

**Objetivo 12**

**Reducción de los daños  
derivados del alcohol, las drogas  
y el tabaco**

**12**

## Objetivo 12. Reducción de los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco

### *Objetivos Estratégicos de la OMS en la Región de Europa*

**6. Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir los factores de riesgo para problemas de salud asociados al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, a dietas no saludables, a inactividad física y a prácticas sexuales de riesgo.**

#### **Tabaco**

El actual marco de acción regional es la Estrategia Europea para el Control del Tabaco ('ESTC'). Se basa en las lecciones aprendidas de los tres planes de acción europeos y los principios de la Declaración de Varsovia para una Europa Libre de Tabaco, que fue adoptada por el Comité Regional de la OMS para Europa en 2002.

La red mundial de control del tabaco hace especial hincapié en la transformación de los datos recogidos en políticas y programas.

#### **Alcohol**

Desde 1992 hasta 2005 el Plan de Acción Europeo sobre Alcohol sirvió de base para el desarrollo e implementación en los Estados Miembros de políticas y programas sobre el alcohol. Fue complementada en 2001 por la Declaración de Estocolmo sobre Jóvenes y Alcohol. La Declaración sigue siendo la principal declaración de política de la Región Europea de la OMS sobre el tema. El marco de la OMS para la política de alcohol en la Región Europea sustituyó el Plan de Acción Europeo sobre Alcohol en el año 2006.

En particular, se está avanzando en el desarrollo de una estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Los Estados Miembros europeos también se basan en las estrategias europeas sobre enfermedades no transmisibles y sobre la salud de la infancia y adolescencia y el Plan de Acción de Salud Mental para Europa. También hay un renovado enfoque en la relación entre el alcohol y las lesiones y la violencia.

#### **Drogas ilegales**

El enfoque de las drogas ilegales en la OMS / Europa se centra en el desarrollo de políticas y estrategias para reducir la demanda de drogas. La prevención es una parte muy importante y costo-efectiva de dichas estrategias, pero el trabajo principal de la OMS es apoyar a los Estados miembros en la prestación de programas de tratamiento efectivos para los usuarios de drogas, incluidas las medidas de reducción de daños, para evitar la propagación de enfermedades transmisibles como el VIH y la hepatitis.

Parte de este trabajo se lleva a cabo en estrecha colaboración con otros programas dentro de la Oficina Regional de la OMS -el Proyecto de Salud en las Prisiones y el programa de VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual y hepatitis viral.

### Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa

## **12.1. Consumo de tabaco en adultos**

- 12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo, edad y nivel socioeconómico
- 12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco
- 12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

## **12.2. Consumo de alcohol en adultos**

## **12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas**

- 12.3.1. Consumo de cannabis
- 12.3.2. Consumo de cocaína
- 12.3.3. Consumo de éxtasis
- 12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

## **12.4. Repercusiones en la salud**

- 12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas
- 12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

## **12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas**

## **12.6. Conclusiones**

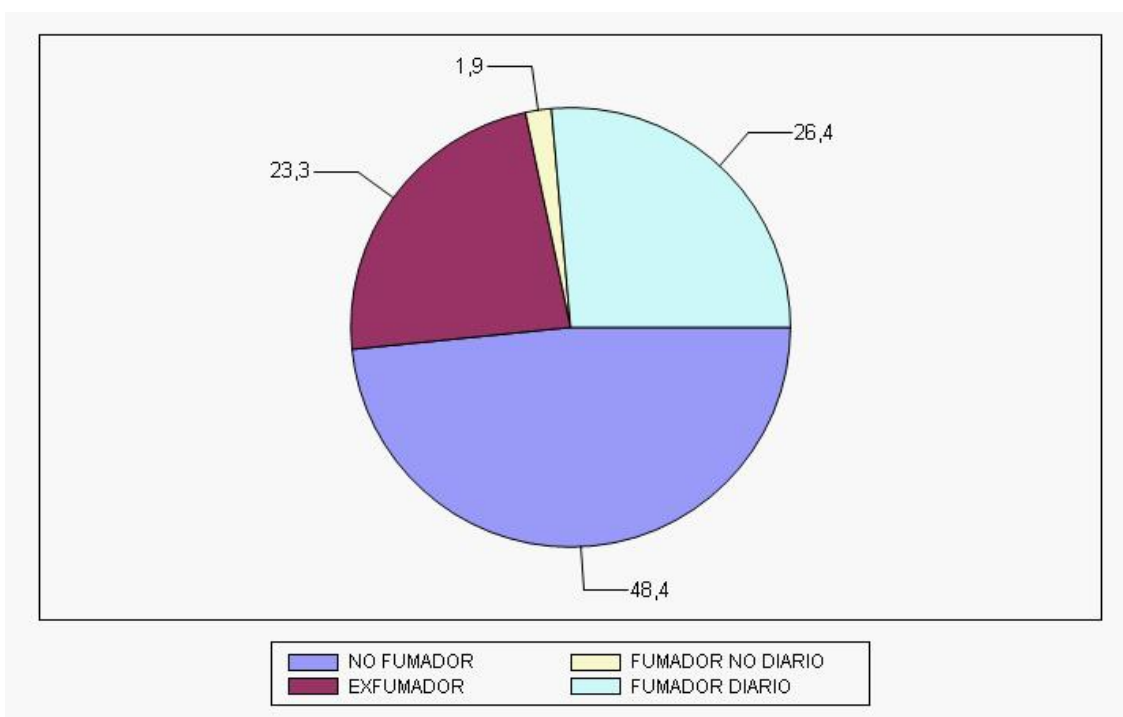
## 12.1 Consumo de tabaco en adultos

### 12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo, edad y nivel socioeconómico

De acuerdo con el Sistema de Información de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades no Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A), en el año 2011 el 28,3% de la población de 18 a 64 años eran fumadores habituales (un 26,4% diarios y un 1,9% ocasionales) (Figura 12.1), lo que representa una disminución del 10,2% respecto al año anterior (2010); el 48,4% no fumaban y el 23,3% eran exfumadores.

**Figura 12.1. Clasificación según frecuencia de consumo de tabaco. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



Como se ha venido observando durante los últimos años, las diferencias entre hombres y mujeres son pequeñas. En 2011, estas diferencias se redujeron aún más hasta prácticamente desaparecer, puesto que se registró una prevalencia de consumo de tabaco del 28,2% en los hombres, frente a un 28,4% en las mujeres.

Por edad, en 2011, la prevalencia de fumadores en hombres fue prácticamente igual en todos los subgrupos, con un 28,9% en los de 18-29 años, un 28,1% en los de 30-44 años y un 27,9% en los de 45-64 años. En las mujeres, la prevalencia de tabaquismo fue mayor entre las más jóvenes (18-29 años), con un 31,8% (prevalencia similar a la de los dos años anteriores), seguida de las de 45-64 años (28,2%) y de las de 30-44 años (26,4%).

Según el nivel socioeconómico, en 2011, en los hombres se observó un gradiente en la prevalencia de tabaquismo, aumentando ésta al disminuir el nivel socioeconómico. En las mujeres no se observó este gradiente. La mayor prevalencia de fumadoras se registró en las mujeres de nivel socioeconómico y educativo medio-alto, seguida de las de nivel bajo. Las mujeres de nivel medio-bajo y alto, respectivamente, registraron las menores prevalencias, muy similares entre sí.

## 12.1.2. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco

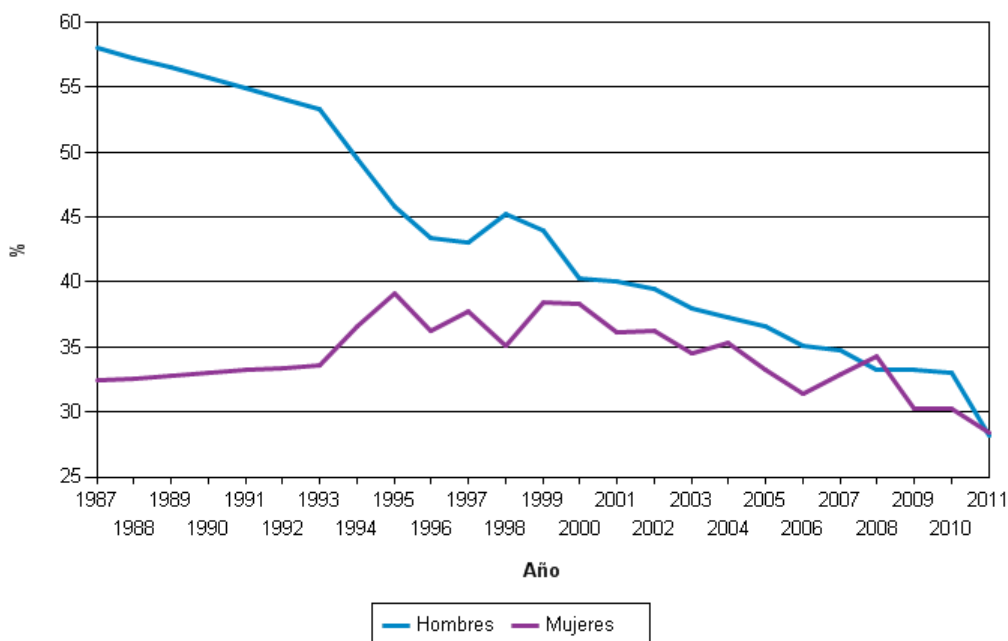
Respecto a las tendencias se observan importantes cambios en el consumo, con algunas variaciones en la evolución según los diversos subgrupos poblacionales. No obstante, lo más destacable en el año 2011 ha sido el importante descenso del consumo de tabaco en todos los subgrupos, a excepción de los varones y mujeres del nivel socioeconómico y educativo más bajo, en los que se registró un aumento.

En los hombres (Figura 12.2), se observa una tendencia descendente del tabaquismo desde 1987, que continúa en la actualidad, aunque desde 1995 la magnitud del descenso fue menor que la observada en la década de los años 1980 y primera parte de la década de 1990. Sin embargo, en 2011 se observa de nuevo un notable aumento en la magnitud del descenso con respecto a años anteriores, con una disminución relativa de la prevalencia de hombres fumadores respecto al año anterior del 14,5%. En las mujeres, la máxima prevalencia se alcanzó entre 1995 y 2000, disminuyendo a partir de entonces con una pendiente similar a la observada en los hombres. Respecto a 2010, en 2011 se registró también un descenso importante en la prevalencia de fumadoras (6,0%).

Por edad, en los hombres, el descenso fue bastante constante en todos los grupos de edad (Figura 12.3). En las mujeres, la disminución de la prevalencia fue también bastante constante en las jóvenes y en las edades intermedias, mientras que en las de 45-64 años se registró un aumento sostenido, debido al efecto de la llegada a estas edades de las cohortes de las jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990. Los hombres y mujeres con mayor nivel de estudios son los que presentan el mayor descenso de consumo de tabaco, mientras las mujeres con el menor nivel educativo presentan una tendencia ascendente en la prevalencia de tabaquismo; nivel en el que los hombres, aunque presentan un descenso absoluto entre 1995 y 2011, éste es muy inferior al presentado en los niveles socioeconómicos superiores, y la tendencia es bastante irregular, con un nuevo aumento en 2011 respecto a 2010 (Figura 12.4).

**Figura 12.2. Evolución de la prevalencia de fumadores según sexo. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2011.**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo. SIVFRENT-A, 1995-2011. Servicio de Epidemiología.



**Figura 12.3. Evolución de la prevalencia de fumadores por grupos de edad (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2011.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

**Hombres**



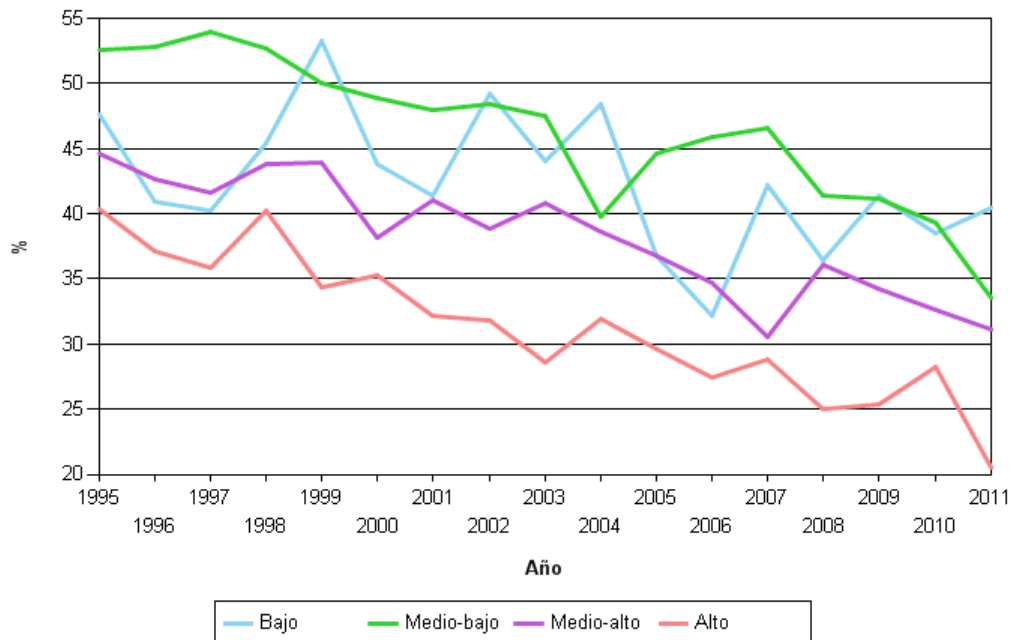
**Mujeres**



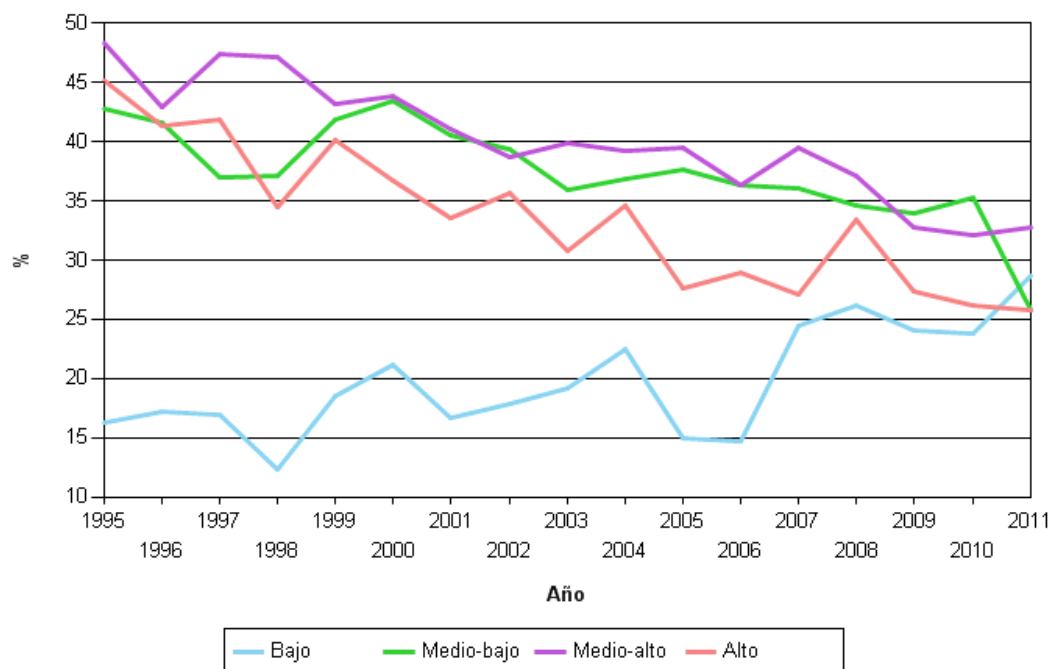
Figura 12.4. Evolución de la prevalencia de fumadores por nivel de estudios (18 a 64 años), según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2011.

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.

**Hombres**



**Mujeres**



### 12.1.3. Exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco

La exposición pasiva a aire contaminado por humo de tabaco autodeclarada se vigila en la Comunidad de Madrid, a través del SIVFRENT, desde el año 2006.

Antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, el 34,3% de los encuestados refería que al menos una persona de las que vivían en su hogar fumaba habitualmente en el interior del mismo. Tras la introducción de esa normativa, la prevalencia disminuyó ligeramente, hasta situarse en 2010 en un 26,9%. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010 se registra nuevamente un ligero descenso hasta el 24,3% (Figura 12.5).

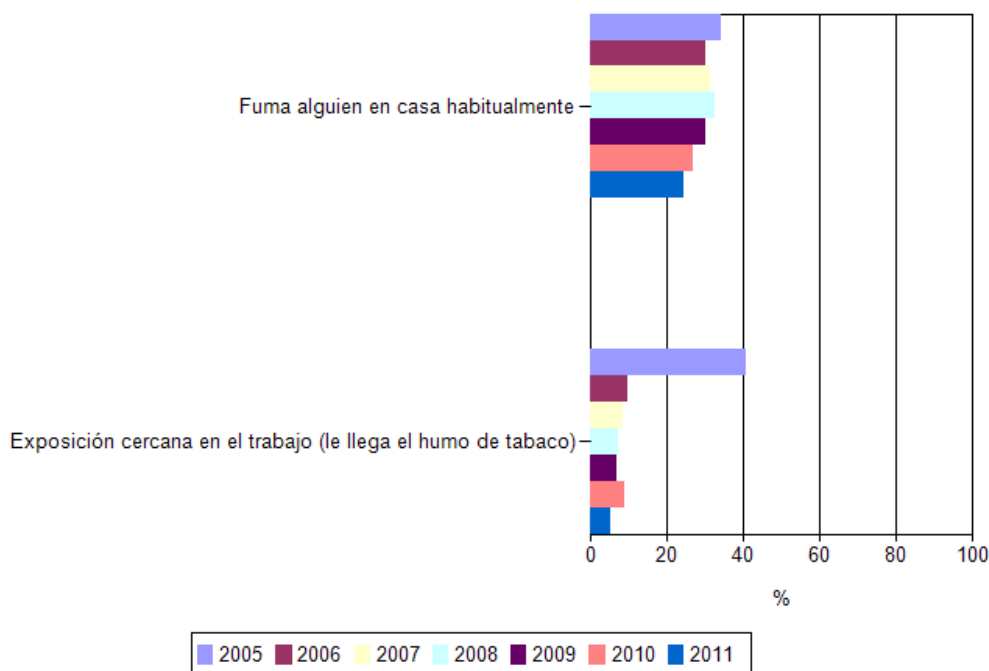
En relación con la exposición en el entorno laboral, antes de la entrada en vigor de la Ley 28/2005, el 40,5% de las personas que trabajaban fuera de casa en espacios cerrados estaban expuestas al humo del tabaco. Esta proporción disminuyó drásticamente en 2006 hasta el 9,8%, tras la aplicación de la Ley. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010 se registra nuevamente un descenso hasta el 5,1% (Figura 12.5).

En cuanto a la exposición pasiva en bares y restaurantes, antes de la introducción de la Ley 28/2005, entre los encuestados que habían acudido a bares o cafeterías durante el último mes, un 96,8% describía el ambiente como cargado (poco, bastante o muy cargado, siendo un 65,8% los que lo encontraban bastante o muy cargado). Esta exposición descendió ligeramente tras la aplicación de la normativa, registrándose un 92,5% en 2010. En 2011, tras la introducción de la Ley 42/2010, esta situación mejoró drásticamente. Un 5,2% describió el ambiente como cargado, la mayoría de ellos poco cargado (4,8%) (Figura 12.6).

Un patrón similar muestran los restaurantes, sólo que en ellos el descenso fue mayor tras la aplicación en 2006 de la Ley 28/2005 (Figura 12.6).

**Figura 12.5. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar y en el lugar de trabajo. Comunidad de Madrid, 2005-2011. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.**

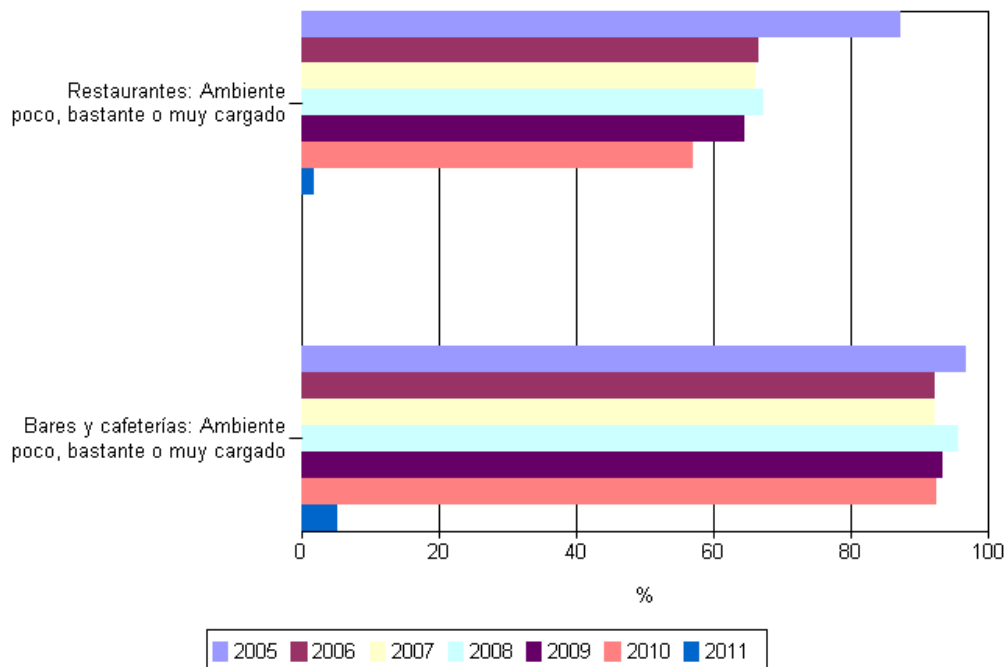
Fuente: Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2011. Servicio de Epidemiología.





**Figura 12.6. Prevalencia de exposición pasiva a humo de tabaco en bares y restaurantes. Comunidad de Madrid, 2005-2011. Comparación antes-después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y de la Ley 42/2010.**

Fuente: Encuesta de Tabaco, 2005 y SIVFRENT-A, 2006-2011. Servicio de Epidemiología.



## 12.2. Consumo de alcohol en adultos

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES 2009) el alcohol fue la sustancia psicoactiva más consumida por la población en 2009. El consumo alguna vez en la vida presentó una prevalencia de 94,5% (en 2007: 76,4% ), el consumo en los últimos 12 meses fue referido por el 79,8% de la muestra (en 2007: 63,8% y España 2009: 78,7%), y la prevalencia de consumo actual (últimos 30 días) fue del 62,8% (en 2007: 53% y España 2009: 63,3%). En el consumo diario se situó tras el tabaco con una prevalencia del 10,6% (en 2007: 4,7% y España 2009: 11,0%).

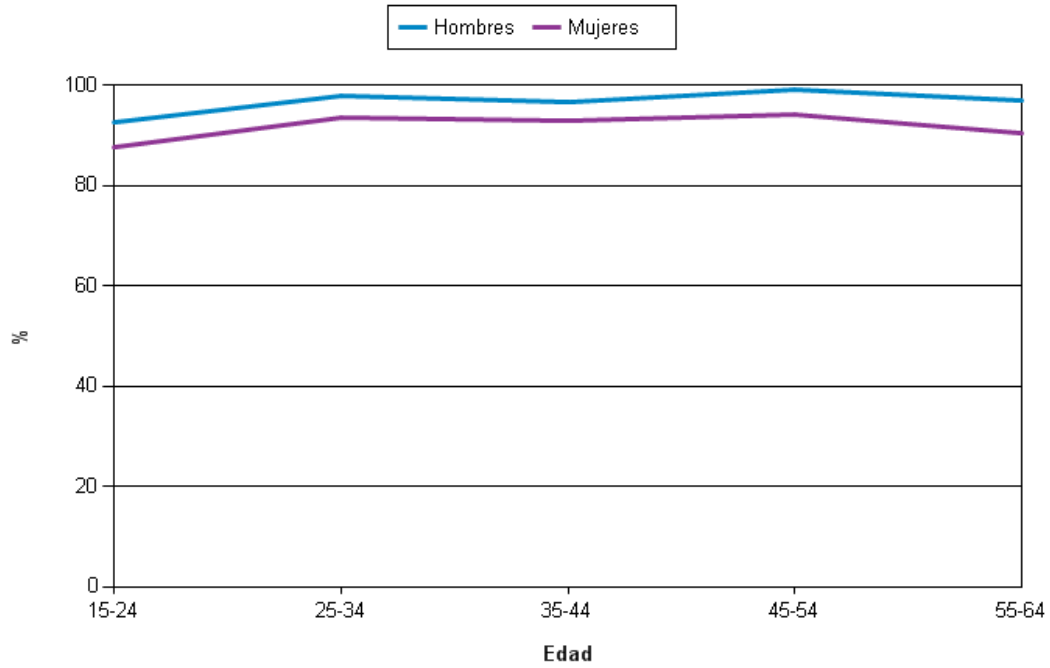
Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentaron con la edad, a favor de aquellos, y en el grupo de 55-64 años es donde se observa mayor diferencia de consumo (Figura 12.7).

Un 17 % de la muestra se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses: el 22,5% de los hombres y el 12,3% de las mujeres. En los más jóvenes, tanto hombres como mujeres, las proporciones son superiores a los de mayor edad. El 45% de los menores de 24 años se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses (Figura 12.8).

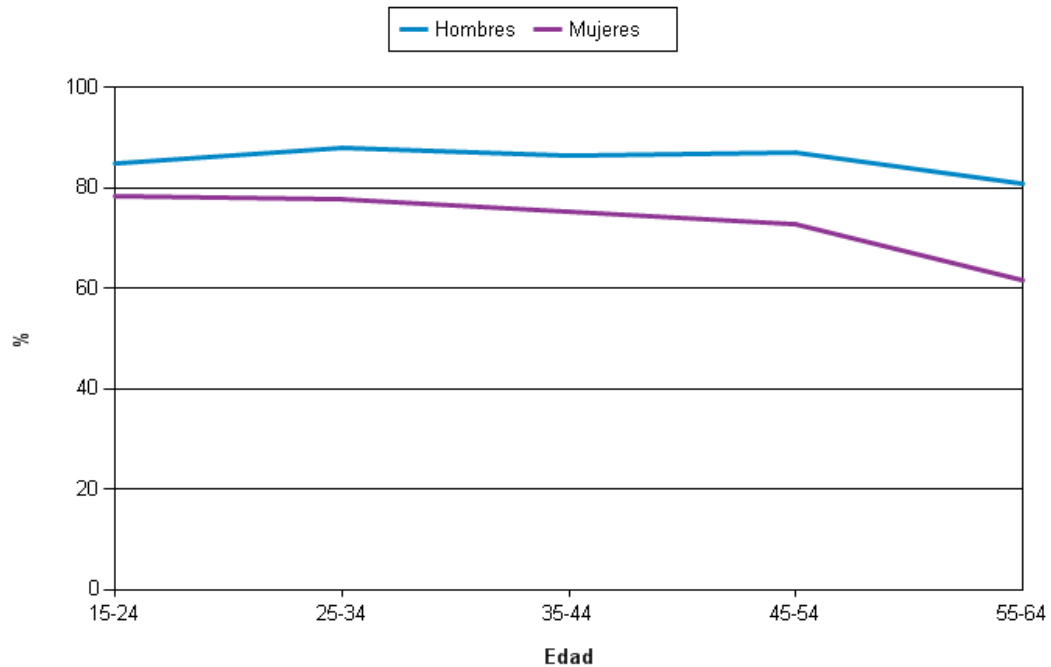
**Figura 12.7. Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2009.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

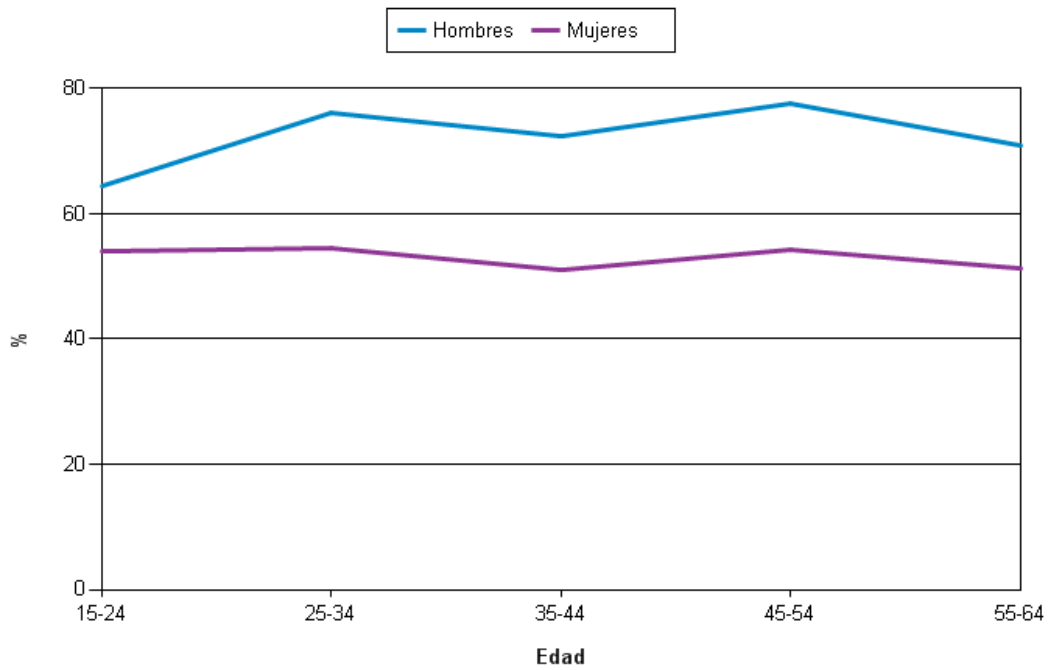
**Alguna vez en la vida**



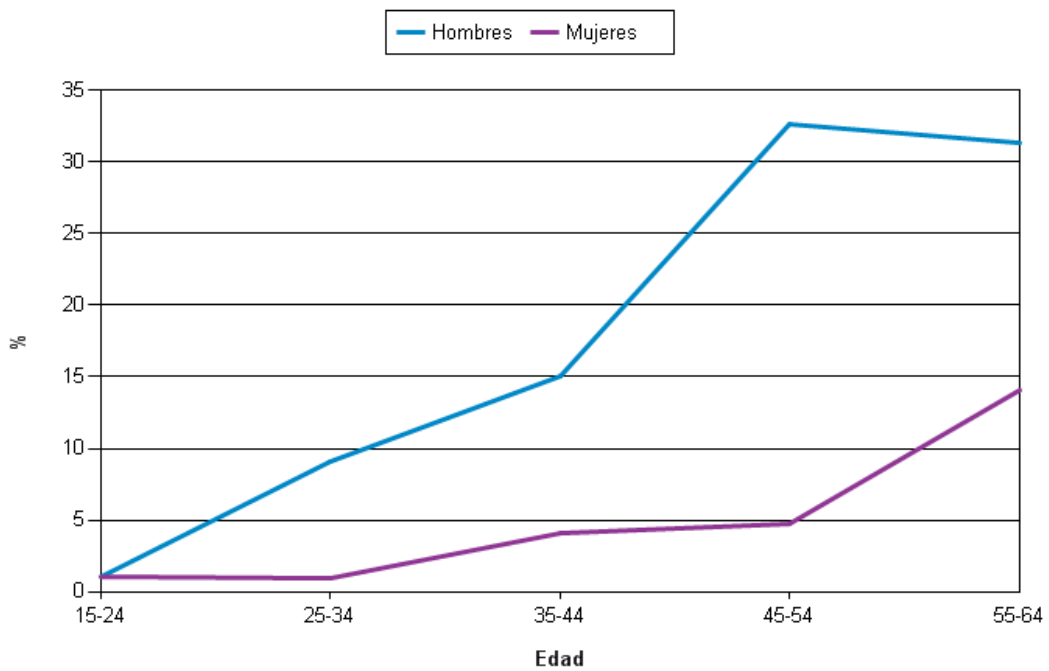
**En los últimos 12 meses**



En los últimos 30 días



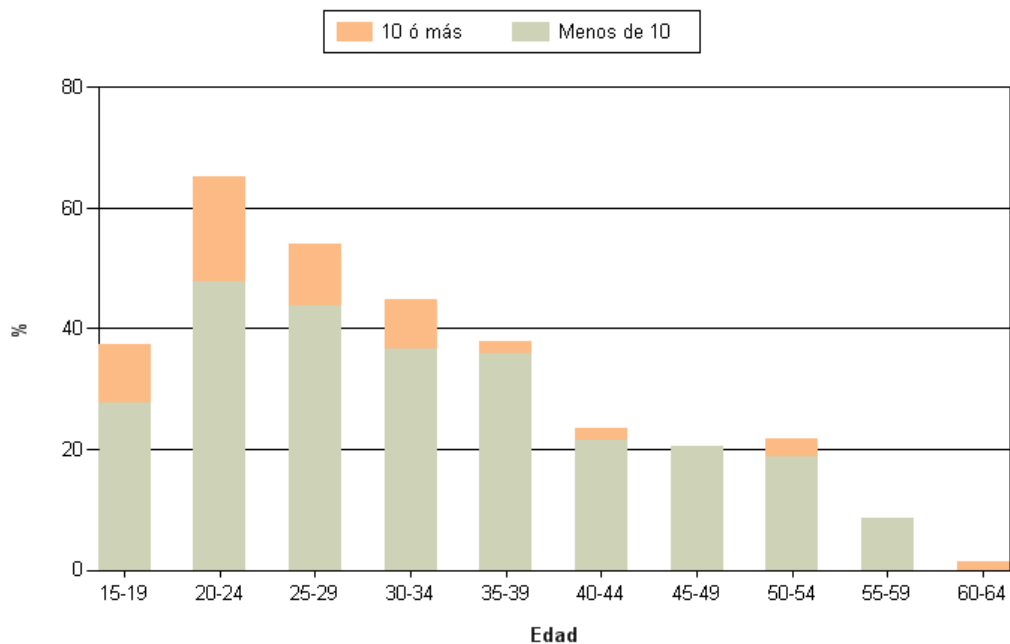
A diario



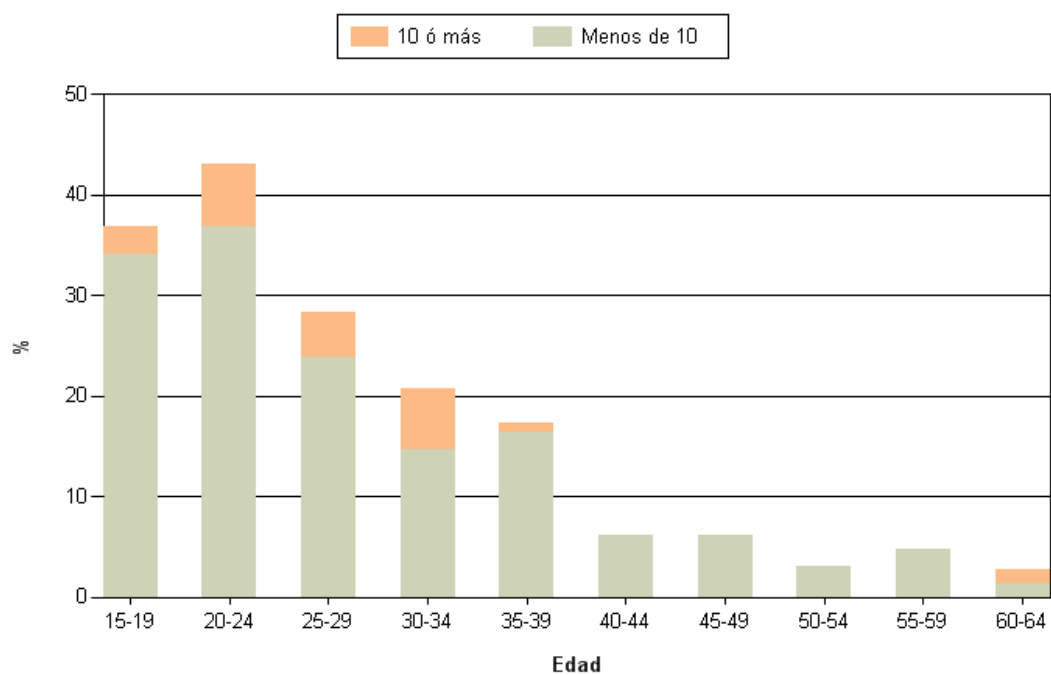
**Figura 12.8. Prevalencia de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2009.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

**Hombres**



**Mujeres**



Según el SIVFRENT-A el consumo medio per cápita semanal de alcohol en 2010 fue de 47 gramos (g), 68 g en hombres y 27 g en mujeres.

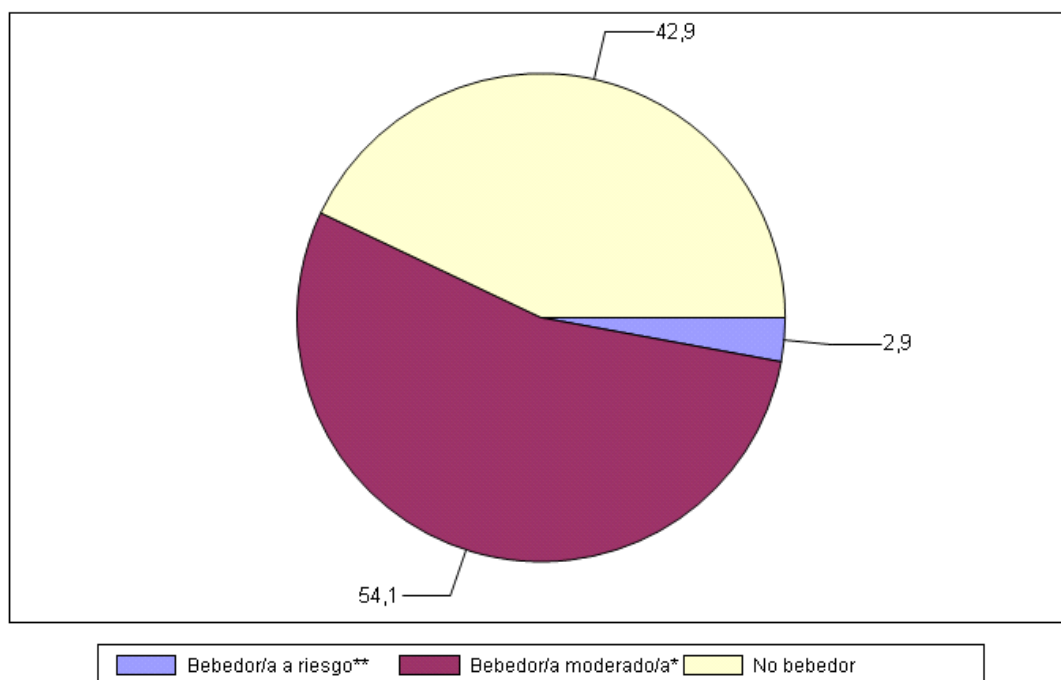
El 51,1% de los entrevistados son clasificados como bebedores habituales, que son definidos como aquellas personas que han consumido alcohol al menos una vez a la semana durante los últimos 30 días, siendo esta proporción 1,6 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

La cantidad total de alcohol consumido por término medio al día se calcula a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad consumida de diversas bebidas alcohólicas durante la última semana. Se considera bebedor/a moderado/a a aquella persona cuyo consumo diario es de 1-39 g/día en hombres y de 1-23 g/día en mujeres, y bebedor/a a riesgo a los hombres y mujeres con consumos  $\geq 40$  g/día y  $\geq 24$  g/día, respectivamente.

Globalmente, un 2,9% de la población es clasificada como bebedor a riesgo, un 54,1% como bebedores moderados y un 42,9% como no bebedores (Figura 12.9). En 2010, la proporción de personas con consumos promedio de riesgo fue 1,5 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

**Figura 12.9. Clasificación según la cantidad total de alcohol consumida por término medio al día. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 2011.**

Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología.



\* Consumo de alcohol de 1-39 g/día en hombres y 1-23 g/día en mujeres.

\*\* Consumo de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres.

El 14,0% realizó al menos un consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (consumo en un corto período de tiempo, por ejemplo durante una tarde o una noche, de  $\geq 80$  g en hombre y  $\geq 60$  g en mujeres) (Tabla 12.1). Este consumo fue 2,2 veces más frecuente en hombres que en mujeres y su frecuencia es muy alta en el grupo de edad más joven (33,4%).

El consumo global de riesgo, es decir, la proporción de personas que realizaron alguno de los consumos de riesgo (consumo medio diario de riesgo y/o consumo excesivo en una misma ocasión) fue del 15,0% (20,3% de los hombres y 9,8% de las mujeres). La máxima frecuencia se alcanza en los jóvenes, uno de cada tres, debido, como observábamos anteriormente, a la frecuencia tan elevada del consumo excesivo en una misma ocasión.

Del total de bebedores habituales, un 7,8% tienen el test de CAGE positivo (estima el Síndrome de Dependencia Alcohólica, estableciéndose como punto de corte dos o más preguntas de las cuatro en qué

consiste el test). Este resultado es casi 2 veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Por último, un 2,4% del total de entrevistados que han conducido un vehículo a motor durante los últimos 30 días, lo ha hecho al menos en una ocasión bajo los efectos del alcohol. En los hombres este porcentaje se eleva al 4,3%, frente al 0,4% de las mujeres. Se observa asimismo, una prevalencia muy superior en los jóvenes de 18 a 29 años frente al grupo de 45-64 años.

**Tabla 12.1. Proporción de bebedores habituales, bebedores a riesgo y consumo excesivo de alcohol. Comunidad de Madrid, 2010.**

Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

	Total	Sexo		Edad		
		Hombres	Mujeres	18-29	30-44	45-64
<b>Bebedores habituales (a)</b>	51,1 (±2,2)*	63,7 (±3,0)	38,8 (±3,0)	45,8 (±4,5)	49,4 (±3,5)	56,4 (±3,6)
<b>Bebedores con consumo promedio de riesgo (b)</b>	2,9 (±0,7)	3,5 (±1,1)	2,4 (±0,9)	5,0 (±2,0)	2,0 (±1,0)	2,6 (±1,1)
<b>Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (c)</b>	14,0 (±1,3)	19,2 (±2,0)	8,9 (±1,6)	33,4 (±3,4)	11,5 (±1,9)	4,1 (±1,2)
<b>Consumo de riesgo global (d)</b>	15,0 (±1,5)	20,3 (±2,5)	9,8 (±1,7)	34,0 (±4,2)	12,5 (±2,2)	5,3 (±1,4)
<b>Test CAGE positivo en bebedores habituales</b>	7,8 (±1,6)	9,5 (±2,3)	5,1 (±2,2)	14,2 (±4,6)	6,4 (±2,4)	5,8 (±2,2)
<b>Conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (e)</b>	2,4 (±0,7)	4,3 (±1,3)	0,4 (±0,4)	4,4 (±2,0)	1,8 (±1,0)	1,9 (±1,1)

\* Intervalo de confianza al 95%

(a) Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

(b) Consumo de alcohol de <sup>3</sup>40 g/día en hombres y <sup>2</sup>24 g/día en mujeres

(c) Consumo en un corto período de tiempo de <sup>3</sup>80 g en hombres y <sup>3</sup>60 g en mujeres

(d) Consumo medio diario de riesgo (ver b) y/o consumo excesivo en una misma ocasión (ver c)

(e) Entre los que han conducido un vehículo a motor en los últimos 30 días.

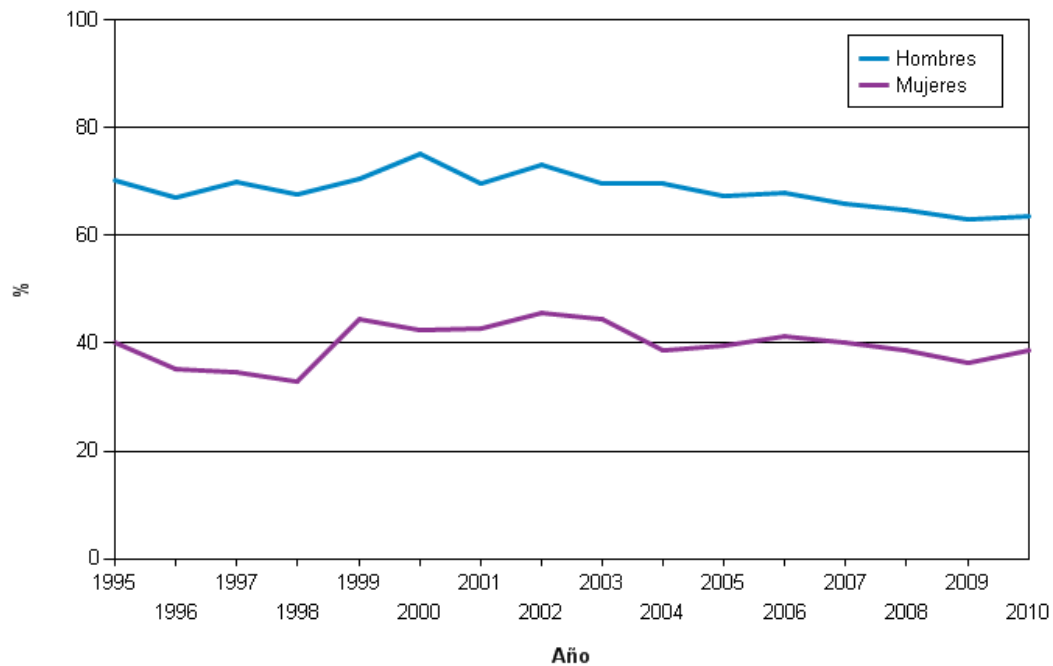
La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2009/2010, especialmente en los hombres (Figura 12.10). En ese periodo, la proporción de bebedores habituales se redujo un 7,7% en hombres y un 0,4% en mujeres y la proporción de bebedores de riesgo disminuyó en hombres y mujeres un 63,9% y un 26,9%, respectivamente.

El consumo excesivo en una misma ocasión sólo disminuyó en hombres (un 20,8%), mientras en las mujeres aumentó (un 18,0%), pero hay que señalar que entre 2009 y 2010 se produjo un llamativo aumento de este consumo tanto en hombres (39,1%) como en mujeres (61,8%), por lo que habrá que estar vigilante en los próximos años ante la posible confirmación de esta tendencia. Por último, la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días (Figura 12.10) se redujo en hombres (un 40,2%) y mujeres (59,3%), aunque la variabilidad en la población femenina es muy elevada dado que la prevalencia promedio de toda la serie oscila alrededor del 1%.

**Figura 12.10. Evolución del consumo de alcohol en la población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2010.**

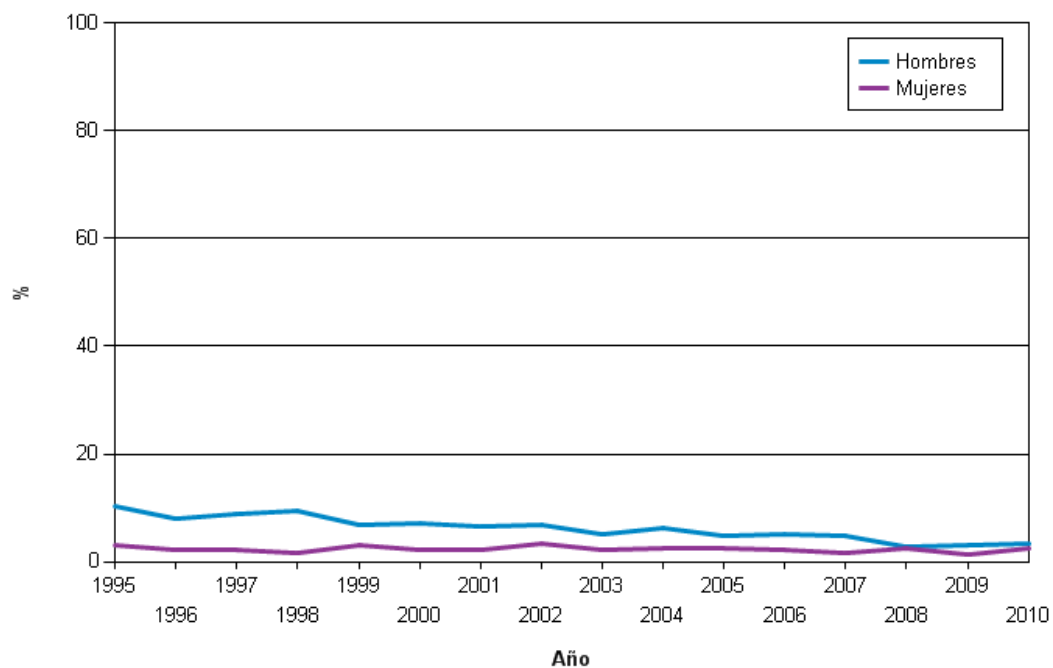
Fuente: SIVFRENT-A. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

**Bebedores habituales\***



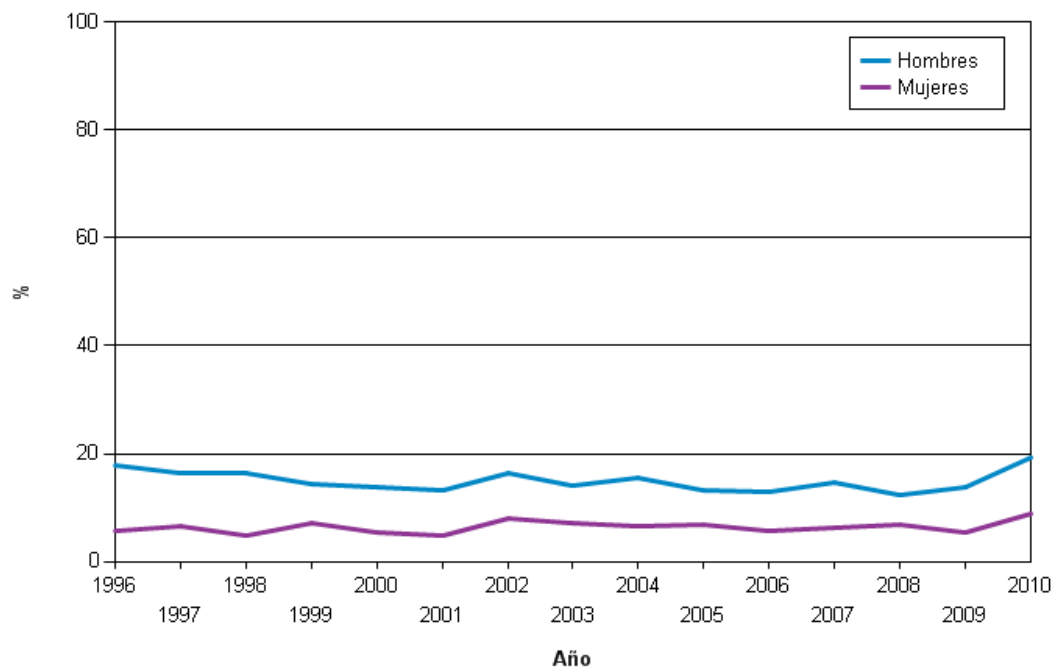
\* Bebedores habituales: Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

**Bebedores con consumo promedio de riesgo\***



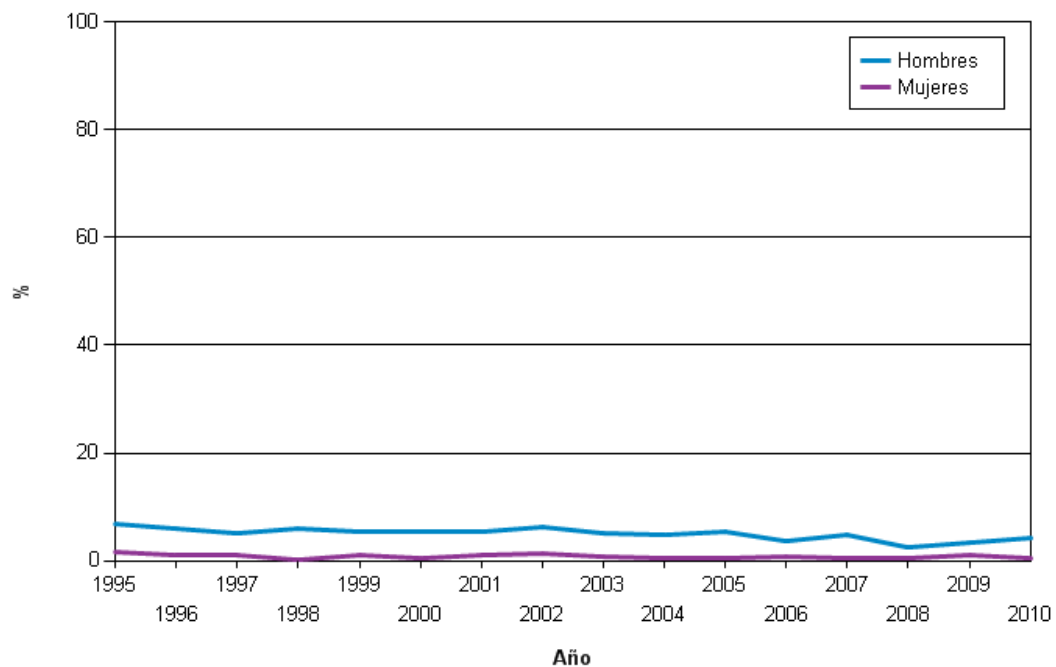
\* Consumo promedio de riesgo: Consumo diario de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres

**Consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días\***



\* Consumo excesivo en una misma ocasión: Consumo de alcohol de 80 g/día o más en hombres y 60 g/día o más en mujeres a lo largo de una tarde

**Conducir bajos los efectos del alcohol en los últimos 30 días**





### 12.3. Consumo de otras sustancias psicoactivas

El consumo de drogas de comercio ilegal es un fenómeno que se asocia a las edades más jóvenes y que según se ha observado en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES 2009) presenta diferencias significativas entre los más jóvenes (15-34 años) y los adultos (35-64). En los más jóvenes es más frecuente el consumo de cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos y en los mayores el consumo de tranquilizantes y somníferos.

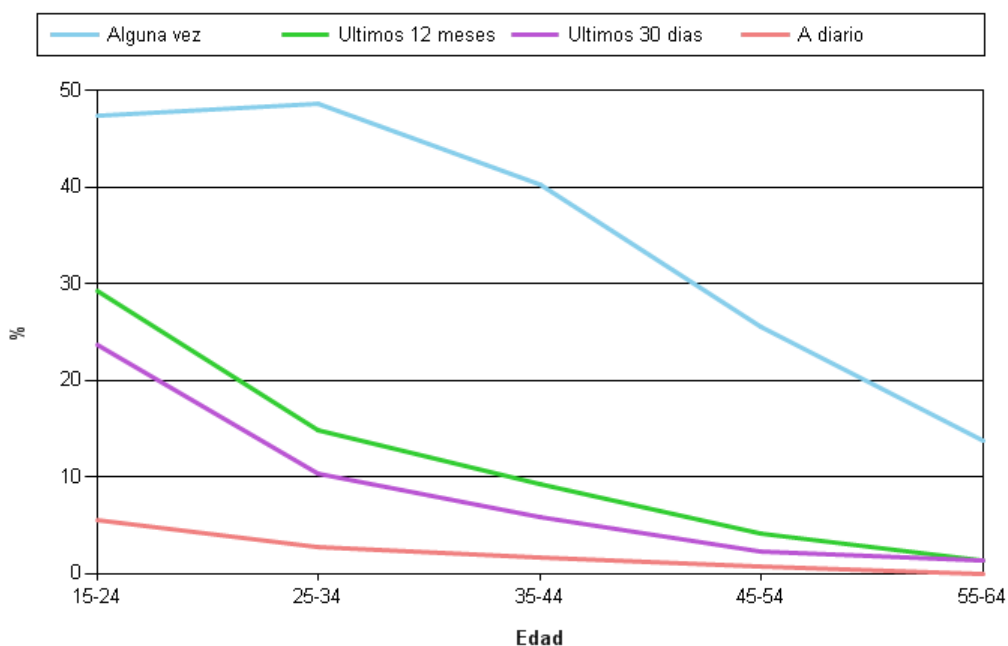
#### 12.3.1. Consumo de cannabis

Como en años anteriores, el cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid. El 36,7% afirmó haberla probado alguna vez, dato este que fue superior al de 2007, que era del 21,1% (32,1% en España en 2009). Ha aumentado el consumo actual con respecto al año anterior y es superior al obtenido en España: la prevalencia de consumo en el último año fue del 11,6% (10,6% en 2007 y 10,6% España 2009), un 8,4% en el último mes (7,7% en 2007 y 7,6% España 2009), y el consumo de todos los días fue del 2,1% (0,8% en 2007 y 2% España 2009).

La prevalencia de consumo fue mayor en los hombres (45% alguna vez) que en las mujeres (29% alguna vez), tanto para el consumo reciente como para el actual. El mayor consumo se produce en los más jóvenes (Figura 12.11).

**Figura 12.11. Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid, 2009.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



#### 12.3.2. Consumo de cocaína

La cocaína fue la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, tras el cannabis. También es el psicoestimulante cuyo consumo está más extendido en la población.

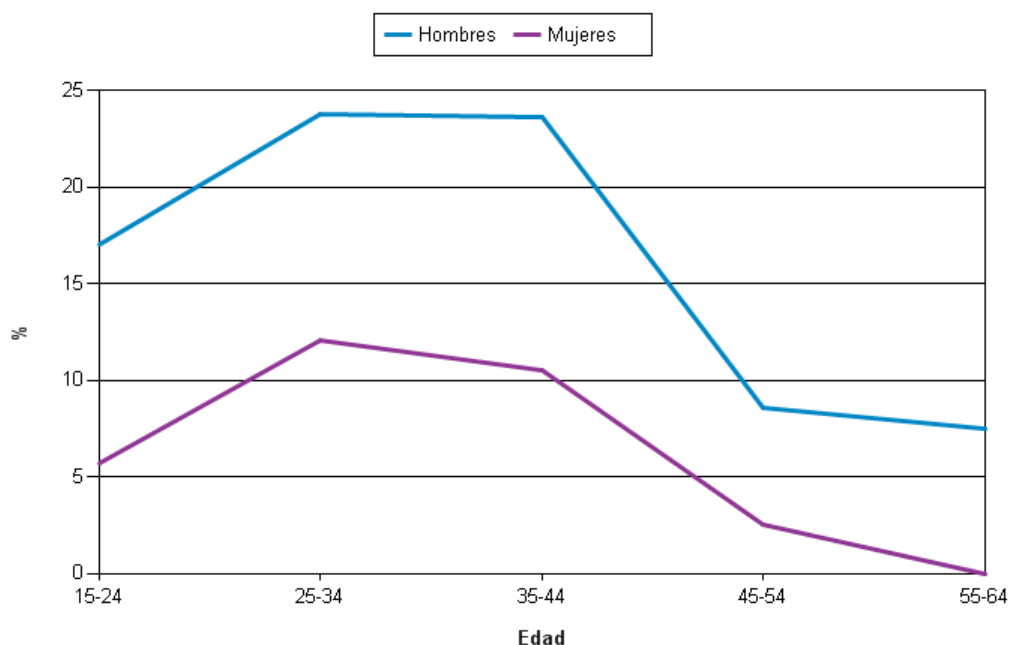
Un 12,2% ha experimentado con cocaína alguna vez en la vida (en 2007: 6,8% y España 2009: 10,2%), el 1,9% la consumió en los últimos 12 meses (en 2007: 3% y España 2009: 2,6%) y el 0,7% refirió consumirla en los 30 días previos a la encuesta (en 2007: 1,7% y España 2009: 1,2%).

Consumen cocaína en mayor proporción los hombres que las mujeres, el 17,6% de los hombres la han probado frente al 7% de las mujeres. Y su consumo se concentró en los grupos etarios más jóvenes (el

15,5% de menores de 35 años la han consumido alguna vez frente al 9,9% de los de 35 y más años) (Figura 12.12).

**Figura 12.12. Consumo de cocaína alguna vez en la vida según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2009.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



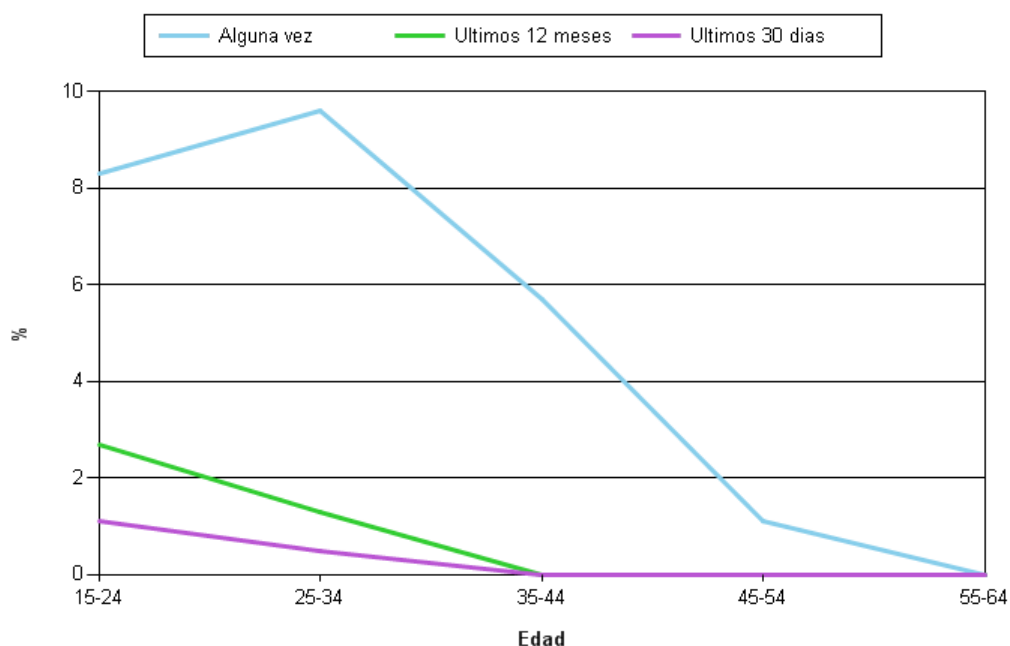
### 12.3.3. Consumo de éxtasis

La prevalencia de consumo de éxtasis aumentó con respecto a 2007. La prevalencia fue del 5,4% para "alguna vez" (3,1% en 2007), y un 0,8% para el último año (1,0% en 2007 y 0,8% en España 2009) y 0,3% último mes (0,2% en el 2007).

El mayor consumo se da en los hombres: un 4,3% "alguna vez" frente al 2,1% de las mujeres. Por grupos de edad, la mayor prevalencia es en los grupos de edad de 25 a 34 años. (Figura 12.13).

**Figura 12.13. Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid, 2009.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009). Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



#### 12.3.4. Consumo de otras sustancias psicoactivas

Con relación a la prevalencia de consumo de tranquilizantes y somníferos sin receta en los últimos 12 meses, el 3,3% ha consumido tranquilizantes y 3,3% somníferos, cifras más elevadas a las de 2007. Los hombres presentan un consumo mayor en las edades más jóvenes y las mujeres van aumentando su consumo con la edad).

La prevalencia de consumo de anfetaminas para "alguna vez" es del 5,8%, superior al 2,7% observado en 2007, un 1,1% en el último año (0,9% en 2007 y 0,6% España 2009) y un 0,7% en el último mes (0,2% en 2007) (Tabla 12.2). El mayor consumo se observa en los hombres con un 9,0% "alguna vez" frente al 2,6% de las mujeres.

La prevalencia para el consumo de alucinógenos "alguna vez" es del 5,4 (2,8% en 2007 y 5,4% España), y de un 1% para el último año (0,5% en 2007 y 0,5% España 2009) (Tabla 12.2).

La prevalencia de consumo de heroína para "alguna vez", es del 0,6% (0,6% en 2007 y 0,6% España 2009) (Tabla 12.2). El consumo fue mayor en hombres (1,2% frente al 0,1% en las mujeres). El grupo de edad con mayor porcentaje es el de 45 a 54 con un 1,1%.

La prevalencia de consumo para los inhalables volátiles es de un 1,1% (0,6% en 2007) para "alguna vez" (Tabla 12.2). La prevalencia de consumo es superior en hombres (1,8% frente al 0,3%) para "alguna vez" y para el último año fue la mujer con un 0,1%. Por grupos de edad, el consumo fue superior en el grupo de 25-34 años y en el grupo de 15-24 para "alguna vez".

**Tabla 12.2. Prevalencia de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días de diferentes drogas. Comunidad de Madrid, 2009**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en 2009 (EDADES 2009), Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
	%	%	%
<b>Anfetaminas</b>	5,80	1,10	0,70
<b>Alucinógenos</b>	5,40	1,00	0,50
<b>Heroína</b>	0,60	0,00	0,00
<b>Inhalables</b>	1,10	0,10	0,00

## 12.4. Repercusiones en la salud

### 12.4.1. Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas

A través de las notificaciones del Instituto Anatómico Forense de Madrid, la Agencia Antidroga elabora informes anuales sobre los fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

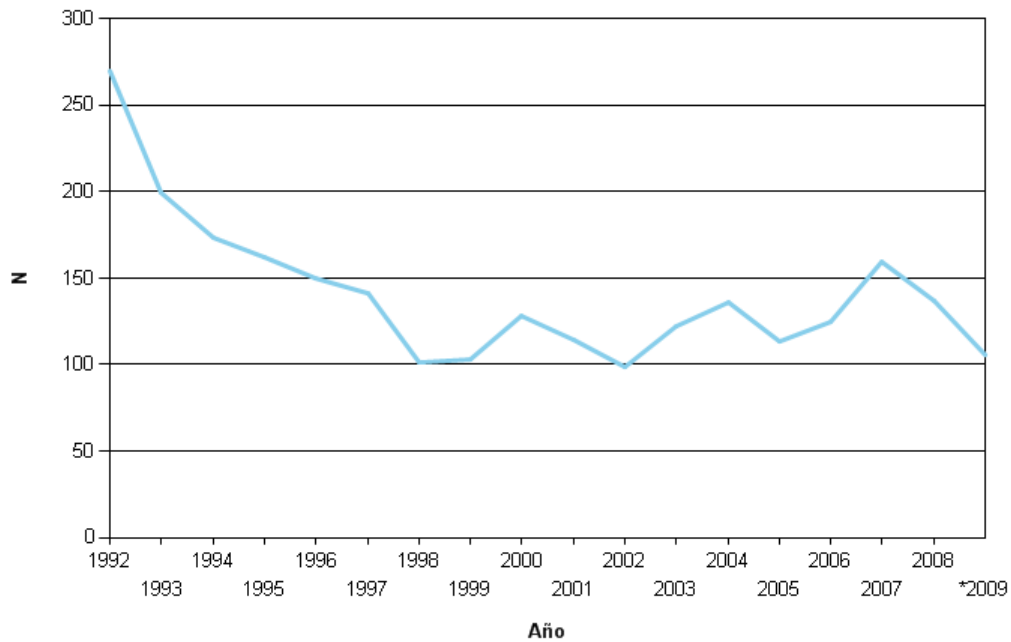
La evolución del número de episodios muestra que tras un fuerte descenso en los años 90, la cifra se ha estabilizado posteriormente con ligeras oscilaciones, y si exceptuamos el año 2009, en el que existe una infranotificación, en los dos últimos años se observa una tendencia al alza en el número de fallecimientos (Figura 12.14).

En la distribución por edad se observa con el paso de los años un desplazamiento de la curva hacia la derecha que refleja un aumento de edad en los fallecidos. El grupo de edad más frecuente se ha desplazado desde el de 36 a 45 años al de más de 45 años. (Figura 12.15).

En cuanto a las sustancias encontradas (Figura 12.16), los opiáceos vuelven a disminuir, tras el ascenso observado en 2008. Los hipnosedantes hasta el año anterior tenían una tendencia descendente, aumentando ligeramente en el último año. Los antipsicóticos, aunque en el 2008 tuvieron un ligero descenso, continúan la tendencia ascendente observada desde el año 2005. Respecto a los estimulantes, experimentan un ligero descenso. En cuanto al alcohol y los antidepresivos, se mantiene la tendencia descendente observada en los últimos años.

**Figura 12.14. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid 1992-2009.**

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.



\* Infradeclaración en el 2º trimestre

**Figura 12.15. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según la edad. Comunidad de Madrid, 2000-2009.**

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.

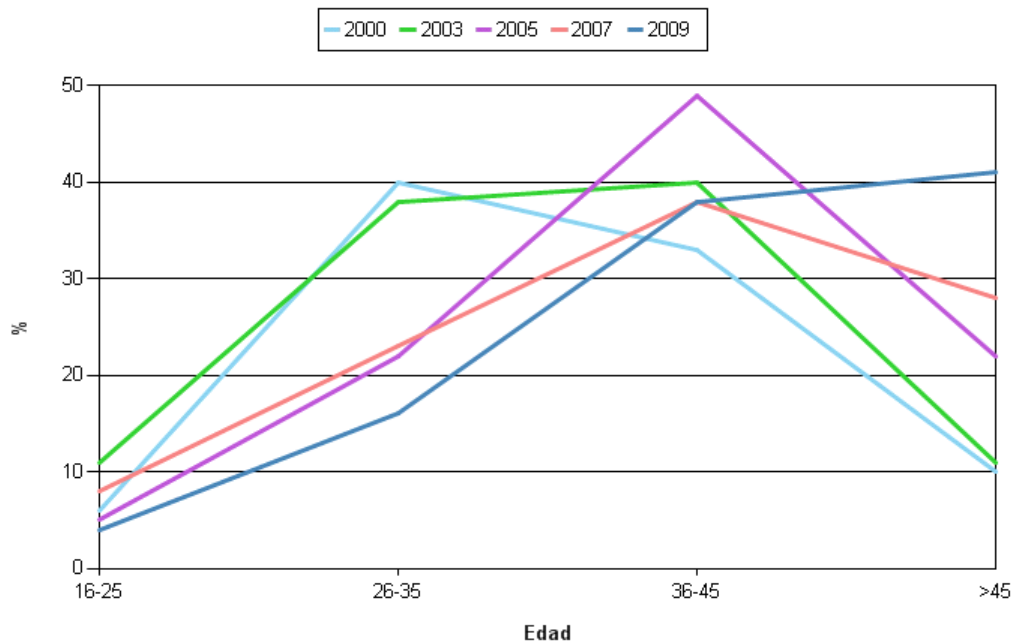
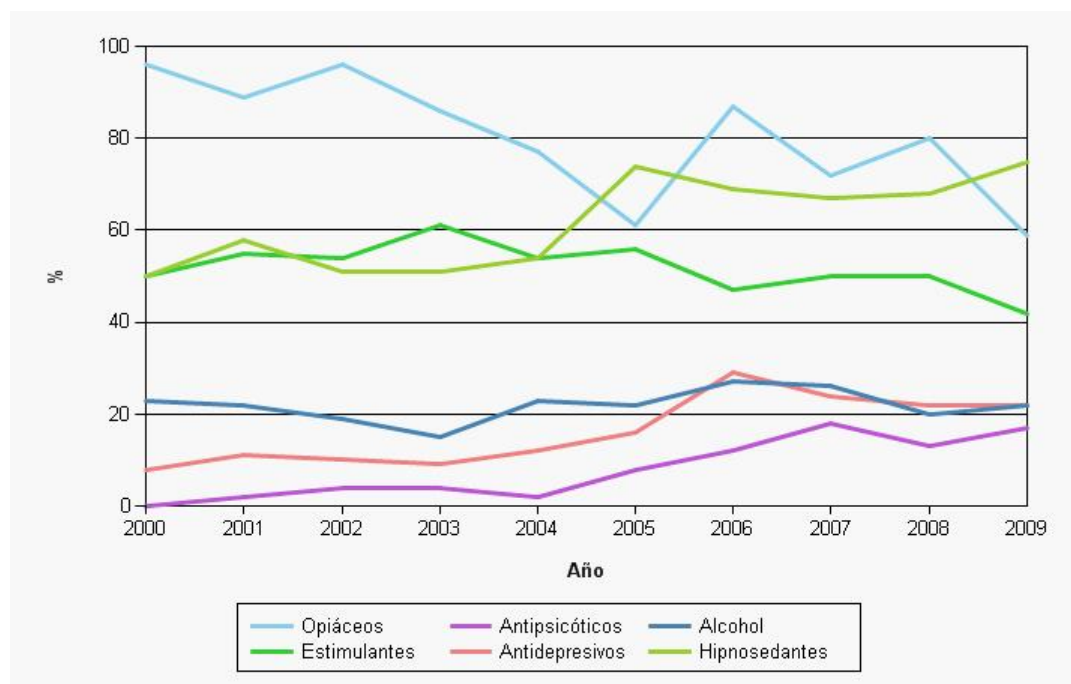


Figura 12.16. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según las drogas encontradas. Comunidad de Madrid, 2000-2009.

Fuente: Instituto Anatómico de Madrid. Elaboración Agencia Antidroga.



#### 12.4.2. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

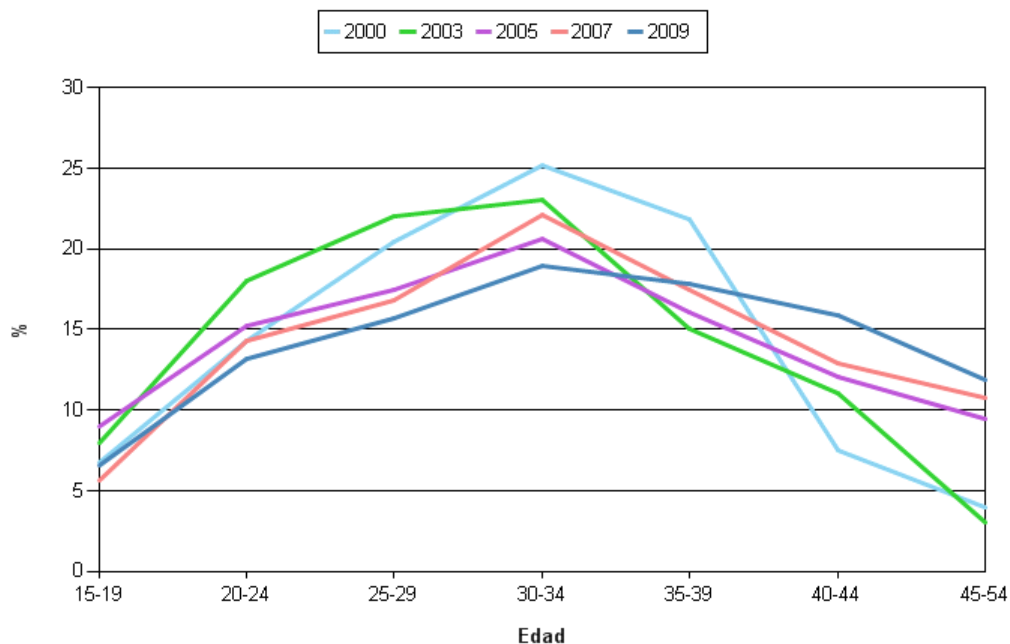
En la Comunidad de Madrid existe desde el año 2000 un sistema de vigilancia que recoge datos de los episodios de urgencias ocurridos en trece grandes hospitales de la Comunidad de Madrid durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes del año), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT). Según la información que aporta este sistema, los episodios de urgencia relacionados directamente con el consumo de sustancias psicoactivas muestran una tendencia estable.

En la distribución por edad (Figura 12.17), respecto a los años anteriores el año 2009 presenta el porcentaje más bajo de episodios de urgencias entre los más jóvenes y el más alto entre los de mayor edad, desplazándose más a la derecha con respecto al 2007, lo que apunta hacia un envejecimiento de esta población.

En cuanto a las sustancias, tanto las de consumo habitual como las que provocan la urgencia (Tabla 12.3), las más frecuentes son los estimulantes (65,1% de consumo y 48,9% que provoca la urgencia), seguidos del cannabis, opioides e hipnosedantes. La cocaína es la sustancia más frecuente de consumo (57,6%) y que provoca la urgencia (44,3%).

**Figura 12.17. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, 2000-2009.**

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Agencia Antidroga.



**Tabla 12.3. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual según la sustancia de consumo habitual y según la sustancia que provoca la urgencia. Comunidad de Madrid, 2009.**

Fuente: Sistema de vigilancia de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas. Elaboración: Agencia Antidroga; modificada presentación por Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Sustancia	Sustancia de consumo habitual	Sustancia que provoca la urgencia
	%	%
<b>OPIACEOS</b>	31,7	18,6
Heroína	16,3	10,0
Metadona	12,5	6,0
Otros opiáceos	2,9	2,6
<b>ESTIMULANTES</b>	65,1	48,9
Cocaína	57,6	44,3
Anfetaminas	2,5	1,6
MDMA y otras drogas de diseño	4,2	2,3
Otros estimulantes (excl. Cafeína y nicotina)	0,9	0,7
<b>HIPNÓTICOS Y SEDANTES</b>	14,7	12,4
Benzodiacepinas	13,8	11,8
Otros hipnosedantes	0,9	0,1
<b>ALUCINÓGENOS</b>	3,0	1,9
<b>SUSTANCIAS VOLÁTILES</b>	0,8	0,6
<b>CANNABIS</b>	40,2	26,8
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	0,8	0,8

Un sujeto puede haber consumido más de una droga.

Los porcentajes no son excluyentes, se realizan sobre el total de episodios relacionados directamente con la urgencia (1548).

## 12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

En relación con la percepción del riesgo, en la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2009 (EDADES 2009), el consumo de heroína, cocaína, y éxtasis fueron consideradas las sustancias que más problemas podrían producir. El consumo de 5/6 cañas/copas el fin de semana es percibido como de menor riesgo, seguido de fumar hachís alguna vez. (Tabla 12.4).

**Tabla 12.4. Proporción (%) de personas que perciben problemas ante el consumo de las diferentes drogas, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2009.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2009 (EDADES 2009), Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

Bastante y muchos problemas	Edad					Total	Sexo	
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64		Hombres	Mujeres
Consumo tabaco diario	93,0	92,9	92,0	89,1	91,7	91,8	91,3	92,3
Consumo 5/6 cañas/copas día	89,6	90,2	92,0	90,5	90,9	90,7	88,5	92,9
Consumo 5/6 cañas/copas el fin de semana	44,0	40,3	40,5	42,6	51,1	42,9	38,5	47,3
Consumo de hachís alguna vez	51,9	46,3	56,9	63,3	71,1	56,7	51,5	62,2
Consumo de hachís habitualmente	76,2	75,6	82,7	83,2	88,0	80,7	69,7	85,7
Consumo tranquilizantes alguna vez	75,2	69,1	69,2	67,8	74,5	70,5	69,7	61,3
Consumo tranquilizantes habitualmente	92,7	89,0	86,4	85,6	84,4	87,5	89,5	85,6
Consumo éxtasis alguna vez	95,5	93,7	96,2	96,3	96,4	95,5	94,6	96,4
Consumo éxtasis habitualmente	98,7	98,6	98,7	99,3	99,3	98,9	98,6	99,1
Consumo cocaína alguna vez	96,8	93,8	97,5	95,7	97,1	96,0	95,2	96,9
Consumo cocaína habitualmente	99,9	99,7	99,7	99,7	100,0	99,8	99,7	99,8
Consumo heroína alguna vez	98,2	99,4	99,6	97,3	98,2	98,7	98,4	99,0
Consumo heroína habitualmente	99,8	99,5	100,0	99,7	99,2	99,7	99,3	100,0

## 12.6. Conclusiones

Continúa la tendencia descendente en el consumo de tabaco en ambos sexos, con un descenso notable en 2011. En ese año el 28,3% de la población de 18-64 años en la Comunidad de Madrid era fumadora habitual, siendo por primera vez semejante la prevalencia en hombres y mujeres. De los analizados, los únicos grupos de población en que el consumo de tabaco ha mantenido una tendencia ascendente desde los años noventa, contraria a la de los demás grupos, es el de mujeres de 45-64 años (debido a la llegada a estas edades de la cohorte de jóvenes fumadoras de las décadas de 1980 y 1990) y las mujeres de nivel de estudio bajo. Nos hallamos no obstante muy lejos todavía de los objetivos alcanzados por otros países de nuestro entorno en la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

La exposición pasiva a humo de tabaco en el lugar de trabajo disminuyó drásticamente después de la entrada en vigor de la Ley 28/2005 y ha continuado descendiendo hasta 2011 (5,1% de personas expuestas), especialmente este año tras la publicación de la Ley 42/2010. La exposición pasiva a humo de tabaco en el hogar también ha disminuido tras la publicación de ambas leyes, casi un 30% desde 2005; sin embargo esta exposición es aún muy alta, un 26,9% de los hogares. La exposición pasiva en bares y restaurantes disminuyó ligeramente tras la aparición de la primera norma y drásticamente tras la segunda, dirigida específicamente contra esta exposición; de los encuestados en 2011 sólo el 5,2% en bares y cafeterías y el 2% en restaurantes calificaron el ambiente como cargado.

En 2009 el alcohol era la droga psicoactiva más consumida en la Comunidad de Madrid, con una prevalencia de consumo actual del 62,8%. En general el consumo de alcohol es mayor en hombres, tanto su prevalencia, como la cantidad consumida. En 2010 se estimó en un 2,9% la población clasificada como bebedora a riesgo, 1,5 más veces hombres que mujeres. La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol muestra, en líneas generales, una evolución favorable entre 1995/1996 y 2009/2010, especialmente en los hombres y en los bebedores a riesgo.

Entre las drogas de comercio ilegal el cannabis continúa siendo la más consumida. En 2009 la prevalencia de consumo en el último mes fue 8,4% (7,7% en 2007). El mayor consumo se produce en



hombres y en el grupo de edad 15-24 años (23,6% lo consumieron durante el último mes). La cocaína fue en 2009 la segunda droga psicoactiva de comercio ilegal más consumida, con un 0,7% de entrevistados que la consumieron en el último mes (1,7% en 2007). El consumo es mayor en hombres (el 17,6% de los hombres la probaron alguna vez en su vida, frente al 7% de las mujeres) y en el tramo de edad 15-44 años. Un 0,8% de los encuestados consumieron éxtasis en el último año (1% en 2007) y 0,3% en el último mes (0,2% en 2007); la prevalencia de consumo fue mayor en hombres y en el grupo 15-34 años.

En cuanto al impacto en salud del consumo de sustancias psicoactivas, se mantienen estables las urgencias hospitalarias, con tendencia al aumento de la edad de los casos, siendo la cocaína la sustancia más a menudo implicada (44,3 % de las urgencias). La mortalidad provocada por estas sustancias mantiene una tendencia ligeramente ascendente, con oscilaciones, en la última década.