

# Metodología para la estimación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Susana Belmonte Cortés, Carmen Serrano Zarceño, Susana Granado de la Orden

Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. España.

## Resumen

El objetivo de este trabajo es revisar los métodos utilizados para la estimación del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Analizar las ventajas de utilizar unos u otros métodos, así como las dificultades y problemas metodológicos más frecuentes en la medición y clasificación de cada uno de estos indicadores.

Se recogen las principales fuentes de información disponibles a nivel Europeo, Nacional y en la Comunidad de Madrid para estimar los aspectos más relevantes del consumo de este tipo de sustancias.

Palabras clave: Consumo de alcohol. Consumo de tabaco. Uso de drogas. Cuestionarios.

## METHODOLOGY FOR THE ESTIMATION OF USE OF TOBACCO, ALCOHOL AND OTHER DRUGS

### Abstract

The objective of this article is to revise the methods used for the assessment of the use of tobacco, alcohol and other drugs. Analysing the advantages of using one method or the other, as well as the most frequent methodological difficulties and problems in medication and classification of each one of these indicators.

The main sources of information available from European, National and Madrid Autonomous Community levels have been consulted to estimate the most relevant aspects of these forms of substance abuse.

Key words: Alcohol drinking. Tobacco use. Substance abuse. Questionnaire.

## Introducción

Uno de los elementos primordiales para la planificación y adopción de medidas de Salud Pública es disponer de información precisa sobre el estado de salud de la población y sobre indicadores de gran influencia sobre esta.

Para obtener esta información es posible recurrir a distintas fuentes. Algunas de ellas, estadísticas basadas en registros que si bien tienen un carácter de exhaustividad, no cubren todos los aspectos de salud y no pueden relacionarse en muchos casos ni con variables sociodemográficas ni con otros determinantes del estado de salud. En otros casos es posible obtener la información mediante encuestas.

A nivel Europeo, se emplea actualmente una Encuesta de Salud para recabar esta información. Sin embargo, no existe uniformidad en la forma de realizar las encuestas y esto conlleva dificultades de comparabilidad entre los datos de los distintos países de nuestro entorno, y crea dificultades para proveer indicadores conjuntos para la planificación de las políticas comunes de la Unión Europea (UE)<sup>1,2</sup>.

En España además de contar con diversos estudios relativamente aislados, se dispone de algunas encuestas

de ámbito poblacional y de aplicación sistemática y mantenida a lo largo del tiempo que permiten aproximaciones al conocimiento de la situación. Sin embargo, cada una presenta características propias que condicionan la validez de los datos obtenidos, su disponibilidad y la interpretación de sus resultados.

En la Comunidad de Madrid, desde 1995 se dispone del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades no Transmisibles (SIVFRENT) como herramienta para conocer la distribución y la evolución de los factores de riesgo relacionados con el comportamiento y las prácticas preventivas. Su información sirve para elaborar las políticas de intervención en Salud Pública y evaluar su impacto en la población<sup>3,4</sup>.

Existen similitudes y diferencias entre los tres tipos de sustancias: alcohol, tabaco y otras drogas. Como se verá más adelante, para los casos de las sustancias legales, alcohol y tabaco, se dispone de registros de producción legal mediante los cuales, pese a las limitaciones metodológicas que se comentarán en cada apartado, se puede obtener un indicador de consumo *per cápita*, que no puede obtenerse para el caso de las drogas ilegales al no disponer de este tipo de registros.

## Indicadores de consumo de tabaco y alcohol

Las intervenciones sanitarias han de basarse en el conocimiento de la realidad. Para poder monitorizar conductas de fuerte influencia en la salud (como la

Correspondencia: Susana Belmonte Cortés.  
Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención.  
Dirección General de Atención Primaria.  
Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.  
Madrid. España.  
E-mail: susana.belmonte@salud.madrid.org

dieta, o el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas) es preciso utilizar fuentes de información sistemáticas que proporcionen datos válidos<sup>5</sup>.

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública de los países desarrollados, es la principal causa de muerte prematura evitable. El consumo de tabaco no solo perjudica a quienes lo consumen sino también a las personas expuestas al humo del tabaco. Por este motivo es interesante conocer tanto la frecuencia de consumo de tabaco, como la exposición al humo del mismo<sup>5</sup>.

La estimación del consumo de tabaco en la población, se puede realizar utilizando indicadores *per cápita* o indicadores obtenidos mediante encuestas.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, este es actualmente uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Desde una perspectiva de salud pública, disponer de una aproximación cuantitativa del nivel de consumo, su distribución entre los diferentes estratos poblacionales y su tendencia, es una de las principales tareas para planificar las diferentes estrategias de intervención<sup>6,7,8</sup>.

Los indicadores relacionados con el consumo de alcohol en la población pueden clasificarse en directos e indirectos. En el primer grupo estarían todos aquellos que miden directamente, por cualquier método, la cantidad y/o la frecuencia del consumo en la población de estudio. Dentro de este grupo de indicadores se encuentran el consumo de alcohol *per cápita* y el procedente de encuestas dirigidas a la población que generalmente emplean instrumentos de medida basados en la autodeclaración del consumo de alcohol<sup>6,9</sup>.

Por otro lado, los indicadores indirectos serían todos aquellos dirigidos a estimar aspectos relacionados, en mayor o menor grado, con el consumo de alcohol, pero que en ningún caso se dirigen a observar la cantidad/frecuencia de alcohol consumido por la población objeto de estudio. Algunos ejemplos de este tipo de indicadores indirectos serían: la producción de bebidas alcohólicas, los indicadores del impacto de los problemas relacionados con el alcohol, como mortalidad atribuible al consumo, ingresos hospitalarios por alcoholismo, mortalidad por suicidio u homicidio, etc.<sup>6</sup>

## Consumo *per cápita*

### Tabaco

La estimación del consumo *per cápita* de tabaco, puede dar buena cuenta de cómo consume tabaco una sociedad cuando las estadísticas de impuestos y venta son exactas<sup>10</sup>.

Los datos de las ventas de cajetillas pueden obtenerse del Comisionado para el Mercado de Tabacos<sup>11</sup> y los datos de población española ( $\geq$  de 15 ó 16 años, obtenidos del Instituto Nacional de Estadística), de esta forma se puede estimar el número de cigarrillos consumidos por persona y día<sup>12</sup>.

**Tabla I**  
*Ventajas e inconvenientes de la estimación del consumo per cápita de tabaco y alcohol*

<i>Ventajas</i>	<i>Inconvenientes</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor coste</li> <li>• Indicador de consumo a nivel nacional</li> <li>• Muestra tendencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No miden:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Producción ilegal y casera</li> <li>- Consumo turismo</li> <li>- Contrabando</li> </ul> </li> <li>• No identifica grupos de riesgo</li> <li>• Problemas relacionados con consumo excesivo</li> <li>• No identifica patrones de consumo</li> </ul>

A nivel internacional se utiliza como denominador la población mayor de 15 años, porque se asume que los menores de esta edad, consumen poco del tabaco disponible.

Este indicador puede mostrar las tendencias en el tiempo, es decir, aumentos y disminuciones en las tasas globales de uso, sin embargo, no aporta ninguna información en relación a los hábitos de consumo de diferentes grupos de población. De esta forma, el indicador puede mantenerse estable si disminuye por ejemplo el número de varones consumidores proporcionalmente al aumento en el número de mujeres usuarias. O puede mostrar tendencia a la disminución a pesar de que el índice de fumadores adolescentes muestre un aumento importante<sup>10</sup> (tabla I).

Una limitación del consumo *per cápita* de tabaco es que no incluye las ventas ilegales, las ventas a población turista ni el contrabando de tabaco. Sin embargo es un método menos costoso que las encuestas, ya que se nutre de datos estadísticos disponibles de forma rutinaria.

### Alcohol

Con respecto al alcohol, el consumo por persona y año (*per cápita*) es un indicador poblacional directo muy utilizado para comparar diferencias geográficas y/o temporales en morbilidad, realizar comparaciones internacionales, estudiar series temporales o efectuar estudios ecológicos, permitiendo aproximar su magnitud y evolución<sup>6,7,9,13,14</sup>.

Existe suficiente evidencia epidemiológica para afirmar que este indicador está fuertemente relacionado con la distribución de bebidas alcohólicas en la población y, concretamente, con la proporción de bebedores excesivos que existen en ella y con la frecuencia de problemas relacionados con el alcohol. Por ello, el seguimiento de la tendencia temporal del consumo *per cápita* de alcohol global es una herramienta útil para conocer la proporción de bebedores de riesgo en la población<sup>6,9,13</sup>.

Su cálculo se basa en los datos sobre producción, importación, exportación y venta de bebidas alcohólicas disponibles mediante estadísticas gubernamentales (impuestos o tasas), datos de productores de bebidas alcohólicas, y estimaciones de la Organización de las

Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO)<sup>7</sup>.

Se expresa en litros de etanol puro (global o desglosado por tipo de bebida), asignando un contenido alcohólico estándar para cada tipo. Generalmente se trabaja con 3 grupos de bebidas, para cada una de los cuales se realiza la estimación: la cerveza, el vino y las bebidas espirituosas, asumiendo graduaciones medias. Puede añadirse un cuarto grupo de vinos de alta graduación. Una vez obtenidos los volúmenes de alcohol puro consumidos, se calcula la cantidad media consumida en el año por individuo. Su estimación precisa requeriría considerar en el denominador la población en edad de consumo de alcohol, eliminando la fracción de no bebedores. Sin embargo para comparaciones internacionales se suele utilizar como denominador la población mayor o igual a 15 años, asumiendo así las limitaciones del dato<sup>6,7</sup>.

El consumo *per cápita* de alcohol es un indicador con muchas ventajas, aunque también posee limitaciones (tabla I). En cuanto a las primeras, se encuentra su menor coste respecto a los métodos de encuesta, al estar basado en información rutinariamente recogida en muchos países con una metodología similar, por ello, su uso está generalizado como indicador del consumo de alcohol a nivel nacional<sup>6</sup>.

Los inconvenientes de este indicador, se podrían clasificar en dos categorías: lo que no miden, lo que no pueden medir. Con respecto a la primera, las estimaciones de consumo de alcohol *per cápita* se derivan generalmente de los datos sobre la venta, la fabricación, el comercio y los impuestos de las bebidas alcohólicas. Como tal, no tiene en cuenta la producción ilegal y casera de alcohol, el consumo debido al turismo ni el alcohol pasado de contrabando.

En cuanto a la segunda categoría, este tipo de indicador asume que todo el alcohol disponible es consumido por la población diana en el período de tiempo objeto de estudio (generalmente un año). Por tanto no permite identificar grupos de riesgo poblacionales, problemas relacionados con consumos excesivos, ni identifica los patrones de consumo de la población<sup>6,7,13</sup>.

A nivel internacional la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica anualmente el consumo *per cápita* de múltiples países. En España, también disponemos de otras fuentes de información como el Panel de Consumo Alimentario, que desde 1987 publica datos sobre compras de bebidas alcohólicas en muestras representativas de hogares, establecimientos de restauración e instituciones (cantidad, precio y gasto). El Instituto Nacional de Estadística (INE) realiza anualmente la Encuesta de Presupuestos Familiares que incluye datos sobre bebidas alcohólicas consumidas en hogares (litros y coste) así como la Encuesta Industrial de Productos sobre la producción nacional de bebidas alcohólicas. Todas ellas recogen litros totales de bebida que deben convertirse a etanol puro para estimar el consumo *per cápita*<sup>15,16,17</sup>.

## Encuestas de salud poblacionales

### Tabaco

Los cuestionarios son el método más utilizado para monitorizar la prevalencia de consumo de tabaco y el número de cigarrillos fumados en la población general.

Para estudiar las consecuencias del hábito tabáquico, puede resultar útil saber la forma de uso. Por ello, el cuestionario utilizado debe contener preguntas que recojan información sobre las formas de presentación del tabaco consumido (cigarrillos, puros, tabaco para pipas, tabaco de liar).

En la identificación del patrón de consumo de tabaco, los indicadores más comunes son la frecuencia y la cantidad consumida. La Organización Mundial de la Salud (1998)<sup>10</sup> propone las siguientes categorías para los patrones de consumo de tabaco: *no fumadores*, *exfumadores* y *fumadores actuales*, de acuerdo con las siguientes definiciones que se muestran en la figura 1.

Además, cuando se estudia poblaciones o grupos de población con baja incidencia, es recomendable distinguir a los fumadores diarios que se encuentran en etapa

No fumadores	Personas que nunca han fumado
Exfumadores:	
– Ocasionales	Personas que fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos, pero que nunca lo hicieron diario.
– Diarios	Personas que fumaron en el pasado más de 100 cigarrillos en su vida y lo hicieron a diario.
Fumadores ocasionales:	
– Fumadores en reducción	Personas que llegaron a fumar diario pero que no lo hacen ya.
– Experimentadores	Fumadores que han fumado menos de 100 cigarrillos en su vida y que en la actualidad fuman ocasionalmente.
– Fumadores continuos	Personas que nunca han fumado diario, que han fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y que en la actualidad fuman ocasionalmente.
Fumador diario	Personas que fuman todos los días

Fuente: Medina-Mora, 2003.

Fig. 1.—Patrones de consumo de tabaco.

**Tabla II**  
*Ventajas e inconvenientes de las encuestas poblacionales para estimación del consumo de alcohol*

<i>Ventajas</i>	<i>Inconvenientes</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica quienes consumen alcohol</li> <li>• Permite comparación entre subpoblaciones</li> <li>• Detecta grupos de riesgo elevado</li> <li>• Útil en planificación y evaluación de políticas sanitarias</li> <li>• Describe hábitos, actitudes y conocimientos</li> <li>• Instrumento para vigilancia y monitorización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultades metodológicas: selección de la muestra, elección instrumento medida y de indicadores</li> <li>• Necesita importantes recursos para su realización</li> </ul>

experimental, es decir que no han fumado todavía más de 100 cigarros.

También es importante conocer el número de cigarros que se fuma o se fumó en el pasado y el tiempo de exposición al tabaco. Además hay que considerar categoría adicional que es la de *fumador pasivo* que se define como aquel individuo expuesto al humo de tabaco en su medio ambiente, todo ello permite evaluar riesgos para problemas de salud<sup>10</sup>.

Aunque los cuestionarios son muy utilizados y presentan una relativa validez no están exentos de problemas como pueden ser la declaración incorrecta (deliberada o no) por parte de la persona entrevistada y la consiguiente mala clasificación del consumo de cigarrillos. Además, la baja aceptación social de los hábitos no saludables, como es el consumo de tabaco, es un posible factor de infradeclaración en las encuestas de salud.

Algunos estudios muestran cierta variabilidad del consumo de cigarrillos fumados según las encuestas de salud y los datos de ventas de tabaco, mostrando una infradeclaración del número de cigarrillos fumados en las encuestas de salud por entrevista en comparación con los datos oficiales de ventas<sup>12</sup>.

### *Alcohol*

Está internacionalmente admitido que la mejor forma de aproximarse al conocimiento sobre el consumo de bebidas alcohólicas y sus factores determinantes en la población son las encuestas de base poblacional. Estas proporcionan información desagregada sobre el consumo de alcohol de una muestra, estimando indicadores como la edad de inicio, la frecuencia de consumo de alcohol, la proporción de bebedores y no bebedores, el consumo promedio o los patrones de ingesta de alcohol<sup>7,9</sup>.

Las encuestas permiten detectar grupos de riesgo poblacionales y establecer asociaciones más sólidas entre patrones de bebida, factores sociodemográficos y efectos en salud. Realizadas periódicamente, también son útiles para planificar y evaluar la efectividad de políticas de salud implementadas<sup>7</sup>.

El método por encuesta tiene ventajas e inconvenientes. Entre las ventajas de las encuestas se encuentra el hecho de que indican quiénes son los que beben. Los datos de ingesta per cápita, no recogen el número de personas que se abstienen totalmente del alcohol, por lo tanto no pueden distinguir los cambios que resultan de

los aumentos o disminuciones en la proporción de abstemios de los que reflejan volúmenes variables de consumo en los bebedores (tabla II).

Una segunda ventaja de los datos de encuesta es que permiten la comparación del consumo entre diversas subpoblaciones de interés. Además, la encuesta, al estar dirigida al individuo, recoge una información de carácter sociodemográfico, cuyo uso puede ser de gran utilidad para la detección de grupos de riesgo elevado o grupos de interés especial para la intervención, constituyendo un instrumento de gran utilidad para la planificación y evaluación de las políticas sanitarias<sup>6,13</sup>.

Una tercera ventaja de los datos de las encuestas es que permite explorar múltiples aspectos relacionados con el alcohol, pueden describir tanto los hábitos de bebida (frecuencia y cantidad de consumo, lugar de consumo, tipo de bebida) como las actitudes y conocimientos sobre el alcohol y sus consecuencias o los problemas relacionados con el consumo excesivo. Una persona que toma una bebida por día tiene el mismo volumen de ingesta que quien toma siete de una sola vez por semana; sin embargo, las consecuencias de estos dos modelos de bebida pueden ser muy diferentes<sup>6,13</sup>.

Además, las encuestas realizadas de forma periódica, pueden ser un instrumento de extraordinaria utilidad para la vigilancia y monitorización del consumo de alcohol en la población.

Entre los inconvenientes se encuentran las limitaciones relacionadas, fundamentalmente, con la metodología.

En primer lugar con respecto a la muestra existe la dificultad de seleccionar muestras poblacionales representativas de la población. Otro problema sería definir la edad mínima de la población diana sobre la que se va a estudiar el consumo de alcohol ya que el límite legal de venta de bebidas alcohólicas podría ser una referencia, sin embargo el consumo en los jóvenes es cada vez más frecuente<sup>6</sup>.

Una segunda dificultad metodológica es la elección de un buen instrumento de medida suficientemente preciso para estimar la ingesta de alcohol. Es necesario igualmente el uso de indicadores para caracterizar el tipo de consumo, por ello es importante establecer definiciones consensuadas para clasificar de forma homogénea o comparable estas distintas formas<sup>7,18</sup>.

Otra dificultad de las encuestas son los importantes recursos que requiere para su realización. A esto se añaden los problemas de estudio propios de un hábito socialmente muy arraigado pero con importantes con-

notaciones negativas que hacen aún más complejo obtener información válida sobre el consumo de alcohol, frecuentemente infraestimado<sup>6,7,18</sup>.

En las encuestas para determinar el consumo de alcohol, existen dos grandes métodos para recoger información por autodeclaración del individuo: o se le pregunta sobre las características de su consumo habitual, o se le pide que declare el consumo diario durante un período de tiempo reciente.

Respecto al primer método, consistente en realizar 2 preguntas al encuestado: *¿con qué frecuencia usted consume bebidas alcohólicas?* y *¿qué cantidad usted consume usualmente?* Estos datos, convenientemente tratados, proporcionan una medida del volumen de alcohol habitualmente consumido<sup>6,9</sup>.

Este tipo de instrumentos de medida, denominados índices cantidad frecuencia (C/F), informan sobre las dos dimensiones del consumo, la frecuencia y la cantidad, siendo necesario tener en cuenta ambas a la hora de estudiar el patrón de consumo. Los índices C/F constituyen una medida global del consumo del individuo. Su uso se limita a aquellas situaciones en las que se dispone de espacio muy limitado en una encuesta nacional sobre temas más generales<sup>6,13</sup>.

Existe otra modalidad de preguntar que es la denominada frecuencia y cantidad graduada (FCG), en este caso se pregunta a los sujetos con qué frecuencia consume determinadas cantidades de bebidas alcohólicas en un día, comenzando generalmente con cantidades grandes y disminuyendo a cantidades menores para alentar la información completa. Este es un método eficaz en función de los costos, y puede conseguir la mayor parte de la información esencial con 8 preguntas.

Con el segundo método de autodeclaración del consumo de alcohol (el consumo diario durante un período de tiempo), los encuestados deben ir declarando diariamente su consumo durante un período de tiempo determinado y concreto, mostrando la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en cada uno de los últimos días<sup>6,9,13</sup>.

Existe una opinión bastante generalizada en relación a que la medición del alcohol por encuesta produce cierta infraestimación del nivel de consumo, aunque otros estudios detectan el fenómeno contrario. Algunas de las razones que se han dado para explicar dicha infra-declaración han sido una cierta infrarrepresentación de los bebedores excesivos en las muestras estudiadas, al excluirse generalmente a las poblaciones marginales e institucionalizadas, o una sobrerrepresentación de la población que bebe en el hogar, donde los consumos parecen ser peor recordados que los realizados en otros lugares. Otras razones comúnmente aludidas han sido el conocido sesgo de memoria y cierta infradeclaración deliberada<sup>6</sup>.

Con respecto a la unidad de medida del alcohol ingerido, normalmente se recoge el volumen ingerido por el individuo en copas puesto que esta unidad de medida resulta más comprensible entre los consumidores. Para ello, los investigadores deben definir una copa para los

diferentes tipos de bebidas, basados en la cantidad de gramos de alcohol que contienen<sup>9</sup>.

La diversa tipología y presentación de las bebidas que contienen alcohol, y la irregularidad de los patrones de consumo a lo largo del tiempo, exige el uso de cuestionarios muy extensos para estimar la ingesta semanal, más aún en la adolescencia. Lo cierto es que no se dispone de una metodología común que asegure que las medidas de ingesta de alcohol sean comparables y suficientemente válidas, un problema repetidamente señalado por diversos autores que han invocado la necesidad de estandarizar mejor la medida del consumo de alcohol<sup>1</sup>.

## Tipos de entrevistas

En cuanto a la forma de recolectar la información, las formas más comunes son las entrevistas telefónicas, las entrevistas personales y los cuestionarios autoadministrados.

La ventaja de utilizar cuestionarios autoadministrados es que se obtiene información de aspectos que las personas se puedan sentir avergonzadas de decir a un entrevistador. La desventaja es que se necesitan tener un alto nivel educacional. Una opción que resulta bastante interesante es una combinación entre ellas, donde las entrevistas tengan secciones autoadministradas para las partes de mayor conflicto<sup>9</sup>.

En cuanto a la modalidad de entrevista, ésta puede realizarse frente a frente o por teléfono. La entrevista telefónica es una opción sólo en países donde prácticamente todos los hogares tienen teléfono. En esos casos, los costos de las entrevistas por teléfono son sustancialmente inferiores a los de las entrevistas personales<sup>4,13</sup>.

A veces en una entrevista personal se incluye una parte autoadministrada, para que el entrevistador recoja información que quizá al entrevistado le incomode dar verbalmente. Esta opción requiere un nivel relativamente alto de alfabetismo en todos los sectores de la población incluidos en la muestra de la encuesta. Sin embargo, parece que los cuestionarios confidenciales aportan información más extensa sobre la conducta alcohólica que las entrevistas personales<sup>13</sup>.

La utilización de encuestas telefónicas se ha incrementado notablemente en las últimas décadas debido, sobre todo, a la buena relación coste-eficacia y a la posibilidad de disponer rápidamente de la información recogida.

Diferentes estudios han comparado las entrevistas telefónicas con las realizadas «cara a cara» y, en general, los resultados muestran estimaciones muy similares, con una tendencia a la reducción de las diferencias entre ambos métodos en los trabajos más recientes.

En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid, se muestra que la prevalencia de diversos factores de riesgo para la salud relacionados con el comportamiento y las prácticas preventivas es similar cuando los datos se obtienen por encuesta con entrevista telefónica domiciliaria y con entrevista «cara a cara» en el domicilio. Sin

embargo, la reducción de los costes económicos, además de la mayor flexibilidad y rapidez de ejecución, hace de esta metodología una técnica eficiente para su utilización en sistemas de vigilancia, en ámbitos geográficos con una elevada cobertura telefónica. Obteniéndose además, una buena reproducibilidad del cuestionario, con estimaciones consistentemente elevadas en la prevalencia por grupos cuando se aplica repetidamente a los mismos individuos, y también describe una buena concordancia individual. Estos resultados concuerdan con los observados en otros estudios, que utilizan también el método de encuestas continuas basadas en la metodología telefónica como fuente de información en los sistemas de vigilancia sobre estos factores<sup>3,4</sup>.

### Indicadores de consumo de otras drogas

Para conocer el consumo de drogas de comercio ilegal las encuestas son la mejor forma de estimarlo.

En el caso de algunas sustancias de uso más prevalente entre los adolescentes como el cannabis, se hace necesario disponer de indicadores que permitan diferenciar niveles de consumo que suponen un mayor riesgo o reflejen la existencia de un trastorno (como el consumo perjudicial, el abuso o la dependencia)<sup>1</sup>.

En el caso de otras drogas, las bajas prevalencias que se observan por lo general en los estudios de población obligan a buscar indicadores más significativos, este es el caso del indicador: *número de veces que se han usado las drogas*, mediante esta pregunta pueden distinguirse los *usuarios experimentales*, (por ejemplo aquellos que solamente probaron la droga de 1 a 5 veces sin continuar usándola después de experimentar sus efectos), *regulares* (quienes han usado más de 5 veces) o *usuarios fuertes* (por ejemplo, los que han usado cada sustancia en más de 50 ocasiones)<sup>10</sup>.

### Algunas fuentes de información disponibles

De forma práctica, a continuación se comentan algunas fuentes de información disponibles para los tres tipos de sustancias (alcohol, tabaco y otras drogas) a nivel europeo, nacional y de la Comunidad de Madrid, así como los criterios metodológicos que se emplean.

#### A nivel europeo

##### Encuesta Europea de Salud en España (EESE)

Esta encuesta está promovida por la Dirección General de Salud y Protección al Consumidor (DGSANCO) de la Comisión Europea y coordinada por la Oficina Europea de Estadística (Eurostat) la primera edición se realizó en 2009 y tiene una periodicidad quinquenal. Se realizó en 18 países de la UE con un cuestionario común europeo sobre personas de 16 años. Su objetivo principal es obte-

ner datos sobre el estado de salud, los estilos de vida y la utilización de los servicios sanitarios, de manera armonizada y comparable a nivel europeo. Esta información permite planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, tanto europeas como nacionales<sup>2,7</sup>.

El cuestionario consta de cinco módulos. En uno de ellos, sobredeterminantes de la salud, se incluye una parte autoadministrada en la que la persona entrevistada manifiesta sus hábitos hacia el consumo de tabaco, alcohol y drogas.

#### A nivel nacional

En España, el Ministerio de Sanidad realiza periódicamente diversos estudios poblacionales. *La Encuesta Nacional de Salud* (ENS) que se realiza desde 1987 con una periodicidad irregular en población de 15 años y más. Y, desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se realizan la *Encuesta Domiciliaria sobre Drogas y Alcohol en España* (EDADES) en población de 15 a 64 años y la *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES) en población de 14 a 18 años. Ambas se publican bienalmente desde 1997 y 1994 respectivamente, permitiendo valorar la evolución del consumo de alcohol<sup>19,20,21</sup>.

##### Encuesta Nacional de Salud (ENS)

La Encuesta Nacional de Salud es una investigación dirigida a la población general (de 15 años y más) que permite obtener información sobre el estado de salud de la población española, y relacionar morbilidad, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios entre sí y con determinadas características sociodemográficas y geográficas<sup>19</sup>.

La información se ha recogido mediante entrevista personal a los adultos (individuos de 16 y más años) y mediante entrevista a la madre, padre o tutor en el caso de los niños (individuos de 0 a 15 años).

Las preguntas relacionadas con el hábito tabáquico y el consumo de alcohol están recogidas en el apartado hábitos y estilos de vida, pero exclusivamente en el cuestionario dirigido a la muestra de población adulta (población de 16 y más años), y no se contemplan en el cuestionario de la muestra infantil (población de 0 a 15 años). El método de recogida es entrevista personal asistida por ordenador.

##### Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Esta encuesta va dirigida a la población general de 15 a 64 años. El cuestionario es administrado en el domicilio de la persona. Una primera parte se realiza mediante entrevista cara-a-cara, y una segunda parte correspondiente a las preguntas relacionadas con el consumo de drogas son autocumplimentadas por el propio entrevistado.

tado con objeto de facilitar el anonimato de las respuestas. Las preguntas van encaminadas a conocer la disponibilidad de drogas percibida y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo, las vías de obtención, y de información utilizadas y preferidas, así como la opinión de la población acerca de la importancia de los problemas de drogas y las medidas para reducirlos<sup>20</sup>.

#### Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)

Esta encuesta está dirigida a los estudiantes de 14 a 18 años con el objetivo de conocer la situación y las tendencias de los consumos de drogas, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de este grupo de población.

Se utiliza cuestionario autocumplimentado y se garantiza el anonimato de los encuestados<sup>21</sup>.

#### A nivel de la Comunidad de Madrid

Se dispone de *El Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades no Transmisibles* (SIVFRENT) que se puso en marcha en 1995 para pobla-

ción adulta (SIVFRENT-A) y en 1996 para jóvenes (SIVFRENT-J)<sup>22,23</sup>.

Con este sistema se pretende conocer la distribución y la evolución de los factores de riesgo relacionados con el comportamiento y las prácticas preventivas. Su información sirve para elaborar las políticas de intervención en salud pública y evaluar su impacto en la población.

#### SIVFRENT A

Se basa en una encuesta telefónica realizada anualmente a una muestra de 2000 personas de 18 a 64 años residentes en la Comunidad de Madrid. El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, agrupadas en los siguientes apartados: actividad física, alimentación, antropometría, consumo de tabaco, consumo de alcohol, prácticas preventivas, seguridad vial y accidentabilidad (tabla III).

#### SIVFRENT J

Está dirigido a población juvenil entre 15 y 16 años, mide la prevalencia, distribución y características de los

**Tabla III**  
*Características metodológicas y apartados del cuestionario, en relación con alcohol, tabaco y otras drogas, del Sistema de Vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (SIVFRENT)*

	SIVFRENT-A	SIVFRENT-J
Inicio	1995	1996
Población diana	Población de 18-64 años residente en la Comunidad de Madrid	Población de 15-16 años residente en la Comunidad de Madrid
<i>Diseño muestral</i>		
Marco muestral	Población de 18-64 años residente en la Comunidad de Madrid, con línea telefónica en sus hogares	Población escolarizada en el 4º curso de la ESO en la Comunidad de Madrid
Tamaño muestral	Unas 2.000 entrevistas anuales (Ej. Año 2013 1944)	Unas 2000 entrevistas anuales (Ej. Año 2013 2115: entrevistas distribuidas en 89 aulas de 45 centros escolares)
<i>Recogida de información</i>		
Método	Cuestionario estructurado compuesto por un núcleo central y varios módulos variables, administrado mediante encuesta telefónica a través del sistema CATI (Computerized Assisted Telephone Interview)	Cuestionario estructurado compuesto por un núcleo central y módulos variables, autoadministrado en el aula.
<i>Apartados del cuestionario en relación al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas</i>		
Consumo de alcohol	Consumo total, consumo de riesgo, binge drinking	
Consumo de tabaco	Consumo actual y pasado; tabaquismo pasivo; intentos de abandono de tabaquismo	
Consumo de drogas de comercio ilegal	Tranquilizantes sin prescripción, hachís, cocaína, heroína, speed o anfetaminas, éxtasis u otras drogas de diseño, alucinógenos	

principales factores de riesgo relacionados con el comportamiento. Se basa en la realización de encuestas seriadas con periodicidad anual a una muestra aproximada de 2.000 individuos escolarizados en el 4º curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en la Comunidad de Madrid.

El cuestionario se compone de un núcleo central de preguntas que se mantiene estable en el tiempo para poder realizar comparaciones, y un apartado flexible que se va modificando periódicamente en función de las necesidades de salud pública. Se recogen aspectos sobre actividad física, alimentación, conductas relacionadas con los trastornos del comportamiento alimentario, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas de comercio ilegal, relaciones sexuales, accidentabilidad y seguridad vial (tabla III).

## Conclusiones

Para la estimación del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, se dispone de fuentes de información valiosas, con ventajas e inconvenientes en función del método utilizado. Es necesario disponer de datos válidos y comparables del estado de salud y sus determinantes como elemento clave de una política sanitaria basada en la evidencia<sup>24</sup>.

El método de encuesta aporta información no solo en relación al consumo sino a otros aspectos importantes. No obstante, para poder comparar las diferentes encuestas es necesario homogeneizar los cuestionarios considerando algunos aspectos metodológicos como: la medición del volumen en el caso del alcohol, categorización de los consumos, grupos de edad, etc.

## Referencias

1. Valoración de las encuestas a adolescentes sobre consumo de tabaco, alcohol y cannabis en España. Joan R Villalbí; Josep M Suelves; Esteve Saltó; Carmen Cabezas. *Adicciones* 2011; 23 (1): 11-6.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España, 2009. [Consultado 1 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/>
3. Reproducibilidad de un cuestionario telefónico sobre factores de riesgo asociados al comportamiento y las prácticas preventivas. Iñaki Galán; Fernando Rodríguez-Artalejo y Belén Zorrilla. *Gac Sanit* 2004; 18 (2): 118-28.
4. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorrilla B. Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas «cara a cara» domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. *Gac Sanit* 2004; 18 (6): 440-50.
5. La prevalencia del consumo de tabaco en España. Cristina Infante; Jesús Miguel Rubio-Colavida. *Adicciones* 2004; 16 (suppl. 2).
6. Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de consumo de alcohol en España. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 544-50.
7. Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. José L Valencia Martín, Mª José González, Iñaki Galán. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 88: 433-46.

8. Galán I, González Mª J, Valencia-Martín JL. Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 88: 529-40.
9. Chang de la Rosa M, Cañizares Pérez M, Barroso Utra I. Consumo de bebidas alcohólicas: sugerencias para su medición en Cuba. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21 (3-4).
10. Medina-Mora Mª E. Diagnóstico del problema: conceptos básicos. En: Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México 2003. ISBN: 970-721-135-0.
11. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Información sobre el Mercado de Tabacos: ventas de labores de tabaco a expendurias. (Consultado el 01/09/2014). Disponible en: <http://www.cmtabacos.es/wwwcmt/paginas/ES/mercadoEstadisticas.html>
12. Martínez-Sánchez JM, Fu M, Gallus S, Sureda X, La Vecchia C, Fernández E. Variabilidad en el consumo de cigarrillos según la fuente de información en España (1993-2009). *Gac Sanit* 2013; 27 (1): 61-3.
13. Guía Internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias Sanitarias. Organización Mundial de la Salud 2000.
14. Medina-Mora MªE, Villatoro J, Fleiz C, Cravioto P. Métodos de obtención de información: Encuestas en hogares. En: Metodología para la elaboración de estudios epidemiológicos a nivel nacional y local y estudios para grupos especiales relacionados con las adicciones. Consejo Nacional Contra las Adicciones. México 2003. ISBN: 970-721-135-0.
15. Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente. Panel de consumo alimentario. [Consultado 1 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.magrama.gob.es/es/alimentacion/servicios/>
16. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Presupuestos Familiares. [Consultado 1 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p458&file=inebase>
17. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Industrial de Productos. [Consultado 1 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft05%2Fp049&file=inebase&L=0>
18. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes monográficos no 1. Consumo de alcohol. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2013. [Publicación en la Intranet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013. NIPO en línea: 680-14-081-9. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España, 2011/12. [Consultado 1 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>
20. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). [Consultado 1 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>
21. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). [Consultado 1 de Septiembre de 2014]. Disponible en: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm)
22. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2012. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Nº 7. Volumen 19. Julio 2013.
23. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2013. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Nº 4. Volumen 20. Abril 2014.
24. Requena MªL, Suárez M, Pérez O y Grupo Técnico de Encuestas de Salud de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Encuestas de salud en España: situación actual. *Rev Esp Salud Pública* 2013; 87: 549-73.