

**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**

**Para el año 2015, deberían haberse reducido significativamente en todos los estados miembros los efectos negativos para la salud derivados del consumo de sustancias que producen dependencia como el tabaco, alcohol y psicotropos.**

Este objetivo se puede alcanzar si (Estrategia de salud Siglo 21 OMS):

- *Las estrategias educativas y de intervención están orientadas a la mejora de las capacidades vitales y del bienestar psicosocial de las personas, ayudándoles a controlar las situaciones vitales y a realizar elecciones sanas;*
- *Se aplican normas que limiten la exposición a ambientes con humo de tabaco y reduzcan las intoxicaciones por alcohol, incluyendo la conducción bajo los efectos del alcohol;*
- *Se aplican estrategias de contención del riesgo con el fin de reducir los daños derivados del consumo de drogas;*
- *Se aplican los convenios adoptados a nivel internacional en relación con las drogas ilegales y se desarrolla un convenio internacional sobre los productos del tabaco;*
- *Se establecen unas políticas fiscales y normativas para limitar la disponibilidad, la capacidad de acceso y la comercialización de productos del tabaco y de bebidas alcohólicas, en especial, con respecto a los jóvenes, y se prohíbe completamente la publicidad del tabaco en todos los países;*
- *Las estrategias de comunicación están destinadas a generar un respaldo público en relación con la reducción de los daños derivados de las sustancias adictivas.*

En el capítulo 4 de este Informe se pueden consultar más información correspondiente al consumo de tabaco, alcohol y drogas en jóvenes y este capítulo se centra fundamentalmente en el consumo en adultos.

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

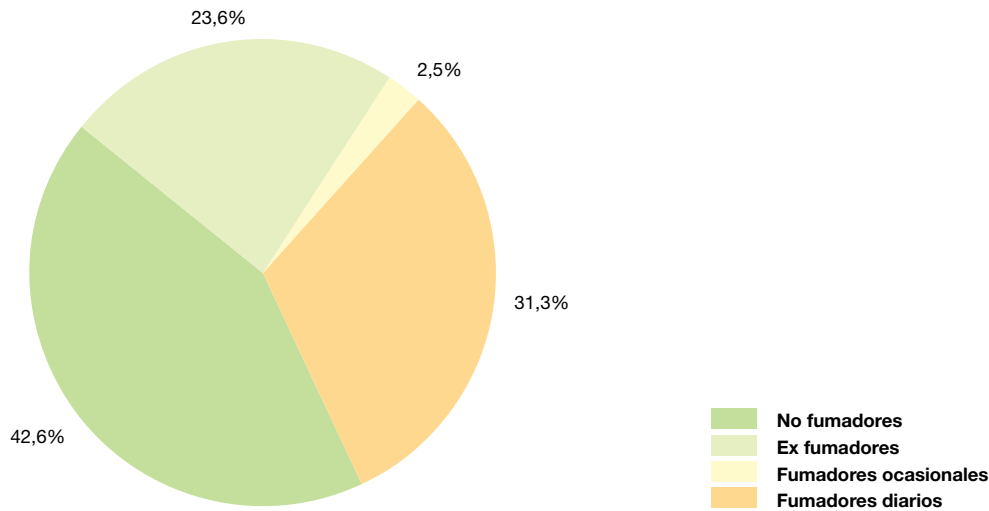
#### **12.1.1. Prevalencia y distribución por sexo y edad**

Los datos de consumo de tabaco en la Comunidad de Madrid durante el 2007 (figura 12.1) muestran que el 33,8% de la población de 18 a 64 años es fumador actual y un 31,3% fuma diariamente.

Globalmente, la proporción de **fumadores actuales** es ligeramente superior en los hombres que en las mujeres, un 34,8% frente a un 32,9%. Sin embargo, cuando analizamos estas diferencias desagregadas por edad observamos que en el grupo de 18 a 24 años el consumo de tabaco en las mujeres es ligeramente superior al de los hombres, y se mantiene a un nivel similar entre ambos sexos hasta los 50-54 años, edad a partir de la cual las diferencias se invierten a favor de los hombres (figura 12.2).

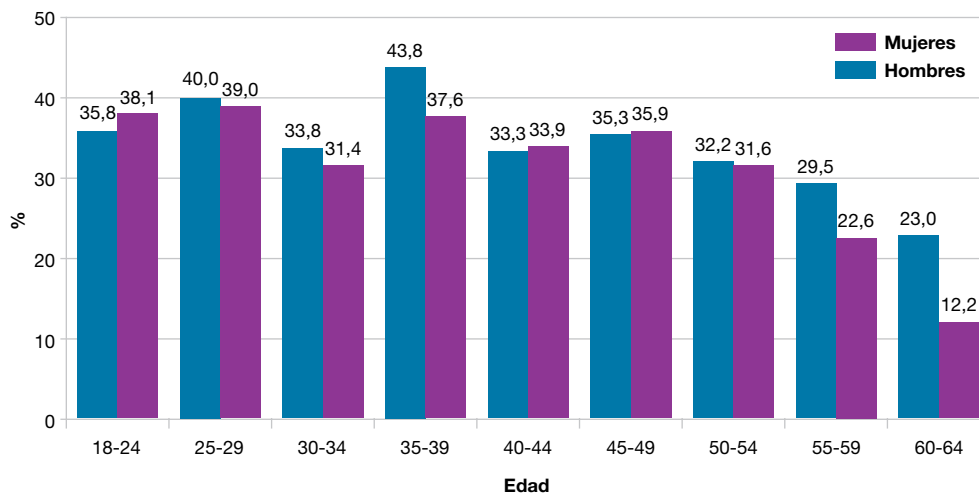
La proporción de personas que realizan un **consumo de 20 o más cigarrillos/día**, es de un 10,4%, siendo superior en los hombres, un 12,2%, frente al 8,7% de las mujeres. Este indicador aumenta de forma progresiva hasta alcanzar un máximo entre los 35 y 39 años en hombres y

entre los 45 y 49 años en mujeres, para posteriormente volver a disminuir a medida que aumenta la edad (figura 12.3).



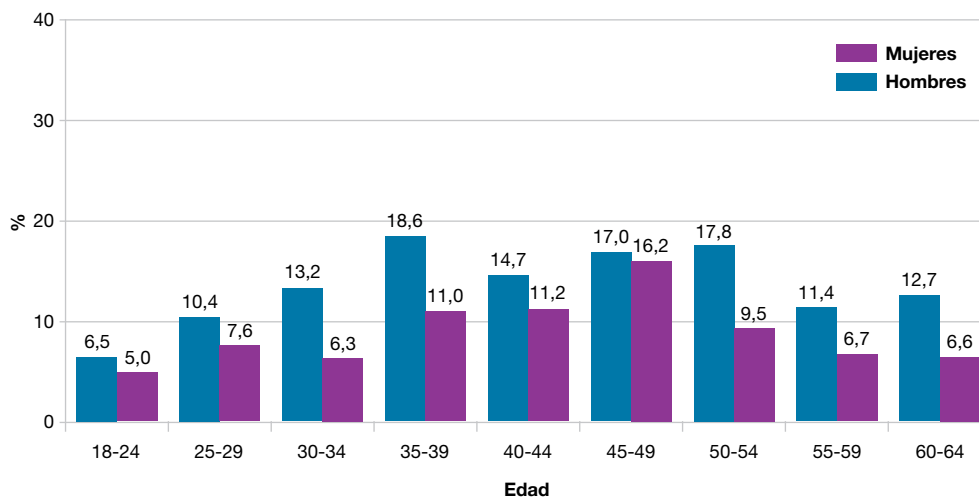
**Figura 12.1. Consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.**

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



**Figura 12.2. Proporción de fumadores actuales según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.**

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



**Figura 12.3. Proporción de fumadores  $\geq 20$  cigarrillos/día según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.**

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

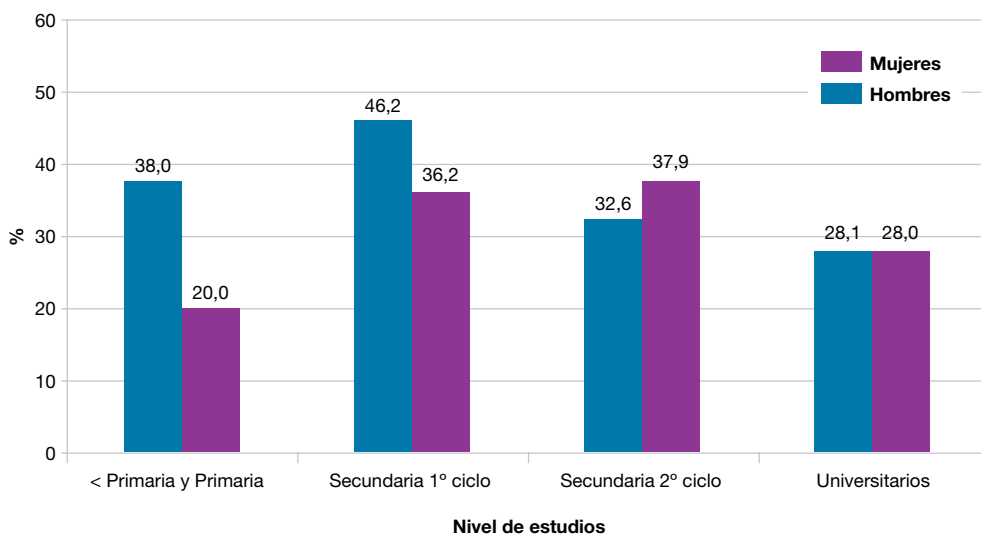
### 12.1.2. Distribución por nivel de estudios y clase social

En relación al nivel de estudios (figura 12.4), en los hombres las prevalencias más altas se observan en las dos categorías con menor nivel educativo. En las mujeres, por el contrario, son las de menor nivel de estudios las que muestran la prevalencia más baja, siendo las categorías intermedias donde se observan las frecuencias más altas de consumo de tabaco.

Respecto a la clase social (figura 12.5), en los hombres, la población que mayor consumo de tabaco presenta es la de posición más desfavorecida (Clase V) (45,8%), disminuyendo el consumo a medida que la situación socioeconómica es más favorable. Si comparamos los extremos, la clase V tiene una prevalencia 1,6 veces superior frente a la clase I. En las mujeres se observa un patrón bastante homogéneo en todas las categorías de clase social, excepto en los dos extremos (clase V y I), donde se encuentran las proporciones más bajas de consumo de tabaco.

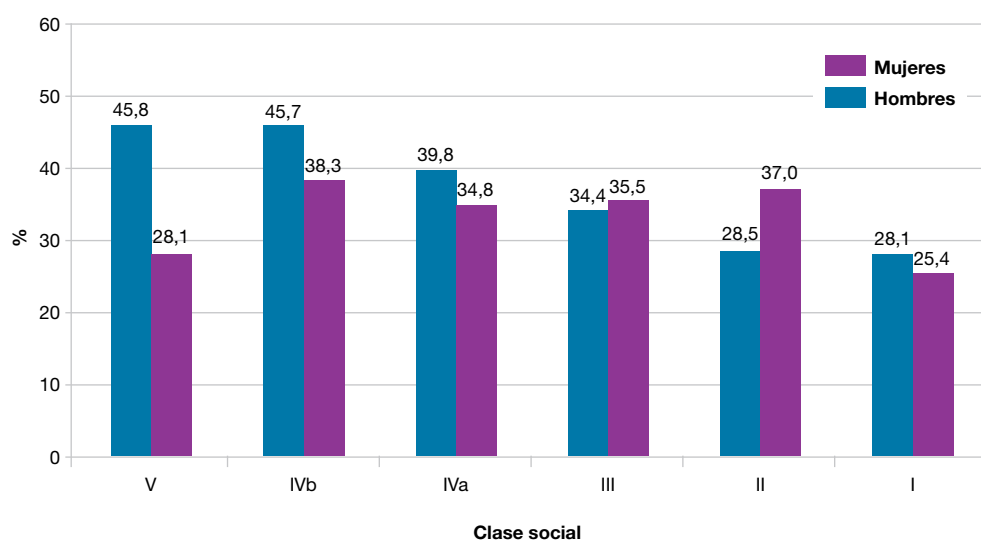
**Figura 12.4. Proporción de fumadores actuales según sexo y nivel de estudios. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.**

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



**Figura 12.5. Proporción de fumadores actuales según sexo y clase social. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.**

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

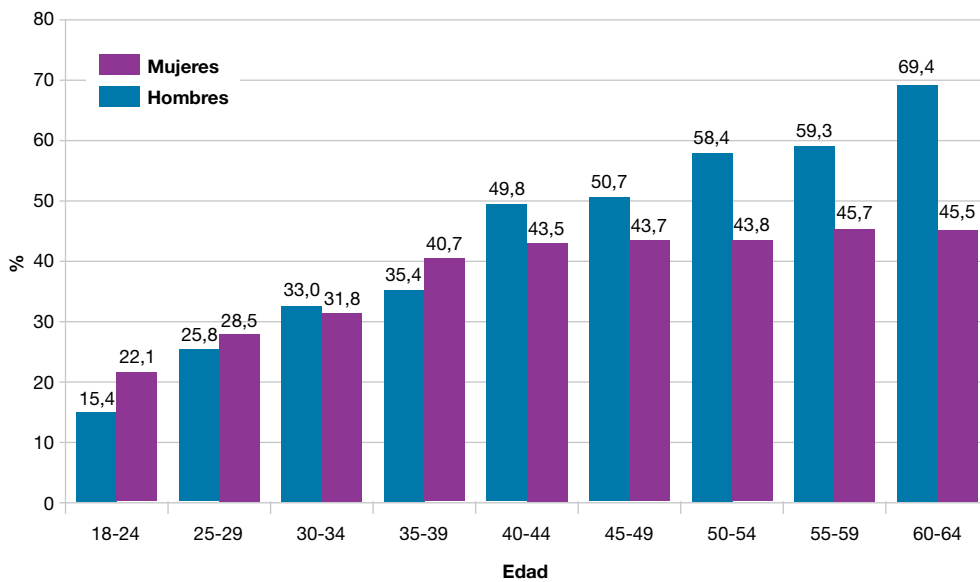


### 12.1.3. Proporción de abandono y fases de abandono

La proporción de abandono de consumo de tabaco (cociente entre el número de ex fumadores y la suma de fumadores actuales y ex fumadores) fue de 41,1% (44,3% en hombres y 37,5% en mujeres), con diferencias importantes según edad (figura 12.6).

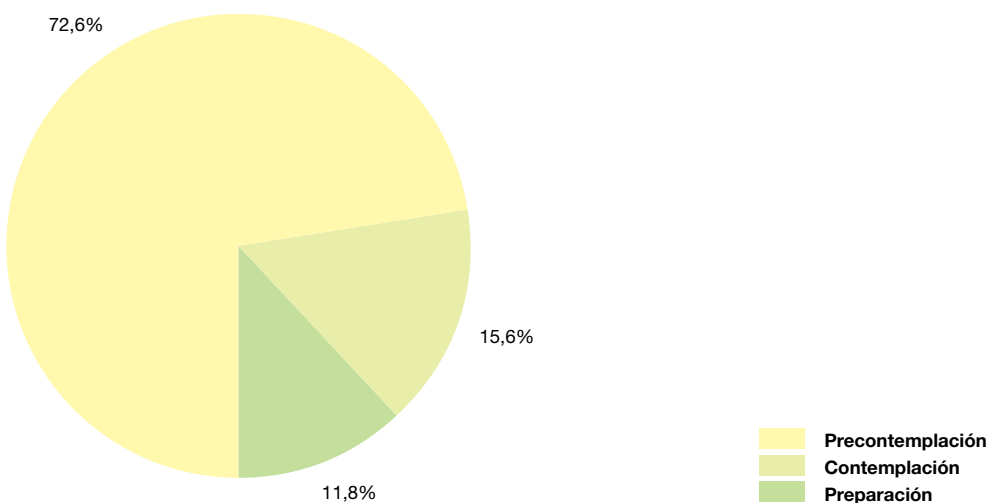
Del total de fumadores diarios un 11,8% está pensando en dejar de fumar en el próximo mes (fase de preparación), un 15,6% en los próximos 6 meses (fase de contemplación), mientras que el 72,6% no se está planteando abandonar el consumo (figura 12.7).

El 49,8% de los fumadores diarios ha recibido alguna vez consejo médico para dejar de fumar. Esta proporción es superior en los hombres excepto para el grupo más joven (18-29 años), donde son las mujeres las que reciben consejo médico más frecuentemente (figura 12.8).



**Figura 12.6. Proporción de abandono de consumo de tabaco según sexo y edad. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.**

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

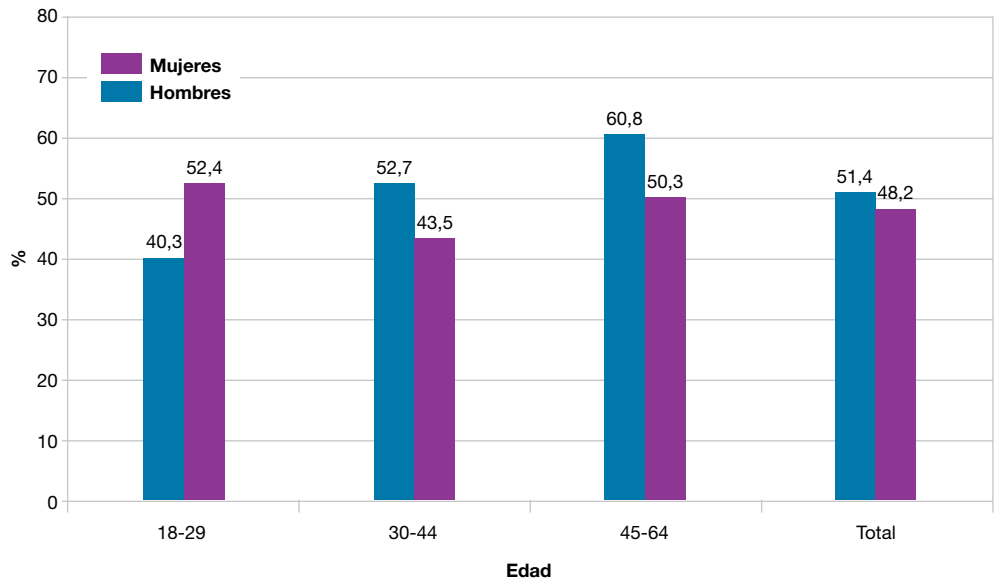


**Figura 12.7. Fases de abandono de consumo de tabaco. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.**

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

**Figura 12.8. Consejo médico para dejar de fumar según sexo y edad. Fumadores diarios 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2006-2007.**

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



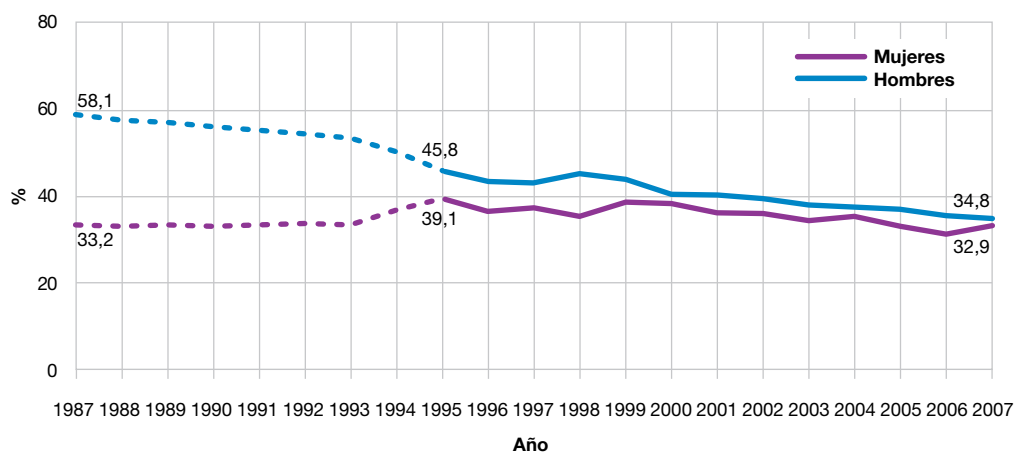
#### 12.1.4. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco

La prevalencia de tabaquismo en 2007 es un 24,2% inferior (disminución porcentual) respecto a la de 1987 y la disminución se ha producido de forma gradual. Sin embargo en este periodo la tendencia varía ampliamente según sexo (figura 12.9). En el año 2000 convergen ambas prevalencias y desde entonces las tendencias son similares.

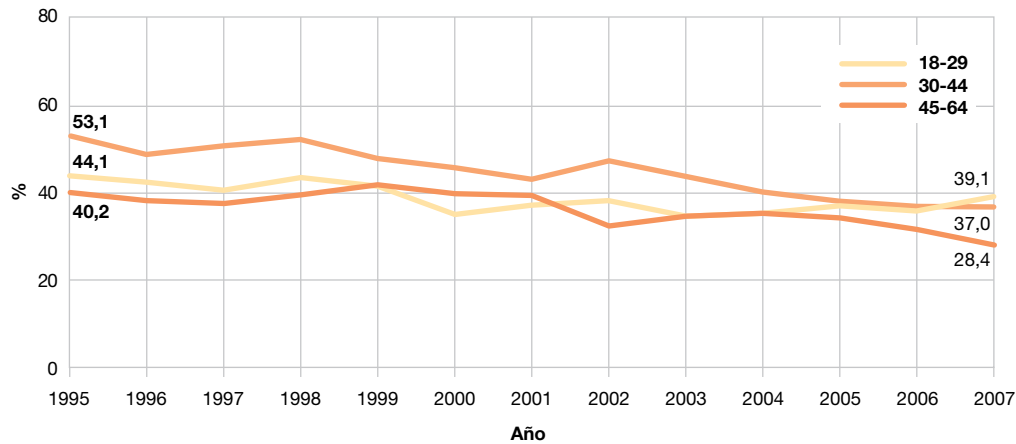
Al analizar la evolución por grupos de edad (figura 12.10), en hombres jóvenes (18-29 años) se observa que desde el año 2003 se ha producido una estabilización seguida de un ligero repunte en el último año. En las mujeres se produce un incremento en la prevalencia de consumo de tabaco del 40,8% en el grupo de 45-64 años, que corresponde a las cohortes con elevada prevalencia de consumo en la década de los ochenta; y en las más jóvenes se observa también una estabilización de la prevalencia en los últimos años.

**Figura 12.9. Evolución de la prevalencia de fumadores actuales según sexo. Población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 1987-2007.**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 1987 y 1993. Ministerio de Sanidad y Consumo; SIVFRENT-A 1995-2007. Elaboración: Servicio de Epidemiología.



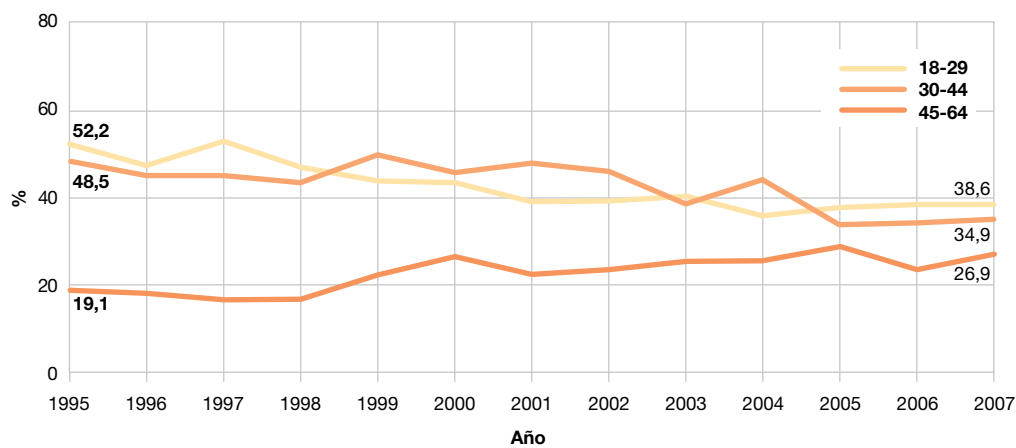
**Hombres**



**Figura 12.10. Evolución de la proporción de fumadores actuales según sexo y edad. Población de 18 a 64 años. Comunidad de Madrid, 1995-2007.**

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

**Mujeres**



## 12.2. Consumo de alcohol en adultos

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES 2007) el alcohol fue la sustancia psicoactiva más consumida por la población. El consumo alguna vez en la vida presentó una prevalencia de 76,4% (en 2005: 92,4% y España 2007: 88%), el consumo en los últimos 12 meses fue referido por el 63,8% de la muestra (en 2005: 72,1% y España 2007: 72,9%), y la prevalencia de consumo actual (últimos 30 días) fue del 53% (en 2005: 62,9% y España 2007: 60%). En el consumo diario se situó tras el tabaco con una prevalencia del 4,7% (en 2005: 13,1% y España 2007: 10,2%).

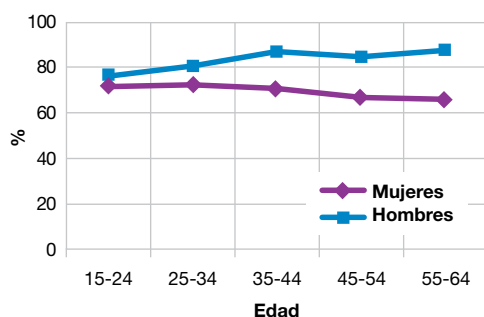
Las diferencias de consumo entre hombres y mujeres aumentaron con la edad, y en los más jóvenes (15-24 años) no se observan diferencias por sexo en ninguna de las frecuencias de consumo (figura 12.11).

Un 21,7% de la población se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses: el 27,5% de los hombres y el 16,3% de las mujeres. En los más jóvenes, tanto hombres como mujeres, las proporciones son superiores a los de mayor edad. El 25,6% de los menores de 18 años se ha emborrachado en alguna ocasión en los últimos doce meses (figura 12.12).

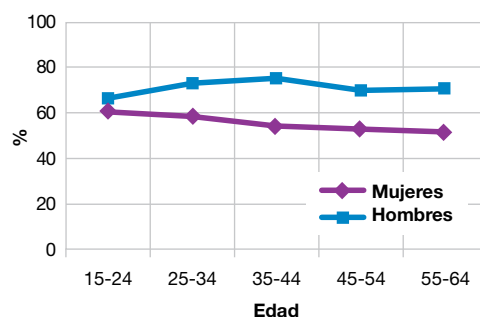
**Figura 12.11. Prevalencias de consumo de alcohol según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

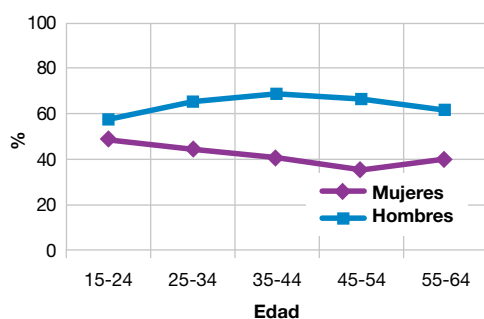
Consumo de alcohol alguna vez en la vida



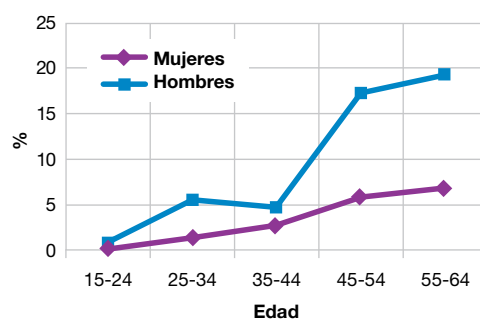
Consumo de alcohol en los últimos 12 meses



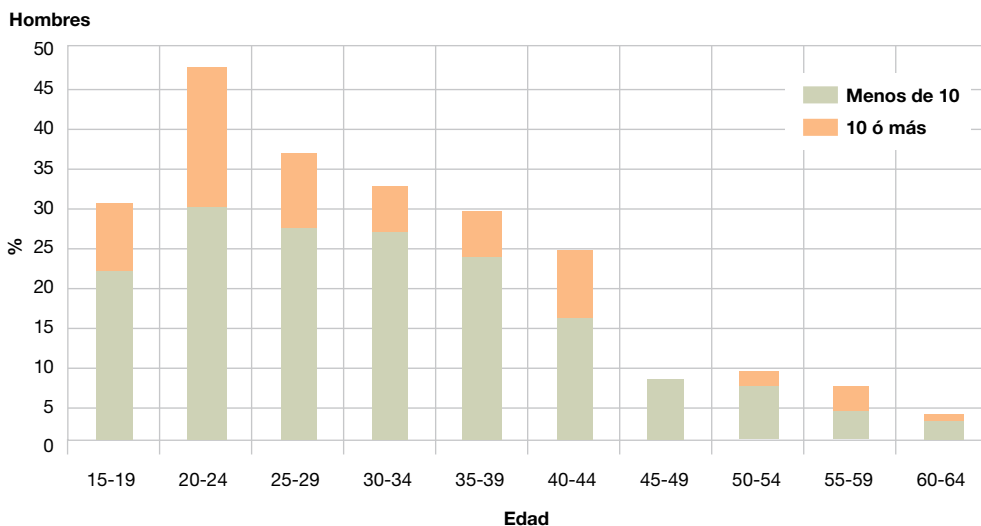
Consumo de alcohol en los últimos 30 días



Consumo diario de alcohol

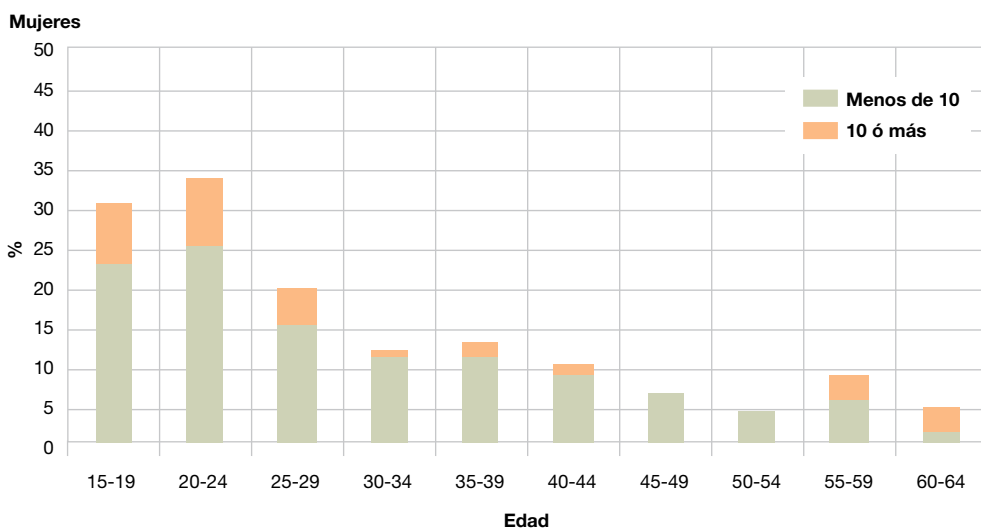






**Figura 12.12. Prevalencias de borracheras en el último año según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid.  
Elaboración: Agencia Antidroga.

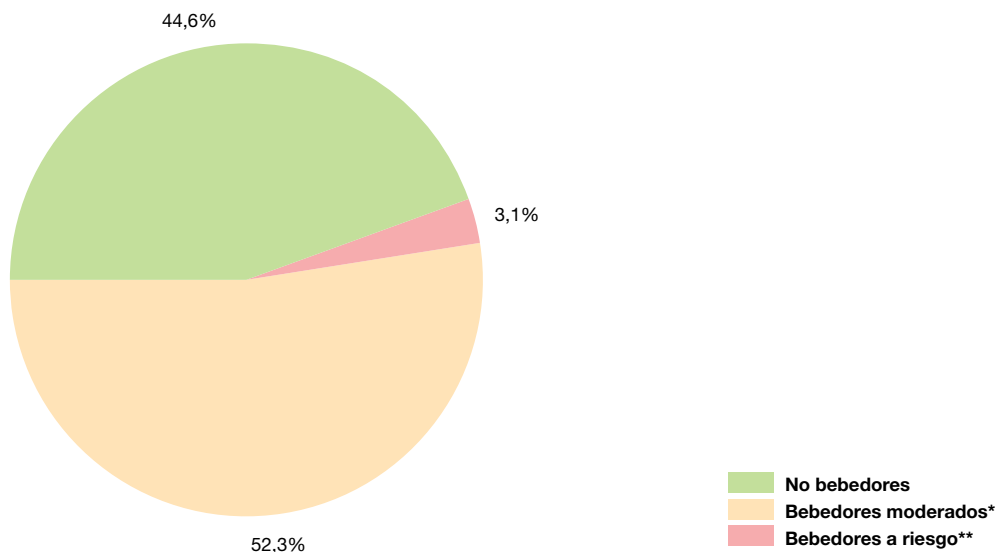


Según el SIVFRENT un 3,1% de la población de 18 a 64 años se clasifica como bebedora con consumos promedio de riesgo, un 52,3% como bebedora moderada y un 44,6% como no bebedora (figura 12.13). La proporción de hombres con consumos de riesgo es 2,4 veces mayor que en mujeres.

La tendencia de los indicadores de consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución favorable, especialmente en los hombres (figura 12.14). La proporción de bebedores habituales se mantiene relativamente estable en ambos sexos. Sin embargo, la proporción de bebedores de riesgo según el volumen promedio ingerido disminuye en hombres y mujeres un 45,9% y 28,8% respectivamente, comparando los promedios 2005-2007 respecto a 1995-1996. El consumo excesivo en una misma ocasión sólo disminuye en hombres (un 19,1%). Por último, se reduce la proporción de personas que han conducido bajo los efectos del alcohol en los últimos 30 días.

**Figura 12.13. Consumo de alcohol en la población de 18-64 años. Comunidad de Madrid, 2007.**

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



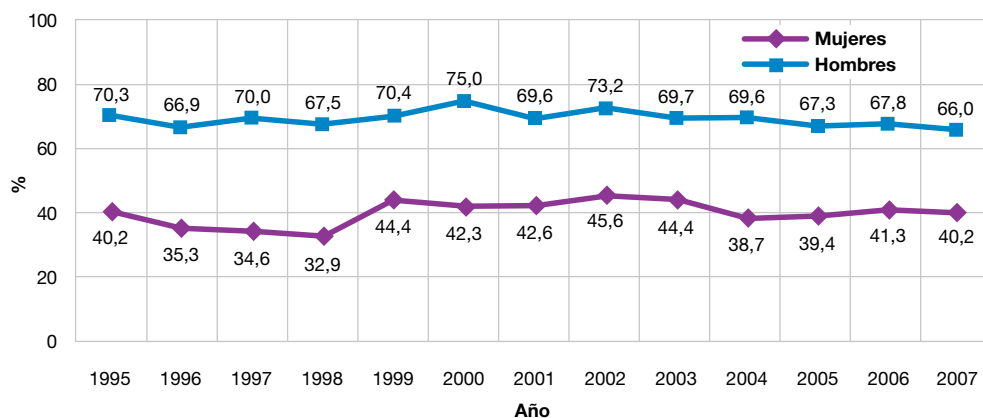
\* Bebedores moderados: Consumo de alcohol de 1-39 g/día en hombres y 1-23 g/día en mujeres

\*\* Bebedores a riesgo: Consumo de alcohol de  $\geq 40$  g/día en hombres y  $\geq 24$  g/día en mujeres

**Figura 12.14. Evolución del consumo de alcohol en la población de 18-64 años según sexo. Comunidad de Madrid, 1995-2007.**

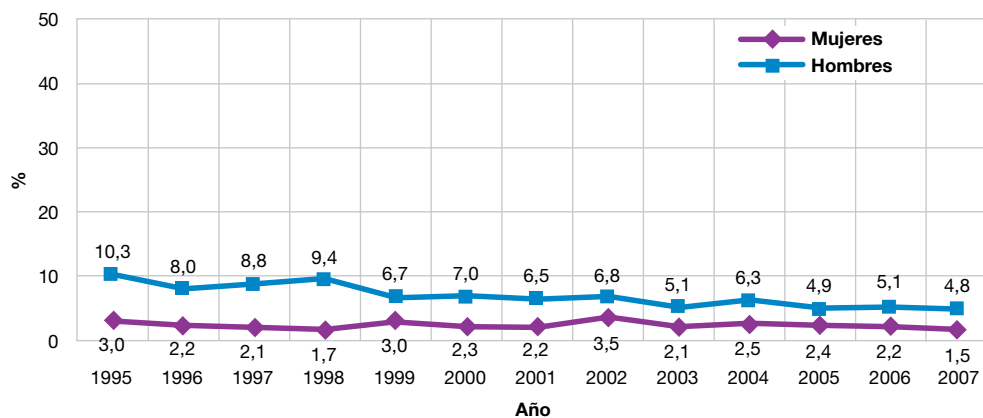
Fuente: SIVFRENT-A. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

**Bebedores habituales\***



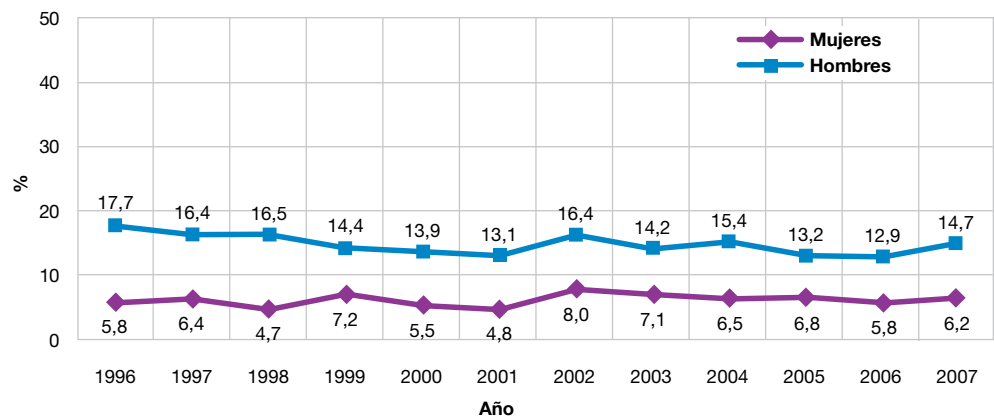
\* Bebedores habituales: Consumo de alcohol al menos una vez/semana en los últimos 30 días

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



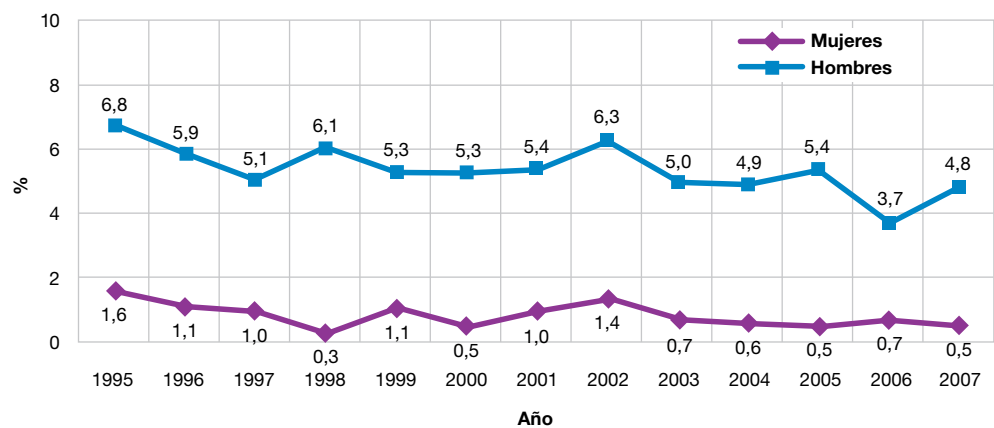
\* Consumo promedio de riesgo: Consumo diario de alcohol de 40 g/día o más en hombres y 24 g/día o más en mujeres

**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 o una noche

**Conducir bajo 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 2007) 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.

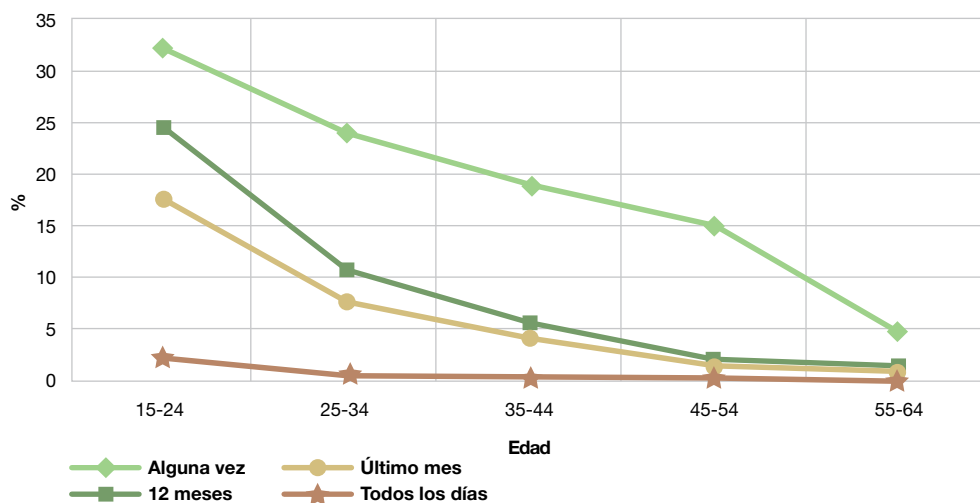
#### 12.3.1. Consumo de cannabis

Como en años anteriores, el cannabis continúa siendo la droga ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid. El 21,2% afirmó haberla probado alguna vez, dato este que fue inferior al de 2005, que era del 28,5% (27,3% en España en 2007). Se ha reducido el consumo actual con respecto al año anterior y es ligeramente inferior al obtenido en España: la prevalencia de consumo en el último año fue del 10,6% (9,3% en 2005 y 10,1% España 2007), un 7,7% en el último mes (7,2% en 2005 y 7,1% España 2007), y el consumo de todos los días fue del 0,8% (1,5% en 2005 y 1,5% España 2007).

La prevalencia de consumo fue mayor en los hombres (25,9% alguna vez) que en las mujeres (16,8% alguna vez), tanto para el consumo reciente como para el actual. El mayor consumo se produce en los más jóvenes (figura 12.15).

**Figura 12.15. Consumo de cannabis según edad. Comunidad de Madrid, 2007.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

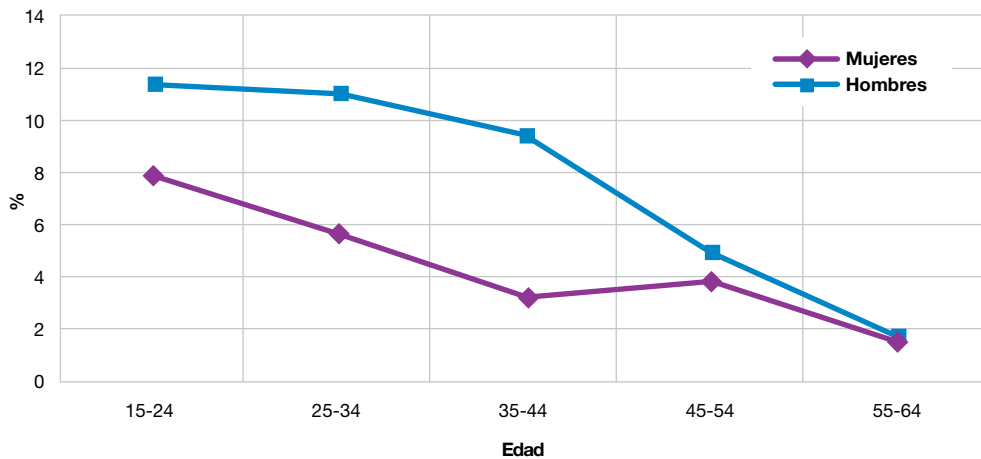


#### 12.3.2. Consumo de cocaína

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 6,8% ha experimentado con cocaína alguna vez en la vida (en 2005: 7,2% y España 2007: 8,3%), el 3% la consumió en los últimos 12 meses (en 2005: 2,5% y España 2007: 3,1%) y el 1,7% refirió consumirla en los 30 días previos a la encuesta (en 2005: 1,6% y España 2007: 1,7%).

Consumen cocaína en mayor proporción los hombres que las mujeres, el 9% de los hombres la han probado frente al 4,7% de las mujeres. Y su consumo se concentró en los grupos etarios más jóvenes (el 8,9% de menores de 35 años la han consumido alguna vez frente al 4,5% de los de 35 y más años) (figura 12.16).



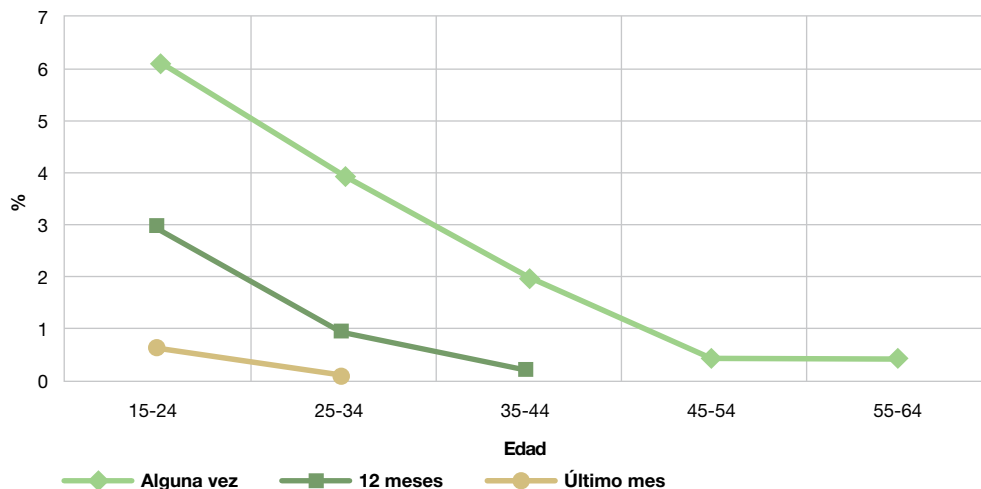
**Figura 12.16. Consumo de cocaína alguna vez en la vida según sexo y edad. Comunidad de Madrid, 2007.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid.  
Elaboración: Agencia Antidroga.

### 12.3.3. Consumo de éxtasis

La prevalencia de consumo de éxtasis se redujo con respecto a 2005. La prevalencia fue del 3,1% para “alguna vez” (4,5% en 2005 y 4,3% en España 2007), y un 1,0% para el último año (1,1% en 2005 y 1,1% en España 2007) y 0,2% último mes (0,6% en el 2005 y 0,4% en España 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 el grupo de edad de 15 a 24 años (figura 12.17).



**Figura 12.17. Consumo de éxtasis según edad. Comunidad de Madrid, 2007.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), 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 0,6% ha consumido tranquilizantes y 0,8% somníferos, cifras similares a las de 2005. Las prevalencias son mayores en las mujeres (0,8 y 0,9% respectivamente) que en los hombres (0,4 y 0,6%).

La prevalencia de consumo de anfetaminas para “alguna vez” es del 2,7%, prácticamente similar al 2005 (3,8% España 2007), un 0,9% en el último año (0,6% en 2005 y 0,9% España 2007) y un 0,2% en el último mes (0,4% en 2005 y 0,3% España 2007) (tabla 12.1). El mayor consumo se observa en los hombres con un 4,0% “alguna vez” frente al 1,4% de las mujeres.

La prevalencia para el consumo de alucinógenos “alguna vez” es del 2,8% (3,3% en 2005 y 3,8% España 2007), y de un 0,5% para el último año (0,6% España 2007) (tabla 12.1).

La prevalencia de consumo de heroína para “alguna vez”, es del 0,6% (1,0% en 2005 y 0,8% España 2007) (tabla 12.1). El consumo fue mayor en hombres (1,1% frente al 0,1% en las mujeres). El grupo de edad con mayor porcentaje es el de 35 a 44 con un 0,9%.

La prevalencia de consumo para los inhalables volátiles es de un 0,6% (0,8% en 2005 y 1,1% España 2007) para “alguna vez” (tabla 12.1). La prevalencia de consumo es superior en hombres (1,0% frente al 0,3%). El consumo es superior en el grupo de 25 a 34 años.

**Tabla 12.1. Prevalencias de consumo alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días de diferentes drogas. Comunidad de Madrid, 2007.**

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	%	IC *	%	IC *	%	IC *
Anfetaminas	2,7	(±0,7)	0,9	(±0,4)	0,2	(±0,2)
Alucinógenos	2,8	(±0,7)	0,5	(±0,3)	0	(±0,0)
Heroína	0,6	(±0,3)	0	(±0,0)	0	(±0,0)
Inhalables	0,6	(±0,3)	0,1	(±0,1)	0	(±0,0)

\* Intervalo de confianza al 95%

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid.  
Elaboración: Agencia Antidroga.

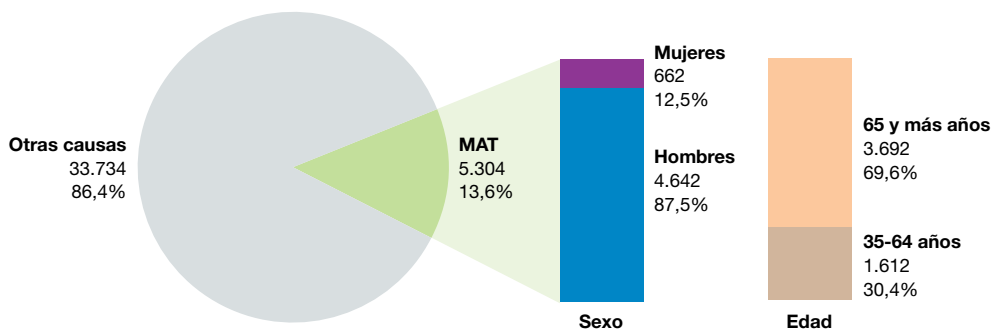
## 12.4. Repercusiones en la salud

### 12.4.1. Mortalidad atribuible al tabaquismo

En el año 2004, el tabaco ocasionó 5.304 muertes en la Comunidad de Madrid, lo que supone el 13,6% de todos los fallecimientos ocurridos en individuos de 35 y más años de edad ese año en nuestra región. El 87,5% de las muertes atribuibles al tabaquismo ocurrieron en varones (4.642) y el 12,5% en mujeres (662) (figura 12.18). Estas cifras suponen el 23,7% de todas las muertes ocurridas en varones (1 de cada 4 muertes) y el 3,4 % en mujeres (1 de cada 29). Según la edad, el 24,5% de los fallecimientos entre los 35 y 64 años fueron atribuidos al tabaco, reduciéndose al 11,4% en los mayores de 64 años.

Dos tercios de las muertes ocurridas por el tabaco fueron muertes por cuatro causas: cáncer de pulmón (33,2%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (18,7%), cardiopatía isquémica (11,6%) y enfermedad cerebrovascular (5,7%). En los hombres, predominó el cáncer de pulmón (34,0% de las muertes atribuibles al tabaquismo), seguido de la EPOC (18,7%), la cardiopatía isquémica (11,5%) y, en cuarto lugar, la enfermedad cerebrovascular (5,4%). En las mujeres, se observó una distribución similar con un predominio de las muertes por cáncer de pulmón (27,5%), seguido de la EPOC (19,0%), la cardiopatía isquémica (12,5%) y la enfermedad cerebrovascular (8,3%). Además, es destacable que el 42,9% de las muertes por cardiopatía isquémica, el 39,1% de las muertes por cáncer de pulmón, el 38,8% de las muertes por enfermedad cerebrovascular y el 6,6% de las muertes por EPOC ocurrieron entre los 35 y los 64 años de edad (figura 12.19).

Por primera vez se aprecia en 2004 en la Comunidad de Madrid una disminución en el número total de muertes atribuibles al consumo de tabaco y una disminución clara en la tasa cruda total de mortalidad atribuible al tabaquismo. En comparación con la estimación de 1998, se observan en la actualidad 479 muertes atribuibles al tabaquismo menos (figura 12.20). Sin embargo, este descenso es a expensas sólo de la disminución en el número de muertes atribuibles en los varones, con 646 muertes menos que las registradas en 1998, mientras que en las mujeres las muertes atribuibles al tabaquismo aumentaron en 2004 respecto a 1998 (167 muertes más). Este mismo fenómeno se ha observado en el conjunto de España y es consistente con la diferente evolución que ha experimentado la "epidemia de tabaquismo" en hombres y mujeres, tal y como se ha descrito previamente en el apartado de prevalencia de consumo.

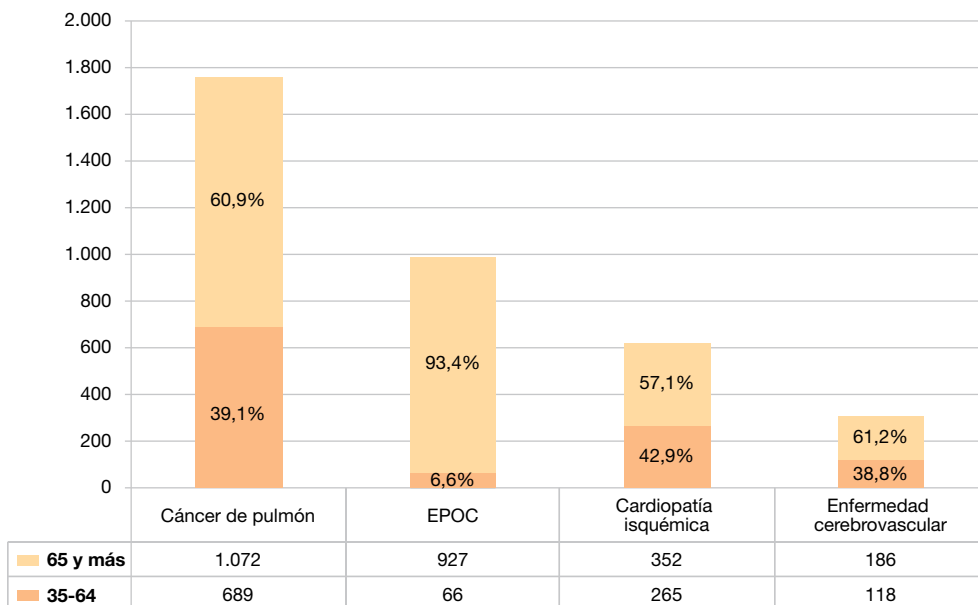


**Figura 12.18. Muertes atribuibles al tabaquismo (MAT) según sexo y edad. Población de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.**

Fuente: Servicio de Epidemiología.

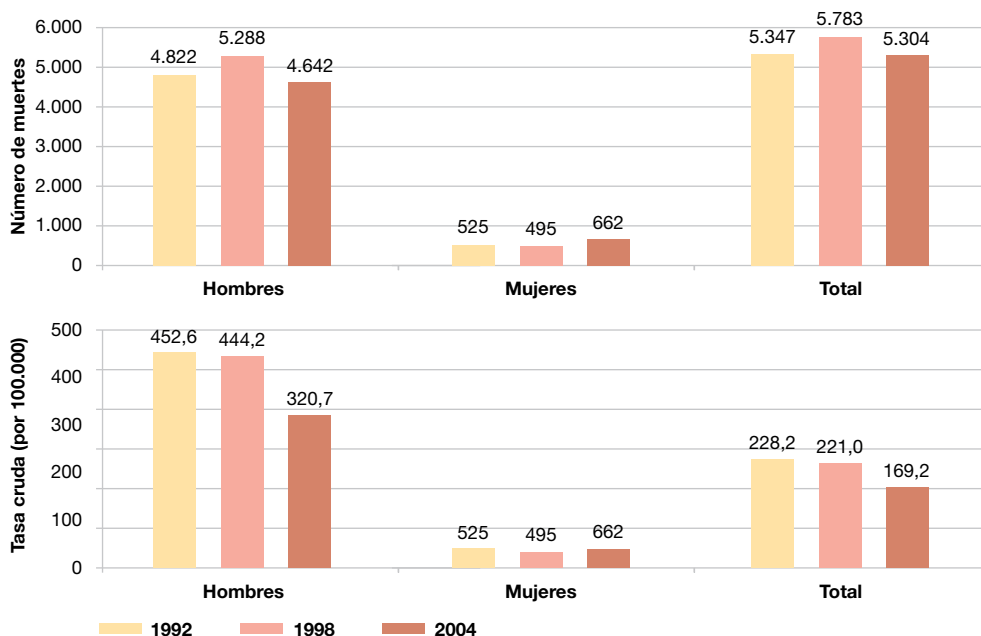
**Figura 12.19. Muertes atribuibles al tabaquismo por cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, según edad. Población de 35 y más años. Comunidad de Madrid, 2004.**

Fuente: Servicio de Epidemiología.



**Figura 12.20. Evolución de la mortalidad atribuible al tabaquismo según sexo. Comunidad de Madrid 1992, 1998 y 2004.**

Fuente: Servicio de Epidemiología.



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

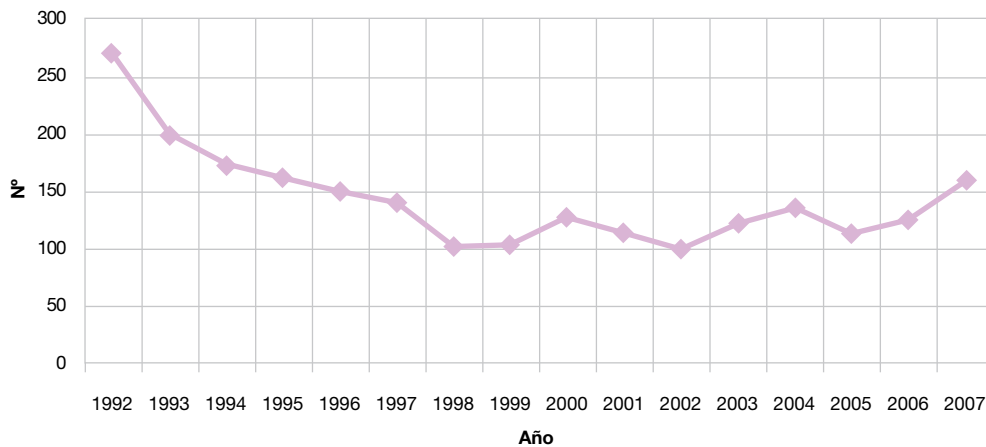
A través de las notificaciones del Instituto Anatómico Forense de Madrid, la Agencia Antidroga elabora informes anuales sobre los fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.

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 en los dos últimos años se observa una tendencia al alza en el número de fallecimientos (figura 12.21).



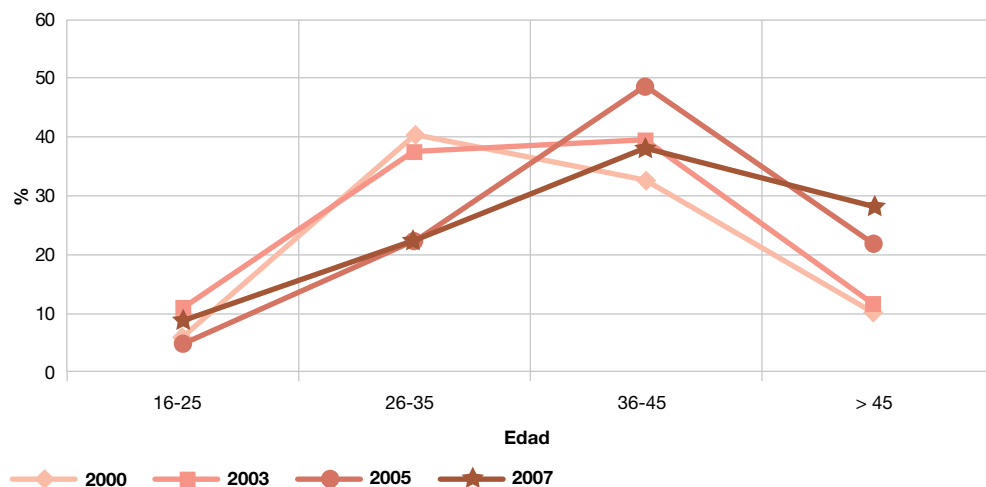
En la distribución por edad se observa con el paso de los años un desplazamiento de la curva hacia la derecha que refleja un aumento de edad en los fallecidos. El grupo de edad más frecuente se ha desplazado desde el de 26 a 35 años al de 36 a 45 años y el porcentaje de los mayores de 45 años es cada vez mayor (figura 12.22).

En cuanto a las sustancias encontradas (figura 12.23), los opiáceos vuelven a disminuir, tras el ascenso observado en 2006, fundamentalmente por la bajada de la metadona ya que la heroína permanece en los mismos niveles del año anterior. Los hipnosedantes continúan la tendencia descendente, sobre todo por la disminución de las benzodiacepinas, invirtiendo así la tendencia ascendente observada en los últimos años. Hay que destacar que los antipsicóticos continúan la tendencia ascendente observada desde el año 2005. Respecto a los estimulantes, cocaína en su práctica totalidad, experimentan un ligero ascenso. En cuanto al alcohol y los antidepresivos, se invierte la tendencia ascendente observada en los últimos años.



**Figura 12.21. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas. Comunidad de Madrid, 1992-2007.**

Fuente: Instituto Anatómico Forense de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

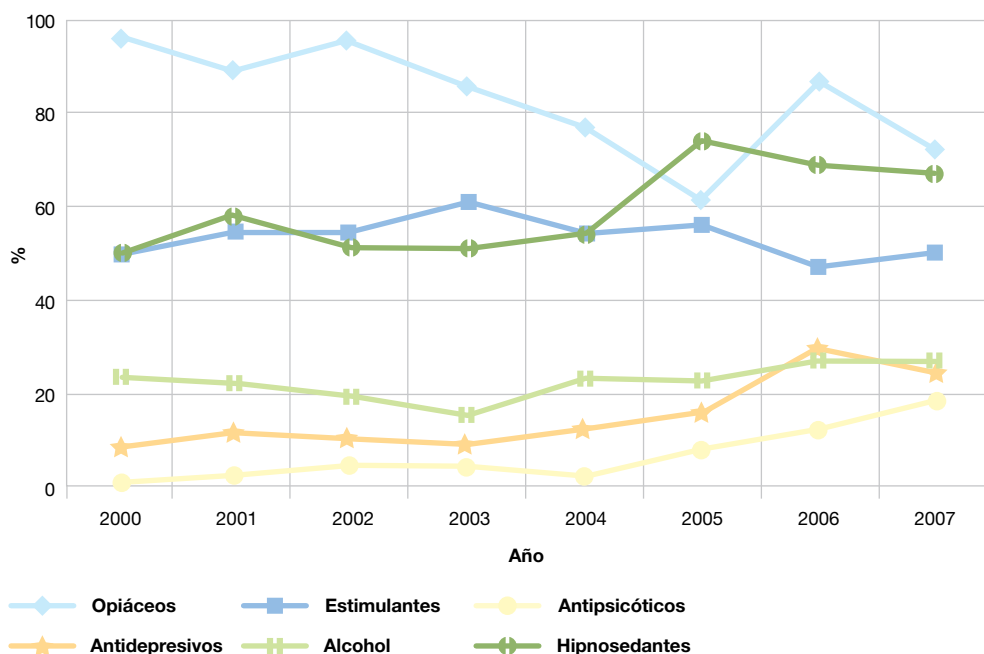


**Figura 12.22. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según la edad. Comunidad de Madrid, 2000-2007.**

Fuente: Instituto Anatómico Forense de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.

**Figura 12.23. Evolución de la mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas según las drogas encontradas. Comunidad de Madrid, 2000-2007.**

Fuente: Instituto Anatómico Forense de Madrid. Elaboración: Agencia Antidroga.



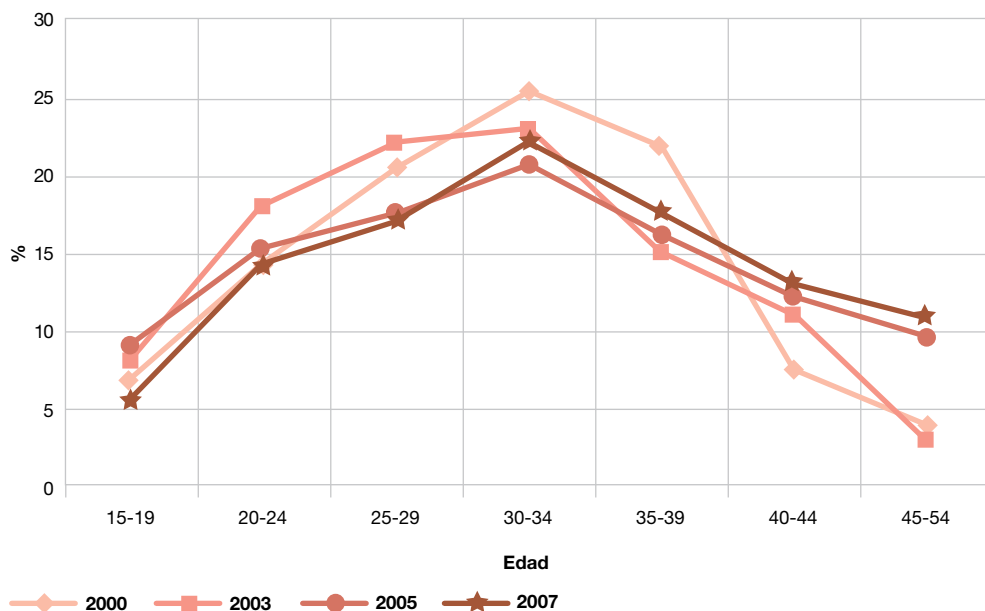
#### 12.4.3. Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas

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 12.24), respecto a los años anteriores el año 2007 presenta el porcentaje más bajo de episodios de urgencias entre los más jóvenes y el más alto entre los de mayor edad, lo que apunta hacia un envejecimiento de esta población.

Respecto a los diagnósticos, y teniendo en cuenta que una persona puede tener más de un diagnóstico, en 2007 los más frecuentes fueron el grupo de traumatismos y envenenamientos (53,9%), los trastornos mentales y del comportamiento (46,3%) y las causas externas (31,8%). Dentro del grupo de traumatismos y envenenamientos son estos últimos los que tienen importancia, destacando los debidos a narcóticos y psicodislépticos (26,5%) y a hipnosedantes (4,8%); en un 16,3% la urgencia se debe al policonsumo (sin especificar las sustancias) o a una sustancia no especificada. Del grupo de trastornos mentales y del comportamiento, destacan los debidos al uso de sustancias psicoactivas (21,6%); y dentro de éstas, el policonsumo (8,1%) y las causadas por cocaína (5,9%) son las más frecuentes. De los trastornos mentales propiamente dichos destacan los trastornos de ansiedad (5,2%) y de la personalidad (4,6%).

En cuanto a las sustancias, tanto las de consumo habitual como las que provocan la urgencia (tabla 12.2), las más frecuentes son los estimulantes (en más del 50% de las personas), seguidos del cannabis, opioides e hipnosedantes. La cocaína es la sustancia más frecuente de consumo (58,7%) y que provoca la urgencia (47,9%).



**Figura 12.24. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual por edad. Comunidad de Madrid, 2000-2007.**

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

Sustancia	Sustancia de consumo habitual (%)	Sustancia que provoca la urgencia (%)
<b>Opioides</b>	29,6	17,7
Heroína	15,9	10,7
Metadona	10,8	4,5
Otros opioides	2,8	2,4
<b>Estimulantes</b>	66,2	53,2
Cocaína	58,7	47,9
Anfetaminas	3,1	1,9
MDMA y otras drogas de diseño	2,5	1,6
Otros estimulantes (excluidas cafeína y nicotina)	1,8	1,7
<b>Hipnóticos y sedantes</b>	26,3	15,7
Benzodiacepinas	21,0	14,1
Barbitúricos	0,1	-
Antipsicóticos	3,6	0,8
Hipnóticos no barbitúricos	0,5	0,3
Otros hipnosedantes	0,9	0,5
<b>Alucinógenos</b>	2,1	1,4
<b>Sustancias volátiles</b>	0,8	0,8
<b>Cannabis</b>	31,2	23,1
<b>Antidepresivos</b>	3,1	0,8

**Tabla 12.2. Urgencias directamente relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas. Distribución porcentual según la sustancia de consumo habitual y según la urgencia. Comunidad de Madrid, 2007.**

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.

## 12.5. Opiniones y actitudes ante las drogas

En la percepción del riesgo el consumo de heroína, cocaína, y éxtasis fueron consideradas las sustancias que más problemas podrían producir. El consumo de 5/6 copas día es el que es percibido como de menor riesgo (tabla 12.3).

**Tabla 12.3. Proporción (%) de personas que perciben problemas ante el consumo de las diferentes drogas, según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2007.**

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en 2007 (EDADES 2007), Comunidad de Madrid.  
Elaboración: Agencia Antidroga.

Bastantes y muchos problemas	Edad					Sexo	
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Hombres	Mujeres
Consumo tabaco diario	84,6	82,9	83,7	84,7	83,0	81,4	85,8
Consumo 5/6 copas día	50,7	50,6	56,1	53,4	60,3	47,0	59,4
Consumo 5/6 cañas día	89,1	91,0	91,2	90,9	94,6	88,6	93,3
Consumo hachís alguna vez	65,4	71,2	74,1	72,3	83,3	68,7	75,0
Consumo hachís habitualmente	80,0	86,7	89,9	86,8	94,2	84,3	88,9
Consumo tranquilizantes alguna vez	76,0	72,1	67,5	54,8	59,5	66,9	70,1
Consumo tranquilizantes habitualmente	85,7	88,2	87,0	76,7	82,6	85,4	85,5
Consumo éxtasis alguna vez	92,7	94,7	97,5	97,8	98,8	94,4	96,9
Consumo éxtasis habitualmente	98,2	97,5	98,8	99,6	99,2	98,3	98,5
Consumo cocaína alguna vez	92,1	93,6	97,1	97,8	98,8	93,9	96,3
Consumo cocaína habitualmente	99,0	98,0	98,4	100,0	98,8	98,3	98,9
Consumo heroína alguna vez	98,2	98,3	98,8	100,0	99,2	98,3	99,0
Consumo heroína habitualmente	99,8	99,1	99,2	100,0	99,6	99,4	99,5

Respecto a la disponibilidad percibida de las sustancias, las percibidas como más accesibles por la población (categoría “fácil o muy fácil”), continúan siendo el cannabis con un 46,6% (53,9% en el 2005) y la cocaína, que fue considerada la segunda sustancia con una “más fácil” accesibilidad; el 38,8% (39,5% en el 2005) de la población española consideró “muy fácil o relativamente fácil” conseguir dicha sustancia en el plazo de 24 horas. Los hombres consideraron más fácil conseguir todas las sustancias que las mujeres. En general la disponibilidad se considera menor para todas las sustancias que en España.

Preguntada la población sobre la importancia que da a las drogas ilegales en el lugar donde vive, se observa que se ha reducido la proporción de personas que consideraron las drogas ilegales un problema “muy importante” (45,5% en 2007 y 52,2% en 2005).

En cuanto a las acciones propuestas para resolver el problema de las drogas, las cinco más importantes a juicio de la población son coincidentes con el 2005 (aunque ha aumentado el porcentaje con respecto al año pasado) y con los resultados en España en el 2007. Son las siguientes:

- La “educación sobre las drogas en la escuela” (90,3%).
- El “tratamiento voluntario a los consumidores” (83,0%).
- Las “campañas publicitarias sobre el riesgo de las drogas” (81,7%).
- “Control policial y de aduanas” (81,6%).
- Las “leyes estrictas contra las drogas” (73,0%).

## 12.6. Conclusiones y recomendaciones

Las tendencias más recientes del consumo de tabaco muestran una reducción positiva de la prevalencia tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, queda mucho margen por mejorar ya que en la actualidad todavía una de cada tres personas de 18 a 64 años fuma habitualmente. Además durante 2007 se ha observado por primera vez en esta década una estabilización en la tendencia, derivada principalmente de un paro en el descenso del consumo en la población más joven, así como de una estabilización de la tendencia ascendente del abandono del tabaquismo, que habrá que vigilar detenidamente a corto plazo.

El consumo de alcohol describe en líneas generales una evolución positiva, especialmente en los hombres. Se mantiene estable el consumo moderado pero desciende casi a la mitad el número de bebedores de riesgo teniendo en cuenta el consumo promedio de alcohol. En el caso de la ingesta excesiva en una misma ocasión la reducción es menor y sólo se observa en los hombres. En el 2007 la prevalencia de personas que realizaron un consumo promedio de riesgo fue del 3,1%, y las que consumieron alcohol de forma excesiva en una misma ocasión del 10,4%. Combinando ambos indicadores, el 11,6% realizó un consumo de alcohol de riesgo.

Entre las sustancias de comercio ilegal, el cannabis presentó la prevalencia de consumo más elevada seguido por la cocaína, ambas con valores ligeramente inferiores a los de 2005.

El efecto del consumo de tabaco en nuestra región se traduce en 5.304 muertes en el año 2004, lo que supone el 13,6% de todos los fallecimientos. Reflejando la evolución natural de la epidemia de consumo de tabaco, se observa en el 2004, comparando con la década de los noventa, un descenso de la tasa de mortalidad atribuible en la población masculina, mientras que en la población femenina se mantiene estable.

Respecto a los datos sobre consumo problemático de drogas, se observa una tendencia estable en el número de urgencias relacionadas directamente con el consumo de sustancias psicoactivas. La cocaína es la sustancia más frecuente de consumo habitual (58,7%) y que provoca la atención en urgencias (47,9%).

En los fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en los dos últimos años se observa una tendencia al alza. En cuanto a las sustancias encontradas, los opiáceos vuelven a disminuir, tras el ascenso observado en 2006; los antipsicóticos continúan la tendencia ascendente observada desde el año 2005; y respecto a los estimulantes, cocaína en su práctica totalidad, experimentan un ligero ascenso. Con ambos indicadores, urgencias y fallecimientos, se observa un envejecimiento de la población afectada.

