004	91000	25000	116000
2005	87500	20000	107500

En líneas generales, una vez pasados los finales de los 90 en los cuales se observa una meseta en la distribución de sanikits, se puede apreciar como las ONG que distribuyen el producto y recursos de tratamiento estabilizan dicho suministro, mientras que, desde las farmacias, disminuye gradualmente la entrega a usuarios. En todo caso, una circunstancia no compensa la otra, por lo que puede pensarse, a la vista de los resultados, que el uso de sanikits disminuye, posiblemente, por un menor uso de la vía intravenosa para el consumo de sustancias.

FIGURA 5.3.1. Evolución de la distribución de Sanikits a través de Farmacias. ONG, y otros recursos. Asturias 1992-2005.



6.- Oferta y control sobre las drogas

6.1. Indicadores sobre la oferta de Drogas

Los datos anuales sobre drogas nos aproximan al conocimiento del control de la oferta, al comparar lo que se denominan indicadores policiales: los decomisos, las detenciones y denuncias que, inciden en la disponibilidad de las drogas en el mercado ilegal.

En el año 2004 la Estadística Anual sobre Drogas, se publica desde la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior (SES) y es la fuente utilizada por el Observatorio de Drogas del Principado de Asturias sobre esta materia.

TABLA 6.1.1. Detenciones, Denuncias y Decomisos por Tráfico de Drogas. España, 2004.
Fuente: Estadística anual sobre drogas, 2004. Ministerio del Interior.

Detenciones	Nº	% variación año anterior
Nacionales	9.071	9,50
Extranjeros	4.838	19,75
Desconocidos	358	- 9,14
Total Detenciones	14.267	10,86
Denuncias / libertad:	150.193	22,47
Decomisos:	169.554	29,02

En España, como se observa se han practicado 150.193 denuncias por infracción a la Ley Orgánica 1/1992, sobre Protección y Seguridad Ciudadana, con un aumento del 22,47% con respecto al año 2003.

El número total de personas detenidas por tráfico de drogas ha sido de 14.267 lo que supone un aumento de 10,86% con respecto a 2003.

Se registra un aumento notable de detenciones de personas extranjeras que han pasado de 4.040 a 4.838 un 19,75% más que en el año 2003.

Las detenciones de nacionales han aumentado un 9,50% de 8.284 han pasado a 9.071.

El número de decomisos ha aumentado en torno a un 30%, de 131.415 en el año 2003 a 169.554 en 2004. Hay que señalar que las medidas destinadas a la represión sobre la oferta, no logran reducir la misma como se quisiera.

En cuanto a los precios: se registra una subida entre 1996 y 1997 y desde este año hasta el 2005, se han modificado muy poco. Se observan variaciones en el precio del LSD (ha ascendido) y en el precio del éxtasis (ha bajado). La tendencia general es la estabilidad.

6.2. Perfil Estándar de los Decomisos en España en el año 2004

Cuando se producen detenciones:

- El 53 % es por tráfico de cannábicos.
- El 32% por tráfico de cocaínicos.
- El 7% estimulantes, incluido MDMA.

Cuando se producen denuncias:

- El 77% de los decomisos es por tenencia o consumo de cannábicos.
- El 3% opiáceos.
- El 2% por estimulantes incluido MDMA.

6.3. Perfil estándar del detenido en España por tráfico de drogas en el año 2004

- Sexo: hombre en un 80 % de los casos.
- Edad: entre 19- 40 años en un 72 %.
- Nacionalidad: española en un 64 % de las ocasiones.

6.4. Perfil estándar del denunciado en España por aplicación de la Ley Orgánica 1/1992 de protección de la seguridad ciudadana, en el año 2004

- Sexo: hombre en un 95 % de las veces.
- Edad: entre 19-40 años en un 80%.
- Nacionalidad: española en un 91 % de las ocasiones.

TABLA 6.4.1. Datos comparativos detenciones y decomisos en España, 2004- 2005. Fuente: Estadística anual sobre drogas, 2005. Ministerio del Interior.

Detenciones	2004	2005	% Variación 2004-2005
Total	14.267	16.299	14,24%
Nacionales	9.071	10.039	10,67%
Extranjeros	4.838	5.642	16,62%
Denuncias, LO 1/92	150.193	173.096	15,25%
Decomisos	169.554	197.186	16,30%
Cantidades Incautadas			
Opiáceos (kg)	281	183	-34,88%
Cocaínicos (kg)	33.136	48.430	46,16%
Cannábicos (kg)	804.298	681.598	-15,26%
MDMA (éxtasis, ud.)	796.833	572.871	-28,11%

Los datos comparativos disponibles a nivel Estatal 2004-2005 nos indican:

- Aumento del número de detenciones de españoles en el año 2005 respecto del año 2004 en un 10,67%.

- Aumento del número de detenciones de extranjeros en el año 2005 respecto a 2004 en un 16,62%.
- Los decomisos en el año 2005 han aumentado por encima del 16% en relación con el año anterior.
- En el año 2005 se producen descensos en las cantidades incautadas, excepto en los cocaínicos. Las cifras mencionadas vemos que se acercan a los 50.000 kilos.

6.5. Perfil estándar del detenido en España por aplicación de la Ley Orgánica 1/1992 de protección de la seguridad ciudadana, en el año 2005

- Sexo: hombre en un 84,42% de las veces.
- Edad: entre 19-25 años, en un 28,81% de los casos.
- Nacionalidad: española en un 61,59% y extranjeros en un 34,62%

6.6. Perfil estándar del denunciado en España por aplicación de la Ley Orgánica 1/1992 de protección de la seguridad ciudadana, en el año 2005:

- Sexo: hombre en un 94,42 de las veces.
- Edad: entre 19-25 años en un 45,64 de los casos.
- Nacionalidad: española en un 90,26 % de las ocasiones.

Cuando se producen denuncias:

- Por posesión o consumo de cannábicos en un 75,20% de los casos.
- Por posesión o consumo de cocaínicos en un 18,16% de los casos.

TABLA 6.6.1. Detenciones, Denuncias y Decomisos. Asturias 2004. Fuente: Estadística anual sobre drogas, 2004. Ministerio del Interior.

Detenciones	Nº	% variación año anterior
Nacionales	208	20.2%
Extranjeros	14	7.7%
Desconocidos	17	70%
Denuncias / libertad:	2.241	40.4%
Decomisos	2.384	38%

En Asturias también se han producido más detenciones, denuncias y decomisos conforme a la Ley Orgánica 1/ 1992, de Protección y Seguridad Ciudadana.

TABLA 6.6.2. Sustancias intervenidas en España, 2004. Fuente: Estadística anual sobre drogas, 2004. Ministerio del Interior.

Sustancia	Total	% variación año anterior
Heroína (gr.)	270.950,60	11,76%
Cocaína (gr.)	33.135.296,61	-32,76%
Hachís (gr.)	794.437.071,52	9,23%

Grifa (gr.)	526.481,28	96,48%
Marihuana (gr.)	471.995,11	18,68%
Aceite hachís(gr.)	2.799,00	-99,99%
Planta de cannabis (gr.)	8.858.352,44	22,32%
Planta adormidera(gr.)	7.804,90	158,78%
LSD (unidades)	1.443,00	-95,46%
Sulfato de anfetamina (unidades)	59.383,22	25,51%
M.D.M.A.(éxtasis) (unidades)	796.832,89	3,23%
Otros psicotrópicos (unidades)	635.397,29	5.918,98%

El descenso de cocaínicos (un 32,76%) hay que interpretarlo con cautela puesto que, en el año 2003 se produjo el récord absoluto de cantidades incautadas hasta entonces en España. Y las cantidades del año 2005 vuelven a ser importantes.

La cocaína incautada procede en un 70% de las operaciones policiales y de los servicios aduaneros, realizadas en alta mar o en la costa, y el 30% de las realizadas en tierra.

Las cantidades incautadas de hachís equivalen a más de un 25% de la producción de resina de cannabis de Marruecos.

El 61% procede de las intervenciones en mar-costa y el 39% de las realizadas en tierra, y más concretamente, el 62% procede de las provincias costeras de Andalucía y el 38% del resto de España.

TABLA 6.6.3. Datos comparativos de las cantidades Decomisadas en España, 2003-2004.
Fuente: Estadística anual sobre drogas, 2004. Ministerio del Interior.

Sustancia	2003	2004
Opiáceos (kg)	246,32	281,95
Cocaínicos (kg)	49.279,62	33.136,00
Cannábicos (kg)	785.453,64	804.298,00
M.D.M.A. éxtasis (unidades)	771.875	796.833

Se aprecia un incremento de los derivados del opio. Los derivados cannábicos y el MDMA reflejan cantidades más similares.

TABLA 6.6.4. Sustancias intervenidas en Asturias, 2004. Fuente: Estadística anual sobre drogas, 2004. Ministerio del Interior.

Sustancia	Total	% sobre total nacional	% variación año anterior
Heroína (gr.)	2.029,10	0,75%	- 73,59%
Cocaína (gr.)	418.177,08	1,26%	52,56%
Hachís (gr.)	103.776,07	0,01%	- 40,89%
Grifa (gr.)	671,51	0,13%	28,49%
Marihuana (gr.)	8.080,84	1,71%	621,23%
Aceite hachís(gr.)	0,00	0,00%	-100,00%
Planta de cannabis (gr.)	550.190,17	6,21%	136,59%
Planta adormidera(gr.)	0,00	0,00%	
LSD (unidades)	25	1,73%	1.150,00%
Sulfato de anfetamina (unidades)	711,33	1,20%	1.605,42%
M.D.M.A.(éxtasis) (unidades)	5.223,07	0,66%	76,43%
Otros psicotrópicos (unidades)	250	0,04%	133,64%

TABLA 6.6.5. Datos comparativos de las cantidades decomisadas en Asturias, 2003-2004. Fuente: Estadística anual sobre drogas, 2004. Ministerio del Interior.

Sustancia	2003	2004
Heroína (kg.)	7,68	2,03
Cocaína (kg)	274,10	418,18
Hachís (kg)	175,57	103,78
Éxtasis (unidades)	2.960,50	5.223,07
Alucinógenos (unidades)	2,00	25,00
Depresivos (unidades)	321,27	353,00

Las cantidades de cocaína son las más llamativas, si se tiene en cuenta que en el año 2002 la cifra era de unos 12 kilos. Es en los últimos años una de las drogas con más número de decomisos, y por tanto se puede decir de las de más uso.

Los alijos de cocaína en Asturias, han aumentado un 84% en el período comprendido: 2000-2004, y el balance provisional de los datos del año 2005 (pendiente de publicación oficial) las estimaciones que se esperan superan considerablemente a los años anteriores.

Las unidades de éxtasis también son los decomisos más llamativos (operación realizada en el puerto de Candás, en septiembre de 2004: con un total de 2.900 pastillas aprehendidas, según datos de la Memoria de Fiscalía del año 2005).

El resto de sustancias mantienen la media general de incautaciones decir, de las cifras de hachís que bajan, y según la Memoria del año 2005 de la Fiscalía, debido a la operación realizada en el año 2003, donde se produjo la detención y condena de diversas personas con más de 900 kilos de esta sustancia.

Las cifras de los decomisos de heroína nos indican tendencia a la baja.

TABLA 6.6.6. Denuncias: % variación 2000-2004, España y Asturias. Fuente: Estadística anual sobre drogas, 2004. Ministerio del Interior.

	%Variación 2000-2004
España	84,7
Asturias	142

TABLA 6.6.7. Decomisos: % Variación 2000-2004, España y Asturias. Fuente: Estadística anual sobre drogas, 2004. Ministerio del Interior.

	%Variación 2000-2004
España	44,7
Asturias	84,7

TABLA 6.6.8. Sanciones administrativas por consumo o tenencia de Drogas en la vía pública, España y Asturias 1997-2003 (Tasas por 10.000 habitantes). Fuente: Ministerio del Interior.

	1997	2001	2002	2003
España	11,8	12,8	15,0	15,3
Asturias	4,2	9,9	7,3	11

TABLA 6.6.9. Detenciones por tráfico de Drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de Drogas. España y Asturias, 2003 (Tasa por 10.000 habitantes) Fuente: Ministerio del Interior.

	Detenidos	Tasa/10.000 hab.	Denunciado	Tasa/10.000 hab.
España	12.718	3	122.634	29,1
Asturias	195	1,7	1.596	15,1

TABLA 6.6.10. Número de diligencias y denuncias relacionadas por alcoholemias superiores al límite legal. España y Asturias, 2002-2003. Fuente: Ministerio del Interior, DGT (no está incluido País Vasco y Cataluña).

	España		Asturias	
	2002	2003	2002	2003
Accidentes	5.514	5.469	250	265
Infracciones	3.539	4.710	121	229
Controles	9.498	71.685	208	2.508
Negarse	384	661	13	21
Total Denuncias y Diligencias	82.234	81.864	2.539	3.002

6.7. Demanda de Bebidas Alcohólicas

La aproximación a la demanda de bebidas alcohólicas en España se obtiene de los datos de la encuesta realizada en el año 2003, por la Dirección General de Alimentación, dependiente del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

Dicha encuesta comprende un total de: 6.000 mil hogares, 700 establecimientos de hostelería-restauración y 200 centros de diversa tipología: enseñanza, sanitarios, residencias de ancianos, fuerzas armadas, etc.

El volumen total de compras en el año 2003, ha sido de 3.781,5 millones de litros. Cantidad superior a 2002 por lo que, se puede decir que se rompe la tendencia descendente de los últimos años.

TABLA 6.7.1. Evolución del volumen total de compras de Bebidas Alcohólicas (millones de litros) en España, 1996-2003. Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de consumo alimentario.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Vinos	1.298,2	1.392,4	1.414,7	1.371,7	1.310,5	1.233,5	1.199,3	1.156,8
Cervezas	2.365,9	2.132,2	2.153,6	2.196,6	2.203	2.191,5	2.191,8	2.355,4
Sidra	56,1	69,9	71,3	77,0	77,0	79,84	80,4	74,1
Licores y otras bebidas	205,6	178,5	173,9	163,9	194,7	202,	181,3	195,2
Total Bebidas alcohólicas	3.925,8	3.925,8	3.773,0	3.809,1	3.785,3	3.707	3.652,7	3.781,5

Más de dos tercios del volumen de compras tuvieron lugar en la hostelería. No llegando a un tercio el consumo en los hogares.

TABLA 6.7.2. Consumo “per cápita” de bebidas alcohólicas y de vinos, cervezas, sidra y licores, En España 2001-2003 (excepto Ceuta y Melilla) Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

	2001	2002	2003
Vinos	30,6	29,6	28,2
Cervezas	54,4	54,0	57,5
Sidra	1,9	1,9	1,8
Licores	5,	4,5	4,8
Total	91,9	90,0	92,3

A lo largo de la última década se observa un descenso progresivo de consumo per cápita: de 108,4 litros en 1993 se pasa a 90,0 litros en 2002, esta tendencia cambia en el año 2003 ascendiendo a: 92,3 litros.

Este incremento observado es en un contexto de aumento de consumo total alimentario, y afecta tanto a la restauración y hostelería como a los hogares, cuyas compras crecieron un 3,1% y un 4,5% respectivamente.

En la hostelería y restauración el incremento en general se observa en la compra de cerveza y licores.

A nivel Mundial: España ocupa el séptimo país del mundo en consumo per cápita de alcohol, según datos del Plan Nacional sobre Drogas.

TABLA 6.7.3. Volumen de las compras de cervezas y vinos (millones de litros) en España, 2000-2003 (excepto Ceuta y Melilla). Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

	2000	2001	2002	2003
Cervezas en hogares	512,2	530,9	546,5	620,7
Vinos en los hogares	575,5	538,9	523,5	502,8
Vinos en la hostelería	726,1	686,9	668,7	646,2

En otro tipo de centros (instituciones sociales, etcétera), el volumen de compras de bebidas alcohólicas descendió un 10% debido al descenso de la demanda de cerveza.

El gasto realizado en el 2003 ha sido de 7.358 millones de euros. Supone un incremento de un 3,5 % respecto a 2002, atribuible al gasto de cerveza y licores.

6.8. Ventas de Tabaco

Venta de tabaco en España, 1993-2003

Se observa un incremento global de las ventas de cigarrillos en todas las Comunidades Autónomas, la excepción es Extremadura donde se aprecia un descenso de 3,8%.

El crecimiento de la media nacional es de: 24,9%

Crecimientos más notables por encima de la media nacional:

- Baleares: 77,5%
- Navarra: 67,6%
- País-Vasco: 44,4%.
- Galicia: 32,3%
- Comunidad Valenciana: 28,4%.

Por debajo de la media nacional:

- Aragón: 3,3%
- Asturias: 13,1%.

Hay que destacar que las zonas con mayor crecimiento de las ventas son las zonas de mayor afluencia turística y las zonas consideradas con prácticas habituales de contrabando.

Los cigarrillos representan: el 94,5% de los ingresos globales por la venta de tabaco seguidos de los cigarros con un: 4,3%.

Ventas Anuales de Cigarrillos en España, 1993-2003

Las ventas crecieron un 24,9% globalmente frente al 67,4% de los cigarros y el 361% de la picadura de liar. Las ventas por habitante de picadura de liar, aumentaron en el conjunto del país: 1,1 bolsas (Baleares: más de 11,4 bolsas).

Ventas Anuales de Cigarrillos por habitante, España 1993-2003

Crecieron en este período: 32,9 cajetillas por habitante; pasando de 132,1 cajetillas en 1993 a 165 cajetillas por habitante en 2003.

Ventas Anuales de Cigarros por habitante, España 1993-2003

Aumentaron como media un 15,3% y, en mayor medida en:

- Navarra: 43,2%
- Cataluña: 23%
- Baleares 21,9%

Ventas en España, 2005.

En el año 2005 se vendieron en España 92.699,5 millones de cigarrillos, un 0,6% menos que en 2004, según datos del Comisionado para el Mercado de Tabacos, del Ministerio de Economía y Hacienda.

Se observa: que se rompe la tendencia al alza de los últimos cinco años.

TABLA 6.8.1. Evolución de las ventas de tabaco, España 1999-2005. Fuente: Comisionado para el Mercado de Tabacos, del Ministerio de Economía y Hacienda.

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Descenso	Incremento	Incremento	Incremento	Incremento	Incremento	Descenso
1,2%	1,9%	2,7%	0,8%	1,9%	1%	0,6%

Desde 1999, en que hubo un descenso del 1,2%, sólo se había registrado incrementos.

TABLA 6.8.2. Ventas de Cigarrillos por Comunidades Autónomas, 2005. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Observatorio Español sobre Drogas. 2005.

Aumentaron las ventas	%	Disminuyeron las ventas	%
País Vasco	+ 5,2	La Rioja	- 4,2
Navarra	+ 4,4	Madrid	- 4
Cataluña	+ 2,7	Asturias	- 3,3
Murcia	+ 0,1	Cantabria	- 3,2
Castilla La Mancha	+ 0,1	Aragón	- 2,6
		Galicia	- 2,3
		Extremadura	- 2,2
		Baleares	- 1,9
		Andalucía	- 1
		Comunidad Valenciana	- 0,8

TABLA 6.8.3. Tendencias y efectos esperados para el año 2006 con motivo de la entrada en vigor de la Ley 28/2005.

Con motivo de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Y, la Resolución de 28 de diciembre de 2005, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se dictan instrucciones en relación con la aplicación, en los centros de

Los Efectos de la Ley, y otras medidas como la aprobación del Decreto-Ley 2/2006, de 10 de febrero, por el que se modifican los tipos impositivos del impuesto sobre las labores de tabaco, se establece un margen transitorio complementario para los expendedores de tabaco y timbre y se modifica la Ley 28/ 2005 (Resolución de precios de fecha 7 de marzo de

trabajo de la Administración General del Estado y de los Organismos Públicos dependientes o vinculados, de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre.

2006).

- La tendencia esperada: que bajen las ventas y el consumo en todo el país.

- Los efectos esperados: el alto grado de cumplimiento de la Ley en el Medio Laboral y subida de los precios y de los impuestos.

7.- Estimación de la mortalidad asociada al consumo de drogas

7.1. Estimación de muertes atribuibles al tabaco en Asturias

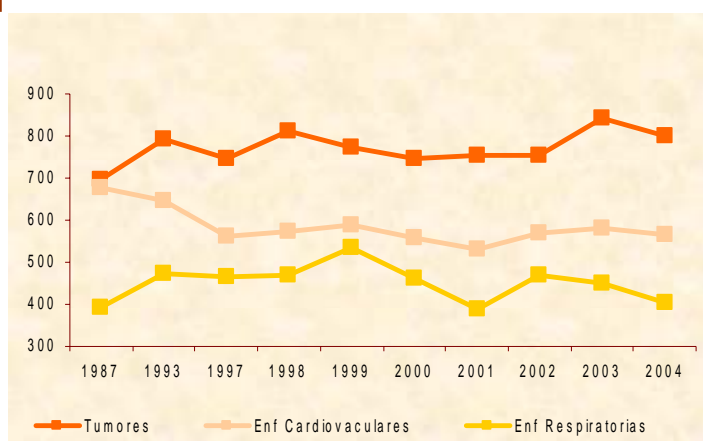
En el año 2004 se produjeron en Asturias alrededor de 2400 fallecimientos ocasionados por el tabaco, lo que supone que casi una de cada cinco muertes sucedidas en nuestra región es debida al consumo de tabaco.

Aproximadamente casi tres cuartas partes de las mismas (1768) afectaron a hombres y algo más de un tercio (644) a mujeres (Tabla 7.1.1.).

TABLA 7.1.1. Estimación de muertes atribuibles al tabaco en Asturias 1987-2004.

Año	Total			Hombres			Mujeres		
	Def. Totales	Def. tabaco	%	Def. Totales	Def. tabaco	%	Def. Totales	Def. tabaco	%
1987	10496	2343	22,3	5488	1739	31,7	5008	604	12,1
1993	11472	2402	20,9	6095	1915	31,4	5377	487	9,1
1997	11566	2322	20,1	6124	1771	28,9	5442	551	10,1
1998	11958	2424	20,3	6270	1853	29,6	5688	571	10,0
1999	12394	2493	20,1	6439	1897	29,5	5955	596	10,0
2000	12146	2322	19,1	6235	1767	28,3	5911	555	9,4
2001	11699	2273	19,4	6062	1673	27,6	5637	600	10,6
2002	12191	2413	19,8	6268	1789	28,5	5923	624	10,5
2003	12733	2556	20,1	6556	1876	28,6	6177	680	11,0
2004	12530	2412	19,3	6455	1768	27,4	6075	644	10,6

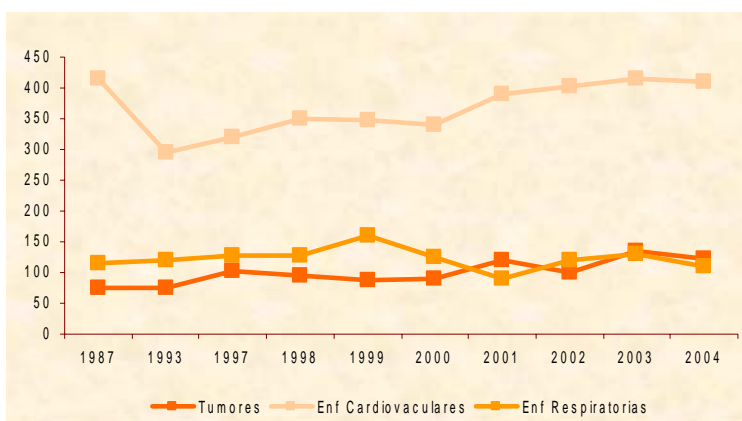
FIGURA 7.1.1. Evolución de la mortalidad atribuible al tabaco en hombres. Grandes grupos de enfermedades. Asturias 1987-2004.



(Figura 7.1.1.).

Analizando el porcentaje de mortalidad atribuible al hábito de fumar por “grandes grupos de enfermedades”, vemos que en el año 2004, en el caso de los hombres las neoplasias tienen una mayor presencia con un 45,2%, seguidas de las enfermedades cardiovasculares con un 32,1% y, por último, de las enfermedades respiratorias, que fueron responsables de un 22,7% de los fallecimientos

FIGURA 7.1.2. Evolución de la mortalidad atribuible al tabaco en mujeres. Grandes grupos de enfermedades. Asturias 1987-2004.



En las mujeres las muertes atribuibles al tabaco se deben principalmente a las enfermedades cardiovasculares, con un 63,7% de los casos, a los tumores malignos, con un 19,1% y a las enfermedades respiratorias, con un 17,2%. (Figura 7.1.2.)

Por categorías diagnósticas el cáncer de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la cardiopatía isquémica son los literales que con mayor frecuencia aparecen como causantes de mortalidad por el tabaquismo en los hombres, en un porcentaje del 29,1%, 19,5% y 12,4% respectivamente.

En las mujeres las patologías más prevalentes son las de origen cardíaco, destacando aquellas que se recogen bajo el epígrafe "otras enfermedades del corazón", responsables de un 19,5% de las muertes, la enfermedad isquémica del corazón, con un 18,9% y la enfermedad cerebrovascular, con 12,4%.

Entre el año 1987 y el 2004 aumentó el número de fallecimientos originados por el tabaco. Este incremento de 69 personas en números absolutos no se refleja porcentualmente ya que el número de fallecimientos totales entre ambos años aumentó en un 16%, lo que hace que el porcentaje por esta causa disminuya en tres puntos si se consideran ambos años (Tabla 7.1.1.).

En los hombres esta disminución es más pronunciada que en las mujeres, ya que en 1987 el número de muertes era de casi una de cada tres (31,7%) y pasó a ser de algo más de una de cada cuatro en el 2004 (27,4%). En las mujeres también se aprecia un ligero descenso que lo sitúa en torno al 10% a lo largo de la mayoría de años de este histórico (Tabla 7.1.1.).

En cuanto a la tendencia por categoría diagnóstica, es preciso reseñar que en los hombres se evidencia un aumento en las muertes por neoplasias y una reducción en las de origen cardiovascular, mientras que en las mujeres se produjo un incremento notable en los tumores malignos, a causa del cáncer de pulmón, que se incrementó en más de un 60% entre las dos fechas reseñadas (Tabla 7.1.1.).

7.2. Estimación de muertes atribuibles al alcohol en Asturias

El análisis de los fallecimientos debidos al consumo de alcohol referentes al último año que tenemos disponible (2004) pone de manifiesto que un total de 386 personas han muerto a consecuencia del consumo de alcohol en Asturias (Tabla 7.2.1.).

Existe una importante diferencia en función del género en el número de fallecimientos debidos al uso del alcohol. En el año 2004 fallecieron por esta causa un total de 306 hombres y de 80 mujeres, lo que arroja una razón de masculinidad de 3,8 fallecimientos en varones por cada mujer fallecida por esta misma causa.

TABLA 7.2.1. Número, proporción y tasa bruta de muertes por consumo alcohol. Asturias 1987-2004.

Año	Total	Tasa Bruta	%Total	H	Tasa Bruta	%H	M	Tasa Bruta	%M
1987	437	39,5	4,16	349	65,1	6,36	88	15,4	1,75
1988	475	43,0	4,43	376	70,3	6,71	99	17,4	1,94
1989	465	42,2	4,30	369	69,4	6,39	96	16,9	1,90
1990	494	45,0	4,41	394	74,3	6,60	100	17,7	1,91
1991	451	41,3	3,99	357	67,6	6,02	94	16,7	1,76
1992	435	39,6	3,89	357	67,4	6,06	77	13,6	1,47
1993	438	39,4	3,82	347	64,7	5,70	91	15,7	1,68
1994	425	38,0	3,73	352	65,2	6,02	73	12,7	1,41
1995	392	35,1	3,32	323	59,9	5,18	69	11,9	1,24
1996	393	36,1	3,29	315	60,2	5,05	78	13,8	1,37
1997	404	37,2	3,49	318	61,0	5,19	86	15,2	1,58
1998	396	36,6	3,31	326	62,8	5,21	70	12,4	1,22
1999	400	36,9	3,22	329	63,3	5,11	71	12,5	1,19
2000	385	35,7	3,17	311	60,2	4,98	74	13,2	1,25
2001	393	36,5	3,36	321	62,2	5,30	72	12,9	1,28
2002	377	35,1	3,04	307	59,6	4,80	70	12,5	1,16
2003	390	36,3	3,06	317	61,4	4,84	73	13,0	1,18
2004	386	35,9	3,08	306	59,4	4,74	80	14,3	1,32

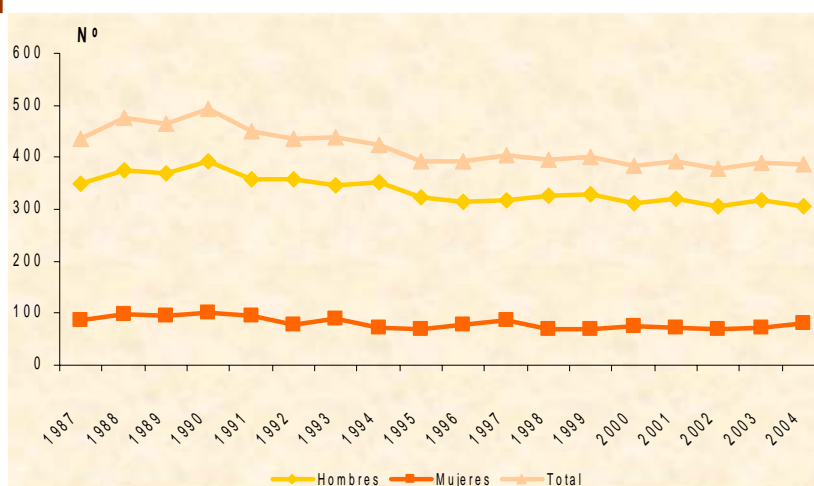
Por “grandes grupos de mortalidad”, un 36,3% de las muertes por consumo de alcohol son debidas a neoplasias, un 34,1% a enfermedades digestivas, un 14 % a accidentes no intencionales y un 10% a accidentes intencionales. En relación con las categorías diagnósticas, la mayor parte de las personas que fallecieron por patologías asociadas al alcohol lo hicieron por cirrosis hepática (124 muertes, casi un tercio de los fallecidos), le siguen en frecuencia el tumor maligno de esófago (62 fallecimientos, 16,1%) y los accidentes de tráfico (53 casos y 13,8%) (Tabla 7.2.2.).

TABLA 7.2.2. Estimación de la mortalidad por consumo de alcohol por grandes grupos de enfermedades. Asturias 1987-2004. (% de muertes de cada categoría.)

	1987			2004		
	H	M	T	H	M	T
Neoplasias	32,9	15,1	29,3	40,2	21,7	36,3
Enfermedades mentales	5,4	0,0	4,3	6,5	0	5,2
Enfermedades cardiovasculares	0,3	0,0	0,2	0,3	0,0	0,3
Enfermedades digestivas	35,4	51,7	38,6	31,5	44,4	34,1
Enfermedades del sistema nervioso	0	0	0	0	0	0
Accidentes no intencionales	18,4	18,3	18,4	12,3	20,6	14
Accidentes intencionales	7,6	14,8	9,1	9,2	13,4	10

La curva secuencial de mortalidad asociada al alcohol en el periodo 1987-2004 muestra una tendencia gradual descendente.

FIGURA 7.2.1. Evolución de la mortalidad asociada al consumo de alcohol por género. Asturias 1987-2004.



Así, en el año 1987 fallecieron 437 asturianos (tasa de 39,5) y en el año 2004 los hicieron 386 (tasa 35,9).

Este descenso evolutivo es más marcado en el caso de los hombres, cuya tasa pasó de 65,1 a 59,4 (personas fallecidas por 100.000 habitantes),

mientras que en las mujeres disminuyó de 15,4 a 14,3 en ese mismo periodo de tiempo analizado.

En el curso del periodo se han incrementado de manera notoria la proporción de personas que fallecen por neoplasias, tanto en hombres como en mujeres (29,3% a 36,3%), mientras que en el resto de los grandes grupos las diferencias encontradas son a la baja, si exceptuamos aquellas personas que fallecen por enfermedades mentales y accidentes intencionales, donde se incrementó ligeramente (Tabla 7.2.1.).

7.3 Estimación de muertes atribuibles al consumo de drogas (excluidas tabaco y alcohol) en Asturias.

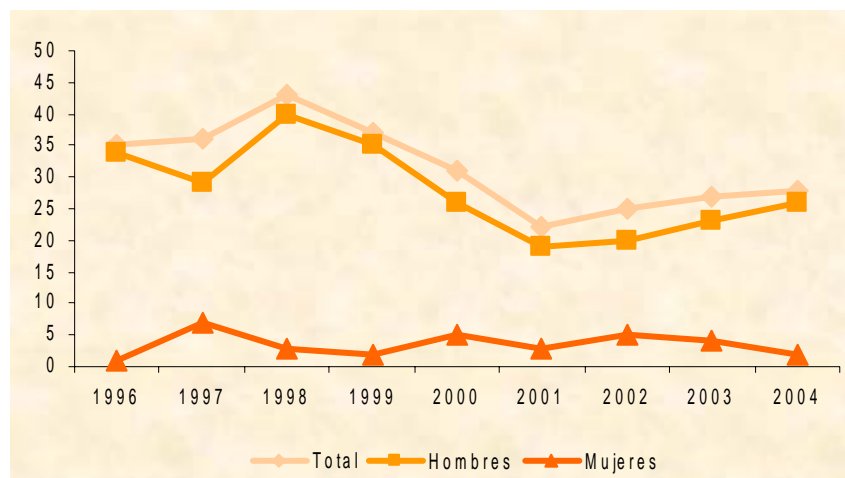
En el año 2004 fallecieron en Asturias por patologías asociadas al consumo de drogas ilegales un total de 28 personas, de las cuales 26 fueron hombres y 2 mujeres. Como puede observarse en la tabla que figura a continuación, las diferencias por género son muy importantes presentando el cociente de masculinidad de las tasas brutas de 14,1 en el último año (Tabla 7.3.1.).

TABLA 7.3.1. Estimación de la mortalidad por drogas (excluidas tabaco, alcohol y tranquilizantes). Número y tasa bruta por cien mil habitantes. Asturias. 1996-2004.

Año	Total	Tasa Bruta	Hombres	Tasa Bruta	Mujeres	Tasa Bruta
1996	35	3,2	34	6,5	1	0,2
1997	36	3,3	29	5,5	7	1,2
1998	43	4,0	40	7,7	3	0,5
1999	37	3,4	35	6,7	2	0,4
2000	31	2,9	26	5,0	5	0,9
2001	22	2,0	19	3,7	3	0,5
2002	25	2,3	20	3,9	5	0,9
2003	27	2,5	23	4,5	4	0,7
2004	28	2,6	26	5,0	2	0,4

El análisis evolutivo de este indicador muestra una tendencia descendente desde 1996 hasta el 2004, tanto en números absolutos como en tasas. No obstante, a partir del 2001 se percibe un ligero repunte en el número de fallecimientos por estas causas; que es más acusado en el caso de los hombres, sin que llegue a los niveles alcanzados en el año 1998, que fueron las más altas de esta serie.

FIGURA 7.3.1. Evolución de la mortalidad por drogas ilegales en Asturias 1996-2004.



8.- Indicadores del Plan sobre Drogas

8. Indicadores básicos de seguimiento del Plan sobre Drogas para Asturias

INDICADOR 8.1. Proporción de jóvenes (14-18 años) que piensan que el consumo habitual de tabaco, de alcohol o de drogas ilegales puede causar bastantes problemas.

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. 2004.

	Hombre	Mujer	Total
Fumar un paquete de tabaco diario	73,5	77,5	75,6
Tomarse 5-6 cañas o copas el fin de semana	30,1	42,4	36,5
Tomarse 1 ó 2 cañas o copas al día	35,3	48,5	42,5
Fumar hachís/marihuana alguna vez	36,7	40,1	38,6
Fumar hachís/marihuana habitualmente	75,0	79,1	77,2
Tomar tranquilizantes para dormir alguna vez	36,2	31,3	33,8
Tomar tranquilizantes para dormir habitualmente	80,1	83,1	81,7
Consumir éxtasis alguna vez	65,3	60,7	62,9
Consumir éxtasis habitualmente	88,7	90,3	89,7
Consumir cocaína alguna vez	67,6	65,3	66,5
Consumir cocaína habitualmente	88,7	90,6	89,8
Consumir heroína alguna vez	75,9	71,5	73,7
Consumir heroína habitualmente	89,6	90,3	90,1

INDICADOR 8.2. 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). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. 2004.

	Hombre	Mujer	Total
Toma de contacto con el tabaco	8,5	8,9	8,7
Inicio consumo de tabaco diario	19,9	17,6	18,7
Toma de contacto con el alcohol	25,1	35,1	30,5
Inicio de consumo de alcohol todas las semanas	38,4	39,0	38,7
Toma de contacto tranquilizantes. 1º vez	5,2	5,1	5,1
Toma de contacto cannabis . 1º vez	26,2	22,0	24,0
Toma de contacto cocaína . 1º vez	6,6	7,3	7,0
Toma de contacto heroína . 1º vez	0,4	0,0	0,2
Toma de contacto anfetaminas . 1º vez	4,8	4,2	4,5
Toma de contacto alucinógenos. 1º vez	6,6	2,9	4,6
Toma de contacto con sustancias volátiles . 1º vez	3,0	1,6	2,2
Toma de contacto con éxtasis . 1º vez	3,7	1,6	2,6

INDICADOR 8.3. Edad media de inicio de consumo de tabaco, de alcohol y drogas ilegales. Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. 2004.

	Hombre	Mujer	Total
Edad de consumo del primer cigarro	13,5	13,3	13,4
Edad de comienzo de consumo diario de tabaco	14,6	14,4	14,5
Edad media de primera ingesta de bebida alcohólica	13,5	13,9	13,7
Edad media de comienzo de consumo semanal de bebidas alcohólicas	15	14,8	14,9
Edad media de primer consumo de cannabis	14,7	14,9	14,8
Edad media de primer consumo de cocaína	15,4	16	15,8
Edad media de primer consumo de heroína	12,7	0	12,7
Edad media de primer consumo de speed y anfetaminas	15,3	16	15,7
Edad media de primer consumo de alucinógenos	15,6	15,9	15,7
Edad media de primer consumo de sustancias volátiles	13,6	14,2	13,8
Edad media de primer consumo de éxtasis/drogas de diseño	15,5	15,5	15,5

INDICADOR 8.4. Prevalencia de consumidores de tabaco, alcohol y de drogas ilegales en jóvenes y adultos por género. (%). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. 2004 y Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España. 2003.

Jóvenes de 14 a 18 años	Hombre	Mujer	Total
Fumador diario	17,1	28,4	23,1
Consumo de alcohol "último treinta días"	70,3	80,5	77,5
Consumo de alcohol diario	5,5	1,5	3,4
Consumo de alcohol día de semana	25,2	19,1	22,3
Consumo de alcohol fin de semana	73,7	80,5	77,5
Consumo de cannabis diario	6,3	2,4	4,3
Consumo de cannabis "último mes"	23,7	16,9	20,2
Consumo de cocaína "último mes"	4	3,7	3,8
Consumo de heroína "último mes"	0,6	0	0,3
Consumo de speed y anfetaminas "último mes"	2,6	1,6	2,1
Consumo de alucinógenos "último mes"	3,7	1,5	2,6
Consumo de inhalantes volátiles "último mes"	2,8	0,6	1,7
Consumo de éxtasis "último mes"	1,3	1,4	1,3

Adultos de 15 a 64 años	Hombre	Mujer	Total
Fumador diario	29,5	31,5	30,5
Consumo de alcohol diario	24,6	5,9	13,3
Consumo de alcohol día de semana	47,2	21,6	34,2
Consumo de alcohol fin de semana	76,7	57,6	67,1
Consumo de cannabis diario	3,2	0,5	1,8
Consumo de cannabis "último mes"	9,8	4,2	7
Consumo de cocaína "último mes"	1,4	0	0,7
Consumo de heroína "último mes"	0	0	0
Consumo de speed y anfetaminas "último mes"	1	0	0,5
Consumo de alucinógenos "último mes"	0	0	0
Consumo de éxtasis "último mes"	0	0	0

INDICADOR 8.5. Prevalencia de consumidores de un paquete de tabaco o más por género. (%). Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España. 2003.

Adultos de 15 a 64 años	Hombre	Mujer	Total
Total	29,1	40	37,1

INDICADOR 8.6. Prevalencia de consumidores de más de 60 gr. de alcohol diario (varones) y más de 40 gr. del alcohol diario (mujeres). (%) Bebedores abusivos. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España. 2003.

Adultos de 15 a 64 años	Hombre	Mujer	Total
Total	5,9	2,3	3,8

INDICADOR 8.7. Porcentaje de jóvenes que refieren al menos una borrachera en el último mes, por género. Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. 2004.

Jóvenes de 14 a 18 años	Hombre	Mujer	Total
Total	26,9	38,3	37,8

INDICADOR 8.8. Prevalencia de consumidores de tabaco entre docentes y personal sanitario por género y grupo de edad. Fuente: Consumo de tabaco en profesionales sanitarios. DGSP. 2001 y Nuestros centros educativos y el tabaquismo. DGSP.1999

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

	Profesores	Profesoras
Fuman	29%	32%

INDICADOR 8.9. Prevalencia de consumidores de tranquilizantes, por género y grupo de edad. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias. 2002

	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%
Género			
Hombres	7,8%	7,5%	0,3%
Mujeres	19,5%	17,4%	2,1%

INDICADOR 8.10. Prevalencia de exfumadores en la población, por género (%). Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España. 2003.

Adultos 15 - 64 años	Hombres	Mujeres	Total
Ex fumadores	21,3	13,8	17,1

INDICADOR 8.11 Número y proporción de muertes atribuibles al tabaco por género. Observatorio sobre Drogas para Asturias

Año 2004	Hombre	Mujer	Total
Muertes	1768	644	2412
Proporción	27,4%	10,6%	19,3%

INDICADOR 8.12. Número y proporción de muertes atribuibles al alcohol por género.

Año 2004	Hombre	Mujer	Total
Muertes	306	80	386
Proporción	4,7%	1,3%	3,1%

INDICADOR 8.13. Número por reacción aguda a la toma de drogas por género.

Año 2004	Hombre	Mujer	Total
Muertes	26	2	28

INDICADOR 8.14. Porcentaje de consumidores de drogas ilegales que utilizan la vía endovenosa por género. (Personas admitidas a tratamiento que utilizan la vía parenteral o inyectada como vía principal. SEIT. Indicador Admisión a Tratamiento Asturias 2005.)

Con Tratamiento previo	Sin Tratamiento previo	Total
12,2%	3,4%	8,8%

INDICADOR 8.15. Prevalencia de infección por el VIH entre los consumidores de drogas ilegales. (Estado serológico VIH entre población atendida en Centros de Salud Mental. SEIT. Indicador Admisión a Tratamiento). Asturias 2005

	Con Tto previo	Sin Tto previo	Total
Positivo	9,1%	3,9%	7%
Negativo (análisis últimos 6 meses)	19,7%	7,3%	15,2%
Negativo (sin fecha de análisis)	31,2%	10,7%	23%
Sin análisis o resultado desconocido	40%	78,1%	54,8%

INDICADOR 8.16. Número de personas con problemas de drogodependencias que reciben ayuda económica por género y grupo de edad. Asturias 2005.

Hombre	Mujer	Total
477	112	589

