


Informe 08

Observatorio sobre Drogas
para Asturias



Observatorio sobre Drogas para Asturias

Informe 2008

Ficha técnica:

Promueve y edita:

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Distribuye:

Observatorio sobre Drogas para Asturias
Sección de Información Sanitaria
Servicio de Salud Poblacional
Dirección General de Salud Pública y Participación

Equipo de Redacción:

Ignacio Donate Suárez
Jorge Cabo Pérez
Margarita Eguiagaray García
Ana Belén Díaz Fernández
Juan Ramón Santos Fernández
Ángeles Rocés González
Eduardo Gutiérrez Cienfuegos
Rafael Cofiño Fernández
Berta Cid Vila
Félix Álvarez Carrascal

Coordinación del informe:

Ignacio Donate Suárez
Jorge Cabo Pérez

Agradecimientos:

A Nadia García, Luisa González, Dori Ojeda, Mónica Regueira y Asunción Modino de la Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias, a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y a todas las personas, organismos, instituciones y ONGs que nos han facilitado información para que este documento pudiera ver la luz.

Copias adicionales de este informe se pueden obtener gratuitamente a través de:
<http://tematico.asturias.es/salud/plan/portada.php> y <http://tinyurl.com/5adg7h>

Oviedo, 15 de diciembre de 2008

Producción Gráfica: Asturgraf
Depósito Legal: AS/916/09

Índice

1.- Introducción	5
<hr/>	
2.- Consumo, percepción y opinión de la población ante las drogas	7
2.1. Consumos en población general	11
2.2. Consumos en jóvenes.....	36
<hr/>	
3.- Programas de prevención.....	68
3.1.- Planes Municipales sobre Drogas	69
3.2.- Programas escolares de prevención del consumo de drogas	76
3.2.1. Programas impulsados por la Administración de la Comunidad Autónoma.....	76
3.2.2. Programas promovidos por los Ayuntamientos a través de los Planes Municipales sobre Drogas	79
<hr/>	
4.- Programas asistenciales en Servicios Sanitarios Públicos	81
4.1.- Admisión a tratamiento de personas por abuso de sustancias psicoactivas	82
4.2.- Tratamiento por abuso o dependencia a alcohol.....	93
4.3.- Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas.....	95
4.4.- Programas Residenciales: Comunidades Terapéuticas: perfil de los pacientes que acceden a tratamiento en Programas Residenciales. 2003-2007	98
4.5. Programas jurídico penales y de reincorporación social	100
4.5.1. Intervenciones con usuarios de drogas en el Centro Penitenciario de Villabona, durante los años 2003-2007	100
4.5.2. Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD): Perfil de los Usuarios 2004-2007	103
4.5.3. Programas de Centro de Día en Asturias	105
4.5.4. Fundación ADSIS.....	106
4.5.5. Asociación Amigos Contra la Droga- Centro de Día	108
4.5.6. Centro de Día Buenos Amigos	111
4.6. Programa de dispensación de metadona en oficinas de farmacia.....	113
<hr/>	
5.- Programas de disminución de daños	115
5.1. Programa Zona Clave	117
5.2. Programa Trolebús.....	120
5.3. Programa distribución SANIKITS.....	123
<hr/>	
6.- Indicadores sobre la oferta y control de drogas.....	124
6.1. Decomisos, denuncias y detenciones: datos de Asturias y España	125
6.2. Drogas y seguridad	131
6.3. Otras ofertas	132

6.4. Venta de bebidas alcohólicas	135
6.5 Tabaco	137
6.6 Desarrollo y aplicación de nuevas medidas legislativas frente al tabaco	138

7.- Estimación de la mortalidad asociada al consumo de drogas..... 139

7.1. Estimación de muertes atribuibles al tabaco en Asturias	140
7.2. Estimación de muertes atribuibles al alcohol en Asturias.....	143
7.3. Estimación de muertes atribuibles al consumo de drogas (excluidas tabaco y alcohol) en Asturias	145

8.- Experiencias de buenas prácticas en tratamiento y rehabilitación de personas con problemas con las drogas 147

8.1. Trabajo con alcohol .Tratamiento de Adicción a la Cocaína (TAC). (Proyecto Hombre Asturias)	149
8.2 Tratamiento de Adicción a la Cocaína (TAC). Procedimiento de evaluación. (Proyecto Hombre Asturias)	153
8.3. Programa socioeducativo para mujeres consumidoras, ex-consumidoras o en riesgo de consumir drogas con menores a cargo. (PMD de Mieres)	156

9.- Indicadores del Plan sobre Drogas para Asturias 160

Introducción

En el presente informe del Observatorio sobre Drogas para Asturias correspondiente al año 2008 se ha pretendido realizar un análisis amplio de la situación de las drogas en nuestra región, tratando de abarcar no solo los aspectos epidemiológicos que rodean a los consumos de drogas, sino también un mapa de programas y actuaciones en el que se vieran reflejadas algunas de las principales iniciativas que se desarrollan en nuestra Comunidad Autónoma.

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 de la Encuesta de Salud para Asturias del 2008, y del Programa Encuestas del Plan Nacional Sobre Drogas. En estos momentos se dispone de una dilatada serie temporal que nos permite describir adecuadamente la situación actual, y también aproximarnos a las tendencias sobre consumos, actitudes, disponibilidad, opinión, etcétera, respecto de las drogas.

En el ámbito de la prevención se hace una descripción y su evolución en los últimos años de los principales Programas que se desarrollan en nuestra Comunidad Autónoma. Por un lado, aquellos impulsados por la propia Administración: *Proyectos pedagógicos de Educación y Promoción de la Salud, Órdago, la Aventura de la Vida* y concurso *El Secreto de la Buena Vida*, y por otro, aquellos desarrollados por los Ayuntamientos a través de los Planes Municipales sobre Drogas, entre los que destacan: el *Cine en la Enseñanza, Entre Todos*, en la *Huerta con mis Amigos, ¿De qué van las Drogas? ¿De qué van los jóvenes?*.

En relación con la asistencia, se presentan también los últimos datos y la evolución de algunos de los programas asistenciales, entre los que cabe destacar: los indicadores *Admisión a tratamiento (SEIT)* y *urgencias hospitalarias*, las características de las personas que están 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, como son: el programa de *Inserción Social de Personas Privadas de Libertad que realiza la asociación ADSIS*, el del *Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD)*, el programa de la *Asociación de Amigos contra la Droga*, y por último la actividad de los centros de Día..

En el apartado de la reducción de riesgos, además de analizar los programas de disminución de riesgos en lugares de ocio *Zona Clave*, de acercamiento de los recursos a personas con mayor problemática social y sanitaria *Trolebús*, y de intercambio de jeringuillas en Asturias *SANIKITS*, se incorpora en esta ocasión el programa de dispensación de metadona en oficinas de farmacia que se ha iniciado recientemente en nuestra Comunidad.

El trabajo se completa con otros cuatro capítulos más, tres de ellos clásicos en los informes que realiza el Observatorio sobre Drogas para Asturias: indicadores sobre la oferta y control de drogas, mortalidad por las principales drogas, e Indicadores Básicos de seguimiento del Plan sobre Drogas para Asturias, y otro más novedoso, que relata experiencias de buenas prácticas en tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas en Asturias.

El trabajo se completa con otros cuatro capítulos más, tres de ellos clásicos en los informes que realiza el Observatorio sobre Drogas para Asturias: indicadores sobre la oferta y control de drogas, mortalidad por las principales drogas, e Indicadores Básicos de seguimiento del Plan sobre Drogas para Asturias, y otro más novedoso, que relata experiencias de buenas prácticas en tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de drogas en Asturias.

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 pudiera realizarse.

El equipo redactor.

2.- Consumo, percepción y opinión de la población ante las drogas

Algunas notas metodológicas

Las encuestas son una herramienta básica que nos ayudan a estimar la proporción de personas que declaran haber consumido diversas sustancias durante determinados periodos de tiempo. Además, ofrecen una información muy interesante que permite contextualizar las pautas de consumo de drogas, conocer las características sociodemográficas de los consumidores y sus percepciones de riesgo y disponibilidad.

En este informe se presentan los datos obtenidos de las últimas encuestas realizadas en materia de drogas en nuestra comunidad autónoma: Encuesta de Salud para Asturias (ESA) que tiene un apartado específico sobre drogas legales y no legales, la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

A lo largo del 2008 se llevó a cabo en nuestra Comunidad la segunda Encuesta de Salud para Asturias, cuya explotación nos ha permitido una aproximación muy precisa al consumo real de drogas en la población asturiana no institucionalizada de 16 o más años cumplidos.

La Ficha Técnica de la encuesta y trabajo de campo desarrollado fue la siguiente:

- Universo: residentes en Asturias no institucionalizados/as de 16 o más años cumplidos.
- Muestra: se realizaron un total de cerca de 2.495 entrevistas válidas.
- Criterio de selección muestral:
 - Estratificado por Área Sanitaria, edad y sexo.
 - Proporcional a la población asturiana de 16 o más años cumplidos.
 - Con objeto de disminuir el error muestral en varias Áreas se realizó una sobreponderación estratificada por edad de entrevistas en las mismas.
- Selección de la muestra: polietápica, mediante selección de concejos y hábitats de Área Sanitaria y selección posterior de los/las entrevistados/as por el sistema de rutas aleatorias según criterios de selección por cuotas.
- Entrevista: domiciliaria y personal, con reemplazo.
- Cuestionario: estructurado, cerrado y codificado.
- Fecha del trabajo de campo: entre el 26 de mayo al 30 de junio del año 2008.
- Error aleatorio: para $p=q=50\%$ (0,50) y un nivel de confianza del 95,5% (2 s) el error estimado para el conjunto de la muestra es del $\pm 2,0\%$.
- El ámbito territorial, es la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.
- El ámbito temporal es el año de su ejecución (2008) en una única oleada.

Tabla 2.1. Distribución de la muestra de la Encuesta de Salud para Asturias 2002-2008.

	2002	2008
Asturias	2031	2495

La segunda encuesta a la que nos vamos referir es la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas (EDADES), se trata de una encuesta específica sobre esta materia que realiza la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Tiene como objetivos más importantes conocer la prevalencia de las distintas drogas, analizando también otros aspectos relacionados con el consumo, como son: las características sociodemográficas, los patrones de consumo, la opinión y la percepción de riesgo de los ciudadanos, y la disponibilidad de las diversas sustancias psicoactivas. Se viene realizando con una periodicidad bienal desde 1995 y los datos que nosotros vamos a proporcionar se corresponden con la submuestra de Asturias del año 2007 que se ajustan a la siguiente metodología:

La Ficha técnica de la encuesta y trabajo de campo desarrollado fue el siguiente

- Universo y marco muestral: población residente en Asturias de 15 a 64 años, ambos inclusive. Se incluye población de zonas rurales pero sobre todo la residente en hogares familiares no institucionalizados. La distribución de la muestra fue desproporcional, sobrerrepresentándose la población joven de 15 a 39 años, que es la más expuesta al consumo de drogas.
- Muestra: se realizaron un total de 835 entrevistas, por conglomerados trietápicas sin sustitución.
- El ámbito temporal es el año de su ejecución (2007). Se realizó en dos oleadas.
- Error aleatorio: para $p=q=50\%$ (0,50) y un nivel de confianza del 95,5% (2 s) el error estimado para el conjunto de la muestra es del $\pm 3,0\%$.

Tabla 2. 2. Distribución de la muestra de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en Adultos (EDADES), Asturias y España 1995-2007-2008.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Asturias	388	709	457	419	433	1049	835
España	8888	12304	12234	14113	12033	27934	

La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 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, etcétera. Nosotros también nos vamos a referir a la fracción muestral asturiana del año 2006.

En este año se aumentó la muestra que tenía asignada nuestra Comunidad a 1737 sujetos para así mejorar la precisión y poder aportar datos más ajustados a la realidad asturiana.

La Ficha Técnica de la encuesta y trabajo de campo desarrollado fue el siguiente:

- Población y marco muestral: la población de referencia son los estudiantes que cursan Enseñanzas Secundarias en Asturias (3º y 4º de ESO, 1º y 2º Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio).
- Muestra: muestreo por conglomerados bietápicos, estratificado por titularidad del centro y tipo de estudios.
- Cuestionario estandarizado, anónimo y autocumplimentado.
- El ámbito temporal es el año de su ejecución (2006). Se realizó en otoño en dos oleadas.
- En nuestra Comunidad Autónoma se aumentó la muestra para mejorar la precisión: 29 centros, 84 aulas y 1737 alumnos/as.

Tabla 2.3. Distribución de la muestra de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) en Asturias y España. 1994-2006.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Asturias	993	875	765	661	744	584	1737
España	20931	18966	18085	20450	26576	25521	26454

Los intervalos de tiempo que se manejan de manera normalizada para comunicar la prevalencia de consumo son los siguientes: "alguna vez en la vida", "últimos doce meses" y "últimos treinta días". El primero se trata de un índice amplio que no refleja la situación actual de consumo en adultos, pero que sí resulta útil para los jóvenes y escolares para hacerse una idea de las pautas de consumo y de la incidencia. Para los adultos se toma como referencia el consumo del "último año", "últimos treinta días" y diario.

Los diversos porcentajes de consumo de las diferentes drogas se calcularon a partir de las muestras de las encuestas anteriormente comentadas, a las que posteriormente se les realizó una ponderación o ajuste por edad y sexo, en los dos primeros casos, y por titularidad del centro y tipo de estudios en el tercer caso, para corregir así las posibles desviaciones de la misma con respecto a la distribución real de la población asturiana.

2.1.- Consumos en población general

Resumen

Extensión del consumo de drogas

En nuestra comunidad autónoma las drogas consideradas socialmente como legales, tabaco, alcohol y psicofármacos, son las más consumidas por el conjunto de la población.

En el año 2008, dentro de la población mayor de 15 años, el alcohol figura como la sustancia más consumida por los asturianos y asturianas, seguido por el tabaco que solo supera al alcohol en el caso de los consumos diarios (27,8% frente a 13 %).

Entre las drogas de comercio ilegal los porcentajes de consumo son mucho menores. Resulta significativo que uno de cada cinco asturianos/as de edades comprendidas entre los 15 y 64 años refieran haber consumido alguna vez en su vida algún tipo de droga ilegal, el 6,6% en los últimos 12 meses y un 5% en los últimos treinta días anteriores a la entrevista. Ateniéndonos al consumo de sustancias concretas, son llamativos los del cannabis, con prevalencias del 19,7%, 6% y 4,6% en lo que se refiere a los tres indicadores anteriormente mencionados, mientras que el resto de las sustancias, como son la cocaína, los alucinógenos, las anfetaminas, el éxtasis, la heroína y los inhalantes volátiles apuntan prevalencias muy inferiores que se sitúan entre el 5% y 1% en las fases de experimentación y en torno al 1%, o algo menos, para los consumos más habituales.

Mención aparte merecen los tranquilizantes, somníferos y antidepresivos que son consumidos por más de una de cada diez personas mayores de quince años (13,8%), solo superados por el alcohol y tabaco.

Diferencias en el uso de drogas por sexo

Atendiendo a la variable sexo, la gran mayoría de las sustancias tanto legales como ilegales son consumidas en mayor proporción por parte de los hombres. En el caso del tabaco, se observa una diferencia de ocho puntos porcentuales en los fumadores diarios atendiendo al género (32% vs. 24% respectivamente), en el alcohol las diferencias aún son más importantes en la tipología de bebedor diario (los hombres consumen con una frecuencia cuatro veces superior a las mujeres: 21,5% y 5,3%, respectivamente). En el resto de las sustancias, las de comercio ilícito, el patrón de consumo guarda relación con lo comentado al comienzo de este apartado, con porcentajes de consumo superiores en los hombres para todas las sustancias y para casi todas las tipologías de consumo.

La única excepción se produce con los hipnosedantes (tranquilizantes, somníferos y antidepresivos), las únicas sustancias en las que la prevalencia encontrada es mayor en las mujeres que en los hombres, 17,8 % en ellas por 9,3% en los segundos.

Diferencias por edad

La mayor concentración de consumidores de las diversas sustancias, tanto legales como no, se localizan en las personas más jóvenes. Excepto los hipnosedantes y las bebidas alcohólicas consumidas diariamente, cuya utilización se incrementa notablemente con la edad, el resto de las sustancias analizadas se comportan con una relación de consumos inversa a la edad. Cuanto menor es el tramo etario mayor es la prevalencia y viceversa. Esta correlación se hace más patente en las drogas consideradas como ilegales, donde los consumos en edades medias y en personas mayores son poco relevantes.

Tendencias

En los últimos años se ha producido un descenso en la prevalencia del consumo de algunas sustancias como son el tabaco, cannabis y cocaína, y se han incrementado el del alcohol a diario y los psicofármacos en varones.

Consumo de tabaco

Aproximadamente tres de cada diez asturianos declaran ser consumidores de tabaco (30,4%). De ellos, el 27,8%, que representarían 269.000 personas, refieren tener un consumo diario y el resto, 2,6%, manifiestan fumar de manera ocasional. Una de cada seis personas es exfumadora (16,3%) y más de la mitad de la población no ha fumado nunca de manera habitual (53,3%) (tabla 2.1.1).

Analizando las características sociodemográficas, observamos que para el conjunto de la población por sexo, fuman más los hombres (34,7%) que las mujeres (26,4%). Paralelamente casi dos tercios de las mujeres declaran no haber fumado nunca, frente a un poco más de un tercio de los hombres. A su vez, la proporción de hombres exfumadores es tres veces superior a la de las mujeres (tabla 2.1.1).

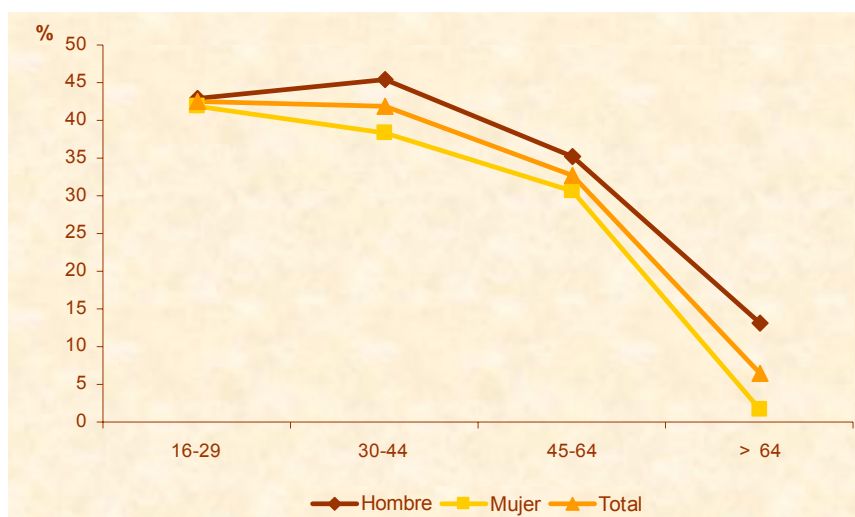
Tabla 2.1.1. Prevalencia de consumo de tabaco en Asturias, según sexo (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

	Hombre	Mujer	Total
Fumo diariamente	31,7	24,2	27,8
Fumo, pero no diariamente	3,1	2,2	2,6
No fumo actualmente, pero he fumado antes	25,8	7,7	16,3
No he fumado nunca	39,3	65,9	53,3

En el análisis etario, solo un 5,2% de la población de personas mayores (>64 años) fuma habitualmente. La mayor proporción de fumadores se sitúa en las edades más jóvenes 16-29 años (42,4%) y en el grupo de 30-44 años (41,9%). Por sexos, destaca el hecho de que en todos los grupos de edad, excepto en el más joven, las mujeres presentan frecuencias de fumadoras diarias inferiores a las de los hombres y también que a medida que aumenta la edad disminuyen los índices de consumo, excepto en varones en el paso del grupo de edad 16-29 a 30-44 años (figura 2.1.1).

Resaltar, también, que más del 72,5% de las personas mayores nunca han fumado, siendo esta proporción de solo la mitad entre las personas jóvenes (16-29 años).

Figura 2.1.1. Prevalencia de consumo de tabaco en Asturias, según sexo y edades (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.



Respecto a la cantidad de tabaco consumida, la media diaria en las personas fumadoras o exfumadoras (cuando fumaban) es de 16,2 cigarrillos al día. Los hombres consumen más tabaco diariamente que las mujeres (17,5 cigarrillos frente a 14,7 cigarrillos en las mujeres). Por edades, consumen más cigarrillos las personas de 30-44 años que fuman (17,5 cigarrillos día) frente a 14,2 cigarrillos día de las personas jóvenes. Se observa una gran variabilidad en el consumo medido de cigarrillos/día como se pone de manifiesto en la desviación Standard (tabla 2.1.2).

Tabla 2.1.2. Media de cigarrillos consumidos en Asturias, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	> 64	
Media de cigarrillos/día	17,5	14,7	14,2	17,5	16,5	15,3	16,2
Desv Standard	9,4	8,3	7,5	9,2	9,4	11	9

En relación con la cantidad de cigarrillos fumados al día, agrupamos a los fumadores diarios en tres grandes categorías: moderados, medios e intensos. En Asturias la tipología de consumo predominante es esta última (intensa), con un 48,2%, seguida de la media con el 32,6% y sólo un 17,9% de los fumadores diarios declaran hacerlo con un nivel de intensidad moderado. En este indicador apreciamos notables diferencias atendiendo al género y la edad, de manera que las mayores tasas de fumadores intensos se dan en los hombres (55,3%) y se concentran en las edades medias de la vida, 30-44 y 45-64 años (tabla 2.1.3).

Tabla 2.1.3. Tipología de consumo de tabaco atendiendo al nivel de intensidad, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

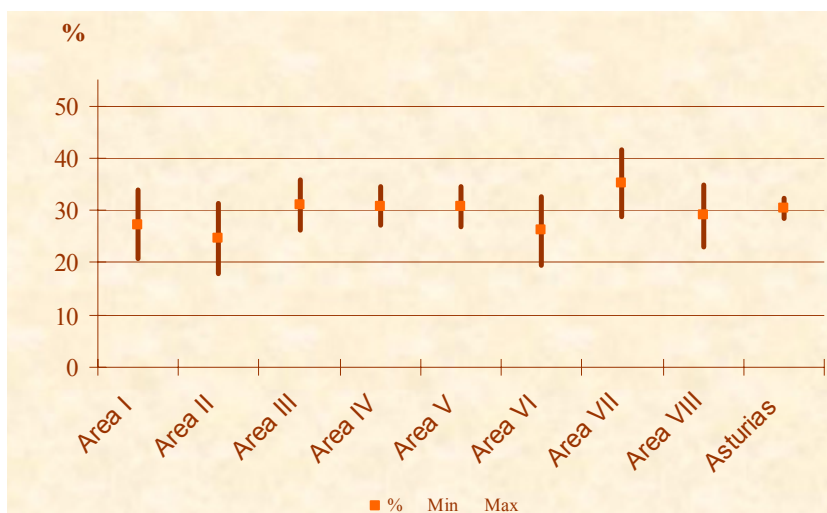
	SEXO		EDAD				TOTAL
	Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	> 64	
Fumadores moderados	14,1	22,4	21,9	13,8	17,4	32,3	17,9
Fumadores medios	29,5	36,3	39,6	29,7	31,6	25,8	32,6
Fumadores intensos	55,3	39,7	37,3	54,5	50,6	38,7	48,2
Ns/Nc	1,1	1,6	1,2	2,0	0,4	3,2	1,3

Moderados: menos de 10 cigarrillos/día, medios: 10 a 19 cigarrillos/día y elevada: 20 o más cigarrillos/día.

El análisis de la continuidad en el consumo, es decir, la proporción de personas que mantienen su consumo en el tiempo, es muy elevada. Esta fidelización en el hábito de fumar es más acusada en los hombres que en las mujeres, con una media de permanencia de 25 años en los primeros y de 22 en ellas, y pone de manifiesto el elevado carácter adictivo del tabaco, que se traduce en una fuerte dependencia tanto física como psicológica.

El consumo por áreas sanitarias presenta algunas diferencias. Mientras que en las áreas I, II y VI (occidental, suroccidental y oriental) los porcentajes de utilización declarados son inferiores a la media de Asturias, probablemente debido a que se trata de zonas más rurales con población envejecida y predominio de mujeres, en las áreas VII (Mieres) y III (Avilés), esta última en menor medida, las prevalencias son superiores a la media asturiana (35,3% y 31,1% respectivamente). El resto de las áreas, con pequeñas oscilaciones, se sitúan más próximas a los consumos medios (figura 2.1.2).

Figura 2.1.2. Prevalencia de consumo de tabaco en Asturias, según áreas sanitarias (porcentajes). Márgenes para intervalos de confianza del 95%. Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.



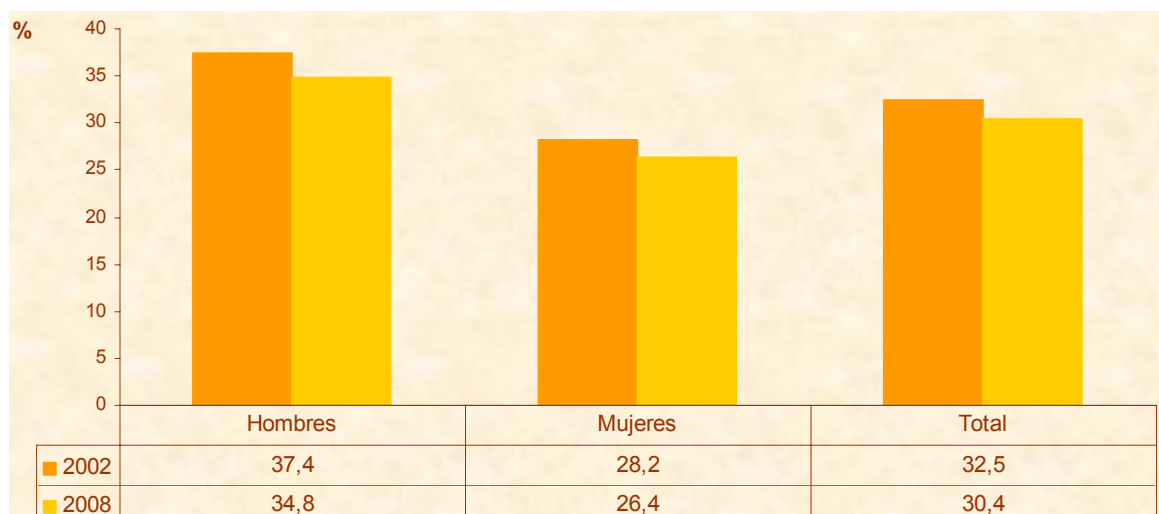
Las personas clasificadas con un nivel de estudios medios, que engloban a los que cursaron estudios secundarios de primera y segunda etapa, son las que declaran fumar más (37,6%), seguidas de aquellas que poseen estudios universitarios, tanto medios como superiores (30,2%) y, por último, los que sólo declaran estudios primarios, completos o no (20,7%). Estos porcentajes probablemente estén influidos por la variable edad, ya que las menores prevalencias de consumo de tabaco, como se comentó anteriormente, se dan en las personas mayores, que son a su vez las que habitualmente tienen un menor nivel de estudios.

Comparando los datos obtenidos en esta encuesta con respecto a los aportados en la Encuesta de Salud del año 2002, observamos que ha disminuido la proporción total de personas fumadoras en estos 6 años (32,5% en 2002 hasta 30,4% en el 2008) debido a que ha aumentado la proporción de personas que nunca han fumado (51% en 2002 a 53,3% en el 2008) y que también ha disminuido el porcentaje de fumadores no habituales (4,2% en el 2002 por 2,6% en el 2008). Respecto al abandono del hábito tabáquico, es muy similar en ambos años (figura 2.1.3).

En el análisis evolutivo por género se aprecia que disminuyen las proporciones de consumo para ambos sexos en los dos indicadores (consumo diario y ocasional). Esta circunstancia no se había puesto de manifiesto en la anterior encuesta (2002), donde en los hombres descendía la prevalencia mientras que en las mujeres aumentaba. Podemos encontrarnos, por tanto, ante un patrón de consumo más estable en el que tanto los hombres como las mujeres han alcanzado sus máximos niveles de consumo y en lo sucesivo veamos descender ambos porcentajes (figura 2.1.3).

También ha disminuido en casi un cigarrillo y medio el consumo respecto a los datos de la Encuesta de Salud 2002. Para ambos sexos se ha reducido el consumo medio de cigarrillos, si bien en los hombres el descenso ha sido superior que en las mujeres (2 cigarrillos menos al día en hombres, solo 0,2 cigarrillos menos al día en mujeres).

Figura 2.1.3. Evolución del consumo de tabaco en Asturias (diario y ocasional) (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2002 y 2008.



Exposición pasiva al humo del tabaco

La mayor parte de la población asturiana mayor de 15 años refiere no encontrarse en ambientes cargados de humo de tabaco a lo largo de los días laborables (lunes a jueves). Del análisis de lo siguiente se desprende que en días laborables el 53,0% afirma que no pasa nada de tiempo en este tipo de ambientes y el 26,7% menos de una hora. Los fines de semana los porcentajes son menos favorables y descienden al 42,4% los que declaran no pasar nada de tiempo en ambientes cargados y al 17,7% los que pasan menos de una hora.

En los siguientes intervalos de tiempo de exposición se aprecia más variación en días laborables con respecto a los fines de semana. De este modo, la proporción de personas que indican que están expuestas más de una hora en ambientes cargados es del 15% de lunes a jueves y del 34% los fines de semana. O sea, en fines de semana se duplica la exposición a humo de tabaco ambiental (tabla 2.1.4).

Por sexo, los hombres pasan más tiempo a diario que las mujeres en ambientes cargados de humo de tabaco, más de una hora en días laborables (19,5% en hombres respecto a 11,1% en mujeres), y en los fines de semana los porcentajes se amplían aun más (41,3% en hombres, 27,2% en mujeres).

Teniendo en cuenta la edad, se aprecia una tendencia inversa a la edad a la hora de pasar más tiempo diario en ambientes cargados de humo de tabaco, de manera que a medida que aumenta la edad disminuye el tiempo de exposición. Esta circunstancia sucede tanto en días laborables como los fines de semana. Las mayores diferencias en la exposición entre días laborables y fines de semana en función de la edad se dan en personas jóvenes, donde ésta se duplica en unos días respecto a los otros (tabla 2.1.4).

Tabla 2.1.4. Exposición pasiva al humo del tabaco, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

		SEXO		EDAD				TOTAL
		Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	> 64	
De lunes a jueves	Nada	45,2	60,1	42,2	46,3	49,8	72,1	53,0
	Menos de 1 hora	30,8	23,0	30,0	29,8	30,7	16,0	26,7
	De 1 a 4 horas	14,5	7,3	15,1	14,4	9,7	4,9	10,7
	Más de 4 horas	5,0	3,8	7,6	5,1	4,6	0,8	4,3
	Ns/Nc	4,6	5,8	5,1	4,5	5,2	6,2	5,2
De viernes a domingo	Nada	35,1	49,1	22,8	32,3	41,1	69,2	42,4
	Menos de 1 hora	18,1	17,4	11,0	19,2	22,1	15,4	17,7
	De 1 a 4 horas	25,7	18,5	29,1	29,5	23,5	6,6	21,9
	Más de 4 horas	15,6	8,7	31,9	13,9	7,2	1,5	12,0
	Ns/Nc	5,5	6,3	5,2	5,1	6,1	7,3	6,0

Otro tipo de exposición pasiva al humo del tabaco aún más perniciosa que la anterior es la que se produce en los hogares cuando fuma algún miembro del mismo. En tres de cada diez hogares asturianos fuma habitualmente al menos alguna persona (29,1%), no

apreciándose diferencias sustanciales en función del sexo de la persona entrevistada, pero sí es considerablemente mayor la proporción si la persona entrevistada es una persona joven (tabla 2.1.5).

La media de personas que fuman en el hogar es superior a una (1,3) y no presenta diferencias por sexo de la persona entrevistada. Sin embargo, sí hay diferencias cuando atendemos a la edad de la persona entrevistada. Parece que las personas jóvenes viven con mayor frecuencia entre personas fumadoras y que hay un mayor número de personas fumadoras en su hogar (tabla 2.1.6).

Tabla 2.1.5. Existencia de personas que fuman en la vivienda, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	> 64	
Sí	28,0	30,1	42,6	35,7	29,9	11,1	29,1
No	68,8	67,3	54,9	61,6	68,0	84,4	68,0
Ns/Nc	3,3	2,6	2,5	2,7	2,1	4,5	2,9

Tabla 2.1.6. Media de personas que fuman en la vivienda habitual, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	> 64	
Media de personas que fuman	1,3	1,3	1,5	1,3	1,2	1,1	1,3

Consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas es una práctica fuertemente arraigada en nuestra sociedad, razón por la cual se trata de la sustancia cuyo consumo está más extendido en nuestra región. La mitad de la población asturiana afirma que ha tomado alcohol en el último año y cuatro de cada diez personas señalan que lo han consumido también en el último mes.

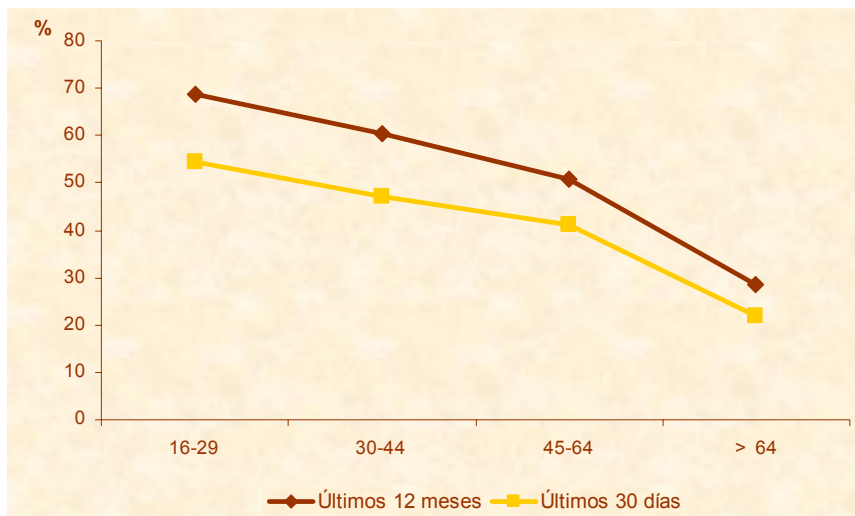
Tabla 2.1.7. Prevalencia de consumo alcohol en Asturias, según sexo (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

	Hombre	Mujer	Total
Últimos 12 meses	66,0	37,6	51,1
Últimos 30 días	52,0	29,8	40,4

La proporción de hombres que ha consumido alcohol es casi el doble que la de mujeres para estos dos periodos de tiempo.

La tendencia a consumir bebidas alcohólicas es inversa a la edad, de manera que las mayores tasas de consumidores de alcohol, tanto en el último año como en el último mes, se dan entre los jóvenes de 16 a 29 años, y las menores en personas mayores, 68,8% vs. 28,8% entre los consumidores de los últimos 12 meses y 54,4% vs. 21,8% en los más habituales (figura 2.1.4).

Figura 2.1.4. Consumo de bebidas alcohólicas en Asturias, según edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

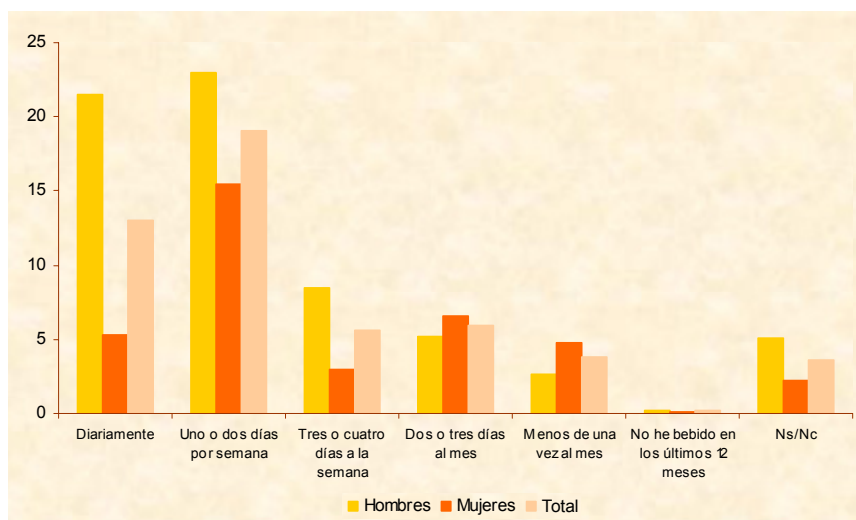


En relación con la frecuencia de días en los que se ha tomado alcohol, el consumo más habitual para el total de la población asturiana ha sido entre uno y dos días por semana con un 19,1%, seguido de los consumidores diarios con un 13%, lo que representa que más de 125.000 asturianos/as tienen en la actualidad un nivel de ingesta elevado si nos atenemos a este último parámetro.

Un 5,6% indica haber consumido alcohol tres o cuatro días a la semana, el 5,9% dos o tres días al mes y el 3,8% menos de una vez al mes. Es decir, más de un tercio de la población asturiana consume alcohol más de dos días por semana.

Por sexo, los hombres toman bebidas alcohólicas con mayor frecuencia que las mujeres, de manera que la proporción de hombres que han consumido alcohol diariamente en el último año es cuatro veces superior que la de mujeres (21,5% y 5,3%, respectivamente) (Figura 2.1.5).

Figura 2.1.5. Consumo de bebidas alcohólicas en Asturias, según sexo y días (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.



Centrándonos en la edad, se aprecian dos tendencias inversas a medida que aumenta la misma. Por un lado, sube la proporción de personas que consumen alcohol diariamente y, por otro, disminuye el consumo de entre uno y dos días a la semana. Como corresponde a los dos perfiles perfectamente diferenciados de consumo de alcohol en población adulta y joven (tabla 2.1.8).

En el caso del consumo diario, los porcentajes de consumidores son siempre más altos para los hombres y las mayores diferencias con lo manifestado por las mujeres se localizan en los intervalos con edades de 30 a 44 años y de 45 a 64 años (cuatro veces superior el porcentaje de los hombres).

Por el contrario, cuando la frecuencia de consumo es de uno o dos días a la semana, los porcentajes de consumo se igualan bastante con diferencias menores sobre todo en los grupos de edad más jóvenes. Resumiendo, hay un importante consumo en ambos sexos si bien el diario es más frecuente en hombres que en mujeres (tabla 2.1.8).

Tabla 2.1.8. Consumo de bebidas alcohólicas en Asturias, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

	HOMBRES				MUJERES			
	Edad				Edad			
	16-29	30-44	45-64	> 64	16-29	30-44	45-64	> 64
Diariamente	10,9	20,6	26,5	24,8	3,2	5,0	6,7	5,8
Entre uno y dos días por semana	39,7	26,2	17,8	11,6	28,4	23,3	14,1	2,2
Entre tres y cuatro días a la semana	6,6	9,2	10,5	5,6	4,1	5,3	2,5	0,8
Dos o tres días al mes	7,4	6,5	4,7	2,4	13,5	5,9	7,4	1,9
Menos de una vez al mes	2,6	2,5	2,6	3,2	4,5	8,4	5,2	1,4
No he bebido	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3
Ns/Nc	11,4	4,6	2,9	3,6	5,4	3,1	1,2	0,6

El análisis de la proporción de personas que consumen bebidas alcohólicas en días laborables y fines de semana nos indica que más de la mitad de la población consume alcohol los días laborables (51,5%) y más de 8 de cada 10 lo hace en días festivos y fines de semana (81,9%) (tabla 2.1.9).

Por sexos, un 60,2% de los hombres consume en días laborables y un 85,4% en fin de semana. En cambio, las mujeres, consumen en menor proporción en días laborables 37,9% y en fines de semana se duplica hasta el 76,4%. Por tanto, las mujeres consumen en frecuencia menos que los hombres tanto durante los días laborables como en fines de semana, pero los fines de semana los consumos son menos dispares (tabla 2.1.9).

Por edad, se observan las dos diferentes tipologías de consumo, el 69,8% de las personas mayores consume en días laborables y un 81,5% en festivos. El comportamiento juvenil es claramente distinto, con una pauta de consumo basado en los días de fin de semana y festivos (81,3%) y es mucho menor en días laborables (28,5%) (tabla 2.1.9).

Si además de la edad contemplamos conjuntamente el sexo como variable de análisis, vemos que los consumos de los hombres son superiores a los de las mujeres en los dos periodos de tiempo para todos los grupos etarios. Además, estas diferencias intersexuales son más marcadas en el caso de los consumos en días laborables para los grupos de edades medias de la vida (30-44 años) 60,8% frente a 36% y 73% frente a 45,7% en el siguiente grupo de edad (45-64 años). Esta circunstancia se observa en menor medida en los consumos de fin de semana. Aquí los consumos se incrementan de manera notoria y las diferencias por sexo son mucho menos acusadas (tabla 2.1.10).

Tabla 2.1.9. Consumo de bebidas alcohólicas en días laborables y fines de semana. Asturias, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	> 64	
Consumo en días laborables	60,2	37,9	28,5	50,4	62,6	69,8	51,5
Consumo en fin de semana	85,4	76,4	81,3	81,6	83,0	81,5	81,9

Tabla 2.1.10. Consumo de bebidas alcohólicas en días laborables y fines de semana. Asturias, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

	HOMBRES				MUJERES			
	Edad				Edad			
	16-29	30-44	45-64	> 64	16-29	30-44	45-64	> 64
Consumo en días laborables	32,8	60,8	73,0	72,4	22,9	36,0	45,7	61,7
Consumo en fin de semana	84,4	86,3	86,7	83,5	77,1	75,0	76,8	76,6

Si consideramos el tipo de bebida consumida, se observa que en días laborables la bebida más consumida por el conjunto de los asturianos/as es el vino (algo menos de una consumición al día de media), seguido de la sidra y de la cerveza (con media consumición al día). En días festivos y fines de semana, por su parte, la bebida que más se toma es la sidra (con cerca de dos consumiciones al día de media), seguida del vino y cerveza, pero con gran incremento de copas y combinados respecto a lo observado en los días laborables (Tabla 2.1.11).

El número de consumiciones de todas las bebidas en días laborables es mayor en los hombres que en las mujeres, con diferencias importantes en todas excepto en la sidra donde el nivel de consumo es más parecido (0,6 por 0,5 de media). En los fines de semana las diferencias en función del género son menores e incluso las mujeres declaran consumir más consumiciones de sidra y de aperitivos con alcohol (vermut) de media (tabla 2.1.11).

Por lo que respecta a la edad, el vino incrementa su consumo de manera importante con ella tanto en días laborables como en fines de semana. La cerveza es una de las bebidas con más adeptos entre la gente joven y sus índices de consumo descienden a medida que aumenta la edad tanto en días laborables como en fines de semana.

Tabla 2.1.11. Tipo de bebidas alcohólicas consumidas en días laborables y fines de semana. Asturias, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

		SEXO		EDAD				TOTAL
		HOMBRE	MUJER	16-29	30-44	45-64	> 64	
Vino o cava	Días laborable	1,0	0,5	0,2	0,6	1,1	1,7	0,8
	Fin semana	1,2	0,2	0,6	0,7	1,2	1,9	1,01
Cerveza	Días laborable	0,1	0,04	0,6	0,7	0,6	0,2	0,6
	Fin semana	1,2	0,8	1,6	1,4	0,8	0,2	1,0
Sidra	Días laborable	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	0,3	0,6
	Fin semana	1,6	1,9	2,1	2,0	1,6	0,6	1,7
Aperitivos con alcohol	Días laborable	0,01	0,03	0,01	0,04	0,01	0,01	0,02
	Fin semana	0,1	0,2	0,2	0,08	0,09	0,02	0,1
Combinados, brandy, licores	Días laborable	0,1	0,01	0,05	0,06	0,08	0,02	0,06
	Fin semana	0,8	0,4	1,3	0,7	0,4	0,06	0,6
Whisky	Días laborable	0,1	0,04	0,06	0,03	0,2	0,1	0,1
	Fin semana	0,3	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2

Se ha calculado el consumo de alcohol no en proporciones de personas consumidoras sino en cantidad de consumiciones o en cantidad de gramos de alcohol ingeridos. A este respecto se considera que una consumición de sidra (un culín) corresponde a 0,3 UBE (unidad de bebida estandarizada), un vaso o copa de vino y una cerveza a una UBE, y una copa o combinado a 2 UBE. Cada UBE equivale a 10-12 gr. de alcohol puro. Se ha medido en términos de media de consumiciones diarias, diferenciando un día laborable de un día de fin de semana. A estos efectos se han considerado fin de semana los viernes, sábados y domingos.

A partir de estos consumos medios declarados se ha analizado y calculado el consumo medio en gramos de alcohol y se ha clasificado a los bebedores en función de la intensidad con la que toman alcohol, diferenciando por sexo y edad.

Tabla 2.1.12. Tipología de consumo de bebidas alcohólicas en Asturias, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	> 64	
Abstemio/a	34,0	62,7	31,8	41,1	49,9	71,1	49,1
Ligero/a	14,6	16,0	15,3	16,7	17,0	11,7	15,3
Moderado/a	30,8	8,7	27,1	22,3	18,8	9,7	19,2
Alto/a	4,9	0,0	2,6	3,3	2,2	1,2	2,3
Excesivo/a	3,3	0,5	3,1	2,6	1,4	0,7	1,8
Gran riesgo	2,6	1,2	2,4	2,3	2,2	0,7	1,9
Ns/Nc	9,8	10,8	17,7	11,7	8,6	5,0	10,3

Casi la mitad de la población asturiana declara no haber consumido alcohol en el último año (49,1%), pero un 6% tiene al menos un consumo alto (alto + excesivo + gran riesgo).

Por sexos, entre las mujeres la proporción de abstemias alcanza el 62,7%. Uno de cada diez hombres (10,8%) tiene un patrón de consumo de al menos bebedor alto, mientras que en las mujeres lo son en un 1,7%. El 15,3% de la población son bebedores ligeros, con pocas diferencias por sexos, aunque es algo mayor el dato de las mujeres (16,0% frente al 14,6% de los hombres) bebedoras ligeras.

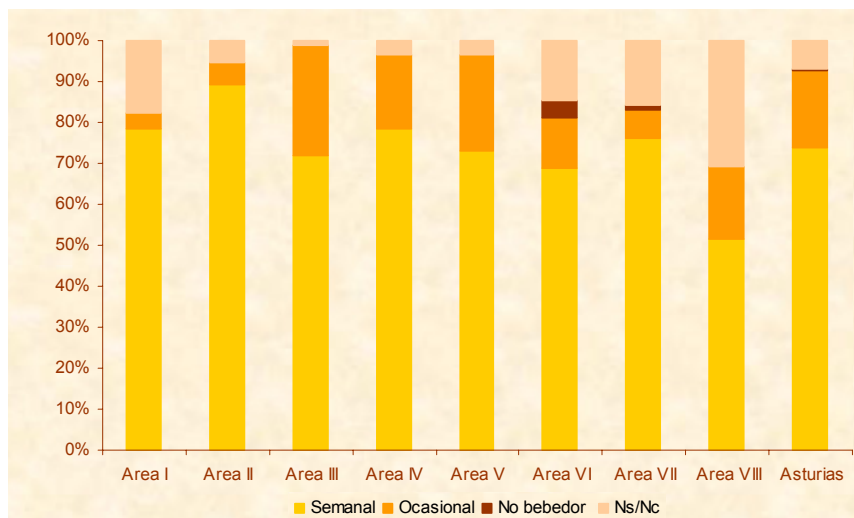
Por edades, se observa que la proporción de abstemios se incrementa con la edad y alcanza entre las personas mayores de 64 años el 71,1% siendo de solo un 31,8% en los jóvenes. La mayor proporción de bebedores de alto consumo se concentra en las edades medias y más jóvenes de la vida.

Respecto al análisis de la continuidad, como sucedía con el tabaco, los consumos de esta sustancia se prolongan a lo largo de muchos años en la vida de las personas. En el caso de los hombres se declaran por término medio 27 años consumiendo alcohol y en las mujeres un periodo inferior, 21 años de media (tabla 2.1.12).

Los consumos de alcohol según las diversas Áreas Sanitarias muestran importantes diferencias. No obstante, los resultados deben tomarse con cierta precaución ya que, como puede observarse en el gráfico que figura a continuación, existe un porcentaje muy importante de personas que no han respondido a esta pregunta en las Áreas Sanitarias I, VI, VII y sobre todo la VIII (figura 2.1.6).

Con esta salvedad, dentro del grupo de personas que han consumido alcohol en los últimos 12 meses, en las Áreas I, II, IV y VII (Jarrio, Cangas del Narcea, Oviedo y Mieres respectivamente) se aprecia un mayor porcentaje de bebedores habituales (diarios y semanales) que en la media de Asturias. Por el contrario en las Áreas III, VI y sobre todo la VIII (Avilés, Arriendas y Langreo respectivamente) la frecuencia de consumidores es menor que la declarada para la media asturiana. En el Área V, cuya cabecera es Gijón, los consumos manifestados son muy parecidos a la media.

Figura 2.1.6. Consumo de bebidas alcohólicas según Áreas Sanitarias en Asturias (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.



No se aprecian diferencias importantes en la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas atendiendo a la variable nivel de estudios. De todas maneras, los mayores porcentajes de consumidores habituales se concentran en las personas con niveles de estudios primarios (76,3%), seguidas por las que declaran estudios medios (73,1%) y por último los universitarios con un 72,3% de consumidores diarios y semanales. Como en el caso anterior hay un porcentaje importante de personas que no respondieron a esta pregunta, entre 6 y 9%, por lo que los resultados pueden sufrir alguna pequeña distorsión.

Si bien en la Encuesta de Salud del año 2008 no se realizó exactamente la misma pregunta que en la Encuesta de Salud del año 2002 que permita una comparabilidad precisa de los resultados, podemos decir extrapolando los literales de las preguntas que se han incrementado los consumos diarios de alcohol entre ambas fechas. En la encuesta del 2002 la prevalencia de consumidores de más de cuatro días a la semana, que se puede asimilar a consumos cuasi diarios, era del 10% (17% en hombres y 3% en mujeres) y en la encuesta actual, como se comentó anteriormente, es del 13% (21% en hombres y 5% en mujeres).

Consumo de hipnosedantes

Dentro de este grupo de fármacos se incluyen los tranquilizantes o pastillas para los nervios, antidepresivos y los somníferos o pastillas para dormir. Este tipo de medicamentos representan en la actualidad un problema de Salud Pública debido al componente de adicción que generan y por la búsqueda de resolución de problemas de diferente etiología mediante el uso de una sustancia química.

Sea como fuere, en el año 2008 un 13,8 asturianos/as mayores de 15 años declararon consumir este tipo de fármacos los últimos 15 días anteriores a la realización de la encuesta. Ello quiere decir que más de 130.000 personas los consumen de manera habitual, lo que supone que tras el alcohol y el tabaco se trate de las sustancias con mayor utilización en nuestra sociedad.

La gran mayoría de los usuarios de este tipo de pastillas manifiestan que le han sido recetadas por el médico/a, 13,2 % en el total de la población y 95,3% dentro de los consumidores, a un porcentaje muy pequeño les fueron prescritas por el farmacéutico 0,3% del total de la población y 2,2% de los consumidores, y se automedicaron el 0,4% del total de la población y 2,7% de los consumidores (tabla 2.1.13).

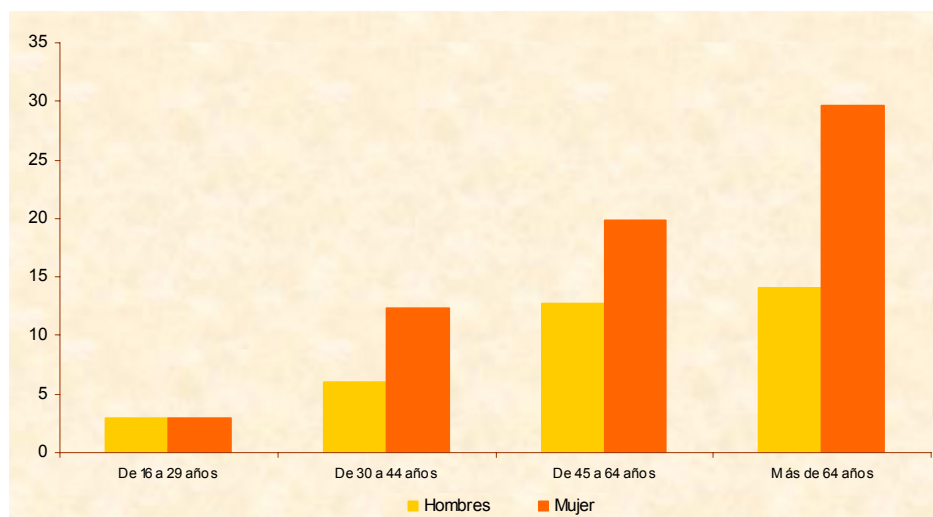
La prevalencia de consumo es mucho mayor en las mujeres, con una marcada diferencia por su parte que casi duplica los porcentajes manifestados por los hombres, 17,8 % para las primeras por 9,3% para los segundos (tabla 2.1.13).

Tabla 2.1.13. Consumo de hipnosedantes en Asturias en los “últimos 15 días”, según sexo y edad (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

	SEXO		EDAD				TOTAL
	Hombre	Mujer	16-29	30-44	45-64	> 64	
Total	9,3	17,8	2,9	9,2	16,4	23,3	13,8
Recetadas médico/a	8,7	17,1	2,9	8,7	15,9	21,8	13,2
Prescritas farmacéutico/a	0,3	0,3	0	0,2	0,3	0,5	0,3
Autoprescritas	0,3	0,6	0	0,3	0,2	1,0	0,4

Esta proporción es diferente en función de la edad, existiendo una clara correlación entre el nivel de utilización y edad. Así el grupo de 16 a 29 años declara una prevalencia que no llega al 3%, por un 23,3% en el caso de las personas más mayores. Si además de la edad tenemos en cuenta el sexo, observamos la importante feminización del consumo, donde a partir de los 64 años casi una de cada tres mujeres los utilizan de manera habitual (29,3%) (figura 2.1.7).

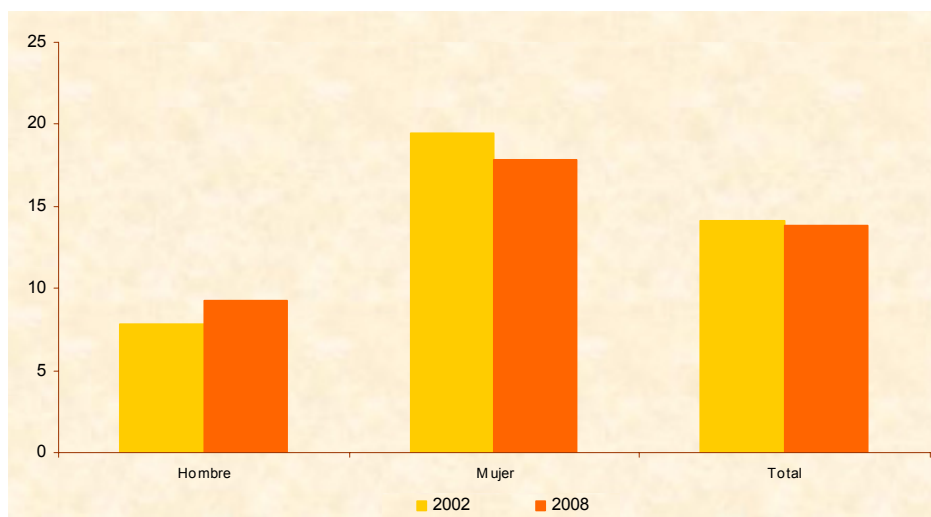
Figura 2.1.7. Consumo hipnosedantes según edad y sexo en Asturias (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.



La magnitud de la utilización de estos fármacos se ve reflejada en las ventas de envases mediante prescripción del SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias). En el año 2006 se han vendido con receta médica en Atención Primaria 3.329.913 envases de tranquilizantes, hipnóticos, sedantes y antidepresivos (incluidos en el grupo terapéutico N05A, N05B, N05C, N06A, N06B y N06D). Siendo el grupo terapéutico de mayor consumo de todos los existentes por número de envases vendidos. Ello significa que cada asturiano/a mayor de 15 años consume mediante receta médica de Atención Primaria un total de 3,4 envases/año.

A pesar del elevado nivel de consumo que existe en la actualidad no parece que se hayan incrementado en exceso los porcentajes de consumidores desde el año 2002 al 2008. En términos globales disminuyó la prevalencia de un 14,1% a un 13,3% debido fundamentalmente a la reducción de consumos experimentada en mujeres entre ambas fechas (19,5% a 17,8%). En el caso de los hombres han aumentado de un 7,8% a un 9,3% en los últimos seis años (figura 2.1.8).

Figura 2.1.8. Evolución del consumo hipnosedantes según edad y sexo en Asturias (porcentajes). Población mayor de 15 años. Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2002 y 2008.



Consumo de cannabis

Según la última Encuesta Domiciliaria de Drogas del año 2007, casi uno de cada cinco asturianos/as con edades comprendidas entre los 15 y 64 años ha probado en "alguna ocasión" cannabis, un 6% declara haberlo consumido en los últimos 12 meses y el 4,6% en los "últimos treinta días".

En relación con los consumos más habituales, el 2,6% del total de la población de esa franja de edad manifiesta haberlo consumido con una periodicidad al menos "semanal" en los "últimos treinta días", y un 1% a diario en ese mismo periodo de tiempo. Se trata, pues, de la droga ilegal con mayor proporción de consumidores y la única donde se declaran consumos con una frecuencia "diaria" (tabla 2.1.14).

Tabla 2.1.14. Consumo de cannabis en Asturias, según sexo y edad año 2007 (porcentajes). Población de 15 a 64 años. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas 2007. Submuestra asturiana.

	Sexo		Edad		Total
	Hombres	Mujeres	15-34	35-64	
Alguna vez	23,6	16,0	29,8	13,9	19,6
Últimos 12 meses	7,7	4,3	12,2	2,1	6
Últimos 30 días	6,5	2,6	9,2	1,9	4,6
Diario	1,4	0,5	2,0	0,4	1

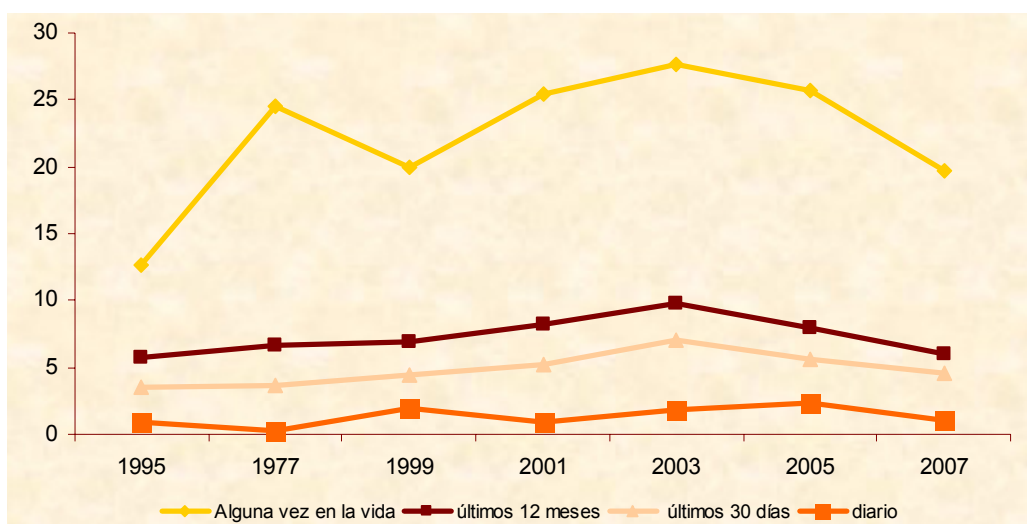
Como se puede apreciar en la tabla anterior, el consumo está más extendido en los hombres cualquiera que sea el indicador considerado, acentuándose de manera significativa estas diferencias a medida que los consumos se hacen más habituales.

Por grupos de edad, los mayores índices de consumidores se concentran en las personas más jóvenes, con notables diferencias porcentuales en todas las tipologías analizadas, excepto en los de tipo experimental donde las personas pertenecientes al grupo de más edad declaran unas prevalencias del 13,9%. En el resto de los indicadores, los consumos en este segundo grupo de edad son testimoniales con unos porcentajes muy pequeños.

El análisis evolutivo muestra un descenso en las frecuencias de consumo desde el año 2005 al 2007. En el año 2005, los consumos declarados fueron del 25,7%, 8% y 5,6% en los tres indicadores de referencia (experimentación, esporádicos y recientes). Actualmente se redujeron al 19,7%, 6% y 4,6% en los mismos índices de consumo (figura 2.1.9).

Ello corrobora la tendencia descendente que se viene observando desde el año 2003, donde se habían registrado los porcentajes más elevados de la serie.

Figura 2.1.9. Evolución del consumo de cannabis en Asturias 1995-2007. Población de 15 a 64 años. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas. Submuestra asturiana.



Consumo de cocaína

La cocaína es la siguiente droga ilegal más consumida en Asturias tras el cannabis. Las prevalencias de consumo son mucho menores que las encontradas en el caso anterior pero no dejan de tener su importancia: 5% para los consumos en "algún momento de la vida", 1,6% en los "esporádicos" y 1% en los más "recientes" (tabla 2.1.15)

En cuanto a los indicadores sociodemográficos, cabe destacar que hay una diferencia significativa de consumo en cuanto al sexo, siendo éste mucho más frecuente entre los varones que en las mujeres en todos los indicadores estudiados: 8,4% vs. 1,7% el indicador "alguna vez", 2,6% vs. 0,5% en los "últimos 12 meses" y 2,2% vs. 0,2% en los "últimos 30 días". Los consumos "diarios" (más de 20 días en el último mes) son declarados únicamente por los hombres, pero en una proporción muy pequeña (0,5%) (tabla 2.1.15).

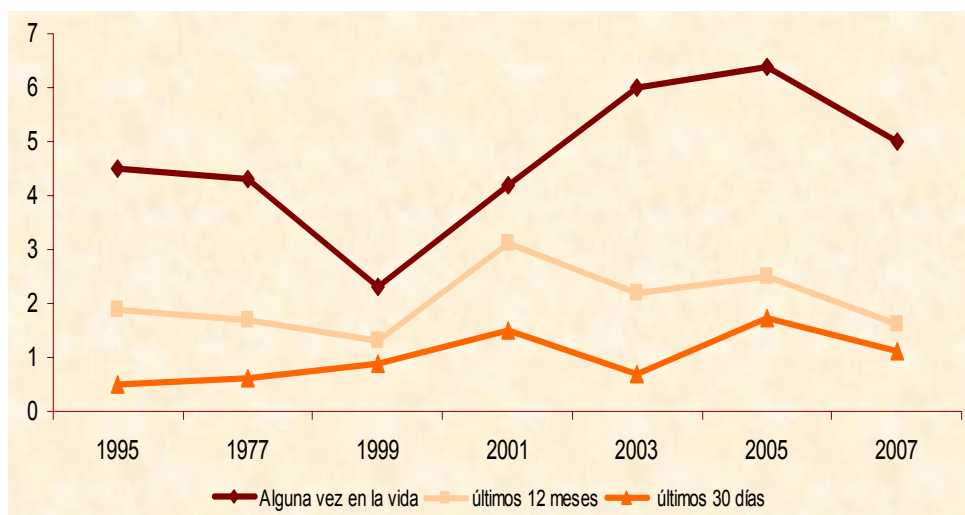
La edad tiene una incidencia estadísticamente significativa en la prevalencia de consumo de cocaína, siendo los niveles de consumo mucho mayores en el grupo de edad más joven (15-34 años) que en el de las personas más mayores de 35-64 años. Estas diferencias se pueden ver en la tabla 15 en todas las tipologías de consumos, donde se aprecian porcentajes 2 ó 3 veces superiores en un grupo que en otro.

Tabla 2.1.15. Consumo de cocaína en Asturias año 2007, según sexo y edad (porcentajes). Población de 15 a 64 años. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas 2007. Submuestra asturiana.

	Sexo		Edad		Total
	Hombres	Mujeres	15-34	35-64	
Alguna vez	8,4	1,7	8,5	3,0	5,0
Últimos 12 meses	2,6	0,5	2,6	0,9	1,6
Últimos 30 días	2,2	0,0	1,6	0,8	1,1

Las tendencias temporales a lo largo de estos años muestran un incremento importante en el indicador "alguna vez en la vida" desde el año 1999 y un ligero retroceso en el último bienio, donde los porcentajes se redujeron del 6,4% al 5%. En los otros dos indicadores, "último año" y "últimos treinta días", se aprecian muchas variaciones de unos años a otros (dientes de sierra). No obstante, también se produjo un descenso en los niveles de consumo desde el 2005 y el 2007 pasando del 2,5% al 1,6% en el primero y del 1,7% al 1% en el segundo. Esto no hace más que poner de manifiesto la estabilización o incluso tendencia a la baja que se está produciendo en el consumo de cocaína tanto a nivel del territorio nacional como en muchos de los estados miembros de la Unión Europea.

Figura 2.1.10. Evolución del consumo de cocaína en Asturias 1995-2007 (porcentajes). Población de 15 a 64 años. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas. Submuestra asturiana.



Consumo de éxtasis

Un 2,6% de la población de 15 a 64 años ha consumido éxtasis "alguna vez", un 0,4% en los "últimos 12 meses" y un 0,1% en los "últimos 30 días". Como puede observarse, se trata de una droga con unos niveles de utilización muy pequeños, al menos en la población general en los que priman los consumos que se realizan con carácter experimental.

Tabla 2.1.16. Consumo de éxtasis en Asturias 2007, según sexo y edad (porcentajes). Población de 15 a 64 años. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas 2007. Submuestra asturiana.

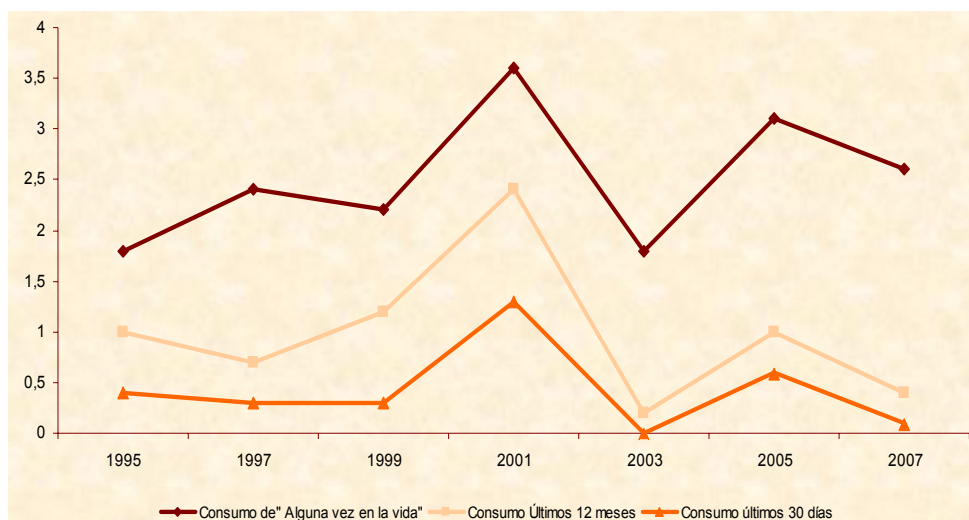
	Sexo		Edad		Total
	Hombres	Mujeres	15-34	35-64	
Alguna vez	4,3	1,0	4,3	1,7	2,6
Últimos 12 meses	0,7	0,0	0,7	0,2	0,4
Últimos 30 días	0,2	0,0	0,3	0	0,1

En relación con el sexo, la utilización de esta sustancia es muy superior en los hombres que en las mujeres en los tres indicadores, con importantes diferencias porcentuales en función de esta variable; tan es así que en los consumos esporádicos y recientes las mujeres declaran no consumir esta sustancia.

Por edad, como cabía esperar, las proporciones de consumidores se circunscriben fundamentalmente al grupo de edad más joven (15-34 años), siendo prácticamente inexistentes en el segundo tramo etario.

La tendencia temporal presenta una línea bastante quebrada que hace difícil vislumbrar una orientación clara. No obstante, los consumos después del año 2001 parecen estabilizarse en unos niveles más bajos. En relación con la anterior encuesta se produjo un retroceso en la prevalencia de los tres indicadores pasando del 3,1% al 2,6% en los consumos experimentales, del 1% al 0,4% en los esporádicos y del 0,6% a 0,1% en el caso de los recientes (figura 2.1.11).

Figura 2.1.11. Evolución del consumo de éxtasis en Asturias 1995-2007 (porcentajes). Población de 15 a 64 años. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas. Submuestra asturiana.



Resto de las sustancias

En lo que respecta al resto de las sustancias ilegales que vamos a analizar, alucinógenos, anfetaminas, heroína, inhalantes volátiles, significar que se trata de drogas con prevalencias de consumo muy bajas, lo que hace muy difícil calcular el porcentaje real de consumidores. Las estimaciones que figuran en la tabla que se acompaña tienen un valor más indicativo que preciso, aunque son muy útiles ya que nos permiten orientarnos.

Se registran prevalencias un poco más elevadas en los consumos de tipo experimental de anfetaminas 3,1%, 2,6% en los alucinógenos, 0,4% en la heroína y 1% en las sustancias volátiles. En el caso de los consumos realizados en el "último año" y en los "últimos 30 días", los porcentajes encontrados son menores del 1% en todos los indicadores y para todas las sustancias (tabla 2.1.17).

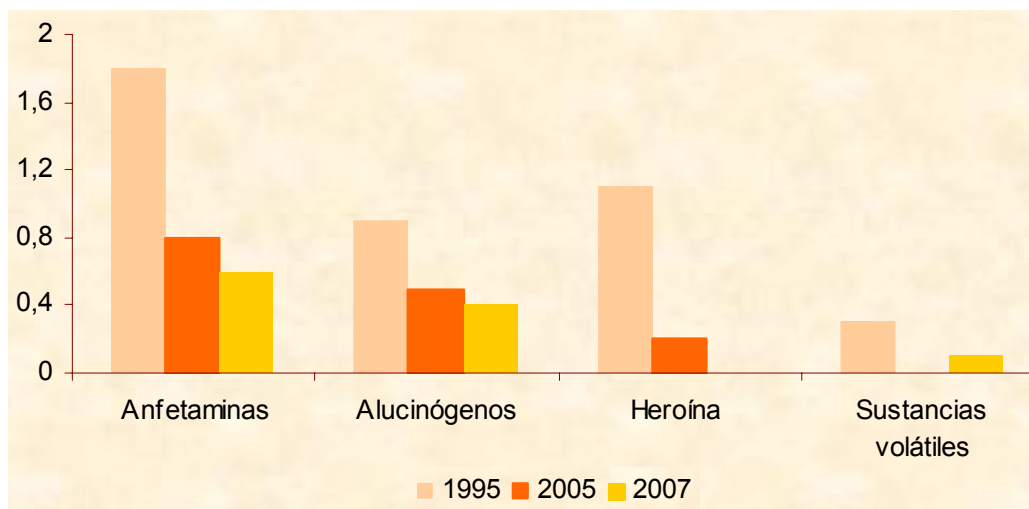
Tabla 2.1.17. Consumo del resto de las sustancias ilegales en Asturias 2007, según sexo (porcentajes). Población de 15 a 64 años. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas 2007. Submuestra asturiana.

		Hombre	Mujer	Total
Anfetaminas	Alguna vez	5,1	1,2	3,1
	Últimos 12 meses	1,0	0,2	0,6
	Últimos 30 días	0,0	0,0	0,0
Alucinógenos	Alguna vez	4,8	0,5	2,6
	Últimos 12 meses	0,7	0,0	0,4
	Últimos 30 días	0,7	0,0	0,4
Heroína	Alguna vez	0,5	0,2	0,4
	Últimos 12 meses	0,0	0,0	0,0
	Últimos 30 días	0,0	0,0	0,0
Sustancias Volátiles	Alguna vez	1,0	0,9	1,0
	Últimos 12 meses	0,0	0,2	0,1
	Últimos 30 días	0,0	0,2	0,1

Como sucede con las anteriores drogas ilegales, el consumo está más extendido entre los hombres que en las mujeres con diferencias porcentuales importantes para todas las sustancias y en todos los indicadores estudiados (tabla 2.1.17). Resulta llamativo que en las mujeres, para los alucinógenos y la heroína no se declaran consumos en indicadores “últimos 12 meses” y “últimos 30 días” en este rango de edad (15 a 64 años).

Respecto a las tendencias temporales en el indicador “últimos 12 meses” y tomando como año de referencia 1995, puede afirmarse que está descendiendo el consumo de todas las sustancias. En los últimos 12 años la prevalencia de consumo de anfetaminas pasó del 1,8% al 0,6%, los alucinógenos del 0,9% al 0,4%, la heroína del 1,1% a no declararse consumos y en el caso de los inhalantes volátiles los consumos decrecieron del 0,2% al 0,1% en el último año estudiado. Si lo comparamos con el año anterior (2005), se aprecia que los consumos están bastante estabilizados con ligeros descensos y siempre manteniéndose en niveles de utilización relativamente pequeños.

Figura 2.1.12. Evolución del consumo del “resto de las sustancias ilegales” en Asturias para el indicador “últimos 12 meses”. 1995-2005-2007 (porcentajes). Población de 15 a 64 años. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas. Submuestra asturiana.



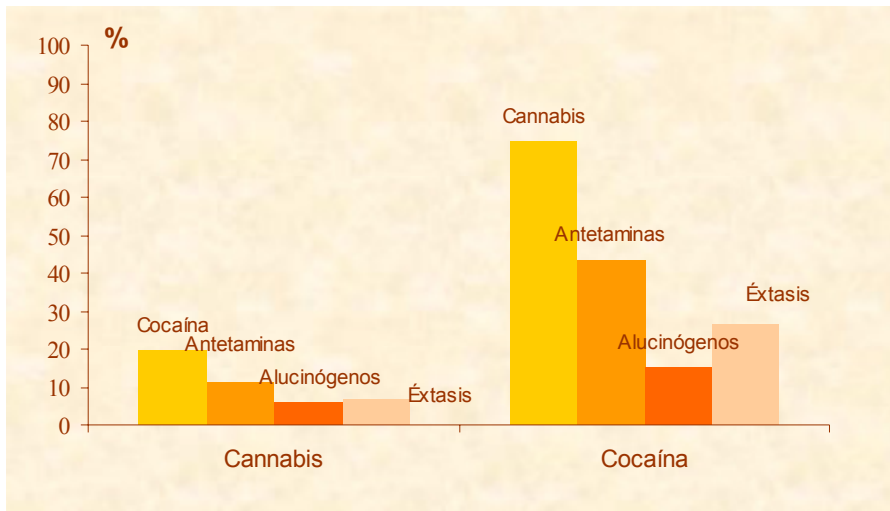
Policonsumo

El uso combinado de sustancias es un fenómeno muy frecuente en nuestra sociedad. Las sustancias que se asocian más frecuentemente son el tabaco/alcohol/cannabis y también, aunque en menor proporción, tabaco/alcohol/ cocaína.

Dentro del grupo de las personas que han consumido cannabis en el “último año” en Asturias, un 96,3% y un 91,4% habían consumido también alcohol y tabaco, un 19,4% consumieron también cocaína, un 6,9% éxtasis, un 11,2% anfetaminas y un 5,9% alucinógenos (figura 2.1.13).

Entre los consumidores de cocaína del “último año” (además de tabaco y alcohol, cuyo fenómeno es prácticamente universal), un 74,8% han consumido igualmente cannabis, un 43,6% anfetaminas, éxtasis un 26,4% y un 15,9% alucinógenos (figura 2.1.13).

Figura 2.1.13. Proporción de consumidores de cannabis y cocaína que han consumido otras sustancias para el indicador últimos 12 meses (porcentajes). Población de 15 a 64 años.
Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas 2007. Submuestra asturiana.



2.2.- Consumos en jóvenes

Resumen

Extensión del consumo de drogas

El alcohol, el tabaco y el cannabis son las sustancias más consumidas por los estudiantes de enseñanzas secundarias en el Principado de Asturias con edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Un 83,1% declara haber consumido alcohol en "alguna ocasión a lo largo de la vida", un 42,4% tabaco y más de un tercio de este colectivo cannabis (34,5%).

El porcentaje de jóvenes que manifiesta haber consumido estas mismas sustancias en el "último año" es del 79,6%, 33,2% y 30,1% respectivamente, y la proporción de consumidores en los "últimos treinta días" fue del 67,8%, 27,8% y 8,8% respectivamente.

Estas tres mismas sustancias son las únicas en las que se declaran consumos diarios con unos porcentajes del 2,9% para el alcohol, 14,3% para el tabaco y 2,9% en el caso del cannabis.

Después de estas tres sustancias les sigue en porcentaje de uso la cocaína, con una proporción de consumidores declarada del 7,1% para los consumos experimentales (alguna vez), 5,3% para los esporádicos (últimos 12 meses) y 3,3% para los más recientes (últimos 30 días).

Con respecto al resto de las sustancias (éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, heroína, sustancias volátiles) cabe destacar que los consumos manifestados son mucho menores con unas prevalencias en los de tipo experimental entre el 4,9% y el 0,7% y en los recientes del 2,4% y 0,4%.

Comparando estos porcentajes con los de años anteriores se aprecia una estabilización o disminución en algunos casos en las prevalencias de muchas de las sustancias, siendo más marcadas en el caso del tabaco, cannabis y cocaína que, por otra parte, son las sustancias más consumidas y en el caso de las dos últimas habían sufrido unos incrementos muy acusados en los últimos años.

Diferencias por sexo

El sexo establece unas diferencias muy importantes. La proporción de consumidores de sustancias ilegales es mayor en los chicos que en las chicas para muchas de las sustancias y tipologías de consumo estudiadas.

El tabaco, el alcohol y los tranquilizantes son las excepciones donde la proporción es superior en ellas en los tres indicadores de consumo detallados. En el caso del alcohol, las chicas consumen con una frecuencia ligeramente superior en los indicadores de tipo experimental, esporádico y reciente y sin embargo los chicos consumen más en el diario.

En las drogas ilegales se aprecia que las diferencias por sexo son muy importantes a favor de los chicos y éstas se acentúan a medida que los consumos se hacen más frecuentes e intensos.

Los resultados encontrados respecto a la proporción de consumidores en función del sexo se mantienen bastante similares a lo observado en años anteriores.

Edad media de inicio

Las edades medias de inicio al consumo de las diversas drogas son bastante precoces. El tabaco y el alcohol y los inhalantes volátiles son las sustancias con las que primero se toma contacto, con unas edades de inicio entre los 13 y los 14 años. Le siguen los tranquilizantes y el cannabis que se empiezan a consumir a los 15 años, y para el resto de las drogas la edad de inicio es más tardía, ya pasados los 15 años.

Diferencias por edad

La edad marca también importantes diferencias. Normalmente con ella aumentan los consumos en todas las sustancias en este rango de 14 a 18 años y, habitualmente, cada grupo de edad superior presenta unas proporciones de consumidores mayores al grupo de edad anterior. Esta circunstancia sucede con el tabaco, alcohol, cannabis y cocaína, mientras que en el caso del éxtasis, anfetaminas, alucinógenos y sustancias volátiles los comportamientos en función de esta variable son más irregulares, produciéndose en algunas ocasiones descensos al pasar de un rango de edad a otro y también al pasar de un intervalo de tiempo de consumo a otro.

Riesgo percibido

Las conductas que se asocian con menores riesgos por parte de los jóvenes estudiantes de enseñanzas secundarias son el alcohol, el cannabis y los tranquilizantes consumidos de manera no habitual. Por contra, la heroína, cocaína y éxtasis son percibidas por los jóvenes como sustancias cuyo consumo entraña mayores problemas.

Se ha producido un aumento generalizado en el riesgo percibido ante el consumo de la gran mayoría de las sustancias, tanto para aquellas de las que se hace un uso repetido como para las que se consumen con menos frecuencia. Los aumentos más significativos en el riesgo percibido fueron para el tabaco, el alcohol y el cannabis.

Este hecho podría ser una de las causas explicativas del retroceso en la prevalencia de consumo de estas tres drogas que se ha evidenciado desde el año 2004 al 2006.

Disponibilidad percibida

Las drogas consideradas legales son las percibidas como más accesibles por parte de los estudiantes de enseñanzas secundarias de Asturias. En cuanto al resto, el cannabis y los tranquilizantes parecen ser los más fáciles de conseguir por parte de los jóvenes.

Este es un indicador que se ha comportado de manera desigual en estos dos últimos años; ha mejorado en lo relativo a las drogas ilegales, de las que generalmente se hace un uso más contenido, y sin embargo se ha incrementado en el caso de aquellas sustancias que muestran unos índices de consumo mayores. Se trata de un indicador que se debe mejorar ya que en nuestra comunidad se percibe una mayor disponibilidad de drogas que en la media del territorio nacional.

Información recibida

Casi nueve de cada diez estudiantes de 14 a 18 años manifiestan estar perfecta o suficientemente informados en relación con el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con las diversas sustancias y sus formas de consumo.

Este indicador sigue moviéndose en unas cotas muy altas que además se han incrementado en los dos últimos años. No parece que tenga mucho margen de mejora.

Las vías principales por las que recibió esta información son los medios de comunicación, los padres y charlas y cursos. Llama la atención que otros colectivos o instituciones que podrían tener una mayor presencia dada su especificidad, como son profesionales sanitarios, profesores y organismos oficiales, tengan mucha menor implicación.

Actividades del tiempo libre

Más de uno de cada cinco jóvenes de 14 a 18 años salen a divertirse por la noche más de un día a la semana, mientras que por el contrario, un 17,6% declara no salir ninguna noche a divertirse a la semana. Los chicos salen más frecuentemente que las chicas.

La hora media de regreso a casa después de salir de "marcha" son las dos de la madrugada para los chicos y la una para las chicas. A medida que aumenta la edad, la hora de regreso es más tardía, siendo a los 18 años próxima a las cuatro de la madrugada de media.

Se ha producido una reducción del número de salidas nocturnas y también parece haberse adelantado la hora de regreso a casa por parte de los estudiantes de enseñanzas secundarias del Principado de Asturias, lo que hace que disminuya la exposición a estos dos factores de riesgo y pudiera, en parte, explicar también la disminución en la prevalencia del consumo de algunas sustancias, como se comentó anteriormente.

Consumo de tabaco

El tabaco es, tras el alcohol, la segunda sustancia más consumida por los estudiantes asturianos de 14 a 18 años. Según los últimos datos de los que disponemos (Encuesta sobre Drogas a Población Escolar del año 2006), un 42% de los jóvenes declara haberlo consumido "alguna vez en la vida". Algo más de un tercio afirman haberlo probado en el "último año" y un 27,8% en el "último mes". El porcentaje de fumadores diarios se sitúa en un 13,3% (cerca de 6000 jóvenes asturianos/as) según el estudio referido.

La proporción de consumidores/as es superior en las chicas que en los chicos en todos los tipos de consumo, con unas diferencias porcentuales bastante importantes en los cuatro indicadores analizados: 35,3% frente a 50,3% en el indicador "alguna vez", 27,3% frente a 39,6% en "último año", 22,7% frente a 33,5% en "últimos 30 días" y 11,1% frente a 15,8% en "diarios". Como puede apreciarse, la diferencia es superior a diez puntos porcentuales en los tres primeros indicadores (tabla 2.2.1).

Las prevalencias de consumo se incrementan significativamente con la edad, registrándose los aumentos más acusados en el paso de los 17 a 18 años, donde se observa una diferencia de más de 20 puntos porcentuales en los dos primeros indicadores de prevalencia. En el caso de los fumadores diarios también se aprecia un importante aumento pasando de un 5% a los 14 años a un 25% a los 18 (tabla 2.2.1).

Tabla 2.2.1. Prevalencias de consumo tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006.Submuestra asturiana.

		Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Diario
Total		42,4	33,2	27,8	13,3
	Sexo				
	Hombre	35,3	27,3	22,7	11,1
	Mujer	50,3	39,6	33,5	15,8
Edad					
	14 años	27,7	19,4	14,2	5,5
	15 años	36,4	27,1	22,0	7,1
	16 años	39,2	32,3	26,9	12,0
	17 años	51,1	39,5	36,8	22,6
	18 años	72,5	60,0	47,5	25,0

La edad media de inicio al hábito es la menor de todas las sustancias (13,1 años), mientras que la edad media de comienzo al consumo diario es un año más tarde (14,2 años). Estas edades de inicio al consumo son muy similares para ambos sexos y permanecen bastante estabilizadas en los últimos años (tabla 2.2.2).

Entre los consumidores de tabaco en los "últimos 30 días", el consumo medio de cigarrillos al día es de 5,6, siendo ligeramente mayor la cantidad fumada por los chicos (6) que por las chicas (5,3) (tabla 2.2.2).

La mayoría de los estudiantes que están fumando en la actualidad se han planteado dejarlo en alguna ocasión (74,3%). De estos jóvenes, en realidad lo han intentado

solamente la mitad (aproximadamente un 39,7%), sin diferencias significativas por sexo, con un 39,1% de los chicos frente al 40,1% de las chicas (tabla 2.2.2).

En cuanto al entorno social de tabaco, el 42,7% de los jóvenes afirman que les molesta “bastante o mucho” que se fume en un lugar cerrado estando ellos presentes. En un 47,9% de las casas donde viven los estudiantes, fuma al menos una persona diariamente, lo que representa un nivel de exposición pasiva al humo del tabaco bastante elevada. En estos casos son las madres las que más se dejan ver fumando en casa, un 65,6% frente a un 59,6% de los padres (tabla 2.2.2).

La situación del consumo de tabaco en los Centros Educativos de Asturias muestra todavía una cierta permisividad con él. Uno de cada dos estudiantes (49,5%) manifiesta que ha visto fumar a los profesores dentro del centro educativo con una frecuencia que oscila entre “todos los días” y “menos de la mitad de los días” que han ido a clase; un 76,1% declara haber visto fumar a otros estudiantes y un 47,3% a “otras personas” en el recinto educativo (tabla 2.2.1).

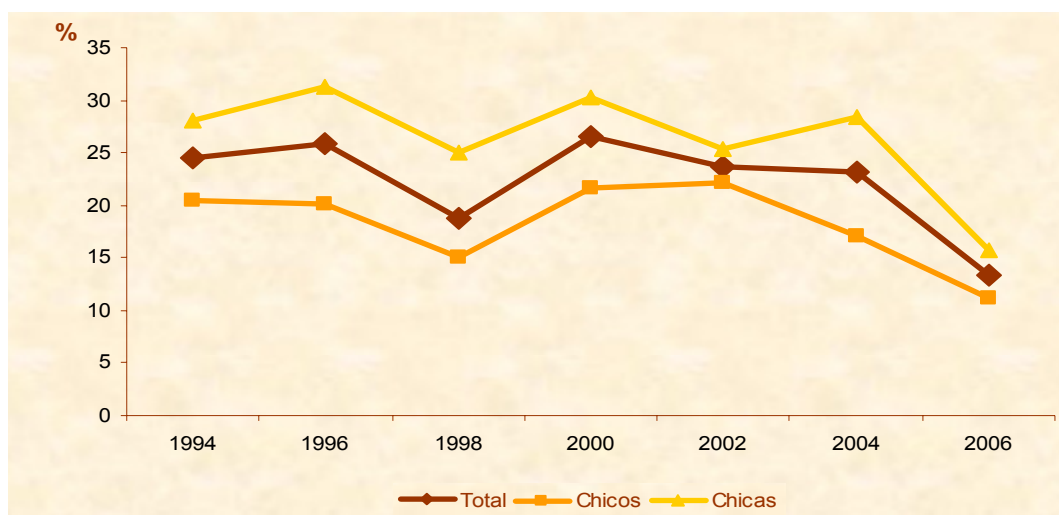
Tabla 2.2.2. Características generales del consumo de tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

	Hombre	Mujer	Total
Edad media inicio al consumo primera vez	13,1	13,2	13,1
Edad media consumo diario	14,3	14,1	14,2
Media de cigarrillos/día	6,0	5,3	5,6
Planteamiento dejar de fumar	73,8	74,8	74,3
Intento dejar de fumar	39,1	40,1	39,7
Molesta fumar en lugar cerrado (mucho-bastante)	45,3	39,9	42,7
Fuma una persona diariamente en su casa	44,8	51,4	47,9
Ver profesores fumando en el centro educativo	56,1	42,3	49,5
Ver compañeros fumando en el centro educativo	78,4	73,6	76,1
Ver otras personas fumando en el centro educativo	52,2	42,1	47,3

Nuestra Comunidad presenta un patrón de consumo de tabaco muy parecido al del territorio nacional. Las prevalencias encontradas en cada uno de los indicadores analizados se asemejan bastante, aunque en nuestra región el porcentaje de consumidores “diarios” y experimentales (“alguna vez”) es ligeramente inferior a la media española.

Los datos actuales muestran un importante descenso de las prevalencias de consumo de tabaco en Asturias respecto a los años anteriores. Entre los años 2004 y 2006 las prevalencias de consumo “diario” descendieron de un 23% al 13% y de un 31,7% a un 27,8% en el caso de los fumadores del “último mes” (figura 1).

Figura 2.2.1. Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, según sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.



Consumo de bebidas alcohólicas

La experiencia de consumo de bebidas alcohólicas es casi un fenómeno universal entre los jóvenes asturianos. El alcohol es la sustancia más consumida por los estudiantes asturianos de esta franja etárea. Más de ocho de cada diez (83,1%) declaran haberlo probado en alguna ocasión ("alguna vez"), casi un 80% en el "último año" y cerca de siete de cada diez lo consumieron en el "último mes" (más de 30.000 jóvenes). La prevalencia de uso diario es relativamente pequeña, situándose en torno al 3% el porcentaje de jóvenes que declararon beber alcohol a diario en el último mes (tabla 2.2.3).

Atendiendo al sexo, la prevalencia de bebedoras es algo superior a la de bebedores en tres de los cuatro indicadores estudiados, excepto en el caso de los consumos diarios donde los porcentajes se invierten (3,6% de los chicos frente a 2,1% de las chicas (tabla 2.2.3).

La frecuencia de consumo se incrementa de manera notable con la edad, duplicándose casi los porcentajes de los 14 a los 18 años en todas las tipologías analizadas, excepto en el de los consumos "diarios" donde se multiplican por más de cinco (1,2% a los 14 años, frente a 6,3% a los 18 años). Se observa también que los incrementos más importantes corresponden al paso de los 14 a los 15 años, tanto para los chicos como para las chicas (tabla 2.2.3).

Tabla 2.2.3. Prevalencias de consumo alcohol en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Diario
Total	83,1	79,6	69,7	2,9
Sexo				
Hombre	82,0	77,8	68,1	3,6
Mujer	84,2	81,4	71,4	2,1
Edad				
14 años	58,9	54,5	40,7	1,2
15 años	78,4	73,9	62,2	1,6
16 años	89,7	85,9	78,3	4,2
17 años	92,2	90,1	81,5	2,2
18 años	92,5	91,0	81,9	6,3

El consumo de alcohol entre los jóvenes se concentra en el fin de semana. Del 69,7% de los estudiantes que habían declarado consumir alcohol “en el último mes” prácticamente la totalidad (69,6%) manifiestan beberlo en fin de semana, mientras que el porcentaje de consumidores en “días laborables” obviamente es mucho menor, un 23.6% (tabla 2.2.4).

La edad media en la que se consumen por primera vez bebidas alcohólicas es, como en el caso de tabaco, bastante precoz (13,8 años) y también un año más tarde (14,7 años) los consumos se hacen más habituales (edad media de consumo semanal) (tabla 2.2.4).

En relación con el tipo de bebida consumida en fines de semana, se constata que son los combinados/cubatas los más consumidos (61,8%), seguidos por la cerveza/sidra (49,8%) y los licores fuertes solos (34%). En los días laborables la bebida predominante es la cerveza (19,5%).

Respecto a los episodios de borracheras, algo más de un 60% de los jóvenes estudiantes han tenido un percance de estas características alguna vez en la vida, más de un 50% en los últimos 12 meses y un 35% refiere haberse emborrachado al menos una vez en los últimos 30 días. La proporción aumenta de manera significativa con la edad en los tres periodos analizados y es bastante parecida en los dos sexos (tabla 2.2.4).

La mayoría de los jóvenes consiguen o adquieren las bebidas en bares, discotecas y supermercados, 91%, 79,6% y 38,8% respectivamente, y declaran beberlas principalmente en los dos primeros lugares (91% y 80,6%). Casi la mitad de ellos (47,7%) lo hacen en espacios abiertos, fenómeno muy ligado al botellón y los atracones.

Durante el último año, un 18,9% de los jóvenes estudiantes de 14-18 años de Asturias han viajado como pasajeros en un vehículo a motor conducido por alguien bajo los efectos del alcohol. Este porcentaje también va muy ligado a la edad; a los 14 años es de un 12,3% y a los 18 años pasa a un 26,9%. Los chicos son algo más propensos que las chicas a montarse en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol (20,4% frente a 17,3%) (tabla 2.2.4).

Un 5,9% de este grupo etario declaró haber conducido en los “últimos 12 meses” un vehículo (coche o moto) bajo los efectos del alcohol. Este porcentaje asciende al 11,1% en los estudiantes al cumplir los 18 años. Por sexo se aprecian diferencias importantes entre los chicos y las chicas (9,8% frente a 2,1%) (tabla 2.2.4).

Tabla 2.2.4. Características generales del consumo de alcohol en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

	Hombre	Mujer	Total
Consumo en fin de semana	67,9	71,4	69,6
Consumo en días laborables	27,6	19,3	23,6
Edad media inicio al consumo “primera vez”	13,8	13,8	13,8
Edad media consumo “semanal”	14,8	14,6	14,7
Frecuencia de borracheras (últimos 12 meses)	50,0	54,7	52,2
Frecuencia de borracheras (últimos 30 días)	33,6	36,9	35,2
Haber sido pasajero en vehículo (conductor bajo efectos del alcohol)	20,4	17,3	18,9
Haber conducido un vehículo a motor bajo efectos del alcohol	9,8	2,1	5,9

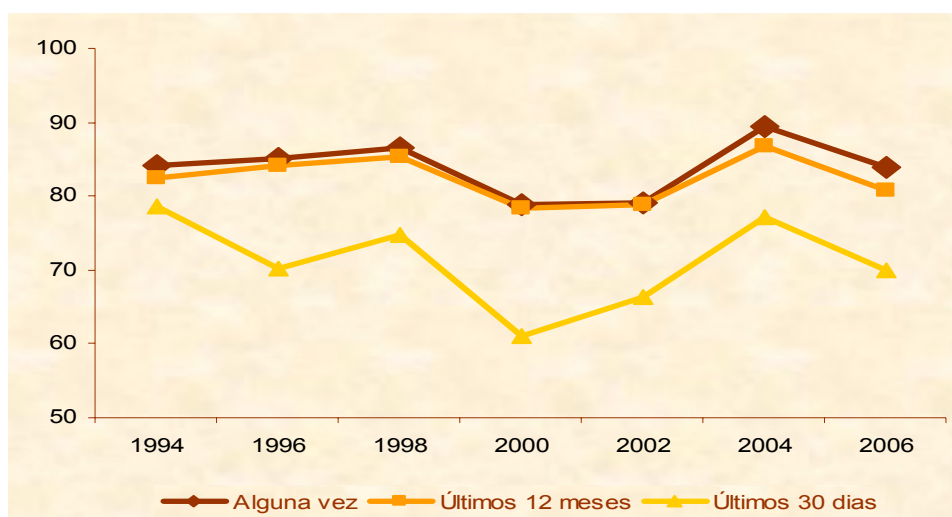
Nuestra comunidad tiene una prevalencia de consumo superior al conjunto nacional en todas las tipologías de consumo: “alguna vez”, el “último año”, “último mes”. En la tabla que figura a continuación se observa la estimación puntual de los porcentajes de consumo para la media nacional y los porcentajes asturianos.

Tabla 2.2.5. Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, Asturias-España (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006 y Submuestra asturiana.

	Asturias	España
Consumo “alguna vez en la vida”	83,1	79,6
Consumo “últimos 12 meses”	79,6	74,9
Consumo “ últimos 30 días”	69,7	58,0

En relación con la tendencia actual del consumo de alcohol en jóvenes, cabe señalar que se ha producido un descenso en la totalidad de los indicadores tanto si se toma como referencia el año anterior (2004) como el año 1994, año de inicio de esta serie. Así, la proporción de bebedores en el último año pasó del 82,6% en 1994 a 87,5% en 2004 y 79,6% en 2006, y la proporción de bebedores en los “últimos 30” días fue 78,7% en 1994, 77,1% en 2004 y 69,7% en 2006 (figura 2.2.2).

Figura 2.2.2. Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, 1994-2006 (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.



Consumo de tranquilizantes o somníferos

Dentro de este apartado se incluyen el grupo de medicamentos denominados benzodiacepinas, barbitúricos y los hipnóticos o tranquilizantes.

Más de uno de cada diez jóvenes de 14 a 18 años (11,9%) declara haber tomado tranquilizantes o pastillas para dormir "alguna vez en la vida". La mitad de éstos (6,7%) lo hicieron en los "últimos 12 meses" y el 3% manifiesta haberlos consumido en el "último mes".

Por sexo, las prevalencias de consumos son claramente más elevadas en las chicas que en los chicos. Estas diferencias se aprecian en los tres indicadores, siendo más marcadas en los consumos experimentales y esporádicos, 9,4% en chicos y 14,6% en chicas para los primeros y 5,4% y 8,1% para los segundos.

La edad no muestra un patrón evolutivo claro, pareciendo concentrarse las mayores tasas de consumidores en las edades medias de esta cohorte entre 15 y 17 años.

En la tabla 2.2.6 aparecen reflejadas las prevalencias de consumo por sexo y edad para los tres indicadores anteriormente comentados.

Tabla 2.2.6. Prevalencia de consumo de tranquilizantes o somníferos en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006 Submuestra asturiana.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	11,9	6,7	3,0
Sexo			
Hombre	9,4	5,4	2,5
Mujer	14,6	8,1	3,5
Edad			
14 años	11,5	5,9	2,4
15 años	13,1	6,9	3,1
16 años	12,3	7,0	3,4
17 años	11,3	7,0	3,2
18 años	9,8	5,0	1,3

La edad media de inicio en la que los jóvenes comienzan a consumir somníferos o tranquilizantes son los 13,5 años, siendo algo más precoces los chicos (12,7 años) que las chicas (14 años).

Consumo de sustancias ilegales

Más de uno de cada tres jóvenes estudiantes de enseñanzas secundarias de Asturias con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años declaran haber consumido en "alguna ocasión" algún tipo de sustancia de las consideradas ilegales: cannabis, cocaína, alucinógenos, éxtasis, heroína, etcétera. Un 30,9% manifiestan haberlas consumido en los "últimos doce meses" y casi un 20% responden afirmativamente al preguntárseles por el consumo en los "últimos treinta días" (tabla 2.2.7). En números absolutos, estamos hablando de que de un total de aproximadamente de 43.000 jóvenes que componen la cohorte asturiana de 14 a 18 años, más de 15.000 consumieron alguna droga ilegal "alguna vez en su vida", más de 13.000 lo hicieron en "los últimos 12 meses" y más de 8500 en el "último mes".

Por sexos, los porcentajes son superiores en los chicos que en las chicas en los tres indicadores que se manejan. Así en los primeros, los hombres declaran una prevalencia de casi el 37% frente al 34% manifestado por ellas. En los consumos esporádicos los porcentajes se estrechan, 31,7% para los chicos por 29,9% para las chicas, y en los consumos realizados en el "último mes" las diferencias intersexuales son mayores, como suele suceder cuando se trata de consumos más habituales o más trasgresores: 21,5% para los primeros por 16,8% para las segundas (tabla 2.2.7).

Por edades también existen diferencias importantes. A medida que aumenta ésta, los consumos son más frecuentes en los tres tipos de indicadores. Así en los realizados alguna vez en la vida se declaran prevalencias que van desde el 13% a los 14 años hasta el 65,6% a los 18 años. Los efectuados durante los "últimos doce meses" se mueven en una horquilla que va desde el 11,9% en las edades más pequeñas hasta el 52,5% en

los más mayores, y, por último, en los consumos declarados en los “últimos treinta días” las diferencias oscilan desde el 8,7% a los 14 años al 33,8% a los 18 años. Llama la atención que casi uno de cada cinco jóvenes estudiantes asturianos de 14 a 18 años haya realizado en el “último mes” un consumo de una sustancia de las consideradas ilegales (tabla 2.2.7).

Tabla 2.2.7. Prevalencia de consumo de “alguna” sustancia ilegal en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006 Submuestra asturiana.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	35,3	30,9	19,3
Sexo			
Hombre	36,8	31,7	21,5
Mujer	33,7	29,9	16,8
Edad			
14 años	13,0	11,9	8,7
15 años	24,3	21,8	14,0
16 años	37,6	35,1	22,7
17 años	47,3	39,8	22,0
18 años	65,6	52,5	33,8

Consumo de cannabis

Los datos de todas las encuestas sitúan al cannabis como la sustancia ilegal consumida con mayor frecuencia por los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años.

Algo más de un tercio de estos estudiantes asturianos (34,5%) declararan haberlo consumido “alguna vez en la vida”, un 30,1% en el “último año” y casi dos de cada diez, un 18,8%, en los “últimos 30 días”. Además, un 3% refieren consumirlo a diario (Tabla 2.2.8). En números absolutos, más de 9.500 jóvenes de 14 a 18 años harían una utilización bastante frecuente de esta sustancia si sumamos los que declaran consumir “el último mes” y a “diario”.

En cuanto a las características sociodemográficas de estos consumidores, cabe señalar que su uso está más extendido entre los chicos que entre las chicas, si bien estas diferencias intersexuales son en la actualidad poco importantes, si exceptuamos el caso de los consumos “diarios”, en donde los primeros declaran unas prevalencias muy superiores a las segundas (4,9% vs. 0,6%) (Tabla 2.2.8).

Los consumos aumentan claramente con la edad en todos y cada uno de los indicadores de referencia, de manera que cada grupo de edad presenta una prevalencia superior a la del grupo inmediatamente anterior. Tan es así que a los 18 años seis de cada diez jóvenes han probado en alguna ocasión el cannabis, la mitad de ellos lo han consumido en los “últimos 12 meses” y casi un tercio de la población estudiada lo han hecho en los “últimos 30 días”. Los mayores incrementos se registran entre los 17 y 18 años, que es cuando parece que se produce la gran extensión del consumo.

Tabla 2.2.8. Prevalencia de consumo de cannabis en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Diario
Total	34,5	30,1	18,8	2,9
Sexo				
Hombre	35,7	30,7	20,9	4,9
Mujer	33,2	29,5	16,5	0,6
Edad				
14 años	12,7	11,1	8,7	0,4
15 años	23,2	20,7	13,6	1,1
16 años	36,9	34,4	21,9	2,4
17 años	46,8	39,2	22,0	4,8
18 años	64,6	51,3	32,5	8,8

Si consideramos los estudiantes menores de 14 años, las estimaciones de prevalencia obviamente son menores. En la franja de edad que va de los 12 a 13 años las tasas de estos tres indicadores son los que aparecen reflejados en la tabla 2.2.9. Llama la atención el hecho de que a estas edades tan tempranas un 3,5% de los jóvenes de este grupo ya ha experimentado con esta sustancia.

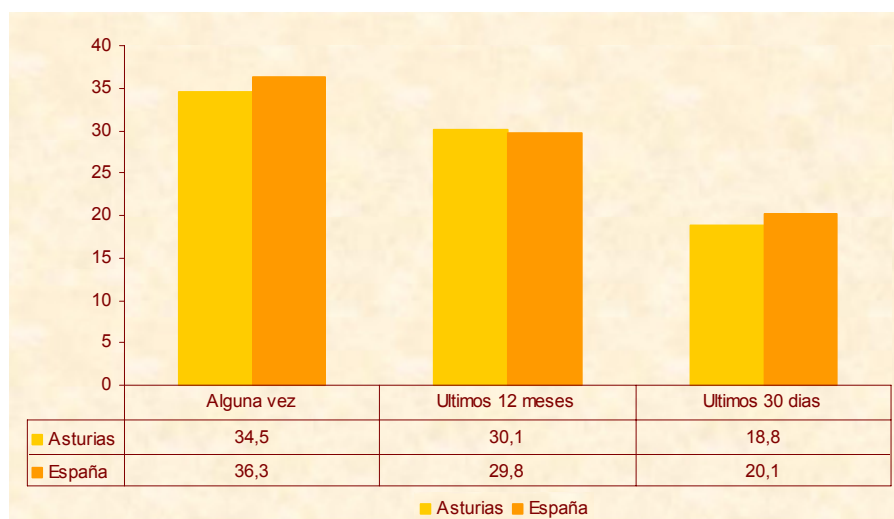
Tabla 2.2.9. Prevalencia de consumo de cannabis en estudiantes de 12 y 13 años. Prevalencia del consumo de drogas y factores de riesgo y protección en la población juvenil de 12 a 18 años de Asturias. 2007.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	3,5	2,5	1,4

La edad media de inicio es la más precoz de las drogas ilegales, situándose próxima a los 15 años (14,8 años) y prácticamente sin diferencias en función del sexo.

En términos globales, en Asturias se aprecia un menor consumo de esta sustancia que en el conjunto nacional en los indicadores de uso experimental ("alguna vez") y reciente ("últimos 30 días"). Si bien la diferencia porcentual encontrada en las tasas es muy pequeña y no permite establecer diferencias estadísticamente significativas (figura 2.2.3).

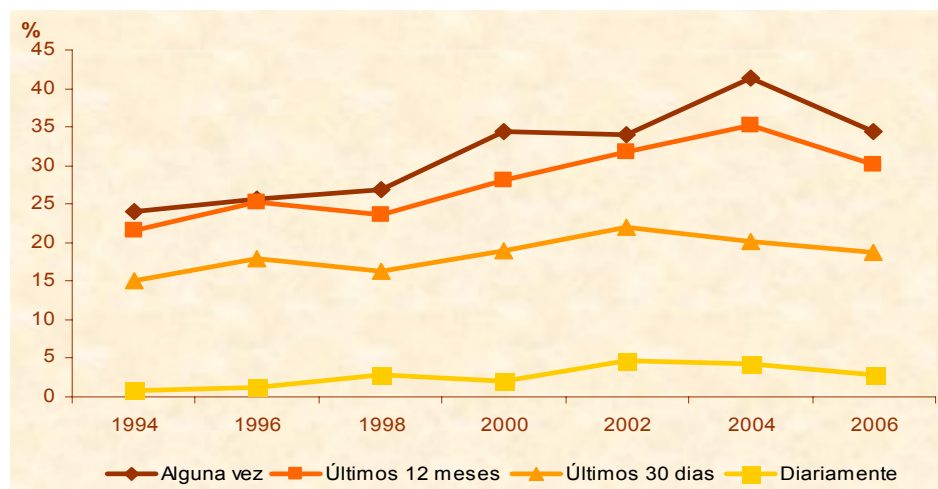
Figura 2.2.3. Prevalencia de consumo de cannabis Asturias/España. Encuesta Estatal sobre Uso de drogas en Estudiantes Enseñanzas Secundarias sobre Drogas 2006 y submuestra asturiana 2006.



Al igual que ocurría con el tabaco y muy ligado a él, se ha producido un importante retroceso en el consumo de esta sustancia desde el año 2004 al 2006, haciéndose patente en todas las estimaciones de prevalencia que se han manejado. Así, el porcentaje de personas que experimentó con esta sustancia “alguna vez” pasó entre estas dos fechas del 41,3% a 34,5%. Del 35% al 30% se redujo el porcentaje de personas que declararon consumirlo en los “últimos 12 meses” y de un 20,2% a un 18,8% también disminuyó el porcentaje de consumidores más recientes (“últimos 30 días”).

Si nos retrotraemos a la largo de la serie (figura 2.2.4), la curva evolutiva dibuja una tendencia creciente a lo largo de la década que va desde 1994 hasta 2004, y un retroceso en estos dos últimos años que hace que en el momento actual nos situemos en unos niveles de consumo muy parecidos a los a los declarados en el 2000, sobre todo en los indicadores de consumo más habituales (“último mes” y “diario”).

Figura 2.2.4. Evolución del consumo de cannabis en jóvenes estudiantes. Encuesta sobre Drogas a Población Escolar. Submuestra asturiana. Asturias 1994-2006.



Consumo de cocaína

La cocaína constituye en la actualidad, después del cannabis, la droga ilegal más consumida entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de España y también de Asturias.

Según la encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias del año 2006, un 7,1% de los jóvenes de 14 a 18 años han consumido cocaína "alguna vez en su vida", un 5,7% en los "últimos 12 meses" y un 3,3% lo han hecho en los "últimos 30 días" (Tabla 2.1.10). Lo que supone que alrededor de 3.000 jóvenes asturianos experimentaron con esta sustancia, 2.500 la consumen con carácter esporádico y 1.500 lo hacen con cierta asiduidad.

Las prevalencias de consumo entre los chicos son también más elevadas que entre las chicas. Esta circunstancia se aprecia tanto en los consumos "experimentales" como en los "esporádicos" y en los más "recientes". No obstante, estas diferencias en función del sexo son en la actualidad poco llamativas si exceptuamos el caso de los consumos más recientes (últimos 30 días) en donde los chicos declaran unas frecuencias de utilización muy superiores a las declaradas por las chicas (4,2% vs 2,4%) (tabla 2.2.10).

Como puede observarse en esa misma tabla, los índices de prevalencia aumentan claramente con la edad en todos y cada uno de los indicadores. Los mayores incrementos porcentuales se registran al cumplirse los 17 años, que es cuando parece que se produce la expansión del consumo, sobre todo en el caso de los "experimentales".

Cabe destacar que casi el 14% de los chicos de 18 años han consumido cocaína "alguna vez en su vida" y, por otra parte, atendiendo a los consumos más "recientes" un 6,3% de ellos consumieron cocaína durante los 30 días anteriores a la encuesta.

Tabla 2.2.10. Prevalencia de consumo de cocaína en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

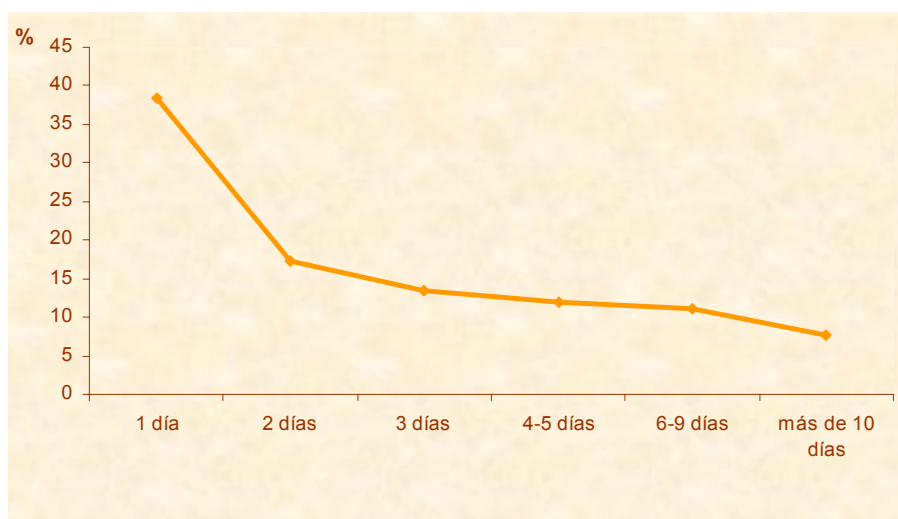
	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	7,1	5,7	3,3
Sexo			
Hombre	8,1	6,5	4,2
Mujer	6,1	4,8	2,4
Edad			
14 años	2,0	2,0	1,6
15 años	4,9	4,2	2,9
16 años	6,0	5,2	3,2
17 años	11,8	8,1	4,3
18 años	13,8	11,2	6,3

La media de edad para el inicio en el consumo está en 15,5 años, prácticamente sin diferencias en función del género (15,5 años en los chicos y 15,6 años para las chicas).

El tipo de consumo predominante en Asturias es el “esporádico”. Como puede observarse en siguiente figura, la gran mayoría de los jóvenes estudiantes asturianos que declararon consumir cocaína los “últimos treinta días” lo hicieron uno o dos días, 38,3% y 17,4% respectivamente, que se corresponde con un nivel de frecuencia moderado y que probablemente coincida con un consumo realizado en fines de semana.

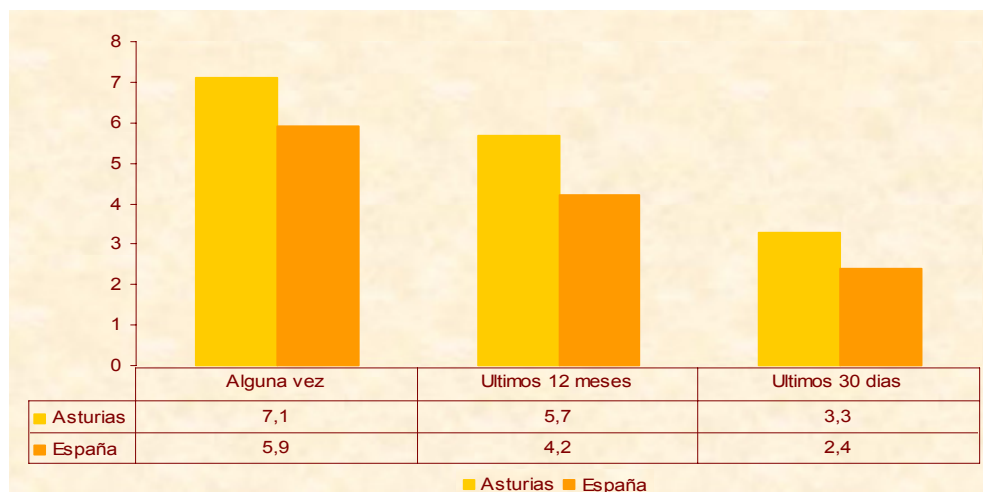
Aquellos consumos de intensidad más elevada tienen menor presencia en este colectivo, donde un 7,7% de los que consumieron en el “último mes” declararon consumir más de diez días en ese mismo periodo de tiempo (figura 2.2.5).

Figura 2.2.5. Frecuencia de consumo de cocaína entre los consumidores de los últimos 30 días (nº de días). Encuesta sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2006.



Comparando los resultados de nuestra Comunidad Autónoma con los obtenidos a nivel nacional, se deduce que el consumo de cocaína por parte de los jóvenes asturianos entre los 14 y 18 años es en general algo superior al del resto del territorio nacional. Esta diferencia porcentual es muy pequeña y no tiene una significación estadística (figura 2.2.6).

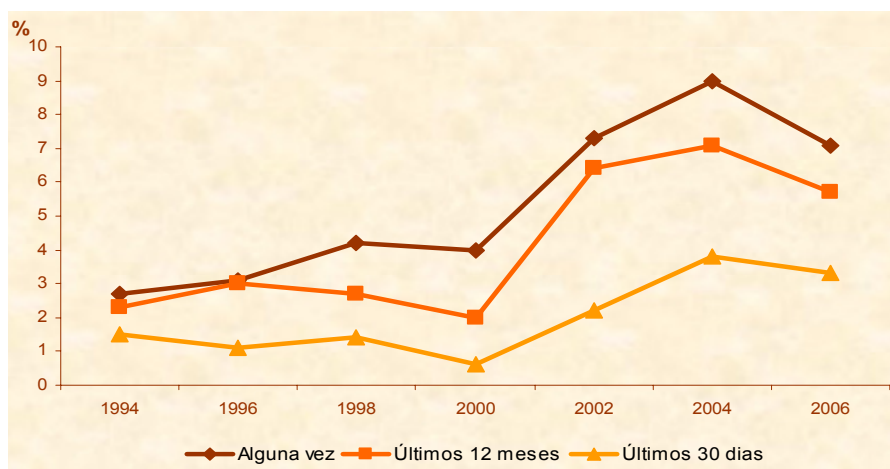
Figura 2.2.6. Prevalencia de consumo de cocaína Asturias/España. Encuesta sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2006.



En lo que respecta a la evolución, parece que se produce una quiebra de la tendencia creciente que se venía observando en los últimos años. Así, el porcentaje de personas que experimentó con esta sustancia "alguna vez" pasó, desde el año 2004 al 2006, del 9% al 7,1%. Del 7,1% al 5,7% se redujo el porcentaje de personas que declararon consumirlo en los "últimos 12 meses" y de un 3,8% a un 3,3% disminuyó también el porcentaje de consumidores más "recientes" ("últimos 30 días").

Si nos retrotraemos a la largo de toda la serie de la que se dispone, la curva evolutiva muestra una tendencia bastante estable hasta el año 2000, incrementándose de forma llamativa desde el año 2000 al 2004 y produciéndose el mencionado retroceso en los últimos dos años. Nos situamos, pues, en unos niveles de consumo actuales muy parecidos a los del año 2002, sobre todo en los indicadores de consumo experimental y esporádico que son los más indicativos dentro de este colectivo.

Figura 2.2.7. Evolución del consumo de cocaína en jóvenes estudiantes. Encuesta sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 1994-2006.



Consumo de éxtasis

Bajo este nombre genérico se recogen toda una serie de drogas de origen sintético con propiedades estimulantes que derivan de la feniletilamina. El consumo de esta sustancia entre los estudiantes asturianos es mucho menor que el del cannabis y el de la cocaína; así en el año 2006, un 2,5% de las personas encuestadas han probado “alguna vez en su vida” éxtasis, un 1,8% en el “último año” y un 1% en los “últimos 30 días” (tabla 2.1.11).

La distribución del consumo atendiendo al sexo presenta una mayor proporción de usuarios de esta droga entre los chicos que entre las chicas, como sucede en la gran mayoría de las drogas ilegales: 3,2% frente a 1,8% en los experimentales, 2,3% a 1,2% en los esporádicos y 1,5% frente a 0,5% en el caso de los consumos más recientes (tabla 2.2.11).

Con la edad aumenta el consumo de manera notable haciéndose esta circunstancia más palpable en el caso de los consumidores “alguna vez” y “últimos doce meses” (tabla 2.2.11).

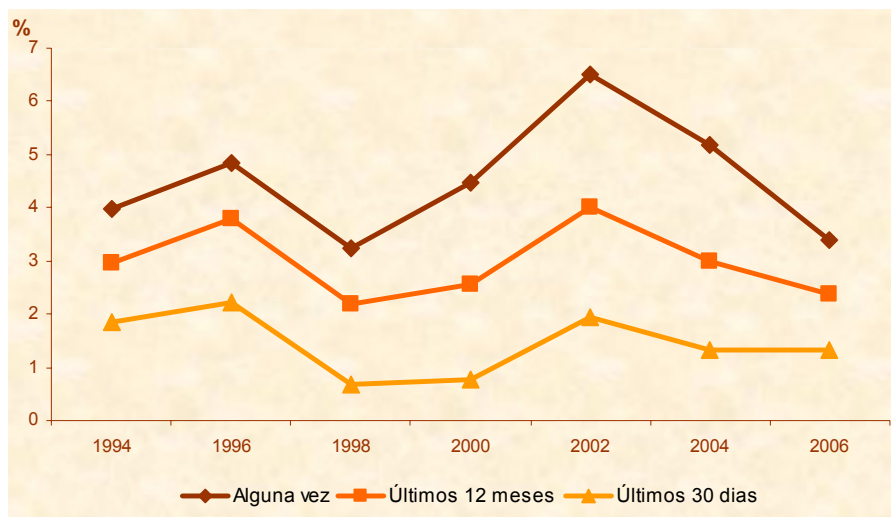
La edad media de inicio al consumo se sitúa próxima a los 15 años (14,8) siendo algo más temprana en las chicas que en los chicos (14,9 chicos 14,7 chicas).

Tabla 2.2.11. Prevalencia de consumo de éxtasis en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	2,5	1,8	1,0
Sexo			
Hombre	3,2	2,3	1,5
Mujer	1,8	1,2	0,5
Edad			
14 años	0,1	0,0	0,0
15 años	2,2	1,6	1,6
16 años	2,4	2,0	1,2
17 años	3,8	1,9	0,8
18 años	3,8	3,1	1,2

La tendencia del consumo de estas sustancias continúa estabilizada, habiendo descendido desde el año 2002 que fue cuando se alcanzaron los niveles de prevalencia más elevados a lo largo de la serie. Actualmente nos encontramos en unos niveles muy parecidos a los del año 1998 en cuanto a los indicadores de tipo “experimental” y “esporádico”, que son la tipología de consumidores que más se observan en este grupo de jóvenes (figura 2.2.8).

Figura 2.2.8. Evolución del consumo de éxtasis en jóvenes estudiantes. Encuesta sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 1994-2006.



Consumo de anfetaminas

En este grupo de sustancias se hace referencia a un tipo de drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central, y en este apartado nos vamos a referir no solo a las anfetaminas propiamente dichas, sino también al speed, ice, metanfetamina, cristal, etcétera.

Los niveles de utilización de estas drogas son muy parecidos a los comentados anteriormente con el éxtasis. Un 2,7% de los jóvenes de 14 a 18 años ha consumido "alguna vez", un 2,1% en los "últimos doce meses" y un 1% lo han hecho cuando el periodo de referencia es del "último mes" (tabla 2.2.12).

En la distribución por sexos se observa que la prevalencia de consumo es también superior en los chicos que en las chicas (3,3% vs 2,1%, 2,6% vs 1,5% y 1,3% vs 0,6% para los tres intervalos de tiempo en estudio respectivamente). Por edad, los consumos se extienden a medida que avanza ésta, correspondiendo los niveles más altos a los 18 años con unos porcentajes de experimentación del 8,7%, del 5,0% en los "esporádicos" y del 1,9% en los más recientes (tabla 2.2.12).

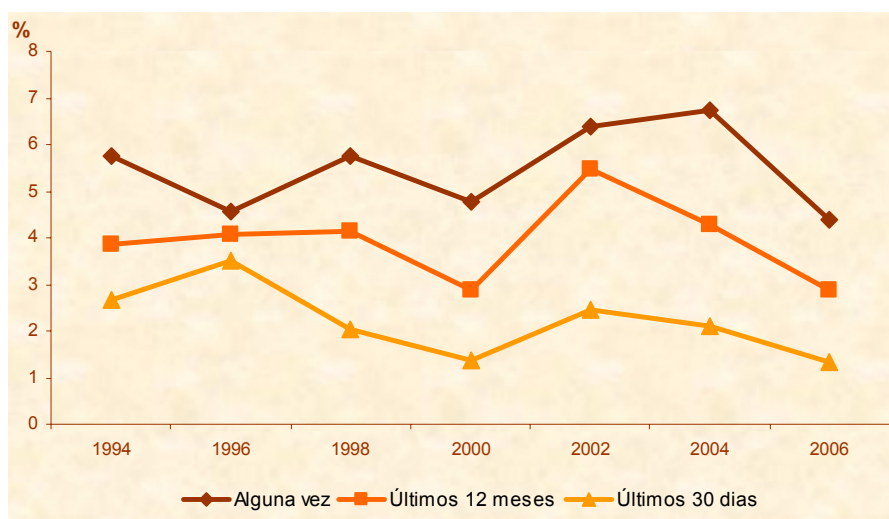
La edad media de toma de contacto con estas sustancias son los 15,3 años sin diferencias apreciables en función del género.

Tabla 2.2.12. Prevalencia de consumo de anfetaminas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	2,7	2,1	1,0
Sexo			
Hombre	3,3	2,6	1,3
Mujer	2,1	1,5	0,6
Edad			
14 años	0,8	0,4	0,4
15 años	2,7	2,4	1,3
16 años	1,8	1,4	1,0
17 años	2,7	2,1	0,5
18 años	8,7	5,0	1,9

La tendencia de consumo muestra un aumento desde el 2000 hasta el 2002 y un retroceso en los cuatro últimos años. Actualmente nos encontramos en los niveles de prevalencia más bajos de toda la serie estudiada.

Figura 2.2.9. Evolución del consumo de anfetaminas en jóvenes estudiantes. Encuesta sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 1994-2006.



Consumo de alucinógenos

Los alucinógenos engloban una serie de drogas entre las que se encuentran el LSD, ácidos, ketamina, mescalina, tripi, setas mágicas, etcétera.

Como puede observarse en la tabla 2.2.13, la prevalencia de consumo es de un 4,9% en los que declaran haberlo consumido “alguna vez en la vida”, un 3,5% en el “último año” y un 1,7% en los “últimos 30 días”.

Tabla 2.2.13. Prevalencia de consumo de alucinógenos en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

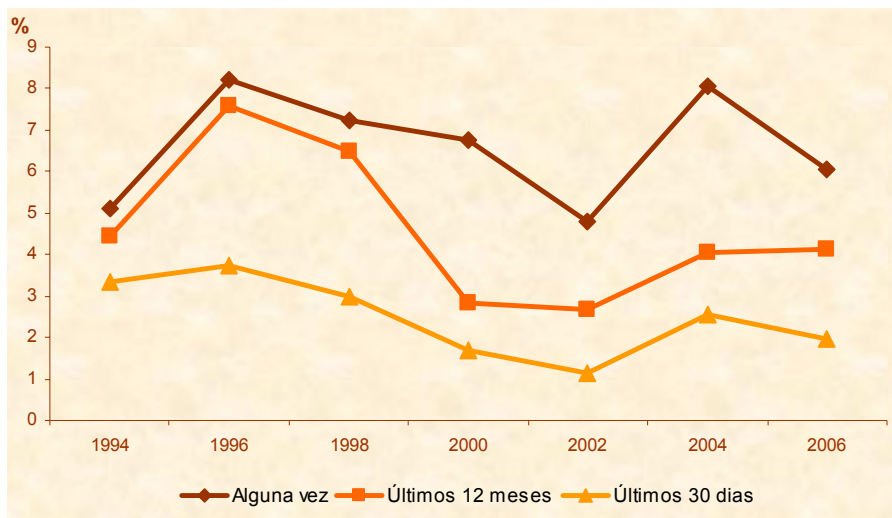
	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	4,9	3,5	1,7
Sexo			
Hombre	6,6	4,9	2,4
Mujer	3,2	1,9	1,0
Edad			
14 años	1,6	0,8	0,4
15 años	3,3	2,9	2,2
16 años	4,6	3,6	2,2
17 años	7,5	5,1	1,6
18 años	9,9	5,6	1,3

La edad media de inicio muestra una pequeña diferencia de 0,4 años entre los chicos (15,5 años) y chicas (15,1 chicas).

Como ocurre con las anteriores sustancias, se aprecia una mayor utilización de los alucinógenos por parte de los chicos que de las chicas, y un claro patrón creciente con la edad, en donde se observa que en la población más joven los consumos son muy pequeños extendiéndose paulatinamente hasta los 18 años, que es donde se localizan los mayores niveles de utilización.

En relación con la tendencia, la curva muestra una trayectoria bastante quebrada que hace difícil determinar una clara evolución. No obstante, comparándolo con la anterior encuesta (2004) se produjo una clara disminución en el indicador de consumo “experimental”, mientras que los otros dos, “últimos doce meses” y “últimos treinta días”, permanecen más estables.

Figura 2.2.10. Evolución del consumo de alucinógenos en jóvenes estudiantes. Encuesta sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 1994-2006.



Consumo de sustancias volátiles

Bajo este epígrafe se incluyen los pegamentos, disolventes, gasolinas e hidrocarburos, etcétera. La prevalencia de consumo "alguna vez" es del 3,4%, la proporción de consumidores en los "últimos doce meses" es del 2% y la proporción de consumidores más "recientes" es del 1% (tabla 2.2.14).

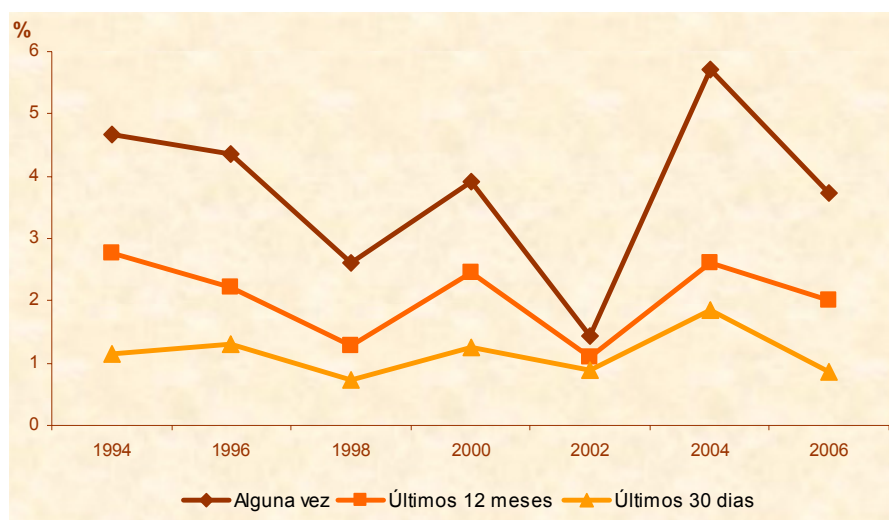
Atendiendo a las variables sexo y edad, no se aprecian muchas diferencias intersexuales en los consumos menos habituales y sí se aprecian en alguna medida en los más recientes (1,3% vs 0,6% en los "últimos 30 días"). El patrón de distribución etario no muestra una tendencia creciente clara a medida que avanza la edad (tabla 2.2.14).

Ha disminuido la proporción total de jóvenes que declaran consumir inhalantes volátiles desde el año 2004 al 2006 en los tres indicadores estudiados, pero si nos fijamos en todos los años de la serie se observa que actualmente estamos en unos niveles de consumo medios.

Tabla 2.2.14. Prevalencia de consumo de sustancias volátiles en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	3,4	2,0	1,0
Sexo			
Hombre	3,4	2,3	1,3
Mujer	3,4	1,6	0,6
Edad			
14 años	2,4	2,3	0,8
15 años	4,0	2,9	1,6
16 años	4,2	2,4	1,4
17 años	1,9	0,5	0,3
18 años	4,4	1,9	0,0

Figura 2.2.11. Evolución del consumo de sustancias volátiles en jóvenes estudiantes. Encuesta sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 1994-2006.



Consumo de heroína

Las encuestas poblacionales o escolares no son el instrumento más adecuado y preciso para estudiar el consumo de sustancias con prevalencias tan pequeñas como la heroína, ya que se tiende a infraestimar dicho consumo debido a que los consumidores de estas sustancias no están habitualmente en los circuitos donde se cumplimentan las encuestas o se recogen los datos; por tanto, los resultados que se van a comentar a continuación deben manejarse con cierta precaución, ya que pueden no ser muy exactos y estar subestimados.

Se trata de una droga con una prevalencia declarada muy pequeña, que no llega al 1% en ninguno de los indicadores. En concreto, para los consumos de tipo “experimental” se declaran porcentajes de utilización del 0,7%, del 0,6% en los “esporádicos” y del 0,5% en los más “recientes” (tabla 2.2.15).

Hay una cierta diferencia de consumos atendiendo al género. Estas diferencias se ponen de manifiesto con una mayor proporción de consumidores por parte de los chicos sobre todo en los consumos más recientes (último mes) 0,7% frente 0,4% (tabla 2.2.15).

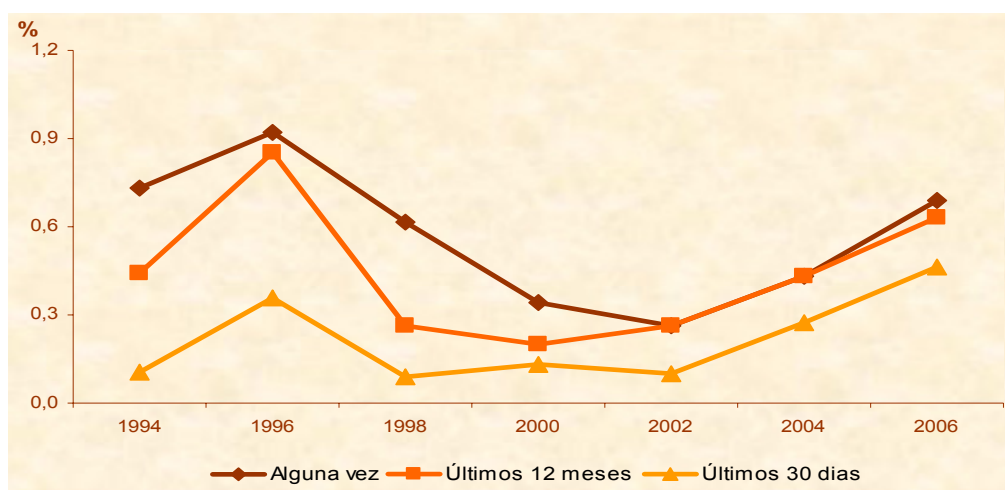
No podemos inferir que los consumos aumenten con la edad en ninguno de los tres indicadores y la edad media de inicio al consumo fue de 14,8 años, siendo algo más temprana en los chicos que en las chicas (14,6 frente 14,8).

Tabla 2.2.15. Prevalencia de consumo de heroína en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	0,7	0,6	0,5
Sexo			
Hombre	0,7	0,7	0,7
Mujer	0,7	0,5	0,4
Edad			
14 años	0,1	0,0	0,0
15 años	1,3	1,1	1,1
16 años	0,4	0,4	0,4
17 años	0,8	0,8	0,0
18 años	0,0	0,0	0,0

Con las reservas explicadas al inicio de este apartado, podemos comentar que se ha producido un ligero repunte en el consumo de heroína con respecto a años precedentes, que se hace más marcado a partir del año 2002.

Figura 2.2.12. Evolución del consumo de heroína en jóvenes estudiantes. Encuesta sobre uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 1994-2006.



Policonsumo

El policonsumo o uso combinado de sustancias es un fenómeno muy habitual entre los jóvenes asturianos. Centrándonos únicamente en el indicador “últimos 12 meses”, diremos que con carácter general los jóvenes que consumen las sustancias consideradas como más peligrosas desde un punto de vista sanitario, como son la cocaína, éxtasis, alucinógenos, speed, heroína, sustancias volátiles, etcétera, prácticamente en su totalidad consumen también alcohol y cannabis, y en un porcentaje muy elevado tabaco (tabla 2.2.16).

Llama también la atención la estrecha relación que existe entre el consumo de tabaco, alcohol y cannabis entre sí, donde, dentro de los consumidores de tabaco en el último año, casi la totalidad consumieron alcohol y siete de cada diez cannabis. Entre los consumidores de cannabis casi el 100% beben alcohol y 75,8% fumaron tabaco el último año (debemos tener en cuenta que la prevalencia del consumo de tabaco en el último año es del 33,2%) y un 16,9% cocaína.

Cabe destacar también la correlación que existe entre la cocaína con el alcohol (100%) y el cannabis (89,8%), y que se da la circunstancia de que los consumidores de drogas de síntesis simultanean muchas otras sustancias.

Los hipnosedantes son independientes del consumo de otras sustancias.

Tabla 2.2.16. Relación de consumo de las diferentes sustancias en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por sexo (porcentajes). Consumidores en los últimos 12 meses. Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006. Submuestra asturiana.

	Tab	Alcoh	Hipnod	Cannab	Coca	Éxt	Anfet	Alucin	Her	S volát
Tab	100,0	41,0	51,3	75,8	77,4	83,8	77,6	81,9	75,8	69,3
Alcoh	98,2	100,0	81,4	98,6	100,0	100,0	100,0	99,3	100,0	100,0
Hipnod	9,8	6,8	100,0	10,0	22,9	30,7	27,6	27,3	37,6	29,8
Cannab	68,8	37,4	45,3	100,0	89,8	90,3	90,5	95,0	100,0	66,7
Cocaí	13,2	7,1	19,5	16,9	100,0	98,5	90,6	59,0	100,0	40,1
Éxt	4,4	2,2	8,1	5,3	30,7	100,0	61,2	38,9	79,2	30,3
Anfet	4,8	2,6	8,6	6,2	32,9	71,5	100,0	43,9	70,5	34,0
Alucin	8,7	4,4	14,4	11,1	36,5	77,5	74,7	100,0	95,6	40,4
Her	1,4	0,7	3,3	2,0	10,4	26,6	20,2	16,1	100,0	9,9
S volát	4,1	2,5	8,8	4,3	13,8	33,7	32,3	22,5	32,9	100,0

Riesgo percibido ante el consumo de drogas en Asturias

El riesgo percibido sobre determinadas conductas relacionadas con el consumo de drogas es un indicador indirecto que nos orienta sobre la evolución de la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias.

Es un hecho probado que existe una relación inversa entre percepción de riesgo o riesgo percibido y consumo de drogas, de manera que una mayor percepción de riesgo comporta menores consumos y viceversa.

El riesgo atribuido respecto al consumo de drogas que tienen la consideración de legales, como son el alcohol, el tabaco, los tranquilizantes y somníferos es mucho menor que el atribuido a las drogas ilegales y, también, el consumo habitual o intenso es percibido como mayor fuente de problemas que el que se realiza con carácter esporádico o experimental.

Con estas premisas como denominador común, las conductas de consumo de drogas que los jóvenes asturianos asocian a un *menor riesgo* actualmente son: el consumir alcohol en fines de semana y diario, fumar tabaco en "alguna ocasión", tomar hipnosedantes esporádicamente y fumar hachís/marihuana/cannabis también en "alguna ocasión". Por el contrario, las conductas asociadas a un *mayor riesgo* son las de consumo habitual (una vez por semana o más frecuentemente) de la gran mayoría de las drogas ilegales: heroína, speed, éxtasis, alucinógenos, etcétera, (tabla 2.2.17).

Si exceptuamos el caso del cannabis, que en el imaginario de este colectivo se sitúa a mitad de camino entre la legalidad y la ilegalidad, el consumo habitual de cualquier sustancia ilegal se percibe como muy problemático por parte de los jóvenes asturianos.

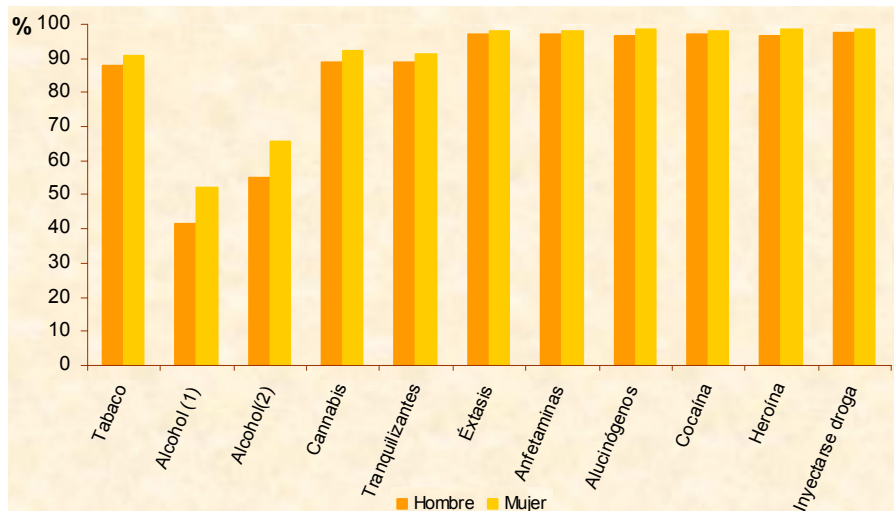
Tabla 2.2.17. Percepción de riesgo ante distintas conductas de consumo de drogas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias. Proporción de jóvenes que piensan que esa conducta puede causar "bastantes o muchos problemas". Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2006.

	Consumir "alguna vez"	Consumir "habitualmente"
Tabaco (a)	50,5	89,3
Alcohol (b)	---	46,8
Alcohol (c)	---	60,1
Tranquilizantes	64,5	89,8
Cannabis	74,6	90,7
Cocaína	92,0	97,2
Éxtasis	93,8	97,5
Speed	93,2	97,6
Alucinógenos	92,2	97,4
Heroína	93,8	97,7
Inyectarse droga	95,1	97,8

(a) Fumar un paquete diario, (b) tomar 5 ó 6 cañas o copas el fin de semana (c) tomar 1 ó 2 cañas o copas cada día

El riesgo percibido de las chicas es más elevado que el de los chicos para todas las conductas analizadas. Estas diferencias son mayores en el caso del consumo de alcohol y cannabis, algo superiores para las conductas relacionadas con el tabaco y los tranquilizantes, mientras que para el resto de las conductas el riesgo percibido es bastante similar para ambos sexos (figura 2.2.13).

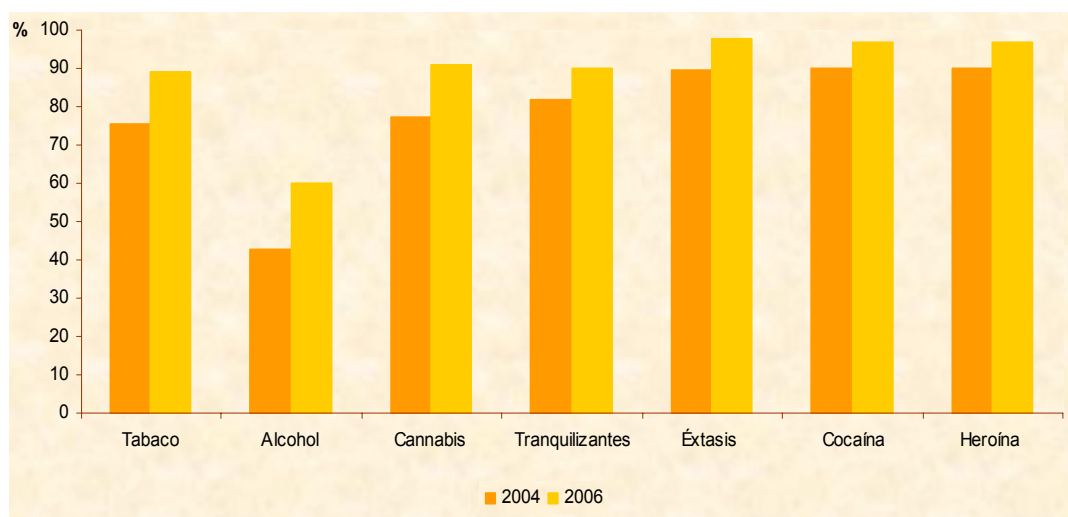
Figura 2.2.13. Percepción de riesgo ante distintas conductas de consumo de drogas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias, por sexo. Proporción de jóvenes que piensan que esa conducta puede causar “bastantes o muchos problemas”. Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2006.



En este grupo de jóvenes de 14 a 18 años no se observan diferencias significativas del riesgo percibido en función de la edad.

EL análisis de tendencias temporales muestra en líneas generales un aumento en el riesgo percibido respecto a la mayoría de las sustancias, pero sobre todo para el tabaco, alcohol y cannabis (figura 2.2.14).

Figura 2.2.14. Evolución de la percepción de riesgo ante distintas conductas de consumo de drogas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias 2004-2006. Proporción de jóvenes que piensan que esa conducta puede causar “bastantes o muchos problemas”. Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2004-2006.



Disponibilidad percibida de drogas

El grado de facilidad o dificultad para conseguir u obtener determinadas sustancias es otro indicador importante que puede influir en la probabilidad de consumir drogas.

Como en el caso anterior (riesgo percibido), se asume que a mayor disponibilidad mayor consumo y viceversa.

En el año 2006, las sustancias que a juicio de los jóvenes son más fáciles de conseguir son las legales, seguidas del cannabis, debido a que el colectivo juvenil establece importantes diferencias entre lo que es el cannabis y sus derivados y el resto de las sustancias.

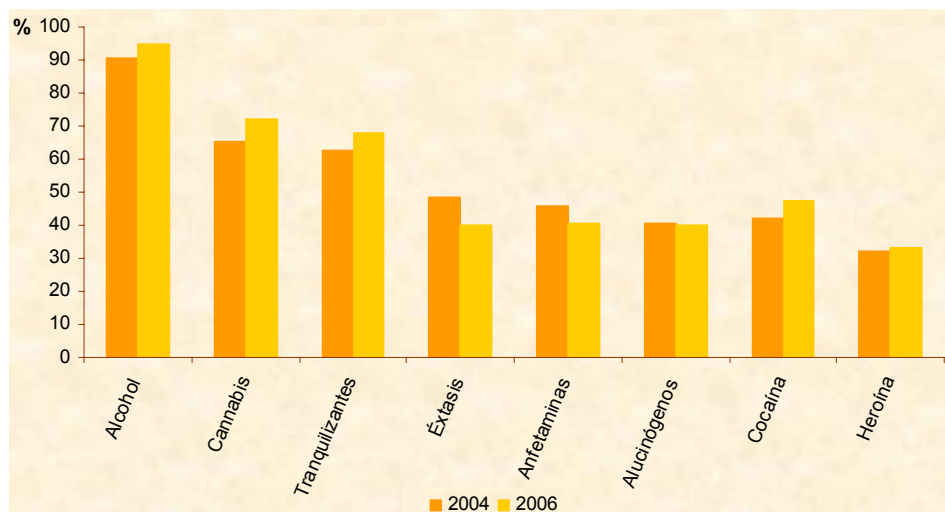
Más de 9 de cada 10 asturianos de 14 a 18 años manifiestan que es “fácil o muy fácil” conseguir tabaco y alcohol (90,5%), 7 de cada 10 (72%) opinan lo mismo respecto al cannabis, y más de dos tercios de este grupo (68%) contestan en el mismo sentido en relación con los tranquilizantes. Mucho menos accesibles parecen ser el resto de las sustancias donde un porcentaje mucho menor entre el (30%-40%) refieren que son sustancias fáciles de conseguir (tabla 2.2.18).

Tabla 2.2.18. Disponibilidad percibida respecto a las diferentes drogas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias. Proporción de jóvenes que piensan que es "fácil o muy fácil" obtener cada droga. Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2006.

	Disponibilidad percibida ("fácil o muy fácil")
Tabaco	91,5
Alcohol	95,0
Cannabis	72,0
Tranquilizantes	68,1
Éxtasis	39,9
Anfetaminas	40,3
Alucinógenos	40,2
Cocaína	47,3
Heroína	32,9
Alcohol	95,0
Cannabis	72,0
Tranquilizantes	68,1

Por lo que respecta a la evolución temporal, se observa que desde el 2004 a 2006 las sustancias que tienen mayor implantación, como es el caso del alcohol, cannabis e incluso la cocaína, se han convertido en más accesibles o más fáciles de obtener. En aquellas que tienen unos índices de prevalencia más bajos, como el éxtasis, los alucinógenos o las anfetaminas, parece que los porcentajes descienden y se hacen menos cercanas para los jóvenes.

Figura 2.2.15. Evolución de la disponibilidad percibida respecto a las diferentes drogas entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias 2004-2006. Proporción de jóvenes que piensan que es "fácil o muy fácil" obtener cada droga. Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2004-2006.



Información recibida

Otro aspecto interesante que nos ayuda a comprender el fenómeno de las drogas es el de la información recibida por parte de los jóvenes. La información, la sensibilización o la educación para la salud son aspectos claves que contribuyen a la prevención y, por tanto, influyen decisivamente en los consumos ulteriores.

La gran mayoría de los jóvenes estudiantes de 14 a 18 años manifiestan estar perfectamente informados sobre el consumo de drogas, los efectos y problemas asociados a las distintas sustancias y las formas de consumo.

En el año 2006 casi 9 de cada 10 estudiantes encuestados declararon estar "perfecta o suficientemente informado" en esta materia (89,9%), y sólo un pequeño porcentaje (10,1%) manifiesta no haber recibido información alguna o estar informado "solo a medias".

Tabla 2.2.19. Información recibida por parte de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años de Asturias. Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2006.

	Información recibida
No, estoy mal informado	1,9
Sí, perfectamente informado	53,4
Sí, suficientemente informado	36,5
No, sólo a medias	8,2

Al preguntarles por las vías de recepción de la información, las respuestas más citadas son: a través de medios de comunicación en un 69,2% de los casos, por los padres en un 66,3%, en charlas o cursos en un 61,7% y por los profesores en un 57,3% de las ocasiones. El resto de las opciones como "otros consumidores", "organismos oficiales", amigos, profesionales sanitarios, internet, etcétera, es contestado en una proporción mucho menor por parte de los jóvenes.

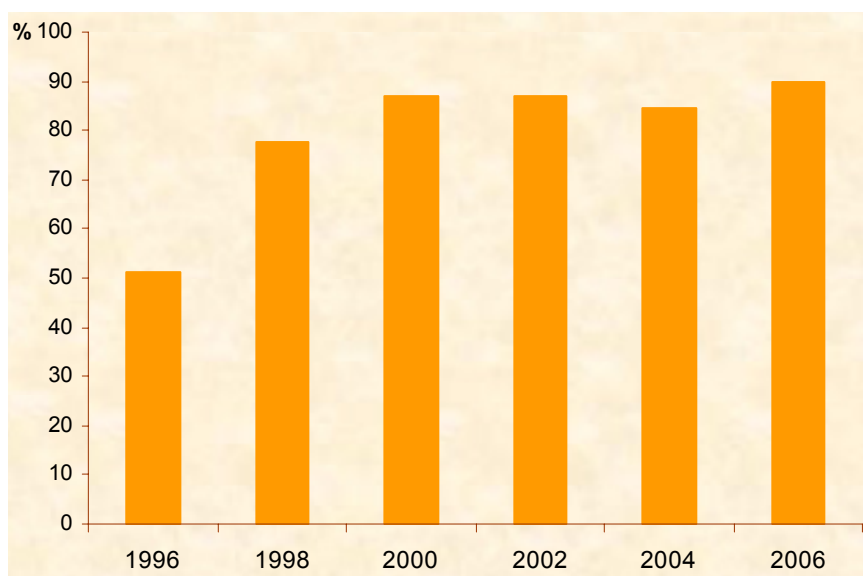
Tabla 2.2.20 Información recibida por parte de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias. Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2006.

	Vías de recepción de la información
Medios de comunicación	69,2
Padres	66,3
Charlas o cursos sobre el tema	61,7
Profesores	57,3
Libros y/o folletos	45,8
Amigos	44,9
Organismos oficiales	33,5
Profesionales sanitarios	32,5
Internet	29,2

Además, un 72,7% afirma que en su centro educativo han recibido información o se había tratado en clase el tema de las drogas, los efectos o problemas asociados a las distintas sustancias y formas de consumo. La manera más frecuente de tratar el tema fue mediante conferencias o charlas.

La tendencia de este indicador en estos dos últimos años también es positiva, manteniéndose en cotas muy elevadas desde el año 2000 e incrementándose aun más los porcentajes en los dos últimos años, pasando del 84,4% en el año 2004 al 88,9% en el 2006.

Figura 2.2.16. Evolución de la información recibida por parte de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años de Asturias. Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 1996- 2006



Actividades del tiempo libre

El número de veces que se sale de marcha de noche y la hora de regreso a casa son elementos que también debemos valorar, ya que influyen positiva o negativamente en los consumos de drogas por parte de los jóvenes. Parece obvio que una mayor frecuencia de salidas nocturnas y un regreso a casa más tardío llevan asociados una mayor probabilidad de consumo de sustancias, tanto legales como ilegales.

En este contexto, en los “últimos 12 meses” un 25,4% de los jóvenes manifiestan salir entre una y tres noches al mes; casi uno de cada cinco (19,6%) declaran salir un día por la noche a la semana y un porcentaje del 22,2% sale con una frecuencia mayor, más de una noche a la semana.

Tabla 2.2.21. Frecuencia de salidas nocturnas para divertirse por parte de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias. Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2006.

	Salidas nocturnas para divertirse
Nunca	17,6
Menos de una noche al mes	15,2
1-3 noches al mes	25,4
1 noche a la semana	19,6
Más de 1 noche a la semana	22,2

Del análisis de la tabla anterior se desprende que un grupo importante de jóvenes adopta una postura bastante moderada en cuanto a las salidas nocturnas donde casi un tercio de ellos “no sale nunca” o sale “menos de una noche al mes”, mientras que en el otro extremo un 22,2 % estaría expuesto a mayores riesgos saliendo “más de una noche a la semana”.

La hora de regreso a casa después de salir a divertirse los fines de semana es otro indicador que merece la pena analizar, ya que los jóvenes que reconocen que han salido por la noche hasta altas horas tienen más probabilidad de haber consumido drogas a lo largo de su vida.

En este grupo de jóvenes hay un porcentaje nada desdeñable (el 28,3%) que regresa a casa antes de las 12 de la noche y que está compuesto fundamentalmente por los chicos/as de edades más jóvenes. También existe otro grupo que declaran regresar a casa bien entrada la madrugada o después de amanecer, que representan un porcentaje mucho menor (el 14% y 5% respectivamente). En él evidentemente están más representados los jóvenes de 17 y 18 años.

Estos dos indicadores, anteriormente comentados, han mejorado bastante respecto a los datos obtenidos en la encuesta del año 2004. Por una parte, ha disminuido la frecuencia de salidas nocturnas de los jóvenes encuestados y, por otro lado, se ha adelantado la hora de regreso a casa los días que se ha salido de “marcha”.

Tabla 2.2.22. Hora de regreso a casa en fin de semana la última vez que se salió para divertirse por parte de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias. Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. Submuestra asturiana. Asturias 2006.

	Hora de regreso a casa
Antes de las 12 de la noche	28,3
Entre las 12 y las 2 de la madrugada	26,9
Entre las 2 y las 4 de la madrugada	25,3
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	14,0
Después de las 8 de la mañana	5,5

3.- Programas de prevención

3.1.- Planes Municipales sobre Drogas

Los problemas relacionados con el consumo de drogas sobrepasan las posibilidades de actuación de cualquier institución o administración por sí sola, planteándose la necesidad de articular respuestas desde áreas o ámbitos de actuación diversos: educación, salud, juventud, servicios sociales, empleo, ocio... pero también de los diferentes niveles de las administraciones públicas: Central, Autonómica y Local.

Es preciso, pues, establecer una coordinación y colaboración entre las diversas administraciones 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 del consumo de drogas o de la inserción de las personas drogodependientes, 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).

La intervención comunitaria permite desde el ámbito de lo local la puesta en marcha de Planes Municipales sobre Drogas, 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.

En 2001 el Plan sobre Drogas para Asturias recoge en la iniciativa 14: "potenciar los planes municipales sobre drogas"¹. 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 del consumo de drogas, aumentando la financiación y los compromisos de las instituciones públicas.

A nivel operativo y administrativo los Planes Municipales significan un acuerdo de colaboración entre la comunidad autónoma y las corporaciones locales, para la prevención del consumo de drogas y la reinserción de las personas drogodependientes, al tiempo que señalan la necesidad de actuación de las diversas áreas municipales: servicios sociales, salud, educación, juventud, empleo, deportes, ocio...

Las razones que justifican y apoyan esta iniciativa, 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.

La convocatoria de subvenciones para las corporaciones establece las líneas prioritarias de actuación que pueden realizar los ayuntamientos. En el año 2007 la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios ha propuesto a los Ayuntamientos las siguientes líneas de acción prioritarias:

La coordinación participación de distintas áreas municipales, entidades y voluntariado en el desarrollo del Plan Municipal sobre Drogas: comisiones municipales, comisiones técnicas y/o de participación, etc.

La colaboración en la implantación y desarrollo de Proyectos de Educación para la Salud de centros educativos, en coordinación especialmente con las asociaciones de padres y madres, Comisiones de Salud de Zona de proyectos de EpS y otros recursos comunitarios.

Prevención universal en el ámbito familiar.

Prevención de situaciones de riesgo con menores, jóvenes y familias.

Reducción de riesgos en lugares de ocio.

Programas para la disminución el consumo de alcohol y otras drogas en adultos.

Prevención del tabaquismo en población general, especialmente en al apoyo al abandono del hábito tabáquico, en colaboración con los servicios sanitarios y/o laborales.

Programas y/o recursos estables de inserción sociolaboral que puedan ser utilizados por las personas con problemas de drogodependencias.

El desarrollo de acciones específicas con personas drogodependientes en los Centros de Encuentro y Acogida o en aquellos otros recursos locales y/o comarcales que aborden esta temática.

Formación dirigida a colectivos específicos de la localidad: profesionales de los servicios sociales y sanitarios, medios de comunicación, hostelería, autoescuelas, policía local y otros cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, etc.

Tabla 3.1.1. Ayuntamientos con PMD. 2003-07. Fuente: Resolución por la que se conceden las subvenciones a Corporaciones Locales para el desarrollo de los Planes Municipales sobre Drogas, publicada anualmente en el BOPA.

AYUNTAMIENTO / MANCOMUNIDAD / AGRUPACIÓN DE MUNICIPIOS	2003	2004	2005	2006	2007
Aller				☐	
Avilés	☐	☐	☐	☐	☐
Castrillón	☐	☐	☐	☐	☐
Cangas del Narcea	☐	☐	☐	☐	☐
Cudillero				☐	☐
El Franco (Tapia y Castropol)	☐	☐	☐	☐	☐
Gijón	☐	☐	☐	☐	☐
Gozón	☐	☐	☐		☐
Grado				☐	☐
Lena	☐	☐	☐	☐	☐
Llanera				☐	☐
Llanes-Riadedeva	☐	☐			
Mancomunidad del Oriente (Cangas de Onís)					☐
Mancomunidad Cinco Villas	☐	☐	☐	☐	☐
Mancomunidad Comarca de la Sidra	☐	☐	☐	☐	☐
Mancomunidad Valle del Nalón	☐	☐	☐	☐	☐
Mieres	☐	☐	☐	☐	☐
Navia (Coaña y Villalón)	☐	☐	☐	☐	☐
Noreña	☐	☐	☐	☐	☐
Oviedo	☐	☐	☐	☐	☐
Ribadedeva			☐	☐	☐
Mancomunidad Cinco Villas	☐	☐	☐	☐	☐
Mancomunidad Comarca de la Sidra	☐	☐	☐	☐	☐
Mancomunidad Valle del Nalón	☐	☐	☐	☐	☐
Mieres	☐	☐	☐	☐	☐
Navia (Coaña y Villalón)	☐	☐	☐	☐	☐
Noreña	☐	☐	☐	☐	☐
Oviedo	☐	☐	☐	☐	☐
Ribadedeva			☐	☐	☐
Ribadesella	☐	☐	☐	☐	☐
Siero		☐	☐	☐	☐
Tineo	☐	☐	☐	☐	☐
Valdés	☐	☐	☐	☐	☐
Vegadeo (San Tirso y Taramundi)	☐	☐	☐	☐	☐

Así, en el año 2007, son 27 los ayuntamientos y/o mancomunidades que participan en las políticas sobre drogas. 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 964.065 personas, es decir un 89,69% de la población total de la región (1.074.862).

Es importante destacar, además de la progresiva implantación en nuevos municipios de Planes sobre Drogas, la permanencia a lo largo de los años de la inmensa mayoría de las entidades locales que concurren a esta convocatoria de subvenciones.

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

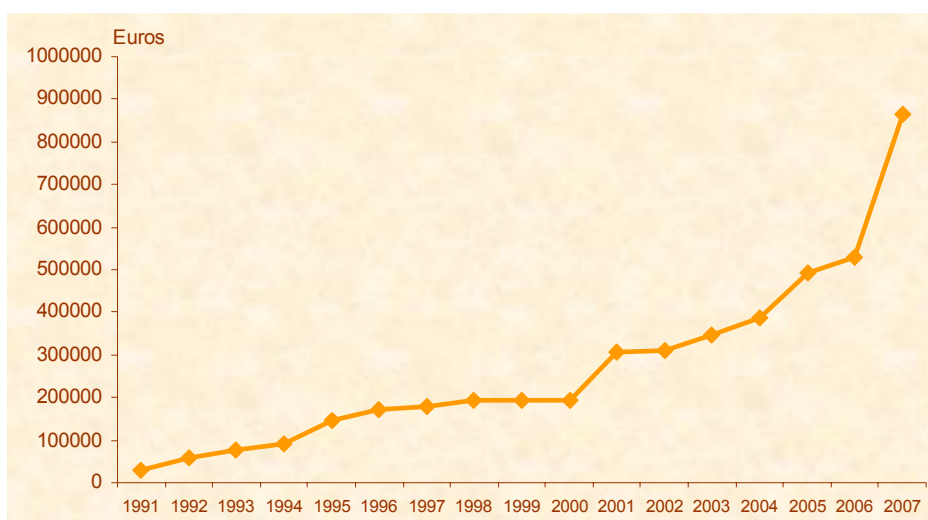
En la tabla 3.1.2 se muestra el importante crecimiento y el esfuerzo presupuestario que ha realizado la Comunidad Autónoma de Asturias a lo largo de estos años, confirmándose que la prevención ocupa un espacio cada vez más relevante en las políticas sobre drogas.

Tabla 3.1.2. Evolución presupuesto PMD 1991-2007 (en miles de euros). Fuente: Resolución por la que se conceden las subvenciones a Corporaciones Locales para el desarrollo de los Planes Municipales sobre Drogas, publicada anualmente en el BOPA.

Año	Euros
1991	30.000
1992	60.000
1993	76.653
1994	90.151
1995	144.242
1996	170.687
1997	180.303
1998	192.323
1999	192.323
2000	192.323
2001	306.516
2002	309.522
2003	344.998
2004	385.998
2005	492.130
2006	528.730
2007	866.500

En 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 1991-2007, destacando el incremento en un 63'9 % en 2007 respecto a 2006.

Figura 3.1.1. Evolución presupuesto PMD 1991-2007 (en miles de euros). Fuente: Resolución por la que se conceden las subvenciones a Corporaciones Locales para el desarrollo de los Planes Municipales sobre Drogas, publicada anualmente en el BOPA.



Actividades más relevantes de los Planes Municipales sobre Drogas

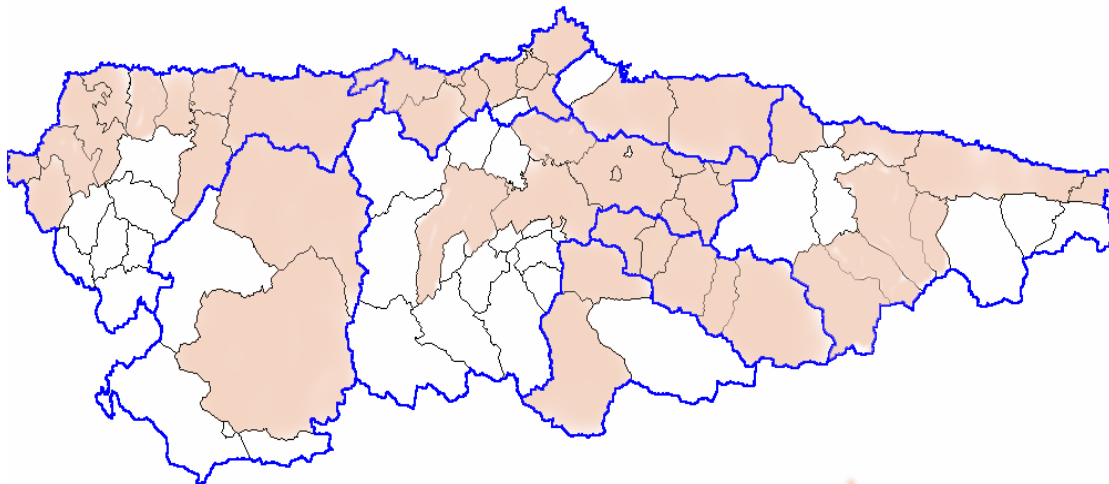
- Información, sensibilización y asesoramiento a los ciudadanos, recogiendo las iniciativas de los distintos sectores de la comunidad.
- Educación sobre drogas en el ámbito escolar.
- Prevención de riesgos del consumo de drogas en poblaciones vulnerables o en riesgo.
- Formación de profesionales, mediadores 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 del consumo de drogas 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 drogas. 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 del consumo de drogas.

Tabla 3.1.3. Población de los municipios de Asturias con Planes Municipales sobre Drogas 2007. Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes. Elaborado por SADEI.

Municipio	Población 2007
AVILES	83.320
CANGAS DEL NARCEA	15.127
CASTRILLON	22.772
CUDILLERO	5.894
GIJON	274.037
GOZON	10.723
GRADO	10.950
LENA	13.009
LLANERA	13.382
MIERES	44.992
NOREÑA	5.158
OVIEDO	216.607
RIBADEDEVA	1.887
RIBADESELLA	6.286
SIERO	49.491
TINEO	11.539
VALDES	13.838
COMARCA DE LA SIDRA	
Bimenes	1.929
Cabranes	1.098
Colunga	3.908
Nava	5.511
Sariego	1.328
Villaviciosa	14.520
MANCOMUNIDAD DEL ORIENTE (Cangas de Onís)	6.599
MANCOMUNIDAD VALLE NALON	
Caso	1.936
Laviana	14.312
Langreo	45.668
San Martin Rey Aurelio	19.115
Sobrescobio	873
MANCOMUNIDAD CINCO VILLAS	
Muros del Nalón	2.996
Pravia	9.118
Soto del Barco	4.085

EL FRANCO	
El Franco	4.015
Castropol	3.922
Tapia	4.254
NAVIA	
Navia	9.044
Coaña	3.473
Villayón	1.656
VEGADEO	
Vegadeo	4.342
San Tirso de Abres	576
Taramundi	775
TOTAL POBLACIÓN PMD	964.065
TOTAL POBLACIÓN ASTURIAS	1.074.862

Figura 3.1.2. Municipios de Asturias con Plan Municipal sobre Drogas 2007.



3.2. Programas escolares de prevención del consumo de drogas

El Plan sobre Drogas para Asturias 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 autorresponsabilidad 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 del consumo de drogas 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 impulsados por la Administración de 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 del consumo de drogas, se procede a esta Convocatoria en cada curso académico.

Según los datos del último curso académico 2007/08 se han presentado a dicha convocatoria 172 Proyectos Educativos (155 de centros públicos y 17 de centros

concertados). De todos ellos, el desarrollo de acciones de prevención del consumo de drogas se ha llevado a cabo en 102 centros, la mayoría de los cuales realizan sus actuaciones mediante los programas ¡Órdago! y La Aventura de la Vida.

¡Órdago!

¡ÓRDAGO! es un programa editado por la Fundación EDEX de prevención específica del consumo de drogas, dirigido a los escolares que cursan la etapa de Educación Secundaria Obligatoria (12-16 años).

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 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 con sus profesores, 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.

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. Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.

	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08
CENTROS	55	52	51	40	40
ALUMNADO	8498	9940	9273	6281	6565
PROFESORADO	388	454	418	322	359

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 del consumo de drogas.

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.

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 el curso 2003/04, la cobertura del programa ha evolucionado como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 3.2.1.2. Evolución de la participación en el programa la Aventura de la Vida. Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.

	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08
CENTROS	55	52	51	56	62
ALUMNADO	8498	9940	9273	6281	6565
PROFESORADO	388	454	418	322	359

Concurso escolar: El Secreto de la Buena Vida

Fruto del acuerdo de colaboración institucional y la estrecha relación mantenida entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y la Consejería de Educación y Ciencia, se ha desarrollado el concurso escolar "El Secreto de la Buena Vida" durante los dos últimos cursos académicos. Esta actividad está pensada para chavales de 10-12 años. Su origen se remonta al Programa Sinesio.

Este concurso forma parte de un programa más amplio denominado Ítaca que incluye varias acciones en el campo de la prevención de drogodependencias desde el ámbito escolar, y es impulsado por el Ministerio de Sanidad y Consumo-Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas- y el Ministerio de Educación- Centro de Investigación y Documentación (CIDE), contando para ello con la colaboración de las Comunidades Autónomas.

Esta iniciativa tiene dos objetivos básicos. Por un lado, ofrecer un instrumento lúdico y educativo a niños de entre 10 y 12 años, una edad idónea para la prevención, puesto que es justo el momento en el que se suelen producir los primeros contactos con las drogas, el alcohol y el tabaco.

Por otro, difundir entre los centros educativos los programas de prevención escolar que existen en la Comunidad Autónoma y facilitar a los profesores el trabajo de prevención en clase, dotándoles de material educativo.

El objetivo del mismo es conseguir inculcar en el alumnado el equilibrio bio-psico-social del ser humano, es decir, la salud como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social; para ello el juego recoge una serie de cuestiones que a lo largo de una aventura lúdica y divertida pretende hacer que los chavales se enfrenten de una forma adecuada a las drogas, para conseguir que sus vidas sean más saludables y dotarles de ciertas

herramientas para que su salud sea fuerte y resistente, en definitiva, se trata de encontrar El Secreto de la Buena Vida.

Los datos de participación durante los dos últimos cursos son los siguientes:

Tabla 3.2.1.3. Evolución de la participación en el concurso el Secreto de la Buena Vida. Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.

	2006 / 2007	2007 / 2008
Nº de centros educativos	41	46
Nº de alumnos	2462	2594
Nº de profesores	320	320

3.2.2. Programas promovidos 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 2007/08 han sido: 89 centros educativos, 327 docentes, 6249 alumnos. 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.

Entre todos

Este programa, de la Fundación CESPA- Proyecto Hombre, se lleva desarrollando durante varios cursos en el municipio de Oviedo, 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 11 docentes y 300 alumnos; se han utilizado guías para el profesorado y material para el alumnado y las familias. Ha colaborado el Ayuntamiento de Oviedo, Fundación CESPA y Consejería de Educación y Cultura (CPRs), AMPAS.

En la huerta con mis amigos

Los Ayuntamientos de Gijón, Gozón, Navia, Coaña y 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 sus 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 2007/08, con una participación total de 27 centros educativos, 1243 alumnos y 79 docentes.

¿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, para alumnado de 14 a 18 años; según los últimos datos, durante el presente curso escolar, han participado 898 alumnos/as y 31 profesores/as de cinco centros gijoneses y un centro del municipio de Tineo. Se han realizado las visitas guiadas y debates con el profesorado en el aula sobre los 20 paneles informativos. Han colaborado el Plan Municipal de Gijón y el Plan Municipal de Tineo.

Cuadro resumen de las actividades durante los dos últimos cursos:

Tabla 3.2.2.1. Evolución de la participación en los dos últimos cursos de los programas: el Cine en la Enseñanza, Entre Todos, En la Huerta con mis Amigos, ¿De que van las Drogas? ¿de que van los jóvenes? . Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.

	El cine en la enseñanza	Entre todos	En la huerta con mis amigos	¿De qué van las drogas? ¿de qué van los jóvenes?
2006/07				
CENTROS	52	1	9	17
ALUMNADO	8432	262	400	2019
PROFESORADO	217	10	24	96
2007/08				
CENTROS	89	1	27	6
ALUMNADO	6249	300	1243	898
PROFESORADO	327	11	898	31

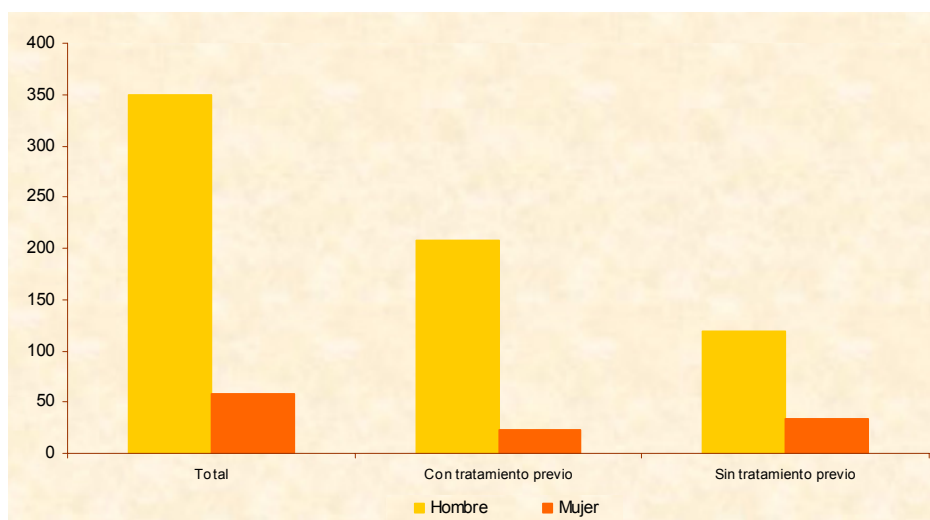
4.- Programas Asistenciales en Servicios Sanitarios Públicos

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

En el año 2007 se registraron un total de 408 Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas en los 16 centros notificadores públicos y uno privado que cumplen los criterios de notificación para el Indicador Admisión a Tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas. Significar que se trata de recoger el Inicio del Tratamiento, bien sea de aquellos que lo reciben por "primera vez" (usuarios nuevos) como de aquellos que ya han recibido atención con anterioridad y vuelven a empezar una nueva relación terapéutica (reinicios o admisiones a tratamiento de personas a tratamiento previo). Por tanto este indicador recoge las personas que entran en el Sistema pero no en conjunto de personas atendidas.

Más de un 60% de ellas (231) fueron realizadas por personas que ya habían recibido un tratamiento previo anterior. Este indicador expresa, de alguna manera, las recaídas, la persistencia en los problemas relacionados con el consumo de sustancias. El resto de admisiones, 152 (que representan el 39,7%), corresponden a usuarios que acceden por primera vez a la red asistencial. Este grupo configura la incidencia, un indicador de cambio que refleja los nuevos patrones de consumo que se están dando en estos momentos o están apareciendo en nuestra comunidad (Tabla 4.1.1).

Figura 4.1.1. Admisión a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en Asturias 2007, según sexo. Observatorio sobre Drogas para Asturias.

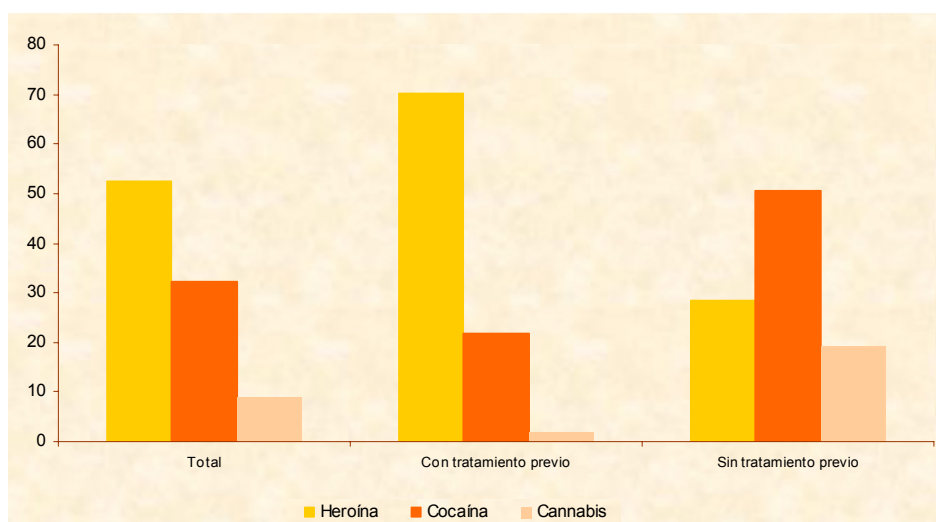


Si analizamos todas las admisiones en conjunto, observamos que la heroína continúa siendo la sustancia que motiva más de uno de cada dos demandas de tratamiento (52,5%), a pesar de que ha ido disminuyendo paulatinamente su frecuencia de consumo merced a la reducción que reflejan todos los indicadores y encuestas. La cocaína con

32,3% y el cannabis con el (9%) ocupan el segundo y tercer lugar en la frecuencia de los episodios registrados.

Si nos centramos ahora en las personas con tratamiento previo, la heroína sigue acaparando el mayor número de Tratamientos (siete de cada diez), seguida de la cocaína con un 22% y el cannabis con un 2%. Dentro del segundo subgrupo (tratados por primera vez) la cocaína (50,7%) desplaza a la heroína en el primer lugar de demandas de tratamiento situándose el cannabis en tercer lugar con un 19,5% de los admitidos. Queremos llamar la atención en el importante incremento que están experimentando las solicitudes de atención por consumo de cannabis que hace que en la actualidad una de cada cinco solicitudes nuevas sea por problemas con esta sustancia, circunstancia que no hace más que constatar que estas demandas de nuevos tratamientos son congruentes con los patrones de consumo actuales en los que la cocaína y el cannabis se imponen como drogas de uso más frecuente (figura 4.1.2 y tabla 4.1.1).

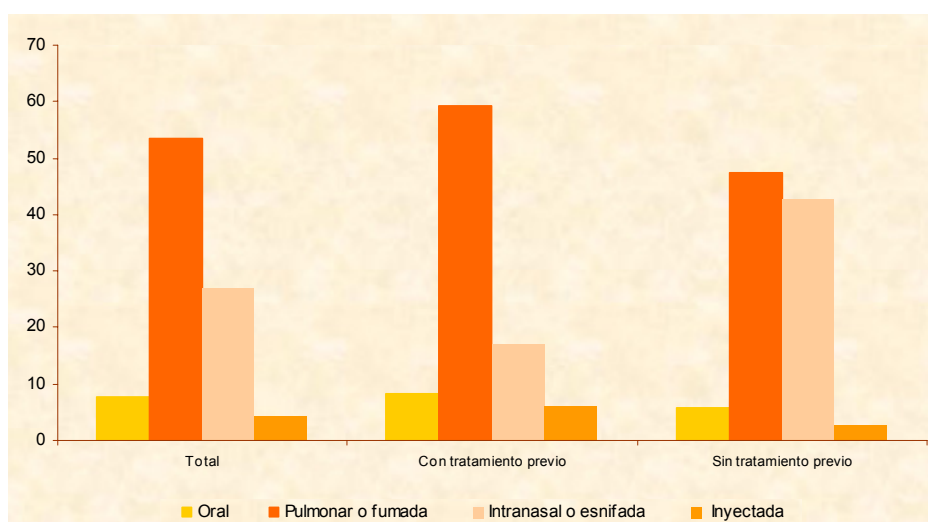
Figura 4.1.2. Porcentaje de personas Admitidas a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en Asturias 2007, según sustancia que motiva el tratamiento. Observatorio sobre Drogas para Asturias.



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. Se aprecian importantes diferencias en este indicador en función de que las personas estuvieran admitidas previamente a tratamiento o no. Entre los primeros, la vía más mencionada es la pulmonar, seguida de la intranasal o esnifada y de la oral. Mientras que las personas que acuden por primera vez a tratamiento tienen mucha mayor presencia la vía intranasal o esnifada, que se sitúa en unos porcentajes de utilización muy próxima a la pulmonar y en tercer lugar la oral. En este subgrupo es lógica la importante presencia de las dos primeras vías ya que las drogas más consumidas por este colectivo son la cocaína y el cannabis que se utilizan

fundamentalmente por vía esnifada y fumada (pulmonar). El porcentaje de personas que declaran utilizar aun la vía parenteral o inyectada es pequeño y va a la baja a lo largo de los años, obviamente es muy superior en el grupo de personas a tratamiento previo (figura 4.1.3 y tabla 4.1.1).

Figura 4.1.3. Vía principal de consumo en las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 2007.



La prevalencia actual de infección VIH en este grupo en estudio es del 5,4%, con siete veces más de personas seropositivas entre los usuarios tratados previamente que entre los tratados por primera vez, en clara consonancia con el tipo de sustancias consumidas y las formas de consumo que imperan en unos y otros. No nos podemos olvidar que la principal vía de transmisión del virus VIH es la parenteral y las personas a “tratamiento previo” esta fue la vía que más utilizaron. No obstante a la hora de valorar este indicador debemos tener en cuenta que casi 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 (85,8% frente a 14,2% 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 (78,3% frente a 21,79%) (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 doce 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 para los primeros y a los 26 para los que acudían por primera vez. En el año 2007 la

media de edad de las personas atendidas es de 34,2 años, con una diferencia de cinco años entre los que lo que acceden por primera vez a tratamiento (31 años) y los que ya están registrados con anterioridad (36 años). Por el contrario, la edad media de inicio se comporta de manera inversa ya que en el mismo periodo de tiempo la edad de inicio se redujo en más de un año (21,4 a 20 años) (Tabla 4.1.1).

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 2007.

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Nº de Admisiones a tratamiento notificadas	408	231	152		
Previamente admitidos a tratamiento (%)	60,3			63,6	41,1
Tratados por primera vez (%)	39,7			36,4	58,9
Sexo (%)					
Hombre	85,8	90	78,3		
Mujer	14,2	10	21,7		
Edad media (años)	34,2	36,0	31,0	34,4	32,9
Nivel de estudios (%)					
Sin estudios	1,2	0,4	2	1,4	0
Enseñanza primaria incompleta	6,4	4,8	7,2	6,7	3,4
Enseñanza primaria completa	25,2	21,7	21	24,6	29,3
Enseñanza secundaria 1ª etapa	40,2	39	45,4	40	41,4
Enseñanza secundaria 2ª etapa	15,2	18,2	11,8	16,7	5,2
Estudios universitarios	5,1	4,3	7,2	3,7	14
Desconocido	6,6	5,6	5,3	6,6	6,9
Otros	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Situación laboral (%)					
Trabajando	51	45	61,2	52,6	41,4
Parado no habiendo trabajado	2,7	2,2	3,9	2,3	5,2
Parado habiendo trabajado	24	30,3	15,1	23,1	29,3
Otros	22,3	22,5	19,7	22	24,1
Droga principal de admisión a tto (%)					
Heroína	52,5	70,3	28,5	55,3	41,1
Otros opiáceos	4	6,1	1,4	2,9	10,2
Cocaína	32,3	21,8	50,7	32,7	33,9
Anfetaminas	0	0	0	0	0
MDMA	0,2	0	0	0	0
Hipnosedantes	2	0	0	0	5,4
Cannabis	9	1,7	19,4	9,1	8,9
Alucinógenos	0	0	0	0	0
Inhalantes volátiles	0	0	0	0	0
Otras sustancias	0	0	0	0,2	0
Edad media al inicio del consumo	20	19,8	20,2	19,7	22
Vía principal de consumo (%)					
Oral	7,6	8,3	5,9	6	17,2
Pulmonar	53,6	59,1	47,4	54,4	48,3
	27	17	42,8	27,8	22,4

Intranasal	4,4	6,1	2,6	4,6	3,4
Parenteral o inyectada	7,4	9,6	1,3	7,1	8,6
Otras					
Drogas consumidas 30 días antes (%)					
Heroína	2,1	3,5	0,6	2,1	2,2
Otros opiáceos	8,8	12,4	3,8	8	15,2
Cocaína	22	24,3	18,9	22,8	15,2
Anfetaminas	1,7	1,3	2,5	1,6	2,2
MDMA	1,9	1,8	1,9	1,9	2,2
Hipnosedantes	10	14,2	6,3	9,6	13
Cannabis	21,5	20,3	23,3	20,9	26,1
Alucinógenos	2,1	0,9	3,8	2,4	0
Inhalantes volátiles	0	0	0	0	0
Alcohol	27	19	35,8	27,9	19,6
Otras sustancias	2,9	2,2	3,1	2,7	4,3
Estado sexológico frente al VIH (%)					
Positivo	5,4	8,2	1,3	5,7	3,4
Negativo (análisis últimos 6 mes)	16,2	19	13,8	16,6	15,5
Negativo (sin fecha análisis)	32,8	42,9	11,2	28,9	32,8
Desconocido	48,3	29,9	73,7	48,9	48,3

El nivel académico de la mayoría de las personas incluidas en estos programas terapéuticos es de tipo medio (80,6%), 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, están representados en mucha menor proporción 6,4% y 5,1% respectivamente (Tabla 4.1.1).

En relación con el estado laboral, reseñar que algo más de la mitad de los admitidos (51%) están actualmente trabajando, con una proporción de personas ocupadas superior entre los admitidos por primera vez (61,2%) que entre los que ya habían recibido tratamiento con anterioridad (45%) (Tabla 4.1.1).

A parte del indicador la “droga principal que motiva el tratamiento”, existe el de otras drogas secundarias consumidas los treinta días anteriores, que nos da una idea del policonsumo que existe entre estos usuarios, las drogas más mencionadas por el conjunto de las personas admitidas fueron: el alcohol (27%), el cannabis (21,5%), la cocaína (22%) y los hipnosedantes (10 %).

Dentro del grupo de usuarios previamente admitidos a tratamiento, las drogas secundarias más utilizadas fueron la cocaína (24,3%), el cannabis (20,3 %), el alcohol (19 %). Los que no habían recibido tratamiento previo, por el contrario, hicieron más uso del alcohol (35,8%), cannabis (23,3%) y la cocaína (18,9%) (tabla 4.1.1).

La evolución del indicador admisión a tratamiento, desde 1991 hasta el 2007, 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

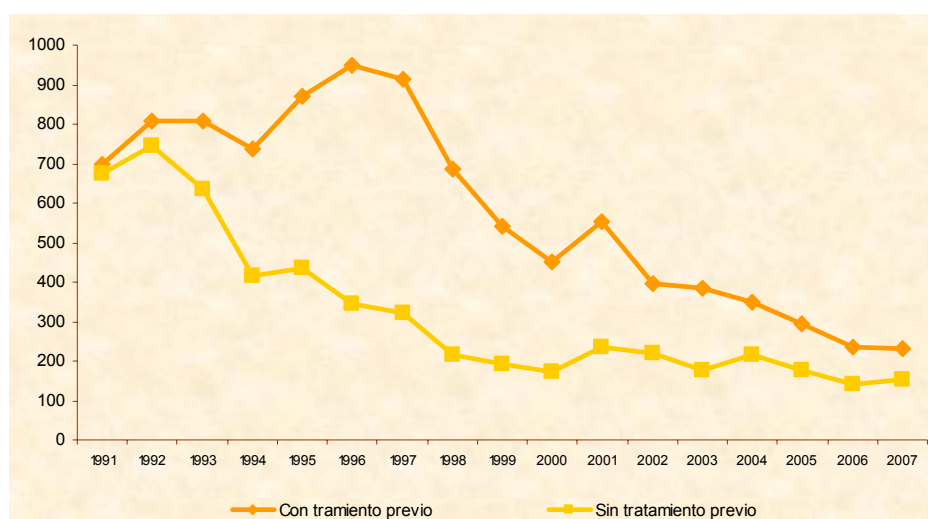
consumo de drogas y que en parte podría explicarse por algunas situaciones y/o factores que interfieren en esta tendencia a la baja.

Entre otros factores estarían, por una parte, la disminución del número de consumidores de heroína, que a tenor de su propia dinámica sociodemográfica, política, sanitaria y social, ha ido descendiendo en gran medida durante estos últimos años, por otra, el mayor periodo de latencia de los consumidores de drogas actuales que hace que transcurran muchos años hasta que requieran atención especializada, y larga duración de los tratamientos que hace que disminuya la rotación de usuarios por los diferentes servicios, que se traduciría en una disminución del número de admisiones.

Pero se sabe que el consumo de cocaína y cannabis se ha incrementado y extendido de manera notoria en grupos de población donde antes era casi desconocida la necesidad de atención por estas dos sustancias, 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 estas sustancias psicoactivas, ya que actualmente están aumentando el número de admisiones de manera más lenta debido a que los efectos de estas dos sustancias sobre el organismo se dejan sentir a más años vista circunstancia que no pasaba en el caso de la heroína.

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 4.1.4).

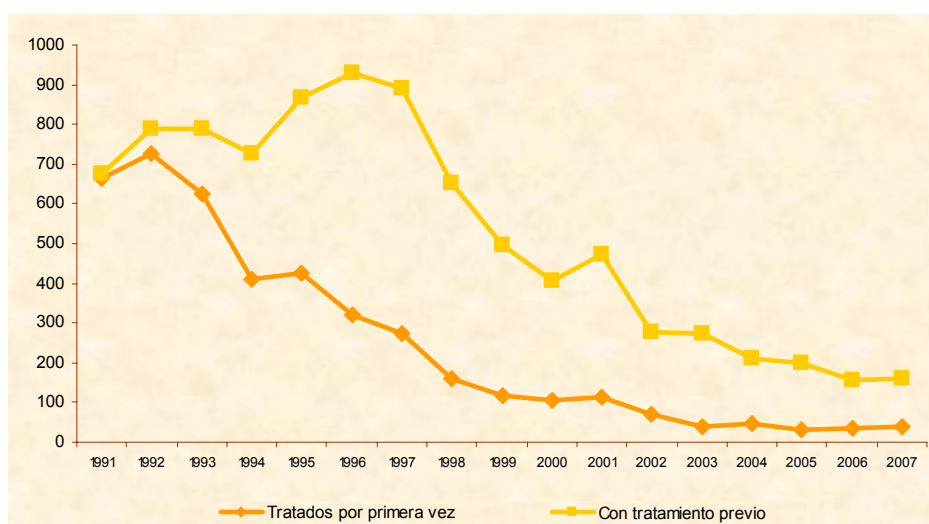
Figura 4.1.4. Tendencia de los casos Admitidos a Tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. Asturias 1991-2007. Observatorio sobre Drogas para Asturias.



Como consecuencia de las causas anteriormente mencionadas el número de episodios de personas tratadas por abuso o dependencia a la heroína viene disminuyendo de

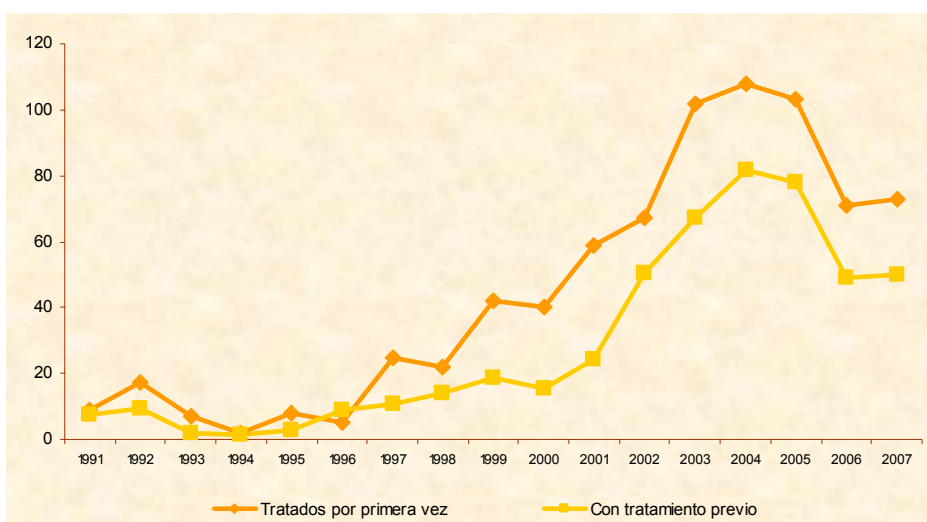
retroceso comienza a reflejarse a partir de 1992 y en las personas con tratamiento previo se hace más patente a partir de 1997 (figura 4.1.5).

Figura 4.1.5. Tendencia de los casos Admitidos a Tratamiento por abuso o dependencia de heroína. Asturias 1991-2007. Observatorio sobre Drogas para Asturias.



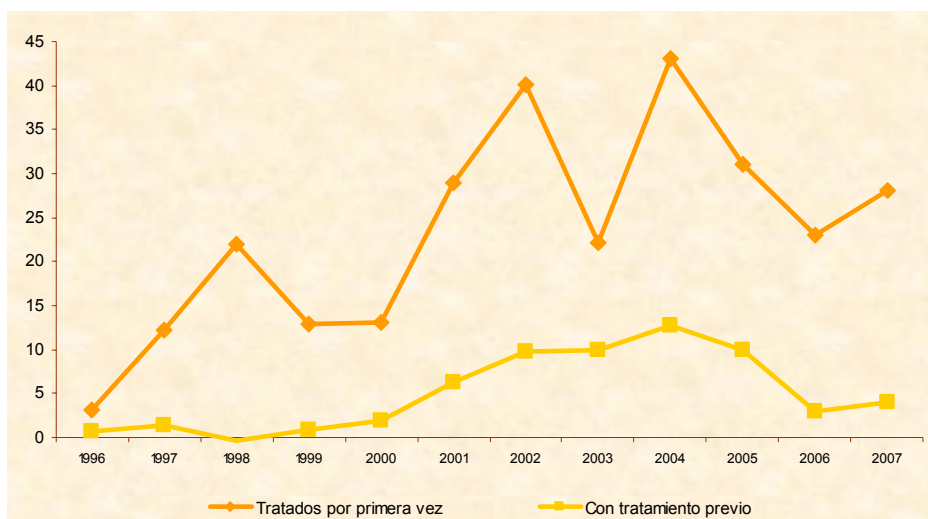
La tendencia que muestra la curva evolutiva al respecto de las personas que inician tratamiento por consumo o abuso a la cocaína es inversa a la comentada anteriormente. Desde 1994 se observa un notable incremento en el número de personas atendidas, tanto en la estratificación con tratamiento previo como sin tratamiento previo, que debe atribuirse al aumento en la prevalencia de consumo de cocaína y a que ya afloran los importantes problemas de salud que esta sustancia ocasiona tras unos cuantos años de periodo de latencia, y, también, a la creación de nuevos servicios especializados de atención a toxicómanos dependientes a esta sustancia. Como se puede apreciar en la figura 6 la curva de personas nuevas se sitúa por encima de la de los casos prevalentes, circunstancia que abona el hecho de que se trata de una droga con mucho consumo actual y posiblemente en fase aun de crecimiento, y no, como en caso anterior (heroína) que se trata de una sustancia en regresión con unos usuarios que llevan muchos años a tratamiento en nuestro sistema sanitario. De todas maneras desde el año 2004 parece que han comenzado a disminuir también el número de personas que demandan atención por esta droga (Figura 4.1.6).

Figura 4.1.6. Tendencia de los casos Admitidos a Tratamiento por abuso o dependencia de a cocaína. Asturias 1991-2007. Observatorio sobre Drogas para Asturias.



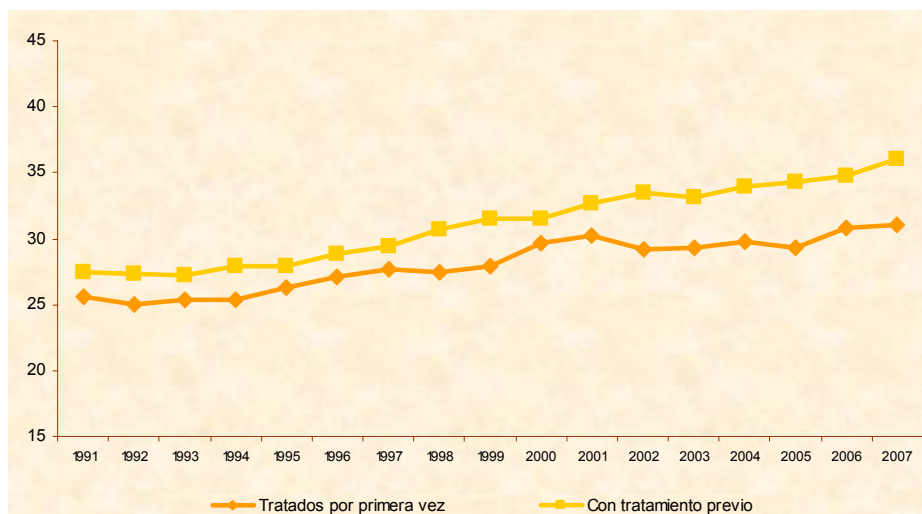
Un porcentaje todavía relativamente pequeño de población asturiana se encuentra actualmente a tratamiento por problemas derivados del uso del cannabis. A pesar de la creencia tan extendida de que el consumo de esta sustancia es poco lesiva para la salud y no genera ningún tipo de dependencia, cada vez son más las personas que acuden a nuestros dispositivos en demanda de asistencia. Las dos curvas dibujan una cierta tendencia al alza y siempre los casos nuevos (incidentes) son superiores a los prevalentes. Este hecho también habla a las claras, como en el caso anterior, de que se trata de un indicador aun con recorrido al alza merced a su largo periodo de inducción y a que se trata de la sustancia ilegal que más se consume tanto por población adulta como por población joven (figura 4.1.7).

Figura 4.1.7. Tendencia de los casos Admitidos a Tratamiento por abuso o dependencia de a cannabis. Asturias 1991-2007. Observatorio sobre Drogas para Asturias



Como puede observarse en la figura al pie, la edad media de las personas registradas en el indicador va aumentando progresivamente 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 ven aumentar paulatinamente su edad como consecuencia de que han supervivido y/o superado los graves problemas de salud que durante años afectaban a los consumidores abusivos de drogas. Al inicio de esta serie la edad media era de 27,4 años y en la actualidad supera ligeramente los 36 años (Figura 4.1.8).

Figura 4.1.8. Evolución de la edad media de las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 1991-2007. Observatorio sobre Drogas para Asturias.

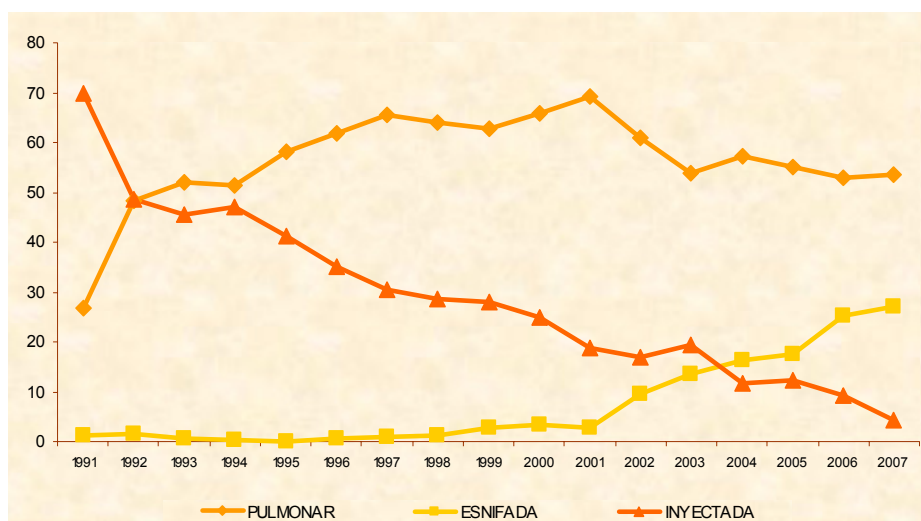


La evolución del indicador vía principal de consumo muestra como conclusiones más relevantes el paulatino descenso de la vía inyectada que viene produciéndose de manera continua desde 1991 y el incremento por la vía esnifada o intranasal y pulmonar que se hace más patente a partir del 2001.

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 y el cannabis que utilizan fundamentalmente estas dos últimas vías.

La pulmonar o fumada, es la vía de elección preferentemente utilizada con unos porcentajes de usuarios mucho mayores que las otras y una tendencia bastante estable en los últimos años (figura 4.1.9).

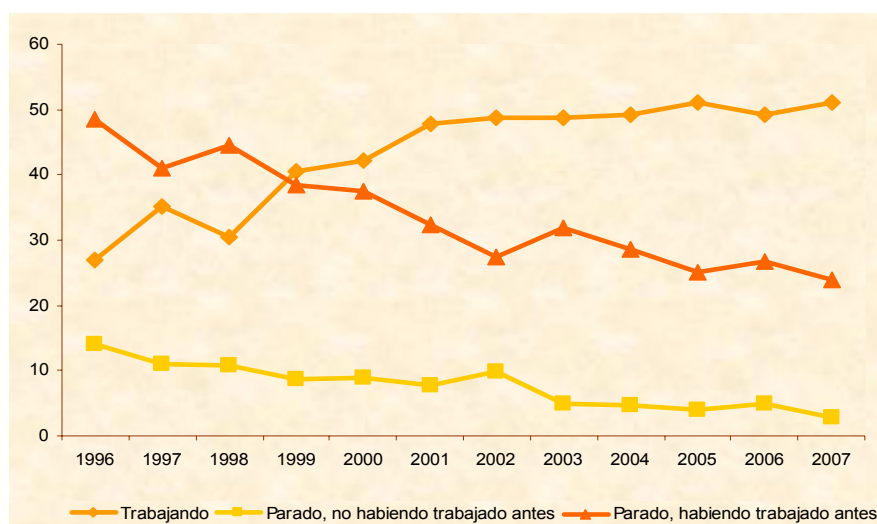
Figura 4.1.9. Evolución de la vía principal de consumo en las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 1991-2007. Observatorio sobre Drogas para Asturias.



El número de personas que estabilizan su situación laboral, como puede verse en figura 10, va en aumento desde 1996 hasta el 2007. Cada vez hay menos personas “en paro no habiendo trabajado antes” y en “paro habiendo trabajado antes” a la vez que se incrementan de manera llamativa los que están “actualmente en activo”.

Ello puede ser debido a que el tipo de sustancias que se consumen actualmente no ocasionan un 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 4.1.10).

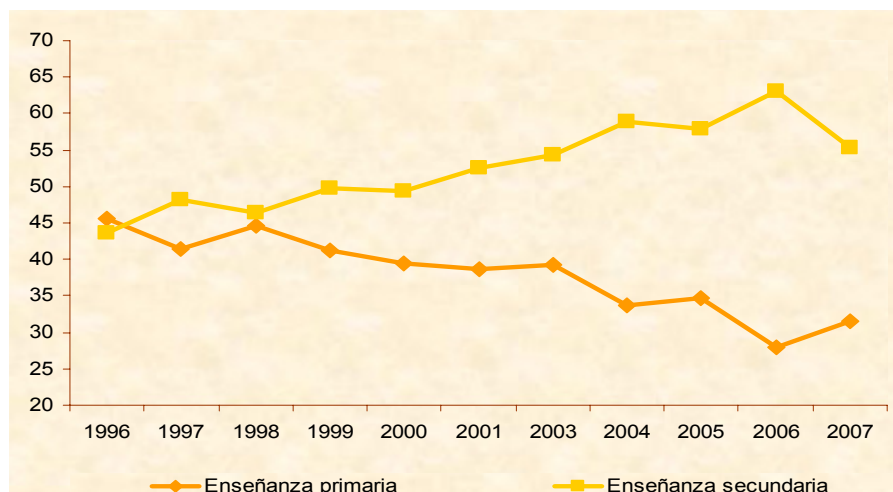
Figura 4.1.10. Evolución de la situación laboral de las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 1991-2007. Observatorio sobre Drogas para Asturias.



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 la figura adjunta cada vez son más las personas que terminan la enseñanza secundaria e incluso los que acceden a estudios universitarios. Se produce un trasvase de personas de un grupo a otro a pesar de que a partir del 2004 se produce una cierta estabilización en la tendencia de la enseñanza secundaria.

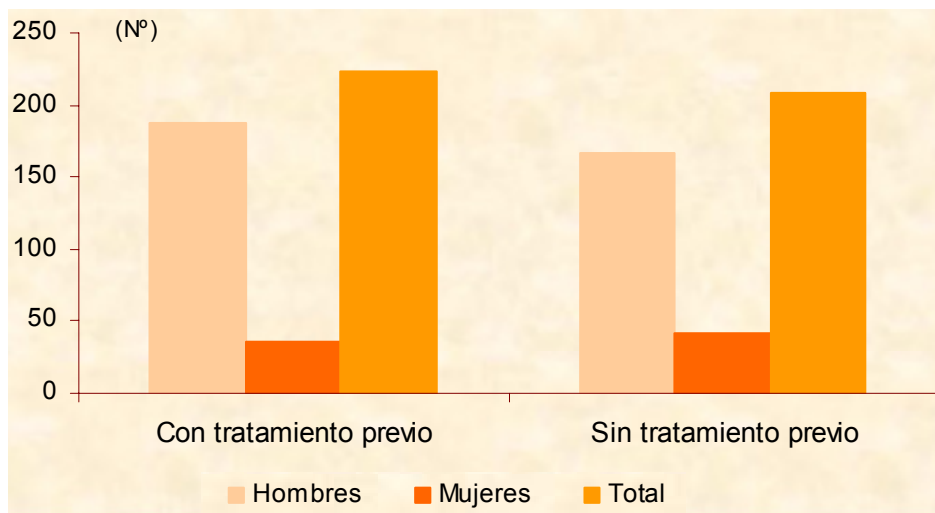
Esta mejoría académica de este colectivo es muy parecida a la que se observa en la población general si bien en el caso que nos ocupa está condicionada por la variable edad y también por el tipo de sustancias consumidas.

Figura 4.1.11. Evolución del nivel máximo de estudios (primarios y secundarios) alcanzado por las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 1996-2007. Observatorio sobre Drogas para Asturias.



4. 2. Tratamiento por abuso o dependencia a alcohol.

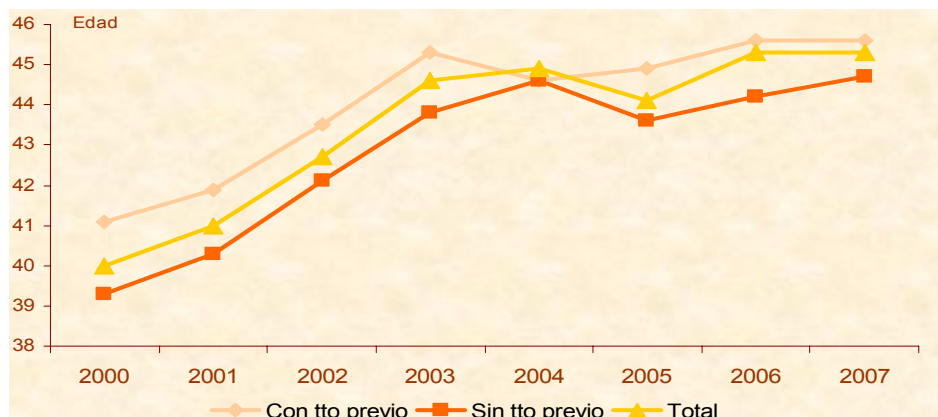
Figura 4.2.1. Porcentaje de personas tratadas por abuso o dependencia del alcohol en las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 2007. Observatorio sobre Drogas para Asturias.



En el año de referencia (2007), 452 personas fueron admitidas a tratamiento por abuso o dependencia del alcohol. De ellas, 223 fueron en personas que habían recibido tratamiento previo y 208 requirieron por primera vez tratamiento por abuso o dependencia al alcohol.

Más de ocho de cada diez admitidos en las dos estratificaciones son varones, que lógicamente al tener una prevalencia de consumo de alcohol a diario muy superior al de las mujeres y al ser estos consumos más continuados y abusivos que los de las mujeres se traducen en una mayor demanda de atención. Dentro de esta distribución por sexo, destacar que en los casos incidentes (sin tratamiento previo), las mujeres elevan progresivamente sus necesidades de tratamiento hasta llegar al momento actual a casi el 20%.

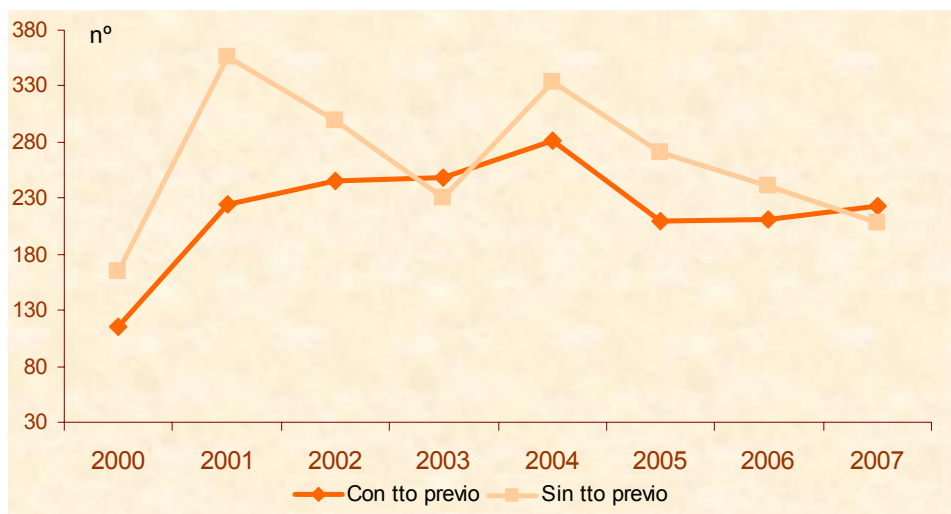
Figura 4.2.2. Evolución de edad media de las personas tratadas por abuso o dependencia del alcohol Admitidas a Tratamiento. Asturias 2000 – 2007.



El alcohol es una sustancia que ocasiona problemas a más largo plazo que las drogas ilegales, por esta razón la edad media de las personas que precisan atención por este problema es más tardía. En el año 2007, esta media de edad sobrepasó los 45 años en los sujetos ya sometidos a tratamiento y fue un año menos en las personas sin tratamiento previo (44,7).

La curva evolutiva muestra una tendencia creciente en ambos indicadores con un incremento de más de cuatro años de edad desde el 2000 al 2007 en las dos tipologías estudiadas.

Figura 4.2.3. Personas tratadas por abuso o dependencia del alcohol en las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 2000 – 2007.



Si tomamos como punto de referencia el año 2000, fecha de inicio de esta serie, se aprecia que a lo largo de los últimos ocho años ha 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 2007 son 223 personas, como en las personas que solicitan tratamiento por primera vez, el año 2000 eran 165 personas y actualmente son 208 usuarios. Desde el año 2004 ambos indicadores parecen estabilizarse con una ligera tendencia descendente en los dos.

4.3. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

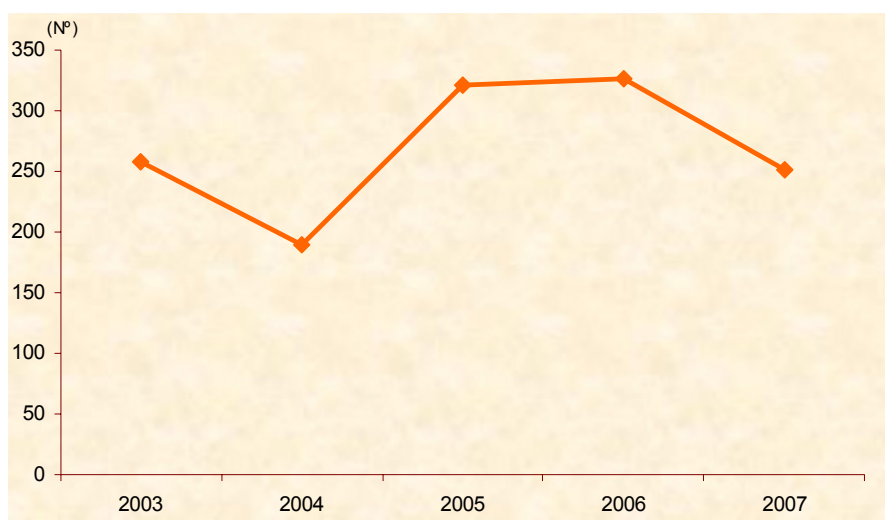
El indicador urgencias hospitalarias recoge los episodios de urgencia relacionados con efectos adversos o no deseados por consumo de sustancias psicoactivas en el Principado de Asturias. Reseñar que en él se incluyen todos aquellos casos en los que en la notificación de urgencias o historia clínica médica se menciona claramente consumo de drogas ilegales, opioides diferentes a la heroína e inhalantes volátiles, y se excluyen, aquellos en los que se cita únicamente consumo de alcohol, tabaco, antidepresivos, hipnóticos y antipsicóticos.

Una muestra de estas urgencias recogidas de una semana de cada mes en una selección aleatoria de hospitales de la región, se remite al Observatorio Español sobre Drogas para formar parte del indicador Urgencias Hospitalarias Relacionadas con el Consumo de Drogas que este Centro lleva a cabo a nivel nacional.

Con estas premisas en el año 2007 se recogieron un total de 251 episodios de urgencia en nuestra Comunidad Autónoma por consumo de drogas. La gran mayoría de los usuarios que precisaron atención urgente fueron hombres con una proporción del 84,5% respecto a las mujeres que con un 15,5% la solicitaron atención en menor medida.

La evolución de estos episodios pone de manifiesto un incremento desde el 2003 en el que se registraron 258 casos hasta el 2006 con 326 casos y un descenso a partir de esta fecha hasta el momento actual en el que se registraron los mencionados 251 episodios.

Figura 4.3.1. Episodios de urgencias hospitalarias por abuso de sustancias psicoactivas. Asturias 2003 – 2007.

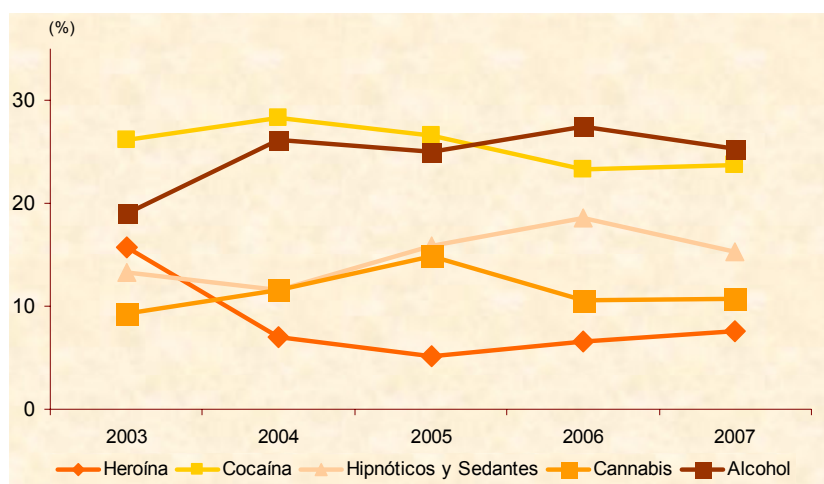


Las sustancias que más se mencionaron en las historias clínicas como relacionadas, o que provocaron la urgencia, fueron en primer lugar el alcohol en uno de cada cuatro

casos (25,3%), seguido de la cocaína (23,8%), los hipnóticos y sedantes (15,2%), otros opiáceos (13,4%), cannabis (10,7%) y por último la heroína con un 7,6% de los episodios registrados.

La evolución en estos cinco años de este indicador muestra una tendencia desigual según la sustancia de que se trate. En el caso de la heroína, la tendencia es decreciente reduciéndose a la mitad las menciones entre el principio y final de la serie, en el alcohol, cannabis e hipnóticos y sedantes la tendencia es la contraria con un incremento en las menciones de las historias clínicas de estas sustancias como posibles causantes de la urgencia. La cocaína, que como se comentó anteriormente figura a la cabeza junto con el alcohol, que mantiene una tendencia bastante estable con un ligero descenso que se empieza a evidenciar a partir del 2005.

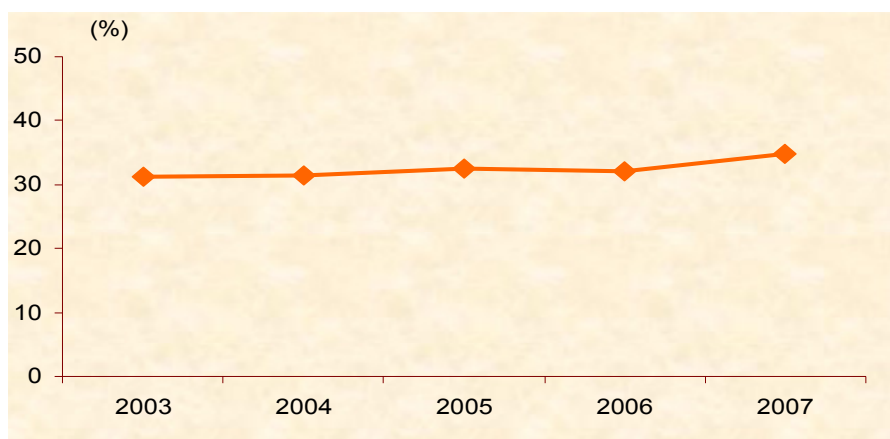
Figura 4.3.2. Evolución de las principales sustancias psicoactivas que motivan los episodios de urgencias de urgencias hospitalarias. Asturias 2003 – 2007. Observatorio sobre Drogas para Asturias.



Si analizamos ahora las sustancias que no fueron causantes directas a juicio del médico/a de la urgencia pero que, sin embargo, se mencionan más en las historias clínicas como sustancias concomitantes, las que más aparecen son la cocaína (25,9% de los episodios), otros opiáceos 19,2%, el alcohol (17,8%), hipnóticos y sedantes (14,9%) y cannabis 9,8%.

Respecto a la edad media de las personas atendidas, en el 2007 es de 34,9 años y se evidencia una tendencia al aumento de más de 3 años desde el 2003 hasta la finalización de la serie (figura 4.3.3).

Figura 4.3.3. Evolución de la media de edad de las personas que han acudido a urgencias hospitalarias por hospitalarias por abuso de sustancias psicoactivas. Asturias 2003 – 2007.



4.4. Programas Residenciales:

Comunidades Terapéuticas: perfil de los pacientes que acceden a tratamiento en Programas Residenciales. 2003-2007.

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 cuenta entre sus dispositivos con las Comunidades Terapéuticas.

Las Comunidades Terapéuticas son centros privados subvencionados por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, que funcionan en régimen residencial. Se orientan a la rehabilitación y reinserción social de las personas drogodependientes incluyendo, para ello, tratamientos de desintoxicación, deshabituación y tratamientos con sustitutivos (Programa de Mantenimiento con Metadona).

Las entidades que colaboran con el Principado de Asturias son.

- Comunidad Terapéutica APTAS-El Valle.
- Centro Proyecto Hombre.
- Comunidad Terapéutica ARAIS.
- Fundación Instituto Spiral.

Los objetivos de intervención son:

- Desarrollar una intervención psicoterapéutica y socioeducativa individual y grupal orientada a conseguir la reestructuración social del individuo.
- Desarrollar hábitos de salud física, mental y social.
- Orientar y apoyar a las familias de los residentes.

DESTINATARIOS:

Las Comunidades Terapéuticas se constituyen como un recurso dirigido a drogodependientes y personas con problemas relacionados con el consumo de drogas, cuyo tratamiento adecuado es en régimen residencial.

Es requisito para el acceso la residencia en Asturias al menos en el último año, excepto aquellos casos que serán evaluados por la Comisión de Valoración de la Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas.

Se constituyen también como un recurso de seguimiento jurídico penal para aquellos drogodependientes que se encuentren cumpliendo condena en las comunidades terapéuticas.

Tabla 4.4.1. Evolución del perfil de los usuarios de Programas Residenciales. Asturias 2003-2007. Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.

	2003	2004	2005	2006	2007
ATENDIDOS	486	534	589	510	492
MEDIA DE EDAD	34,1	34,8	35,6	36,8	37,8
SEXO (V/M %)	81 / 19	82 / 18	81 / 19	72 / 28	60 / 40
NIVEL DE FORMACION (Estudios primarios)	56%	58%	56%	50,1%	61,2%
SITUACION LABORAL (Paro)	43%	38%	52,1%	35,1%	44,7%
ESTADO CIVIL (Soltero)	50%	49%	59,9%	36,3%	52%
CONVIVENCIA AL INICIAR EL PROGRAMA	44%	38%	45%	30,4%	37,3%
DROGA PRINCIPAL DE ABUSO	Heroína 42%	Heroína 42%	Heroína 31% Cocaína 31%	Policonsumidores 69%	Policonsumidores 73%
EDAD INICIO CONSUMO DROGA PRINCIPAL	18 años	18,8 años	19,1 años	18 años	18,3 años
ANTECEDENTES PENALES	37%	30%	42,8%	35%	63,7%
VIH	6%	6%	8%	2,67%	12,00%
HEPATITIS C	26%	19%	19,9%	13,3%	42%
PATOLOGIA PSIQUIATRICA	47%	51%	52,6%	33%	54%

Como puede apreciarse en la tabla resumen 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.

4. 5. Programas jurídico penales y de reincorporación social

4.5.1. Intervenciones con usuarios de drogas en el Centro Penitenciario de Villabona, durante los años 2003-2007.

Una de las variables más determinantes de la población penitenciaria es la adicción a sustancias tóxicas.

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 programas que se han llevado a acabo durante 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.
- **Programa de Mantenimiento con Metadona.** Desde el año 1997 el Centro Penitenciario de Villabona es 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.
- **Programa de deshabituación con antagonistas.** Programa que existe como una opción mas 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 inicio en 2001. Se lleva a cabo por los Enfermeros del centro y el material del KIT que se intercambia es facilitado 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.

OBJETIVOS GENERALES:

1. Evitar el consumo de drogas en la población abstinerente, minimizar las conductas de riesgo de aquellas personas que se han iniciado en el consumo y reducir los daños asociados en las personas que ya han desarrollado la adicción.
2. Rentabilizar terapéuticamente la entrada en prisión de las personas drogodependientes.
3. Posibilitar la continuidad del proceso rehabilitador en los drogodependientes que lo hubieran iniciado antes de su entrada en prisión.
4. Estimular el inicio en la rehabilitación de aquellas personas que no hubieran tenido previamente contactos con dispositivos terapéuticos.

5. Evitar la marginación del drogodependiente
6. Impulsar en aquellos drogodependientes cuyas condiciones jurídicas, penitenciarias y personales lo permitan, la derivación a dispositivos no penitenciarios para el cumplimiento de la condena.

Los programas que se han llevado a cabo durante todos estos años son los siguientes.

- Programa de prevención, educación para la salud y formación de mediadores en salud
- Programas sanitarios: dirigidos a los frecuentes y graves problemas de salud, como la tuberculosis, infección por VIH, hepatitis, ETS y salud mental.
- Programa de tratamiento con metadona.
- Programa de deshabitación.
- Programa de incorporación social.
- Programa de intercambio de jeringuillas.
- Programa de intervención psicosocial.
- Programa de desintoxicación.

Tabla 4.5.1.1. Principales actividades y Programas del Centro Penitenciario de Villabona. 2001-2007. Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Actividades de información motivación al ingreso.	2072	607	973	1795	1037	0	0
Desintoxicaciones por año.	220	220	240	266	275	219	256
Programa de intercambio de jeringuillas (Kits entregados).	347	1456	1815	2526	1934	2477	644
Programa de Metadona. Dispensación.							
Población atendida a 31-Diciembre.	306	309	308	274	273	278	228
Entradas.	394	331	373	326	330	287	262
Salidas.	324	330	376	360	331	282	311
Programa de Metadona. Intervención psico-social.							
Población atendida a 31-Diciembre.	-	33	48	35	37	45	122
Entradas.	-	32	66	74	21	92	130
Salidas.	-	25	51	87	19	73	53
Deshabitación con antagonistas (naltrexona).	38	65	80	80	3	0	0
Actividades en Módulo Terapéutico (deshabitación).							
Presentes 31-Diciembre.	178	183	190	185	283	294	404
Entradas.	270	312	327	316	689	524	917
Salidas.	247	336	320	321	591	493	807

Incorporación social desde el Módulo Terapéutico.							
Centros de día.	4	-	16	17	7	17	19
Comunidad Terapéutica.	47	44	32	24	45	55	54
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Otros recursos.	9	-	-	-	-	6	1
Actividades de educación para la salud.							
Talleres.	95	115	95	271	No cuantificado	-	-
Charlas.	429	169	189	460		-	-
Otras.	28	-	303	-		-	-
Total intervenciones.	552	284	587	731		84	1513

4.5.2. Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD): Perfil de los Usuarios 2004-2007

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. comienza su trabajo en Asturias en el año 2003 mediante convenio firmado entre el Tribunal Superior de Justicia, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias y el propio S.I.A.D.

Llevando su labor a cabo en los Juzgados de Oviedo y Gijón

Objetivos de la intervención en Juzgados/Audiencia Provincial:

- Asesoramiento a Jueces y Fiscales.
- 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.

Tabla 4.5.2.1. Perfil de los usuarios atendidos por el Servicio Interdisciplinar de Atención a Drogodependientes (SIAD). Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias. Asturias 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
ATENDIDOS	214	461	433	412
SEXO (V/M%)	95/5	95/5	92/8	90/10
EDAD MEDIA	34 años	34 años	33 años	33 años
ESTADO CIVIL (soltero)	71%	65%	70%	71%
HIJOS (ninguno)	59%	53%	60%	59%
CONVIVENCIA (familia de origen)		40%	44%	41%
DROGAS PRINCIPALES	ALCOHOL, 70% CÁNNABIS 48% Y COCAÍNA 44%	ALCOHOL 72%, CÁNNABIS 57% Y COCAÍNA 50%	ALCOHOL 89%, CÁNNABIS 71%, BENZODIACEPINAS 76% COCAÍNA 57%	ALCOHOL 89%, CÁNNABIS 71%, BENZODIACEPINAS 57% Y COCAÍNA 76%
EDAD DE INICIO	20 años	18 años	Según sustancia	Según sustancia
VIAS DE CONSUMO	ORAL Y FUMADA	ORAL Y FUMADA	ORAL, FUMADA Y ESNIFADA/INHALADA	ORAL, FUMADA Y ESNIFADA/INHALADA
TTO. ANTERIOR (no)	64%	66%	64%	55%
TTO. ACTUAL (no)	58%	66%	63%	68%
TIEMPO EN TTO. (más de 24 meses)	37%	47%	50%	54%
DELITO	ROBO CON FUERZA 18%	ROBO CON FUERZA 17%	MALOS TRATOS 19.24%	CSP2.29% MALOS TRATOS 18.59%
DECISIÓN JUDICIAL (libertad)	89%	86%	91.5%	85.4%
COMISARIA DETENCIÓN	OVIEDO 81%	GIJÓN 57%	GIJÓN 63%	GIJON 55%

Estos datos nos representan a un hombre con una edad de 33 años, soltero y sin hijos, cuya droga principal es el alcohol que en ningún momento ha recibido tratamiento.

4.5.3. Programas de Centro de Día en Asturias

Los Centros de Día son recursos de Inserción Socio-laboral en horario diurno que permiten la continuidad de los programas que se vienen desarrollando de deshabituación de drogodependencias en otros recursos de tratamiento (residenciales o ambulatorios). Su fin es que los participantes recuperen de forma significativa su vida social y laboral, adquieran un grado de autonomía suficiente que les permita desenvolverse en su medio social, valiéndose de sus recursos, sin depender de las drogas.

El perfil de usuarios de estos centros es:

- Personas con problemas de drogodependencias y problemas penales añadidos, que se encuentran en situación de privación de libertad o susceptibles de beneficiarse de alguna medida alternativa al ingreso en prisión.
- Personas con problemas de drogodependencias, que habiendo finalizado su programa terapéutico en centro asistencial, en situación o no de cumplimiento de condena, puedan continuar su proceso de inserción socio-laboral en Centro de Día.

El Principado de Asturias, a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, mantiene convenios con:

1. FUNDACION ADSIS-GIJON (20 plazas)
2. AMIGOS CONTRA LA DROGA-AVILES (30 plazas)

También existe una subvención para el Centro de Día:

1. Asociación BUENOS AMIGOS de Mieres, recurso dirigido para alcohólicos, que atiende a la población del Área Socio sanitaria VII.

OBJETIVOS:

- Proporcionar asistencia psicológica específica ante los problemas derivados de la adicción a sustancias.
- Proporcionar un recurso adecuado para el cumplimiento de medidas alternativas al ingreso de prisión.
- Desarrollar hábitos sociales y laborales básicos.
- Facilitar la incorporación laboral de los usuarios.
- Elevar la calidad de vida de los usuarios.
- Dotar de habilidades a los familiares de los participantes para que sean un recurso en la inserción familiar, laboral y social.

ACTIVIDADES:

- Asistencia psicológica individual y familiar.
- Terapia de grupo.
- Grupos de autoayuda para familiares.

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Organización de talleres preelabóales.
- Talleres formativos en diversos campos.
- Acompañamiento a la inserción socio-laboral.
- Elaboración, seguimiento y apoyo de Planes Individualizados de Inserción.
- Intervención familiar.
- Actividades de planificación del ocio.
- Asesoramiento jurídico.
- Formación de voluntarios.
- Campo de trabajo anual.
- Evaluación.
- Etcétera.

RECURSOS:

Ambos programas de Centros de Día están dotados de personal cualificado para el desarrollo de las tareas encomendadas, así como de los recursos materiales necesarios.

Detallaremos brevemente las características de los usuarios y de las actividades llevadas a cabo durante el ejercicio 2006-2007 por estas entidades.

4.5.4. Fundación ADSIS

La Fundación puso en marcha el Centro de Día en el año 2002, dirigido principalmente a:

- Personas drogodependientes, privadas o ex privadas de libertad o con problemas jurídico penales, aunque no hayan llegado a ingresar aún en prisión.
- 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.

Dadas las características de los destinatarios del programa, el Centro de Día ADSIS - Beleño se propone desarrollar el proceso trabajando desde cinco áreas de intervención, que son las siguientes:

- Área de desarrollo personal, donde trabajar específicamente la estructura personal necesaria capaz de afrontar las dificultades de la vida de forma personal y socialmente positiva y normalizada generando hábitos saludables.
- Área de competencia social, pretende generar y adquirir las habilidades necesarias para mantener una red personal de relaciones sociales y afectivas que faciliten su inserción en la sociedad a nivel relacional.
- Área de acompañamiento familiar, cuyo objetivo es el ir incorporando la realidad familiar con responsabilidad y de la manera más positiva posible.
- Área de inserción laboral, área que busca el lograr una inserción laboral estable y equilibrada acorde con la realidad personal, incorporando el trabajo como elemento esencial en el proyecto de vida.
- Área de asesoramiento jurídico.

Tabla 4.5.4.1. Participantes en el Programa ADSIS. Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias. Asturias 2004-2005.

	2004	2005
USUARIOS CENTRO DE DIA	38	44
Hombres	36	39
Mujeres	2	5
CAMPO DE TRABAJO	17	17
Hombres	15	15
Mujeres	2	2
SEXTAFERIA	13	
Hombres	11	
Mujeres	2	
ACOMPANIAMIENTO A INSERCIÓN LABORAL	14	11
Hombres	14	11
Mujeres	0	0
TALLERES AL INTERNO DE PRISION	32	53
Hombres	23	47
Mujeres	9	6
OTROS SEGUIMIENTOS	6	2
Hombres	6	1
Mujeres	0	0
TOTAL PARTICIPANTES POR ACTIVIDADES	120	127
Hombres	105	113
Mujeres	15	14
TOTAL PARTICIPANTES DEL PROGRAMA	104	122
Hombres	95	108
Mujeres	9	14

Características de los participantes del 2006-2007:

- Personas drogodependientes privadas o ex privadas de libertad.
- Abstinentes, en su mayoría, de consumo de drogas.
- El 95% hombres.
- Media de edad de 30 años.

Novedades más importantes durante el 2007

- Aumento de las personas atendidas en el CD que llegaron a 44, es decir, un 16 % de incremento.
- La adaptación a nuevos perfiles: problemas de salud mental, juego patológico, dependencia emocional...
- Mejora de la coordinación con otros dispositivos: salud, otras ONGs.
- Aumento de las personas voluntarias que trabajan en el proyecto.

*Todos los datos provienen de las memorias de 2006 y 2007 presentadas por la entidad.

4.5.5. Asociación Amigos Contra la Droga - Centro de Día

- Programa de alta exigencia, requiere la abstinencia durante la realización y es obligatoria la participación de la familia. Va dirigido a personas con un nivel de deterioro medio-alto.
- 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;
- Intervención a nivel jurídico para promover la concesión de medidas alternativas al ingreso en prisión.

Tabla 4.5.5.1. Características de la población atendida por la Asociación Amigos contra la Droga- Centro de Día. Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias. Asturias 2006-2007

	2006	2007
USUARIOS CD	82	80
VIA DE ACCESO		
POR OTROS USUARIOS	36	27
SISTEMA JUDICIAL	22	23
CSM	13	10
VILLABONA	7	23
OTROS RECURSOS	4	
TOTAL	82	83
	2006	2007
PROCEDENCIA		
COMARCA AVILES	34	30
COMARCA GIJON	20	20
OVIEDO	9	14
MIERES	6	2
OTROS	13	8

	LANGREO		6
	TOTAL	82	80
SEXO			
	HOMBRE	72	77
	MUJER	10	5
	TOTAL	82	82
EDAD MEDIA			
		33,3	32,51
ESTADO CIVIL			
	SOLTERO	48	47
	CASADO	14	17
	SEPARADO/DIVORCIADO	18	16
	VIUDO	2	
DATOS FAMILIARES			
	CON HIJOS	40	37
	SIN HIJOS	42	43
NIVEL DE ESTUDIOS			
	SUPERIORES	0	0
	MEDIOS	6	7
	FP	13	9
	GRADUADO ESCOLAR	50	34
	SIN ESTUDIOS	31	32
SITUACION LABORAL			
	PARO	45	43
	ILT	15	16
	PENSIONISTAS	14	13
	ACTIVO	8	8
FUENTE DE INGRESOS			
	FAMILIA	27	25
	CARIDAD	2	2
	PROPIOS	53	53
	ILT	15	16
	PENSIÓN CONTRIBUTIVA	9	13
	PNC	6	
	POR TRABAJO	8	7
	SUBSIDIO DE EXCARCELACIÓN	8	8
	SUBSIDIO DE DESEMPLEO	5	6

	2006	2007
SALARIO SOCIAL	1	3
PENSIÓN CONTRIBUTIVA DE VIUDEDAD	1	
EDAD MEDIA DE INICIO DE CONSUMO	14,6	14,9
DROGA DE INICIO		
CANNABIS	65,8%	65,0%
ALCOHOL	15,8%	26,2%
HEROÍNA	9,8%	6,2%
SUSTANCIAS VOLATILES	2,4%	
BENZODIACEPINAS	2,4%	
ANFETAMINAS	2,4%	0,01%
LSD	0,01%	0,01%
DROGA PRINCIPAL		
CANNABIS	1	4
ALCOHOL	4	9
HEROÍNA	51	38
COCAINA	26	29
Total	82	80
MEDIA DE AÑOS DE DEPENDENCIA	11,8	11,5
VIAS DE ADMINISTRACION		
INHALATORIA	35	25
ENDOVENOSA	29	26
NASAL	13	16
ORAL	4	9
FUMADA	1	4
TTOS. ANTERIORES	78	65
USUARIOS CON ANTECEDENTES DE ADICCIÓN A FAMILIARES DE SUSTANCIAS	50	42
ENFERMEDADES DERIVADAS DEL CONSUMO		
HEPATITIS VIRICA	41	33
VIH	10	9
NADA	31	38
PROBLEMAS PSIQUIATRICOS	28	34
USUARIOS EN MTO. CON METADONA	34,1%	41,0%
USUARIOS QUE HABIAN ESTADO EN PRISION	34	16
	41,5%	21,0%
	51	51
	62,2%	61,4%

		2006	2007
SITUACION JUDICIAL			
	NINGUNA	29	14
	PTES. JUICIO	23	17
	TERCER GRADO	10	23
	SUSPENSION DE CONDENA POR PROGRAMA	20	26
USUARIOS QUE FINALIZARON EL PROGRAMA		57	42
MEDIA DE ESTANCIA		8,8	9,7

Evaluación de resultados:

92% de abstinencia al consumo en los dos años.

- El 58% de los usuarios con problemas judiciales en el año 2006 y el 61% en el 2007 cumplieron medidas alternativas al ingreso en prisión.
- En todos los participantes que finalizaron el programa se observó una mejoría, en diferentes grados, de sus habilidades sociales y laborales básicas.
- De los usuarios que llegaron a la fase de incorporación laboral el 92% obtuvieron un empleo en 2006 y el 91% en 2007.

4.5.6. Centro de Día Buenos Amigos

Este centro nace en 2002, dirigido exclusivamente a personas con dependencia alcohólica y sólo para las personas del Área Sanitaria VII, aunque a lo largo de estos últimos años han atendido a personas derivadas, principalmente desde Salud Mental de otra Áreas. Su programa está dirigido tanto al paciente como a sus familias.

Los objetivos generales son:

- Informar a la población
- Ofrecer un soporte terapéutico para lograr la rehabilitación y autonomía personal.
- Llevar a cabo un programa de trabajo individualizado.
- Orientar, ayudar y dotar de los recursos necesarios a familiares afectados por la problemática
- Derivar a los recursos adecuados a aquellos casos que no puedan tratar.

El programa consta de las siguientes fases: acogida, reconocimiento del problema, interiorización, prevención de recaídas y seguimiento.

Tabla 4.5.6.1. Características de la población atendida por el Centro de Día Buenos Amigos. Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias. Asturias 2006-2007

		2006	2007
ESTADO CIVIL			
	SOLTERO	10,5%	26,1%
	CASADO	73,6%	56,5%
	SEPARADO/DIVORCIADO	15,7%	30,8%
	VIUDO		
CONVIVENCIA			
	FAMILIA DE ORIGEN	21,5%	34,8%
	FAMILIA PROPIA	73,6%	60,9%
	SOLO	5,2%	4,3%
SITUACION LABORAL			
	PARO	10,5%	10,0%
	ILT	2,5%	10,0%
	PENSIONISTAS	34,8%	30,0%
	ACTIVO	52,6%	46,7%
	OTROS	3,0%	3,3%
DROGA PRINCIPAL			
	ALCOHOL	100%	100%
EDAD DE INICIO DE CONSUMO			
	12-15 AÑOS	47,3%	33,0%
	16-20 AÑOS	47,2%	63,4%
	MÁS DE 20 AÑOS	5,2%	3,3%
ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS			
		31,5%	3,3%
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS			
		73,6%	33,3%
CON TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICOS			
		26,3%	36%
PACIENTES			
	TOTAL	35	30
	NUEVOS INGRESOS	19	23
	PROCEDENTES AÑO ANTERIOR	13	7
	ABANDONOS	5	4
	DÍAS DE ESPERA MEDIA PARA INGRESO	10	7
	PACIENTES MÁS FAMILIARES	66	67
	ALTAS		
	TERAPEUTICA	2	5
	VOLUNTARIA	4	3

		2006	2007
ESTANCIA MEDIA	EXPULSION FORZOSA	2	1
		1	1
SEXO	DEL TOTAL	10-15 meses	10-15 meses
	ALTAS TERAPEUTICAS	24-30	24-30
	ALTAS NO TERAPEUTICAS	6-8 meses	6-8 meses
EDAD MEDIA	HOMBRE	77,8%	76,7%
	MUJER	22,2%	23,3%
	EDAD MEDIA	45	45

4.6. Programa de Dispensación de Metadona en Oficinas de Farmacia

Dentro de la oferta terapéutica a pacientes con dependencia a opiáceos, no debe olvidarse que cierto número de ellos no se encuentran en situación de abandonar el consumo de estas sustancias a corto o medio plazo. En este sentido, se han implantado hace varios años los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) en nuestra Comunidad Autónoma con el desarrollo de las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías (UTT), los Centros de dispensación periféricos, los Autobuses, la dispensación de metasedín en los Centros de Salud Mental (CSM) y más recientemente con las oficinas de farmacia.

El programa de atención en oficinas de farmacia a personas con problemas de drogodependencias y en programas de mantenimiento con metadona (PMM) se regula por un Concierto entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el Colegio Oficial de Farmacéuticos del Principado de Asturias para el periodo 2007-2011.

OBJETIVO GENERAL:

- Ofrecer cobertura asistencial en oficinas de farmacia a pacientes con dependencia a opiáceos en tratamiento con agonistas (metadona).

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Facilitar el acceso (proximidad) a todos los pacientes subsidiarios de este tipo de tratamiento y que cumplan los criterios de inclusión/ derivación determinados.
- Mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

- Realizar intervenciones encaminadas a la Educación para la Salud de dichos pacientes.
- Fomentar un estrecho contacto con el Centro de referencia, para facilitar el proceso de rehabilitación social.
- Intentar modificar otras prácticas de riesgo.

ACCESO DE LOS PACIENTES A LA OFICINA DE FARMACIA

La vía de acceso es por derivación desde las UTT / CSM del SESPA que remitirán al paciente, susceptible de PMM en farmacias que cumpla los criterios de derivación, a la farmacia acreditada que ofrezca cobertura asistencial en la zona de residencia del paciente. El farmacéutico podrá rechazar la derivación si considera que ésta no cumple dichos criterios.

Cada oficina de farmacia se compromete a aceptar un máximo de 5 pacientes que no le serán impuestos en ningún caso en contra de su voluntad.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes con diagnóstico de dependencia a opiáceos en tratamiento con sustitutivos opiáceos (metadona).
- Usuarios de larga evolución en PMM (6 meses – 1 año o más) con grado aceptable de integración social.
- Pacientes con dosis de metadona estabilizadas o decrecientes.
- Pacientes que no generan habitualmente problemas en las tomas y en el seguimiento en su Centro de referencia (pérdidas de dosis, sospecha de desviación ilegal del producto...).

Debemos destacar tres aspectos del programa que benefician al paciente: la proximidad de la botica a su lugar de residencia, la normalización en la recepción de la metadona y la satisfacción que ha producido en el drogodependiente, su entorno familiar, psiquiatras, farmacéuticos y Administración.

La dispensación de metadona en oficinas de farmacia se inició en septiembre de 2007 con 3 pacientes de dos farmacias, una del área sanitaria de Avilés y otra de Arriondas. En diciembre la participación en este programa se elevó a 29 pacientes y 9 farmacias de las áreas sanitarias de Avilés, Arriondas y Gijón, como puede observarse en el siguiente cuadro:

Tabla 4.6.1. Programa de dispensación de metadona en farmacias. Unidad de coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias. Meses septiembre-diciembre. AÑO 2007

VI - ARRIONDAS	2	1
TOTAL	29	9
III - AVILES	2	1
V - GIJON	25	7

5.- Programas de disminución de daños

PROGRAMAS DE DISMINUCION DE DAÑOS/RIESGOS.

El problema del consumo de sustancias no consiste únicamente en la conducta de consumo de drogas, sino que conforma un particular estilo de vida. 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 empleo, legislación, asociaciones y ONGs, 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. Esto nos lleva a pensar en la necesidad de ampliar las intervenciones. 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.

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.

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

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).

Cuatro son los programas fundamentales puestos en marcha desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios: Programa Zona Clave, Trolebús, Sanikits y el nuevo Programa de dispensación de metadona en oficinas de farmacia.

5.1. Programa Zona Clave

ZONA CLAVE 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 de Oviedo, el Plan Municipal sobre Drogas de Avilés, la Fundación Municipal de Servicios Sociales de Gijón, el Conseyu de Mocedá 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 éste 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.

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, los Planes Municipales sobre Drogas de los municipios en cuyos entornos se desarrolla, y las tres asociaciones juveniles que lo ejecutan (Xaregu, Conseyu y Cruz Roja).

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

INTERVENCIONES ZONA GIJÓN PERIODO 2002-2007

Tabla 5.1.1. Intervenciones realizadas en el seno del Programa Zona Clave en el municipio de Gijón. Conseyu de la Moceda de Xixón. 2002-2007. Unidad de coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
FORMACIÓN	4	4	4	10	43	24
MEDIADORES	25	17	14	33	16	11
INTERVENCIONES	3	8	8	12	10	10
JÓVENES INFORMADOS	800	3100	2900	6845	3203	2050
POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA	2000	5500	17000	31750	43427	43000
ANÁLISIS DE ALCOHOLEMIA	421	1557	681	1448	958	491
ANÁLISIS OTRAS DROGAS	11	194	67	85	23	0
PRESERVATIVOS	600	1900	1900	5200	1630	918
FOLLETOS	3664	11558	7599	13197	1420	3789

Tabla 5.1.2. Intervenciones realizadas en el seno del Programa Zona Clave en el municipio de Avilés. Cruz Roja de Avilés. 2002-2007. Unidad de coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
FORMACIÓN	3	4	6	6	9	3
MEDIADORES	17	22	19	31	11	16
INTERVENCIONES		8	7	8	7	8
JÓVENES INFORMADOS	1705	11354	1634	2330	177	221
POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA	2200	24155	6120	10720	1117	?
ANÁLISIS DE ALCOHOLEMIA	0	0	0	0	118	176
ANÁLISIS OTRAS DROGAS	105	567	153	74	0	0
PRESERVATIVOS	0	4070	1042	1007	182	166
FOLLETOS	1000	5287	1156	2095	309	487

Tabla 5.1.3. Intervenciones realizadas en el seno del Programa Zona Clave en el municipio de Oviedo. Asociación Juvenil Sociocomunitaria Xaregu. 2005-2007. Unidad de coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias

	2005	2006	2007
FORMACIÓN	10	43	9
MEDIADORES	16	16	15
INTERVENCIONES	5	10	13
JÓVENES INFORMADOS	1515	3203	414
POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA	4650	43427	9758
ANÁLISIS DE ALCOHOLEMIA	359	958	0
ANÁLISIS OTRAS DROGAS	0	23	0
PRESERVATIVOS	547	1630	972
FOLLETOS	1660	1420	725

Tabla 5.1.4. Resumen de intervenciones en el Programa Zona Clave en el periodo 2002-2007. Unidad de coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias

	Oviedo	Gijón	Avilés	Total
FORMACIÓN	62	89	31	182
MEDIADORES	47	113	116	276
INTERVENCIONES	28	51	38	117
JÓVENES INFORMADOS	5132	18898	17421	41451
POBLACIÓN TOTAL ESTIMADA	57835	142677	?	?
ANÁLISIS DE ALCOHOLEMIA	1317	5556	294	7167
ANÁLISIS OTRAS DROGAS	23	380	899	1302
PRESERVATIVOS	3149	12148	6467	21764
FOLLETOS	3805	41227	10334	55366

- 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 (por ejemplo la Semana Negra).

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.

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 intervenciones realizadas por el Trolebús de Gijón en el periodo 2001-2007. Valores medios mensuales. Unidad de coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CONTACTOS TOTALES	471	506	743	658	629	603	738
SANIKITS DISTRIBUIDOS	522	328	327	183	264	239	156
PRESERVATIVOS DISTRIBUIDOS	1268	1989	1492	914	881	674	371
COMPRESORES DISTRIBUIDOS	85	72	50	15	21	28	27
CURAS	31	31	35	29	41	40	55
TEST DE EMBARAZO	1	2	1.41	2	0.4	1.5	3
TUBERCULINAS	1	0.2	0.2	0.6	0.2	0.3	0.5
CONSULTAS/ASESORAMIENTO	19	53	488	578	530	768	542
PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA	58	89	99	97	100	106	132
INF. SOBRE TRATAMIENTOS CON METADONA	2	1.33	49	66	73	71	147
ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS	10	16	67	158	77	47	102

Como puede verse en la tabla de Gijón, este dispositivo se va consolidando con el paso del tiempo manteniendo, en general, valores constantes tras siete años de funcionamiento.

Tabla 5.2.2. Resumen de intervenciones realizadas por el Trolebús de Oviedo en el periodo 2003-2007. Valores medios mensuales. Unidad de coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias

	2003	2004	2005	2006	2007
CONTACTOS TOTALES	394	390	285	4279	5357
SANIKITS DISTRIBUIDOS	73	112	104	1651	1683
PRESERVATIVOS DISTRIBUIDOS	842	684	952	4383	1595
COMPRESORES DISTRIBUIDOS	11	7	5		
CURAS	20	40	18	223	277
TEST DE EMBARAZO	1	1	1		
TUBERCULINAS	0	0	0.5		
CONSULTAS/ASESORAMIENTO	376	493	290	373	530
PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA	49	48	53	777	946
INF. SOBRE TRATAMIENTOS CON METADONA	4	7	5		
ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS	54	118	69	602	486

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.

Tabla 5.2.3. Resumen de intervenciones realizadas por el Trolebús de la zona del Caudal en el periodo 2003-2007. Valores medios mensuales. Unidad de coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias

	2005	2006	2007
CONTACTOS TOTALES	559	4385	3312
SANIKITS DISTRIBUIDOS	82	560	376
PRESERVATIVOS DISTRIBUIDOS	256	2417	2581
CURAS	1	8	17
TEST DE EMBARAZO	0		0
TUBERCULINAS	0		0
CONSULTAS/ASESORAMIENTO	736	941	625
PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA	48	950	497
INF. SOBRE TRATAMIENTOS CON METADONA	118	567	456
ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS	0	8	17

Al ser de reciente puesta en marcha, el trolebús del Caudal aporta datos que no se pueden comparar con el paso de los años. Recordemos que este recurso recorre Aller, Lena y Mieres.

5.3. Programa distribución SANIKITS

Tabla 5.3.1. Programa de dispensación de metadona en farmacias. 1992- 2007. Unidad de coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias. Meses septiembre-diciembre. AÑO 2007

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
2006	45500	30000	75500
2007	53530	55000	108530

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.

6.- Indicadores sobre la oferta y control de drogas

6. 1.- Decomisos, denuncias y detenciones: datos de Asturias y España

El control de la oferta de drogas en el marco de la Estrategia Nacional 2000-2008 se potencia a través de la coordinación y actividad de los efectivos policiales especializados en esta materia. Los datos que afectan a las actuaciones sobre el indicador oferta proceden del Ministerio del Interior.

Se señala un aumento del número de las denuncias en los últimos años por consumo y tráfico en la vía pública, que se incrementan debido al control de la actividad del tráfico minorista. En el año 2007, siguiendo con las actuaciones realizadas conforme al Plan operativo contra el Tráfico Minorista y Consumo de Drogas en los locales de ocio y proximidad de los centros escolares, se intervinieron en España: 307 kilogramos de hachís, 38,6 kilogramos de cocaína, 145,7 kilogramos de marihuana y 22.898 unidades de éxtasis. Se desactivaron 811 puntos de venta y el número de locales o establecimientos de ocio denunciados ha sido de 4.268.

Lo más llamativo en relación con los decomisos del año 2006 es que las cantidades de heroína intervenidas permanecían estables, rompiéndose esta tendencia y repuntando tanto en España como en Asturias. Los principales factores que pueden explicar este cambio de tendencia se pueden deber principalmente a que el consumo se orienta al uso de heroína y cocaína (utilización de heroína después de haber consumido cocaína, para contrarrestar efectos), utilización de la mezcla de heroína y cocaína (ambientes marginales) y a la llegada de personas de países con adicción a esta droga.

Cuando se producen detenciones en el año 2006:

- El 47,4% es por tráfico de cannábicos.
- El 36,7% por tráfico de cocaínicos.
- El 5,9% por opiáceos.
- El 7,0% por MDMA (éxtasis).
- El 2,7% por depresivos, sedantes y tranquilizantes.

De las personas denunciadas en el año 2006, el 45,4% son menores de 25 años. Del total de las denuncias, el 77,3% es por posesión o consumo de cannábicos, el 16,9% por cocaínicos, un 2,8% por opiáceos y un 2,4% por estimulantes.

En cuanto a los precios, se observa estabilidad en general y mantenimiento constante del grado de pureza en el mercado mayorista y minorista.

El número de operaciones destacadas contra el tráfico de drogas y atribuidas a grupos organizados (entendiéndose como "operaciones destacadas" desde la perspectiva policial a las cantidades incautadas en una sola operación cuando superan: un kilogramo de heroína, cinco de cocaína, cien de hachís o mil unidades de psicotrópicos) en el año 2006 era de 736 y en el 2007 se producen 936. Este aumento tiene como sustancia protagonista al tráfico de hachís que pasa de 300 operaciones en 2006 a 427 en 2007. La cocaína de 355 operaciones realizadas en 2006 pasa a 411 en 2007 y aumentan

levemente las operaciones de éxtasis de 31 a 34. El número de operaciones registradas de heroína se reduce en 2007 pasando de 36 a 28.

Tabla 6.1.1. Kilogramos decomisados en España de las tres principales drogas ilegales y nº de detenciones y denuncias. 1997-2006. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad. España.

Año	Cocaína (k)	Hachís (k)	Heroína (K)	Detenciones	Denuncias
1997	18.418	315.328	479	14.992	63.855
1998	11.688	428.236	418	13.967	67.677
1999	18.111	431.165	1.170	13.430	76.564
2000	6.165	474.505	485	17.067	81.302
2001	33.681	514.182	631	17.380	112.270
2002	17.660	564.816	275	17.430	122.285
2003	49.279	727.313	242	12.718	122.634
2004	33.135	794.437	271	14.267	150.193
2005	48.430	681.598	174	16.299	173.096
2006	49.654	473.868	472	16.766	218.656

En el 2006 se produce un aumento de los decomisos de un 23,7% respecto al año anterior, de las denuncias de un 26,3% respecto al año anterior y de las detenciones de un 2,9 %.

Tabla 6.1.2. Cantidades intervenidas en España. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad. España 2007.

Sustancia	2007	% Respecto 2006
Hachís y derivados	653.631 k	+ 42,3
Cocaína	37.784 k	-23,9
Heroína	226,6 k	-51,8
MDMA (éxtasis)	490.593 unidades	+ 1,9
Sulfato de anfetamina (Speed)	80,91k	-56,8
LSD	1.581 unidades	+69,8
Sustancia	653.631 k	+ 42,3

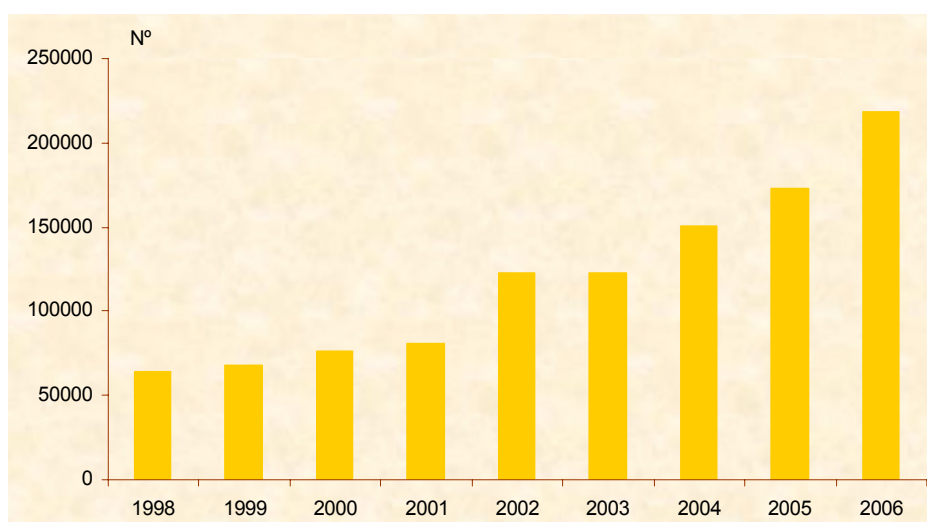
Las detenciones por delitos de tráfico de drogas en el año 2007 han sido 18.952. Por nacionalidades, 10.694 eran españoles (un aumento de 3,5% respecto de 2006), 7.212 (28,7% más que el año anterior) eran personas extranjeras, no constando la nacionalidad de 1.046 personas, lo que supone un aumento del 26,5%.

Señalar el aumento de los cultivos y de la producción de hachís marroquí. Por Comunidades Autónomas figura Andalucía a la cabeza de las cantidades intervenidas de esta sustancia, representando el 61% del total nacional, le sigue Cataluña con el 14%, Valencia con el 7%, Murcia con el 7%, Baleares con el 4%, Castilla La Mancha con el 4% y el resto con el 3% del total nacional.

En relación con la lucha contra la cocaína, el número de operaciones policiales ha aumentado (de 355 a 411) y la colaboración internacional se ha intensificado. Las

intervenciones de éxtasis se centran en zonas geográficas de ocio, turismo y de gran tránsito (aeropuertos).

Figura 6.1.1. Evolución del número de denuncias en España. 1998-2006. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad.



Las denuncias conforme a la Ley Orgánica 1/1992 sobre protección y seguridad ciudadana por tenencia o consumo en la vía pública continúan ascendiendo.

Tabla 6.1.3. Detenciones en España, evolución por sexos. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad. España 2002-2007.

	2002	2003	2004	2005	2006	%Variación 2005-2006
Hombres	15.181	10.547	12.115	13.760	13.978	+ 1,6
Mujeres	2.249	1.774	2.080	2.423	2.661	+ 9,8
No consta	0	397	72	116	127	+ 9,5
Total	17.430	12.718	14.267	16.299	16.766	+ 2,9

Tabla 6.1.4. Estimación del precio de las principales drogas ilegales. 1996-2006. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad. España.

	1996	2006
Cocaína (g.)	55,0 €	60,7€
Hachís (g.)	3,0 €	4,6 €

Tabla 6.1.5. Desglose de los decomisos de cocaína por Comunidades Autónomas. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad. España 2006.

	Cocaína (K)	Cocaína % Total
Andalucía	10.584,7	21,3
Aragón	46,7	0,1
Cantabria	3,5	0,01
Castilla La Mancha	2.669,7	5,4
Castilla León	36,4	0,1
Cataluña	3.093,3	6,2
Ceuta	38,3	0,1
Extremadura	5,8	0,01
Galicia	6.377,3	12,8
Baleares	3.324,6	6,7
Canarias	13.485,2	21,2
La Rioja	2,3	0,00
Madrid	6.093,2	12,3
Melilla	1,6	0,00
Navarra	21,1	0,04
País Vasco	55	0,1
Principado de Asturias	14,1 *	0,03
Región Murcia	31,6	0,1
Valenciana	3.765,1	7,6
Total	49.649,5	100,0

*Se contabiliza al cierre del año 16,0

Tabla 6.1.6. Mercado Mundial de la cocaína. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes: "Tráfico de cocaína entre América y Europa: perspectiva de España, 2006", Jefe de Área del Gabinete de Análisis y Prospectiva, Ministerio del Interior. "Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2006", Naciones Unidas.

Producción	Distribución y Destino	Pureza	Precio y Blanqueo
<p>Origen materia prima: Región andina de Sudamérica (Colombia, Perú, Bolivia principalmente) Venezuela y México.</p> <p>□ La producción ilegal de drogas se organiza como cualquier otro mercado. Tiene una red de ventas: mayoristas, minoristas, política de precios, canales de distribución, etc. Se diferencia del resto de mercados en que toda la actividad no está autorizada y no paga impuestos.</p>	<p>□ Introducción de la mercancía en el mercado global clandestino. Con destino a donde está la gran demanda: Estados Unidos, Europa Central y Occidental, Australia, etc.</p> <p>□ Entradas principales por Europa: España, Holanda y Portugal.</p> <p>Rutas conocidas:3</p> <p>Ruta Norte: Del Caribe a las Azores (Portugal, Galicia y Costa Cantábrica).</p> <p>Ruta Central: De América del Sur a la Costa Europea pasando por Cabo Verde o Madeira e Islas Canarias.</p> <p>Ruta de África: Desde América del Sur a los países de África occidental y el Golfo de Guinea hacia norte de Portugal y Galicia (por vía terrestre y marítima).</p>	<p>□ Mantenimiento constante del grado de pureza en el mercado mayorista.</p> <p>□ Aumento de la pureza en el mercado minorista.</p>	<p>□ Estabilidad de los precios en el mercado mayorista y minorista, con tendencia a la baja. El alto número de las incautaciones no repercute hasta ahora en los precios, al menos a nivel de la dosis.</p> <p>□ Dinero sucio = Dinero que pagan Compradores-Consumidores. Necesita reintegrarse a la amplia red u organización ilegal para mantener la actividad, y necesita ser blanqueado originando diversos flujos de poder para darle apariencia legal.</p>

Tabla 6.1.7. Denuncias y decomisos de la cocaína en Asturias 2006. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad.

Denuncias	2006 (%)	Variación año anterior (%)	Decomisos	2006 (%)	Variación año anterior(%)
3.245	1,5	44,8	3.594	1,5	36,3

Tabla 6.1.8. Detenciones en Asturias, 1997-2007. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad.

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
307	328	369	343	365	278	197	239	351	342	415

En el período 1997-2007 el número total de detenciones ha sido 3.534.

Figura 6.1.2. Evolución de decomisos en Asturias, 2002-2006. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad.

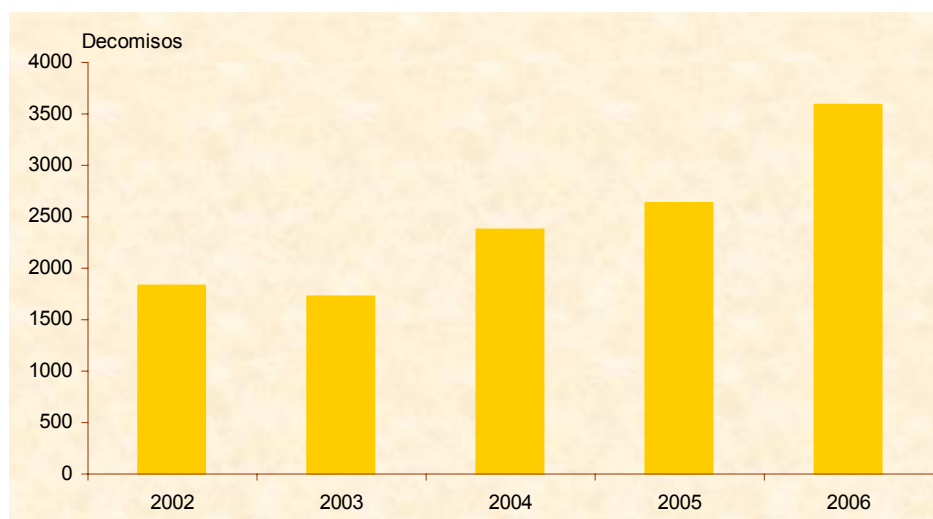


Tabla 6.1.9. Principales sustancias intervenidas en Asturias, 2006-2007 Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad.

Sustancias	2006	2007	Observaciones
Hachís (g.)	86.511,1	83.975,5	Desciende
Cocaína (g.)	14.092,3	21.663,1	Sube
MDMA(éxtasis) (unidades)	292	163	Desciende
Heroína (g.)	305,1	7.535,8	Rompe tendencia sube
Otras Sustancias	2006	2007	El resto asciende aunque
LSD (unidades)	1	3	su presencia es menor
Plantas cannabis	145 plantas	302 plantas	
Ketamina(g.)	3	7,7	

Tabla 6.1.10. Evolución de incautaciones de cocaína, hachís y heroína (K) en Asturias, 2000-2007. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cocaína	5,9	17,8	1350,7	274,1	418,2	790,6	14,1 16,0*	21,7
Hachís	10.715,5	127,8	131,4	175,6	103,8	96,7	86,6	84
Heroína	9,2	2	0,9	7,7	2,0	4,6	0,3	7,5

* Se contabiliza como total al cierre del año

6.2. Drogas y Seguridad

Tabla 6.2.1. Procedimientos judiciales por Tráfico de drogas en Asturias 2003-2007.

2003	2004	2005	2006	2007	% 2006-2007
163	175	189	173	169	-2,31

Los datos de la memoria de 2008 de la Fiscalía General del Estado muestran los procedimientos incoados por delitos de tráfico de drogas. En relación con Asturias, destacar las oscilaciones producidas y como en el último año el número de procedimientos descende.

Tabla 6.2.2. Procedimientos judiciales por Tráfico de drogas en España 2003-2007.

2003	2004	2005	2006	2007	% 2006-2007
23.632	20.098	16.395	18.602	19.385	4,21

La actividad de los grupos y organizaciones criminales dedicados al tráfico de drogas, según la memoria de Fiscalía del año 2008, se centra principalmente en dos sustancias: cocaína con la que trafica el 71,8% de los grupos y el hachís con la que trafica el 31,2% España como país no productor de este tipo de sustancias cumple el papel de puente o

tránsito de estas mercancías destinadas a otros países, más que de destino final de las mismas.

En relación con las drogas de síntesis (MDMA) el tráfico ilegal se ve facilitado por:

- Internet (brinda anonimato) y no se necesitan grandes infraestructuras.
- La ausencia de controles fronterizos en la Unión Europea.
- El incremento de diversas sustancias no fiscalizadas, sustitutivas de las ya conocidas en las listas de fiscalización y con efectos bastante similares.
- La posición de España como país turístico y con gran afluencia de visitantes en determinadas zonas principalmente de la costa mediterránea (relación con las industrias del ocio), además de la demanda por parte de la población joven.

Tabla 6.2.3. Diligencias previas realizadas en Asturias en relación con los delitos contra la seguridad colectiva, conducción alcohólica.

	2006	2007
Conducción alcohólica con resultado de lesiones o daños	298	85
Conducción alcohólica sin resultado de lesiones o daños	245	67
Negativa a realizar prueba de alcoholemia	20	0

6.3. Otras ofertas

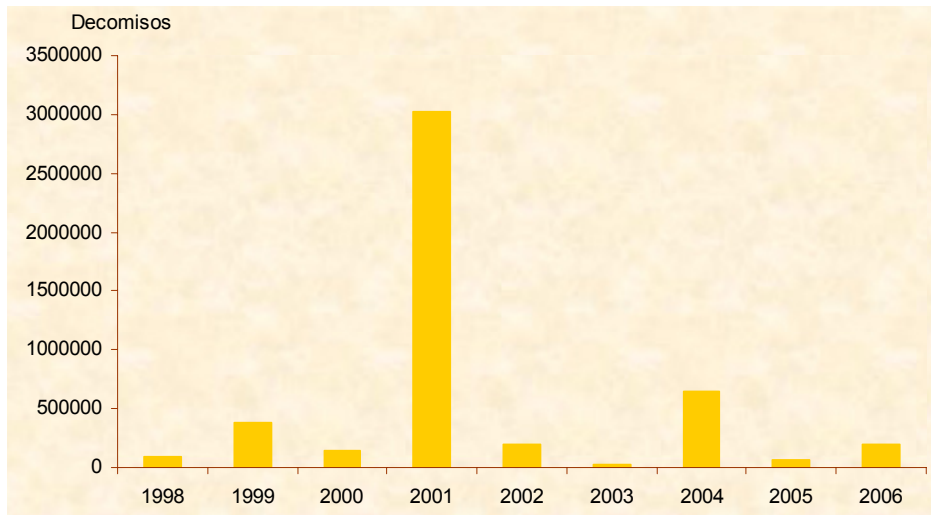
El uso extraclínico de algunos fármacos llega al mercado minorista ilegal de drogas, el cual también se nutre de medicamentos (legales), tranquilizantes, depresivos, somníferos principalmente que, se desvían del cauce terapéutico y cuya procedencia es muy variada: medicación correctamente dispensada pero no consumida, sustracciones realizadas en los diversos establecimientos o centros sanitarios, robos en las farmacias y clínicas veterinarias, falsificaciones de recetas, ventas de fármacos en Internet, laboratorios clandestinos, desviación de productos, consumos sin receta médica en los centros penitenciarios, etcétera.

Las cantidades decomisadas en los últimos años se muestran a continuación:

Tabla 6.3.1. Unidades decomisadas de depresivos en España. 1998-2006. Fuente: Ministerio del Interior Secretaría de Estado de Seguridad.

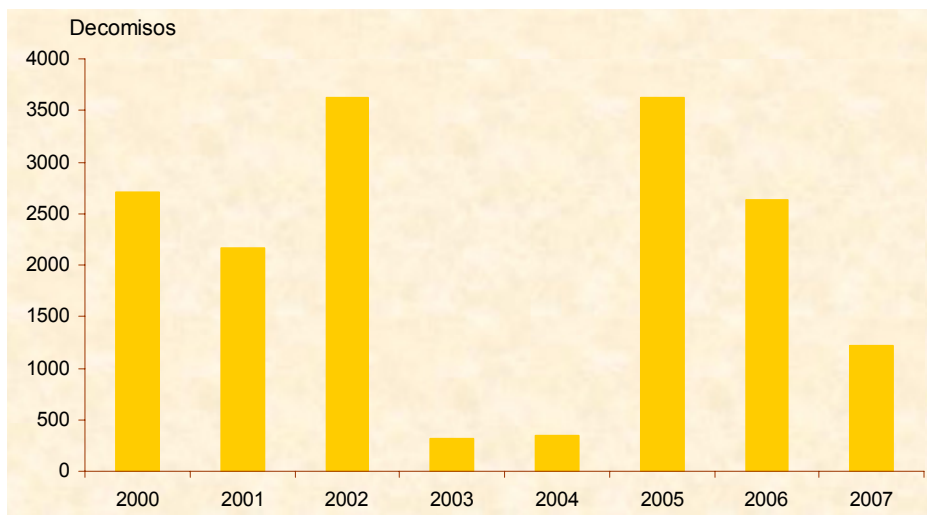
1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
97.538	389.157	151.796	3.023.551	200.690	23.353	643.995	70.994	199.788

Figura 6.3.1. Evolución de los psicofármacos (antidepresivos, sedantes, y tranquilizantes) en España (unidades). Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad.



El año 2001 es el más llamativo. Dentro del grupo se encuentran incluidos los sedantes y tranquilizantes como Buprex, Ketamina, Rohipnol, Trankimazin, Tranxilium, etcétera.

Figura 6.3.2. Evolución de los decomisos de psicofármacos (antidepresivos, sedantes y tranquilizantes) en Asturias (unidades), 2000-2007 Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad.



Los decomisos en el período 2000-2007 en Asturias se incrementan en 2002 y 2005 descendiendo en los últimos años.

Tabla 6.3.2. Unidades decomisadas de antidepresivos, sedantes y tranquilizantes según Comunidades Autónomas, 2004-2006. Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad.

CCAA	2004	2005	2006	% 2005-2006
Andalucía	488.999,8	27.758,9	173.694,2	525,7
Aragón	2.879,0	841,0	389,0	- 53,8
Cantabria	112,0	20.264,0	1.373,0	-93,2
Castilla - La Mancha	241,	759,0	488,0	-35,7
Castilla-León	683,4	934,5	2.088,0	123,4
Cataluña	2.119,9	1.766,2	483,0	-72,6
Ceuta	451,0	304,0	543,0	78,6
Extremadura	144,1	385,0	420,0	9,1
Galicia	12.363,3	1.097,5	1.193,0	8,7
Islas Baleares	2.066,1	2.096,2	2.292,0	9,3
Islas Canarias	527	1.740,9	2.082,0	19,6
La Rioja	8,0	183,0	110,0	-40
Madrid	83.609,8	2.929,0	4.391,5	49,9
Melilla	0,0	133,0	1.303,0	879,7
Navarra	123,0	2.365,0	112,4	-95,3
País Vasco	25,0	0,0	216,0	-
Principado Asturias	353,0	3.620,5	2.637,0	-27,2
Región de Murcia	618,0	526,0	136,0	-74,1
Comunidad Valenciana	48.672,5	3.290,0	5.836,0	77,4
Total (unidades)	643.994,9	70.993,5	199.787,4	181,4

Tabla 6.3.3. Unidades incautadas de antidepresivos en zonas de ocio y proximidades de centros escolares. Plan contra el Tráfico Minorista de Drogas. España 2006-2007. Ministerio del Interior Secretaría de Estado de Seguridad.

2006	2007	2006	2007	Total 2006	Total 2007
Zonas ocio	Zonas ocio	Centros escolares	Centros escolares		
2.692	5.137	367	742	3.509	5.879

6.4. Venta de bebidas alcohólicas

Tabla 6.4.1. Venta de vino y bebidas alcohólicas en Asturias. Volumen: miles de litros, valor: miles de euros, precio medio: Kg, Consumo y gasto medio per capita. Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Panel Consumo Alimentario. Año 2007

Producto	Volumen	Valor	Precio	Consumo	Gasto
Total vinos	13.653,9	31.388,9	2,3	12,1	27,8
Vino de mesa	7.407,6	9.367,1	1,3	6,6	8,3
Vino de mesa nacional	6.515,6	7.963,9	1,2	5,9	7,1
Vino de mesa extranjero	446,2	958,7	2,1	0,4	0,8
Otros vinos de mesa	445,8	444,4	1,0	0,4	0,4
Vino de mesa tinto	4.616,3	5.813,3	1,3	4,1	5,1
Vino de mesa blanco	1.926,5	1.719,7	0,9	1,7	1,5
Vino de mesa rosado	864,7	1.834,0	2,1	0,8	1,6
Vino D. O.*	5.545,5	19.676,2	3,6	4,9	17,4
Vino D. O.* nacional	5.119,4	18.287,4	3,6	4,5	16,2
Vino D. O.* extranjero	426,1	1.388,8	3,3	0,4	1,2
Vino D. O.* tinto	4.207,5	15.579,8	3,7	3,7	13,6
Vino D. O.* blanco	903,7	3.157,9	3,5	0,8	2,8
Vino D. O.* rosado	434,4	938,5	2,2	0,4	0,8
Otros vinos	700,9	2.345,6	3,3	0,6	2
Espumosos	488,8	2.729,9	5,6	0,4	2,4
Cervezas	8.988,1	10.895,7	1,2	8	9,6
Cerveza con alcohol	5.030,2	6.498,4	1,3	4,5	5,7
Cerveza sin alcohol	3.957,9	4.397,3	1,1	3,5	4
Sidra	1.244,3	2.247,7	1,8	1,1	2
Brandy	313,4	2.566,7	8,2	0,3	2,3
Whisky	173,8	2.441,4	14,0	0,1	2,2
Ginebra	31,4	290,7	9,3	0,0	0,3
Ron	51,1	541,5	10,6	0,0	0,5
* Anís	124,8	862,4	6,9	0,1	0,8
Otras bebidas alcohólicas	373,8	1.921,2	5,1	0,3	1,7

Denominación Origen

Figura 6.4.1. Porcentaje del gasto en hogares españoles en vinos, cervezas y licores 1990, 2000 y 2006. Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Panel Consumo Alimentario. Año 2006.

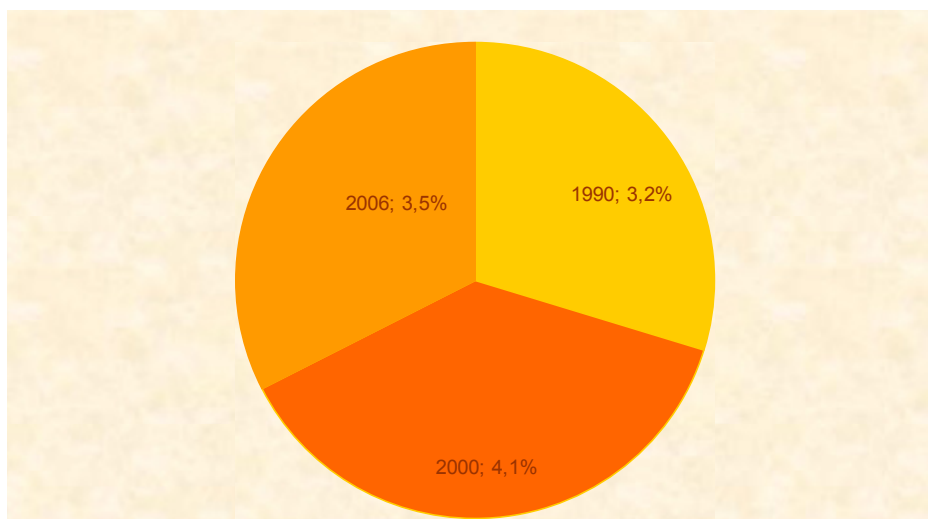


Tabla 6.4.2. Porcentaje del gasto en bebidas alcohólicas en España en el sector de hostelería y restauración 2005-06. Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Panel Consumo Alimentario. Año 2006.

2005 (% gasto)	2006 (% gasto)	2005 (% consumo)	2006 (% consumo)
32,0	31,5	29,9	29,3

Bajan el consumo y gasto en este sector.

Tabla 6.4.3. Consumo de vino en los hogares con procedencia regional determinada (CPRD), 2006. Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Panel Consumo Alimentario. Año 2006.

CCAA	Litros/ per cápita
Andalucía	2,2
Aragón	2,2
Cantabria	3,6
Castilla La Mancha	0,8
Castilla León	2,2
Cataluña	3,3
Ceuta	-
Extremadura	1,1
Galicia	2,8
Baleares	3,9
Canarias	4,7

La Rioja	0,9
Madrid	2,6
Melilla	-
Navarra	2,2
País Vasco	4,4
Principado de Asturias	5,1
Región Murcia	1,3
C. Valenciana	2,5
Media nacional:	2,6

6.5. Tabaco

Tabla 6.5.1. Ventas de cigarrillos en la península e Islas Baleares (cajetillas de 20 unidades).
Fuente: Comisionado del Mercado de Tabacos, Ministerio de Economía y Hacienda.

Comunidades	2006	2007
Andalucía	822. 519. 901	812.241 .737
Aragón	130. 738. 748	132.182. 981
Asturias	98. 552. 435	97.775.755
Baleares	177. 794. 843	178.996. 011
Cantabria	56. 789. 904	56. 449.794
Castilla y León	189. 133. 877	220. 614. 962
Castilla La Mancha	227. 433. 669	192.958. 209
Cataluña	858. 458. 054	844.082. 231
C. Valenciana	565. 771. 618	568. 852.373
Extremadura	106. 843. 233	106.838 .545
Galicia	226. 390. 798	219.972 .219
Madrid	532. 496. 982	529.754. 972
Murcia	148. 154. 197	151.782. 393
Navarra	93. 799. 972	88. 608. 345
País Vasco	242. 584. 723	227. 715. 568
Rioja La	27. 415. 951	26.307.157
España	4504. 878.904	4455. 138.251

Tabla 6.5.2. Ventas de cigarrillos en unidades, Asturias y España, 2006-2007.Fuente:
Comisionado del Mercado de Tabacos, Ministerio de Economía y Hacienda.

	Asturias 2006	Asturias 2007	España 2006	España 2007	Observaciones
Cigarrillos	98.552.435	97.775.755	4455.138.251	4455.138.251	En 2007 las ventas de los cigarrillos bajan, y suben para el resto de los productos
Cigarros	33.478.824	35.809.709	1.035.489.728	1.102.492.737	
Picadura liar	256. 239	307. 649	55.448.119	64.969.996	
Picadura pipa	42. 599	44. 588	2.303.630	2. 479.538	

Unidades físicas: Cigarrillos: 20 unidades, Cigarros: unidades, Picadura Liar: bolsas o latas, Picadura Pipa: bolsas o latas.

6.6. Desarrollo y aplicación de nuevas medidas legislativas frente al tabaco

Tabla 6.6.1. Nuevas medidas legislativas conforme a 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.

1 de enero de 2006 entró en vigor: Todas las aplicaciones que contempla la Ley en el ámbito de las instituciones penitenciarias y que garantizan los derechos de las personas internas no fumadoras y las fumadoras; estableciéndose conforme a la normativa los cambios en la condición de fumador/a, a no fumador/a, o viceversa, con el fin de clasificar y asignar los espacios necesarios y convenientemente señalizados.

En cuanto a los espacios destinados a las mujeres (madres con hijos) que serán necesariamente de no fumadoras, en ese sentido, la normativa contempla que se habilitarán espacios para las mujeres fumadoras a los que no podrán tener acceso los hijos de éstas.

Igualmente y conforme a la Ley, en las salas y habitaciones familiares o íntimas se permitirá fumar si así lo desean o acuerdan sus destinatarios. Permittedose fumar a los internos/as en todas las zonas de recreo al aire libre.

Referencias páginas Web:
<http://www.mir.es / SES/ CICO>
<http://www.mir.es/INSTPEN>
<http://www.cmtabacos.es>
<http://www.fiscal.es>
<http://www.marm.es>

1 de enero de 2007 entró en vigor: La aplicación que afecta a las máquinas expendedoras de tabaco en los locales y establecimientos de hostelería, la normativa recoge que dichas máquinas deberán situarse en zonas del interior del local donde puedan ser controladas por los responsables del establecimiento y contarán a partir de esa fecha, con dispositivos que impidan el acceso directo de los menores a las mismas. En ningún caso se podrá exhibir publicidad de tabaco.

12 de enero de 2007 aprobación de Real Decreto – Ley 1/2007, de 12 de enero por el que se deroga la disposición transitoria quinta de la Ley 28/ 2005, de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro y la publicidad de los productos de tabaco.

Con la publicación de este Real Decreto-Ley se deroga la publicidad y patrocinio del tabaco en los deportes de motor.

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

7.1. Estimación de muertes atribuibles al tabaco en Asturias

En el año 2006 se produjeron en Asturias alrededor de 2500 fallecimientos imputables al tabaco, lo que supone en términos de mortalidad general que una de cada cinco de las muertes sucedidas en nuestra región pueda ser atribuida al hábito de fumar.

De los 6371 fallecimientos sucedidos en ese mismo año en hombres, el 28,2% (1791) serían debidos a esta causa, mientras que en las mujeres más una de cada diez (11,9%) serían debidas al hábito tabáquico. Lo que arroja una razón de masculinidad de 2,5 varones por cada mujer fallecida por esta causa.

Tabla 7.1.1. Estimación de muertes atribuibles al tabaco en Asturias 1987-2006. Fuente: Registro de Mortalidad y Observatorio sobre Drogas para Asturias.

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
2005	12681	2304	18,2	6474	1716	26,5	6207	587	9,5
2006	12325	2507	20,3	6371	1791	28,2	5954	710	11,9

Analizando el porcentaje de mortalidad atribuible por “grandes grupos de enfermedades”, vemos que en los hombres, para el año en estudio, las neoplasias serían la principal causa de muerte con un 46,1% del total de muertes atribuibles al tabaco, seguidas de las enfermedades cardiovasculares con un 32,1% y, por último, las enfermedades respiratorias que fueron las responsables de un 21,8% de los fallecimientos (Figura 7.1.1).

Figura 7.1.1. Evolución de la mortalidad atribuible al tabaco en hombres según grandes grupos de enfermedades. Asturias 1987-2006.

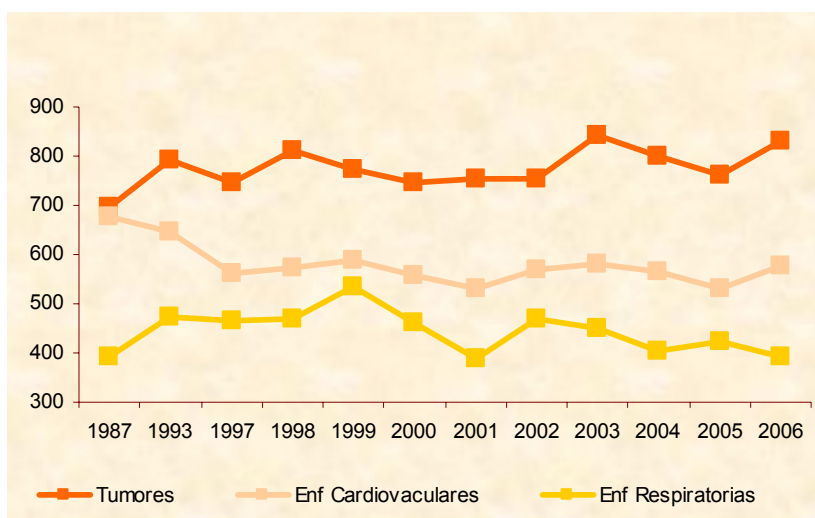
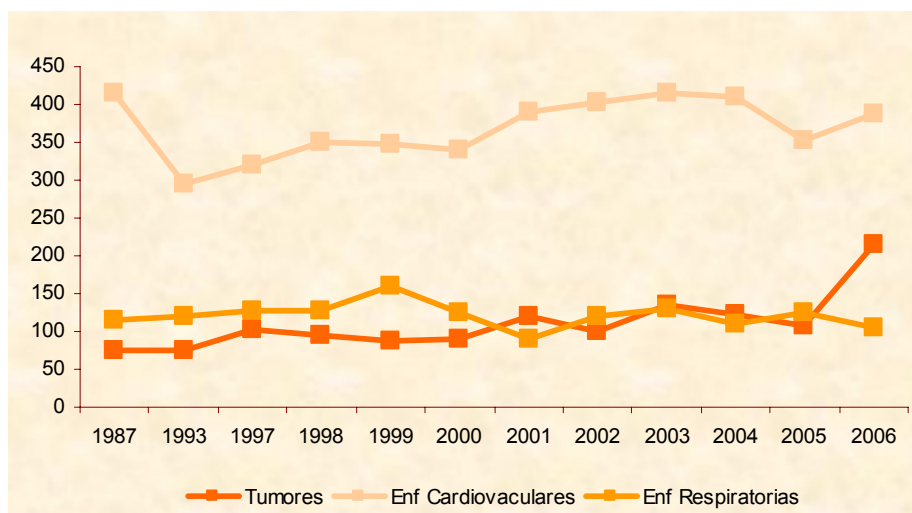


Figura 7.1.2. Evolución de la mortalidad atribuible al tabaco en mujeres. Grandes grupos de enfermedades. Asturias 1987-2006.



En las mujeres, la distribución porcentual de muertes atribuibles a este hábito es diferente. En ellas, la primera causa son las enfermedades cardiovasculares con un porcentaje que supera el 50%, seguidas de los tumores malignos (30,5%) que son responsables de casi una de cada tres muertes y que superan ampliamente a las enfermedades respiratorias que ,con un 14,2%, aparecen en tercer lugar (Figura 7.1.2).

Por categorías diagnósticas en hombres, 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 con unos porcentajes del 30,7%, 19,5% y 12,4% respectivamente.

En las mujeres, las patologías más prevalentes son las de origen cardíaco, destacando la enfermedad isquémica del corazón y aquellas que se recogen bajo el epígrafe "otras enfermedades del corazón" responsables ambas de 16,8% de las muertes, y la enfermedad cerebrovascular con el 12%. Reseñar que el cáncer de pulmón con el 10,1% aparece como la cuarta rúbrica en orden de incidencia.

Respecto a la evolución de este indicador, cabe señalar que han aumentado los fallecimientos por esta causa desde el año 2005 al 2006. Este incremento de 81 personas en números absolutos supone un aumento del 2% de un año a otro. La evolución atendiendo a la variable sexo es porcentualmente un poco más elevada en las mujeres (incremento del 9,5% vs 11,8%) que en los hombres (18,2% vs 20,3%) .

Si nos retrotraemos al inicio de esta serie (1987), también se produce un aumento en el número de muertes entre las dos fechas. Este incremento en números absolutos no se refleja de igual manera en términos de porcentaje ya que el total de fallecidos disminuyeron en dos puntos si se consideran ambos años (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 fundamentalmente a expensas del cáncer de pulmón, que se incrementó en más de un 60% desde el inicio a la finalización de la serie.

7.2. Estimación de muertes atribuibles al alcohol en Asturias

Un primer análisis de fallecimientos debidos al consumo de bebidas alcohólicas en Asturias pone de manifiesto que en el año 2006 un total de 367 personas han muerto por esta causa (Tabla 7.2.1).

Existe una importante diferencia en función del sexo. En el año en estudio fallecieron un total de 296 hombres (tasa de 34,1) y 71 mujeres (tasa 12,7), lo que arroja una razón de masculinidad de 4,2 fallecimientos en varones por cada mujer fallecida (Tabla 7.2.1).

Tabla 7.2.1. Número, proporción y tasa bruta (por 100.000 habitantes) de muertes por consumo de bebidas alcohólicas en Asturias.1987-2006.Observatorio sobre Drogas para Asturias

Año	Total	Tasa Bruta	%Total	H	Tasa Bruta	%H	M	Tasa Bruta	%M
1987	437	39,5	4,2	349	65,1	6,4	88	15,4	1,7
1988	475	43,0	4,4	376	70,3	6,7	99	17,4	1,9
1989	465	42,2	4,3	369	69,4	6,4	96	16,9	1,9
1990	494	45,0	4,4	394	74,3	6,6	100	17,7	1,9
1991	451	41,3	4,0	357	67,6	6,0	94	16,7	1,8
1992	435	39,6	3,9	357	67,4	6,1	77	13,6	1,5
1993	438	39,4	3,8	347	64,7	5,7	91	15,7	1,7
1994	425	38,0	3,7	352	65,2	6,0	73	12,7	1,4
1995	392	35,1	3,3	323	59,9	5,2	69	11,9	1,2
1996	393	36,1	3,3	315	60,2	5,0	78	13,8	1,4
1997	404	37,2	3,5	318	61,0	5,2	86	15,2	1,6
1998	396	36,6	3,3	326	62,8	5,2	70	12,4	1,2
1999	400	36,9	3,2	329	63,3	5,1	71	12,5	1,2
2000	385	35,7	3,2	311	60,2	5,0	74	13,2	1,2
2001	393	36,5	3,4	321	62,2	5,3	72	12,9	1,3
2002	377	35,1	3,0	307	59,6	4,8	70	12,5	1,2
2003	390	36,3	3,1	317	61,4	4,8	73	13,0	1,2
2004	386	35,9	3,1	306	59,4	4,7	80	14,3	1,3
2005	393	36,5	3,1	314	60,8	4,9	79	14,0	1,3
2006	367	34,1	3,0	296	57,3	4,6	71	12,7	1,1

Por grandes grupos de mortalidad, el 36,8% de las muertes por ingesta de bebidas con alcohol fueron debidas a neoplasias, un tercio de ellas (33,8%) a enfermedades digestivas, un 11,1 % a accidentes no intencionales y un 9,3% 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 (123 muertes, más de un tercio de los fallecidos), le siguen en frecuencia los tumores malignos de esófago y labio/boca/faringe (65 y 43 fallecidos que representan el 17,7% y el 11,8% respectivamente) y los accidentes de tráfico (41 casos, el 11,2%) (Tabla 7.2.2).

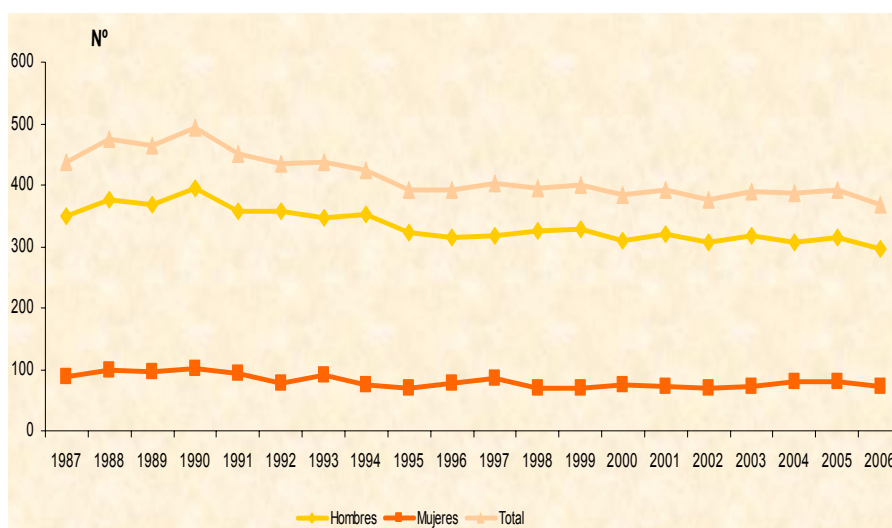
Tabla 7.2.2. Estimación de la mortalidad por consumo de bebidas con alcohol según grandes grupos de enfermedades y sexo en Asturias 2006. (% de muertes de cada categoría.). Observatorio sobre Drogas para Asturias

	2006		
	H	M	T
Neoplasias	39,4	27,2	37,0
Enfermedades mentales	5,4	0,0	4,4
Enfermedades cardiovasculares	1,4	0,0	1,1
Enfermedades digestivas	35,4	40,5	36,4
Enfermedades del sistema nervioso	0,0	0,0	0,0
Accidentes no intencionales	10,3	17,8	11,7
Accidentes intencionales	8,9	14,5	10,0

La curva secuencial de mortalidad asociada al alcohol en el periodo 1987-2006 muestra una tendencia gradual claramente descendente.

Así, en el año 1987 fallecieron 437 asturianos (tasa de 39,5) y en el año 2006 los fallecidos fueron 367 (tasa 34,1). Esta tendencia descendente es algo mas pronunciada en los hombres cuya tasa pasó de 65,1 a 57,3 (personas fallecidas por 100.000 habitantes), mientras que en las mujeres disminuyó también de 15,4 a 12,7 en ese mismo periodo de tiempo analizado.

Figura 7.2.1. Evolución de la mortalidad asociada al consumo de alcohol por sexo. Asturias 1987-2006.



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

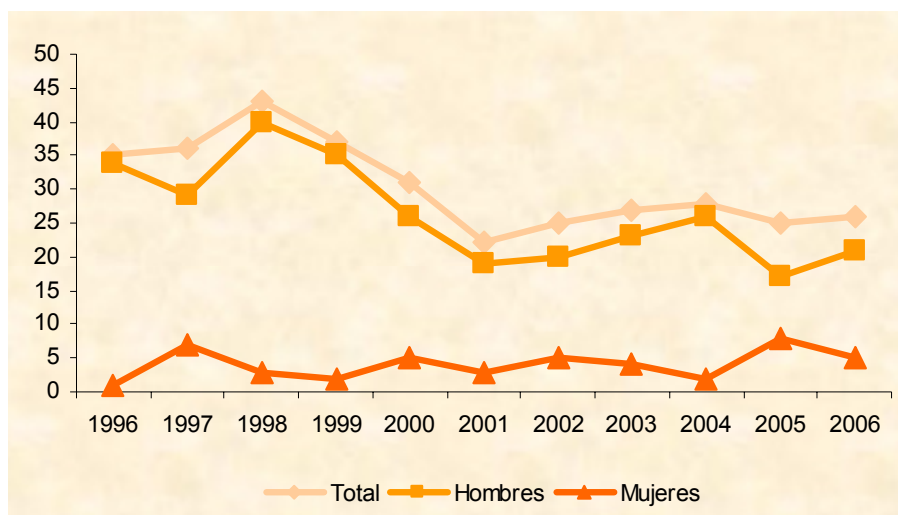
En el año 2006 fallecieron en Asturias por patologías asociadas al consumo de drogas ilegales un total de 26 personas, de las cuales 21 fueron hombres y 5 mujeres. Como puede observarse en la tabla que figura a continuación, las diferencias por sexo son muy importantes presentando un cociente de masculinidad de las tasas brutas de 4,6 en varones por cada mujer fallecida (Tabla 7.3.1).

Tabla 7.3.1. Estimación de la mortalidad por drogas (excluidas tabaco, alcohol y tranquilizantes). Número y tasa bruta por 100000 habitantes. Asturias 1996-2006. Observatorio sobre Drogas para Asturias.

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
2005	25	2,3	17	3,3	8	1,4
2006	26	2,4	21	4,1	5	0,9

El análisis evolutivo muestra una tendencia descendente desde 1996 hasta el 2006, tanto en números absolutos como en tasas. No obstante, a partir del 2001 se percibe un ligero repunte en las tasas de fallecidos sin llegar nunca a los niveles encontrados en los años 1998 y 1999 que fueron los más altos de la serie. En los hombres las tasas más elevadas se registraron en los mencionados años mientras que en las mujeres la mayor tasa se encontró en el año 2005. De todas maneras hay que significar que se trata de cifras muy pequeñas y cualquier caso que se produzca puede alterar la percepción de la curva.

Figura 7.3.1. Evolución de la mortalidad por drogas ilegales en Asturias 1996-2006.
Observatorio sobre Drogas para Asturias



8.- Experiencias de buenas prácticas en tratamiento y rehabilitación de personas con problemas con las drogas

En este apartado se dan a conocer actividades de buenas prácticas y experiencias innovadoras en materia de drogas, realizadas por diversos organismos, instituciones y ONGs.

Los objetivos fundamentales que se persiguen son el de potenciar el intercambio de información, compartir usos y conocimientos y, además, en la medida de lo posible, intentar que estas experiencias puedan ser útiles y aprovechables para que otras personas puedan llevarlas a cabo.

Se trata de una serie de trabajos desarrollados durante varios años con una metodología precisa y por tanto sujetos a criterios de calidad y procesos de evaluación continúa.

8.1. TRABAJO CON ALCOHOL

Tratamiento de Adicción a la Cocaína (TAC). Proyecto Hombre Asturias.

¿A qué demanda respondemos?

La literatura recoge el importante porcentaje de usuarios que asocian el consumo de alcohol con el de cocaína, así como la multiplicación del fenómeno adictivo en los casos en los que se desarrolla el fenómeno cocaetileno. Sumados ambos fenómenos, el alcohol está presente como problema en más del 65% de los usuarios a tratamiento.

Además, la experiencia de los últimos años indica que, de las recaídas existentes, el alcohol figura como desencadenante en un importante porcentaje de casos.

¿Qué queremos conseguir?

Se trata en este trabajo de coordinar y organizar diferentes tipos de instrumentos y estrategias terapéuticas ya existentes, de manera que faciliten al equipo de tratamiento el manejo de la información, el diagnóstico y la toma de decisiones.

La objetivación y estructuración del procedimiento permite dotar de criterios comunes al equipo, replicables en otros recursos propios o no de Proyecto Hombre y de cocaína u otras adicciones.

¿Cuáles son nuestros logros?

Considerando la incidencia, uso/abuso del alcohol en la ingesta de cocaína se hace necesario un trabajo específico que vaya más allá de la mera prohibición, que sea un factor integrado en el estilo de vida de los usuarios (si se considera que pueden beber), y que sea por tanto, un aspecto más dentro de los que se trabajan desde el Tratamiento de Adicción a la Cocaína (TAC).

Este trabajo con el alcohol ha promovido en el Tratamiento de Adicción a la Cocaína de Proyecto Hombre Asturias la eliminación de la normativa de abstinencia en el consumo de alcohol en la última fase del tratamiento, asimismo sirve de base para una investigación que evalúe este consumo y sus riesgos en los usuarios.

Se ha verificado que prácticamente la totalidad de los usuarios que cumplen con las indicaciones en cuanto a la ingesta de alcohol, han finalizado exitosamente el tratamiento.

Desarrollo de la experiencia

De la observación de los usuarios del TAC y de los instrumentos de evaluación y seguimiento con que contamos en Proyecto Hombre Asturias se deducen tres tipos de perfil en relación con el alcohol:

- Perfil "sin problemas": personas que no han manifestado problemas de consumo de alcohol, ni asociación de su consumo con el de cocaína.
- Perfil cocaetileno: personas en las que se da una asociación entre el consumo de ambas sustancias (cocaína y alcohol), formando el denominado complejo "cocaetileno".
- Perfil "con problemas": personas con adicción o abuso previos de alcohol (concomitante o no al consumo de cocaína).

Estimamos que para cada uno de estos tres perfiles el tipo de intervención en relación con el alcohol debe ser diferenciado y, en la medida de lo posible, individualizado, teniendo en cuenta también, la evolución y cumplimiento de los objetivos que presente el usuario.

Tipo de intervenciones:

- Perfil "sin problemas": planteamiento de consumo moderado (situaciones habladas, y cantidades supervisadas en ambientes de no riesgo).
- Perfil cocaetileno: programa de bebida controlada.
- Perfil "con problemas": se propone al usuario la abstinencia.

Durante el periodo de Evaluación se explicará el sentido de la norma de no consumir alcohol, al menos en un periodo de tiempo indicado por el terapeuta (en principio las dos primeras fases del tratamiento, Fases A y B), ya que neurológicamente, debe haber un tiempo de abstinencia que permita la "recomposición cerebral" (sistema de recompensa, etc.), además de posibilitar un estilo de vida saludable y de soporte, relaciones adecuadas, superación de los retos de la vida sin uso de sustancias, etc. También se tomará la decisión terapéutica, con acuerdo del usuario, de la toma pautada de Colme o Antabús.

Se definirán indicadores de evaluación en relación con el alcohol que, a lo largo del proceso se contrastarán con la evolución del usuario:

EuropASI: puntuación de 4 o más en alcohol indicaría la exclusión del grupo "sin problemas".

También deben excluirse la asociación de consumos de drogas y alcohol y la existencia de antecedentes de problemas de alcohol en EuropASI y Genograma.

MAST: 5 ó más indicaría exclusión del grupo “sin problemas”.

El Cuestionario de Habilidades Sociales nos indicaría la capacidad del usuario para afrontar situaciones de forma asertiva, así como en la Ficha de primeros contactos TAC se observará: “la teoría acerca de la existencia del problema” y “situaciones de riesgo”.

Cuestionario de Motivación Sócrates: la conciencia del problema que el usuario tiene con la cocaína también nos dará pistas sobre las valoraciones que el usuario pudiera hacer sobre el alcohol.

En la etapa inicial del tratamiento, **Fase A**, se realizará un grupo psicoeducativo de salud, con familias y usuarios sobre la asociación entre alcohol y cocaína, la dependencia al cocaetinol, mitos sobre el alcohol y dependencia y efectos del abuso del alcohol.

En la **Fase B** se realizará un grupo psicoeducativo con las familias sobre “alcohol y presión social”.

Durante la realización de la anamnesis se cubrirá un apartado específico sobre el alcohol y posteriormente, se realizará un Grupo Temático sobre la anamnesis de alcohol.

En el desarrollo del plan de prevención de recaídas desarrollado en la **Fase B** se realizarán los grupos psicoeducativos de:

- Presión grupal y social. Decir no
- Respuestas adecuadas
- Hábitos de vida y alcohol

Al final de la **Fase B** se realiza el grupo temático de “Intenciones con el alcohol”, a partir de ahí se realizará la intervención con cada residente según el perfil al que pertenezca:

- Grupo “sin problemas”: establecer dos momentos de seguimiento para el consumo de alcohol moderado, uno en el primer trimestre y otro en el segundo de la **Fase C** (última del tratamiento TAC).
- Grupo cocaetileno: para la mayoría de estos casos el planteamiento sería de abstinencia, excepcionalmente, si así lo plantea el usuario, se podría plantear el acceso a un “programa de bebida controlada”, con registros de unidades de bebida y seguimiento del mismo.
- Grupo con problemas: se plantea la abstinencia, si el usuario lo plantea, se acordaría el uso de unidades de bebida controlada.

Durante la **Fase C** se hará un seguimiento, tanto en los grupos como en entrevistas individuales, de los planteamientos y acciones de cada uno de los usuarios.

¿Qué aspectos éticos y/o valores destacamos?

Da protagonismo al usuario y a su red en la planificación de objetivos, individualizando el proceso y respetando la autonomía de la persona. Por otro lado, partimos de la hipótesis, a verificar, de anticipar consumos problemáticos de alcohol antecedentes de consumo de cocaína y, al detectarlos durante el tratamiento, evitar que generen recaídas.

Nuestra “aportación singular”.

Se ha realizado una **clasificación de los usuarios en los tres grupos mencionados** que se considera válida para el diagnóstico del fenómeno.

Hemos estudiado la evolución de las personas a tratamiento, ofreciéndoles la posibilidad de prevenir que el consumo de alcohol se convierta en un factor desencadenante de recaída o desarrollo de otra adicción.

Institución y centro responsable de la intervención o programa

Proyecto Hombre Asturias.

C/Diario El Comercio s/n Gijón.

www.proyectohombrestur.org

phasturtac@terra.es

8.2. Tratamiento de Adicción a la Cocaína (TAC). Procedimiento de evaluación

¿A qué demanda respondemos?

Permite objetivar la impresión diagnóstica del profesional con una batería de instrumentos en los que se recogen tanto las impresiones subjetivas como mediciones psicométricamente objetivas. Además aporta información relevante sobre el consumo y/o asociación de drogas y alcohol, que se ha manifestado en la literatura como una variable fundamental en el curso de la rehabilitación.

¿Qué queremos conseguir?

El proceso de evaluación tiene como finalidad determinar el tratamiento (Programa Ambulatorio, Programa de Apoyo, o derivación a otro recurso) más adecuado para cada persona, así como generar la empatía necesaria con ella para conseguir su colaboración.

Objetivos específicos:

- Reforzamiento de la relación terapéutica en torno a metas compartidas.
- Clarificación de la demanda: evaluar el caso desde una perspectiva biopsicosocial, contemplando la historia de tratamientos anteriores y prestando atención al establecimiento de la severidad de la adicción.
- Lograr, al finalizar este periodo, la contención en el consumo de cocaína y otras sustancias e iniciar un periodo de abstinencia.
- Informar sobre la posible ocurrencia del síndrome de abstinencia a la cocaína y su manejo.

¿Cuáles son nuestros logros?

Da protagonismo al usuario y la red sociofamiliar al participar del diagnóstico y de la planificación del trabajo terapéutico posterior, colaborando a la mayor implicación y motivación y, por ello, a la retención. Permite prevenir, junto con el usuario, dificultades en el proceso terapéutico al valorar aspectos claves: situaciones de riesgo de consumos, relaciones familiares, motivación, etc.

Desarrollo de la experiencia

La evaluación comienza en la primera entrevista de la persona con el equipo de tratamiento del TAC y continúa con una frecuencia de dos entrevistas semanales, teniendo una duración media de 25 días.

Durante esta etapa se establecerán normas, metas y condiciones de trabajo con la persona y otras personas que lo acompañen en su tratamiento. Se realizará, además, una revisión de su situación médica y jurídica.

Al realizar la Historia Médica, el personal médico valorará la pertinencia de tratamiento farmacológico y/o uso de aversivos para el alcohol.

Todas las personas que pretendan ingresar en el TAC y cuya puntuación en el EuropASI sea igual o superior a 4, deberán entrevistarse con la persona voluntaria cualificada del Área de seguimiento jurídico-penal, quien emitirá un informe jurídico.

Si la persona que solicita tratamiento acude acompañada de algún familiar, en tanto estos sean familiares cercanos y/o su pareja, se les irá incorporando dentro del tratamiento como elementos de colaboración y de cambio.

El miembro del equipo terapéutico asignado cumplimenta los cuestionarios y registros del apartado siguiente con la persona demandante de tratamiento de acuerdo a la planificación mensual, y los archiva en la carpeta terapéutica de cada persona.

Registros:

- Registro de Primera Entrevista
- Ficha primer contacto con TAC
- Registro de Entrevistas/ Grupos
- Criterios Diagnósticos DSM IV Cocaína
- Historia Médica (realizada por el personal médico)
- Michigan Alcohol Screening Test
- EuropASI
- Cuestionario de Habilidades Sociales de Mariana Segura
- Cuestionario sobre motivación (SOCRATES)
- Cronograma
- Genograma
- Informe Jurídico (si procede)
- SCL-90-R (si procede, de acuerdo a la valoración clínica del equipo terapéutico)
- Plan de tratamiento: autorregistro donde se generan expectativas positivas respecto al consumo, pareja, hijos, relaciones sociales, ocio, laboral, económico, legal, otros...
- Contrato Terapéutico

Analíticas de orina.

Los resultados significan un indicador objetivo de evolución y refuerzo hacia la abstinencia. Ofrecen también la posibilidad de realizar contratos de contingencias negativas o positivas en función de ellos. Pueden ser un recurso especialmente útil para los casos en los que la motivación inicial al tratamiento sea pobre o esté muy condicionada por aspectos externos al usuario (familiar, judicial...) así como en los sujetos que presenten un bajo nivel de autocontrol.

Intervenciones Psicoterapéuticas Específicas:

Para aquellas personas que presentan dificultades en la consecución de la abstinencia, ambivalencia, o cualquier situación que incida en imposibilitar el cumplimiento de los objetivos de esta fase inicial.

¿Qué aspectos éticos y/o valores destacamos?

El acortamiento del tiempo de evaluación favorece la retención del usuario. Da protagonismo al usuario y a su red en la planificación de objetivos, respetando la autonomía de la persona.

Nuestra “aportación singular”

Dota al procedimiento de evaluación de un sistema estructurado contrastable y objetivable, que ayuda a acortar los tiempos de evaluación.

La estandarización del procedimiento permite su replicación en otras áreas geográficas así como que la evaluación pueda continuarse en ausencia del evaluador principal por otros terapeutas.

Institución y centro responsable de la intervención o programa

Tratamiento de Adicción a la Cocaína (TAC). Proyecto Hombre Asturias.

C/Diario El Comercio s/n Gijón.

www.proyectohombrestur.org

phasturtac@terra.es

8.3. Programa socioeducativo para mujeres consumidoras, ex-consumidoras o en riesgo de consumir drogas con menores a cargo.

Objetivo

Favorecer la Inserción Socio-Laboral y facilitar simultáneamente un servicio de atención y desarrollo a sus hijos/as no escolarizados/as, en periodo no lectivo o fuera del horario escolar, en el Área Sanitaria VII, y fundamentalmente en el Concejo de Mieres.

- Lograr el desarrollo de las habilidades sociales y de autonomía personal
- Facilitar el aprendizaje de nociones básicas para el adecuado desarrollo y cuidados de los menores
- Favorecer procesos formativos de incorporación al mundo laboral adecuadas a sus capacidades y características.

Población diana

Mujeres consumidoras, ex-consumidoras o en riesgo de consumir drogas (legales, ilegales o sustitutivos) con menores a su cargo.

Ámbito de aplicación

Recursos Sociales y Sanitarios del municipio de Mieres y Área VII cuya cabecera es Mieres. A estas personas se les ofrece la posibilidad de formar parte de los grupos, de modo totalmente voluntario, a través del Plan Municipal sobre Drogas (PMD), desde los programas de Atención a las Familias, Infancia y Adolescencia y de Incorporación Social del Centro Municipal de Servicios Sociales, Unidad de Tratamiento de Toxicomanías, Unidad Móvil de Acercamiento de Recursos Sanitarios a personas con problemas de Drogadicción, Proyecto Hombre, Fucomi (Escuelas Taller, Talleres de Empleo), Norte Joven.

El desarrollo de las entrevistas y los grupos se lleva a cabo en un piso situado en la zona centro de Mieres (Asturias) cedido por el Ayuntamiento. Es el lugar idóneo por su localización y distribución (próximo a paradas de autobús, amplio portal para carricoches, sala de grupo, sala de bebe...), así como por desconexión del etiquetado y control que suelen percibir estas mujeres de los sistemas públicos estructurados.

Nº de participantes

Actualmente están adscritos al programa 57 madres y 66 menores.

Descripción del Programa

Este Programa tiene como finalidad el bienestar social de la mujer y los/as menores y/o adolescentes, mediante la estimulación del desarrollo de su personalidad y de sus relaciones con el medio social, actuando en su ámbito familiar, institucional y comunitario al objeto de abordar las situaciones de riesgo.

Se inició en el año 2001 como programa piloto subvencionado con Bienes Decomisados por Tráfico de Drogas, a través de la FEMP y del Ministerio del Interior.

Debido a su interés y demanda, se continuó sosteniendo con los Fondos Complementarios de la Minería y actualmente por Consejería de Salud y Servicios Sanitarios a cargo de la Dirección General de Salud Pública (Oficina de Coordinación Plan Regional sobre Drogas).

Las actuaciones están basadas en el diseño de actividades a la carta para madres y los menores. Para la preparación de éstas, se realizan entrevistas semi-estructuradas con el fin de adaptarlas a las necesidades encontradas. Una vez realizadas estas entrevistas el segundo paso es la formación de grupos lo más homogéneos posibles.

Actualmente se interviene con seis grupos de diferentes características:

- 1º Se valoró la juventud de las madres, su forma de ser, la edad de los/as hijos/as.
- 2º Monomarentales, con escasos apoyos, falta de habilidades sociales y de educación.
- 3º/4º Negligencia física del menor, estilos de vida desordenados, relaciones conflictiva con familia y vecinos/as y sin ningún apoyo social. (2 Grupos)
- 5º Juventud de las madres con hijos/as preadolescentes – adolescentes con problemas de la edad.
- 6º Mujeres participantes en el Salario Social Básico, con hijos/as preadolescentes y bajo autoconcepto.

Se trabaja autoestima, habilidades sociales, búsqueda de empleo o cursos de formación, cuidados y educación de los hijos, (dinámicas de grupo, rol playing, talleres...). Con los menores se llevan a cabo actividades psicomotoras, sensorial, inteligencia práctica, pensamiento lógico y afectividad, así como la observación y traslado de información de éstos.

También se realizan otras actividades motivadoras como la participación en programas de radio, cine forum, organización de reuniones y celebraciones y manualidades.

El personal adscrito al programa son: una psicóloga experta en trabajo de Habilidades Sociales, dinamización de grupos e inserción del colectivo Mujer, una cuidadora de niños y la técnica responsable del Plan Municipal sobre Drogas.

Evaluación

La evaluación es continuada.

De las necesidades

Justificación- indicadores

- Mujeres con dificultades especiales y mayor vulnerabilidad social, que requieren intervenciones específicas.
- Porcentaje alto de mujeres con características que les hacen poder ser catalogadas como de alto riesgo.
- Las mujeres consumidoras, ex-consumidoras o en riesgo presentan más dificultades en acceder y permanecer en recursos de deshabituación.
- Necesidad de rehabilitar la función materna y la reconstrucción de la identidad femenina.
- Alto porcentaje de mujeres pertenecientes a familias monoparentales, con escasos apoyos familiares y económicos.

La primera evaluación de las necesidades de las personas que entran en el programa se hace a través de la entrevista inicial individual, con un análisis de la situación personal, de los intereses, de la disposición temporal y de las carencias a cubrir.

Basándose en ella se hacen los grupos, se fijan las prioridades, se crean los objetivos y se piden los recursos y materiales a utilizar.

Urge tomar en cuenta la necesidad de rehabilitar la función materna y la reconstrucción de la identidad femenina, aspectos que revierten positivamente no solo en su propia recuperación, sino también en la prevención ante situaciones de riesgo, contribuyendo a evitar la transmisión generacional de los conflictos.

Estas mujeres necesitan que les ayuden a canalizar sus necesidades, para ello es necesario autogestionarlas dentro de sus posibilidades, contribuyendo a aumentar tanto su autoestima, e intentar cubrir sus necesidades formativas y laborales.

Del proceso

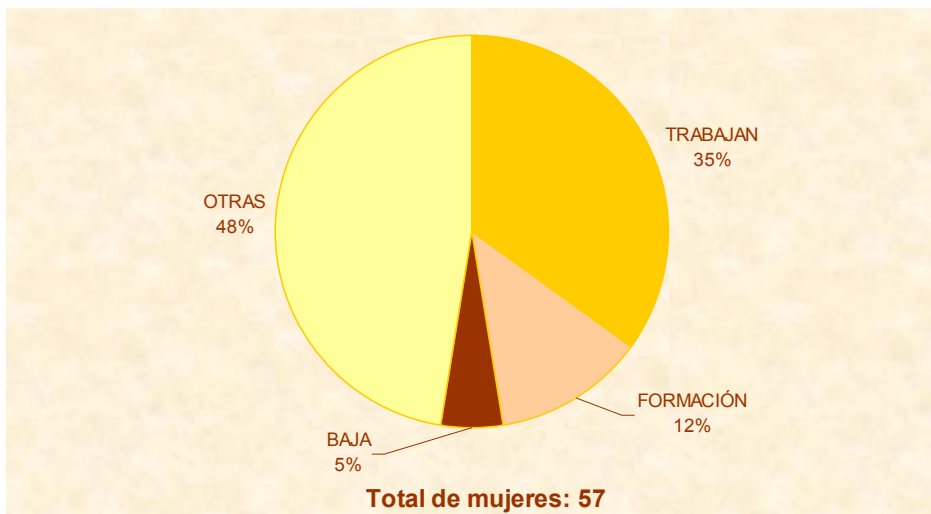
Así llegamos a la conclusión de la necesidad de mejorar la calidad de vida de estas madres así como su bienestar social y de ampliar este Programa con la formación de grupos específicos de Padres y Madres pertenecientes a Ampas en Institutos de Enseñanza Secundaria, ya que demandan nuestra participación realizando actividades específicas con ellos/as en temática de Habilidades Sociales y Prevención de Drogodependencias, incluso se ha pedido nuestra participación en los de Colegios Municipales.

Desde Talleres de Empleo se ha solicitado nuestra colaboración para impartir Talleres semanales.

De los resultados conseguidos

De las 57 mujeres adscritas al programa 20 comenzaron a trabajar, 7 realizan diversos cursos de formación y 3 fueron baja.

Figura 8.3.1. Resultados de evaluación del programa socioeducativo para mujeres consumidoras, ex-consumidoras o en riesgo de consumir drogas con menores a cargo (%).



Institución y centro responsable de la intervención o programa

Plan Municipal Sobre drogas del Ayuntamiento de Mieres con el apoyo de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Referencias bibliográficas

"Protego". Entrenamiento en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias. "Manual para aprenderlas y enseñarlas" Edex. "En familia, claves para prevenir los problemas de Drogas" FAD 2005.

Contacto

Página Web: www.ayto-mieres.es E-mail: pmd@ayto-mieres.es

9.- Indicadores del Plan sobre Drogas para Asturias

Indicador 9.1. 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. 2006.

	Hombre	Mujer	Total
Fumar un paquete de tabaco diario	88,0	90,7	88,3
Tomarse 5-6 cañas o copas el fin de semana	41,6	52,4	46,8
Tomarse 1 ó 2 cañas o copas al día	54,9	65,9	60,1
Fumar hachís/marihuana alguna vez	72,6	76,7	74,6
Fumar hachís/marihuana habitualmente	89,0	92,4	91,0
Tomar tranquilizantes para dormir alguna vez	65,6	63,9	64,5
Tomar tranquilizantes para dormir habitualmente	88,8	91,1	89,8
Consumir éxtasis alguna vez	92,7	94,9	93,8
Consumir éxtasis habitualmente	97,0	98,0	97,5
Consumir cocaína alguna vez	90,3	93,4	92,0
Consumir cocaína habitualmente	96,9	97,9	97,3
Consumir heroína alguna vez	92,6	95,0	93,8
Consumir heroína habitualmente	96,9	98,4	97,7
Inyectarse drogas alguna vez	94,1	96,1	95,1
Inyectarse drogas habitualmente	97,6	98,4	97,8

Indicador 9.2. 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. 2006.

	Hombre	Mujer	Total
Toma de contacto con el tabaco	10,2	15,3	12,6
Inicio consumo de tabaco diario	6,4	11,4	8,8
Toma de contacto con el alcohol	25,7	30,6	28,1
Inicio de consumo de alcohol todas las semanas	22,4	27,5	25
Toma de contacto tranquilizantes. 1º vez	1,6	4,4	2,9
Toma de contacto cannabis . 1º vez	16,4	17,5	16,9
Toma de contacto cocaína . 1º vez	4,4	3,9	4,1
Toma de contacto heroína . 1º vez	0,5	0,4	0,5
Toma de contacto anfetaminas . 1º vez	1,5	1,5	1,5
Toma de contacto alucinógenos. 1º vez	4,4	2,1	3,1
Toma de contacto con sustancias volátiles . 1º vez	1,2	1,6	1,4
Toma de contacto con éxtasis . 1º vez	1,8	0,7	1,3

Indicador 9.3. Edad media de inicio de consumo de tabaco, de alcohol y drogas ilegales. Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. 2006.

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

Indicador 9.4. 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. 2006, Encuesta de Salud para Asturias 2008 y Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España. 2007.

Jóvenes de 14 a 18 años	Hombre	Mujer	Total
Fumador diario	11,1	15,8	13,3
Consumo de alcohol "último treinta días"	68,1	71,4	69,7
Consumo de alcohol diario	3,6	2,1	2,9
Consumo de alcohol día de semana	23,6	27,6	19,3
Consumo de alcohol fin de semana	69,4	67,9	71,4
Consumo de tranquilizantes "últimos 30 días"	2,5	3,5	3,0
Consumo de cannabis diario	4,9	0,6	2,9
Consumo de cannabis "último mes"	20,9	16,5	18,8
Consumo de cocaína "último mes"	4,2	2,4	3,3
Consumo de heroína "último mes"	0,7	0,4	0,5
Consumo de speed y anfetaminas "último mes"	1,3	0,6	1,0
Consumo de alucinógenos "último mes"	1,0	0,6	1,0
Consumo de éxtasis "último mes"	1,5	0,5	1,0

Adultos >15 años y de 15 a 64 años	Hombre	Mujer	Total
Fumador diario	31,7	24,2	27,8
Consumo de alcohol diario	21,7	5,3	13,0
Consumo de hipnosedantes (últimos 15 días)	9,3	17,8	13,8
Consumo de cannabis diario	1,4	0,5	1,0
Consumo de cannabis "último mes"	6,5	2,6	4,6
Consumo de cocaína "último mes"	2,2	0,0	1,1
Consumo de heroína "último mes"	0,0	0,0	0,0
Consumo de speed y anfetaminas "último mes"	0,0	0,0	0,0
Consumo de alucinógenos "último mes"	0,7	0,0	0,4
Consumo de éxtasis "último mes"	0,2	0,0	0,1

Indicador 9. 5. Prevalencia de consumidores de un paquete de tabaco o más por género (dentro de fumadores). (%). Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

Adultos de 15 a 64 años	Hombre	Mujer	Total
Total	55,3	39,7	48,2

Indicador 9.6. 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 de Salud para Asturias 2008.

Adultos de 15 a 64 años	Hombre	Mujer	Total
Total	10,8	1,7	6,0

INDICADOR 9.7. 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. 2006.

Jóvenes de 14 a 18 años	Hombre	Mujer	Total
Total	33,6	36,9	35,2

Indicador 9. 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 9.9. Prevalencia de consumidores de tranquilizantes, somníferos y antidepressivos (últimos quince días) por género y grupo de edad .Fuente: Encuesta de Salud para Asturias. 2008

		Tranquilizantes
Total		13,8
	16-29	2,9
	30-44	9,2
	45-64	16,4
	>65	23,3
Sexo		
	Hombres	9,3
	Mujeres	17,8

Indicador 9.10. Prevalencia de exfumadores en la población, por género (%). Fuente: Encuesta de Salud para Asturias 2008.

Adultos >15	Hombres	Mujeres	Total
Ex fumadores (población general)	25,8	7,7	16,3
Ex fumadores (dentro de los que fueron fumadores)	42,6	22,6	34,9

Indicador 9.11 Número y proporción de muertes atribuibles al tabaco por género. Observatorio sobre Drogas para Asturias.2006

Año 2006	Hombre	Mujer	Total
Muertes	1791	710	2507
Proporción	28,2	11,9	20,3

Indicador 9.12. Número y proporción de muertes atribuibles al alcohol por género.

Año 2006	Hombre	Mujer	Total
Muertes	296	71	367
Proporción	4,6	1,1	3

Indicador 9.13. Número y proporción de muertes por reacción aguda a la toma de drogas por género.

Año 2006	Hombre	Mujer	Total
Muertes	21	5	26
Proporción	0,004	0,0008	0,002

Indicador 9.14. 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 2007)

Con Tratamiento previo	Sin Tratamiento previo	Total
6,1	2,6	4,4

Indicador 9.15. 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 2007

	Con Tto previo	Sin Tto previo	Total
Positivo	8,2	1,3	5,4
Negativo (análisis últimos 6 meses)	19	13,8	16,2
Negativo (sin fecha de análisis)	42,9	11,2	32,8
Sin análisis o resultado desconocido	29,9	73,7	48,3

Indicador 9.16. 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



Gobierno del Principado de Asturias

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
