

INFORME SOBRE DROGAS EN ASTURIAS

INFODROG 2010



**OBSERVATORIO SOBRE DROGAS para
ASTURIAS**

Informe sobre Drogas Asturias 2010 INFODROG

Observatorio sobre Drogas
Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas de Asturias
Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad

Ficha Técnica:

Promueve y Edita:

Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

Distribuye:

Observatorio sobre Drogas para Asturias
Unidad de Coordinación del Plan de Drogas
Dirección General de Salud Pública

Equipo de la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas para Asturias:

Victoria Díaz Fernández, Trabajadora Social
Verónica Díaz Rivero, Auxiliar Administrativo
Mayte Fernández Arango, Administrativo
Nadia García Alas, Pedagoga
Camino Gontán Menéndez, Documentalista
Antón González Fernández, Sociólogo
Luisa González Gutiérrez, Trabajadora Social
José Ramón Hevia Fernández, Médico
Asunción Modino Turienzo, Trabajadora Social
Mónica Regueira Álvarez, Trabajadora Social

Redacción y Coordinación:

Antón González Fernández
Nadia García Alas
José Ramón Hevia Fernández

Colaboraciones:

Victoria Díaz Fernández, UCPD
Camino Gontán Menéndez, UCPD
Luisa González Gutiérrez, UCPD
Mónica Regueira Álvarez, UCPD
Marisa Redondo, Registro de la Mortalidad de la Dirección General de Salud Pública
Julio Cesar Fernández, Unidad de Coordinación de Salud Mental –UCOSAM-
Margarita Eguiagaray, Unidad de Coordinación de Salud Mental –UCOSAM-

Agradecimientos:

A Ignacio Donate Suárez, por la labor realizada durante años en el Observatorio Sobre Drogas y por la colaboración prestada en la redacción de este informe.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Delegación del Gobierno del Principado de Asturias, Centro Penitenciario de Villabona, ONG's sobre drogas, Planes Municipales sobre Drogas y a todas las personas, organismos, instituciones que han facilitado información para que este documento pudiera ver la luz.

A los miembros de la Comisión de Seguimiento del Observatorio sobre Drogas para Asturias:

Margarita Eguiagaray García, Ana Belén Díaz Fernández, Juan Ramón Santos Fernández, Ángeles Rocas González, Rafael Cofiño Fernández, Berta Cid Vila y Félix Álvarez Carrascal.

Dedicatoria:

A Eduardo Gutiérrez Cienfuegos.

Oviedo, 9 de febrero de 2012

Índice

Introducción

Apartado I: Consumo, Percepción y Opinión de la Población ante las Drogas

1. Algunas Notas Metodológicas
2. Algunas Precisiones Conceptuales

Apartado I: Sección 1ª: Consumo de Drogas en la población de 15 a 64 años en Asturias

1. **Perspectiva General**
2. **El Consumo de Sustancias Legales en la población asturiana de 15 a 64 años**
 - 2.1. Tabaco
 - 2.2. Bebidas Alcohólicas
 - 2.3. Hipnosedantes (Tranquilizantes y Somníferos)
3. **El Consumo de Sustancias Ilegales en la población asturiana de 15 a 64 años**
 - 3.1. Cánnabis
 - 3.2. Cocaína
 - 3.3. Resto de Sustancias: Speed/Anfetaminas, Alucinógenos, Éxtasis y Heroína
4. **Percepción Social sobre la Importancia del Problema del Consumo de Sustancias**
5. **Percepción Social del Riesgo de consumo de Diferentes Sustancias**
6. **Percepción Social de la Accesibilidad de las Sustancias Ilegales**
7. **Conclusiones**
 - 7.1. Tabaco
 - 7.2. Alcohol
 - 7.3. Hipnosedantes
 - 7.4. Cannabis
 - 7.5. Cocaína
 - 7.6. Resto de Sustancias: Speed/Anfetaminas, Alucinógenos, Éxtasis y Heroína

Apartado I: Sección 2ª: Los Jóvenes de 14 a 18 años y el consumo de sustancias psicoactivas en Asturias

1. **Panorama General**
 - 1.1. Sexo
 - 1.2. Edad
 - 1.3. Edad Media de Inicio
 - 1.4. Riesgo Percibido
 - 1.5. Disponibilidad Percibida
 - 1.6. Información Recibida
 - 1.7. Actividades del Tiempo Libre
2. **Consumo Sustancias Legales**
 - 2.1. Tabaco
 - 2.2. Bebidas Alcohólicas

2.3. Hipnosedantes (Tranquilizantes y Somníferos)

3. Consumo de Sustancias Ilegales: Cannabis, Cocaína, Éxtasis y otras drogas de diseño

3.1. Cannabis

3.2. Cocaína

3.3. Éxtasis y otras Drogas de Diseño

4. Resto de Sustancias Ilegales

4.1. Anfetaminas

4.2. Alucinógenos

4.3. Sustancias Volátiles

4.4. Heroína

5. Policonsumo

6. Riesgo Percibido ante el Consumo de Drogas

7. Disponibilidad Percibida de Drogas

8. Información Recibida

9. Actividades del Tiempo Libre

10. Cantidad de Dinero Disponible

11. Resumen

Apartado II: Programas de Prevención

1. Programas de Prevención del Consumo de drogas

1.1. Prevención Universal, Selectiva e Indicada.

2. Planes Municipales sobre Drogas

2.1. Presupuesto Aportado por la Comunidad Autónoma a los Planes/Programas Municipales sobre Drogas

2.2. Actividades más relevantes de los Planes y/o Programas Municipales sobre Drogas

3. Programas y Actividades de Prevención del Consumo de drogas

3.1. Ámbito Escolar.

3.1.1. Proyectos Pedagógicos de Educación y Promoción de la Salud

3.1.1.1. Programas promovidos por el Plan sobre Drogas para Asturias.

3.1.1.2. Programas auspiciados por los Planes y/o Programas Municipales sobre Drogas.

3.1.2. Exposiciones Itinerantes: «¿De qué van las Drogas? ¿De qué van los jóvenes?», «Cannabis: lo que hay que saber», «Coca ¿qué?»

3.2. Ámbito Familiar

3.2.1. Programas Regionales y Municipales

3.3. Ámbito Laboral

3.3.1. Acciones Regionales y Municipales

3.4. Ámbito Comunitario

3.5. Ámbito Sanitario

3.5.1. Acciones Regionales y Municipales

3.6. Otros

Apartado III: Admisión a Tratamiento y Urgencias por abuso de sustancias psicoactivas en la Red Pública de Salud Mental

- 1. Admisión a tratamiento de personas por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en la red de Salud Mental del Principado de Asturias**
 - 1.1. Admisiones «Con» y «Sin» Tratamiento Previo
 - 1.2. Evolución Temporal de las Admisiones a Tratamiento
 - 1.3. Sustancia que Motiva la Admisión a Tratamiento
 - 1.4. Vía de Administración de la Sustancia
 - 1.5. Infección V. I. H.
 - 1.6. Media de Edad
 - 1.7. Situación Laboral
 - 1.8. Otras Drogas Consumidas
 - 1.9. Nivel de Estudios

- 2. Análisis por Género**
 - 2.1. Distribución de las personas admitidas a tratamiento según sexo
 - 2.2. Admisiones a Tratamiento, Sexo y Nivel de Estudios
 - 2.3. Situación Laboral
 - 2.4. Droga Principal y Vía de Consumo
 - 2.5. VIH

- 3. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas Ilegales**
 - 3.1. Evolución Temporal
 - 3.2. Sustancia causante de la Urgencia
 - 3.3. Edad Media de las personas atendidas

- 4. Admisión a Tratamiento por abuso o dependencia del Alcohol**

- 5. Urgencias Hospitalarias por Consumo de Alcohol**

Apartado IV: Programas y Recursos de Deshabitación e Incorporación Social

- 1. Programas y Recursos Residenciales**
 - 1.1. Comunidades Terapéuticas
 - 1.1.1. Destinatarios

- 2. Programas y Recursos Sociosanitarios**
 - 2.1. Programas Jurídico-Penales
 - 2.1.1. Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD)
 - 2.2. Centro Penitenciario de Villabona

- 3. Programas y Recursos de Incorporación Social y Otros**
 - 3.1. Pisos de Inserción
 - 3.2. Recursos de Centro de Día
 - 3.2.1. Fundación ADSIS Gijón
 - 3.2.2. Amigos Contra la Droga Avilés
 - 3.2.3. Centro de Día Buenos Amigos de Mieres

Apartado V: Programas de Disminución de Riesgos y de Reducción del Daño

- 1. La disminución de riesgos y reducción del daño en el Plan de Drogas para Asturias 2010-2016.**
 - 1.1. Reducción del Daño
 - 1.2. Disminución del Riesgo

- 2. Reducción del Daño; Recursos y Dispositivos**
 - 2.1. Centros de Emergencia Social. Centros de Encuentro y Acogida «CEA».
 - 2.1.1. Centro Municipal de Encuentro y Acogida de Gijón «CMEA»
 - 2.1.2. Centro de Encuentro y Acogida de Oviedo «CEA»
 - 2.2. Programa Trolebús
 - 2.3. Programa de Dispensación de Metadona en Oficinas de Farmacia
 - 2.4. Programa de Intercambio de Jeringuillas; distribución SANIKITS
 - 2.5. Programa de Dispensación de Metadona

- 3. Disminución del Riesgo; Programas**
 - 3.1. Programa Zona Clave.
 - 3.1.1. Intervenciones Zona Gijón Periodo 2008 - 2009
 - 3.1.2. Intervenciones Zona Avilés Periodo 2008 -2009
 - 3.1.3. Intervenciones Zona Oviedo Periodo 2008-2009

Apartado VI: Estimación de la Mortalidad Asociada al Consumo de Drogas

- 1. Estimación de Muertes Atribuibles al Tabaco en Asturias**
- 2. Estimación de Muertes Atribuibles al Alcohol en Asturias**
- 3. Estimación de Muertes Atribuibles al Consumo de Drogas (excluidas tabaco y alcohol) en Asturias.**

Apartado VII: Indicadores sobre la Oferta y Control de Drogas

- 1. Denuncias, Decomisos y Detenciones: datos de España y Asturias**
- 2. Drogas y Seguridad**
- 3. Venta de Bebidas Alcohólicas**
- 4. Alcohol y Tráfico**
- 5. Tabaco**
- 6. Otras Sustancias**

Apartado VIII: Experiencias de Buenas Prácticas en Prevención

- 1. Nuestro Huerto Escolar: Programa Intergeneracional de Promoción de la Salud en Taramundi**
 - 1.1. Presentación
 - 1.2. Objetivos
 - 1.3. Población Destinataria
 - 1.4. Personas Implicadas
 - 1.5. Metodología
 - 1.6. Desarrollo
 - 1.7. Contenidos de las Sesiones:
 - 1.8. Temporalización
 - 1.9. Impacto
 - 1.10. Innovación

1.11. Evaluación

2. Programa Ocio Juvenil Oviedo

- 2.1. Descripción
- 2.2. Objetivos
- 2.3. Población Destinataria
- 2.4. Metodología y Estrategias
- 2.5. Actividades
- 2.6. Evaluación
- 2.7. Impacto (Mejoras conseguidas)
- 2.8. Sostenibilidad (Cambios duraderos conseguidos)
- 2.9. Fortalecimiento de la Comunidad (Aspectos conseguidos)
- 2.10. Innovación y Posibilidad de Transferencia
- 2.11. Enfoque de Género

3. Estrategia Bola de Nieve con Grupos Naturales de Adolescentes y Jóvenes en Situación de Riesgo en Avilés

- 3.1. ¿A Que Demanda Respondemos?
- 3.2. ¿Que Queremos Conseguir?
- 3.3. ¿Cuales Son Nuestros Logros?
- 3.4. Desarrollo de la Experiencia
- 3.5. ¿Que Aspectos Éticos y/o Valores Destacamos?
- 3.6. Nuestra Aportación Singular

Introducción

En el presente informe del Observatorio sobre Drogas para Asturias correspondiente al año 2010, como en los anteriores desde el primero realizado en 2003, se pretende realizar una descripción lo más completa posible de la situación del contexto socio-sanitario de las drogas en nuestra región, tratando de reflejar no solo los aspectos epidemiológicos que rodean a los consumos, sino también los programas y actuaciones de 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 (de 15 a 64 años) y los jóvenes de Asturias (de 14 a 18 años), con datos que proceden del Programa de Encuestas del Plan Nacional Sobre Drogas. En estos momentos se dispone de una dilatada serie temporal que nos permite por un lado describir adecuadamente la situación actual, y por otro, aproximarnos a las tendencias que dibujan a lo largo del tiempo los indicadores sobre consumos, actitudes, disponibilidad, opinión, etcétera, respecto de las drogas.

En el ámbito de la PREVENCIÓN se hace una descripción y actualización con los últimos datos 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 «El Secreto de la Buena Vida», y por otro, aquellos desarrollados por los Ayuntamientos a través de los Planes Municipales de 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 SEIT «Admisión a tratamiento» 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 del centro de día «Buenos Amigos».

En el apartado de la DISMINUCIÓN DE RIESGOS y REDUCCIÓN DE DAÑOS y, además de analizar el Programa de Disminución de Riesgos en Lugares de Ocio «Zona Clave» y de Reducción del Daño como los de acercamiento de los recursos a personas con mayor problemática social y sanitaria «Trolebús» y de intercambio de jeringuillas «SANIKITS», se incorpora en esta ocasión el Programa de Dispensación de Metadona en Oficinas de Farmacia 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 recoge algunas EXPERIENCIAS DE BUENAS PRÁCTICAS PREVENCIÓN llevadas a cabo en nuestra CC.AA.

Apartado I
Consumo, Percepción y
Opinión de la Población
sobre las Drogas

1. Algunas Notas Metodológicas

Las encuestas son una herramienta básica de las ciencias sociales que nos permiten estimar, con un margen de error y un nivel de confianza determinados, cómo se distribuyen determinadas variables en una muestra representativa de una población con el objeto de extrapolar esos resultados al universo representado por la muestra, en nuestro caso la población relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas. Además de ofrecer información que permite contextualizar las pautas de consumo, conocer las características sociodemográficas de los consumidores y sus percepciones de riesgo y disponibilidad de las sustancias, las encuestas, repetidas periódicamente en el tiempo (como las realizadas por el Plan Nacional de Drogas o la Encuesta de Salud de Asturias, -ESA-), permiten comparar series temporales de las mismas variables e indicadores, observando su evolución en el medio y largo plazo y sus trayectorias o tendencias, lo que siempre es una información valiosa para la toma de decisiones de cara a actuaciones a desarrollar.

En este informe se presentan los datos obtenidos de las últimas encuestas realizadas en materia de salud y/o de drogas en nuestra comunidad autónoma: la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas 2009/10 (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2008 (ESTUDES).

La **Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas (EDADES)** es una encuesta domiciliaria bienal sobre esta materia dirigida a la población entre 15 y 64 años que realiza la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas desde el año 1995. 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.

En la edición del año 2007-2008 se incluyó un módulo de preguntas específico sobre consumos en el Medio laboral que sólo se aplicaba a las personas que en el momento de la entrevista tenían empleo o que, estando en paro, tenían experiencia laboral previa. El objetivo era ampliar la información disponible, dada la importancia que el consumo de drogas puede tener tanto para los/as trabajadores/as como a terceros.

Los datos más recientes que nosotros vamos a recoger corresponden a la submuestra de Asturias del año 2009/10 que se ajusta a la siguiente metodología:

- 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.
- Muestra: En todo el Estado se realizaron un total de 20.109 entrevistas, de las que 753 correspondieron a Asturias. La distribución de la muestra por comunidades autónomas y grupos de edad es desproporcionada, para sobre representar a las comunidades más pequeñas y a la población joven de 15 a 39 años, más expuesta al consumo de drogas.
- La afijación y selección de la muestra se hizo por conglomerados trietápicos (secciones censales, hogares e individuos) sin sustitución.
- El ámbito temporal del trabajo de campo (noviembre 2009 y enero-febrero 2010) y presentación oficial de datos (diciembre de 2010) hace que sus resultados se muestren como «2009/10».
- 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 1. Distribución de la muestra de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en Adultos (EDADES), Asturias y España 1995-2009.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Asturias	388	709	457	419	433	1.049	835	753
España	8.888	12.304	12.234	14.113	12.033	27.934	23.715	20.109

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 vamos a referirnos a la fracción muestral asturiana del año 2008.

En ese año se aumentó la muestra que tenía asignada nuestra Comunidad (656 casos) hasta alcanzar los 1.766 sujetos lo que permite aumentar el nivel de confianza y reducir el margen de error para mejorar la precisión y 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 (2008). Se realizó en otoño en dos oleadas.
- Para mejorar la precisión. en nuestra Comunidad Autónoma se aumentó la submuestra asignada dentro de la muestra nacional en 19 centros, 12 aulas y 1.110 alumnos/as, lo que supuso un total de 48 centros, 96 aulas y 1.766 estudiantes entrevistados.

Tabla 2. Distribución de la muestra de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) en Asturias y España. 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Asturias	993	875	765	661	744	584	1.737	1.766
España	20.931	18.966	18.085	20.450	26.576	25.521	26.454	30.183

Para ajustar los resultados de la muestra de las encuestas a la distribución real del universo muestral (población asturiana de 15 a 64 en el caso de EDADES y población escolar de 14 a 18 en el caso de ESTUDES), los porcentajes de consumo están ponderados por edad y sexo en el caso de EDADES y por nivel de estudios, titularidad del centro y número de estudiantes en la ESTUDES.

Esto significa que los porcentajes obtenidos en la encuesta se multiplican por unos coeficientes que tienen en cuenta el tamaño de la población para cada variable y que se llaman Coeficientes de Ponderación.

2. Algunas Precisiones Conceptuales

En el presente texto se utiliza con frecuencia el término de «*Prevalencia*» entendido como la *proporción de personas* que responden a las variables del cuestionario de una u otra forma. Este concepto no es exactamente el mismo que el que se utiliza en el análisis epidemiológico en el que por Prevalencia se entiende la *relación del número de casos existentes de una determinada variables* (p. ej. Consumo de alcohol en la última semana) *entre el número de casos posibles*.

El término se diferencia del de «*Incidencia*», que representaría el *número de casos nuevos que surgen en un área y en un periodo de tiempo determinados*, también muy utilizado en el análisis epidemiológico.

Siguiendo a Pons y Berjano,¹ también es interesante definir tres términos como son los de «*consumo*», «*abuso*» y «*dependencia*».

Estos autores entienden por consumo «*la utilización que se hace de una sustancia en un determinado momento. En un sentido estricto contempla únicamente la ingesta actual, aislada de otras ingestas pasadas o futuras. Es posible que algunas personas puedan consumir o utilizar algunas sustancias en determinadas circunstancias y no pasen a una utilización masiva o un abuso de las mismas. En otras palabras, se puede tomar cualquier droga, sin que necesariamente el sujeto que la consume pueda convertirse en abusador o dependiente de la misma*».

Los intervalos de tiempo que se manejan habitualmente para comunicar la prevalencia de consumo de alguna sustancia son; «*alguna vez en la vida*», en los «*últimos doce meses*», en los «*últimos treinta días*» y por supuesto el «*diario*». El primero es un indicador amplio que refleja los consumos de tipo «*experimental*», útil particularmente para evaluar las pautas de conducta en los jóvenes y escolares. El consumo en el «*último año*» es entendido como de tipo «*esporádico*», mientras que los realizados en los «*últimos treinta días*» o «*habitual*» y el «*diario*» son asociados a conductas de **mayor riesgo**.

El «Glosario de Términos de Alcohol y Drogas de la Organización Mundial de la Salud»² define los siguientes tipos de consumo:

- **Consumo experimental** (*experimental use*) como las primeras veces que se consume una droga determinada (incluyendo el tabaco o el alcohol). El término se refiere en ocasiones a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.
- **Consumo de riesgo** (*hazardous use, hazardous drinking*). Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo **se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual**. Este término se utiliza actualmente por la OMS, pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10).

¹ PONS DIEZ, J. y BERJANO PEIRATS, E. «*El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*». DGPND.

² Organización Mundial de la Salud, 1994 «*Lexicon of Alcohol and Drug Terms*». Edición en español realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2008.

- **Consumo excesivo** (*excessive drinking*). Término desaconsejado actualmente para referirse a un hábito de consumo que excede el «*standard*» de consumo moderado o aceptado. Un equivalente aproximado que se utiliza hoy en día es el término «*consumo de riesgo*». En la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades se hacía una distinción entre **dos tipos de consumo excesivo de alcohol: el episódico y el habitual**, donde el consumo excesivo era aparentemente equivalente al de intoxicación etílica. El **consumo excesivo episódico** (también atracón o consumo intensivo de alcohol) consiste en episodios relativamente breves que se producen al menos algunas veces al año. Pueden durar varios días o semanas. El **consumo excesivo habitual** consiste en el consumo regular de cantidades de alcohol lo bastante grandes como para perjudicar la salud de la persona o el orden social.
- **Consumo abusivo** (*heavy drinking*) es definido por la OMS como el patrón de consumo que excede un estándar de consumo moderado o (de manera más ambigua) consumo social. Es el consumo que supera un volumen diario determinado (p. ej., tres bebidas al día) o una cantidad concreta por ocasión (p. ej., cinco bebidas en una ocasión, al menos una vez a la semana).

Otro tipo de consumo muy utilizado en la actualidad vinculado al alcohol es el de «**Consumo intensivo de alcohol**», «**atracón**» o «consumo concentrado», término relacionado con el citado «**consumo excesivo episódico**». Los términos son la traducción del inglés «*binge drinking, heavy episodic drinking, risky single-occasion drinking, heavy sessional drinking*». Para su definición se suele aludir a aspectos relacionados con la **cantidad consumida** (medida en gramos de alcohol o en número de consumiciones) y la **frecuencia de consumo o el intervalo temporal** en el que se ingiere la sustancia, entre otros. En un intento de llegar a un consenso en España, el grupo de expertos reunidos en la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica definió el «**episodio de consumo intensivo de alcohol**» en función de criterios de **cantidad, duración y frecuencia**, considerándolo como la «*ingesta de 60 o más gramos de alcohol (6 Unidades de Bebida Estándar -UBEs) en varones y de 40 o más gramos (4 UBEs) en mujeres, concentrada en una única sesión (habitualmente 4-6 h), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8)*» (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)³.

Por otro lado, la OMS define **Abuso** (*abuse*) de drogas, alcohol, sustancias, sustancias químicas o sustancias psicoactivas, como un grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R⁴, el «**abuso de sustancias psicoactivas**» se define como «*un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso*». Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término «dependencia» cuando proceda. El término «abuso» se utiliza a veces con «desaprobación» para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-105 (ICD-10). Las expresiones «**consumo perjudicial**» y «**consumo de riesgo**» («*hazardous use*») son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la

³ Cortés Tomás, M^a T.; Espejo Tort, B.; Martín del Río, B.; Gómez Iñiguez, C. «*Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas*». Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72714400002>

⁴ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.). Publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana, contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición citada es la tercera revisada (DSM-III-R). La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional ya citado (CIE-10), cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

⁵ Clasificación Internacional de Enfermedades, décima de edición.

salud y no a las consecuencias sociales. La *Office of Substance Abuse Prevention* de Estados Unidos también desaconseja el empleo del término «abuso», aunque expresiones tales como «abuso de sustancias» siguen utilizándose de forma extendida en Norte América para referirse generalmente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

La misma fuente define **Dependencia** (*dependence*) aplicado al alcohol y otras drogas como la «*necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal*». En el DSM-III-R, la dependencia se define como un «*grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas*». Equivale, más o menos, al **síndrome de dependencia** recogido en la CIE-10 (ICD-10). En el contexto de la CIE-10 (ICD-10), el término dependencia podría referirse en general a cualquiera de los componentes del síndrome. Este término se intercambia a menudo con el de **adicción y alcoholismo**.

En 1964, un Comité de Expertos de la OMS introdujo el término «**dependencia**» para sustituir a los de **adicción** y **habituación**⁶. Por regla general, el término puede utilizarse en referencia a toda la gama de sustancias psicoactivas (farmacodependencia, drogodependencia, dependencia de sustancias químicas, dependencia del consumo de sustancias) o para referirse a una droga o a una clase de drogas concreta (p. ej., dependencia del alcohol, dependencia de opiáceos).

Si no se especifica, **la dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos**. La **dependencia psicológica o psíquica** se aplica al deterioro del control sobre la bebida o sobre el consumo de la sustancia (ansia, «*craving*», compulsión), mientras que la **dependencia fisiológica o física** se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia.

Por último, la citada **Unidad de Bebida Estándar –UBE-** («*standard drink*») es una forma rápida y práctica de conocer los gramos de alcohol consumidos y se define⁷ como la «*cantidad de bebida necesaria para ingerir 10 gramos de etanol puro (en Europa y EE.UU.) u 8 gramos en el caso de Gran Bretaña*». Conociendo la graduación de la bebida y la cantidad ingerida es fácil calcular las UBEs consumidas simplemente calculando los gramos de alcohol ingeridos⁸.

A partir de este concepto la OMS considera como consumo de riesgo una cantidad igual o mayor de 28 UBEs por semana en hombres y 17 en mujeres.

⁶ WHO expert Committee on Addiction-producing Drugs. *Thirteenth report of the WHO Expert Committee*. Geneva, World Health Organization, 1964 (WHO Technical Report Series, Nº.273).

⁷ Informe de la Comisión Clínica de Alcohol para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007.

⁸ Para determinar los grados de alcohol puro contenidos en una bebida alcohólica, en función de su graduación y de la cantidad ingerida, se aplica la fórmula siguiente: Gramos de alcohol puro = (graduación de la bebida x cantidad ingerida en cm³ x 0,8).

Apartado I
Sección 1ª
Consumo de Drogas en la
población de 15 a 64 años en
Asturias

1. Perspectiva General

Según la Real Academia la etimología del término «droga» proviene del árabe hispánico «*hadrúka*»; literalmente, «*charlatanería*» y entre las distintas acepciones recogidas, las dos primeras la definen como «*Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes*» y como «*Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno*» y distingue entre «*blanda, la que no es adictiva o lo es en bajo grado, como las variedades del cáñamo índico*» y «*dura, la que es fuertemente adictiva, como la heroína y la cocaína*».

Desde el punto de vista de la **salud pública** el término se aplica a una cantidad importante de sustancias diferentes que presentan efectos muy dispares. Van desde las consideradas en las sociedades occidentales como drogas **legales** (tabaco, alcohol e hipnosedantes), hasta un sin fin de productos **de comercio ilícito** entre los cuales los más habituales en nuestro medio son el cánnabis, la cocaína, las drogas de síntesis, las anfetaminas, el speed, la heroína, los alucinógenos y los inhalantes volátiles.

Los datos que se presentan en este informe para reflejar los consumos de estas sustancias en la población general (de 15 a 64 años) son los obtenidos de la muestra asturiana de la encuesta EDADES del año 2009/10.

Tal y como se advierte en la edición nacional de la EDADES 2005⁹, como encuesta estatal la muestra de la EDADES está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para el conjunto de España (para un nivel de confianza del 95,5% -2 s- el error estimado para el conjunto de la muestra es del $\pm 3,0\%$). Sin embargo, el tamaño de las submuestras de las Comunidades Autónomas (sobre todo en las comunidades con menos población) hace que las prevalencias de las drogas menos extendidas tengan unos intervalos de confianza mayores. Si tenemos en cuenta además que se trata de un muestreo con diseño complejo, esto significa que «*dichas estimaciones están muy afectadas por el azar y pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas*»¹⁰. En nuestra comunidad Autónoma la encuesta EDADES 2009 se realizó sobre una muestra de 754 entrevistas válidas, muy inferior por ejemplo a las 2.495 de la Encuesta de Salud de Asturias de 2008. Por lo tanto sus resultados están sujetos a un margen de error más amplio y resulta más difícil establecer diferencias estadísticamente significativas, particularmente para las sustancias de comercio ilegal y de menor consumo, cuyos porcentajes, al ser muy bajos, resultan difíciles de interpretar.

Hechas estas puntualizaciones, al analizar el consumo de las diversas sustancias hay que comenzar recordando que la gran mayoría de la población no tiene problemas de consumo con ninguna de ellas. A partir de esta consideración, la primera afirmación que cabe realizar sobre el consumo de sustancias es que, como no resulta sorprendente, en Asturias como en España, las sustancias legales son las más consumidas.

De acuerdo con la submuestras asturiana de la EDADES 2009/10, el **alcohol** ocupa el primer lugar en porcentaje de población consumidora en la mayoría de las tipologías de consumo: **Experimental** (*Alguna vez en la vida*), **Esporádico** (*Últimos 12 meses*) y **Habitual** (*Últimos treinta días*), con la única excepción del **Diario**, donde es superado por el **tabaco** (32,1% frente a 11,5% de la población de 15 a 64 años).

El resto de las sustancias psicoactivas muestran proporciones de consumo mucho más pequeños, siendo los más relevantes los del los **tranquilizantes** (5% de población de 15 a 64 años que los consume diariamente, en su mayoría mujeres), y los **somníferos/sedantes** (2,5%) y

⁹ <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2005.pdf>

¹⁰ Op. cit.

el **cánnabis** en los consumos *experimental*, *esporádico* y *habitual* (con prevalencias respectivamente del 26,5%, 5,1% y 3,2% en el año señalado), ya que los *diarios* solo afectan al 0,5% de la muestra. La **cocaína**, los **alucinógenos**, las **anfetaminas**, las **drogas de síntesis**, la **heroína** y los **inhalables volátiles** reflejan prevalencias de consumo muy inferiores que se sitúan entre el 1% y el 10% en la tipología de *experimental* y por debajo del 1% para los consumos más habituales (Tabla 1).

Analizando los diversos consumos bajo la **perspectiva de género**, vemos que en general las proporciones de consumidores son siempre mayores que las de consumidoras, si bien, en las drogas legales, las diferencias intersexuales son menores que en el resto de sustancias.

Desde el punto de vista de la **edad**, en casi todas las sustancias las proporciones de consumidores son mayores en las cohortes de población más jóvenes, con la excepción también del alcohol y el tabaco, que tienen una importante presencia en todos los grupos de edad.

Y en general también **las prevalencias de consumo son mayores en las categorías de menor frecuencia** (*experimental*) **para ir descendiendo** al pasar a las categorías de mayor asiduidad (*habitual* y *diario*).

Por último, desde el **punto de vista evolutivo en el medio-largo plazo** (entre los años 1995 y 2009/10) cabe señalar **dos cuestiones significativas**; en primer lugar el **aumento de la proporción de población en el consumo *experimental*** (*«alguna vez en la vida»*) mientras que **el consumo «diario» se mantiene en los valores de años anteriores** (caso del **tabaco**, que pasa del 31,9% de 1995 al 32,1% en 2009, lo que supone un aumento de solo el 0,3%) **o incluso disminuye como ocurre con el alcohol** (que pasa del 15,9% en 1995 al 11,5% del 2009) **o el cánnabis** (que pasa del 0,9% en 1995 al 0,5% en 2009 después de haber pasado por valores del 2,2 o de 2,4 en años intermedios). Y en segundo lugar el **mantenimiento**, cuando no la **reducción**, de las proporciones **de población consumidora del resto de sustancias** en las tres tipologías de consumo.

INFODROG 2010
Tabla 1. Evolución de las prevalencias de consumo de diversas sustancias psicoactivas. Según sexo. Adultos 15-65 años.1995-2009. Asturias.

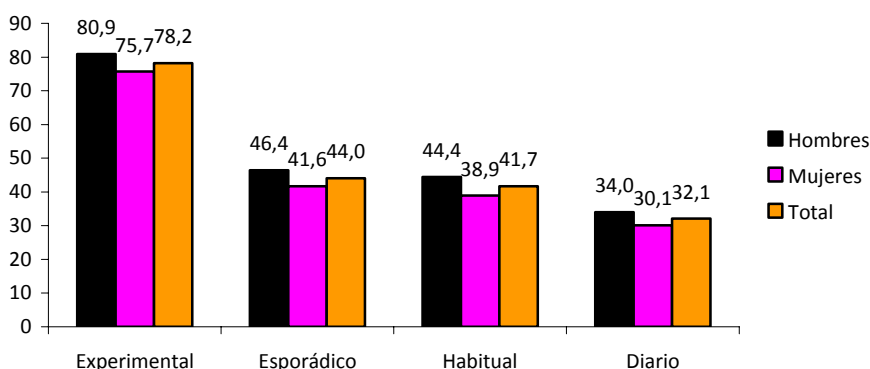
	1995			1999			2003			2007			2009		
Prevalencia de consumo Experimental «alguna vez en la vida»	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Tabaco				69,2	56,7	62,6	76,9	66,4	71,6	71,6	64,3	67,9	80,9	75,7	78,2
Alcohol				93,0	72,0	81,6	95,8	84,9	90,3	97,9	93,1	95,6	97,6	93,6	95,6
Cánnabis	16,8	9,3	12,6	27,0	14,8	19,9	33,0	22,5	27,7	33,6	18,5	25,7	34,7	18,3	26,5
Éxtasis	3,2	0,6	1,8	2,6	1,8	2,2	3,3	0,5	1,8	5,0	1,3	3,1	2,7	1,3	2,0
Alucinógenos	4,2	1,5	2,7	4,0	0,6	2,1	4,1	1,9	3,5	5,2	1,0	3,1	1,3	0,5	0,9
Anfetaminas/speed	4,8	2,9	3,8	3,9	0,9	2,2	5,1	1,4	3,3	6,9	2,3	4,6	1,6	0,3	0,9
Cocaína	6,9	2,4	4,5	4,6	1,1	2,3	10,0	1,9	6,0	9,5	3,2	6,4	10,4	2,9	6,6
Heroína	3,2	0,6	1,8	0,4	0,7	0,6	2,3	0,0	1,2	1,7	0,0	0,9	0,5	0,0	0,3
	1995			1999			2003			2007			2009		
Prevalencia de consumo Esporádico «últimos 12 meses»	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Tabaco				49,1	42,1	45,4	42,7	38,2	40,5	38,4	45,4	42,3	46,4	41,6	44,0
Alcohol	90,9	69,9	78,5	81,0	54,5	66,1	85,9	73,1	79,5	85,0	76,6	80,8	89,6	79,0	84,3
Cánnabis	9,1	2,8	5,7	9,6	3,7	6,9	14,0	5,6	9,8	10,5	5,6	8,0	8,5	1,6	5,1
Éxtasis	1,5	0,6	1,0	1,7	0,9	1,2	0,5	0,0	0,2	1,7	0,4	1,0	0,5	0,0	0,3
Alucinógenos	1,8	0,3	0,9	0,8	0,6	0,7	1,0	0,0	0,5	1,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Anfetaminas/speed	1,8	1,8	1,8	1,7	0,6	1,1	1,5	0,0	0,6	1,1	0,4	0,8	0,0	0,0	0,0
Cocaína	3,9	0,3	1,9	2,3	0,6	1,3	4,5	0,0	2,2	3,6	1,2	2,5	0,3	0,0	0,1
Heroína	1,6	0,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,3	0,0	0,1
	1995			1999			2003			2007			2009		
Prevalencia de consumo Habitual «en los últimos 30 días»	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Tabaco				46,3	37,6	41,5	36,7	36,3	36,5	41,2	36,0	38,9	44,4	38,9	41,7
Alcohol	76,4	45,1	58,8	69	39,8	53,1	80,8	61,9	71,3	73,1	55,3	64,5	83,9	65,0	74,4
Cánnabis	6,6	0,8	3,5	6,9	2,3	4,4	9,8	4,2	7,0	7,8	3,3	5,6	5,9	0,5	3,2
Éxtasis	0,6	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,8	0,4	0,6	0,5	0,0	0,3
Alucinógenos	0,7	0,0	0,3	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Anfetaminas/speed	0,6	1,2	0,9	0,7	0,3	0,5	1,0	0,0	0,5	0,6	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0
Cocaína	1,1	0,0	0,5	1,3	0,6	0,9	1,4	0,0	0,7	2,6	0,6	1,7	0,3	0,0	0,1
Heroína	1,4	0,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1
	1995			1999			2003			2007			2009		
Prevalencia de consumo Diario «todos los días en los últimos 30 días»	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Tabaco			31,9	41,8	33,5	37,5	30,2	31,9	30,7	35,1	31,1	33,4	34,0	30,1	32,1
Alcohol	26,9	8,1	15,9	16,8	3,6	9,6	24,6	5,9	13,3	18,0	7,4	12,6	18,5	4,5	11,5
Cánnabis	1,9	0,0	0,9	3,9	0,4	1,9	3,4	0,9	2,2	3,6	1,0	2,4	0,8	0,3	0,5

2. El Consumo de Sustancias Legales en la población asturiana de 15 a 64 años

2.1. Tabaco

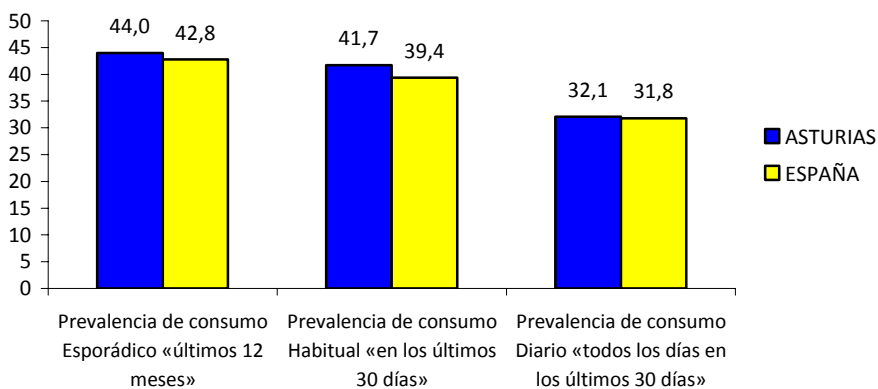
En el año 2009 el 44% de los y las asturianos/as de 15 a 64 años entrevistados declaró haber fumado esporádicamente en el «Último año». El 41,7% haberlo hecho en el «Último mes» o «habitualmente» y el 32% reveló consumirlo a «Diario en los últimos 30 días», lo que de otra forma significa que casi el 70% de la población no fuma a diario. **Por sexo**, en todas las frecuencias de consumo los valores más altos corresponden a los hombres, aunque las menores diferencias entre ambos sexos se observan precisamente en el patrón de consumo «Diario» (34% frente al 30%).

Gráfico 1. Prevalencia de consumo de Tabaco por sexo y tipología de consumo. Asturias 2009/10.



Si comparamos las prevalencias de consumo de nuestra comunidad autónoma con los datos nacionales podemos comprobar que los datos asturianos son ligeramente superiores en las tipologías de consumo «en el último año», «en los últimos 30 días» y «diariamente en los últimos 30 días», categoría en la que además se registran las menores diferencias. De cualquier manera, estas diferencias no son estadísticamente significativas dado el margen de error manejado en la encuesta.

Gráfico 2. Comparativa de la Prevalencia de consumo de Tabaco Asturias – España, según tipología de consumo. Asturias 2009/10.

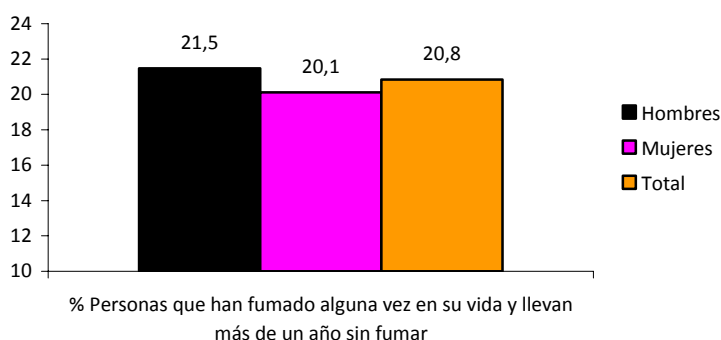


Por grandes grupos de edad fuman diariamente el 29,7% de las personas de 15 a 39 años frente al 34,7% de las de 40 a 64, lo que dicho en positivo, significa que el 70% de las de 15 a 39 y el 65% del grupo de edad siguiente, no tiene el hábito de fumar a diario.

El número medio de cigarrillos consumidos al día por las personas fumadoras es de 14,6, con una intensidad algo mayor en hombres (16,7) que en mujeres (12,3). Por otro lado cuatro de cada diez (42,4%) de las personas fumadoras son **grandes fumadores**, definidos como las personas fumadoras que en los últimos 30 días fuman por término medio, más de 20 cigarrillos diarios. Esta categoría define a las personas adictas de alto consumo y por tanto que asume mayores riesgos respecto a su salud, y es significativamente mayor entre los hombres (52,2%) que entre las mujeres (31,5%).

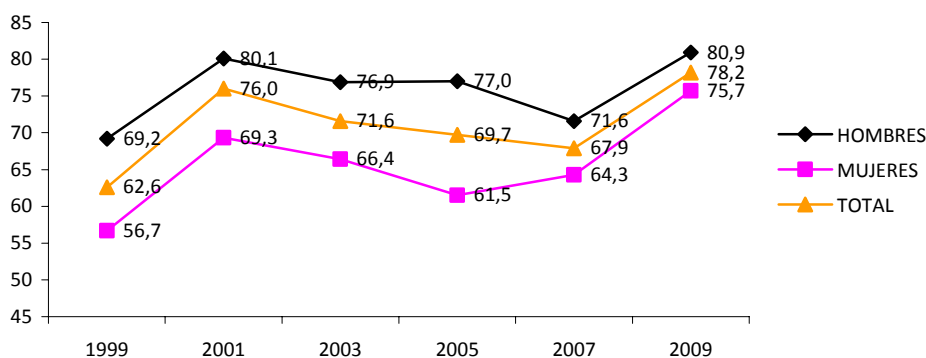
A pesar del importante carácter adictivo que tiene el tabaco, cabe destacar que el 21,5% de los hombres y casi la misma proporción de mujeres (el 20,1%) manifestaron en 2009 **ser exfumadores/as**¹¹, siendo el porcentaje total del 20,8%.

Gráfico 3. Proporción de exfumadores/as Asturias. 2009/10



Desde el punto de vista de la **evolución temporal**, los **consumos «experimentales»** («*alguna vez en la vida*»), reflejan un sensible aumento en el periodo 1999-2009, particularmente en las mujeres que aumentaron este tipo de consumo en 19 puntos porcentuales frente a los 11 p. p. en que lo hicieron los hombres, tal y como se observa en el gráfico siguiente.

Gráfico 4. Evolución por sexo de las prevalencias de consumo experimental de Tabaco. Asturias. 1999-2009/10

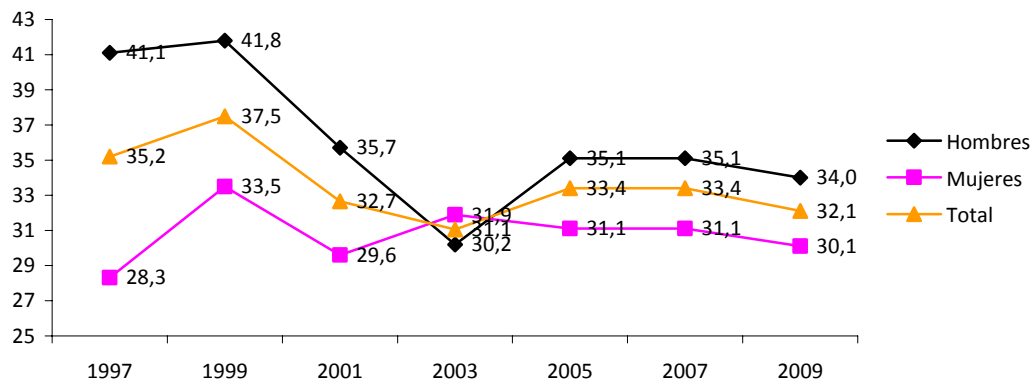


Sin embargo la **evolución de los «consumos diarios»** refleja dos cuestiones relevantes; en primer lugar una diferencia mayor entre los valores de hombres y mujeres al principio que al final del periodo, que ha pasado de los 12,8 puntos porcentuales de 1997 a los 4 p. p. de la actualidad y que en definitiva **muestra la convergencia de ambos sexos en este tipo de consumo**. Y en segundo lugar, que dicha convergencia ha sido **fruto básicamente del descenso en la proporción de fumadores**, que han visto reducida su porcentaje en 7 p. p., mientras que las fumadoras reflejan un comportamiento más estable con una ligera tendencia al alza (+1,8 p.

¹¹ Personas que responden afirmativamente a la pregunta *¿Ha habido alguna vez un período en su vida en que Ud. haya fumado tabaco todos los días?* y que al mismo tiempo contestan que ha pasado *más de 12 meses desde la última vez que fumaron un cigarrillo u otro tipo de tabaco*.

p.), como se ve en el gráfico siguiente. En el corto/medio plazo se observa una ligera tendencia al descenso del consumo tras la aprobación de la Ley 28/2005 de *Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*.

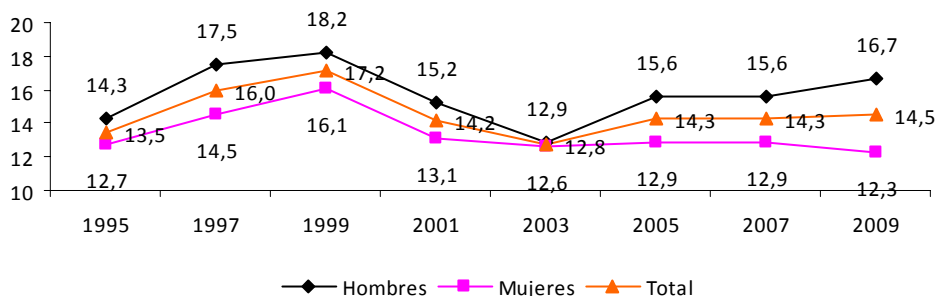
Gráfico 5. Evolución por sexo de las prevalencias de Consumo Diario de Tabaco. Asturias. 1997-2009/10



Este comportamiento divergente de las tipologías de consumo «*experimental*» y «*diario*» en el medio-largo plazo pone de manifiesto en primer lugar la pertinencia de esta distinción y en segundo lugar **niega el sentido común que dice que la mayor «*experimentación*» de una sustancia correlaciona con un mayor consumo «*habitual*»**, como queda patente al observar las tendencias desiguales de ambas trayectorias. En definitiva **una mayor experimentación en el uso de una sustancia (consumo «*alguna vez en la vida*») no significa el aumento de los consumos diarios**, más problemáticos desde todos los puntos de vista.

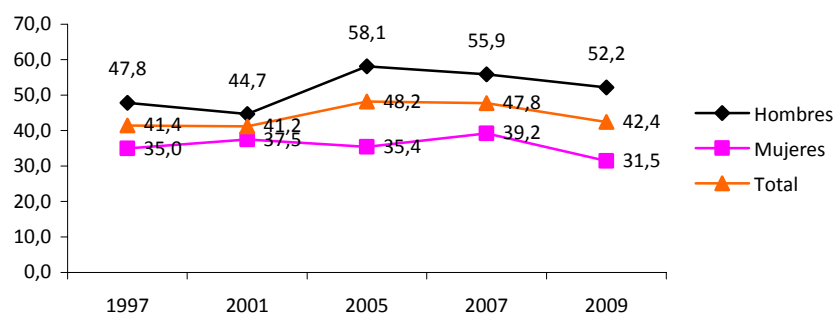
El número medio de cigarrillos diarios consumidos por las personas fumadoras **no ha experimentado grandes cambios a lo largo de los años**, algo por otro lado que no resulta del todo sorprendente, ya que en principio no cabe esperar de las personas con adicción una disminución relevante en su dosis diaria habitual. En 2009/10 fue de 14,5 para el total de la población, con un consumo de cuatro cigarrillos diarios más por parte de los hombres que de las mujeres.

Gráfico 6. Evolución del número medio de cigarrillos diarios por sexo. Asturias. 1995-2009/10



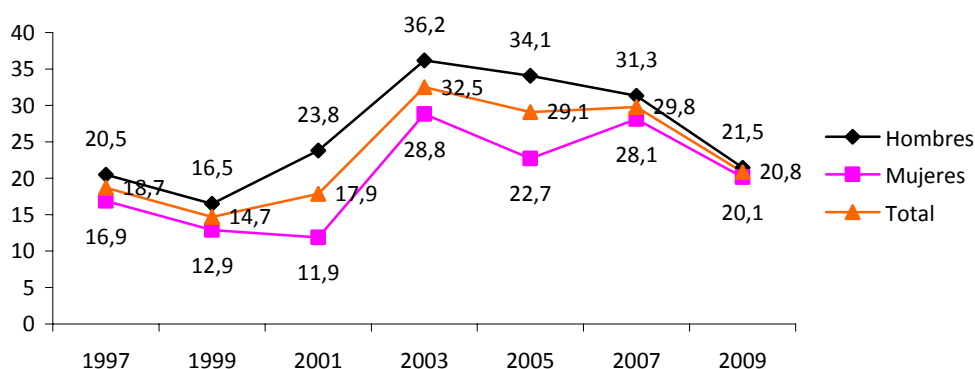
En el indicador de **grandes fumadores/as** se observa en 2009/10 una **disminución en las prevalencias para ambos sexos**, muy acusada en el caso de las Mujeres (-7,7 p. p.). En la evolución general de la serie, a pesar de que desde 2005 hay un descenso continuado se mantiene un ligero aumento en los Hombres (+ 4,4 p. p.) entre 1997 y 2009/10 y un ligero descenso las mujeres (-3,5 p. p.).

Gráfico 7. Evolución de la prevalencia de Grandes Fumadores/as (20 cigarrillos y más al día) respecto al total de Fumadores/as por sexo. Asturias. 1997-2009/10



Por su parte, el porcentaje de **exfumadores** muestra en la actualidad unos **valores un poco más altos que los del inicio de la serie** en 1997 en todas las categorías. Quizás la conclusión más significativa en estos doce años sea el incremento de la proporción de **las exfumadoras en 3,2 p. p.**

Gráfico 8. Evolución de la prevalencia de exfumadores/as por sexo. Asturias. 1997-2009/10



A priori resulta interesante **cruzar la evolución de las personas Exfumadoras con la de las Fumadoras a Diario** para observar la relación existente entre ambas variables. Así entre 1997 y 2009/2010 mientras que la proporción de fumadores de tabaco diario disminuye 3,2 puntos porcentuales, la de exfumadores aumenta 2,1 p. p., lo que implica que si en 1997 la diferencia entre ambos indicadores era de 16,5 p. p., en la actualidad se ha reducido a 11,3 p. p. También, a la vista de estos datos se pone de manifiesto que aunque se consiguen resultados, el objetivo de reducir el consumo de tabaco en la población general es una labor de largo recorrido. Además, será de interés seguir la evolución de estos indicadores en los próximos años, para evaluar el efecto que tiene en ellos la prohibición de fumar tabaco en todos los locales públicos en vigor el 2 de enero del presente año 2011.

Gráfico 9. Relación entre la evolución del Total de Exfumadores/as y la del Total de Fumadores/as de Tabaco a Diario. Asturias. 1997-2009/10

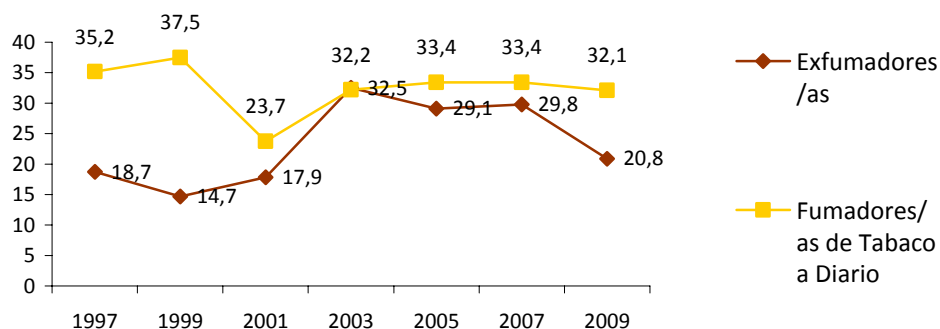


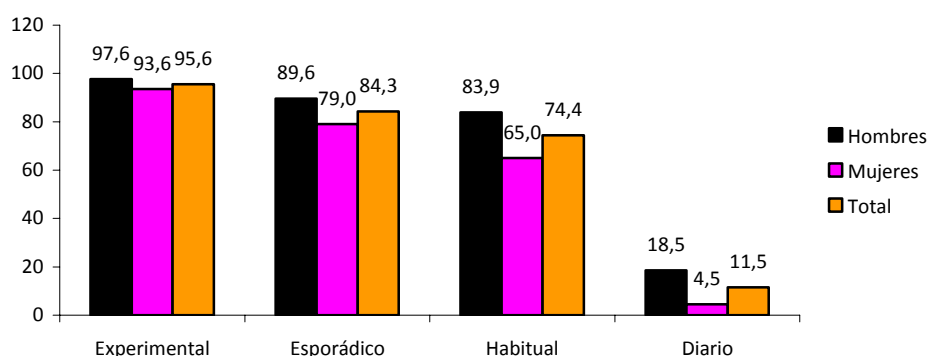
Tabla 2. Indicadores del tabaquismo en Asturias. Según sexo. Adultos 15-65 años.1995-2009/10.

TABACO	1995			1999			2003			2007			2009/2010		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Grandes fumadores (20 cigarrillos y más)	56,7	47,1	51,1	56,9	62,3	57,2	29,1	40,0	37,1	55,9	39,2	47,8	52,2	31,5	42,4
Número medio de cigarrillos consumidos	14,3	12,7	13,5	17,2	15,3	16,2	12,9	12,6	12,7	15,6	12,9	14,3	16,7	12,3	14,6
Porcentaje de ex fumadores	20,5	16,9	18,7	16,5	12,9	14,7	36,2	28,8	32,5	31,3	28,1	29,8	21,5	20,1	20,8

2.2. Bebidas Alcohólicas

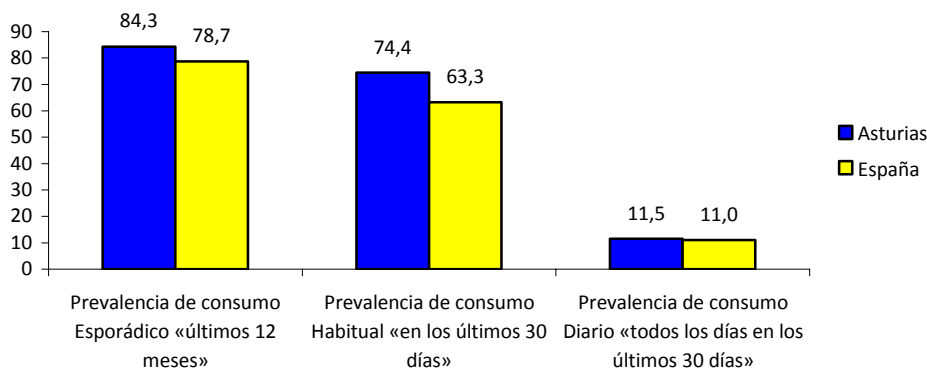
Por encima del tabaco, el alcohol es la sustancia más consumida para los indicadores más generales («*Experimental*», «*Esporádico*» y «*Habitual*»), siendo sin embargo su consumo inferior para el indicador «*Diario*», cuestión que por otra parte es de todo punto razonable. En el año 2009/2010 casi la práctica totalidad de las personas entre 15 y 64 años de Asturias (el 95,6%) manifestó haberlo consumido «*alguna vez en la vida*» (experimental), el 84% reconocieron haberlo hecho en el «*último año*» (esporádico) y el 75% declararon haberlo consumido en el «*último mes*» (habitual). Sin embargo el consumo «*diario*» se queda ligeramente por encima del 10%, lo que representa una bajada «*drástica*» respecto a las otras frecuencias de consumo (63 p. p. en relación al *Habitual*), algo que no ocurre con el tabaco, donde el «*salto*» se observa en el paso de «*Experimental*» a «*Esporádico*». En definitiva, **casi el 90% de la población asturiana de 15 a 64 años no toma bebidas alcohólicas a diario.**

Gráfico 10. Prevalencias de consumo de Alcohol por Tipología de Consumo y sexo. Asturias. 1997-2009/10.



En relación al resto de España, es destacable que mientras los consumos «*Esporádicos*» y «*Habituales*» son mayores en nuestra región, los «*Diaris*» (más problemáticos) son prácticamente iguales.

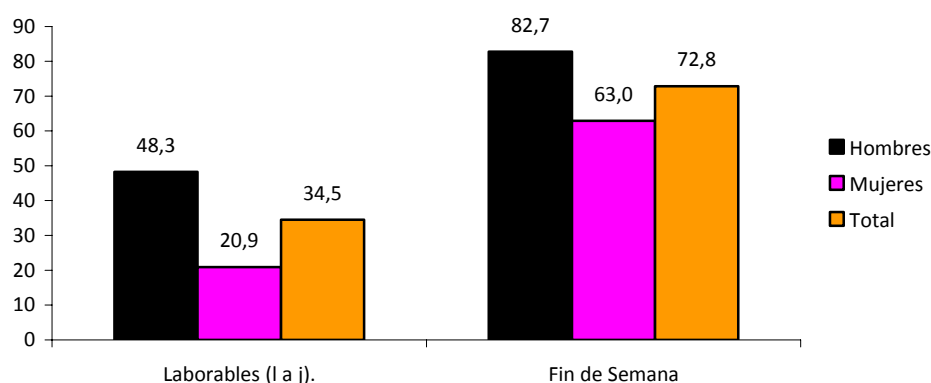
Gráfico 11. Comparativa de consumo de Alcohol Asturias – España según Tipología de Consumo. Asturias 2009/10



Respecto a la variable **sexo**, se pueden afirmar dos cosas; la primera (una pauta que se cumple en casi todas las sustancias salvo los tranquilizantes y somníferos) que **los porcentajes de población consumidora son siempre más altos en los hombres**, independientemente de la tipología de consumo. Y la segunda que «casi» se establece la pauta que dice que **las diferencias entre hombres y mujeres aumentan según lo hace la frecuencia de consumo**; así la menor diferencia entre las prevalencias de ambos sexos se observa en el «*Experimental*», donde se limita a 4 p. p., aumenta a 10,6 p. p. en el «*Esporádico*» y a 18 en el «*Habitual*», para situarse en 14 p. p. en el consumo «*Diario*». En definitiva **las mujeres consumen con menor frecuencia que los hombres, y la diferencia respecto a ellos aumenta conforme lo hace el riesgo**.

En la ingesta de alcohol se distinguen dos patrones claramente diferenciados en función que el día sea **Laborable** (de lunes a jueves) o **Fin de semana**, y como resulta obvio, el consumo aumenta en el último caso. Así los resultados de 2009/10 ponen de manifiesto que los días laborables el tanto por ciento de personas de 15 a 64 años que consume es mucho menor para ambos sexos (48,3% en el caso de los hombres y 20,9% en las mujeres) que los fines de semana, donde los correspondientes porcentajes ascienden a 82,7 y a 63,0.

Gráfico 12. Porcentaje de población que consume Alcohol en Días Laborables y Fin de Semana. Asturias 2009/10.



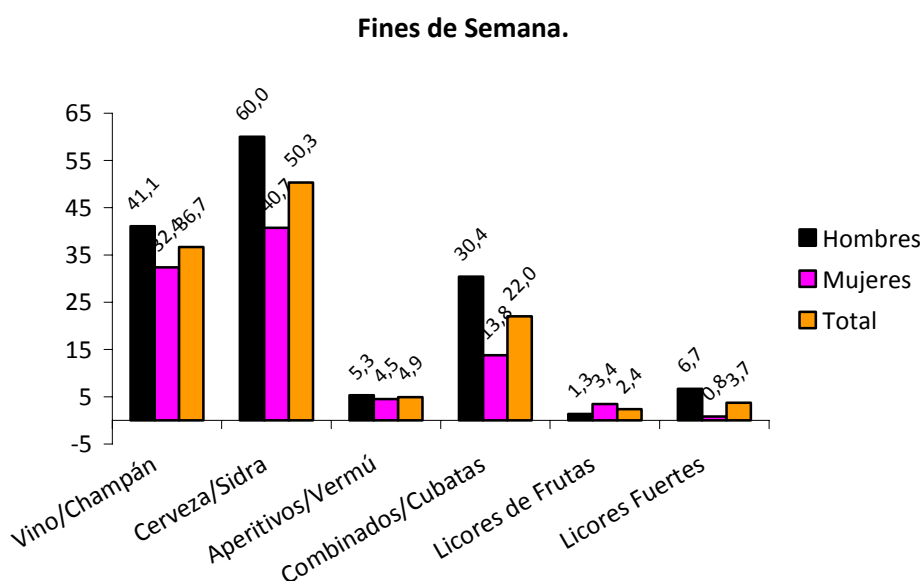
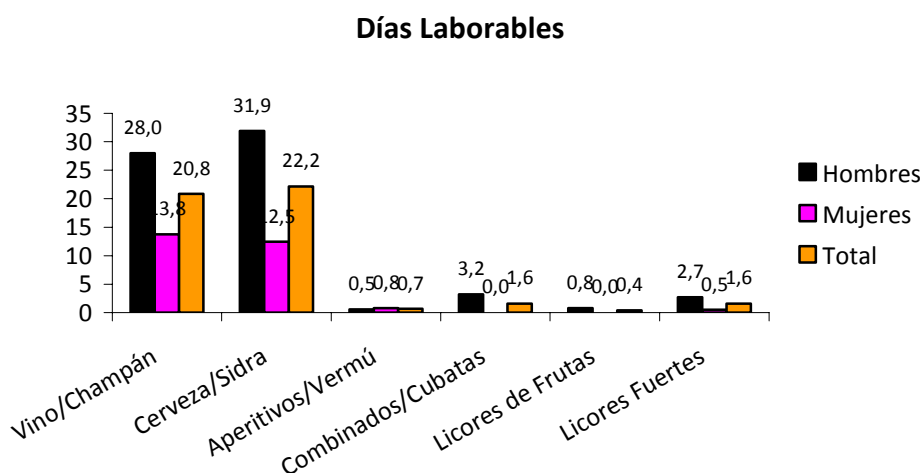
Desde el punto de vista del **género** también es significativo observar que **el aumento del consumo los fines de semana es más acusado en las mujeres** (+42,1 puntos porcentuales) que en los hombres (+34,4 puntos porcentuales). Consecuentemente, las diferencias entre sexos en los consumos en días laborables ascienden a 27,4 p. p. y se quedan en 19,7 p. p. los fines de semana.

Las **bebidas más consumidas** también reflejan diferencias según la distinción Laboral o Fin de Semana. En **Días Laborables** y para la población total, son la cerveza/sidra y el vino/champán las bebidas preferidas (22% y 21%), seguidas a mucha distancia de los combinados/cubatas y de los licores fuertes, ambas con un 1,6%.

Los **Fines de Semana** el orden anterior se mantiene pero los porcentajes varían notablemente en todos los casos, pasando la cerveza/sidra a alcanzar el 50,3% del total de la población,

seguida del vino/champán con el 37% y de los combinados/cubatas que, con un 22%, presentan la mayor subida de todas las bebidas relacionadas. Es curioso comprobar que las prevalencias de consumo por sexo mantienen una diferencia entre que se sitúa en torno a los 8 p. p. en las bebidas más consumidas.

Gráfico 13. Consumo de diversas bebidas en «Días Laborables» y «Fines de Semana». Asturias 2009/10.



Otro fenómeno que en los últimos años se ha puesto de manifiesto es el aumento de las cantidades de alcohol consumidas en una sola sesión, fenómeno ya mencionado y conocido como **atracción o «binge drinking»**¹², identificado como un **cambio del modelo de consumo de**

¹² Considerado como la ingesta de 60 o más gramos de alcohol (6 Unidades de Bebida Estándar -UBEs) en varones y de 40 o más gramos (4 UBEs) en mujeres, concentrada en una única sesión (habitualmente 4-6 h), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

alcohol por parte de la sociedad española, del «mediterráneo» (entendido como más equilibrado e identificado como un consumo moderado, repartido a lo largo de toda la semana y vinculado a entornos sociales y familiares), al «anglosajón o nórdico» caracterizado por un consumo elevado y concentrado en poco tiempo, que busca directamente la borrachera o intoxicación etílica y que se produce habitualmente los fines de semana. Según los datos obtenidos en la encuesta EDADES 2009/10, este comportamiento es mayoritariamente masculino, ya que afecta a algo más de un 10% en los hombres frente a un 4% de las mujeres.

Tabla 3. Porcentaje de Personas que manifiestan haber BEBIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS 5 Ó MÁS BEBIDAS EN 1 SESIÓN

Hombres	Mujeres	Total
10,2	4,0	7,1

En relación al resto de España, en nuestra región la práctica de los atracones es muy inferior, ya que el porcentaje de población que lo lleva a cabo es la mitad que en el conjunto nacional, donde asciende al 14,9% de la población de 15 a 64 años.

Para analizar los datos sobre la **cantidad de alcohol ingerido**, en la EDADES se viene utilizando el criterio fijado por la Dirección General de Salud Pública a partir de la Unidad de Bebida Estándar (UBE)¹³, que permite establecer la **tipología de bebedores en función de la cantidad de alcohol ingerido** (simplificando los procesos de conversión de las diferentes bebidas) y el sexo. El consumo de alcohol medido en UBE se realiza así de forma sencilla:

1 cerveza/vino/aperitivo = 1 UBE = 10 gr. de alcohol puro
 1 consumición de destilados = 2 UBE

De acuerdo con este método, la tipología de bebedores en función de la cantidad de alcohol ingerido y el sexo es la siguiente:

Tabla 4. Tipología del consumo de alcohol según número de UBEs

	Varones	Mujeres
	Nº de UBE	Nº de UBE
Abstinente	0	0
Ligeros	1-2	1-2
Moderados	3-6	3-4
Altos	7-8	5-6
Excesivos	9-12	7-8
Gran Riesgo	+ 13	+ 8

¹³ UBE- (Unidad de Bebida Estándar o *standard drink*) es una forma rápida y práctica de conocer los gramos de alcohol consumidos y se define como la cantidad de bebida necesaria para ingerir 10 gramos de etanol puro (en Europa y EE.UU.) u 8 gramos en el caso de Gran Bretaña, que considera la densidad relativa del Alcohol respecto al agua (0,8). Conociendo la graduación de la bebida y la cantidad ingerida es fácil calcular las UBEs consumidas simplemente calculando los gramos de alcohol ingeridos.

Estos *consumos abusivos de alcohol* son similares en fines de semana (2,6%) y en días laborables (2,5%), lo cual es razonable en un contexto de dependencia de la bebida, y se muestran más acusados en los hombres que en las mujeres. De todos modos hay que señalar que estos porcentajes están calculados sobre un número de casos muy pequeños (menos de 20 sobre una muestra de 741 válidos) y sujetos a gran variabilidad lo que hace que su representatividad estadística sea reducida.

Tabla 5. Número y porcentaje de personas con consumo abusivo de Alcohol en días laborables y fines de semana, según categoría de consumo y sexo.2009/2010.

Días Laborables				
Categoría	Frecuencias	Hombre	Mujer	Total
Altos	n	8	2	10
	%	2,2	0,5	1,3
Excesivos	n	7	0	7
	%	1,9	0,0	0,9
Gran Riesgo	n	2	0	2
	%	0,5	0,0	0,3
Total (Abusivo)	n	17	2	19
	%	4,6	0,5	2,6

Fines de Semana				
Categoría	Frecuencias	Hombre	Mujer	Total
Altos	n	7	3	10
	%	1,9	0,8	1,3
Excesivos	n	5	2	7
	%	1,4	0,5	0,9
Gran Riesgo	n	2	0	2
	%	0,5	0,0	0,3
Total (Abusivo)	n	14	5	19
	%	3,8	1,3	2,5

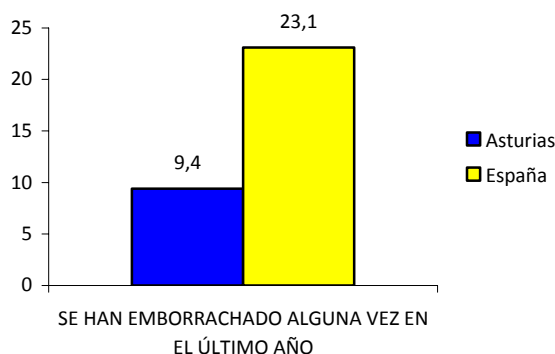
Otro indicador que monitoriza los consumos problemáticos de alcohol es el *tanto por ciento de la población que manifiesta haber sufrido episodios de borrachera o intoxicación etílica en el último año*, un 14,1% de los hombres y un 4,8 % de las mujeres de 15-64 años.

Tabla 6. Porcentaje de personas que declaran haberse emborrachado alguna vez en el último año por sexo. Asturias. 2009/10.

HOMBRES	MUJERES	TOTAL
14,1	4,8	9,4

Se da así la **característica de que Asturias presenta consumos de alcohol más elevados que el conjunto de España para los indicadores menos problemáticos** (los esporádicos y habituales), mientras que los consumos son iguales o inferiores a los de España en los casos de más riesgo (consumo diario, atracones y borracheras).

Gráfico 14. Comparativa de episodios de borrachera en el último año. Asturias – España. 2009/10



Por lo que respecta a la **evolución temporal del consumo de alcohol**, las **series de los porcentajes de consumo** de las Encuestas Domiciliarias de Drogas entre los años 1999 y 2009/10 reflejan un cierto **retroceso de los «diarios»** (de mayor riesgo), mientras que los **«experimentales» aumentan** desde final de los años 90, **particularmente en las mujeres**, para **estabilizarse en los últimos años**. Este patrón divergente entre los consumos de mayor y menor riesgo observado ya en el tabaco (y también a nivel nacional) vuelve a poner de manifiesto el **error de asociar el aumento en el número de personas que prueban una sustancia con el aumento en las personas que desarrollan consumos más frecuentes o problemáticos**. Antes al contrario como se vuelve a comprobar aquí, **mientras que los consumos experimentales de alcohol aumentan constantemente durante la primera década del siglo XXI, los diarios mantienen tendencia a disminuir**.

Gráfico 15. Evolución de las Prevalencias de consumo de Alcohol «Alguna vez en la vida» por sexo. Asturias. 1999-2009/10

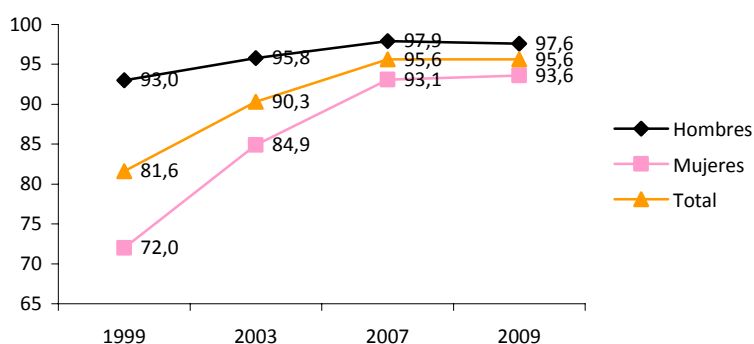
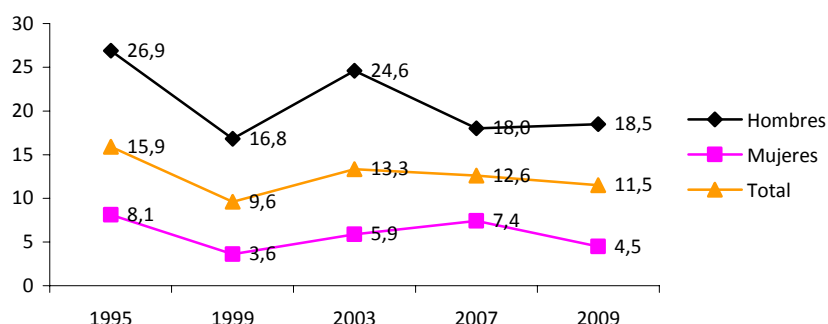
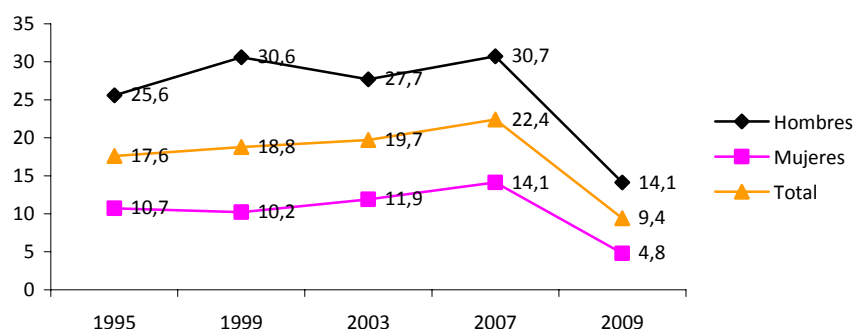


Gráfico 16. Evolución de las Prevalencias de consumo de Alcohol «Diario» por sexo. Asturias. 1995-2009/10



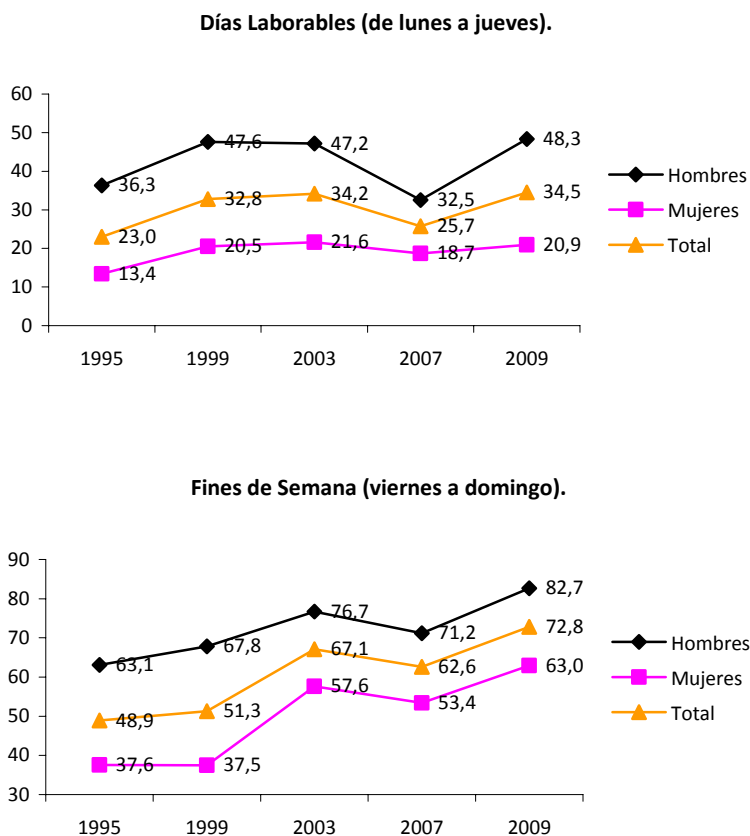
De la misma forma, una conducta de riesgo como son las **borracheras**, se mantuvieron **ligeramente al alza entre 1995 y 2007**, para **descender acusadamente hasta 2009**, particularmente en el caso de las mujeres. En este brusco descenso a partir de 2007 sin duda tiene que ver la Reforma del Código Penal en materia de seguridad vial que entró en vigor el 1 de diciembre del citado año (Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal en materia de Seguridad Vial), que entre otras cuestiones, contempla penas de cárcel para los conductores ebrios y concretamente de 6 meses a un año de prisión para aquellos conductores que se nieguen a someterse a las pruebas de alcoholemia. De todos modos, será conveniente ver cómo evoluciona este indicador en próximos años para poder confirmar esta tendencia.

Gráfico 17. Evolución de proporción de población que declara haberse emborrachado en el último año, por sexo. Asturias. 1995-2009/10



Por lo que respecta a la **evolución del consumo en días laborables y en fin de semana**, sí se aprecia un **ligero incremento en los consumos en días laborables** y de forma **más acusada en fin de semana** en consonancia con el cambio de patrón anteriormente señalado, del modelo cultural tradicional de consumo al concentrado los fines de semana. (Gráfico 18).

Gráfico 18. Evolución del porcentaje de personas que consumen Alcohol en «Días Laborables» y en «Fin de semana», por sexo. Asturias. 1995-2009/10.



Por lo que respecta a las **bebidas ingeridas** se observa como se produce un **cambio en la jerarquía de las más consumidas**, pasando la «Cerveza/Sidra» a ocupar el primer lugar en las preferencias de consumo tanto en «Días Laborables» como (especialmente) los «Fines de Semana», en sustitución del «Vino/Champán», que hasta finales de los años 90 era la bebida preferida, y que pasa a ocupar el segundo lugar. Por su parte en los doce años contemplados **los «Combinados/Cubatas» reflejan un descenso significativo en «Días Laborables»** (reducen a la mitad su proporción de consumidores), **mientras que los «Fines de Semana» aumentan ligeramente** (4 p. p.).

Gráfico 19. Evolución del consumo de bebidas más populares en Días Laborables y en «Fin de semana», por sexo. Asturias. 1997-2009/10.

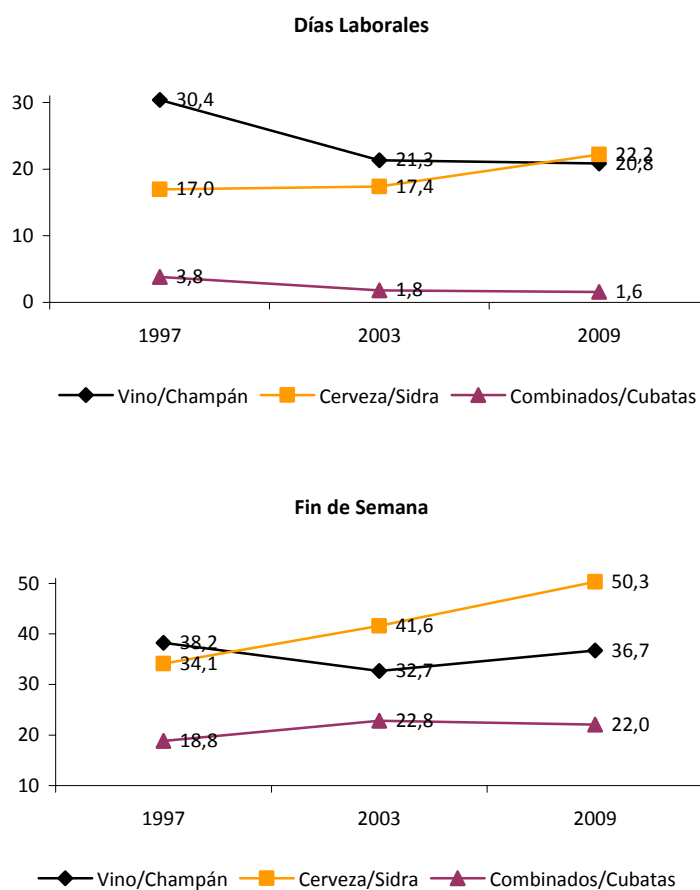


Tabla 7. Características de consumo de alcohol en Asturias, según sexo. Adultos 15-65 años.1995-2009/10.

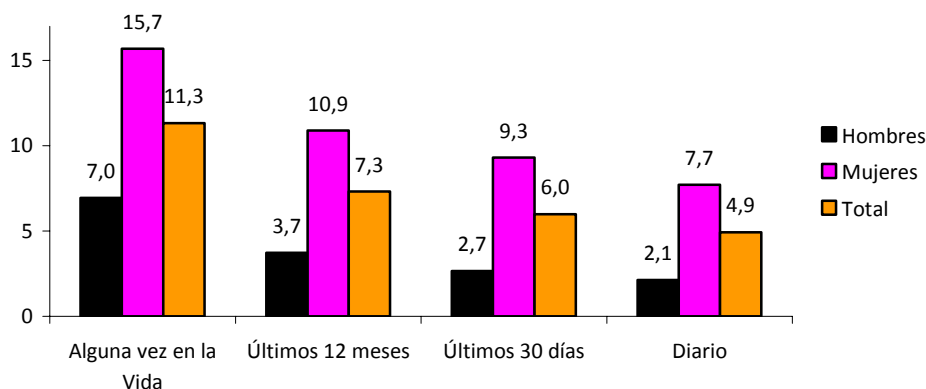
Alcohol	1995			1999			2003			2007			2009/10		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Prevalencia de consumo «alguna vez en la vida»				93,2	72,0	81,6	95,8	84,9	89,6	97,9	93,1	95,6	97,6	93,6	95,6
Prevalencia de consumo «últimos 12 meses»	90,9	69,9	78,5	81,1	54,5	66,1	85,9	73,1	79,5	85,0	76,6	80,8	89,6	79,0	84,3
Prevalencia de consumo «últimos 30 días»	76,4	45,1	58,8	69,1	39,8	53,1	80,8	61,9	71,3	73,1	55,3	64,5	83,9	65,0	74,4
Prevalencia consumo «diario»	26,9	8,1	15,9	16,8	3,6	9,6	24,6	5,9	13,3	18,0	7,4	12,6	18,5	4,5	11,5
Consumo de alcohol «días laborables» últimos 30 días	36,3	13,4	23,0	47,6	20,5	32,8	47,2	21,6	34,2	32,5	18,7	25,7	48,3	20,9	34,5
Consumo de alcohol «fin de semana» últimos 30 días	63,1	37,6	48,9	67,8	37,5	51,3	76,7	57,6	67,1	71,2	53,4	62,6	82,7	63,0	72,8
Consumo abusivo de alcohol «diario»							5,9	2,3	3,8	3,7	8,6	6,2	8,4	1,8	5,2
Borracheras «últimos 12 meses»	25,6	10,7	17,6	30,6	10,2	18,8	27,7	11,9	19,7	30,7	14,1	22,4	14,1	4,8	9,4

2.3. Hipnosedantes (Tranquilizantes y Somníferos)¹⁴

Los **tranquilizantes o sedantes** (pastillas para nervios o ansiedad) y los **somníferos** (pastillas para dormir) son sustancias legales con un uso extendido en nuestra **sociedad «del riesgo»¹⁵** que además presentan la particularidad de que son las **únicas sustancias en las que las prevalencias de consumo**, independientemente de cual sea el indicador de frecuencia, **son claramente mayores en las mujeres** que en los hombres, llegando a duplicar y hasta a cuadruplicar el consumo de aquellos. Este claro sesgo de género correlaciona con el rol y el status asignado socialmente a las mujeres y señala directamente a factores como la sobrecarga de trabajo y responsabilidad de las mujeres (la «jornada interminable»), la escasa valoración y estima social que reciben los papeles y las responsabilidades asignados socialmente a la mujer tanto en el ámbito privado como en el público, la dificultad para conciliar el trabajo privado con las responsabilidades familiares y la todavía escasa corresponsabilidad de los hombres en éstas tareas.

Por lo que respecta a los **tranquilizantes**, la primera cuestión que hay que destacar es que presentan **mayor proporción de consumo que los somníferos**, ya que en todas las categorías y para ambos sexos, los porcentajes son el doble que aquellos. En 2009/10, poco más de diez de cada cien personas entre 15 y 64 años afirmaron haberlos consumido «*Alguna vez en la vida*», el 7 y el 6% los consumieron en los «*Últimos 12 meses*» y en los «*Últimos 30 días*» respectivamente y el 5% son consumidores a «*Diario*». Como se observa en el gráfico siguiente, las Mujeres como mínimo duplican («*Alguna vez en la vida*») y llegan a cuadruplicar («*Últimos 30 días*» y «*Diarios*») las proporciones de consumidores.

Gráfico 20. Prevalencia de consumo de Tranquilizantes por Tipología de Consumo y sexo. Asturias. 2009/10.



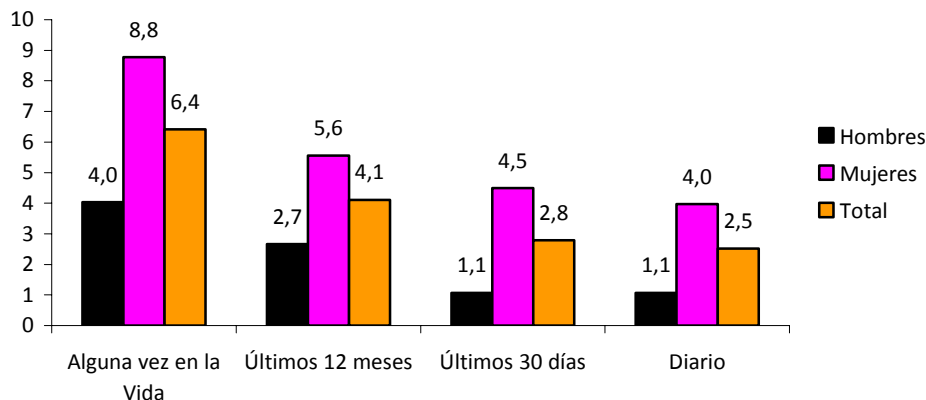
Como se ha señalado, son menos las personas que consumen somníferos y concretamente en las tipologías de mayor riesgo, como en los «*Últimos 30 días*» y a «*Diario*» no llegan al tres por

¹⁴ El término tranquilizantes se refiere «sensu stricto», al grupo de las benzodiazepinas y antidepresivos, mientras que en el grupo de los somníferos se incluyen otros psicotrópicos (barbitúricos, etc).

¹⁵ La **sociedad del riesgo** hace referencia al momento histórico contemporáneo, caracterizado por la **pérdida de las seguridades que la sociedad tradicional ofrecía a las personas en distintas dimensiones o ámbitos sociales** (trabajo, familia, ideología, etc.). El primer teórico que habló de este cambio fue el sociólogo **ULRICH BECK**, quien en su libro *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad* (1986) expuso una serie de cambios que afectan a las nuevas generaciones en relación a las de sus ancestros.

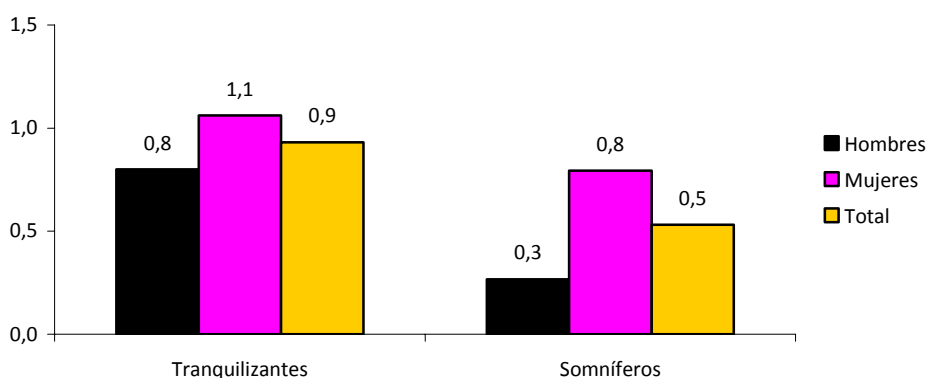
ciento de la población de 15 a 64 años. La proporción de mujeres en estas dos categorías es del 4,5% y del 4% respectivamente.

Gráfico 21. Prevalencia de consumo de Somníferos por Tipología de Consumo y sexo. Asturias. 2009/10.



Un indicador que pone de manifiesto que para muchas personas el consumo de estas sustancias puede pasar de ser una solución médica a un problema es la proporción de **personas que declaran consumirlas al margen de los canales legalmente establecidos**. Como se puede observar en el gráfico siguiente, **el 1% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido *Tranquilizantes sin Receta Médica en los Últimos 12 meses***, curiosamente con proporciones muy parecidas en ambos sexos. La cifra para los Somníferos es menor y además aquí las diferencias entre sexos son mayores.

Gráfico 22. Consumo de Hipnosedantes (Tranquilizantes y Somníferos) Sin Receta Médica en los últimos 12 meses, por sexo. Asturias. 2009/10.



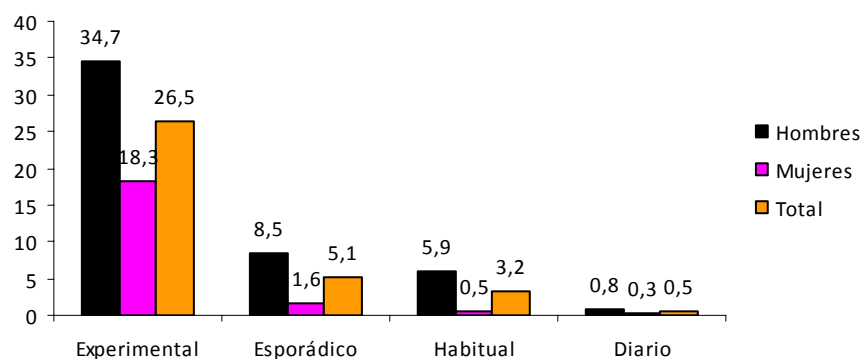
3. El Consumo de Sustancias Ilegales en la población asturiana de 15 a 64 años

3.1. Cánnabis

Según la última Encuesta Domiciliaria de Drogas 2009/10, el 26,5% de los/as asturianos/as con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años lo ha probado de forma *experimental* «Alguna ocasión en la vida», un 5,1% declara haberlo consumido *esporádicamente* en los «Últimos 12 meses», el 3,2% de forma *habitual* en los «Últimos treinta días» y solo el 0,5% a «Diario». Hay que destacar pues, que **alrededor del 98% de la población en esa franja de edad no consume cánnabis ni habitual ni diariamente**. Se trata, en todo caso, de la droga ilegal con mayor proporción de consumidores y la única donde se declaran consumos diarios.

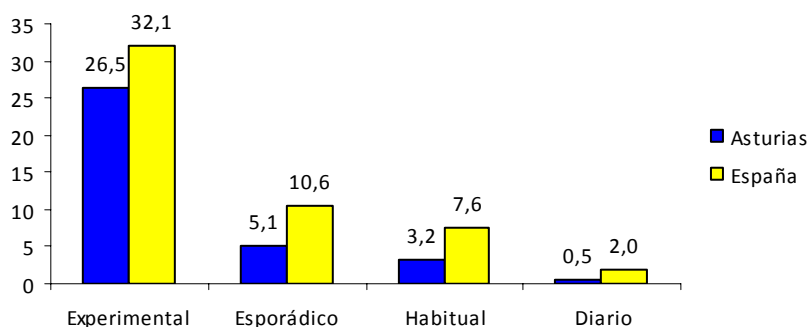
En relación al **sexo**, la proporción de consumidores es siempre más alta que la de consumidoras.

Gráfico 23. Prevalencia de consumo de Cannabis por Tipología de Consumo y Sexo. Asturias. 2009/10.



Comparando la proporción de población asturiana consumidora con la española según tipología de consumo vemos que **las prevalencias son siempre menores en nuestra comunidad autónoma**.

Gráfico 24. Comparativa de consumo de Cannabis Asturias – España según Tipología de Consumo. 2009/10.



Por grupos etarios¹⁶, llama mucho la atención que en los consumos «*Experimentales*» (*alguna vez en la vida*) el grupo de más edad presente cifras superiores al de menos edad. En el resto de tipologías y como cabe esperar, los más altos corresponden al grupo más joven y significativamente, los *diarios* presentan en ambos grupos porcentajes muy pequeños.

Tabla 8. Porcentaje de población de 15 a 64 años consumidora de cannabis en Asturias. Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas 2009/2010. Submuestra asturiana.

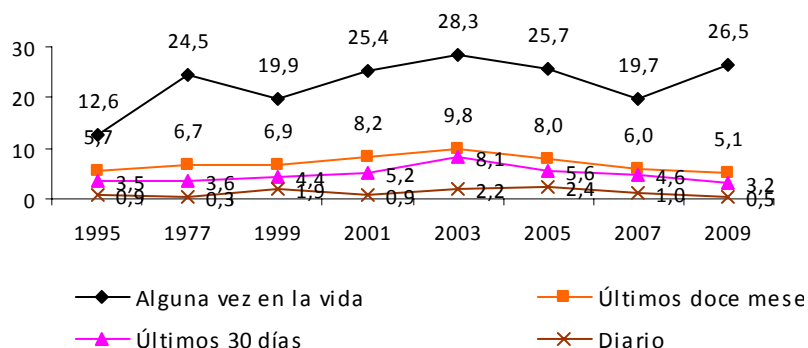
	Edad	
	15-34	35-64
Alguna vez	12,6	13,8
Últimos 12 meses	3,0	0,9
Últimos 30 días	2,0	0,8
Diario	0,4	0,0

El **análisis evolutivo** muestra como aspectos más destacados el **constante descenso de las frecuencias de consumo de mayor riesgo desde el año 2003 al 2009/10**, como son el *diario* y el *habitual* e incluso el *esporádico*, mientras que el *experimental* ha vuelto a subir entre la penúltima y la última de las ediciones de ésta encuesta, **fenómeno que también se produce en los resultados a nivel nacional**. Este hecho vuelve a subrayar la **disociación existente entre el comportamiento de los consumos *experimental* y el *diario*, ya señalados en el tabaco y el alcohol**.

Hay que señalar también que en esta sustancia (al igual que pasó en su momento con el alcohol y el tabaco), **parece que la proporción de consumidoras cada vez se aproxima más a la de los hombres**.

Todo ello parece corroborar la tendencia de descenso gradual de los consumos de mayor riesgo en las sustancias de mayor consumo (tabaco, alcohol y cannabis) **que ofrece una lectura global positiva respecto al consumo de sustancias en nuestra comunidad autónoma**.

Gráfico 25. Evolución de la Prevalencia de consumo de Cannabis por Tipología de Consumo. Asturias. 1995-2009/10.



¹⁶ Dicho de varias personas: Que tienen la misma edad. RAE.

Tabla 9. Características de consumo de Cánnabis y sus derivados en Asturias. Según sexo. Adultos 15-65 años.1995-2009/10.

Cánnabis y sus derivados	1995			1999			2003			2007			2009/10		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Número de encuestados	180	208	388	227	230	457	216	217	433	415	420	835	376	378	754
Prevalencia de consumo «alguna vez en la vida»	16,8	9,3	12,6	27	14,8	19,9	33,0	22,5	27,7	23,6	16,0	19,6	34,7	18,3	26,5
Prevalencia de consumo «últimos 12 meses»	9,1	2,8	5,7	9,6	3,7	6,9	14,0	5,6	9,8	7,7	4,3	6,0	8,5	1,6	5,1
Prevalencia de consumo «últimos 30 días»	6,6	0,8	3,5	6,9	2,3	4,4	9,8	4,2	7,0	6,5	2,6	4,6	5,9	0,5	3,2
Prevalencia consumo «diario»	1,9	0,0	0,9	3,9	0,4	1,9	3,2	0,5	1,8	1,4	0,5	1,0	0,8	0,3	0,5

3.2. Cocaína

Aunque la cocaína es tras el cannabis, la segunda droga ilegal más consumida en Asturias, sus prevalencias de consumo son bastante menores. Los resultados obtenidos de la encuesta EDADES 2009/10 son del 6,5% del total de la población de 15 a 64 años para los consumos en «*Algún momento de la vida*», del 0,4% en los «*Esporádicos*» y de 0,3% en los «*Habituales*».

Cabe destacar que se observa una **diferencia significativa de consumo en cuanto al sexo**, siendo mucho más frecuente entre los varones que en las mujeres en todos los indicadores estudiados: 10,1% vs. 2,9% en «*alguna vez*», 0,8% vs. 0,0% en los «*últimos 12 meses*» y 0,5% vs. 0,0% en los «*últimos 30 días*». La submuestras asturiana de la EDADES 09/10 no detecta consumos «*diarios*» (más de 20 días en el último mes).

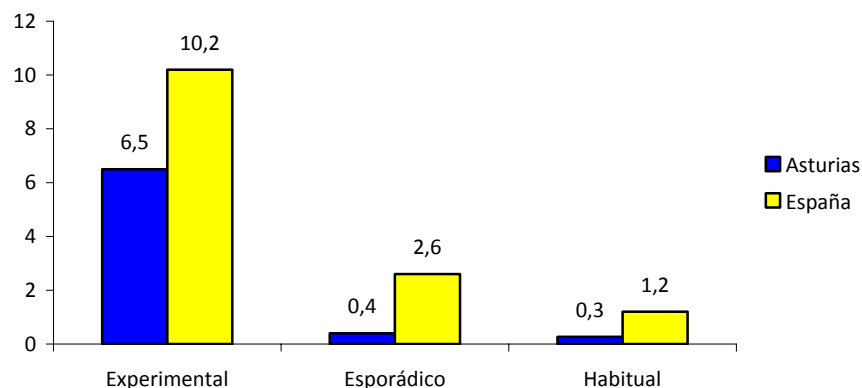
La **edad** tiene una incidencia estadísticamente significativa en la prevalencia de consumo de cocaína, siendo **mayores las proporciones de consumidores en el grupo de más edad** (de 35-64 años) que en el de menos (15-34 años). Este fenómeno parece poner de manifiesto que en la actualidad, **la mitad más joven de la población de 15 a 64 años se ha apartado (o se está apartando) del consumo de ésta sustancia** y es un problema más grave para los consumidores mayores de 35 años.

Tabla 10. Proporción de población de 14 a 64 años consumidora de cocaína en Asturias, según edad. Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas 2009/2010. Submuestra asturiana.

	Edad	
	15-34	35-64
Alguna vez	2,9	3,1
Últimos 12 meses	0,1	0,1
Últimos 30 días	0,0	0,1

En la **comparativa con España** por tipología de consumo vemos que, al igual que ocurre con el cannabis, la proporción de personas consumidoras de 15 a 64 años es menor en Asturias en todas las categorías.

Gráfico 26. Comparativa de consumo de Cocaína Asturias – España según Tipología de Consumo. 2009/10.



La **tendencia temporal** muestra un incremento en el indicador de consumo experimental «*alguna vez en la vida*» desde el año 1999. Sin embargo y como venimos observando en las sustancias anteriores, en los indicadores, «*último año*» y «*últimos treinta días*» se aprecia un descenso que pone de manifiesto la estabilización o incluso **tendencia a la baja que se está produciendo en el consumo de cocaína** (resultados EDADES 09/10).

Gráfico 27. Evolución de la Prevalencia de consumo de Cocaína por Tipología de Consumo. Asturias. 1995-2009/10.

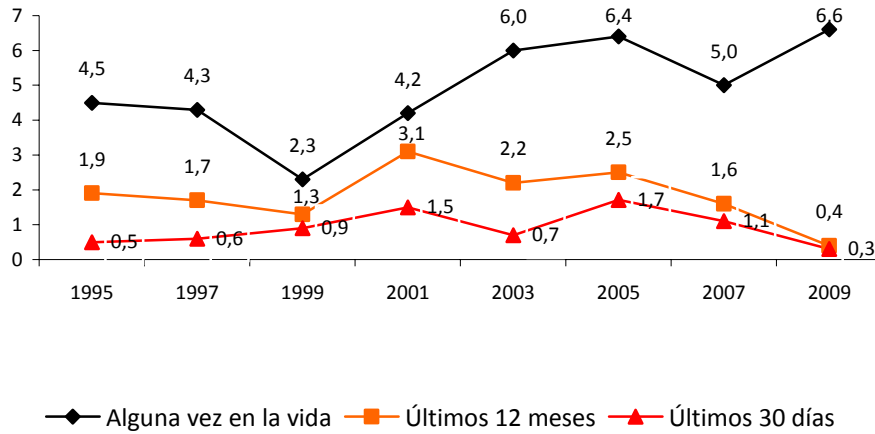


Tabla 11. Características de consumo de Cocaína y sus derivados en Asturias. Según sexo. Adultos 15-65 años.1995-2009/10.

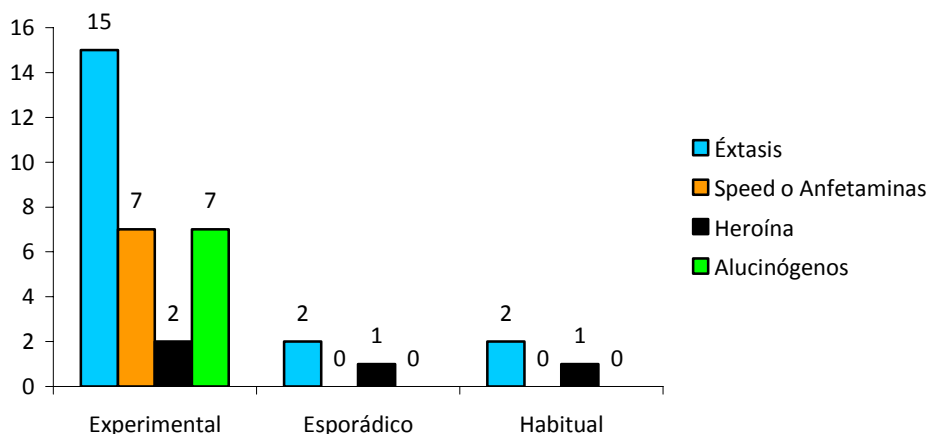
Cocaína	1995			1999			2003			2007			2009/10		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Número de encuestados	180	208	388	227	230	457	216	217	433	415	420	835	375	378	753
Prevalencia de consumo «alguna vez en la vida»	6,9	2,4	4,5	4,6	1,1	2,3	10,2	1,9	6	8,4	1,7	5,0	10,1	2,9	6,5
Prevalencia de consumo «últimos 12 meses»	3,9	0,3	1,9	2,3	0,6	1,3	4,5	0,0	2,2	2,6	0,5	1,6	0,8	0,0	0,4
Prevalencia de consumo «últimos 30 días»	1,1	0,0	0,5	1,3	0,6	0,9	1,4	0,0	0,7	2,2	0,0	1,1	0,5	0,0	0,3

3.3. Resto de Sustancias: Speed/Anfetaminas, Alucinógenos, Éxtasis y Heroína

En la población de 15 a 64 años para el resto de sustancias sólo se declaran consumos de tipo «*experimental*» y en menor medida «*esporádico*», reflejando en cualquier caso proporciones de consumidores mucho menores que las drogas anteriores. Como se señala en los comentarios a los resultados de la encuesta EDADES 2009/10 a nivel nacional, «**el consumo de estas sustancias se mantiene en niveles bajos y estables**»¹⁷. Es necesario señalar que el número de casos que dentro de la muestra de Asturias (compuesta por 754 casos), responde afirmativamente respecto al consumo de estas sustancias es muy reducido (por ejemplo el mayor de todos, el consumo «*experimental*» de éxtasis, presenta 15 casos) y por lo tanto, el empleo de distribuciones de frecuencias en porcentajes no parece adecuado, ya que el aumento de por ejemplo 5 casos puede alterar sustancialmente el resultado y las conclusiones extraídas al respecto poco adecuadas a la realidad, motivo por el que vamos a utilizar en este apartado las **distribuciones de frecuencias por números de casos o «n»**.

En 2009/10 se registran 15 casos en el consumo de tipo «*Experimental*» de Éxtasis, 7 en el caso del Speed/Anfetaminas y los Alucinógenos, y solamente 2 para la Heroína. Sin embargo en consumos más frecuentes como el «*Esporádico*» y el «*Habitual*» desaparecen el Speed/Anfetaminas y los Alucinógenos, detectándose consumos muy reducidos (2 casos como mucho) en todos los indicadores de Éxtasis y aún menos de la Heroína.

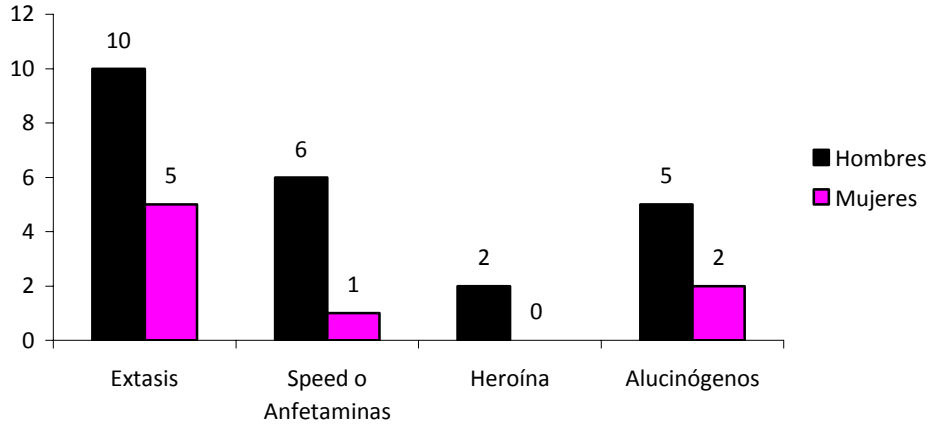
Gráfico 28. Número de consumidores de diferentes sustancias en la Encuesta EDADES 2009/10. Submuestra para Asturias



Por **sexos** y como es norma en las sustancias ilegales, **el consumo es predominantemente masculino**. Centrándonos en el «*experimental*» por ser, como hemos visto, el que más casos de consumidores y de consumidoras registra, destaca el éxtasis con el doble de hombres que de mujeres. Por el contrario, en la heroína no se observan casos en la población femenina entrevistada.

¹⁷ www.mspsi.es/gabinetePrensa/notaPrensa/.../presentacionEdades200910.ppt

Gráfico 29. Número de consumidores de tipo «Experimental» o «Alguna vez en la vida» de diferentes sustancias por sexo en la Encuesta EDADES 2009/10. Submuestra para Asturias



Desde el punto de vista evolutivo, las *prevalencias de consumo han disminuido en todas las sustancias entre 1995 y 2009*, con la *única excepción de la Heroína en los hombres*, sustancia que parece registrar un *leve repunte en los últimos años*, que como es lógico, habrá que seguir con especial interés en las siguientes ediciones de estas encuestas.

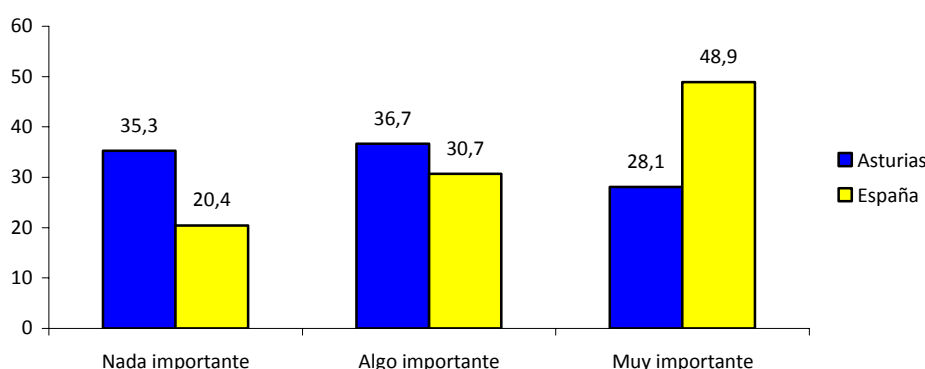
Tabla 12. Características de consumo de «Resto de sustancias» (anfetaminas, éxtasis, heroína, alucinógenos) en Asturias. Según sexo. Adultos 15-65 años.1995-2009/10.

Resto de sustancias	1995			1999			2003			2007			2009/10		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
Número de encuestados	180	208	388	227	230	457	216	217	433	415	420	835	375	378	753
Anfetaminas															
«Alguna vez en la vida»	4,6	2,9	3,8	3,9	0,9	2,2	5,1	1,4	3,3	5,1	1,2	3,1	1,6	0,3	0,9
«Últimos 12 meses»	1,8	1,8	1,8	1,7	0,6	1,1	1,5	0,0	0,6	1,0	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0
«Últimos 30 días»	0,6	1,2	0,9	0,7	0,3	0,5	1,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Éxtasis															
«Alguna vez en la vida»	3,2	0,6	1,8	2,6	1,8	2,2	3,3	0,5	1,8	4,3	1,0	2,6	2,7	1,3	2,0
«Últimos 12 meses»	1,5	0,6	1	1,7	0,9	1,2	0,5	0,0	0,2	0,7	0,0	0,4	0,5	0,0	0,3
«Últimos 30 días»	0,6	0,3	0,4	0,4	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,5	0,0	0,3
Heroína															
«Alguna vez en la vida»	3,2	0,6	1,8	0,4	0,7	0,6	2,3	0,0	1,2	0,5	0,2	0,4	0,5	0,0	0,3
«Últimos 12 meses»	1,6	0,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1
«Últimos 30 días»	1,4	0,6	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1
Alucinógenos															
«Alguna vez en la vida»	4,2	1,5	2,7	4,0	0,6	2,1	4,1	1,9	3,5	4,8	0,5	2,6	1,3	0,5	0,9
«Últimos 12 meses»	1,8	0,3	0,9	0,8	0,6	0,7	1,0	0,0	0,5	0,7	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
«Últimos 30 días»	0,7	0,0	0,3	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0

4. Percepción Social sobre la Importancia del Problema del Consumo de Sustancias

Como se observa y respecto al resto de España, la percepción general en Asturias sobre la importancia del problema del consumo de sustancias es mayoritariamente **«algo» o «nada» importante**. Las mayores diferencias entre ambos territorios se observan en la categoría *«Muy Importante»*, donde en nuestra región no alcanza al 30% de la población entre 15 y 64 años mientras que en el resto del Estado alcanza casi al 50% de la población. Esta categoría es además, la que menor porcentaje de población asturiana recoge de las tres contempladas.

Gráfico 30. Porcentajes de población según la Importancia del Problema del consumo de sustancias. Comparativa Asturias – España. 2009/10

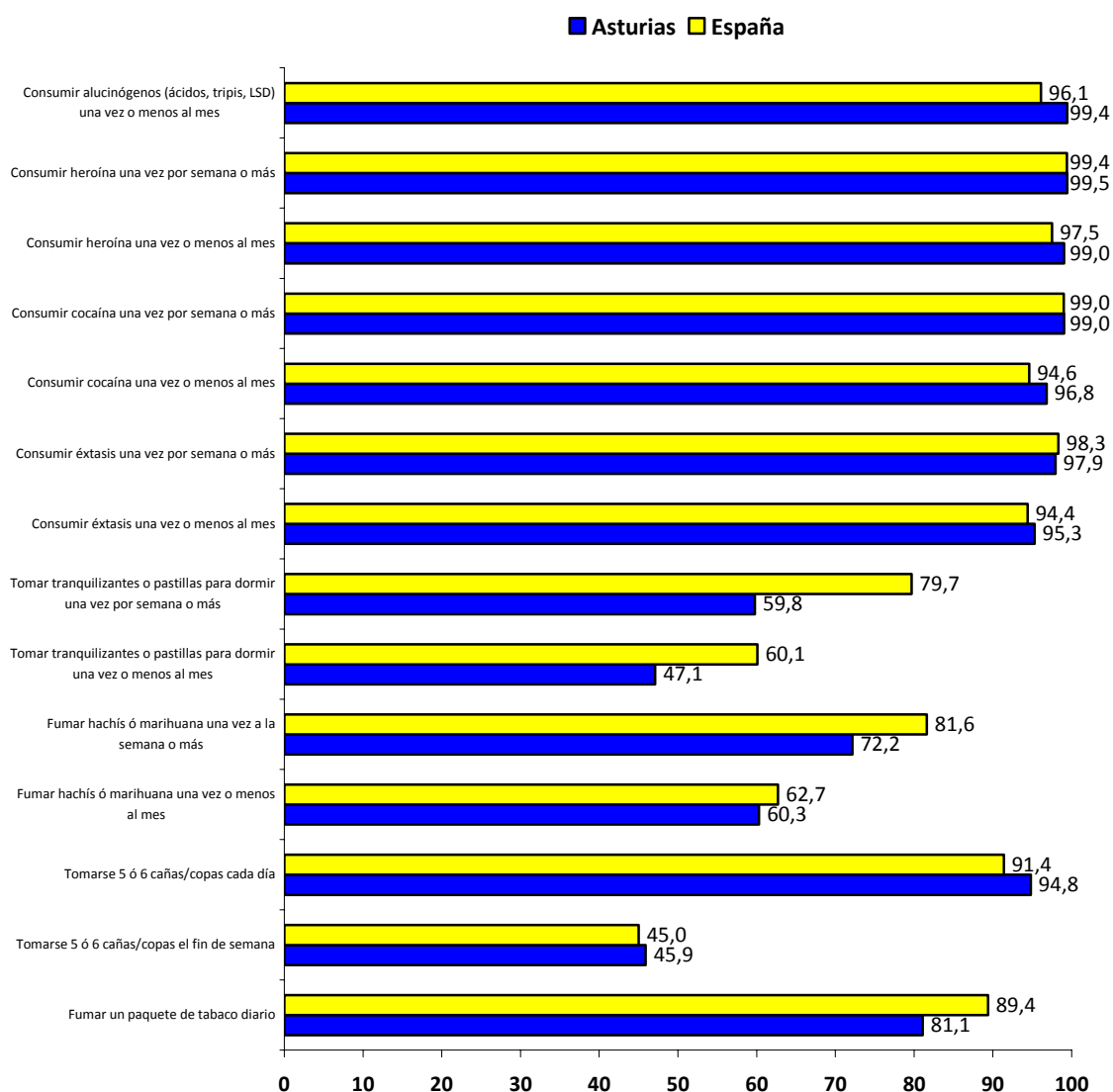


5. Percepción Social del Riesgo de consumo de Diferentes Sustancias

La percepción del riesgo depende fundamentalmente de dos factores; **la sustancia y la frecuencia de consumo**. Así la práctica totalidad de la población (en torno al 95% o más) declara tener una percepción del **riesgo alta (Bastante+Mucho Riesgo)** en relación a consumir «mensual» y «semanalmente» heroína, cocaína, alucinógenos y éxtasis o a *«beber 5-6 cañas/copas diarias»*. Sin embargo, ese tanto por ciento de población se reduce considerablemente cuando se habla del *«consumo de cannabis semanalmente»* (donde se queda en el 80%) o mensualmente (donde baja al 60%) o de 5-6 copas los fines de semana, que presenta la menor proporción de la población de todas (solo el 45% lo considera de **Bastante+Mucho Riesgo**).

Como se observa en el gráfico siguiente, se registran diferencias en la percepción del riesgo entre la población asturiana y la española, algunas no muy acusadas, como pueden ser los relacionados con las sustancias consideradas más peligrosas (heroína, cocaína, alucinógenos o éxtasis) y donde además la proporción de población suele ser algo mayor en el caso de Asturias. Sin embargo en otras como *«Fumar un paquete de tabaco diario»*, *«Fumar hachís o marihuana semanalmente»* y *«Tomar tranquilizantes o pastillas para dormir»* *semanal o mensualmente* son valoradas como de **Bastante o Mucho Riesgo** por mayores porcentajes de población en España que en Asturias. Al contrario, solo ocurre de forma significativa con *«Tomar 5 o 6 cañas/copas al día»*.

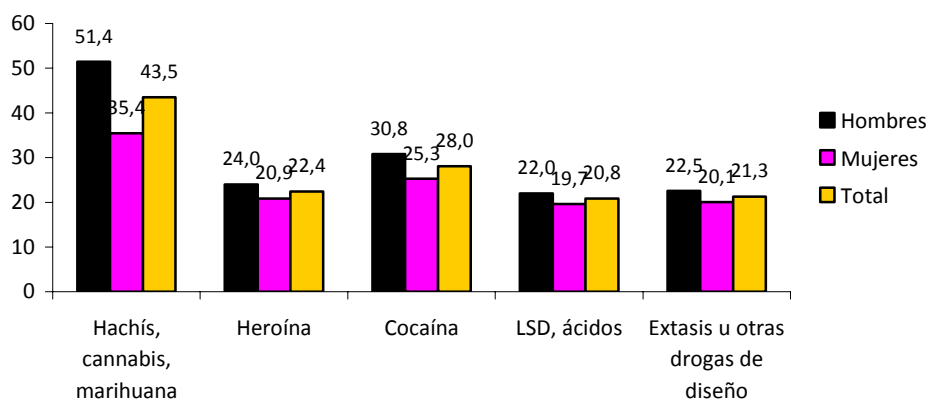
Gráfico 31. Porcentaje de personas que consideran alguno de los siguientes consumos una práctica de Riesgo Alto. Comparativa Asturias – España. 2009/10



6. Percepción Social de la Accesibilidad de las Sustancias Ilegales

Respecto a la **disponibilidad percibida** sobre una escala nominal compuesta por las categorías «*Prácticamente Imposible*», «*Difícil*», «*Relativamente Fácil*» y «*Muy Fácil*» hay que señalar que la mayor parte de la muestra entrevistada considera que es «*Prácticamente Imposible*» o «*Difícil*» conseguir las sustancias ilegales señaladas (una proporción de 8 a 2). Según el tipo de sustancia, únicamente el cannabis iguala la proporción de personas que lo ven accesible con las que no. La sigue ya a distancia la cocaína y a continuación el resto de sustancias. Respecto al **sexo** y como se puede observar en el gráfico siguiente, el % de hombres que consideran que es «*Relativamente Fácil*+*Muy Fácil*» acceder a las diferentes sustancias es siempre mayor que las mujeres.

Gráfico 32. Porcentaje de personas que consideran que es «Relativamente Fácil» o «Muy Fácil» conseguir alguna de las sustancias mencionadas, por sexo. Asturias 2009/10.



7. Conclusiones

7.1. Tabaco

- El porcentaje de **exfumadores** muestra en la actualidad unos valores un poco más altos que los de 1997, particularmente en **las mujeres** (+ 3,2 p. p).
- **En el largo plazo (1997-2009/10) se observa:**
 - En los **consumos «experimentales»** («*alguna vez en la vida*»), un **sensible aumento** en el periodo, particularmente en las mujeres que aumentaron este tipo de consumo en 19 puntos porcentuales frente a los 11 p. p. en que lo hicieron los hombres.
 - La **convergencia de ambos sexos en los consumos «diarios»**. Esta convergencia ha sido **fruto básicamente del descenso en la proporción de fumadores**, que han visto reducida su porcentaje en 7 p. p., mientras que las fumadoras reflejan un comportamiento más estable con una ligera tendencia al alza (+1,8 p. p.).
- En el **corto/medio plazo** se observa una ligera tendencia al descenso del consumo tras la aprobación de la Ley 28/2005 de *Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*. En el mismo sentido, es muy probable que la reciente Ley 42/2010 de 30 de diciembre que modifica la anterior, **tenga efectos reductores adicionales observables en los próximos años**.

7.2. Alcohol

- La evolución temporal de **consumo** refleja un cierto **retroceso de los consumos «diarios»** mientras que los «**experimentales**» **aumentaron** desde final de los años 90 y se han estabilizado en los últimos años.
- El **fenómeno del atracón de alcohol continúa aumentando**, y es **mayoritariamente masculino** y de **fin de semana**.

- Asturias presenta **consumos de alcohol más elevados que el conjunto de España para los indicadores menos problemáticos** (esporádicos y habituales), mientras que los consumos **de más riesgo** (diario, atracones y borracheras) son **iguales o inferiores**.
- Los episodios de **borracheras** han descendido acusadamente entre 2007 y 2009, particularmente en el caso de las mujeres. **En este brusco descenso sin duda tiene que ver la Reforma del Código Penal en materia de seguridad vial que entró en vigor el 1 de diciembre del citado año** (Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal en materia de Seguridad Vial).
- La dificultad para hacer descender el consumo de alcohol con el paso de los años, así como la aparición de nuevas pautas de ingesta (atracon), ponen de manifiesto lo adecuado de la redacción y puesta en práctica del *Programa de Prevención del Consumo Abusivo y de Atención y Tratamiento a las Personas Dependientes del Alcohol* incluido en el Plan de Drogas para Asturias 2010/2016, actualmente en su fase final.

7.3. Hipnosedantes

- Son las **únicas sustancias en las que las prevalencias de consumo, independientemente de cual sea el indicador de frecuencia, son claramente mayores en las mujeres**. Este claro sesgo de género correlaciona con el rol y el status asignado socialmente a las mujeres y señala directamente a factores como la sobrecarga de trabajo y responsabilidad de las mujeres (la «jornada interminable»), la escasa valoración y estima social que reciben los papeles y las responsabilidades asignados socialmente a la mujer tanto en el ámbito privado como en el público, la dificultad para conciliar el trabajo privado con las responsabilidades familiares y la todavía escasa corresponsabilidad de los hombres en éstas tareas.

7.4. Cannabis

- Comparando la proporción de población asturiana consumidora con la española según tipología de consumo, **las prevalencias son siempre menores en nuestra comunidad autónoma**.
- El **análisis evolutivo** muestra el **constante descenso de las frecuencias de consumo de mayor riesgo** (*diario, habitual y esporádico*) **desde el año 2003 a la actualidad**, mientras que el *experimental* ha vuelto a subir entre la penúltima y la última de las ediciones de ésta encuesta, **fenómeno que también se observa en los resultados a nivel nacional**.
- **Parece que la proporción de consumidoras cada vez se aproxima más a la de los hombres**.

7.5. Cocaína

- Los resultados parecen poner de manifiesto que en la actualidad, la mitad más joven de la población de 15 a 64 años se ha apartado (o se está apartando) del consumo de ésta sustancia y es mayor el consumo en los consumidores mayores de 35 años.

- En la **comparativa con España** por tipología de consumo la proporción de personas consumidoras es menor en Asturias en todas las categorías.
- La **tendencia temporal** muestra un **incremento** en el indicador de **consumo «experimental»** (*alguna vez en la vida*). Sin embargo (y como se observa en otras sustancias) en las categorías, **«último año»** y **«últimos treinta días»** se aprecia un **descenso**, que se corresponde con la estabilización o incluso **tendencia a la baja que se está produciendo en el consumo de cocaína a nivel nacional**.

7.6. Resto de Sustancias: Speed/Anfetaminas, Alucinógenos, Éxtasis y Heroína

- El consumo de estas sustancias **se mantiene en niveles bajos y estables**.
- Por **sexos** y como es norma en las sustancias ilegales, **el consumo es predominantemente masculino**.
- **Desde el punto de vista evolutivo**, las prevalencias de consumo han disminuido en todas las sustancias entre 1995 y 2009, con la única excepción de la Heroína en los hombres, sustancia que parece registrar un **leve repunte en los últimos años, que como es lógico, habrá que seguir con especial interés en las siguientes ediciones de estas encuestas**.

Apartado I

Sección 2ª

Los Jóvenes de 14 a 18 años y el consumo de sustancias psicoactivas en Asturias

Panorama General

Como ocurre con la población de 15 a 64 años y de acuerdo en este caso con la información proporcionada por la encuesta ESTUDES, el **alcohol, el tabaco y el cannabis** son, por este orden, las sustancias más consumidas por los estudiantes de enseñanzas secundarias en el Principado de Asturias. En 2008, respecto al tipo de consumo «en alguna ocasión en la vida» (o «experimental»), el 83,6% contestó afirmativamente respecto al alcohol, el 43,7% respecto al tabaco y más de un tercio (28,9%) para el cannabis. El porcentaje de consumidores «en el último año» fue del 78,6%, 37,3% y 25,6% respectivamente, y la proporción en los «últimos treinta días» del 70,0%, 30,9% y 15,2%.

Esas tres sustancias son además, las únicas en las que se declaran consumos «diarios» significativos, con unos porcentajes del 6,6% para el alcohol, del 13,3% para el tabaco y del 1,4% en el caso del cannabis.

Cabe destacar también que el cannabis es la sustancia que más reducción en la proporción de población consumidora arroja en 2008 respecto a 2006, cualquiera que sea la frecuencia de consumo.

A estas tres sustancias las sigue en porcentaje de consumidores/as la cocaína, con una proporción del 7,2% para el tipo experimental (alguna vez en la vida), del 4,4% para el esporádico (últimos 12 meses) y del 1,5% para el más reciente (últimos 30 días), valores todos ellos inferiores a los obtenidos en 2006.

Con respecto al resto de las sustancias (éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, heroína, sustancias volátiles) cabe destacar que la razón de consumidores es mucho menor en todas ellas, con unas proporciones máximas que no superan en ningún caso el 7% y que van, en los consumos «experimentales» del 6,2% de los Alucinógenos al 1,7% de las Sustancias Volátiles y en los «recientes» desde el 1,4% en los Alucinógenos al 0,5% de la Heroína.

La conclusión general que se obtiene de la comparación de los resultados de 2008 con los de años anteriores es la **estabilización o disminución en las prevalencias de consumo de muchas sustancias, siendo clara en el caso del tabaco, el cannabis y la cocaína**. El descenso en éstas dos últimas es particularmente llamativo dado que habían registrado incrementos apreciables en los años anteriores.

1.1. Sexo

No es sorprendente que el consumo de sustancias refleje diferencias relevantes en función del sexo. En general, **la proporción de consumidores de sustancias ilegales es siempre mayor en los chicos que en las chicas**, independientemente de la tipología de consumo. En estas sustancias se observan **diferencias por sexo importantes y que se acentúan a medida que los consumos se hacen más frecuentes o intensos**. Sin embargo **en sustancias legales como el tabaco, el alcohol y los tranquilizantes, la proporción es superior en ellas en muchos de los tipos de consumo contemplados**. Por ejemplo en el caso del alcohol, las chicas reflejan frecuencias de consumo ligeramente superiores a los chicos en los indicadores

«experimental», «esporádico» y «reciente», siendo mayores únicamente los consumos de los chicos en el «diario».

En todo caso se puede afirmar que **los resultados obtenidos en función del sexo son bastante similares a lo observado en años anteriores.**

1.2. Edad

La edad, como el sexo, establece diferencias importantes en el consumo de sustancias. En el caso de la población de 14 a 18 años, **al aumentar crece el tanto por ciento de la población consumidora.** Esta **pauta se observa en el tabaco, el alcohol, el cannabis y la cocaína,** mientras que en el caso del éxtasis, las anfetaminas, los alucinógenos y las sustancias volátiles los comportamientos son más irregulares, registrándose en ocasiones descensos al pasar de un rango de edad a otro y también al pasar de una tipología de consumo a otra.

1.3. Edad Media de Inicio

El **tabaco, 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 14 años, mientras que para el resto de las drogas la edad de inicio es más tardía, pasados los 15 años.

1.4. Riesgo Percibido

Los consumos 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 «experimental» y «esporádica» (en el «último año»). Por contra, la heroína, la cocaína y el éxtasis son percibidas como sustancias con mayor riesgo sea cual sea el tipo de consumo que se haga.

Es de destacar que **en los últimos años se observa un incremento del riesgo percibido del consumo de la gran mayoría de sustancias y frecuencias de consumo.** Y significativamente, **los aumentos más llamativos se detectan en el tabaco, el alcohol y el cannabis.** Este hecho podría ser una de las causas de la disminución de la prevalencia de consumo de estas tres sustancias desde el año 2004.

1.5. Disponibilidad Percibida

Como es lógico, las sustancias legales (alcohol y tabaco) son percibidas como más accesibles por parte de los jóvenes. Del resto (cannabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, etcétera), el cannabis parece ser la más fácil de conseguir.

Comparando los resultados de 2008 con los del 2006 en Asturias es de destacar como muy positivo el **descenso general en la percepción de la accesibilidad de todas las sustancias,** siendo particularmente acusados en los tranquilizantes, la heroína, el speed/anfetaminas y el éxtasis, ya que todas reflejan un descenso de más de 10 puntos porcentuales entre ambas

fechas. **En el polo opuesto se encontraría el alcohol**, que además de ser la sustancia más accesible, sólo ha disminuido medio punto porcentual en su percepción de disponibilidad.

Al ser comparados con el conjunto de España, **los estudiantes asturianos perciben mayor accesibilidad para conseguir alcohol, cocaína y heroína**, y menos para el resto de sustancias. Esta situación refleja una **mejora respecto a años anteriores**, cuando la disponibilidad percibida en Asturias era mayor que en España para todas las sustancias.

1.6. Información Recibida

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 permanece al alza desde unas cotas ya de por sí elevadas, lo que indica que el margen de mejora es cada vez más pequeño.

Las vías principales por las que reciben esta información siguen siendo, como otros años, los medios de comunicación, los padres (madre y padre por ese orden) y charlas y cursos. Llama la atención que otros **colectivos o instituciones de los que cabría esperar mayor peso como fuente de información dada su especificidad, como son profesionales sanitarios, profesores y organismos oficiales, aparezcan mucho menos citados como canales de información.**

1.7. 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». En el otro extremo, un 17,6% declara no salir ninguna noche a la semana. En general los chicos salen más frecuentemente que las chicas.

Teniendo en cuenta la hora de vuelta a casa, el porcentaje más alto (32,4%) lo hace entre las 12 y las 2. A medida que aumenta la edad, la hora de regreso es más tardía, estando a los 18 años próxima a las cuatro de la madrugada de media.

La evolución de los datos en los últimos años registran una reducción del número de salidas nocturnas y también parece haberse adelantado la hora de regreso a casa, lo que hace que **disminuya la exposición a estos dos factores de riesgo** y pudiera explicar, en parte también, la disminución en la prevalencia del consumo de algunas sustancias.

2. Consumo Sustancias Legales

2.1. Tabaco

Al igual que en la población adulta de 15 a 64 años, el consumo de tabaco está muy extendido entre los estudiantes asturianos de 14 a 18. En el año 2008 un 43,7% declaró haberlo consumido en «alguna ocasión en la vida» (42% en 2006), más de un tercio (37,3%) afirmó haberlo probado en el «último año» (frente al 33,2 de 2006) y el 30,9% en el «último mes» frente al 27,8% de 2006. El porcentaje de fumadores diarios se sitúa en el 13,3%, cifra que se mantiene estable respecto al estudio anterior.

Por **sexo**, la **proporción de fumadoras es superior al de fumadores en todos los tipos de consumo excepto en los «diarios»**, donde los **porcentajes** declarados son prácticamente **iguales**, paridad que no se producía en 2006. **Las diferencias intersexuales se han reducido bastante** respecto a la encuesta del año 2006 (Tabla 1).

Tabla 1. Comparativa 2006-2008 de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años consumidores de Tabaco, por Sexo y Categorías de Consumo. ESTUDES 2006-2008. Submuestra asturiana.

	Experimental		Esporádico		Habitual		Diario	
	H	M	H	M	H	M	H	M
2006	35,3	50,3	27,3	39,6	22,7	33,5	11,1	15,8
2008	41,9	45,6	35,1	40,5	28,5	33,4	13,4	13,1

Los consumos aumentan con la edad en todas las categorías, lo que significa que el grupo de edad de **17-18 años presenta las prevalencias más elevadas**. En los consumos «diarios» hay una diferencia de 15 puntos porcentuales entre los estudiantes de 14 años y los del grupo de más edad. En éstos últimos, más de seis de cada diez han probado en «alguna ocasión» el tabaco, más de la mitad lo han consumido en los «últimos 12 meses», casi un 50% lo han hecho en los «últimos 30 días» y uno de cada cinco fuma tabaco a «diario».

Tabla 2. Porcentajes de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años consumidores de Tabaco, por grupos de Edad y Tipología de Consumo. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

Edad	Experimental	Esporádico	Habitual	Diario
14 años	31,5	20,6	17,0	5,0
15-16 años	52,1	37,9	29,5	13,9
17-18 años	61,8	55,5	49,9	20,1

La **edad media de inicio al consumo** de ambos sexos son **los 13,3 años** (13,1 en 2006), mientras que la de comienzo a consumir diariamente es de 13,6 años (14,2 en 2006). Los chicos son algo más precoces que las chicas tanto en el inicio del consumo como en el consumo diario, ya que declaran comenzar a los 12,9 años frente a los 13,6 de ellas en el

primer caso, y a los 13,1 y los 14,0 años, en el segundo. De todos modos y como se observa, las diferencias son muy pequeñas entre ambos sexos y permanecen bastante estables en los últimos años.

Dentro de los consumidores de tabaco en los «últimos treinta días» el consumo medio de cigarrillos diarios es de 6,5 (5,6 en 2006), con importantes diferencias según género, ya que los chicos consumen una media de 8,5 cigarrillos (6 en 2006), frente a los 4,7 de las chicas (5,3 en 2006). Estos resultados prueban que **una mayor proporción de población consumidora no tiene por qué estar asociado a una mayor cantidad de cigarrillos diarios consumidos.**

De los estudiantes que fuman en la actualidad, el 67,5% se han planteado dejarlo en alguna ocasión (74,3% en 2006). De estos, en realidad lo han intentado el 40,5 (en 2006 era el 39,7%), sin diferencias significativas por sexo, con un 41,1% de los chicos (39,1% en 2006) frente a 39,9% de las chicas (40,1%).

En cuanto al **entorno social del tabaco**, en el 50,7% de las casas donde viven los estudiantes fuma al menos una persona diariamente (47,9% en 2006), lo que representa una proporción de exposición pasiva al humo del tabaco bastante elevada.

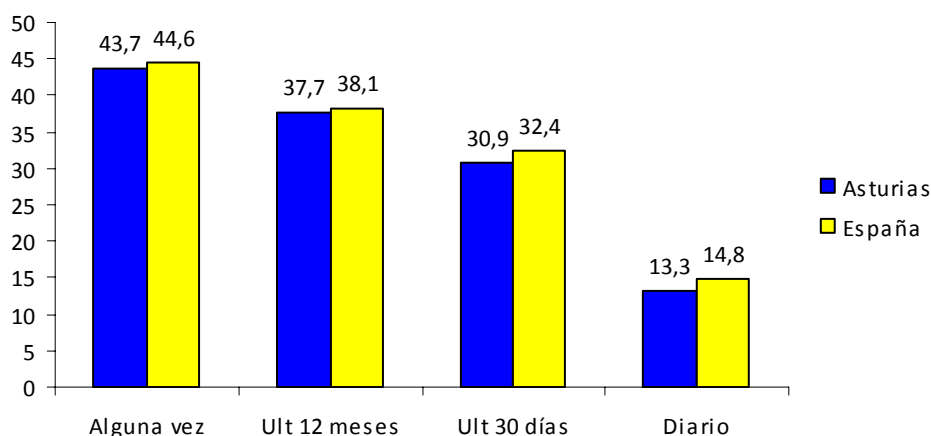
Los datos respecto al consumo de tabaco en los Centros Educativos de Asturias muestran todavía «cierta permisividad» (pese a estar prohibido), aunque los datos respecto al 2006 reflejan una mejoría alentadora. En los treinta días previos a la encuesta, el 45% (49,5% en 2006) de los alumnos de Asturias declara que ha visto fumar en «alguna ocasión» a «algún profesor» dentro del recinto del centro educativo. El 71,6% (76,1% en 2006) ha visto a «otro estudiante» y el 46,5% (47,3%) a «otras personas». Estos porcentajes, aun siendo elevados, son menores que los reflejados en el global del territorio nacional, que en el primer caso son del 47,1%, en el segundo del 73,4% y en el último de ellos del 52% (Tabla 3).

Tabla 3. Comparativa 2006-2008 de algunos indicadores de consumo de Tabaco en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por Sexo. ESTUDES 2006-2008. Submuestra asturiana.

	Hombre		Mujer		Total	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Edad media inicio al consumo primera vez	13,1	12,9	13,2	13,6	13,1	13,3
Edad media consumo diario	14,3	13,1	14,1	14	14,2	13,6
Media de cigarrillos/día	6,0	8,7	5,3	4,5	5,6	6,5
Planteamiento dejar de fumar	73,8	57,7	74,8	76,2	74,3	67,5
Intento dejar de fumar	39,1	41,1	40,1	39,9	39,7	40,5
Fuma una persona diariamente en su casa	44,8	46,3	51,4	55,3	47,9	50,7
Ver profesores fumando en el centro educativo	56,1	47,6	42,3	42,3	49,5	45,0
Ver compañeros fumando en el centro educativo	78,4	73,6	73,6	69,6	76,1	71,6
Ver otras personas fumando en el centro educativo	52,2	49,5	42,1	43,6	47,3	46,5

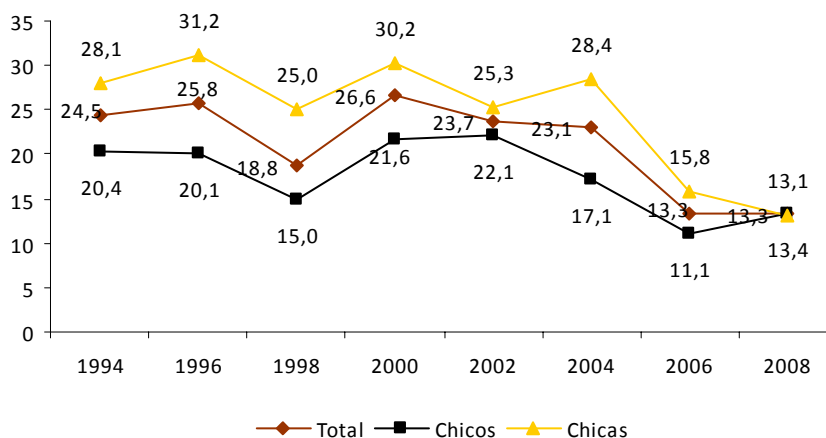
En definitiva, nuestra Comunidad Autónoma presenta un **patrón de consumo de tabaco** entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años **parecido al del territorio nacional**. Las prevalencias encontradas en cada uno de las categorías analizadas se asemejan bastante a los del conjunto español **aunque en nuestra región el porcentaje de consumidores**, como se puede observar en la Figura 1, **es ligeramente inferior**.

Figura 1. Comparativa Asturias-España de las proporciones de estudiantes de Enseñanzas Secundarias consumidores de Tabaco, según Tipología de Consumo. ESTUDES 08.



Respecto a la **tendencia temporal entre 1994 y 2008**, los datos muestran un **claro descenso** entre el inicio y el final. La proporción de **consumidores «a diario» ha pasado del 24,5% en 1994 al 13,3% en 2008** (descenso de 11,2 puntos porcentuales). Entre las dos últimas encuestas llama la atención el descenso de las consumidoras, que han pasado del 15,8% al 13,1%, igualándose por primera vez con los chicos.

Figura 2. Evolución de los porcentajes de Consumidores de Tabaco a Diario en el Último Mes, en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, según Sexo. ESTUDES 1994-2008. Submuestra asturiana.



2.2. Bebidas Alcohólicas

Como se ha visto, el alcohol es la sustancia de consumo más extendido en la población de 15 a 64 años y en los jóvenes estudiantes de 14 a 18 años ocurre lo mismo. En 2008 más de ocho de cada diez declararon haberlo probado «alguna vez en la vida», el 78,6 % en el «último año» y cerca de un 70% en el «último mes», lo que hace que la situación se encuentre prácticamente en los mismos parámetros que en la encuesta de 2006. El porcentaje de **consumidores a «diario en el último mes»** se sitúa en torno al 6,6%, lo que comparado con el mismo valor de la encuesta de 2006 (3%) muestra una tendencia al alza a tener en cuenta.

En el análisis **por sexo**, al igual que en la encuesta anterior y como ocurre con el tabaco, en tres de las cuatro tipologías de consumo **la proporción de bebedoras es superior a la de bebedores. La excepción son los consumos «a diario»** donde los porcentajes se invierten (9,9%-3,0 %) (Tabla 4).

Tabla 4. Evolución 2006-2008 del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Alcohol, por Sexo y Tipología de Consumo. ESTUDES 2006-2008. Submuestra asturiana.

	Experimental		Esporádico		Habitual		Diario	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Hombre	82,0	82,7	77,8	77,4	68,1	66,3	3,6	9,9
Mujer	84,2	84,7	81,4	79,9	71,4	71,5	2,1	3,0
Total	83,1	83,6	79,6	78,6	69,7	70,0	2,9	6,6

Al igual que con el tabaco, **la proporción de consumidores de alcohol se incrementa de manera notable con la edad y disminuye con la frecuencia de consumo.** Así los valores más altos corresponden al grupo de 17-18 años en la categoría de consumo «experimental» y los más bajos a los de 14 años en la de «diario». En los consumidores «diarios», además de reflejarse frecuencias mucho menores en todos los grupos de edad (siempre por debajo del 9%), es la cohorte intermedia de 15-16 años la que presenta la mayor proporción de consumidores (Tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años Consumidores de Alcohol, por Grupo de Edad y Tipología de Consumo. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

Edad	Experimental	Esporádico	Habitual	Diario
14 años	66,0	60,2	48,6	2,5
15-16 años	86,1	80,4	70,2	8,1
17-18 años	94,1	92,6	82,2	5,9

De acuerdo a lo esperado, **el consumo de bebidas alcohólicas es más frecuente los fines de semana que los días laborables.** Así, dentro de los que declararon haber bebido de forma «habitual», siete de cada diez (el 68,3% de los chicos y el 72% de las chicas) lo hacen los fines

de semana (a partir del viernes por la tarde) y el 35,6% todos los fines de semana. En los días «laborables» los porcentajes se reducen al 27,2% (23,6% en 2006) y además el patrón en función del género cambia, manifestando beber más chicos que chicas (32,7% vs. 21,4%).

Atendiendo al **tipo de bebida más consumida**, las preferencias cambian de los «fines de semana» a los «días laborables». En el primer caso los y las estudiantes asturianos de 14 a 18 años se inclinan por los «combinados y cubatas» (58,6% frente al 61,8% de 2006), seguido de «cerveza-sidra» (48,4% frente a 49,8% en 2006) y los «licores fuertes» (34,3%, proporción que no ha cambiado respecto a 2006). En los «días laborables» los «combinados y cubatas» (9,6%) desaparecen del primer puesto y son sustituidos por la «cerveza-sidra» con el 22,8% (19,5% en 2006).

La **edad media a la que se prueba por primera vez una bebida alcohólica se sitúa en los 13,5 años** (13,8 en 2006) y la de **comienzo al consumo semanal a los 14,4 años** (14,7 en 2006). Tanto en el primer caso como en el segundo los chicos vuelven a ser ligeramente más precoces que las chicas; 13,2 años por 13,8 ellas y 14,3 años frente a 14,5.

En cuanto a los **episodios de borracheras**, un 57,2% de los estudiantes declara haberlas padecido en «alguna ocasión en su vida», proporción que refleja un **descenso respecto a 2006 de 2,8 puntos porcentuales**. La mitad del total (50,2%) en los «últimos 12 meses», (mismo valor que en 2006) y **algo más de tres de cada diez (31,2%) en los «últimos treinta días»**, indicador que **también desciende respecto a 2006**, en este caso 3,8 puntos porcentuales. Por otro lado, un porcentaje importante (9%) refiere haber sufrido un episodio de estas características «cuatro o más días en el último mes», lo que equivale a decir que **uno de cada diez jóvenes se emborracha una vez por semana** (con toda probabilidad los fines de semana). La **prevalencia de borracheras es muy similar en chicos y en chicas**, aunque es algo más elevada en ellos. **También a medida que aumenta la edad se incrementa la frecuencia**; en los «últimos treinta días» se ha emborrachado el 24,2% de 14 años y el 44,2% del grupo de edad 17-18 años.

La prevalencia de episodios de intoxicaciones etílicas en nuestra Comunidad Autónoma es **algo mayor que la registrada en España**, pero como hemos señalado, es **destacable la disminución observada respecto a 2006**.

La mayoría de los jóvenes (85,7%) **compra las bebidas** «en bares» (91% en 2006) y «discotecas» (76,5% vs. 79,6% en 2006), pero también los «supermercados» (50%) son un lugar importante de compra que además aumentó considerablemente su peso respecto a 2006 (38,8%). Sin embargo los «hipermercados» (3,1%) tienen un peso residual.

Y respecto a los lugares de consumo, más de la mitad (58,7%) declaran consumir en «espacios abiertos», proporción que también ha aumentado respecto a 2006 (47,7%) y que está ligado al fenómeno del botellón, aunque la mayoría dicen hacerlo en «bares» (88,1% frente al 91% de 2006) y «discotecas» (76,3% vs. 80,6%).

Tabla 6. Evolución 2006-2008 de algunos indicadores de consumo de Bebidas Alcohólicas por parte de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias del Principado de Asturias de 14 a 18 años, según Sexo. EDADES 2006-2008. Submuestra asturiana.

	Hombre		Mujer		Total	
	2008	2006	2008	2006	2008	2006
Edad media inicio al consumo primera vez (años)	13,2	13,8	13,8	13,8	13,5	13,8
Edad media inicio al consumo semanal (años)	14,3	14,8	14,5	14,6	14,4	14,7
Consumo 5 o más cañas/ copas en la misma ocasión (%)	28,7		25,2		26,9	
Consumo en días laborables (%)	32,7	27,6	21,4	19,3	27,2	23,6
Consumo en fines de semana (%)	68,3	67,9	72	71,4	70	69,6
Compra de bebidas alcohólicas en bares (%)	79,1		92,4		85,6	
Consumo en bares (%)	84,2		92,1		88,1	
Consumo en espacios abiertos (%)	57,3		60,1		58,7	
Viajar como pasajero en vehículo conducido por alguien bajo efectos del alcohol (%)	13,5	20,4	15,5	17,3	14,5	18,9
Conducir vehículo bajo efectos del alcohol (%)	8,1	9,8	0,8	2,1	4,5	5,9
Accidentes que requirieron asistencia médica con consumo de alcohol (%)	11		9,7		10,3	
Peleas o agresiones en las que estuvo presente el alcohol (%)	19,6		36		24,8	
Asistencia sanitaria urgente con presencia de alcohol (%)	9,6		6,5		7,9	
Detenido por la Policía con presencia de alcohol (%)	10,7		4,2		8,5	

Durante el «último año» el **14,5% de los jóvenes encuestados reconoce que ha viajado como pasajero en un vehículo a motor conducido por alguien bajo los efectos del alcohol**, proporción que afortunadamente **ha disminuido 4,4 puntos porcentuales** respecto a la encuesta anterior. **Lo mismo ocurre con el porcentaje de jóvenes que declara haber conducido un vehículo (coche o moto) en los «últimos doce meses» bajo los efectos del alcohol** que fue del 4,5% (frente al 5,9% de 2006) con un porcentaje muy superior de chicos (8,1% vs. 9,8% en 2006) que de chicas (0,8% vs. 2,1%), y que reflejan una evolución descendente en ambos casos.

Un relevante 18,7% de los jóvenes encuestados en Asturias estuvieron **implicados en algún tipo de accidente que requirió asistencia médica en los «últimos doce meses»**, siendo el porcentaje ligeramente superior en los chicos que en las chicas (21% frente al 16,3% de las mujeres). Dentro de ellos, el 10,3% declaró haber consumido alcohol en las dos horas previas al accidente, siendo ésta la sustancia más consumida.

Por otro lado, un **26,8% del total de los jóvenes asturianos de este grupo de edad declaran haber estado «envueltos en peleas o agresiones»** (35,6% hombres y 17,6% mujeres). Dentro de ellos, el 24,8% manifestó haber consumido alcohol en las dos horas previas al incidente, siendo el 19,5% de los chicos por el 36% de las chicas, lo que pone de manifiesto que **en ellas el consumo de alcohol se relaciona en mayor proporción con situaciones violentas**.

Por último, uno de cada cinco jóvenes de este grupo etario (20,1%), «recibió **asistencia sanitaria urgente** en los últimos 12 meses» y dentro de ellos, **un 7,9% había «consumido alcohol en las dos horas previas al episodio»**.

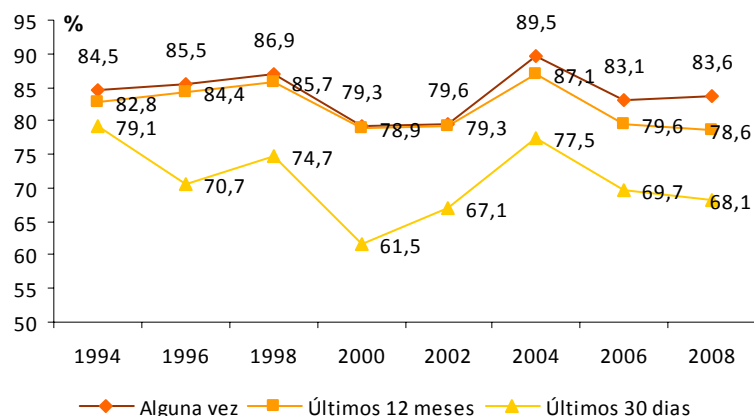
En comparación con el resto de España, en nuestra CCAA se registran proporciones superiores de jóvenes consumidores de alcohol, siendo las diferencias más acentuadas en los consumos recientes, con casi diez puntos porcentuales por encima los estudiantes asturianos respecto al conjunto nacional (Tabla 7).

Tabla 7. Comparativa Asturias-España de la Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años consumidores de Alcohol, según la Tipología de Consumo. ESTUDES 2006-2008.

	Asturias		España	
	2006	2008	2006	2008
Consumo «alguna vez en la vida»	83,1	83,6	79,6	81,2
Consumo «últimos 12 meses»	79,6	78,6	74,9	72,9
Consumo «últimos 30 días»	69,7	68,1	58,0	58,5

Respecto a la **evolución temporal**, cabe señalar que las proporciones de consumidores se mantienen muy estables, con prevalencias prácticamente iguales en las dos últimas encuestas y con *ligeros descensos respecto a los del inicio de la serie en 1994, más acusados en los consumos esporádicos* o «últimos 12 meses» y particularmente los *más habituales* o «últimos 30 días» (Figura 3). Cabe destacar que este último consumo **más frecuente y por lo tanto, más preocupante es el que más descenso refleja** entre el inicio y el final de la serie, pasando del 79,1% en 1994, al 68,1% en 2008, lo que implica **11 puntos porcentuales menos**.

Figura 3. Evolución de la proporción de Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años consumidores de Bebidas Alcohólicas, por Tipología de Consumo. EDADES 1994-2008.



2.3. Hipnosedantes (Tranquilizantes y Somníferos)¹⁸

En el año 2008 el 16,1% (11,9% en 2006) de los estudiantes asturianos de enseñanzas secundarias manifestó haber consumido tranquilizantes o pastillas para dormir (**con o sin receta médica**) en «alguna ocasión en la vida», el 10,8% en los «últimos 12 meses» (6,7% en 2006) y **el 5,4% en los «últimos 30 días»** (en 2006 el 3%) (Tabla8).

El consumo declarado exclusivamente **sin receta es bastante menor**: En «alguna vez en la vida» es del 7,6%, en el «último año» del 5,5% y en lo que se refiere a los consumos más recientes («últimos 30 días») del 3,7%.

Por sexos no se aprecian diferencias importantes. No obstante, en los «últimos doce meses» y en «últimos treinta días» los chicos presentan mayores prevalencias que las chicas (11,9% vs. 9,6% y 5,7% vs. 5% respectivamente).

Tabla 8. Evolución 2006-2008 de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Tranquilizantes o Somníferos por Sexo. ESTUDES 2006-2008. Submuestra asturiana.

	Experimental		Esporádico		Habitual	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Total	11,9	16,1	6,7	10,8	3,0	5,4
Hombre	9,4	16,0	5,4	11,9	2,5	5,7
Mujer	14,6	16,2	8,1	9,6	3,5	5,1

Como es habitual en otras sustancias, también **con la edad aumenta el consumo de estos fármacos**, siendo los estudiantes del grupo de edad intermedio (15 y 16 años) los que presentan las mayores prevalencias en las tres tipologías de consumo, 18,2%, 13,3% y 6,5% respectivamente, algo que ya se observaba en 2006 (Tabla 9).

Tabla 9. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Tranquilizantes o Somníferos por grupo de Edad. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

Edad	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
14 años	12,5	5,8	2,2
15 años	18,2	13,3	6,5
16 años			
17 años	13,3	8,3	5,6
18 años			

La edad media en que se comienzan a consumir hipnosedantes son los 14,1 años (13,5 años en 2006), siendo **más temprana en las chicas**, 13,8 años (14 años en 2006), que en los chicos (14,5 años frente a los 12,7 de 2006). En los consumidores sin receta médica, la media de edad

¹⁸ El término tranquilizantes se refiere «sensu stricto», al grupo de las benzodiazepinas y antidepresivos, mientras que en el grupo de los somníferos se incluyen otros psicotrópicos (barbitúricos, etc.).

declarada es algo mayor y nuevamente ellas declaran una edad de inicio inferior (de 14,2 años frente a los 15,1 de los hombres).

No hay grandes diferencias entre el consumo de tranquilizantes de los jóvenes asturianos y los del resto del país, situándose la mayor diferencia en la categoría «alguna vez en la vida», 1,2 puntos inferior al valor nacional.

En cuanto a la **evolución del consumo** respecto a años precedentes, **se observa un incremento importante tanto a nivel autonómico como nacional**.

3. Consumo de Sustancias Ilegales: Cannabis, Cocaína, Éxtasis y otras drogas de diseño

Un 29,5% de jóvenes declararon en 2008 haber consumido algún tipo de sustancia ilegal (cannabis, cocaína, alucinógenos, éxtasis, heroína, etcétera) en «alguna ocasión en su vida» (el 35,3% en 2006). Un 26,0% (30,9% en 2006) manifestó haberlas consumido en los «últimos doce meses» y un 15,8% en los «últimos treinta días» (20% en 2006). Estas cifras ponen de manifiesto una **reducción generalizada respecto a la anterior encuesta**.

Por sexo y como es habitual en este tipo de sustancias, los porcentajes de consumidores son mayores que los de las consumidoras, independientemente de la pauta de consumo. Así declararon haber consumido alguna sustancia ilegal en «alguna ocasión en su vida» el 32,5% de ellos frente al 26,3% de ellas; en los consumos «esporádicos» el 29,5% de los chicos frente al 22,4% de las chicas, y en los consumos realizados en el «último mes» el 17,6% frente al 14%. Es destacable que **todos los valores por sexos han disminuido respecto a 2006** (Tabla 10).

Tabla 10. Evolución 2006-2008 de la proporción de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Alguna Sustancia Ilegal, por Frecuencia de Consumo y Sexo. ESTUDES 2006-08. Submuestra asturiana.

	Experimental		Esporádico		Habitual	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Total	35,3	29,5	30,9	26,0	19,3	15,8
Hombre	36,8	32,5	31,7	29,5	21,5	17,6
Mujer	33,7	26,3	29,9	22,4	16,8	14,0

Por edad se observa que **a medida que aumenta, la proporción de consumidores también lo hace en las tres tipologías**, aunque existen diferencias importantes. Así, en los realizados «Alguna vez en la vida» se obtienen prevalencias que van desde el 20,6% a los 14 años hasta el 39,6% a los 17-18. Los efectuados durante los «Últimos doce meses» se mueven en una horquilla que va del 18,9% en las edades inferiores hasta el 34,5% en los mayores, y, por último, en los consumos declarados en los «Últimos treinta días», los porcentajes van desde el 7,2% a los 14 años al 22,1% a los 17-18 años.

Tabla 11. Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Alguna Sustancia Ilegal por Frecuencia de Consumo y Edad. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

	Experimental	Esporádico	Habitual
14 años	20,6	18,9	7,2
15 años	29,2	25,8	16,8
16 años			
17 años	39,6	34,5	22,1
18 años			

3.1. Cannabis

El cannabis sigue siendo la sustancia ilegal más consumida por los estudiantes de enseñanzas secundarias, con bastante diferencia respecto a las demás, aunque en relación a 2006 se aprecia una disminución en las prevalencias de consumo en todas las tipologías. Es junto con la cocaína, la única sustancia ilegal en la que se monitorizan consumos diarios (20 ó mas días al mes) con un 1,4% de los estudiantes de 14 a 18 años (3% en 2006).

Los datos obtenidos en la encuesta ESTUDES 2008 muestran que el tanto por ciento que han consumido cannabis en «Algún momento de la vida» es del 28,9% frente al 34,5% de 2006, lo que refleja una reducción de 5,6 puntos. El porcentaje de consumidores en los «Últimos doce meses» fue del 25,6% (30,1% en 2006), y del 15,2% (18,8%) cuando se trata de consumos en los «Últimos treinta días». Por tanto en general, los consumos han visto reducida su prevalencia entre 2006 y 2008 en una media de casi 4 puntos porcentuales (más importante en los consumos menos frecuentes).

Tabla 12. Evolución 2006-2008 de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Cannabis, por Frecuencia de Consumo y Sexo (porcentajes). ESTUDES 2006-08. Submuestra asturiana.

	Experimental		Esporádico		Habitual		Diario	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Total	34,5	28,9	30,1	25,6	18,8	15,2	2,9	1,4
Hombre	35,7	31,7	30,7	28,9	20,9	16,7	4,9	1,3
Mujer	33,2	26,0	29,5	22,1	16,5	13,6	0,6	1,4

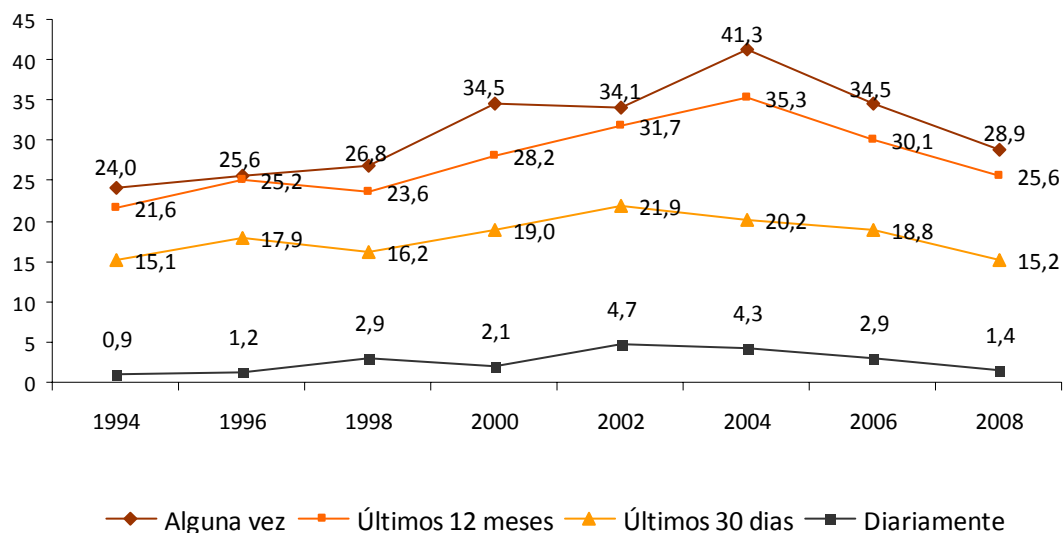
Por sexo y como puede observarse en la Tabla 12, la proporción de consumidores es mayor en los chicos que en las chicas en todas las categorías. Quizás lo más destacable vuelve a ser el descenso en la prevalencia de consumidores respecto a 2006 en ambos sexos y en todas las categorías de consumo, en algunos casos significativo, como en el del consumo «diario» de los chicos.

Por lo que se refiere a la evolución de las frecuencias de consumidores entre 1994 y 2008 según la tipología de consumo (Figura 4), «Alguna vez en la vida» y en los «Últimos doce meses» muestran un perfil muy claro en forma de cono, ascendente hasta 2004 y en descenso a partir de ahí hasta el año 2008, cuando se alcanzan valores cercanos (aunque todavía superiores) a los del inicio del periodo.

Por su parte en los consumos «Diarios» y en el «Último mes» la trayectoria es similar aunque con prevalencias bastante menores y con un perfil menos irregular, alcanzando ya en 2002 los valores más altos, desde donde comienzan a descender.

De acuerdo con esto, parece claro que desde los primeros años del presente siglo se está registrando una reducción en las prevalencias de consumo de cannabis entre los y las jóvenes estudiantes asturianos/as.

Figura 4. Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Cannabis, según la Tipología de Consumo. ESTUDES 1994-2008. Submuestra asturiana.



Atendiendo a la **edad**, vemos que **los consumidores aumentan en paralelo con la misma**. A los 14 años no llegan a uno de cada cinco los alumnos de secundaria que declaran haber consumido esta sustancia en los «Últimos doce meses» (18,1%), mientras que a los 17-18 años ese porcentaje se ha duplicado (39,6%).

Tabla 13. Proporción de consumidores de Cannabis en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por edad y tipología de consumo. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

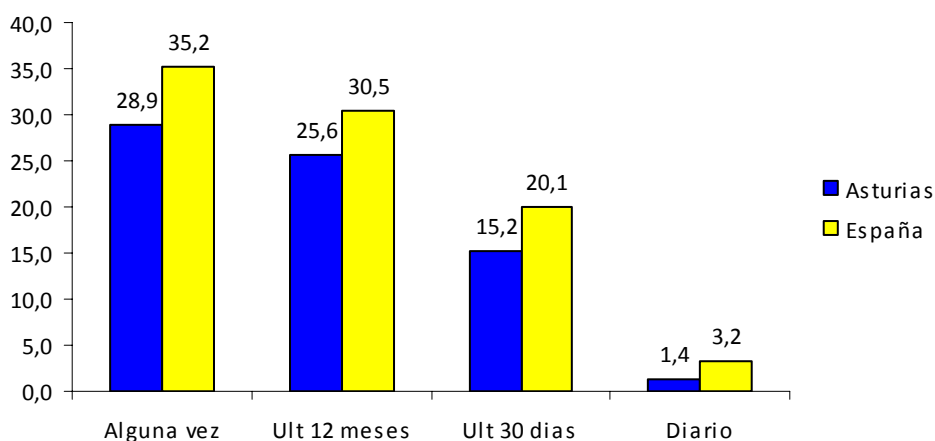
Edad	Experimental	Esporádico	Habitual	Diario
14 años	19,5	18,1	6,1	0,3
15-16 años	28,7	25,6	16,2	1,3
17-18 años	39,6	33,9	21,2	2,7

Respecto al **número de días de consumo en el «último mes»**, el 7,7% afirma haberlo hecho más de cinco días, con una proporción doble en los chicos que en las chicas (10,2% frente a 5%).

La **edad media de inicio** es la **más temprana dentro de las drogas ilegales** y se sitúa en **14,4 años para ambos sexos** (14,8 en 2006), siendo un poco anterior en los chicos (14,2 años) que en las chicas (14,7 años).

Al comparar los datos de población consumidora de Asturias con los del resto de España se pone de manifiesto que **es menor en nuestra región en todas las categorías**. El 28,9% en Asturias frente 35,2% en España para los consumos realizados en «Alguna ocasión en la vida», el 25,6% frente a 30,5% en el «Último año», el 15,2% frente al 20,1% en los «Últimos treinta días» y el 1,4% por el 3,2% en los consumos «Diarios».

Figura 5. Comparación de la Proporción de consumidores de Cannabis Asturias/España, por tipología de consumo. ESTUDES 2008.



3.2. Cocaína

Si bien los índices generales de prevalencia de esta sustancia son muy inferiores a los del cannabis, sigue siendo la **segunda sustancia ilegal más consumida** entre los estudiantes de enseñanzas secundarias. La tasa de prevalencia en «Algún momento de la vida» es del 7,2% (7,1% en 2006), del 4,4% en los «Últimos doce meses» (5,7%) y del 1,5% en los «Últimos treinta días» (3,3% en 2006). La proporción de jóvenes que la consume a «Diario» (20 días o más en los Últimos treinta días) es muy pequeña, del 0,2% en el año 2008. En conclusión, **el consumo de cocaína es fundamentalmente un consumo de tipo experimental («alguna vez en la vida») o esporádico («en los últimos doce meses»)**.

En todas las categorías las prevalencias son superiores en los chicos que en las chicas y respecto a los datos de la encuesta de 2006, descienden todos los valores con la única excepción de los Hombres en la tipología de «experimental» (Alguna vez en la vida).

Tabla 14. Proporción de consumidores de cocaína en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por Sexo y Tipología de Consumo. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

	Experimental		Esporádico		Habitual	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Total	7,1	7,2	5,7	4,4	3,3	1,5
Hombre	8,1	9,8	6,5	5,8	4,2	1,5
Mujer	6,1	4,4	4,8	2,8	2,4	1,4

Respecto al consumo según la variable **edad**, excepto en el caso de los consumos experimentales («en alguna ocasión en la vida») en el que el grupo de edad intermedio declara una prevalencia superior al de más edad (8,8% frente a 7,1%), en el resto **es éste último (17-18 años) el que presenta las mayores prevalencias**.

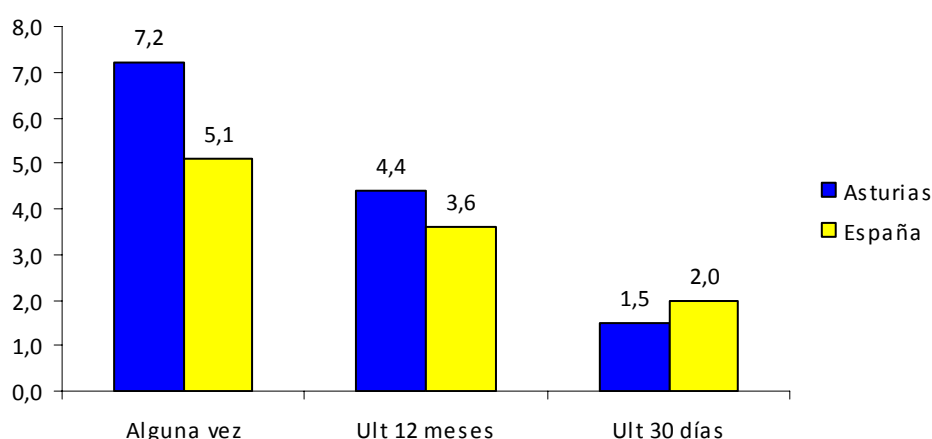
Tabla 15. Proporción de consumidores de Cocaína en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, por Grupos de Edad y Tipología de Consumo. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

Edad	Experimental	Esporádico	Habitual	Diario
14 años	2,5	2,2	1,7	0,3
15 años	8,8	4,9	1,0	0,1
16 años				
17 años	7,1	5,9	2,7	0,6
18 años				

La **edad media de inicio al consumo** en el 2008 son los **14,6 años**, poco después que el cannabis. Entre **chicos y chicas no se aprecian diferencias significativas** en el comienzo del consumo de esta sustancia.

Al comparar los resultados de consumo de los y las estudiantes asturianos con los del **resto de España** se observa que mientras los «experimentales» y «ocasionales» son superiores, **los más frecuentes son inferiores**. En el año 2008 a nivel nacional se declaran unas prevalencias del 5,1%, 3,6% y 2% para las categorías «Alguna vez en la vida», «Último año» y «Últimos treinta días», mientras que en nuestra Comunidad se declaran porcentajes superiores en los dos primeros casos y menores en los consumos más recientes.

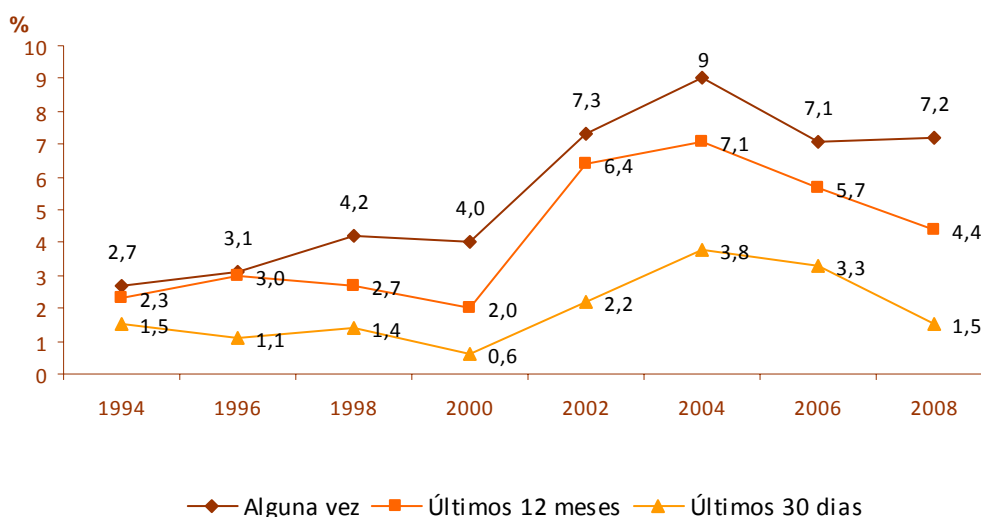
Figura 7. Comparativa Asturias-España del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias consumidores de Cocaína, según Tipología de consumo. ESTUDES 2008.



Por último, la gráfica de la **evolución de la prevalencia de consumo de cocaína** muestra un panorama caracterizado por unos **porcentajes moderados y estables** (entre el 1 y el 4%) en los

diferentes tipos de consumo en el periodo que va desde 1994 hasta el 2000, fecha en la que se inicia un aumento hasta el 2004, momento en que comienza a descender. **Entre 2006 y 2008 los porcentajes han vuelto a bajar de forma general** en los diferentes tipos de consumo.

Figura 8. Evolución del Porcentaje de jóvenes de 14 a 18 años consumidores de Cocaína 1994-2008, por Tipología de consumo. EDADES. Submuestra asturiana, 1994-2008.



3.3. Éxtasis y otras Drogas de Diseño

Bajo esta denominación se incluyen una serie de drogas sintéticas con efectos estimulantes y alucinógenos que derivan de la feniletilamina. Hay que decir que **las proporciones de población que declaran consumirlas son menores que las de la cocaína**. En el año 2008 un 5,2% de los estudiantes asturianos de 14 a 18 años ha probado éxtasis en «Alguna ocasión en su vida» (2,5% en 2006), un 1,3% en los «Últimos doce meses» (1,8% en 2006) y un 1% en los «Últimos treinta días», mismo valor que en 2006 (tabla 2.1.11).

Como sucede con el resto de drogas ilegales, **la proporción de jóvenes consumidores es superior a la de consumidoras**. Las prevalencias declaradas por los chicos son 8,5%, 1,4% y 1,3% para los tres tipos de consumos, mientras que las chicas declaran consumos marginales; 1,6%, 1,2% y 0,6% respectivamente. En definitiva **se trata de un consumo muy reducido, fundamentalmente masculino y experimental**.

Tabla 16. Porcentajes de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Éxtasis, por Sexo y Tipología de Consumo. ESTUDES 2006-08. Submuestra asturiana.

	Experimental		Esporádico		Habitual	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Total	2,5	5,2	1,8	1,3	1,0	1,0
Hombres	3,2	8,5	2,3	1,4	1,5	1,3
Mujeres	1,8	1,6	1,2	1,2	0,5	0,6

Desde el punto de vista del comportamiento entre 2006 y 2008 lo más destacable parece ser el **descenso o el mantenimiento de los consumos a partir de unas proporciones ya de por sí muy bajas**. La única categoría que se puede decir que aumenta, el «consumo experimental» (alguna vez en la vida) en los hombres no alcanza el 10%, y de hecho, el incremento del total de la misma variable responde unilateralmente a ella.

A diferencia de otras sustancias, **según aumenta la edad no se aprecia un incremento claro de la proporción de consumidores**. En los consumos de tipo «experimental», el grupo etario intermedio (15-16 años) es el que alcanza las mayores proporciones (7,1%), mientras que en el consumo «esporádico» y en el «habitual», sí que son los de más edad los que más declaran consumirla, siempre eso sí, dentro de una cifra bastante baja (Tabla 18).

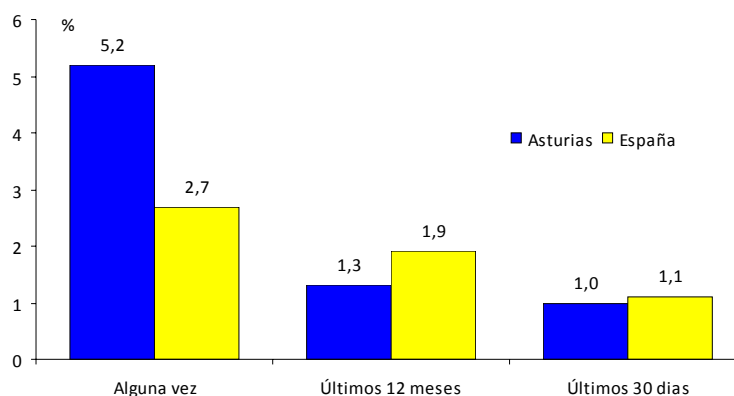
La **edad media de inicio en el consumo** se situó en 2008 en los 15,2 años, muy parecida a la obtenida en el año 2006.

Tabla 18. Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias del Principado de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Éxtasis en según Edad y Tipología de Consumo. ESTUDES 2006-08. Submuestra asturiana.

Edad	Experimental	Esporádico	Habitual
14 años	1,9	1,7	0,8
15 años	7,1	1,1	0,8
16 años			
17 años	2,4	1,8	1,5
18 años			

En nuestra Comunidad se aprecian **cifras de consumo ligeramente superiores a las observadas en el total nacional en los consumos «experimentales»** (2,5 puntos por encima), inducido por un mayor consumo de los chicos asturianos en esta tipología (8,5% en Asturias frente a 3,5% en el territorio español). En las otras dos categorías las prevalencias observadas son ligeramente inferiores.

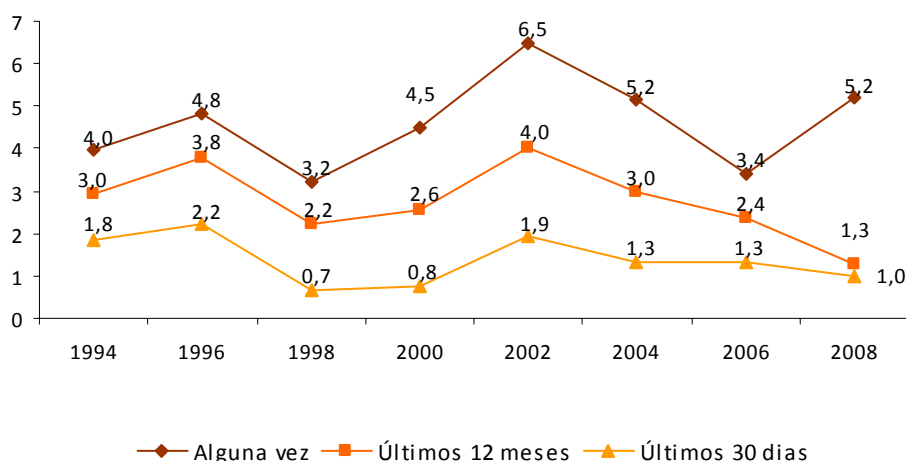
Figura 9. Comparativa Asturias-España de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias Consumidores de Éxtasis, por Tipología de Consumo.



Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-08. Submuestra asturiana.

La **evolución a largo plazo** de estos indicadores muestra que el consumo «**Alguna vez en la vida**» ha sufrido un **incremento importante entre 2006 y 2008** llegando a duplicarse. Los indicadores «**Últimos 12 meses**» y «**Últimos 30 días**» siguen una **tendencia descendente** desde el 2002, patente tanto en chicos como en chicas (Figura 10).

Figura 10. Evolución del porcentaje de estudiantes de enseñanzas secundarias consumidores de Éxtasis, según Tipología de Consumo. ESTUDES 1994-2008. Submuestra asturiana.



4. Resto de Sustancias Ilegales

El resto de las drogas de comercio ilícito presentan proporciones de consumo menores, sin llegar al 7% en ninguno de las clases de consumo. En la mayoría sólo se declaran de tipo «experimental» y, en menor medida, «esporádicos», teniendo los más «habituales» muy poca presencia.

4.1. Anfetaminas¹⁹

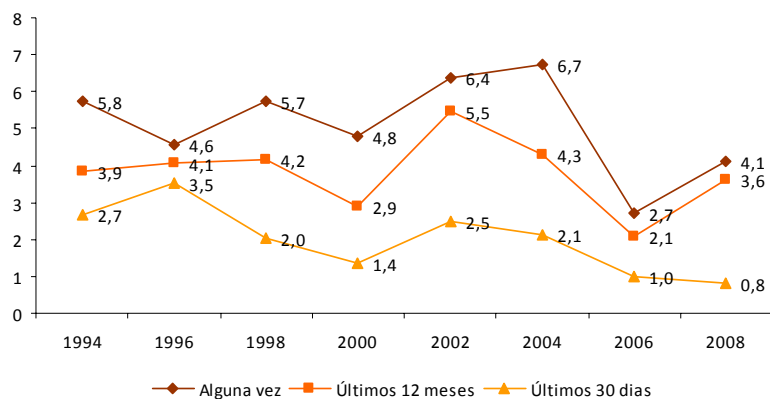
El 4,1% de los estudiantes han consumido anfetaminas en «Alguna ocasión en la vida» (2,7% en 2006), un 3,6% (2,1% en 2006) en los «Últimos doce meses» y no llega al 0,8% (1%, 2006) los que declaran haberlo hecho en los «Últimos treinta días».

Desde el punto de vista temporal lo más destacable es el **descenso generalizado en todas las tipologías de consumo, más acusadas en la categoría de mayor frecuencia** y por lo tanto de mayor riesgo («Últimos 30 días»), que además es la única que presenta un perfil de constante

¹⁹ Se incluyen en este apartado no solo a las anfetaminas propiamente dichas, sino también al speed, ice, metanfetamina, cristal, etcétera.

descenso desde 1994, mientras que las otras dos variedades de consumo presentan un comportamiento más irregular.

Figura 11. Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias consumidores de Anfetaminas. ESTUDES 1994-2008. Submuestra Asturiana.

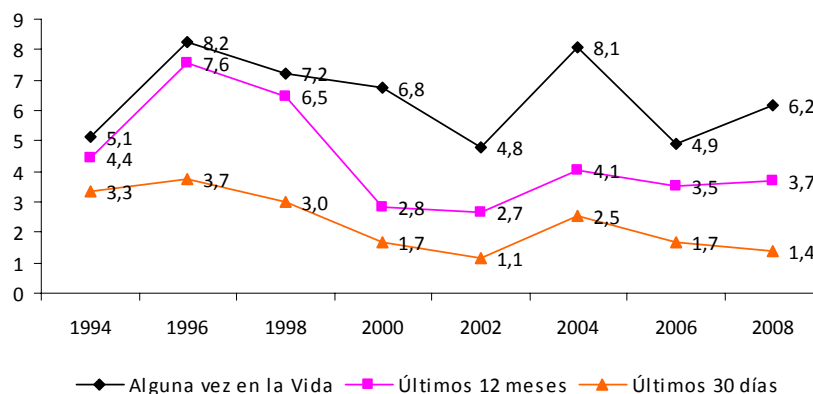


4.2. Alucinógenos²⁰

El porcentaje de consumidores «alguna vez en la vida» es de un 6,2% (4,9% en 2006), del 3,7% en el «último año» (3,5% en 2006) y del 1,4% en los «últimos 30 días» (1,7 en 2006).

Desde el punto de vista evolutivo se vuelve a observar lo que se puede considerar una pauta constante en la práctica totalidad de las sustancias ilegales de menor consumo. Esto es, **el aumento o mantenimiento de las frecuencias de consumo experimentales, de menos riesgo y el descenso de los más frecuentes y peligrosos.**

Figura 12. Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias consumidores de Alucinógenos. EDADES 1994-2008. Submuestra asturiana.



²⁰ Los alucinógenos engloban una serie de drogas entre las que se encuentran el LSD, los «ácidos o trips», la ketamina, la mescalina, los hongos, etcétera.

4.3. Sustancias Volátiles²¹

La proporción de consumidores «alguna vez en la vida» es del 1,7% (3,4% en 2006), del 0,8% (frente al 2% del 2006) en los «últimos doce meses» y del 0,7% (1% en 2006) en los más recientes.

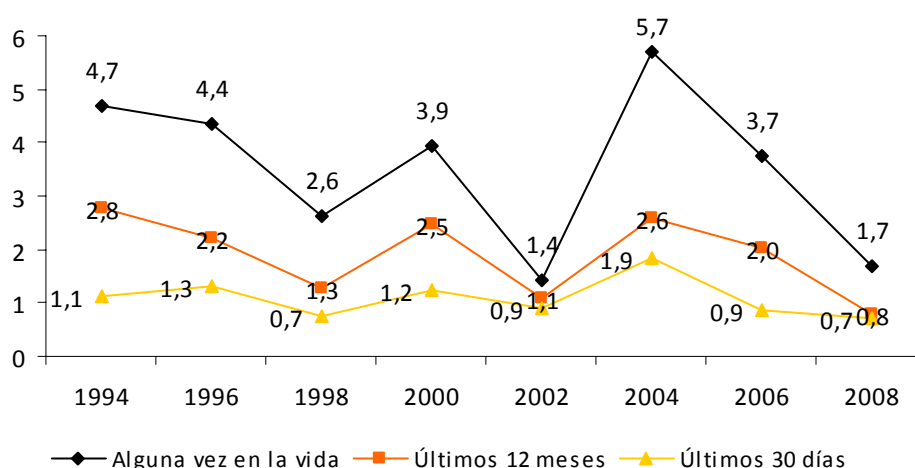
Atendiendo a la variable **sexo** no se aprecian diferencias en los consumos menos habituales, mientras que el patrón de distribución etario muestra un perfil en «pico» (Tabla 19).

Tabla 19. Prevalencia de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Sustancias Volátiles en por Sexo. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

	Asturias		
	Experimental	Esporádico	Habitual
Total	1,7	0,8	0,7
Hombre	1,1	0,5	0,3
Mujer	0,6	0,3	0,3
Edad			
14 años	1,4	0,6	0,6
15-16 años	1,8	0,9	0,8
17-18 años	1,8	0,6	0,6

Desde el punto de vista **temporal se ha reducido la proporción total de jóvenes que declaran consumir inhalantes volátiles entre el año 2004 al 2006** en los tres indicadores estudiados, pero si tenemos en cuenta todos los años de la serie se observa que actualmente estamos en unos niveles de consumo medios (Figura 13).

Figura 13. Evolución de la proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias, consumidores de Sustancias Volátiles según Tipología de Consumo. ESTUDES 1994-2008. Submuestra asturiana.



²¹ Bajo este epígrafe se incluyen los pegamentos, disolventes, gasolinas e hidrocarburos, etcétera.

4.4. Heroína

Las encuestas escolares no son el instrumento más adecuado y preciso para estudiar el consumo de sustancias como la heroína, ya que además de la baja prevalencia de esta sustancia, es probable que los consumidores no estén en los lugares o en el momento en que se recogen los datos, lo que provoca la subestimación de dicha población; por tanto, los resultados reflejados a continuación deben manejarse con cierta precaución.

Se trata de una droga con una **prevalencia declarada muy pequeña**, con un máximo de población consumidora del 2,4% para el consumo «experimental», mientras que los «esporádicos» se quedan en el 0,7% y los más «recientes» en el 0,5% (Tabla 20).

Atendiendo al **sexo**, la proporción de consumidores es **siempre más alta en los chicos**, aunque se observan matices según la tipología de consumo. Así la diferencia entre ambos sexos es apreciable sobre todo en el consumo «experimental» (2,1% frente al 0,3% de chicas). Sin embargo en las otras dos categorías, ambas con proporciones muy reducidas, las diferencias intersexuales son menores.

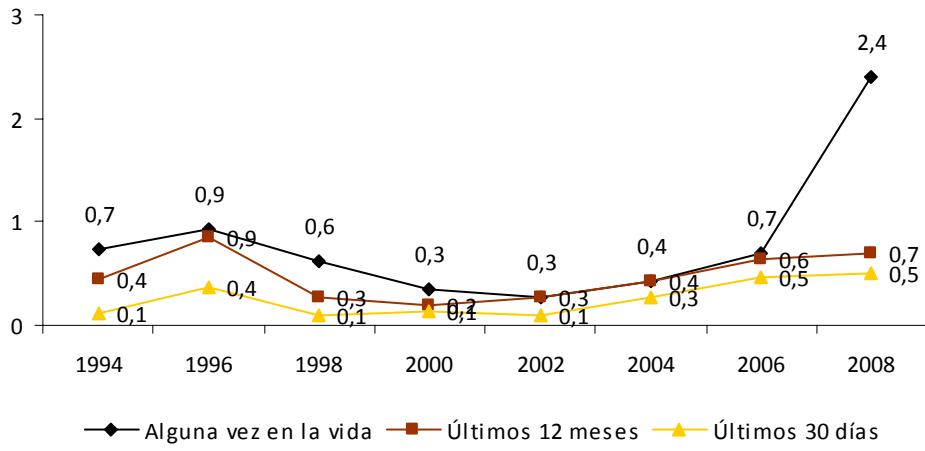
Por otra parte, según la **edad**, los consumos aumentan entre los 14 y los 16 años, para disminuir a continuación.

Tabla 20. Prevalencia de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de Asturias de 14 a 18 años, consumidores de Heroína, por Sexo. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

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

Con las reservas explicadas al inicio de este apartado, podemos comentar que **se observa un ligero repunte en el consumo de heroína con respecto a años precedentes**, más acusado a partir del año 2002 y particularmente los que tienen carácter «experimental» (Figura 14).

Figura 14. Evolución de la proporción de Estudiantes de Enseñanzas Secundarias, consumidores de heroína por Tipología de Consumo. ESTUDES 1994-2006. Submuestra asturiana..



5. Policonsumo

El policonsumo o uso combinado de sustancias no es excepcional; los estudiantes suelen consumir varias sustancias y no una sola. En la tabla siguiente se muestran las relaciones en el indicador «Últimos 12 meses», de las diferentes sustancias analizadas.

Tabla 21. Relación de consumo de las diferentes sustancias (Últimos doce meses) en estudiantes de Enseñanzas Secundarias del Principado de Asturias de 14 a 18 años de edad, según sustancia principal. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

Sustancia Principal	Tab	Alcoh	Hipnod	Cannab	Coca	Éxt	Anfet	Alucin	Hero	S Volát
Tabaco		92,2	19,2	55,5	11	2,9	8,8	8,1	1,4	1,6
Alcohol	45,1		12,9	32,1	5,4	1,7	4,4	4,6	0,9	1
Hipnodtes.	66,6	92,1		53,5	21,2	6	20	4,2	2,1	4,1
Cannabis	80,7	99,8	22,8		16,8	4,9	13,5	13,4	2,4	2,2
Cocaína	95,2	100	53,9	97,9		36,2	68,1	29,2	11,8	7,8
Éxtasis	82	100	42,9	89,6	72,2		63,5	58,3	35,2	27,1
Anfetnas.	93,5	100	61,1	96,1	81,5	43,5		30,9	11,4	6,2
Alucignos.	83,6	100	12,6	92,5	33,9	20,9	29,9		12,6	8,8
Heroína	78,9	100	39,4	95,1	78,7	70,6	64	72,2		42,1
SS. Volátiles	73,1	100	57,9	69,5	41,1	42,6	27	39,8	34,1	

Se puede afirmar que los jóvenes estudiantes de 14 a 18 años que consumen sustancias ilegales como cocaína, éxtasis, alucinógenos, speed, heroína, sustancias volátiles, etcétera, prácticamente en su totalidad consumen también alcohol, cannabis y, en un porcentaje muy elevado, tabaco.

Existe una estrecha relación entre el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de tal manera que dentro de los estudiantes consumidores de tabaco en el «último año», un 97% consumieron alcohol y más de las mitad (55,5%) cannabis. En este mismo tipo de consumo, casi la totalidad de los escolares consumidores de cannabis bebieron alcohol (99,8%) y un 80,7% fumaron tabaco.

El alcohol es la sustancia que más correlaciona con el resto, de forma que se constituye en el común denominador de los que consumen otras sustancias. A la inversa, entre los que tienen el alcohol como sustancia principal, los consumos de otras drogas son los más bajos.

Los jóvenes que han consumido **éxtasis** en este mismo periodo de tiempo son usuarios en un porcentaje importante de **alucinógenos, anfetaminas y cocaína**, mientras que los consumidores anuales de **cocaína simultanean esta sustancia con las anfetaminas y los hipnosedantes**. El consumo de estos últimos fármacos no parece llevar aparejado el del resto de sustancias, excepto el tabaco, alcohol y cannabis.

6. Riesgo Percibido ante el Consumo de Drogas

El **riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas** es un indicador indirecto muy útil que ayuda a explicar la prevalencia actual de consumo y en cierta manera a predecirlo. Se trata de **variables** entre las que se ha encontrado una **correlación negativa**, es decir que **a mayor percepción de riesgo menor prevalencia de consumo y viceversa**.

Por lo que se refiere a las **pautas de consumo** y como es lógico, **la percepción del riesgo depende de la frecuencia de consumo y del tipo de sustancia**. Así los consumos «habituales» y las sustancias ilegales suelen ser percibidos por los jóvenes como de mayor riesgo. Dentro de los consumos «experimentales» el riesgo atribuido a las sustancias legales (alcohol, el tabaco e hipnosedantes) es mucho menor que el de las ilegales y dentro de éstas, el cannabis es la sustancia a la que se le otorga menor grado de peligrosidad.

Aquí se refleja la proporción de estudiantes de enseñanzas secundarias que manifiestan que una determinada pauta de consumo en relación a una sustancia comporta «Bastantes o Muchos problemas».

A tenor de lo expuesto, las pautas de conducta que los jóvenes consideran que acarrear **menos problemas son consumir en «alguna ocasión en la vida» tabaco (38,9%), alcohol (45,3%), hipnosedantes (47,1%) y cannabis (61,2%)**. El resto de las sustancias son percibidas como más peligrosas, de forma que más de ocho de cada diez manifiestan que su consumo puede conllevar «bastantes» o «muchos problemas».

Las conductas del consumo «habitual» (una vez a la semana o más), llevan asociadas una mayor percepción de problemas. El alcohol es la sustancia cuyo consumo «frecuente» es vista por los jóvenes con menor riesgo, aunque aún así el 60,1% considera que entraña un riesgo «importante». El consumo «habitual» de las demás sustancias psicoactivas, incluido el tabaco, es percibido como de riesgo «bastante elevado».

Y respecto a la **evolución temporal de este indicador**, resaltar que **la percepción del riesgo de los distintos tipos de consumo, aunque se mantiene en niveles muy elevados, ha disminuido en dos tipos de consumo («esporádico» y «habitual») y para todas las sustancias en el periodo de tiempo contemplado.**

Tabla 22. Evolución 2006 y 2008 de la Percepción de Riesgo entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias, según Sustancia ante las conductas de consumo de drogas «Alguna Vez» y «Habitual», Proporción de jóvenes que piensan que esa conducta puede causar «Bastantes+ Muchos Problemas». ESTUDES 2006-08. Submuestra asturiana.

	Alguna vez		Habitual	
	2006	2008	2006	2008
Tabaco	50,5	38,9	89,3	84,5
Alcohol (5 ó 6 cañas/copas el fin de semana)	-	-	46,8	45,3
Alcohol (1 ó 2 cañas/copas cada día)	-	-	60,1	60,0
Cannabis	74,6	61,2	90,7	86,6
Tranquilizantes	64,5	47,1	89,8	85,6
Éxtasis	93,8	84,8	97,5	93,5
Speed	93,2	83,5	97,6	93,4
Alucinógenos	92,2	84,7	97,4	93,2
Cocaína (polvo)	92,0	80,8	97,3	93,5
Heroína	93,8	86,3	97,7	93,7
Injectarse droga	95,1	89,1	97,8	93,7

Por sexo, el riesgo percibido por las chicas es superior al de los chicos para todas las sustancias, excepto los tranquilizantes consumidos de forma esporádica, dato revelador dado que son las mujeres las que muestran mayor consumo de esta sustancia

Como se puede observar en la Tabla 23, a nivel nacional se obtienen resultados muy parecidos a los de nuestra región.

Tabla 23. Comparativa Asturias-España de la Proporción de jóvenes estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años que piensan que el consumo de determinadas sustancias «Alguna Vez» y «Habitualmente» puede causar «Bastantes o Muchos problemas». ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

	Asturias		España	
	Alguna vez	Habitualmente	Alguna vez	Habitualmente
Tabaco	38,9	84,5	32,5	88,8
Alcohol (5 ó 6 cañas/copas el fin de semana)	-	45,3	-	47,2
Alcohol (1 ó 2 cañas/copas cada día)	-	60	-	57,9
Cannabis	61,2	86,6	54,8	88,3
Tranquilizantes	47,1	85,6	45,5	86,6
Éxtasis	84,8	93,5	85	96,1
Speed	83,5	93,4	85,1	96,0
Alucinógenos	84,7	93,2	84,8	95,9
Cocaína (polvo)	80,8	93,5	81,4	96,0
Heroína	86,3	93,7	86,8	96,2
Inyectarse droga	89,1	93,7	88,9	96,3

7. Disponibilidad Percibida de Drogas

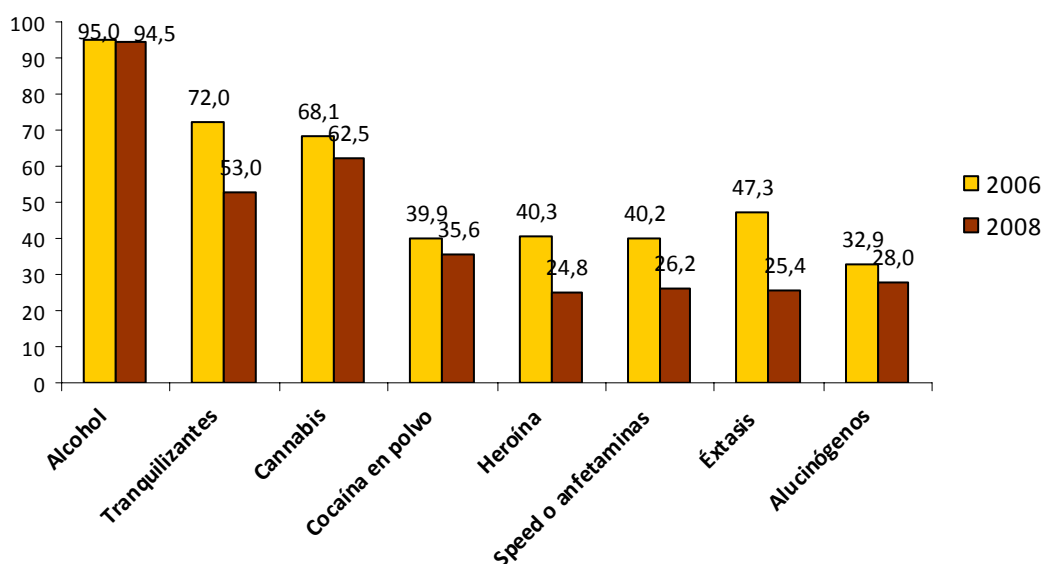
Se trata de otro indicador interesante a la hora de valorar el consumo de drogas en la población joven. Como en el caso del riesgo percibido, se admite que la Disponibilidad Percibida para acceder a las distintas sustancias es un factor que, junto con otros, modula el consumo, estableciéndose una **correlación positiva entre la mayor disponibilidad y la probabilidad de consumo y por tanto, de problemas asociados**. Para medirlo se utiliza como indicador la «*proporción de estudiantes que piensan que obtener en 24 horas cada una de las drogas consideradas es relativamente fácil o muy fácil*».

No es sorprendente que las sustancias que a juicio de los jóvenes son más fáciles de conseguir son **todas las legales y después el cannabis**. En 2008 más de nueve de cada diez manifiestan que es «fácil o muy fácil» conseguir alcohol (94,5%), más de seis de cada diez (62,5%) cannabis, y más de la mitad (53%) se manifiestan en el mismo sentido en relación con los tranquilizantes.

Más difíciles de obtener son el resto de las sustancias ilegales (cocaína, anfetaminas, alucinógenos, etcétera), donde «sólo» dos o tres jóvenes de cada diez piensan que es «fácil o muy fácil» conseguir estas drogas.

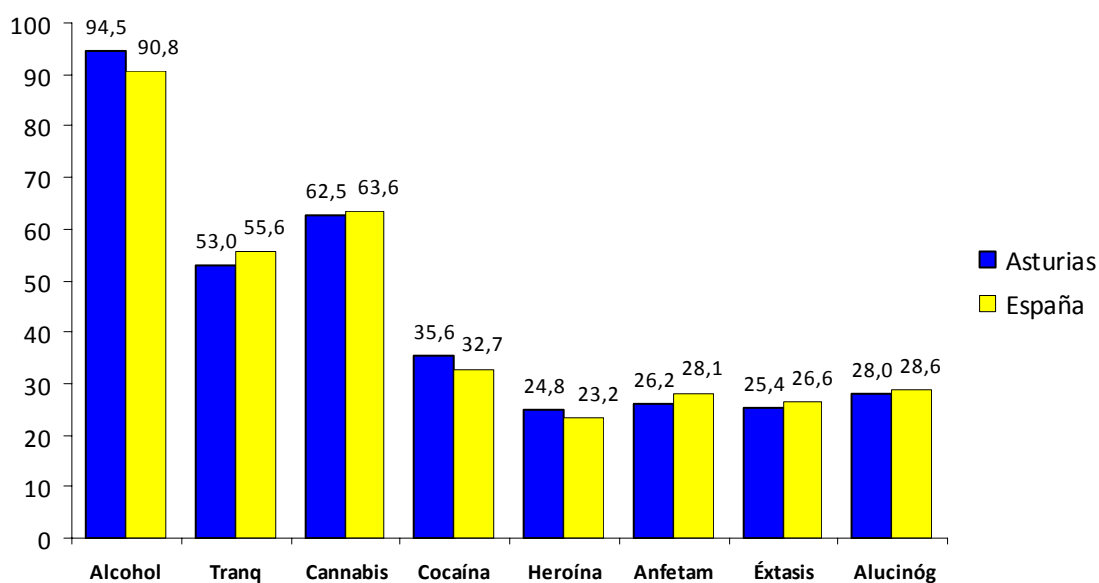
Por lo que respecta a la **evolución temporal** de este indicador entre 2006 y 2008 se comprueba que **se ha reducido la percepción de disponibilidad de todas las sustancias, excepto el alcohol, que se mantiene prácticamente igual**.

Gráfico 15. Evolución entre 2006 y 2008 de la Disponibilidad Percibida de las diferentes drogas por estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias. Proporción de jóvenes que piensan que es «Fácil o Muy Fácil» obtener cada sustancia. ESTUDES 2006-2008. Submuestra asturiana.



Comparando los datos obtenidos en el Principado de Asturias con los de la muestra nacional, observamos que **las disponibilidades percibidas son parecidas**, aunque los/as estudiantes asturianos/as declaran **mayor facilidad para obtener alcohol, cocaína y heroína** (Gráfico 16).

Gráfico 16. Comparación Asturias y España de la disponibilidad percibida por los estudiantes respecto a diferentes drogas por parte de los/as estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. Proporción que piensan que es «fácil o muy fácil» obtener cada droga. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.



8. Información Recibida

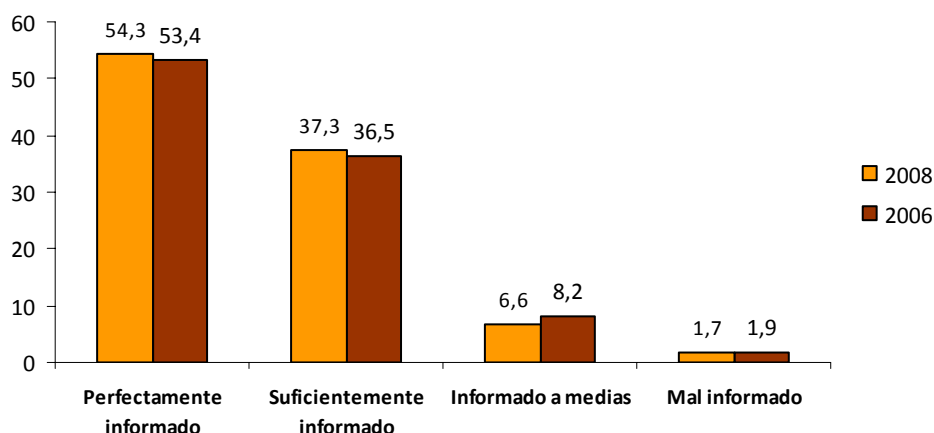
Otro aspecto interesante que nos ayuda a comprender el fenómeno de las drogas es el de la información recibida por parte de los jóvenes. La información, la sensibilización o la educación para la salud son aspectos claves que contribuyen a la prevención y, por tanto, influyen en los consumos posteriores.

Una amplia mayoría de jóvenes (91,6%) **se siente «suficiente o perfectamente informado»** sobre las drogas, sus efectos, los problemas asociados y las formas de consumo.

No se aprecian diferencias significativas atendiendo a la variable sexo (91,8% en los chicos por 91,4% en las chicas) y si nos fijamos en la **edad**, vemos que **los porcentajes se incrementan con la misma**: 88,8% para el grupo de 14 años, 91,6% para el grupo intermedio y 94,8% para los mayores (17-18 años).

Aunque este indicador tiene ya poco margen de mejora dado los elevados índices en los que se encuentra, todavía **ha experimentado un ligero ascenso respecto a la anterior encuesta**. En el año 2006 el porcentaje de jóvenes que declaraban estar «suficiente o perfectamente» informados era del 89,9% frente al 91,6% en 2008 (Gráfico 17).

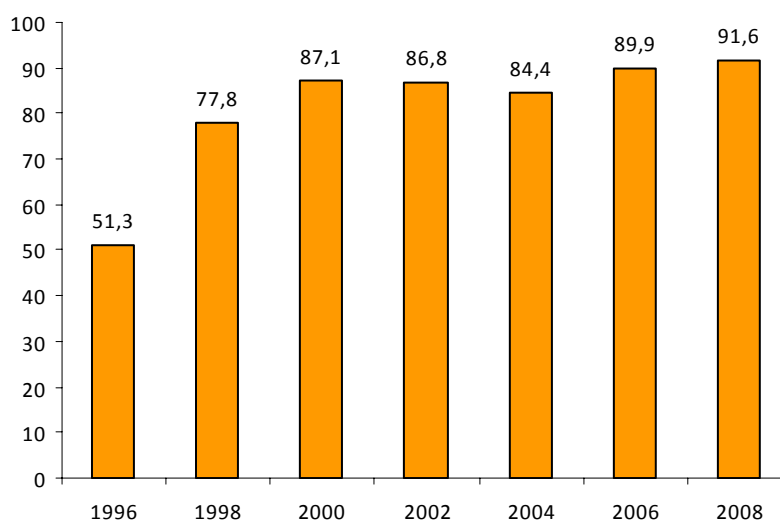
Gráfico 17. Comparación 2006-2008 de la valoración de la Información recibida por parte de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años de Asturias. ESTUDES 2006-2008.



Comparada con el resto de España, en nuestra Comunidad Autónoma se observa una percepción más positiva de la información recibida (91,6% frente al 85,7%).

La tendencia de este indicador en los últimos años en Asturias también es ascendente, manteniéndose en cotas muy altas desde el año 2000 e incrementándose aun más los porcentajes en los dos últimos años, pasando del 84,4% en el año 2004 al 91,6% en el 2008.

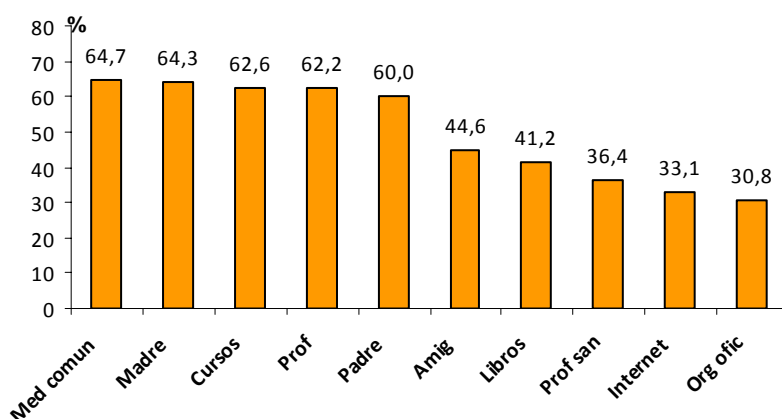
Gráfico 18. Evolución del porcentaje de estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años de Asturias que se considera «suficiente o perfectamente informado sobre las drogas». ESTUDES 1996-2008. Submuestra asturiana.



Las principales vías por las que se ha recibido esta información son, en primer lugar, los «medios de comunicación» (64,7%), seguido de los «padres» y en concreto la «madre», que es

la segunda opción más contestada (64,3%), las «charlas o cursos» (62,6%), los «profesores» (62,2%) y el «padre» con un 60%. Otras fuentes de información, aunque también relevantes, son señaladas con menor frecuencia, como los amigos, libros y folletos, profesionales sanitarios, Internet y organismos oficiales.

Gráfico 19. Porcentaje de estudiantes de enseñanzas Secundarias del Principado de Asturias de 14 a 18 años de edad que señala las siguientes Vías de Información como su Principal Fuente de información sobre drogas. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.



Otro tema interesante se refiere al hecho de si en su centro educativo «se ha tratado en clase el tema de las drogas en alguna ocasión». Un 76,5% responde afirmativamente a esta cuestión frente al 72,7% del año 2006, lo que supone un incremento de casi cuatro puntos porcentuales.

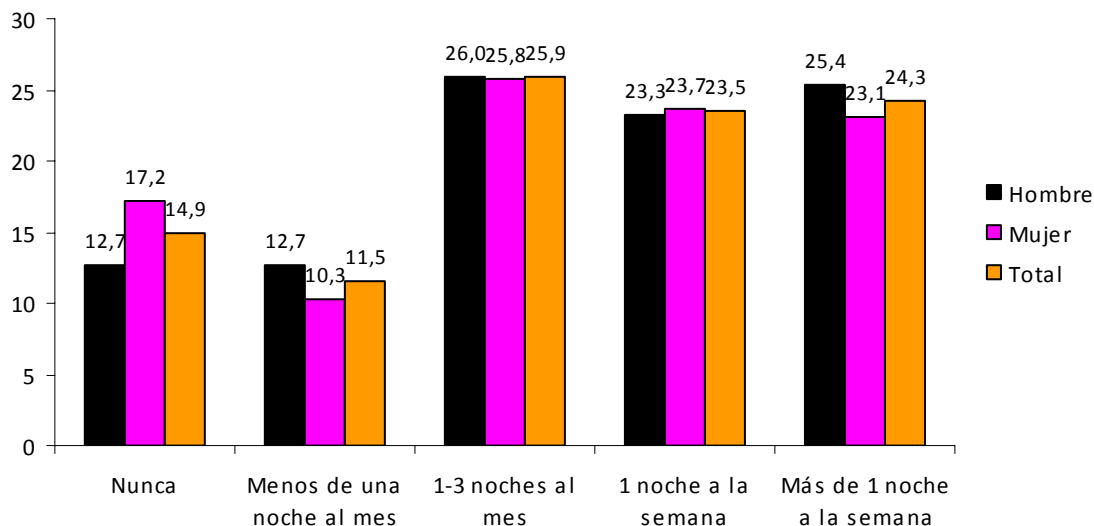
9. Actividades del Tiempo Libre

El «número de veces que se sale de marcha por la noche» y la «hora de regreso a casa» pueden considerarse factores indirectos de riesgo que influyen positiva o negativamente en los consumos de drogas ya que una mayor frecuencia de salidas nocturnas y un regreso a casa más tardío llevan asociadas una mayor probabilidad de consumo de sustancias, tanto legales como ilegales.

Un 25,9% (25,4% en 2006) de los estudiantes de estas edades manifiestan salir entre «una y tres noches al mes», el 23,5% (19,6% en 2006) lo hacen «una noche a la semana» y casi un cuarto de la muestra (24,3%, 22,2% en 2006) han salido «más de una noche a la semana» en los últimos doce meses. También hay que destacar que **un cuarto de los jóvenes (26,4%) «nunca sale» o lo hace «menos de una noche al mes», y por tanto adoptan una postura muy moderada en este sentido.**

Las chicas salen para divertirse por la noche con menos frecuencia que los chicos. Un 17,2% de ellas declaran «no salir nunca» frente al 12,7% de ellos. En el resto de las categorías los porcentajes de ellos son siempre superiores, si bien **las diferencias son bastante pequeñas.**

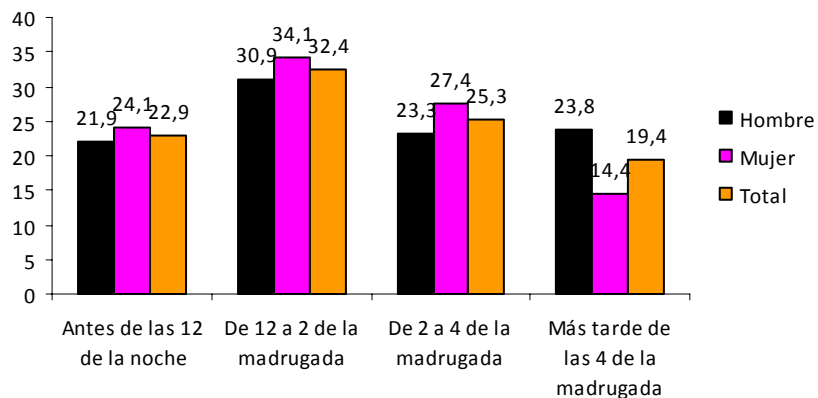
Gráfico 20. Porcentaje de estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 -18 años de Asturias según las «Salidas Nocturnas para Divertirse», por Sexo. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.



Otro indicador relacionado con el anterior es el de la «hora de regreso a casa los fines de semana», que también nos orienta sobre el grado de exposición al riesgo de consumo de sustancias.

Como se puede ver en la figura siguiente, el porcentaje más alto (un 32,4% del total) regresa a casa «entre las 12 y las 2 de la mañana». Otro importante tanto por ciento (19,4%) regresa «pasadas las cuatro de la mañana», conjunto en el que está más representado el grupo de edad de 17 y 18 años. Y casi uno de cada cuatro jóvenes que salen los fines de semana llega a casa «antes de las doce de la noche» (compuesto mayoritariamente por los del grupo de edad de 14 y 15 años).

Gráfico 21. Distribución porcentual de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años del Principado de Asturias según la «Hora de Regreso a Casa en Fin de Semana la última vez que salió para divertirse». ESTUDES 2008. Submuestra Asturiana.



10. Cantidad de Dinero Disponible

Los y las estudiantes de enseñanzas secundarias de Asturias disponen por término medio para sus **gastos personales a la semana de 21,6 euros** (1,60 euros **por debajo de la media nacional**). **Por sexos son los chicos los que declaran recibir mayor cantidad** (24,8 euros frente a los 18,3 de las chicas).

A los 14 años la media de dinero recibido a la semana es de 13,8 euros, entre los 15 y los 16 sube a 21,4 euros y **entre los 17-18 años supera los treinta euros (30,6€)**.

Tabla 24. Distribución porcentual de los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años del Principado de Asturias según la «Cantidad media de dinero recibido a la semana para sus gastos», por Sexo y Edad. ESTUDES 2008. Submuestra asturiana.

	Euros
Total	21,6
Varones	24,8
Mujeres	18,1
Edad	
14 años	13,8
15-16 años	21,4
17-18 años	30,6

11. Resumen

A la luz de los datos que arroja la submuestras asturiana de la encuesta ESTUDES del año 2008, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- **El consumo de drogas** entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de nuestra región **continúa siendo predominantemente de tipo «experimental» (alguna vez en la vida) u «ocasional» (alguna vez en el último año)**.
- Las **drogas legales** (como el tabaco, el alcohol y los tranquilizantes y somníferos) **están más extendidos en las chicas que en los chicos en los consumos «experimentales», «ocasionales» y «habituales»** (aunque con prevalencias muy semejantes). Sin embargo los **consumos «diarios» de alcohol son superiores en ellos**.
- Los datos reflejan la **reducción del consumo de tabaco y el mantenimiento del alcohol**. El tabaco ya había experimentado una disminución muy importante en todas las categorías e indicadores en el 2006 y actualmente se mantienen en esos niveles. En próximas ediciones de ésta encuesta se podrá comprobar el impacto que han tenido las recientes normas legales sobre el consumo en espacios públicos (Ley 42/2010, de 30 de diciembre).
- **Respecto al alcohol y partiendo de unos índices de prevalencia más elevados, también se han reducido las proporciones de consumidores, de forma más acusada en la categoría de consumo «últimos 30 días»**. Sin embargo, **la prevalencia de episodios de**

intoxicaciones etílicas (borracheras) en nuestra Comunidad Autónoma (al igual que en todo el territorio español) continua siendo elevada, no obstante, como dato positivo, ha disminuido ligeramente respecto a 2006.

- **Merece prestar atención al consumo de los hipnosedantes, ya que ha aumentado su consumo con relación a la anterior encuesta del año 2006.**
- Respecto a las **sustancias ilegales los porcentajes de consumo son mayores en los hombres** que en las mujeres y salvo el cannabis, **presentan cifras de consumo bajas.**
- Se observa un **descenso en el consumo del cannabis y de la cocaína**, continuación de la tendencia iniciada en el año 2004.
- El consumo de éxtasis revela cierta estabilización frente a ligeros incrementos en los alucinógenos y las anfetaminas, en todo caso partiendo de niveles de consumo muy reducidos.
- Por lo general, **a medida que aumenta la edad se incrementan los consumos, alcanzando las proporciones más altas en el grupo de 17-18 años.**
- **Las edades de inicio se han adelantado ligeramente para casi todas las sustancias** y en el caso de la cocaína y los alucinógenos, este adelanto ha sido un poco mayor. **Las sustancias que se empiezan a consumir primero son el tabaco, el alcohol y las sustancias volátiles.**

Apartado II

Programas de Prevención

1. Programas de Prevención del Consumo de drogas

1.1. Prevención Universal, Selectiva e Indicada.

En el campo de la prevención del consumo de drogas hasta hace unos años se hacía la diferenciación de la prevención en tres tipos, a partir de la propuesta hecha por CAPLAN (1980), considerándola como prevención primaria, secundaria y terciaria. Sin embargo, en los últimos años se maneja una nueva terminología que nos parece oportuno definir por ser el marco de nuestro Plan sobre Drogas para Asturias, a saber, prevención universal, selectiva e indicada (GORDON, 1987). En la tabla anexa a continuación se determinan estos conceptos²².

Conceptualización	Tipos de prevención	Definición
Clásica	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.
Actual	Universal	Es aquella que va dirigida a todo el grupo diana ²³ sin distinción (ej. Jóvenes de 12 a 14 años).
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
	Indicada	Es aquellas que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

La consideración de esta diferenciación y conceptualización se encuentra presente en todas las iniciativas y estrategias que desde la prevención como prioridad se contemplan en todas las instancias que promueve y colaboran con el Plan sobre Drogas para Asturias. A continuación se señalan las más destacables desde los planes y/o programas municipales sobre drogas así como los programas y actividades de prevención del consumo de drogas regionales.

²² Fuente: BECOÑA IGLESIAS, E.: «Bases científicas de la prevención de las drogodependencias». DGPNSD. 2002.

²³ Población o grupo diana: es el grupo de personas a las que va proyectado dicha actividad, según unas características (perfil) definidas, lo cual la hace objeto de intervención para el proyecto establecido.

2. 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) y la intervención que en ella se lleva a cabo se denomina «intervención comunitaria». Por ella entendemos las actividades realizadas en un territorio, que están dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social de la población, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades. Para conseguir desarrollarla, deberían cumplirse una serie de requisitos que a propuesta de SÁNCHEZ VIDAL (1991)²⁴ se concretan en:

- Centrarse en colectivos, no en individuos.
- Perseguir objetivos de potenciación y desarrollo de los colectivos.
- Realizarse en la comunidad en que se genera el problema que ha de resolverse.
- Trabajar desde la base o a través de personas mediadoras comunitarias.
- Ser integral e interdisciplinar.
- Utilizar un estilo interventivo pro-activo.
- Planificar la evaluación y la intervención.
- Maximizar la iniciativa y participación del propio colectivo al que se dirige la intervención.
- Utilizar un modelo conceptual y explicativo supra-individual, ecológico e interactivo.

Un aspecto ineludible de la intervención comunitaria y que puede extraerse de la lectura de estos requisitos es la participación comunitaria. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), la define como el «*proceso de intervención de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión*».

En este sentido, queda claro que no podemos iniciar una intervención comunitaria sin la participación de la comunidad sobre la que tiene lugar y siguiendo estas premisas básicas, desde el Plan sobre Drogas para Asturias y la Dirección General de Salud Pública a la que pertenece, se considera una línea prioritaria en los diversos ámbitos de actuación preventiva identificados.

²⁴ FERNÁNDEZ HERMIDA, J. R. y SECADES VILLA, R. (2002): «*Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*». Ministerio del Interior. Madrid.

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.

El Plan sobre Drogas para Asturias recoge entre sus iniciativas la referida a potenciar los planes y/o programas municipales sobre drogas. Esta iniciativa dio paso a una convocatoria pública de subvenciones para implicar a más ayuntamientos y/o mancomunidades 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 publicas.

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 inserción social 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 anual de subvenciones para las corporaciones locales establece las líneas prioritarias de actuación. En el año 2010, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios propuso las siguientes:

- La ejecución de actuaciones que contribuyan a impulsar las estrategias e iniciativas contempladas en el Plan sobre Drogas para Asturias así como en la Estrategia Nacional 2009-2016 incorporando en todos sus objetivos y acciones la perspectiva de género.
- La colaboración en el desarrollo de Proyectos de Educación para la Salud de centros educativos, en coordinación especialmente con las asociaciones de padres y madres y otros recursos sociocomunitarios.
- Estrategias de participación comunitaria como las actuaciones que suponen la implicación de distintas áreas municipales y todas aquellas que favorezcan la participación de colectivos sociales.
- Prevención en situaciones de riesgo con menores, jóvenes y familias.

- Actuación de prevención universal en el ámbito familiar.
- Programas para la disminución del consumo de alcohol especialmente con menores y jóvenes.
- El desarrollo de acciones específicas para personas drogodependientes: Centros de Encuentro y Acogida y/o recursos de incorporación social.
- Mantenimiento del área de información y orientación a población general como servicio permanente dentro del Plan o programa.
- Formación continuada (mínimo 30 horas) dirigida a colectivos específicos de la localidad: profesionales de los servicios sociales y sanitarios, medios de comunicación, hostelería, autoescuelas, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, etc. Dos puntos y medio por acción de Formación continuada (mínimo 30 horas).

Tabla 1. Ayuntamientos con PMD. 2001-10

Ayuntamiento/ Mancomunidad	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Avilés										
Castrillón										
Cangas del Narcea										
El Franco (Tapia y Castropol)										
Gijón										
Mancomunidad Cinco Villas										
Mancomunidad Comarca Sidra										
Mancomunidad Valle Nalón										
Mieres										
Lena										
Navia (Coaña y Villayón)										
Oviedo										
Valdés										
Vegadeo-San Tirso de Abres										
Gozón										
Ribadesella										
Ribadedeva										
Noreña										
Tineo										
Siero										
Cudillero										
Llanera										
Taramundi										
Mancomunidad										

Cangas Onís										
Grado										
Aller										
Llanes										
Morcín-Riosa - Ribera d'Arriba										
Salas										
Mancomunidad Valles del Oso										

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.

Así, en el año 2010 son 29 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 **1.020.718 personas, es decir un 94,13% de la población total de la región (1.084.341)**.

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.

2.1. Presupuesto Aportado por la Comunidad Autónoma a los Planes/Programas Municipales sobre Drogas

En la Tabla 2 se muestra el importante crecimiento económico que ha experimentado la dotación presupuestaria destinada a los Planes y Programas Municipales sobre Drogas a lo largo de estos años, que confirma que la prevención ocupa un espacio muy relevante en las políticas sobre drogas en nuestra comunidad autónoma.

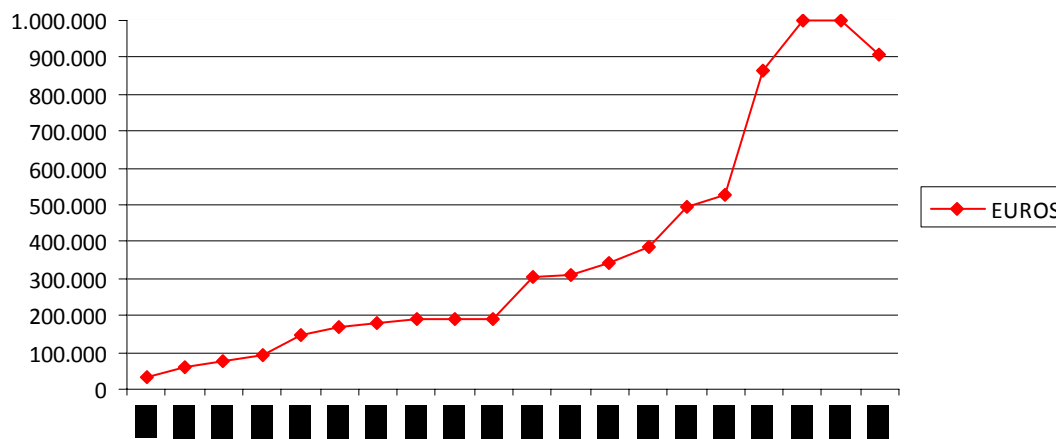
Tabla 2. Evolución presupuesto PMD 1991-2010 (en euros)

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
2008	1.000.000
2009	1.000.000
2010	905.000

Fuente: UCPD.

En el Gráfico 1 se puede observar la constante tendencia al alza en la inversión realizada por la Comunidad Autónoma para la financiación de los Planes Municipales sobre Drogas durante el periodo 1991-2010, destacando el incremento de un 63'86 % entre 2007 y 2006 o el 15% entre 2007 y 2008. Como se observa también, el último año la necesaria austeridad presupuestaria provocada por la recesión económica global han obligado a reducir un 9,5% la inversión realizada.

Gráfico 1. Evolución del presupuesto destinado por la Comunidad Autónoma a los Planes/Programas Municipales sobre drogas 1991-2010.



2.2. Actividades más relevantes de los Planes y/o Programas Municipales sobre Drogas

Desde el Plan sobre Drogas para Asturias las acciones desarrolladas a nivel municipal o supramunicipal suponen además de una prioridad, un modo operativo, racional y cercano de llevar a cabo nuestras pretensiones. Se podrían definir como aquel brazo ejecutivo que, mediante una planificación estratégica, permite visualizar la variedad y complejidad del consumo de drogas y cómo se manifiesta en el ámbito local. Tener muy clara una política municipal sobre drogas y drogodependencias con el conjunto de recursos, programas y servicios implicados, es el propósito de nuestro Plan Regional. Por todo ello, la existencia de estas estructuras de coordinación es una realidad en nuestra Comunidad Autónoma, desarrollando como actividades más destacables desde nuestros municipios las que a continuación se recogen y que podrían englobarse en un trabajo colectivo y coordinado del área preventiva en toda su amplitud:

- Mantenimiento de las actividades de información, sensibilización y asesoramiento a la población, recogiendo las iniciativas de los distintos sectores de la comunidad y atendiendo a sus demandas concretas individuales y colectivas.
- Prevención del consumo de drogas desde el ámbito escolar enmarcada en la Educación y promoción de la salud. Programas y actividades complementarias.
- Prevención del consumo de drogas en poblaciones vulnerables o en riesgo (familias y jóvenes).
- Proyectos de intervención desde el ámbito familiar con programas y talleres preventivos de carácter universal y selectivo.
- Formación de profesionales, mediadores y agentes sociales (cursos, jornadas, seminarios).
- Estrategias que favorecen la participación comunitaria. Promoción y cooperación con el movimiento asociativo bien asociaciones juveniles, AMPAS, sindicatos, asociaciones de familiares y personas afectadas... etc.

- Prevención del consumo de drogas desde el ámbito del ocio y tiempo libre. Coordinación con programas de ocio saludable.
- Acciones organizadas junto con el ámbito laboral o formativo-profesional para el desarrollo de actividades preventivas (escuelas taller, talleres de empleo, personal de los Ayuntamientos...).
- Utilización de los recursos del municipio para la incorporación socio-laboral de personas drogodependientes. En algunos programas y planes se llevan a cabo acciones a nivel asistencial y de incorporación social.
- Se contemplan campañas institucionales para la sensibilización en Días internacionales así como programas específicos para determinadas sustancias como el tabaco.
- Colaboración en las actuaciones que, en materia de prevención del consumo de drogas y/o de promoción de la salud comunitaria, lleven a cabo los distintos departamentos municipales, otras Administraciones Públicas y el tercer sector.
- Coordinación de las medidas que se desarrollen en el municipio en el ámbito de las drogas.

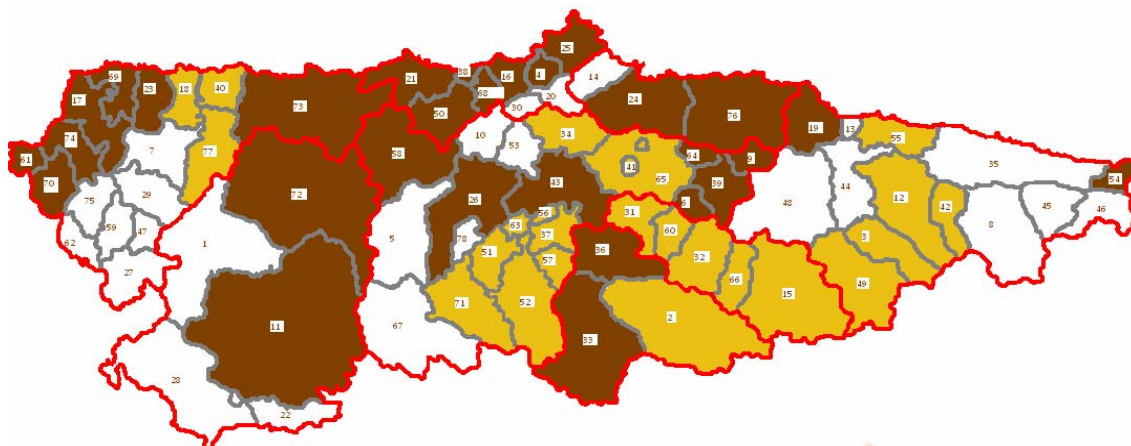
Tanto desde la estructura del Plan Regional sobre Drogas como desde los Planes y/o Programas Municipales se han intensificado las distintas comisiones de participación y seguimiento: Comisiones Municipales sobre Drogas, Comisión de Salud de Zona o Grupos de Trabajo de los programas sectoriales, constituyéndose en espacios de debate, discusión y toma de decisiones sobre las intervenciones a desarrollar en la comunidad respecto a la prevención del consumo de drogas.




A partir del ejercicio 2008-09 es destacable el esfuerzo que a nivel municipal se ha hecho por parte de los programas y/o planes municipales sobre drogas en lo que se refiere a la colaboración con el mundo de la empresa (pública y privada) para el desarrollo de acciones preventivas en el ámbito laboral. Esta línea de actuación, no menosprecia a otras sobre las que durante el año 2010 se ha hecho hincapié con carácter transversal a todas las áreas de intervención (escolar, familiar, laboral, sanitaria...) como son la formativa y la de evaluación.

Tabla 3. Población de los municipios de Asturias con Planes Municipales sobre Drogas 2008-2010.

Municipio	2008	2009	2010
ALLER	12.970	12.766	12.582
AVILES	83.517	84.242	84.202
CANGAS DEL NARCEA	14.796	14.589	14.445
CASTRILLON	22.843	22.894	22.832
CUDILLERO	5.855	5.797	5.763
GIJON	275.699	277.554	277.198
GOZON	10.719	10.738	10.788
GRADO	11.027	11.033	11.003
LENA	12.959	12.766	12.705
LLANERA	13.505	13.776	13.919
LLANES	13.915	14.013	13.950
MIERES	44.459	44.070	43.688
MORCIN	7.221	7.137	7.097
Morcín	2.962	2.964	2.921
Riosa	2.262	2.200	2.187
Ribera d'Arriba	1.997	1.973	1.989
NOREÑA	5.289	5.415	5.470
OVIEDO	220.644	224.005	225.155
RIBADEDEVA	1.875	1.852	1.865
RIBADESELLA	6.296	6.296	6.301
SALAS	6.007	5.962	5.886
SIERO	50.233	51.181	51.730
TINEO	11.377	11.146	11.018
VALDES	13.715	13.529	13.371
COMARCA DE LA SIDRA	28.453	28.559	28.549
Bimenes	1.907	1.880	1.894
Cabranes	1.111	1.101	1.080
Colunga	3.930	3.878	3.778
Nava	5.543	5.594	5.635
Sariego	1.323	1.331	1.322
Villaviciosa	14.639	14.775	14.840
MANCOMUNIDAD DEL ORIENTE	9.061	9.063	9.036
Cangas de Onís	6.731	6.761	6.756
Onís	815	803	797
Amieva	837	815	805
Ponga	678	684	678
MANCOMUNIDAD VALLE NALON	81.500	81.246	80.852
Caso	1.911	1.869	1.848

Laviana	14.245	14.210	14.160
Langreo	45.663	45.565	45.397
San Martín Rey Aurelio	18.810	18.729	18.549
Sobrescobio	871	873	898
MANCOMUNIDAD VALLE DEL OSO	4.427	4.372	4.335
Quirós	1.425	1.389	1.341
Proaza	790	797	814
Teverga	1.944	1.933	1.932
Santo Adriano	268	253	248
MANCOMUNIDAD CINCO VILLAS	15.176	15.153	15.027
Muros del Nalón	1.981	1.970	1.959
Pravia	9.135	9.131	9.012
Soto del Barco	4.060	4.052	4.056
EL FRANCO	12.198	12.104	11.974
El Franco	4.075	4.073	4.046
Castropol	3.900	3.845	3.807
Tapia	4.223	4.186	4.121
NAVIA	14.197	14.214	14.092
Navia	9.118	9.190	9.085
Coaña	3.458	3.442	3.464
Villayón	1.621	1.582	1.543
VEGADEO	5.622	5.535	5.497
Vegadeo	4.289	4.240	4.222
San Tirso de Abres	564	556	542
Taramundi	769	739	733
TOTAL POBLACIÓN PMD	1.015.555	1.021.211	1.020.718
TOTAL POBLACIÓN ASTURIAS	1.080.138	1.085.289	1.084.341
% POBLACIÓN PMD SOBRE POBLACIÓN TOTAL	94,02	94,10	94,13
Unidades: Personas			
Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes. Elaborado por SADEI.			
Tipo de datos: Definitivos			
Última actualización: 27/08/2010			



-  Planes y/o Programas Municipales sobre Drogas con vigencia durante todo el año.
-  Planes y/o Programas Municipales sobre Drogas con vigencia durante una parte del año.
-  Perfiladas en rojo las Áreas Sanitarias

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Allande | 40. Navia |
| 2. Aller | 41. Noreña |
| 3. Amieva | 42. Onís |
| 4. Avilés | 43. Oviedo |
| 5. Belmonte de Miranda | 44. Parres |
| 6. Bimenes | 45. Peñamellera Alta |
| 7. Boal | 46. Peñamellera Baja |
| 8. Cabrales | 47. Pesoz |
| 9. Cabranes | 48. Piloña |
| 10. Candamo | 49. Ponga |
| 11. Cangas del Narcea | 50. Pravia |
| 12. Cangas de Onís | 51. Proaza |
| 13. Caravia | 52. Quirós |
| 14. Carreño | 53. Las Regueras |
| 15. Caso | 54. Ribadedeva |
| 16. Castrillón | 55. Ribadesella |
| 17. Castropol | 56. Ribera de Arriba |
| 18. Coaña | 57. Riosa |
| 19. Colunga | 58. Salas |
| 20. Corvera de Asturias | 59. San Martín de Oscos |
| 21. Cudillero | 60. San Martín del Rey Aurelio |
| 22. Degaña | 61. San Tirso de Abres |
| 23. El Franco | 62. Santa Eulalia de Oscos |
| 24. Gijón | 63. Santo Adriano |
| 25. Gozón | 64. Sariego |
| 26. Grado | 65. Siero |
| 27. Grandas de Salime | 66. Sobrescobio |
| 28. Ibias | 67. Somiedo |
| 29. Illano | 68. Soto del Barco |
| 30. Illas | 69. Tapia de Casariego |
| 31. Langreo | 70. Taramundi |
| 32. Laviana | 71. Teverga |
| 33. Lena | 72. Tineo |
| 34. Llanera | 73. Valdés |
| 35. Llanes | 74. Vegadeo |
| 36. Mieres | 75. Villanueva de Oscos |
| 37. Morcín | 76. Villaviciosa |
| 38. Muros del Nalón | 77. Villayón |
| 39. Nava | 78. Yernes y Tameza |

3. Programas y Actividades de Prevención del Consumo de drogas

3.1. Ámbito Escolar

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 y, dentro de ella, la educación como eje de las políticas preventivas, potenciando la aplicación de un conjunto de iniciativas 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 escolar, se enmarcan dentro de un espacio más amplio: la Educación y Promoción de la Salud. En este sentido, se establece un acuerdo institucional 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 impulso y apoyo institucional al desarrollo de programas y acciones de prevención desde la educación infantil, interviniendo con la comunidad educativa y formando al profesorado para esta tarea. Del mismo modo, desde las Administraciones Locales, a través de la oferta que realizan diversos Planes y/o Programas Municipales, se complementa esta convocatoria.

En nuestro ámbito escolar, y en este marco de 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. Consideramos necesario aclarar que la cuestión de la prevención del consumo de drogas en este ámbito tiene dos partes diferenciadas, aunque complementarias entre sí: la parte curricular establecida por la legislación y las normas estatales y autonómicas vigentes y la parte vinculada al Programa de Educación y Promoción de la Salud en la escuela; tanto para un caso como para el otro, se ofrece apoyo y asesoramiento desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y los planes/programas municipales sobre drogas.

Teniendo esto presente, señalamos como actuaciones más significativas en nuestra región las recogidas a continuación.

3.1.1. Proyectos Pedagógicos de Educación y Promoción de la Salud

El Programa de Educación y Promoción de la Salud en la Escuela nace con la finalidad de apoyar la introducción de la EpS en la escuela, para establecer relaciones de colaboración entre las y los docentes, sanitarios, familias y comunidad e integrar los programas relacionados con la salud existentes en nuestra región.

Este Programa ha ido evolucionando y en la actualidad es fruto de la colaboración entre las Consejerías de Educación y Ciencia, y Salud y Servicios Sanitarios. Algunos resultados de esta colaboración son los siguientes:

→ **Convocatoria anual de subvención** que se ha mantenido desde 1992 hasta 2009 (sólo hubo un año en que no se convocó, 1999). El número de centros con proyecto de Educación y Promoción de la Salud (EPS) fue 13 en 1992-93 y ha ido aumentando año a año hasta llegar a 243 en 2009-10. Este crecimiento ha sido continuo y se ha acelerado en los últimos años. Sobre el total de centros que han participado el año 2009 en la

convocatoria (197), trabajan el tema de prevención del consumo de drogas un 34% de los mismos.

- **Circular de inicio de curso para participar en programas de EPS y prevención del consumo de drogas.** Desde el presente curso escolar 2010-2011 existe esta línea de acuerdo, que sustituye la anterior convocatoria mencionada, para facilitar el trabajo de promoción de la salud en los centros escolares asturianos. El total de centros públicos que han participado en la misma ha sido de 167 siendo en su mayoría centros de enseñanza primaria.
- La formación del profesorado ha sido continua durante estos años con cursos relacionados con la incorporación de la EPS en los centros escolares. Como ejemplo, en el curso 2009-10, se realizaron 71 horas formativas con la participación de 84 profesores y profesoras.
- Se han puesto en marcha programas institucionales para facilitar la incorporación de determinados temas. En la actualidad, existen los programas La aventura de la vida, Órdago y El Secreto de la buena vida (para la prevención del consumo de drogas en primaria y secundaria) promovidos a nivel regional, que en numerosas ocasiones se acompañan de otros impulsados por la Administración local.
- Trabajo en equipo del asesor/a del Centro de Profesorado y Recursos, del coordinador/a de Educación y Promoción de la Salud (PS) del Área Sanitaria, del personal técnico de los planes y/o programas municipales sobre drogas para apoyar a los centros en el desarrollo de sus proyectos. Esta colaboración se ha mantenido en el tiempo, con la incorporación de otros profesionales y la constitución de grupos de trabajo sobre EPS.

3.1.1.1. Programas promovidos por el Plan sobre Drogas para Asturias.

- [«¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas».](#)

¡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.

Los datos de participación en cuanto a centros escolares, alumnado y profesorado se refiere, los recogemos en la siguiente tabla:

	EVOLUCIÓN PROGRAMA ÓRDAGO 2003/2011							
	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
CENTROS	55	52	51	40	40	37	33	25
ALUMNADO	8.498	9.940	9.273	6.281	6.565	5.592	4.711	2.632
PROFESORADO	388	454	418	322	359	311	254	180

▪ [«La Aventura de la Vida»](#)

Editado por la Fundación EDEX, la Aventura de la Vida 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 (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 sobre los «factores de riesgo» (presión de grupo, influencia de la publicidad, ...).

Sus destinatarios son los escolares con edades comprendidas entre los 8 y los 11 años. El programa apuesta porque sea el profesorado quien, desde el 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.

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

	EVOLUCIÓN PROGRAMA LAV 2003/2011							
	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
CENTROS	55	52	51	56	62	55	49	54
ALUMNADO	8.498	9.940	9.273	4.769	4.996	5.881	4.180	3.399
PROFESORADO	388	454	418	300	331	328	247	267

▪ [Concurso escolar «El Secreto de la Buena Vida»](#)

Destinado a chavales de 10-12 años, este concurso está 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.

En Asturias, 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 venido desarrollando desde el curso académico 2007-08.

Tiene dos objetivos básicos:

- Por un lado, ofrecer un instrumento lúdico y educativo a niños/as 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 al profesorado 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:

PROGRAMA EL SECRETO DE LA BUENA VIDA			
CURSO	CENTROS	PROFESORADO	ALUMNADO
2007-08	46	320	2594
2008-09	51	200	2750
2009-10	56	200	2700

3.1.1.2. Programas auspiciados por los Planes y/o Programas 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 del curso académico 2010-11 han sido: 60 centros educativos, 206 docentes, 3.306 alumnos/as. Han colaborado la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios / Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas, Consejería de Educación y Ciencia/ 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 y 2º (12-14 años) de un centro educativo. Se ha realizado formación del profesorado y se han trabajado unas 20 sesiones por aula, así como sesiones conjuntas entre profesorado, padres, madres y alumnado.

Han participado 9 docentes y 277 alumnos/as; 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, Vegadeo, Taramundi y la Mancomunidad de Cinco Villas a través de sus Planes/Programas 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 el curso 2009/10, con una participación total de 21 centros educativos, 977 alumnos/as y 71 docentes.

3.1.2. Exposiciones Itinerantes: «¿De qué van las Drogas? ¿De qué van los jóvenes?», «Cannabis: lo que hay que saber», «Coca ¿qué?»

Durante el año 2010 se han implementado varias exposiciones itinerantes en el campo de la prevención del consumo de drogas que, en algunos contextos, han trascendido hasta el ámbito comunitario.

→ La exposición [«¿De qué van las drogas? ¿De qué van los jóvenes?»](#) de la Fundación EDEX tienen lugar desde el año 2001 en los centros escolares de secundaria de varios municipios asturianos, para alumnado de 14 a 18 años; según los últimos datos, durante el curso escolar 2009/2010, han participado 116 alumnos/as en dos centros de los municipios de Castrillón y Salas. Se han realizado las visitas guiadas y debates con el profesorado en el aula sobre los 20 paneles informativos. Han colaborado los Planes Municipales sobre Drogas de Castrillón y Salas.

El material didáctico de las [«exposiciones temáticas sobre Cannabis y Cocaína»](#) consta igualmente de paneles informativos que sugieren un punto de vista crítico por parte de las personas participantes. Ambas exposiciones se han llevado a cabo en varias zonas de nuestra región durante períodos semanales y quincenales. Se han implicado en su desarrollo, las entidades promotoras Fundación EDEX y Promoción y Desarrollo Social (PDS) junto con los Planes Municipales sobre Drogas de Mieres, Castrillón, Vegadeo, Riosa-Morcín-Ribera de Arriba, Mancomunidades de Cinco Villas, Comarca de la Sidra, Cangas de Onís y Valle del Nalón.

En el siguiente cuadro se resumen las actividades durante los últimos cursos:

CURSO ESCOLAR	Programas auspiciados por los Planes y/o Programas Municipales sobre Drogas			Exposiciones Itinerantes		
	El cine en la enseñanza	Entre todos	En la huerta con mis amigos	¿De qué van las drogas? ¿De qué van los jóvenes?	Cannabis Lo que hay que saber	Coca ¿qué?
2006/07						
CENTROS	52	1	9	17		
ALUMNADO	8.432	262	400	2.019		
PROFESORADO	217	10	24	96		
2007/08						
CENTROS	89	1	27	6		
ALUMNADO	6.249	300	1.243	898		
PROFESORADO	327	11	898	31		
2008/09						
CENTROS	53	1	27	1	3	
ALUMNADO	3.606	277	1.639	120	148	
PROFESORADO	217	9	117	6	4	
2009/10						
CENTROS	60	1	21	2	13	9
ALUMNADO	3306	277	977	116	438	414
PROFESORADO	206	9	71	-----	13	21

Fte.: UCPD

3.2. Ámbito Familiar

3.2.1. Programas Regionales y Municipales

Incrementar la participación de las familias en los programas preventivos así como priorizar las acciones con las familias vulnerables o en situación de riesgo social, son objetivos que se marcan desde el Plan sobre Drogas del Principado de Asturias para este ámbito de intervención. La oferta actual de recursos para la formación e información de madres y padres es muy rica y variada. El abordaje de la programación municipal en este ámbito contempla, por una parte la oferta global de productos (formativo/preventivos) desde el punto de vista del grado de exigencia que implica para las familias, y por otra, desde la disponibilidad de éstas a comprometerse en mayor o menor medida (o sea, las características de la demanda). Con el propósito de llegar a diversos perfiles de madres y padres se planifican intervenciones desde la región y el municipio en diverso formato:

- **Talleres formativo-educativos en centros escolares** mediante la colaboración de las Asociaciones de Madres y Padres y la Federación de Madres y Padres (FAPA) «Miguel Virgós». Desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios se establece un convenio de colaboración con la FAPA Miguel Virgós para el desarrollo de acciones preventivas que abordan de manera específica e inespecífica la temática del consumo de drogas,

ajustándose a las características de la población escolar y a los intereses demandados por las familias.

	2007	2008	2009	2010
CENTROS	98	67	121	100
PARTICIPANTES ÓRDAGO	645	304	345	195
PARTICIPANTES LAV	512	656	720	460
OTROS CURSOS RELACIONADOS	368	112	930	960

- **Campañas generales de información/sensibilización.** Charlas informativas. Acciones que ayudan a vislumbrar más objetivamente los posibles problemas relacionados con las drogas, así como el papel de la familia en la prevención.
- **Cursos específicos sobre prevención del consumo de drogas. Talleres formativos.** Se interviene utilizando material didáctico variado así como con los programas de prevención familiar *Moneo* y *Protego* de prevención universal y selectiva respectivamente así como el programa El cine en la enseñanza que se lleva a cabo simultáneamente con sus hijos/as. Las actividades que se han llevado a cabo con programas estandarizados como los mencionados han contando con la participación total de 1082 personas. La colaboración expresa ha sido por parte de los Planes y/o programas municipales sobre drogas de Mieres, Lena, Gijón, Oviedo, Cangas de Narcea y Tineo.
- **Escuelas de familias.** En una mayoría significativa de los Planes y/o programas municipales sobre drogas (22 de los 29 subvencionados) se constituyen estos espacios de participación. Se trata de un marco en el que se reflexiona sobre todas aquellas dimensiones de la educación de los/as hijos/as, el rol paterno/materno en la educación, concienciar el papel modélico de la conducta familiar, establecimiento de límites claros, la negociación de conflictos, la responsabilidad y la autonomía adulta y prevenir, por tanto, recorridos disfuncionales con las drogas u otras situaciones de riesgo.

3.3. Ámbito Laboral

3.3.1. Acciones Regionales y Municipales

La colaboración con el mundo de la empresa es clave para el desarrollo de las estrategias que se llevan a cabo desde un plan y/o programa municipal sobre drogas en cuanto al ámbito laboral se refiere.

Existen diferentes posibilidades para su desarrollo, desde el punto de vista de la inserción social, sociocomunitaria, asistencial y preventiva. En cuanto a este último se refiere, desde los municipios se colabora con el ámbito empresarial a través de diversos agentes que protagonizan la vida de las empresas de cierta entidad (representantes sindicales, delegados de prevención, comités de seguridad, servicios médicos...etc.) para poder programar conjuntamente medidas de prevención universal y selectiva/indicada así como de promoción de la salud en el marco de salud laboral.

Las actividades que, en colaboración con las distintas áreas municipales, se han llevado a cabo durante el último ejercicio han contemplado desde distribución de folletos sobre temas puntuales (campañas informativas sobre Días Mundiales como son el del tabaco y alcohol), pasando por actividades formativas como charlas o cursos (formación de mediadores/as o en talleres de empleo), hasta la propuesta más ambiciosa de diseñar e impulsar un plan de intervención conjuntamente con diversos representantes de las empresas. En este ámbito de intervención, debemos destacar la labor realizada por los Planes y/o programas municipales sobre drogas de Lena con un programa junto con el Comité de Salud Laboral del Ayuntamiento y campaña sobre el consumo de tabaco; el de Oviedo con un plan de actuación en el Ayuntamiento además de campañas de sensibilización sobre tabaco y alcohol; Mancomunidad Valle del Nalón con acciones de información y difusión con asociaciones empresariales, de comerciantes y hostelería; Ribadedeva con campañas de sensibilización en Ayuntamiento, centro de salud y empresas privadas; Mancomunidad de Cangas de Onís con charlas informativas en el taller de empleo; Mancomunidad Comarca de la sidra con talleres formativos dirigidos a taller de empleo y servicio de ayuda a domicilio; y Grado con taller de deshabituación tabáquica en colaboración con la FACC y la Asociación española contra el Cáncer.

3.4. Ámbito Comunitario

La propia definición y descripción de los planes y/o programas municipales sobre drogas contempla la consideración de que sin una planificación y estrategia comunitaria, las acciones que se puedan llevar a cabo en las localidades carecen de sentido.

Por ámbito comunitario, se puede entender cualquiera de los anteriormente mencionados, es decir, su extensión abarca cualquier nivel de intervención: familiar, escolar, sanitaria y/o laboral, de las que hemos recogido en otros apartados. No obstante, y siguiendo la organización y clasificación a propuesta del Plan Nacional sobre Drogas, en este epígrafe se van a tener en cuenta las iniciativas que en relación a colectivos en situación de riesgo y a aquellos que se encuentran en su tiempo de ocio, han sido desarrolladas por las políticas de prevención de drogas municipales.

Si nos centramos en aquellas medidas preventivas que se ejecutan desde las situaciones de riesgo, son varias las entidades locales que durante el ejercicio 2010 han programado actividades en este sentido. La gran mayoría se han dirigido a las familias vulnerables y a la juventud, mediante programas o actividades concretas y continuas a lo largo del tiempo. Son destacables las iniciativas por parte de Ribadedeva con el Centro de día juvenil, así como la educación de calle que se lleva a cabo en los PMDs de El Franco-Tapia y Castropol, Comarca de la Sidra, Castrillón, Avilés y Gijón.

En cuanto al ámbito del ocio y tiempo libre se refiere, las propuestas que se realizan en este terreno han ido orientadas a mejorar la calidad del uso del tiempo libre, lo que nos indica que es importante prestar atención a la disponibilidad, variedad y atractivo de las actividades así como el lugar donde se desarrollan (ofrecer actividades alternativas allí donde se produce concentración de riesgos). Más de la mitad de los planes y/o programas municipales que han existido durante el 2010 han dedicado tiempo, esfuerzo y recursos en favorecer una variada

oferta de actividades en prevención del consumo de drogas, dentro de los diversos proyectos implementados en los municipios, para su utilización en los espacios de tiempo libre. Bajo la mirada de ocio saludable estas líneas de actuación han contribuido a la promoción de la salud y la prevención del consumo de drogas. En este sentido, mencionar que algunos Planes y/o programas, con mayor o menor nivel de intensidad, han colaborado en los programas de ocio saludable municipal como han sido Pola de Lena, Ribadesella, Oviedo, Cangas de Narcea, Valdés, Noreña, Gozón, Llanera, Riosa -Ribera de Arriba y Morcín, Castrillón y Grado.

3.5. **Ámbito Sanitario**

3.5.1. **Acciones Regionales y Municipales**

Desde este ámbito de actuación, se pretende contribuir a la prevención del consumo de drogas con tareas educativas, informativas y formativas de los distintos grupos de población con los que el sector sanitario trabaja cotidianamente. En este sentido, desde el Plan sobre Drogas para Asturias y sus diferentes planes municipales, se trata de fomentar la coordinación con recursos sanitarios (Salud Pública, Atención Primaria y Especializada...) teniendo como finalidad la generación de sinergias en el abordaje de la prevención. Por este motivo, se contemplan acciones en el ámbito sanitario desde la prevención universal, selectiva e indicada tal y como se recoge en el *Programa de Prevención y Control del Tabaquismo* en Asturias así como en las estrategias de prevención escolar y familiar del Programa «*Las adicciones y los adolescentes. Educar para prevenir*» que se desarrolla conjuntamente con la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA). Del mismo modo, la puesta en marcha de charlas y cursos formativos dirigidos a profesionales y población en general, se coordinan con los centros de salud de los diferentes municipios para informar y sensibilizar sobre la temática de prevención del consumo de drogas, haciendo hincapié en el consumo de tabaco y alcohol.

3.6. **Otros Ámbitos**

Dentro de esta categoría se encuentra todas aquellas propuestas que, gozando de la transversalidad que las caracteriza, se promueven a nivel autonómico y local. Son destacables las acciones que en el terreno de la comunicación social, la formación, la coordinación, la participación comunitaria y la convocatoria de premios y concursos, consiguen integrar y completar el área preventiva de nuestro Plan sobre Drogas para Asturias a lo largo del año 2010.

La descripción de actividades que se enmarcan dentro de estos espacios son las que a continuación se señalan:

- **Difusión y divulgación de campañas institucionales de sensibilización e información:** conmemoración de Días Mundiales, Consulta Joven, difusión en medios de comunicación de masas, aplicación de las nuevas tecnologías (páginas web, blog, sms, redes sociales), reducción de riesgo (Transporte Público Búho), estrategia Bola de Nieve, ...etc.

- **Oficinas de información y asesoramiento** que como actividad está presente en todos y cada uno de los PMD, sí se presenta como tal en el caso del programa municipal de Gijón para familias y jóvenes, el de la Comarca de la Sidra, la Mancomunidad Cinco Villas o el PMD de Riosa-Ribera de Arriba y Morcín.
- **Planes formativos y/o o jornadas dirigidas a profesionales, personal mediador, familias y población general:** curso de formación de personas mediadoras, talleres para jóvenes, cursos para monitores/as de tiempo libre, foros juveniles, etc. La práctica totalidad de Entidades Locales subvencionadas han puesto en marcha acciones desde este punto de vista.
- **Estructuras de coordinación que garanticen el compromiso de colaboración en las políticas preventivas:** comisiones de educación y promoción de la salud, consejos locales, comisiones de participación, consejos de salud...etc.
- **Actuaciones preventivas específicas de tabaco, alcohol y cocaína.** Durante el año 2010 la totalidad de Planes y/o programas municipales sobre drogas han desarrollado iniciativas relacionadas con el consumo de tabaco enmarcadas en el *Programa de Prevención y Control del Tabaquismo del Principado de Asturias*; algunos de ellos destacan por sus intervenciones de deshabituación tabáquica con talleres organizados conjuntamente con los Centros de Salud y/o la Asociación Española contra el Cáncer, así mencionar el caso de Avilés, Llanera, Salas, Grado, Vegadeo y San Tirso de Abres, Oviedo, Gijón, Pola de Lena y Mancomunidad Comarca de la Sidra. En otros municipios asturianos, el abordaje del consumo de tabaco se hace desde una perspectiva de prevención universal con estrategias informativas, divulgativas, de sensibilización y formativas que puede aglutinarse en torno al Día Mundial o en jornadas/encuentros puntuales; en esta línea se encuentran, además de los concejos mencionados, Cangas de Narcea, Cudillero, Mieres, Ribadedeva, Tineo, Avilés, Mancomunidad Valle del Nalón, Taramundi y Avilés.
Dentro de este epígrafe, y teniendo en cuenta que en el nuevo *Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016* se mencionan como acciones novedosas y prioritarias aquellas que monográficamente se llevan a cabo en relación a determinadas sustancias como son el alcohol y la cocaína, desde los PMDs se trabajan preventivamente estas sustancias mediante programas y actividades puntuales así debemos destacar Gozón, Mancomunidad Cinco Villas, Mancomunidad Cangas de Onís, Vegadeo y San Tirso de Abres, Ribadedeva, Siero, Mancomunidad Valle del Nalón, Avilés, Oviedo, Ribadesella y Pola de Lena.
- **Premios y/o concursos.** Se desarrollan actividades en este sentido para la difusión de los programas y/o planes municipales así como la concienciación e información sobre la temática. En esta línea trabajan los PMDs de Avilés, Tineo, Taramundi, Vegadeo y San Tirso de Abres, Navia-Coaña y Villayón, El Franco-Tapia de Casariego y Castropol.

Apartado III
Admisión a Tratamiento y
Urgencias por abuso de
sustancias psicoactivas en la
Red Pública de Salud
Mental

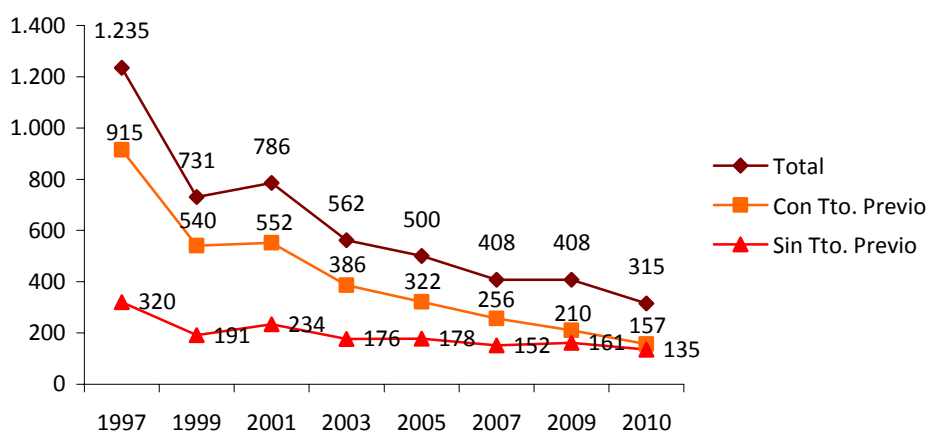
1. Admisión a tratamiento de personas por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en la red de Salud Mental del Principado de Asturias

1.1. Admisiones «Con» y «Sin» Tratamiento Previo

En el año 2010 se registraron un total de 315 Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas (excluyendo el alcohol) en los 16 Centros de Salud Mental pertenecientes al SESPA²⁵. La cifra es inferior a la registrada en años anteriores y no contempla aquellos dispositivos pertenecientes a otros organismos o instituciones privadas que realizan admisiones a tratamiento al margen de la red pública (lo que implica que el número total de personas admitidas a tratamiento en Asturias sería algo mayor).

Las admisiones a tratamiento por abuso de sustancias psicoactivas vienen descendiendo desde los años 90 del pasado siglo (Figura 1). Concretamente entre los años 1997 y 2010 la reducción ha sido del 74% en el «Total de Admisiones», siendo más acusada en la categoría «Con Tratamiento Previo», donde alcanza el 83%, que en «Sin Tratamiento Previo» con una reducción del 58%.

Figura 1. Evolución de admisiones a tratamiento en la Red de Salud Mental por consumo de sustancias psicoactivas, según Tipo de Tratamiento. Asturias 1997-2010.



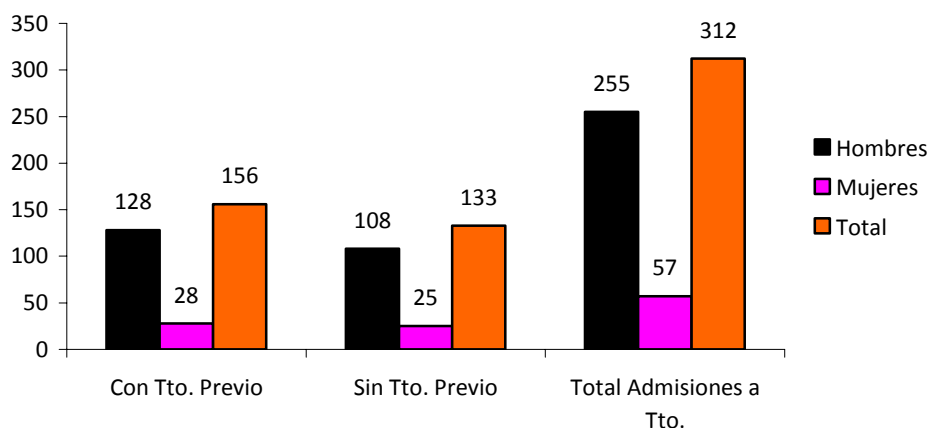
Fte.: Unidad de Coordinación de Salud Mental –UCOSAM–

Del total de las 315 personas de 2010, 157 (el 50%) fueron personas que ya habían recibido un tratamiento previo anterior (en 2009 fueron 209, 51% sobre el total de aquel año). Por otro lado 135 o el 43% (148 en 2009 que representaba el 39%), corresponden a usuarios que acceden por primera vez a la red asistencial (los 23 casos restantes hasta 315 o el 7% hasta el

²⁵ Es la puerta de entrada al sistema especializado. Asume la valoración inicial de todos los casos que se derivan, en su inmensa mayoría desde la Atención Primaria de Salud, asumiendo la asistencia directa de la mayoría de los trastornos mentales de su zona de referencia (Zonas Básicas de Salud) y derivando a los que procede a otros servicios más especializados en programas específicos.

100%, son «Casos no registrados»), grupo que configura la incidencia anual (número de casos nuevos en el año). La distribución por **sexo** pone de manifiesto que **son mayoría los hombres que acceden a este servicio asistencial**; 128 en las admisiones «Con tratamiento previo», 108 en las «Sin tratamiento previo» y 255 sobre el Total.

Figura 2. Admisión a Tratamiento en la Red de Salud Mental por consumo de sustancias psicoactivas, según Sexo y Tipo de Tratamiento. Asturias 2010.



Fte.: Elaboración propia a partir de datos de la Unidad de Coordinación de Salud Mental –UCOSAM-

Como se ha puesto de manifiesto al iniciar el análisis de las cifras registradas por el Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias, se observan discrepancias entre la cifra total de Admisiones a Tratamiento (315) y la suma de los diferentes subtotaes, como por ejemplo los «Con» y «Sin» Tratamiento Previo que como vimos eran 157 y 135 y que suman 292. Los 23 casos restantes, clasificados como «Casos no registrados» son debidos a las **omisiones o errores que se producen en el momento de cumplimentar los registros administrativos**.

Para evitar que esta «pérdida» dificulte la lectura de los datos, de aquí en adelante trabajaremos con **proporciones y porcentajes**, ya que entendemos que de esta forma se facilita la interpretación de los mismos.

1.2. Evolución Temporal de las Admisiones a Tratamiento

Como se observa en la Figura 1, la evolución temporal desde los años 90 del indicador «Admisión a Tratamiento» muestra una clara tendencia descendente que parece estar **relacionado con los cambios observados en las pautas de consumo de drogas**.

Entre otros factores estarían, por una parte, la **disminución del consumo de heroína** en general e inyectada en particular y, por otra, el **aumento de consumo de otras sustancias como la cocaína y el cannabis, más integradas socialmente y con menor percepción del riesgo que aquella y que además, por sus características permiten un proceso de desintoxicación y deshabitación en régimen abierto, no residencial**.

Por tanto, no se puede deducir que esta bajada implique una disminución en el abuso de sustancias adictivas ni en los problemas relacionados con el consumo de sustancias ya que en los últimos años han aumentado el número de admisiones por cocaína y cannabis, debido a que la percepción del riesgo que entraña su consumo es menor que la de la heroína y que sus efectos físicos, psíquicos y sociales se ponen de manifiesto de forma menos agresiva.

1.3. Sustancia que Motiva la Admisión a Tratamiento

Si analizamos las admisiones a tratamiento en 2010 según «Droga de Abuso Principal» se observa que la jerarquía está encabezada por la heroína, seguida de la cocaína y el cannabis. Si distinguimos en las admisiones aquellas personas que han recibido tratamiento con anterioridad de las que lo reciben por primera vez se aprecian diferencias significativas; en las que lo han recibido alguna vez, la heroína no solo ocupa el primer lugar en la proporción de ingresos sino que además incrementa su peso hasta alcanzar cerca del 70%, quedando la cocaína ligeramente por encima del 20% de los casos y «irrelevante» 6%. Sin embargo en las que reciben tratamiento por primera vez la mayor proporción de casos corresponde a la cocaína, seguida a distancia de la heroína y con el cannabis muy cerca de ésta (Tabla 1).

TABLA 1. Nº y porcentaje de personas Admitidas a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en Asturias, según Tipo de Admisión a Tratamiento y Sustancia que lo motiva. Año 2010.

	Total		Con Tratamiento Previo		Sin Tratamiento Previo	
	n	%	n	%	n	%
Heroína	143	45,7	104	67,1	35	26,7
Opiáceos	10	3,2	5	3,2	5	3,8
Cocaína	106	33,9	33	21,3	59	45,0
Anfetaminas	1	0,3	0	0,0	0	0,0
MDMA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hipnóticos y Sedantes	7	2,2	4	2,6	0	0,0
Cannabis	43	13,7	9	5,8	29	22,1
Alucinógenos	2	0,6	0	0,0	2	1,5
Sustancias Volátiles	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otras Sustancias	1	0,3	0	0,0	1	0,8

Fte.: Unidad de Coordinación de Salud Mental –UCOSAM-

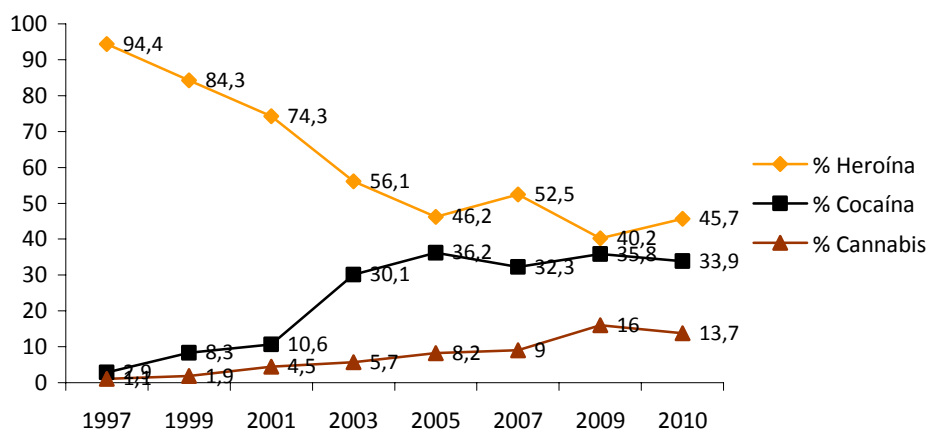
Desde el punto de vista evolutivo observamos que en 2010 la heroína fue la causante del 45% de las demandas de tratamiento frente al 96% que representaba en 1997. Este importante descenso global no oculta que desde 2005 el declive se ha estabilizado en torno a esa proporción, reflejándose incluso en 2010 un ligero aumento respecto al año anterior del peso de ésta sustancia en el total de admisiones a tratamiento y que bien pudiera estar relacionado con el leve incremento en el consumo de esta sustancia que reflejan las encuestas más recientes como la EDADES 2009/10, hecho al que habrá que prestar la máxima atención.

Tendencia opuesta a la de la heroína refleja la **cocaína**, que pasó de representar apenas **el 3% de las admisiones en 1997 al 34% actual**, nivel que alcanzó en los primeros años del presente siglo y en el que se mantiene desde esa época.

Por otro lado el **cannabis** mantiene una **línea de constante ascenso desde 1997 y registra un aumento significativo a partir del 2007** (pasando a representar **del 9% al 16% en 2009**), estabilizándose en los últimos dos años en torno al 15% de las admisiones a tratamiento. Este ascenso correlaciona con las prevalencias actuales de consumo de esta sustancia que arrojan las encuestas sobre drogas.

Como se observa, la tendencia de las admisiones a tratamiento de la heroína por un lado, y de la cocaína y el cannabis por otro, siguen líneas convergentes, particularmente las de las dos primeras que en los últimos años llegan casi a tocarse.

FIGURA 3. Evolución del peso porcentual de la Heroína, Cocaína y Cannabis como drogas principales en el total de las admisiones a tratamiento. Asturias 1997-2010.

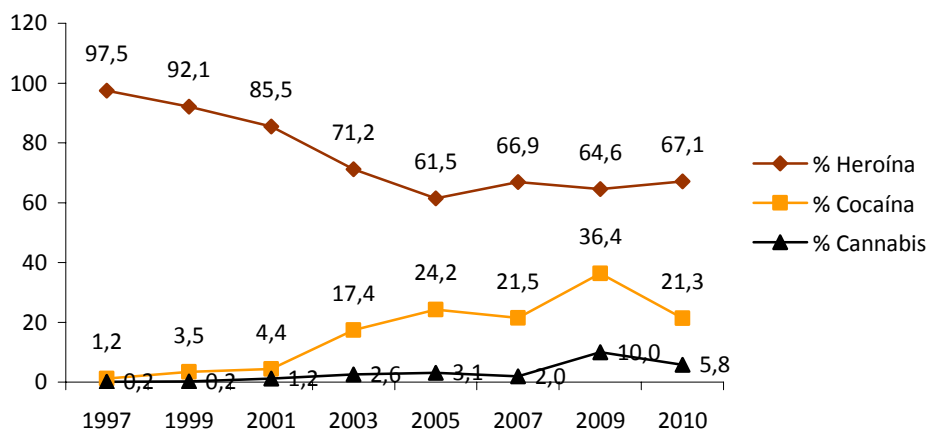


Fte.: Elaboración propia a partir de datos de la UCOSAM

La diferente evolución de estas tres sustancias en el colectivo de personas admitidas a tratamiento según sean «Con tratamiento previo» o «Por primera vez» se observa muy claramente en las Figuras 4 y 5.

En «con tratamiento previo» (Figura 4) el perfil es similar al obtenido en el Total aunque el peso de la heroína es mayor en todos los años y el de la cocaína y el cannabis menores, lo que muestra la dificultad del proceso de deshabituación de aquella sustancia frente a las otras dos. En 2010 la heroína acapara la mayor parte de solicitudes y aumenta su peso respecto a 2009 y 2007, mientras que la cocaína con un 21% de las admisiones y el cannabis con un el 5,8%, reducen su peso de manera relevante respecto a 2009.

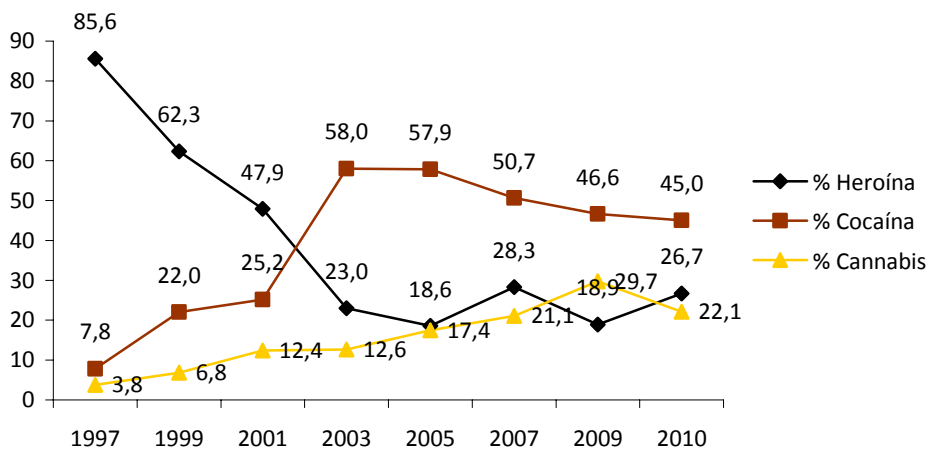
FIGURA 4. Evolución del peso porcentual de la Heroína, Cocaína y Cannabis como drogas principales en las admisiones Con tratamiento previo. Asturias 1997-2009.



Fte.: Elaboración propia a partir de datos de la UCOSAM

Sin embargo en el subgrupo **«Sin tratamiento previo»**, (Figura 5) se observan diferencias muy significativas. En primer lugar se comprueba cómo **a partir del 2001 se produce un punto de inflexión importante, superando la cocaína a la heroína como principal causa de nuevas admisiones a tratamiento** y cómo ésta última reduce su peso de forma muy acusada, de tal forma que **incluso en 2009 el cannabis la supera en proporción de nuevas admisiones**. En el año 2010 la cocaína con el 45% de nuevas admisiones a tratamiento sigue en primer lugar, a continuación la heroína con el 27% y el cannabis con casi el 22% (30% en 2009) de los casos. Estos datos subrayan por un lado el alto riesgo que para la salud tiene el consumo de cocaína y cannabis, y por otro corroboran el repunte que parece estar experimentando el consumo de heroína.

FIGURA 5. Evolución del peso porcentual de la Heroína, Cocaína y Cannabis como drogas principales en las admisiones «Sin Tratamiento Previo». Asturias 1997-2010.



Fte.: Elaboración propia a partir de datos de la UCOSAM

En este sentido parece oportuno recordar lo que se comentaba en el INFODROG 2008:

*«Queremos llamar la atención en el importante incremento que están sufriendo 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 preferente**».*

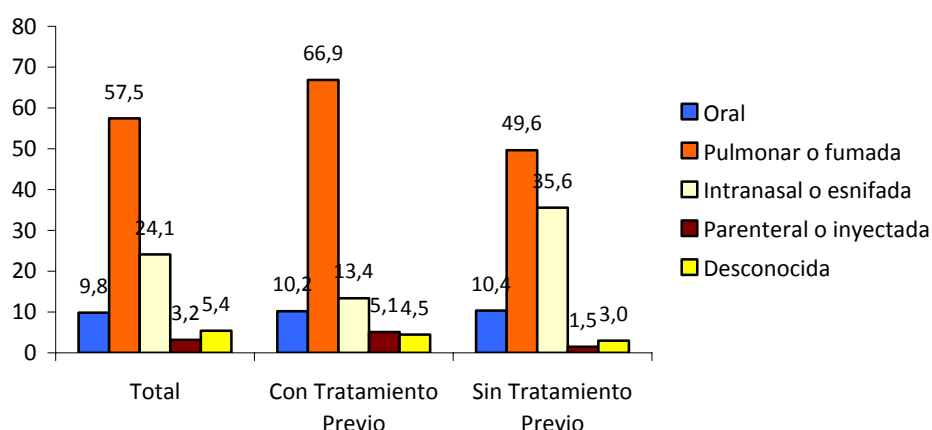
También merece ser destacado el **constante descenso que se observa desde el año 2003 en el peso que sobre el total de las nuevas admisiones tiene la cocaína, que se ha reducido en 13 puntos porcentuales.**

1.4. Vía de Administración de la Sustancia

Respecto a esta variable, la mayor proporción de admisiones se vincula con la «pulmonar o fumada», con el 57%, seguida de la «esnifada» con casi el 25% de los casos y ya a distancia de la «oral» (con cerca del 10%) y la «parenteral o inyectada» (con menos del 4%). Se aprecian elocuentes diferencias en este indicador en función de si las personas estuvieron previamente a tratamiento o no. En las primeras y vinculada a las alta proporción de consumidores de heroína en este subgrupo, la vía mayoritaria es con diferencia la «pulmonar o fumada» (con el 67%), seguida a distancia de la «intranasal o esnifada» (el 13%), la «oral» con el 10% y la parenteral o inyectada con el 5%.

Por otro lado, entre las personas «sin tratamiento previo» aparecen en el mismo orden la «pulmonar o fumada» (aunque con menor proporción de casos, el 50%), la «intranasal o esnifada» (que en este caso aumenta hasta el 35%) y la «oral» con el 10% (Figura 6).

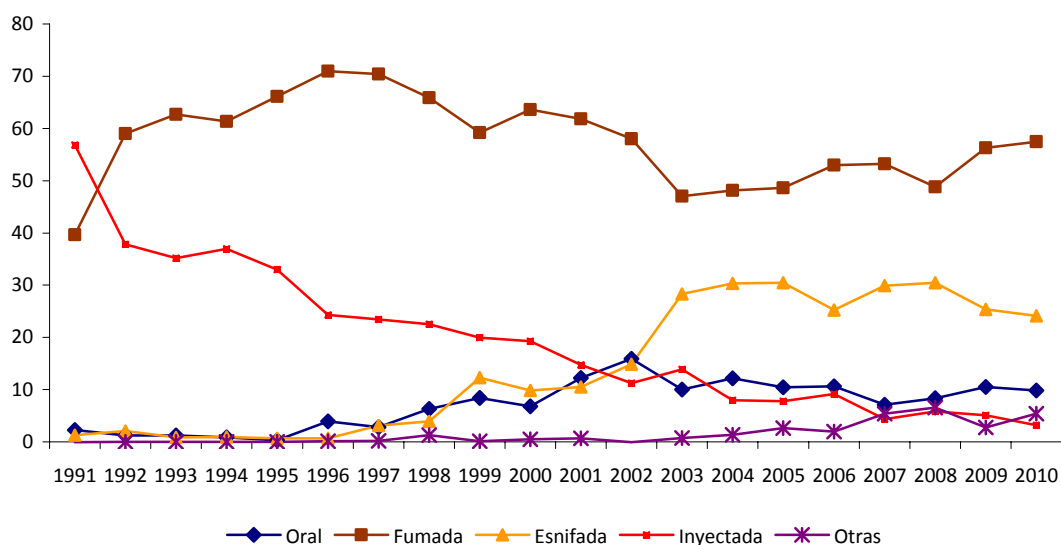
FIGURA 6. Tanto por ciento de usuarios/as según Vía Principal de Consumo y Tipo de Admisiones a Tratamiento. Asturias 2010.



Fte.: Elaboración propia a partir de datos de la Unidad de Coordinación de Salud Mental –UCOSAM-

Como se señalaba en el INFODROG 2008, la evolución del indicador «vía principal de consumo» muestra como **conclusiones más relevantes el descenso de la vía «inyectada»** que viene produciéndose de manera continua **desde 1991 hasta llegar a situarse en la última posición en 2010 y el incremento de la vía «fumada» y «esnifada»**, más patente ésta última a partir del 2001 (Figura 7).

FIGURA 7. Evolución del porcentaje de personas Admitidas a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en Asturias, según Vía de Administración de la sustancia principal 1991-2010.



F

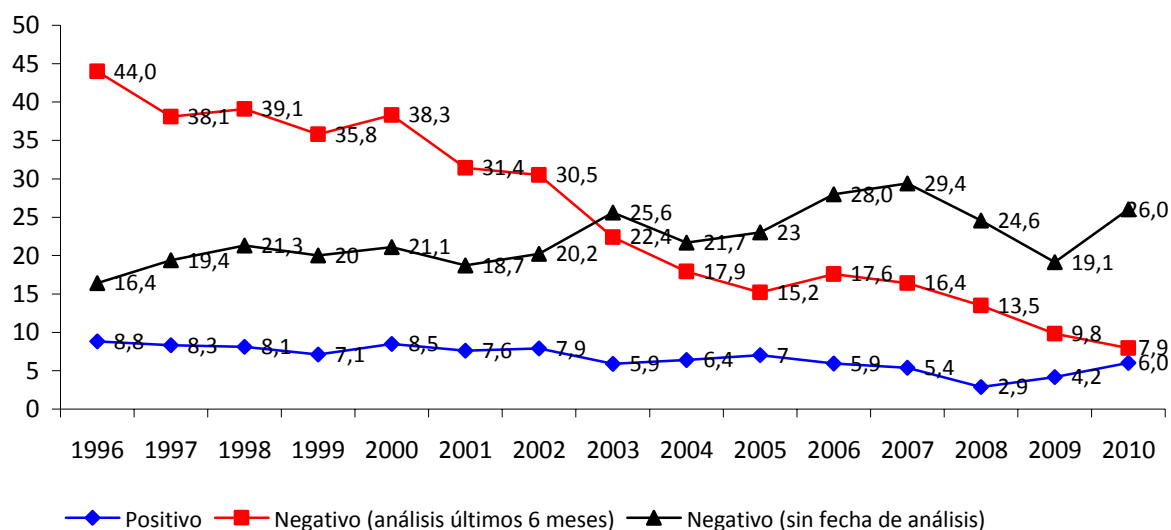
Fte.: Elaboración propia a partir de datos de la UCOSAM

En la actualidad las vías mayoritariamente utilizadas son la «pulmonar o fumada» y (ya a distancia) la «esnifada», con unos porcentajes mucho mayores que el resto y con trayectorias ascendentes en los últimos años. Lógicamente las causas hay que buscarlas en el retroceso experimentado en el consumo de la heroína, en el cambio de vía de consumo de esta droga (que ha pasado de ser inyectada a ser fumada), en los programas de reducción de riesgo implantados y en la prevalencia de consumo que tienen en estos momentos la cocaína y el cannabis, que utilizan fundamentalmente esas vías.

1.5. Infección V. I. H.

La prevalencia actual de «infección VIH» en las personas admitidas a tratamiento es del 6% (4,2% en 2009), con algo más del 7% de los usuarios «tratados previamente» frente al 4,4% entre los «no tratados previamente», en consonancia con las prevalencias del tipo de sustancias consumidas en uno y otro caso. De todos modos, a la hora de valorar este dato hay que tener en cuenta que **del 60% de las personas «admitidas a tratamiento» se desconoce su estado serológico frente al VIH** (46% entre los/as usuarios/as «Con Tratamiento Previo» y 73% entre los «Sin Tratamiento Previo»).

FIGURA 8. Evolución del Porcentaje de personas Admitidas a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en Asturias, según Estado Serológico frente al VIH 1991-2010.



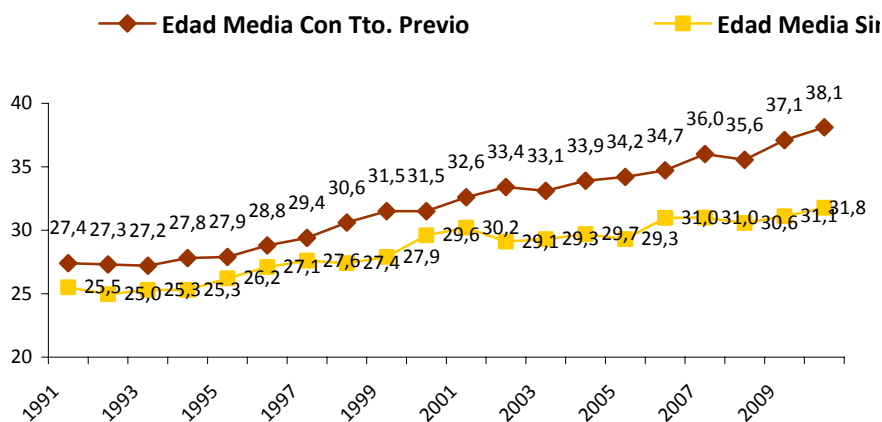
Fte.: Elaboración propia a partir de datos de la UCOSAM

1.6. Media de Edad

La «media de edad» de las personas que solicitan atención ha aumentado con el paso de los años tanto en las personas «con tratamiento previo» como en los «atendidos por primera vez».

Es destacable **particularmente** el aumento de la edad media de las personas «Con Tratamiento Previo», que suma 11 años entre 1991 y 2010 frente a los «solo» 6 de las de «Sin Tratamiento Previo». De aquí la creciente distancia entre ambas edades medias (de los 2 años de 1991 a los 6 actuales).

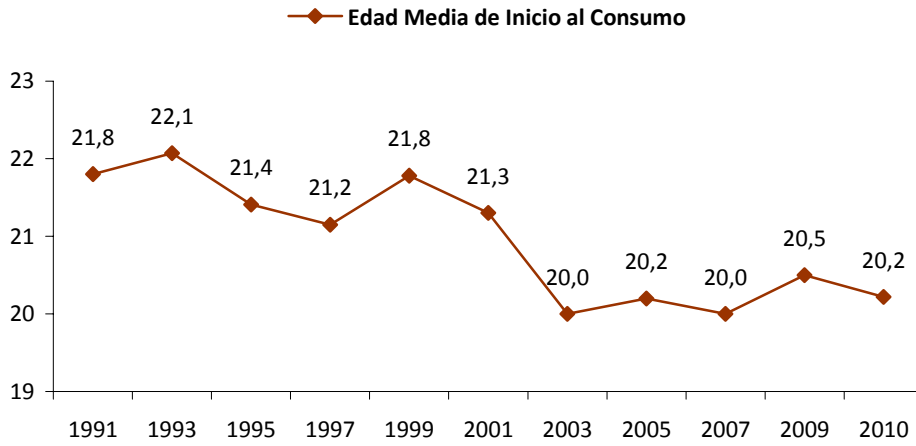
FIGURA 9. Evolución de la Media de Edad de las personas admitidas a tratamiento, «Con» y «Sin» Tratamiento Previo. Asturias 1991-2010.



Fte.: Unidad de Coordinación de Salud Mental –UCOSAM-

Por otro lado es significativo que, en relación a la variable anterior, la «edad media de inicio al consumo» de las personas admitidas a tratamiento pasó de 21,8 años en 1991 a 20,0 en 2003 y a 20,2 en 2010 (Figura 10).

FIGURA 10. Evolución de la Media de Edad de Inicio al Consumo de las personas admitidas a tratamiento. Asturias 1991-2010.



Fte.: Unidad de Coordinación de Salud Mental –UCOSAM-

TABLA 2. Características generales de los casos Admitidos a Tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excepto alcohol), según tratamiento previo y sexo (números absolutos, porcentajes sobre el total y medias). Asturias 2010.

AÑO 2010 OTRAS SUSTANCIAS						
Descripción	Concepto	Total	Con Tratamiento Previo	Sin Tratamiento Previo	Hombres	Mujeres
SEIT. Admisiones		315	157	135	255	57
Tratamiento Previo %	Si	53,8			54,2	52,8
	No	46,2			45,8	47,2
Sexo %	Hombre	81,7	82,1	81,2		
	Mujer	18,3	17,9	18,8		
Media de Edad –Años-		35,12	38,11	31,77	35,31	34,33
Estudios %	No sabe leer ni escribir	1,0	1,9	0,0	1,2	0,0
	Enseñanza primaria incompleta	5,7	4,5	7,4	5,9	5,3
	Enseñanza primaria completa	27,9	26,8	26,7	27,5	31,6
	Enseñanza secundaria 1ª etapa, EGB, ESO, FP1 o de	42,9	47,1	40,7	43,5	40,4
	Enseñanza secundaria 2ª etapa, BUP, FPII, COU	13,0	11,5	15,6	12,2	14,0
	Estudios universitarios medios y superiores	3,5	3,2	4,4	3,9	1,8
	Desconocido	6,0	5,1	5,2	5,9	7,0
	Otros Estudios especificados	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Situación Laboral %	Trabajando	29,8	31,2	28,1	31,0	24,6
	Parado. NO habiendo trabajado antes	5,7	3,2	8,9	4,7	10,5
	Parado, habiendo trabajado antes.	38,7	37,6	38,5	38,8	36,8
	Otros	25,7	28,0	24,4	25,5	28,1
Droga Principal %	Heroína	45,7	67,1	26,7	46,2	45,6
	Otros Opiáceos	3,2	3,2	3,8	2,8	5,3
	Cocaína	33,9	21,3	45,0	34,9	31,6
	Anfetaminas	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
	MDMA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hipnóticos y Sedantes	2,2	2,6	0,0	0,0	7,0
	Cannabis	13,7	5,8	22,1	14,9	10,5
	Alucinógenos	0,6	0,0	1,5	0,8	0,0
	Sustancias Volátiles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras Sustancias	0,3	0,0	0,8	0,4	0,0	
Media de Edad de Inicio de Consumo –Años-		20,22	19,51	20,85	19,68	22,25
Vía de consumo %	Oral	9,8	10,2	10,4	9,4	12,3
	Pulmonar o fumada (aspiración de gases o vapores,	57,5	66,9	49,6	55,7	64,9

	Intranasal o esnifada (aspiración de polvo por la	24,1	13,4	35,6	25,1	19,3
	Parenteral o Inyectada	3,2	5,1	1,5	3,9	0,0
	Desconocida	5,4	4,5	3,0	5,9	3,5
Drogas 30 días antes %	Heroína	1,7	3,0	0,7	2,1	0,0
	Otros Opiáceos	8,4	15,0	3,4	9,5	3,9
	Cocaína sin especificar	13,1	15,8	11,6	13,6	9,8
	Anfetaminas sin especificar	1,7	0,0	3,4	1,7	2,0
	MDMA	0,7	0,0	1,4	0,8	0,0
	Hipnóticos y Sedantes	9,1	15,8	4,1	9,1	9,8
	Cannabis	22,2	18,0	26,0	22,7	17,6
	Alucinógenos	1,3	0,8	1,4	1,7	0,0
	Sustancias Volátiles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Alcohol	27,6	21,1	30,1	27,3	31,4
	Otras Sustancias	14,1	10,5	17,8	11,6	25,5
	Tiempo Inyección %	Menos de 30 días	7,3	6,4	5,2	9,0
Un mes - Un año		1,6	1,9	1,5	1,2	3,5
Un año - Cuatro años		9,8	14,0	6,7	7,5	21,1
Cinco años y más		6,0	10,8	0,7	7,1	1,8
Nunca se ha inyectado		55,6	45,2	73,3	53,7	61,4
Desconocido		19,7	21,7	12,6	21,6	12,3
VIH %	Positivo	6,0	7,6	4,4	5,9	7,0
	Negativo (análisis en los últimos 6 meses)	7,9	10,2	5,9	9,0	3,5
	Negativo (sin análisis en los últimos 6 meses)	26,0	36,3	16,3	25,5	28,1
	Desconocido.	60,0	45,9	73,3	59,6	61,4

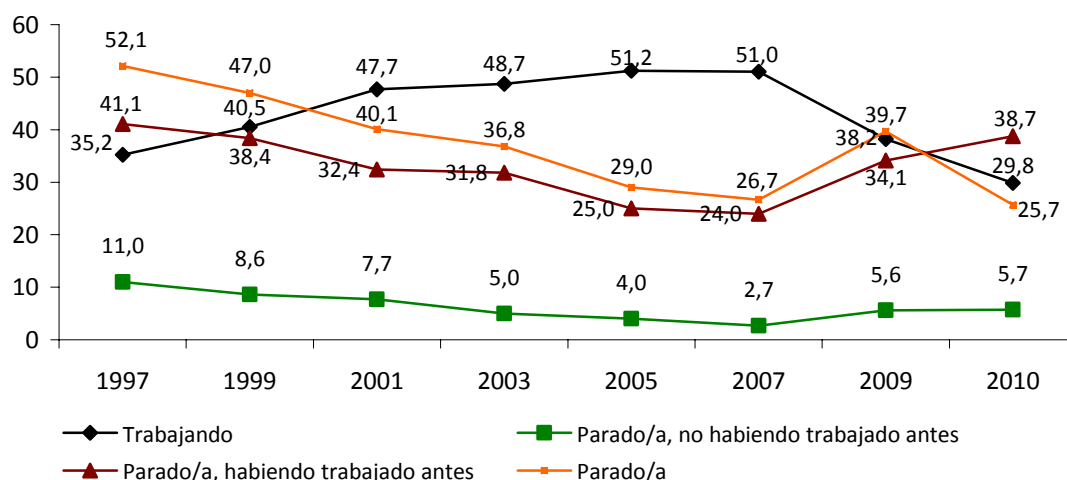
Fte.: Unidad de Coordinación de Salud Mental –UCOSAM-

1.7. Situación Laboral

En relación a la «situación laboral» (Figura 11) el porcentaje de personas que la estabilizaron aumentó **entre 1997 y 2007, periodo en el que se registró una disminución de usuarios/as «en paro»** (tanto «no habiendo trabajado antes» como «habiendo trabajado antes») **a la vez que se incrementó la proporción de las personas «ocupadas»**. Esa trayectoria pudo responder a **varios factores que actuaron conjuntamente**; la disminución del consumo de la heroína y al aumento de la cocaína y el cannabis, sustancias caracterizadas por su mayor integración sociolaboral; al aumento progresivo de la edad de las personas que acuden a solicitar tratamiento, lo que acrecienta la probabilidad de que estén insertados en el mercado de trabajo; y por supuesto que fueron años de crecimiento económico.

La actual crisis económica explicaría también el aumento que se observa a partir de 2007 y hasta la actualidad en las dos categorías de «Parado/a» y la disminución en la de «Trabajando».

Figura 11. Evolución del porcentaje de personas Admitidas a Tratamiento según su Situación Laboral. Asturias 1997-2010.



Fte.: Elaboración propia a partir de los datos de la –UCOSAM–

1.8. Otras Drogas Consumidas

Además del registro «*Droga principal de admisión a tratamiento*», disponemos del de «*Otras drogas secundarias consumidas 30 días antes*» que da una idea del policonsumo existente; las sustancias más mencionadas en 2010 fueron por este orden el «alcohol» en el 27,6% de los casos, el «cannabis» en el 22,2% (frente al 19,9% en 2009) y en tercer lugar la «cocaína» que con el 13,1% vuelve a reducir su presencia respecto al 17,6% de 2009 y al 22% de 2007.

Esa disminución casi generalizada de las sustancias «tradicionales» (con la excepción del alcohol) se explica en parte observando la **tendencia que refleja la categoría «Otras sustancias» que pasa del 2,9% en 2007 al 12,9% en 2009 hasta alcanzar el 14,1% actual**, incremento apreciable que habrá que seguir en próximos años y que pone sobre la mesa la **aparición constante de nuevas sustancias**, tal y como reflejan las encuestas estatales sobre drogas.

Dentro de este mismo indicador de «*drogas secundarias consumidas 30 días antes*», en el subgrupo de usuarios «con tratamiento previo» se observa un cambio de orden respecto al 2007; así el alcohol, que ese año aparecía en tercer lugar (19 %) **se sitúa en 2010 en el primero** con el 21,1% de los casos, sustituyendo a la cocaína que en 2007 ocupaba el primer lugar con el 24,3% y que ahora se sitúa en el tercer lugar con el 15,8%, **por detrás del cannabis** que es mencionado en el 18% de los casos. Aquí, como en el total de casos admitidos a tratamiento, es destacable que la categoría de «*Otras sustancias*» **ha pasado de representar el 2,3% de los casos en 2007 al 10,5% en 2010.**

En las personas que «no han recibido tratamiento previo» se mantiene el orden en las dos sustancias más mencionadas (alcohol y cannabis) aunque en este caso **incluso la cocaína cede el tercer lugar como sustancia más citada en beneficio de la categoría «Otras sustancias»**. Así el alcohol desciende del 35,8% en 2007 al 33,3% en 2009 y al 30% en 2010; el cannabis pasa

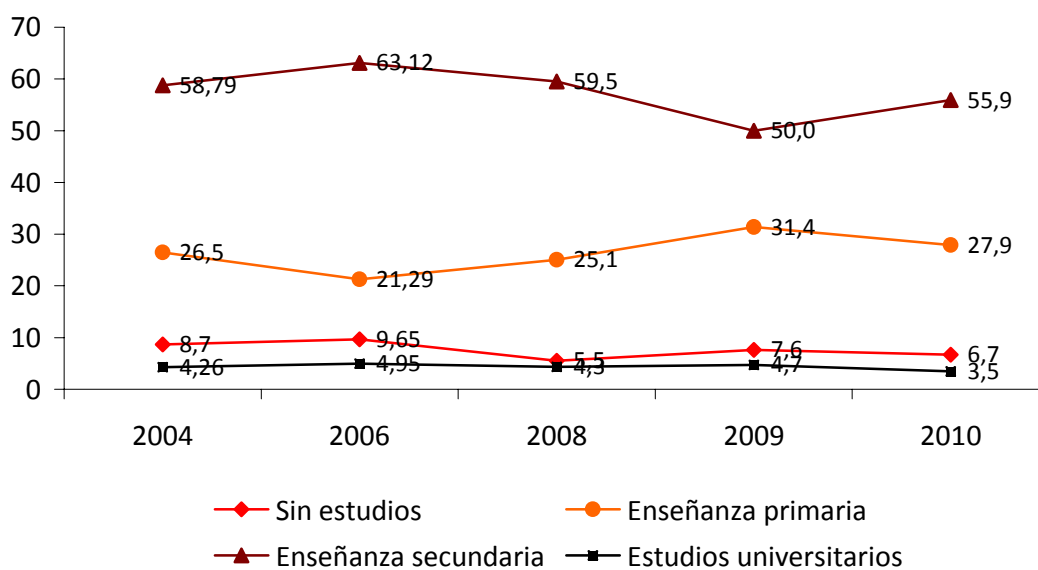
del 23,3% en 2007 al 20,8% en 2009 y al 26% en la actualidad. Y la cocaína del 18,9% al 14,5% y al 11,6% respectivamente, mientras que «Otras sustancias» pasan del 3,1% en 2007 al 13,8% en 2009 y al 18% de los casos en 2010 (tabla 1).

1.9. Nivel de Estudios

Según el «nivel de estudios», **la gran mayoría de usuarios/as tiene estudios «secundarios y primarios» por este orden.** El 83,8% (frente al 81,4% en 2009) de las personas admitidas a tratamiento completaron «niveles de estudios de enseñanza primaria y secundaria» (primera y segunda etapa).

Las categorías «sin estudios» (No sabe leer ni escribir+Primaria incompleta) y «universitarios/as» están representados en mucha menor proporción 6,7% (7,6% en 2009) y 3,5% (4,7% en 2009) respectivamente. Como puede verse en la Figura 12, es siempre mayor la proporción de las personas admitidas a tratamiento que terminan la enseñanza secundaria.

Figura 12. Evolución del Nivel Máximo de Estudios Alcanzado por las personas Admitidas a Tratamiento. Asturias 2004-2010.



Fte.: Elaboración propia a partir de los datos de la –UCOSAM–

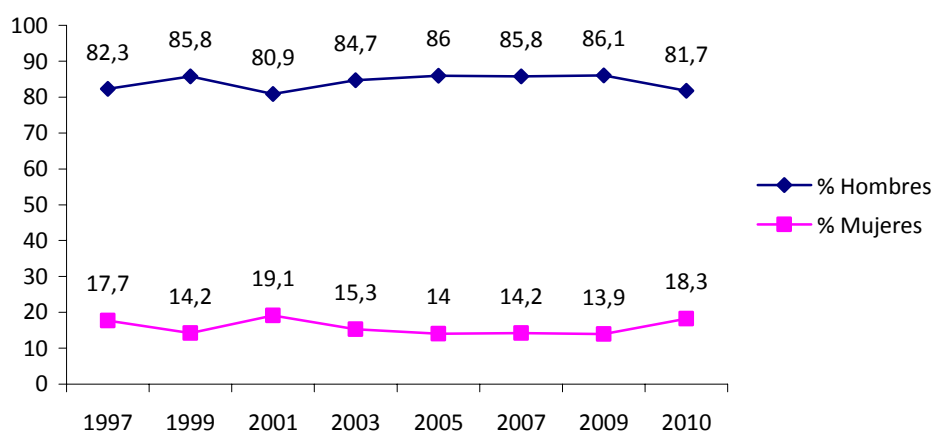
2. Análisis por Género

El sexo, junto con la edad, es una de las variable independientes por excelencia en el análisis social, a la luz de la que han de ser analizadas el resto. Las situaciones diferentes que se observan para ambos sexos ante la misma realidad social ponen sobre la mesa desigualdades sociales de carácter estructural analizadas a la luz de la categoría de análisis de género, que permite el examen sociológico de esas situaciones, obtener conclusiones pertinentes y plantear soluciones adecuadas a esa situación.

2.1. Distribución de las personas admitidas a tratamiento según sexo

En 2010 el **82%** de usuarios atendidos son hombres frente al **18%** de mujeres, proporción que se mantiene aproximadamente igual a lo largo del tiempo tanto en los que ya «han recibido tratamiento» (84% vs. 15%) como en los «tratados por primera vez» (89% vs. 11%, Figura 13). La observación más destacable que se puede hacer atendiendo a esta relación es que con el paso de los años **ha aumentado ligeramente el peso de los hombres y descendido el de las mujeres.**

Figura 13. Evolución del peso porcentual de admisiones a tratamiento según sexos.1997-2010.



Fte.: Elaboración propia a partir de los datos de la –UCOSAM–

En relación a la «media de edad de inicio al consumo», las mujeres lo hacen poco más de dos años más tarde que los hombres.

2.2. Admisiones a Tratamiento, Sexo y Nivel de Estudios

Si tenemos en cuenta el «nivel de estudios», los porcentajes acumulados de las categorías «No sabe leer ni escribir+Enseñanza primaria incompleta» alcanzan el 7,1% en los hombres y el 5,3% en las mujeres. El 83% de los hombres tiene «Enseñanza primaria completa+Enseñanza secundaria 1ª y 2ª etapa» frente al 86% de las mujeres. En «Estudios universitarios medios y superiores» el valor de los hombres alcanzan el 3,9% frente al 1,8% de las mujeres.

2.3. Situación Laboral

Respecto a la «situación laboral» es significativo que el 31% de los hombres se encuentren trabajando frente al 24% de las mujeres y que el 47% de éstas se encuentren en «Paro» frente al 43% de los hombres.

2.4. Droga Principal y Vía de Consumo

Por lo que se refiere a la «droga principal de admisión a tratamiento», **en ambos sexos se organiza según la secuencia heroína-cocaína-cannabis**, con ligeras diferencias en cada uno de ellos (prácticamente la misma proporción en ambos en heroína y mayor en los hombres en las otras dos). Por otro lado, es singular que **nada menos que en el 7% de las mujeres la droga principal de consumo sean los «Hipnóticos y Sedantes»**, sobre todo teniendo en cuenta que son **sustancias sin referencias en los hombres**. De forma parecida, llama la atención el 5% de mujeres cuya droga de admisión a tratamiento son «Otros opiáceos» frente al 3% en hombres.

Sobre la «**vía de consumo**», cabe señalar que en ambos sexos la más empleada es la «Pulmonar o Fumada» aunque llama la atención que en las mujeres sea 9 puntos porcentuales más alta que en los hombres. A ésta vía de consumo le sigue la «Nasal» con $\frac{1}{4}$ de los casos, y a continuación la «Oral» aunque es llamativa la alta prevalencia en las mujeres, 12% (3 p. p. más que los hombres), probablemente vinculada a las mayores dependencias relacionadas con «Hipnóticos y Sedantes» y «Otros opiáceos». Es significativa también la ausencia de mujeres en vía «Inyectada».

2.5. VIH

Por último, la «serología del VIH» pone de manifiesto que las proporciones de mujeres y hombres que no conocen su situación al respecto son las mayores y en ambos casos muy parecidas (en torno al 60%) aunque algo mayores en ellas. La suma de las categorías «*Negativo (sin análisis en los últimos 6 meses)*» y «*(sin análisis en los últimos 6 meses)*» alcanza el los hombres el 34,5% mientras que en las mujeres se queda en el 31,6%.

3. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas ilegales

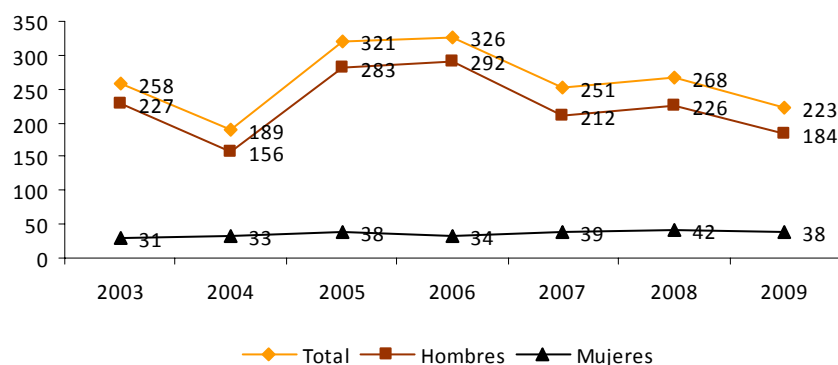
El indicador urgencias hospitalarias recoge los *episodios de urgencia relacionados con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas* en el Principado de Asturias. En él se incluyen todos aquellos casos en los que en la historia clínica se menciona el **consumo de drogas ilegales** y se excluyen aquellos en los que se cita únicamente consumo de alcohol, tabaco, antidepresivos, hipnóticos y antipsicóticos.

3.1. Evolución Temporal

En el año 2009 se registraron un total de 223 episodios de urgencias por consumo de drogas ilegales en nuestra Comunidad Autónoma. **La gran mayoría** de los pacientes que precisaron atención urgente **fueron hombres** con una proporción del 82,8% (84,3% en 2008) respecto al total; en correspondencia las mujeres representaron el 17,1% (15,7% en 2008).

Como se observa en la Figura 14, la evolución de estos episodios desde el 2003 refleja un incremento hasta 2006 (a excepción del atípico 2004) y una bajada a partir de ahí. El gran peso que tienen los hombres se refleja en que la evolución del «Total» de casos sigue en paralelo la evolución de estos. Las mujeres a parte de su menor peso, presentan una trayectoria más estable, con una ligera tendencia al alza.

Figura 14. Evolución de los Episodios de Urgencias Hospitalarias por Abuso de Sustancias psicoactivas. Asturias 2003–2009.



Fte.: Elaboración propia a partir de los datos de la –UCOSAM–

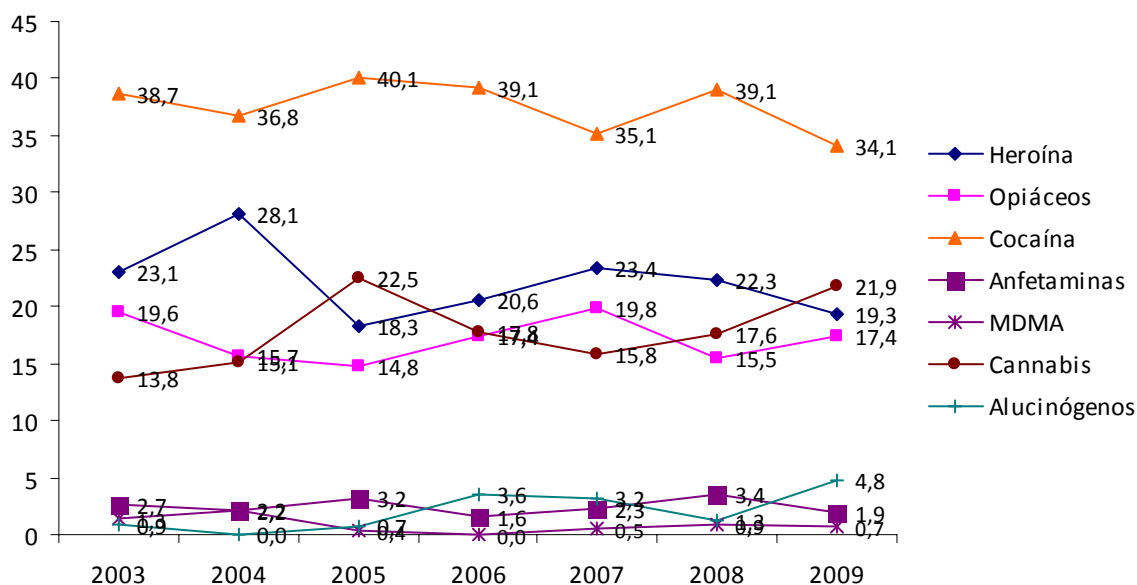
3.2. Sustancia causante de la Urgencia

En 2009 las sustancias que provocaron la urgencia fueron en primer lugar la **Cocaína** en uno de cada tres casos (34,1 frente al 39,1% en 2008), seguido del **Cannabis** (21,9%), la **Heroína** (19,3%), y **Otros Opiáceos** con el 17,4%. El resto de sustancias presentan unos porcentajes por debajo del 5% del total.

Al respecto de la evolución de este indicador cabe señalar tres cuestiones. En primer lugar y durante el periodo 2003-2009 la **cocaína** se mantiene en el **primer puesto como sustancia causante de las urgencias** (1/3 de los casos), aunque hay que señalar que **su peso sobre el total ha disminuido** en algo más de 4 puntos porcentuales en los siete años contemplados. En segundo lugar se observa un **grupo compuesto por el cannabis, la heroína y los opiáceos**, por este orden, con proporciones del 22 al 17% del total de casos y en cuya evolución hay que subrayar **el paso del cannabis del último al primer lugar**, al aumentar su peso porcentual desde 2003 en 7 p. p., tendencia que unida a la mostrada en el apartado de admisiones a tratamiento, subraya **los riesgos de una sustancia con una engañosamente baja percepción del riesgo**. El caso contrario es el de **la heroína que muestra una evolución claramente decreciente a lo largo de los años** (como también vimos en el apartado anterior), con una reducción de 4 p. p.

Y en tercer lugar que **sustancias como los alucinógenos, las anfetaminas y el MDMA**, presentan pesos porcentuales que no superan en ningún momento el 5%, caso de los alucinógenos en 2009.

FIGURA 15. Evolución en % de las principales sustancias psicoactivas que motivan los episodios de urgencias hospitalarias. Asturias 2003 – 2009.

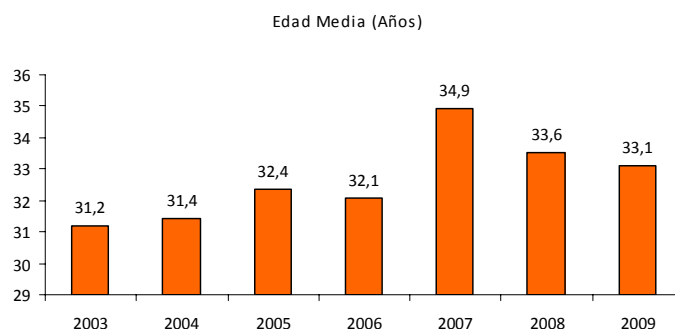


Fte.: Observatorio sobre Drogas para Asturias a partir de datos UCOSAM

3.3. Edad Media de las personas atendidas

Respecto a la **edad media de las personas atendidas en urgencias** en el 2009 fue de 33 años y se evidencia un aumento de cerca de 2 años desde el 2003 hasta el fin de la serie (Figura 16).

FIGURA 16. Evolución de la Media de Edad de las personas atendidas en urgencias hospitalarias por abuso de sustancias psicoactivas. Asturias 2003 – 2009.



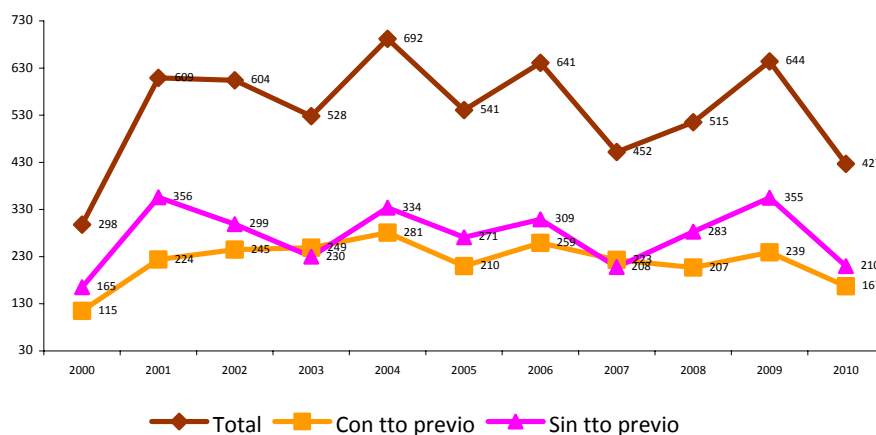
Fte.: Observatorio sobre Drogas para Asturias a partir de datos UCOSAM

4. Admisión a Tratamiento por abuso o dependencia del Alcohol

En el año 2010, 427 personas fueron admitidas a tratamiento por abuso o dependencia del alcohol en Asturias en la red asistencial de salud mental del SESPA (frente a los 644 de 2009). De ellas, 167 (239 en 2009) fueron personas que ya habían recibido tratamiento previo alguna vez en su vida, frente a las 220 (355 en 2009) que lo demandaron por primera vez.

En la evolución temporal de las admisiones a tratamiento y si tomamos como referencia el año 2000 (Figura 17) se aprecia una trayectoria irregular, con diferencias relevantes entre los distintos años, con un rango o diferencia entre el valor más alto y más bajo (correspondientes a 2004 y 2000 respectivamente) de 394 casos. Carecemos de una explicación para este tipo de comportamiento que por otra parte se observa también en las personas admitidas «Sin Tratamiento previo», que arroja un rango de 191 casos entre el máximo de 2001 (con 356 casos) y el mínimo de 2000 (con 165). Sin embargo, las personas «Con tratamiento previo» siguen una línea más estable a lo largo del periodo, con una cifra máxima de 281 en 2004 y una mínima de 115 en 2000.

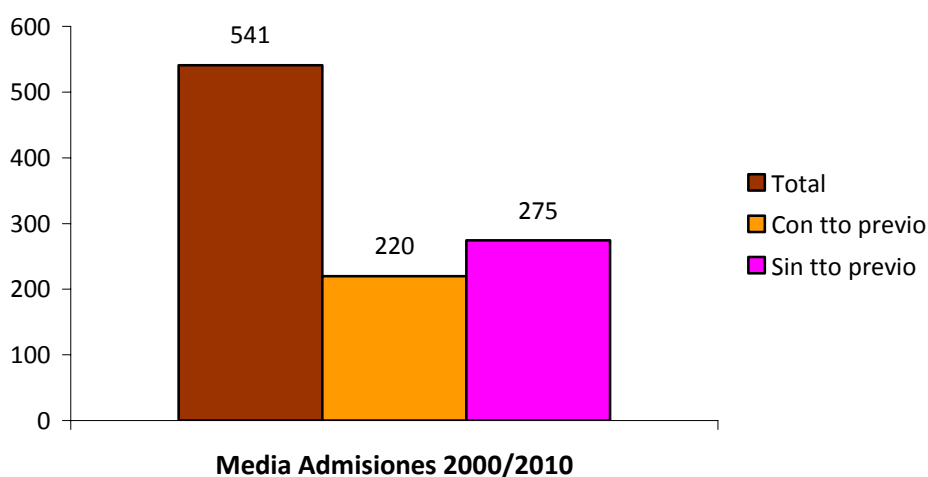
Figura 17. Evolución del número de personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia del alcohol. Total y Con y Sin Tratamiento previo. Asturias 2001-2010.



Fte.: Elaboración propia a partir de los datos de la –UCOSAM–

En atención a esta dispersión es conveniente reducirla mediante una cifra resumen, en este caso las **medias anuales de cada categoría**, que da como resultado **una media de cerca de 550 admisiones a tratamiento anuales por abuso o dependencia del alcohol**, repartiéndose de forma bastante equilibrada entre las personas que lo hacen por primera vez en su vida y los que no, aunque siendo los primeros los que mayor número de casos arrojan sobre el total. (Figura 18).

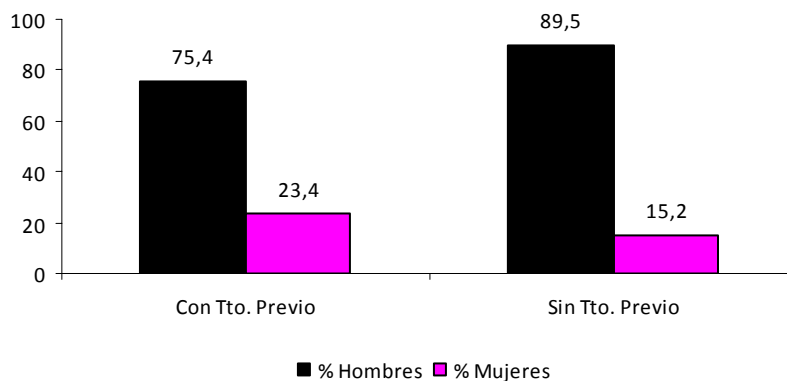
Figura 18. Media anual de personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia del alcohol. Total y Con y Sin Tratamiento previo. Asturias 2000-2010.



Fte.: Elaboración propia a partir de los datos de la –UCOSAM–

Por **sexo, ocho de cada diez admitidos son varones**, producto de la alta prevalencia de consumo de alcohol diario de los hombres en comparación con las mujeres y presentar estos consumos más abusivos. De todos modos se observa que la presencia de las mujeres es mayor en la categoría con «Tratamiento previo» que en las que lo solicitan por primera vez (Figura 19).

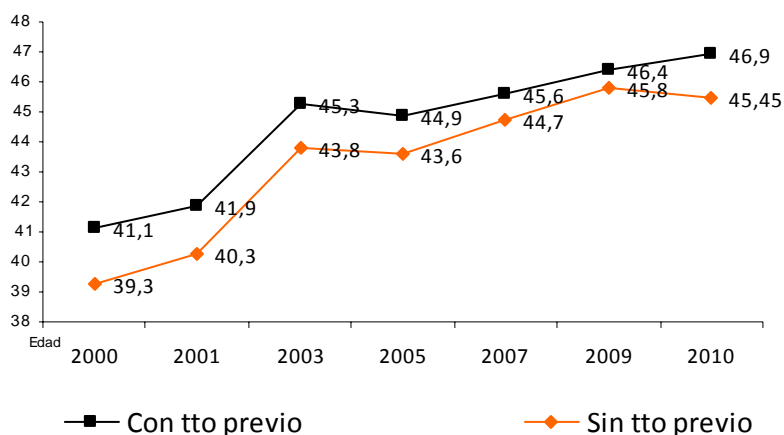
Figura 19. Porcentaje según sexo y tipo de admisión de personas tratadas por abuso o dependencia del alcohol. Asturias 2010.



Fte.: Elaboración propia a partir de los datos de la –UCOSAM–

La «media edad» de las personas que precisan atención por problemas de abuso de alcohol es más alta que en las sustancias ilegales y también algo más alta en las personas «Con tratamiento previo». En el año 2010 se situó en los 47 años para éstas últimas y ligeramente por encima de 45 para las personas «Sin Tratamiento Previo» (Figura 20).

Figura 20. Evolución de la media de edad de las personas Admitidas a Tratamiento por Abuso o Dependencia del Alcohol, según hayan recibido o no Tratamiento Previo. Asturias 2000 – 2010.



Fte.: Elaboración propia a partir de los datos de la –UCOSAM–

La línea evolutiva muestra una **tendencia creciente en ambos indicadores con un aumento de más de cinco años desde el 2000 al 2010** en las dos tipologías de admisión.

5. Urgencias Hospitalarias por Consumo de Alcohol

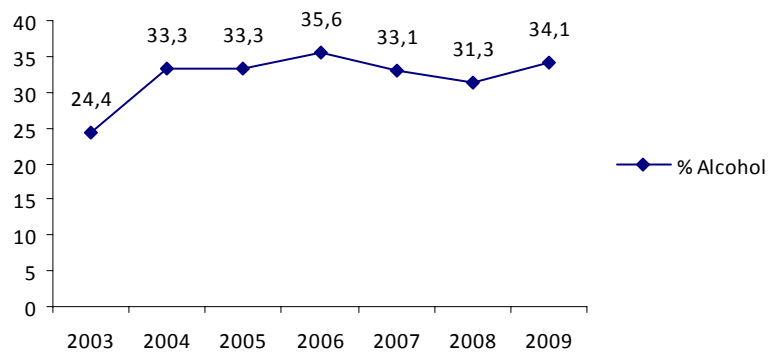
El número de personas ingresadas en urgencias hospitalarias por consumo de alcohol en el año 2009 fue de 76, el número más bajo desde el año 2005.

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
63	63	107	116	83	84	76

Fte.: UCOSAM

Por lo que respecta al **peso que las urgencias por alcohol tienen sobre el global por abuso de sustancias**, cabe señalar que **ha pasado de representar ¼ del total al actual ⅓**, aunque también es verdad que ese incremento se acusa especialmente en los dos primeros años de la serie, **manteniéndose en el resto en torno al 33%** (Figura 21).

Figura 21. Evolución de la Proporción de las Urgencias ocasionadas por el consumo de Alcohol sobre el total por el consumo de sustancias psicoactivas. 2003 – 2009.



Apartado IV
Programas y Recursos de
Desintoxicación,
Deshabitación e
Incorporación Social

1. Programas y Recursos de Desintoxicación y Deshabitación

1.1. Comunidades Terapéuticas

Dentro del «Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016», en el Ámbito de Actuación «Tratamiento Integral: Asistencia - Incorporación social» el **Objetivo 2** es **Mejorar la asistencia en los dispositivos asistenciales concertados en materia de drogodependencias**. Para conseguirlo, Asturias cuenta entre sus dispositivos con una oferta adecuada de Comunidades Terapéuticas para el tratamiento de las drogodependencias.

Las Comunidades Terapéuticas recogidas en este documento 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, deshabitación y tratamientos con sustitutivos (Programa de Mantenimiento con Metadona).

Las entidades de estas características que colaboran con el Principado de Asturias son.

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

Los objetivos generales 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.

1.1.1. Destinatarios

Las Comunidades Terapéuticas se constituyen como un recurso dirigido a drogodependientes y personas con problemas relacionados con el consumo de drogas que por sus características requieren un tratamiento en régimen residencial.

Es requisito para el acceso la residencia en Asturias al menos en el último año, excepto los casos excepcionales que serán evaluados los servicios de Salud Mental.

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

Tabla 1: Resumen de Indicadores de atención en las Comunidades Terapéuticas en Régimen Residencial de APTAS-El Valle, ARAIS, Fundación Proyecto Hombre y SPIRAL.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ATENDIDOS	486	534	589	510	492	580	346	378
Hombres	394	438	477	367	295	406	272	319
Mujeres	92	96	112	143	197	174	74	59
MEDIA DE EDAD	34,1	34,8	35,6	36,85	37,85	38,0	36,5	37,6
SEXO (V/M) %	81/19	82/18	81/19	72/28	60/40	70/30	82/18	84/16
NIVEL DE FORMACION (ESTUDIOS PRIMARIOS) %	56%	58%	56%	50%	44%	46%	52%	42%
SITUACION LABORAL (PARO) %	43%	38%	52,1%	45,1%	55%	40%	41%	53%
ESTADO CIVIL (SOLTERO) %	50%	49%	59,9%	56,3%	52%	65%	63%	64%
CONVIVENCIA AL INICIAR EL PROGRAMA (FAMILIA ORIGEN) %	44%	38%	45%	47%	49%	48%	38%	50%
DROGA PRINCIPAL DE ABUSO %	Heroína 42%	Heroína 42%	Heroína 31%	Policonsumidores 69%	Policonsumidores 70%	Policonsumidores 70%	Otras Drogas 36%	Alcohol 26%
EDAD INICIO CONSUMO DROGA PRINCIPAL	18,0	18,8	19,1	18,0	18,3	18,4	17,5	18,0
ANTECEDENTES PENALES %	37%	30%	43%	47%	64%	68%	45%	40%
VIH %	6%	6%	8%	7%	7%	6%	2%	7%
VHC %	26%	19%	20%	35%	42%	40%	20%	20%
PATOLOGIA PSIQUIATRICA %	47%	51%	53%	55%	54%	70%	54,7%	63%

Fte.: Elaboración propia a partir de las memorias anuales de APTAS-El Valle, ARAIS, Fundación Proyecto Hombre y SPIRAL.

Como puede apreciarse en la tabla resumen, el número de pacientes atendidos a lo largo de los últimos 8 años se mantuvo en torno al medio millar, aunque en los dos últimos se observa una disminución relevante. Esto puede ser debido a la constante **disminución de la heroína como sustancia causante del ingreso a tratamiento y el aumento de otras que, como la cocaína o el cannabis, son más proclives a permitir procesos terapéuticos en régimen abierto.**

El perfil sociofamiliar tipo de los pacientes derivados a este tipo de recursos en los últimos años continúa siendo mayoritariamente el de un **varón con una edad media de 37 años, con estudios primarios, soltero, en paro y que convive con su familia de origen.**

Si bien la demanda de tratamiento se había ido reduciendo a la mitad en el caso de los opiáceos (hasta llegar a 2005 en que se ha igualado con la de cocaína), actualmente las **sustancias predominantes son «Otras Drogas»** (entre las que se encuentran el cannabis, o el cocaetileno) **y el consumo combinado de varias** (policonsumo o heroína+cocaína). La edad de inicio en el consumo de la droga principal se mantiene en torno a los 17-18 años.

Los pacientes en estos recursos presentan un **aumento en el diagnóstico de cuadros psicopatológicos** añadidos a la dependencia de sustancias (**mayoritariamente las incluidas en el Eje I**, descriptor de **trastornos psiquiátricos** como depresiones, demencias, dependencias, esquizofrenias o fobias), **en paralelo 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 **aumento**, sobre todo en el **caso del VHC**.

Para terminar, **la problemática legal** de los pacientes **sigue siendo destacable**.

2. Programas y Recursos Sociosanitarios

2.1. Programas Jurídico-Penales

2.1.1. Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD)

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 la firma de un convenio entre el Tribunal Superior de Justicia, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias y el propio S.I.A.D. En la actualidad lleva a cabo su labor en 9 Juzgados de Instrucción y 7 de lo Penal de Oviedo y Gijón, 1 Juzgado de Violencia sobre la Mujer, 3 Salas de los Penal de la Audiencia Provincial y 1 Juzgado de Vigilancia Penitenciaria.

El objetivo general es la resocialización de la población drogodependiente con problemas judiciales a través de dos líneas de actuación; mediante estrategias sociales, sanitarias, psicoterapéuticas etc. dirigidas hacia el individuo por una parte, y por otra, mediante tareas de orientación y asesoramiento en el ámbito judicial, para posibilitar dentro del marco legal de nuestro ordenamiento el proceso de socialización y normalización para el colectivo drogodelincuente.

Los objetivos más específicos de la intervención son:

- Información y orientación a la población con problemas jurídico-penitenciarios sobre los recursos existentes y sobre las gestiones judiciales necesarias en cada fase del procedimiento penal.

- Elaboración de un diseño de intervención acorde con el esquema asistencial y judicial y con el perfil personal de los drogo-delinquentes.
- Atención e información a los familiares de los usuarios drogodependientes sobre los recursos existentes y sobre las gestiones judiciales necesarias en cada fase del procedimiento penal.
- Asesoramiento técnico especializado en drogodependencias a todos los operadores judiciales (jueces, magistrados, fiscales, forenses, abogados...).
- Coordinación con los órganos judiciales, dirigida al conocimiento global de la situación bio-psico-social del drogodependiente para que así conste en los procedimientos judiciales y con los profesionales de los recursos asistenciales públicos/privados.

Asesoramiento a los profesionales de atención a drogodependientes.

Periciales para Juicios.

Seguimiento: se llevara a cabo a instancia de los juzgados y tribunales, con la periodicidad que estimen oportuna.

Tabla 2: Características más destacadas de los usuarios/as del Servicio Interdisciplinar de Atención a Drogodependientes.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ENTREVISTADOS EN CALABOZO	214	461	433	412	396	384	320
ENTREVISTADOS EN DESPACHO					185	216	1.156
SEXO (V/M)%	95/5	95/5	92/8	90/10	91/9	91/9	90/10
EDAD MEDIA	34 años	34 años	33 años	33 años	35 años	34 años	35 años
ESTADO CIVIL	SOLTER@ 71%	SOLTER@ 65%	SOLTER@ 70%	SOLTER@ 71%	SOLTER@ 63%	SOLTER@ 66%	SOLTEROS 65% Hs. 75% Ms.
HIJOS	NO 59%	NO 53%	NO 60%	NO 59%	NO 49%	No 54%	No 51%
CONVIVENCIA		Familia Origen 40%	Familia Origen 44%	Familia Origen 41%	Familia Propia 33%	Familia Propia 32%	Familia Propia 29% Hs 46% Ms
							Familia de Origen 32% Hs 21% Ms
DROGAS PRINCIPALES (consumo actual)	ALCOHOL, 70% CÁNNABIS 48% Y COCAÍNA 44%	ALCOHOL 72%, CÁNNABIS 57% Y COCAÍNA 50%	ALCOHOL 89%, CÁNNABIS 71%, BENZODIACE PINAS 76% COCAÍNA 57%	ALCOHOL 89%, CÁNNABIS 71%, BENZODIACE PINAS 57% COCAÍNA 76%	ALCOHOL 88%, CÁNNABIS 67%, BENZODIACE PINAS 73% COCAÍNA 61%	ALCOHOL 88% CÁNNABIS 83% COCAÍNA 82% HEROÍNA 44%	ALCOHOL 86% CÁNNABIS 82% COCAÍNA 81% HEROÍNA 47% BENZODIACE PINAS 42%
VIAS DE CONSUMO	ORAL FUMADA ESNIFADA/FUMADA	ORAL FUMADA ESNIFADA/FUMADA	ORAL FUMADA ORAL ESNIFADA/FUMADA	ORAL FUMADA ORAL ESNIFADA/FUMADA	ORAL FUMADA ORAL ESNIFADA/FUMADA	ORAL FUMADA ESNIFADA/FUMADA	Heroína 75% Fumada Cocaína 57% Esnifada

			MADA	MADA	MADA	FUMADA/INYECTADA	
TTO. ANTERIOR	NO 64%	NO 66%	NO 64%	NO 55%	NO 48%	NO 56%	NO 54%
TTO. ACTUAL	NO 58%	NO 66%	NO 63%	NO 68%	NO 63%	NO 63%	NO 63%
TIEMPO EN TTO. ACTUAL	MÁS DE 24 MESES 37%	MÁS DE 24 MESES 47%	MÁS DE 24 MESES 50%	MÁS DE 24 MESES 54%	MÁS DE 24 MESES 62%	MÁS DE 24 MESES 62%	MÁS DE 24 MESES 41%
TIPO DE DELITO	Robo Con Fuerza 18%	Robo Con Fuerza 17%	Malos Tratos 19%	Malos Tratos 19%	C.S.P./Tráfico de Drogas 20% Malos Tratos 16%	C.S.P./Tráfico de Drogas 16% Robo/Hurto 14%	Robo con Fuerza 17% Hs C.S.P./Tráfico de Drogas 27% Ms
DECISIÓN JUDICIAL	LIBERTAD 89%	LIBERTAD 86%	LIBERTAD 91%	LIBERTAD 85%	LIBERTAD 99%	LIBERTAD 90%	LIBERTAD 79%

Estos datos reflejan el **Perfil del Usuario** de los servicios que presta el SIAD como un **hombre con una edad entre 34-35 años, que vive con su familia de origen, soltero y sin hijos, cuyas drogas principales son el alcohol, el THC y la cocaína, que no siempre ha recibido tratamiento, que ha sido detenido por un delito de robo con fuerza y cuya decisión judicial ha sido mayoritariamente la libertad.** Por su parte, las **mujeres** asistidas presentan como **rasgos diferenciales la mayor presencia de familia propia y con hijos** y que la infracción causante de la detención está más relacionada con **Delitos Contra la Salud Pública y el tráfico de drogas.**

2.2. Centro Penitenciario de Villabona

Una de las variables más determinantes de la población penitenciaria es la adicción a sustancias tóxicas. En el estudio «Drogodependencias y Prisión: Situación de las cárceles españolas: Estudio sobre la Situación de las Personas con Problemas de drogas en Prisión» realizado en 2005²⁶, se dice que *«Es conveniente que desde todos los sectores que están relacionados de alguna manera con el cumplimiento de la pena de prisión, se reflexione sobre el hecho constatado de que entre el 70% y el 80% de las personas privadas de libertad en España lo están a causa de su adicción»*²⁷ al mismo tiempo que aportan los siguientes datos referidos al consumo de drogas en el último año por parte de las personas internadas: el tabaco constituye el consumo mayoritario con el 76,8% de los casos, seguido del cánnabis (59,7%), cocaína (44,8%), heroína (37,9%), alcohol (32,5%), heroína y cocaína (27,7%), crack (21,3%), y en las frecuencias más bajas éxtasis (10,4%) y alucinógenos (8,0%). Además, el 44,3% consume metadona, el 32,6% ansiolíticos e hipnóticos y el 9,7% anfetaminas.

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

²⁶ Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) y Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. 2008.

²⁷ Op. cit. Pág. 41.

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 por la salud de los internos, y a tal fin deben incluir en sus políticas en materia de prevención y tratamiento de la dependencia las mismas estrategias que para el resto de la sociedad.

Dada la gran incidencia de factores y prácticas de riesgo entre la población 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 cabo durante estos años en el Centro Penitenciario de Villabona son los siguientes:

- Programa Libre de Drogas. Llevado a cabo en las Unidades Terapéuticas y Educativas, siguiendo un modelo innovador dentro de los centros penitenciarios a partir de un modelo de cogestión entre los trabajadores de esas unidades (equipo multidisciplinar) y los/as internos/as. Tiene como unidad básica de acción los grupos de terapia y apoyo donde se trabajan de forma integral todos los aspectos de las personas ingresadas en los mismos, desde los problemas de consumos de sustancias y sus consecuencias hasta los 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, y desde el 2002 cuenta con un servicio autorizado de farmacia que se encarga de preparar la sustancia.
- Programa de Deshabituación con Antagonistas. Programa que nunca ha tenido mucha demanda pero que se sigue manteniendo como un servicio a los/as usuarios/as.
- Programa de Intercambio de Jeringuillas. Programa iniciado en 2001 e ideado para las personas que utilizan esta vía de consumo (pese a las medidas de vigilancia). Es llevado a cabo por los/as Enfermeros/as 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 de los Programas

- 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.
- Rentabilizar terapéuticamente la entrada en prisión de las personas con problemas de consumo.
- Posibilitar la continuidad del proceso rehabilitador en las personas que lo hubieran iniciado antes de su entrada en prisión.
- Estimular el inicio en la rehabilitación de aquellas personas que no hubieran tenido previamente contactos con dispositivos terapéuticos.
- Evitar la marginación.
- Impulsar en aquellos internos cuyas condiciones jurídicas, penitenciarias y personales lo permitan, la derivación a dispositivos no penitenciarios para el cumplimiento de la condena.

Las intervenciones que se han llevado a cabo en Asturias, se detallan a continuación:

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Actividades de información-motivación al ingreso.	2.072	607	973	1.795	1.037	-	-	-	-
Desintoxicaciones por año.	220	220	240	266	275	219	256	228	250
Programa de intercambio de jeringuillas (Kits entregados).	347	1.456	1.815	2.526	1.934	2.477	644	621	761
Programa de Metadona. Dispensación									
Presentes 31-Diciembre.	306	309	308	274	273	278	228	256	258
Entradas.	394	331	373	326	330	287	262	240	223
Salidas.	324	330	376	360	331	282	311	212	221
Programa de Metadona. Intervención Psico-Social									
Presentes 31-Diciembre.	-	33	48	35	37	45	122	69	66
Entradas.	-	32	66	74	21	92	130	96	43
Salidas.	-	25	51	87	19	73	53	27	46
Deshabitación con antagonistas (naltrexona).	38	65	80	80	3	0	0	0	0
Actividades en Módulo Terapéutico (deshabitación)									

Presentes 31-Diciembre.	178	183	190	185	283	294	404	483	449
Entradas.	270	312	327	316	689	524	917	849	791
Salidas.	247	336	320	321	591	493	807	780	825
Centro de día.	4	-	16	17	7	17	19		0
Derivaciones Comunidad Terapéutica.	47	44	32	24	45	55	54	87	136
Otros recursos.	9	-	-	-	-	6	1		0
Actividades de educación para la salud									
Talleres.	95	115	95	271	No eval.	-	-	-	
Charlas.	429	169	189	460	-	-	-	-	
Otras.	28	-	303	-	-	-	-	-	
Total Internos	552	284	587	731	-	-	1.513	2.263	2.404

Fte.: Grupo de Actuación en Drogodependencias del C. P. de Villabona

3. Programas y Recursos de Incorporación Social y Otros

3.1. Pisos de Inserción

Los pisos de incorporación social son un recurso esencial en el proceso global de tratamiento que trabaja tanto en los aspectos personales y socio-educativos de los usuarios, como en el establecimiento de las líneas de trabajo de forma conjunta y coordinada con los programas derivantes.

El proyecto de Pisos de Incorporación Social está integrado en el Plan sobre Drogas para Asturias coordinado por la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios con el **objetivo de facilitar y apoyar, mediante dispositivos residenciales y con finalidad socio-educativa, a aquellas personas que habiendo realizado un proceso terapéutico avanzado** (residencial o ambulatorio, en libertad o en el Centro Penitenciario de Villabona) **y encontrándose abstinentes, no dispongan de un medio socio-familiar habitual** (o éste no se considere adecuado) **para llevar adelante este proceso con unas garantías mínimas de éxito.**

El recurso está abierto a todas las personas en la fase de incorporación social de su tratamiento, siempre y cuando vengan derivadas de cualquiera de los Programas Terapéuticos pertenecientes a la red de recursos del Plan sobre Drogas para Asturias o del Centro Penitenciario de Villabona (previa valoración y derivación posterior, por parte del equipo terapéutico del centro penitenciario).

Se parte de un concepto de incorporación social entendido como un proceso socializador de la persona que se realiza desarrollando las capacidades y potenciando la adquisición de mayores niveles de autonomía personal en el contexto de un entorno social lo más normalizado posible. Se trata de un proyecto residencial de media estancia (seis meses aproximadamente) que propone un marco socio-educativo como lugar de convivencia normalizado. Por ello, el

proyecto pretende que los usuarios se integren en la comunidad, tomen contacto con y se desenvuelvan en, los recursos normalizados que esta les ofrece.

Los usuarios, hombres y mujeres, deben ser mayores de 18 años y estar empadronados en cualquiera de los municipios asturianos con una antigüedad mínima de un año, salvo casos excepcionales evaluados por la Comisión de Valoración.

El proyecto de Pisos de Incorporación Social se concreta a través de un convenio de colaboración firmado en 2009 entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias a través de la Unidad de Coordinación del Plan de Drogas y los Ayuntamientos de Oviedo y Gijón a través de sus respectivos Planes Municipales de Drogas. Sin embargo el proyecto tuvo sus inicios en 2007, año en que entró en funcionamiento el piso de Oviedo, aunque solo con 4 usuarias (en un principio los pisos fueron segregados por sexos, Gijón para hombres y Oviedo para mujeres, algo que se decidió cambiar a partir del uno de enero de 2010, momento en que pasaron a ser mixtos con el doble objetivo de mejorar la eficiencia en el uso de las plazas y de adaptarse a la realidad social).

Como señalamos, es a partir de 2009 cuando se firma el nuevo convenio conjunto que en ese año puso a disposición de las personas que lo necesitaran 6 plazas en cada uno de los pisos.

Ambos son gestionados por entidades sin ánimo de lucro con las que los respectivos ayuntamientos han firmado convenios de colaboración para esta labor; el Piso de Inserción de Oviedo gestionado por la Fundación C.E.S.P.A. «Proyecto hombre – Asturias», y el de Gijón por el Colectivo NACAI.

Los datos cuantitativos más destacables de ambos recursos correspondientes a los dos últimos años son los siguientes:

PISO INCORPORACIÓN SOCIAL AYUNTAMIENTO DE GIJÓN		2009	2010
Nº plazas / piso		6	6
Nº de ingresos (solo hombres)		11	11
Nº de altas (ABANDONOS Y EXPULSIONES)		6	11
Tasa de Ocupación			80,5%
Media usuario/as anuales		11	16
Nº de días de estancia media por usuario		83,2	110,2
Rango de estancias: Máximo y Mínimo		10 164	9 249
Nº de salidas por causa	Finalización del proyecto	-	3
	Finalización del tiempo de estancia	-	1
	Abandono voluntario	4	4
	Expulsión	2	2
	Otros	-	1
Nº de usuari@s según derivante	Comunidad terapéutica	6	8
	Salud mental	1	
	Centro de día	4	2
	Centro penitenciario	-	
	Salud mental		1

Fte.: Memoria Anual del Plan Municipal de Drogas del Ayuntamiento de Gijón

El **perfil tipo de los usuarios del Piso de Inserción de Gijón** es el siguiente; su estado civil suele ser **soltero o separado**, con una edad media de **39 años**. La **mitad viene, antes de su tratamiento, de una situación de calle**. **Sólo seis** provienen de fuera de Asturias y son **españoles** en su mayoría, estando empadronados casi todos en Asturias, aunque en Gijón sólo lo están siete desde hace más de dos años.

Respecto a su **estado de salud**, si bien la mayoría no padece patologías, hay una **cantidad considerable que sí, especialmente psiquiátricas**. **Uno de cada cinco** tiene algún tipo de **minusvalía**, con una incapacidad en ocasiones bastante alta (más del 60 %). La **droga de abuso principal más frecuente es el alcohol, seguido de la heroína**, aunque casi todos tengan **policonsumo**. El **tratamiento medio de su dependencia ha sido de 11,1 meses** y están más tiempo en tratamiento los que son **alta voluntaria**.

Nueve tienen **causas pendientes con la justicia**, habiendo solicitado seis **justicia gratuita**. Son muy pocos (tres) los que tienen **deudas pendientes**.

Una mayoría, (**diez**) **desarrolló su profesión en la construcción**. Prácticamente todos son **demandantes de empleo con experiencia previa**. También la mayor proporción tiene **estudios primarios**, destacando que hay siete que tan solo saben leer y escribir.

PISOS INCORPORACIÓN SOCIAL AYUNTAMIENTO DE OVIEDO		2009	2010
Nº plazas / piso		6	6
Nº de ingresos en el año (solo mujeres)		4	12
Nº usuari@s en el año		8	14
Nº de altas		5	10
Tasa de Ocupación			79%
Nº de días de estancia media por usuario			123,4
Rango de estancias: Máximo y Mínimo			16 273
Nº de salidas por causa	Alta por cumplimiento de objetivos	5	5
	Finalización del tiempo de estancia	-	0
	Abandono voluntario	1	3
	Expulsión	-	1
	Otros	-	1
Nº de usuari@s según derivante	Comunidad terapéutica		14
	Salud mental		0
	Centro de día		0
	Centro penitenciario		0

Fte.: Memoria Anual de la Fundación C.E.S.P.A. «Proyecto Hombre – Asturias»

Además de estos dos recursos residenciales, el Ayuntamiento de Avilés, a través del Plan Municipal sobre drogas, tiene un **convenio de colaboración con la Asociación Albéniz²⁸, para el mantenimiento de un piso de inserción de reclusos con problemas de adicción.**

3.2. Recursos de Centro de Día

Los Centros de Día son recursos de Inserción Socio-laboral en horario diurno que permiten la continuidad de los programas de deshabituación de drogodependencias que se vienen desarrollando en otros recursos de tratamiento (residenciales o ambulatorios).

Su fin es que los participantes recuperen su vida social y laboral y 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 el siguiente:

- 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.
- 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.

El Principado de Asturias, a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, mantiene convenios con la Fundación Adsis de Gijón y la A. AMIGOS CONTRA LA DROGA de Aviles.

Además de estos dos, también existe una subvención para el Centro de Día Asociación BUENOS AMIGOS de Mieres, recurso dirigido a alcohólicos que atiende preferentemente a la población del Área Sociosanitaria VII.

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

3.2.1. Fundación ADSIS Gijón

El Programa de la Fundación Adsis en Asturias nace en 1998 con la finalidad de apoyar la inserción social de personas privadas de libertad y drogodependientes, mediante la estructuración de procesos socioeducativos acomodados a las características de los participantes. En el año 2002 se produce la apertura del Centro de Día autorizado y acreditado como Centro de Atención Socio-sanitaria a Personas Drogodependientes por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias y en la actualidad cuenta con 20 plazas.

²⁸ <http://www.asociacion-albeniz.com>

La metodología empleada se caracteriza por la Personalización del proceso, la Normalización desarrollando la capacidad de vivir en libertad de forma gradual a través de un proceso, el Trabajo en red, utilizando los recursos existentes, sanitarios, culturales o de otro tipo y el enfoque Integral, trabajando todos los aspectos que configuran la vida de la persona.

El proceso de inserción consta de tres fases; Fase de Preparación, cuyo objetivo es el de asumir de forma positiva e integrada las dificultades propias de la excarcelación para elaborar un plan de vida adecuado desde el que ir trabajando objetivos. Fase de Vivencia durante el que se introducen progresivamente los distintos elementos que conforman una vida normalizada, generando y manteniendo un estilo de vida libre de drogas y socialmente integrado, asumiendo personalmente valores positivos respecto a la propia vida. Fase de Consolidación en la que el objetivo es arraigar un estilo de vida libre del consumo de drogas de forma autónoma, desde una lectura consciente y realista sobre la propia vida.

Tabla 3. Datos más relevantes del centro de día ADSIS. 2006–2010.

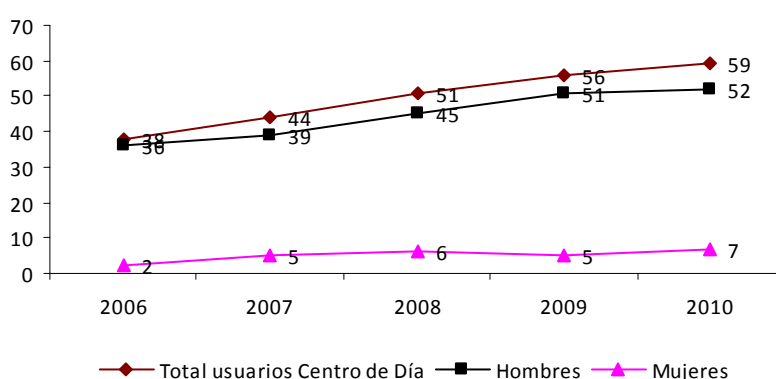
RESUMEN DE LOS PRINCIPALES DATOS REFERIDOS A LAS ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO POR LA FUNDACIÓN ADSIS EN ASTURIAS 2006-2009					
	2006	2007	2008	2009	2010
USUARIOS CENTRO DE DIA	38	44	51	56	59
Hombres	36	39	45	51	52
Mujeres	2	5	6	5	7
CAMPO DE TRABAJO	17	17	18	20	16
Hombres	15	15	17	18	15
Mujeres	2	2	1	2	1
SEXTAFERIA	13	-	-	-	-
Hombres	11	-	-	-	-
Mujeres	2	-	-	-	-
ACOMPAÑAMIENTO A INSERCIÓN LABORAL	14	11	17	0	-
Hombres	14	11	17	0	-
Mujeres	0	0	0	0	-
TALLERES AL INTERNO DE PRISION	32	53	72	64	93
Hombres	23	47	65	58	90
Mujeres	9	6	7	6	3
OTROS SEGUIMIENTOS	6	2	3	6	8
Hombres	6	1	2	4	7
Mujeres	0	0	1	2	1
TOTAL PARTICIPANTES ACTIVIDADES (1-6)	120	127	161	146	176
Hombres	105	113	146	131	164
Mujeres	15	14	15	15	12
TOTAL PARTICIPANTES PROGRAMA (1-5)	104	122	146	140	173
Hombres	95	108	134	127	162
Mujeres	9	14	12	13	11

Fte. Memorias anuales ADSIS

Las **características que presentan los destinatarios del Centro de Día en 2010** son las siguientes:

- Personas **privadas o ex privadas de libertad o con problemas jurídico penales** (93%).
- Personas en **segundo y tercer grado penitenciario** derivadas de la UTE de Villabona (81%).
- Presentan **trastornos adictivos** 85%.
- Llegan **abstinentes del consumo** de drogas (98%).
- En su mayoría son **hombres** (88%).
- La media de edad es de **36 años**.
- Personas **seropositivas VIH** (19%)
- Personas **seropositivas VHC** (32%)
- Problemática de **salud mental** (34%)
- Tienen reconocida **discapacidad** (22%)
- Con **necesidades de un recurso residencial** que facilite su incorporación social (32%)
- Residentes en **Gijón** (61%)
- En situación de **desempleo** (81%)
- Tiempo de permanencia en el Centro de Día **10 meses por usuario**
- **Inserción Laboral 59%**

Figura 1. Evolución del número de usuarios/as del centro de día ADSIS. 2006–2010



Fte.: Memorias anuales ADSIS

Por último y según la memoria de la entidad, los aspectos más destacables del Centro de día durante el 2010 fueron las siguientes:

- **Incremento del número de usuarios** atendidos en el Centro de Día, alcanzando el número de 59 personas en el año. También del número de personas residentes en Gijón un 61%, así como el número de derivaciones de la UTTs de la red sanitaria.
- La **adhesión al tratamiento** de los usuarios del Centro de Día **es significativa** ya que de las 59 personas atendidas, sólo 3 lo abandonaron y otras 3 fueron expulsadas. El tiempo medio de permanencia en el Centro de Día por usuario es de 10 meses.
- **Incremento de tipos delictivos** por las modificaciones legislativas del Código Penal, motivo por el cual se incrementan el número de demandas tanto de seguimiento de penas alternativas a la pena privativa de libertad por parte del Servicio de Medidas Alternativas

de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, como de plaza para el cumplimiento de penas alternativas a la pena privativa de libertad.

- **Crecimiento del número de personas** a las que se le concede el beneficio de **suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad**, condicionada a la realización del tratamiento de la drogodependencia en nuestro Centro de Día.
- La **crisis económica ha tenido su reflejo en el aumento de la dificultad para culminar con éxito el proceso de inserción laboral**, así como en una **reducción de recursos** y como consecuencia de oferta de cursos de cualificación profesional con los que mejorar su empleabilidad.

3.2.2. Amigos Contra la Droga Avilés

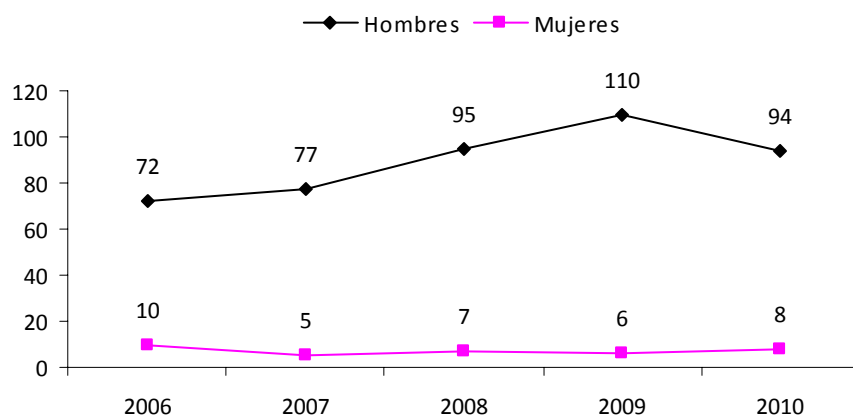
Como en el caso anterior, la estrecha colaboración de esta entidad con la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona hace que este recurso esté especializado en el trabajo con población drogodependiente reclusa. Esta relación ha ido estrechándose con el paso del tiempo, tal y como se observa en la Tabla de datos sobre usuarios y actividades, que muestra cómo el peso de los usuarios derivados desde el centro penitenciario de Villabona ha pasado de significar el 8,5% en el año 2006, el 28% en 2007, el 51% en 2008 y el 60% en 2009.

El programa llevado a cabo por esta entidad se sitúa en el nivel de «alta exigencia», ya que 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.

Sus objetivos son 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, elevar la calidad de vida, así como dotar de habilidades a los familiares para que sean un recurso en la inserción familiar, laboral y social.

Para conseguirlos llevan a cabo un abanico de actividades que van desde la asistencia psicológica individual y familiar mediante terapia de grupo y el entrenamiento en habilidades sociales, pasan por la organización de talleres pre-laborales y formativos en diversos campos, el acompañamiento en el proceso de inserción socio-laboral o la elaboración, el seguimiento y apoyo de Planes Individualizados de Inserción, hasta la intervención familiar, las actividades de planificación del ocio, asesoramiento jurídico, formación de voluntarios, etc.

Figura 2. Evolución de Usuarios/as Atendidos/as anualmente en el centro de día Buenos Amigos. 2006–2010.



Centro de Día Buenos Amigos de Avilés Año 2010				
Nº de usuari@s nuev@s en el año por sexo	47		M	4
			H	43
Nº de usuari@s provenientes del año anterior	Modalidad centro de día	14	M	0
			H	14
	Modalidad ambulatoria	41	M	4
			H	37
Nº de atendid@s totales anuales	102		M	8
			H	94
Nº de atendid@s que lo hacen por segunda vez en el mismo año			M	0
			H	4
Nº de atendid@s que lo hacen por tercera vez en el mismo año			M	0
			H	1
Nº de atendid@s que lo hacen por cuarta o más veces en el mismo año			M	0
			H	0
Nº de usuari@s atendid@s según vía de acceso	Acceso directo		M	4
			H	20
	Comunidad Terapéutica		M	0
			H	1
	Sistema judicial		M	0
			H	12
	CSM		M	2
			H	6
	Villabona		M	2
			H	52
	Albergue		M	0
			H	3
	Otros recursos		M	0
			H	0
			M	8

Nº de participantes en actividades según actividad		Talleres Ocupacionales	M	8
			H	94
		Talleres terapéutico-educativos	M	8
			H	94
Nº de usuario@s atendid@s según sustancia de inicio y sexo		Cannabis	M	3
			H	50
		Alcohol	M	3
			H	26
		Heroína	M	0
			H	6
		Cocaína	M	2
			H	9
		Otras	M	0
			H	3
Nº de usuario@s atendid@s según sustancia principal y sexo		Heroína	M	2
			H	28
		Cocaína	M	3
			H	36
		Alcohol	M	3
			H	20
		Cannabis	M	0
			H	8
Nº de altas por causa y sexo		Por alta terapéutica	M	3
			H	18
		Por cumplimiento parcial de objetivos	M	0
			H	6
		Por abandono	M	2
			H	7
		Por expulsión	M	1
			H	11
		Otras Fuerza mayor: prisión	M	0
			H	4
Media de años de dependencia de l@s usuario@s			M	9,75
			H	11
Edad media de inicio al consumo de l@s usuario@s			M	15,6
			H	16
Nº Usuario@s con antecedentes familiares de adicción a sustancias			M	6
			H	59
Nº Usuario@s con antecedentes familiares de problemas psiquiátricos			M	2
			H	21
Nº Usuario@s con problemas jurídico-penales		3ER Grado y/o Condicional	M	1
			H	51
		Sustitución condena	M	1
			H	16
		Pendientes Juicio	M	1
			H	12
Hepatitis vírica			M	4

Nº de usuari@s según enfermedades derivadas del consumo	Hepatitis vírica	M	4
		H	26
	VIH	M	1
		H	6
	Diagnóstico psiquiátrico	M	2
		H	30
	Ninguna	M	3
		H	48

Fte.: Asociación Amigos Contra la Droga

El significativo aumento de número de usuarios a partir de 2008 «se debe a la puesta en marcha de la modalidad de tratamiento ambulatorio y a la nueva organización de los horarios del centro de día, que han redundado en un mejor aprovechamiento del recurso, permitiendo la ampliación del número de plazas y una oferta terapéutica más variada» (Memoria de la Entidad, 2009). Estas modificaciones han permitido un aumento aproximado del 40% de usuarios entre el antes y el después de las citadas modificaciones.

El **perfil tipo** de un usuario es el de un **hombre de 36 años de edad, soltero, sin hijos, con un nivel de estudios de enseñanza obligatoria**, en paro en el momento del ingreso, derivado del Centro Penitenciario de Villabona, **sin ingresos económicos y procedentes de las comarcas de Avilés o Gijón**. Señalar por último que en el mantenimiento de este dispositivo colaboran entre otras entidades, además del Principado de Asturias, el Ayuntamiento de Avilés a través del Plan Municipal de Drogas.

3.2.3. Centro de Día Buenos Amigos de Mieres

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 otras 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
- Seguimiento

Tabla 4. Características de la población atendida por el Centro de Día Buenos Amigos. Unidad de Coordinación del Plan sobre Drogas para Asturias. Asturias 2006-2010.

		2006	2007	2008	2009		2010	
PACIENTES					H	M	H	M
TOTAL		35	30	20	17	10	25	11
NUEVOS INGRESOS		19	23	9	7	4	18	5
PROCEDENTES AÑO ANTERIOR		13	7	11	11			
ABANDONOS		5	4	2	4			
DIAS DE ESPERA MEDIA PARA INGRESO		10	7*	7*	7*			
PACIENTES MAS FAMILIARES		66	67	35	67			
SEXO %	H	77,8%	76,7%	65%	63%		70%	
	M	22,2%	23,3%	35%	37%		30%	
EDAD MEDIA								
	H	45	45	43	44		40-44	
	M						44	
ESTADO CIVIL								
SOLTERO	H	10,5%	26,1%	20%	18%		14	
	M						1	
CASADO	H	73,6%	56,5%	50%	47%		7	
	M				60%		3	
SEPARADO/DIVORCIADO	H	15,7%	30,8%	25%	35%		6	
	M				10%		4	
VIUDO	H			5%			0	
	M				30%		1	
CONVIVENCIA							H	M
FAMILIA DE ORIGEN		21,5%	34,8%		30%		13	1
FAMILIA PROPIA		73,6%	60,9%		52%		9	7
SOLO		5,2%	4,3%		18%		3	3
SITUACION LABORAL					H	M	H	M
PARO		10,5%	10,0%		41%	20%	7	2
ILT		2,5%	10,0%		8%		0	2
PENSIONISTAS		34,8%	30,0%		41%	10%		
ACTIVO		52,6%	46,7%		22%		5	0
OTROS		3,0%	3,3%			40%	12	7
DROGA PRINCIPAL								
ALCOHOL		100%	100%	100%	100%		100%	
CONSUMO					H	M	H	M
EDAD MEDIA DE INICIO DEL CONSUMO	12-15 ANOS	47,3%	33,3%				-	-
	16-20 ANOS	47,2%	63,4%				25	11
	MAS DE 20 AÑOS	5,2%	3,3%				-	-
MEDIA DE AÑOS DE DEPENDENCIA DE LOS INGRESOS					> 15	> 15	> 15	> 15

ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIATRICOS					H	M	
	31,5%	3,3%	3,33%	3,7%	-	-	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS					H	M	
	73,6%	33,3%	45%	30%	5	4	
CON TRATAMIENTO PSIQUIATRICOS					H	M	
	26,3%	46%	60%	33,34%			
ALTAS				H	M	H	M
TERAPEUTICA	2	5	2	2	1	4	1
VOLUNTARIA	4	3	5	3	1	7	1
EXPULSION	2	1	1	1	1	0	6
FORZOSA	1	1	1	1			
ESTANCIA MEDIA (EN MESES)							
DEL TOTAL	10-15	10-15	6-8	12	12		
ALTAS TERAPEUTICAS	24-30	24-30					
ALTAS NO TERAPEUTICAS	6-8	6-8					
EDAD MEDIA							
EDAD MEDIA	H	45	45	43	44		
	M				44		

Apartado V
Programas de Disminución
de Riesgos y de Reducción
del Daño

La disminución de riesgos y reducción del daño en el Plan de Drogas para Asturias 2010-2016.

1.1. Reducción del Daño

El problema del consumo de sustancias no consiste únicamente en la conducta de consumo de drogas, sino que conforma un particular estilo de vida. Abandonada hace tiempo la pretensión de un mundo en el que dejen de existir problemas de consumo de sustancias, 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 lleva a pensar de forma más realista en la necesidad de ampliar las intervenciones.

Los programas de reducción 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.

Por tanto, el trabajo en drogodependencias no es exclusivo del sistema sanitario, sino que cae dentro del ámbito de trabajo 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.

1.2. Disminución del Riesgo

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 los/las adolescentes y jóvenes durante los fines de semana aparece estrechamente asociado a la necesidad que tienen 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 las personas sujetos y las comunidades, haciendo 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 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. 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 2010-2016 concretándose en el Ámbito de Actuación 3 «*Disminución del Riesgo y Reducción del Daño*» con los siguientes **objetivos**:

- Impulsar el desarrollo de programas de calle y de contacto en zonas de riesgo, bien estructurados y con eficacia contrastada.
- Reducir los factores de riesgo y fomentar actitudes y comportamientos responsables ante los consumos de sustancias en el marco de la promoción de la salud en los colectivos y grupos más vulnerables.
- Mantener los programas de disminución de daños estudiando su adecuación a los nuevos patrones de consumo.

2. Reducción del Daño; Recursos y Dispositivos

Cuatro son los programas fundamentales puestos en marcha desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios: Programa Zona Clave, Trolebús, Sanikits y el Programa de Dispensación de Metadona en Oficinas de Farmacia.

RECURSOS ESPECÍFICOS	Nº DE DISPOSITIVOS	ENTIDADES RESPONSABLES
Centros de Emergencia Social. Centros de Encuentro y Acogida «CEA»	1 centro residencial	CEA Cáritas Oviedo
	1 centro de día	CMEA Ayuntamiento Gijón
Unidades móviles; Programa «Trolebús»	3	SESPA, Cruz Roja, CESP- Proyecto Hombre
Programa de Dispensación de Metadona en Oficinas de farmacia.	30	Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias

Programa de Intercambio de Jeringuillas; distribución SANIKITS	4	Unidades Móviles Oficinas de Farmacia Centros de Encuentro y Acogida Colectivo Nacai
--	---	---

Fte.: UCPD y UCOSAM

2.1. Centros de Emergencia Social. Centros de Encuentro y Acogida «CEA»

Los Centros de Encuentro y Acogida (CEA) son centros que entran en la tipología de recursos de baja exigencia, es decir, recursos orientados a personas con problemas de adicción a las drogas en situación de emergencia social (sin recursos económicos suficientes y sin apoyo familiar y social) e inmersos en una situación de exclusión y marginación social para los que el acceso no está condicionado al cumplimiento de unos requisitos determinados (como por ejemplo, abstinencia o abandono del consumo).

Su objetivo general es favorecer la reducción de la marginación y exclusión social de estas personas buscando la disminución del daño psicológico, somático y social y de la criminalidad, y mejorando en un mínimo posible su calidad de vida, ampliando y diversificando las posibilidades de intervención en los centros de tratamiento.

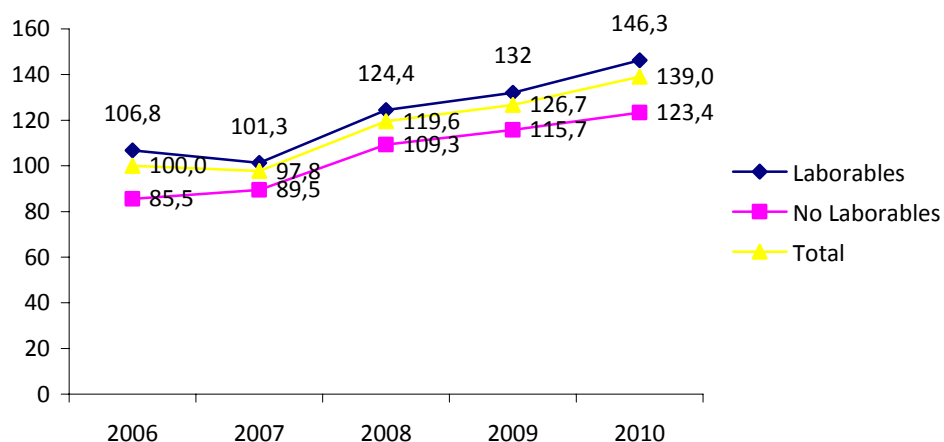
Asturias cuenta con dos centros pertenecientes a ésta tipología de recursos, aunque ambos con características diferentes;

2.1.1. Centro Municipal de Encuentro y Acogida de Gijón

El Centro Municipal de Encuentro y Acogida del Ayuntamiento de Gijón –CMEA- es un recurso gestionado por la propia Fundación Municipal de Servicio Sociales. Pretende ofrecer un espacio para contactar con personas que viven en situación de especial necesidad y facilitar unas medidas mínimas de alimentación, higiene y orientación.

En 2010 hubo un total de 50.455 visitantes, lo que implica 139 visitas diarias, un 9,66 % más de media diaria que el año anterior. En horario de mañana se registran menos visitantes que por la tarde (46,25 % frente al 53,75 %), siendo en todo caso la mayoría hombres (91,38 %). Este año ha vuelto a aumentar la proporción de hombres que visitan el centro, la más alta en toda su historia. La **media diaria de visitas** ha ido aumentando paulatinamente desde que se abrió el centro y particularmente en los dos últimos años.

Tabla 4.5.6.2. Evolución del número medio de visitas diarias en el CMEA de Gijón, según «Días Laborables», «No Laborables» y «Total». 2006-2010.



Fte.: Memoria CMEA de Gijón 2010

Es de destacar que la actual crisis económica ha podido ser el motivo que en 2010 llevó a cerrar el centro momentáneamente «por saturación» en 235 ocasiones, al sobrepasar la demanda el número máximo de plazas. Este número de cierres es algo mayor que el de 2009 y significa que hubo al menos un cierre en la mitad del los días del año 2010.

Datos Generales:

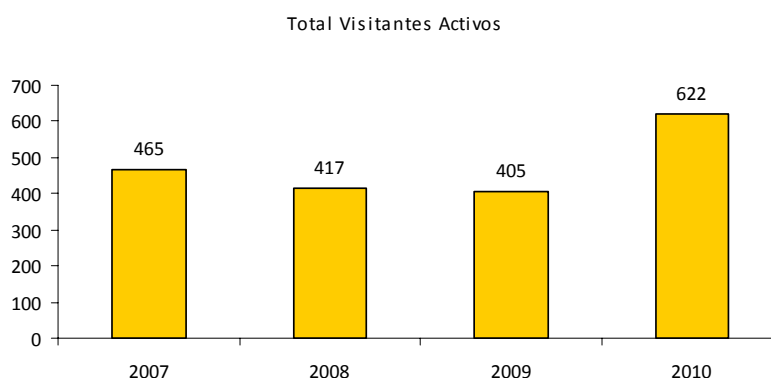
Centro Municipal de Encuentro y Acogida de Gijón		2009	2010
Nº usuarios/as activos en el año	M	77	90
	H	328	532
Nº usuarios/as nuevos en el año	M	54	
	H	285	
Edad Media usuarios/as activos	M	39	39
	H	41	42
Nº de visitas en el año	M	5.480	4.350
	H	40.783	46.105
Sanikits	Distribuidos	746	893
	Recogidos	23	351
Preservativos Distribuidos		6.171	3.843
Expulsiones	M	25	141
	H	152	
	NS	16	
Servicios	(Comidas) BEBIDAS	113.570	118.231
	Higiene DUCHAS	6.950	7.576
	Lavandería	3.146	3.219
	Orientación	293	265
Domicilio	Sin domicilio (alterna albergue y calle)	240	501

	Casa	34	80
	Pensión	19	15
	Otros	18	26
Nacionalidad	Española	219	432
	Extranjera	92	190

* Inicio, Proceso, Final

En el CMEA de Gijón se toman algunos datos de los visitantes que los quieren dar. Desde la apertura del centro se han tomado datos de unas 2.614 personas diferentes. Evidentemente, no todas estas personas continúan visitando el centro, por lo que desde el año 2006 en el mes de mayo de cada año se repasan las fichas dejando sólo las de las que continúan visitando el centro. Según este criterio, durante 2010, de mayo a diciembre, han estado **en activo visitando el centro unas 622 personas registradas**, lo que significa que **el 35% corresponden a nuevos registros de visitantes en activo durante el año 2010**.

Tabla 4.5.6.2. Evolución del número de personas registradas como Visitantes Activos. 2007-2010.



2.1.2. Centro de Encuentro y Acogida de Oviedo «CEA»

Gestionado por Cáritas Asturias, este CEA se establece como un servicio de acceso directo y baja exigencia que ofrece **acogida temporal y atención permanente y personalizada a personas drogodependientes en situación de emergencia social, como alternativa integral e integradora**, con finalidad de favorecer una **reducción de la marginación y exclusión** de la persona drogodependiente, buscando la disminución del daño somático-social y de la criminalidad. El CEA interviene en tres niveles de actuación:

- Mejorar la calidad de vida del consumidor de drogas.

- Ampliar y diversificar las posibilidades de intervención en los centros de tratamiento.
- Influir en la comunidad para facilitar la comprensión de los problemas derivados del consumo de drogas.

Con una capacidad de alojamiento de **16 personas**, consta de cuatro dormitorios múltiples, sala de estar-comedor, vestíbulo, cocina, dos despensas y dos baños.

Los objetivos específicos son:

- Garantizar, a partir de una estancia mínima de 15 días, una atención que cubra sus necesidades básicas de alimentación, higiene y descanso.
- Ofrecer un espacio para «estar» en una atmósfera tranquila con ritmos establecidos que motiven la normalización de hábitos básicos, donde el toxicómano pueda reflexionar y decidir el camino que va a tomar y recuperar hábitos perdidos.
- Ofrecer atención a las personas que no tienen intención de dejar las drogas incidiendo en una mejora de los hábitos de consumo.
- Ofrecer la «atención provisional», ampliando la estancia, a aquellas personas que están realizando un tratamiento, vayan a realizarlo de inmediato o demuestren disposición y compromiso de cambio.
- Posibilitar la atención sanitaria básica a través de los servicios de atención primaria, urgencias, etc.
- Buscar apoyos legales, jurídicos o sociales a la persona residente intentando minimizar su problema personal.
- Posibilitar la reanudación de contactos con su familia.
- Interceder para facilitar el acceso a otros recursos (sociales, sanitarios, terapéuticos, etc.).
- Implicar a las personas usuarias en una correcta pauta de comportamiento que favorezca el acercamiento al vecindario.

En torno a estos objetivos, desarrolla las siguientes actividades:

Para Personas **Usuarías Internas**

- Acogida, con una duración de 15 días de forma mensual y la posibilidad de repetir acogida cada mes.
- Información y orientación
- Atención Sanitaria Básica
- Atención Sanitaria Especializada.
- Derivaciones a Comunidades y Centros.
- Orientación: Acceso a Prestaciones Sociales.
- Apoyo Jurídico Penal.
- Inserción Laboral

Para Personas **Usuarías Externas**

- Lavado de ropa, aseo personal, domiciliación de correo, ropero, corte de pelo,...
- Visitas a comunidades terapéuticas.
- Visitas a Villabona.

- Administración de tratamientos externos.
- Vales de Ropero.

Los datos más relevantes de las prestaciones realizadas por el servicio en el año 2010 son las siguientes:

Centro de Encuentro y Acogida Oviedo Gestionado por Cáritas Asturias 2010			
		Mujeres	Hombres
Nº usuari@s activ@s en el año		32	119
Edad Media usuari@s activ@s		35,6	38,2
Nº usuari@s nuev@s en el año		10	39
Nº de visitas en el año		87	286
Nº usuari@s activ@s en el año: Adicción según sustancia	Alcohol	9	25
	Cocaína	7	35
	Heroína	6	40
	Policonsumo	16	63
	Metadona	12	42
	Drogas de Diseño	0	3
Nº de Sanikits	Distribuidos	2.337	9.152
	Recogidos	1.127	6.324
Nº de Preservativos	Distribuidos	160	55
Nº de Expulsiones en el año		15	54
Nº de Servicios prestados en el año	Comidas	100%	100%
	Higiene	100%	100%
	Lavandería	100%	100%
	Orientación	100%	100%
Nº usuari@s activ@s en el año: Lugares de residencia	Alterna albergue/calle	16	73
	Casa	29	4
	Pensión	5	20
	Otros	7	11
Nº usuari@s activ@s en el año: Nacionalidad	Española	29	114
	Extranjera	2	5

Fte.: Memoria anual de Actividades de Cáritas Diocesana

2.2. 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 las personas consumidoras de drogas por parte de las/os trabajadoras/es del dispositivo, que permitan la implicación de las/los usuarias/os en los mismos. Sólo de este modo se puede esperar un contacto adecuado con una parte importante de la población «oculta» de usuarios(as), pudiendo convertirse en programas «puente» hacia otros servicios sociosanitarios.

Según la OMS este tipo de programas deben basar 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 las/os 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.

TROLEBUS GIJON			
Valores medios mensuales	2008	2009	2010
MEDIA ANUAL PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA	126	121	125
SANIKITS DISTRIBUIDOS	1.808	2.028	1695
PRESERVATIVOS DISTRIBUIDOS	5.839	4.861	3.721
CURAS REALIZADAS	388	167	124
Nº DE PERSONAS ATENDIDAS (NO PACIENTES A TRATAMIENTO CON METADONA)	57	25	63

TROLEBÚS OVIEDO			
Valores medios mensuales	2008	2009	2010
MEDIA ANUAL PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA	73	80	99
SANIKITS DISTRIBUIDOS	813	146	85
PRESERVATIVOS DISTRIBUIDOS	5.138	3.076	4.368
CURAS REALIZADAS	217	236	172
Nº DE PERSONAS ATENDIDAS (NO PACIENTES A TRATAMIENTO CON METADONA)	269	241	202

TROLEBUS CAUDAL			
Valores Medios Mensuales	2008	2009	2010
MEDIA ANUAL PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA	45	45	45
SANIKITS DISTRIBUIDOS	611	550	311
PRESERVATIVOS DISTRIBUIDOS	2.728	4.084	3.094
CURAS REALIZADAS	24	31	29
Nº DE PERSONAS ATENDIDAS (NO PACIENTES A TRATAMIENTO CON METADONA)	79	86	82

TROLEBUS NALÓN			
Valores medios mensuales	2008	2009	2010
MEDIA ANUAL PACIENTES EN TRATAMIENTO CON METADONA	265	281	271
SANIKITS DISTRIBUIDOS	83	184	813
PRESERVATIVOS DISTRIBUIDOS	2.060	3.583	4.096
CURAS	197	39	82
Nº DE PERSONAS ATENDIDAS (NO PACIENTES A TRATAMIENTO CON METADONA)	199	36	32

2.3. Programa de Dispensación de Metadona en Oficinas de Farmacia

Ciertos pacientes con dependencia a opiáceos no se encuentran en situación de abandonar el consumo a corto o medio plazo. Partiendo de esta realidad, 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 en 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 mediante 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 Específicos:

- 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.

Vía de Acceso:

El acceso se realiza por derivación desde las UTT/CSM del SESPA que remitirán al paciente susceptible de participar en el programa y que cumpla los criterios, 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 Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de dependencia a opiáceos en tratamiento con sustitutivos (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 destacables del programa**: la **proximidad** de la farmacia 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 en dos farmacias, una de Avilés (área sanitaria III) y otra de Arriondas (área VI). En diciembre de ese mismo año la participación en este programa se elevó a 29 pacientes y 9 farmacias de las áreas sanitarias de Avilés, Arriondas y Gijón.

Tal y como se observa en la siguiente tabla, **durante el año 2010 las farmacias participantes ascendieron a 41 y la media mensual de pacientes fue de 140**, destacando el área sanitaria V (Gijón) con una media de 71 pacientes, seguida de la de Avilés (38) y Oviedo (20). **La ratio pacientes/oficinas fue de 3,5.**

Tabla Media Mensual de Pacientes, Oficinas de Farmacia y Ratio Pacientes/Oficina de Farmacia, por Área Sanitaria 2008 – 2010.

AREAS SANITARIAS	2008			2009			2010		
	Media pacientes atendidos /as	Oficinas	Ratio Pacientes /oficina	Media pacientes atendidos /as	Oficinas	Ratio Pacientes /oficina	Media pacientes atendidos /as	Oficinas	Ratio Pacientes /oficina
AREA I	6	3	2	9	3	3	7	3	2,3
AREA II	0	1	0	0	1	0	0	1	0,1
AREA III	15	4	3,7	23	10	2,3	38	11	3,6
AREA IV	12	5	2,4	18	6	3	20	6	3,4
AREA V	49	12	4	66	16	4,1	71	15	4,7
AREA VI	2	1	2	3	2	1,5	4	2	2,1
AREA VII	0	2	0	0	2	0	0	2	0,0
AREA VIII	0	1	0	0	1	0	0	1	0,0
TOTAL	84	29	2,8	119	41	2,9	140	41	3,5

Fte.: Unidad de Coordinación del Plan de Drogas

2.4. Programa de Intercambio de Jeringuillas; distribución SANIKITS

Datos Generales

UBICACIÓN DE LOS PIJS	PROGRAMA DISTRIBUCIÓN DE SANIKITS AÑO 2009	
	Nº DISPOSITIVOS	ENTIDADES
Emergencia social	2	CEA Caritas Oviedo CMEA Ayuntamiento de Gijón
Unidades móviles	3	Bus Mieres Bus Langreo Bus Oviedo Gijón
Oficinas de farmacia.	-	Cooperativas Farmacéuticas de Distribución: CFASA, COFARES, COFAS
Otros	4	Colectivo Nacai Centro Penitenciario de Villabona Comité Ciudadano Antisida Centro día Mil Soles-SILOÉ

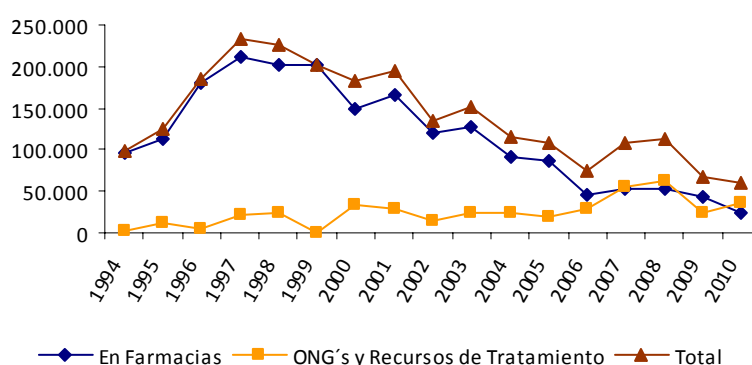
La evolución anual de los sanikits distribuidos desde el año 1992 a 2010 distinguiendo entre los distribuidos en oficinas de farmacia y el resto de dispositivos es la siguiente:

Nº DE SANIKITS DISTRIBUIDOS			
AÑO	EN FARMACIAS	ONG Y RECURSOS DE TRATAMIENTO	TOTAL
1992	42.250		42.250
1993	161.250		161.250
1994	96.500	3.000	99.500
1995	113.750	11.023	124.773
1996	179.442	6.000	185.442
1997	211.798	21.250	233.048
1998	201.000	25.000	226.000
1999	201.000	-	201.000
2000	150.000	32.500	182.500
2001	166.150	29.500	195.650
2002	119.000	15.000	134.000
2003	127.000	25.000	152.000
2004	91.000	25.000	116.000
2005	87.500	20.000	107.500
2006	45.500	30.000	75.500
2007	53.530	55.000	108.530
2008	51.899	61.750	113.649
2009	43.698	23.000	66.698
2010	23.750	35.750	59.500

Fte.: UCPD

En líneas generales, el número total de sanikits distribuidos aumentó de forma constante durante la década de los 90, para comenzar a descender a finales de la misma. Sin embargo, según el recurso distribuidor se aprecian comportamientos diferentes; las ONG y los recursos de tratamiento mantienen una línea más estable de unidades suministradas, aumentando a partir de la primera década del s. XXI, mientras que en las farmacias dibujan una trayectoria similar al total gracias al peso que tienen sobre él. En todo caso el uso de sanikits disminuye por un menor uso de la vía intravenosa para el consumo de sustancias a partir de la epidemia del SIDA en la década de los 80.

Evolución del número de sanikits distribuidos entre 1994-2010, en Farmacias y ONG's y otros Servicios de Tratamiento.



2.5. Programa de Dispensación de Metadona.

PROGRAMA DE DISPENSACIÓN DE METADONA 2009		
UBICACIÓN DEL PROGRAMA RESPECTO A LA RED ASISTENCIAL	Nº DE PROGRAMAS	Nº DE USUARIOS ATENDIDOS
Centro de salud mental	16 CSM	2.496
Centro de tratamiento específico de drogodependencias	4 UTT	1.718
Unidades de Hospitalización psiquiátrica en Hospitales Generales	5	63
Unidad móvil	3	482
Centro penitenciario	1	258
Oficinas de farmacia	30	120

3. Programas de Disminución del Riesgo

3.1. Programa Zona Clave.

ZONA CLAVE es un Programa de disminución 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 las personas mediadoras voluntarias.
- 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 entidades 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.

3.1.1. Intervenciones Zona Gijón Periodo 2008 - 2009

Conseyu de la Mocedá de Xixón		
	2008	2009
MEDIADORES	23	4
INTERVENCIONES	9	15
JÓVENES INFORMADOS	1.005	845
ANÁLISIS DE ALCOHOLEMIA	723	658
ANÁLISIS OTRAS DROGAS	0	0
PRESERVATIVOS	364	1.010
FOLLETOS	983	1.193

Fte.: Elaboración propia a partir de las Memorias anuales Conseyu de la Mocedá de Xixón.

3.1.2. Intervenciones Zona Avilés Periodo 2008 -2009

Cruz Roja Avilés		
	2008	2009
MEDIADORES	15	
INTERVENCIONES	11	13
JÓVENES INFORMADOS	351	
ANÁLISIS DE ALCOHOLEMIA	400	
ANÁLISIS OTRAS DROGAS	211	
PRESERVATIVOS	0	
FOLLETOS	317	

Fte.: Elaboración propia a partir de las Memorias anuales Cruz Roja Avilés.

3.1.3. Intervenciones Zona Oviedo Periodo 2008-2009

Asociación Juvenil Sociocomunitaria Xaregu		
	2008	2009
MEDIADORES	19	17
INTERVENCIONES	11	13
JÓVENES INFORMADOS	333	533
ANÁLISIS DE ALCOHOLEMIA	666	
ANÁLISIS OTRAS DROGAS	0	0
PRESERVATIVOS	0	0
FOLLETOS	817	1.063

Fte.: Elaboración propia a partir de las Memorias anuales Asociación Juvenil Sociocomunitaria Xaregu.

3.1.4. Total 2008-2009

EVOLUCIÓN TOTAL INTERVENCIONES PROGRAMA ZONA CLAVE 2008-2009		
	2008	2009
MEDIADORES	31	21
INTERVENCIONES	1.689	41
JÓVENES INFORMADOS	1.789	1.378
ANÁLISIS ALCOHOLEMIA	364	658
PRESERVATIVOS	57	1.010
FOLLETOS	31	2.256

Fte.: Elaboración propia a partir de las Memorias anuales Conseyu de la Mocedá de Xixón, Cruz Roja Avilés, Asociación Juvenil Sociocomunitaria Xaregu.

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 las personas mediadoras como cuestión clave a priorizar cada año. En dichas actividades formativas se combinan acciones de formación básica, dirigidas fundamentalmente a personas voluntarias que deseen colaborar como mediadoras 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.

Apartado VI
Estimación de la Mortalidad
Asociada al Consumo de
Drogas

1. » Estimación de Muertes Atribuibles al Tabaco en Asturias

En el año 2008 se produjeron en Asturias 12.704 fallecimientos, de los que 2.458 son imputables al tabaco, lo que supone en términos de mortalidad general que **una de cada cinco de las muertes acaecidas en nuestra región pueda ser atribuida al hábito de fumar.**

Del total de 6.366 hombres fallecidos ese año, el 27,3% (1.737) serían debidos a esta causa, mientras que en el caso de las 6.338 mujeres fallecidas lo serían una de cada diez (9,9%) (Tabla 1).

TABLA 1. Estimación de muertes atribuibles al tabaco en Asturias 1987-2008.

Año	Total			Hombres			Mujeres		
	Def. Totales	Def. tabaco	%	Def. Totales	Def. tabaco	%	Def. Totales	Def. tabaco	%
1987	10.496	2.343	22,3	5.488	1.739	31,7	5.008	604	12,1
1993	11.472	2.402	20,9	6.095	1.915	31,4	5.377	487	9,1
1997	11.566	2.322	20,1	6.124	1.771	28,9	5.442	551	10,1
1998	11.958	2.424	20,3	6.270	1.853	29,6	5.688	571	10,0
1999	12.394	2.493	20,1	6.439	1.897	29,5	5.955	596	10,0
2000	12.146	2.322	19,1	6.235	1.767	28,3	5.911	555	9,4
2001	11.699	2.273	19,4	6.062	1.673	27,6	5.637	608	10,6
2002	12.191	2.413	19,8	6.268	1.789	28,5	5.923	628	10,6
2003	12.733	2.556	20,1	6.556	1.876	28,6	6.177	673	10,9
2004	12.530	2.412	19,3	6.455	1.768	27,4	6.075	639	10,5
2005	12.681	2.304	18,2	6.474	1.716	26,5	6.207	582	9,4
2006	12.325	2.507	20,3	6.371	1.797	28,2	5.954	629	10,6
2007	12.667	2.465	19,4	6.434	1.754	27,3	6.227	626	10,1
2008	12.704	2.458	19,3	6.366	1.737	27,3	6.338	627	9,9

Fuente: Registro de Mortalidad y Observatorio sobre Drogas para Asturias.

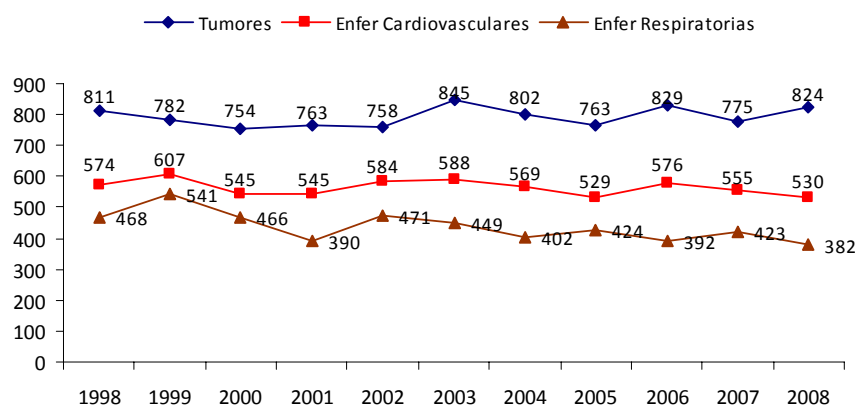
Ateniéndonos a los números absolutos, en los diez años transcurridos entre 1998 y 2008 se observa una **ligera, aunque constante disminución de la mortalidad en hombres** por esta causa, que pasó de 1.853 defunciones a 1.737, que en términos porcentuales implica un descenso del 6,3%, dinámica **que contrasta con la de las mujeres, que en este mismo periodo reflejan un aumento de la mortalidad por tabaco del 9,8%**, al pasar de 571 defunciones en 1998 a 627 en 2008. Sin duda estas trayectorias divergentes de largo recorrido son **resultado de las pautas de conducta respecto al consumo de tabaco que hombres y mujeres han adoptado en las últimas décadas**; ellos disminuyéndolo y ellas aumentándolo. Esto hace pensar que en las décadas siguientes **continuaremos observando estas trayectorias opuestas referidas a lo mortalidad atribuida al tabaco en ambos sexos.**

Coherentemente con estas trayectorias, es lógico pensar que **el peso porcentual de las muertes atribuidas al tabaco sobre el total de defunciones en cada sexo** haya variado de la misma forma. Así entre 1998 y 2008 el peso de las muertes por tabaco sobre las muertes totales **en hombres se ha reducido 2,3 puntos porcentuales** mientras que la misma proporción **en las mujeres aumentó 1,3 p. p.** De todos modos es importante no olvidar que

proporcionalmente, esta causa de muerte **en los hombres sigue siendo más del doble que en las mujeres.**

Diferenciando el porcentaje de mortalidad atribuible al tabaco **por «grandes grupos de enfermedad» y sexo para el año contemplado**, vemos que **en los hombres las neoplasias²⁹** han sido la principal causa de muerte con un 47,4% del total de muertes atribuibles al tabaco (46,1% en 2007), seguidas de las **enfermedades cardiovasculares** con un 30,5 (32,1% en 2006) y por último, las enfermedades **respiratorias** que fueron las responsables de un 21,9% de los fallecimientos, prácticamente el mismo porcentaje que en 2007 (Figura 1). **Este orden se ha mantenido sin cambios en los últimos 10 años.**

Figura 1. Evolución de la Mortalidad Atribuible al Tabaco en Hombres según Grandes Grupos de Enfermedades. Asturias 1998-2008.

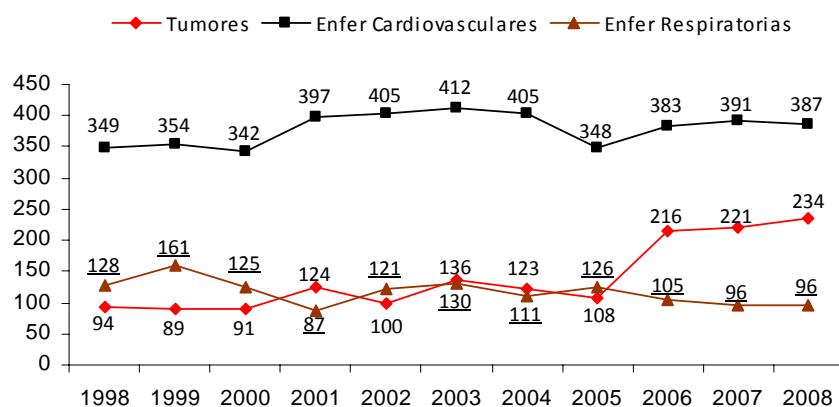


Fuente: Registro de Mortalidad.

En las **mujeres** la distribución porcentual de muertes atribuibles a este hábito es diferente. La **primera causa son las enfermedades cardiovasculares** con un peso del 54,2%, seguidas de los **tumores malignos** con un 32,4 (30,5% en 2006) que superan a las **enfermedades respiratorias** con un 13,3% (14,2 en 2006). Es revelador la **evolución temporal** que se observa **en los tumores**, que hasta el año 2000 se situaban en tercer lugar, que entre el año 2001 y el 2005 alternaron el segundo puesto con las enfermedades respiratorias y que desde 2006 se han afianzado en este segundo lugar y además en una **dinámica de crecimiento que sin duda es consecuencia del incremento del hábito tabáquico de las mujeres en las últimas décadas** (Figura 2), por lo que **es predecible que en unos años terminen situándose en el mismo orden que el observado en los hombres, pasando a ocupar el primer lugar como causa de muerte atribuible al tabaco.**

²⁹ **Neoplasia** (*nuevo crecimiento* en griego), es el proceso de proliferación anormal de células en un tejido u órgano que desemboca en la formación de un **neoplasma**. Un neoplasma que forma una masa diferenciada se denomina **tumor** y puede ser benigno o maligno. Otros neoplasmas pueden no formar tumores, como la neoplasia cervical intraepitelial y la leucemia.

FIGURA 2. Evolución de la Mortalidad Atribuible al Tabaco en Mujeres. Grandes Grupos de Enfermedades. Asturias 1998-2008.



Fuente: Registro de Mortalidad.

Por categorías diagnósticas en hombres, el **cáncer de pulmón**, la **enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)** y la **cardiopatía isquémica** son los referentes que aparecen con mayor frecuencia como causantes de mortalidad por el tabaquismo con unos porcentajes del 31,5% (30,7 en 2007), 18,5% (19,5) y 15,1% (12,4) respectivamente.

En las mujeres, las **patologías más prevalentes son las de origen cardíaco** destacando aquellas que se recogen como «otras enfermedades del corazón» con un peso del 19,4% y específicamente la **enfermedad isquémica del corazón**, responsable del 16% de las muertes. **En tercer lugar** y desbancando a la «enfermedad cerebrovascular» que hasta 2007 había ocupado este lugar, aparecen los **«tumores de tráquea, bronquios y pulmón»** con el 11%. Así aquella pasa a ocupar la cuarta posición con el 10,2%. Por lo señalado anteriormente respecto a la evolución de este indicador (ver figura 4), es **bastante probable que este cambio se afiance en los próximos años e incluso a medio-largo plazo los «tumores de tráquea, bronquios y pulmón» acabe situándose como una de las dos principales patologías de causa de muerte en las mujeres.**

En cuanto a la **tendencia a largo plazo por categoría diagnóstica y sexo** es preciso reseñar que entre 1998 y 2008 los **hombres** evidencian un **aumento** en las **muerres causadas por neoplasias o tumores (+1,6%)** y una **reducción** en las **de origen cardiovascular (-7,66%)** y **enfermedades respiratorias (-18,37%)**. Por su parte las **mujeres** registran un **incremento espectacular** del **149% en los tumores malignos** (fundamentalmente **cáncer de pulmón**, que se incrementó en más del 50%) y **menos relevante en las afecciones cardiovasculares (+12,03%)**. Las enfermedades respiratorias no reflejan prácticamente variación (+2,1%).

2. Estimación de Muertes Atribuibles al Alcohol en Asturias

Un primer análisis de las cifras de fallecimientos debidos al consumo de bebidas alcohólicas en Asturias en el año 2008 pone de manifiesto que se produjeron un total de 342, frente a las 367 de 2006 (Tabla 2), lo que implica un **reducción de 25 en números absolutos y del -6,81%**.

Existen importantes diferencias en función del sexo. En el año referido fallecieron un total de 276 hombres (296 en 2006, lo que representa el 80% del total de fallecidos por esta causa e implica una Tasa Bruta de 53,3 hombres fallecidos por cada 100.000 hab.), y de 66 mujeres (tasa 11,7), lo que arroja una **razón de masculinidad de 4,55 varones fallecidos por cada mujer**, prácticamente la misma que en 2008.

TABLA 2. Número, Proporción y Tasa Bruta (por 100.000 habitantes) de muertes por consumo de bebidas alcohólicas en Asturias. 1987-2008.

Año	Total	Tasa Bruta	% T	H	Tasa Bruta	% H	M	Tasa Bruta	% M
1987	437	39,5	4,16	349	65,1	6,36	88	15,4	1,75
1988	475	43,0	4,43	376	70,3	6,71	99	17,4	1,94
1989	465	42,2	4,30	369	69,4	6,39	96	16,9	1,90
1990	494	45,0	4,41	394	74,3	6,60	100	17,7	1,91
1991	451	41,3	3,99	357	67,6	6,02	94	16,7	1,76
1992	435	39,6	3,89	357	67,4	6,06	77	13,6	1,47
1993	438	39,4	3,82	347	64,7	5,70	91	15,7	1,68
1994	425	38,0	3,73	352	65,2	6,02	73	12,7	1,41
1995	392	35,1	3,32	323	59,9	5,18	69	11,9	1,24
1996	393	36,1	3,29	315	60,2	5,05	78	13,8	1,37
1997	404	37,2	3,49	318	61,0	5,19	86	15,2	1,58
1998	396	36,6	3,31	326	62,8	5,21	70	12,4	1,22
1999	400	36,9	3,22	329	63,3	5,11	71	12,5	1,19
2000	385	35,7	3,17	311	60,2	4,98	74	13,2	1,25
2001	393	36,5	3,36	321	62,2	5,30	72	12,9	1,28
2002	377	35,1	3,04	307	59,6	4,80	70	12,5	1,16
2003	390	36,3	3,06	317	61,4	4,84	73	13,0	1,18
2004	386	35,9	3,08	306	59,4	4,74	80	14,3	1,32
2005	393	36,5	3,10	314	60,8	4,85	79	14,0	1,27
2006	367	34,1	2,98	296	57,3	4,65	71	12,7	1,19
2007	336	31,3	2,66	266	51,6	4,12	70	12,5	1,13
2008	342	31,7	2,69	276	53,3	4,34	66	11,7	1,04

Observatorio sobre Drogas para Asturias

Por **grupos de causas**, más de un tercio de ellas (40,35%) corresponden a **enfermedades digestivas** (36,4% en 2006), el 37,13% de las muertes fueron debidas a **neoplasias** (37,0% en 2006), un 8,18% (11,7 en 2006) a **accidentes no intencionales** y un 9,35% a **accidentes intencionales** (10% en 2006) (Tabla 3).

TABLA 3. Mortalidad estimada (% de muertes de cada categoría.) por Consumo de Bebidas con Alcohol según Grandes Grupos de Enfermedades y Sexo en Asturias 2006-2008.

	2006			2008		
	H	M	T	H	M	T
Neoplasias	39,4	27,2	37,0	39,85	25,75	37,13
Enfermedades mentales	5,4	0,0	4,4	4,3	3,03	4,09
Enfermedades cardiovasculares	1,4	0,0	1,1	1,81	0	1,46
Enfermedades digestivas	35,4	40,5	36,4	34,4	48,48	40,35
Enfermedades del sistema nervioso	0	0	0	0	0	0
Accidentes no intencionales	10,3	17,8	11,7	7,97	9,09	8,18
Accidentes intencionales	8,9	14,5	10,0	8,33	13,63	9,35
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Observatorio sobre Drogas para Asturias.

En relación con las **categorías diagnósticas**, la mayor parte de las personas que fallecieron por patologías asociadas al alcohol lo hicieron por **cirrosis hepática** (122 muertes, más de un tercio de los fallecidos), le siguen en frecuencia los **tumores malignos** de esófago y de labio/boca/faringe (56 y 44 fallecidos que representan el 16,37% y el 12,86% respectivamente) y los **suicidios y lesiones autoinfligidas** (28) y **los accidentes de tráfico** (26) el 8,18% y 7,60%.

TABLA 4. Mortalidad estimada por Consumo de Bebidas con Alcohol según Categorías Diagnósticas y Sexo en Asturias 2008. Nos absolutos y peso % sobre el total de muertes de cada categoría.

PATOLOGIA	2008					
	H		M		T	
	n	%	n	%	N	%
Tumor maligno de labio/boca/faringe	36	12,8	8	11,4	44	12,6
Tumor maligno de esófago	47	16,8	8	11,4	56	15,8
Tumor maligno laringe	28	9,9	2	2,3	30	8,5
Trastornos mentales y del comportamiento ligados al alcohol	12	4,3	2	3,0	14	4,1
Cardiomiopatía alcohólica	5	1,8	0	0,0	5	1,5
Cirrosis	97	34,9	25	37,3	122	35,4
Gastritis alcohólica	1	0,4	0	0,0	1	0,3
Polinuropatía alcohólica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pancreatitis aguda	8	2,9	6	8,9	14	4,1
Pancreatitis crónica	0	0,0	1	1,8	1	0,4
Accidentes tráfico vehículos de motor	20	7,1	6	9,1	26	7,5
Envenenamiento accidental alcohol	2	0,7	0	0,0	2	0,6

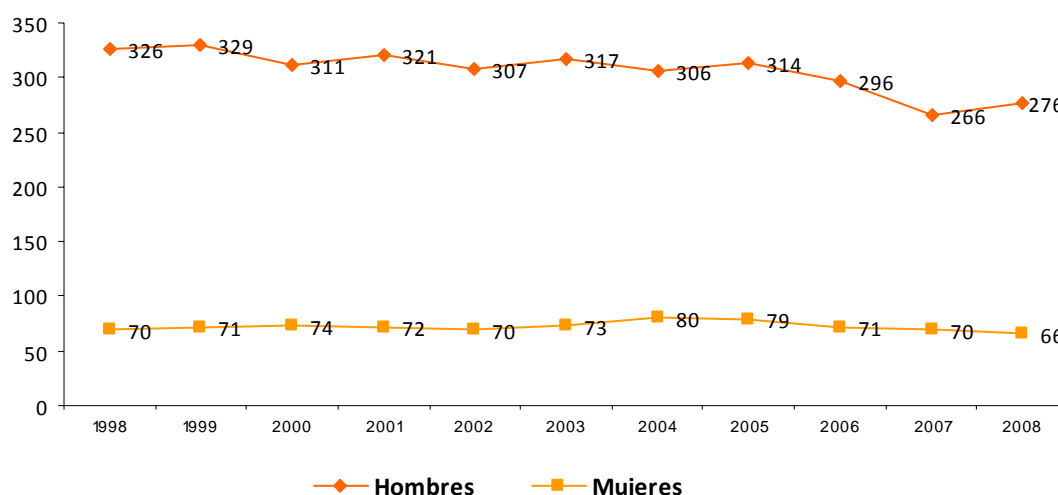
Suicidios y lesiones autoinflingidas	20	7,2	8	12,6	28	8,3
Homicidio	3	1,0	1	2,1	4	1,2
Total	276	100,0	66	100,0	342	100,0

Observatorio sobre Drogas para Asturias.

La línea evolutiva de la mortalidad asociada al alcohol en el periodo 1998-2008 es descendente para ambos sexos, aunque más acusada en los hombres que en las mujeres, que también parten de cifras más altas.

Así, en el año 1998 fallecieron 396 asturian@s por esta causa (tasa de 36,6 muertes por cada 100.000 hab.) mientras que en 2008 los fallecidos fueron 342 (tasa 31,7/100.000). Esta tendencia descendente es algo más pronunciada en los hombres, cuya tasa pasó de 62,8 a 53,3 entre 1998 y 2008, mientras que en las mujeres disminuyó también de 12,4 a 11,7 en ese mismo periodo de tiempo.

FIGURA 3. Evolución de la mortalidad asociada al consumo de alcohol por sexo. Asturias 1998-2008.



3. Estimación de Muertes Atribuibles al Consumo de Drogas (excluidas tabaco y alcohol) en Asturias.

En el año 2008 fallecieron en Asturias por patologías asociadas al consumo de drogas ilegales un total de 27 personas (26 en 2006), de las cuales 25 (21) fueron hombres y 2 mujeres (5).

Como puede observarse en la tabla que figura a continuación, las diferencias por sexo son muy importantes, presentando una razón de masculinidad de las Tasas Brutas/100.000 hab. de más de 10 varones fallecidos por cada mujer (Tabla 4).

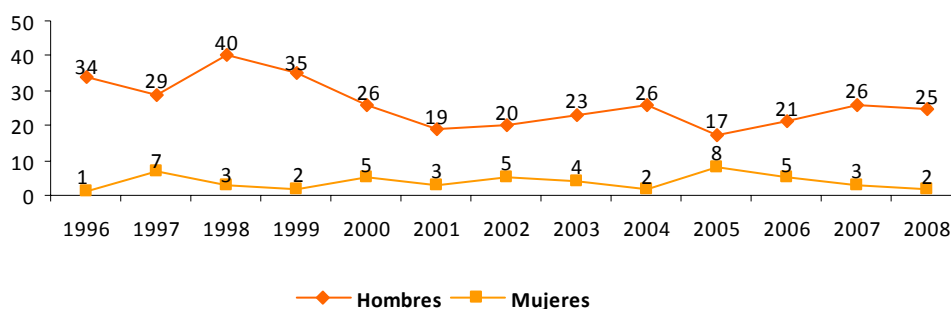
TABLA 4. Mortalidad Estimada por Drogas (excluidas tabaco, alcohol y tranquilizantes). Número y tasa bruta por 100.000 habitantes. Asturias 1996-2008.

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
2007	29	2,7	26	5,0	3	0,5
2008	27	2,5	25	4,8	2	0,4

Observatorio sobre Drogas para Asturias.

El **gráfico evolutivo** muestra una **línea descendente entre 1996 y 2008**, tanto en números absolutos como en tasas. No obstante, a partir del 2001 y hasta 2006 se percibe un ligero repunte en las tasas de fallecidos aunque sin llegar nunca a los niveles de los años 1996 a 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 obtuvo en el año 2005.

FIGURA 4. Evolución de los fallecimientos estimados por drogas ilegales en Asturias, por sexo. 1996-2008.



Observatorio sobre Drogas para Asturias

Apartado VII

Indicadores sobre la Oferta y Control de Drogas

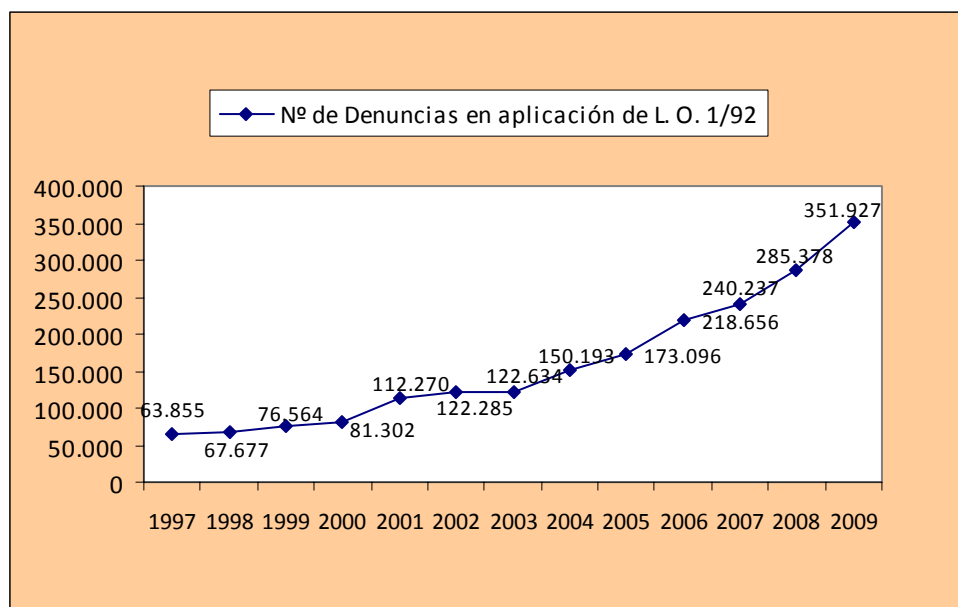
1. Denuncias, Decomisos y Detenciones: datos de España y Asturias

El control de la oferta de drogas en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas 2009-2016 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 la dimensión «oferta» proceden del Ministerio del Interior.

Desde el punto de vista legal, **la lucha contra la oferta y el tráfico de drogas se apoya en dos normas fundamentales; la Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana** bajo la que se persigue básicamente el **consumo y el pequeño tráfico**. Y el **Código Penal (Ley Orgánica 10/1995)** que da soporte a las actividades **contra el gran tráfico y los grupos organizados** de delincuentes.

En el conjunto de España y en aplicación del artículo 25 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre **Protección de la Seguridad Ciudadana**, desde el año 2000 se observa un **aumento progresivo del número de denuncias realizadas por consumo y tráfico en la vía pública**, y particularmente desde 2006 gracias a la **aplicación de los Planes Operativos de Respuesta Policial al Tráfico Minorista y Consumo de Drogas en los locales de Ocio y proximidad de los Centros Escolares**. Así en 2009 se registraron 351.927 denuncias en toda España en aplicación de esta norma, lo que supuso un aumento del 23,32% respecto al año anterior.

Gráfico 1. Denuncias en España 1997-2009.



Fte.: Estadística Anual sobre Drogas. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado

Según la **Estadística Anual Sobre Drogas 2009** (Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado) **el 82,8% del total de denuncias realizadas por ésta vía se produjeron por posesión o consumo de cannábicos**; el 12,4% por **cocaínicos**; el 2,8% por **opiáceos** y el 1,1% por **estimulantes** (incluido el MDMA).

El **perfil típico del denunciado en España** en aplicación de la Ley Orgánica 1/1992 de **Protección de la Seguridad Ciudadana**, es el siguiente:

- **Hombre** en un 95,23% de las ocasiones.
- **Español** en un 89,16% de las ocasiones.
- **De entre 19 y 25 años** en un 46,41% de las ocasiones.

Por lo que respecta a los **decomisos**, en 2009 se realizaron 388.702 de los que 371.913 (el 95,7%) fueron por aplicación de la Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana y solamente 14.018 (el 3,6%) por aplicación del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995) que conllevan detenciones. Por último en 2.771 decomisos (0,71%) no se produjo detención ni denuncia.

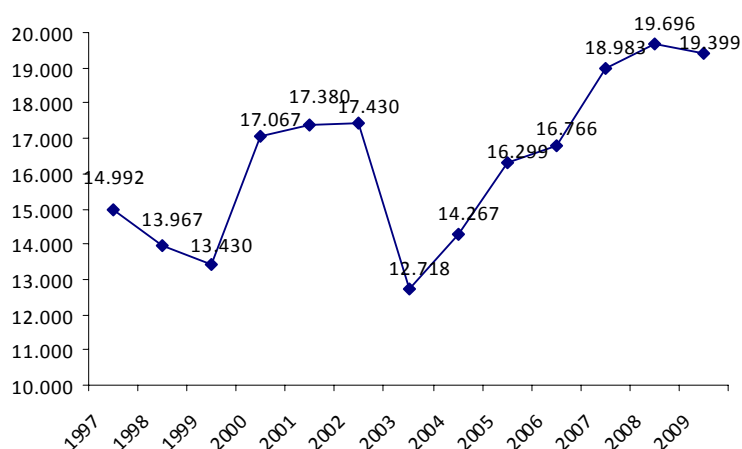
Es significativo que **el número de decomisos correlaciona con el número de personas denunciadas por la Ley Orgánica 1/1992**, lo cual denota que **la mayoría de las intervenciones de drogas ilegales que se realizan en España se hace al amparo de dicha ley**, mientras que una parte mucho menor da lugar a detenciones por tráfico de drogas en aplicación de la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal.

A lo largo de 2008, cuando se aplicó la L.O. 1/1992, en un 83,30% de las veces se incautaron **cannabicos**; en un 12%, **cocaínicos**; en un 2,72%, **opiáceos** y en un 1,10%, **estimulantes** (incluido el MDMA). En ese pequeño tráfico o consumo se decomisaron en 2009 3.085 kilogramos de hachís (307 en 2006), 42,3 Kg. de cocaína (38,6 en 2006), 6,3 kilogramos de heroína, 1.084 unidades de alucinógenos, 5.134 de depresivos, sedantes y tranquilizantes y 3.116 unidades de éxtasis (22.898 en 2006).

En aplicación de la Ley Orgánica 10/1995 de Código Penal el número total de detenciones en 2009 fue de 19.399, lo que supone una disminución del 1,51% con respecto a 2008.

La gráfica de **evolución del número de detenciones muestra un aumento sostenido**, que desde 2000 se han mantenido en un rango que oscila entre las 12.718 y las 19.696.

Gráfico 2. Detenciones en España 1997-2009.



Fte.: Estadística Anual sobre Drogas. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado

Cuando se han practicado detenciones, en un 55,16% de las veces se han incautado **cannábicos**; en un 32,25% **cocaínicos**; en un 4,78% **opiáceos** y en un 4,47% **estimulantes** (incluido el MDMA).

Estas **detenciones** guardan la siguiente relación porcentual con las diferentes familias de drogas:

- El 50,61% (47,4% en 2006) es por tráfico de cannábicos.
- El 35,89% (36,7%) por tráfico de cocaínicos.
- El 5,97% (5,9%) por opiáceos.
- El 4,33% por estimulantes (anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis).
- El 2,63% (2,7%) por depresivos, sedantes y tranquilizantes.

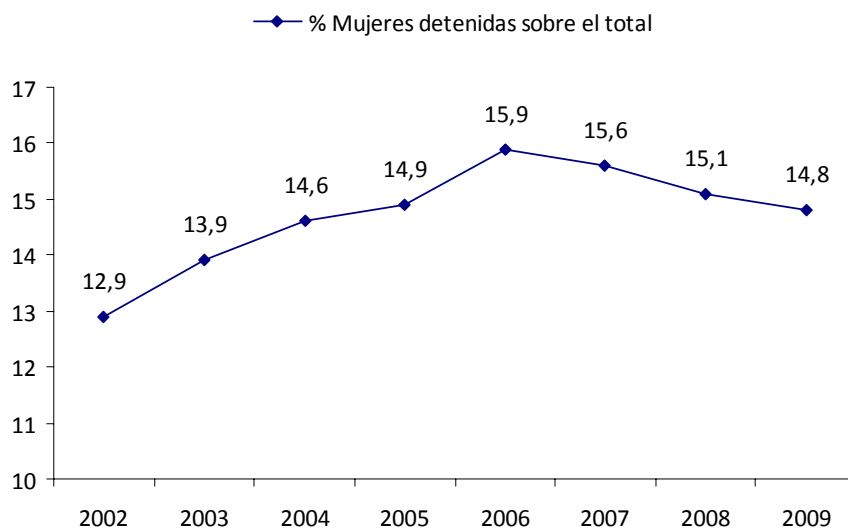
La relación por sexo de las detenciones pasó de 6,7 hombres por cada mujer en 2002 a 5,7 en 2009, disminución corroborada por el aumento que, en ese mismo periodo de tiempo, experimentó el número de mujeres detenidas. Así **las mujeres han pasado de representar el 13% sobre el total de personas detenidas en 2002 al 15% en 2009**, aunque hay que señalar que ese porcentaje alcanzó su máximo en 2006 y 2007 y que en el último año ha disminuido (Tabla 1).

Tabla 1. Detenciones en España por sexos 2002-2009. Variación porcentual 2002-2009 y peso de las mujeres sobre el total anual.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	%Variación 2002-2009
Hombres	15.181	10.547	12.115	13.760	14.009	15.859	16.582	16.522	+8,83
Mujeres	2.249	1.774	2.080	2.423	2.669	2.967	2.979	2.877	+27,9
No consta	0	397	72	116	127	157	135	0	0
Total	17.430	12.718	14.267	16.299	16.805	18.983	19.696	19.399	+11,29
% Mujeres sobre el total	12,9	13,9	14,6	14,9	15,9	15,6	15,1	14,8	

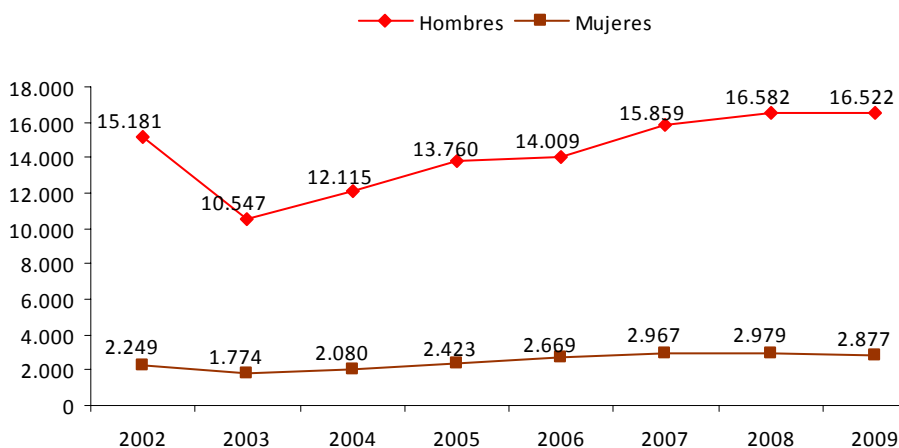
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística Anual Sobre Drogas. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Gráfico 3. Detenciones en España 2002-2009. Variación porcentual del peso de las mujeres sobre el total anual.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Estadística Anual Sobre Drogas. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Gráfico 4. Evolución detenciones en España por sexos 2002-2009.



Fte.: Estadística Anual sobre Drogas. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado

El **perfil de los detenidos en España por tráfico de drogas** en 2009 fue el siguiente:

- Por nacionalidades, el **61,78%** (11.984) eran **españoles** (con un aumento de 2,95% respecto a 2008) y el 37,74% (7.322) extranjeros, lo que supuso una disminución del -5,83% respecto al año anterior. No consta la nacionalidad de 93 personas (el 0,48%).

- Por sexo, de los 19.399 detenidos en 2009 en España, **el 85,17% fueron hombres** (16.522) y el 14,83% mujeres (2.877). Respecto a 2007 se ha producido un aumento del 4,1% en hombres y una disminución del -3,03% en mujeres.
- **Por edades**, la distribución por tramos de edad refleja un **predominio claro de los grupos que van de los 19 a los 40 años**, con un reparto porcentual muy similar, en torno al 20% y en los que **destaca el conjunto de 31 a 40 años con el 28,7%** (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución por grupos de edad de los detenidos en España por tráfico de drogas en 2009.

	Menos de 16	De 16 a 18	De 19 a 25	De 26 a 30	De 31 a 40	Más de 40	No consta	TOTAL
Nº TOTAL	52	638	4.596	3.905	5.564	3.809	835	19.399
%	0,3	3,3	23,7	20,1	28,7	19,6	4,3	100

Fte.: Estadística Anual sobre Drogas 2009. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado

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 fue de 736, de 936 en 2007 y de 819 en 2009. Esta evolución tiene como **sustancia protagonista al tráfico de hachís** que pasa de 300 operaciones en 2006 a 427 en 2007 y a 431 en 2009. La cocaína pasa de 355 operaciones realizadas en 2006, a 411 en 2007 y a 316 en 2009. Disminuyen levemente las operaciones de éxtasis que pasan de 31 a 34 y a 26 en cada uno de los años citados. El número de operaciones registradas de heroína aumentan, pasando de 36 a 28 y a 46 en 2006, 2007 y 2009 respectivamente.

Las **cantidades incautadas de cocaína muestran una gráfica con clara tendencia ascendente aunque con acusadas oscilaciones** (la cota más alta se alcanzó en el año 2006 con 49.650 kilogramos). En 2009 disminuyeron las cantidades intervenidas un 9,41% con respecto al año 2008 (tabla 1). Esta **disminución interanual se produce por tercer año consecutivo y probablemente se debe a la reducción de la producción mundial de droga que, según la ONU, ha bajado en un 22% entre 1995 y 2008.**

La **evolución de las cantidades incautadas de hachís muestra una tendencia ascendente hasta el año 2004 en el que se alcanza el máximo del período en estudio.** En los años 2005 y 2006 se producen unos descensos significativos que podrían atribuirse a una posible caída en la producción de cannabis en el norte de África. En 2009 se vuelve a producir una disminución de la cantidad incautada del 34,88% con respecto al pasado año (tabla 1).

Respecto a la **heroína**, la evolución de las cantidades muestra una **tendencia general a la baja**, que correlacionan con los descensos de consumo que presentan los indicadores de demanda. No obstante dicha tendencia se rompe en el 2006 y 2008 años en el que hubo varias actuaciones con grandes cantidades incautadas. En el año 2009 se produce una disminución del 45,15% con respecto al año 2008, volviéndose a situar por debajo de la media de sus valores (Tabla 3).

Tabla 3. Cantidades decomisadas en España de las tres principales drogas ilegales. 1997-2009.

Año	Heroína (K)	Cocaína (k)	Hachís (k)
1997	479	18.418	315.328
1998	418	11.688	428.236
1999	1.170	18.111	431.165
2000	485	6.165	474.505
2001	631	33.681	514.182
2002	275	17.660	564.816
2003	242	49.279	727.313
2004	271	33.135	794.437
2005	174	48.430	669.704
2006	472	49.654	459.267
2007	227	37.784	653.631
2008	548	27.981	682.672
2009	300	25.349	444.581

Fte.: Estadística Anual Sobre Drogas. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 4. Cantidades intervenidas en España. Éxtasis, Speed y LSD. 2005-2009.

Sustancia	2005	2007	2009
MDMA (éxtasis, uds.)	572.914	490.644	404.334
Sulfato de anfetamina (Speed) grs.	-	81	148
LSD (unds.)	19.509	1.855	9.062

Fte.: Estadística Anual Sobre Drogas 2009. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

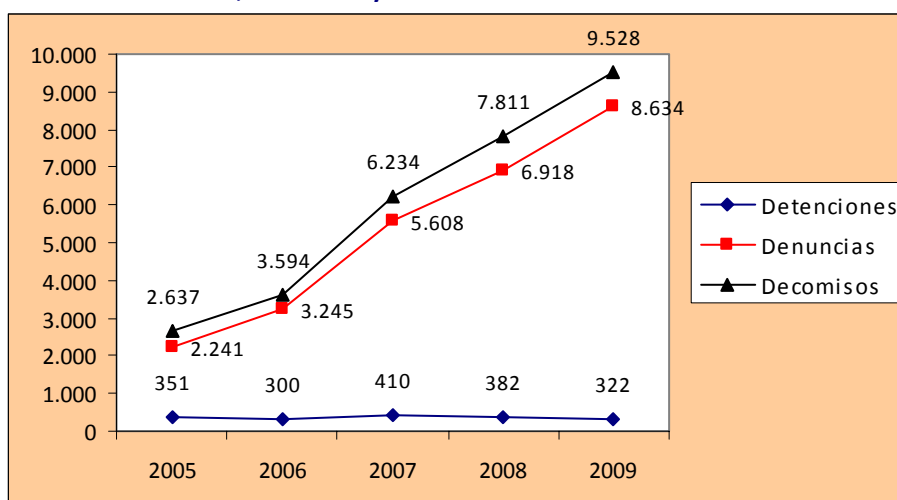
Por lo que respecta a **nuestra comunidad autónoma**, y con los datos disponibles, la **evolución** de los indicadores **detenciones, denuncias y decomisos es la siguiente**.

Las **detenciones** llevadas a cabo en aplicación de la **Ley Orgánica 10/1995 de Código Penal** muestran una **disminución del -15,7% entre 2008 y 2009** (de 382 a 322) y del -21,4% si la comparación la hacemos respecto a 2007 (de 410 a 322), lo que refleja una **bajada mucho más acusada que en el resto de España**.

Por lo que respecta a las **denuncias** en aplicación de la **Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana**, la **evolución es inversa**, con **aumentos del 21% de 2008 a 2009 y del 54% si tomamos como referencia 2007**.

Otro tanto ocurre con los **decomisos**, que aumentaron un 21% entre 2008 y 2009 y un 52% entre 2007 y 2009 (tabla 1). Como se observa, y al igual que en el conjunto de España visto anteriormente, los decomisos correlacionan claramente con las denuncias realizadas en aplicación de la Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.

Gráfico 5. Nº de Detenciones, Denuncias y Decomisos en Asturias. 2005-2009.



Fte.: Estadística Anual Sobre Drogas. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Por lo que respecta a las cantidades intervenidas, se observa que mientras que en España había disminuido en el periodo 2005-2009 la cantidad de hachís (y sus derivados), cocaína, éxtasis y LSD, y solo se registra aumento de heroína, **en Asturias disminuyeron las cantidades de cocaína y heroína** (Tabla 5), mientras que **aumentaron todas las demás** (Tabla 6). Según la Secretaría de Estado de Seguridad³⁰, la razón de las disminuciones no es una mayor o menor eficiencia en las incautaciones sino **el descenso de la producción mundial de droga** que, según la ONU, **ha bajado en un 22% entre 1995 y 2008**.

Tabla 5. Evolución de incautaciones de cocaína, hachís y heroína (Kg.) en Asturias, 2000-2009

Sustancia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cocaína	5,9	17,8	1.350,7	274,1	418,2	792,7	14,09	22,85	18,46	14,17
Hachís	10.715,5	127,8	131,4	175,6	103,8	96,63	86,51	95,94	215,24	239,98
Heroína	9,2	2	0,9	7,7	2,0	4,6	0,3	6,86	1,73	0,14

Fte.: Estadística Anual Sobre Drogas. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 6. Cantidades intervenidas en Asturias 2005-07-09.

Sustancia	2005	2007	2009
MDMA (éxtasis, uds.)	230	402	355
Sulfato de anfetamina (Speedy, gr.)	-	-	205
LSD (uds.)	12	14	599

Fte.: Estadística Anual Sobre Drogas 2009. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

³⁰ Diario El País, 06/05/2010.

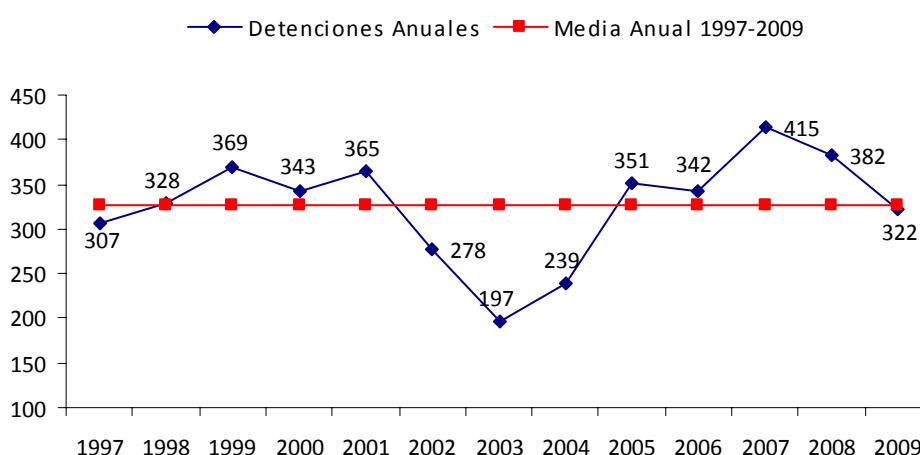
Tabla 7. Detenciones en Asturias, 1997-2009

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
307	328	369	343	365	278	197	239	351	342	415	382	322

Fte.: Estadística Anual sobre Drogas. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado

En el período 1997-2009 el número total de detenciones en nuestra región ha sido de 4.238, lo que hace una media anual de 326. Esto significa que el último año se situó (ligeramente) por debajo de esta cifra, algo que solo ocurrió en el periodo 2002-2004 y en 1997, mientras que el resto de los años las cifras se mantuvieron por encima de esa media.

Gráfico 6. Detenciones anuales respecto a media del periodo 1997-2009 en Asturias.



Fte.: Estadística Anual Sobre Drogas 2009. Secretaría de Estado de Seguridad, Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

En relación a los lugares de decomiso del gran tráfico de drogas ilegales en 2009, en la cocaína los decomisos más importantes, en cuanto a cantidad de droga incautada se produjeron en las provincias de Las Palmas, Madrid, La Coruña, Valencia y Álava. Respecto al hachís, a la cabeza de las cantidades intervenidas aparecen claramente destacadas varias provincias andaluzas como Sevilla, Cádiz, Málaga, Huelva o Almería, seguidas de Barcelona. Por lo que respecta al éxtasis se sitúan en los primeros lugares por cantidad de unidades intervenidas La Coruña, Baleares y Málaga. En cantidad de heroína incautada, Madrid ocupa el primer lugar, seguida de Toledo y Barcelona. En cuanto a los alucinógenos, aparecen Las Palmas, Barcelona y Almería y respecto a los depresivos, sedantes y tranquilizantes, surge en primer lugar Barcelona seguida de Asturias, único caso en que aparece nuestra comunidad autónoma en éste marcador.

2. Drogas y Seguridad

Según la memoria de la Fiscalía General del Estado del año 2009 (datos del 2008), la evolución de los procedimientos incoados y tramitados en materia de tráfico de drogas en nuestra Comunidad Autónoma refleja un aumento del 25% entre 2007 y 2008 (Tabla 7). Como señala la propia memoria «Pese a las oscilaciones, la lectura que se puede extraer del conjunto (de

Comunidades Autónomas) es una **tendencia ascendiente en el número de procedimientos incoados por tráfico de drogas en relación con el total de pasados años**»³¹.

Tabla 7. Procedimientos judiciales por Tráfico de drogas en Asturias 2003-2008.

2003	2004	2005	2006	2007	2008	% 2007-2008
163	175	189	173	169	211	+24,8

La actividad de los grupos y organizaciones criminales dedicados al tráfico de drogas se centra 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.

Destaca el Fiscal Superior de nuestra Comunidad Autónoma que el fenómeno de la delincuencia organizada se observa casi exclusivamente en las ciudades, principalmente en Oviedo y localidades próximas, sobre todo Gijón, y que su actividad se centra principalmente en la comisión de delitos contra el patrimonio y de tráfico de drogas. Se reseña que durante el año 2008 se ha mantenido el nivel de intervención de sustancias estupefacientes, salvo en lo relativo al hachís que pasó de 83.975,46 grs. en el año 2007 a 216.619,51 grs. en el año 2008. Dicho incremento se debió principalmente a una operación del Servicio de Vigilancia Aduanera que en enero permitió la ocupación de 160 kilos de hachís a una organización que la introducía desde Marruecos.

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.

3. Venta de Bebidas Alcohólicas

Entre 2007 y 2009 en Asturias han aumentado ligeramente los consumos per càpita de sidra y de vino, apoyado éste último en el aumento del consumo de los vinos nacionales con

³¹ Memoria Anual de la Fiscalía General del Estado 2009. VOL I. CAP II. C) Algunos delitos en particular. Terrorismo y Delitos de tráfico de drogas en España. Pág. 260.

Denominación de Origen, ya que el extranjero con D. O. y el de vino de Mesa ha disminuido, al igual que lo ha hecho el de la cerveza.

El gasto per cápita en este tipo de bebidas ha variado casi correlativamente al consumo, registrándose aumentos en el gasto en vino (con D. O. nacional) y la sidra, aunque aquí se registra una excepción en la cerveza, que también muestra un aumento del gasto per cápita pese al descenso observado en el consumo (achacable quizás a un aumento en el precio).

Sin embargo los descensos en el gasto si que varían en paralelo al descenso en el consumo tanto en los vinos con D. O. extranjeros y en los de mesa (Tabla 8).

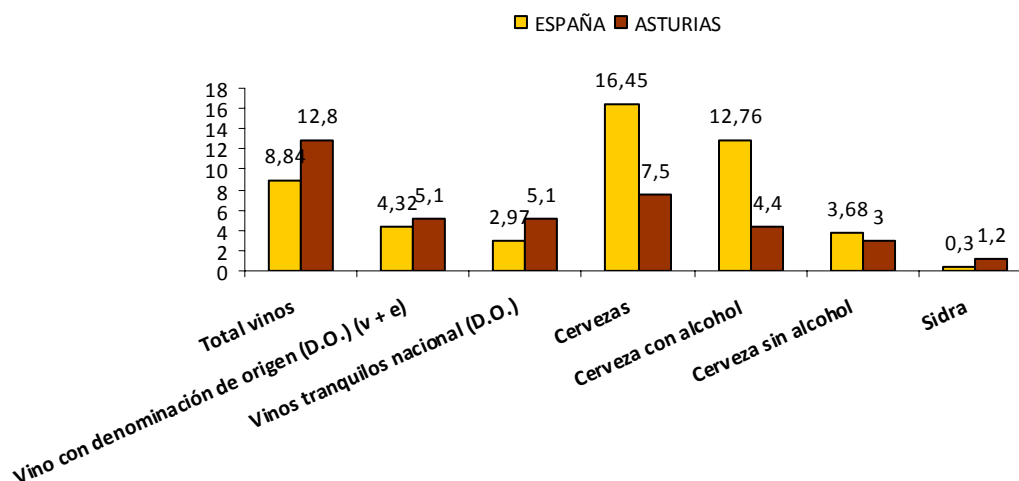
Tabla 8. Venta de vino y bebidas alcohólicas en Asturias. Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Panel Consumo Alimentario. Año 2007-2009.

Producto	Volumen (miles de kg)		Valor (miles de €)		Precio medio kg		Consumo per capita		Gasto per capita	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Total vinos	13.653,9	14.802,5	31.388,9	35.460,7	2,3	2,4	12,1	12,8	27,8	30,7
Espumosos	488,8	449,2	2.729,9	2.539,6	5,6	5,6	0,4	0,4	2,4	2,2
Vinos (D.O.)	5.545,5	5.963,4	19.676,2	21.914,8	3,6	3,7	4,9	5,1	17,4	18,9
Vinos nacional (D.O.)	5.119,4	5.952,0	18.287,4	21.894,0	3,6	3,7	4,5	5,1	16,2	18,9
Vinos extranjero (D.O.)	426,1	11,3	1.388,8	20,8	3,3	1,8	0,4	0	1,2	0,02
Vinos tinto (D.O.)	4.207,5	5.141,1	15.579,8	18.464,3	3,7	3,6	3,7	4,4	13,6	15,9
Vinos blanco (D.O.)	903,7	653,5	3.157,9	2.856,2	3,5	4,3	0,8	0,6	2,8	2,4
Vinos rosado (D.O.)	434,4	168,8	938,5	594,3	2,2	3,5	0,4	0,1	0,8	0,5
Vino de mesa (v + e) sin denominación de origen (S/DO)	7.407,6	7.225,8	9.367,1	9.271,3	1,3	1,3	6,6	6,2	8,3	8,0
Vino de mesa nacional (S/DO)	6.515,6	6.228,3	7.963,9	6.929,3	1,2	1,1	5,9	5,4	7,1	5,9
Vino de mesa extranjero (S/DO)	446,2	213	958,7	474,6	2,1	2,2	0,4	0,2	0,8	0,4
Otros vinos de mesa (S/DO)	445,8	130,6	444,4	175,8	1	1,3	0,4	0,1	0,4	0,1

Vino de mesa tinto (S/DO)	4.616,3	3.139,3	5.813,3	3.791,7	1,3	1,2	4,1	2,7	5,1	3,3
Vino de mesa blanco (S/DO)	1.926,5	2.555,9	1.719,7	2.377,2	0,9	0,9	1,7	2,2	1,5	2,1
Vino de mesa rosado (S/DO)	864,7	876,7	1.834,0	1.410,8	2,1	1,6	0,8	0,7	1,6	1,2
Cervezas	8.988,1	8.670,6	10.895,7	11.987,2	1,2	1,4	8	7,5	9,6	10,3
Cerveza con alcohol	5.030,2	5.165,4	6.498,4	7.304,7	1,3	1,4	4,5	4,4	5,7	6,3
Cerveza sin alcohol	3.957,9	3.505,3	4.397,3	4.682,4	1,1	1,3	3,5	3,0	4	4,0
Sidra	1.244,3	1.363,3	2.247,7	2.414,5	1,8	1,8	1,1	1,2	2	2,1
Brandy	313,4	414,1	2.566,7	3.152,6	8,2	7,6	0,3	0,3	2,3	2,7
Whisky	173,8	101,5	2.441,4	1.449,6	14	14,3	0,1	0,1	2,2	1,2
Ginebra	31,4	35,4	290,7	414,3	9,3	11,7	0	0,02	0,3	0,3
Ron	51,1	37,3	541,5	484,4	10,6	13	0	0,03	0,5	0,4
Anís	124,8	163,9	862,4	1.123,5	6,9	6,8	0,1	0,1	0,8	0,9

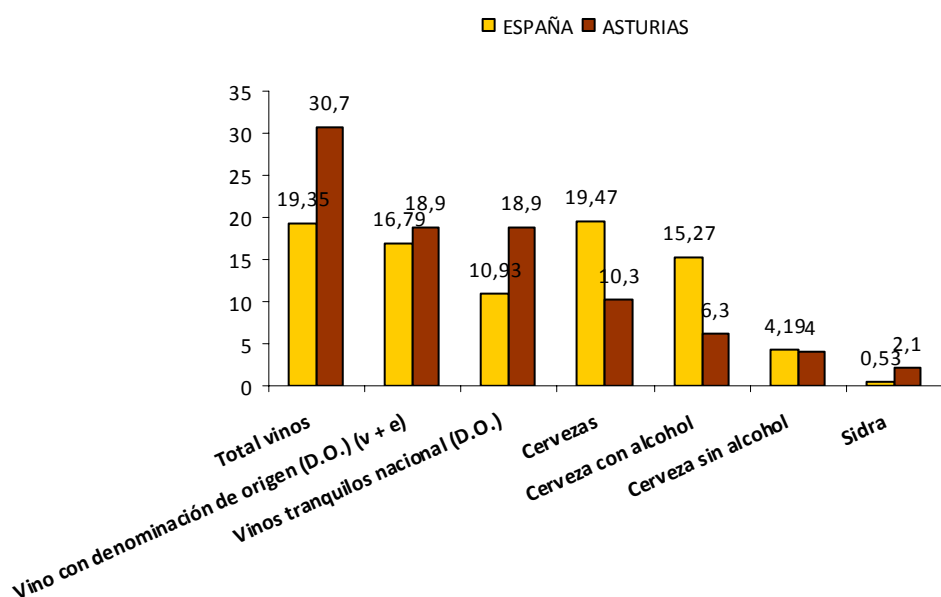
Si comparamos esos datos regionales de consumo y gasto per cápita con los del conjunto de España de las bebidas alcohólicas más comunes correspondientes a 2009, podemos observar que **en nuestra comunidad autónoma es más alto el consumo de vinos con Denominación de Origen y de sidra, y bastante menor el de cervezas, particularmente sin alcohol**, y que estas diferencias se mantienen al comparar el gasto per cápita realizado (Figuras 5 y 6).

Gráfico 7. Comparativa España-Asturias del Consumo per Cápita de diversas bebidas. Año 2009.



Fte.: Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Panel Consumo Alimentario. Año 2009.

Gráfico 8. Comparativa España-Asturias del Gasto per Cápita de diversas bebidas. Año 2009.



Fte.: Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Panel Consumo Alimentario. Año 2009.

4. Alcohol y Tráfico

Tabla 9. Diligencias en Asturias en relación con los delitos contra la seguridad colectiva, conducción alcohólica 2000-2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Accidentes (1)	1.579	1.653	1.687	1.607	1.481	1.497	1.652	1.451	1.300	1.181
Accidentes (2)	391	407	438	579	423	367	445	384	443	370
Infracciones (alcoholemia)	--	--	2.526	3.001	3.182	3.454	3.828	3.201	3.356	3.457
Negativa a realizar prueba alcoholemia	57	53	41	49	88	58	63	63	83	87

(1) Total accidentes

(2) Accidentes en los que se ha podido realizar la prueba de alcoholemia y ésta ha resultado positiva

Fte.: Delegación del Gobierno del Principado de Asturias

5. Tabaco

Observando la **evolución de la venta de cigarrillos en España y las diferentes Comunidades Autónomas** en los tres años que van de **2006 a 2009** se observa un **descenso generalizado de la venta de cajetillas de 20 unidades**, con la única excepción de Castilla y León. El descenso del total nacional fue de casi el 10% y el de Asturias bastante inferior aunque cercano al 4%.

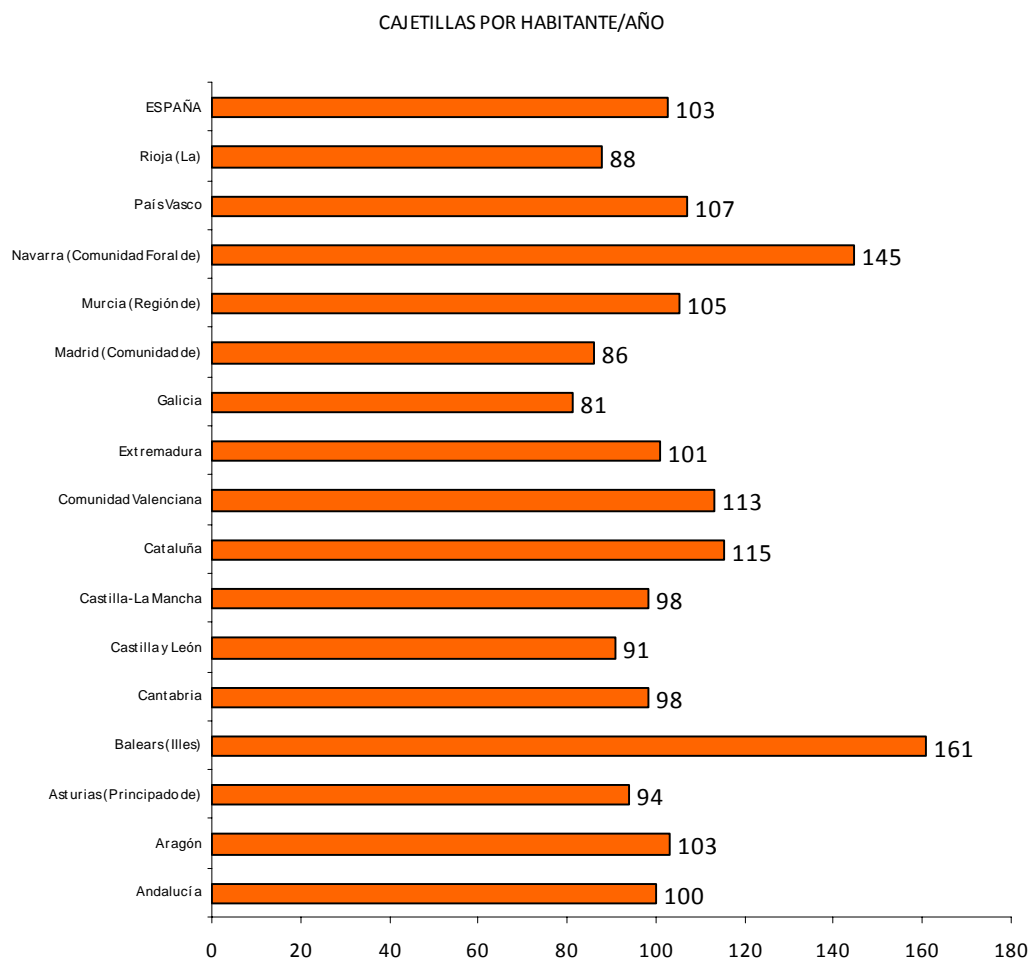
Tabla 10. Ventas de cigarrillos en la península e Islas Baleares (cajetillas de 20 unidades).
Fuente: Comisionado del Mercado de Tabacos, Ministerio de Economía y Hacienda.

CC. AA.	2006	2007	2009	Evolución % 2006-2009
Andalucía	822.519.901	812.241.737	737.816.204	-10,30
Aragón	130.738.748	132.182.981	123.634.104	-5,43
Asturias	98.552.435	97.775.755	94.908.315	-3,70
Baleares	177.794.843	178.996.011	142.915.428	-19,62
Cantabria	56.789.904	56.449.794	53.571.077	-5,67
Castilla y León	189.133.877	220.614.962	212.558.179	12,39
Castilla La Mancha	227.433.669	192.958.209	183.430.294	-19,35
Cataluña	858.458.054	844.082.231	758.718.236	-11,62
C. Valenciana	565.771.618	568.852.373	491.021.189	-13,21
Extremadura	106.843.233	106.838.545	104.001.473	-2,66
Galicia	226.390.798	219.972.219	212.369.454	-6,19
Madrid	532.496.982	529.754.972	496.172.286	-6,82
Murcia	148.154.197	151.782.393	135.544.749	-8,51
Navarra	93.799.972	88.608.345	83.861.284	-10,60
País Vasco	242.584.723	227.715.568	211.559.251	-12,79
Rioja La	27.415.951	26.307.157	25.743.974	-6,10
España	4.504.878.904	4.455.138.251	4.067.825.494	-9,70

Estos descensos en las ventas, aunque significativos como indicador indirecto sobre el consumo en cada territorio, pueden mejorarse si lo relacionamos con la población correspondiente a cada zona. Así, dividiendo el número de cajetillas vendidas entre la población de cada CC. AA., obtendremos un indicador más completo del peso que tienen las ventas de este tipo de tabaco en cada territorio. Hemos utilizado los datos de venta del año 2008 al no tener disponible el Instituto Nacional de Estadística a la fecha de redacción de este informe, los datos de población correspondientes al padrón de 2009. Los resultados de esta

operación se muestran en el siguiente gráfico. En este ratio, **nuestra comunidad autónoma se encuentra por debajo del valor nacional (94 frente a 103 cajetillas por habitante y año).**

Gráfico 9. Cajetillas (de 20 unidades) por habitante y año en la península e Islas Baleares.



Fte.: Elaboración propia a partir de ÍNE -Padrón Municipal de Habitantes 2008- y de Ventas por CC. AA. de Cajetillas de 20 unidades (2008), Comisionado para el Mercado de Tabacos, Ministerio de Economía y Hacienda.

Tabla 11. Ventas de cigarrillos y cigarros en unidades, Asturias 2006-2009.

Asturias					
	2006	2007	2008	2009	% 2006 2009
Cigarrillos	98.552.435	97.775.755	101.369.798	94.908.275	-4
Cigarros	33.478.824	35.809.709	37.387.896	41.868.595	25

Unidades: Cigarrillos, Cajetillas de 20 unidades. Cigarros, unidades.

Fuente: Comisionado del Mercado de Tabacos, Ministerio de Economía y Hacienda.

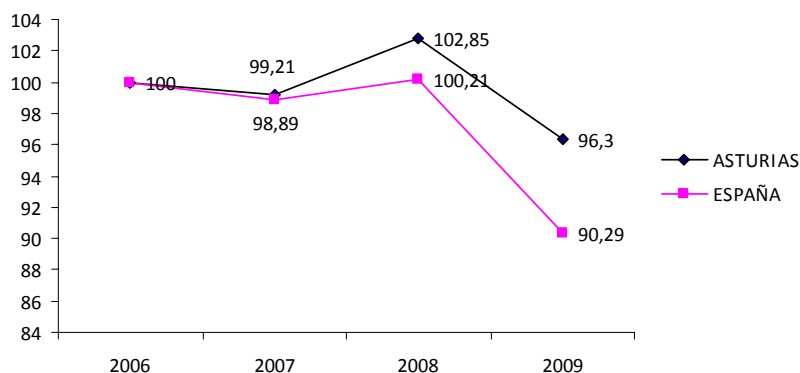
Tabla 12. Ventas de cigarrillos y cigarros en unidades, España 2006-2009.

ESPAÑA					
	2006	2007	2008	2009	% 2006 2009
Cigarrillos	4.504.878.829	4.455.138.251	4.514.441.352	4.067.825.494	-10
Cigarros	1.035.489.728	1.102.492.737	1.128.719.060	1.177.662.604	14

Unidades: Cigarrillos, Cajetillas de 20 unidades. Cigarros, unidades.

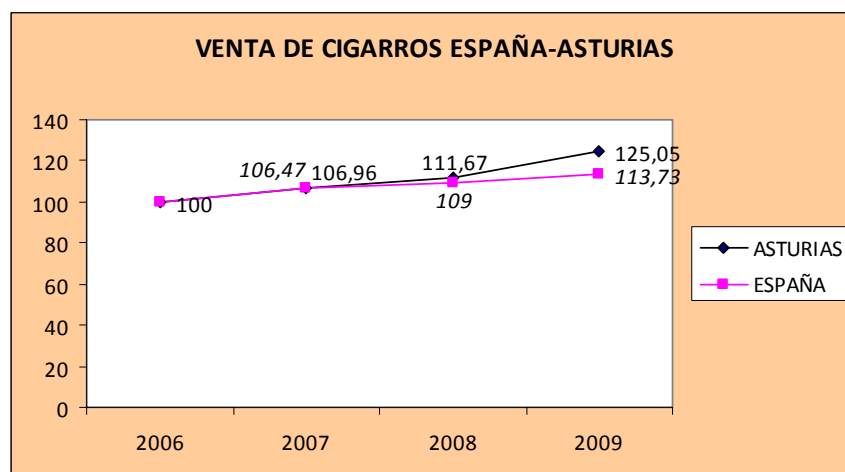
Fuente: Comisionado del Mercado de Tabacos, Ministerio de Economía y Hacienda

Gráfico 10. Comparativa de Ventas de cigarrillos España-Asturias, 2006-2009. (2006 base 100).



Elaboración propia a partir de datos del Comisionado del Mercado de Tabacos, Ministerio de Economía y Hacienda.

Gráfico 11. Comparativa de Ventas de cigarros España-Asturias, 2006-2009. (2006, base 100).



Elaboración propia a partir de datos del Comisionado del Mercado de Tabacos, Ministerio de Economía y Hacienda.

6. Otras Sustancias

Algunos **fármacos (legales)** como tranquilizantes, depresivos y somníferos principalmente, se desvían del cauce terapéutico y **llegan al mercado minorista ilegal de drogas** por vías muy variadas: 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.

Como hemos señalado al hablar de los lugares de decomiso del Gran Tráfico de drogas ilegales en 2009 y respecto a los fármacos (legales), **es la única tipología de drogas en la que nuestra comunidad autónoma aparece mencionada a nivel nacional**, con 48.396 unidades decomisadas en 2009, que representaron el 14,23% del total de unidades confiscadas ese año, cifra solo superada por las CC. AA. de Cataluña (46%) y Valencia (19%). Evidentemente, no todos los años Asturias tiene un peso porcentual dentro del conjunto nacional tan alto, pero sí hay que señalar que en el periodo 2005 a 2008, el peso porcentual de las incautaciones de estas sustancias refleja cifras que están por encima de los reflejados por otras drogas en nuestra región y de uso más extendido, tal y como se puede observar en la tabla 13, ya que es **la única sustancia que en todos los años recogidos refleja pesos porcentuales por encima del 1%, y que supera en dos ocasiones el 4%**.

Tabla 13. Unidades decomisadas de depresivos en Asturias y peso % sobre el total nacional. Comparación con el mismo peso relativo de otras drogas 2005-2009.

Asturias	2005	2006	2007	2008	2009
Número de unidades incautadas de Depresivos	3.621	2.638	1.481	2.537	48.396
% sobre el total nacional de Depresivos incautados	4,53	1,32	1,01	4,66	14,23
% de unidades de Alucinógenos incautados en Asturias sobre el total nacional de alucinógenos incautados	0,06	0,04	0,27	0,51	5,11
% de Heroína incautada en Asturias sobre el total nacional de Heroína incautada	2,65	0,06	3,03	0,32	0,05
% de unidades de Éxtasis incautadas en Asturias sobre el total nacional de unidades de Éxtasis incautadas	0,04	0,06	0,08	0,33	0,09
% de unidades de Hachís incautado en Asturias sobre el total nacional de Hachís incautado	0,01	0,02	0,01	0,03	0,05
% de cocaína incautada en Asturias sobre el total nacional de Cocaína incautada	1,64	0,03	0,06	0,07	0,06

Las cantidades de unidades de tranquilizantes decomisadas en toda España desde el año 1998 se muestran a continuación:

Tabla 14. Unidades decomisadas de depresivos en España. 1998-2006

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
97.538	389.157	151.796	3.023.551	200.690	23.353	643.995	70.994	199.788	146.635	24.244	340.074

Fuente: Ministerio del Interior Secretaría de Estado de Seguridad.

Dentro del grupo se encuentran incluidos los sedantes y tranquilizantes como Buprex, Ketamina, Rohipnol, Trankimazin, Tranxilium, etcétera.

Tabla 15. Unidades decomisadas de antidepresivos, sedantes y tranquilizantes según Comunidades Autónomas, 2004-2009.

CCAA	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% 2005- 2009	MEDIA 2004- 2009
Andalucía	489.000	27.759	173.694	10.136	16.981	31.017	-94	124.764
Aragón	2.879	841	389	987	1.244	924	-68	1.211
Cantabria	112	20.264	1.373	629	859	959	756	4.033
Castilla - La Mancha	241	759	488	2.176	505	556	131	788
Castilla-León	683	935	2.088	661	1.106	4.842	609	1.719
Cataluña	2.120	1.766	483	30.321	302	144.967	6.738	29.993
Ceuta	451	304	543	288	863	712	58	527
Extremadura	144	385	420	251	824	2.255	1.465	713
Galicia	12.363	1.098	1.193	1.264	1.845	3.881	-69	3.607
Islas Baleares	2.066	2.096	2.292	1.544	1.472	4.565	121	2.339
Islas Canarias	527	1.741	2.082	4.365	3.499	4.433	741	2.774
La Rioja	8	183	110	14	682	256	3.100	209
Madrid	83.610	2.929	4.392	82.737	10.759	22.897	-73	34.554
Melilla	0	133	1.303	1.053	3.667	2.480	1.765	1.439
Navarra	123	2.365	112	22	226	32	-74	480
País Vasco	25	0	216	5	537	48	92	139
Principado Asturias	353	3.621	2.637	1.481	2.537	48.396	13.610	9.837
Región de Murcia	618	526	136	3.269	631	680	10	977
Comunidad Valenciana	48.673	3.290	5.836	5.432	5.705	66.174	36	22.518
Total (unidades)	643.995	70.994	199.787	146.635	54.244	340.074	-47	242.621

Fuente: Ministerio del Interior. Secretaría de Estado de Seguridad.

Apartado VIII

Experiencias de Buenas Prácticas en Prevención

1. Nuestro Huerto Escolar: Programa Intergeneracional de Promoción de la Salud en Taramundi

1.1. Presentación

Taramundi es un concejo pequeño localizado en el Occidente de Asturias con una población que no llega a los 750 habitantes. La pirámide de población refleja la realidad demográfica de muchos concejos rurales asturianos: más del 35% de la población es mayor de 65 años y el colectivo infantil apenas llega al 10 %. El colegio de Taramundi pertenece al Centro Rural Agrupado Occidente e integra escolares de Taramundi y de San Tirso de Abres. Actualmente el número de escolares de Educación Infantil y Primaria está entorno a la treintena.

Desde el Plan Municipal de Prevención de Drogas se viene planteando como objetivo primordial la intervención en el consumo de drogas desde la prevención, potenciando hábitos saludables y promocionando la participación infantil y juvenil como forma de vida saludable. Todo esto desde un trabajo directo, transversal y coordinado con todos los agentes sociales de la comunidad.

Atendiendo a este planteamiento desde el Plan de Drogas y el Programa Rompiendo Distancias se detectó la necesidad de sensibilizar y dar a conocer a la población más joven la importancia que tienen en la salud los buenos hábitos como un elemento de prevención e integrándolo con otras iniciativas existentes en el centro escolar como «El desayuno saludable» y con la particularidad de abrir la escuela a una forma diferente de aprendizaje con otros maestros y maestras expertos en esa tarea como son las personas mayores.

1.2. Objetivos

- Promocionar hábitos de vida saludable desde una edad temprana.
- Promover la participación saludable de la infancia involucrándoles en la vida de su comunidad.
- Aprender hábitos saludables de forma intergeneracional fortaleciendo los lazos entre generaciones.
- Fomentar una forma de ocio saludable.
- Valorar el trabajo en equipo y la solidaridad.
- Fomentar la educación en igualdad entre sexos y edades.

Por otro lado, es importante señalar que en el proyecto se han tenido en cuenta los objetivos curriculares del aula para cada uno de los niveles educativos que son coincidentes con los del proyecto.

1.3. Población Destinataria

El programa ha tenido como destinatarios y destinatarias los 28 niños y niñas de la Escuela de Taramundi divididos en tres grupos:

- Grupo de educación Infantil: 5 niños y 4 niñas
- Grupo de primer ciclo de Primaria: 5 niños y 5 niñas
- Grupo de segundo ciclo de Primaria: 5 niños y 4 niñas

1.4. Personas Implicadas

Las personas implicadas han sido más de 41 personas: niños y niñas de la Escuela de Taramundi, y 13 personas mayores (de la Asociación de Personas Mayores El Mazo de Taramundi) y voluntarias además del profesorado y familias.

1.5. Metodología

La actividad realizada ha sido la puesta en marcha de un huerto escolar en el municipio de Taramundi de forma intergeneracional. La clase habitual se sustituyó por una nueva fórmula educativa, la interacción que resulta de la sabiduría, experiencia y ganas de aprender de las personas mayores y voluntarias y las ganas de saber, la creatividad e ilusión de las niñas y los niños.

De forma mensual las personas mayores y voluntarias acudieron al colegio y mostraron sus amplios conocimientos sobre el medio a niños y a niñas, mientras que estos aportaron sus ideas y reflexión. Las sesiones fueron amenas, dinámicas, participativas y divertidas fruto del trabajo mutuo entre varias generaciones.

1.6. Desarrollo

Una vez diseñado el proyecto, se desarrolló una reunión de presentación del proyecto a la Junta Directiva de la Asociación de Personas Mayores el Mazo de Taramundi que valoró positivamente la iniciativa y la difundió entre sus miembros para la detección de personas mayores interesadas en colaborar.

La presentación del programa fue acogido por los niños y las niñas con mucho entusiasmo e interés en la medida que suponía trabajar con las personas mayores, especialmente cuando en la mayoría de los casos eran sus abuelas y abuelos.

Una vez formado el grupo de voluntarios y voluntarias, se realizaron reuniones para conocer más en profundidad el proyecto del huerto, distribuir los grupos y trabajar cada una de las sesiones prácticas seleccionando los contenidos y teniendo en cuenta los recursos necesarios. Para un mejor seguimiento del proyecto, antes de cada una de las sesiones de intervención (en el aula o en el huerto) se desarrollaron reuniones de coordinación y preparación con el grupo de voluntarios y voluntarias y tras las sesiones reuniones de evaluación y seguimiento.

1.7. Contenidos de las Sesiones:

- **Enero 2010: Primera sesión del alumnado con las personas mayores**
- Objetivo: Concienciar al alumnado en el entorno en el que viven y el respeto por el mismo.
- Contenido: Conocimiento de las herramientas que se usan en el huerto: Azada, rastrillo, cubo, regadera, pala,... Los niños y las niñas comentaban sus conocimientos sobre las herramientas y las personas mayores les explicaban su experiencia y conocimiento sobre las mismas.

- **Febrero 2010: Segunda sesión del alumnado con las personas mayores**
- Objetivo: Crear el semillero para nuestros alimentos.
- Contenido: Se hizo un semillero en cada aula donde cada persona participante aportaba su sabiduría.

- **Marzo 2010: Tercera sesión del alumnado con las personas mayores**
- Objetivo: Aprender a plantar desde el cuidado y autocuidado.
- Contenidos: Primera salida al huerto, cada niño y niña con ropa y calzado adecuado a la jornada como forma de hábitos saludables.

Las personas mayores van explicando el trabajo a realizar y lo llevan a cabo: Se abren dos riegos para cada grupo, y los niños y las niñas van sembrando.

- **Abril 2010: Cuarta sesión del alumnado con las personas mayores**
- Este día llovió, por lo que no pudimos salir al huerto y la sesión se modificó.
- Objetivo. Conocer el funcionamiento de la compostadora.
- Contenidos: La persona experta en Educación medioambiental explicó a los niños y las niñas el uso de la compostadora. Las preguntas fueron innumerables por parte de los niños y las niñas. Posteriormente, las personas mayores les mostraron semillas para plantar en próximas ocasiones y respondieron a las preguntas de los y las presentes.

- **Mayo 2010: Quinta sesión del alumnado con las personas mayores**
- Objetivo: Celebrar el día Mundial sin Tabaco y aprender a limpiar el huerto desde el respeto al medioambiente.
- Contenido: Con motivo del día Mundial sin tabaco se les hizo entrega a los niños y las niñas y participantes de gorras con el objetivo de potenciar hábitos de vida saludables. Posteriormente, salimos al huerto con los útiles adecuados para limpiar nuestra tierra y seguir plantando productos naturales cerrando por este curso escolar la actividad.

- **Junio 2010: Sexta sesión Evaluación de la actividad. La evaluación se especifica en el apartado correspondiente de la ficha.**

1.8. Temporalización

El Proyecto comenzó a finales del 2009, cuando se mantuvieron las primeras reuniones de coordinación entre los diferentes colectivos implicados y finalizó en el mes de junio de 2010.

1.9. Impacto

- Primera experiencia de huerto escolar en el que han estado implicadas más de 41 personas.
- El vínculo creado entre las personas mayores y los niños y niñas.
- Valoración muy positiva por parte de todas las personas implicadas.
- Repercusión y difusión en prensa del proyecto.

1.10. Innovación

- Proyecto novedoso en Asturias y transferible a cualquier otro municipio.
- Proyecto pionero en la incorporación de hábitos de vida saludable de forma intergeneracional.
- Creación de huertos infantiles familiares a partir de esta experiencia.

1.11. Evaluación

- El proyecto de nuestro huerto escolar ha sido una experiencia muy enriquecedora para todas las personas implicadas en el proyecto.
- Señalar que a lo largo de las sesiones, muchos niños y niñas, por su propia experiencia familiar, nos relataron cómo cultivan el huerto su familia, lo que nos llevó a reflexionar sobre la vida tradicional y las semejanzas y diferencias con la vida actual desde un enfoque de salud y, sobre todo, a intercambiar aprendizajes y crear vínculos especiales en el espacio y tiempo que estaban en el huerto.
- Por otro lado, la **creación de huertos infantiles familiares en el tiempo de ocio**, por petición de niños y niñas a su familia, ha sido un elemento revelador para el proyecto.

2. PROGRAMA OCIO JUVENIL OVIEDO

2.1. Descripción

Ocio Juvenil de Oviedo, es un programa promovido desde la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento de Oviedo, que engloba distintas iniciativas de ocio, desarrolladas por entidades del Concejo.

Dentro de este Programa se inscribe:

- **Proyecto La Noche es Tuya:** proyecto de ocio que se viene desarrollando desde 1999, con actividades deportivas, culturales y lúdicas, dirigidas a jóvenes de entre 18 y 30 años, que se realizan durante las noches de los fines de semana, durante dos temporadas al año.
- **Proyecto DOCE17:** Proyecto de ocio educativo, puesto en marcha en agosto de 2008, el cual desarrolla sus actividades deportivas, culturales y lúdicas tanto en las tardes de fin de semana, como entre semana en periodos de vacaciones escolares, dirigido a jóvenes de entre 12 y 17 años. Dentro de las actividades de este proyecto también se dispone de un espacio denominado Espacio Abierto donde se realizan actividades coordinadas y desarrolladas por el propio equipo técnico del Programa, donde se informa, orienta y educa sobre aspectos relacionados con conducta afectivo-sexual y social, mitos y estereotipos asociados al consumo de drogas y actitudes violentas desde la transversalidad.
- **Proyecto de Actividades Puntuales Lúdico Educativas:** Actuaciones puntuales que dan respuesta a demandas de colaboración realizadas por entidades del Concejo de Oviedo, reforzando el trabajo de promoción de la salud y estilos de vida saludables, dirigidas a jóvenes entre 12 y 30 años.

2.2. Objetivos

- Promover estilos de vida saludables entre la población juvenil y adolescente del Concejo desde actividades del ocio.
- Desarrollar actividades para el disfrute del ocio y tiempo libre de jóvenes y adolescentes ovetenses con acceso gratuito
- Proporcionar espacios gratuitos en Oviedo para el desarrollo de actividades de ocio a jóvenes y adolescentes.
- Impulsar a través de la población juvenil organizada en asociaciones, clubes y federaciones del Concejo de Oviedo la promoción de actividades de ocio no asociadas al consumo de sustancias.
- Potenciar la participación en las actividades de colectivos más vulnerables.
- Favorecer la participación e implicación activa en el Programa de menores y jóvenes.
- Desarrollar acciones formativas dirigidas a mediadores/as juveniles para desarrollar actuaciones de prevención de drogodependencias.
- Establecer y consolidar líneas de coordinación con las entidades, consejos de juventud y otras organizaciones interesadas en desarrollar propuestas de formación y ocio dirigidas a jóvenes.

2.3. Población Destinataria

Población juvenil comprendida entre los 12 y los 30 años.

2.4. Metodología y Estrategias

- Formación de personas que desean desarrollar actividades dentro del Programa.
- Colaboración con los diferentes agentes y/ o recursos sociales.
- Edición de materiales que promuevan la participación juvenil.
- Desarrollo de actividades de ocio no asociadas al consumo de sustancias.

2.5. Actividades

- Convocatoria a entidades participantes en el Programa.
- Formación del monitorado en cuestiones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de drogodependencias en el ámbito del ocio y tiempo libre
- Coordinación, desarrollo y evaluación el Programa (La Noche es Tuya, DOCE17 y Actividades Puntuales Lúdico Educativas).
- Orientación y asesoramiento sobre demandas recibidas en materia de ocio.
- Participación en foros y encuentros de debate.
- Coordinación y desarrollo de la zona oficial Bookcrossing del Programa.
- COORDINACIÓN (Institución y tipo de ayuda prestada)
 - La Fundación C.E.S.P.A-Proyecto Hombre, a través de un convenio de colaboración establecido con el Ayuntamiento de Oviedo (Concejalía de Juventud), desarrolla la coordinación del Programa.
 - El Plan Municipal sobre Drogas; participa en el diseño, difusión y evaluación del Programa
 - La Concejalía de Juventud, Centros Sociales, Nuevas Tecnologías, Deportes y Empleo –Agencia de Desarrollo Local- participan en la coordinación, difusión y evaluación del Programa.
 - Las entidades que se presentan a la convocatoria anual del Programa y que son aceptados sus proyectos, participan en el proceso del diseño, difusión, ejecución de actividades y evaluación.
 - Centros de enseñanza secundaria del Concejo, Universidad de Oviedo, Escuelas Taller, Casas de Oficios colaboran en la difusión del Programa.
 - Centros de menores y asociaciones que trabajan con menores en riesgo de exclusión social en la difusión y derivación de menores al Programa.

2.6. Evaluación

- **Evaluación de proceso:** De acuerdo con los siguientes indicadores; porcentaje de actividades realizadas conforme a lo planificado, grado de cumplimiento de la temporalización establecida en la programación, población alcanzada sobre la población destinataria, grado de satisfacción e impresiones de las entidades

participantes en el proceso y grado de participación de las entidades en el desarrollo del proceso.

- **Evaluación de los resultados:** Número de actividades desarrolladas por las entidades que incluyen la promoción de la salud y estilos de vida saludable, número de actividades de ocio gratuitas que se ofertan a la población juvenil y adolescente, número de instalaciones juveniles y deportivas que se abren fuera de su horario habitual , número de acciones formativas desarrolladas dirigidas a mediadores/as juveniles , número de actividades en las que se aborde transversalmente temáticas de salud y educación en valores, número de contactos mantenidos con agentes sociales (educadores/as, animadores/as, etc.), número de jóvenes que colaboran en la organización y difusión de una actividad.
- **Evaluación de impacto social del Programa:** número y tipo de solicitudes de información efectuadas al Programa, número de apariciones del Programa en medios de comunicación, difusión del Programa en foros externos, variación en la tendencia de constitución de asociaciones juveniles, organización de las mismas, o implicación de ellas en distintos aspectos del movimiento social y ciudadano, grado de valoración del Programa por parte de la población del Concejo (profesionales, familias y jóvenes).

2.7. Impacto (Mejoras conseguidas)

- **Consolidación de una alternativa de ocio saludable** en periodos vacacionales escolares y en las tardes/noches de los fines de semana.
- **Creación de espacios de socialización libres de drogas** en los que desarrollar actividades lúdicas y educativas en el tiempo de ocio.
- **Promoción y visibilización de las actuaciones y actividades** que desarrollan las entidades juveniles, deportivas y culturales del Concejo entre la población juvenil.
- **Implicación** a lo largo de estos años **de 106 entidades sin ánimo de lucro, clubes deportivos y asociaciones juveniles** en el desarrollo de actividades de ocio bajo una perspectiva de promoción de la salud y prevención de drogodependencias.
- **Formación de un elevado número de monitores/as** (para participar en el Programa se necesita haber realizado una formación básica) de las diversas entidades que participan en el Programa en Prevención de Drogodependencias desde el ámbito del tiempo libre con una perspectiva de promoción de la salud.
- **Número significativo de jóvenes participantes** en las actividades del Programa (una media de 5.005 jóvenes al año desde el inicio).
- **Fomento de la metodología de intervención comunitaria y del trabajo en red**, promoviendo actuaciones y proyectos conjuntos con diversas entidades y organizaciones.
- Inclusión de objetivos preventivos y de actuaciones de sensibilización en las actividades ofertadas en el Programa.

2.8. Sostenibilidad (Cambios duraderos conseguidos)

- Existencia de un grupo de jóvenes con un alto grado de fidelización al Programa.
- Existencia de un alto interés por parte de diversas entidades del Concejo en participar activamente en el Programa, desarrollando actividades con y/o para población juvenil.

- Consolidación de un modelo estable de coordinación con el Plan Municipal sobre Drogas, diferentes Concejalías y entidades del Concejo para la implantación y desarrollo de actuaciones en el marco del Programa.
- Integrado en el ámbito de intervención juvenil del Plan Municipal sobre Drogas, apoyado y en relación con otros programas y actuaciones preventivos, lo que potencia su eficacia.

2.9. Fortalecimiento de la Comunidad (Aspectos conseguidos)

- Durante el desarrollo del Programa (1999-2010) se ha logrado que un total de 106 asociaciones y entidades diferentes hayan participado en el desarrollo del mismo.
- La importancia que tiene el trabajo en red de diferentes agentes sociales, los cuales de manera directa o indirecta forman parte del desarrollo y ejecución del programa: Institución pública (Ayuntamiento de Oviedo), Organización social (Fundación CESP), Entidades del concejo de Oviedo (asociaciones, federaciones y clubes deportivos), y población joven (12-17 y 18-30 años) de Oviedo
- Trabajo en coordinación de diferentes concejalías del Ayuntamiento de Oviedo (fundamentalmente las de Juventud, Deportes y Centros Sociales)

2.10. Innovación y Posibilidad de Transferencia

- La metodología de intervención basada en los principios de intervención comunitaria, ya que son las propias entidades juveniles, asociaciones y clubes deportivos del Concejo las que proponen las actividades a desarrollar y las que posteriormente las desarrollan, posibilitando a las personas que participan el contacto con recursos de ocio del Concejo.
- La creación de un «espacio abierto» como método de relación informal, que posibilita un mayor acercamiento y posibilidad de intervención de los/as técnicos/as con los jóvenes participantes.
- La difusión del Programa a través de estructuras de coordinación establecidas con instituciones, entidades y organizaciones que trabajan con menores.

2.11. Enfoque de Género

- Incorporación a lo largo de estos años objetivos y actuaciones donde se tiene en cuenta las diferencias y peculiaridades de género.
- Formación dirigida al equipo técnico del Programa y al monitorado de las actividades en cuestiones relacionadas con la incorporación del enfoque de género.
- Utilización un lenguaje inclusivo de las mujeres (no sexista) en la redacción de los contenidos de todos los soportes de publicidad, guía del monitorado, informes, documentos, etc., editados por el Programa.

3. Estrategia Bola de Nieve con Grupos Naturales de Adolescentes y Jóvenes en Situación de Riesgo en Avilés

3.1. ¿A Que Demanda Respondemos?

Con esta actuación se responde a una demanda social e institucional de realizar actuaciones de prevención del consumo de drogas con jóvenes en situación de riesgo de exclusión social en un marco de la Educación Para la Salud y Promoción de Salud reflejada en documentos tales como Plan Municipal de Salud de Avilés, Plan de Salud para Asturias, Plan Sobre Drogas de Asturias, Estrategia Nacional Sobre Drogas.

3.2. ¿Que Queremos Conseguir?

Fomentar comportamientos saludables en grupos de jóvenes en situación de riesgo; encauzando su participación en la comunidad y favoreciendo su incorporación social.

3.3. ¿Cuales Son Nuestros Logros?

La siguiente tabla recoge un resumen sobre las «Bolas de Nieve» realizadas desde abril de 2009 hasta la actualidad. Esta tabla incluye los temas abordados y materiales elaborados, número de participantes directos en cada una de ellas, es decir, número de personas que han recibido la formación (N1) y transmitido directa y sistemáticamente esa información a otros jóvenes (N2). La formación directa o espontánea o la recibida posteriormente a través de la distribución de materiales no son cuantificables.

Tema	Fechas	Información Transmitida	Material Elaborado	N1	N2
Leyes y Drogas	Abril-Mayo 2009 Diciembre 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Las sustancias que la Legislación española considera ilegales. - Diferencia entre las conductas que son delito y las que son una infracción grave de la L.O. 1/92 de 21 de febrero. - Indicios habituales de tráfico de drogas. - Penas por tráfico y circunstancias agravantes. - Derechos en caso de detención 	Folleto: "Más información, menos líos: Las drogas y las leyes." Postal: "VRS Drogas & Leyes."	4 8	12 26
El preservativo como único método eficaz en la prevención del VIH/Sida	Septiembre- Octubre 2009 Febrero 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptos básicos del VIH/Sida. - Vías de Transmisión. - Las pruebas de detección y donde realizarlas en Asturias. - El preservativo: Tipos, consejos para su correcta utilización y conservación y lugares donde conseguirlos de forma gratuita en Avilés. 	Postal: "VRS usa condón siempre." Postal: "VRS lucha contra el Sida."	12 8	55 40
Combinar el alcohol y el cannabis.	Octubre- Noviembre 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Conceptos básicos de las drogas y Clasificación según sus efectos. - Efectos y riesgos del alcohol. - Efectos y riesgos del cannabis. 	Postal: "VRS alcohol+porros= STOP."	12	42

		<ul style="list-style-type: none"> - Efectos y riesgos de la mezcla de alcohol y cannabis. - Medidas de reducción de los riesgos del consumo de alcohol, cannabis y su mezcla. 			
Conducir bajo los efectos del alcohol, el cannabis, la cocaína y la ketamina.	Marzo-Abril 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos del consumo de alcohol, el cannabis, la cocaína y la ketamina sobre el SNC y su relación con los riesgos para la conducción de vehículos. - Definición de alcoholemia y la relación existente entre la misma y las sanciones vigentes. - Las diferentes pruebas de detección de consumo de drogas. - Medidas de reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas en relación con la conducción de vehículos. 		10	35
Enfermedades asociadas al consumo de tabaco en mujeres.	Diciembre 2010-Enero 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Composición del tabaco. - Motivos por los que la gente fuma. - Enfermedades asociadas al consumo de tabaco, haciendo especial hincapié en las que afectan a mujeres. - Efectos del consumo de tabaco sobre la estética. 	Postal: "LMRK Tabaco y mujer"	5	23

N1: Número de miembros del grupo inicial de la "Bola de nieve". N2: Número de encuestas realizadas por N1

3.4. Desarrollo de la Experiencia

Primera fase: Análisis de la realidad

- La observación directa participante que nuestros educadores de calle mantienen a lo largo de la convivencia diaria con estos grupos pone de manifiesto las lagunas informativas, la proliferación de mitos y en general toda una serie de conductas problemáticas que serían susceptibles de ser minimizadas a través de una información verídica y adecuadamente transmitida. Algunos ejemplos:
 - Desconocimiento de nuestro sistema jurídico en materia de drogas.
 - La consideración, en la práctica, del preservativo únicamente como método anticonceptivo, obviando su naturaleza profiláctica de las ITS.
 - Desinformación sobre los efectos adversos de la interacción entre el alcohol y el cannabis.
 - Proliferación de falsas creencias sobre los riesgos que implican la conducción bajo los efectos de diferentes sustancias de abuso (alcohol, cannabis, cocaína y ketamina).
 - Falta de información concreta sobre los efectos negativos del consumo de tabaco sobre el cuerpo de la mujer.

Segunda Fase: Sesión Formativa.

Los temas mencionados son muy **concretos y concisos** lo cual es requisito imprescindible para la segunda fase, la sesión formativa. La experiencia nos ha llevado a la conclusión de que es fundamental para asegurar un nivel de atención óptimo por parte de los participantes, por lo que la duración de estas sesiones no debe superar las dos horas. Otro aspecto de gran relevancia para el éxito de la misma está en el **enfoque participativo** y el empleo de un **constante *feed-back*** en el que los **formadores** trasladan nuevos conocimientos en función de los que los **participantes** traían consigo.

La **utilización de las infraestructuras comunitarias próximas** a los grupos (centros socio-culturales, colegios, locales de Asociaciones de Vecinos...) son el **escenario ideal** ya que además de suponer una optimización de recursos públicos añade un acercamiento de la comunidad organizada (AMPAs, Asociaciones de Vecinos, profesorado y otras entidades sociales) al trabajo que se realiza con estos grupos de jóvenes.

Antes de finalizar la sesión se recogen las ideas consideradas como más importantes por el grupo para a continuación proceder con la tercera fase.

Tercera Fase: Adaptación Cultural y Difusión de la Información

La «Adaptación Cultural» consiste básicamente en «traducir» a lenguaje generacional los mensajes que se usarán para la difusión de la información.

Esencialmente estos materiales son dos: la **postal de apoyo** y el **cuestionario de mediación**.

- **La postal de apoyo:** recoge la información que el grupo consideró más relevante para transmitir a sus iguales, acompañada de un grafismo relativo al tema en cuyo diseño los miembros del grupo también participan.
- **El cuestionario de mediación:** para cada una de las «Bolas de nieve» que hemos desarrollado se ha elaborado un cuestionario cuyo objeto es el de servir de excusa para que los chavales puedan transmitir información sobre el tema a sus amistades y personas conocidas y ejercer por tanto una mediación entre iguales. Para facilitar esta labor y asegurar que los conocimientos esenciales sean transmitidos adecuadamente, cada ítem del cuestionario va acompañado de una nota explicativa que contiene exactamente la información que debe de ser transmitida.

Esta adaptación no sólo es importante para una mayor eficacia de los mensajes respecto a la población destinataria, sino como mecanismo para que los participantes aprehendan los contenidos y mensajes que van a transmitir en la siguiente fase (la mediación entre iguales) a través de la «Encuesta Bola de Nieve» en la que los miembros de la pandilla realizan la mediación con aquellas personas de su red relacional que se ajustan al perfil definido en cada caso.

3.5. ¿Que Aspectos Éticos y/o Valores Destacamos?

- **Aprendizaje grupal y cooperativo:** el grupo de participantes, dedica su tiempo al aprendizaje de algo nuevo de forma cooperativa, pues se ayudan en la comprensión de los aspectos más difíciles.
- **Aprendizaje para compartir:** los conocimientos adquiridos, una vez traducidos a su propio lenguaje, son para “transmitir” a otras personas.

3.6. Nuestra Aportación Singular

Nuestra aportación es **adaptar la estrategia de «Bolas de nieve»** que la ONG belga MODUS VIVENDI hizo en su día de la **técnica de muestreo no-probabilístico de Leo A. GOODMAN, convirtiendo lo que en origen era un mecanismo para obtener información de poblaciones de difícil acceso** (consumidores de drogas principalmente) **en una técnica para difundir información y promover la educación para la salud entre iguales en esas mismas poblaciones.**

La **idea subyacente** es que **algunos miembros de estos grupos tienen más capacidad que nadie para entrar en contacto con otras personas de características similares y transmitirles desde la cercanía una información que de otra forma sería muy difícil que les llegase.**

4. Institución Responsable de la Intervención o Programa

Concejalía de Consumo y Ciudad Saludable. Ayuntamiento de Avilés.
C/Galiana 11. C. P. 33402, Avilés. Tel.: 985 510 458. Email: salud@ayto-aviles.es