

INFORME 2017

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)

Rosario SENDINO. Directora de la Unidad de Sistemas de Información y Documentación Adjunta al Delegado del Gobierno

Elena ÁLVAREZ. Begoña BRIME. Noelia LLORENS. Aurora RUIZ. Eva SÁNCHEZ.

RESPONSABLES EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

Andalucía

Fernando ARENAS

Mercedes SUÁREZ

Rosario BALLESTA

Izaskun BILBAO

Aragón

Carmen BARANGUAN

Laura JOSÉ

Asturias

José Ramón HEVIA

José Antonio GONZÁLEZ

Baleares

Juana VANRELL

Francisca BIBILONI

Canarias

Baltasar FERNÁNDEZ

Amelia M^a HERNÁNDEZ

Luz María MORENO

Cantabria

Ángela HIGUERA

Antonia RUEDA

Carmen DIEGO

Castilla-La Mancha

Berta HERNÁNDEZ

Carmen DE PEDRO

Carlos ALONSO

Castilla y León

Ana SÁNCHEZ

Susana REDONDO

Alexander VELÁZQUEZ

Cataluña

Xavier ROCA

Xavier MAJO

M. Teresa BRUGAL

Extremadura

Antonia María VAS

M^a Pilar MORCILLO

Galicia

Sergio VEIGA

Jaime FRAGA

Sara FERREIRA

Madrid

Ana RUIZ

M^a Angeles GUTIÉRREZ

Murcia

Andrés ALCARAZ

Pedro PARDO

Navarra

Miguel MARTÍNEZ

Raquel GONZÁLEZ

País Vasco

Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA

La Rioja

Cristina NUEZ

Comunidad Valenciana

M^a Jesús MATEU

Francisco VERDÚ

Ceuta

Miguel Ángel MANCILLA

Melilla

Luisa Fernanda HERMOSO

AGRADECIMIENTOS

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas quieren agradecer su contribución a este informe a:

- Coordinadores de los departamentos autonómicos de drogas, los trabajadores de los sistemas de información sobre drogas en las Comunidades Autónomas; así como a todas las instituciones y personas que aportan rutinariamente información al sistema, en particular a los centros de tratamientos de drogas, los servicios de urgencia hospitalarios, los institutos de medicina legal, las unidades de tratamiento de Instituciones Penitenciarias, los laboratorios de toxicología y los centros educativos de enseñanzas secundarias.
- Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado. Ministerio del Interior.
- Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas.
- Integrantes del Sistema Español de Alerta Temprana, entre los que se incluyen el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, los Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales, el Instituto de Toxicología del Ministerio de Defensa, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, el Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias, el Plan Nacional sobre Sida, el Centro Nacional de Epidemiología, responsables en las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas y Organizaciones No Gubernamentales, especialmente Energy Control, Ai Laket y Cruz Roja Española.

INFORMACIÓN DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES (OEDA)

Dirección: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plaza de España, 17 - 28008 Madrid

Teléfono: 91 822 00 00 - Fax: 91 822 61 08

Correo electrónico: cendocupnd@msssi.es

Internet: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>

EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 680-18-111-2

En un ejercicio en el que corresponde planificar y aprobar una nueva Estrategia Nacional que va a regir las políticas de adicciones durante los próximos ocho años, cobra un sentido especial la necesidad de disponer de información fiable, contrastada y actualizada.

La actualización de los datos y la información resultante de los mismos es fundamental para aproximarse a un mejor diagnóstico y comprensión de los fenómenos, permitir evaluar globalmente las políticas y las intervenciones, así como para poner de manifiesto las nuevas necesidades y oportunidades de mejora. Por tanto, resulta esencial para formular las políticas, los planes y los programas, y tomar decisiones sobre sus contenidos.

En este documento que tengo el placer de prologar un año más, se ofrece una información relevante que debemos poner en valor como instrumento de planificación, ya que contiene los elementos necesarios para evaluar la situación real en nuestro país, tanto desde el punto de vista de la reducción de la demanda de drogas, como del de reducción de la oferta de las mismas. Además, ofrece información sobre nuevas sustancias psicoactivas detectadas en territorio español y eventos relacionados con el consumo de las mismas de especial significación en Salud Pública, a través de los datos obtenidos en el Sistema Español de Alerta Temprana, proporcionando un conocimiento fundamental para poder dar respuestas adecuadas e integrales a estos fenómenos.

Quiero resaltar que esta publicación es el resultado del esfuerzo colectivo de muchos profesionales, voluntarios, organizaciones sociales e instituciones, que nos aportan los datos necesarios para su análisis y elaboración. A todos ellos, y muy especialmente a las personas integrantes del equipo del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, quiero manifestar un año más mi agradecimiento por la realización de un trabajo ejemplar, elaborado con el máximo rigor.

Francisco de Asís Babín Vich
Delegado del Gobierno para el
Plan Nacional sobre Drogas

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

INFORME 2017

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

ÍNDICE

Presentación	3
Introducción	8
Resumen ejecutivo	9
Principales fuentes de información del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones	10
Sistema Español de Alerta Temprana	27
1. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas	28
1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2015	29
Introducción	29
Objetivos	29
Metodología	30
Resultados	34
• Caracterización sociodemográfica de la muestra	34
• Prevalencia de consumo de drogas	36
Evolución temporal	36
Edad media de inicio en el consumo y diferencias en el consumo por edad	39
Diferencias en el consumo por sexo	43
• Consumo por tipo de droga	46
Bebidas alcohólicas	46
Tabaco	57
Hipnosedantes	62
Cannabis	73
Cocaína	86
Éxtasis	90
Anfetaminas	92
Metanfetaminas	94
Alucinógenos	94
Setas alucinógenas	96
Heroína e inhalables volátiles	97
• Policonsumo	99
• Nuevas sustancias	106

• Percepciones y opiniones de la población ante las drogas	115
Percepción de riesgo	115
Percepción de disponibilidad	121
Percepción de la importancia del problema de consumo de drogas y visibilidad del problema	122
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas	123
Percepción sobre el estado de salud	125
1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2016	128
2. Problemas relacionados con las drogas	129
2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2015	130
Introducción	130
Metodología	130
Resultados	131
• Resultados generales. Drogas ilegales	131
• Resultados por tipo de droga	140
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína	143
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína	144
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis	146
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes	147
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos	148
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol	149
• Resultados por Comunidades/Ciudades Autónomas	150
2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2015	152
Introducción	152
Metodología	152
Resultados	153
2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2015. Mortalidad relacionada con drogas	158
Introducción	158
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)	159
Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador 6 ciudades españolas)	167
Registro General de Mortalidad	168
Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad	170
2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2015	175
Introducción	175
Metodología	175
Resultados	176
• Notificación nacional sobre infección VIH y sida	176
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de de sustancias psicoactivas	177
• Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada	179
2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2015	185
Introducción	185
Estimación del consumo problemático/de riesgo de alcohol	187

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis	190
• Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (escala CAST)	191
• Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (frecuencia de consumo)	194
Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína	196
Estimación del consumo problemático/de riesgo de heroína	199
Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada	201
Estimación del consumo problemático/de riesgo de hipnosedantes	203
3. Sistemas de alerta temprana	207
3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)	208
Objetivo y funcionamiento	208
Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa	212
3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)	215
Marco legal, objetivo y funcionamiento	215
Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España	220
4. Oferta de drogas y medidas de control	227
4.1. Ventas de tabaco, 2005-2016	228
4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2016	232
4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2016	236
4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2016 . .	239
Información complementaria	242
Páginas web de interés	243

INTRODUCCIÓN

La función primordial del **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)** es ofrecer una visión global de la evolución y características del consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol, tabaco, hipnosedantes, drogas ilegales y nuevas sustancias), nuevas adicciones y los problemas asociados en España. Para ello se emplea información procedente de diversas fuentes que, una vez analizada y contextualizada, debería ayudar a responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores a la hora de tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos.

Este documento *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2017*, se publica junto con otro documento *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2017*, que incluye una selección de tablas y gráficos que aportan información complementaria.

El presente informe se estructura en cuatro capítulos que se detallan a continuación:

En el **capítulo 1**, se presenta información relativa al consumo, percepciones y opiniones de la población ante las drogas desde 1995 hasta 2015. La fuente de información es la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), en sus sucesivas ediciones. EDADES se realiza de forma bienal, y se promueve y financia directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas contando con la estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

En el presente documento no se incluye información de ESTUDES, ya que los últimos datos disponibles, al cierre de este informe, se corresponden al año 2014 y ya han sido publicados en el *Informe y Estadísticas 2016 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*.

En el **capítulo 2**, se incluye información relativa a los problemas relacionados con las drogas desde 1987 hasta 2015. La información procede de tres indicadores clave: Indicador “Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas”, Indicador “Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas” e Indicador “Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”, así como información relativa al consumo problemático de drogas e información relacionada con las infecciones en consumidores de drogas.

Los indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad se gestionan desde 1987 en el marco del Plan Nacional sobre Drogas como una colaboración interinstitucional en el que tienen un papel muy activo las Comunidades y Ciudades Autónomas, así como las instituciones de las que procede la información (centros de tratamiento de drogodependencias, hospitales, institutos de medicina legal, laboratorios toxicológicos, etc.). En algunos casos, los Ayuntamientos prestan también soporte a la recogida y depuración de la información. Los indicadores sobre infecciones y consumo problemático proceden de varias fuentes, pero fundamentalmente de la DGPNSD y de otras divisiones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el **capítulo 3** se describen los objetivos, estructura y actividades del Sistema Español de Alerta Temprana.

El **capítulo 4** se centra en la oferta de drogas y las medidas de control. Se incluye información desde 1998 hasta 2016 sobre ventas de tabaco, decomisos, precio y pureza de drogas ilegales, detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas. La información procede del Ministerio del Interior y del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

En la página web del Plan Nacional sobre Drogas pueden consultarse los informes que se han ido publicando periódicamente desde 1998: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

RESUMEN EJECUTIVO

La función primordial del **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)** es ofrecer una visión global las características y los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol, tabaco, hipnosedantes, drogas ilegales y nuevas sustancias), así como de las adicciones sin sustancia (incluyendo juego e internet).

Para ello se emplea información procedente de diversas fuentes que, una vez analizada y contextualizada, debería ayudar a responsables políticos, asociaciones, profesionales y consumidores a tomar decisiones sobre estas cuestiones en sus respectivos ámbitos.

Esta información debería ser útil para desarrollar y evaluar programas e intervenciones dirigidas a prevenir y reducir el consumo de drogas y los problemas asociados, así como para actuar ante otras adicciones sin sustancia.

Información complementaria y de años previos disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Este Resumen Ejecutivo contiene, de manera abreviada, los principales y más relevantes datos de la información contenida en el *Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. La información se encuentra agrupada en los siguientes epígrafes:

- Encuesta sobre alcohol y drogas en España. EDADES, 2015.
- Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES, 2014.
- Tratamiento por consumo de drogas. España, 2015.
- Urgencias hospitalarias en consumidores de drogas. España, 2015.
- Infecciones en consumidores de drogas. España, 2015.
- Mortalidad relacionada con drogas. España, 2015.
- Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN ESPAÑA

EDADES, 2015

Antecedentes EDADES

En 2015, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1995, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha llevado a cabo una nueva edición de la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Objetivos EDADES

Conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre la población residente en España con la finalidad de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y los problemas asociados al mismo.

Los objetivos específicos son obtener información sobre:

- Prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas, perfil sociodemográfico y patrones de consumo.
- Opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante diversas conductas de consumo) y algunos factores relacionados con el consumo y otras conductas.
- Grado de exposición y receptividad a determinadas intervenciones en este ámbito.
- Algunas adicciones sin sustancia.
- Comparaciones temporales y geográficas de los aspectos antes expuestos.

Metodología EDADES

EDADES se lleva a cabo, cada 2 años, en población de 15 a 64 años residente en hogares en España.

- **Ámbito geográfico:** la encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
- **Ámbito poblacional:** población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive.
- **Ámbito temporal:** el periodo de recogida de información se realiza del 1 de diciembre 2015 al 29 abril 2016 (se excluye el periodo posterior a las fiestas navideñas).
- **Recogida de la información:** entrevista personal en el domicilio. El cuestionario que se cumplimenta por escrito (lápiz y papel) consta de dos partes (una rellenada por el entrevistador y otra autoadministrada).
- **Tamaño de la muestra:** 22.541 cuestionarios válidos.

Prevalencia de consumo y distribución por edad y sexo en la población de 15 a 64 años

Las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (77,6%), el tabaco (40,2%) y los hipnosedantes (12,0%), seguidos del cannabis (9,5%) y la cocaína (2,0%).

- **Edad:** en 2015, la edad de inicio en el consumo se mantiene estable. El inicio más precoz es para el tabaco y las bebidas alcohólicas (17 años), seguido del cannabis (18 años). El más tardío sigue siendo el de los hipnosedantes (36 años). Las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años.
- **Sexo:** en 2015, los datos (consumo últimos 12 meses) confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes). Estas diferencias se acentúan en el caso de la cocaína, donde la proporción de hombres triplica a la de las mujeres, y en el del cannabis, que registra una diferencia de casi 8 puntos porcentuales.

Consumo de BEBIDAS ALCOHÓLICAS en la población de 15 a 64 años

Consumidores

El alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. El 77,6% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 62,1% en los últimos 30 días y el 9,3% diariamente en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los noventa. Destaca la tendencia descendente de los bebedores diarios desde 2001.

Consumos intensivos

Se ha emborrachado, en el último año, el 16,8% de los españoles de 15 a 64 años; tendencia descendente desde 2009, aunque sigue en niveles elevados. Las borracheras se encuentran más extendidas en el grupo masculino y se concentran entre los 15 y los 34 años.

El consumo en atracón de alcohol (*binge drinking*) mantiene una tendencia ascendente desde 2009. Así, en 2015, el 17,8% ha consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días. Este patrón de consumo se encuentra más extendido en el grupo masculino y se centra en el grupo de jóvenes de 15 a 34 años.

Consumidores de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días

Porcentaje de consumidores	62%
Tendencia	Estable desde 2005
Sexo y edad	58% son hombres y 70% entre 25 y 54 años
Tipo de bebida	Cerveza: 46,4%, vino 29,1%, combinados: 24,3%.

Consumidores problemáticos

En 2015, el 5% de los consumidores de alcohol son consumidores de riesgo, en base a los criterios de la OMS (17 UBEs o más/semana para las mujeres y hombres: 28 UBEs o más/semana para los hombres).

El perfil del consumidor de riesgo es el de un varón, soltero, de 41 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 38,2% ha consumido drogas ilegales en el último año.

Consumo de TABACO en la población de 15 a 64 años

El 40,2% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco en el último año, el 38,5% en el último mes y el 30,8% diariamente en el último mes.

Consumidores de tabaco en los últimos 30 días

Porcentaje	38,5%
Tendencia	Estable desde 2011
Sexo y edad	56% son hombres y 52% entre 35 y 54 años
Tipo	Cigarrillos de cajetilla: 78,4% Tabaco de liar: 14,7% Ambos tipos: 6,9%

Desde 2007 se observa cierta estabilización (entre 30% y 31%) en el porcentaje de fumadores diarios, si bien las cifras son inferiores a las registradas antes de 2005 (entre 34% y 37%), descenso en parte relacionado con el debate social y la posterior implementación de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Consumo de CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS en la población de 15 a 64 años

En 2015, 2.110.072 personas de 15 a 64 años han probado los cigarrillos electrónicos, lo que se corresponde con el 6,8% de la población en este grupo de edad. El perfil sería el de un hombre de 15 a 34 años. La mayoría de los que han probado cigarrillos electrónicos ha consumido tabaco diariamente en el último mes (74%) y ha usado cigarrillos electrónicos con nicotina (81%).

Consumo de HIPNOSEDANTES (con y sin receta) en la población de 15 a 64 años

Nuevos consumidores

En 2015, comenzaron a consumir hipnosedantes 544.000 personas de 15 a 64 años; el mayor inicio de consumo tiene lugar entre las mujeres de 45 a 64 años.

Consumidores

El 18,7% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes alguna vez, el 12,0% en el último año, el 8,1% en el último mes y el 6% diariamente en el último mes.

Consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses

Porcentaje	12%
Tendencia	Se frena la tendencia ascendente
Sexo y edad	65% son mujeres y 57% entre 45 y 64 años

Consumidores problemáticos

Se estima que 775.762 personas de 15 a 64 años tienen un consumo problemático de hipnosedantes (Criterios DSM-V), lo que se corresponde con el 2,5% de toda la población en este rango de edad y el 21% de los que han consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses.

Consumo de CANNABIS en la población de 15 a 64 años

Nuevos consumidores

En 2015, empezaron a consumir cannabis 159.000 personas de 15 a 64 años, el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 93.000 menores de 15 a 17 años. Se observa una tendencia descendente en el número de personas que han empezado a fumar cannabis con respecto a 2013.

Consumidores de cannabis en los últimos 30 días

Porcentaje	7%
Tendencia	Estable
Sexo y edad	74% son hombres y 60% entre 15 y 34 años
Tipo	Marihuana: 53%, Hachís: 17%. Hachís + marihuana: 40%. Cannabis + tabaco: 89%

Consumidores

El 31,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez; el 9,5% en el último año (2.940.000); el 7,3% en el último mes y el 2,1% diariamente en el último mes.

Consumidores problemáticos

Se estima que 558.549 personas de 15 a 64 años hacen un consumo problemático de cannabis (puntuación ≥ 4 puntos en la escala CAST),

lo que se corresponde con el 1,8% de toda la población en este rango de edad y con el 19% de los que han consumido cannabis en los últimos 12 meses. Se observa cierto descenso respecto a 2013 (2,2% de la población en este rango de edad).

Consumo de COCAÍNA (en polvo) en la población de 15 a 64 años

Nuevos consumidores (cocaína en polvo)

Se estima en 41.000 las personas de 15 a 64 años que consumieron cocaína por primera vez en 2015; el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 4.000 menores de 15 a 17 años.

Se observa una tendencia ligeramente ascendente en el número de personas que han empezado a consumir cocaína: así en 2015 lo probaron por primera vez 2.500 personas más que en 2013.

Consumidores (cocaína en polvo)

El 8,9% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína en polvo alguna vez, el 1,9% en el último año y el 0,9% en los últimos 30 días.

La prevalencia de consumo de cocaína sigue disminuyendo, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2007.

Consumidores de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses

Porcentaje	2%
Tendencia	Descendente
Sexo y edad	78% son hombres y 62% tienen entre 25 y 44 años
Tipo	Mayoritariamente cocaína polvo

Consumo de HEROÍNA en la población de 15 a 64 años

Consumidores

En 2015, el 0,6% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez heroína, el 0,1% en el último año y el 0,1% en el último mes. La edad media de inicio es de 22 años y el perfil del consumidor sería el de un hombre mayor de 35 años. El consumo de heroína está estabilizado desde mediados de los años noventa.

Consumidores problemáticos

Los datos de la encuesta EDADES, junto con otras fuentes de información, permiten estimar el número de consumidores problemáticos de heroína que, en 2015, se sitúa en 70.471 personas de 15 a 64 años, lo que supone el 0,2% de la población en este rango de edad.

Consumo de ANFETAMINAS, ÉXTASIS y ALUCINÓGENOS en la población de 15 a 64 años

En 2015 el 3,8% de la población de 15 a 64 años ha consumido alguna vez alucinógenos, el 3,6% anfetaminas y el 3,6% anfetaminas. La prevalencia en el último año y último mes se sitúa para todas estas sustancias en valores inferiores al 1%.

Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos.

Consumo de NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NSP) en la población de 15 a 64 años

Se consideran nuevas sustancias aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales como son cannabis, cocaína, éxtasis, etc. Estas nuevas sustancias se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos u otras.

La mayoría de la población desconoce la existencia de estas nuevas sustancias. El 71,1% de la población manifiesta que nunca ha oído hablar de sustancias de este tipo. Incluso en el grupo de edad más joven, de 15 a 24 años, también se registra un elevado porcentaje de desconocimiento (66,6%).

Cuando se pregunta de manera genérica por el consumo de este tipo de sustancias (alguna vez en la vida) la prevalencia se sitúa en el 3,4% para el conjunto de la población de 15 a 64 años. Por tipo de sustancias, el 0,8% ha probado spice alguna vez en su vida, el 0,7% ketamina, el 0,2% mefedrona y el 0,5% salvia.

El consumo se encuentra más extendido entre los hombres (5%) que entre las mujeres (1,8%) y se concentra entre los 25 y los 34 años (5,5%). Gran parte de los consumidores de este tipo de sustancias lo hace en situación de policonsumo experimental. Se trata de usuarios con alta percepción de disponibilidad y baja percepción de riesgo.

La mayoría consigue estas drogas a través de un amigo (62,2%), un porcentaje menor de los usuarios reconoce haberlas obtenido a través de un vendedor (18,7%) o en fiestas/bares (15,5%) y son menos las que las consiguen en *smartshops* (3,5%) o a través de internet (2,4%).

Actualmente, se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).

Policonsumo de drogas en la población de 15 a 64 años

Cerca del 42% de las personas de 15 a 64 años ha consumido dos o más drogas legales o ilegales en los últimos 12 meses (2 drogas: 30,2%, 3 drogas: 9,0%, 4 drogas: 1,6% y 5 o más drogas: 0,9%). El policonsumo se concentra en hombres de 25 a 34 años, incluye muy frecuentemente (90%) consumo de alcohol y cannabis y se asocia a consumos de riesgo.

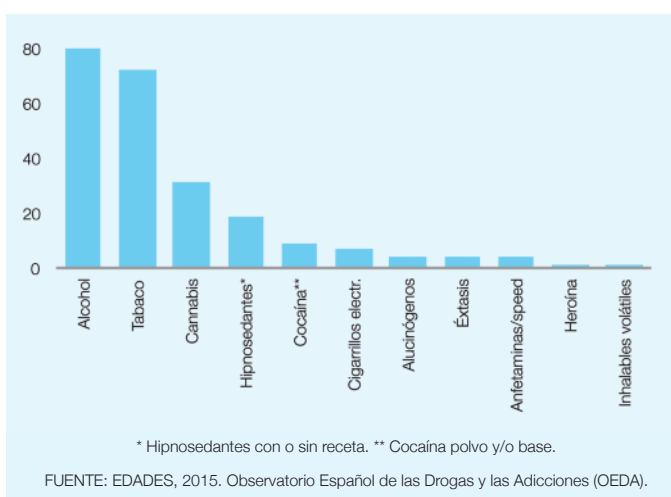
Percepción de riesgo en la población de 15 a 64 años

Como viene sucediendo en encuestas previas, la percepción de riesgo es mayor para consumos frecuentes, en las mujeres y para sustancias como heroína, cocaína, éxtasis o alucinógenos.

En esta edición, menos de la mitad de las personas de 15 a 64 años (45,8%) cree que tomarse 5-6 cañas/copas el fin de semana puede ocasionar bastantes/muchos problemas, valor que se sitúa en el 58% para el consumo de hipnosedantes (1 vez o menos al mes) y en el 62,5% para fumar cannabis (una vez o menos al mes).

Destaca el descenso en la percepción de riesgo del consumo de cannabis (una vez por semana o más): en 2011 consideraba que podía causar muchos/bastantes problemas el 85,5% de la población de 15 a 64 años y en 2015 el 79,8%. Persiste la consideración de que el cannabis es menos peligroso que el tabaco, ya que el 91,6% cree que fumar tabaco puede ocasionar muchos/bastantes problemas.

Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses, entre la población de 15 a 64 años. España, 2015.



Percepción de disponibilidad en la población de 15 a 64 años

Junto con la pérdida de visibilidad de situaciones relacionadas con las drogas, la sensación de disponibilidad de drogas ilegales que existe entre la población también ha disminuido, escenario que, en general, ya comenzó a observarse en 2011 tras el repunte registrado en el año 2009. Entre las sustancias ilegales, el cannabis se posiciona como la más accesible (64,3% opina que podría adquirirlo fácilmente).

Acciones para resolver el problema de las drogas en la población de 15 a 64 años

Los ciudadanos consideran que las medidas de mayor eficacia para resolver el problema de las drogas son la educación en las escuelas (91%), el tratamiento de los consumidores (84%), las campañas publicitarias (81%), el control policial (80%) y la restricción legal (75%). Entre las medidas menos populares se encuentran la legalización de las drogas (el 21% considera que es una medida eficaz) y la legalización del cannabis (37%).

Aquellos que consideran que la legalización del cannabis es una medida importante tienen entre 25 y 44 años y son hombres. También se observa mayor porcentaje entre los consumidores de cannabis, especialmente entre los que tienen un consumo problemático.

ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA ESTUDES, 2014

Antecedentes ESTUDES

En 2014, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1994, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas, ha llevado a cabo la undécima edición de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Al cierre de este informe, los resultados de ESTUDES 2016 no están aún disponibles por lo que serán publicados en el próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Se muestran en este informe los resultados de ESTUDES 2014.

Objetivos ESTUDES

Conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias con la finalidad de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y los problemas asociados al mismo.

Los objetivos específicos son obtener información sobre:

- Prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas, perfil sociodemográfico y patrones de consumo.
- Opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante diversas conductas de consumo) y algunos factores relacionados con el consumo y otras conductas.
- Grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones en este ámbito.
- Algunas adicciones sin sustancia.
- Comparaciones temporales y geográficas de los aspectos ante expuestos.

Metodología ESTUDES

La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) se lleva a cabo, cada 2 años, entre estudiantes de 14 a 18 años en centros educativos de España.

- **Ámbito geográfico:** la encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
- **Ámbito poblacional:** jóvenes de 14 a 18 años que cursan estudios de 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional en España.
- **Ámbito temporal:** el periodo de recogida de información se realizó del 14 de noviembre de 2014 al 8 de abril de 2015.
- **Recogida de la información:** el trabajador de campo acude al centro educativo, permanece en el aula durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado. Se trata de un cuestionario autoadministrado anónimo que se cumplimenta por escrito (lápiz y papel). Están disponibles versiones del cuestionario en castellano, catalán, gallego, valenciano y vasco.
- **Tamaño de la muestra:** 37.486 cuestionarios de alumnos válidos (941 centros educativos y 1.858 aulas).

Prevalencia de consumo y distribución por edad y sexo en la población de 14 a 18 años

Las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales (alcohol y tabaco), seguidas del cannabis.

Se observan diferencias en el consumo de las sustancias entre hombres y mujeres. El consumo de drogas legales está más extendido entre las mujeres y el consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres.

La edad media de inicio en el consumo se sitúa entre los 13 y los 16 años y se observa una tendencia estable en la evolución. En todas las sustancias, las prevalencias de consumo aumentan con la edad.

Consumo de BEBIDAS ALCOHÓLICAS en la población de 14 a 18 años

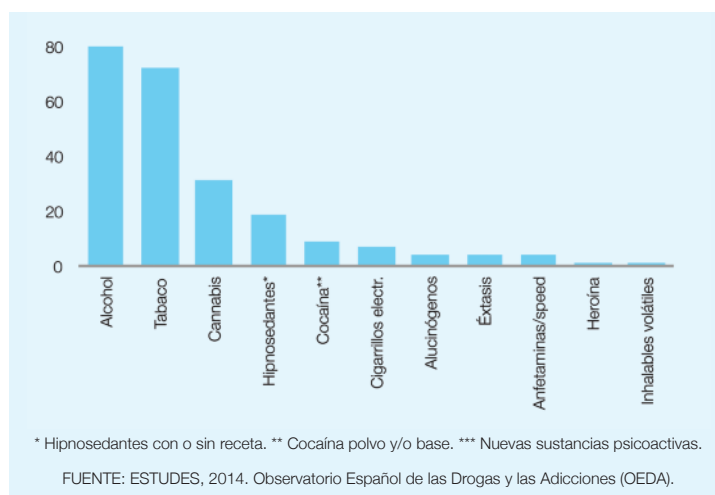
En 2014, el 78,9% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumido alcohol alguna vez, el 76,8% en el último año y el 68,2% en el último mes.

En 2014, se han iniciado en el consumo de alcohol 285.700 estudiantes de 14 a 18 años.

A pesar de observar un descenso en la prevalencia del alcohol en los diferentes tramos temporales analizados con respecto al año 2012, la tendencia histórica del consumo de alcohol sigue siendo ascendente. Este descenso en las prevalencias de consumo desde el año 2012 proviene principalmente de los estudiantes de menor edad (14 y 15 años) y coincide con un incremento en el porcentaje de alumnos que advierte un riesgo ante el consumo de alcohol.

El consumo intensivo —borracheras y consumo en atracón (*binge drinking*)— a pesar de presentar una tendencia global descendente, continúa con prevalencias elevadas, asociándose a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo). En este patrón de consumo aumenta la presencia de las chicas, a las edades más tempranas (14 y 15 años).

Porcentaje de consumidores, en los últimos 12 meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 2014.



En 2014, el 50,1% de los estudiantes de 14-18 años admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida, el 42,6% lo hizo en el último año y el 22,2% en el último mes. Aproximadamente la mitad de los jóvenes de 16 años se ha emborrachado en el último año.

El patrón de consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) es similar al de las borracheras. Una cuarta parte de los jóvenes de 15 años ha hecho *binge drinking* en el último mes. Se hace más *binge* al aumentar la edad. A los 14 y 15 años, el porcentaje de mujeres que hace *binge drinking* es mayor que el de hombres.

En 2014, el 57,6% de los jóvenes de 14 a 18 años afirma haber realizado botellón en el último año. Esta práctica aumenta con la edad: 1 de cada 3 jóvenes (14 años) y 7 de cada 10 (18 años) han hecho botellón en el último año. Los que han realizado botellón en el último mes presentan mayor prevalencia de consumo de otras sustancias, destacando el alcohol, el cannabis y la cocaína. Son más habituales los consumos intensivos (borracheras y *binge drinking*) entre los que hacen botellón que entre los que no lo hacen en el mismo periodo.

Los menores obtienen alcohol con mucha facilidad. El lugar donde más porcentaje de menores consigue alcohol es el supermercado (37,8%), seguido de bares/pubs (36,9%). El 37,1% consume alcohol en bares/pubs, el 33,9% con-

sume en espacios abiertos y el 29,5% en discotecas. En fin de semana se beben más combinados y entre semana predomina la cerveza.

El alcohol es la sustancia psicoactiva percibida como menos peligrosa. Tan sólo la mitad de los jóvenes de 14 a 18 piensa que tomarse 5 o 6 copas/cañas en fin de semana puede ocasionar bastantes/muchos problemas.

Consumo de TABACO en la población de 14 a 18 años

En 2014, el 38,4% fumó tabaco alguna vez en la vida, el 31,4% en el último año y el 25,9% en los últimos 30 días. En este mismo año, han empezado a consumir tabaco 137.000 estudiantes de 14 a 18 años.

En 2014, continua la tendencia descendente del consumo de tabaco iniciada en 2004, que coincidió con el debate social suscitado por la elaboración de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. En 2004, el 21,5% de estudiantes fumaba diariamente, frente a un 12,3% en 2010 y un 8,9% en 2014.

La percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco se estabiliza y casi la totalidad (89,7%) de los jóvenes opina que puede producir muchos problemas de salud. Se observa cómo el aumento de la percepción de riesgo coincide con un descenso de las prevalencias de consumo.

Consumo de HIPNOSEDANTES en la población de 14 a 18 años

Los hipnosedantes son la sustancia que mayor proporción de estudiantes consume después del alcohol, el tabaco y el cannabis.

En 2014, el 16,1% de los jóvenes de 14 a 18 había consumido hipnosedantes (con o sin receta) alguna vez en la vida, el 10,8% en el último año y el 6,2% en el último mes. El consumo es más prevalente entre las mujeres (la proporción mujer/hombre es 1,5).

Se observa una estabilización en el consumo de hipnosedantes entre los jóvenes de 14 a 18 años.

Consumo de CANNABIS en la población de 14 a 18 años

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los jóvenes. En 2012, el 29,1% había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 25,4% en el último año y el 18,6% en el último mes. El consumo diario sigue siendo elevado y se sitúa en el 1,8% (2,6% en chicos y 1,0% en chicas).

En 2014, han empezado a consumir cannabis 146.200 estudiantes de 14 a 18 años.

En 2014 continúa la tendencia descendente iniciada en 2004 y, se observa una estabilización en el consumo de cannabis en el último mes y en el consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4).

Se estima que 53.700 personas de 14 a 18 años hacen un consumo problemático, lo que representa el 2,5% de la población en este rango de edad y el 13,8% de los que han consumido en el último año. Estos datos son coherentes con los obtenidos a través de otros indicadores de problemas asociados al consumo de drogas, observándose un mayor protagonismo del cannabis en los servicios de tratamiento por drogas y en las urgencias hospitalarias.

Los jóvenes tienen una baja percepción del riesgo asociado al consumo de cannabis, a pesar de la evidencia disponible sobre sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. El cannabis es, tras el alcohol y el tabaco, la sustancia psicoactiva más disponible.

Consumo de COCAÍNA en la población de 14 a 18 años

En 2014, el 3,5% de la población de 14 a 18 años ha consumido cocaína (polvo y/o base) alguna vez, el 2,8% en el último año y el 1,8% en el último mes. Se observa una estabilización en el consumo tras la tendencia descendente iniciada en 2004.

El 96,9% de los estudiantes de 14 a 18 años piensa que consumir cocaína en polvo de manera habitual puede ocasionar bastantes/muchos problemas, percepción de riesgo que permanece estable desde 1994. Sin embargo, la disponibilidad percibida de cocaína continúa descendiendo desde 2004.

Consumo de ANFETAMINAS, ÉXTASIS, ALUCINÓGENOS y HEROÍNA en la población de 14 a 18 años

En 2014, en los últimos 12 meses, ha consumido éxtasis el 0,9% de los jóvenes de 14 a 18 años, anfetaminas el 0,9% y alucinógenos el 1,2%.

El porcentaje de usuarios de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos se mantiene en niveles bajos. El consumo continúa descendiendo desde 2000.

La heroína es la droga menos consumida por los estudiantes de 14 a 18 años. En 2014, el 0,6% la había probado alguna vez, el 0,5% la había consumido en el último año y el 0,3 % en el último mes previo a la encuesta. Tendencia descendente iniciada en 2006.

Consumo de NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS en la población de 14 a 18 años

Disponer de información sobre la situación de las nuevas sustancias psicoactivas en jóvenes es necesario debido a que su popularidad y accesibilidad ha aumentado en los últimos años, sobre todo a través de internet, tanto en España como en Europa y en el resto del mundo, pues se trata de un fenómeno global.

Las nuevas sustancias psicoactivas son, en términos generales, sustancias con prevalencias de consumo más bajas que las drogas clásicas. Algunas son antiguas, como la ketamina, y otras de aparición más reciente, como la mefedrona o el spice. Actualmente, se trata de un fenómeno minoritario en España, aunque se lleva a cabo vigilancia activa a través del Sistema Español de Alerta Temprana.

En 2014, el 4% de los estudiantes de 14 a 18 años ha consumido alguna nueva sustancia psicoactiva (alguna vez en la vida). El 53,7% no ha oído hablar nunca de este tipo de sustancias.

Por sustancias consideradas de manera individual, ha probado spice alguna vez en su vida el 0,8% de la población de 14 a 18 años; ketamina, el 0,7%; metanfetamina, el 0,8% y mefedrona, el 0,5%.

Percepción de disponibilidad y de riesgo en la población de 14 a 18 años

En términos generales, disminuye la disponibilidad percibida de todas las sustancias y se mantienen estables las percepciones de riesgo.

Las sustancias percibidas como más fácilmente disponibles por los estudiantes de 14 a 18 años son el alcohol, el tabaco (>90% piensa que es fácil o muy fácil conseguirlo) y el cannabis (66,3%), seguidas de los hipnosedantes (49,1%). El alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa y el tabaco se considera más peligroso que el cannabis.

Información sobre drogas en la población de 14 a 18 años

El 29,7% de los jóvenes de 14 a 18 años se encuentra perfectamente informado en el tema de drogas. Las principales vías por las que reciben información son los profesores (68,4%) y los padres, madres u otros familiares (64,6%). Las vías por las que los jóvenes preferirían recibir información son los profesionales sanitarios (56,7%) y los profesores (45,0%). El 36,0% ha recibido información por internet y al 25,6% le gustaría recibirla por esta vía.

TRATAMIENTO POR CONSUMO DE DROGAS

ESPAÑA, 2015

Introducción

Conocer el número y las características de las personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas aporta información sobre la situación y tendencias del consumo de drogas y es imprescindible para la **planificación de dispositivos asistenciales y el diseño de acciones**.

En España existe un sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas que incluye un “**Indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas**”.

El objetivo de este indicador es obtener información sobre el número y las características de las **personas que reciben asistencia sanitaria por consumo de sustancias psicoactivas en centros ambulatorios de tratamiento de drogas**.

Se trata de un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una Comunidad/Ciudad Autónoma y en un año dado. Se dispone de información anual desde 1987 y actualmente todas las Comunidades/Ciudades Autónomas notifican a este indicador.

Tratamiento por tipo de droga

En 2015, se registraron 47.308 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales, más de la mitad de éstas (55%) eran admisiones por primera vez en la vida.

En cuanto al peso que cada droga ha representado en el total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en 2015 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (36,6% del total), seguida del cannabis (33,1%) y los opioides (25,7%).

Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida (primeras admisiones), en 2015 el cannabis se mantiene por tercer año consecutivo como la sustancia ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (47%), seguida de la cocaína (35,5%) y los opioides (11,5%).

Como viene ocurriendo en años anteriores, entre los menores de 18 años, el cannabis se consolida como la droga responsable de más del 96% de las admisiones a tratamiento.

Perfil de personas en tratamiento

Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2015, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (83,9%).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 34 años para el conjunto de las admisiones, sin claras diferencias según el sexo y similar a la de años anteriores. La edad media entre las primeras admisiones a tratamiento fue de 31 años, 6 años menos que para las admisiones con tratamiento previo.

El 9,6% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrándose diferencias según el sexo.

En España, la gran mayoría (87,2%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales viven en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2015, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivían en instituciones fue del 8,2% y la de los que tenían un alojamiento precario o inestable (*homeless*) del 2,1%. El modelo más frecuente (42,1%) de convivencia es la familia de origen (con los padres).

Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, más de la mitad (53%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, aunque más de una cuarta parte de los admitidos (26,7%) fueron remitidos por médicos de atención primaria, hospitales servicios sociales u otros servicios de tratamiento de drogodependencias.

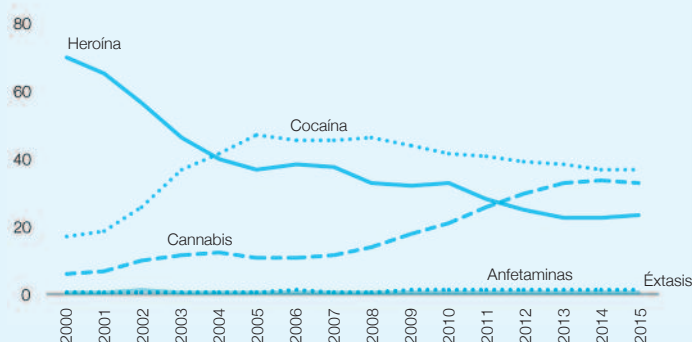
La principal vía de administración varía en función de la sustancia analizada pero, en todos los casos, se mantiene estable la tendencia que se viene observando en los últimos años. En 2015, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (56,8%) seguida de la esnifada (32,8%), la vía inyectada es minoritaria (3,6%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por opiáceos (12,7%). En 2015, la vía de administración predominante entre los admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de heroína es la pulmonar (83,7%), seguida de la inyectada (7,6%) y la esnifada (6,6%).

En cuanto a los inyectores admitidos a tratamiento, por cualquiera de las sustancias consideradas, el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando la cifra más baja de la serie histórica en 2015 para la inyección alguna vez en la vida (5.904 inyectores).

Tendencia

El total de admitidos a tratamiento en el período 2002-2015 ha oscilado en un rango entre 47.000 y 53.500. Mientras que durante los primeros años de la década de 2000, la heroína era la sustancia que generaba un mayor número de demandas de tratamiento, a mediados de los 2000 se produjo un descenso de demandas por heroína, en paralelo a un significativo aumento del número de demandas de admisión por cocaína que alcanzó su máximo en 2008.

Evolución del peso de cada sustancia en el total de admisiones a tratamiento por drogas (porcentaje). España, 2000-2015.



FUENTE: Indicador admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

A lo largo de la segunda mitad de la década de 2000, fue descendiendo lentamente el número de demandas de tratamiento por cocaína, se consolidó la tendencia descendente de las admisiones por heroína y se ha producido un progresivo y significativo aumento de las demandas por cannabis que, desde 2012, son superiores en número (tanto en el total de las admisiones a tratamiento como en las primeras admisiones) a las demandas por heroína.

La distribución de las admisiones a tratamiento por primera vez, según droga principal, es muy similar a la que corresponde al total de admisiones a tratamiento. No obstante, hay que destacar que aunque la cocaína fue, durante el periodo 2002-2011, la responsable de la mayor proporción de admisiones por primera vez en la vida, fue superada en 2012 por el cannabis, que se mantiene como primera causa de admisión a tratamiento por primera vez. Por su parte, las admisiones a tratamiento por primera vez, motivadas por la heroína, continúan su tendencia descendente, aunque se detecta un ligero aumento del número de primeras admisiones por esta sustancia con respecto a 2014, probablemente en relación con mejoras en la notificación.

URGENCIAS HOSPITALARIAS EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2015

Introducción

Monitorizar las consecuencias sanitarias no mortales del consumo de sustancias psicoactivas aporta información interesante para conocer las características y evolución del uso de drogas, y resulta útil para realizar las intervenciones oportunas.

En España existe un sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades/Ciudades Autónomas que incluye un “Indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas”.

El objetivo de este indicador es la monitorización de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas en España.

En relación al mecanismo de recogida de datos, el personal responsable en cada Comunidad Autónoma recoge la información a partir de una revisión de las historias clínicas de urgencias, de manera activa, sistemática, exhaustiva y retrospectiva, y la envía al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Se dispone de información anual desde 1987. En 2015 notificaron a este indicador 16 de las 19 Comunidades Autónomas (todas salvo Galicia, Ceuta y Melilla).

Número de urgencias y tendencia

En 2015 se notificaron 10.163 episodios de urgencias en los que la historia clínica incluía el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. De éstos, en 5.238 (51,5%) se encontró relación entre la droga y la urgencia.

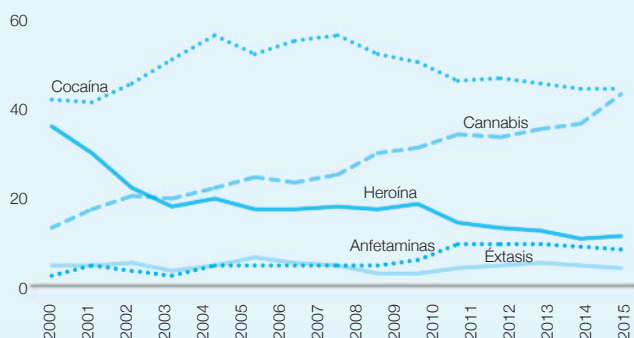
Tendencia relativamente estable desde 2011.

Edad y sexo

En general, no se observan diferencias en las drogas ilegales consumidas en función del sexo, salvo por los hipnosecantes (mayor en mujeres). La proporción de mujeres respecto a la de los hombres se muestra estable a lo largo de la serie histórica, situándose entre el 20% y el 30%.

Se observa una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 28 años (en 1996) a 34 años (en 2015), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 35,2 años).

Evolución del peso de cada sustancia en el total de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (porcentaje). España, 2000-2015.



FUENTE: Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

No obstante, aunque su peso es menor en el total de las urgencias, el análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opiáceos e hipnosedantes tienen una edad más avanzada y son más jóvenes los que acuden por el consumo de éxtasis, alucinógenos y anfetaminas.

Resolución de la urgencia

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma, no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta, aproximadamente el 70% en 2015.

La resolución de la urgencia no varía de manera destacable en función de la sustancia, si bien se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por heroína, más traslados a otros centros en las urgencias por alucinógenos y más altas voluntarias entre los consumidores de éxtasis.

Urgencias por tipo de droga

Cocaína

En 2015, de los 5.238 episodios de urgencias relacionados con el consumo no médico de sustancias psicoactivas, en el 43,4% la urgencia se relacionó con la cocaína. Es la sustancia con mayor presencia.

Tras el descenso iniciado a partir de 2008 se mantiene estable en los últimos años.

Cannabis

En 2015, de los 5.238 episodios de urgencias relacionados con el consumo de drogas, en el 42,2% la urgencia se relacionó con el cannabis. Sustancia situada en segundo lugar.

Tendencia claramente ascendente.

Opioides

La heroína, en 2015, se sitúa en tercer lugar (11,2%) y mantiene la tendencia estable.

Anfetaminas

Ocupan el cuarto lugar. En 2015, las anfetaminas estaban presentes en el 8,0% de las urgencias relacionadas con drogas. Tendencia estable desde 2011 con algunos altibajos en probable relación con el hecho de tratarse de pequeños valores numéricos.

Nuevas sustancias psicoactivas

El protocolo del Registro del Indicador de urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas incluye la detección de nuevas sustancias psicoactivas. Sin embargo, en 2015 no se ha notificado ninguna de éstas, probablemente en relación con aspectos metodológicos que podrían ser mejorados.

Actualmente el seguimiento de las nuevas sustancias psicoactivas en España se realiza a través del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT): <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

INFECCIONES EN CONSUMIDORES DE DROGAS ESPAÑA, 2015

En los últimos 30 años, la infección por VIH ha representado uno de los principales problemas de salud asociados con el uso de drogas en España. Sin embargo, desde finales de la década de los noventa, se ha observado un descenso importante de la infección por VIH asociada a usuarios de drogas por vía parenteral.

En la actualidad, es preciso tener muy presentes, además, las infecciones por virus de la hepatitis, especialmente el virus de la hepatitis C (VHC) y de la hepatitis B (VHB) que, por sus características clínicas y evolutivas, han pasado más desapercibidas que la infección por VIH y que constituyen una cuestión fundamental entre los usuarios de drogas y, en especial, entre aquellos que utilizan o han utilizado la vía inyectada.

A continuación se presentan datos sobre la situación del VIH/sida provenientes del Plan Nacional sobre Sida (<http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm>), así como información sobre las infecciones en personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas utilizando como fuente de información el “Indicador de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas” liderado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

En 2015, se diagnosticaron en España 3.428 nuevos casos de VIH (9,44/100000 habitantes).

El mecanismo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales de riesgo, entre hombres (53,6%) y heterosexuales (25,4%), siendo mucho menos frecuente la infección como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral (2,8%).

En los últimos 6 años, el uso de drogas inyectadas ha representado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH y el peso atribuible a este mecanismo de transmisión muestra una tendencia descendente.

Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

En 2015, fueron admitidas a tratamiento 47.308 personas, de las cuales 5.904 se habían inyectado alguna vez en la vida.

La prevalencia de infección, entre el total de admitidos a tratamiento, es del 4,1% para el VIH, del 8,1% para el virus de la hepatitis C y del 0,7% para el virus de la hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

Entre aquellos que se han inyectado en los últimos 12 meses previos a la admisión a tratamiento:

- El 70,9% conoce su estado serológico frente a VIH y, de éstos, el 33,7% está infectado por el VIH.
- El 70,5% conoce su estado serológico frente a hepatitis C y, de éstos, el 68,9% tiene serología positiva para el virus de la hepatitis C.
- El 33,0% conoce su estado serológico frente a hepatitis B y, de éstos, el 12,2% tiene serología positiva para hepatitis B (HBsAg positivo-portador crónico).

MORTALIDAD RELACIONADA CON DROGAS

ESPAÑA, 2015

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de sustancias psicoactivas y permite tomar medidas en función de la información obtenida.

Para conocer las defunciones por drogas, España dispone del Registro General de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>) que tiene ventajas y limitaciones. Tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta, se desarrolló un sistema complementario para recoger las muertes por reacción aguda a partir de fuentes forenses y toxicológicas. Así se creó el “Indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas”.

Por tanto, España dispone de dos fuentes de información sobre mortalidad por drogas (Registro General y Registro Específico), que informan del mínimo número de defunciones relacionadas con el uso de drogas, la mortalidad relacionada con el uso de las mismas sea probablemente algo superior.

REGISTRO ESPECÍFICO DE MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA TRAS EL CONSUMO DE DROGAS INDICADOR DE MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Objetivo y metodología

El “Indicador de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas” forma parte de un sistema de información desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades/Ciudades Autónomas.

Se trata de un registro específico de mortalidad (funcionando desde 1983), que tiene como objetivo recoger información sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas.

La fuente primaria de información procede de los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Cátedras de Medicina Legal que notifican los datos a su Comunidad Autónoma y éstas envían la base de datos al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

Este indicador empezó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2015 notificaron datos 18 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas excepto Asturias).

Número de defunciones

En 2015, se notificaron al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 600 defunciones. De éstas se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de sustancia en 518.

Tendencia

Tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína por vía intravenosa, y debido al cambio de sustancias consumidas y vías de administración, la mortalidad nacional asociada al consumo de

drogas experimentó un descenso que permanece más o menos estable en los últimos años, con algunos picos que se justificarían más por variaciones en la notificación de algunas de las Comunidades/Ciudades Autónomas y por mejoras en el registro y/o modificaciones de los partidos judiciales notificados que por un aumento real de fallecidos por el consumo de drogas.

Edad y sexo

En 2015, la edad media de defunción se sitúa en los 44 años. La edad media ha ido incrementándose progresivamente siendo de 35 años en 2003. Este aumento podría estar en relación con el hecho de que en la mayoría de las defunciones están presentes los opioides y es conocido el envejecimiento de la cohorte de los consumidores de esta droga. Así, en 2015 más de la mitad de las defunciones fueron a partir de los 40 años, mientras que en 2003 la mitad de las defunciones se producían entre los 30 y los 40 años.

En 2015, el 80,6% de las defunciones fueron en hombres, predominio masculino que ha estado presente a lo largo de toda la serie histórica.

Perfil

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que el perfil más frecuente de muerte por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un varón con 44 años, soltero, que no fallece debido al agravamiento de patología previa en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, en cuyo análisis toxicológico aparece más de una sustancia psicoactiva (preferentemente opiáceos) y en el que no se evidencian signos de suicidio.

Mortalidad por tipo de drogas

Opioides

Desde el inicio de la serie histórica los opioides se sitúan en primer lugar, estando presentes, en 2015, en el 65% de las muertes por reacción aguda a drogas.

En 2015 se notificaron 335 defunciones en las que los opioides estaban presentes. Se identificó metadona en 168 autopsias, heroína/morfina en 174, codeína y otros derivados en 107, dipipanona en 35, tramadol en 43 y buprenorfina en 2 (la suma de todas las sustancias supera las 335 muertes debido a que se puede identificar más de una sustancia en un mismo cadáver).

Cocaína

Desde el inicio de la serie histórica, la cocaína se sitúa en segundo lugar, estando presente, en 2015, en el 49% de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2015 se notificaron 253 defunciones en las que la cocaína estaba presente.

En relación a la evolución temporal, se observa un aumento de la presencia de cocaína en los análisis toxicológicos realizados a fallecidos hasta 2007, seguido de una fase de descenso hasta su estabilización en los últimos años.

En el análisis toxicológico, la cocaína suele aparecer con otras sustancias, fundamentalmente con opiáceos.

Cannabis

Desde el inicio de la serie histórica, el cannabis se sitúa en tercer lugar, estando presente, en 2015, en el 23,4% de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2015 se notificaron 121 defunciones en las que el cannabis estaba presente.

Se podría decir que la presencia del cannabis mantiene una tendencia estable, con algunas variaciones, desde el año 2009.

En el análisis toxicológico, el cannabis aparece casi siempre con otras sustancias, fundamentalmente con opiáceos y cocaína.

Anfetaminas

Desde el inicio de la serie histórica, las anfetaminas se sitúan en cuarto lugar, estando presentes, en 2015, en el 4% de las muertes por reacción aguda a drogas. En 2015 se notificaron 23 defunciones en las que las anfetaminas estaban presentes. Al tratarse de cifras pequeñas, y aunque se observan picos en algunos años, las variaciones debe interpretarse con cautela. En el análisis toxicológico las anfetaminas suelen aparecer junto con otras sustancias.

REGISTRO GENERAL DE MORTALIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

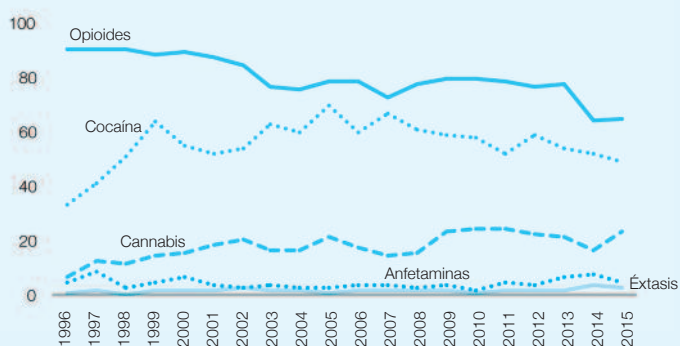
Para el análisis de la mortalidad utilizando el Registro General Mortalidad y en base a las recomendaciones internacionales y las características propias de España se seleccionan los siguientes códigos de la CIE-10: F11, F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

En 2015 se produjeron 422.568 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 390 defunciones.

En relación con estas 390 defunciones, a lo largo del periodo 1999-2015 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica (en 2015 el 82% son hombres).

La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos (en 2015 el 79% tenía 35 o más años).

Porcentaje de fallecidos en los que se detecta cada sustancia respecto al número total de defunciones (con información toxicológica) por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1996-2015.



FUENTE: Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas.
Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

SISTEMA ESPAÑOL DE ALERTA TEMPRANA (SEAT)

Objetivo y funcionamiento

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es la responsable del correcto funcionamiento del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y del cumplimiento de lo establecido por la Decisión del Consejo de la Unión Europea (2005/387/JAI) en lo que se refiere a los Estados Miembros.

El Observatorio Español sobre las Drogas y las Adicciones (OEDA) es el responsable de la coordinación del SEAT y, junto con el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), es el punto nodal de la Red en España. Esta Red tiene cobertura estatal y trabaja a dos niveles: a nivel nacional, fundamentalmente a través de la Administración General del Estado, y a nivel autonómico. Además incluye otras entidades entre las que destacan las organizaciones no gubernamentales (ONGs).

El objetivo general del SEAT es desarrollar y mantener un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, o de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que puedan generar un problema de salud pública. La información resultante de este sistema debe aportar evidencias que sean de utilidad a diferentes niveles (usuarios de drogas, profesionales en el ámbito de drogas, procesos de fiscalización/judiciales, etc.).

El SEAT es responsable de coordinar las acciones, en este terreno, a nivel nacional en España y a su vez es el interlocutor con el resto de los organismos responsables de los sistemas de alerta temprana, a nivel internacional. El SEAT forma parte y colabora activamente con el Sistema Europeo de Alerta Temprana (EWS-Early Warning System).


Situación de las nuevas sustancias psicoactivas

En 2016, el SEAT ha notificado al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) información relativa a 43 nuevas sustancias psicoactivas detectadas en España. De ellas, 5 pertenecían al grupo de los cannabinoides sintéticos, 18 al grupo de las catinonas, 2 al grupo de las fenetilaminas, 2 al de las arilalquilaminas, 3 al de las arilciclohexilaminas, 3 al de las benzodiazepinas, 3 al de las piperidinas y pirrolidinas, 2 al de las Indolalquilaminas (triptaminas), 1 al de plantas y extractos, 2 al de los opioides sintéticos, 2 al grupo de otros, y 0 a los grupos de aminoindanos y al de piperazinas y derivados.

Todas estas sustancias han sido analizadas en laboratorios de referencia y con capacidad analítica para la identificación de este tipo de sustancias, que proceden, bien de decomisos realizados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y por los Servicios de Vigilancia Aduanera, bien de muestras aportadas por consumidores en entornos de ocio públicos o privados.

En 2016, las nuevas sustancias psicoactivas 25B-NBOMe (o 2C-B-NBOMe), 25C-NBOMe (o 2C-C-NBOMe), metilona (o beta-ceto-MDMA), JWH-018 y AM-2201 fueron sometidas a medidas de control en España.

Consumo,
percepciones
y opiniones
ante las drogas



1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2015

Introducción

El Programa de Encuestas sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) está dirigido por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuenta con la colaboración de las Comunidades Autónomas. Este programa, que se realiza cada dos años, comenzó en 1995 y en la actualidad están disponibles los resultados de once encuestas, lo que permite observar la evolución de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal. Adicionalmente, se extrae información sobre otros aspectos relacionados con el consumo de drogas, como los perfiles de los consumidores, la percepción de riesgo que tiene la población ante determinadas conductas de consumo, la percepción de disponibilidad de las sustancias psicoactivas ilegales, la visibilidad del problema y otras.

Por otra parte, el cuestionario y la metodología que se emplean para este programa son bastante similares a los utilizados en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

En este informe se describen los objetivos, la metodología y los principales resultados de la encuesta EDADES 2015. El periodo de recogida de información es del 1 al 18 de diciembre de 2015 y del 7 de febrero al 29 de abril de 2016 (evitando así la realización de encuestas durante el período navideño). Como en ediciones anteriores, aunque el trabajo de campo y los trabajos de análisis y explotación de datos han sido realizados entre 2015 y 2016, la encuesta se denomina EDADES 2015, para mantener la nomenclatura de la serie de encuestas utilizando el año de inicio: años impares para EDADES y años pares para las encuestas sobre drogas realizadas entre la población de estudiantes de 14 a 18 años (ESTUDES).

Objetivos

El objetivo general de estas encuestas es conseguir información que permita diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas.

Los objetivos concretos y comunes a toda la serie de encuestas han sido los siguientes:

- Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas y otras conductas relacionadas.
- Conocer las características sociodemográficas de los consumidores.
- Conocer los patrones de consumo de sustancias psicoactivas.
- Conocer la disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo.
- Conocer la visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde viven los encuestados.
- Conocer la opinión de la población acerca de la importancia de los problemas de drogas y las medidas para reducirlos.
- Conocer la evolución temporal (desde 1995) de los aspectos anteriormente expuestos.

A continuación se presenta una tabla resumen con los principales aspectos metodológicos, que se exponen detalladamente en las páginas siguientes:

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	EDADES. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España.
Descripción de la encuesta	Encuesta en población general residente en hogares (15-64 años), realizada en el domicilio.
Periodicidad	EDADES se realiza cada dos años desde 1995.
Responsable de la encuesta	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).
ÁMBITO DE LA ENCUESTA	
Ámbito geográfico	La encuesta se realiza en todo el territorio nacional. Los resultados son representativos a nivel nacional.
Ámbito poblacional	Universo: Población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive.
Ámbito temporal. Periodicidad	EDADES se lleva a cabo cada 2 años desde 1995. La recogida de información se realizó del 1 al 18 de diciembre de 2015 y del 7 de febrero al 29 de abril de 2016.
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	Población urbana y rural (municipios menores de 2.000 habitantes) de todas las CCAA y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, residente en hogares familiares.
Procedimiento de muestreo	Muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución. Las unidades de primera etapa son las secciones censales (2.277 en 2015), correspondientes a 948 municipios en 2015. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares (hogares). En la tercera etapa, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar.
Ponderación	La ponderación para el análisis de resultados se realiza en función de la comunidad autónoma (19 grupos), tamaño del municipio (7 grupos), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos) para corregir la disproporcionalidad de la muestra con respecto al universo.
Tamaño de la muestra	22.541 cuestionarios válidos.
Error muestral	Error muestral máximo (nivel de confianza del 95% para $p=0,5$) del 0,7%, oscilando entre el 2% en la Comunidad Valenciana y el 6,7% en Melilla.
TRABAJO DE CAMPO. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	
Método de recogida	Entrevista personal en el domicilio. El entrevistador permanece presente durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado.
Cuestionario	El cuestionario consta de dos partes: cuestionario del entrevistador y cuestionario autoadministrado. El cuestionario se cumplimenta por escrito (lápiz y papel). Cuestionario disponible en las lenguas oficiales del Estado Español.
Tasa de respuesta	La tasa efectiva de respuesta en 2015 fue del 50,5%.
INFORMACIÓN ADICIONAL	
Módulos específicos	Módulo sobre cannabis (incluye la escala CAST), un módulo sobre hipnosedantes (incluye la escala DSM-V) y un módulo sobre internet (incluye la escala CIUS).

Las modificaciones metodológicas introducidas en 1997 (muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas) se han mantenido en las sucesivas encuestas, lo que facilita la comparación directa entre ellas y elimina el posible impacto de las variaciones metodológicas sobre los resultados.

En cualquier caso, para la encuesta realizada en 1995 se mantiene la comparabilidad para los indicadores esenciales, como las prevalencias de consumo, la percepción del riesgo o la disponibilidad percibida.

En relación a los cuestionarios, en las encuestas de 2007 y 2009 se introdujeron algunas modificaciones con el fin de converger en mayor medida hacia el cuestionario estándar propuesto por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction - EMCDDA).

Universo y marco muestral

El universo o población de referencia a la que se pretenden extrapolar los resultados es la población residente en España de 15 a 64 años, ambos inclusive. La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra incluye todas las poblaciones independientemente de su tamaño, incluyendo así la población de zonas rurales (municipios menores de 2.000 habitantes) y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Sin embargo, incluye sólo a la población residente en hogares familiares, quedando fuera de marco la población que reside en instituciones (cuarteles, conventos, cárceles, residencias de estudiantes o de ancianos, etc.), la población que vive en establecimientos colectivos (hoteles, pensiones, etc.), y la población sin techo.

Muestra

El tamaño de la muestra ha ido modificándose a lo largo de los años, superando las 20.000 personas en las encuestas realizadas a partir de 2005.

Tabla 1.1.1.

Evolución del tamaño de muestra de la encuesta EDADES en la población de 15 a 64 años. España, 1995-2015.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Tamaño muestra (personas)	8.888	12.304	12.234	14.113	12.033	27.934	23.715	20.109	22.128	23.136	22.541

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

La distribución de la muestra por comunidad autónoma es desproporcional a su población en todas las encuestas realizadas en el período 1995-2015, para sobrerrepresentar a las comunidades más pequeñas. Además, 5 comunidades autónomas han financiado una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio (Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia y La Rioja).

El tamaño de la muestra final por comunidades osciló entre 216 encuestados en Melilla y 2.428 en la Comunidad Valenciana, siendo la muestra superior a 2.000 en 4 comunidades, y entre 1.000 y 2.000 en 5 comunidades. La distribución por edad fue también desproporcional, sobrerrepresentando en la muestra a la población joven (15-39 años), para posibilitar un análisis más detallado en este grupo de edad, que es el más expuesto al consumo de las drogas consideradas.

Se realizó un muestreo por conglomerados trietápicos sin sustitución:

- En la primera etapa se seleccionaron 2.277 secciones censales, correspondientes a 948 municipios, de forma aleatoria. Previamente, se realizó una estratificación de las secciones por comunidad autónoma según tamaño de hábitat, dividido en ocho categorías: menos de 2.000 habitantes; de 2.001 a 10.000 habitantes; de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 50.000 habitantes; de 50.001 a 100.001 habitantes; de 100.001 a 400.000 habitantes; de 400.001 a 1.000.000 habitantes; y más de 1.000.000 habitantes. Esta operación se realizó de forma centralizada utilizando un programa informático.
- En la segunda etapa se seleccionaron hogares, siguiendo un procedimiento aleatorio sistemático. Esta operación fue realizada por los propios trabajadores de campo. Para ello, utilizaron como instrumentos la hoja de

ruta y el callejero de la sección censal. Se consideró que un hogar estaba habitado y era vivienda habitual cuando alguna persona entre 15 y 64 años había vivido en él al menos 8 de los últimos 12 meses, o pensaba vivir en él al menos durante 8 meses. No se consideraron hogares las residencias colectivas (cuarteles, conventos, residencias de estudiantes o de ancianos, hoteles, etc.), las segundas residencias que no eran viviendas habituales, las oficinas, las empresas, y los hogares deshabitados (confirmado por tercera persona).

- Finalmente, en la tercera etapa, tras anotar los datos del hogar seleccionado en la hoja de contacto, se seleccionó un individuo dentro de cada hogar, utilizando tablas de números aleatorios *ad hoc* que permitían aumentar la probabilidad de los jóvenes de 15-39 años de ser seleccionados.

Tabla 1.1.2.

Distribución de la muestra de la encuesta EDADES por Comunidad/Ciudad Autónoma. España, 2015.

CCAA	DGPNSD ¹	Ampliación ²	Muestra final ³	Error muestral ⁴
Andalucía	2.207	–	2.207	2,1%
Aragón	860	–	860	3,3%
Asturias	777	–	777	3,5%
Islas Baleares	802	–	802	3,5%
Canarias	1.125	–	1.125	2,9%
Cantabria	572	410	982	3,1%
Castilla y León	1.174	–	1.174	2,9%
Castilla-La Mancha	1.078	493	1.571	2,5%
Cataluña	2.041	–	2.041	2,2%
Comunidad Valenciana	1.674	754	2.428	2,0%
Extremadura	794	–	794	3,5%
Galicia	1.249	766	2.015	2,2%
Comunidad de Madrid	1.932	–	1.932	2,2%
Murcia	937	–	937	3,2%
Navarra	595	–	595	4,0%
País Vasco	1.121	–	1.121	2,9%
La Rioja	420	319	739	3,6%
Ceuta	225	–	225	6,5%
Melilla	216	–	216	6,7%
Total	19.799	2.742	22.541	0,7%

1. Número de entrevistas financiadas por la DGPNSD.

2. Número de entrevistas financiadas por las CCAA.

3. Muestra final. Número de entrevistas realizadas.

4. Error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% y $p = q = 0,5$.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

No se admitieron sustituciones ni de hogares ni de individuos. Para cubrir las entrevistas irrealizables (negativas a abrir la puerta, ausencia prolongada del hogar, negativa del seleccionado, etc.) se sobredimensionó inicialmente la muestra.

Cuestionario y trabajo de campo

Respecto a los cambios que ha sufrido el cuestionario a lo largo de la serie, el utilizado por primera vez en el año 1995 es algo diferente al empleado en los años posteriores, entre 1997 y 2003, cuando se utilizó un mismo cuestionario estándar, siendo el de 2005 prácticamente similar al utilizado entre 1997 y 2003. Posteriormente, a partir del año 2007, se han introducido modificaciones con el fin de converger con el modelo propuesto por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

En cuanto al modo de administrar el cuestionario, a partir de 1997 las preguntas sobre consumo de drogas han figurado en un cuadernillo aparte para ser autocumplimentadas por el encuestado con papel y lápiz. Para garantizar la confidencialidad durante este proceso, el trabajador de campo debía mantenerse alejado del encuestado y, finalizada la encuesta, debía introducir el cuadernillo en un sobre en presencia del encuestado junto al resto del cuestionario. La conexión entre las dos partes del cuestionario se aseguraba cumplimentando en ambas los datos del hogar. No obstante, la información de las personas que rechazaron la autocumplimentación o tenían problemas para autocumplimentar el cuadernillo (ciegos, discapacitados para escribir, analfabetos, etc.) se obtuvo mediante entrevista cara a cara.

El cuestionario incluye preguntas de clasificación sociodemográficas, sobre salud, percepción de riesgo, disponibilidad percibida, visibilidad del fenómeno, y opiniones y respuestas frente al problema de las drogas. En general, las preguntas del cuestionario carecen de la opción no sabe/no contesta con la intención de forzar la respuesta del encuestado. La sección sobre consumo de alcohol incluyó, entre otras, preguntas sobre el número de días de consumo y de borracheras en los últimos 12 meses, el número de días de consumo y de borracheras en los últimos 30 días y, referido a los mismos 30 días, el consumo de diferentes tipos de bebidas alcohólicas (vino/champán, cerveza/sidra, vermú/jerez/fino, combinados/cubatas, licores de frutas, licores fuertes, calimocho o sangría) durante los días laborables (de lunes a jueves) y durante los fines de semana (viernes a domingo).

En el ámbito de los hipnosedantes, se explora el consumo sin receta médica así como determinadas conductas relacionadas con el consumo de hipnosedantes a través de una batería específica de preguntas. Las preguntas sobre drogas de comercio ilegal (cannabis, cocaína en polvo, cocaína base o crack, heroína, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas e inhalables volátiles) se refieren a la edad de inicio al consumo, y a los consumos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días.

Respecto al bloque de cannabis, incluye variables que permiten elaborar un indicador de consumo problemático (CAST).

Siguiendo con el cuestionario, en 2011 se introdujo un módulo específico de “nuevas sustancias” que se ha mantenido en 2015. Finalmente, cabe indicar que en 2015 se ha añadido en el cuestionario autoadministrado un bloque de preguntas sobre conductas de uso de internet (escala CIUS).

En 2015, la tasa de respuesta sobre la muestra seleccionada inicialmente fue de un 50,5%. Las no respuestas se distribuyeron como sigue: negativas de hogar, incluyendo no apertura de puerta y negativa a que nadie del hogar sea entrevistado (16,7%), ausencia de todos los miembros del hogar (30,1%), negativas de la persona seleccionada (1,4%), ausencia de la persona seleccionada (0,8%). Según el protocolo de trabajo de campo, antes de clasificar a un hogar o a una persona como ausente y pasar a seleccionar otro hogar, el trabajador de campo debía realizar al menos tres visitas al hogar inicialmente seleccionado en horarios distintos.

En EDADES 2015, el trabajo de campo se realizó del 1 al 18 de diciembre de 2015 y del 7 de febrero al 29 de abril de 2016. Por lo que respecta a la supervisión, se ha supervisado al 100% de los entrevistadores y un 26,2% de las entrevistas (un 21% de forma telefónica y un 5,2% personalmente con visita a los hogares).

Análisis

Debido a que el diseño muestral inicial contemplaba una distribución no proporcional por edad y comunidad autónoma, no es posible agregar directamente los resultados ya que sobrerrepresentaríamos o infrarrepresentaríamos algunos estratos. Por ello, y con objeto de devolver a la muestra su representatividad se ha procedido a ponderar los resultados

al universo real publicado por el INE en su última revisión del Padrón Municipal de habitantes (1 de enero de 2015). De esta forma, los resultados de cada encuesta se han ponderado por comunidad autónoma (19 grupos), tamaño de municipio (7 grupos), edad (7 grupos) y sexo (2 grupos). Ello obligó a asignar individualmente 1.260 coeficientes de ponderación diferentes. La ponderación por comunidad autónoma y edad se justifica por la desproporción de la muestra según estas variables derivada del propio diseño muestral y la ponderación por sexo se realizó para equilibrar la posible desproporción de la muestra derivada de la mayor probabilidad de ausencia de hombres en el hogar. Finalmente, se tuvo también en cuenta el tamaño de hábitat para eliminar cualquier posible sesgo que se pudiera producir en la tasa de respuesta (ya que es posible que en tamaños de hábitat menores sea más difícil encontrar a algunos tramos de edad).

El análisis que se presenta a continuación se ha basado principalmente en el cálculo de la prevalencia de consumo de las diferentes drogas psicoactivas utilizando cuatro indicadores temporales: alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días previos a la encuesta y todos los días en los 30 días previos a la encuesta. Los resultados se presentan para el conjunto de la población de 15-64 años, y posteriormente desagregados por sexo y por grupo de edad. Todos los cálculos se han efectuado excluyendo del numerador y del denominador los sujetos con valores desconocidos para las variables que intervienen en cada tabulación cruzada. Este proceder conduce a resultados algo superiores a los de aquellos análisis que asignan a los valores desconocidos un valor negativo o computan como una categoría más el “no sabe/no contesta”. En 2015, la proporción de valores desconocidos para las preguntas sobre el consumo de drogas en general ha sido residual.

En el caso de las bebidas alcohólicas se realizó un análisis más complejo, estimándose indicadores de consumo de diversas categorías de bebidas alcohólicas en fin de semana y en días laborables durante los últimos 30 días (desagregando los consumos de lunes a jueves y en fin de semana). También se han obtenido indicadores como la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y prevalencia de personas que han consumido en la misma ocasión 5 o más bebidas alcohólicas para los hombres y 4 o más en el caso de las mujeres durante los últimos 30 días —*binge drinking*— así como la prevalencia de personas que han hecho botellón en el último año.

Se realizaron los cálculos del error muestral asumiendo un muestreo aleatorio simple; así, el error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% para $p=q=0,5$ fue del 0,7%, para la población de 15 a 64 años, oscilando entre un error del 2,0% en la Comunidad Valenciana y un 6,7% en Melilla.

En este sentido, hay que resaltar que la muestra está diseñada para obtener resultados con una precisión aceptable para el conjunto de España. Si se obtienen resultados por comunidad autónoma, los intervalos de confianza de las drogas menos prevalentes en las comunidades autónomas pequeñas pueden ser demasiado amplios, lo que significa que dichas estimaciones estarán muy afectadas por el azar y pueden generar dientes de sierra y líneas de tendencia engañosas.

La muestra utilizada permite obtener resultados con una precisión aceptable por comunidad autónoma para la prevalencia de consumo de alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes, así como para el análisis de la percepción de riesgo, la importancia y visibilidad del problema de las drogas, la disponibilidad de drogas, las acciones para resolver el problema de las drogas o la percepción sobre el estado de salud. Sin embargo, no permite obtener estimaciones fiables para el consumo de drogas con prevalencias menores (como cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, heroína e inhalables volátiles).

Resultados

Caracterización sociodemográfica de la muestra

La muestra sigue una distribución según sexo que se encuentra próxima al 50%. En relación a la edad, el 33,9% tiene entre 15 y 34 años, el 47,4% entre 35 y 54 años, y el colectivo de 55 a 64 años representa el 18,6%.

Respecto al estado civil, aproximadamente la mitad de los individuos se encuentra casada (51,4%) y el 38,7% manifiesta encontrarse soltero. El resto, prácticamente 1 de cada 10 personas, declara estar separado, divorciado o viudo.

En cuanto al nivel de estudios, los ciudadanos con estudios secundarios representan el mayor porcentaje, 65,7%, mientras que aproximadamente 2 de cada 10 cuentan con estudios universitarios (19,5%). El resto, el 14,8%, no tiene estudios o tiene estudios primarios.

Por otro lado, en relación a las personas con las que se convive, la mayoría de los ciudadanos vive con su cónyuge o pareja (58,4%) y el 42% convive con sus hijos. Aproximadamente 1 de cada 10 personas vive sola (11,3%).

Tabla 1.1.3.

Distribución de la muestra de la población de 15-64 años de la encuesta EDADES según sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, nacionalidad y situación de convivencia (porcentajes). España, 2015.

		Porcentaje
SEXO	Hombre	50,3
	Mujer	49,7
EDAD	15 - 24 años	14,5
	25 - 34 años	19,4
	35 - 44 años	24,8
	45 - 54 años	22,6
	55 - 64 años	18,6
ESTADO CIVIL	Soltero/a	38,7
	Casado/a	51,4
	Separado/a - Divorciado/a	7,7
	Viudo/a	2,2
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios / estudios primarios	14,8
	Estudios secundarios	65,7
	Estudios universitarios	19,5
NACIONALIDAD	Española	88,5
	Extranjera	11,5
CONVIVENCIA*	Solo	11,3
	Cónyuge / pareja	58,4
	Padre	16,8
	Madre	22,4
	Hijos	42,0
	Hermanos	12,3
	Abuelos	1,1

* La suma de porcentajes puede superar el 100% por tratarse de una pregunta en la que es posible seleccionar varias opciones de respuesta.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Evolución temporal

El alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia entre la población de 15 a 64 años en España. El 93,5% manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida. Este indicador se mantiene estable con respecto a 2013 y desde 2009 no se ha situado por debajo del 90%.

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más extendida en España. El 72,5% declara haber fumado tabaco en alguna ocasión. Con respecto a 2013, la prevalencia apenas ha variado (ha disminuido 6 décimas de punto) y se mantiene por encima del 70% desde 2009.

En 2015 se ha corregido parcialmente el incremento experimentado entre 2009 y 2013 en la prevalencia de los hipnosedantes. En 2009 el 13,4% de la población reconocía haber consumido sustancias de este tipo alguna vez en la vida; en 2011 el porcentaje ascendió al 19,5% y en 2013 continuó creciendo hasta el 22,2%, marcando el máximo de la serie histórica. En 2015 se frena esta tendencia ascendente con una disminución que sitúa el indicador en el 18,7%.

Tabla 1.1.4.

Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7	73,1	72,5
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9	3,6	4,3	3,6
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7	2,9	3,8	3,8
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7	3,3	3,8	3,6
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2	8,9
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9	1,0	0,8
Cocaína (polvo y/o base)	–	–	–	–	–	–	8,3	10,2	8,8	10,3	9,1
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6	0,8	0,6	0,5
Hipnosedantes con o sin receta	–	–	–	–	–	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7
Tranquilizantes con o sin receta	–	–	–	–	–	7,0	13,0	11,0	17,1	20,1	–
Somníferos con o sin receta	–	–	–	–	–	4,6	6,0	6,3	7,9	9,6	–
Hipnosedantes sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	2,4	2,7	4,1
Tranquilizantes sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	1,9	2,2	–
Somníferos sin receta	–	–	–	–	–	–	–	–	1,3	1,5	–

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES 1995-2015).

La sustancia psicoactiva ilegal más prevalente en España es el cannabis. Desde el año 2003 su prevalencia se ha situado en una franja próxima al 30%, registrándose en 2015 el 31,5% y superando en 1,1 puntos el dato obtenido en 2013.

La cocaína en polvo es la siguiente droga ilegal con mayor extensión de consumo (en 2015 el 8,9% de la población reconoce haberla consumido en alguna ocasión en su vida). En la década comprendida entre 1999 y 2009 su prevalencia aumentó progresivamente, desde el 3,1% hasta el 10,2% y, a partir de entonces, el indicador se ha mantenido entre el 9% y el 10%.

Éxtasis, anfetaminas y alucinógenos continúan, como en los últimos años, con una prevalencia inferior al 5%. Por su parte, la heroína y los inhalables volátiles registran una extensión de consumo residual entre la población.

Atendiendo al tramo temporal de los últimos 12 meses, el 77,6% de la población consumió bebidas alcohólicas, aproximadamente 4 de cada 10 fumaron tabaco, y el 12%, declara haber tomado hipnosedantes, resultados que muestran cierta estabilidad con respecto a los obtenidos en 2013.

Prácticamente 1 de cada 10 ciudadanos admite haber consumido cannabis en los 12 meses previos a la realización de la encuesta (9,5%), porcentaje semejante a los observados en las últimas encuestas de 2011 y 2013. El consumo de cocaína en polvo en este tramo temporal se mantiene próximo al 2% como viene registrándose en las dos anteriores encuestas.

Tabla 1.1.5.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Tabaco	–	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2	40,7	40,2
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3	77,6
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8	0,7	0,7	0,6
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,6
Anfetaminas/speed	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6	0,6	0,6	0,5
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2	2,1	1,9
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1	0,2	0,1	0,2
Cocaína (polvo y/o base)	–	–	–	–	–	–	3,1	2,7	2,3	2,2	2,0
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Hipnosedantes con o sin receta	–	–	–	–	–	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2	12,0
Tranquilizantes con o sin receta	–	–	–	–	–	3,9	6,9	5,5	9,8	10,6	–
Somníferos con o sin receta	–	–	–	–	–	2,7	3,8	3,6	4,4	5,5	–
Hipnosedantes sin receta	–	2,3	2,3	2,8	3,1	1,2	1,3	1,9	1,2	1,2	2,3
Tranquilizantes sin receta	–	2,0	2,0	2,5	2,5	0,9	0,9	1,6	0,9	0,9	–
Somníferos sin receta	–	1,2	1,3	1,6	1,6	0,8	0,8	1,1	0,6	0,6	–

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

A lo largo de toda la serie histórica, la prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días se ha mantenido entre el 60% y el 65%. En 2015 el porcentaje se sitúa en el 62,1%, lo que representa un ligero descenso con respecto al año 2013 para regresar a un nivel próximo al observado en 2011.

La extensión del consumo de tabaco en este tramo temporal resulta estable con respecto a la pasada encuesta, obteniendo en 2015 que el 38,5% de la población de 15 a 64 años ha fumado en el mes previo a la realización de la encuesta,

observándose que en la última década la prevalencia ha oscilado en una franja de apenas dos puntos, entre el 37,6% (2011) y el 39,4% (2009).

La tercera sustancia más extendida en este tramo temporal son los hipnosedantes, el 8,1% reconoce su consumo en el último mes, lo que supone un leve descenso con respecto a 2013, cuando el indicador alcanzó el máximo de la serie (8,9%).

Por su parte, la extensión del consumo de cannabis en los últimos 30 días aumentó levemente con respecto al año 2013, del 6,6% al 7,3%. Cabe señalar que durante las cinco últimas ediciones de la encuesta, el indicador se ha mantenido entre el 6,6% y el 7,6%.

Tabla 1.1.6.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2015.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Tabaco	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4	37,6	38,3	38,5
Alcohol	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3	62,3	64,4	62,1
Cannabis	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0	6,6	7,3
Éxtasis	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4	0,3	0,2	0,2
Alucinógenos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
Anfetaminas/speed	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Cocaína en polvo	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1	1,0	0,9
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	1,3	1,1	1,0	0,9
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	3,7	5,9	5,2	8,3	8,9	8,1
Tranquilizantes con o sin receta	-	-	-	-	2,7	4,7	4,0	6,9	7,7	-
Somníferos con o sin receta	-	-	-	-	2,0	2,5	2,7	3,4	4,0	-
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,9
Tranquilizantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	-
Somníferos sin receta	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,3	-

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

Entre la población de 15 a 64 años el 30,8% admite un consumo diario de tabaco, escenario que se ha mantenido constante en las encuestas de 2011, 2013 y 2015. Este indicador alcanzó sus máximos valores en 2001 y 2003 cuando el 35,7% y el 36,7% de la población respectivamente reconocía este patrón de consumo.

En 2015 se registra el menor porcentaje de la serie histórica en cuanto al consumo diario de alcohol (9,3%). Las encuestas realizadas entre 1997 y 2005 reflejaban que entre el 12,7% y el 14,9% de la población tomaba bebidas alcohólicas de forma diaria. Sin embargo, en 2013 y 2015, el porcentaje consigue situarse por debajo del 10% por primera vez en la serie histórica.

Considerando la evolución del consumo diario de hipnosedantes, su prevalencia aumentó desde 2009 hasta 2013, periodo en el que el porcentaje se incrementó del 2,7% al 6,8%. En 2015 esta tendencia se corrige parcialmente con una proporción de consumidores que se sitúa en el 6%.

Por otro lado, las personas que mantienen un consumo diario de cannabis representan un 2,1% de la población, valor que apenas difiere de la anterior encuesta (1,9%).

Tabla 1.1.7.

Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años (porcentajes).
España, 1997-2015.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4	30,8	30,8
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2	9,8	9,3
Cannabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6	2,0	1,7	1,9	2,1
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	2,1	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0
Tranquilizantes con o sin receta	-	-	-	-	1,7	2,6	2,3	4,0	5,9	-
Somníferos con o sin receta	-	-	-	-	1,1	1,1	1,4	1,7	3,1	-

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

Edad media de inicio en el consumo y diferencias en el consumo por edad

Edad de inicio en el consumo

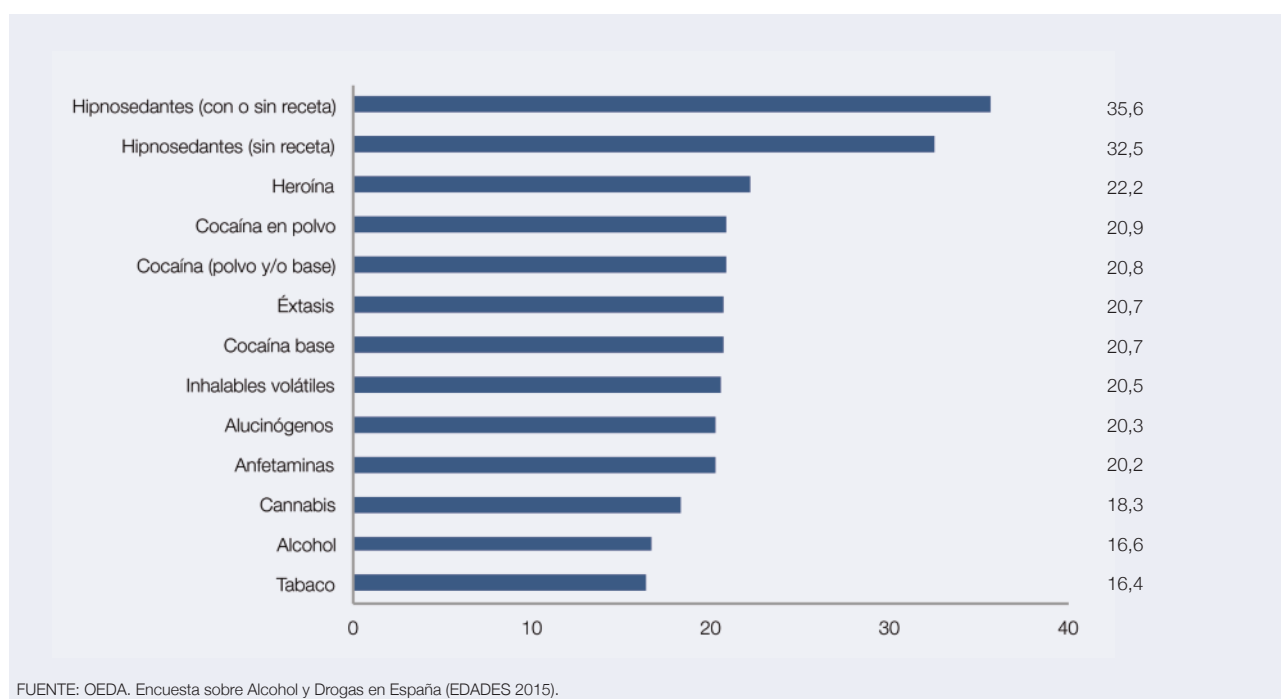
El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse a una edad más temprana, 16,6 y 16,4 años respectivamente, siendo unos indicadores estables a lo largo de toda la serie histórica.

El cannabis es por término medio la primera sustancia ilegal que empieza a consumirse. La serie histórica muestra que el primer consumo se produce entre los 18 y los 19 años.

Los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas cuya ingesta comienza a una edad más avanzada. La edad media de inicio en su consumo se sitúa en 35,6 años, siendo ligeramente inferior al que corresponde a los hipnosedantes sin receta médica (32,5 años).

Figura 1.1.1.

Edad media de inicio (años) en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años.
España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Tabla 1.1.8.

Edad media de inicio (años) en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 1995-2015.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Tabaco	15,9	16,6	16,7	16,5	16,5	16,4	16,5	16,5	16,5	16,4	16,4
Alcohol	–	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7	16,6
Cannabis	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6	18,3
Cocaína en polvo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9	21,0	21,3	20,9
Heroína	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7	22,9	20,7	21,5	22,2
Anfetaminas	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7	20,1	20,2	20,8	20,2
Alucinógenos	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9	19,0	19,9	19,7	20,5	20,9	20,3
Inhalables volátiles	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7	19,4	20,5
Cocaína base	21,8	20,6	20,1	19,6	20,1	20,8	21,4	23,1	22,4	23,2	20,7
Cocaína (polvo y/o base)	–	–	–	–	–	–	–	20,9	21,0	21,3	20,8
Éxtasis	21,1	20,0	20,7	20,2	20,3	20,1	20,8	20,5	20,8	21,1	20,7
Hipnosedantes con o sin receta	–	–	–	–	–	32,4	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6
Hipnosedantes sin receta	–	28,7	29,2	29,5	30,0	28,5	29,1	29,5	27,8	31,3	32,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

Diferencias en el consumo por edad

Cuando se analiza la prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida en función de la edad (de 15 a 34 años y de 35 a 64 años), las mayores diferencias se observan en el caso del cannabis y del tabaco.

Si el 65,4% de las personas de hasta 34 años reconoce haber fumado tabaco alguna vez, en el grupo de 35 a 64 años este porcentaje aumenta hasta el 76,2%. El hecho de que el grupo de más edad registre una mayor prevalencia se observa desde el año 2005, aunque en 2015 es cuando se contempla una mayor diferencia en la prevalencia del tabaco entre estos dos colectivos.

Por su parte, el consumo de cannabis adquiere mayor dimensión entre los jóvenes de 15 a 34 años, donde el 38,8% admite haber, al menos, probado el consumo de esta sustancia, porcentaje que se reduce hasta el 27,8% en el grupo de 35 a 64 años. También se observa en la serie histórica cómo la extensión del consumo de cannabis ha aumentado en el grupo de 35 a 64 años. Con anterioridad al año 2003, la prevalencia en este grupo se situaba por debajo del 16%, sin embargo, en ediciones más recientes, el indicador se ha aproximado al 25% (años 2009 y 2013) y ha sobrepasado este nivel en 2015 (27,8%).

Por otro lado, se percibe que el consumo de éxtasis entre la población menor de 35 años ha disminuido; entre los años 2001 y 2009 las prevalencias registradas en este grupo superaban el 7% y el 8%, si bien desde 2011 este indicador es más discreto, situándose en el 4,7% en 2015.

Asimismo, la diferencia en la prevalencia del grupo de 15 a 34 años con respecto al de 35 a 64 años en relación al porcentaje que ha consumido cocaína en polvo alguna vez, es la menor de la serie histórica. Hace una década, en 2005, la prevalencia del grupo más joven (10,4%) superaba en 6 puntos la registrada en el grupo de mayor edad (4,4%). Sin embargo, en 2015, la diferencia entre ambas prevalencias se reduce a medio punto porcentual (con porcentajes que se sitúan respectivamente en 9,3% y 8,8%).

Cabe resaltar la evolución que ha tenido el consumo de heroína a lo largo de la serie, observando que en 2015, el porcentaje que reconoce haberla consumido alguna vez es mayor en el grupo de 35 a 64 años. En este sentido, se observa que si se retrocede 20 años, en 1995 el 1,4% de los jóvenes (de 15 a 34 años) de aquel momento habían probado el consumo de heroína, porcentaje que entre los jóvenes en 2015 es totalmente residual (0,2%).

Tabla 1.1.9.

Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2015.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	-	-	72,7	66,9	65,2	64,7	69,4	67,6	69,2	68,7	67,9	70,7	66,6	69,8	70,1	78,3	67,8	74,2	68,5	75,6	65,4	76,2
Alcohol	-	-	91,4	89,9	87,4	87,2	89,3	88,8	88,9	88,3	93,2	94,1	87,7	88,3	92,2	95,5	89,5	91,7	92,2	93,7	91,2	94,7
Cannabis	22,9	6,1	32,4	14,4	28,1	12,3	34,3	15,3	39,0	21,0	39,4	20,4	37,5	20,2	42,4	25,2	36,9	21,6	40,2	25,0	38,8	27,8
Éxtasis	3,5	0,5	4,8	0,4	4,4	0,7	7,7	1,0	8,3	1,6	7,6	1,9	7,2	2,2	8,4	2,6	5,7	2,3	6,2	3,2	4,7	3,0
Alucinógenos	3,3	0,9	4,7	1,3	2,9	1,0	4,6	1,3	4,7	1,6	5,4	1,9	5,9	2,3	5,7	2,4	4,4	2,0	5,0	3,1	4,5	3,4
Anfetaminas/speed	3,7	1,0	4,2	1,3	3,1	1,3	4,6	1,5	4,7	1,9	5,2	2,0	5,6	2,6	5,7	2,4	4,6	2,4	4,9	3,2	4,3	3,3
Cocaína en polvo	5,4	1,4	5,5	1,6	4,7	1,8	7,7	2,4	8,9	3,6	10,4	4,4	11,4	5,5	13,5	7,9	11,0	7,4	11,6	9,4	9,3	8,8
Cocaína base	0,5	0,1	0,7	0,2	0,6	0,2	0,7	0,3	0,7	0,3	0,7	0,6	2,3	1,5	0,9	0,9	0,8	1,0	0,9	1,1	0,6	1,0
Heroína	1,4	0,2	0,9	0,3	0,6	0,3	0,7	0,5	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	1,0	0,4	0,6	0,4	0,6	0,3	0,9	0,2	0,9
Inhalables	1,1	0,3	1,3	0,3	0,9	0,4	1,5	0,2	1,7	0,5	1,2	0,5	1,7	0,8	1,1	0,4	1,1	0,6	0,7	0,5	0,4	0,5
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,2	10,6	10,6	19,6	8,8	16,5	12,1	24,1	13,0	27,0	10,8	22,8
Tranquilizantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,1	8,4	8,8	16,0	7,1	13,8	10,7	21,0	12,3	24,5	-	-
Somníferos con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,9	5,8	3,7	7,6	4,0	8,0	3,9	10,3	5,1	12,2	-	-
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	2,5	2,3	2,8	2,6	4,8
Tranquilizantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	2,0	1,9	2,3	-	-
Somníferos sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	1,4	1,0	1,7	-	-

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

En relación al tramo temporal de los últimos 12 meses, en 2015, el consumo de tabaco apenas difiere entre el colectivo de 15 a 34 años (40,8%) y el de 35 a 64 años (39,9%). Cabe reseñar la evolución que ha seguido este consumo en el grupo de menor edad, pues en los años 2001 y 2003 más de la mitad de los individuos de este grupo habían fumado en el último año, mientras que en 2015, tras una progresiva reducción de la prevalencia, se obtiene la menor prevalencia de la serie histórica (40,8%).

La diferencia entre ambos grupos de edad resulta especialmente evidente cuando se atiende al consumo de cannabis, pues la prevalencia en el colectivo de 15 a 34 años (17,1%) resulta 3,1 veces superior a la contemplada entre las personas mayores de 34 años (5,5%). El porcentaje relativo al grupo más joven se ha mantenido estable entre 2011 y 2015, siendo ligeramente más reducido que el que registraba entre 2003 y 2009.

El consumo de éxtasis en los últimos 12 meses se ha mantenido por debajo del 0,5% en el colectivo de entre 35 y 64 años a lo largo de toda la serie histórica. En relación a la población de 15 a 34 años, esta sustancia adquirió especial relevancia en 2001, cuando la prevalencia ascendía al 3,7%. A partir de entonces ha seguido una tendencia descendente, situándose en 2015 en el 1,3%, lo que representa el mínimo de la serie.

Por otro lado, el consumo de cocaína en polvo (últimos 12 meses) en los individuos de 15 a 34 años ha registrado una tendencia ligeramente decreciente en la última década, pasando de una prevalencia del 5,2% en 2005 al 3% en 2015. Por su parte, en el colectivo mayor de 34 años la prevalencia se ha mantenido constante en los últimos 10 años, entre el 1,3% y el 1,5%.

Tabla 1.1.10.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1995-2015.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	-	-	54,5	39,9	49,5	40,6	52,0	41,2	52,8	43,8	47,3	38,8	46,2	38,8	45,3	41,1	43,8	37,9	43,4	39,2	40,8	39,9
Alcohol	72,9	64,1	82,5	74,9	79,0	71,8	81,5	75,2	79,5	74,2	79,4	74,7	76,9	71,1	80,1	77,7	79,1	75,1	81,3	76,7	79,2	76,7
Cannabis	12,7	2,3	14,2	1,8	12,6	2,2	16,7	3,3	20,1	4,2	19,8	4,7	18,9	3,9	19,4	4,6	17,0	5,1	17,0	4,8	17,1	5,5
Éxtasis	2,4	0,1	1,8	0,0	1,6	0,1	3,7	0,2	2,9	0,1	2,4	0,4	2,4	0,4	1,8	0,2	1,4	0,2	1,5	0,2	1,3	0,2
Alucinógenos	1,3	0,2	1,8	0,1	1,2	0,2	1,3	0,2	1,1	0,2	1,5	0,1	1,4	0,1	1,1	0,1	0,9	0,1	0,8	0,1	1,1	0,3
Anfetaminas/speed	1,8	0,2	1,8	0,1	1,3	0,2	2,2	0,2	1,6	0,2	1,9	0,3	1,7	0,2	1,4	0,1	1,1	0,3	1,2	0,3	1,0	0,3
Cocaína en polvo	3,1	0,5	2,9	0,5	2,8	0,5	4,5	0,9	4,8	0,9	5,2	1,3	5,3	1,3	4,3	1,5	3,5	1,4	3,2	1,5	3,0	1,3
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,6	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2
Heroína	0,9	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Inhalables	0,2	0,1	0,4	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Hipnosedantes																						
con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,4	6,4	5,8	11,4	4,0	9,1	6,3	14,5	6,4	15,5	6,3	15,0
Tranquilizantes																						
con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	4,8	4,4	8,4	3,1	7,1	5,5	12,4	5,6	13,4	-	-
Somníferos																						
con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	3,6	1,8	4,6	1,9	4,7	2,0	5,9	2,4	7,1	-	-
Hipnosedantes sin receta	-	-	2,3	2,4	1,9	2,7	2,8	2,9	2,5	3,6	1,0	1,3	1,3	1,1	1,8	1,9	1,2	1,2	1,1	1,3	1,4	2,7
Tranquilizantes sin receta	-	-	1,9	2,2	1,8	2,3	2,5	2,4	1,9	3,1	0,7	0,9	1,1	0,8	1,6	1,5	1,0	0,9	0,8	1,0	-	-
Somníferos sin receta	-	-	1,0	1,4	1,0	1,6	1,5	1,7	1,5	1,9	0,6	0,9	0,7	0,7	1,0	1,1	0,5	0,7	0,5	0,7	-	-

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES 1995-2015).

Atendiendo al tramo temporal de los 30 días previos a la realización de la encuesta, se observa que la extensión del consumo de alcohol apenas se diferencia entre las personas de 15 a 34 años (61,6%) y aquellas de 35 a 64 años (62,4%).

La prevalencia del consumo de tabaco en los últimos 30 días también resulta muy similar en los dos grupos, encontrando que el 38,4% de los jóvenes menores de 35 años ha fumado en el último mes frente al 38,6% obtenido en el grupo de 35 a 64 años. Sin embargo, en años pasados sí existía una diferencia importante entre ambos grupos, que han seguido una evolución diferente. Entre 1997 y 2007, la diferencia entre la prevalencia de los dos grupos de edad superaba los 5 puntos porcentuales, siendo siempre superior en el colectivo de 15 a 34 años. En 1997 la prevalencia de los más jóvenes superaba en 12,7 puntos la obtenida entre los mayores de 34 años, en 2001 la diferencia era de 8,8 puntos y en 2005 de 6,8 puntos; diferencias que en 2015 han desaparecido.

En ningún año de la serie la prevalencia del tabaco en el grupo de 35 a 64 años ha superado el 40%, situándose en todo caso en una franja entre el 35,5% y el 39,5%. Por el contrario, sí se aprecia una reducción del consumo en el co-

lectivo más joven con respecto a los primeros años de la década pasada (cuando se registraban prevalencias del 46,3% y del 47,2%). De hecho, en 2015 se registra la menor prevalencia de la serie.

En relación al cannabis, la extensión del consumo obtenida entre la población menor de 35 años (12,9%) resulta prácticamente 3 veces superior a la contemplada en el grupo de mayor de edad (4,4%). La prevalencia en el grupo de 15 a 34 años apenas difiere de la resultante en 2011 y 2013. En cuanto a la registrada en el grupo mayor de 34 años, en 2015, por primera vez en la serie, se supera el 4%.

Tabla 1.1.11.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años según grupo de edad (porcentajes). España, 1997-2015.

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015	
	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64	15-34	35-64
Tabaco	49,6	36,9	43,7	36,9	46,3	37,5	47,2	39,5	42,3	35,5	42,2	36,3	40,9	38,4	40,4	35,9	40,2	37,2	38,4	38,6
Alcohol	66,7	61,6	64,4	59,4	65,7	62,1	65,8	62,7	66,3	63,4	61,7	59,4	63,1	63,3	63,7	61,5	65,4	63,9	61,6	62,4
Cannabis	8,5	1,1	7,9	1,5	11,5	2,3	13,4	2,9	15,4	3,6	13,5	2,8	14,1	3,2	12,5	3,7	12,2	3,5	12,9	4,4
Éxtasis	0,6	0,0	0,5	0,0	1,5	0,2	0,7	0,0	1,1	0,2	0,8	0,2	0,8	0,1	0,6	0,1	0,4	0,1	0,5	0,1
Alucinógenos	0,4	0,0	0,3	0,1	0,4	0,1	0,4	0,0	0,5	0,1	0,2	0,0	0,4	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1
Anfetaminas/speed	0,5	0,0	0,5	0,1	1,1	0,1	0,4	0,1	0,8	0,1	0,5	0,1	0,7	0,1	0,5	0,1	0,5	0,1	0,5	0,1
Cocaína en polvo	1,6	0,2	1,5	0,3	2,4	0,5	1,9	0,4	2,8	0,7	2,9	0,7	2,0	0,7	1,7	0,8	1,2	0,9	1,3	0,6
Cocaína base	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Heroína	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Inhalables	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	5,0	2,8	8,1	2,4	7,0	3,4	11,3	3,4	12,0	3,3	10,6
Tranquilizantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	3,5	2,5	6,2	1,8	5,5	2,8	9,5	2,9	10,4	-	-
Somníferos con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	2,9	1,0	3,6	1,2	3,7	1,3	4,7	1,4	5,5	-	-
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,4	0,6	0,7	1,0
Tranquilizantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,6	0,3	0,5	-	-
Somníferos sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,4	0,2	0,3	-	-

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

Diferencias en el consumo por sexo

En el tramo temporal de los últimos 12 meses, la extensión del consumo de sustancias psicoactivas es superior en todo caso en el grupo masculino, a excepción de los hipnosedantes.

La diferencia resulta especialmente notable cuando se contempla el consumo de alcohol, pues si el 82,9% de los hombres ha bebido alcohol en el último año, este porcentaje se reduce 10,8 puntos en el grupo femenino. No obstante, esta diferencia entre ambos sexos ha sido mayor en las encuestas anteriores a 2013.

La diferencia también es importante en el caso de la prevalencia del tabaco, específicamente de 8,4 puntos porcentuales (44,4% entre los hombres frente al 36% registrado en las mujeres). Cabe señalar la importante reducción de la prevalencia experimentada en el colectivo masculino, pues a principios de la década pasada más de la mitad de los hombres había fumado en los últimos 12 meses, mientras que en las tres últimas ediciones, el porcentaje se mantiene próximo al 44%.

La proporción de hombres que ha consumido cannabis en el último año (13,3%) resulta 2,4 veces la contemplada entre las mujeres (5,6%), relación similar a la que se venía observando desde 2009.

El consumo de cocaína en polvo también se encuentra especialmente extendido entre los varones, si bien desde el año 2007 se percibe cierta tendencia descendente en este grupo, pasando de una prevalencia del 4,6% en 2005 al 2,9% en 2015. El porcentaje entre las mujeres ha mostrado mayor estabilidad en este periodo, situándose en torno al 1%.

Los hipnosedantes son las únicas sustancias donde la prevalencia en el grupo femenino destaca sobre la registrada en el grupo masculino: aproximadamente el doble de mujeres que de hombres ha tomado hipnosedantes en el último año (15,8% y 8,3% respectivamente). En ambos grupos se aprecia cierta estabilidad en la prevalencia con respecto a 2013, que registró los valores más elevados de la serie.

Tabla 1.1.12.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1995-2015.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	-	-	55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6	47,2	37,5	46,0	37,6	48,4	37,0	44,2	36,0	44,2	37,2	44,4	36,0
Alcohol	79,3	58,0	86,4	70,5	83,2	67,2	85,2	70,9	84,5	68,4	84,0	69,2	80,4	66,4	84,4	72,7	83,2	69,9	83,2	73,4	82,9	72,1
Cannabis	10,7	4,4	10,7	4,7	9,6	4,3	13,0	5,5	16,2	6,3	15,7	6,6	13,6	6,6	14,8	6,2	13,6	5,5	12,9	5,4	13,3	5,6
Éxtasis	1,9	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	2,0	0,8	1,8	0,6	1,6	0,5	1,4	0,3	1,0	0,4	1,0	0,3	0,9	0,3
Alucinógenos	1,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,2	0,9	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2	0,6	0,2	0,5	0,1	0,8	0,3
Anfetaminas/speed	1,3	0,7	1,4	0,4	1,0	0,4	1,6	0,6	1,1	0,5	1,4	0,5	1,3	0,3	1,0	0,3	0,9	0,3	0,8	0,4	0,8	0,3
Cocaína en polvo	2,7	1,0	2,6	0,6	2,3	0,8	3,8	1,3	4,1	1,2	4,6	1,3	4,4	1,5	4,2	1,0	3,6	0,9	3,3	0,9	2,9	0,9
Cocaína base	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,7	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,7	1,6	4,2	1,0	3,6	0,9	3,3	1,0	3,1	0,9
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0
Inhalables	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5	6,7	6,8	11,5	4,6	9,3	7,6	15,3	8,5	16,0	8,3	15,8
Tranquilizantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,6	5,2	4,7	9,1	3,4	7,6	6,4	13,2	7,3	14,0	-	-
Somníferos con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	3,5	2,8	4,3	2,6	4,6	3,1	5,9	3,7	7,3	-	-
Hipnosedantes sin receta	-	-	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	3,1	2,9	3,3	1,1	1,3	1,2	1,4	1,9	1,9	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	2,9
Tranquilizantes sin receta	-	-	2,0	2,1	1,9	2,2	2,2	2,8	2,5	2,5	0,8	1,0	0,9	0,9	1,5	1,7	0,9	1,0	0,8	1,0	-	-
Somníferos sin receta	-	-	1,2	1,2	1,4	1,2	1,4	1,8	1,5	1,9	0,7	0,9	0,6	0,8	1,1	1,0	0,5	0,7	0,6	0,7	-	-

H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

En referencia al consumo en los 30 días previos a la realización de la encuesta, a lo largo de la serie histórica se observa que el consumo de alcohol se encuentra notablemente más extendido entre los hombres. En 2015, aproximadamente la mitad de las mujeres tomaron bebidas alcohólicas en el último mes (52,8%), frente al 71,3% de los hombres.

El consumo de tabaco también se encuentra más extendido en el grupo masculino, cuya prevalencia en la última década ha oscilado entre el 41% y el 45%, mientras que la extensión del consumo entre las mujeres en los últimos diez años se ha situado entre el 33% y el 35%.

Aproximadamente 1 de cada 10 hombres en España consumió cannabis en el último mes, prevalencia que en el grupo femenino se reduce al 3,9%, de modo que se registran 2,7 hombres por cada mujer que ha consumido.

El consumo de cocaína en polvo también adquiere mayor dimensión entre los hombres en este tramo temporal y en la última década se aprecia una tendencia descendente en su prevalencia.

Con respecto a los hipnosedantes, se observa que aproximadamente 1 de cada 10 mujeres ha consumido tranquilizantes y/o somníferos en los últimos 30 días (10,8%), proporción que dobla la registrada en el colectivo masculino (5,4%). En comparación con 2013, que registró los valores más elevados de la serie tanto para las mujeres como para los hombres, se aprecia una ligera reducción de la prevalencia, más pronunciada en el grupo femenino.

Tabla 1.1.13.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 1997-2015.

	1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009		2011		2013		2015	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	51,4	34,4	45,0	35,2	46,5	36,3	47,9	37,9	43,1	33,6	42,6	34,7	44,7	34,0	41,4	33,7	41,7	34,8	42,6	34,3
Alcohol	75,8	52,1	74,4	49,1	76,4	50,9	75,8	52,1	76,0	52,9	71,4	49,0	74,0	52,2	73,2	51,2	73,4	55,3	71,3	52,8
Cannabis	6,7	2,5	6,2	2,8	9,4	3,4	11,3	3,9	12,5	4,7	10,0	4,2	11,0	4,0	10,2	3,8	9,8	3,4	10,7	3,9
Éxtasis	0,5	0,1	0,3	0,2	1,3	0,3	0,5	0,2	0,9	0,3	0,6	0,2	0,5	0,2	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1
Alucinógenos	0,3	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1
Anfetaminas/speed	0,4	0,1	0,4	0,2	0,9	0,2	0,4	0,1	0,6	0,2	0,4	0,1	0,4	0,2	0,4	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1
Cocaína en polvo	1,5	0,2	1,3	0,4	2,2	0,5	1,6	0,5	2,5	0,7	2,5	0,8	2,0	0,4	1,8	0,5	1,7	0,4	1,4	0,3
Cocaína base	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Cocaína (polvo y/o base)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,5	0,8	2,0	0,4	1,8	0,5	1,7	0,4	1,5	0,3
Heroína	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Inhalables	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	2,3	5,1	4,3	7,6	3,2	7,0	5,2	11,4	5,8	12,1	5,4	10,8
Tranquilizantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,7	3,7	3,3	6,3	2,4	5,7	4,4	9,6	5,1	10,4	-	-
Somníferos con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	2,8	2,0	3,0	1,9	3,5	2,1	4,7	2,6	5,5	-	-
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8	0,6	0,5	0,8	1,1
Tranquilizantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,6	0,5	0,4	-	-
Somníferos sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3	0,5	0,3	0,2	-	-

H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

Bebidas alcohólicas

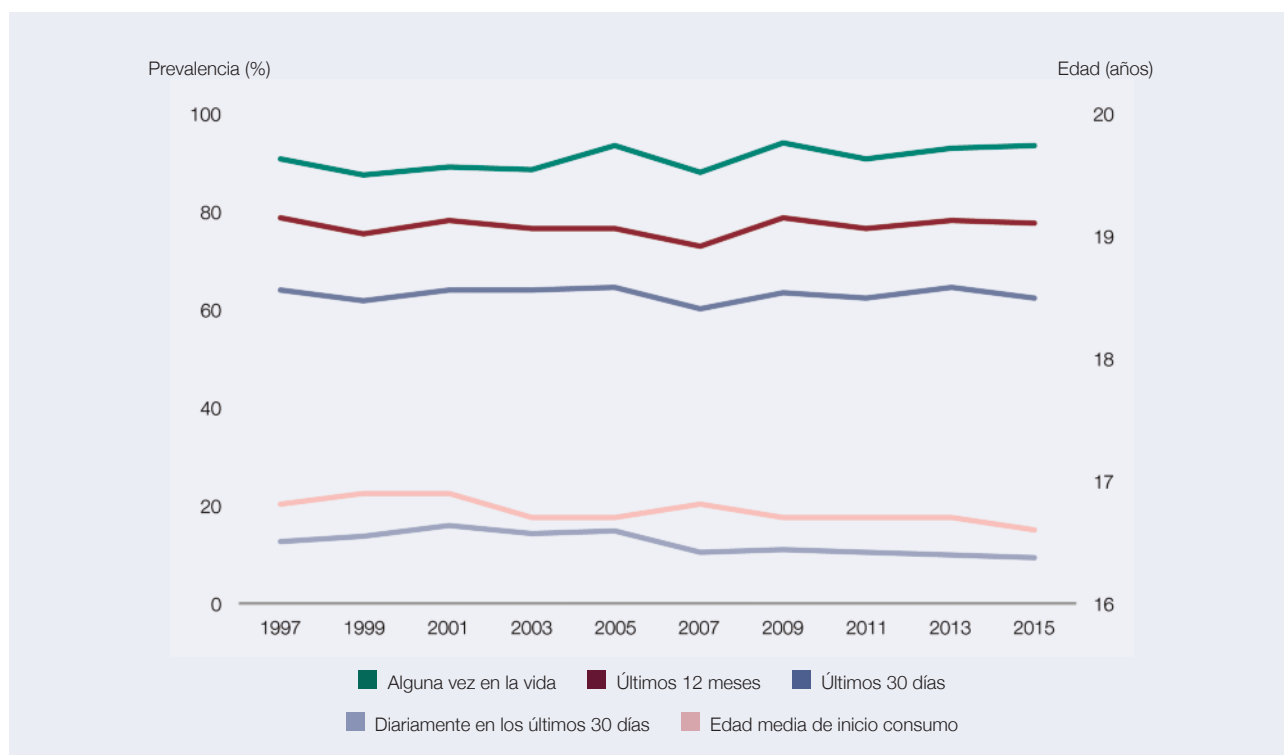
El alcohol es la sustancia psicoactiva más extendida entre la población de 15 a 64 años en España. Como se viene observando en las cuatro últimas ediciones de la encuesta (2009-2015), más del 90% de los ciudadanos ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida. Por término medio, la edad en la que se bebe alcohol por primera vez se sitúa en los 16 años.

En 2015, el 77,6% de la población declaró un consumo de alcohol en los últimos 12 meses previos a la realización de la encuesta y el 62,1% reconoció haber tomado alcohol en los últimos 30 días. En 2015, la extensión del consumo de alcohol en el último mes ha experimentado un leve descenso con respecto al año 2013 (64,4%), si bien a lo largo de toda la serie histórica este indicador se ha mantenido entre el 60% y el 65%.

La población que mantiene un consumo diario de alcohol en España representa el 9,3%. La prevalencia de este patrón de consumo inició en el año 2001 una tendencia descendente, registrando en 2015 el valor más reducido de la serie histórica.

Figura 1.1.2.

Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol y edad media en el inicio de consumo de alcohol en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2015.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Alguna vez en la vida	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9	93,1	93,5
Últimos 12 meses	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6	78,3	77,6
Últimos 30 días	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3	62,3	64,4	62,1
Diariamente en los últimos 30 días	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2	9,8	9,3
Edad media de inicio en el consumo	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7	16,7	16,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

El consumo de alcohol se encuentra más extendido en el grupo masculino, tanto en los diversos tramos temporales contemplados como en todos los grupos de edad. El grupo de 15 a 24 años es el que presenta una menor diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la prevalencia del alcohol y el grupo de 55 a 64 años es el que muestra mayores diferencias entre ambos sexos.

Tanto en el colectivo masculino como en el femenino, más del 90% de la población ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la vida.

Considerando los últimos 12 meses, el 82,9% de los hombres ha consumido bebidas alcohólicas, si bien esta prevalencia aumenta en el grupo de 25 a 34 años hasta el 86,1%. La extensión del consumo en el grupo femenino es notablemente menor (72,1%), aunque se perciben ciertas diferencias en función de la edad (la variación de la prevalencia en función de la edad es más pronunciada que la observada en el grupo masculino). En este sentido, el 76,1% de las mujeres de 15 a 24 años ha bebido alcohol en el último año, mientras que el porcentaje disminuye hasta el 63,7% en el grupo de 55 a 64 años.

Por último, la prevalencia del consumo diario de alcohol resulta 3,5 veces superior en los hombres que entre las mujeres. Si el 14,5% de ellos registra este patrón de consumo, en las mujeres el porcentaje se reduce hasta el 4,1%. Se trata de un hábito que aumenta su prevalencia a medida que se incrementa la edad de la población (1 de cada 10 en el grupo de 35 a 44 años frente a 3 de cada 10 en el de 55 a 64).

Tabla 1.1.14.

Prevalencias de consumo de alcohol entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	93,5	95,3	91,7	87,5	89,0	86,0	93,9	95,8	91,9	94,5	95,7	93,2	95,6	97,0	94,3	94,0	97,3	90,5
Últimos 12 meses	77,6	82,9	72,1	78,4	80,5	76,1	79,8	86,1	73,4	77,8	82,6	72,6	79,1	84,2	74,5	72,3	80,5	63,7
Últimos 30 días	62,1	71,3	52,8	59,5	63,8	54,9	63,1	73,0	53,2	62,5	70,6	53,8	65,2	75,3	56,1	58,7	71,8	44,9
Diariamente en los últimos 30 días	9,3	14,5	4,1	1,4	2,0	0,9	4,5	7,4	1,7	7,6	11,8	3,0	12,1	18,8	6,1	19,6	30,2	8,2
Nunca	6,5	4,7	8,3	12,5	11,0	14,0	6,1	4,2	8,1	5,5	4,3	6,8	4,4	3,0	5,7	6,0	2,7	9,5

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Considerando a la población que ha consumido alcohol en los últimos 30 días, la bebida que presenta una mayor prevalencia es la **cerveza**, tanto en días laborables como en fin de semana. Prácticamente 4 de cada 10 consumidores de alcohol bebieron cerveza en días laborables (39,7%), si bien el porcentaje aumenta notablemente en fin de semana, cuando es consumida por el 72,9%. En fin de semana los consumidores de 15 a 34 años y de 35 a 64 años registran una prevalencia semejante de cerveza. El **vino** es la segunda bebida más consumida tanto en días laborables como en fin de semana: 1 de cada 4 consumidores de alcohol en los últimos 30 días tomó vino alguna vez de lunes a jueves y el 45,1% lo consumió en fin de semana. Prácticamente 1 de cada 3 consumidores de alcohol de 35 a 64 años bebió vino en días laborables, lo que podría responder a un patrón de consumo con las comidas.

Los **combinados/cubatas** aumentan sustancialmente su prevalencia en fin de semana comparado con los días laborables, especialmente si se considera a los consumidores menores de 35 años, pues 6 de cada 10 tomaron este tipo de bebidas en fin de semana en los últimos 30 días.

El **vermú/jerez/fino** presenta una mayor prevalencia entre los consumidores de 35 a 64 años, teniendo mayor presencia en fin de semana (6,9%). Sin embargo, el **calimocho** y la **sangría** se encuentran más extendidos en la población de 15 a 34 años, con prevalencias que en fin de semana se sitúan en el 5,8% y el 4%, respectivamente.

Con independencia del tipo de bebida consumida, se observa que la mitad de los consumidores de alcohol en los últimos 30 días consumió alcohol en días laborables (lunes a jueves), mientras que prácticamente la totalidad de ellos consumió en fin de semana.

Tabla 1.1.15.

Prevalencia de consumo de alcohol en días laborables y en fin de semana en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en los últimos 30 días, según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años		15-34 años		35-64 años	
	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana
Vino/champán	25,2	45,1	10,5	26,0	32,7	54,8
Cerveza/sidra	39,7	72,9	33,3	73,3	42,9	72,8
Aperitivos/vermú	2,2	6,2	1,3	4,7	2,6	6,9
Combinados/cubatas	5,1	39,0	6,0	61,6	4,6	27,4
Licores de frutas	1,6	4,3	1,6	5,0	1,6	4,0
Licores fuertes	2,7	8,4	1,8	9,0	3,1	8,1
Calimocho	0,8	2,7	1,0	5,8	0,7	1,0
Sangría	1,1	2,4	1,3	4,0	1,1	1,5
Cualquier bebida alcohólica	51,5	96,8	37,5	97,0	58,5	96,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Intoxicaciones etílicas agudas (borracheras)

En los últimos 12 meses, la prevalencia de las intoxicaciones etílicas se sitúa en el 16,8%, porcentaje ligeramente menor que los obtenidos en la última década (próximos al 20% en la mayoría de las mediciones). Las borracheras se encuentran más extendidas en el grupo masculino, y en relación a la edad, se observa que a medida que ésta aumenta, disminuye la prevalencia.

Entendiendo que el indicador borracheras o intoxicaciones etílicas pudiera estar reflejando diferencias subjetivas e individuales en lo que respecta a la percepción de embriaguez, el cuestionario de EDADES 2015 ha introducido una pregunta adicional que pretende explorar la correspondencia entre la percepción subjetiva de intoxicación etílica del entrevistado como consecuencia de un consumo intensivo de alcohol y la existencia de síntomas físicos habitualmente asociados al estado de embriaguez. Así, se registra que el 16,4% de la población ha bebido el suficiente alcohol como para experimentar sensación de inestabilidad, mareo o dificultades para hablar en los últimos 12 meses, porcentaje que resulta muy similar al obtenido a partir de la pregunta que explora la frecuencia de borracheras durante el mismo periodo.

Se ha contemplado la evolución de la prevalencia de las intoxicaciones etílicas (últimos 12 meses) según los grupos de edad formados por individuos de 15 a 34 años y de 35 a 64 años.

Los hombres de 15 a 34 años son el colectivo que registra una mayor extensión de borracheras, siendo reconocidas por el 37,5% de ellos, si bien, el porcentaje que se ha emborrachado ha descendido con respecto al año 2013.

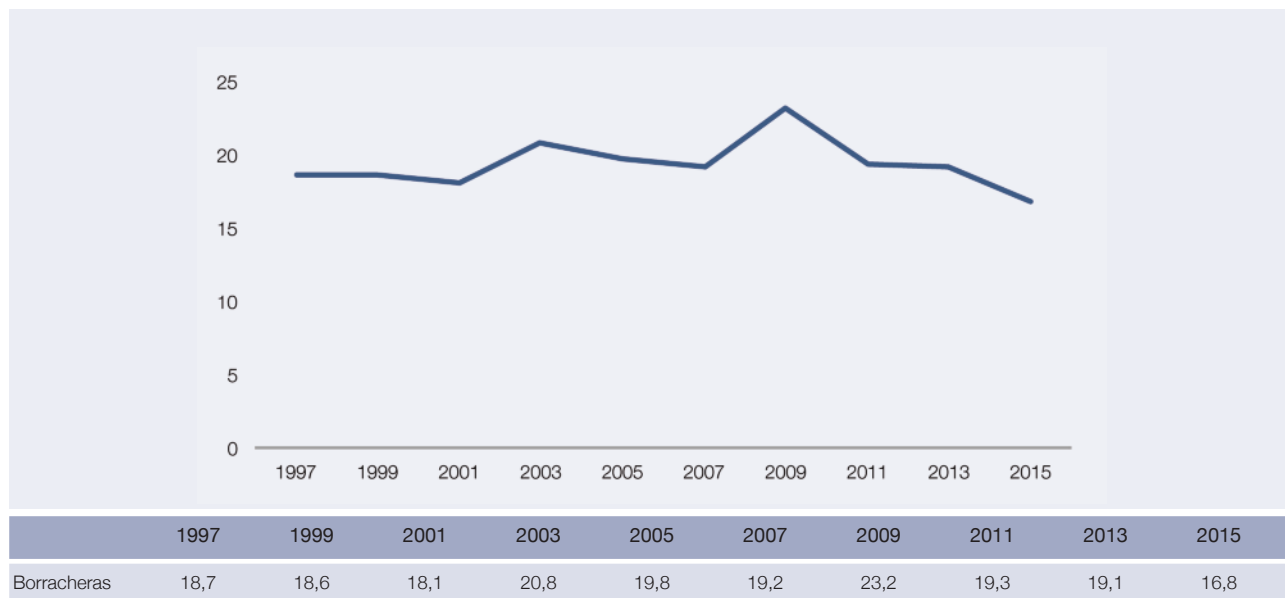
En cuanto al grupo formado por las mujeres jóvenes de 15 a 34 años, el 22,6% afirma haberse emborrachado en el último año, proporción ligeramente inferior a la registrada en el año 2013. Por su parte, el 14,4% de los varones mayores

de 34 años reconoce haberse emborrachado en los últimos 12 meses, y aunque la reducción con respecto al porcentaje observado en 2013 es discreta, el valor en 2015 resulta el más reducido de la serie para este grupo.

Las mujeres mayores de 34 años son el colectivo que registra una menor extensión de borracheras, el 5,4% admite haberse emborrachado en el último año, porcentaje similar al obtenido en 2013.

Figura 1.1.3.

Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

Figura 1.1.4.

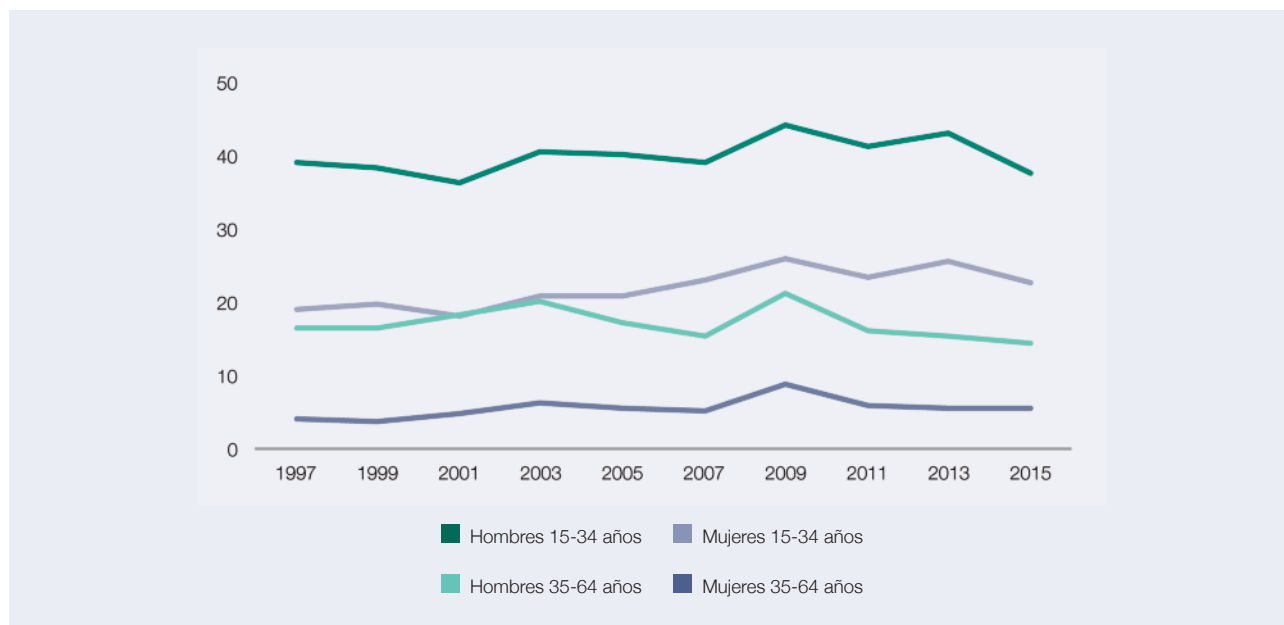
Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Figura 1.1.5.

Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 1997-2015.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Hombres 15-34 años	39,1	38,3	36,3	40,7	40,3	38,9	44,0	41,3	43,2	37,5
Mujeres 15-34 años	19,1	19,6	18,1	21,0	20,9	23,2	25,9	23,5	25,5	22,6
Hombres 35-64 años	16,5	16,6	18,3	20,2	17,1	15,2	21,2	16,2	15,4	14,4
Mujeres 35-64 años	4,1	3,6	4,9	6,3	5,5	5,0	8,8	5,9	5,5	5,4

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

Tabla 1.1.16.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

15-64 años			15-34 años			35-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
16,8	22,3	11,2	30,2	37,5	22,6	10,0	14,4	5,4	35,1	41,3	28,5	26,5	34,6	18,3	14,8	21,3	8,0	9,1	13,8	4,8	4,5	6,0	2,9

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Respecto a la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días, el 6,5% de la población de 15 a 64 años sufrió una intoxicación etílica aguda en dicho periodo. Este porcentaje apenas difiere del registrado en 2013 (7%).

Los jóvenes de 15 a 24 años son los que registran una mayor prevalencia, de modo que el 18,2% de los chicos y el 11,5% de las chicas de esa edad reconocen haber experimentado un estado de embriaguez en el último mes. El porcentaje disminuye a medida que aumenta la edad de los segmentos, encontrando en todos ellos que la prevalencia es superior en el colectivo masculino.

Tabla 1.1.17.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

15-64 años			15-34 años			35-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
6,5	8,8	4,3	14,9	18,2	11,5	9,9	13,1	6,6	4,9	7,2	2,4	3,6	5,5	1,9	2,2	2,8	1,7	12,0	15,3	8,7	3,7	5,4	2,0

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Si se considera específicamente a la población de 15 a 64 años que reconoce haber consumido alcohol en el último mes, se obtiene que 1 de cada 10 se emborrachó en ese mismo periodo.

Asimismo, entre los jóvenes de 15 a 24 años que consumieron alcohol en el último mes, 1 de cada 4 se emborrachó. A medida que la edad aumenta, la prevalencia de las borracheras disminuye progresivamente.

Tabla 1.1.18.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años que ha consumido alcohol en los últimos 30 días, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

15-64 años			15-34 años			35-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
10,6	12,4	8,1	25,4	28,8	21,3	15,7	18,0	12,5	7,8	10,2	4,5	5,6	7,4	3,5	3,9	3,9	3,8	19,7	22,3	16,3	6,0	7,5	3,9

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Con respecto al tipo de bebidas consumidas por aquellos que se emborracharon en los últimos 30 días, se observa que la extensión del vino adquiere importancia a medida que se incrementa la edad, de modo que 2 de cada 3 personas de 55 a 64 años que se emborracharon en el último mes consumieron vino en este periodo.

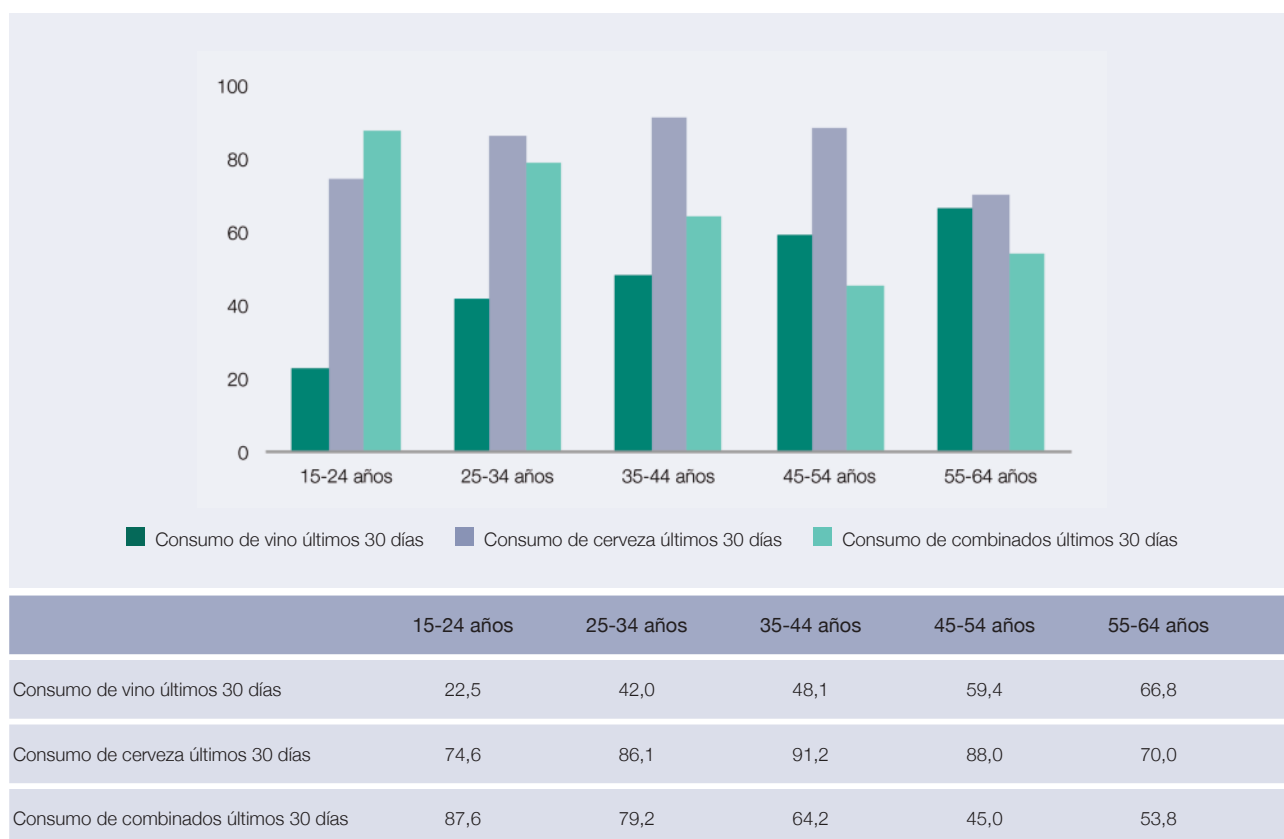
La prevalencia de los **combinados/cubatas** disminuye progresivamente conforme aumenta la edad de aquellos que se emborracharon en los últimos 30 días, si bien repunta en el colectivo de 55 a 64 años.

La mayor extensión de su consumo se encontraría entre los jóvenes de 15 a 24 años que sufrieron una intoxicación etílica aguda en el último mes, donde prácticamente 9 de cada 10 confirman haber consumido este tipo de bebidas de alta graduación durante este periodo.

Entre los jóvenes de 15 a 24 años que se emborracharon en el último mes, el combinado/cubata es el tipo de bebida más prevalente. Sin embargo, para el resto de grupos de edad, la **cerveza** es la bebida más extendida.

Figura 1.1.6.

Prevalencia de consumo de vino, cerveza y combinados en los últimos 30 días entre los que se han emborrachado en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Por otro lado, las personas que se emborracharon en el último mes registran una menor percepción de riesgo ante el consumo de alcohol. En este grupo, 2 de cada 10 piensan que tomar 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede producir muchos o bastantes problemas, una proporción que entre aquellos que no sufrieron una intoxicación etílica aguda asciende al 47,5%.

Del mismo modo, la percepción de riesgo sobre el consumo diario de alcohol está menos extendida entre la población que se emborrachó en los 30 días previos a la realización de la encuesta, pues el 21,9% de ellos no advierte un peligro en beber diariamente 5 o 6 cañas/copas cada día, mientras que este porcentaje disminuye hasta el 9,1% en el grupo que no se emborrachó en el último mes.

Tabla 1.1.19.

Riesgo percibido ante el consumo de alcohol (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según se haya emborrachado en los últimos 30 días o no. España, 2015.

	Se ha emborrachado en los últimos 30 días	No se ha emborrachado en los últimos 30 días
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	19,0	47,5
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	78,1	90,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

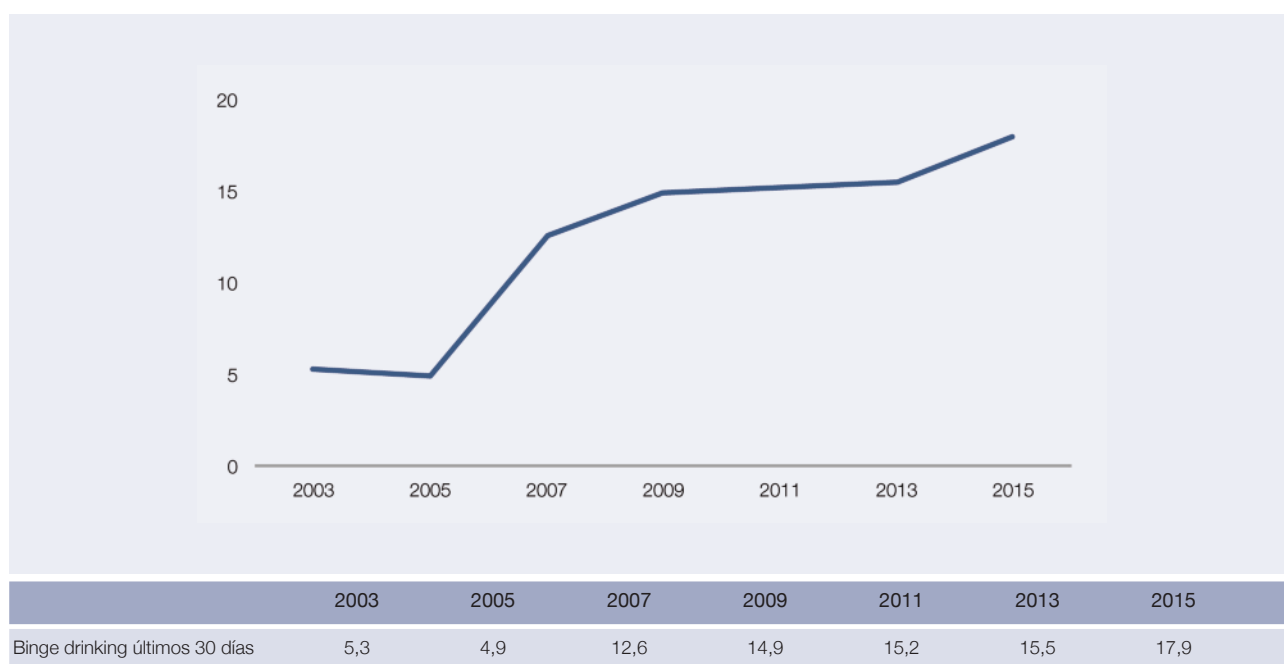
Binge drinking (consumo de alcohol en atracón)

Se considera *binge drinking* el consumo de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o de 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas. La encuesta EDADES mide el *binge drinking* en el tramo temporal del último mes.

El *binge drinking* ha aumentado su prevalencia a lo largo de la serie histórica y alcanza el 17,9% en 2015. Es un porcentaje ligeramente superior al registrado en 2013 y más elevado que los valores obtenidos al inicio de la serie histórica. Asimismo, casi triplica el porcentaje de consumidores que reconocen haberse emborrachado en el mismo tramo temporal (30 días).

Figura 1.1.7.

Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en atracón o *binge drinking* en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2003-2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2003-2015).

El grupo de 20 a 24 años es el que registra una mayor prevalencia de *binge drinking*. La mayor reducción del indicador se produce entre el grupo de 25 a 29 años y el de 30 a 34 años.

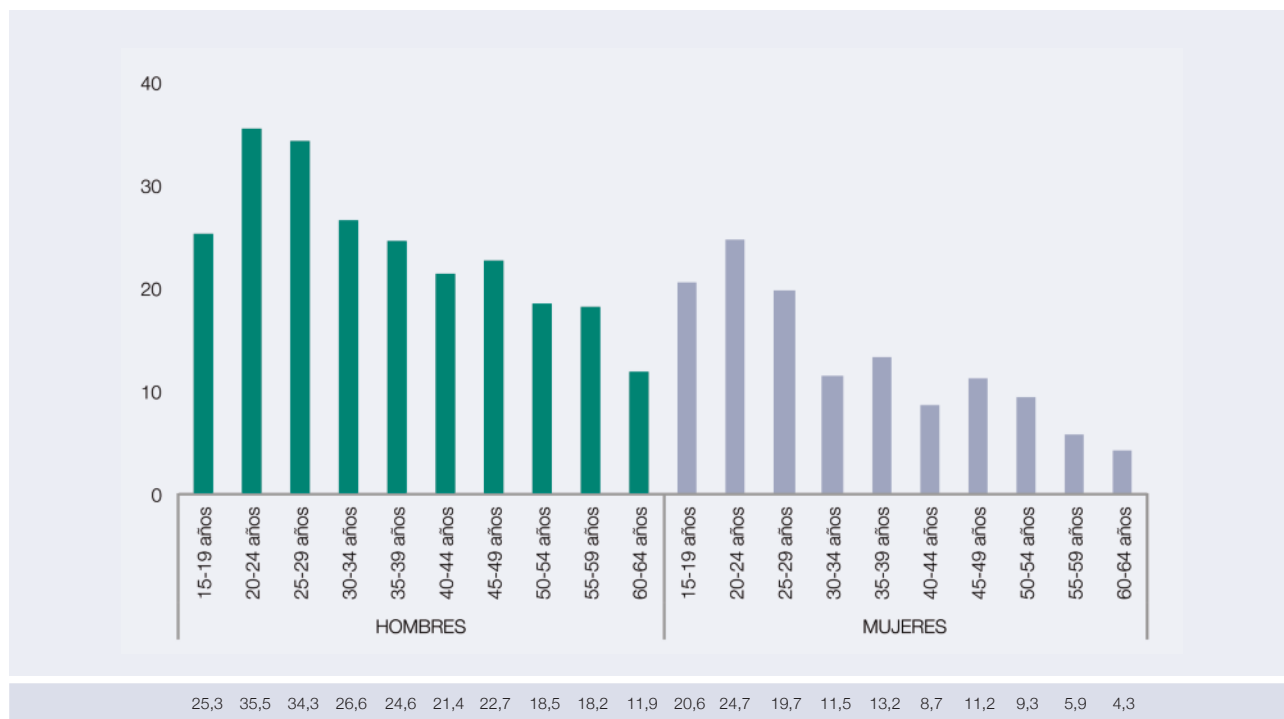
Si bien este patrón de consumo se encuentra más extendido en el grupo masculino, la mayor diferencia con respecto al colectivo femenino se observa en el grupo de 30 a 34 años (el 26,6% de los hombres hizo *binge drinking* en los últimos 30 días frente al 11,5% de las mujeres).

Entre los hombres de 40 a 60 años, la prevalencia del *binge drinking* oscila entre el 18% y el 23%, superando notablemente los registros obtenidos entre las mujeres de este grupo de edad.

Entre aquellos que hicieron *binge drinking* en los últimos 30 días, la prevalencia del consumo de **vino** en el mismo periodo aumenta con la edad. En el caso de la **cerveza**, su prevalencia se hace máxima entre los individuos de 35 a 54 años (9 de cada 10 consumieron cerveza en el último mes). El consumo de **combinados o cubatas** registra la mayor extensión entre los jóvenes de 15 a 24 años que hicieron *binge drinking* (84,5%).

Figura 1.1.8.

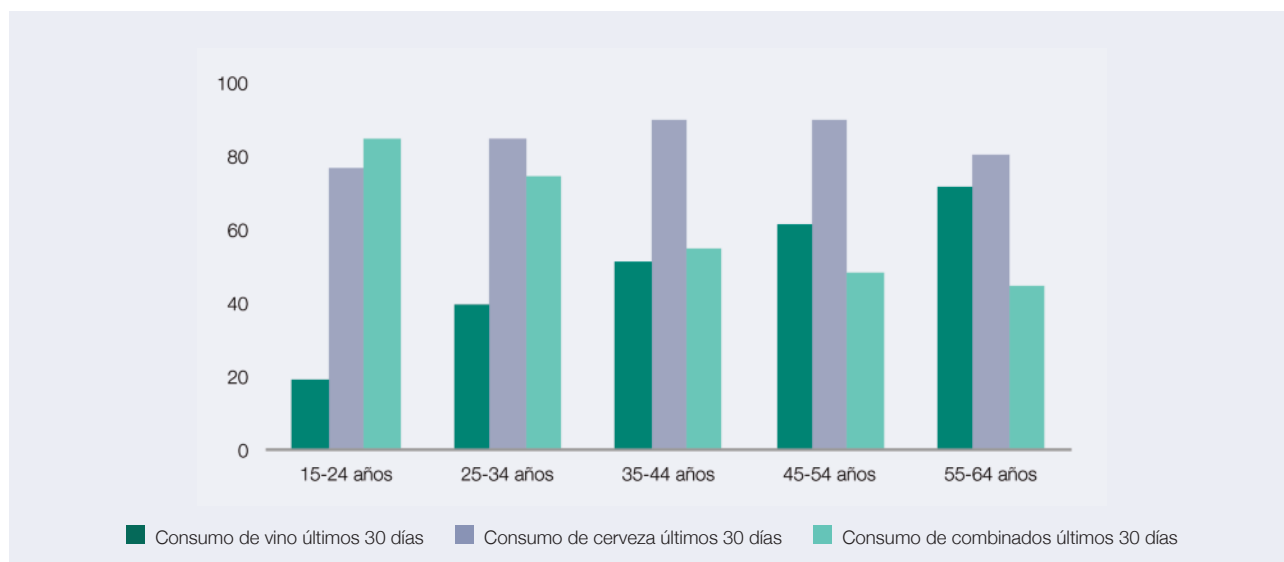
Prevalencia de consumo de atracón de alcohol (binge drinking) en los últimos 30 días, según sexo y edad en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Figura 1.1.9.

Prevalencia de consumo de vino, cerveza y combinados en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según edad (porcentajes). España, 2015.



	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Consumo de vino últimos 30 días	19,3	39,2	51,5	61,6	71,3
Consumo de cerveza últimos 30 días	76,5	84,4	89,6	89,8	80,2
Consumo de combinados últimos 30 días	84,5	74,7	55,1	48,5	44,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Además, se observa que, entre las personas que hicieron *binge drinking* en el último mes, la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol es menor que en el resto.

En relación al consumo de 5 o 6 cañas/copas en fin de semana, 2 de cada 10 personas que hicieron *binge drinking* opinan que este consumo puede producir problemas, mientras que entre los que no hicieron *binge drinking*, aproximadamente la mitad de los individuos advierte un riesgo.

La percepción de riesgo asociada al consumo diario de 5-6 cañas/copas también se encuentra menos extendida entre los que hicieron *binge drinking* en el último mes (76,9% frente al 92,9% de los que no lo hicieron).

Tabla 1.1.20.

Riesgo percibido ante el consumo de alcohol (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según haya hecho *binge drinking* en los últimos 30 días o no. España, 2015.

	Ha hecho <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días	No ha hecho <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	20,8	51,2
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	76,9	92,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Botellón

Un 9,4% de la población entre 15 y 64 años afirma haber hecho botellón en los últimos 12 meses; por sexo podemos observar que es mayor el porcentaje de hombres que el de mujeres que afirman realizar esta práctica (11% y 7,7% respectivamente).

La extensión del botellón está relacionada con la edad de la población. En los últimos 12 meses, entre los 15 y los 24 años la prevalencia se sitúa en el 42,1%, si bien en los hombres la proporción asciende al 46,2%.

Prácticamente la totalidad de los individuos que han realizado botellón han consumido alcohol en él. Las personas de 15 a 18 años que han realizado botellón en el último año representan el 39,6%, mientras que aquellos que hicieron botellón y bebieron alcohol en el mismo suponen el 37%.

En el grupo de 25 a 34 años la popularidad del botellón disminuye, aunque todavía el 12,5% admite esta práctica. En este caso, el porcentaje registrado entre los hombres prácticamente duplica el de las mujeres.

Tabla 1.1.21.

Prevalencia del botellón y del consumo de alcohol en botellones, en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			15-18 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Hacer botellón	42,1	46,2	37,8	12,5	16,2	8,8	2,1	3,0	1,2	0,9	0,8	1,0	0,5	0,5	0,6	39,6	41,7	37,3
Hacer botellón y beber alcohol	40,0	43,9	35,9	11,9	15,6	8,1	1,9	2,7	1,1	0,8	0,8	0,8	0,4	0,4	0,5	37,0	38,3	35,6

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Al igual que ocurre para las intoxicaciones y el *binge drinking*, se observa que la percepción de riesgo asociada al consumo de alcohol se encuentra menos extendida entre la población que ha hecho botellón en el último año.

En el grupo de 15 a 24 años, donde la prevalencia del botellón es más elevada, tan sólo el 27,8% de aquellos que hicieron botellón piensan que beber 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede conllevar problemas. Sin embargo, entre los jóvenes de ese grupo que no hicieron botellón, la cifra alcanza el 55,7%.

La percepción de riesgo del consumo diario de alcohol (5 o 6 cañas/copas cada día) también se encuentra más extendida en el grupo que no hizo botellón en el último año. El 13,7% de las personas que hicieron botellón en el último año no advierte un peligro ante el consumo de 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas cada día, mientras que esta cifra se reduce al 6,4% entre los que no realizaron botellón en el último año.

Tabla 1.1.22.

Riesgo percibido ante el consumo de alcohol (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según haya hecho botellón en el último año o no (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años		15-24 años	
	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	26,7	47,6	27,8	55,7
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	84,2	90,6	86,3	93,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Por otro lado, se ha contemplado la prevalencia del policonsumo en función de que las personas hayan hecho o no botellón en el último año. El policonsumo hace referencia al consumo de dos o más sustancias psicoactivas en un mismo periodo de tiempo y los resultados corroboran que el policonsumo es más prevalente en el grupo que hizo botellón en los últimos 12 meses.

Cuando el análisis se centra en la población de entre 15 y 24 años, se obtiene que la mayoría de los que hicieron botellón consumieron al menos dos sustancias diferentes en los 12 meses previos a la realización de la encuesta (55,9%), mientras que entre los jóvenes que no realizaron botellón la prevalencia del policonsumo disminuye al 28,8%. La diferencia también es notoria para la prevalencia del consumo de 3 o más sustancias diferentes en el último año, pues si entre los que hicieron botellón se sitúa en el 28,1%, en el grupo que no ha hecho botellón la cifra obtenida es tres veces menor (9,8%).

Tabla 1.1.23.

Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas* en los últimos 12 meses entre la población según haya hecho botellón en el último año o no (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años		15-24 años	
	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año	Ha hecho botellón en el último año	No ha hecho botellón en el último año
Ningún consumo	1,2	15,3	1,1	30,5
Una sustancia	40,5	44,5	43,0	40,7
Dos sustancias	28,0	30,5	27,8	19,0
Tres sustancias	20,9	7,8	21,6	8,0
Cuatro sustancias	4,9	1,3	3,2	1,0
Cinco o más sustancias	4,5	0,5	3,3	0,8

* Alcohol, tabaco, hipnosedantes con o sin receta, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Tabaco

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más extendida entre la población de 15 a 64 años en España, registrándose que el 72,5% ha fumado tabaco alguna vez en su vida. Esta prevalencia apenas ha cambiado con respecto al año 2013 y continúa por encima del 70% tal y como comenzó a observarse desde 2009. El primer consumo de tabaco se produce a los 16,4 años por término medio, sin que a lo largo de la serie se hayan contemplado cambios notables en este sentido.

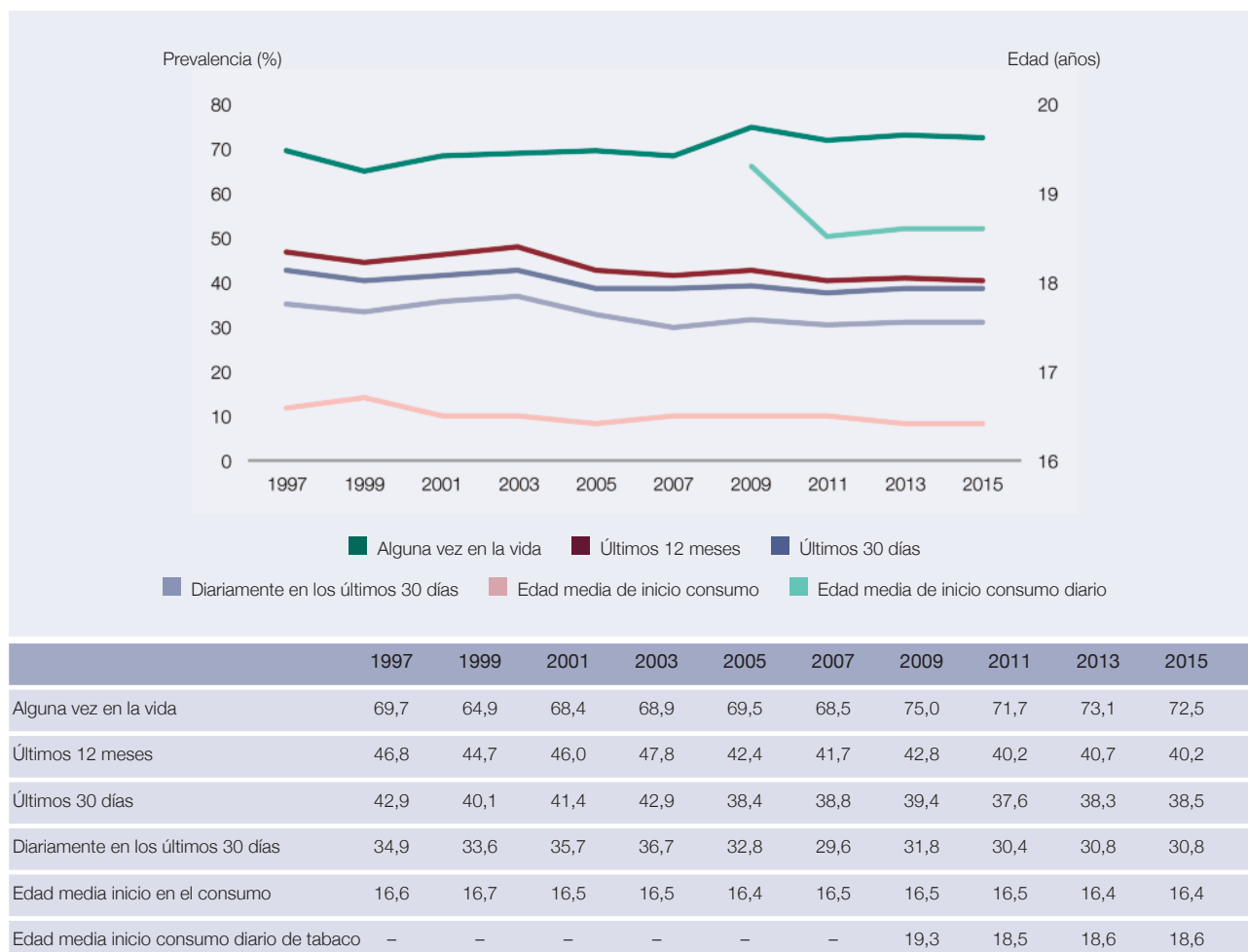
Por su parte, 4 de cada 10 individuos reconocen haber fumado tabaco en el último año, proporción que se mantiene estable con respecto a las dos encuestas anteriores (2011 y 2013).

En relación al tramo temporal de los últimos 30 días, también encontramos cierta estabilización de la prevalencia con respecto al año 2013, obteniendo en 2015 que el 38,5% admite haber fumado en el último mes. La extensión del consumo en la última década se ha mantenido próxima al 40% (entre el 37,6% y el 39,4%).

Respecto a la prevalencia del consumo diario de tabaco, en España 3 de cada 10 individuos fuman cada día (30,8%), valor que se ha mantenido estable entre 2011 y 2015. La proporción de personas que fuma diariamente alcanzó los niveles más elevados en 2001 y 2003, cuando el indicador alcanzó el 35,7% y el 36,7%, respectivamente. Por término medio, el consumo diario comienza antes de cumplir los 19 años, sin haberse producido cambios desde 2011.

Figura 1.1.10.

Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

La encuesta incluye un indicador que pretende medir la incidencia de consumo de determinadas sustancias, es decir, el porcentaje de población que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla en un periodo concreto (últimos 12 meses).

Así, se estima que 244.000 personas iniciaron su consumo de tabaco en los últimos 12 meses (incidencia del tabaco) siendo semejante en hombres y mujeres (alrededor de 122.000). Como cabría esperar, la mayor incidencia del tabaco se encuentra en los segmentos jóvenes de la población, situándose en 150.000 personas en el tramo de edad de 15 a 24 años.

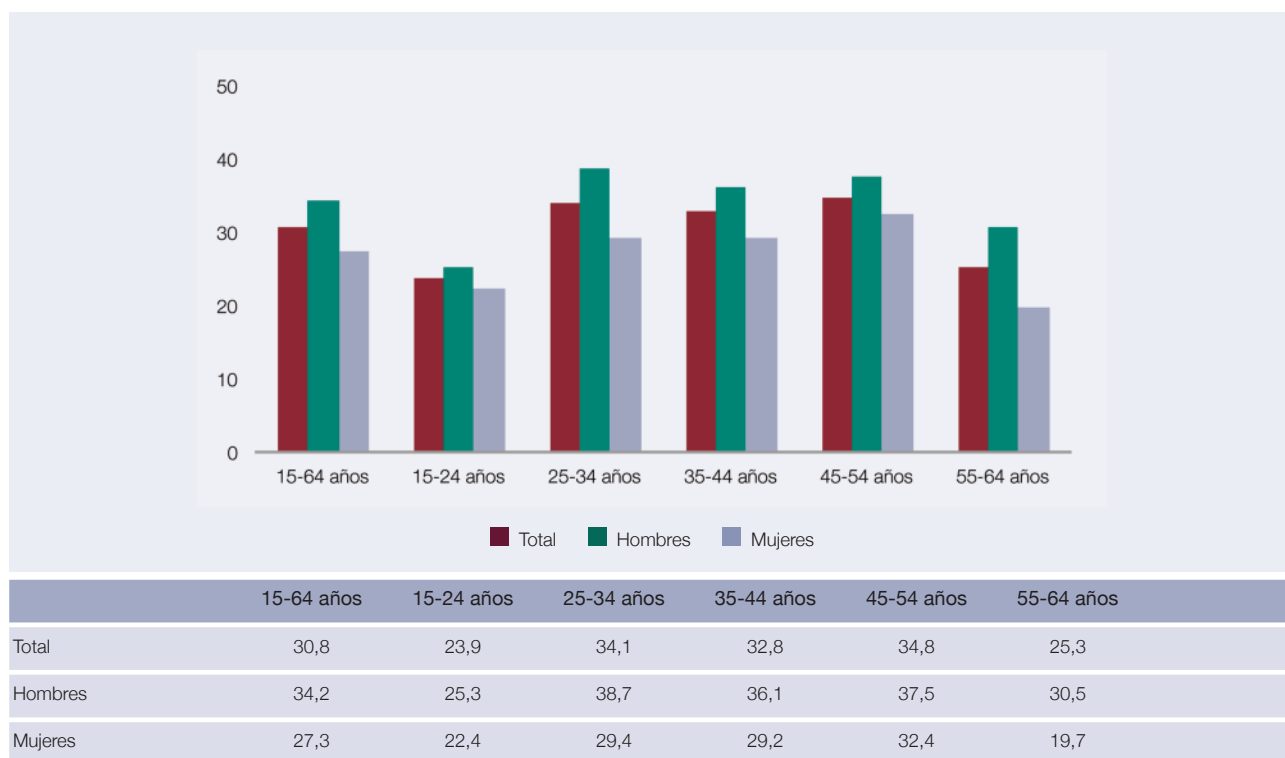
La prevalencia del consumo diario de tabaco es más elevada en hombres, cualquiera que sea el intervalo de edad considerado. La menor diferencia entre sexos se encuentra entre la población de 15 a 24 años, en la que aproximadamente 1 de cada 4 fuman cada día (el 25,3% de los hombres y el 22,4% de las mujeres).

El mayor aumento de la proporción de fumadores diarios se produce entre el grupo de 15 a 24 años y el de 25 a 34 años (del 25,3% al 38,7% entre los hombres y del 22,4% al 29,4% entre las mujeres).

En los grupos de mayor edad, la prevalencia de consumo diario desciende, más notablemente entre las mujeres (del 32,4% en el grupo de 45 a 54 años al 19,7% en el de 55 a 64 años).

Figura 1.1.11.

Prevalencia de consumo de tabaco diario en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

En cuanto a la evolución histórica del consumo diario de tabaco, se aprecia un importante descenso de la prevalencia entre los menores de 35 años con respecto a las cifras que se registraban a finales de los años noventa y principios de la década de los años 2000.

Entre los años 1997 y 2005 la proporción de hombres fumadores menores de 35 años llegó a alcanzar el 40%, mientras que en 2013 fue del 33,0% y en 2015 del 32,9%, mostrando una consolidación de la reducción del consumo.

En el caso de las mujeres jóvenes de 15 a 34 años, en 2015 se registra la menor prevalencia de la serie histórica (26,5%). La tendencia descendente se inició en 2003, cuando la prevalencia era 10,3 puntos superior.

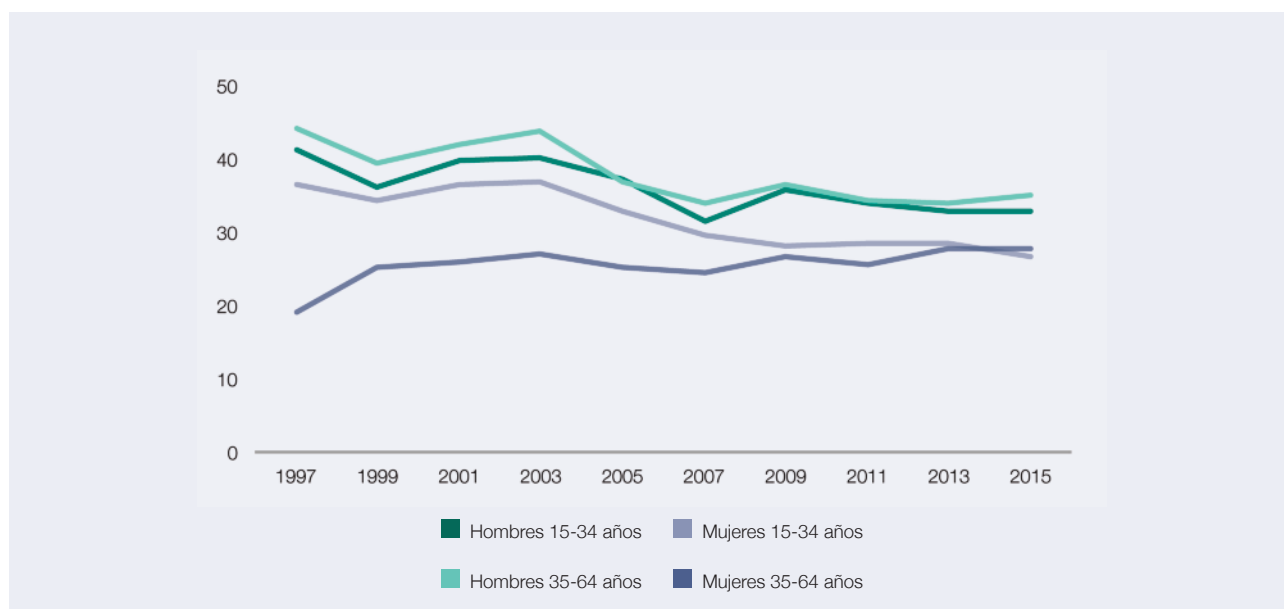
En cuanto a las personas mayores de 34 años, la evolución de la prevalencia del consumo diario de tabaco ha sido diferente entre hombres y mujeres. En la última década, el porcentaje de hombres que fuman a diario ha oscilado entre el 34% y el 37%, situándose en 2015 en el 35%.

Sin embargo, entre las mujeres de 35 a 64 años, el consumo diario de tabaco no presenta la misma tendencia descendente, sino que la prevalencia ha ido aumentando paulatinamente hasta superar, por primera vez en 2015, las cifras correspondientes al grupo de mujeres menores de 35 años.

En relación a la cantidad de tabaco consumido, las personas que fumaron tabaco en los últimos 30 días consumieron, por término medio, 12,4 cigarrillos al día (cantidad semejante a la registrada en 2013). Los hombres fumaron, de media, 2 cigarrillos más que las mujeres. La cantidad de cigarrillos consumidos al día aumenta a medida que lo hace la edad (9,5 cigarrillos/día en el grupo de 15 a 24 años frente a 14,3 cigarrillos/día en el de 55 a 64 años).

Figura 1.1.12.

Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 1997-2015.



	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Hombres 15-34 años	41,4	36,3	39,8	40,0	37,1	31,5	35,9	33,9	33,0	32,9
Mujeres 15-34 años	36,5	34,2	36,4	36,8	33,0	29,7	28,0	28,5	28,4	26,5
Hombres 35-64 años	44,0	39,5	41,8	43,7	36,9	33,9	36,4	34,2	33,9	35,0
Mujeres 35-64 años	19,1	25,1	25,9	27,0	25,3	24,4	26,7	25,6	27,8	27,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

La mayoría de fumadores (8 de cada 10) consume tabaco en el formato habitual de cajetilla. En concreto, el 78,4% consume cigarrillos de cajetilla, el 14,7% utiliza tabaco de liar y el 6,9% declara fumar en ambos formatos.

El tabaco de liar registra mayor prevalencia entre los menores de 35 años. De hecho, prácticamente 2 de cada 10 fumadores de esta edad utiliza este formato pero, conforme aumenta la edad, este tipo de consumo se reduce. No obstante, la mayor diferencia en el formato de consumo entre hombres y mujeres fumadores se observa en el grupo de 25 a 34 años (el 78,3% de las fumadoras elige los cigarrillos de cajetilla frente al 68,6% en el caso de los hombres).

Tabla 1.1.24.

Prevalencia de consumo de tabaco durante los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según el tipo de formato de consumo que ha utilizado para fumar, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Cigarrillos de cajetilla	78,4	76,8	80,4	67,9	66,3	69,8	72,8	68,6	78,3	78,8	79,2	78,3	83,3	81,0	85,6	86,2	85,8	86,8
Tabaco de liar	14,7	15,4	13,9	19,3	18,7	20,0	18,6	20,8	15,6	15,0	14,5	15,7	11,8	13,2	10,3	9,8	10,1	9,5
Los 2 tipos	6,9	7,8	5,7	12,8	15,0	10,2	8,7	10,6	6,1	6,2	6,3	5,9	4,9	5,7	4,1	4,0	4,1	3,7

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Respecto a la percepción del riesgo del consumo de tabaco, el 85,8% de los que fuman tabaco diariamente opina que consumir un paquete de cigarrillos cada día puede conllevar problemas; sin embargo, la percepción de riesgo aumenta en la población que no fuma a diario, entre los que el 94% advierte un riesgo.

Cigarrillos electrónicos

El 6,8% de la población ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida (el 7,3% de los hombres y el 6,3% de las mujeres). El grupo de edad que registra una mayor prevalencia es el de los jóvenes de 25 a 34 años (8,5%), si bien entre los hombres de esta edad alcanza el 9,7%.

La prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos se encuentra notablemente más extendida entre las personas que han fumado tabaco. Así, el 9,1% de aquellos que han fumado tabaco alguna vez también han probado los cigarrillos electrónicos, mientras que sólo lo ha hecho el 0,5% de la población que nunca ha fumado. El 15% de aquellos que consumieron tabaco en el último año o en el último mes han utilizado alguna vez cigarrillos electrónicos.

Figura 1.1.13.

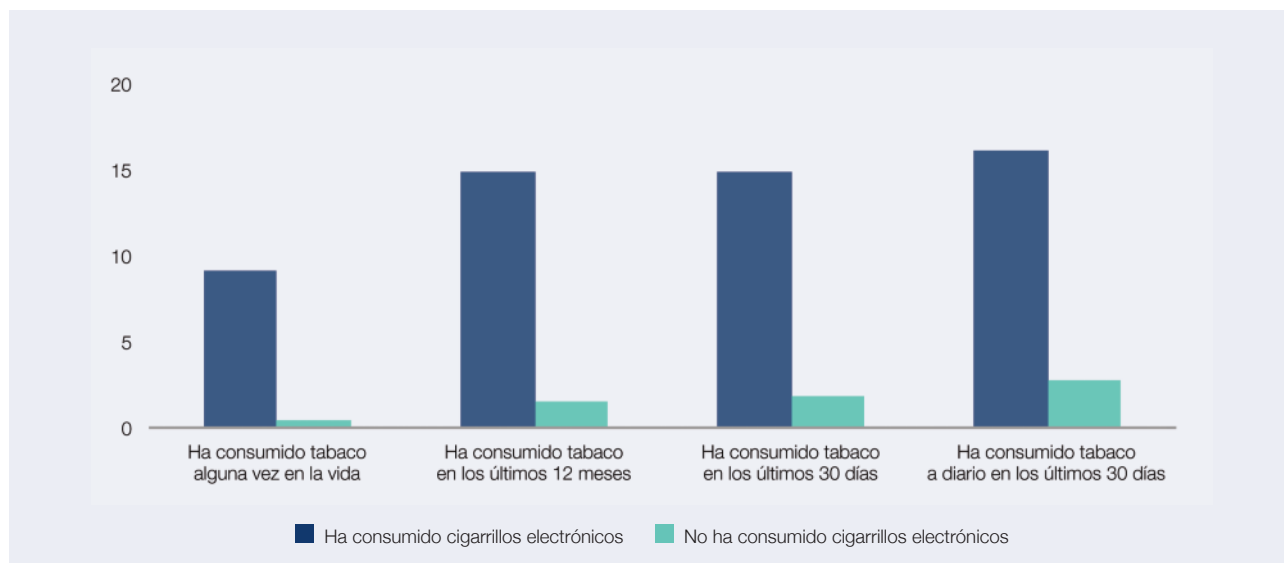
Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Figura 1.1.14.

Prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, entre la población de 15-64 años según hayan consumido tabaco o no (porcentajes). España, 2015.



	Ha consumido cigarrillos electrónicos	No ha consumido cigarrillos electrónicos
Ha consumido tabaco alguna vez en la vida	9,1	0,5
Ha consumido tabaco en los últimos 12 meses	14,8	1,5
Ha consumido tabaco en los últimos 30 días	14,9	1,8
Ha consumido tabaco a diario en los últimos 30 días	16,1	2,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Por otro lado, según si los dispositivos utilizados contuvieron o no nicotina, se obtiene que de cada 10 consumidores de cigarrillos electrónicos, 6 fumaron con un cartucho o líquido con nicotina, 2 con el recambio sin nicotina y 2 consumieron de los dos tipos.

El consumo de cigarrillos electrónicos sin nicotina es más prevalente en el segmento de edad más joven (15 a 24 años), donde 1 de cada 4 consumidores de estos dispositivos fumó con un cartucho sin nicotina. En este segmento, la extensión de los cartuchos o líquidos con nicotina es ligeramente superior entre los hombres.

Tabla 1.1.25.

Consumo de cigarrillos electrónicos con y/o sin nicotina en la población de 15-64 años que ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	Total			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos con nicotina	60,8	60,9	60,6	55,4	57,0	53,2	60,7	60,8	60,5	62,0	62,8	61,1	60,1	57,2	62,7
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos sin nicotina	20,3	19,4	21,3	25,9	24,5	27,9	19,6	17,9	21,9	17,8	17,9	17,6	21,5	23,7	19,5
Los 2 tipos	19,0	19,7	18,1	18,7	18,5	18,9	19,7	21,3	17,6	20,3	19,3	21,3	18,4	19,1	17,8

T = total; H = hombres; M = mujeres.

Nota: se excluye de la base el segmento de 55 a 64 años por presentar una base reducida

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Se ha explorado también el uso de cartuchos con y/o sin nicotina en función de que se haya consumido tabaco o no (en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días). La proporción de los que usan cartuchos con nicotina entre los que han fumado y han utilizado cigarrillos electrónicos alguna vez es mayor que la que se registra entre los que no consumieron tabaco durante los periodos utilizados como referencia. En este último grupo, la proporción que usa cartuchos sin nicotina y la combinación de los dos tipos de cartuchos (con o sin nicotina) es mayor.

Tabla 1.1.26.

Consumo de cigarrillos electrónicos con y/o sin nicotina en la población de 15-64 años que ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez según se haya consumido tabaco en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días (porcentajes). España, 2015.

	Consumo de tabaco en los últimos 12 meses		Consumo de tabaco en los últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos con nicotina	64,7	35,3	64,8	39,7
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos sin nicotina	17,8	37,2	17,4	35,7
Los 2 tipos	17,6	27,5	17,8	24,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Por último, en cuanto al consumo de cigarrillos electrónicos y el consumo de cannabis, la proporción de los que consumen cigarrillos electrónicos apenas varía con respecto a los resultados obtenidos entre los fumadores de tabaco: el 15,9% de las personas que han consumido cannabis en el último año o en el último mes ha utilizado cigarrillos electrónicos alguna vez. Asimismo, se observa que los cartuchos con nicotina tienen mayor prevalencia entre los consumidores de cannabis que entre aquellos que no han consumido esta sustancia.

Tabla 1.1.27.

Consumo de cigarrillos electrónicos con y/o sin nicotina en la población de 15-64 años que ha consumido cigarrillos electrónicos alguna vez, según se haya consumido cannabis en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días (porcentajes). España, 2015.

	Consumo de cannabis en los últimos 12 meses		Consumo de cannabis en los últimos 30 días	
	Sí	No	Sí	No
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos con nicotina	65,5	59,7	66,6	59,8
Cartuchos o líquidos para cigarrillos electrónicos sin nicotina	15,3	21,7	12,6	21,9
Los 2 tipos	19,2	18,6	20,7	18,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Hipnosedantes

En el cuestionario de EDADES 2015 se pregunta sobre el consumo de tranquilizantes/sedantes y de somníferos, para facilitar las respuestas se especifica que los primeros son medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad y los segundos, medicamentos para dormir.

Además se detalla el tipo de medicamentos que deben tenerse en cuenta con ejemplos, especificando que se incluyen fármacos tales como: Lexatín, Orfidal, Noctamid, Trankimazin, Rohipnol, Tranxilium, diacepam, Valium, Stilnox, Zolpi-

dem, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc. Y que no se incluyen, por ejemplo, valeriana, pasiflora, dormidina o melatonina.

A continuación se presentan de manera diferenciada los resultados para hipnosedantes con o sin receta médica y los hipnosedantes sin receta médica. Según se especifica en el cuestionario, se considera que se han consumido hipnosedantes sin receta en las siguientes situaciones: “el médico se lo ha recetado a otra persona de la familia y usted los toma de vez en cuando”, “el médico se lo recetó a usted en alguna ocasión pero lo ha seguido tomando sin control por su médico” o “los ha conseguido por otros medios distintos a la receta médica”. Los hipnosedantes sin receta se encuentran incluidos en la categoría de hipnosedantes con o sin receta, por lo que mostrarán siempre prevalencias inferiores a estos últimos.

Es preciso señalar que los consumos de hipnosedantes se registran desde el año 2005, por lo que la serie histórica es más corta que para el resto de sustancias psicoactivas analizadas en la encuesta EDADES.

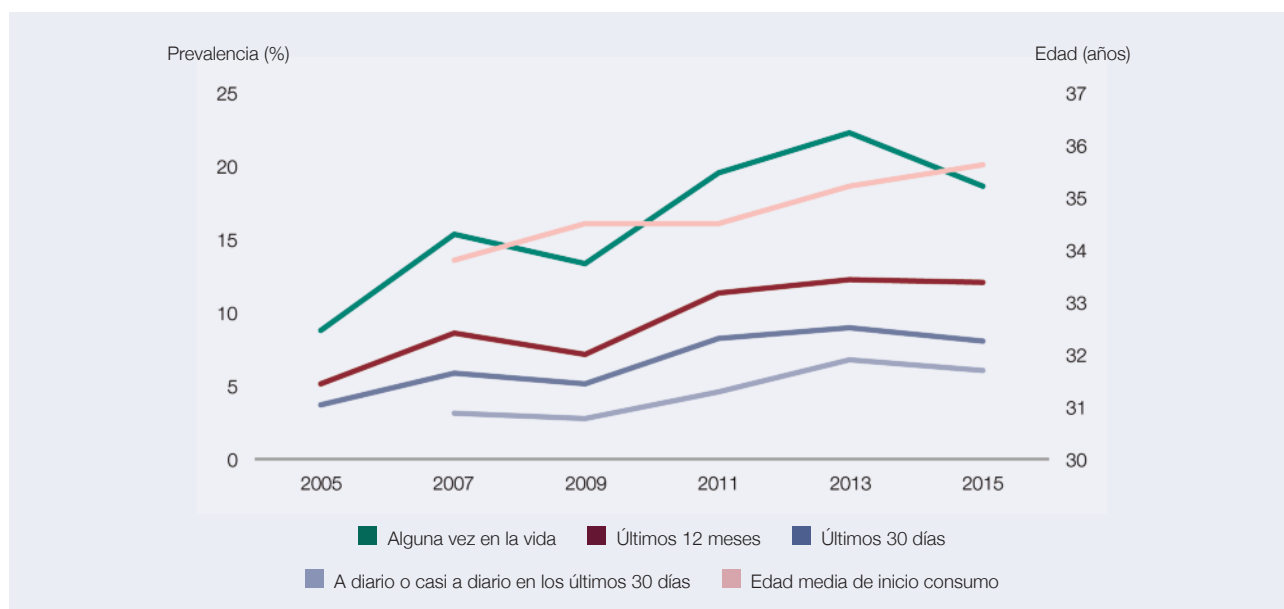
Por último destacar que se incluye un apartado sobre consumo problemático de hipnosedantes ya que en EDADES 2015 se ha introducido por primera vez un bloque de preguntas específicas sobre este tipo de consumo.

Hipnosedantes con o sin receta

Desde el año 2009, el consumo de hipnosedantes mostró una tendencia ascendente hasta 2013, año en el que se registró la mayor prevalencia de la serie cuando el 22,2% de la población declaraba que había tomado tranquilizantes o somníferos alguna vez en la vida. En 2015, la tendencia se ha frenado presentando una prevalencia del 18,7%. No obstante, comparando este resultado con el obtenido diez años atrás, se observa que la extensión del consumo en 2015 resulta 10 puntos porcentuales mayor.

Figura 1.1.15.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005-2015.



	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Alguna vez en la vida	8,7	15,4	13,4	19,5	22,2	18,7
Últimos 12 meses	5,1	8,6	7,1	11,4	12,2	12,0
Últimos 30 días	3,7	5,9	5,2	8,3	8,9	8,1
A diario o casi a diario en los últimos 30 días	–	3,1	2,7	4,6	6,8	6,0
Edad media de inicio en el consumo	–	33,8	34,5	34,5	35,2	35,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2005-2015).

Los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas que empiezan a consumirse a mayor edad. Por término medio, el primer consumo se produce a los 35,6 años.

El consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses experimentó el mayor crecimiento entre los años 2009 y 2011 cuando la prevalencia ascendió del 7,1% al 11,4%. En 2015, el 12% de la población confirma un consumo, lo que representa una estabilización del indicador con respecto a 2013 (12,2%).

Por su parte, las personas que han tomado hipnosedantes en los últimos 30 días representan el 8,1% de la población, observando que la mayoría de ellos realiza una ingesta diaria o casi diaria, de más de 20 días en un mes, lo que sitúa la prevalencia del consumo diario en el 6% de la población. Si se compara este valor con el primero de la serie en 2007, se percibe que la extensión de este patrón de consumo se ha duplicado en este tiempo.

Frente a las encuestas de 2011 y 2013, que mostraban un crecimiento de los indicadores en los últimos 30 días y en el consumo diario, en 2015 la tendencia se frena con un leve descenso de las prevalencias.

La encuesta incluye un indicador que pretende medir la incidencia de consumo de determinadas sustancias, es decir, el porcentaje de población que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla en un periodo concreto (últimos 12 meses).

Así, aproximadamente 544.000 personas iniciaron su consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses, siendo la incidencia mayor en las mujeres que en los hombres (178.000 y 366.000 personas, respectivamente). En términos de edad, la mayor incidencia se encuentra en el segmento de 45 a 54 años (149.000 personas aproximadamente).

El consumo de hipnosedantes se encuentra más extendido entre las mujeres; prácticamente, 1 de cada 4 ha tomado sustancias de este tipo alguna vez en su vida (23,9%).

La prevalencia de consumo de este tipo de sustancias adquiere importancia en el grupo de 35 a 64 años, de forma que el 22,8% de las personas de esa edad ha tomado hipnosedantes al menos una vez (30% entre las mujeres).

En relación a los últimos 30 días, el 14,3% de las mujeres de 35 a 64 años tomó hipnosedantes, lo que aproximadamente dobla la prevalencia entre los hombres. Asimismo, 1 de cada 10 mujeres de 35 a 64 años consume hipnosedantes diariamente, proporción que también dobla la relativa al grupo masculino.

En el grupo de 15 a 34 años, el 10,8% consumió hipnosedantes alguna vez (el 8,6% de los hombres y el 13% de las mujeres) y el 6,3% lo hizo en los últimos 12 meses.

Tabla 1.1.28.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en la población de 15-64 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez	18,7	13,6	23,9	10,8	8,6	13,0	22,8	16,2	29,4
Último año	12,0	8,3	15,8	6,3	4,8	7,9	15,0	10,1	19,9
Último mes	8,1	5,4	10,8	3,3	2,5	4,1	10,6	6,9	14,3
A diario	6,0	4,0	8,1	1,9	1,3	2,5	8,1	5,3	10,9

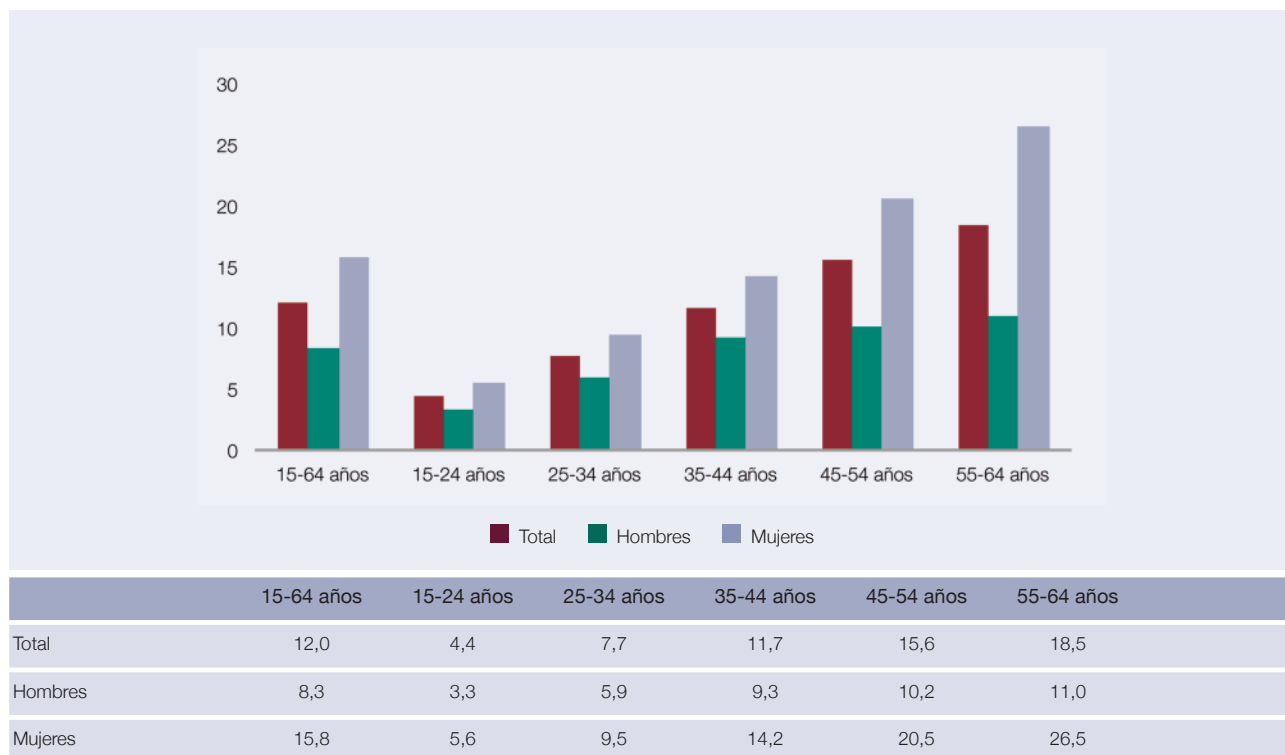
T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

En los últimos 12 meses, el consumo de hipnosedantes aumenta su extensión conforme se incrementa la edad de la población. Entre las mujeres, la prevalencia experimenta importantes crecimientos a medida que aumenta la edad, siendo más pronunciados en los grupos de mayor edad. Si entre las mujeres de 35 a 44 años el 14,2% confirma algún consumo de hipnosedantes en el último año, en el grupo de 45 a 54 años 2 de cada 10 mujeres realizaron este consumo, y en el de mayor edad (55-64 años), 1 de cada 4.

Figura 1.1.16.

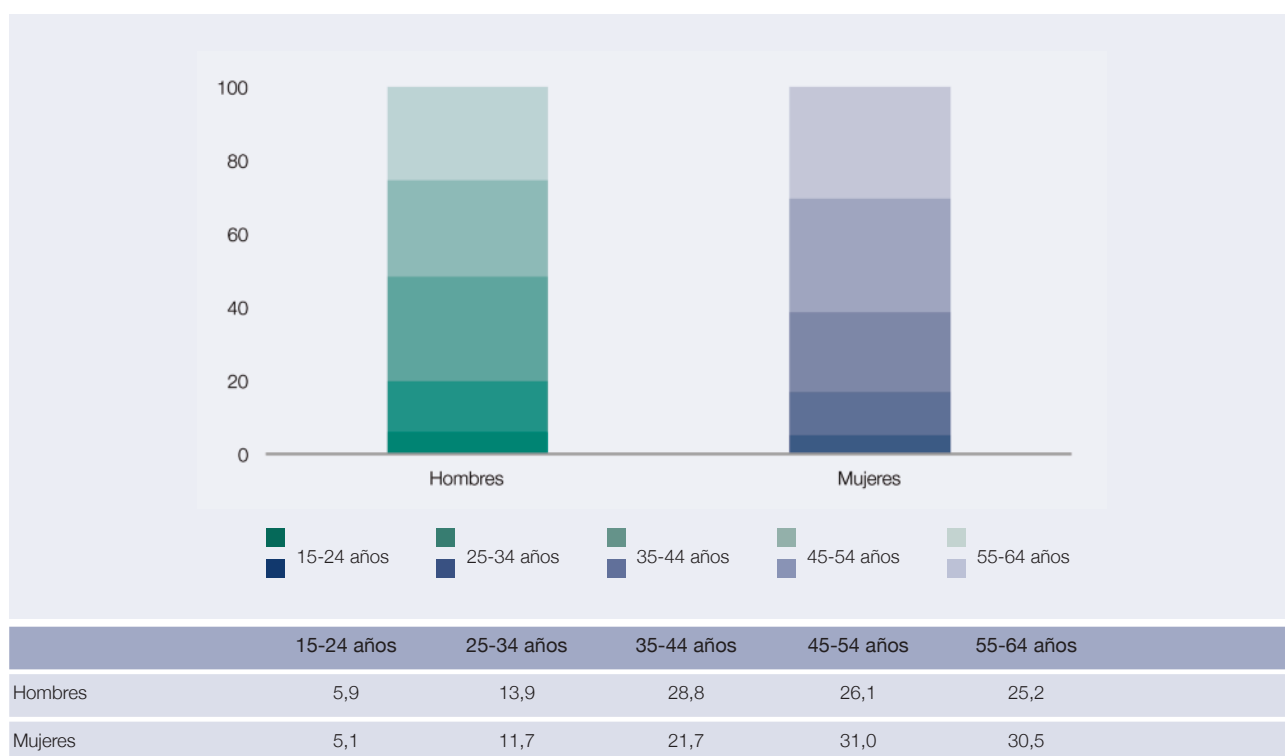
Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Figura 1.1.17.

Distribución por edad de la población de 15-64 años que ha consumido hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses, según sexo (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

La distribución de los consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses permite identificar algunas diferencias entre hombres y mujeres: el 28,8% de los hombres tiene entre 35 y 44 años mientras que, entre las mujeres, este grupo de edad representa el 21,7%.

La mayoría de las mujeres que han consumido tiene más de 44 años (6 de cada 10 son mujeres de entre 45 y 64 años), lo que representa un perfil de mayor edad que el observado para el caso de los hombres.

En los últimos 30 días, el consumo también se encuentra más extendido en los grupos de mayor edad. Entre las mujeres, el mayor crecimiento de la prevalencia se produce entre el grupo de 45 a 54 años y el de 55 a 64 años (incremento de 7 puntos porcentuales, del 14,4% al 21,4%). Entre los varones, la mayor prevalencia también se encuentra en el grupo de mayor edad, aunque es notablemente inferior a la de las mujeres: por cada hombre de 55 a 64 años que ha consumido hipnosedantes en el último mes se registran 2,6 mujeres.

Figura 1.1.18.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

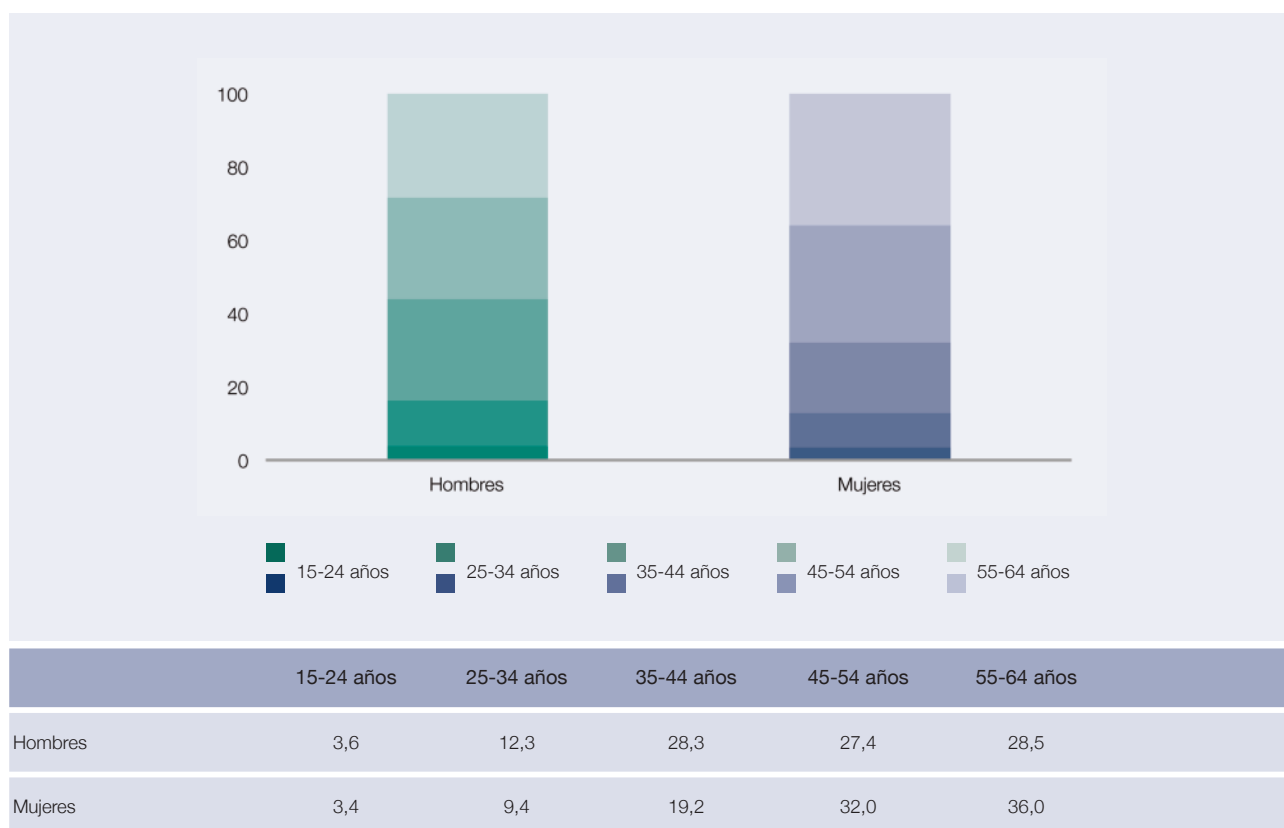
En relación a la población que ha consumido hipnosedantes en los últimos 30 días, se ha analizado también cuál es su distribución por edad según se trate del segmento masculino o femenino.

El perfil de las mujeres que han consumido hipnosedantes es de mayor edad que el de los hombres. El 36% de las mujeres que han realizado un consumo tiene más de 54 años, mientras que este grupo de edad representa el 28,5% de los hombres consumidores.

Asimismo, destaca que si el 28,3% de los hombres que han tomado hipnosedantes tienen entre 35 y 44 años, entre las mujeres este segmento supone el 19,2%.

Figura 1.1.19.

Distribución por edad de la población de 15-64 años que ha consumido hipnosedantes con o sin receta en los últimos 30 días, según sexo (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES 2015).

Hipnosedantes sin receta

El 4,1% de la población admite que en alguna ocasión ha tomado hipnosedantes sin prescripción médica, situándose la edad media del primer consumo de estas características en 32,5 años.

En los últimos 12 meses el 2,3% de la población ha consumido hipnosedantes sin receta; este porcentaje resulta ligeramente más elevado que los obtenidos en las últimas ediciones de la encuesta.

Por su parte, la prevalencia del consumo de hipnosedantes sin prescripción médica no alcanza el 1% En el tramo temporal de los últimos 30 días.

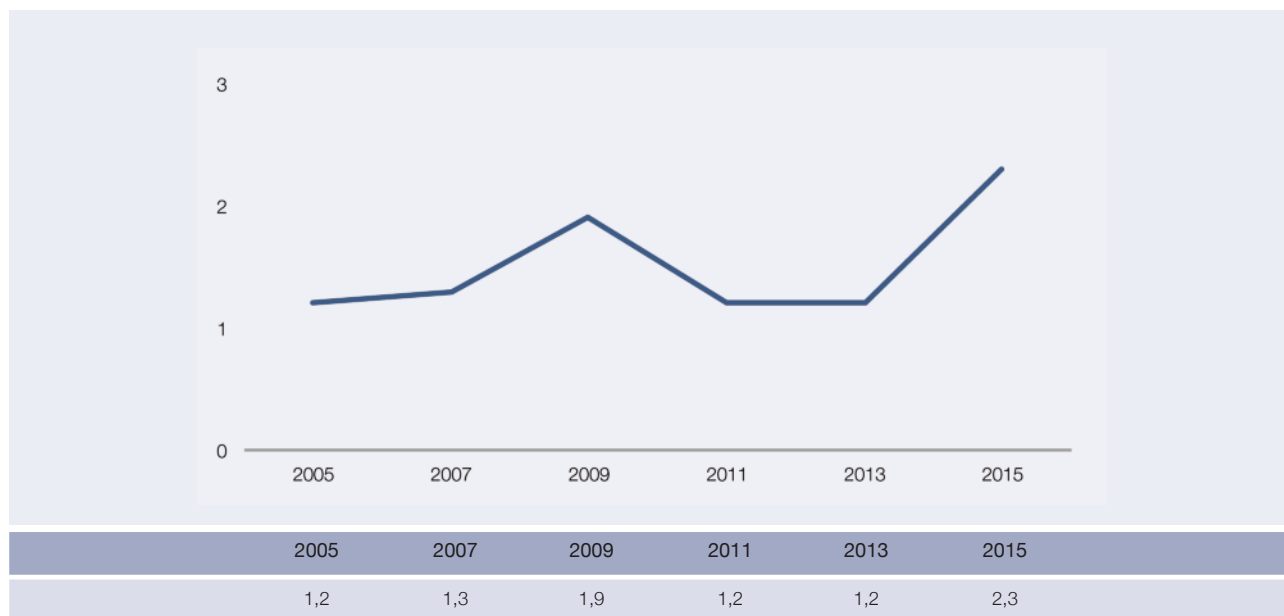
El consumo de hipnosedantes sin receta médica es también más prevalente en las mujeres. Entre aquellas que tienen de 25 a 44 años, la proporción que ha consumido en los últimos 12 meses se sitúa entre el 2% y el 3%; sin embargo, entre las mujeres que tienen más de 44 años, la prevalencia se aproxima al 4%.

Entre los hombres, los porcentajes de consumo más elevados se registran en los grupos de 35 a 44 años (2%) y de 55 a 64 años (2,2%).

Por otro lado, la encuesta EADADES 2015 consulta también sobre la percepción que tiene la población sobre su propio estado de salud. En este sentido, la proporción de los que tienen una percepción negativa sobre su salud es mayor entre los que han consumido hipnosedantes sin receta en el último año que entre los que no registran este consumo: entre los primeros, el 65,1% manifiesta contar con una salud buena o muy buena, mientras que este porcentaje aumenta hasta el 86,2% entre los que no han consumido hipnosedantes sin receta.

Figura 1.1.20.

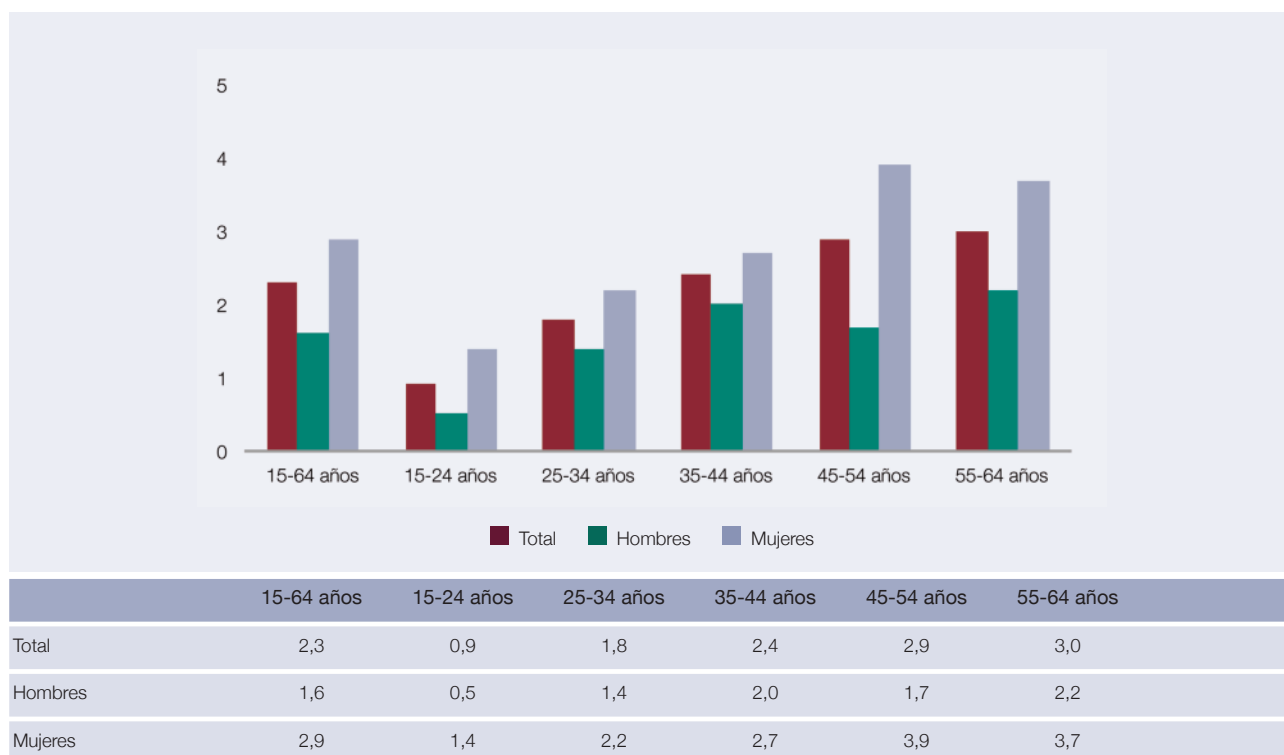
Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2005-2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2005-2015).

Figura 1.1.21.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Además, se ha analizado en qué medida las personas que han consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 12 meses han realizado policonsumo, es decir, el porcentaje que ha consumido al menos dos sustancias diferentes en ese mismo periodo.

La gran mayoría (82,5%) de las personas que han tomado hipnosedantes sin prescripción médica en el último año han realizado policonsumo en ese periodo, prevalencia que supera sustancialmente la registrada entre aquellas personas que no han consumido hipnosedantes sin receta. El patrón más frecuente es el consumo de dos sustancias diferentes en el último año (38,6%). Aquellos que consumieron tres sustancias distintas representan el 28,6% de los consumidores de hipnosedantes sin receta, mientras que el 15,3% admite un consumo de cuatro o más sustancias diferentes, siendo en ambos casos prevalencias que superaran las registradas por los individuos que no han consumido hipnosedantes sin receta.

Tabla 1.1.29.

Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas* en los últimos 12 meses entre la población de 15 a 64 años según haya consumido hipnosedantes sin receta o no en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2015.

	Ha consumido hipnosedantes sin receta	No ha consumido hipnosedantes sin receta
Ningún consumo	0,0	14,6
Una sustancia	17,5	44,7
Dos sustancias	38,6	30,0
Tres sustancias	28,6	8,5
Cuatro sustancias	7,3	1,5
Cinco o más sustancias	8,0	0,7

* Alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Consumo problemático de hipnosedantes

En la encuesta EDADES 2015 se ha incluido por primera vez un bloque de preguntas dirigidas a los consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses, con el fin de identificar aquellos casos que presentan un posible consumo problemático de este tipo de sustancias.

A las personas que consumieron hipnosedantes en el último año se les presentaron un total de 12 situaciones diferentes relacionadas con el consumo de este tipo de sustancias, debiendo responder, para cada situación, si les había ocurrido o no en los últimos 12 meses (2.008 personas respondieron la escala). Los consumidores que reconocen haber experimentado al menos dos de las situaciones propuestas, son clasificados como posibles consumidores problemáticos (DSM-V ≥ 2). Las situaciones que se plantearon son las siguientes:

- ¿Ha consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos en mayor cantidad o durante más tiempo del que tenía previsto?
- ¿Ha deseado o ha intentado en varias ocasiones dejar de consumir o controlar el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos y no lo ha conseguido?
- ¿Ha invertido mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tranquilizantes, sedantes o somníferos, para consumirlos o para recuperarse de sus efectos?
- ¿Ha sentido, en ocasiones, un poderoso deseo o necesidad de consumir tranquilizantes, sedantes o somníferos?
- ¿Ha incumplido sus deberes fundamentales en el trabajo, en el instituto/universidad o en el hogar por el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos (faltar frecuentemente al trabajo, tener malas notas, desatender el hogar o a los niños...)?
- ¿Ha seguido consumiendo a pesar de tener problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal causados o empeorados por los efectos del consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos?
- ¿Ha abandonado o reducido sus actividades sociales, profesionales o de ocio debido al consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos?

- ¿Ha consumido, de manera recurrente, tranquilizantes, sedantes o somníferos en situaciones en las que es físicamente peligroso (conducir un coche bajo sus efectos...)?
- ¿Ha seguido consumiendo tranquilizantes, sedantes o somníferos a pesar de saber que sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o empeorado por ese consumo?
- ¿Ha necesitado cantidades cada vez mayores de tranquilizantes, sedantes o somníferos para conseguir el efecto deseado o ha notado un menor efecto tras consumir, continuamente, la misma cantidad?
- Tras un tiempo de consumo prolongado de tranquilizantes, sedantes o somníferos, al abandonar o reducir su consumo, señale Sí si ha sentido 2 o más de los siguientes síntomas y le han producido malestar, problemas sociales, laborales o familiares (siempre que estos síntomas no se deban a otra enfermedad u otra medicación): temblores de manos, alucinaciones, convulsiones, insomnio, agitación, sudores o pulso acelerado, náuseas/vómitos, ansiedad.
- ¿Ha consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos (o alguna sustancia similar como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas antes descritos (temblores de manos, insomnio, náuseas, ansiedad...)?

La prevalencia de un posible consumo problemático¹ de hipnosedantes entre el total de la población española de 15 a 64 años se sitúa en el 2,5% (2% en hombres y 3% en mujeres).

En hombres, la prevalencia de consumo problemático alcanza las cifras más elevadas entre los 45 y los 54 años (3,1%) y desciende a partir de esta edad. Sin embargo, en mujeres la prevalencia aumenta progresivamente con la edad hasta alcanzar el valor más alto en el grupo de 55 a 64 años (4,8%).

Tabla 1.1.30.

Prevalencia del consumo problemático de hipnosedantes (DSM-V ≥ 2) en la población de 15 a 64 años, según edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo problemático de hipnosedantes	2,5	2,0	3,0	0,8	0,7	1,0	1,5	1,2	1,7	2,7	2,6	2,7	3,6	3,1	4,2	3,4	2,1	4,8

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Comparando a los consumidores de hipnosedantes en el último año, según presenten un patrón problemático o no, se observa que entre los primeros, es mayor la prevalencia de las intoxicaciones etílicas agudas y del consumo de tabaco en los últimos 12 meses.

Tabla 1.1.31.

Prevalencia de borracheras y de consumo de tabaco en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años que ha respondido a la escala DSM-V para hipnosedantes, según el resultado sea DSM-V ≥ 2 o < 2 (porcentajes). España, 2015.

	DSM-V ≥ 2 (consumo problemático de hipnosedantes)	DSM-V < 2 (consumo no problemático de hipnosedantes)
Borracheras	18,9	12,2
Tabaco	52,9	46,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

1. A partir de este punto y con el objetivo de facilitar la lectura del texto en lugar de "Posible consumo problemático" se utilizará "Consumo problemático".

Por otro lado, se ha analizado la **percepción de riesgo** de aquellos que registran un consumo problemático de hipnosedantes ante diversos planteamientos relacionados con el consumo de drogas.

Cuando se estudia la percepción de riesgo ante el consumo esporádico de drogas como el éxtasis, la cocaína o la heroína, más del 90% de los consumidores problemáticos de hipnosedantes (DSM-V ≥ 2) advierte peligro, al igual que ocurre para el resto de la población.

Sin embargo, estos mismos consumidores problemáticos de hipnosedantes (DSM-V ≥ 2) registran una menor percepción de riesgo ante el consumo diario de tabaco. En concreto, el 85,8% opina que fumar un paquete de tabaco cada día puede conllevar problemas mientras que para el resto de la población este porcentaje se sitúa por encima del 90%. A este respecto, debe señalarse que existe una mayor proporción de fumadores entre los posibles consumidores problemáticos de hipnosedantes (DSM-V ≥ 2): 4 de cada 10 consumen tabaco a diario (frente a una proporción de 3 de cada 10 en el resto).

En cuanto a la percepción de riesgo ante el consumo diario de hipnosedantes, el 65,7% de los posibles consumidores problemáticos de hipnosedantes (DSM-V ≥ 2) advierte riesgo, porcentaje que se incrementa al 73% entre los consumidores de hipnosedantes con puntuación < 2 en la escala DSM-V. Ambos porcentajes son inferiores al 93,7% que percibe un riesgo en el consumo diario en la población que no ha consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses.

Esto ocurre también con el consumo semanal de hipnosedantes (entre 1 y 3 veces por semana). Casi la mitad (49,5%), de los posibles consumidores problemáticos (DSM-V ≥ 2) considera que este patrón puede conllevar problemas, alcanzando este porcentaje el 53,7% entre los consumidores de hipnosedantes no problemáticos (DSM-V < 2) y el 82% en la población no consumidora. Es evidente, por tanto, que la percepción de riesgo ante el consumo de hipnosedantes varía notablemente entre consumidores y no consumidores.

En relación a la **percepción de disponibilidad**, se observa que para la mitad (48,5%) de los posibles consumidores problemáticos de hipnosedantes (DSM-V ≥ 2) resulta sencillo conseguir sustancias de este tipo sin receta médica, mientras que este porcentaje es menor entre los consumidores no problemáticos de hipnosedantes (32,9%) y en la población general (31,3%).

Tabla 1.1.32.

Riesgo percibido por la población de 15-64 años ante el consumo de sustancias psicoactivas (proporción de personas que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) y percepción de disponibilidad (proporción de personas que piensan que adquirir la sustancia es fácil o muy fácil) según DSM-V ≥ 2 o no (porcentajes). España, 2015.

	DSM-V ≥ 2 (consumo problemático hipnosedantes)	DSM-V < 2 (consumo no problemático hipnosedantes)	No consumidores (15 a 64 años)*
PERCEPCIÓN DE RIESGO			
Fumar un paquete de tabaco diario	85,8	92,2	91,7
Tomarse 5 o 6 cañas/copas en fin de semana	42,9	48,9	45,6
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	89,4	90,7	90,0
Fumar cannabis una vez por semana o más	73,7	79,7	80,0
Tomar hipnosedantes de una a tres veces por semana	49,5	53,7	82,0
Tomar hipnosedantes a diario o casi a diario	65,7	73,0	93,7
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	93,6	95,8	94,5
Consumir cocaína una vez o menos al mes	93,5	95,3	94,6
Consumir heroína una vez o menos al mes	97,8	97,9	97,3
PERCEPCIÓN DE DISPONIBILIDAD			
Tranquilizantes, sedantes o somníferos sin tener receta	48,5	32,9	31,3

* Población de 15 a 64 años que no ha contestado el DSM-V (no consumidores)

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES 2015).

La proporción de personas que opina que goza de buena salud es menor (45,5%) entre aquellos que cumplen criterios de consumo problemático de hipnosedantes (DSM-V ≥ 2) que entre los que, aun siendo consumidores de hipnosedantes, no parecen ser (DSM-V < 2) consumidores problemáticos (66,8%)

Por otra parte, se ha obtenido el perfil de las personas que contestaron la escala sobre consumo problemático de hipnosedantes en función de que se registrara un consumo problemático (DSM-V ≥ 2) o no.

Tabla 1.1.33.

Perfil de la población que ha consumido hipnosedantes en los últimos 12 meses según registren consumo problemático de hipnosedantes DSM-V > 2 o no (porcentajes). España, 2015.

		Consumo problemático DSM-V ≥ 2	Resto DSM-V < 2
SEXO	Hombre	40,8	31,9
	Mujer	59,2	68,1
EDAD	15 a 24 años	4,7	5,3
	25 a 34 años	11,2	12,8
	35 a 44 años	26,5	22,8
	45 a 54 años	32,7	28,5
	55 a 64 años	24,9	30,6
	ESTADO CIVIL	Soltero/a	30,6
	Casado/a	49,9	55,7
	Separado/a - Divorciado/a	13,6	11,9
	Viudo/a	5,9	5,1
CONVIVENCIA	Solo	17,5	11,8
	Cónyuge - pareja	53,1	61,8
	Padre	9,4	8,9
	Madre	17,7	15,5
	Hijos	39,0	49,0
	Hermanos	7,6	7,0
	Abuelos	0,7	0,7
NIVEL DE ESTUDIOS	Sin estudios / estudios primarios	25,3	19,8
	Estudios secundarios	60,5	64,0
	Estudios universitarios	14,2	16,1
SITUACIÓN LABORAL	Trabajando	31,3	41,0
	Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo	3,2	1,9
	Parado que ha trabajado antes	23,3	19,9
	Parado que busca su primer empleo	1,4	0,8
	Jubilado	8,6	8,8
	Incapacitado permanente	13,9	4,6
	Cursando algún estudio	2,6	3,4
	Dedicado principalmente a labores del hogar (actividad no económica)	14,3	18,9
	Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna	1,4	0,9
	CONSUMO DE HIPNOSEDANTES SIN RECETA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS		
	Ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días	11,6	6,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Si bien en ambos segmentos el porcentaje que representan las mujeres es mayor que el de hombres, en el grupo de consumidores problemáticos (DSM-V ≥ 2) la proporción de mujeres es menor que en el grupo de consumidores no problemáticos (DSM-V < 2) (59,2% frente a 68,1%).

El grupo de edad que registra un mayor peso entre los consumidores problemáticos es el de 45 a 54 años (32,7%), mientras que en la población que no cumple criterios de consumo problemático (DSM-V < 2) el mayor porcentaje lo registran las personas de 55 a 64 años (30,6%).

Asimismo, se observa que la proporción de personas que viven solas es superior en el grupo de posibles consumidores problemáticos de hipnosedantes (17,5%). Sin embargo, en este grupo, es menor el porcentaje que declara convivir con sus hijos.

En cuanto al nivel de estudios, el grupo de posibles consumidores problemáticos registra un mayor porcentaje de personas sin estudios o con estudios primarios. Además, en este grupo es menor el porcentaje que confirma estar trabajando, mientras que el peso que tienen aquí las personas paradas e incapacitadas permanentes es superior.

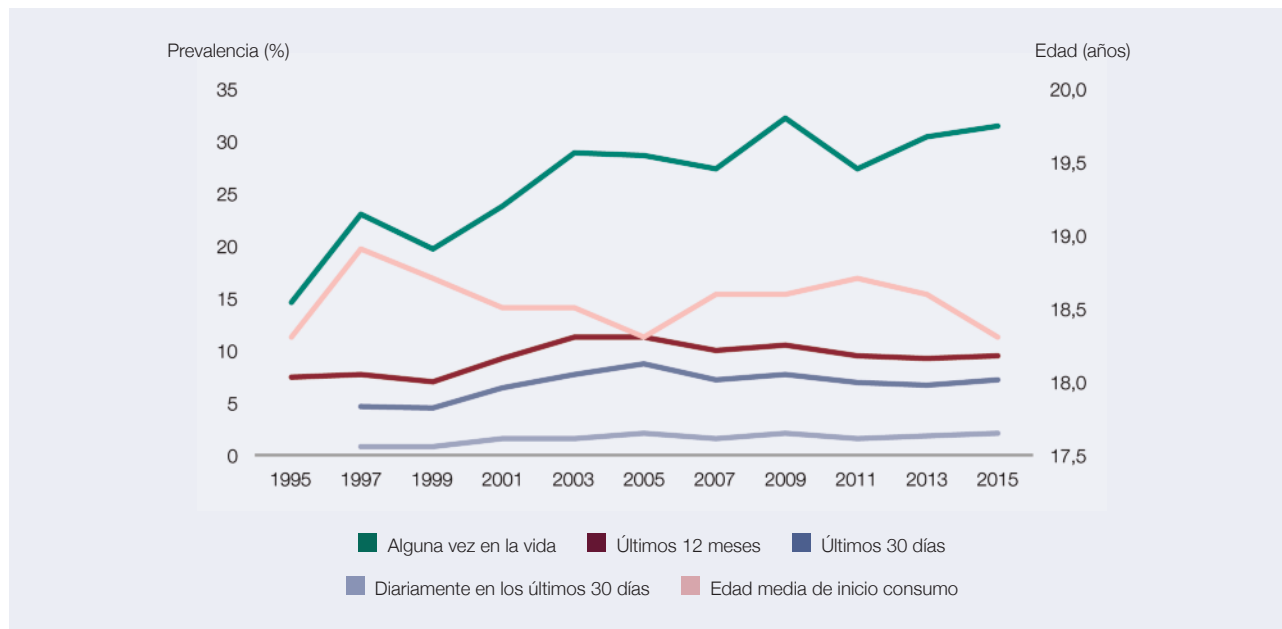
Finalmente, se observa que el consumo de hipnosedantes sin receta está más extendido en el grupo de los posibles consumidores problemáticos.

Cannabis

El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia en España. El 31,5% de los individuos de 15 a 64 años la ha probado alguna vez en la vida y desde 2003 la prevalencia en este tramo temporal se ha situado próxima al 30%.

Figura 1.1.22.

Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis y edad media de inicio en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Alguna vez en la vida	14,5	22,9	19,6	23,8	29	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5
Últimos 12 meses	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5
Últimos 30 días	-	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0	6,6	7,3
Diariamente en los últimos 30 días	-	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,7	2,0	1,7	1,9	2,1
Edad media de inicio consumo	18,3	18,9	18,7	18,5	18,5	18,3	18,6	18,6	18,7	18,6	18,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

Las personas que han consumido cannabis alguna vez sitúan el primer consumo a los 18,3 años de media, promedio que se mantiene a lo largo de la serie histórica entre los 18 y los 19 años, siendo la sustancia ilegal que empieza a consumirse a una edad más temprana.

Prácticamente 1 de cada 10 personas (9,5%) reconoce un consumo de esta sustancia en los últimos 12 meses, mientras que aquellos que admiten un consumo en los últimos 30 días representan el 7,3% de la población.

Los consumidores de cannabis a diario suponen el 2,1% de la población, observando que en la última década esta prevalencia se ha situado próxima al 2%.

La encuesta incluye un indicador que pretende medir la incidencia de consumo de determinadas sustancias, es decir, el porcentaje de población que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla en un periodo concreto (últimos 12 meses).

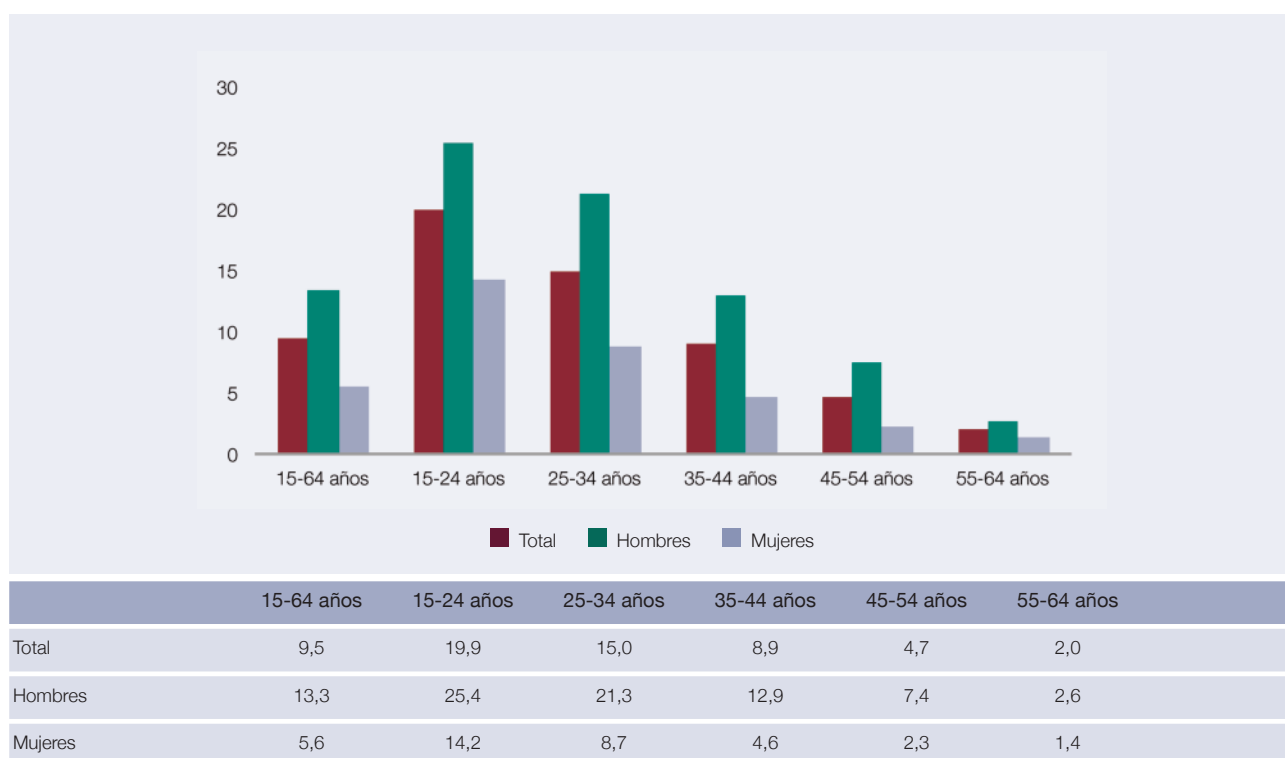
Así, aproximadamente 159.000 personas iniciaron su consumo de cannabis en los últimos 12 meses (incidencia del cannabis) siendo más elevada en hombres (aproximadamente 98.000 individuos) que en mujeres (aproximadamente 61.000). Como cabría esperar, la mayor incidencia del cannabis se encuentra en los segmentos jóvenes de la población, situándose en 123.000 personas aproximadamente en el tramo de edad de 15 a 24 años.

En la población de 15 a 64 años, la prevalencia de consumo de cannabis disminuye a medida que aumenta la edad. En el grupo de 15 a 24 años, 2 de cada 10 consumieron cannabis en los últimos 12 meses (19,9%); esta proporción disminuye en el grupo de 25 a 34 años hasta el 15%, para situarse por debajo del 10% en el grupo de 35 a 44 años y por debajo del 5% a partir de los 44 años.

Respecto al sexo, el consumo se encuentra más extendido entre los chicos. La diferencia es notable en el grupo de 15 a 24 años, ya que si 1 de cada 4 chicos de esta edad admite haber consumido en el último año (25,4%), entre las chicas la prevalencia resulta 11,2 puntos inferior. La diferencia es también importante en el grupo de 25 a 34 años, en el que por cada mujer que ha consumido cannabis se registran 2,4 hombres.

Figura 1.1.23.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

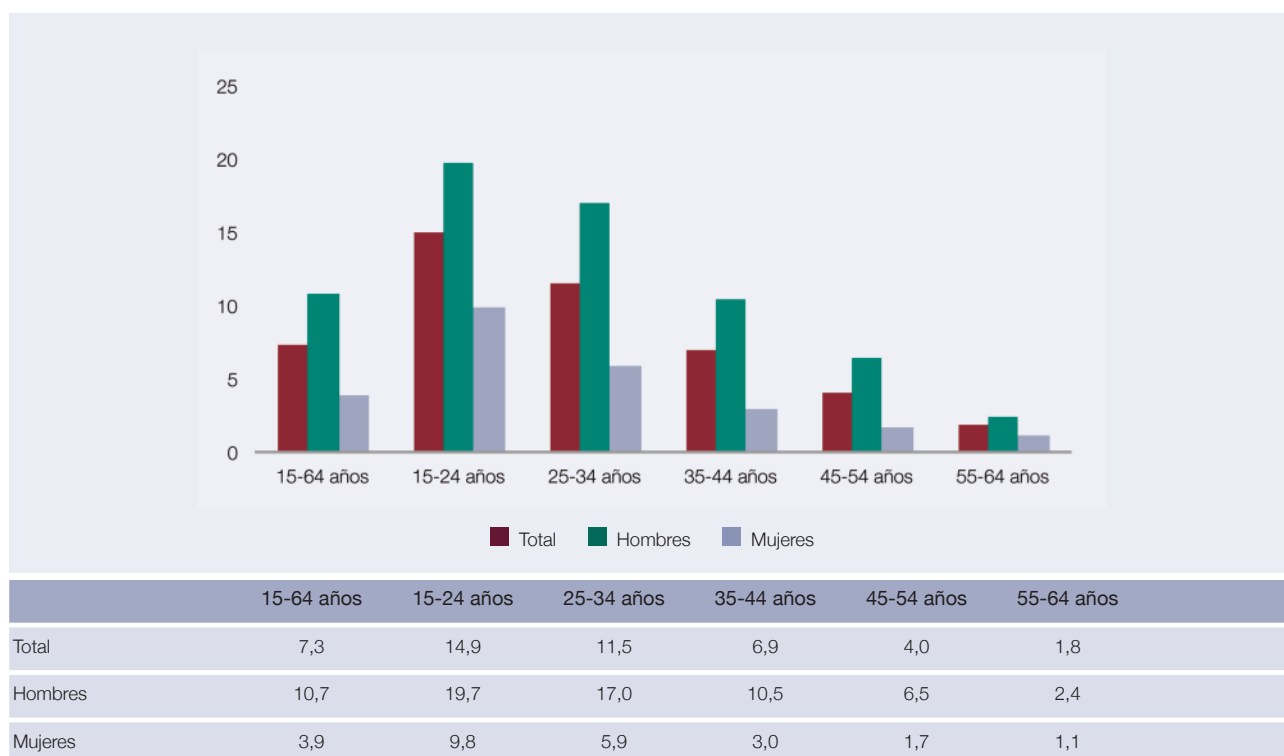
En los últimos 30 días, la prevalencia de consumo de cannabis también se relaciona inversamente con la edad. El grupo de 15 a 24 años es el que registra la mayor prevalencia, si bien se percibe una notable diferencia entre hombres y mujeres: el porcentaje de consumo entre los chicos es el doble del que se registra entre las chicas (2 de cada 10 hombres consumieron cannabis en el último mes frente a 1 de cada 10 mujeres).

Entre los hombres, el grupo de 25 a 34 muestra una prevalencia ligeramente inferior (17%) a la del grupo más joven. La mayor reducción del consumo se produce entre los 25 y 34 años y los 35 a 44 años, cuando la prevalencia desciende al 10,5%.

Entre las mujeres, el porcentaje que ha consumido en los últimos 30 días experimenta la mayor reducción entre el grupo de 15 a 24 años y el de 25 a 34 años. A partir de los 34 años la prevalencia no supera el 3%.

Figura 1.1.24.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Características del consumo de cannabis

Entre los consumidores de cannabis (en los últimos 30 días) la marihuana se encuentra más extendida que el hachís. Aproximadamente, la mitad señala que ha consumido principalmente **marihuana** (52,7%), mientras que el 17% indica que su principal consumo ha sido de hachís. El resto (30,3%) reconoce haber consumido cannabis en los dos formatos.

Aunque la marihuana es la forma de consumo predominante entre los consumidores de ambos sexos, es más evidente entre las mujeres, especialmente en el grupo de 15 a 34 años (63,5% de las consumidoras indica haber consumido principalmente marihuana).

El consumo de cannabis en los dos formatos (**marihuana y hachís**) se encuentra más extendido entre los hombres, y tanto en el grupo de 15 a 34 años como en aquellos de mayor edad, se observa que, aproximadamente, 3 de cada 10 realizan un consumo de ambos.

La gran mayoría de los consumidores (9 de cada 10) fuma **cannabis mezclándolo con tabaco**. Por otro lado, se observa que los chicos consumen de media una mayor cantidad de **porros** que las chicas. El número medio de porros consumidos en un mismo día es de 2,6 porros en hombres y de 2,1 en mujeres.

Mientras que en el grupo de hombres la cantidad media de consumo apenas varía con la edad, en las mujeres el número de porros consumidos al día disminuye con la edad.

Tabla 1.1.34.

Características del consumo de cannabis en la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumo cannabis últimos 30 días									
Principalmente marihuana	52,7	50,5	59,3	55,6	52,6	63,5	48,3	47,5	51,0
Principalmente hachís	17,0	17,7	15,1	15,0	15,9	13,0	20,0	20,3	19,2
De los dos tipos	30,3	31,9	25,7	29,3	31,6	23,6	31,7	32,3	29,7
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días									
Sí	89,5	90,1	87,7	90,7	91,5	88,5	87,6	88,0	85,9
No	10,5	9,9	12,3	9,3	8,5	11,5	12,4	12,0	14,1
Media de porros consumidos al día	2,5	2,6	2,1	2,5	2,5	2,6	2,4	2,5	1,9

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Continuidad en el consumo de cannabis

En cuanto a la continuidad del consumo de cannabis, los resultados apuntan a que de cada 10 personas que consumieron cannabis alguna vez en su vida, 3 consumieron en los últimos 12 meses, proporción que, junto a la obtenida en 2013, representa el valor más discreto de la serie.

Tabla 1.1.35.

Prevalencia y continuidad en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	14,5	22,9	19,6	23,8	29	28,6	27,3	32,1	27,4	30,4	31,5
Prevalencia últimos 12 meses (%) (B)	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6	9,2	9,5
Prevalencia últimos 30 días (%) (C)	–	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,1	7,6	7,0	6,6	7,3
B/A*100 (entre aquellos que han consumido alguna vez en la vida, qué porcentaje registra un consumo en el último año)	51,7	33,6	35,7	38,7	39,0	39,2	37,0	33,0	35,2	30,3	30,0
C/B*100 (entre aquellos que han consumido en el último año, qué porcentaje registra un consumo en el último mes)	–	59,7	64,3	69,6	67,3	77,7	70,3	71,7	73,1	72,2	77,5
C/A*100 (entre aquellos que han consumido alguna vez en la vida, qué porcentaje registra un consumo en el último mes)	–	20,1	23,0	26,9	26,2	30,4	26,0	23,7	25,7	21,8	23,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

Asimismo, la mayoría (77,5%) de los que consumieron en el último año también lo hicieron en el último mes y la cuarta parte de los que han consumido alguna vez registra un consumo en los últimos 30 días (23,3%).

Problemas relacionados con el consumo de cannabis

La encuesta EDADES aborda en qué medida el consumo de sustancias psicoactivas se relaciona con que la población sufra determinados problemas alguna vez en su vida, como por ejemplo, problemas personales (con familiares o amigos), problemas de salud o psicológicos, accidentes de tráfico, problemas laborales o económicos, problemas con la ley, relaciones sexuales de riesgo o la necesidad de acudir a un centro de urgencias.

En general, se observa que este tipo de problemas registra una mayor extensión conforme el consumo de cannabis es más intenso. Si se considera a la población que nunca ha fumado cannabis, la extensión de estos problemas no alcanza el 1%; sin embargo, este porcentaje asciende entre aquellos que consumieron en el último mes, y especialmente entre los que lo hicieron de manera diaria. Entre estos últimos, la proporción de consumidores con problemas aumenta a medida que la cantidad de cannabis (número de porros/día) consumida es mayor.

Entre los que han **consumido cannabis en el último mes pero no diariamente**, el 7,5% reconoce haber tenido problemas familiares, y el 7% reconoce haber tenido incidentes con la policía o con la ley.

Si se considera a la **población que fuma 1 o 2 porros cada día**, el 14,8% admite haber tenido problemas con la familia (relacionados con el consumo de drogas) y el 11,3% que ha tenido algún incidente con la ley.

Si se contempla la **población que reconoce un consumo de más de 2 porros diarios** los problemas derivados del consumo de drogas adquieren relevancia. Aproximadamente, 2 de cada 10 indican haber tenido problemas familiares o con la ley, el 15,8% reconoce que el consumo de drogas le ha provocado tener conflictos con los amigos y 1 de cada 10 reconoce haber tenido problemas psicológicos o psiquiátricos alguna vez. También, 1 de cada 10 admite haber experimentado dificultades económicas a causa del consumo de drogas.

Tabla 1.1.36.

Prevalencia de problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida entre la población de 15-64 años, según el consumo de cannabis en los últimos 30 días (porcentajes). España, 2015.

	No ha fumado cannabis nunca	Fuma cannabis pero no diariamente	De 1 a 2 porros diarios	3 o más porros diarios
Problemas familiares	0,7	7,5	14,8	20,2
Problemas con amigos	0,4	6,1	7,4	15,8
Problemas de salud física	0,5	2,9	6,5	8,5
Problemas psicológicos	0,8	3,8	7,2	9,7
Accidentes de tráfico	0,1	2,6	1,1	6,8
Problemas laborales	0,2	1,7	3,4	4,0
Problemas económicos	0,3	6,0	7,1	10,6
Problemas con la policía o la ley	0,2	7,0	11,3	18,3
Relaciones sexuales que en otras circunstancias no hubiera mantenido	0,1	3,7	1,3	10,3
Relaciones sexuales sin protección	0,1	3,7	3,5	9,7
Necesidad de acudir a un centro de urgencias	0,2	2,3	4,1	7,5

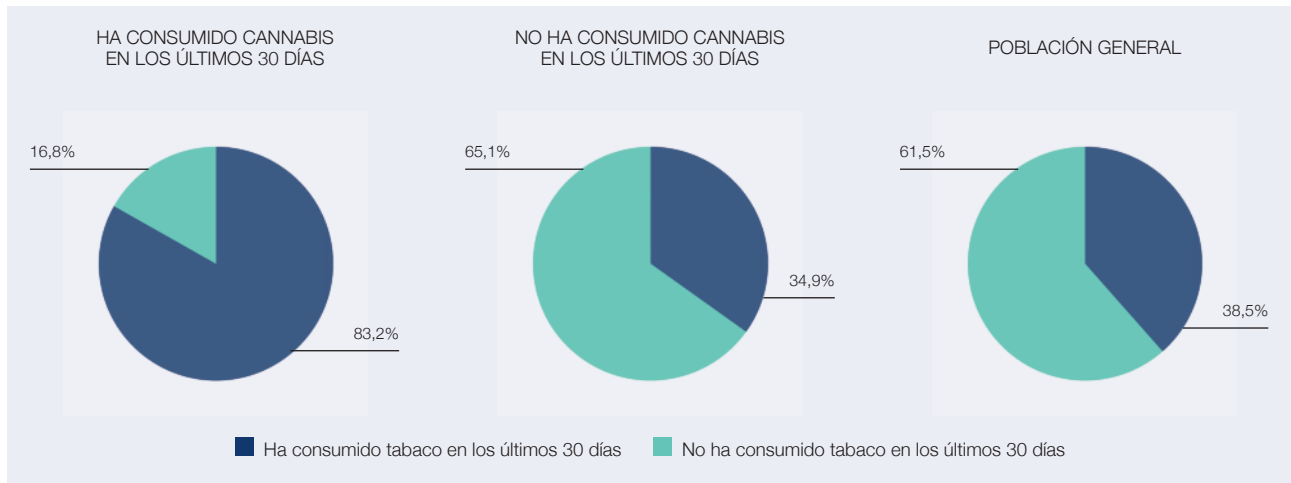
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Consumo de cannabis y tabaco

La prevalencia del consumo de tabaco **entre los consumidores de cannabis** refleja que existe cierta relación entre estas dos sustancias. El 83,2% de las personas que han consumido cannabis en los 30 días previos a la realización de la encuesta reconoce haber consumido tabaco en ese mismo periodo, mientras que cuando se observa el grupo que no ha consumido cannabis en el último mes, la prevalencia se reduce al 34,9%.

Figura 1.1.25.

Prevalencia del consumo de tabaco en los últimos 30 días en función de que se haya consumido cannabis en los últimos 30 días o no y en la población general (porcentaje). España, 2015.

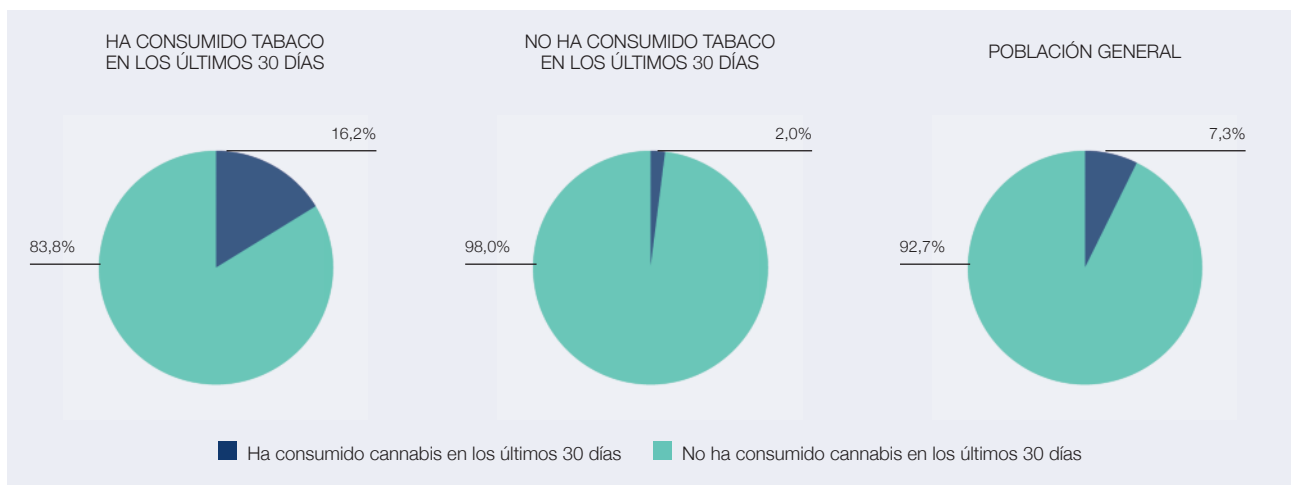


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Por su parte, de manera inversa, entre los consumidores de tabaco en el último mes, el 16,2% reconoce un consumo de cannabis frente al 2% obtenido entre los que no han fumado tabaco en los últimos 30 días.

Figura 1.1.26.

Prevalencia del consumo de cannabis en los últimos 30 días en función de que se haya consumido tabaco en los últimos 30 días o no y en la población general (porcentaje). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

A la vista de los datos, parece necesario reflexionar sobre la posible influencia que el consumo de cannabis podría tener en el desarrollo de la adicción tabáquica, pues en la mayoría de los casos el consumo de cannabis se realiza mezclado

con tabaco. En una proporción considerable de consumidores, el consumo mezclado de las dos sustancias (cannabis y tabaco) no se autopercibe como un consumo de tabaco: el 12,5% de las personas que han consumido cannabis mezclado con tabaco en los últimos 30 días no reconoce haber realizado un consumo de tabaco en ese periodo.

Consumo problemático de cannabis (CAST)

La mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales. Sin embargo, en una considerable proporción de casos, el patrón de consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer efectos sobre la propia salud, desarrollar dependencia, obtener peor rendimiento académico o laboral, etc.²

Es necesario disponer de herramientas que permitan identificar el uso problemático de cannabis. Con este fin, y en el seno de un proyecto de colaboración con el EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías), se han venido incluyendo, desde 2006, una serie de escalas en las sucesivas ediciones de la encuesta ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias), destinadas a evaluar el consumo problemático de cannabis.

Después de evaluar la utilidad y adecuación de diferentes escalas, se optó por utilizar la escala CAST - Cannabis Abuse Screening Test (Legleye et al. 2007)³, que fue la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos con respecto al resto de escalas evaluadas. Esta escala se ha introducido en las encuestas ESTUDES 2006, 2008, 2010, 2012 y 2014, lo que ha permitido establecer una tendencia temporal.

En 2013, por primera vez se introdujo la escala CAST en la Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España (EDADES), para poder determinar la prevalencia del consumo problemático de cannabis en la población general y, más concretamente, en el grupo de adultos de 15 a 34 años que es el que suele registrar mayores prevalencias de consumo de cannabis.

La escala CAST es un instrumento de cribaje que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. Se considera que un sujeto manifiesta un consumo problemático cuando se obtiene una puntuación de 4 o más en el indicador.

La prevalencia del consumo problemático de cannabis en la población general de 15 a 64 años es del 1,8%, de manera que, en 2015, la población estimada que ha mostrado este patrón de consumo se sitúa en aproximadamente 560.000 personas⁴ (558.549).

Por otra parte, entre los individuos que refieren haber consumido cannabis en los últimos 12 meses y que han contestado la escala CAST, 2 de cada 10 (21,2%) registran un posible consumo problemático⁵.

El patrón de consumo problemático se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres. En términos de edad, no existen grandes diferencias entre el porcentaje de consumidores que muestran un consumo problemático en el segmento de 15 a 34 años y en el de 35 a 64 años (21,7% y 20,4% respectivamente). La estimación de la población que podría estar realizando un consumo problemático de cannabis es de aproximadamente 360.000 individuos en el colectivo menor de 35 años y de 200.000 individuos en el grupo mayor de 34 años.

Por último, es reseñable el hecho de que los consumidores de cannabis que muestran un consumo problemático (CAST \geq 4) registran una edad media de inicio en el consumo (16,2 años) inferior a la relativa a aquellos consumidores que no muestran dicho patrón (17,5 años).

2. Hall W, Solowij N. Adverse effects of Cannabis. *Lancet* 1998;352:1611-6.

Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ* 2005; 331: 1371.

Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M et al. Psychological and social sequelae of Cannabis and other illicit drug use by young people: A systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet* 2004; 363: 1579-88.

Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet* 2007; 370: 319-28.

Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M et al. Effects of Cannabis use on outcomes of psychotic disorders: Systematic review. *Br. J. Psychiatry* 2008; 193: 357-63.

Aldington S, Williams M, Nowitz M, Weatherall M, Pritchard A, McNaughton A et al. Effects of Cannabis on pulmonary structure, function and symptoms. *Thorax* 2007; 62: 1058-63.

3. Legleye S, Karila L, Beckc F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use* 2007; 12(4): 233-242.

Tabla 1.1.37.

Prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15-64 años que ha contestado la escala CAST, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Prevalencia de consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4)	21,2	24,1	14,1	21,7	24,4	15,7	20,4	23,6	10,8
Prevalencia de consumo de cannabis (CAST<4)	78,8	75,9	85,9	78,3	75,6	84,3	79,6	76,4	89,2

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Tabla 1.1.38.

Prevalencia de consumo problemático de cannabis en la población de 15-64 años que ha contestado la escala CAST, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años	15-17 años
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	Total*	Total*
Prevalencia de consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4)	21,9	25,6	14,8	21,5	23,3	16,7	19,4	21,2	13,9	24,7	12,5
Prevalencia de consumo de cannabis (CAST<4)	78,1	74,4	85,2	78,5	76,7	83,3	80,6	78,8	86,1	75,3	87,5

T = total; H = hombres; M = mujeres.

* Nota: se excluyen los datos por sexo en los grupos de 45-54 años y 15-17 años por su base muestral. Tampoco se incluye el segmento de 55-64 años por el mismo motivo.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

En los siguientes análisis de este apartado, se mostrarán los datos comparados de la población que muestra un consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4) con respecto a aquellos que han contestado la escala CAST pero registran una puntuación inferior (CAST<4) y con el total de la población en general.

Percepción de disponibilidad

En general, las personas que han consumido cannabis en el último año, con independencia de que puedan ser considerados como consumidores problemáticos de cannabis (CAST \geq 4) o no, acceden sin problemas a esta sustancia. Así, más del 90% piensa que adquirir cannabis en un plazo de 24 horas es fácil mientras que, entre la población general, sólo el 64,3% tiene esa percepción.

La percepción de disponibilidad de otras drogas está también más extendida entre los consumidores problemáticos de cannabis (CAST \geq 4), con respecto tanto a los consumidores de cannabis en los últimos 12 meses con CAST<4 como a la población general.

4. Población de referencia: Padrón continuo 2015 INE

5. A partir de este punto y con el objetivo de facilitar la lectura del texto en lugar de "Posible consumo problemático" se utilizará "Consumo problemático".

Por ejemplo, 3 de cada 4 consumidores problemáticos de cannabis (CAST \geq 4) confirman que podrían adquirir **cocaína** fácilmente (75,3%), mientras esta cifra desciende al 64,2% entre los que puntúan en la escala CAST por debajo de 4 puntos.

En el grupo de consumidores problemáticos de cannabis (CAST \geq 4), al igual que en el resto de grupos, las sustancias que se perciben como menos accesibles son la **heroína**, el **GHB** y la **ketamina**, pues el porcentaje que considera que las podría conseguir sin dificultad no alcanza el 40%. En la población general, este indicador se sitúa entre el 23% y el 27%.

Tabla 1.1.39.

Percepción de disponibilidad de sustancias psicoactivas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad según puntuación en escala CAST (porcentajes). España, 2015.

	Consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4)	Consumo de cannabis CAST<4	Total población general
Cannabis	94,9	91,1	64,3
Heroína	38,8	32,9	27,4
Cocaína	75,3	64,2	42,0
Alucinógenos	46,6	42,0	28,7
Éxtasis u otras drogas de síntesis	50,4	43,5	28,5
GHB o éxtasis líquido	36,5	33,5	24,2
Anfetaminas o speed	54,7	47,9	29,2
Setas alucinógenas	43,9	38,0	24,7
Ketamina	37,5	32,1	23,0
Hipnosedantes con receta	71,4	65,3	58,1
Hipnosedantes sin receta	47,8	43,2	31,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Percepción de riesgo

La mayoría de los consumidores problemáticos de cannabis (CAST \geq 4) no advierten un riesgo en el consumo de **cannabis**. En concreto, sólo el 32,3% de ellos piensa que consumir la sustancia semanalmente (una vez por semana o más) puede producir muchos o bastantes problemas. Además, se registra un porcentaje semejante en el grupo con puntuación en la escala CAST<4 (37,6%). Estas cifras son mucho menores que las correspondientes en la población general, en la que casi el 80% asocia riesgo a este patrón de consumo de cannabis.

En general, entre los consumidores de cannabis que han contestado la escala CAST (tanto si el resultado es igual o superior a 4 como si es inferior a 4) la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol está menos extendida que en la población general. Así, menos del 25% de los que respondieron la escala CAST opina que el consumo de alcohol en fin de semana (5 o 6 cañas/copas) puede conllevar problemas, registrando una diferencia superior a veinte puntos porcentuales con respecto a la proporción registrada en el total de la población.

Para otras sustancias, las diferencias registradas son menores: más del 90% de los que han consumido cannabis en el último año y han contestado la escala CAST, advierten peligro en el consumo esporádico de heroína (una vez o menos al mes), cifra relativamente próxima a la registrada en población general.

Considerando exclusivamente las personas que han contestado la escala CAST, las mayores diferencias en la percepción de riesgo entre el grupo de consumidores problemáticos $CAST \geq 4$ y el de consumidores de cannabis $CAST < 4$ se encuentran en relación con **tabaco e hipnosedantes**.

- Entre los $CAST \geq 4$, el 23,7% no percibe que el hábito de fumar diariamente un paquete de tabaco pueda causar muchos o bastantes problemas, mientras que este porcentaje es menor entre los $CAST < 4$ (16,5%).
- En cuanto al consumo semanal de hipnosedantes (entre una y tres veces por semana), el 63,9% de los consumidores problemáticos de cannabis ($CAST \geq 4$) considera que esta conducta puede causar muchos o bastantes problemas, frente al 70% de los que obtienen una puntuación en la escala $CAST < 4$.

Finalmente, por lo que respecta a la percepción de riesgo asociada al consumo de cocaína una vez o menos al mes, el 78,7% de los consumidores problemáticos de cannabis ($CAST \geq 4$) y el 81,9% de los que presentan una puntuación en la escala $CAST < 4$ creen que esta conducta pueda ocasionar muchos o bastantes problemas, lo que indica que aproximadamente 2 de cada 10 no advierten peligro en ella.

Tabla 1.1.40.

Riesgo percibido por la población de 15-64 años ante el consumo de sustancias psicoactivas (proporción de personas que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) según su puntuación en la escala CAST (porcentajes). España, 2015.

	Consumo problemático de cannabis ($CAST \geq 4$)	Consumo de cannabis $CAST < 4$	Total población general
Fumar un paquete de tabaco diario	76,3	83,5	91,6
Tomarse 5 o 6 cañas/copas en fin de semana	24,7	22,7	45,8
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	75,9	79,9	90,0
Fumar cannabis una vez por semana o más	32,3	37,6	79,8
Tomar hipnosedantes de una a tres veces por semana	63,9	70,0	78,8
Tomar hipnosedantes a diario o casi a diario	83,2	88,9	91,3
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	82,0	82,5	94,6
Consumir cocaína una vez o menos al mes	78,7	81,9	94,6
Consumir heroína una vez o menos al mes	93,6	94,4	97,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Consumo de sustancias psicoactivas

En línea con la mayor percepción de disponibilidad de sustancias psicoactivas y con la menor percepción de riesgo ante el consumo de drogas que muestran los posibles consumidores problemáticos de cannabis ($CAST \geq 4$), se observa también que en este grupo la prevalencia de consumo de las diferentes sustancias es superior con respecto a los que registran una puntuación en la escala $CAST < 4$ y con respecto al total de la población.

En los últimos 12 meses, se aprecia una notable diferencia entre los grupos en relación al consumo de **cocaína**. El 28,1% de los posibles consumidores problemáticos de cannabis (CAST \geq 4), reconoce haber consumido cocaína en el último año; la prevalencia desciende al 13,4% entre los consumidores con una puntuación en la escala CAST $<$ 4 y se reduce al 2% entre la población general. Junto con la cocaína, los **hipnosedantes**, son la sustancia cuya prevalencia difiere en mayor medida entre los consumidores de cannabis según su puntuación en CAST sea igual o superior a 4 o inferior a 4. Uno de cada cuatro consumidores problemáticos de cannabis ha tomado hipnosedantes en los últimos 12 meses frente a 1 de cada 10 personas del grupo que obtiene una puntuación en la escala CAST $<$ 4.

La gran mayoría de los consumidores de cannabis con puntuación mayor o igual a 4 en la escala CAST ha bebido **alcohol** y fumado **tabaco** en el último año (9 de cada 10).

También son mayoría los que han sufrido una **intoxicación etílica aguda** (borracheras) en este periodo (6 de cada 10).

Sustancias que entre la población general registran una prevalencia inferior al 1%, o inferior al 4% entre los consumidores de cannabis con puntuación CAST $<$ 4, como son el **éxtasis**, las **anfetaminas** o los **alucinógenos**, se encuentran considerablemente más extendidas en los consumidores problemáticos de cannabis (CAST \geq 4), registrando prevalencias entre el 8% y el 12%.

Tabla 1.1.41.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años que ha contestado a la escala CAST, según su puntuación en la escala CAST (porcentajes). España, 2015.

	Consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4)	Consumo de cannabis CAST $<$ 4	Total población general
Alcohol	91,5	94,1	77,6
Borracheras	60,5	54,8	16,8
Tabaco	90,1	81,9	40,2
Hipnosedantes (con o sin receta)	25,0	10,5	12,0
Cocaína general (polvo y/o base)	28,1	13,4	2,0
Éxtasis	12,1	3,5	0,6
Anfetaminas/speed	8,0	3,8	0,5
Alucinógenos	10,7	3,3	0,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Características sociodemográficas

Se ha analizado la composición y las características sociodemográficas de los posibles consumidores problemáticos de cannabis (CAST \geq 4) para compararlas con el grupo de consumidores de cannabis que han puntuado $<$ 4 en CAST.

Se muestra la distribución según sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, número de días que se ha consumido cannabis en los últimos 30 días, si se ha hecho *binge drinking* o no en el último mes y si se han consumido otras drogas ilegales o no (en los últimos 12 meses).

Tabla 1.1.42.

Distribución según sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, frecuencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días, prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días y prevalencia de consumo de otras drogas ilegales en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años de edad que ha contestado a CAST según la puntuación obtenida, y entre la población general (porcentajes). España, 2015.

	15-24 años			25-34 años			35-64 años		
	CAST≥4	CAST<4	P. GRAL.	CAST≥4	CAST<4	P. GRAL.	CAST≥4	CAST<4	P. GRAL.
Sexo									
Hombre	76,6	62,3	51,2	78,1	70,2	50,3	86,6	71,7	50,1
Mujer	23,4	37,7	48,8	21,9	29,8	49,7	13,4	28,3	49,9
Estado civil									
Soltero/a	93,3	96,9	94,9	79,2	79,0	63,2	52,8	40,1	19,2
Casado/a	6,0	2,9	4,9	19,5	19,9	34,8	31,4	42,5	66,4
Separado/a - Divorciado/a	0,7	0,2	0,2	1,3	1,1	1,9	15,9	15,6	11,1
Viudo/a	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,9	3,3
Nivel de estudios									
Primarios	20,4	11,5	13,9	17,5	10,6	8,5	19,1	9,2	16,8
Secundarios	73,7	81,9	78,4	67,3	65,7	64,7	67,0	68,2	63,2
Universitarios	5,8	6,7	7,7	15,2	23,7	26,9	13,9	22,6	20,0
Situación laboral									
Trabajando	29,3	24,9	21,2	55,1	60,0	61,4	46,9	65,0	56,7
Parado	29,8	20,0	15,6	33,3	28,9	22,6	37,8	24,3	16,5
Jubilado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	3,8	9,1
Incapacitado permanente	0,0	0,0	0,1	1,4	0,3	0,5	9,8	3,0	2,7
Estudiando	40,6	54,5	60,4	8,8	9,1	8,1	0,4	0,5	0,2
Labores del hogar (act. no económica)	0,3	0,0	2,3	0,8	1,3	7,0	2,6	2,7	13,9
Otra situación (sin act. económica alguna)	0,0	0,7	0,4	0,6	0,4	0,5	0,8	0,7	0,9
Cuántos días ha consumido cannabis, marihuana o hachis en los últimos 30 días									
Entre 1 y 3 días	8,9	29,2	4,5	9,6	26,4	3,1	6,7	25,3	1,0
Entre 4 y 9 días	10,8	16,6	2,8	6,9	12,1	1,5	11,3	18,2	0,8
Entre 10 y 19 días	14,5	11,4	2,2	14,9	11,5	1,7	15,2	9,1	0,5
Entre 20 y 29 días	13,3	3,4	1,0	10,5	4,3	0,8	12,6	5,2	0,3
30 días	46,0	11,9	3,7	50,0	20,2	3,8	49,0	20,5	1,3
No ha consumido cannabis	6,4	27,5	85,8	8,1	25,5	89,2	5,1	21,8	96,1
Prevalencia binge drinking en los últimos 30 días									
Ha hecho binge drinking	58,0	53,7	26,8	45,5	51,8	22,6	47,2	44,6	14,6
No ha hecho binge drinking	42,0	46,3	73,2	54,5	48,2	77,4	52,8	55,4	85,4
Consumo droga ilegal sin cannabis: cocaína polvo, cocaína base, heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos en los últimos 12 meses									
Ha consumido	31,7	14,2	4,1	27,2	20,2	3,9	37,9	17,4	1,8
No ha consumido	68,3	85,8	95,9	72,8	79,8	96,1	62,1	82,6	98,

P. GRAL. = población general.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES).

En el **grupo de 15 a 24 años**, aproximadamente, de cada 4 posibles consumidores problemáticos ($CAST \geq 4$), 3 son hombres y 1 es mujer. Con respecto a la población general y a los consumidores con $CAST < 4$, los consumidores problemáticos de cannabis ($CAST \geq 4$) registran mayor proporción de individuos con estudios primarios o sin estudios y un porcentaje de personas que trabajan superior a lo habitual para su edad.

En los últimos 30 días, prácticamente la mitad de los posibles consumidores problemáticos ($CAST \geq 4$), reconoce haber consumido cannabis diariamente (46%), proporción que resulta notablemente menor en los otros dos grupos. Asimismo, 6 de cada 10 individuos con $CAST \geq 4$ reconoce haber realizado *binge drinking* en este periodo (últimos 30 días). Esta prevalencia es superior a la obtenida entre el grupo que puntuó por debajo de 4 en *CAST*, y muy superior a la que muestra la población general de esa edad. En la misma línea con lo anterior, 3 de cada 10 consumidores problemáticos de cannabis ($CAST \geq 4$) han consumido otras sustancias ilegales en los últimos 12 meses.

Para el **grupo de 25 a 34 años**, de nuevo destaca la mayor proporción de hombres entre los posibles consumidores problemáticos de cannabis ($CAST \geq 4$). En relación al estado civil, para todo el grupo que ha consumido cannabis en el último año y ha contestado la escala *CAST*, el porcentaje de personas casadas es inferior al registrado en el total de la población de ese grupo de edad. La representación de los individuos con estudios primarios o sin estudios en el grupo de consumidores problemáticos ($CAST \geq 4$) dobla la registrada en la población general, mientras que las personas con estudios universitarios tienen una representación menor. Por su parte, el porcentaje de personas en paro es superior en el grupo de posibles consumidores problemáticos ($CAST \geq 4$) (1 de cada 3). La mitad de los consumidores problemáticos de cannabis ($CAST \geq 4$) ha consumido todos los días en dicho periodo. El consumo de alcohol en atracón o *binge drinking* también se encuentra notablemente más extendido en este grupo, así como el consumo de otras drogas ilegales.

Entre los **35 y los 64 años**, se acentúa el predominio del grupo masculino entre los posibles consumidores problemáticos ($CAST \geq 4$). La mitad de este colectivo son solteros (52,8%), siendo esta cifra muy superior a la de solteros en la población general de esa edad. También en este intervalo de edad, se registran mayor porcentaje de personas en paro y menor porcentaje de personas con estudios universitarios entre los consumidores problemáticos ($CAST \geq 4$). La mitad de estos últimos consumió diariamente en los últimos 30 días e hizo *binge drinking* en el mismo periodo temporal (prevalencia 3,2 veces mayor que la registrada para el mismo grupo de edad en la población general). Por último, el consumo de otras sustancias ilegales está considerablemente más extendido en el grupo de posibles consumidores problemáticos ($CAST \geq 4$) que entre los que obtuvieron una puntuación menor de 4 en la escala *CAST*.

Características del consumo de cannabis

Finalmente, se ha caracterizado el consumo realizado en los últimos 30 días de las personas que han contestado la escala *CAST*.

Tabla 1.1.43.

Características del consumo de cannabis en los consumidores problemáticos de cannabis (puntuación $CAST \geq 4$) de la población de 15-64 años que ha consumido cannabis en los últimos 30 días (porcentajes). España, 2015.

	Consumidores problemáticos de cannabis ($CAST \geq 4$)	Consumidores de cannabis $CAST < 4$
Consumo cannabis últimos 30 días		
Principalmente marihuana	45,3	55,5
Principalmente hachís	18,1	16,6
De los dos tipos	36,6	27,9
Consumo cannabis mezclado con tabaco últimos 30 días		
Sí	94,5	88,9
No	5,5	11,1
Media de porros consumidos al día	3,3	2,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EADADES 2015).

Las personas que obtuvieron una puntuación igual o superior a 4 registran un mayor consumo combinado de los dos tipos (tanto marihuana como hachís) y su consumo medio de porros al día asciende a 3,3 (aproximadamente un porro más que los que puntúan por debajo de 4 en CAST).

Cocaína

Cocaína en polvo

Después del cannabis, la cocaína en polvo es la siguiente sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia en España. En la década entre 1999 y 2009, su prevalencia de consumo alguna vez en la vida aumentó progresivamente del 3,1% al 10,2% y, desde aquel año, se ha mantenido entre el 8,8% y el 10,2%. En 2015, aquellos que han probado alguna vez cocaína en polvo representan el 8,9% de la población. Por término medio, el primer consumo de esta sustancia se realiza a los 20,9 años.

En 2005, el 3% de la población admitía haber consumido cocaína en polvo en los últimos 12 meses, pero este valor ha ido descendiendo hasta 2015, cuando la prevalencia registrada se establece en el 1,9%.

La extensión del consumo de cocaína en polvo es superior entre los hombres. En 2015, el 2,9% admitió su consumo alguna vez en el último año, lo que representa el valor más reducido de la última década, periodo en el que la extensión del consumo se ha visto reducida progresivamente en este grupo (4,6% en 2005). Por su parte, la extensión del consumo entre las mujeres en este tramo temporal se ha mantenido aproximadamente en torno al 1% en las cuatro últimas ediciones de la encuesta.

Figura 1.1.27.

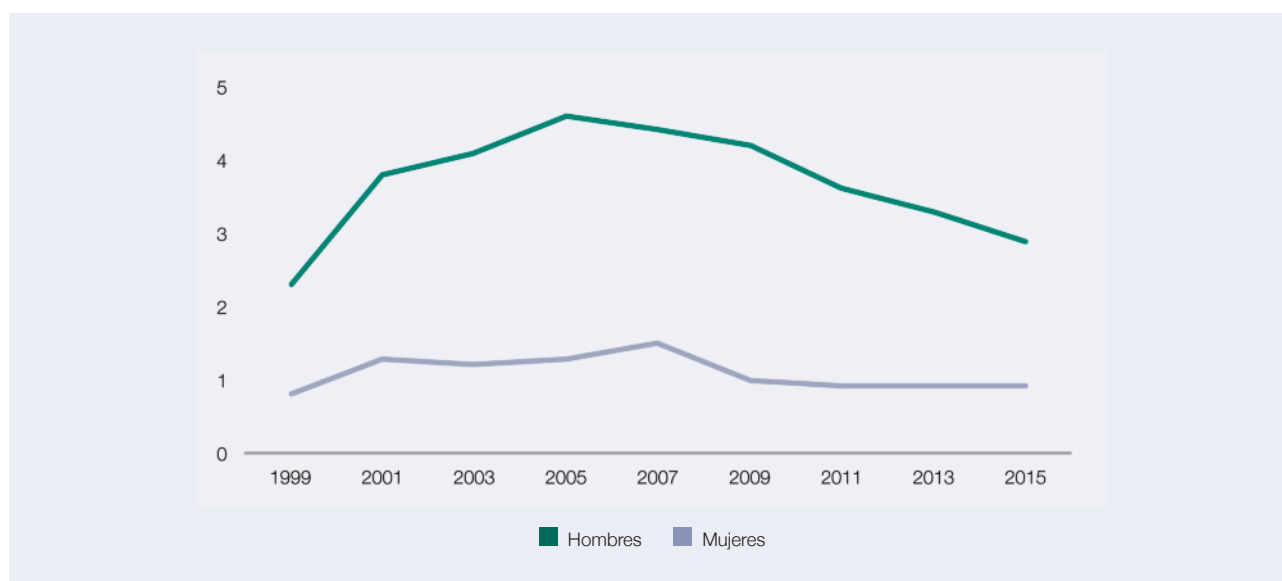
Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo y edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

Figura 1.1.28.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en polvo en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1999-2015.



	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Hombres	2,3	3,8	4,1	4,6	4,4	4,2	3,6	3,3	2,9
Mujeres	0,8	1,3	1,2	1,3	1,5	1	0,9	0,9	0,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1999-2015).

Continuidad en el consumo

Se observa que de cada 100 personas que han probado cocaína en polvo alguna vez en la vida, 21 han consumido también en los últimos 12 meses y 10 individuos reconocen su consumo en los 30 días previos a la realización de la encuesta, sin que se registren cambios sustanciales con respecto a las proporciones obtenidas en 2013. Además, prácticamente la mitad de las personas que han consumido cocaína en los últimos 12 meses ha consumido también en el último mes (45,2%).

Tabla 1.1.44.

Prevalencia y continuidad en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2015.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Prevalencia alguna vez en la vida (%) (A)	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8	10,2	8,9
Prevalencia últimos 12 meses (%) (B)	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2	2,1	1,9
Prevalencia últimos 30 días (%) (C)	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1	1,0	0,9
B/A*100 (entre aquellos que han consumido alguna vez en la vida qué porcentaje registra un consumo en el último año)	47,1	51,6	52,1	45,8	42,9	37,5	25,5	25,6	20,9	21,2
C/B*100 (entre aquellos que han consumido en el último año qué porcentaje registra un consumo en el último mes)	56,3	56,3	52,0	40,7	53,3	53,3	46,2	50,9	47,6	45,2
C/A*100 (entre aquellos que han consumido alguna vez en la vida qué porcentaje registra un consumo en el último mes)	26,5	29,0	27,1	18,6	22,9	20,0	11,8	13,0	9,9	9,6

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

Cocaína en forma de base

El consumo de cocaína base se encuentra notablemente menos extendido que el de cocaína en polvo y la prevalencia de consumo alguna vez en la vida no alcanza el punto porcentual (>1%).

En 2015, aquellos que reconocen haber consumido esta sustancia alguna vez señalan que, de media, el primer consumo se produce antes de cumplir 21 años.

Figura 1.1.29.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína base y edad media de inicio en el consumo de cocaína base en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

Cocaína polvo y/o base

Si se considera el consumo de cocaína de manera global (ya sea en forma de polvo y/o en forma de base), el porcentaje de población que ha consumido cocaína alguna vez en la vida se establece en el 9,1%. Por su parte, aquellos que admitieron un consumo de cocaína en los últimos 12 meses representan el 2% de la población.

En el tramo temporal de los últimos 12 meses, la prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base es mayor entre los hombres y varía con la edad de diferente forma según se considere el grupo de hombres o el de mujeres.

Entre las mujeres, la máxima extensión del consumo se observa en el grupo de 15 a 24 años (1,6%), y la prevalencia desciende al aumentar la edad. Entre los hombres, sin embargo, el porcentaje que ha consumido cocaína aumenta entre el grupo de 15 a 24 años y el de 25 a 34 años, del 3,8% al 5,2%. En el grupo de 35 a 44 años las cifras descienden y se equiparan a las del grupo más joven (3,8%). En el resto de grupos de mayor edad, la proporción de consumidores continúa el descenso.

Figura 1.1.30.

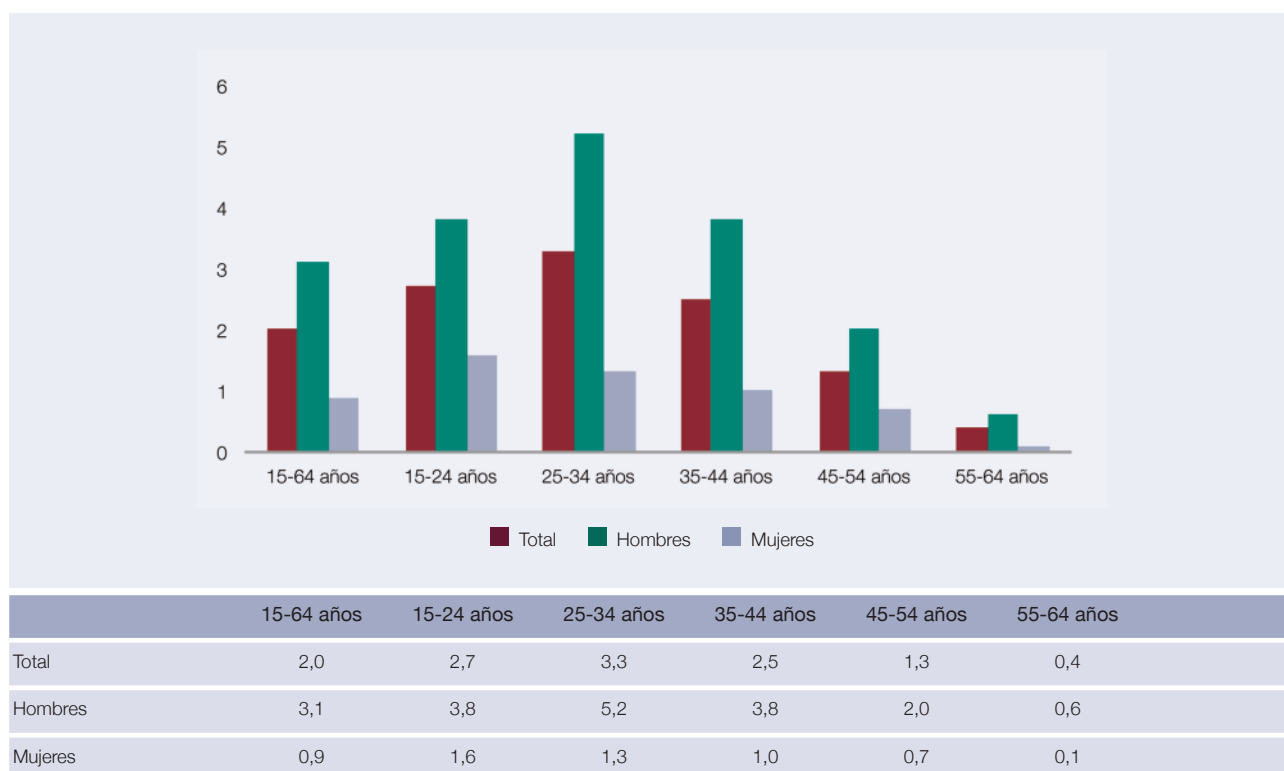
Prevalencia de consumo de cocaína según forma de presentación (polvo, base, polvo y/o base) en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Figura 1.1.31.

Prevalencia de consumo de cocaína polvo y/o base en los últimos 12 meses, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Incidencia

La encuesta incluye un indicador que pretende medir la incidencia de consumo de determinadas sustancias, es decir, el porcentaje de población que, sin haber consumido previamente la sustancia, ha empezado a consumirla en un periodo concreto (últimos 12 meses).

Así, aproximadamente 50.000 personas iniciaron su consumo de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses, siendo superior en hombres (31.000 individuos aproximadamente) que en mujeres (aproximadamente 18.000). La mayor incidencia se registra en el segmento de 15 a 24 años (29.000 personas aproximadamente).

Éxtasis

El porcentaje de población que ha consumido éxtasis alguna vez en la vida se sitúa por debajo del 4% por segunda vez en la última década, de manera que en 2015, el 3,6% reconocía haber probado esta sustancia alguna vez en la vida. Aquellos que han consumido alguna vez sitúan el inicio en el consumo a los 20,7 años de media.

La prevalencia del éxtasis en los últimos 12 meses no alcanza el 1% para el total de la población de 15 a 64 años, al igual que ha venido ocurriendo en las tres ediciones anteriores de la encuesta (2009, 2011 y 2013).

El consumo de éxtasis está más extendido entre la población masculina joven, de modo que el 2,3% de los hombres de 15 a 24 años admite haber consumido en los 12 últimos meses (por cada mujer de esa edad que ha consumido se registran 2,3 hombres).

En el grupo de 25 a 34 años, la prevalencia entre los hombres se sitúa por debajo del 2% y entre las mujeres es residual (medio punto porcentual).

Figura 1.1.32.

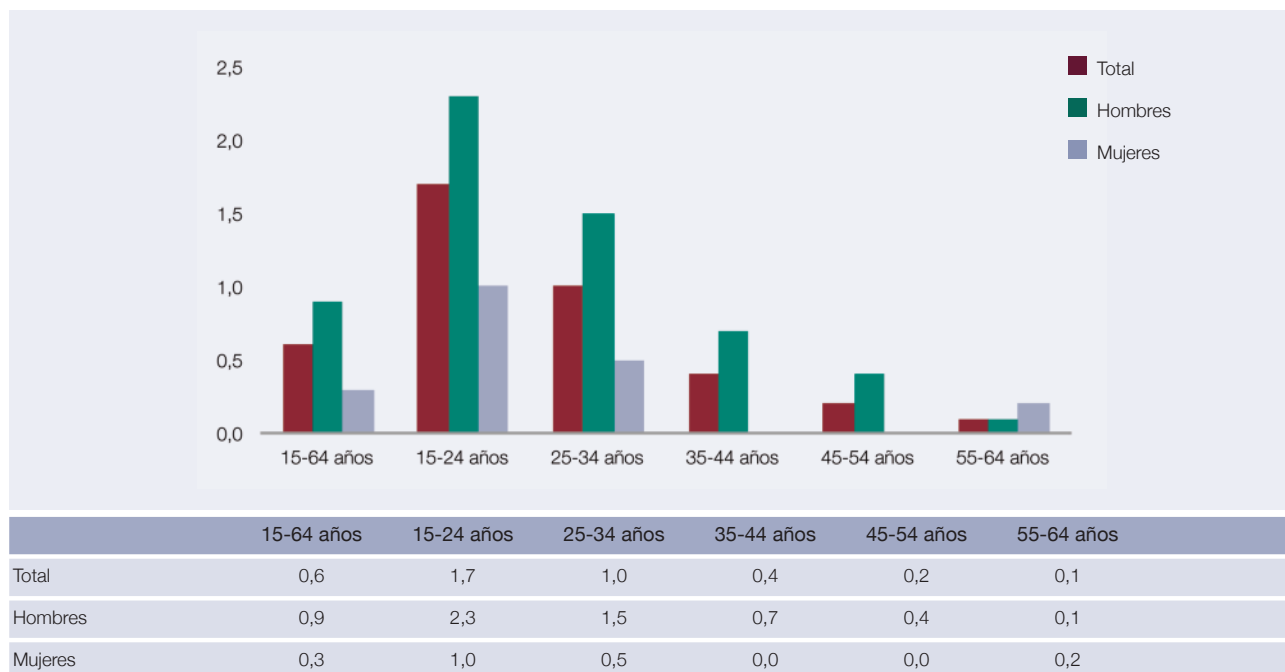
Evolución de la prevalencia de consumo de éxtasis y edad media de inicio en el consumo de éxtasis en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES 1995-2015).

Figura 1.1.33.

Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

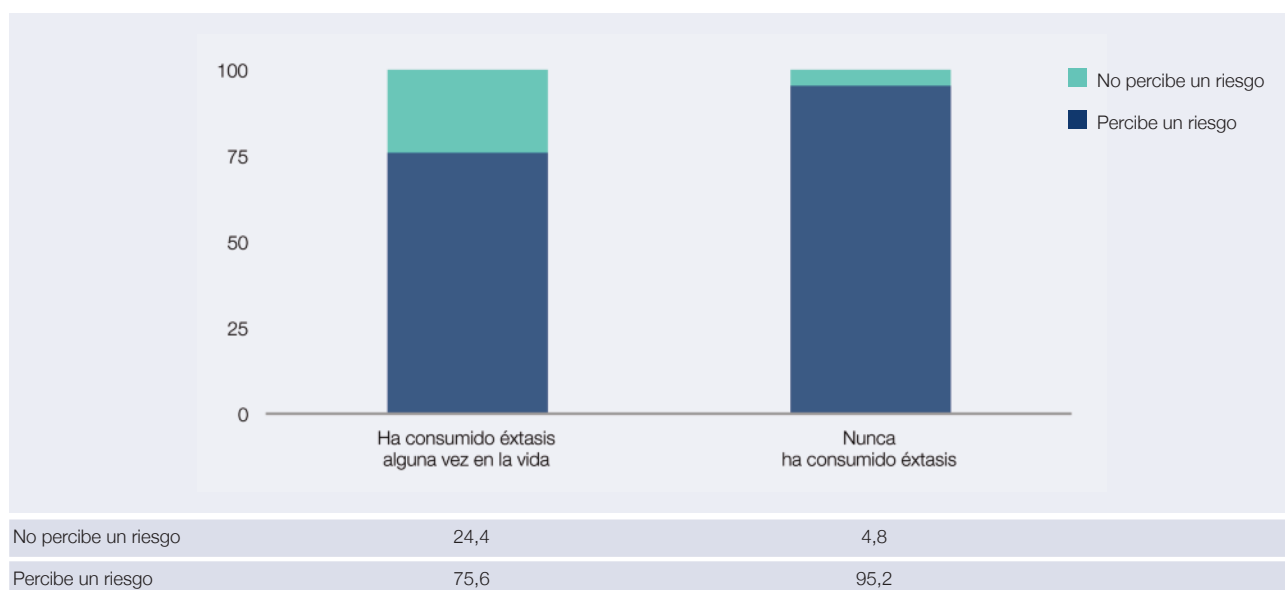


FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

La **percepción de riesgo** ante el consumo de una vez o menos al mes de éxtasis difiere en función de que se haya consumido o no la sustancia alguna vez en la vida. En este sentido, se aprecia que el 95,2% de la población que nunca ha probado la sustancia cree que consumir éxtasis una vez o menos al mes puede producir problemas. Esta proporción es notablemente inferior en el grupo que sí ha probado la sustancia alguna vez, pues tan sólo el 75,6% advierte peligro e indica que 1 de cada 4 no percibe riesgo en dicho patrón de consumo.

Figura 1.1.34.

Percepción de riesgo ante el consumo una vez o menos al mes de éxtasis (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que esta conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según se haya consumido éxtasis alguna vez en la vida o no (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Anfetaminas

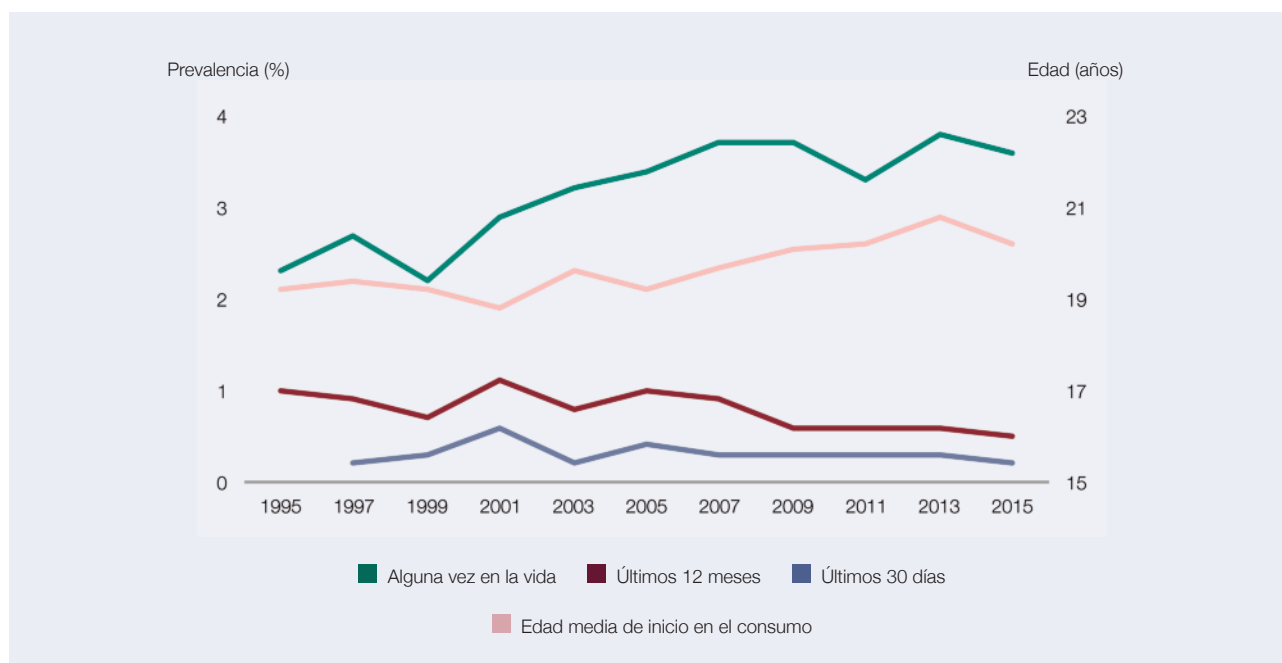
El consumo de anfetaminas se incrementó entre 1999 (2,2%) y 2009 (3,7%). En 2011, la tendencia se corrigió parcialmente, pero en 2013 y 2015 la prevalencia ha vuelto a situarse próxima al nivel de 2009. En 2015, el 3,6% de la población ha consumido anfetaminas alguna vez en su vida. A lo largo de la última década, la prevalencia del éxtasis para este tramo temporal ha superado siempre la registrada para las anfetaminas pero, en 2015, éxtasis y anfetaminas registran prevalencias similares.

En los últimos 12 meses y últimos 30 días la extensión del consumo de anfetaminas es residual (0,5 y 0,2 respectivamente).

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 20,2 años.

Figura 1.1.35.

Evolución de la prevalencia de consumo de anfetaminas y edad media de inicio en el consumo de anfetaminas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Alguna vez en la vida	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,7	3,7	3,3	3,8	3,6
Últimos 12 meses	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6	0,6	0,6	0,5
Últimos 30 días	-	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Edad media de inicio consumo	19,2	19,4	19,2	18,8	19,6	19,2	19,7	20,1	20,2	20,8	20,2

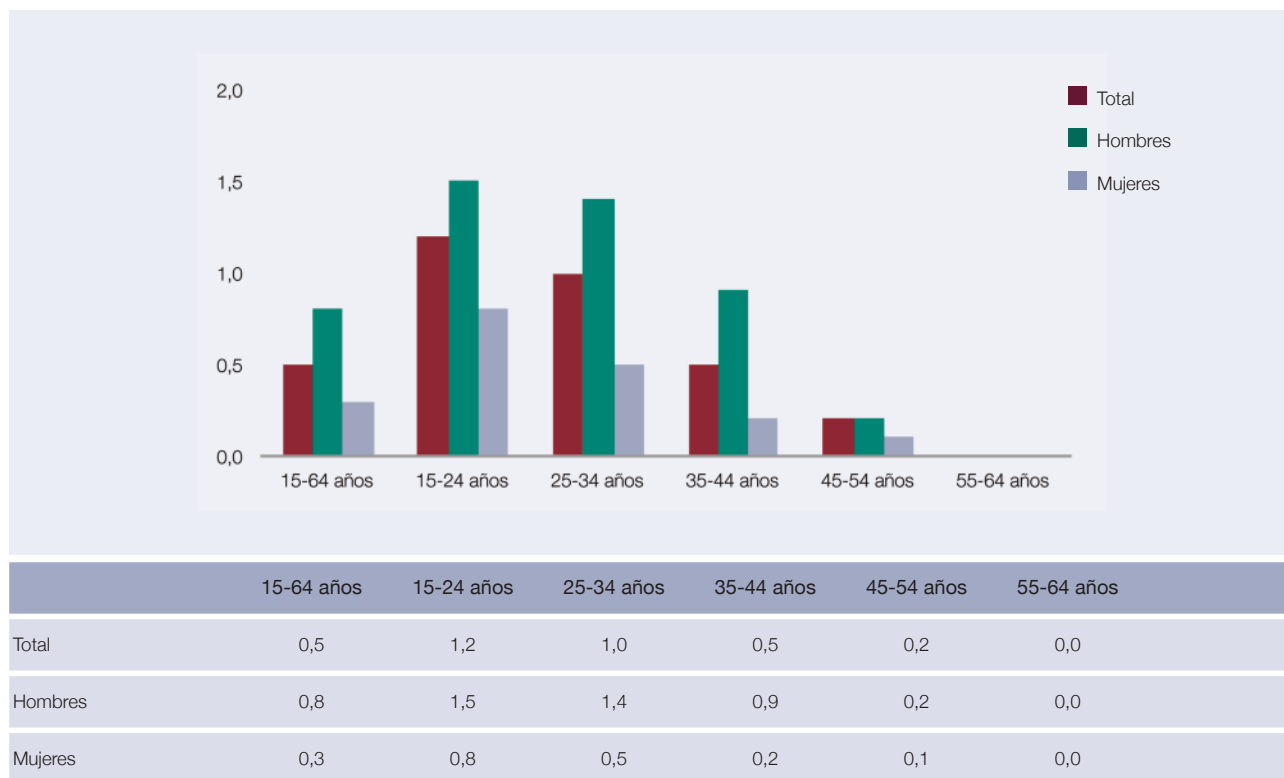
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

Para los últimos 12 meses, las prevalencias alcanzan las cotas más altas en hombres y en los grupos de edad de 15 a 24 años (1,5%) y de 25 a 34 años (1,4%).

Por último, al igual que ocurría en el caso del éxtasis, la **percepción de riesgo** ante el consumo una vez o menos al mes de este tipo de sustancias es menor entre aquellos que las han consumido alguna vez. Así, mientras en el grupo que nunca ha consumido el 96,6% opina que consumir anfetaminas una vez o menos al mes puede acarrear problemas, entre los que sí lo han hecho el 22% de ellos no advierte peligro en ello.

Figura 1.1.36.

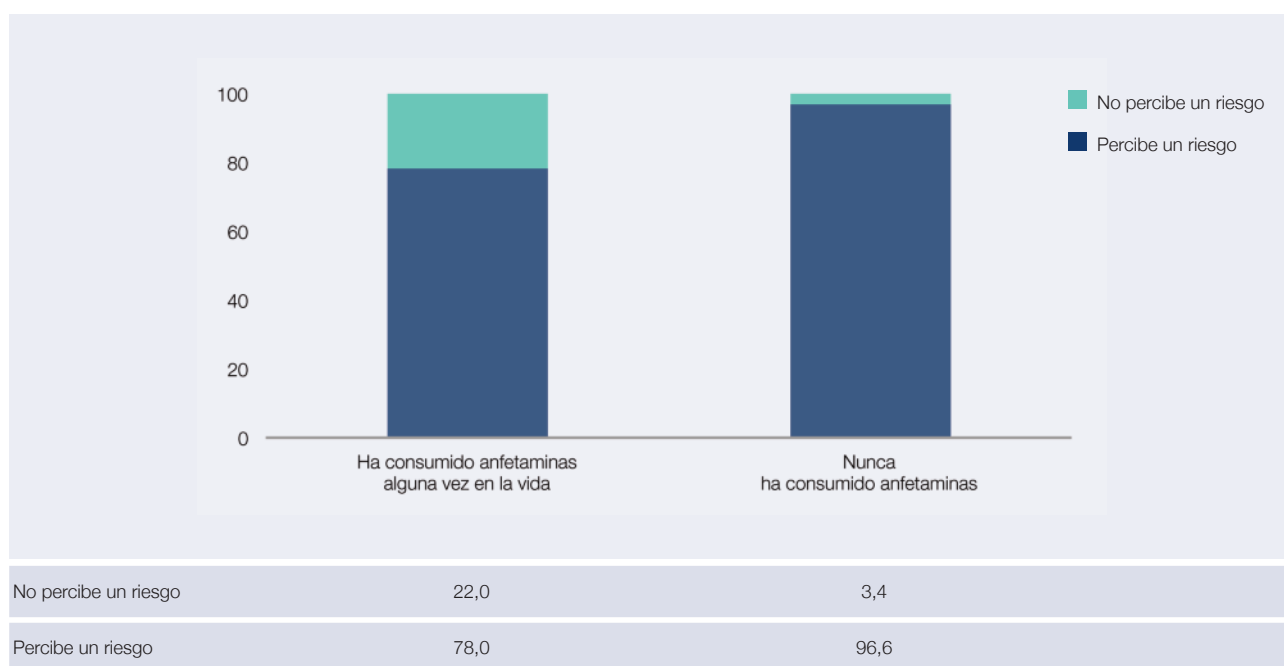
Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Figura 1.1.37.

Percepción de riesgo ante el consumo una vez o menos al mes de anfetaminas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que esta conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según se haya consumido anfetaminas alguna vez en la vida o no (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Metanfetaminas

La prevalencia de las metanfetaminas se sitúa en el 0,6% para el total de la población de 15 a 64 años (consumo alguna vez en la vida), si bien este porcentaje asciende en el caso de los jóvenes de 25 a 34 años (hasta el 1%) y en los individuos de 35 a 44 años (0,9%). En estos segmentos los chicos registran mayores prevalencias: 1,6% y 1,5% respectivamente.

Para los últimos 12 meses, el porcentaje de consumo más elevado se obtiene entre los chicos de 15 a 24 años (0,5%).

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 21,2 años.

Por último, el 13,8% de los que han consumido anfetaminas alguna vez en la vida reconoce haber realizado consumo de metanfetaminas en alguna ocasión.

Tabla 1.1.45.

Prevalencia de consumo de metanfetaminas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Ha consumido metanfetaminas alguna vez en la vida	0,6	1,0	0,2	0,7	1,1	0,2	1,0	1,6	0,4	0,9	1,5	0,4	0,3	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1
Ha consumido metanfetaminas en los últimos 12 meses	0,1	0,2	0,0	0,3	0,5	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
Ha consumido metanfetaminas en los últimos 30 días	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Alucinógenos

En primer lugar, hay que aclarar que el análisis del consumo de alucinógenos incluye también el de setas alucinógenas y ketamina, puesto que estas dos últimas sustancias se encuentran incluidas entre los alucinógenos mencionados en la pregunta correspondiente del cuestionario EDADES 2015, independientemente de que éste contemple otra serie de preguntas específicas para setas mágicas o alucinógenas y ketamina.

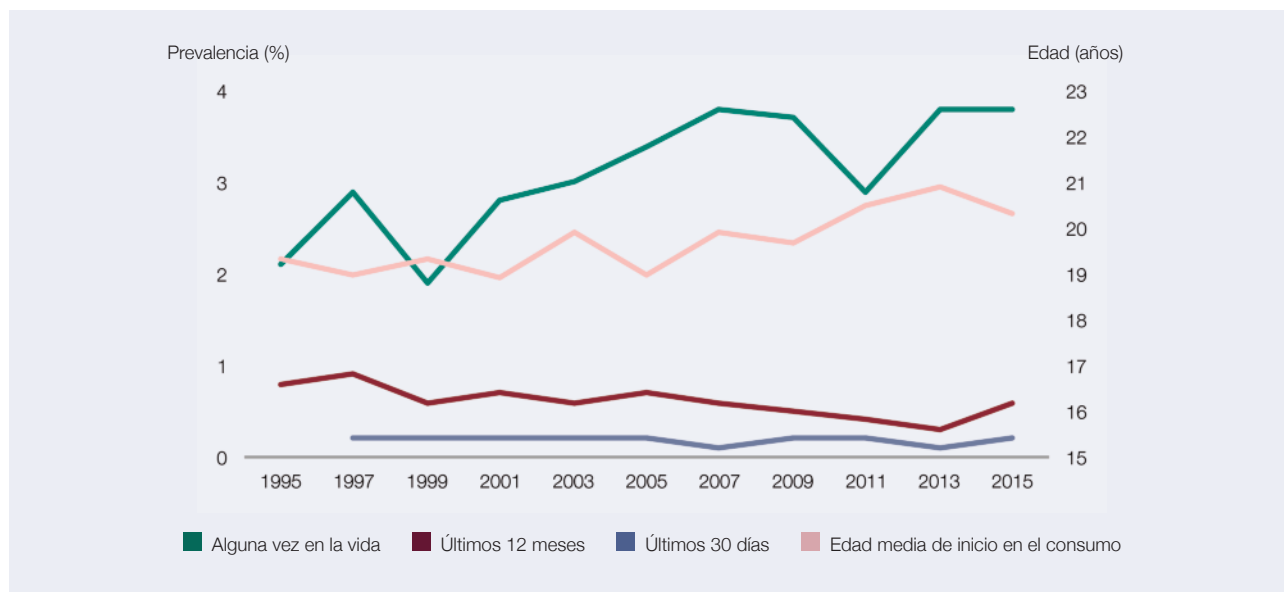
El porcentaje de población que ha consumido alucinógenos alguna vez en la vida se sitúa en el 3,8%, muy similar al obtenido en 2013. La prevalencia de este tipo de sustancias aumentó entre los años 1999 (1,9%) y 2007 (3,8%) y, desde entonces, se ha mantenido en torno a esta última cifra (con la excepción de 2011).

Entre la población general, la extensión del consumo de alucinógenos para los últimos 12 meses y los últimos 30 días es residual y no ha llegado a alcanzar el 1% durante toda la serie temporal de la encuesta EDADES. El primer consumo de alucinógenos se produce a los 20,3 años por término medio.

En los últimos 12 meses, el grupo que registra una mayor prevalencia es el de los hombres de 15 a 24 años (1,7%), superando en medio punto porcentual al dato registrado entre las chicas de esa edad.

Figura 1.1.38.

Evolución de la prevalencia de consumo de alucinógenos y edad media de inicio en el consumo de alucinógenos en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.

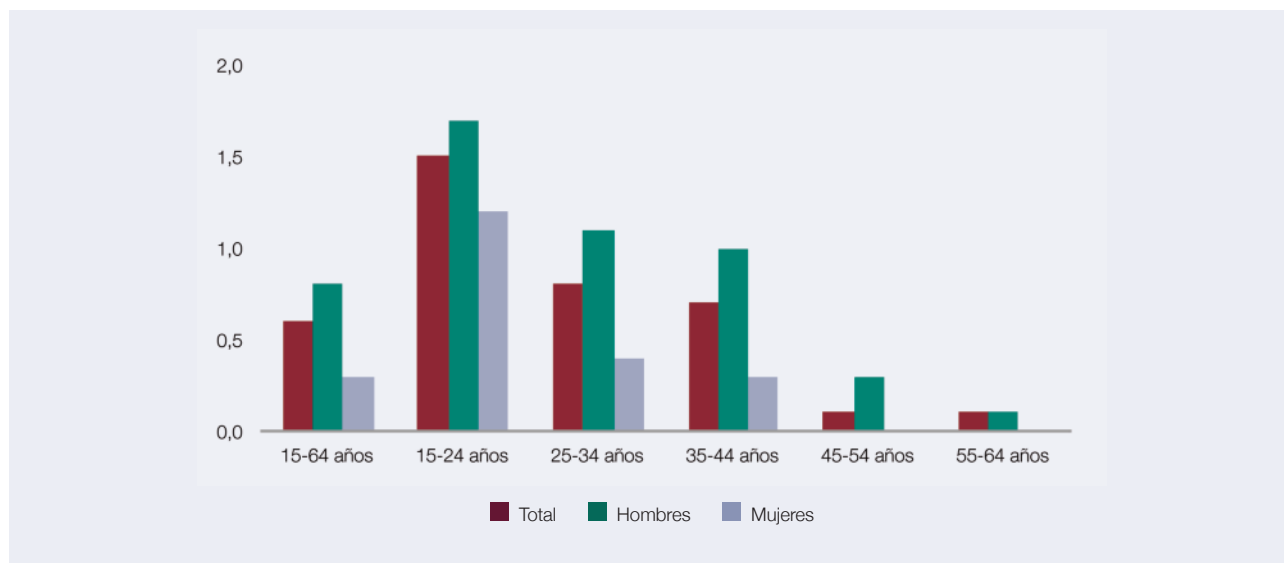


	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Alguna vez en la vida	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7	2,9	3,8	3,8
Últimos 12 meses	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,6
Últimos 30 días	-	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
Edad media de inicio consumo	19,3	19,0	19,3	18,9	19,9	19,0	19,9	19,7	20,5	20,9	20,3

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES 1995-2015).

Figura 1.1.39.

Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



	15-64 años	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Total	0,6	1,5	0,8	0,7	0,1	0,1
Hombres	0,8	1,7	1,1	1,0	0,3	0,1
Mujeres	0,3	1,2	0,4	0,3	0,0	0,0

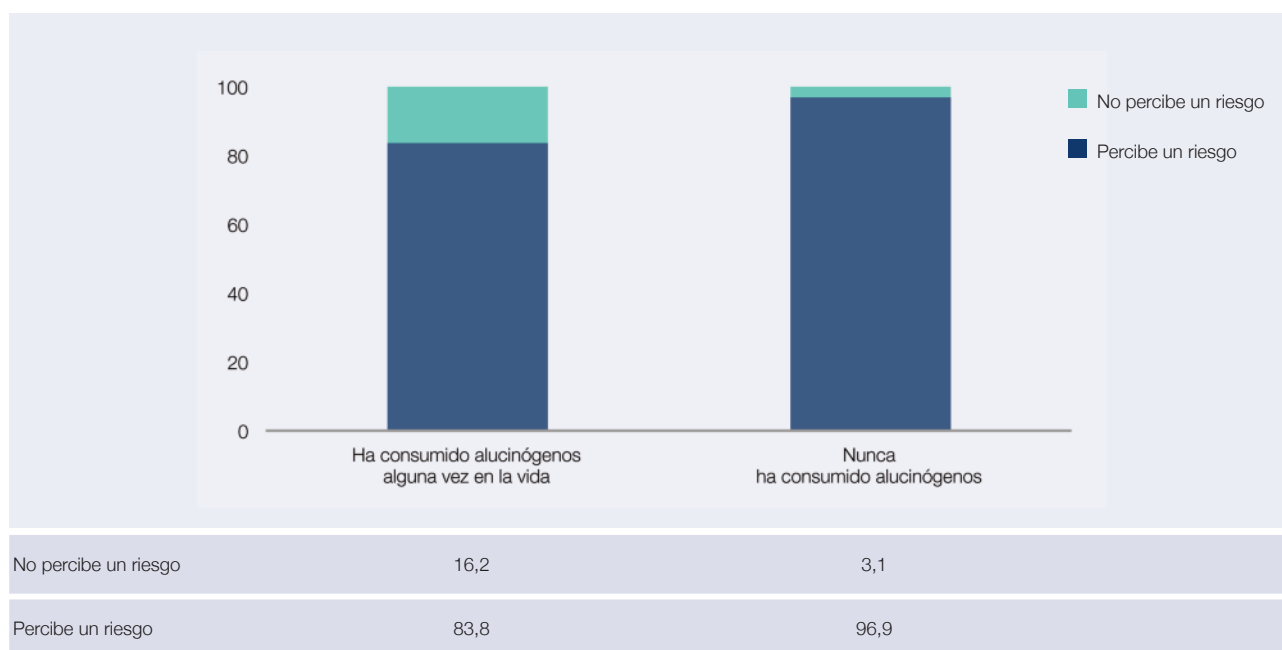
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES 2015).

La **percepción de riesgo** que registra el consumo una vez o menos al mes de alucinógenos es mayor entre las personas que nunca los han consumido: el 96,9% cree que puede resultar peligroso tomar este tipo de sustancias con una periodicidad de una vez o menos al mes. Sin embargo, el porcentaje que piensa de este modo entre aquellos que sí los han consumido alguna vez desciende al 83,8%.

En comparación con el riesgo percibido por los consumidores de éxtasis o anfetaminas, en relación al consumo esporádico de esas mismas sustancias, la percepción de riesgo entre los consumidores de alucinógenos está ligeramente más extendida.

Figura 1.1.40.

Percepción de riesgo ante el consumo una vez o menos al mes de alucinógenos (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que esta conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según se haya consumido alucinógenos alguna vez en la vida o no (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Setas alucinógenas

El cuestionario EDADES 2015 aborda el consumo de setas alucinógenas por una doble vía. Por una parte, incluida en el apartado general de alucinógenos y, por otra, es objeto de una pregunta específica.

Los mayores porcentajes de consumidores de setas mágicas o alucinógenas alguna vez en la vida se registran entre los 25 y 44 años. Sin embargo, para el consumo en los últimos 12 meses, la prevalencia más elevada no se encuentra en estos grupos sino en el de 15 a 24 años (1,2%) en el que, además, no se aprecian diferencias notables en las proporciones de consumidores por sexo. La edad media de inicio se sitúa en los 21,8 años.

Aproximadamente, la mitad de la población que dice haber consumido alucinógenos alguna vez en la vida reconoce un consumo de setas alucinógenas alguna vez (54,1%).

La **percepción de riesgo** relacionada con el consumo de setas alucinógenas es menor entre aquellos que alguna vez las han consumido (frente a los que no lo han hecho). Entre los que han consumido setas alucinógenas alguna vez en la vida, 3 de cada 10 no cree que ingerir setas alucinógenas esporádicamente (una vez o menos al mes) pueda ocasionar problemas. Sin embargo, el 96,4% de los que nunca las han conseguido sí advierte un peligro en este tipo de consumo.

Tabla 1.1.46.

Prevalencia de consumo de setas alucinógenas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

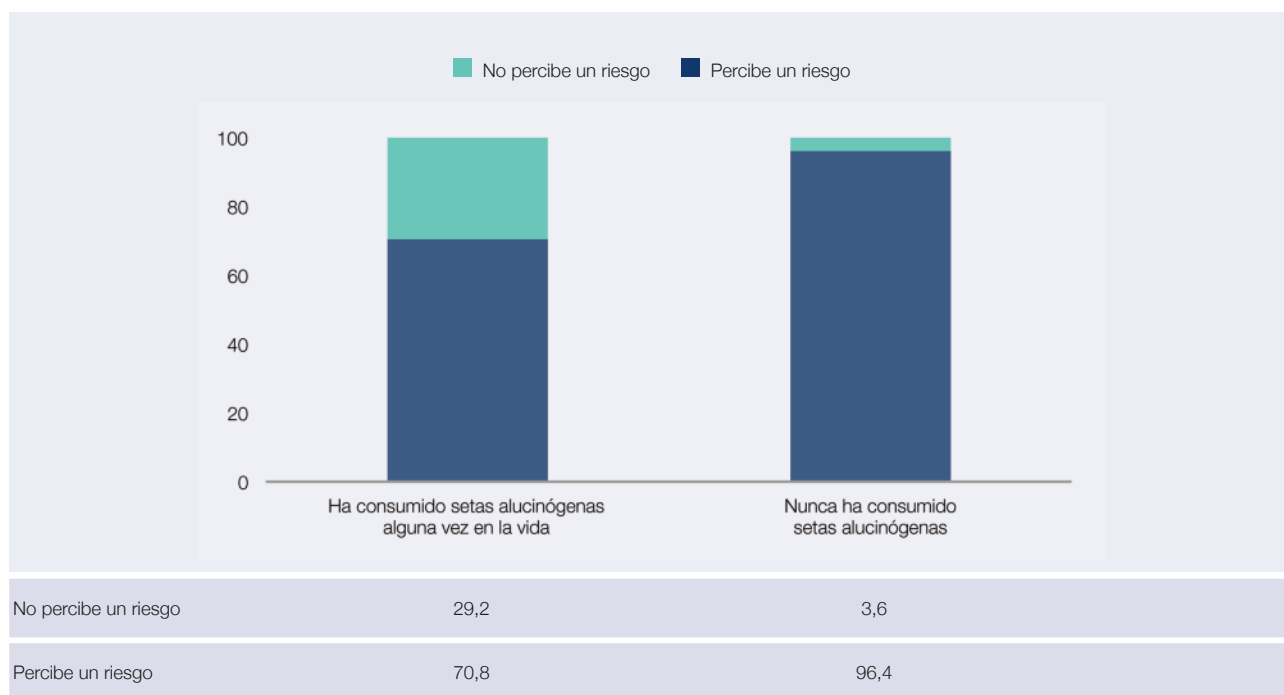
	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Ha consumido setas alucinógenas alguna vez en la vida	2,0	3,0	1,0	2,2	2,6	1,8	3,5	5,4	1,7	3,0	4,6	1,3	1,1	1,8	0,5	0,2	0,4	0,1
Ha consumido setas alucinógenas en los últimos 12 meses	0,4	0,5	0,2	1,2	1,2	1,1	0,4	0,7	0,2	0,4	0,7	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Ha consumido setas alucinógenas en los últimos 30 días	0,1	0,2	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Figura 1.1.41.

Percepción de riesgo ante el consumo una vez o menos al mes de setas alucinógenas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que esta conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según se haya consumido setas alucinógenas alguna vez en la vida o no (porcentajes). España, 2015.



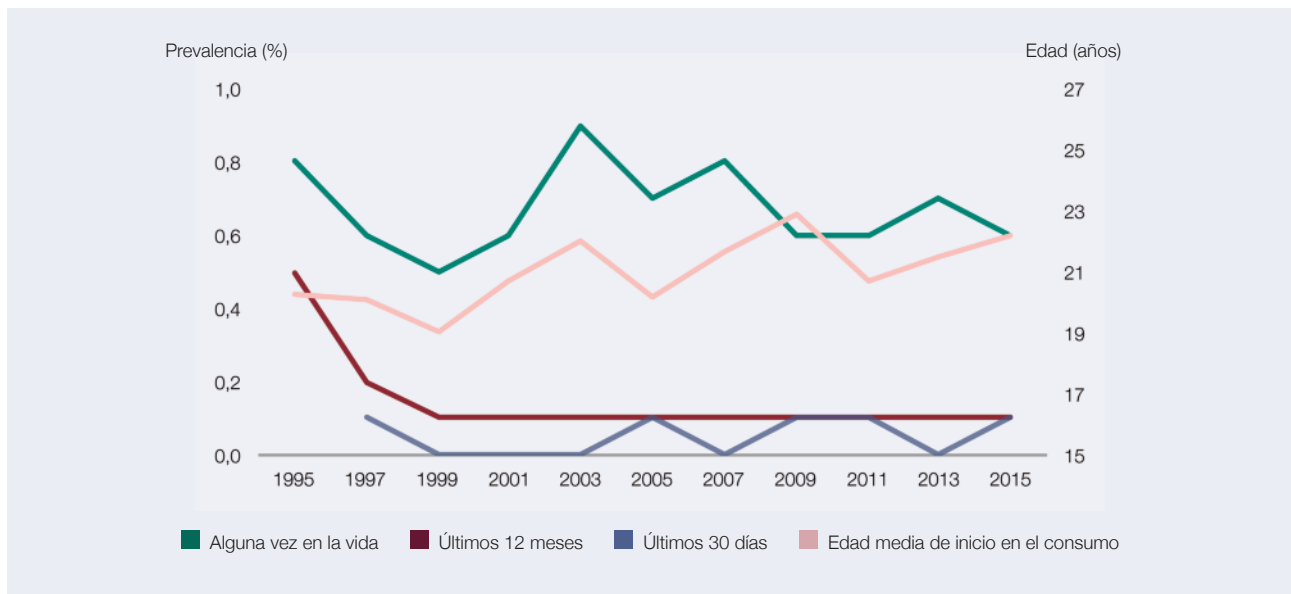
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Heroína e inhalables volátiles

La heroína y los inhalables volátiles registran prevalencias residuales en la población de 15 a 64 años: para ambas sustancias, el porcentaje que ha consumido alguna vez en la vida no alcanza el 1%.

Figura 1.1.42.

Evolución de la prevalencia de consumo de heroína y edad media de inicio en el consumo de heroína en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.

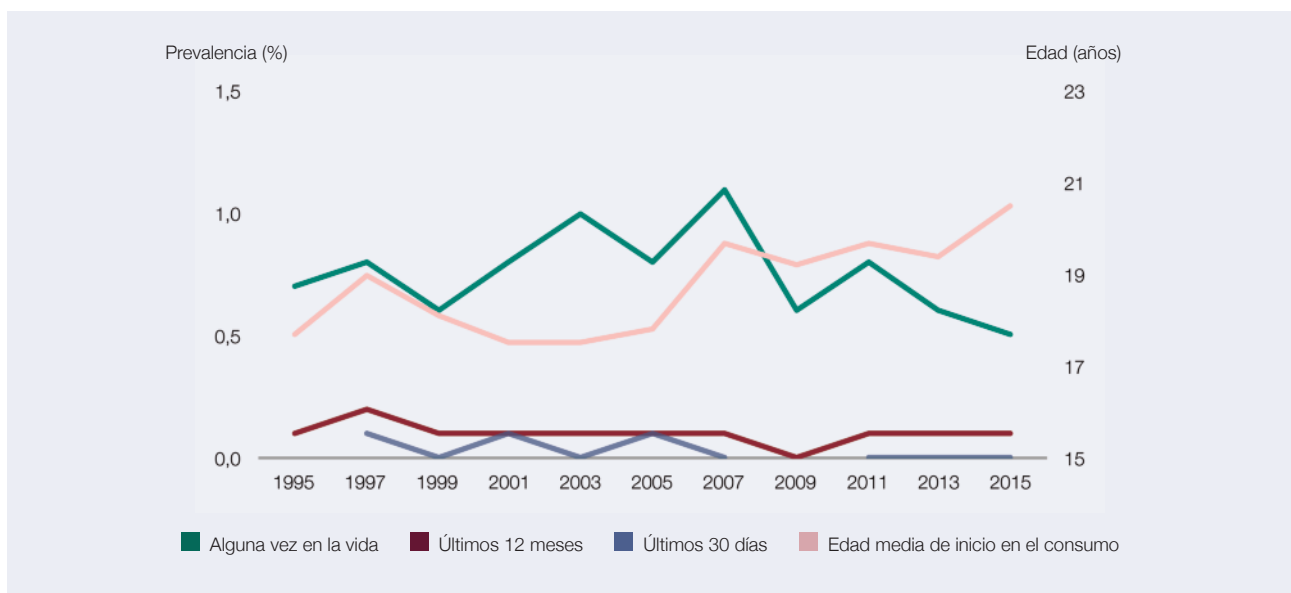


	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Alguna vez en la vida	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6
Últimos 12 meses	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Últimos 30 días	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Edad media de inicio consumo	20,3	20,1	19,0	20,7	22,0	20,2	21,7	22,9	20,7	21,5	22,2

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

Figura 1.1.43.

Evolución de la prevalencia de consumo de inhalables volátiles y edad media de inicio en el consumo de inhalables volátiles en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Alguna vez en la vida	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6	0,8	0,6	0,5
Últimos 12 meses	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Últimos 30 días	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Edad media de inicio consumo	17,7	19,0	18,1	17,5	17,5	17,8	19,7	19,2	19,7	19,4	20,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

Drogas inyectadas

En la encuesta EDADES 2015 se pregunta por la vía de consumo de drogas ilegales, específicamente se pregunta por la vía inyectada, ya que ésta se considera altamente peligrosa, no sólo por la velocidad con la que las drogas llegan al cerebro, sino también por el peligro de sobredosis y por las infecciones asociadas que pueden transmitirse entre consumidores (sida, VHC...).

En 2015, la prevalencia de inyección de drogas alguna vez en la vida se sitúa en el 0,5%.

Policonsumo

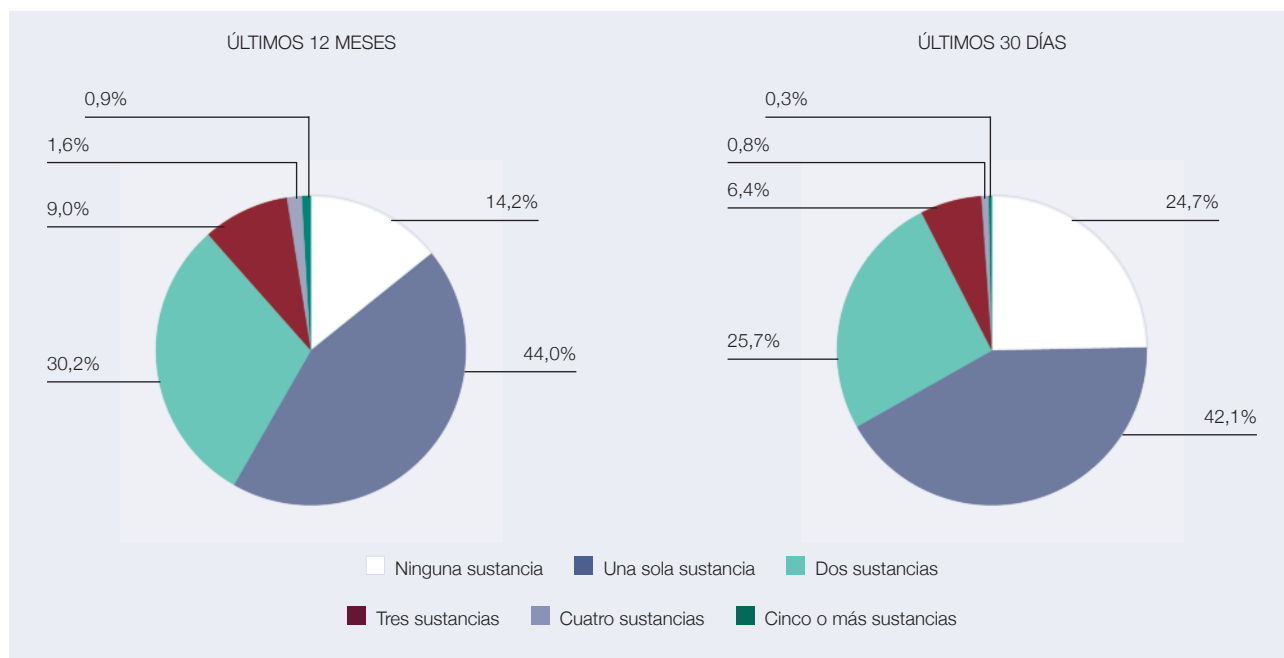
El policonsumo hace referencia al consumo de dos o más sustancias psicoactivas en un mismo periodo de tiempo. Este patrón aumenta los riesgos del consumo de drogas, potenciando los efectos de unas sobre otras, reforzando la adicción, interfiriendo en el diagnóstico y dificultando el tratamiento.

Considerando el conjunto de drogas analizadas, tanto legales como ilegales, el 41,7% de la población de 15 a 64 años realizó algún tipo de policonsumo en los 12 meses previos a la realización de la encuesta, es decir, consumió al menos dos sustancias diferentes en este periodo, mientras que el 44% consumió una única sustancia. Así, aquellos que no realizaron ningún consumo de sustancias psicoactivas suponen el 14,2% de la población.

En relación al tramo temporal de los últimos 30 días, aproximadamente 1 de cada 3 individuos realizó policonsumo (33,2%), encontrando que la mayoría de ellos consumió 2 sustancias diferentes (25,7%). El patrón de consumo más extendido en este tramo temporal es el del consumo de una única sustancia (42,1%) mientras que 1 de cada 4 personas no registró ningún consumo (24,7%).

Figura 1.1.44.

Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días de una sola o más sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2015.



* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

El policonsumo (dos o más sustancias) encuentra su máxima extensión entre los hombres de 25 a 34 años. Aproximadamente, la mitad de ellos consumió dos o más sustancias diferentes en el último año, siendo también el grupo de edad donde se aprecia una mayor diferencia entre la prevalencia de policonsumo registrada por hombres y mujeres.

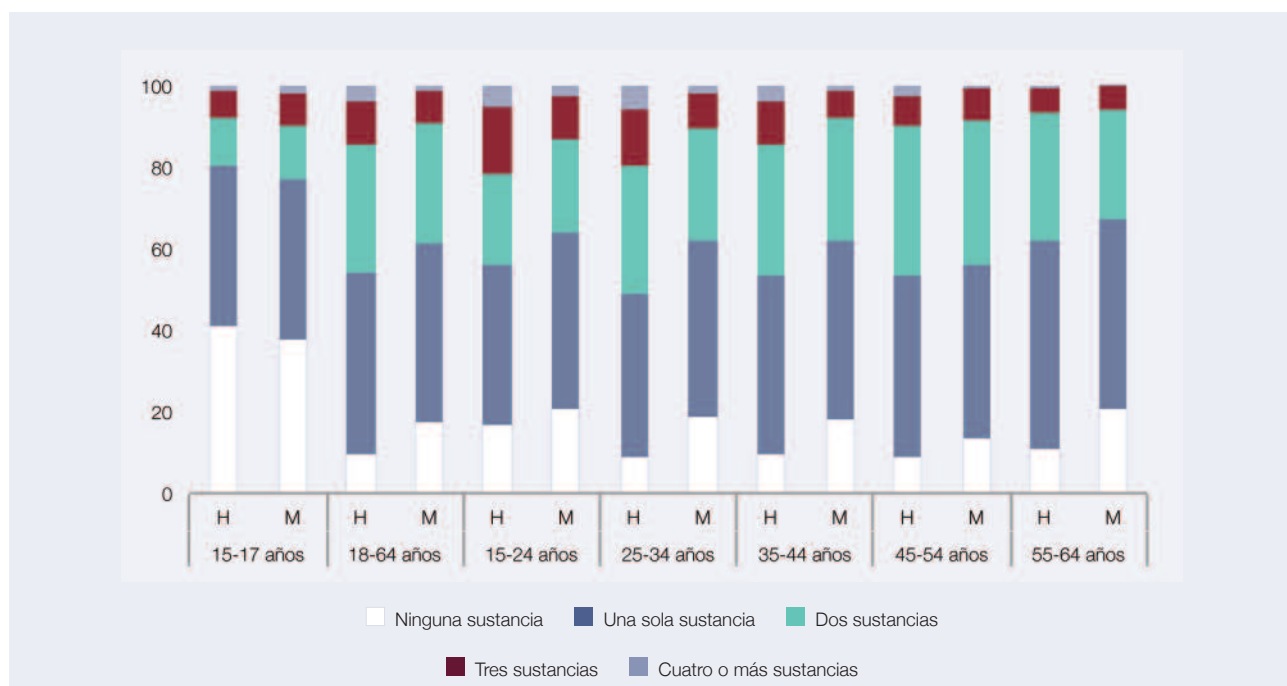
Por el contrario, la menor diferencia entre hombres y mujeres se registra en los grupos de mayor edad, coincidiendo con que se trata de grupos donde el consumo de hipnosedantes en el colectivo femenino adquiere mayor dimensión.

El policonsumo de tres o más sustancias diferentes en los últimos 12 meses registra la mayor prevalencia en los jóvenes de 15 a 24 años, aunque existe una notable diferencia según sexo: entre los hombres, el 21,8% consumió al menos tres drogas distintas en el último año, mientras que entre las mujeres la prevalencia desciende al 13,1%.

En cuanto al consumo de cuatro o más sustancias diferentes, el grupo de hombres de 25 a 34 años es el que registra una mayor prevalencia (6,2%), aunque a partir de esa edad, el porcentaje se sitúa por debajo del 5%.

Figura 1.1.45.

Prevalencias de consumo de diferentes sustancias psicoactivas* en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



		Ninguna sustancia	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
15-17 años	Hombres	40,8	39,8	11,4	7,0	1,0
	Mujeres	37,6	39,6	12,8	8,3	1,7
18-64 años	Hombres	9,6	44,4	31,8	10,4	3,8
	Mujeres	17,3	43,9	29,7	7,8	1,3
15-24 años	Hombres	16,5	39,7	22,1	16,6	5,2
	Mujeres	20,4	43,3	23,2	10,6	2,5
25-34 años	Hombres	8,6	40,3	31,7	13,2	6,2
	Mujeres	19,0	42,9	27,3	8,8	2,1
35-44 años	Hombres	9,7	44,1	32,0	10,1	4,2
	Mujeres	17,8	44,0	30,1	6,8	1,2
45-54 años	Hombres	8,7	45,0	36,2	7,4	2,6
	Mujeres	13,7	42,6	34,9	8,0	0,8
55-64 años	Hombres	10,8	51,5	31,3	5,7	0,6
	Mujeres	20,9	46,2	27,3	5,3	0,3

* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Prevalencia de diferentes sustancias psicoactivas en función del número de sustancias consumidas

En la población que consumió **una única sustancia** en los últimos 12 meses, se registran bajas prevalencias de consumo de drogas ilegales, siendo el alcohol la sustancia más extendida con diferencia, seguida del tabaco. En tercer lugar se encuentran los hipnosedantes (el 4,7% de aquellos que consumieron una única sustancia tomaron tranquilizantes o somníferos).

Entre los que consumieron **dos sustancias psicoactivas** en los últimos 12 meses, se observa que prácticamente la totalidad consumió alcohol y la gran mayoría además fumó tabaco. Asimismo, se observa que en el 17,3% de los casos en que se consumieron dos sustancias, una de ellas fueron los hipnosedantes. En este grupo, el consumo de drogas ilegales es minoritario, siendo el cannabis (5,6%) la que registra el mayor porcentaje.

Sin embargo, entre los que consumieron **tres sustancias psicoactivas** diferentes en los últimos 12 meses, el 59,3% consumió cannabis y prácticamente la totalidad bebieron alcohol y fumaron tabaco. En este grupo cobra importancia el consumo de hipnosedantes (40,2%).

Las sustancias con menor extensión de consumo en el total de la población comienzan a tener cierto impacto en el grupo que consumió **cuatro sustancias psicoactivas** diferentes en los últimos 12 meses. La gran mayoría de ellos consumieron alcohol, tabaco y cannabis y, además, el 45,1% consumió hipnosedantes y el 44,2% cocaína.

Por último, entre los consumidores de **cinco o más sustancias psicoactivas** diferentes en los últimos 12 meses, además del predominio del alcohol, el tabaco y el cannabis, el consumo de cocaína en polvo es también mayoritario (87,9%). Asimismo, aproximadamente la mitad consumió éxtasis, el 42,7% consumió anfetaminas y 4 de cada 10 consumieron alucinógenos y/o hipnosedantes.

Tabla 1.1.47.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas según el número de sustancias* consumidas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2015.

	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro sustancias	Cinco o más sustancias
Alcohol	85,2	94,9	98,2	99,8	98,4
Tabaco	9,7	81,5	97,8	95,8	90,0
Cannabis	0,2	5,6	59,3	93,7	95,2
Éxtasis	0,0	0,1	0,4	4,3	49,6
Hipnosedantes con o sin receta	4,7	17,3	40,2	45,1	40,6
Cocaína en polvo	0,0	0,4	3,1	44,2	87,9
Cocaína base	0,1	0,2	0,2	1,5	5,8
Anfetaminas	0,0	0,0	0,2	8,2	42,7
Alucinógenos	0,1	0,0	0,4	6,6	40,2
Heroína	0,0	0,0	0,2	0,9	5,4
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6

* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Prevalencia de diferentes sustancias psicoactivas entre los consumidores de cada una de ellas

La encuesta EDADES muestra también las prevalencias de consumo (últimos 12 meses) de las diferentes sustancias psicoactivas entre los consumidores de cada una de ellas.

Tabla 1.1.48.

Proporción (% en columnas) de consumidores de otras drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo y/o base, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos (referencia temporal últimos 12 meses). España, 2015.

	Alcohol	Tabaco	Hipnosedantes*	Hipnosedantes**	Cannabis	Cocaína en polvo	Cocaína base	Cocaína polvo y/o base	Éxtasis	Anfetaminas	Alucinógenos	Heroína	Inhalables volátiles	Nuevas sustancias
Alcohol	100,0	44,1	11,3	2,1	11,4	2,4	0,2	2,5	0,7	0,7	0,7	0,1	0,1	1,0
Tabaco	85,3	100,0	14,4	3,0	19,8	4,0	0,2	4,1	1,1	1,1	1,1	0,2	0,1	1,7
Hipnosedantes*	72,4	48,1	100,0	19,3	10,2	3,0	0,2	3,2	0,9	0,8	1,0	0,3	0,1	0,9
Hipnosedantes**	72,4	52,9	100,0	100,0	14,0	8,3	0,1	8,4	1,6	1,6	2,0	0,5	0,1	2,0
Cannabis	93,4	82,2	13,0	3,4	100,0	15,7	0,7	16,0	5,3	4,6	4,8	0,9	0,4	7,4
Cocaína polvo y/o base	96,1	80,0	18,9	9,5	74,7	94,4	8,3	100,0	20,6	17,6	15,9	3,0	1,8	21,7
Éxtasis	94,2	72,9	17,5	6,2	83,2	67,7	3,8	70,3	100,0	44,7	40,9	3,8	6,0	41,1
Anfetaminas	96,7	77,9	18,5	6,8	81,5	66,3	2,2	67,1	48,9	100,0	42,7	2,2	2,8	46,5
Alucinógenos	92,0	72,9	20,0	8,0	79,0	53,8	3,6	56,4	43,3	41,9	100,0	3,6	4,7	84,2

* Hipnosedantes con o sin receta.

** Hipnosedantes sin receta.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

El consumo de **alcohol** se encuentra generalizado entre los consumidores de sustancias psicoactivas; más del 90% de aquellos que consumieron cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos bebieron alcohol en el mismo periodo. El consumo de alcohol también predomina entre los fumadores (85,3%) y, en menor medida, entre aquellos que tomaron hipnosedantes (72,4%).

El **tabaco** se encuentra especialmente extendido entre los consumidores de cannabis (82,2%) y de cocaína (80%), aunque también registra una importante prevalencia entre aquellos que tomaron éxtasis, anfetaminas o alucinógenos, pues entre el 70% y el 80% de ellos fumaron en el último año. Prácticamente la mitad de los consumidores de hipnosedantes consumió tabaco en los últimos 12 meses. Por su parte, el consumo diario de tabaco adquiere mayor prevalencia entre aquellos que en el último año han consumido cocaína (66,1%), cannabis (62,9%) o anfetaminas (61,7%).

El porcentaje de consumidores de **hipnosedantes** alcanza las mayores proporciones entre los consumidores de alucinógenos, anfetaminas y cocaína: aproximadamente 2 de cada 10 han tomado tranquilizantes o somníferos en el último año.

En relación al consumo de **sustancias ilegales**, la mayor prevalencia del cannabis se observa entre los consumidores de éxtasis y anfetaminas (más del 80% consumieron cannabis en el último año). Por otro lado, se aprecia cierta relación entre el consumo de éxtasis y anfetaminas (prácticamente la mitad de los consumidores de anfetaminas consumieron también éxtasis) registraron también un consumo de éxtasis.

Asimismo, se percibe que la población que ha consumido éxtasis muestra comparativamente una mayor prevalencia de la cocaína frente a los consumidores de otras sustancias.

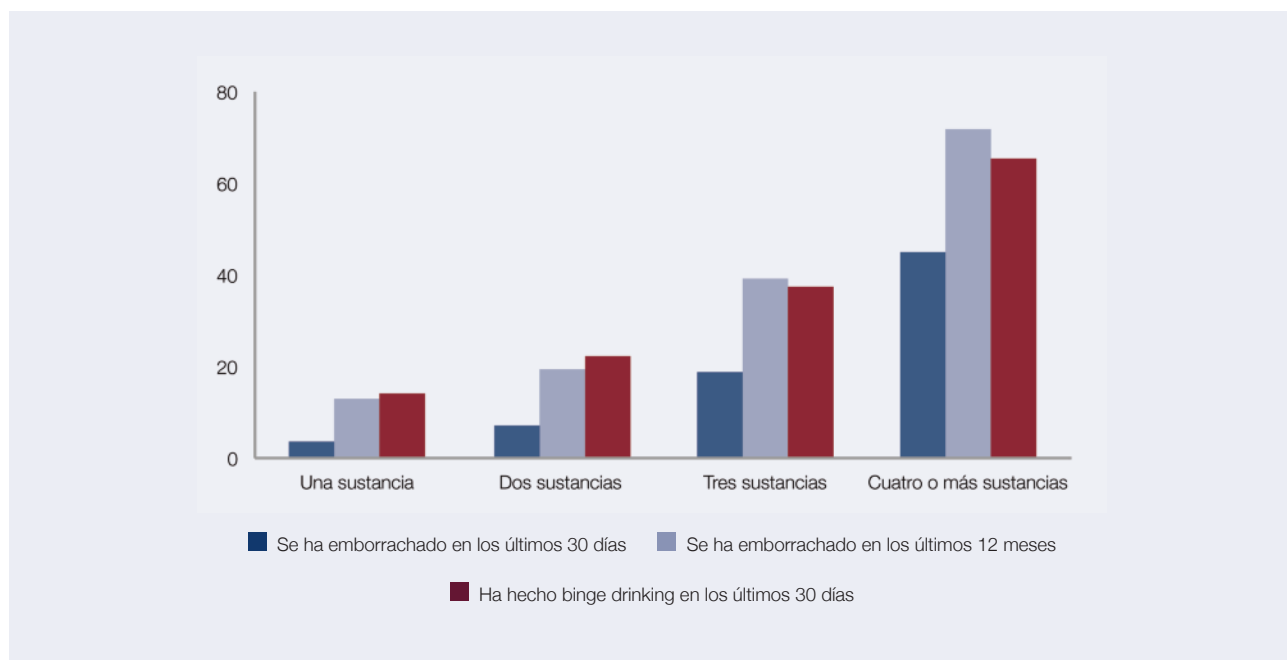
Binge drinking, intoxicaciones etílicas y consumo problemático de cannabis en función del número de sustancias consumidas

La prevalencia del *binge drinking* así como de las intoxicaciones etílicas se incrementa conforme aumenta el número de sustancias diferentes consumidas en el último año.

Además, se aprecia que el consumo problemático de cannabis aumenta su extensión conforme se incrementa el número de sustancias psicoactivas consumidas por aquellos que responden la escala CAST.

Figura 1.1.46.

Prevalencia de binge drinking y de intoxicaciones etílicas según el número de sustancias* consumidas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2015.



	Una sustancia sustancia	Dos sustancias sustancias	Tres sustancias sustancias	Cuatro o más sustancias
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	3,7	7,1	18,5	44,8
Se ha emborrachado en los últimos 12 meses	13,0	19,5	39,0	71,7
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	14,2	22,5	37,3	65,7

* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Figura 1.1.47.

Prevalencia de consumo problemático de cannabis (CAST \geq 4) en la población de 15-64 años que ha contestado la escala CAST según el número de sustancias psicoactivas consumidas* en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2015.



* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Percepción de riesgo ante el consumo de sustancias psicoactivas en función del número de sustancias consumidas

En términos generales, se observa que cuanto mayor es el número de sustancias consumidas en los últimos 12 meses, menor es la percepción de riesgo asociada al consumo de sustancias.

Un ejemplo de ello es que, para más del 90% de las personas que no han consumido ninguna sustancia en el último año, consumir semanalmente **cannabis** constituye un riesgo. Sin embargo, el porcentaje que opina de este modo disminuye progresivamente a medida que aumenta el número de drogas consumidas por quien ha de responder. Siguiendo con el ejemplo, entre aquellos que consumieron cuatro o más sustancias diferentes en el último año, tan sólo 3 de cada 10 advierten peligro en el consumo semanal de cannabis.

En la población que consumió dos o más sustancias en el último año, la percepción de riesgo ante el consumo diario de **tabaco** y ante el consumo diario de **hipnosedantes** está sustancialmente más extendida que la relativa al consumo habitual de **cannabis** (una vez por semana o más).

Con respecto al consumo de **alcohol**, se observan también diferencias sustanciales entre los grupos. La mayoría de las personas que no han tomado sustancias psicoactivas en el último año piensan que tomar 5 o 6 cañas/copas el fin de semana puede conllevar problemas (el 72,5%). Sin embargo, este porcentaje desciende hasta el 47,9% entre aquellos que consumieron una única sustancia y continúa descendiendo en los grupos que registran consumos de un mayor número de drogas (sólo el 17,7% de los que consumieron más de 3 sustancias cree que ese consumo puede ser peligroso).

Si se considera el grupo que consumió **tres sustancias diferentes en los últimos 12 meses**, se advierte una escasa percepción de riesgo ante el consumo de **cannabis** una vez por semana o más (54,9%) en comparación con los grupos de consumidores de ninguna, una o dos sustancias. También se observa que el 14,8% no considera problemático el consumo diario de un paquete de tabaco mientras que este porcentaje es del 3% entre los que no consumieron ninguna sustancia.

Como ya se mencionó anteriormente, entre los que consumieron **más de tres sustancias en los últimos 12 meses**, tan solo 3 de cada 10 asocian riesgo al consumo semanal de **cannabis**, el 65,6% al consumo puntual de cocaína y el 73,3% al consumo de éxtasis una vez o menos al mes.

El consumo de **heroína una vez o menos al mes** es el único que se percibe como asociado a problemas por todos los grupos de policonsumidores, independientemente del número de sustancias que éstos hayan consumido en los últimos 12 meses.

Tabla 1.1.49.

Percepción de riesgo (porcentaje que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) entre la población de 15 a 64 años según el número de sustancias psicoactivas* consumidas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2015.

	Ninguna sustancia	Una sustancia	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Fumar un paquete de tabaco diario	97,0	94,1	88,1	85,2	77,8
Tomarse 5 o 6 cañas/copas el fin de semana	72,5	47,9	37,5	29,0	17,7
Tomarse 5 o 6 cañas/copas cada día	96,5	91,5	88,0	83,7	74,3
Fumar cannabis una vez o menos al mes	84,0	68,2	57,2	33,8	11,9
Fumar cannabis una vez por semana o más	92,3	85,1	77,6	54,9	31,1
Tomar hipnosedantes una vez o menos al mes	75,0	60,8	54,0	39,4	33,6
Tomar hipnosedantes de una a tres veces por semana	88,6	81,6	76,1	63,7	58,5
Tomar hipnosedantes a diario o casi a diario	95,8	93,0	90,2	82,5	81,6
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	98,1	96,2	94,4	89,5	73,0
Consumir cocaína una vez o menos al mes	97,9	96,5	94,7	89,6	65,6
Consumir heroína una vez o menos al mes	98,7	98,0	97,1	96,5	92,4
Consumir alucinógenos una vez o menos al mes	98,4	97,8	96,4	93,9	81,6
Consumir GHB una vez o menos al mes	98,5	98,0	96,9	95,0	86,2
Consumir anfetaminas una vez o menos al mes	98,2	97,4	95,7	93,3	77,2
Consumir setas alucinógenas una vez o menos al mes	98,4	97,5	95,8	93,0	76,3
Consumir ketamina una vez o menos al mes	98,7	98,2	96,9	95,0	88,0

* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Características sociodemográficas de los policonsumidores

Se han analizado también algunas de las características sociodemográficas de los diferentes grupos de población considerándolos en función del número de sustancias psicoactivas consumidas en los últimos 12 meses.

Así, el porcentaje que representan las personas casadas disminuye a medida que aumenta el número de sustancias consumidas y sólo el 19,6% de las personas que consumieron más de tres sustancias diferentes en el último año lo están.

Además, la proporción de individuos con estudios universitarios es superior en la población que no ha realizado policonsumo en los últimos 12 meses.

En relación con la percepción sobre el propio estado de salud, el porcentaje que considera tener buena salud es inferior en la población que ha realizado policonsumo. De hecho, esta opinión se encuentra menos extendida a medida que se reconoce el consumo de un mayor número de sustancias diferentes, hasta que 1 de cada 4 personas que han consumido más de tres sustancias distintas en el último año no cree gozar de buena salud.

Tabla 1.1.50.

Estado civil, nivel de estudios y percepción del estado de salud entre la población de 15 a 64 años según el número de sustancias psicoactivas* consumidas en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 2015.

	No policonsumo (ninguna o una sustancia)	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro o más sustancias
Estado civil				
Soltero/a	36,5	36,3	54,3	67,9
Casado/a	54,9	51,8	34,4	19,6
Separado/a - Divorciado/a - Viudo/a	8,6	12,0	11,3	12,4
Nivel de estudios				
Primarios/sin estudios	15,2	14,6	13,0	13,7
Secundarios	63,7	67,7	72,2	69,8
Universitarios	21,1	17,7	14,8	16,5
Percepción sobre el propio estado de salud				
Buena/muy buena	87,7	84,4	79,9	76,2
Regular	10,9	13,3	17,3	20,8
Mala/muy mala	1,5	2,3	2,8	2,9

* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Nuevas sustancias

Se consideran nuevas sustancias aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales como el cannabis, la cocaína, el éxtasis, etc. Estas nuevas sustancias se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos u otras.

La mayoría de la población desconoce la existencia de estas nuevas sustancias. El 71,1% de la población manifiesta que nunca ha oído hablar de sustancias de este tipo. Incluso en el grupo de edad más joven, de 15 a 24 años, también se registra un elevado porcentaje de desconocimiento (66,6%).

Cuando se pregunta de manera genérica por el consumo de este tipo de sustancias (alguna vez en la vida) la prevalencia se sitúa en el 3,4% para el conjunto de la población de 15 a 64 años.

Se trata de sustancias cuyo consumo se encuentra más extendido entre los hombres, encontrando la mayor prevalencia de este grupo en la población de 25 a 34 años (8,4% para el consumo alguna vez en la vida). No obstante, la prevalencia en este grupo desciende al 2% para el consumo en los últimos 12 meses, lo que indica que la mayor parte de este consumo es experimental.

Entre las mujeres, sin embargo, el porcentaje de consumo más elevado se registra en la población de 15 a 24 años (el 2,9% ha consumido alguna vez en la vida).

La encuesta EDADES 2015 permite además obtener información sobre el consumo de determinadas nuevas sustancias que han aparecido recientemente en el mercado o que, aun habiendo sido utilizadas desde hace más tiempo ya sea con fines recreativos o incluso médicos, recuperan su popularidad con usos similares o reinventados. Las sustancias que se abordan de manera específica en EDADES 2015 son: ketamina, GHB, spice, mefedrona, salvia y esteroides anabolizantes. Las encuestas EDADES 2011 y 2013 incluyeron además preguntas sobre nexus, research chemicals, piperazinas y legal highs, pero las bajas prevalencias obtenidas hicieron recomendable no incluirlas en EDADES 2015.

Spice y **ketamina** son las sustancias con mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida, aunque no alcanza siquiera el 1% entre el total de la población. Los valores más elevados de prevalencia se alcanzan en el grupo de hombres de 25 a 44 años aunque se mantienen por debajo del 2%. Los datos obtenidos apuntan a que se trata, mayoritariamente, de un consumo de tipo experimental, dado que el consumo en los últimos 12 meses muestra prevalencias residuales (inferiores al 0,5%).

La prevalencia de consumo de **GHB** (o éxtasis líquido) se sitúa en el 0,6% para el consumo alguna vez en la vida, mientras que la **mefedrona**, la **salvia** y los **esteroides anabolizantes** son las sustancias menos extendidas y sus prevalencias entre el total de la población no superan el medio punto porcentual.

Tabla 1.1.51.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Total nuevas sustancias	3,4	5,0	1,8	3,9	4,8	2,9	5,5	8,4	2,6	4,6	6,8	2,3	2,2	3,6	1,0	0,6	0,9	0,3
Ketamina	0,7	1,1	0,3	0,7	0,8	0,5	1,2	1,9	0,6	1,2	1,9	0,5	0,3	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0
GHB	0,6	1,0	0,2	0,4	0,6	0,2	0,9	1,5	0,4	1,1	2,0	0,2	0,3	0,5	0,1	0,2	0,3	0,0
Spice	0,8	1,1	0,5	0,5	0,7	0,3	1,2	1,9	0,6	1,1	1,6	0,7	0,7	1,0	0,5	0,2	0,2	0,2
Mefedrona	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,4	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Salvia	0,5	0,8	0,1	0,6	1,1	0,0	0,7	1,2	0,3	0,8	1,3	0,3	0,2	0,4	0,1	0,0	0,1	0,0
Esteroides anabolizantes	0,2	0,3	0,0	0,3	0,6	0,0	0,3	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Si se considera el tramo temporal de los últimos 12 meses, la prevalencia de las diferentes sustancias estudiadas no alcanza el 1%, teniendo en cuenta los diferentes grupos de edad y sexo considerados. La edad media de inicio en el consumo de estas sustancias oscila entre los 20,8 años (registrado para el caso de la salvia) y los 23,3 años (obtenidos de media en el caso del GHB). Por término medio, el primer consumo de spice se produce a los 21,9 años y el de ketamina a los 22 años.

En 2015 no se aprecian variaciones importantes de las prevalencias de consumo de las diferentes sustancias con respecto a 2013. La mayor variación se produce en el caso del spice, que ha visto su prevalencia de consumo alguna vez en la vida incrementada en tres décimas (de 0,5% en 2013 a 0,8% en 2015), pero sin alcanzar el valor registrado en 2011 (1,1%). Por otra parte, la extensión del consumo de esta sustancia para los últimos 12 meses se ha mantenido estable (0,1% en 2013 y 2015).

Tabla 1.1.52.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Total nuevas sustancias	0,9	1,3	0,4	2,0	2,6	1,5	1,2	2,0	0,4	0,9	1,4	0,4	0,3	0,5	0,1	0,2	0,2	0,1
Ketamina	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
GHB	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0
Spice	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Mefedrona	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Salvia	0,1	0,2	0,0	0,3	0,6	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Esteroides anabolizantes	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Tabla 1.1.53.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2011-2015.

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses		
	2011	2013	2015	2011	2013	2015
Ketamina	1,1	0,8	0,7	0,8	0,1	0,1
GHB	–	0,6	0,6	–	0,1	0,1
Spice	1,1	0,5	0,8	0,8	0,1	0,1
Piperazinas	0,4	0,0	–	0,3	0,0	–
Mefedrona	0,4	0,1	0,2	0,3	0,0	0,0
Nexus	0,5	0,2	–	0,3	0,0	–
Research Chemicals	0,4	0,1	–	0,3	0,0	–
Legal Highs	0,7	0,0	–	0,6	0,0	–
Salvia	–	0,5	0,5	–	0,1	0,1
Esteroides anabolizantes	–	0,2	0,2	–	0,0	0,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2011-2015).

Perfil de los consumidores de nuevas sustancias

La mayoría de los que han probado las nuevas sustancias alguna vez en su vida son hombres. Además, a partir de los 24 años el porcentaje que representan los solteros es superior al que se registra entre aquellos que nunca han consumido este tipo de sustancias.

Tabla 1.1.54.

Distribución según sexo, estado civil y nivel de estudios entre la población de 15-44 años de edad según se hayan consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida o no (porcentajes). España, 2015.

	15-24 años		25-34 años		35-44 años	
	NSP alguna vez	NSP nunca	NSP alguna vez	NSP nunca	NSP alguna vez	NSP nunca
Sexo						
Hombre	63,3	50,8	76,5	48,7	76,0	50,4
Mujer	36,7	49,2	23,5	51,3	24,0	49,6
Estado civil						
Soltero/a	92,0	95,0	79,8	62,3	50,4	27,8
Casado/a	8,0	4,8	18,5	35,6	39,1	63,4
Separado/a - Divorciado/a - Viudo/a	0,0	0,2	1,7	2,0	10,4	8,8
Nivel de estudios						
Sin estudios/ estudios primarios	9,6	14,1	11,1	8,3	10,1	8,1
Estudios secundarios	79,6	78,3	64,1	64,8	67,8	66,4
Estudios universitarios	10,9	7,6	24,8	26,9	22,1	25,6

NSP = nuevas sustancias psicoactivas.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Percepción de riesgo de nuevas sustancias

La población general (ambos sexos y todos los grupos de edad) percibe riesgo asociado al consumo esporádico de nuevas sustancias como GHB o ketamina.

Tabla 1.1.55.

Riesgo percibido ante el consumo una vez o menos al mes de GHB y de ketamina (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según sexo y edad. España, 2015.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Consumir GHB																		
1 vez o menos al mes	96,9	96,2	97,7	96,3	96,0	96,7	96,3	95,3	97,2	96,9	95,9	97,9	97,2	96,6	97,7	98,0	97,2	98,7
Consumir ketamina																		
1 vez o menos al mes	97,1	96,3	97,9	96,4	96,3	96,6	96,3	95,3	97,3	96,9	96,0	97,9	97,5	96,9	98,0	98,3	97,4	99,2

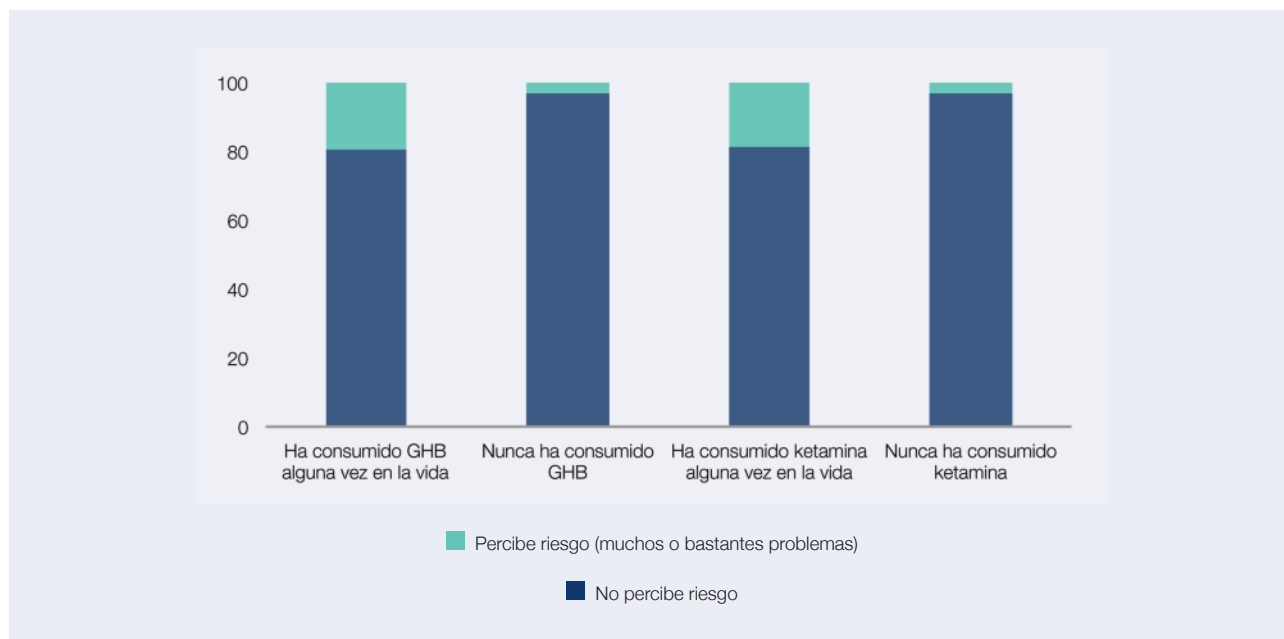
T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

No obstante, entre los consumidores de las respectivas sustancias, la percepción de riesgo es menor que entre la población general. El 80,7% de los que han consumido GHB alguna vez cree que su consumo esporádico (una vez al mes o menos) puede ocasionar problemas, de modo que 2 de cada 10 consumidores no advierten un peligro tras su experiencia. Los porcentajes son semejantes cuando se analiza la percepción de riesgo entre los consumidores de ketamina: el 81,2% opina que su consumo puede ser problemático, lo que supone 16 puntos porcentuales menos con respecto a la percepción entre los que nunca han consumido esta sustancia.

Figura 1.1.48.

Percepción de riesgo ante el consumo una vez o menos al mes de GHB y de ketamina (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que esta conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según se hayan consumido alguna vez en la vida o no (porcentajes). España, 2015.



	Percibe riesgo	No percibe riesgo
Ha consumido GHB alguna vez en la vida	80,7	19,3
Nunca ha consumido GHB	97,0	3,0
Ha consumido ketamina alguna vez en la vida	81,2	18,8
Nunca ha consumido ketamina	97,2	2,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Percepción de disponibilidad de nuevas sustancias

En general, la percepción del GHB o la ketamina como sustancias accesibles es minoritaria entre la población y aproximadamente 3 de cada 4 personas piensan que es complicado conseguirlas en 24 horas.

La percepción de disponibilidad se encuentra más extendida en el grupo masculino y, específicamente, en el grupo de 25 a 34 años (en el que se registraban prevalencias de consumo más elevadas): el 31,3% piensa que es fácil adquirir ketamina, y el 33,2% opina de ese modo en relación al GHB.

Tabla 1.1.56.

Disponibilidad percibida de nuevas sustancias como GHB y ketamina (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
GHB	24,2	27,8	20,4	25,7	28,5	22,7	29,9	33,2	26,4	26,3	30,8	21,2	22,3	26,2	18,7	15,5	18,4	12,3
Ketamina	23,0	26,2	19,6	24,1	26,0	22,1	28,4	31,3	25,4	24,9	29,5	19,7	21,1	24,3	18,1	15,3	18,0	12,2

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

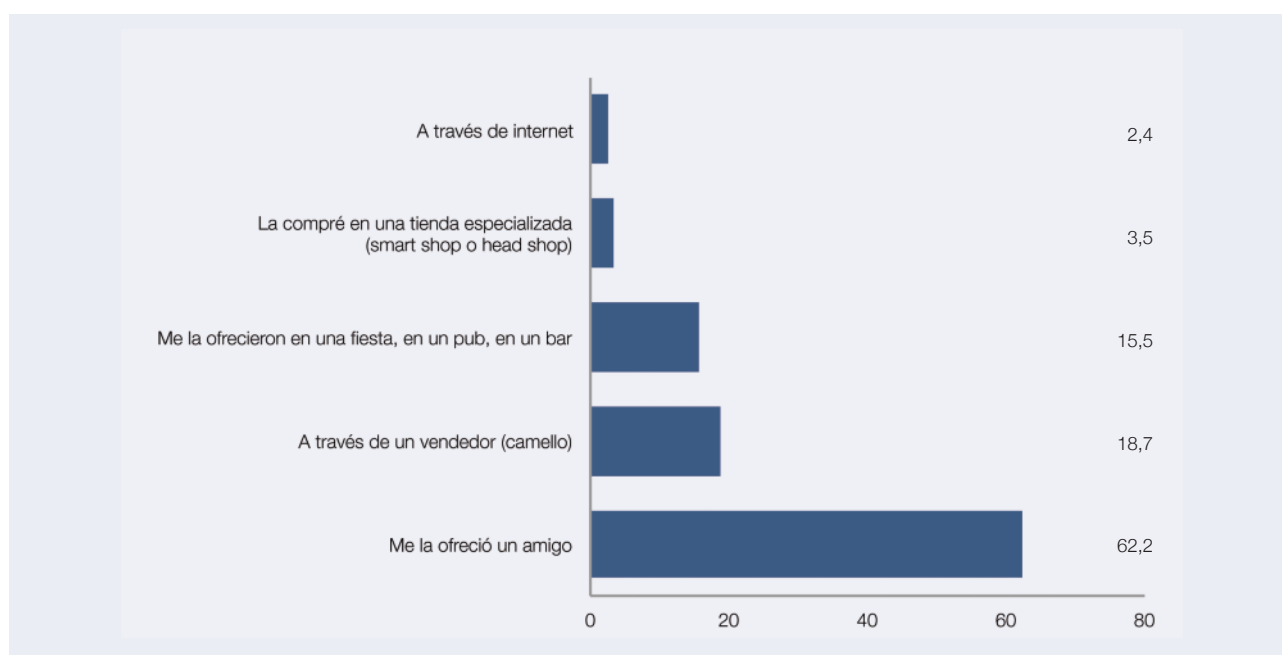
Vías de obtención de nuevas sustancias

EDADES 2015 incluye también preguntas sobre las vías de obtención de nuevas sustancias entre aquellas personas que las han consumido en los últimos 12 meses.

Las amistades son, con diferencia, el principal recurso para adquirir sustancias de este tipo (el 62,2% de los consumidores en el último año señala que las consiguió a través de un amigo). Otras posibilidades son los vendedores o camellos (18,7%) o tras un ofrecimiento en una fiesta o pub (15,5%). Internet y las tiendas especializadas son recursos utilizados minoritariamente por los consumidores (menos del 5%).

Figura 1.1.49.

Vías de obtención de nuevas sustancias en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años que ha consumido nuevas sustancias en los últimos 12 (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Policonsumo entre los consumidores de nuevas sustancias

Las personas que han consumido nuevas sustancias alguna vez muestran prevalencias de consumo en otros tipos de sustancias psicoactivas notablemente más elevadas que las que se registran en la población general.

Entre los que han consumido nuevas sustancias alguna vez, el consumo de **cannabis** se encuentra generalizado (más del 90% lo ha consumido alguna vez y este resultado se mantiene para cada una de las nuevas sustancias analizadas).

La mayoría (aproximadamente el 75%) de los que han consumido nuevas sustancias alguna vez también han consumido **cocaína o alucinógenos alguna vez**. Por otra parte, cuando se considera a los consumidores de alguna de las nuevas sustancias de manera específica se observa que, entre los consumidores de ketamina, de GHB y de spice, 9 de cada 10 han consumido cocaína alguna vez.

Además, aproximadamente la mitad de los que han consumido nuevas sustancias alguna vez también ha consumido **anfetaminas o éxtasis**, y 1 de cada 3 ha consumido **hipnosedantes**. Por otra parte, entre los consumidores de ketamina 8 de cada 10 han consumido éxtasis alguna vez (83,3%).

Con respecto al número de sustancias psicoactivas consumidas, el policonsumo es el patrón generalizado entre los que han consumido nuevas sustancias alguna vez en su vida, quienes de forma mayoritaria (>75%) reconocen haber experimentado con cinco o más sustancias psicoactivas diferentes a lo largo de su vida.

Tabla 1.1.57.

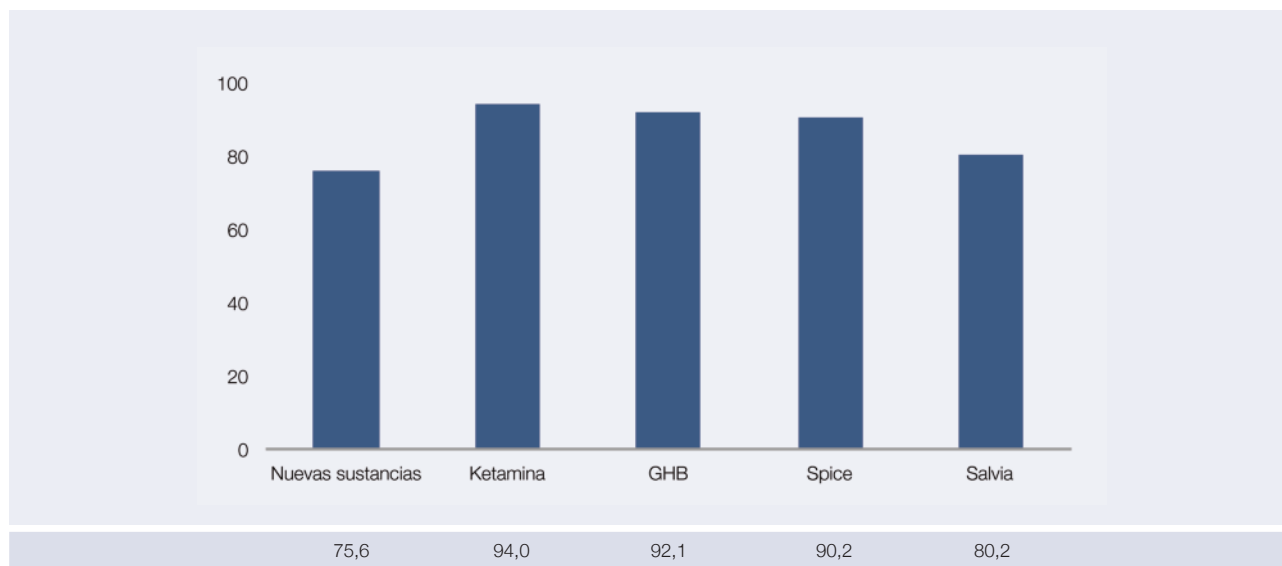
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida de otras sustancias psicoactivas entre las personas de 15-64 años que han consumido ketamina, GHB, spice o salvia alguna vez en la vida (porcentajes). España, 2015.

	Nuevas sustancias	Ketamina	GHB	Spice	Salvia
Alcohol	99,2	98,4	98,2	98,4	97,4
Tabaco	94,7	95,0	94,8	94,6	96,8
Anfetaminas/speed	55,0	80,5	79,2	77,3	62,7
Alucinógenos	73,6	100,0	87,7	69,3	84,5
Hipnosedantes con o sin receta	32,4	40,9	38,9	44,5	40,8
Cannabis	94,1	98,3	94,4	97,9	96,8
Éxtasis	53,9	83,3	81,9	68,4	62,4
Cocaína polvo y/o base	74,0	93,1	92,9	91,8	75,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Figura 1.1.50.

Prevalencia de consumo de cinco o más sustancias psicoactivas* alguna vez entre la población de 15 a 64 años según se hayan consumido en alguna ocasión nuevas sustancias, ketamina, GHB, spice o salvia (porcentajes). España, 2015.



* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

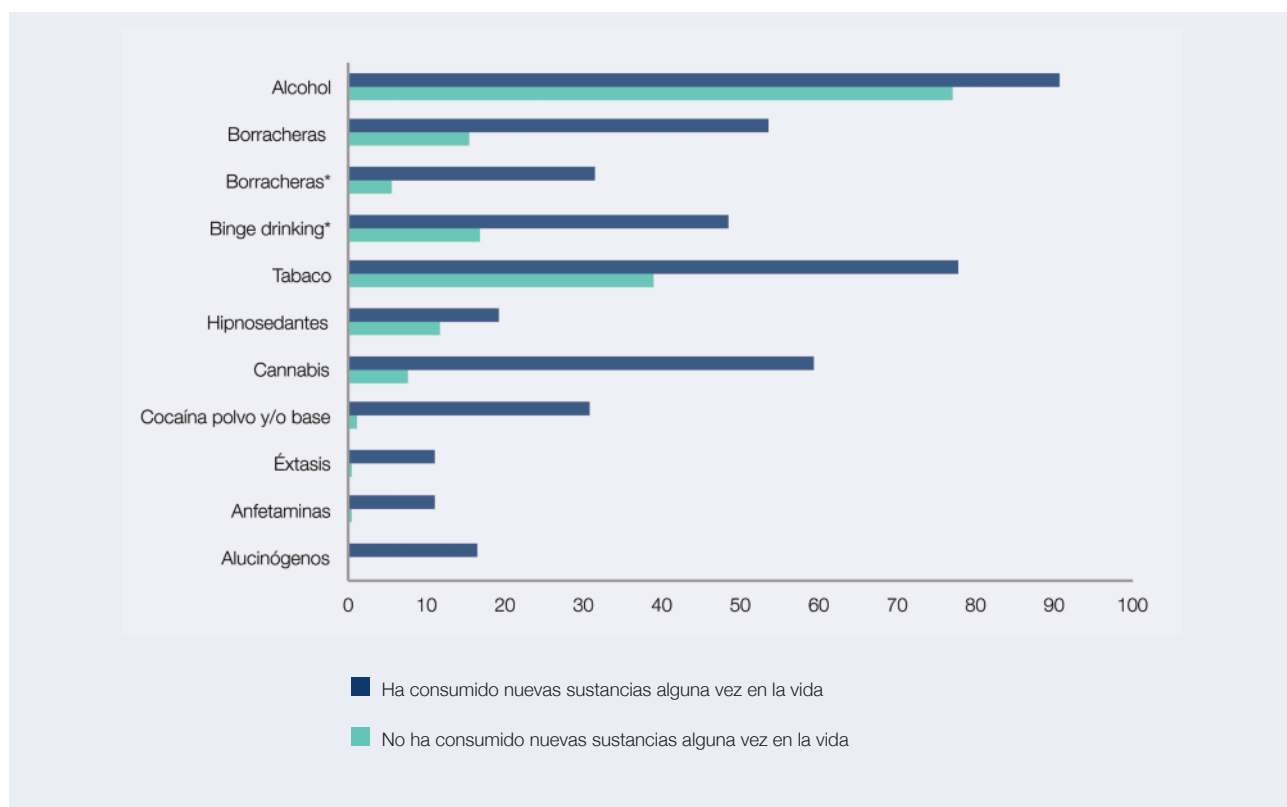
También se dispone de información sobre los consumos recientes de otras sustancias realizados por los que han consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida. Así, casi la mitad (48,3%) de las personas que han probado nuevas sustancias alguna vez reconocen haber hecho *binge drinking* en el último mes y el 31,4% reconoce haber sufrido una *intoxicación etílica aguda* en este periodo, por lo que puede afirmarse que el consumo intensivo de alcohol es más frecuente en el grupo de consumidores de nuevas sustancias.

La prevalencia del consumo de **tabaco** también resulta notablemente superior en este grupo, en el que la proporción de fumadores en el último año es del 77,8% frente al 38,9% entre los que no han probado nunca las nuevas sustancias psicoactivas.

De igual modo, el 59,2% reconoce haber consumido cannabis en el último año mientras que esta proporción es del 7,7% entre los que nunca han probado las nuevas sustancias psicoactivas. Con respecto al consumo de cocaína, las cifras registradas son del 30,8% frente al 1%.

Figura 1.1.51.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre las personas de 15-64 años que han consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida frente a los que no han consumido nuevas sustancias (porcentajes fila). España, 2015.



	Alcohol	Borracheras	Borracheras*	Binge drinking*	Tabaco	Hipnosedantes	Cannabis	Cocaína polvo y/o base	Éxtasis	Anfetaminas	Alucinógenos
Ha consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida	90,8	53,4	31,4	48,3	77,8	19,1	59,2	30,8	11,1	10,9	16,5
No ha consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida	77,0	15,5	5,6	16,8	38,9	11,7	7,7	1,0	0,2	0,2	0,0

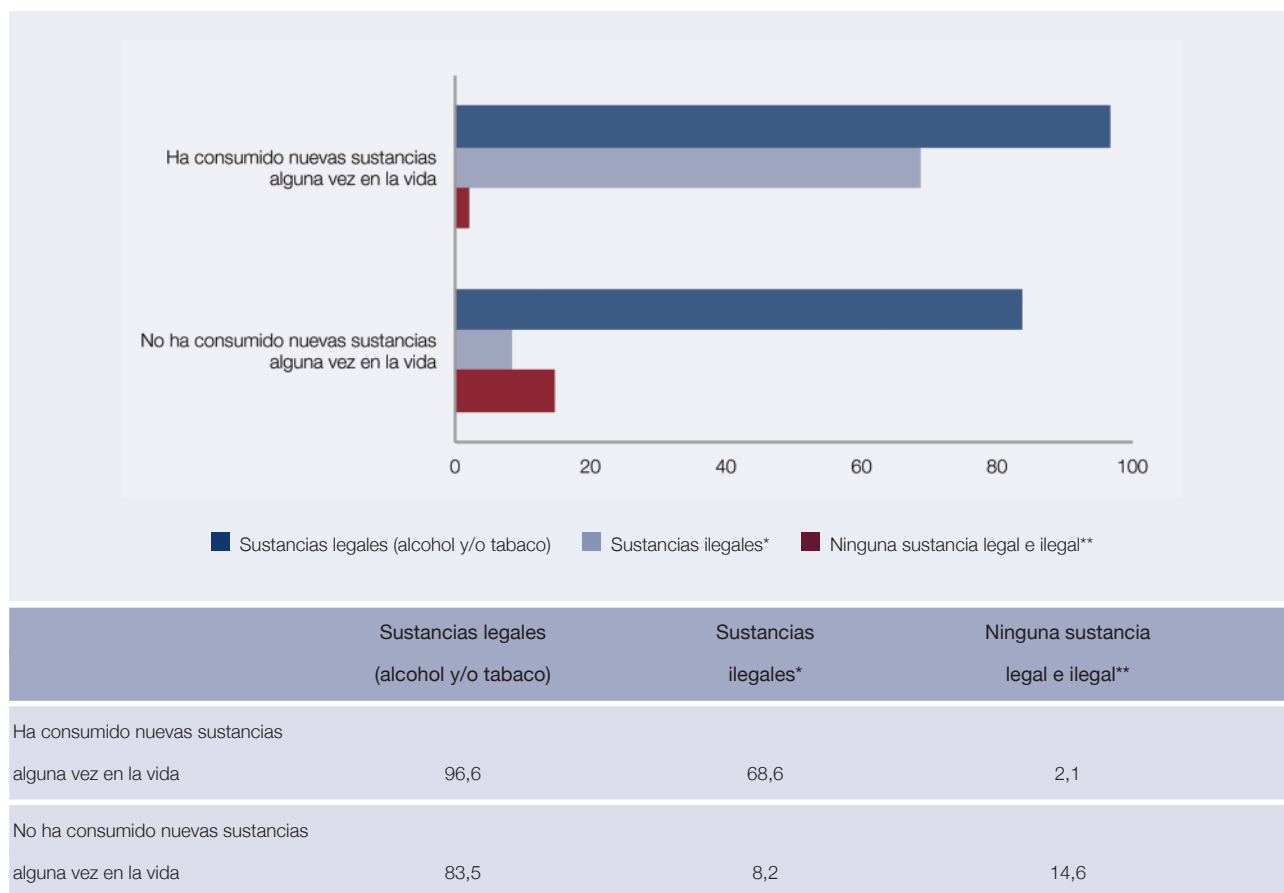
* Últimos 30 días.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

En general, además, la mayoría (68,6%) de los que han consumido nuevas sustancias psicoactivas en alguna ocasión reconoce un consumo de sustancias ilegales en el último año.

Figura 1.1.52.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales* en los últimos 12 meses en función de haber consumido o no nuevas sustancias** alguna vez en la vida (porcentajes). España, 2015.



* Sustancias psicoactivas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles).

** Respuesta a la pregunta NS1 del cuestionario.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Opinión de los consumidores de nuevas sustancias psicoactivas sobre la importancia de las acciones para resolver el problema de las drogas

La encuesta EDADES 2015 explora también sobre qué medidas opinan los encuestados que son las más efectivas para resolver el problema de las drogas.

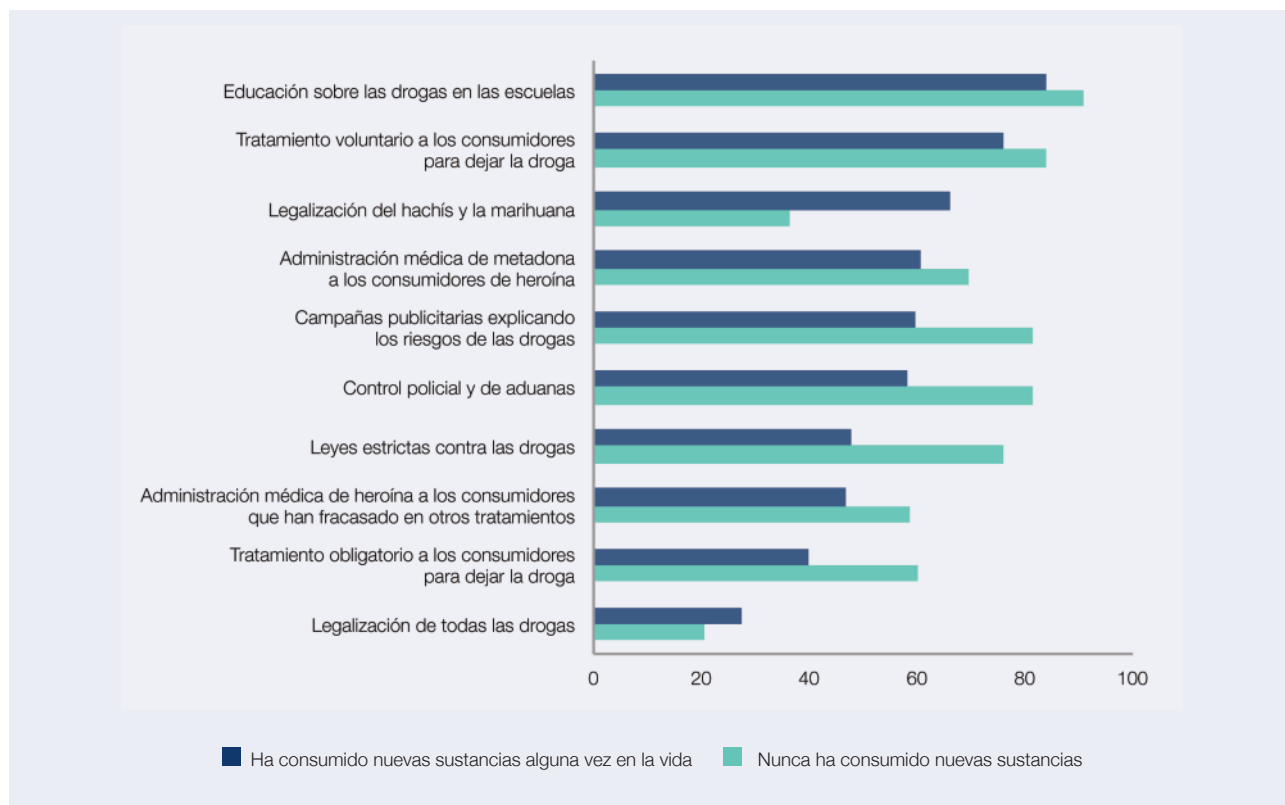
En el grupo de los que han consumido nuevas sustancias psicoactivas alguna vez, las medidas señaladas por una mayor proporción como “muy importantes” son la educación en las escuelas (83,7%) y el tratamiento voluntario a los consumidores (76,0%). No obstante, estos porcentajes son inferiores a los registrados entre aquellos que nunca han probado las nueva sustancias psicoactivas (94% y 81% respectivamente).

Todo lo contrario ocurre cuando las medidas hacen referencia a la legalización del cannabis o de todas las drogas como posible medida a valorar, pues el 66% (2 de cada 3) de los que han probado alguna vez las nuevas sustancias psicoactivas opinan que legalizar el cannabis es “muy importante” como medida para resolver el problema de las drogas, mientras que sólo el 36,3% de los que no han probado nunca estas nuevas sustancias señala esta opción.

Por último, mientras que una franca mayoría (75,9%) de los que no han probado nunca las nuevas sustancias opina que la existencia de leyes estrictas contra las drogas es importante para resolver el problema de las drogas, sólo el 47,7% de los que sí las han probado opina de esta manera.

Figura 1.1.53.

Valoración de diversas acciones como “muy importantes” para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años según haya consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida o no (porcentajes). España, 2015.



	Ha consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida	Nunca ha consumido nuevas sustancias
Educación sobre las drogas en las escuelas	83,7	91,0
Tratamiento voluntario a los consumidores para dejar la droga	76,0	84,1
Legalización del hachís y la marihuana	66,0	36,3
Administración médica de metadona a los consumidores de heroína	60,7	69,7
Campañas publicitarias explicando los riesgos de las drogas	59,7	81,4
Control policial y de aduanas	58,0	81,2
Leyes estrictas contra las drogas	47,7	75,9
Administración médica de heroína a los consumidores que han fracasado en otros tratamientos	46,6	58,5
Tratamiento obligatorio a los consumidores para dejar la droga	39,9	60,1
Legalización de todas las drogas	27,6	20,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Percepciones y opiniones de la población ante las drogas

Percepción de riesgo

La percepción de riesgo da idea de la medida en que las personas piensan que determinadas conductas relacionadas con el consumo de drogas pueden ocasionar problemas. En este sentido, el hecho de considerar que el consumo de sustancias psicoactivas conlleva un riesgo puede suponer un freno para el consumo.

Tabla 1.1.58.

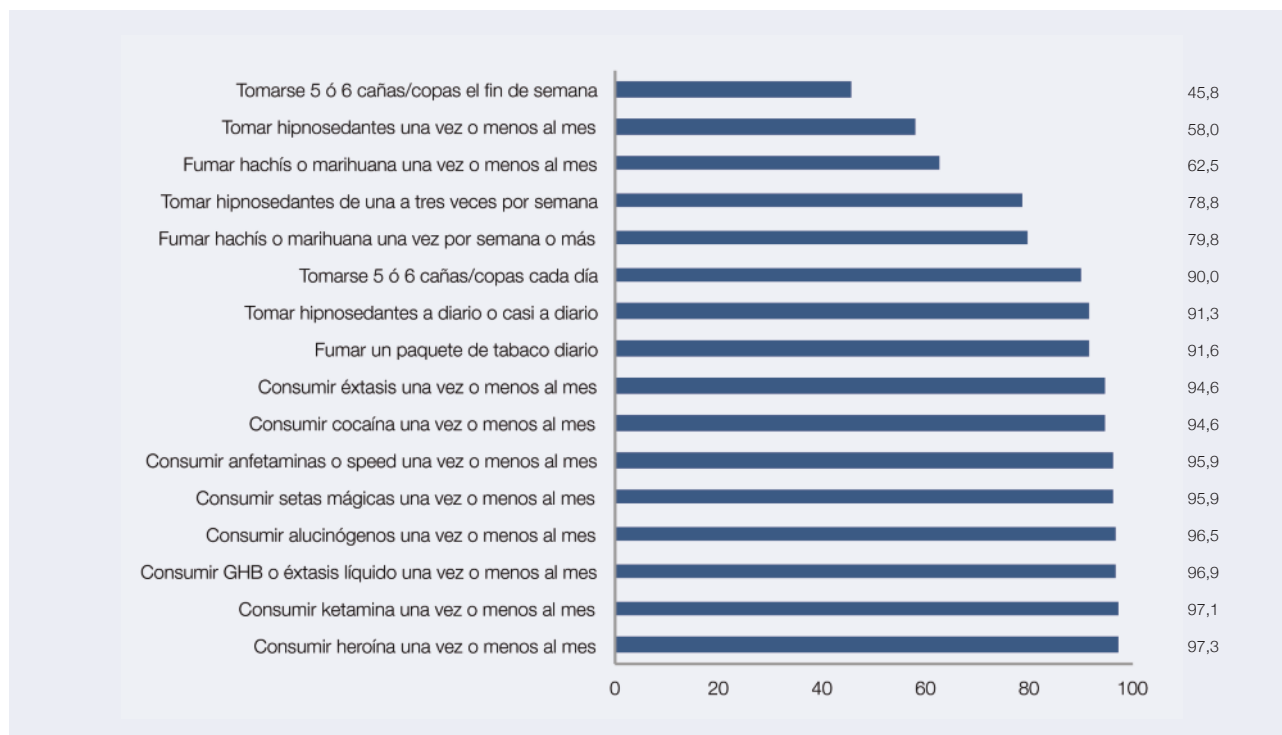
Evolución del riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de drogas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas). España, 1997-2015.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	Diferencia 2015-2013	Diferencia 2015-1997
Consumir heroína una vez por semana o más	99,4	99,6	98,8	99,3	99,3	99,4	99,4	99,6	99,6	-	-	-
Consumir heroína una vez o menos al mes	97,6	98,5	96,7	97,4	97,9	98,7	97,5	98,0	97,2	97,3	0,1	-0,3
Consumir cocaína una vez por semana o más	98,5	99,2	97,9	98,5	98,7	98,9	99	99,1	99,0	-	-	-
Consumir cocaína una vez o menos al mes	93,5	95,4	93,3	93,1	95,0	95,8	94,6	94,5	93,8	94,6	0,8	1,1
Probar cocaína una o dos veces en su vida	-	-	-	-	-	-	77,4	76,5	72,4	-	-	-
Consumir éxtasis una vez por semana o más	98,6	98,9	97,8	98,3	98,7	98,3	98,3	98,9	99,0	-	-	-
Consumir éxtasis una vez o menos al mes	92,5	94,6	92,6	92,6	94,4	95,8	94,4	95,4	95,1	94,6	-0,5	2,1
Probar éxtasis, una o dos veces en su vida	-	-	-	-	-	-	76,7	78,2	74,8	-	-	-
Consumir alucinógenos una vez por semana o más	99,1	99,4	98,5	99,1	99,2	-	-	-	-	-	-	-
Consumir alucinógenos una vez o menos al mes	96,0	97,4	95,5	96,3	97,1	97,4	96,1	96,6	94,4	96,5	2,0	0,5
Consumir hipnosedantes una vez por semana o más	81,4	86,8	84,8	85,4	81,8	79,7	79,7	79,9	78,5	-	-	-
Consumir hipnosedantes una vez o menos al mes	60,4	70,1	66,7	65,3	62,3	62,2	60,1	62,5	57,6	58,0	0,4	-2,4
Consumir cannabis una vez por semana o más	84,0	87,6	83,1	79,2	80,8	83	81,6	85,5	82,4	79,8	-2,7	-4,2
Consumir cannabis una vez o menos al mes	68,9	74,8	67,9	62	64,2	68,5	62,7	69,4	61,2	62,5	1,3	-6,4
Probar cocaína base 1 o 2 veces en su vida	-	-	-	-	-	-	95,7	91,8	89,5	-	-	-
Consumir 5-6 cañas/copas cada día	89,2	90,7	86,1	83,3	87,3	89,2	91,4	91,7	90,7	90,0	-0,7	0,8
Consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana	45,6	49,2	44,2	41,8	43,6	46,6	45,0	49,3	43,5	45,8	2,2	0,2
Fumar paquete tabaco diario	79,7	82,4	83,6	84,6	87,1	87,1	89,4	89,1	88,7	91,6	2,8	11,9
Consumir GHB o éxtasis líquido 1 vez por semana o más	-	-	-	-	-	-	-	99,4	99,5	-	-	-
Consumir GHB o éxtasis líquido 1 vez o menos al mes	-	-	-	-	-	-	-	97,8	97,2	96,9	-0,2	-

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

Figura 1.1.54.

Riesgo percibido ante el consumo de drogas (porcentaje de población que piensa que cada conducta puede causar muchos o bastantes problemas). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

La percepción de riesgo se encuentra generalizada cuando se hace referencia al consumo de **heroína, alucinógenos o GHB**. Más del 95% de la población piensa que consumir estas sustancias una vez o menos al mes puede conllevar muchos o bastantes problemas, resultado que no ha variado sustancialmente a lo largo de la serie histórica.

También existe un elevado grado de acuerdo con respecto a los consumos de **cocaína o éxtasis**, pues prácticamente el 95% de la población advierte muchos o bastantes peligros cuando se consumen estas drogas con una periodicidad de una vez al mes o con menor frecuencia. En general, esta cifra tampoco ha registrado grandes variaciones a lo largo del tiempo.

Por lo que respecta al consumo de alcohol, 9 de cada 10 personas opinan que el **consumo diario de 5-6 cañas/copas** puede producir problemas. En las últimas ediciones de la encuesta se aprecia un ligero avance en este aspecto en comparación con el periodo 2001-2005, cuando el porcentaje que asociaba un riesgo en este tipo de consumo se situaba entre el 83% y el 87%, mientras que durante el periodo más reciente de 2009-2015 este valor ha sido siempre superior al 90%.

La percepción de riesgo se encuentra mucho menos extendida cuando se considera el **consumo de 5-6 cañas/copas en fin de semana**, pues menos de la mitad de la población (45,8%) opina que este tipo de consumo puede ocasionar muchos o bastantes problemas. Esta cifra ha oscilado entre el 41,8% y el 49,3% durante el periodo 1997-2015, sin que se haya conseguido alcanzar la cifra del 50%.

En 1999, el 70,1% de la población opinaba que el consumo de **hipnosedantes** (una vez o menos al mes) podía conllevar muchos o bastantes problemas, pero esta cifra ha ido reduciéndose hasta situarse por debajo del 60% en las dos ediciones más recientes de la encuesta (2013 y 2015). Si se consulta por patrones de consumo más intensivos, la percepción de riesgo aumenta notablemente; el 78,8% de la población opina que el consumo de hipnosedantes entre una y tres veces semanales puede producir problemas y la cifra es del 91,3% cuando lo que se valora es el consumo de hipnosedantes a diario.

La percepción de riesgo con respecto al **consumo esporádico de cannabis** (una vez o menos al mes) no ha seguido una tendencia clara a lo largo de la serie histórica. En la última década, el indicador registró los valores más elevados

en 2007 y 2011 (cuando el porcentaje era próximo al 70%), mientras que en 2009, 2013 y 2015 se ha establecido por debajo del 63%. En 2015, el 62,5% de la población opina que el consumo de cannabis una vez al mes o menos puede producir muchos o bastantes problemas.

Por otra parte, la percepción del riesgo asociado al **consumo habitual de cannabis** (una vez por semana o más) ha disminuido en 2013 y 2015, registrando en 2015 el segundo valor más reducido de toda la serie histórica: el 79,8% de la población cree que consumir cannabis una vez por semana o más puede producir muchos o bastantes problemas.

Sí se aprecia un claro avance en la percepción de riesgo asociada al **consumo de un paquete de tabaco diario** a lo largo de la serie histórica. Si a finales de los años noventa, 8 de cada 10 ciudadanos relacionaban este hábito con un riesgo, en 2015 son 9 de cada 10 los que opinan de este modo, registrándose además en esta última edición el valor más elevado del indicador (91,6%).

Por último, el 95% de la población opina que el consumo, aunque sea de tipo esporádico (una vez al mes o menos), de sustancias como las setas alucinógenas o la ketamina puede producir muchos o bastantes problemas.

Consumo diario de tabaco: prevalencia y percepción de riesgo

Teniendo en cuenta que la percepción de riesgo puede constituir un freno al consumo, cabe detenerse para observar la evolución seguida tanto por la prevalencia del consumo diario de tabaco como de la percepción de riesgo asociada al consumo de un paquete de tabaco al día.

Desde 1997 hasta 2015 la percepción asociada al consumo de un paquete de tabaco al día ha aumentado en 11,9 puntos porcentuales (79,7% a 91,6%). La prevalencia del consumo diario de tabaco se ha situado en torno al 34% y el 37% durante el periodo 1997-2003 y entre el 30% y el 32% en el periodo 2007-2015. La evolución combinada de ambos indicadores se muestra en el siguiente gráfico.

Figura 1.1.55.

Evolución de la percepción del riesgo (proporción de personas que piensa que fumar un paquete de tabaco diario puede causar muchos o bastantes problemas) y de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015)

Diferencias en la percepción de riesgo según sexo

En general la percepción de riesgo ante el consumo de drogas se encuentra más extendida entre las mujeres.

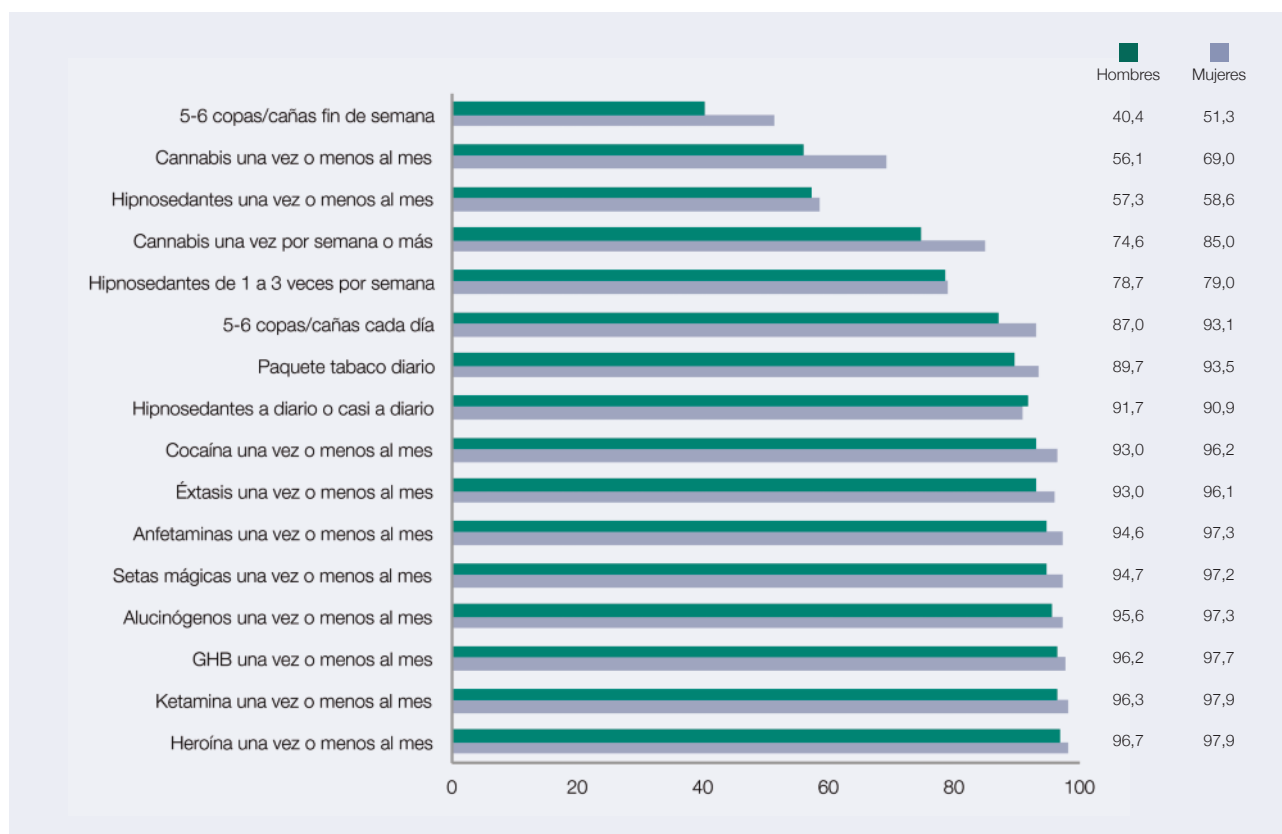
El **cannabis**, sustancia que registra mayores prevalencias de consumo entre los hombres, es una de las que genera mayor diferencia en la percepción de riesgo entre ambos sexos. Para el caso del consumo esporádico (una vez o menos al mes), el 69% de las mujeres opinan que puede acarrear muchos o bastantes problemas, mientras que sólo el 56,1% de los hombres opina de igual modo. La percepción de riesgo ante el consumo habitual de esta droga (una vez por semana o más) también difiere notablemente según sexos: mientras que el 85% de las mujeres consideran que este consumo puede producir muchos o bastante problemas, sólo el 75% opina de igual manera (1 de cada 4 hombres no advierte tales riesgos).

La conducta que registra una menor percepción de riesgo tanto entre hombres como entre mujeres es el **consumo 5-6 copas o cañas en fin de semana**. No obstante, sí se aprecian diferencias según sexo: 4 de cada 10 hombres opinan que este consumo puede producir muchos o bastante problemas, mientras que son 5 de cada 10 las que opinan así entre las mujeres.

El mayor grado de acuerdo entre hombres y mujeres se observa cuando se estudia la percepción de riesgo en el **consumo de hipnosedantes**, a pesar de que las prevalencias de consumo de este tipo de sustancias son mayores entre las mujeres. En ambos grupos, hombres y mujeres, 8 de cada 10 opinan que consumir este tipo de sustancias entre una y tres veces por semana puede dar lugar a muchos o bastantes problemas y 9 de cada 10 si la valoración se realiza con respecto al consumo de hipnosedantes con frecuencia diaria.

Figura 1.1.56.

Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas), según sexo. España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES 2015).

Diferencias en la percepción de riesgo según edad

La percepción de riesgo también puede mostrar variaciones en función de la edad de la población. En general, el grupo de 55 a 64 es en el que se registra una mayor proporción de personas que perciben un riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas, con la excepción del **consumo de hipnosedantes**. En este caso, la proporción de los que opinan que el consumo de este tipo de sustancias puede acarrear muchos o bastantes problemas se encuentra más extendida en el grupo de 15 a 24 años. Así, el 81,8% de los jóvenes de esta edad opina que consumir hipnosedantes entre 1 y 3 veces a la semana pueda conllevar muchos o bastantes problemas, mientras que la cifra desciende hasta el 75,9% entre las personas de 55 a 64 años.

Existe bastante acuerdo entre los diversos grupos de edad con respecto al riesgo que conlleva **fumar un paquete de tabaco cada día o consumir 5-6 copas de alcohol diariamente**.

En cuanto a la percepción de riesgo relacionada con el **consumo de 5-6 copas o cañas en fin de semana**, el porcentaje de los que asocian esta conducta con muchos o bastantes problemas sólo aumenta de forma contundente en el grupo de 55 a 64 años (52,9%), manteniéndose en el resto de grupos de menor edad en el rango de 42%-46%.

En el caso del consumo de **cannabis**, la percepción de riesgo asociado al consumo esporádico (una vez o menos al mes) aumenta a partir de los 34 años. Aproximadamente, el 45% de los jóvenes menores de esa edad no cree que este patrón de consumo pueda estar asociado a la aparición de muchos o bastantes problemas. En el caso de tomar como referencia el consumo habitual (una vez por semana o más), el 25% de los menores de 34 años tampoco asocia este patrón de consumo con la posible aparición de muchos o bastantes problemas.

Por lo que respecta a los consumos esporádicos de **éxtasis, cocaína, heroína, alucinógenos, GHB, anfetaminas, setas alucinógenas y ketamina**, éstos se perciben asociados a muchos o bastantes problemas en más del 90% de los casos en los diferentes grupos de edad.

Tabla 1.1.59.

Percepción del riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir muchos o bastantes problemas) según edad (porcentajes). España, 2015.

	Total	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Paquete tabaco diario	91,6	91,7	91,3	91,3	91,0	92,7
5-6 copas fin de semana	45,8	44,1	42,5	44,1	45,6	52,9
5-6 copas cada día	90,0	90,5	89,5	89,6	89,8	91,1
Cannabis una vez o menos al mes	62,5	54,3	54,6	60,6	64,9	77,1
Cannabis una vez por semana o más	79,8	75,5	74,6	78,7	81,5	88,0
Hipnosedantes una vez o menos al mes	58,0	60,8	58,4	58,5	55,3	57,9
Hipnosedantes de 1 a 3 veces por semana	78,8	81,8	80,3	79,0	77,8	75,9
Hipnosedantes a diario o casi a diario	91,3	93,5	92,8	92,1	90,2	88,3
Éxtasis una vez o menos al mes	94,6	93,4	93,1	94,4	95,3	96,5
Cocaína una vez o menos al mes	94,6	93,3	92,9	94,2	95,4	96,9
Heroína una vez o menos al mes	97,3	96,6	96,8	97,3	97,6	98,2
Alucinógenos una vez o menos al mes	96,5	95,5	95,4	96,3	97,1	97,8
GHB una vez o menos al mes	96,9	96,3	96,3	96,9	97,2	98,0
Anfetaminas una vez o menos al mes	95,9	94,7	95,1	95,9	96,4	97,3
Setas alucinógenas una vez o menos al mes	95,9	94,8	94,6	95,9	96,4	97,8
Ketamina una vez o menos al mes	97,1	96,4	96,3	96,9	97,5	98,3

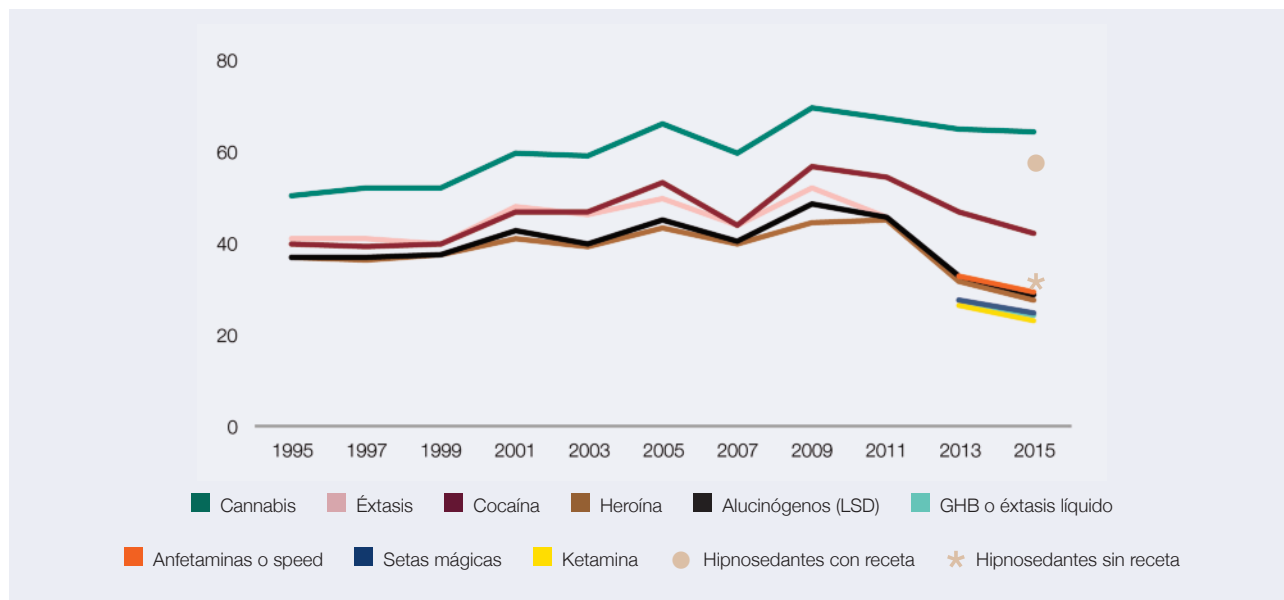
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Percepción de disponibilidad

La percepción de disponibilidad da idea de la medida en que los ciudadanos consideran que adquirir sustancias psicoactivas les resulta sencillo. En términos generales, la percepción de disponibilidad mantiene una tendencia descendente que se inició en 2009.

Figura 1.1.57.

Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes). España, 1995-2015.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Cannabis	50,3	52,1	51,8	59,5	59,2	66,2	59,8	69,6	67,0	64,6	64,3
Éxtasis	41,1	40,9	39,9	48,2	46,1	49,7	43,8	51,9	45,6	32,7	28,5
Cocaína	39,5	39,2	39,9	46,7	46,5	53,3	43,8	56,7	54,4	46,9	42,0
Heroína	37,0	36,2	37,2	41,2	39,2	43,4	39,5	44,7	44,9	31,6	27,4
Alucinógenos (LSD)	37,1	37,0	37,2	42,7	40,0	44,8	40,2	48,7	45,4	33,0	28,7
GHB o éxtasis líquido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,5	24,2
Anfetaminas o speed	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,6	29,2
Setas alucinógenas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,7	24,7
Ketamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26,2	23,0
Hipnosedantes con receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58,1
Hipnosedantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31,9

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

El **cannabis** es la sustancia ilegal más consumida entre la población y la que se percibe como más accesible. El 64,3% de los ciudadanos considera que podría conseguirla sin problemas en 24 horas, cifra similar a la registrada en 2013. Aunque este indicador ha sufrido cierta volatilidad a lo largo de la serie, se puede apreciar que, a pesar del descenso registrado desde 2009, aún supera los registros de finales de los años noventa (momento en el que la mitad de la población pensaba que era difícil poder adquirir cannabis).

La segunda sustancia ilegal que se percibe con mayor accesibilidad es la **cocaína**. Los años 2009 y 2011 registraron los mayores niveles de percepción de disponibilidad de la serie histórica, cuando más de la mitad de la población consideraba que era una droga fácil de adquirir. Sin embargo, el indicador se ha reducido consecutivamente en las dos siguientes ediciones (2013 y 2015), registrando en esta última el 42% (la cifra más baja desde 2001).

Éxtasis, heroína, alucinógenos o anfetaminas registran una percepción de disponibilidad relativamente similar (entre el 27% y el 29% de la población cree que las pueden conseguir fácilmente). En general, la tendencia con respecto a ediciones anteriores es descendente para todas ellas.

GHB, setas alucinógenas y ketamina registran una percepción de disponibilidad que oscila entre el 23% y el 25% y también se aprecia una ligera reducción del porcentaje que percibe que son sustancias accesibles con respecto a 2013.

EDADES 2015 es la primera edición de la encuesta que indaga sobre la percepción de disponibilidad que tienen los **hipnosedantes** entre la población, obteniendo que para el 58,1% resulta sencillo conseguir una receta médica para adquirir hipnosedantes. Cuando se hace referencia a la posibilidad de conseguir hipnosedantes sin contar con una receta médica, el porcentaje disminuye sustancialmente, hasta el 31,9%.

Percepción de la importancia del problema de consumo de drogas y visibilidad del problema

En 2015, el 36,3% de la población opina que el problema de las drogas ilegales en su lugar de residencia es muy importante. Este valor ha descendido a lo largo de la última década, pues en 2005 la mitad de la población pensaba de ese modo, mientras que en 2015 esta cifra se sitúa 15,7 puntos porcentuales por debajo.

La visibilidad que tienen determinadas escenas relacionadas con el consumo de drogas ha seguido en general una tendencia descendente a lo largo de la serie histórica que continúa en 2015.

Los escenarios relacionados con la **inyección de drogas** han perdido visibilidad de forma notable a lo largo de los años. A mediados de los años noventa, el 17,3% de la población se encontraba de forma frecuente jeringuillas en el suelo y 1 de cada 10 veía personas inyectándose drogas en su lugar de residencia. A mediados de los años 2000, estos datos sobre visibilidad se habían reducido más de la mitad y continuaron descendiendo hasta que en 2015, veinte años después, la población que contempla este tipo de escenarios en su entorno es muy minoritaria (aproximadamente el 1%).

En 1995, el 12,3% de la población observaba con frecuencia **personas drogadas caídas en el suelo**, mientras que en 2015 la proporción se reduce al 2,6%. Paralelamente, también ha descendido notablemente la visibilidad de las **personas inhalando droga** (pasando el 10,6% en 1995 al 1,6% en 2015).

La visibilidad de **vendedores ofreciendo droga** no parece haber descendido tan claramente. De hecho, aumentó entre los años 2003 y 2009, cuando el indicador ascendió del 8,2% al 13,5%. A partir de aquel año, el porcentaje de personas que afirmaba encontrarse frecuentemente con vendedores ofreciendo drogas comenzó a disminuir hasta 2015 (7,3%).

Para una proporción considerable de la población, es frecuente encontrar **personas haciendo botellón o borrachas** en su entorno: el 34,9% afirma que encuentra el fenómeno del botellón de forma habitual en su lugar de residencia, y un porcentaje próximo, el 32,7%, ve frecuentemente a personas borrachas. La visibilidad del botellón comenzó a analizarse en 2013, reflejando en ese momento una cifra superior (42,4%) a la obtenida en 2015.

Por otro lado, también una parte de la población encuentra con frecuencia **personas fumando porros** en su lugar de residencia (45,1%). Este indicador ha disminuido respecto a 2013 (52,9%), año en el que se comenzó a medir este aspecto.

Tabla 1.1.60.

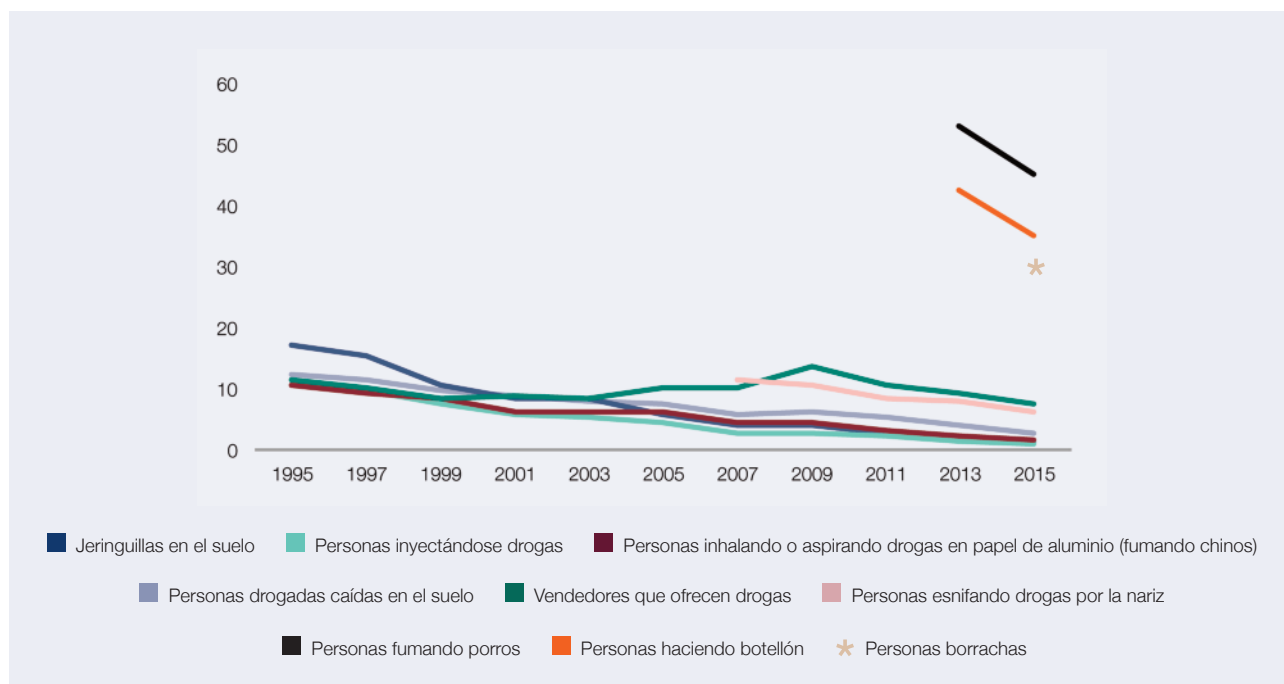
Evolución de la importancia concedida por la población de 15-64 años al problema de las drogas ilegales en el lugar donde vive (porcentajes). España, 1997-2015.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	Diferencia 2013-2015
Nada importante	19,6	22,3	19,1	20,9	14,8	20,5	20,4	27,5	23,0	26,0	3,0
Algo importante	28,1	32,1	34,3	34,3	27,9	29,7	30,7	32,5	37,8	37,7	-0,2
Muy importante	46,4	37,3	39,3	36,3	52,0	49,8	48,9	40,0	39,2	36,3	-2,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015).

Figura 1.1.58.

Evolución de la visibilidad en el entorno cercano de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales (porcentaje de la población de 15-64 años que se encuentra frecuente o muy frecuentemente cada situación en el lugar donde vive). España, 1995-2015.



	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Jeringuillas en el suelo	17,3	15,2	10,7	8,4	8,5	5,7	4,2	3,8	2,9	2,0	1,1
Personas inyectándose drogas	10,7	9,9	7,3	5,9	5,5	4,3	2,8	2,9	2,1	1,3	0,8
Personas inhalando o aspirando drogas en papel de aluminio (fumando chinos)	10,6	9,2	8,5	6,1	6,2	6,1	4,6	4,4	3,3	2,4	1,6
Personas drogadas caídas en el suelo	12,3	11,5	9,7	8,7	7,8	7,4	5,6	6,2	5,2	3,8	2,6
Vendedores que ofrecen drogas	11,4	10	8,6	8,8	8,2	10,1	10,2	13,5	10,7	9,4	7,3
Personas esnifando drogas por la nariz	-	-	-	-	-	-	11,6	10,4	8,6	7,9	6,1
Personas fumando porros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52,9	45,1
Personas haciendo botellón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42,4	34,9
Personas borrachas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas

Cuando se proponen diferentes medidas para intentar resolver el problema de las drogas, 9 de cada 10 personas consideran que la **educación en las escuelas** es muy importante. Esta medida ha sido la que ha recibido más apoyo a lo largo de la serie histórica.

En estos años también se mantiene como segunda iniciativa con mayor relevancia para resolver el problema de las drogas la de **proveer un tratamiento a los consumidores de forma voluntaria**.

Otras medidas consideradas muy importantes por una parte sustancial de la población son el **control policial y aduanero** y las **campañas publicitarias** (aproximadamente 8 de cada 10 creen que se trata de medidas importantes para afrontar el problema).

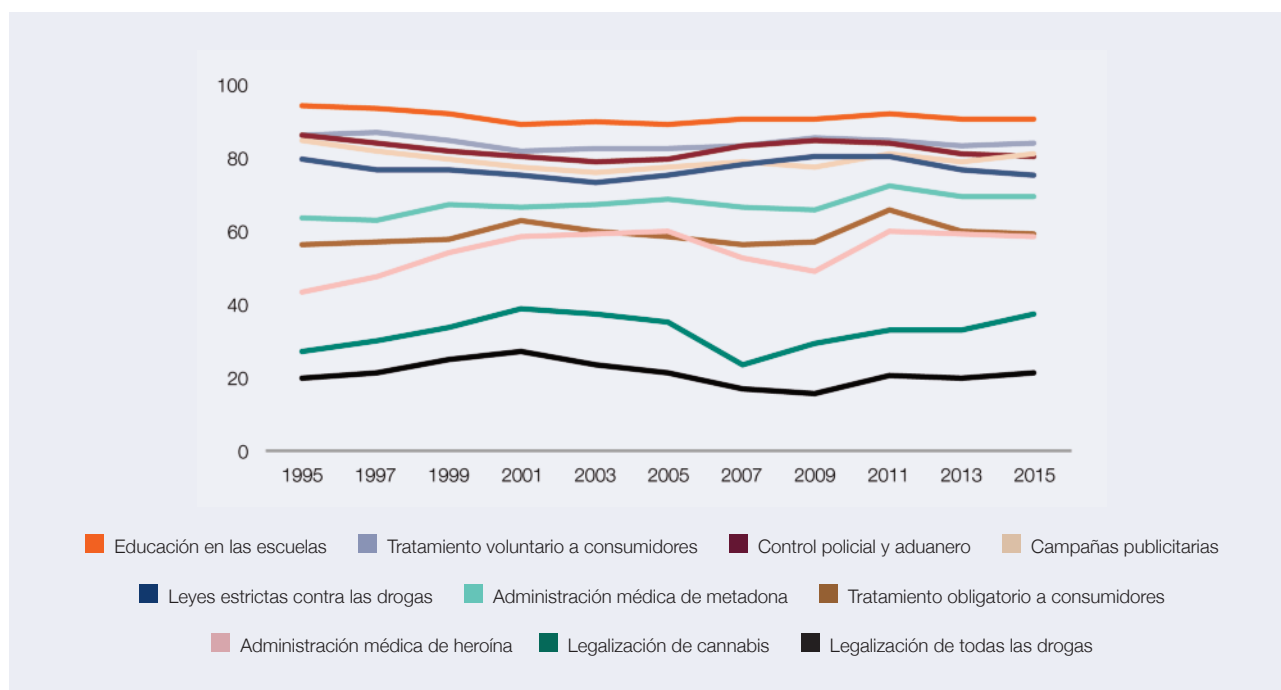
Las acciones relacionadas con la **legalización** son las consideradas relevantes por una menor proporción de la población. No obstante, el 37,4% de la población considera importante la legalización del cannabis, lo que representa el mayor valor de los registrados en este ámbito en la última década.

Esta opinión registra su máxima extensión en el grupo de 35 a 44 años, encontrando que 4 de cada 10 opinan de ese modo. Por el contrario, en el grupo de 55 a 64 años, esta idea se encuentra menos extendida (33,9%). En cuanto a las diferencias según sexo, se aprecia que los hombres conceden mayor importancia a la legalización del cannabis que las mujeres, especialmente entre los jóvenes.

La consideración de que la **legalización de todas las drogas** es muy importante para resolver el problema es minoritaria y está menos extendida que la relativa a la legalización del cannabis. En este caso, además, existe un mayor grado de acuerdo entre los diversos grupos de edad.

Figura 1.1.59.

Evolución de la valoración como “muy importantes” de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2015.

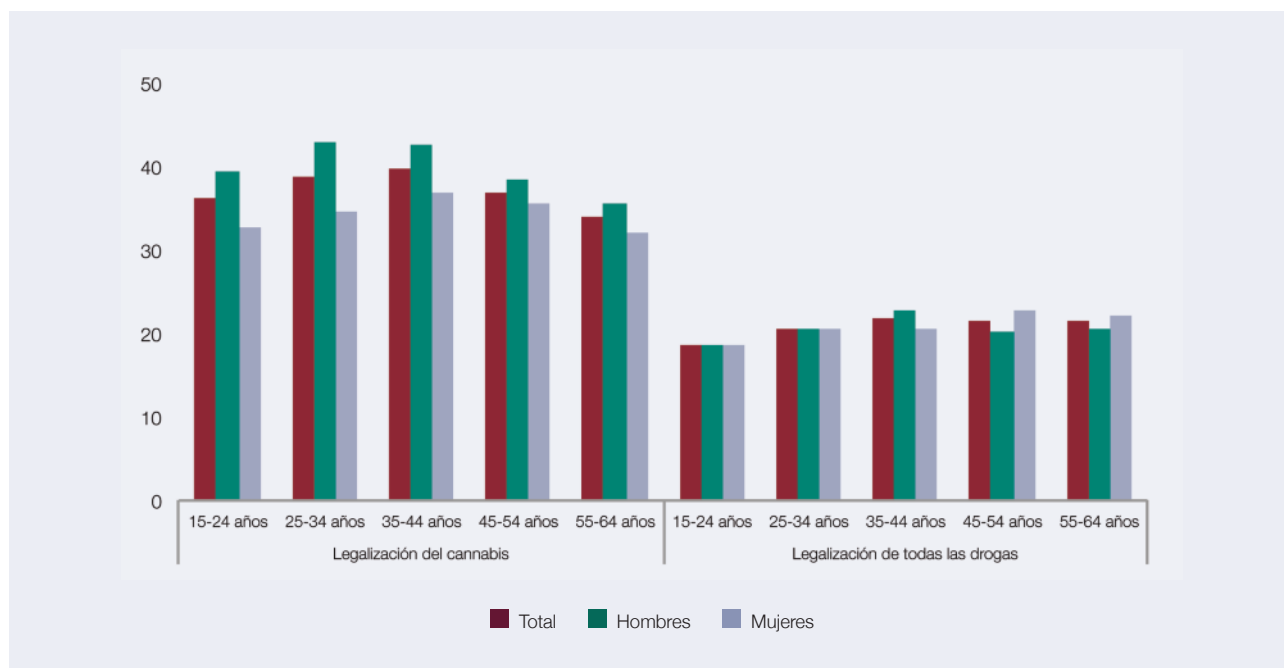


	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015
Educación en las escuelas	94,3	93,1	91,8	89,4	89,5	88,8	90,6	90,4	91,8	90,4	90,8
Tratamiento voluntario a consumidores	86,3	87,1	84,8	81,6	82,7	82,4	83,2	85,1	84,9	83,2	83,8
Control policial y aduanero	85,8	83,7	82,1	80,5	78,8	79,8	83,3	84,7	84,2	81,2	80,4
Campañas publicitarias	84,5	81,5	79,8	77,6	75,6	77,7	79,1	77,7	81	78,7	80,7
Leyes estrictas contra las drogas	79,3	77	76,9	75,5	73,2	75,3	77,9	80,6	80,3	76,6	74,9
Administración médica de metadona	63,8	62,9	67,5	66,6	67,1	68,4	66,8	65,8	72,4	69,3	69,3
Tratamiento obligatorio a consumidores	56,2	57,2	57,9	62,8	59,7	58,2	56,3	57,2	65,7	59,9	59,4
Administración médica de heroína	43,3	47,5	53,9	58,2	59,3	59,9	52,8	48,9	60,2	59,1	58,1
Legalización de cannabis	27,3	30,2	33,3	38,5	37,1	35,2	23,4	29,6	32,7	33,1	37,4
Legalización de todas las drogas	19,8	21,5	24,6	27,1	23,5	21,4	16,6	15,6	20,9	19,6	21,0

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1995-2015).

Figura 1.1.60.

Porcentaje de personas de 15 a 64 años que valoran como “muy importante” la legalización del cannabis y la legalización de todas las drogas para resolver el problema de las drogas, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



	Total	Hombres	Mujeres
Legalización del cannabis			
15-24 años	36,1	39,3	32,8
25-34 años	38,9	43,1	34,6
35-44 años	39,8	42,5	36,8
45-54 años	37,0	38,5	35,6
55-64 años	33,9	35,5	32,1
Legalización de todas las drogas			
15-24 años	18,7	18,7	18,8
25-34 años	20,5	20,5	20,5
35-44 años	21,7	22,8	20,5
45-54 años	21,6	20,1	22,9
55-64 años	21,4	20,7	22,1

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Percepción sobre el estado de salud

EDADES 2015 pregunta a la población sobre la percepción que tienen sobre su estado de salud, obteniéndose como resultado que la población considera en general (85,6%) que su estado de salud es “bueno” o “muy bueno”.

Como cabría esperar, especialmente a partir de los 40 años, a medida que aumenta la edad de las personas también aumenta el porcentaje que considera que su salud es regular, mala o muy mala.

En términos generales, no se aprecian diferencias sustanciales en la opinión que mantienen hombres y mujeres a este respecto.

Tabla 1.1.61.

Percepción del estado de salud de la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

	15-64 años			15-34 años			35-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Muy buena/buena	85,6	85,9	85,2	95,5	95,8	95,1	80,5	80,8	80,2

T = total; H = hombres; M = mujeres.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Por otro lado, se ha analizado cómo varía la percepción sobre el propio estado de salud en función de que se hayan consumido o no determinadas sustancias.

En relación al consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*), el 95% de las personas entre 15 y 34 años encuentra satisfactoria su salud con independencia de que hayan realizado este tipo de consumo o no.

Siguiendo con la población menor de 35 años, el 93,5% de aquellos que han fumado tabaco en el último mes consideran que tienen buena salud. Si bien resulta un porcentaje levemente inferior al que registran aquellos que no han fumado, podría indicar que estos consumidores no perciben el efecto nocivo del consumo de tabaco de forma contundente o no perciben un perjuicio aparente o visible.

Tabla 1.1.62.

Percepción del estado de salud entre la población de 15-64 años según se hayan consumido sustancias psicoactivas en los últimos 30 días o no (porcentajes fila). España, 2015.

		15-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años	
		Buena/Muy buena	Regular/Mala/Muy mala	Buena/Muy buena	Regular/Mala/Muy mala	Buena/Muy buena	Regular/Mala/Muy mala	Buena/Muy buena	Regular/Mala/Muy mala
Ha hecho binge drinking	Sí	95,2	4,8	88,8	11,2	82,7	17,3	77,9	22,1
	No	95,5	4,5	88,9	11,1	81,3	18,7	67,2	32,8
Ha consumido tabaco	Sí	93,5	6,5	85,5	14,5	78,6	21,4	66,7	33,3
	No	96,6	3,4	91,3	8,7	83,9	16,1	69,1	30,9
Ha consumido hipnosedantes	Sí	75,7	24,3	55,4	44,6	54,7	45,3	45,7	54,3
	No	96,2	3,8	91,5	8,5	84,7	15,3	72,1	27,9
Ha consumido cannabis	Sí	92,3	7,7	80,2	19,8	65,8	34,2	-	-
	No	96,0	4,0	89,6	10,4	82,1	17,9	-	-
Consumo de cocaína	Sí	85,0	15,0	77,8	22,2	-	-	-	-
	No	95,6	4,4	89,1	10,9	-	-	-	-
Consumo de éxtasis	Sí	80,2	19,8	-	-	-	-	-	-
	No	95,6	4,4	-	-	-	-	-	-
Consumo de anfetaminas	Sí	79,2	20,8	-	-	-	-	-	-
	No	95,5	4,5	-	-	-	-	-	-

Nota: se excluyen de la tabla los grupos con menor base muestral.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

Por el contrario, sí se aprecia una diferencia sustancial en cómo perciben su salud las personas que han consumido hipnosedantes frente a las que no (entre las primeras, 1 de cada 4 piensa que no goza de buena salud). Esto también ocurre entre aquellas personas de 15 a 34 años que han consumido cocaína, éxtasis o anfetaminas en los últimos 30 días, pues la percepción de buena salud está menos extendida que en los grupos que no han realizado dichos consumos. Asimismo, se registra cierta diferencia entre los que han consumido cannabis y los que no, aunque ésta es menor.

Para el grupo de entre 35 y 54 años, la percepción sobre el propio estado de salud apenas varía entre los individuos que realizaron *binge drinking* en el último mes y los que no; pero sí se percibe que el porcentaje de los que opinan que gozan de buena salud es menor entre los que consumieron tabaco, hipnosedantes, cannabis o cocaína. La mayor diferencia entre consumidores y no consumidores se produce en el caso de los hipnosedantes.

Por último, entre los mayores de 54 años, es mayor el porcentaje de los que opinan que tienen buena salud entre los que reconocen haber hecho *binge drinking* en los últimos 30 días que entre los que no lo hicieron. En el otro extremo, sólo el 45,7% de los que consumieron hipnosedantes percibe su salud como buena.

Figura 1.1.61.

Percepción de estado de salud bueno o muy bueno en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.



FUENTE: OEDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2015).

1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2016

En 2016, siguiendo con la serie de periodicidad bienal iniciada en 1994, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, con la estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas, ha llevado a cabo la duodécima edición de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

El **objetivo general** de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) del año 2016 es conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Enseñanza Secundaria Obligatoria —ESO—, Bachillerato, Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional), a nivel estatal y autonómico, cuando sea posible, con la finalidad de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas.

Los **objetivos específicos** de dicha encuesta son:

- a) Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas y otras conductas relacionadas.
- b) Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- c) Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
- d) Estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante diversas conductas de consumo) y algunos factores relacionados con el consumo y otras conductas.
- e) Estimar el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones.

El universo son los estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España en régimen general. La muestra del año 2016 fue de 35.369 alumnos.

Al cierre de este informe los resultados de ESTUDES 2016 no están disponibles por lo que serán publicados en el próximo informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

La metodología y los resultados, hasta el año 2014, pueden consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas: http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

A large, stylized number '2' in a dark purple color, positioned on the right side of the page. The '2' is composed of thick, rounded strokes. The top part is a semi-circle, the middle is a curved line, and the bottom is a horizontal bar.

Problemas relacionados con las drogas

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2015

Introducción

Conocer el número y las características de las personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas aporta información sobre la situación y tendencias del consumo de drogas y es imprescindible para la planificación de dispositivos asistenciales y el diseño de acciones. En España se dispone de un Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)¹ notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo.

Metodología

El Indicador Admisiones a tratamiento es un registro que recoge datos individualizados sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una Comunidad/Ciudad Autónoma y en un año dado.

Se dispone de información anual desde 1987 y actualmente todas las Comunidades/Ciudades Autónomas notifican a este indicador.

La recogida de información sobre alcohol se realiza de manera sistemática, a nivel nacional, desde 2008; en años previos se disponía de información sobre alcohol sólo para algunas Comunidades/Ciudades Autónomas. Para interpretar los datos es preciso tener en cuenta que parte de los tratamientos por abuso o dependencia de alcohol se realizan en dispositivos diferentes de la red asistencial de drogas, por lo que este indicador informa sólo sobre parte de los tratamientos por consumo de alcohol que se llevan a cabo en el territorio nacional.

Se dispone de un protocolo detallado en el que quedan descritas las variables a incluir, las sustancias psicoactivas recogidas y los criterios de inclusión y exclusión. Esta información puede consultarse en la web del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)³.

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

Resultados

A continuación se presentan los principales resultados del Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. En primer lugar se presenta una información general (drogas ilegales) que incluye datos sobre la tendencia en el número de tratamientos a lo largo del tiempo, la proporción de tratamientos por droga en el último año disponible (2015), las principales características sociodemográficas y la vía de administración de drogas predominante.

Seguidamente se presentan los resultados por tipo de droga (drogas legales e ilegales), se aporta información sobre las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, cocaína, cannabis, hipnosedantes, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y alcohol.

Por último, se presenta información sobre las admisiones a tratamiento según Comunidad/Ciudad Autónoma.

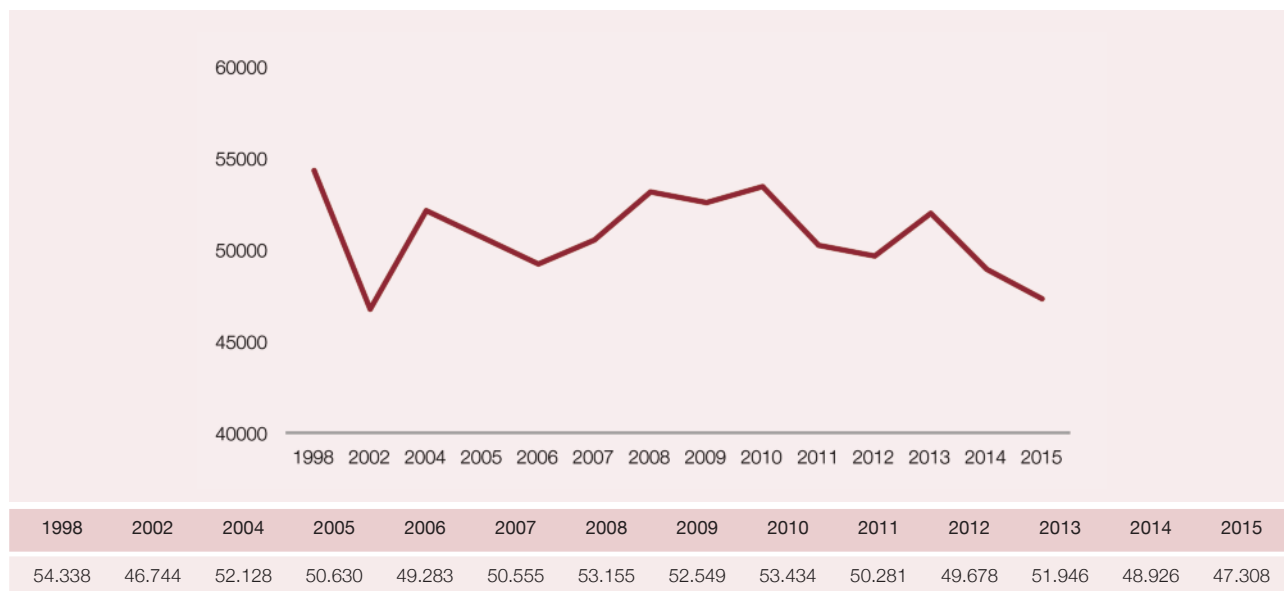
Resultados generales. Drogas ilegales

En 2015, se registraron en España 47.308 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco) (figura. 2.1.1), en comparación con las 48.926 admisiones a tratamiento registradas en 2014. No obstante, debe señalarse que el descenso de la cifra total de admitidos a tratamiento parece relacionarse con una mejora de la recogida de información y un mayor ajuste al protocolo correspondiente a este indicador. Por otra parte, el número de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida (primeras admisiones) no ha descendido con respecto a 2014.

El perfil de las admisiones a tratamiento ha sufrido cambios notables a lo largo del tiempo, manteniéndose, en los últimos años, un nivel bajo de las admisiones por heroína y observándose en 2015 una disminución de las admisiones por cocaína y por cannabis.

Figura 2.1.1.

Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1998-2015.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto al peso que cada droga ha representado en el total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, en 2015 la cocaína se mantiene como la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (36,6% del total), seguida del cannabis (33,1%) y los opiáceos* (25,7%).

* Los opiáceos son sustancias alcaloides que se extraen de la cápsula de la planta del opio. Los opioides son sustancias endógenas o exógenas que ejercen actividad farmacológica mediante la interacción con los receptores opioides y tienen efectos análogos a la morfina.

A lo largo del documento, para facilitar la lectura, se usará "opiáceos" como genérico que incluye tanto opioides como opiáceos.

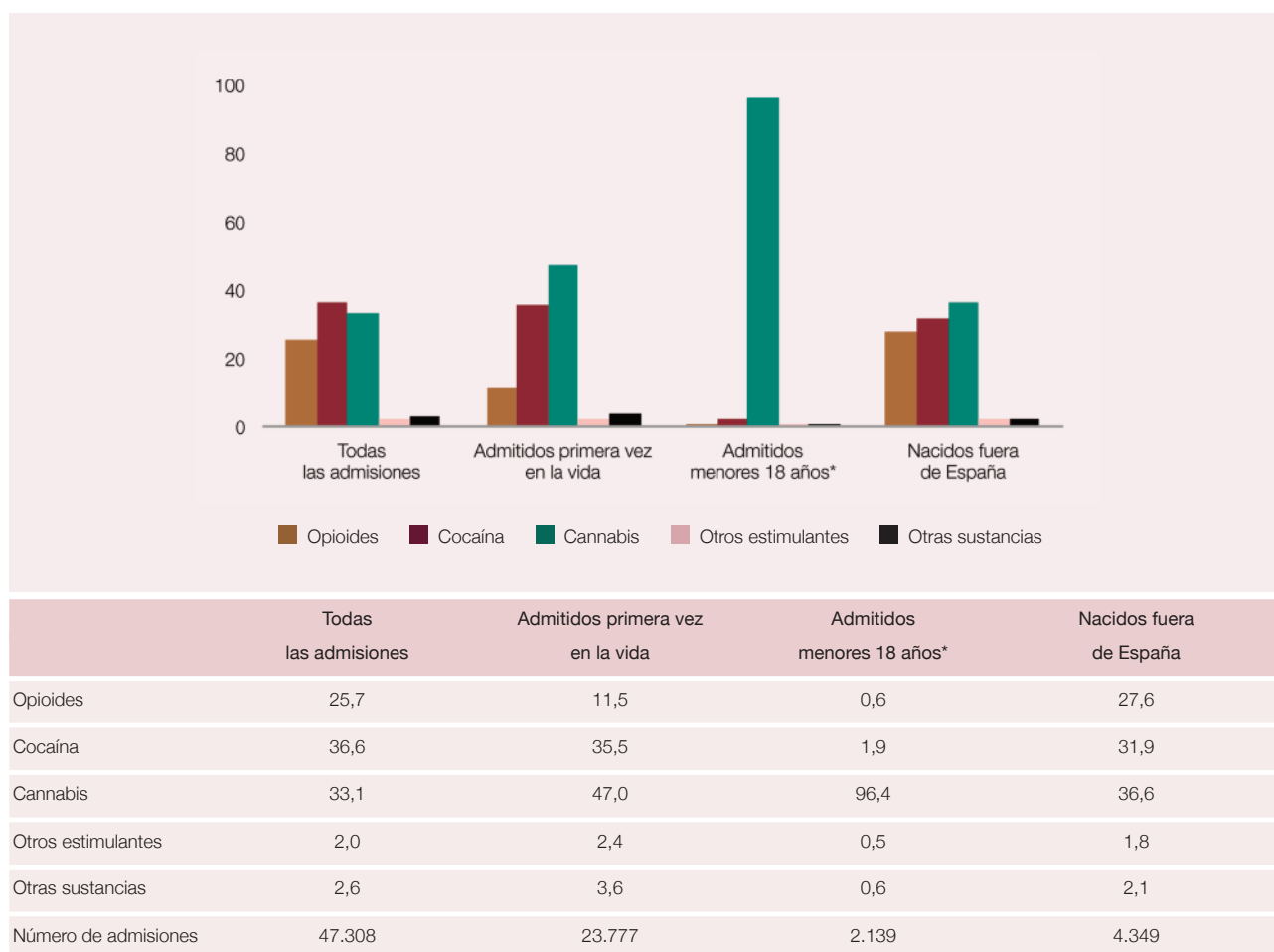
Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida (primeras admisiones), en 2015 el cannabis se mantiene por tercer año consecutivo como la sustancia ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (47%), seguida de la cocaína (35,5%) y los opioides (11,5%).

Como viene ocurriendo en años anteriores, entre los menores de 18 años, el cannabis se consolida como la droga responsable de más del 96% de las admisiones a tratamiento.

Para los nacidos fuera de España, en 2015, el cannabis es, por segundo año consecutivo, la sustancia con mayor demanda de tratamiento (36,6%), seguido de la cocaína (31,9%). El porcentaje atribuido a los opioides se mantiene estable con respecto a los últimos años (27,6%) (figura 2.1.2).

Figura 2.1.2.

Porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales, según droga principal (total de admitidos por primera vez, menores de 18 años y nacidos fuera de España). España, 2015.



* Todos los admitidos a tratamiento menores de 18 años.

Nota: El porcentaje puede no sumar 100% debido a que en esta figura sólo se representan algunas drogas.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En 2015, más de la mitad (54,9%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron tratamiento (por esa sustancia en concreto), por primera vez en su vida.

Siguiendo las tendencias que venían observándose, en 2015, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones (83,9%).

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 34,4 años para el conjunto de las admisiones, sin claras diferencias según el sexo y similar a la de años anteriores. La edad media entre las primeras admisiones a tratamiento fue de 31 años, 6 años menos que para las admisiones con tratamiento previo. El 9,6% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrándose diferencias según el sexo (tabla 2.1.1).

Tabla. 2.1.1.

Características sociodemográficas de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo. España, 2015.

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	47.308	19.519	23.777	39.616	7.602
Tratamiento previo (%)					
Sí	45,1			46,0	40,0
No	54,9			54,0	60,0
Edad media (años)	34,38	37,79	31,21	34,29	34,86
Sexo (%)					
Hombre	83,9	85,9	82,6		
Mujer	16,1	14,1	17,4		
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	0,9	1,0	0,9	0,9	0,8
Enseñanza primaria	57,9	59,0	57,3	59,0	52,1
Enseñanza secundaria	36,8	36,1	37,4	36,3	39,9
Estudios universitarios	4,4	3,8	4,4	3,8	7,3
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	28,0	26,1	29,8	29,0	22,9
Parado no habiendo trabajado	7,2	6,5	7,8	6,9	8,4
Parado habiendo trabajado	42,6	48,5	38,1	42,6	42,5
Otras	22,3	18,8	24,4	21,5	26,2
Nacidos fuera de España (%)	9,6	7,7	10,6	9,4	10,5
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	6,8	12,5	1,7	6,4	8,6
Médico general, Atención Primaria de Salud	10,1	6,9	13,1	9,7	11,9
Hospitales u otros servicios de salud	6,8	5,7	8,1	6,2	10,1
Servicios Sociales	3,1	2,4	3,8	2,4	7,0
Prisión, centros de menores	7,2	10,0	5,0	7,7	4,3
Servicios legales o policiales	10,2	6,7	13,8	11,1	5,8
Empresas o empleador	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Familiares y amigos	12,3	7,6	16,9	12,4	11,8
Iniciativa propia	40,7	46,0	34,0	41,4	37,0
Servicios de educación	0,5	0,2	0,7	0,4	0,8
Otra	2,3	1,8	2,6	2,2	2,7
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	12,9	15,6	10,4	12,9	12,9
Únicamente con pareja	10,6	11,1	9,9	9,7	15,4
Únicamente con hijos/as	3,2	3,2	3,0	2,3	8,2
Con la pareja e hijos/as	16,2	16,0	16,5	16,2	16,2
Con padres o familia de origen	42,1	35,6	47,7	43,6	33,8
Con amigos/as	3,0	3,2	2,7	2,9	3,4
Detenido (ej. centro penitenciario, centro inserción social)	6,0	7,8	4,8	6,5	3,6
En instituciones no detenido (ej. albergue)	1,8	2,1	1,6	1,8	2,1
Otros	4,3	5,4	3,3	4,2	4,4

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de hijos	0,8	0,9	0,7	0,7	1,1
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	87,2	82,5	91,1	86,6	89,8
Prisión, centros de menores	6,1	8,1	4,7	6,7	3,0
Otras instituciones	2,1	2,6	1,7	2,1	2,4
Pensiones, hoteles, hostales	0,5	0,8	0,2	0,5	0,5
Alojamiento inestable/precario	2,1	2,9	1,4	2,1	2,5
Otros lugares	2,0	3,0	1,0	2,1	1,9
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	25,7	42,2	11,5	25,6	25,8
Heroína	23,2	39,5	9,3	23,5	21,8
Metadona	1,0	1,1	0,8	0,9	1,2
Buprenorfina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Fentanilo	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3
Otros opioides	1,4	1,5	1,2	1,2	2,4
Cocaína	36,6	37,1	35,5	37,4	32,6
CLH Cocaína	35,2	35,9	33,9	36,0	31,1
Cocaína base	1,4	1,3	1,6	1,4	1,4
Cocaína Otras	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Estimulantes	2,0	1,5	2,4	1,9	2,4
Anfetaminas	1,3	1,2	1,5	1,3	1,8
Metanfetaminas	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
MDMA y derivados	0,3	0,1	0,6	0,3	0,3
Catinonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros estimulantes	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
Hipnosedantes	2,3	1,3	3,1	1,5	6,1
Alucinógenos	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
Sustancias volátiles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cannabis	33,1	17,7	47,0	33,3	32,5
Otras sustancias	0,1	0,1	0,2	0,1	0,4
Edad de inicio droga principal (años)	23,0	23,0	22,0	22,5	25,2
Frecuencia de consumo de la droga principal (%)					
Todos los días	46,9	43,5	50,3	46,4	49,5
4-6 días a la semana	7,4	6,2	8,1	7,6	6,2
2-3 días a la semana	13,8	11,7	15,2	14,0	12,6
1 día a la semana	5,1	4,6	5,5	5,2	4,9
Menos de 1 día a la semana	7,0	7,4	6,6	7,1	6,6
No consumió	19,8	26,7	14,3	19,7	20,2

	Total	Tratamiento previo*		Sexo*	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Via de administración droga principal (%)					
Oral	6,1	4,7	7,2	5,1	11,0
Pulmonar o fumada (en chinos, papel de plata)	56,8	54,5	59,0	57,0	55,4
Intranasal o esnifada	32,8	33,4	32,1	33,4	29,6
Inyectada o parenteral	3,6	6,6	1,0	3,7	3,1
Otras	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	14,5	25,5	4,7	14,8	12,7
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	5,9	10,2	1,7	6,0	5,5
Prevalencia mínima** de VIH positivo					
Positivo	4,1	7,1	1,6	3,9	4,7
Prevalencia mínima** de hepatitis C positivo					
Positivo	8,1	15,4	2,1	8,1	8,1
Prevalencia mínima** de hepatitis B (portador crónico)					
Portador crónico	0,7	1,3	0,4	0,7	0,8

* El porcentaje puede no sumar 100% o el sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.

** Positivos entre el total (prevalencia mínima).

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

En España, la gran mayoría (87,2%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales viven en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2015, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivían en instituciones fue del 8,2% y la de los que tenían un alojamiento precario o inestable (*homeless*) del 2,1%. El modelo más frecuente (42,1%) de convivencia es la familia de origen (con los padres).

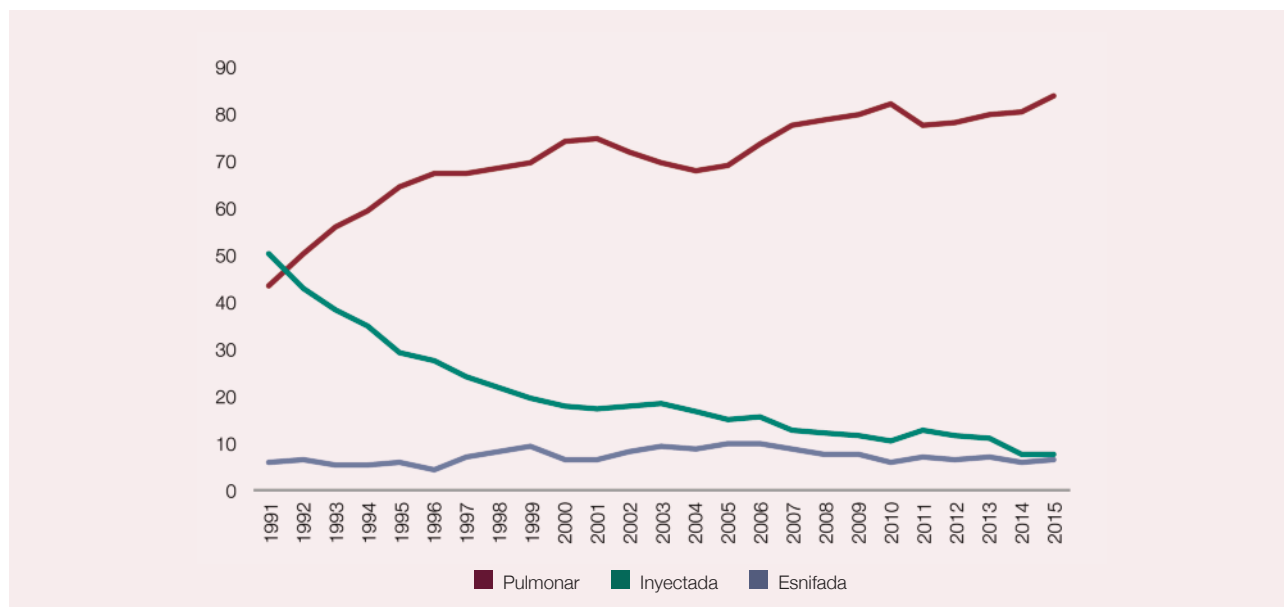
Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, más de la mitad (53%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, aunque más de una cuarta parte de los admitidos (26,7%) fueron remitidos por médicos de Atención Primaria, hospitales servicios sociales u otros servicios de tratamiento de drogodependencias.

La principal vía de administración varía en función de la sustancia analizada pero, en todos los casos, se mantiene estable la tendencia que se viene observando en los últimos años. En 2015, entre todos los admitidos a tratamiento, la vía predominante es la pulmonar (56,8%) seguida de la esnifada (32,8%); la vía inyectada es minoritaria (3,6%) y se concentra entre los admitidos a tratamiento por opioides (12,7%).

Entre los admitidos por primera vez a tratamiento por consumo de heroína, en 2015, la vía de administración predominante es la pulmonar (83,7%), seguida de la inyectada (7,6%) y la esnifada (6,6%). La vía inyectada muestra signos de estabilización que han de ser valorados con cautela debido a posibles cambios relacionados con la implementación del nuevo protocolo del indicador Admisiones a tratamiento por primera vez en 2014 (figura 2.1.3).

Figura 2.1.3.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de heroína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2015.



	Pulmonar	Inyectada	Esnifada
1991	43,4	50,3	5,8
1992	50,0	42,9	6,4
1993	56,1	38,1	5,3
1994	59,2	35,0	5,3
1995	64,5	29,1	5,9
1996	67,0	27,5	4,3
1997	67,2	23,8	7,0
1998	68,3	21,8	7,9
1999	69,3	19,4	9,5
2000	74,1	17,7	6,7
2001	74,9	17,5	6,5
2002	71,8	18,1	8,1
2003	69,3	18,5	9,5
2004	68,0	16,4	9,0
2005	69,0	15,1	9,7
2006	73,8	15,5	9,6
2007	77,4	12,8	8,9
2008	78,5	12,4	7,7
2009	79,7	11,3	7,5
2010	82,0	10,6	5,9
2011	77,7	12,8	7,1
2012	78,3	11,6	6,7
2013	79,6	11,0	6,8
2014	80,6	7,4	6,0
2015	83,7	7,6	6,6

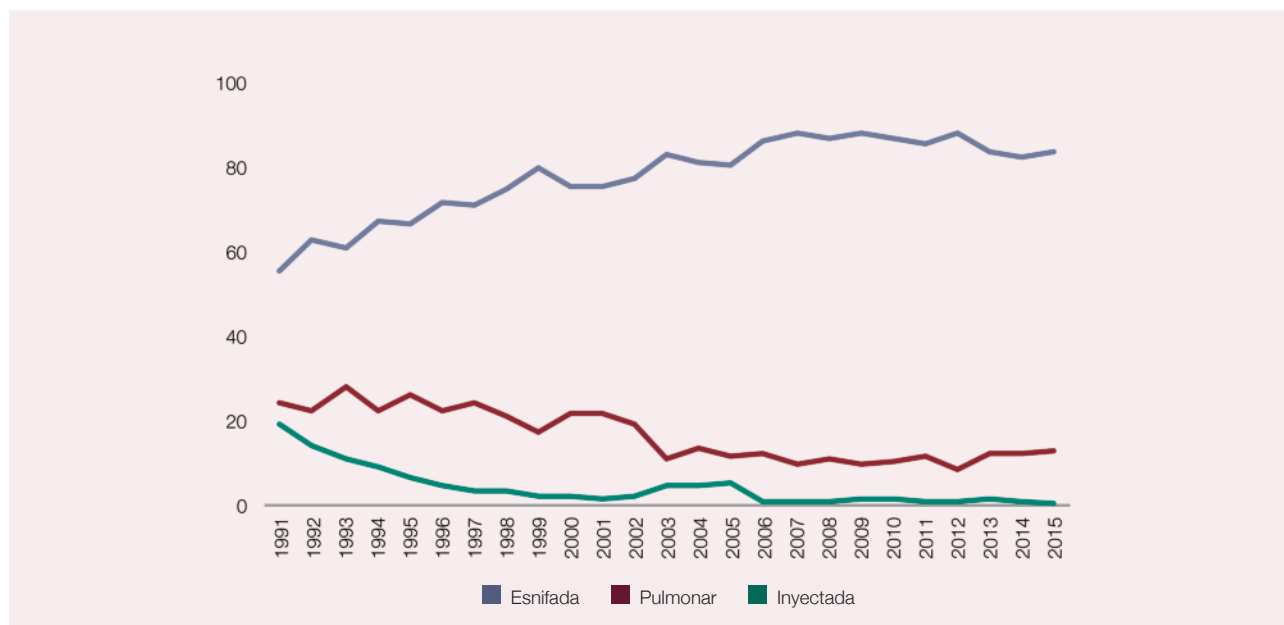
Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable vía de administración y la existencia de otras vías de administración.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Entre el total de admitidos a tratamiento por cocaína por primera vez, la vía de administración predominante es la esnifada (83,5%), seguida de la pulmonar (12,9%) y de la inyectada (0,4%), manteniéndose estable esta distribución respecto a años anteriores (figura 2.1.4).

Figura 2.1.4.

Porcentaje de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de cocaína, según la vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2015.



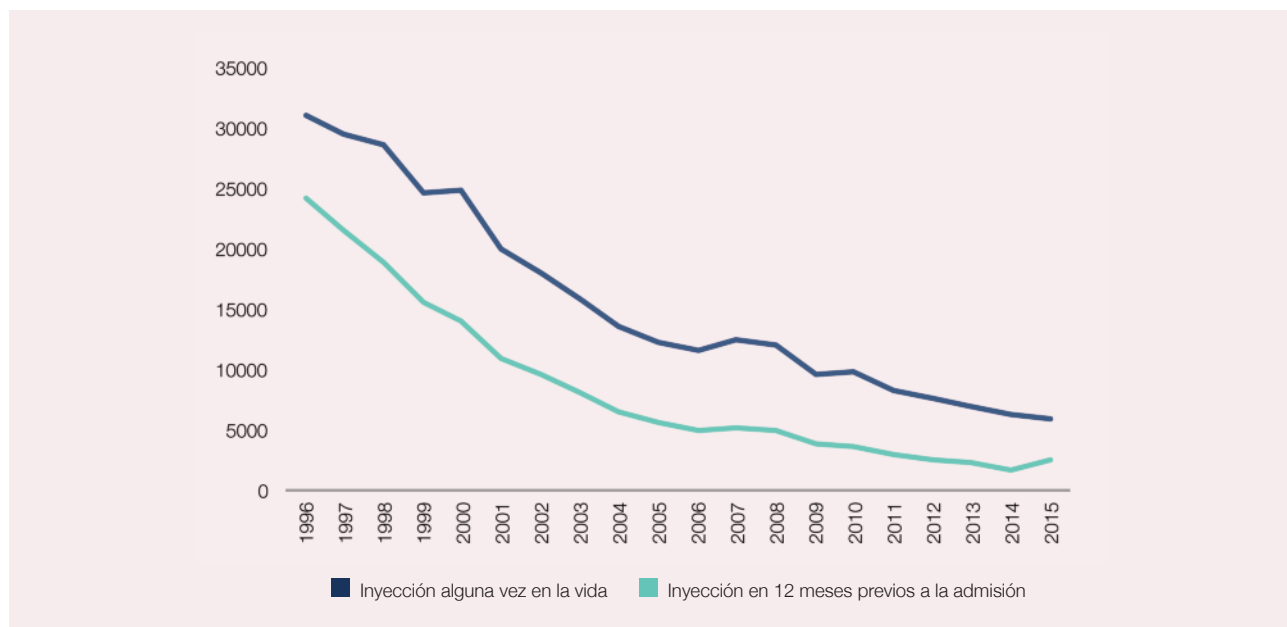
	Esnifada	Pulmonar	Inyectada
1991	55,4	24,4	19,2
1992	62,7	22,5	13,9
1993	60,8	27,7	10,7
1994	67,4	22,5	9,2
1995	66,5	25,8	6,7
1996	71,7	22,6	4,5
1997	71,0	24,2	3,3
1998	74,8	20,8	3,3
1999	79,5	17,4	2,1
2000	75,2	21,7	1,9
2001	75,2	21,9	1,6
2002	77,0	19,2	2,1
2003	83,0	11,2	4,4
2004	80,9	13,3	4,8
2005	80,6	11,5	5,2
2006	86,0	12,5	0,8
2007	88,0	10,0	1,0
2008	86,9	10,7	1,0
2009	87,7	9,7	1,2
2010	86,8	10,5	1,4
2011	85,5	11,7	0,9
2012	88,3	8,3	1,0
2013	83,8	12,3	1,2
2014	82,6	12,0	0,7
2015	83,5	12,9	0,4

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a los inyectores admitidos a tratamiento, por cualquiera de las sustancias consideradas, la figura 2.1.5 refleja, de manera clara, cómo el número de inyectores ha venido disminuyendo desde que se inició su registro en los años noventa, alcanzando la cifra más baja de la serie histórica en 2015 para la inyección alguna vez en la vida (5.904 inyectores).

Figura 2.1.5.

Número* de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total admitidos). España, 1996-2015.



	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
1996	31.046	24.224
1997	29.419	21.605
1998	28.527	18.910
1999	24.520	15.562
2000	24.941	13.955
2001	19.988	10.898
2002	17.950	9.583
2003	15.806	7.966
2004	13.605	6.516
2005	12.252	5.620
2006	11.601	4.892
2007	12.487	5.055
2008	12.066	5.050
2009	9.637	3.763
2010	9.697	3.549
2011	8.195	3.010
2012	7.580	2.562
2013	7.026	2.237
2014**	6.360	1.664
2015	5.904	2.413

* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en los porcentajes válidos.

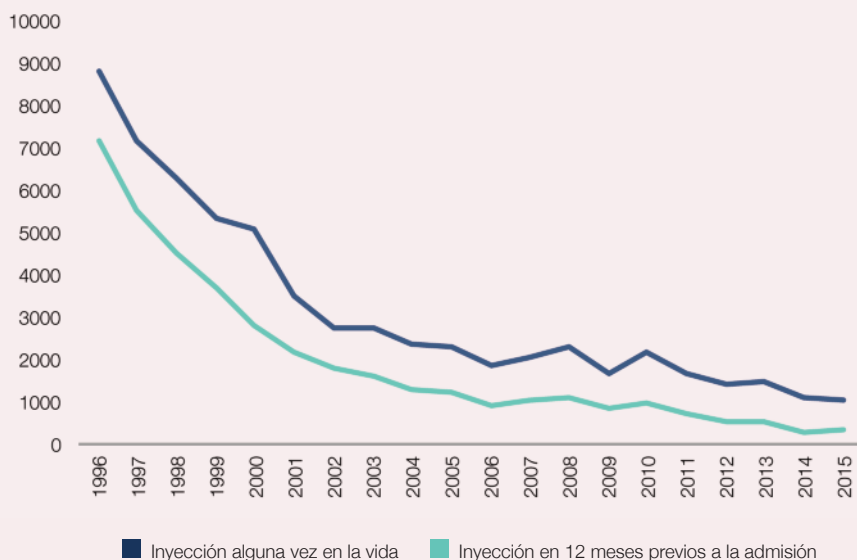
** En 2014 varias CCAA no aportaron datos de inyección debido a la modificación del protocolo del indicador.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, aunque 2014 registró un descenso del número de inyectores recientes (últimos 12 meses), podría deberse a las dificultades que presentó la implementación del nuevo protocolo de admisiones a tratamiento en 2014 en las CCAA. Así, 2015 registra cifras similares a las obtenidas en 2012 y 2013, por lo que será preciso monitorizar estrechamente las variables relacionadas con la inyección en los próximos años.

Figura 2.1.6.

Número* de inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (admitidos por primera vez). España, 1996-2015.



	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
1996	8.801	7.132
1997	7.154	5.488
1998	6.247	4.526
1999	5.315	3.655
2000	5.055	2.793
2001	3.483	2.181
2002	2.765	1.801
2003	2.722	1.583
2004	2.356	1.303
2005	2.283	1.228
2006	1.879	928
2007	2.073	1.060
2008	2.271	1.124
2009	1.687	866
2010	2.196	979
2011	1.635	702
2012	1.393	523
2013	1.457	530
2014**	1.065	261
2015	1.038	367

* Para los datos de este gráfico se utiliza una estimación basada en los porcentajes válidos.

** En 2014 varias CCAA no aportaron datos de inyección debido a la modificación del protocolo del indicador.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Resultados por tipo de droga

El número total de admisiones por drogas legales e ilegales (excepto tabaco) en 2015 es de 74.777, situándose el alcohol (36,7%) en primer lugar, seguido de la cocaína (23,2%), el cannabis (21%) y los opioides (16,2%) (tabla 2.1.2).

Tabla 2.1.2.

Número y porcentaje de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal. España, 2015.

Droga principal por la que es admitido a tratamiento	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	17.327	23,2
Cocaína polvo	16.659	22,3
Cocaína base	663	0,9
Opioides	12.146	16,2
Heroína	10.978	14,7
Metadona (mal uso)	452	0,6
Otros opioides	716	1,0
Cannabis	15.676	21,0
Hipnosedantes	1.068	1,4
Estimulantes	924	1,2
Anfetaminas	636	0,9
Éxtasis y derivados	157	0,2
Otros estimulantes	131	0,2
Alucinógenos	77	0,1
Inhalantes volátiles	18	0,0
Otras drogas ilegales	72	0,1
Alcohol	27.469	36,7
Total drogas ilegales	47.308	63,2
Total drogas ilegales y alcohol	74.777	-

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

Conviene destacar que entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. El 39,5% de los admitidos en 2015 había consumido otras drogas distintas de la que ha motivado el tratamiento (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión: el 26,4% refirió consumir, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento, una sola droga, el 9,9% consumió dos drogas, el 2,7% admitió consumir tres drogas y el 0,5% más de tres drogas. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias notificadas con más frecuencia fueron el cannabis y la cocaína, y entre los admitidos por cocaína lo fueron el alcohol y el cannabis. Por último, el 60,5% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento.

El indicador de admisiones a tratamiento permite conocer algunas características de los admitidos a tratamiento según el tipo de droga (tabla 2.1.3)

Estas características varían en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento. Por ejemplo, la edad media de las personas admitidas presenta una gran variación en función de la sustancia que genera la entrada a tratamiento, siendo la edad mucho mayor entre los admitidos por hipnosedantes (42 años) que entre los admitidos por cannabis (27 años).

Tabla 2.1.3.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según la droga principal que motiva el tratamiento. España, 2015.

	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Heroína	Hipnosedantes	Anfetaminas	MDMA y der.	Alucinógenos
Nº de casos	27.469	17.327	15.676	10.978	1.068	636	157	77
Tratamiento previo (%)								
Sí	45,5	46,2	23,6	77,8	25,7	39,6	12,7	28,6
No	54,5	53,8	76,4	22,2	74,3	60,4	87,3	71,4
Mujeres (%)	22,3	14,3	15,8	15,1	43,7	21,7	16,8	19,5
Edad media (años)	46,2	36,0	26,7	41,3	41,9	33,7	28,8	31,7
Máximo nivel de estudios completado* (%)								
Sin estudios	0,9	0,7	0,5	1,8	1,4	0,0	0,0	0,0
Primarios	52,0	54,3	57,9	65,1	56,1	48,4	44,1	45,2
Secundarios	37,5	39,8	38,1	30,0	33,3	43,1	48,0	49,3
Superiores	9,6	5,2	3,5	3,2	9,3	8,6	7,9	5,5
Situación laboral principal (%)								
Trabajando	35,6	40,6	22,2	17,2	24,1	32,3	33,1	28,4
Parado no habiendo trabajado	2,6	4,0	10,3	7,7	9,0	5,1	9,1	9,5
Parado habiendo trabajado	40,9	43,3	33,3	54,5	43,7	46,5	33,8	33,8
Otros	20,9	12,1	34,2	20,6	23,3	16,1	24,0	28,4
Nacidos fuera de España (%)	11,2	8,3	10,5	10,5	7,1	7,7	7,9	4,2
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)								
Otros servicios tto. de drogodependencias	3,7	5,5	2,0	15,0	3,6	5,8	2,6	2,6
Médico general, Atención Primaria de Salud	26,2	11,4	10,9	4,7	24,5	15,4	7,2	15,6
Hospitales u otros servicios de salud	13,5	6,3	8,2	3,3	16,8	13,6	5,9	11,7
Servicios Sociales	5,3	2,2	5,3	1,6	2,2	3,2	0,7	1,3
Prisión, centros de menores	2,0	6,6	5,0	11,9	4,7	3,9	6,5	9,1
Servicios legales o policiales	2,1	6,3	20,3	2,9	2,9	13,3	35,9	7,8
Empresas o empleadores	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,5	0,7	0,0
Familiares o amigos	12,2	14,1	15,3	6,3	8,9	13,3	13,1	9,1
Iniciativa propia	32,6	45,7	28,6	52,2	33,8	28,6	24,2	39,0
Servicios de educación	0,1	0,1	1,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Otras	2,0	1,6	3,1	2,0	2,3	2,4	3,3	3,9
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Solo/a	20,3	13,0	8,2	18,2	15,7	17,3	9,0	13,5
Únicamente con pareja	14,8	12,8	6,9	11,9	13,1	9,5	8,4	9,5
Únicamente con hijos/as	5,6	3,6	2,7	2,7	8,1	2,9	0,6	5,4
Con pareja e hijos/as	25,8	22,8	10,1	14,0	22,4	11,9	7,1	6,8
Con padres o familia de origen	23,2	34,8	59,6	30,5	28,9	44,2	55,5	43,2
Con amigos/as	2,5	2,2	2,7	4,4	2,2	4,6	4,5	5,4
Detenido (ej. centro penitenciario, centro de inserción social)	2,6	6,1	3,7	9,3	5,5	3,5	7,7	6,8
En instituciones no detenido (ej. albergue)	2,3	1,1	2,2	2,4	1,2	1,8	2,6	1,4
Otros	2,9	3,5	3,7	6,5	2,9	4,3	4,5	8,1

	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Heroína	Hipnosedantes	Anfetaminas	MDMA y der.	Alucinógenos
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Casas, pisos, apartamentos	93,1	90,8	92,6	80,7	89,8	90,8	88,9	88,6
Prisión, centros de menores	1,8	6,3	3,6	10,0	5,1	3,3	9,2	7,1
Otras instituciones	2,2	1,3	2,5	3,1	1,6	3,0	1,3	0,0
Pensiones, hoteles, hostales	0,6	0,4	0,3	1,0	0,2	0,3	0,0	2,9
Alojamiento inestable/precario	2,3	1,2	1,0	5,2	3,2	2,6	0,7	1,4
Otras sustancias consumidas en los últimos 30 días (%)								
Opioides	5,3	6,6	2,4	10,4	8,8	2,4	2,2	0,0
Heroína	4,6	6,0	2,0		6,1	2,0	1,1	0,0
Metadona	0,4	0,4	0,1	9,5	1,3	0,0	0,0	0,0
Otros opioides	0,5	0,2	0,3	0,9	2,0	0,4	1,1	0,0
Cocaína	60,3	0,5	32,3	45,2	27,4	32,1	26,9	41,7
CLH Cocaína	59,4	0,3	31,8	39,6	26,6	31,8	26,9	41,7
Cocaína base	1,0	0,2	0,5	5,8	0,5	0,3	0,0	0,0
Estimulantes sin cocaína	4,4	5,5	9,7	1,8	5,4	8,0	8,6	25,0
Anfetaminas	2,9	2,7	5,3	1,0	2,0		8,6	14,6
Metanfetamina	0,1	0,3	0,4	0,0	0,3	0,3		0,0
MDMA y derivados	1,2	2,5	4,2	0,5	2,0	7,2	0,0	6,3
Otros estimulantes	0,5	0,2	0,5	0,2	1,0	0,5	0,0	4,2
Hipnosedantes	8,2	6,4	4,9	15,7	0,3	2,7	5,4	0,0
Alucinógenos	0,5	0,9	1,4	0,4	0,5	3,4	4,3	2,1
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Cannabis	51,4	48,6	0,0	52,4	54,0	61,5	64,5	58,3
Alcohol		71,2	77,8	36,0	50,6	50,1	47,3	41,7
Otras sustancias	0,4	0,5	0,4	0,4	0,8	1,1	2,2	2,1
Edad inicio del consumo de la droga principal (años)	19,0	20,7	15,7	21,5	28,7	20,7	21,3	22,1
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)								
Todos los días	58,9	21,6	66,6	53,9	84,8	26,4	13,9	32,4
4-6 días/semana	6,4	11,0	5,7	4,7	2,2	10,8	3,3	11,8
2-3 días/semana	11,5	24,4	8,4	6,2	3,1	22,3	18,5	20,6
1 día/semana	4,3	9,6	2,5	2,2	1,1	9,2	9,9	10,3
Menos de 1 día/semana	5,2	12,5	3,6	3,8	1,4	12,5	19,2	7,4
No consumió	13,8	20,9	13,2	29,3	7,5	18,9	35,1	17,6
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)								
Oral	99,6	2,7	1,5	0,7	98,3	20,5	84,8	42,1
Pulmonar	0,2	14,6	97,7	78,3	1,0	2,9	1,3	5,3
Intranasal	0,1	81,0	0,4	6,6	0,3	75,4	11,3	50,0
Parenteral	0,0	1,0	0,1	13,1	0,3	0,8	1,3	1,3
Otras	0,1	0,7	0,3	1,2	0,2	0,3	1,3	1,3

	Alcohol	Cocaína	Cannabis	Heroína	Hipnosedantes	Antetamínicos	MDMA y der.	Alucinógenos
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	4,0	5,5	2,1	46,2	6,3	6,5	4,1	6,8
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	0,8	2,3	0,4	19,7	1,0	2,7	1,4	1,7
Se inyectó drogas en los últimos 30 días (%)	0,6	1,9	0,3	17,2	0,8	2,0	1,4	1,7
Prevalencia mínima VIH (positivo)**	1,1	1,9	0,9	11,4	3,7	2,2	3,8	6,5
Prevalencia mínima Hepatitis C (positivo)**	3,0	2,9	1,3	25,6	5,3	2,8	3,2	1,3
Prevalencia mínima Hepatitis B (portador crónico)**	0,5	0,4	0,2	1,9	0,7	0,3	0,0	1,3

* En 2014, se aplicó el cambio de protocolo para adaptarse a los cambios en el sistema educativo nacional. Los estudios de 3º y 4º de la ESO del sistema educativo actual, en el sistema educativo anterior se correspondían con 2 cursos de BUP, eso hace que, lo que antes se clasificaba como estudios secundarios a partir del 2014 se clasifica como estudios primarios, se debe tener este dato en cuenta a la hora de interpretar la serie histórica.

** Positivos entre el total (prevalencia mínima)

Nota: El porcentaje puede no sumar 100% debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

El máximo nivel de estudios alcanzado de los pacientes admitidos a tratamiento se ha modificado ligeramente con el tiempo, pero sigue mostrando variaciones significativas según la droga principal que motiva el tratamiento. En este sentido, en 2015, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (67%) habían finalizado como máximo estudios primarios, mientras que el 45% de los admitidos a tratamiento por cocaína y cerca del 42% de los admitidos por cannabis tenían como mínimo estudios secundarios completos.

Como ocurría en años anteriores, estas diferencias también se encuentran en la situación laboral; la proporción de empleados entre los tratados por cocaína (40,6 %) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (17,4%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (22,6%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína.

También se observan diferencias importantes en los modelos de convivencia y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2015, tener un alojamiento precario o inestable fue más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (5%) que entre los admitidos por cannabis (1%) o cocaína (1,2%).

En 2015, más de la mitad del total de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron tratamiento por esa sustancia en concreto, por primera vez en su vida. Según la sustancia por la que fueron admitidos, la proporción de primeras admisiones fue menor entre los admitidos por heroína (24,9%) que entre los admitidos por cocaína (53,8%), alcohol (54,5%), hipnosedantes (74,3%) o cannabis (76,4%).

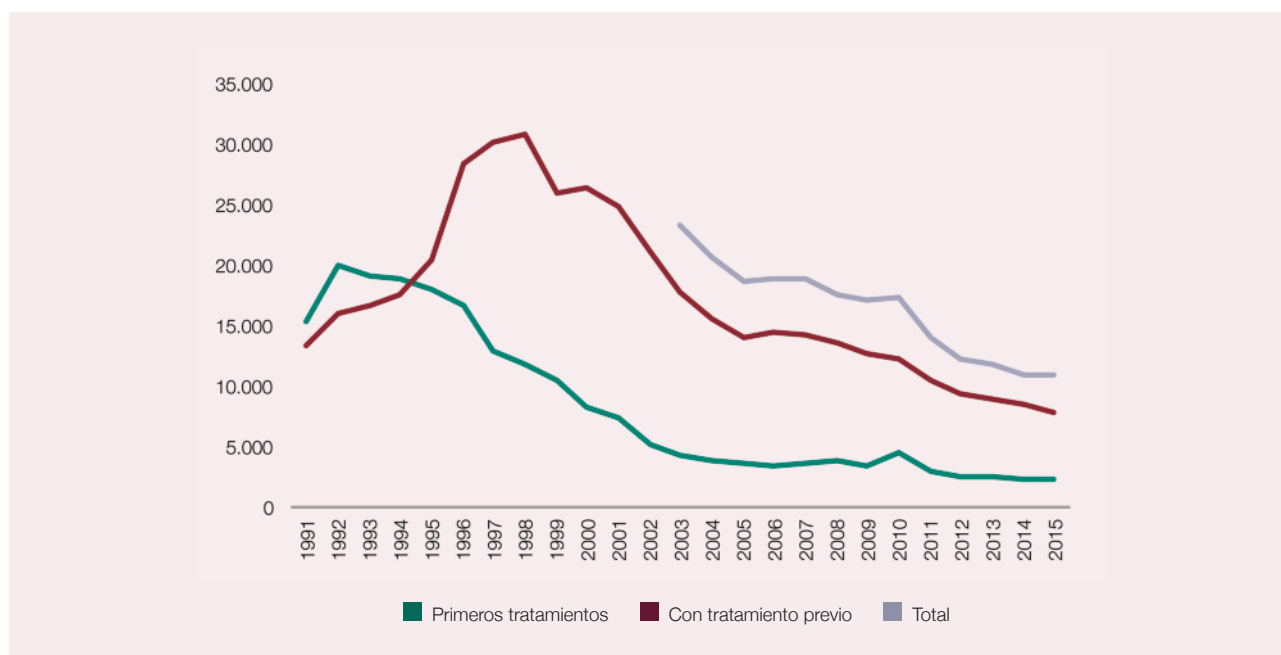
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 10.978 en 2015, confirmándose la tendencia descendente iniciada en 2010. Esta tendencia se justifica tanto por la disminución del número de personas admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia (7.713 personas) y que supone la cifra más baja desde 1991, como por los admitidos por primera vez que también presentan los valores más bajos de la serie histórica (figura 2.1.7).

El perfil de los admitidos a tratamiento por heroína se mantiene como en años previos; un varón de 41 años que ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria, parado y que suele acudir a tratamiento por iniciativa propia. Alrededor de un 12,5% ha vivido los 30 días previos en la prisión u otro centro de internamiento. Suelen presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidores de otras, principalmente cannabis, cocaína y alcohol.

Figura 2.1.7.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2015.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	15.277	13.296	-	2003	4.337	17.867	23.225
1992	20.017	15.956	-	2004	3.836	15.617	20.532
1993	18.977	16.703	-	2005	3.604	14.005	18.653
1994	18.770	17.526	-	2006	3.318	14.502	18.803
1995	17.878	20.369	-	2007	3.672	14.331	18.904
1996	16.647	28.382	-	2008	3.840	13.616	17.456
1997	12.993	30.173	-	2009	3.412	12.750	16.989
1998	11.867	30.756	-	2010	4.526	12.166	17.325
1999	10.473	26.031	-	2011	2.951	10.391	13.898
2000	8.151	26.412	-	2012	2.555	9.302	12.238
2001	7.461	24.844	-	2013	2.572	8.940	11.756
2002	5.051	21.162	-	2014*	2.356	8.555	10.911
				2015	2.202	7.713	10.978

* Datos relacionados con la variable Tratamiento previo son estimados para el conjunto nacional, debido a que algunas CCAA han aportado sólo información parcial de esta variable.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína

El número de admisiones a tratamiento por consumo de cocaína (CLH y base) fue de 17.327 en 2015.

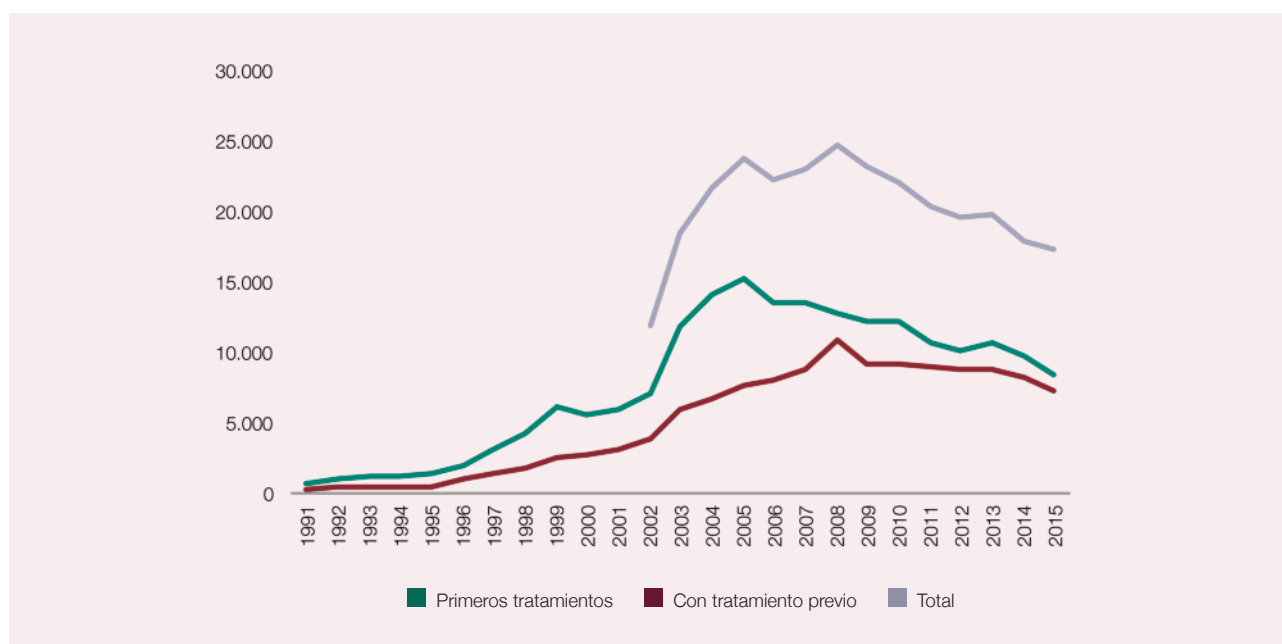
El número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 15.258 en 2005, año en que alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días), obtenidas en la encuesta EDADES (población de 15 a 64 años).

Desde 2005 hasta 2012, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso, pasando de 15.258 en 2005 a valores cercanos a las 10.000. En los últimos años, esta cifra ha permanecido bastante estable, confirmándose en 2015 la tendencia descendente del número de primeras admisiones a tratamiento (figura 2.1.8). No obstante, sigue registrándose un mayor número de primeras admisiones que de personas con tratamiento previo por cocaína.

El perfil de los admitidos a tratamiento por cocaína es el de un varón de 36 años que nunca ha recibido tratamiento previo por esa misma sustancia, con educación primaria/secundaria, trabajando o parado con trabajo previo y que acude principalmente por iniciativa propia. Suelen presentar un consumo no diario de la sustancia y ser consumidores de otras, principalmente alcohol y cannabis.

Figura 2.1.8.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína. España, 1991-2015.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1991	681	262	–	2003	11.851	5.893	18.359
1992	932	367	–	2004	14.126	6.747	21.646
1993	1.146	431	–	2005	15.258	7.562	23.746
1994	1.265	491	–	2006	13.463	8.036	22.242
1995	1.415	516	–	2007	13.429	8.753	23.037
1996	1.892	932	–	2008	12.847	10.786	24.680
1997	3.129	1.402	–	2009	12.142	9.107	23.132
1998	4.174	1.838	–	2010	12.130	9.095	22.087
1999	6.126	2.576	–	2011	10.637	8.889	20.335
2000	5.499	2.773	–	2012	10.142	8.855	19.497
2001	5.977	3.046	–	2013	10.734	8.726	19.848
2002	7.125	3.893	11.904	2014*	9.683	8.182	17.864
				2015	8.445	7.248	17.327

* Datos relacionados con la variable Tratamiento previo son estimados para el conjunto nacional, debido a que algunas CCAA han aportado sólo información parcial de esta variable.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis

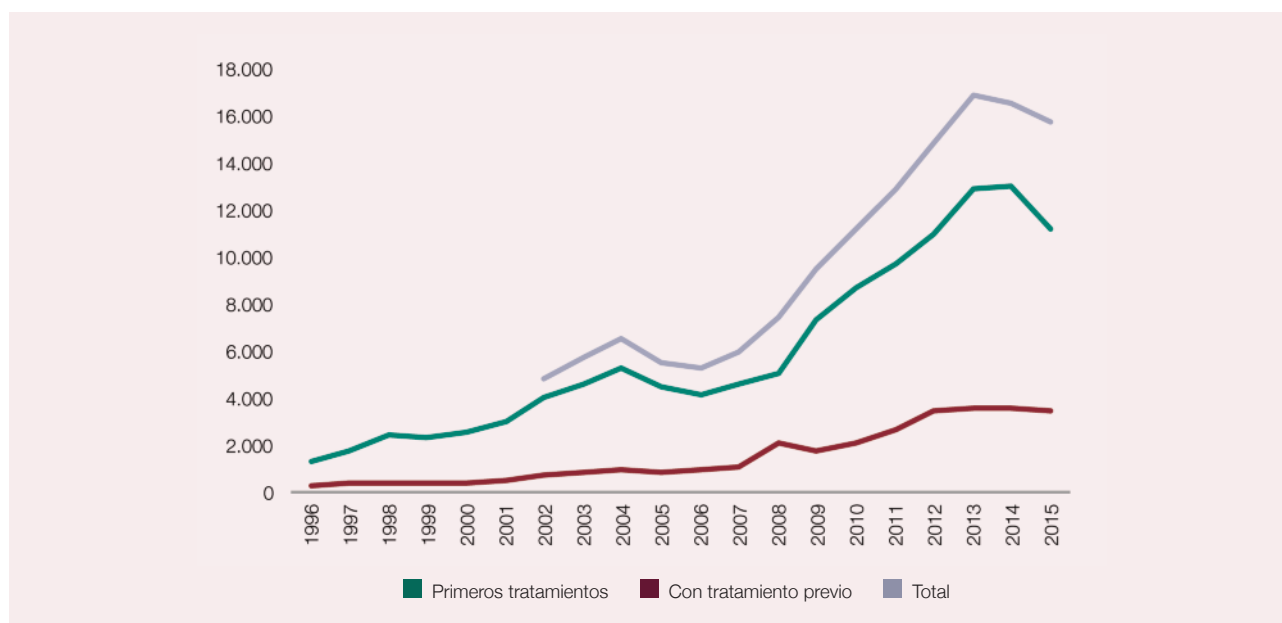
El número total de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en el año 2015 fue de 15.676, cifra ligeramente inferior a las registradas en 2014 y 2013. No obstante, el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis ha mostrado una tendencia claramente ascendente hasta 2013. Es más, en 2012, el cannabis se convirtió en la sustancia responsable del mayor número de admisiones a tratamiento por primera vez, superando a la cocaína y, a pesar del descenso observado en 2014 y 2015, se mantiene en esa posición.

La reciente tendencia descendente del número de admitidos a tratamiento por cannabis se debe, principalmente, a la disminución del número de personas que han acudido a recibir tratamiento por primera vez, manteniéndose más o menos estable el número de admisiones a tratamiento entre las personas que ya han recibido tratamiento por esta sustancia con anterioridad (figura 2.1.9).

Es importante señalar una vez más el peso del cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en España. Así, el 94% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas ilegales en 2015 en nuestro país, lo han hecho por problemas asociados al consumo de cannabis.

Figura 2.1.9.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2015.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	1.300	230	–	2006	4.125	941	5.304
1997	1.768	387	–	2007	4.619	1.114	5.936
1998	2.412	407	–	2008	5.058	2.055	7.419
1999	2.335	418	–	2009	7.273	1.705	9.503
2000	2.487	408	–	2010	8.639	2.101	11.192
2001	2.966	540	–	2011	9.736	2.603	12.873
2002	3.972	665	4.772	2012	10.982	3.402	14.869
2003	4.613	871	5.711	2013	12.912	3.585	16.914
2004	5.319	928	6.500	2014*	12.968	3.510	16.478
2005	4.426	844	5.524	2015	11.185	3.448	15.676

* Datos relacionados con la variable Tratamiento previo son estimados para el conjunto nacional, debido a que algunas CCAA han aportado sólo información parcial de esta variable.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

El perfil de los admitidos a tratamiento por cannabis es el de un varón de 27 años que acude por primera vez a tratamiento por esa sustancia. Acude por iniciativa propia, derivado de servicios legales o por presión familiar, vive con familia de origen, suele presentar un consumo diario de la sustancia y ser consumidor de otras, principalmente alcohol (77%).

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes

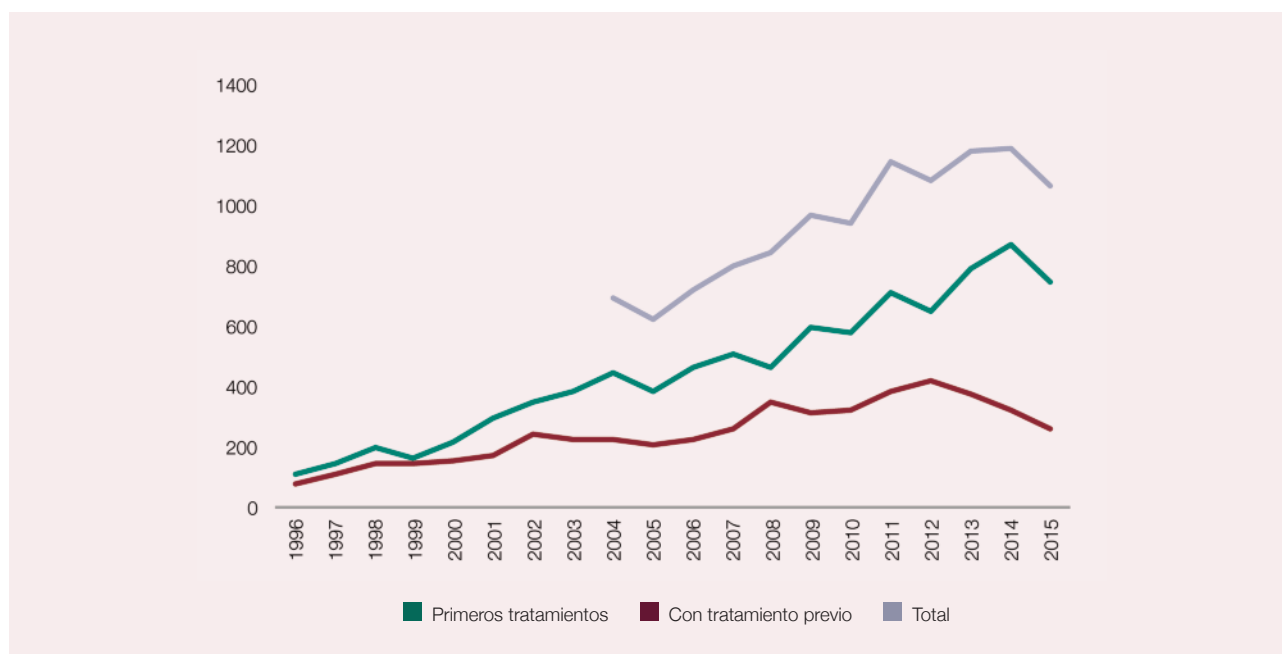
En 2015, el número de admisiones a tratamiento por consumo de hipnosedantes fue 1.068.

El número de admisiones a tratamiento por hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) ha venido mostrando una tendencia claramente ascendente. En 2015 se frena esa tendencia, por lo que será necesario vigilar la evolución en los próximos años (figura 2.1.10).

En el caso de los hipnosedantes, el porcentaje de mujeres entre los admitidos a tratamiento es mucho más elevado que para el resto de admitidos por otras sustancias, superando el 43% del total de admisiones.

Figura 2.1.10.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes. España, 1996-2015.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total		Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
1996	109	77	-	2006	466	223	717
1997	144	111	-	2007	503	261	795
1998	197	143	-	2008	463	352	845
1999	165	147	-	2009	598	312	963
2000	214	154	-	2010	580	323	944
2001	299	170	-	2011	709	386	1.143
2002	350	242	-	2012	648	421	1.083
2003	382	225	-	2013	787	374	1.175
2004	441	224	693	2014*	871	321	1.192
2005	383	209	618	2015	742	256	1.068

* Datos relacionados con la variable Tratamiento previo son estimados para el conjunto nacional, debido a que algunas CCAA han aportado sólo información parcial de esta variable.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

En consecuencia, se diferencian dos perfiles en función del sexo:

- El perfil de los hombres admitidos a tratamiento por hipnosedantes es el de un varón de 39 años que acude por primera vez a tratamiento, bien por iniciativa propia o derivado por el médico de atención primaria, y que vive con su familia de origen. Consume además cannabis, alcohol y cocaína (drogas secundarias).
- El perfil de las mujeres admitidas a tratamiento por hipnosedantes es el de una mujer de 46 años, que acude por primera vez a tratamiento, por iniciativa propia o referida por el médico de atención primaria, y que vive con su pareja e hijos. Consume además alcohol (droga secundaria). El 8% de las admitidas a tratamiento por hipnosedantes se dedica a las tareas del hogar.

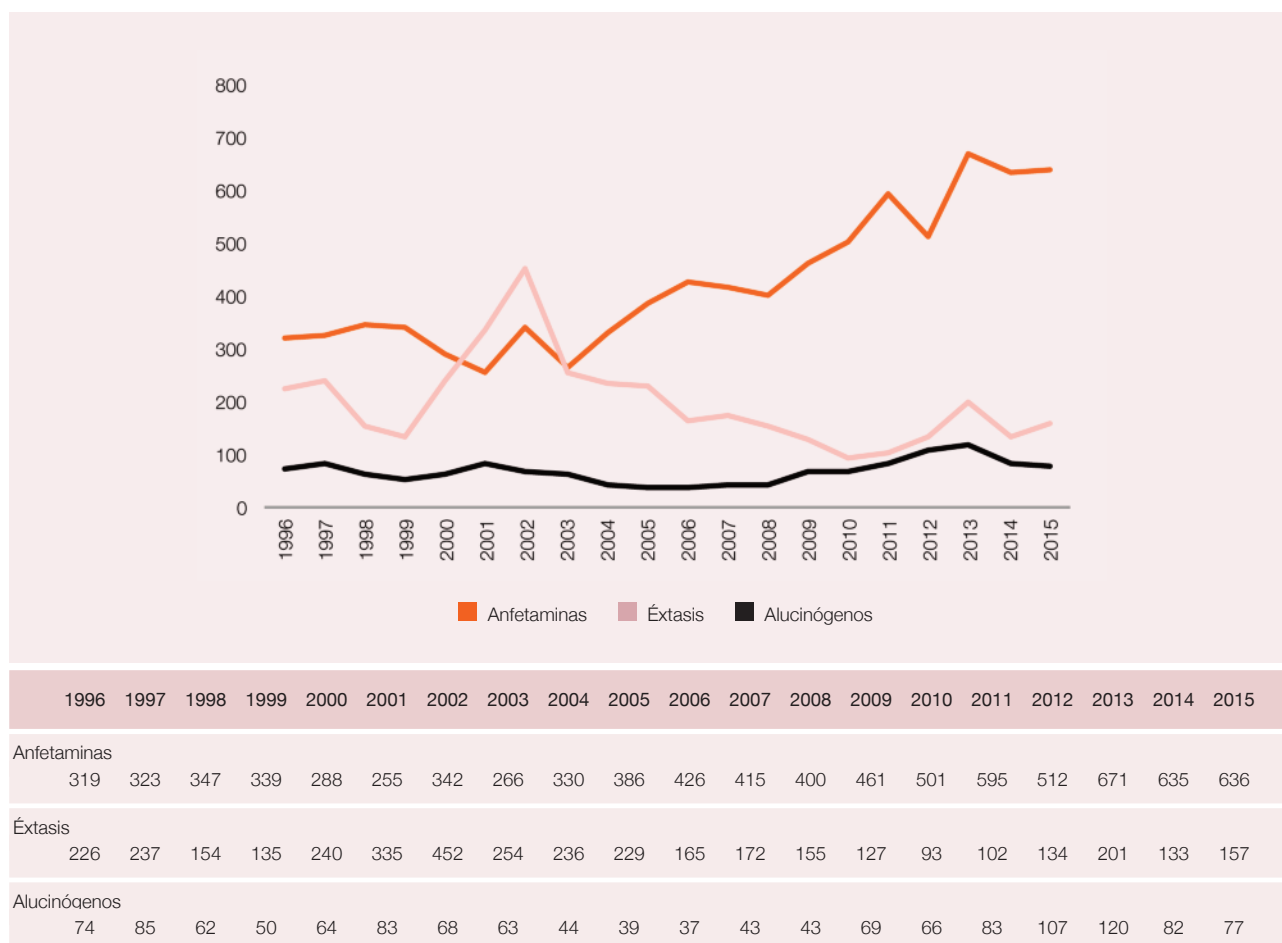
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos

Los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, éxtasis y otros) representaron, en 2015, el 2% del total de admisiones de todas las drogas ilegales. Si se comparan estas cifras con las obtenidas para la cocaína, la heroína y el cannabis, se comprueba que, en España, el impacto de estas drogas en los servicios específicos de tratamiento de las drogodependencias es mínimo.

El número de admitidos a tratamiento por éxtasis ha presentado altibajos a lo largo de los últimos años. En 2002 presentó el valor más alto y desde entonces se ha estabilizado en alrededor de 150 casos (figura 2.1.11).

Figura 2.1.11.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos. España, 1996-2015.



Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Las admisiones a tratamiento por anfetaminas han mostrado en los últimos años, de manera global, una tendencia ascendente, alcanzando su valor máximo (671) en 2013. Desde entonces parece haberse frenado este ascenso, aunque habrá que esperar para confirmar la existencia de cambios. El perfil de los admitidos a tratamiento por anfetaminas se mantiene como en años previos: un varón de 34 años que acude por primera vez a tratamiento, con educación secundaria o superior, parado y que vive con su familia de origen.

Las admisiones a tratamiento por alucinógenos se sitúan en niveles relativamente bajos (menos de 100 casos en toda España). Desde 2006 se ha venido registrando una tendencia ascendente que podría explicarse, en parte, por el aumento del número de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de ketamina. Sin embargo, en 2015 al igual que ocurría en el 2014, el descenso del número de admisiones a tratamiento por ketamina devuelve a la cifra de admitidos a tratamiento por alucinógenos a los niveles de 2008, 2009 y 2010, confirmando, por otra parte, el peso de la ketamina entre los admitidos a tratamiento por alucinógenos (figura 2.1.12) .

Figura 2.1.12.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de ketamina. España, 2005-2015.



Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol

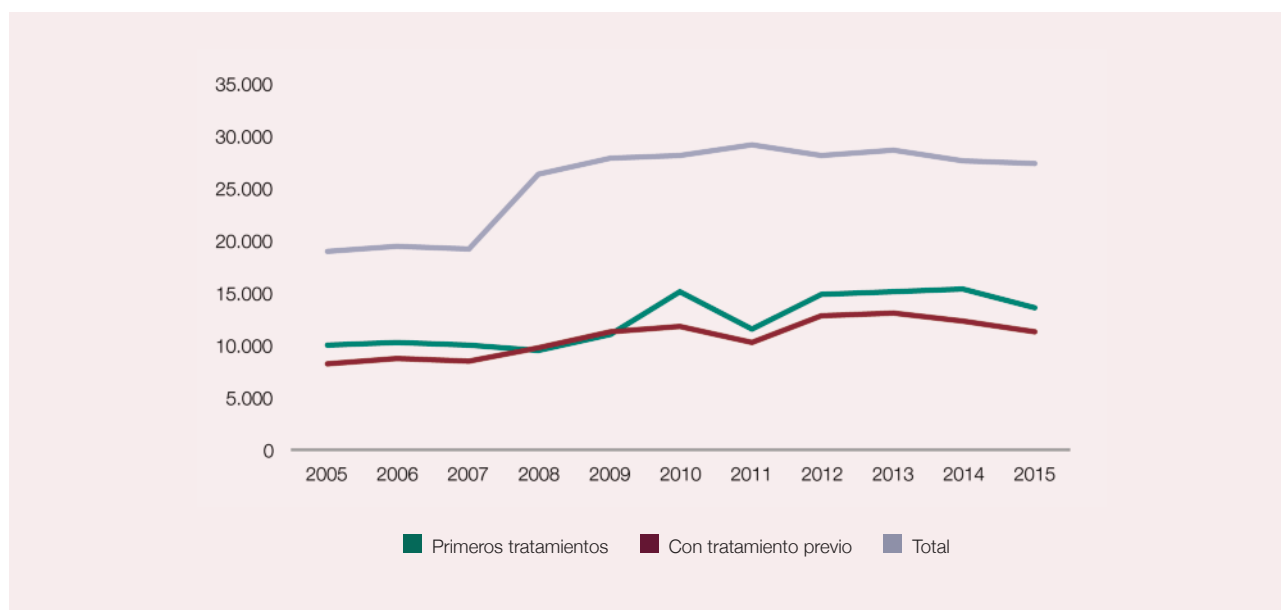
En 2015, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol fue de 27.469, cifra que mantiene cierta estabilidad desde 2010 (figura 2.1.13).

El alcohol es responsable, en 2015, de casi 4 de cada 10 admisiones a tratamiento. Además, se encuentra presente en gran parte de los patrones de policonsumo.

El perfil de los admitidos por alcohol es el de un varón de 46 años que vive con su pareja y/o hijos, que acude derivado por su médico de cabecera u otros centros de tratamiento y que consume alcohol todos los días. La mayoría (76,6%) no consume otras drogas. Entre los que sí consumen otra sustancia, destaca el uso de cocaína y cannabis (drogas secundarias).

Figura 2.1.13.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2015.



	Primeros tratamientos	Con tratamiento previo	Total
2005	10.096	8.133	18.950
2006	10.172	8.611	19.454
2007	9.898	8.587	19.224
2008	9.395	9.753	26.318
2009	10.924	11.288	27.958
2010	15.126	11.764	28.111
2011	11.612	10.350	29.014
2012	14.816	12.714	28.234
2013	15.121	12.978	28.652
2014*	15.240	12.418	27.658
2015	13.457	11.254	27.469

* Datos relacionados con la variable Tratamiento previo son estimados para el conjunto nacional, debido a que algunas CCAA han aportado sólo información parcial de esta variable.

Nota: El sumatorio puede o no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en la variable tratamiento previo

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

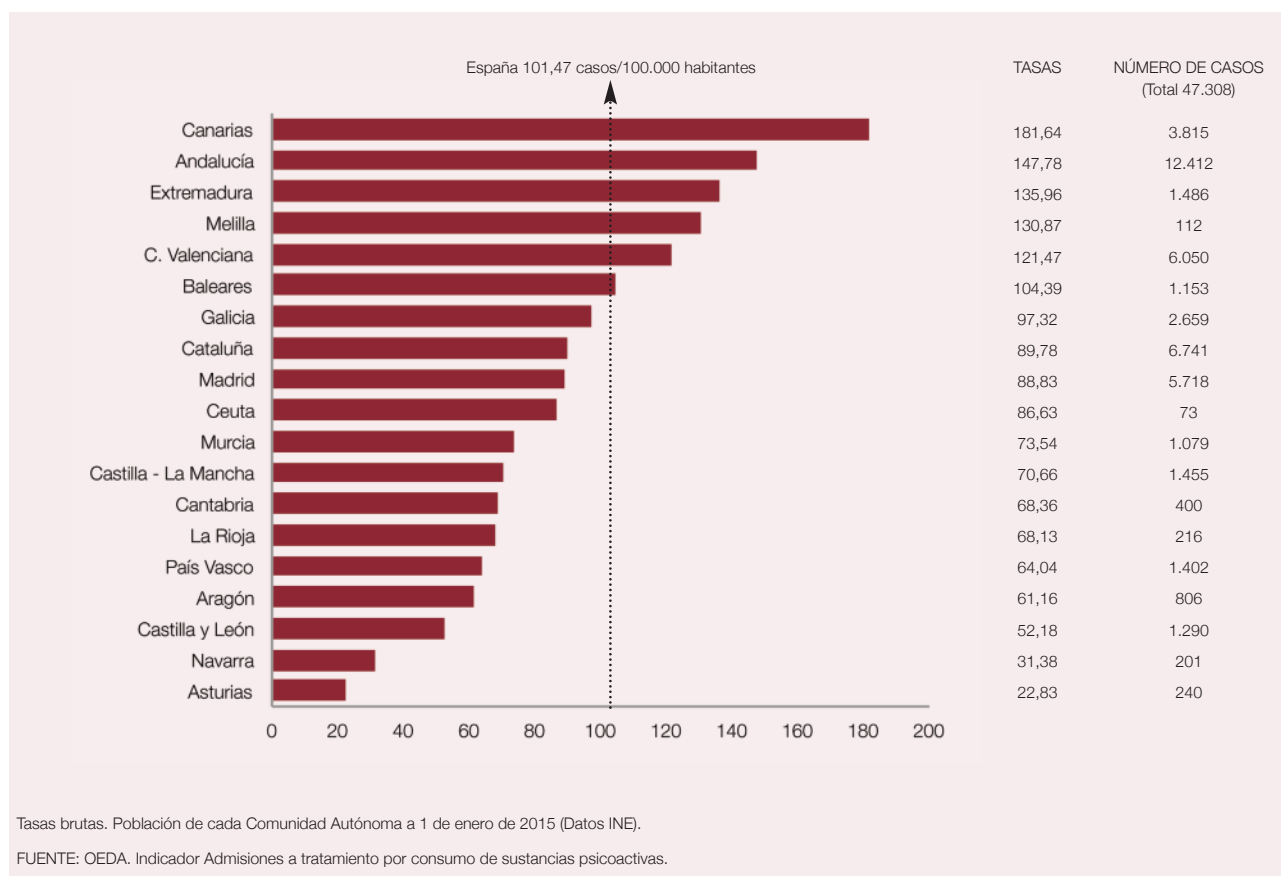
Resultados por Comunidades/Ciudades Autónomas

Todas las Comunidades y Ciudades Autónomas notifican al indicador Admisiones a tratamiento, lo que permite obtener una visión global de la situación por Comunidad/Ciudad Autónoma (figura 2.1.14).

La interpretación de la tasa bruta (número de admitidos a tratamiento/cien mil habitantes) debe realizarse con cautela, teniendo en cuenta la posible influencia de la prevalencia de consumo y la distribución por edad de la población.

Figura 2.1.14.

Número y tasa (por 100.000 habitantes) de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según Comunidad/Ciudad Autónoma. España, 2015.



Tasas brutas. Población de cada Comunidad Autónoma a 1 de enero de 2015 (Datos INE).

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2015

Introducción

Monitorizar las consecuencias sanitarias no mortales del consumo de sustancias psicoactivas aporta información interesante para conocer las características y evolución del uso de drogas, y resulta útil para realizar las intervenciones oportunas.

En España, uno de los indicadores utilizados con este fin es la monitorización de las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Este indicador forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas, que incluye también el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

A continuación se presenta la metodología y principales resultados del indicador.

Metodología

El objetivo de este indicador es la monitorización de las características de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas en España.

En relación al mecanismo de recogida de datos, el personal responsable en cada Comunidad/Ciudad Autónoma recoge la información, a partir de una revisión de las historias clínicas de urgencias, de manera activa, sistemática, exhaustiva y retrospectiva. Se selecciona un área geográfica y se monitorizan los hospitales ubicados en dicha área (excluidas maternidades, hospitales pediátricos y hospitales monográficos). Se recoge la información de una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones; algunas CCAA, como Cataluña y Castilla y León realizan una recogida continua en algunos hospitales.

Se dispone de información anual desde 1987. La cobertura geográfica ha ido incrementándose progresivamente. En 2015, notificaron al indicador 16 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas salvo Galicia, Ceuta y Melilla).

Información más detallada sobre los criterios de inclusión y exclusión, así como la ficha de recogida de datos se pueden consultar en la página web del Plan Nacional sobre Drogas¹.

1. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Resultados

En 2015 se notificaron 10.163 episodios de urgencias en los que la historia clínica recogía el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. De éstos, en 5.238 (51,5%) se encontró relación entre la droga y la urgencia. Los resultados que se presentan en este capítulo se refieren únicamente a aquellos episodios en que la droga está relacionada con la urgencia.

En la figura 2.2.1 y en la tabla 2.2.1 se muestra la evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas desde 1996.

En 2015, la **cocaína** se mantiene como la droga relacionada con el mayor número de episodios de urgencia, estando presente en más del 43% de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas. Tras el descenso iniciado en 2008 mantiene una tendencia más o menos estable en los últimos años.

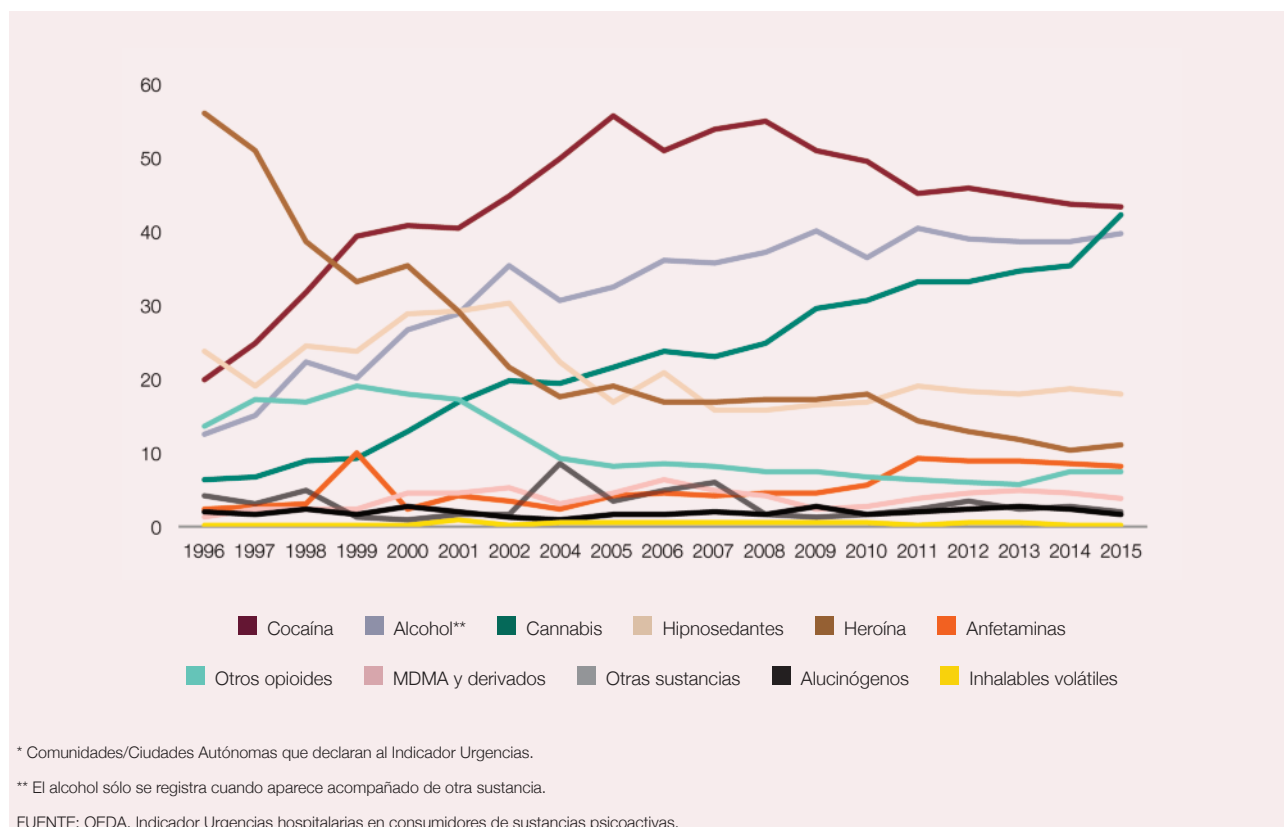
El **cannabis** ocupa el segundo lugar y se relaciona con más del 40% de las urgencias, siendo la única sustancia para la que se observa una clara tendencia ascendente y situándose a poca distancia de la cocaína. Tal y como muestran los datos procedentes del resto de indicadores y de las encuestas nacionales, el cannabis ocupa una parcela importante en el ámbito de los consumos de drogas en España y su presencia se ha consolidado en los últimos años.

El **alcohol** se sitúa en tercer lugar. Debe tenerse en cuenta que el alcohol se registra, únicamente, cuando se presenta junto con otra droga, por lo que las cifras registradas para los episodios relacionados con el consumo de alcohol representan sólo datos parciales del impacto de su consumo en los servicios de urgencias.

En relación con la **heroína**, se observa una disminución de la presencia de esta sustancia como responsable de las urgencias relacionadas con el consumo de drogas. Esta tendencia parece frenarse en 2015, por lo que necesario seguir vigilando la evolución en los próximos años.

Figura 2.2.1.

Evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según tipo de droga. España*, 1996-2015.



* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Las **anfetaminas** han mostrado una tendencia ligeramente ascendente durante el periodo 1996-2015, con algunas variaciones. A partir de 2011 se registró un aumento, pero las cifras parecen haberse estabilizado en torno al 8% en 2015.

El **éxtasis** ha presentado altibajos a lo largo de la serie histórica. En los últimos años se encuentra estabilizado en torno al 4%.

Los **alucinógenos** se mantienen en niveles relativamente bajos (1,6% en 2015), con algunas variaciones interanuales.

Tabla 2.2.1.

Número total de episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas y porcentaje de urgencias en el que aparece cada sustancia. España*, 1996-2015.

	Nº de episodios	Cocaína	Alcohol**	Cannabis	Hipnóticos y sedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y derivados	Alucinógenos	Sustancias volátiles
1996	2.585	19,9	12,4	6,2	23,6	56,1	2,2	13,5	1,3	2,1	0,2
1997	1.932	25,0	15,2	6,6	18,9	50,9	2,9	17,4	2,2	1,8	0,1
1998	2.099	31,6	22,2	8,9	24,3	38,7	3,0	16,8	2,2	2,4	0,3
1999	2.141	39,4	20,0	9,3	23,8	33,0	9,8	18,9	2,4	1,7	0,1
2000	2.328	40,9	26,8	12,8	28,9	35,3	2,2	18,0	4,5	2,7	0,3
2001	2.145	40,5	29,0	16,9	29,2	29,2	4,2	17,4	4,4	1,9	0,9
2002	2.673	44,7	35,4	19,9	30,1	21,4	3,4	13,1	5,3	1,3	0,2
2004	5.828	50,0	30,7	19,3	22,3	17,5	2,3	9,1	3,2	0,8	0,6
2005	7.089	55,5	32,3	21,7	17,0	19,0	4,2	8,3	4,7	1,7	0,5
2006	7.042	51,1	36,0	23,9	21,0	16,9	4,7	8,5	6,4	1,7	0,4
2007	7.822	53,8	35,7	22,9	15,8	16,9	4,2	8,1	5,0	2,0	0,5
2008	6.431	55,1	37,3	24,7	15,6	17,2	4,4	7,5	4,2	1,6	0,5
2009	5.567	51,1	40,2	29,5	16,5	17,1	4,6	7,6	2,4	2,6	0,5
2010	5.626	49,5	36,3	30,5	16,7	17,8	5,5	6,7	2,9	1,7	0,4
2011	5.279	45,2	40,4	33,3	18,9	14,2	9,2	6,2	3,9	2,1	0,3
2012	5.999	46,0	39,0	33,0	18,3	13,0	8,9	6,1	4,6	2,5	0,5
2013	5.715	44,9	38,7	34,6	17,8	11,9	9,0	5,7	4,8	2,5	0,4
2014	6.441	43,7	38,7	35,5	18,5	10,3	8,6	7,6	4,5	2,5	0,3
2015	5.238	43,5	39,8	42,2	18,2	11,2	8,0	7,4	3,7	1,6	0,3

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

** El alcohol sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

En las tablas 2.2.2 y 2.2.3 se presentan algunas características de las urgencias hospitalarias relacionadas con drogas en 2015 y a lo largo de la serie histórica.

Tabla 2.2.2.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. España*, 1996-2015.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de episodios	2.585	1.932	2.099	2.141	2.328	2.145	2.673	5.828	7.089	7.042	7.822	6.431	5.567	5.626	5.279	5.999	5.715	6.441	5.238
Edad media (años)	27,8	28,1	29,1	29,4	30,3	29,8	29,8	31,0	30,7	31,6	32,0	32,4	33,0	32,6	32,7	32,8	33,0	33,2	34,1
Sexo (%) mujeres	21,4	20,8	23,1	23,5	27,4	27,1	27,4	28,0	25,0	26,1	23,4	22,7	21,6	26,3	24,7	26,1	26,1	24,5	22,6
Detenidos (%)	14,4	22,4	11,7	9,4	6,4	5,7	5,2	4,1	4,9	3,7	3,8	4,4	4,9	4,2	3,7	4,1	3,8	4,3	2,7
Resolución de la urgencia (%)																			
Alta médica	80,5	82,0	81,2	80,9	78,7	79,1	82,1	81,4	79,1	76,2	79,1	80,0	80,9	79,6	75,4	75,9	72,8	69,8	72,2
Alta voluntaria	7,0	6,7	8,8	8,6	8,5	7,5	7,4	5,3	6,7	8,6	7,8	8,5	8,2	7,0	8,5	8,2	9,4	9,9	8,2
Ingreso hospitalario	7,6	7,2	6,0	6,5	8,3	7,8	6,3	8,0	8,4	8,8	9,0	7,8	8,1	10,2	12,5	12,5	14,8	15,9	16,0
Muerte en urgencias	0,1	0,1	0,0	0,2	0,7	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Traslado a otro centro	4,8	4,1	3,9	3,9	3,7	5,4	4,0	5,3	5,7	6,3	4,1	3,7	2,8	3,2	3,6	3,3	2,9	4,2	3,6

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.2.3.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (total, según sexo y según droga). España*, 2015.

	Total	Según sexo		Según droga									
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinogenos	I. volátiles
Número de episodios	5.238	4.042	1.182	2.170	1.987	2.105	901	560	401	371	183	81	16
Edad media (años)	34,1	34,5	32,7	35,2	35,0	31,0	36,1	38,6	31,4	39,3	27,9	28,6	27,9
Sexo (%) mujeres	22,6	-	-	21,2	20,3	20,8	26,8	16,9	24,4	28,7	25,3	12,3	31,3
Detenidos (%)	2,7	3,2	1,2	2,4	2	2,5	3,2	6,3	2,3	4,0	2,2	2,5	12,5
Resolución de la urgencia (%)													
Alta médica	72,2	71,9	73,4	71,6	73,2	70,9	69,4	70,8	74,0	70,2	67,6	71,9	81,8
Alta voluntaria	8,2	8,0	8,6	8,9	9,2	5,6	8,3	9,2	6,7	9,6	15,2	12,3	9,1
Ingreso hospitalario	16,0	16,6	13,7	15,7	13,8	19,8	17,4	17,6	15,2	17,1	12,4	12,3	9,1
Muerte en urgencias	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro	3,6	3,3	4,3	3,8	3,8	3,6	4,9	2,3	4,1	3,1	4,8	3,5	0,0

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

La proporción de mujeres se muestra estable a lo largo de la serie histórica, situándose entre el 20% y el 30%. En general, no se observan diferencias en las sustancias consumidas en función del sexo, salvo para los hipnosedantes, que es superior entre las mujeres.

Se observa una tendencia ascendente de la edad media de las personas atendidas en urgencias, pasando de 28 años (1996) a 34,1 años (2015), aumento que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con la cocaína (edad media 35,2 años). No obstante, aunque su peso es menor en el total de las urgencias, el análisis por sustancias muestra que aquellos que acuden a urgencias por el consumo de opioides e hipnosedantes tienen edad más avanzada y son más jóvenes los que acuden por el consumo de éxtasis, alucinógenos y anfetaminas.

La condición legal de los pacientes también ha ido evolucionando, observándose el mayor porcentaje de detenidos en 1997, año a partir del cual se inició un descenso que alcanzó su valor más bajo en 2015 (2,7%).

La distribución de las urgencias, según la resolución de la misma, no ha variado de manera significativa a lo largo de los años, siendo lo más frecuente que el paciente sea dado de alta, aproximadamente el 70% en 2015. La resolución de la urgencia tampoco varía de manera destacable en función de la sustancia, si bien se puede observar mayor porcentaje de ingresos en las urgencias por heroína, más traslados a otros centros en las urgencias por alucinógenos y más altas voluntarias entre los consumidores de éxtasis.

La tabla 2.2.4 presenta la distribución por sustancias de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas en 2015, según sexo.

Tanto en hombres como en mujeres, los mayores porcentajes de episodios de urgencia relacionada con el consumo de drogas son motivados por la cocaína, el cannabis y el alcohol. Sin embargo, se observan algunas diferencias en función del sexo, registrando mayores porcentajes para hipnosedantes entre las mujeres, y para cannabis, cocaína y alcohol entre los hombres.

Tabla 2.2.4.

Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas ilegales, según sexo. España*, 2015.

	Total	Hombres	Mujeres
Cocaína	43,4	44,2	40,9
Alcohol	39,7	40,9	35,8
Cannabis	42,1	43,0	38,9
Hipnosedantes	18,0	17,0	21,5
Heroína	11,2	12,0	8,4
Anfetaminas	8,0	7,8	8,7
Otros opioides	7,4	6,8	9,4
MDMA y derivados	3,7	3,5	4,1
Otras sustancias	2,1	1,7	3,7
Alucinógenos	1,6	1,8	0,9
l. volátiles	0,3	0,3	0,4

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

La tabla 2.2.5 muestra los datos según la vía de administración. Hay que tener en cuenta que existe una proporción considerable de valores desconocidos, por lo que los resultados deben valorarse con cautela.

En 2015, en las urgencias relacionadas con la heroína, la vía de administración predominante fue la parenteral (68,5%), seguida de la pulmonar y la intranasal, y en las urgencias relacionadas con la cocaína, lo fue la vía intranasal (72,7%) seguida de la pulmonar y la parenteral.

El peso de la vía inyectada es mucho mayor entre los consumidores de heroína que acuden a urgencias que entre las personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de esta droga, entre las que hay un predominio de la vía pulmonar. Ello pone de manifiesto el mayor riesgo de algunos problemas agudos (sobredosis e infecciones entre otros) entre los inyectores.

Para el resto de las sustancias psicoactivas, los datos sobre la vía de administración concuerdan con lo ya conocido a partir de otras fuentes. En el caso del éxtasis, los hipnosedantes, las anfetaminas y los alucinógenos, la vía de administración es mayoritariamente oral. El consumo de otros opioides diferentes de la heroína se produce también, generalmente, por vía oral, aunque siempre aparecen algunos casos que señalan el uso de la vía parenteral. El cannabis se utiliza, predominantemente, por vía pulmonar (95,5%) pero existe una pequeña proporción de consumidores por vía oral (4,3%).

Tabla 2.2.5.

Vía de administración de las drogas relacionadas con urgencias hospitalarias (%). España*, 2015.

	Cocaína	Cannabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opioides	MDMA y der.	Alucinógenos
Oral	2,0	4,3	99,3	1,5	68,2	85,0	92,1	76,1
Pulmonar o fumada	18,4	95,5	0,2	26,0	7,1	3,2	3,2	13,0
Intranasal o esnifada	71,6	0,2	0,2	5,3	24,7	2,4	4,8	2,2
Parenteral o inyectada	10,0	0,0	0,2	68,5	0,0	7,3	0,0	8,7
Otra vía	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDA. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2015. Mortalidad relacionada con drogas

Introducción

La mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas es relevante porque es un reflejo importante del impacto social y sanitario del uso de dichas sustancias. Sin embargo, la recogida de información no es una tarea fácil pues las defunciones son, en ocasiones, difíciles de clasificar.

En los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es complicado recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas porque en estos casos la muerte suele ser el resultado de una compleja interacción de varios factores, entre ellos el consumo de drogas, siendo difícil identificar el más relevante, y porque en algunos tipos de muerte (por ejemplo, en los accidentes) la presencia de estas sustancias no se investiga de forma sistemática. Una posibilidad es monitorizar sólo algunos tipos de muerte bien definidos para los que la relación entre el consumo de sustancias y la muerte pueda establecerse con una validez razonable (por ejemplo, en las muertes por reacción aguda tras el consumo de estas sustancias).

En España, tras la epidemia de consumo de heroína de finales de los setenta y principios de los ochenta, se desarrolló un sistema para recoger las muertes por reacción aguda a opioides o cocaína a partir de fuentes forenses y toxicológicas, y que actualmente incluye otras sustancias. Un sistema de estas características tiene además la ventaja de que el diagnóstico de la causa de la muerte es establecido por un profesional especializado con herramientas adecuadas para realizarlo y de que existe, habitualmente, documentación escrita suficiente y accesible sobre el caso.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)¹ notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo.

España dispone, en la actualidad, fundamentalmente de dos fuentes de información que permiten recabar datos sobre mortalidad secundaria a consumo de drogas: el Registro Específico de Mortalidad por reacción a aguda a drogas (OEDA)¹ y el Registro General de Mortalidad (INE)³.

A continuación, se describen la metodología y los principales resultados de los dos registros de mortalidad por drogas utilizados en España, y la estimación resultante de combinar ambos.

1. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA): <http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

2. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. INE. Instituto Nacional de Estadística (INE): <http://www.ine.es/>

Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)

Metodología

Este registro forma parte de un subsistema de información más amplio desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las Comunidades Autónomas, que incluye también el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas y el Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Se trata de un registro específico de mortalidad que tiene como objetivo recoger información sobre muertes con intervención judicial en que la causa directa y fundamental de la muerte es una reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas.

La fuente primaria de información procede de los Institutos Anatómicos Forenses, Médicos Forenses, Instituto Nacional de Toxicología y Cátedras de Medicina Legal que notifican los datos a su Comunidad Autónoma y éstas envían la base de datos al Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).

Este indicador empezó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. Se comenzó recogiendo información sobre defunciones por reacción aguda a opioides y cocaína pero, actualmente, se notifican además otras sustancias psicoactivas.

La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2015 notificaron datos 18 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas excepto Asturias).

Debido a que a lo largo de la serie histórica las Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad no son las mismas todos los años, se analizan dos series de datos: en la primera se incluyen los datos procedentes de las CCAA que declaran al indicador (diferentes según el año) y, en la segunda los datos de seis ciudades españolas que declaran de manera constante, lo que aporta homogeneidad a los datos. Estas seis ciudades se corresponden con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza.

Se dispone de un protocolo detallado donde quedan descritas las variables a incluir, la manera de hacerlo y los criterios de inclusión y exclusión. La descripción detallada así como la ficha de recogida de datos pueden consultarse en la página web del Plan Nacional sobre Drogas⁴.

Resultados

Tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína por vía intravenosa, y debido al cambio de sustancias consumidas y de vías de administración, la mortalidad nacional asociada al consumo de drogas experimentó un descenso que permanece más o menos estable en los últimos años, con algunos picos que se justificarían más por variaciones en la notificación de algunas de las Comunidades/Ciudades Autónomas y por mejoras en el registro y/o modificaciones de los partidos judiciales notificados que por un aumento real de fallecidos por el consumo de drogas.

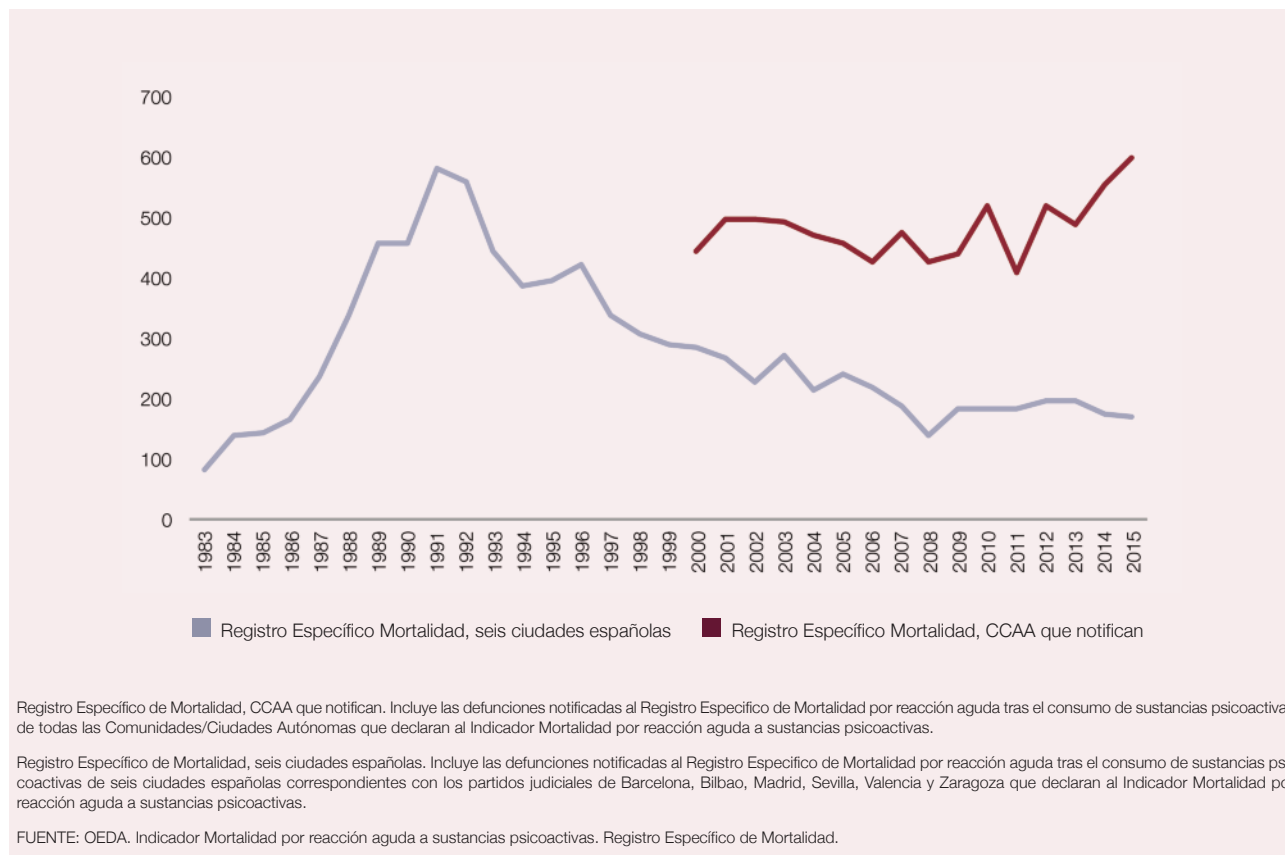
En este sentido, el indicador correspondiente a las 6 ciudades se utiliza como referencia de los cambios evolutivos. Hay que tener en cuenta que este indicador incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de seis ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reac-

4. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

ción aguda a sustancias psicoactivas, fue el punto de partida del indicador de mortalidad y no ha sufrido modificaciones relevantes, por lo que se dispone de información desde 1983. Este indicador confirma una estabilización de la mortalidad en España en los últimos 6 años.

Figura 2.3.1.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas. España, 1983-2015.



En 2015, a nivel nacional, se notificaron 600 defunciones (de éstas en 518 se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga).

El 80,6% de los fallecidos fueron varones frente a un 19,4% de mujeres. La edad media de los fallecidos fue de 43,6 años, manteniéndose estable respecto a 2014. En 2015, al igual que venía ocurriendo en los últimos años, más de la mitad de los fallecidos superaron los 40 años. En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (65%). En la mayoría de los cadáveres hubo evidencia de consumo reciente de drogas (85%) y el 13,5% de los fallecidos mostró signos de venopunción. En el 27% de los fallecidos, la muerte se debió a una patología previa agravada por el consumo de sustancias. La serología frente a VIH fue positiva en el 26,2% de los casos.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la aproximación, podría decirse que, en 2015, el perfil de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas es el de un varón mayor de 44 años, soltero, que no fallece debido al agravamiento de patología previa en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, que ha consumido recientemente alguna sustancia y en cuyo análisis toxicológico aparece más de una sustancia psicoactiva (preferentemente, hipnosedantes y opioides). Este perfil se viene manteniendo en los últimos años (tabla 2.3.1).

La mayor parte de las defunciones (73,6%) no mostraron evidencias de suicidio, pero en 2015 se mantiene la tendencia ascendente del número de casos con evidencia de suicidio, pasando del 11,1% en 2013 (45 casos) al 26,4% en 2015 (139 casos).

Tabla 2.3.1.

Características de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2015.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600
Casos con información toxicológica	490	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518
Sexo (%)													
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5	83,9	82,1	85,7	80,7	80,9	80,6
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5	16,1	17,9	14,3	19,3	19,1	19,4
Edad media (años)	35,3	37,0	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3	39,8	40,2	42,0	42,7	44,3	43,6
Grupo de edad (años)													
15-19	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7	0,4	1,2	0,4	0,2	0,7	0,8
20-24	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4	2,5	5,0	2,9	1,4	1,5	2,7
25-29	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0	7,9	6,0	6,7	7,6	4,7	4,7
30-34	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4	12,4	12,2	11,6	13,1	10,4	9,3
35-39	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9	25,5	19,9	15,8	15,7	13,8	18,3
40-44	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9	24,8	21,4	22,4	19,6	17,7	16,5
≥45	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7	26,5	34,0	40,3	42,3	51,2	47,7
Estado civil(%)													
Soltero	69,4	68,9	68,7	72,0	62,8	61,4	67,3	61,0	63,6	65,4	61,3	59,3	64,8
Casado	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4	21,6	18,2	20,7	18,9	14,5	17,8
Separado/Divorciado	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0	15,9	16,2	12,8	18,9	23,1	16,5
Viudo	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3	1,5	2,0	1,1	1	3,1	0,9
Procedencia del cadáver (%)													
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6	60,0	61,9	64,3	68,6	69,6	71,7	74,4	72,6
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9	4,3	2,8	2,0	2,1	2,4	3,3
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8	14,0	11,1	12,3	9,1	10,1	8,2
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8	2,6	2,6	1,2	2,5	0,9	2,1
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1	3,9	5,1	5,6	5,6	5,5	5,9
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4,0	3,7	4,9	4,0	3,1	1,5	3,1
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8	7,0	7,3	7,1	4,9	5,4	6	5,1	4,7
Evidencias de consumo reciente (%)													
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3	89,0	90,4	77,4	89,9	76,6	85,8	81,8	84,9
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7	11,0	9,6	22,6	10,1	23,4	14,2	18,2	15,1
Evidencia de suicidio (%)													
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8	9,0	8,5	9,7	12,4	8,1	11,1	20,3	26,4
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2	91,0	91,5	90,3	87,6	91,9	88,9	79,7	73,6
Signos recientes venopunción (%)													
Sí	53,3	43,0	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2	29,6	16,3	14,9	16,2	12,5	13,5
No	46,7	57,0	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8	70,4	83,7	85,1	83,8	87,5	86,5
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)													
Sí	35,4	32,6	35,5	28,6	20,4	26,6	30,9	31,4	37,2	37,4	36,0	35,4	27,0
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1	68,6	62,8	62,6	64,0	64,6	73,0
Anticuerpos anti-VIH (%)													
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1	34,4	39,2	37,8	31,5	27,2	26,2
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9	65,6	60,8	62,2	68,5	72,8	73,8

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

** El número de fallecidos incluye 45 casos de Galicia de los que no se disponía de información desagregada por sustancias.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

En 2015 se identifican 139 casos con evidencia de suicidio, en su mayoría hombres (68,3%), mayores de 40 años (71,9%), solteros (53,8%), con evidencia de consumo reciente (92,5%), sin signos recientes de venopunción (91,2%) y en el 84% no se considera que la muerte fuera causada por una patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas. Las sustancias detectadas son fundamentalmente hipnosedantes (presente en el 79,1% de las defunciones), opioides (33,8%) y alcohol (31,7%). No se han encontrado diferencias en las características descritas en relación con el año anterior y el ascenso de las cifras parece relacionarse con una mejora de la notificación. No obstante, se lleva a cabo vigilancia específica de la evolución de las muertes con evidencia de suicidio.

En la tabla 2.3.2 se muestra la evolución del número de fallecidos en los que se detecta cada sustancia (casos con información toxicológica disponible) de 2004 a 2015. La información se obtiene de la identificación toxicológica de cada una de las sustancias/metabolitos a los que se hace referencia.

Tabla 2.3.2.

Número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancias/metabolitos identificado mediante análisis toxicológico. España*, 2004-2015.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Opioides	349	356	337	346	329	341	409	318	366	336	333	335
Cocaína	280	315	257	318	255	252	296	213	280	235	269	253
Hipnosedantes	227	246	217	223	191	180	302	265	302	273	342	352
Anfetaminas	12	12	15	17	9	15	8	19	18	27	41	23
Cannabis	78	95	72	69	66	97	123	100	107	94	86	121
MDMA	9	2	7	5	6	5	4	7	8	5	18	12
Alcohol	167	150	147	132	110	123	149	136	138	136	212	206
Nº de defunciones con información toxicológica	466	455	428	475	424	427	517	408**	478	437	520	518
Número total de fallecidos	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Los análisis del Indicador Mortalidad confirman que las sustancias responsables de los fallecimientos en 2015 son principalmente los hipnosedantes y los opioides, seguidos de la cocaína y el alcohol. En este punto se debe tener en cuenta, en primer lugar, que el alcohol sólo se registra cuando aparece junto con otra sustancia y nunca cuando aparece como sustancia única. En segundo lugar, la mayoría de los fallecidos (94%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico (490 casos en 2015) y sólo en el 6% restante (28 casos en 2015) se identifica una sola sustancia toxicológica.

Evolutivamente, se observa una estabilización desde 2011 del número de fallecidos en los que se detectan opioides (situándose en alrededor de 330 fallecidos al año por estas sustancias), un aumento de los hipnosedantes, que en 2015 alcanzan el valor más alto de la serie histórica (352 fallecidos), situándose por encima de los opioides por primera vez desde que se inició el registro de este indicador (tabla 2.3.2), un incremento del número de fallecidos en los que se detecta alcohol y también un aumento en los que se detecta cannabis (registrando cifras similares a las mostradas en 2010). Por último, se observa una estabilización del número de fallecidos en los que se detecta la presencia de cocaína.

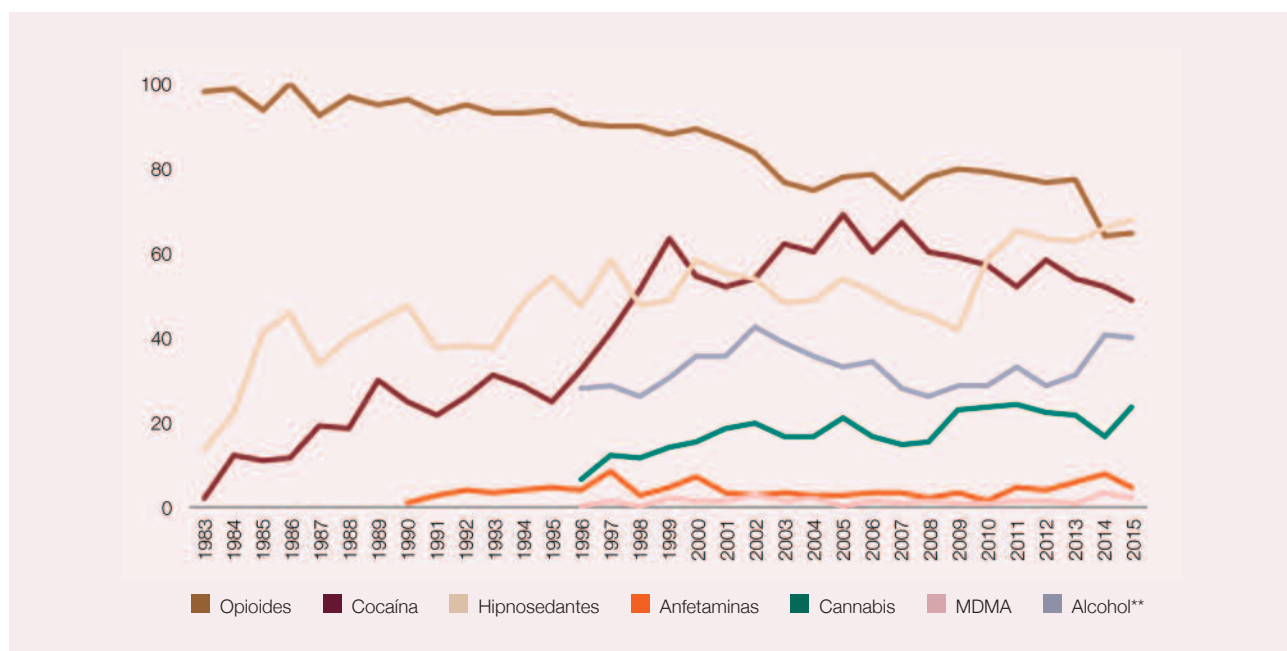
En la figura 2.3.2 se muestran los porcentajes de detección de cada sustancia respecto al total de fallecidos con información toxicológica, teniendo siempre en cuenta que es habitual detectar más de una sustancia/metabolito en las autopsias de los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas, por lo que la suma de los porcentajes es superior

al 100%. El porcentaje se puede ver alterado por el aumento o disminución del número de fallecimientos notificados, por lo que deben tomarse como referencia las cifras de números absolutos para poder interpretar los porcentajes correctamente.

Así, en relación con el peso de cada sustancia respecto al total de fallecimientos notificados, se observa un descenso en el porcentaje en los que se identifica la presencia de opioides (77,3% de los casos con información toxicológica en 2013 y 64,7% en 2015), lo que se explicaría, como hemos comentado anteriormente, por el aumento de la cifra total de fallecidos. Un aumento del peso de los hipnosedantes, estando presentes en el 68% de los casos con información toxicológica y superando a los opioides (64,7%), una disminución del peso de la cocaína y un aumento de la presencia del cannabis.

Figura 2.3.2.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1983-2015.



	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Opioides	98,0	98,8	93,9	100,0	92,4	96,6	94,8	96,0	93,1	94,9	92,8	92,9	93,4	90,4	89,8	90,1	
Cocaína	2,0	12,5	11,0	11,5	19,3	18,4	29,6	24,8	21,6	26,0	30,9	28,8	24,7	32,7	41,4	51,2	
Hipnosedantes	13,7	22,5	41,5	46,0	33,8	40,2	43,8	47,4	37,2	37,9	37,4	48,4	54,8	47,7	58,6	47,4	
Anfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	1,0	2,9	3,8	3,2	4,3	4,9	4,0	8,6	2,8	
Cannabis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,5	12,2	11,3	
MDMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	1,5	0,0	
Alcohol	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,7	28,6	26,2	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Opioides	88,0	89,4	86,8	83,8	76,7	74,9	78,2	78,7	72,8	77,7	79,8	79,1	77,9	76,6	77,3	64,0	64,7
Cocaína	63,3	54,4	51,7	54,2	62,2	60,1	69,2	60,0	67,0	60,2	59,1	57,3	52,2	58,6	54,1	51,7	48,8
Hipnosedantes	48,8	58,5	55,2	54,0	48,0	48,7	54,1	50,7	46,9	45,1	42,2	58,4	65,0	63,2	62,8	65,8	68,0
Anfetaminas	4,5	6,9	3,4	2,9	3,1	2,6	2,6	3,6	3,6	2,2	3,5	1,5	4,7	3,8	6,2	7,9	4,4
Cannabis	14,3	15,2	18,7	20,0	16,7	16,7	20,9	16,8	14,6	15,6	22,8	23,8	24,5	22,4	21,6	16,5	23,4
MDMA	1,8	1,6	1,5	2,5	1,6	1,9	0,4	1,7	1,1	1,4	1,1	0,8	1,7	1,7	1,1	3,5	2,3
Alcohol	30,5	35,5	35,3	42,5	39,0	35,8	33,0	34,3	27,8	25,9	28,8	28,8	33,3	28,9	31,2	40,8	39,8

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

** El alcohol solo se registra cuando aparece con otras sustancias.

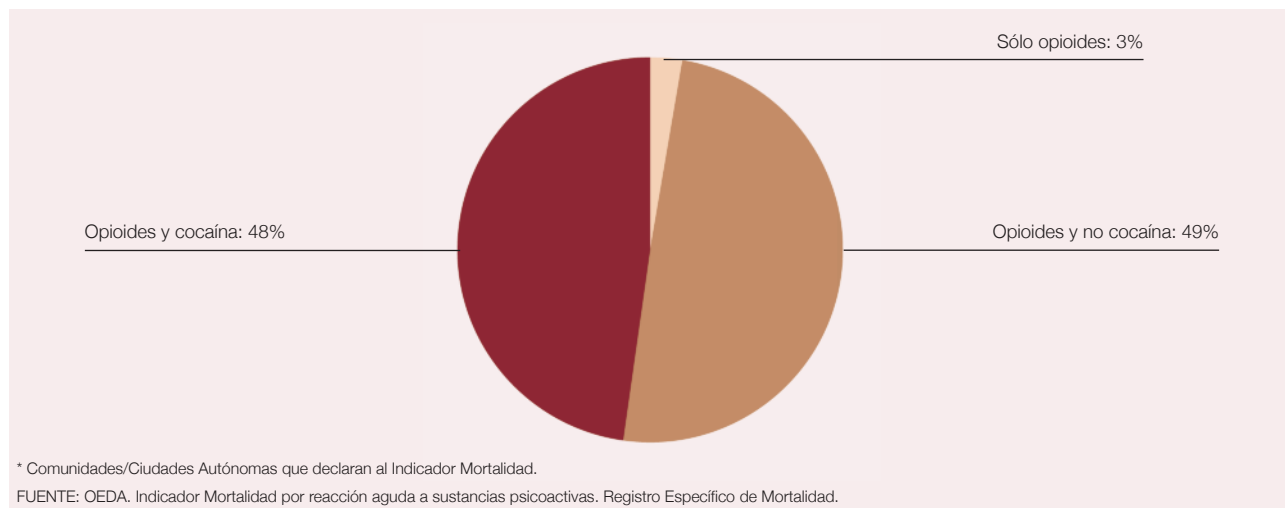
FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Información según grupos de sustancias

Tanto los opioides como la cocaína son sustancias muy presentes en este indicador. En este sentido, como se puede observar en la figura 2.3.3, entre los fallecidos en 2015 en los que se detectan opioides, sólo en el 3% de los casos se identifica como sustancia única, detectándose junto con cocaína en el 48% de los casos (independientemente de que puedan identificarse otras sustancias de manera simultánea) y con sustancias diferentes a la cocaína en el 49% de los casos.

Figura 2.3.3.

Distribución de los fallecidos en los que se detecta opioides en función de otras sustancias detectadas. España*, 2015.



En el grupo de opioides, la metadona merece mención específica. La metadona ha estado presente en el 32% (168 casos) de los fallecidos en 2015, 83 de los cuales mostraron presencia de esta sustancia como único opioide, independientemente de que se apreciaran otras sustancias de otros grupos o no. Evolutivamente, se observa un descenso de la presencia de metadona en los últimos 4 años, tanto cuando es la única sustancia detectada, como cuando aparece junto a otras sustancias (figura 2.3.4).

Figura 2.3.4.

Evolución del porcentaje de fallecidos en los que se detecta metadona (metadona, sólo metadona, y metadona y no otro opioide —aunque haya otras sustancias—). España*, 2005-2015.



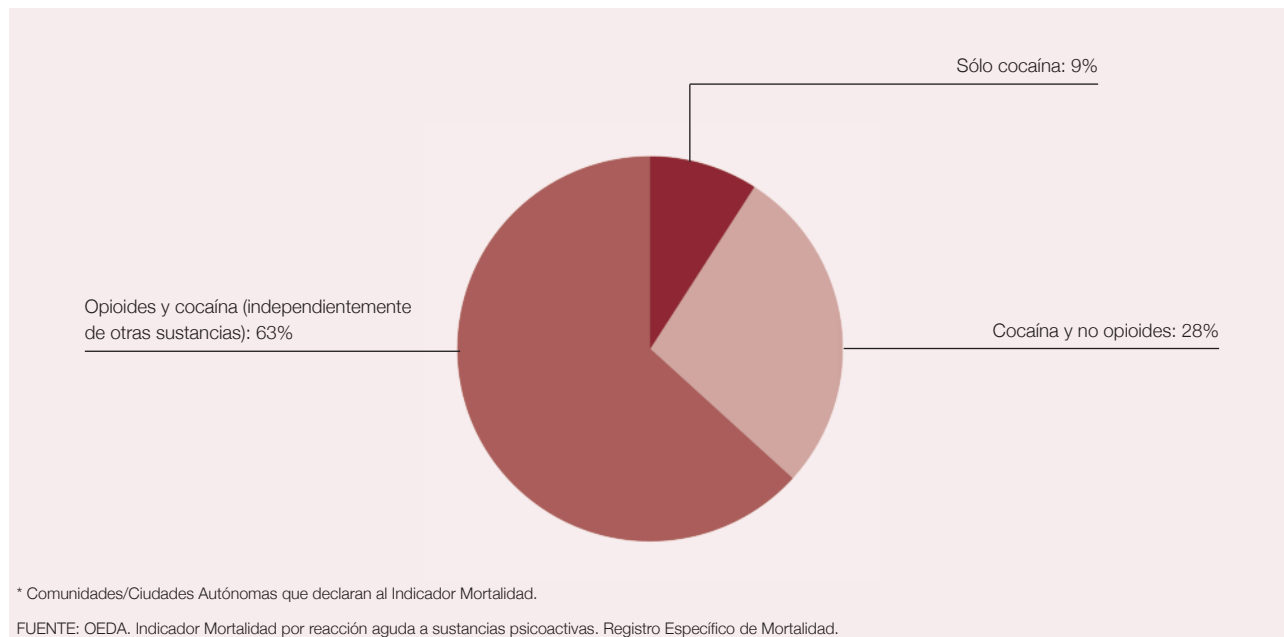
* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Por lo que respecta a la cocaína, la distribución en 2015 se observa en la figura 2.3.5. Los opioides tienen un gran peso entre los fallecidos en los que se detecta cocaína (253), estando presentes en más del 60% (160) de estos casos. Sólo en el 9% de los fallecidos en los que se detecta cocaína (23 casos) la cocaína es la única sustancia detectada.

Figura 2.3.5.

Distribución de los fallecidos en los que se detecta cocaína en función de otras sustancias detectadas. España, 2015.



Evolutivamente, con respecto al total de fallecidos, la combinación de heroína y cocaína, entre ellas y con otras sustancias ha variado a lo largo de los años:

La tabla 2.3.3 muestra que la presencia de opioides, como sustancia única detectada en el fallecido, viene manteniendo una tendencia general descendente, similar a la que se observa entre los fallecidos en los que se detecta algún opioide y cocaína. Del mismo modo se observa una estabilización, con ciertas variaciones interanuales, de los fallecidos en los que se detectan opioides con o sin otras sustancias diferentes de la cocaína. Por tanto, se puede afirmar que los opioides continúan teniendo una presencia muy significativa entre los fallecidos, especialmente en combinación con otras sustancias, pero la evolución temporal sugiere un posible desplazamiento de la cocaína como acompañante de los opioides.

Por otra parte, aunque el peso de la cocaína respecto al total de los fallecidos viene mostrando una tendencia descendente, el número de fallecidos en los que se detecta cocaína (bien como sustancia única o en combinación con otras sustancias) no ha mostrado grandes cambios en el periodo 2005-2015.

Independientemente del alcohol que, como se ha comentado anteriormente, sólo se registra cuando aparece acompañado de otra sustancia, hay dos sustancias que tienen una gran presencia entre los fallecidos en 2015: hipnosedantes y cannabis.

Los hipnosedantes, en 2015, aparecen junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol (tabla 2.3.4). Sólo en 11 fallecidos los hipnosedantes son la única sustancia detectada y, en todos ellos, se trata de casos notificados como suicidios.

Tabla 2.3.3.

Número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (cocaína, opioides y/o diferentes combinaciones de estas sustancias). España*, 2005-2015.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Opioides y cocaína (con o sin otras sustancias)	222	171	194	171	177	204	143	189	150	177	160
Opioides y cocaína (sólo si se acompañan de otras sustancias)	180	126	139	112	136	173	127	166	128	151	141
Sólo opioides y cocaína	42	45	55	59	41	31	16	23	22	26	19
Opioides y no cocaína (con o sin otras sustancias)	135	157	146	152	169	205	175	181	187	156	175
Opioides y no cocaína (sólo si se acompaña de otras sustancias)	117	137	109	121	134	172	158	168	167	140	166
Sólo opioides	18	20	37	31	35	33	17	13	20	16	9
Cocaína y no opioides (con o sin otras sustancias)	93	79	119	80	70	93	70	91	86	92	93
Cocaína y no opioides (sólo si se acompaña de otras sustancias)	66	59	82	53	47	63	56	59	53	68	70
Sólo cocaína	27	20	37	27	23	30	14	32	33	24	23
Nº de defunciones con información toxicológica	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518
Número total de fallecidos	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600

* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Tabla 2.3.4.

Distribución de combinaciones de sustancias entre los fallecidos en los que se detecta la presencia de hipnosedantes. España*, 2015.

Sustancia detectada	Nº de casos**
Sólo hipnosedantes	11
Hipnosedantes y cocaína (independientemente de otras sustancias)	133
Hipnosedantes y opioides (independientemente de otras sustancias)	249
Hipnosedantes y alcohol (independiente de otras sustancias)	120
Sólo hipnosedantes y alcohol	17
Sólo hipnosedantes y opioides	37
Sólo hipnosedantes y cocaína	7

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

** La suma de casos puede ser superior al número total de fallecidos por hipnosedantes, porque algunas de las opciones no son excluyentes.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Por su parte, el cannabis viene mostrando una presencia cada vez mayor entre los fallecidos de los últimos años. Esta sustancia aparece sola en muy pocas ocasiones (2 casos en 2015) y, más frecuentemente, con opioides, hipnosedantes, cocaína y alcohol. Además, lo habitual es que el cannabis se detecte en combinación con otras dos sustancias.

Tabla 2.3.5.

Distribución de combinaciones de sustancias entre los fallecidos en los que se detecta la presencia de cannabis. España*, 2015.

Sustancia detectada	Nº de casos**
Sólo cannabis y opioides	5
Sólo cannabis y cocaína	2
Sólo cannabis	2
Cannabis y opioides (independiente de otras sustancias)	88
Cannabis y cocaína (independiente de otras sustancias)	55
Cannabis y alcohol (independiente de otras sustancias)	50
Cannabis e hipnosedantes (independiente de otras sustancias)	86

* Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad.

La suma de casos puede ser superior al número total de fallecidos por cannabis, porque algunas de las opciones no son excluyentes.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Registro Específico de Mortalidad: Indicador 6 ciudades españolas

Evolución del consumo de sustancias y de la edad de los fallecidos

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el indicador 6 ciudades españolas del Registro Específico de Mortalidad se ha mantenido activo a lo largo de los años sin que se hayan registrado modificaciones relevantes en la cobertura y los criterios de notificación, lo que permite su utilización como referencia con respecto a los posibles cambios registrados en la notificación nacional.

A continuación se muestra la evolución de las edades de los fallecidos (tabla 2.3.6):

Tabla 2.3.6.

Evolución de las edades de los fallecidos en 6 ciudades españolas. España, 2005-2015.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<15 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19 años	3	3	1	0	2	0	2	1	1	0	0
20-24 años	17	7	8	9	8	4	5	7	1	0	3
25-29 años	31	25	24	15	12	12	11	10	17	9	6
30-34 años	40	42	30	22	35	21	14	21	24	23	10
35-39 años	66	43	32	23	26	48	40	29	32	20	35
40-44 años	52	44	39	23	49	39	41	45	31	28	27
45-49 años	19	27	23	26	35	39	34	37	42	38	24
50-54 años	5	13	6	15	12	13	18	30	30	32	39
55-59 años	1	5	0	4	2	2	6	12	14	13	17
60-64 años	1	1	2	2	0	3	5	3	4	7	10
≥65 años	0	8	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Desconocido	2	0	23	0	0	0	5	0	0	2	0

Registro Específico de Mortalidad: seis ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de seis ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

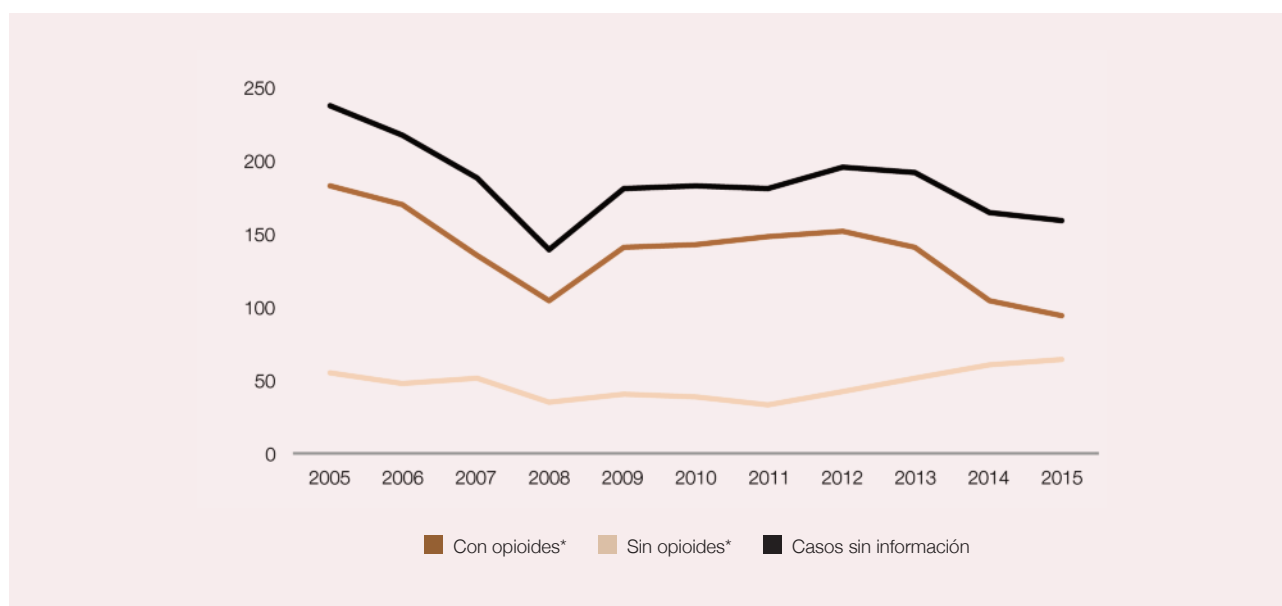
FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Se observa un desplazamiento de los fallecidos hacia los grupos etarios de mayor edad. El grupo de edad de 35 a 44 años incluye el mayor número de fallecidos a lo largo del tiempo. Cada vez hay menos fallecidos entre los menores de 35 años y más entre los mayores de 44 (entre los que los opioides registran una mayor presencia).

En cuanto a las sustancias detectadas en este subgrupo de fallecidos (Indicador 6 ciudades españolas), se confirman los opioides como el grupo de sustancias con mayor presencia, aunque con tendencia descendente. Por otra parte, se registra un aumento progresivo del número de fallecidos en los que no aparecen opioides sino otras sustancias (figura 2.3.6).

Figura 2.3.6.

Número de fallecidos en 6 ciudades españolas* (casos con información toxicológica, fallecidos con y sin presencia de opioides), 2005-2015.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Con opioides*	182	170	136	104	140	143	148	152	141	105	94
Sin opioides*	55	48	52	35	41	39	33	43	51	60	65
Casos sin información	237	218	188	139	181	182	181	195	192	165	159

* Independientemente de la aparición o no de otras sustancias.

Registro Específico de Mortalidad: seis ciudades españolas. Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de seis ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

Registro General de Mortalidad

Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de un registro de defunciones clasificadas en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). La última base de datos de mortalidad disponible (al cierre de este informe) a nivel nacional es la del año 2015.

Para el análisis de la mortalidad utilizando el Registro General Mortalidad y en base a las recomendaciones internacionales y las características propias de España se seleccionan los siguientes códigos de la CIE-10: F11, F12, F14, F15, F16, F19, X42, X44, X62, Y12 (tabla 2.3.7).

Tabla 2.3.7.

Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) seleccionados del Registro General de Mortalidad.

F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opioides
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas
X42	Envenenamiento accidental por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte
X44	Envenenamiento accidental por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados
X62	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte
Y12	Envenenamiento por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte, de intención no determinada

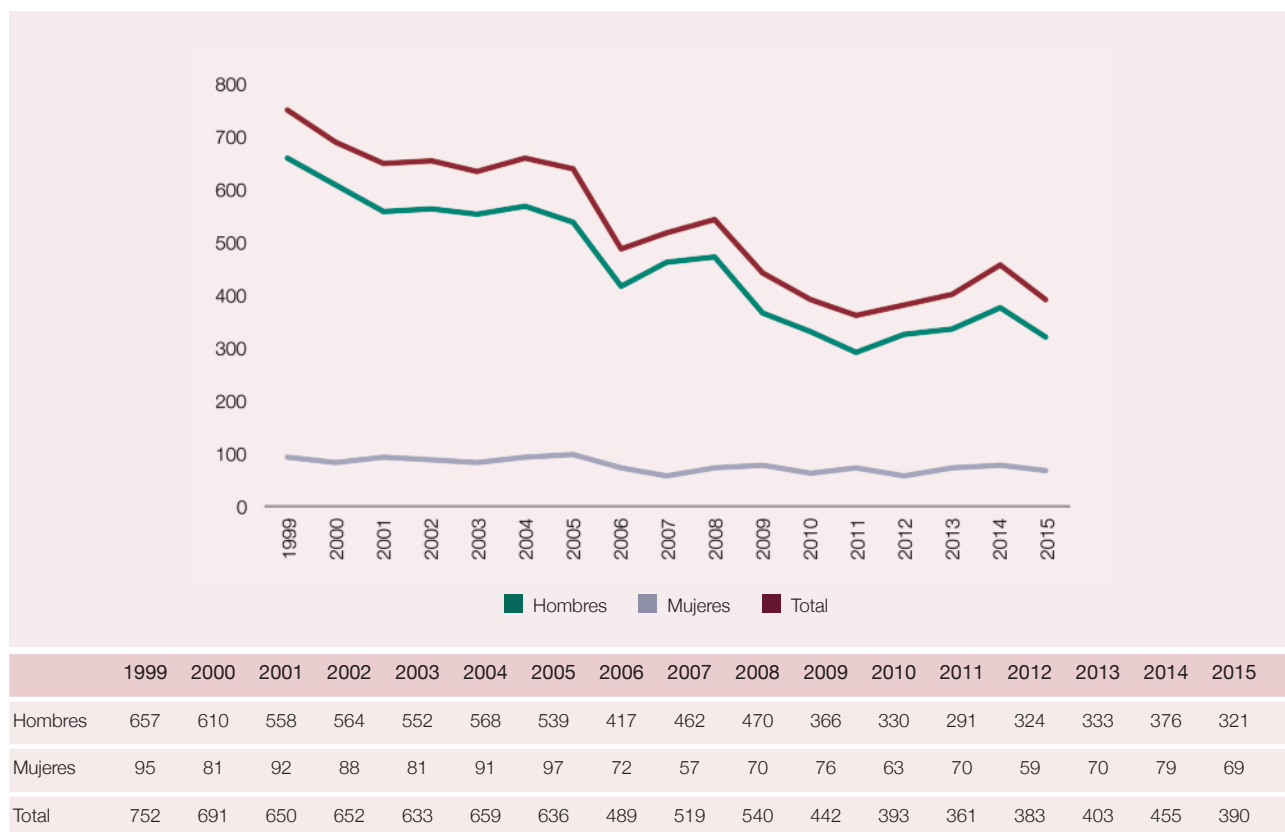
Resultados

En 2015 se produjeron 422.568 defunciones en España y se registraron bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 390 defunciones.

A lo largo del periodo 1999-2015 se aprecia el predominio masculino mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2015, supone el 82,3% de las defunciones (figura 2.3.7).

Figura 2.3.7.

Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según sexo. España, 1999-2015.



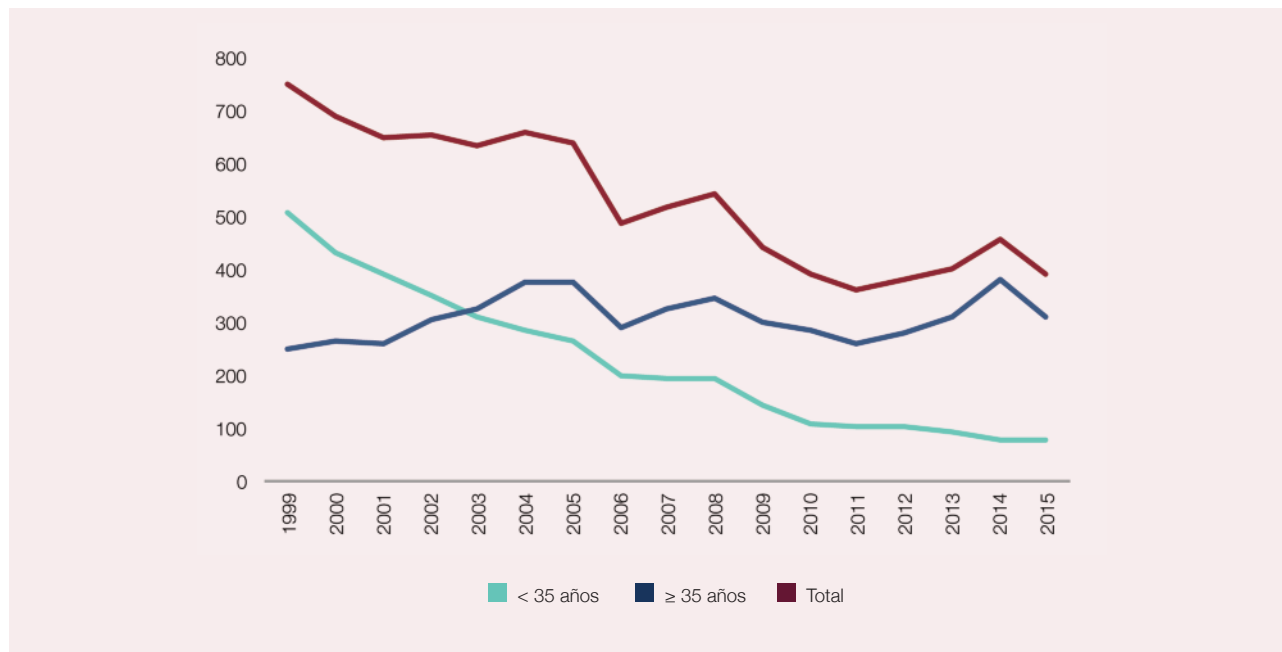
Nota: Se incluyen los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

La distribución de las defunciones en función de la edad muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos, lo que se traduce en un predominio de fallecidos con más de 35 años. En la década de los noventa, la mayoría de las muertes se producían en menores de 35 años pero, desde 2003, cambió la distribución y, en 2015, los menores de 35 años suponen menos del 25% del total de muertes (figura 2.3.8).

Figura 2.3.8.

Evolución del número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según edad. España, 1999-2015.



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
< 35 años	505	429	391	349	310	285	262	200	192	193	141	108	101	104	93	76	80
≥ 35 años	247	262	259	303	323	374	374	289	327	347	301	285	260	279	310	379	310
Total	752	691	650	652	633	659	636	489	519	540	442	393	361	383	403	455	390

Nota: Se incluyen los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Gráfico elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Registro General de Mortalidad. Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad

Metodología

Las dos fuentes de información mostradas hasta el momento (Registro Específico de Mortalidad y Registro General de Mortalidad) tienen algunas limitaciones, por lo que, para tratar de minimizarlas, se realiza una estimación de defunciones a partir de estos dos registros.

El Registro Específico de Mortalidad aporta datos sobre defunciones procedentes de la declaración de las CCAA, pero no todas las CCAA declaran a este registro y, además, algunas de ellas no declaran datos de todos los partidos judiciales, sino de ciudades o determinados partidos judiciales, variables según los años. Se trata, por tanto, de un registro específico pero sin cobertura completa a nivel nacional y con variaciones en las CCAA que notifican, según el año.

El Registro General de Mortalidad sí tiene cobertura completa a nivel nacional y, aunque la calidad del registro es buena, es sabido que existe una infranotificación en las defunciones secundarias a drogas.

Por tanto, para estimar el número de defunciones por drogas a nivel nacional se combina la especificidad del Registro Específico con la mayor cobertura del Registro General.

Se calcula un coeficiente de subregistro, que resulta del cociente entre las muertes notificadas por el Registro Específico y aquellas del Registro General de Mortalidad. Se seleccionan únicamente las defunciones en aquellas provincias/ciudades que declaran en ambos registros, si bien todas declaran al Registro General de Mortalidad del INE, la notificación al Registro Específico puede variar según los años.

En la figura 2.3.9 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación.

Figura 2.3.9.

Cálculo de la estimación de las defunciones por drogas ilegales en España.

$$\begin{aligned} \text{Coeficiente de subregistro} &= \frac{\text{Defunciones Registro ESPECÍFICO de Mortalidad (ciudades/provincias con información en ambos registros)}}{\text{Defunciones Registro GENERAL de Mortalidad (ciudades/provincias con información en ambos registros)}} \\ \text{Estimación defunciones} &= \text{Defunciones Registro GENERAL (todas)} \times \text{Coeficiente de subregistro} \end{aligned}$$

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Resultados

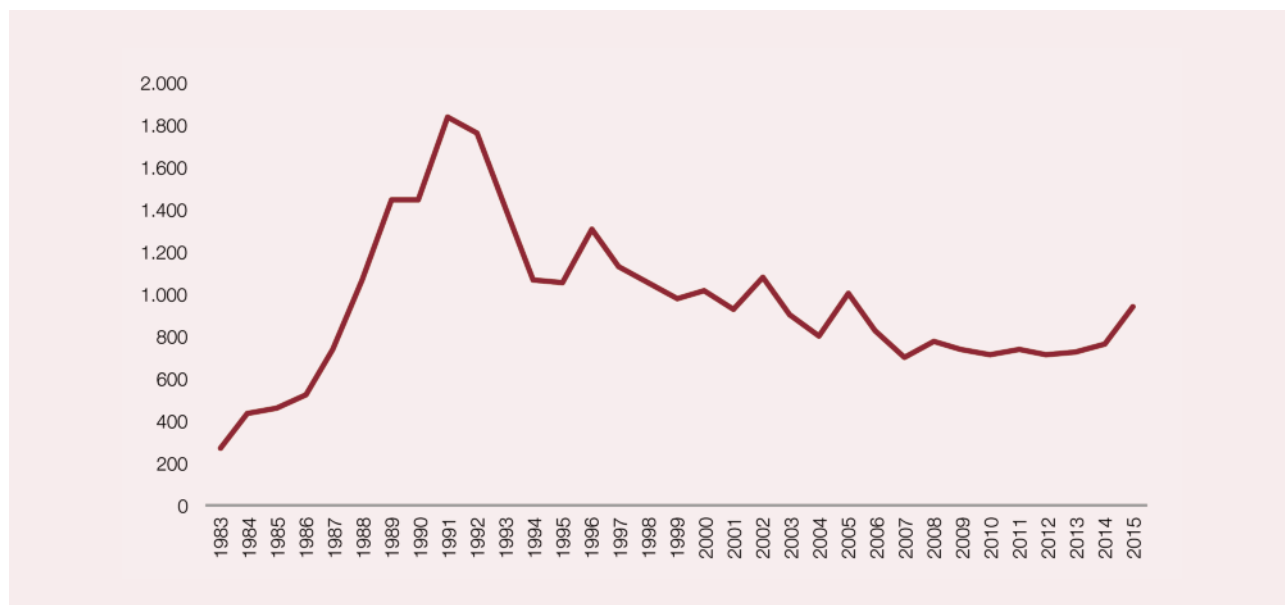
A partir de esta estimación (utilizando el Registro Específico y el Registro General de Mortalidad) se calcula que se produjeron 936 muertes por consumo de drogas ilegales en España en 2015. Este dato debe interpretarse como el mínimo número de defunciones por drogas, probablemente la cifra sea superior, ya que con este método no se incluyen algunas muertes que no hubieran ocurrido si no se hubiera consumido alguna droga (por ejemplo: infartos agudos de miocardio o accidentes de tráfico por consumo de cocaína).

La figura 2.3.10 muestra los datos procedentes de la estimación de defunciones por drogas ilegales, a nivel nacional, de 1983 a 2015. Se observa que, tras el pico de principio de la década de los noventa, se mantiene una tendencia descendente que parece haberse estabilizado.

No obstante, se detecta un ligero aumento del número estimado de fallecidos que podría estar influido por el aumento del número de fallecidos mostrado por el Registro Específico de Mortalidad durante el mismo periodo y que, a su vez, está condicionado, como se ha comentado anteriormente, por las mejoras de cobertura y calidad de notificación.

Figura 2.3.10.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas ilegales (estimación nacional). España, 1983-2015.



Número de defunciones		Número de defunciones	
1983	266	2000	1.012
1984	440	2001	923
1985	453	2002	1.079
1986	516	2003	900
1987	741	2004	796
1988	1.067	2005	1.004
1989	1.440	2006	820
1990	1.440	2007	703
1991	1.833	2008	773
1992	1.760	2009	739
1993	1.399	2010	706
1994	1.067	2011	736
1995	1.051	2012	707
1996	1.310	2013	727
1997	1.127	2014	767
1998	1.049	2015	936
1999	972		

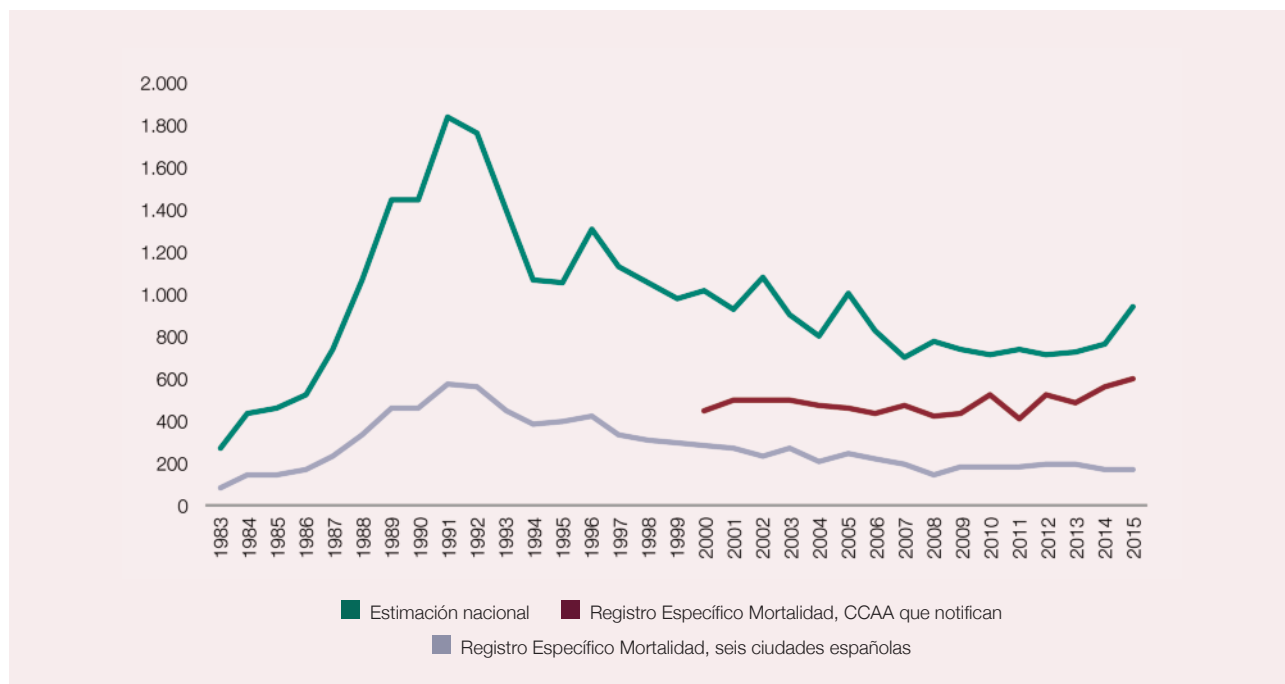
FUENTE: Estimación del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Datos de mortalidad a partir de las diferentes fuentes de información disponibles

En la figura 2.3.11 y en la tabla 2.3.8 se presentan los datos de mortalidad por drogas utilizando las diferentes fuentes de información antes descritas con el fin de facilitar una visión global de las mismas.

Figura 2.3.11.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, según diferentes fuentes de información. España, 1983-2015.



	Estimación nacional	Reg. Específico Mortalidad (CCAA)	Reg. Específico Mortalidad (6 ciudades)		Estimación nacional	Reg. Específico Mortalidad (CCAA)	Reg. Específico Mortalidad (6 ciudades)
1983	266	–	82	2000	1.012	444	284
1984	440	–	139	2001	923	496	268
1985	453	–	143	2002	1.079	496	229
1986	516	–	163	2003	900	493	270
1987	741	–	234	2004	796	468	212
1988	1.067	–	337	2005	1.004	455	242
1989	1.440	–	455	2006	820	428	218
1990	1.440	–	455	2007	703	475	188
1991	1.833	–	579	2008	773	424	139
1992	1.760	–	558	2009	739	438	181
1993	1.399	–	444	2010	706	517	182
1994	1.067	–	388	2011	736	408	181
1995	1.051	–	395	2012	707	519	195
1996	1.310	–	421	2013	727	489	196
1997	1.127	–	339	2014	767	556	172
1998	1.049	–	306	2015	936	600	171
1999	972	–	291				

Estimación nacional: Estimación del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Registro Específico de Mortalidad, CCAA que notifican: Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro Específico de Mortalidad, seis ciudades españolas: Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de seis ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Tabla 2.3.8.

Número de defunciones por consumo de sustancias psicoactivas, en base a diferentes fuentes de información. España, 2000-2015.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Estimación nacional	1.012	923	1.079	900	796	1.004	820	703	773	739	706	736	707	727	767	936
Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican)	444	496	496	493	468	455	428	475	424	438	517	408	519	489	556	600
Registro Específico de Mortalidad (seis ciudades españolas)	284	268	229	270	212	242	218	188	139	181	182	181	195	196	172	171
Registro General de Mortalidad (INE)	691	650	652	633	659	636	489	519	540	442	393	361	383	403	455	390

Estimación nacional: Estimación del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) para el total de España a partir de datos del Registro Específico de Mortalidad del OEDA y del Registro General de Mortalidad del INE (Instituto Nacional de Estadística).

Registro Específico de Mortalidad (CCAA que notifican): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de todas las Comunidades/Ciudades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro Específico de Mortalidad (seis ciudades españolas): Incluye las defunciones notificadas al Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de seis ciudades españolas correspondientes con los partidos judiciales de Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza que declaran al Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Registro General de Mortalidad (INE - Instituto Nacional de Estadística): Se incluyen los códigos CIE-10: F11, F12, F14-F16, F19, X42, X44, X62, Y12.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2015

Introducción

En los últimos 30 años, el sida y la infección por VIH han representado uno de los principales problemas de salud asociados con el uso de drogas en España. Sin embargo, desde finales de la década de los noventa, se ha observado un descenso importante de la infección por VIH asociada a usuarios de drogas por vía parenteral. Este descenso puede estar relacionado con varios factores entre los que cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y/o buprenorfina, programas de intercambio de jeringuillas y material de inyección, y el descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína. En España, en el 2015 se atribuyen a usuarios de drogas inyectadas el 2,8% de los nuevos diagnósticos de VIH y el 13,7% de los casos de sida¹.

En la actualidad, es preciso tener, además, muy presentes las infecciones por virus de la hepatitis, especialmente el virus de la hepatitis C (VHC) y de la hepatitis B (VHB) que, por sus características clínicas y evolutivas, han pasado más desapercibidas que la infección por VIH y que constituyen una cuestión fundamental entre los usuarios de drogas y, en especial, entre aquellos que utilizan o han utilizado la vía inyectada.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) recoge información, a través del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, sobre VIH desde 1996 y sobre hepatitis B y C desde 2014.

Metodología

En este capítulo se presentan, en primer lugar, algunos datos generales sobre la situación del VIH/sida provenientes del Plan Nacional sobre Sida y a continuación se detalla información sobre las infecciones en personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas utilizando como fuente de información el Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Este indicador recopila información sobre admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (drogas legales e ilegales, excepto tabaco) en una Comunidad/Ciudad Autónoma y en un año dado.

Durante los últimos años, desde el OEDA, se ha venido realizado un importante esfuerzo con el fin de mejorar la recogida relacionada con las enfermedades infecciosas (VIH/sida y hepatitis B/C) en usuarios de drogas, especialmente en el caso de las hepatitis.

Para obtener esta información, en 2014 se actualizó el protocolo del Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, adaptándose a la nueva versión del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. Desde entonces se ha trabajado en la implementación en los centros y se ha dado asistencia técnica a las diferentes

1. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Centro Nacional de Epidemiología.

Comunidades/Ciudades Autónomas. No obstante la implementación del protocolo no ha sido completa ni homogénea en todo el territorio nacional, ya que ha requerido un enorme trabajo de adaptación en el proceso de recogida de datos en los centros de tratamiento, pero se espera optimizarla en los próximos años. Además, la recogida de información serológica resulta especialmente compleja. Todo ello implica que los datos obtenidos deben interpretarse con cautela debido a la presencia de valores desconocidos (*missing*).

Información más detallada sobre el Indicador de Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas puede consultarse en el capítulo 2.1 del presente informe y en informes previos del OEDA. El protocolo y la hoja de notificación están disponibles en la página web del Plan Nacional sobre Drogas².

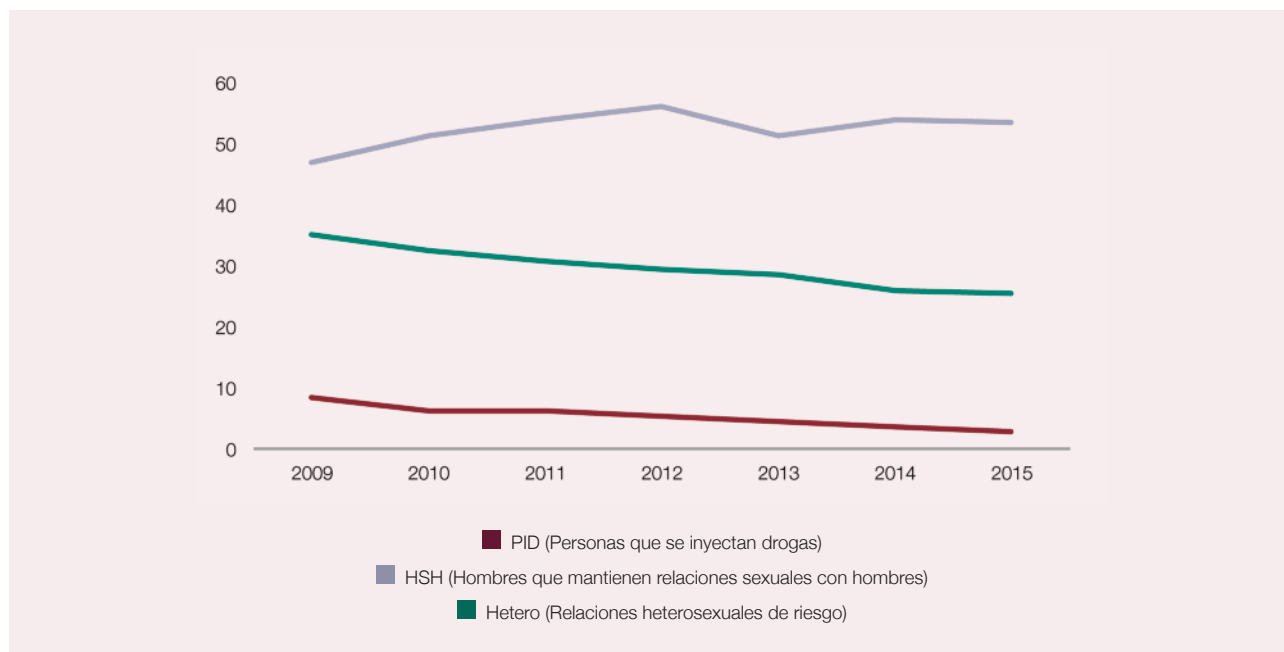
Resultados

Notificación nacional sobre infección VIH y sida

En 2015, se diagnosticaron en España 3.428 nuevos casos de VIH (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 9,44/100.000 habitantes). El 2,8% se infectaron como consecuencia del uso de drogas por vía parenteral³. En los últimos 6 años, el uso de drogas inyectadas ha representado un porcentaje bajo respecto a otros mecanismos de transmisión de la infección por VIH y el peso atribuible a este mecanismo de transmisión muestra una tendencia descendente (figura 2.4.1).

Figura 2.4.1.

Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH según categoría de transmisión. España, 2009-2015.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PID	8,2	6,3	6,3	5,2	4,4	3,4	2,8
HSH	46,8	51,2	54,0	55,9	51,2	53,9	53,6
Hetero	35,2	32,3	30,5	29,5	28,5	26,0	25,4

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

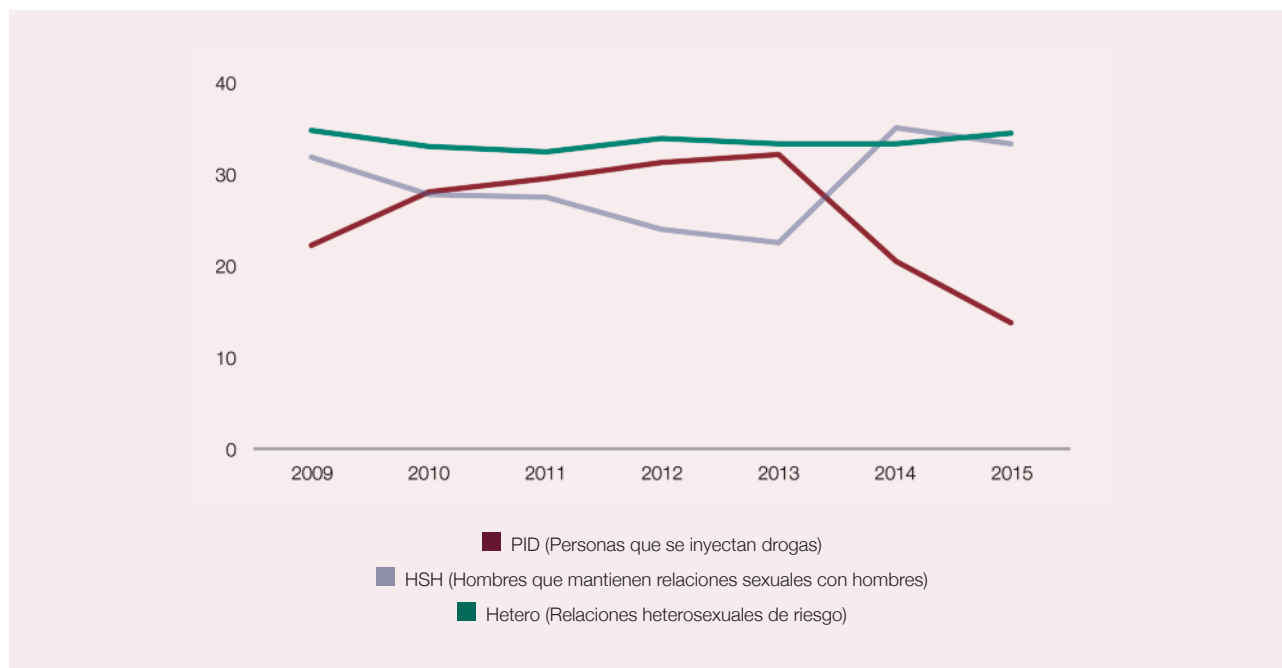
2. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/indicadores.htm>

3. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Centro Nacional de Epidemiología.

En 2015, se identificaron 497 nuevos casos de sida (tasa estimada tras ajuste por retraso de notificación 1,8/100.000 habitantes), siendo las relaciones heterosexuales de riesgo (34,4%) la principal causa de transmisión de la infección, seguida de las relaciones de hombres con hombres (33,2%) y, por último, los usuarios de drogas inyectadas (13,7%)⁴. En los últimos 6 años, se observa ligera tendencia descendente del número de casos del sida atribuibles al uso inyectado de drogas (figura 2.4.2).

Figura 2.4.2.

Porcentaje de nuevos casos de sida según categoría de transmisión (%). España 2009-2015.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PID	22,1	27,9	29,5	31,4	32,2	20,5	13,7
HSH	31,8	27,7	27,4	23,9	22,5	34,9	33,2
Hetero	34,7	32,9	32,3	33,9	33,4	33,3	34,4

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de datos del Plan Nacional sobre el Sida.

Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas

A continuación se presentan los datos más relevantes de infecciones (VIH/sida, hepatitis B y hepatitis C) en personas admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en 2015.

En 2015 se registraron 47.308 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco); el 4,1% del total de admitidos a tratamiento presentaban VIH positivo, lo que supone un pequeño repunte respecto al 2014, siendo el porcentaje más elevado entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (7,1%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (1,6%) y mostrando diferencias considerables en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tabla 2.4.1 y figura 2.4.3).

4. Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida. S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología. Centro Nacional de Epidemiología.

Tabla 2.4.1.

Porcentaje de inyección y estado serológico para VIH, VHB y VHC para el total de los admitidos a tratamiento, en función del tratamiento previo y de ser o no inyector (números absolutos y %). España, 2015.

	Total	Tratamiento previo	Sin tratamiento previo	Inyectores*	No inyectores*
Nº de casos	47.308	19.519	23.777	5.904	34.903
Inyección de drogas					
Alguna vez en la vida	14,5	25,5	4,7	100,0	0,0
Últimos 12 meses	5,9	10,2	1,7	40,9	0,0
Últimos 30 días	5,1	8,7	1,4	35,0	0,0
Estado serológico. Prevalencia mínima**					
VIH (positivo)	4,1	7,1	1,6	22,8	0,9
Hepatitis C (positivo)	8,1	15,4	2,1	47,5	1,8
Hepatitis B (positivo)***	0,7	1,3	0,4	3,6	0,3

* Inyectores: se han inyectado alguna vez en la vida. No inyectores: no se han inyectado nunca.

** Prevalencia mínima calculada como el número de casos positivos entre el total de casos admitidos por cada una de las sustancias.

*** HBs Ag positivo (portador crónico).

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.4.3.

Prevalencia de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total, admitidos con tratamiento previo, admitidos sin tratamiento previo) (%). España, 2005-2015.



* Prevalencia mínima calculada como el número de casos positivos entre el total de casos admitidos por cada una de las sustancias.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En 2015, el 8,1% del total de admitidos a tratamiento presentaban VHC positivo, siendo más elevada la prevalencia entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente (15,4%) que entre los admitidos a tratamiento por primera vez (2,1%), registrándose diferencias considerables entre inyectores y no inyectores y mostrando, al igual que en el caso del VIH, notables diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento (tablas 2.4.1 y 2.4.2).

La prevalencia de hepatitis B (considerada como HBsAg positivo-portador crónico) entre el total de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas es, como mínimo, del 0,7% en 2015, registrándose notables diferencias en función de la sustancia que motiva la admisión a tratamiento y cifras más elevadas entre los admitidos a tratamiento que ya habían sido tratados previamente que entre los tratados por primera vez (1,3% vs 0,4%). De nuevo, se observan diferencias entre inyectores y no inyectores (tablas 2.4.1 y 2.4.2).

Tabla 2.4.2.

Porcentaje de inyección y estado serológico para VIH, VHB y VHC en función de la sustancia que genera la admisión a tratamiento (números absolutos y %). España, 2015.

	Droga principal que motiva la admisión a tratamiento									
	Opioides				Otras sustancias psicoactivas					
	Opioides (todos)	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Estimulantes	Hipnosedantes	Alucinógenos	Sustancias volátiles	Cannabis
Nº de casos	12.146	10.978	452	716	17.327	924	1.068	77	18	15.676
Inyección de drogas										
Alguna vez en la vida	45,6	46,2	44,5	35,8	5,5	6,5	6,3	6,8	7,1	2,1
Últimos 12 meses	19,2	19,7	7,8	18,6	2,3	3,1	1,0	1,7	0,0	0,4
Últimos 30 días	16,7	17,2	3,8	17,6	1,9	2,6	0,8	1,7	0,0	0,3
Estado serológico*										
VIH (positivo)	11,4	11,4	13,3	9,5	1,9	2,9	3,7	6,5	5,6	0,9
Hepatitis C (positivo)	25,0	25,6	22,8	17,6	2,9	3,0	5,3	1,3	5,6	1,3
Hepatitis B (positivo)**	1,9	1,9	1,5	1,7	0,4	0,3	0,7	1,3	11,1	0,2

* Prevalencia mínima calculada como el número de casos positivos entre el total de casos admitidos por cada una de las sustancias.

** HBs Ag positivo (portador crónico).

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Infecciones en admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas que utilizan vía inyectada

En 2015 fueron admitidas a tratamiento 5.904 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida, de las que 2.413 lo habían hecho en los 12 meses anteriores a la admisión⁵. La evolución histórica mostraba desde 2005 una disminución del número de admitidos a tratamiento que reconocían haberse inyectado alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses pero, en 2015, aunque se confirma la tendencia descendente de los inyectores de alguna vez en la vida, se detecta un repunte en los inyectores de los últimos 12 meses, que será necesario observar en los próximos años.

5. Cifra estimada para el total nacional.

VIH-SIDA

En 2015, entre los que conocían su estado serológico y utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos (1.710), el 33,7% (576) mostró serología positiva para VIH. Asimismo, entre los que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocen su estado serológico (4.287), esta cifra alcanzó el 31,5% (1.349).

En lo que respecta a la evolución temporal, la prevalencia de infección por VIH muestra una tendencia descendente entre los inyectores alguna vez en la vida (de 36,5% en 2005 a 31,5% en 2015).

En cuanto a los inyectores en los últimos 12 meses, se ha registrado un descenso de 2005 (32,7%) a 2013 (24,4%).

Los resultados registrados en 2014 y en 2015 muestran una inversión de la tendencia de la prevalencia de VIH que bien podría relacionarse con los cambios en el protocolo de recogida de información.

Figura 2.4.4.

Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (%). España, 2005-2015.



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 2.4.3.

Prevalencia de infección y conocimiento de estado serológico sobre VIH entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas que han utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida o último año (%). España, 2005-2015.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total inyectores último año previo a admisión (nº)	4.358	4.892	4.575	4.546	3.763	3.549	3.094	2.562	2.237	1.387	2.413
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.996	3.665	3.319	3.203	2.585	2.487	2.259	1.910	1.646	1.010	1.710
Prevalencia de infección por VIH (%)	32,7	33,4	30,8	27,6	26,9	30,2	28,7	28,4	24,4	26,0	33,7
Total inyectores alguna vez en la vida (nº)	9.533	11.601	11.249	10.895	9.637	9.697	8.385	7.580	7.026	5.224	5.904
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	6.991	9.068	8.643	8.126	7.143	7.243	6.546	5.957	5.439	3.992	4.287
Prevalencia de infección por VIH (%)	36,1	36,4	34,5	32,5	32,3	33,6	33,0	33,1	30,6	30,9	31,5

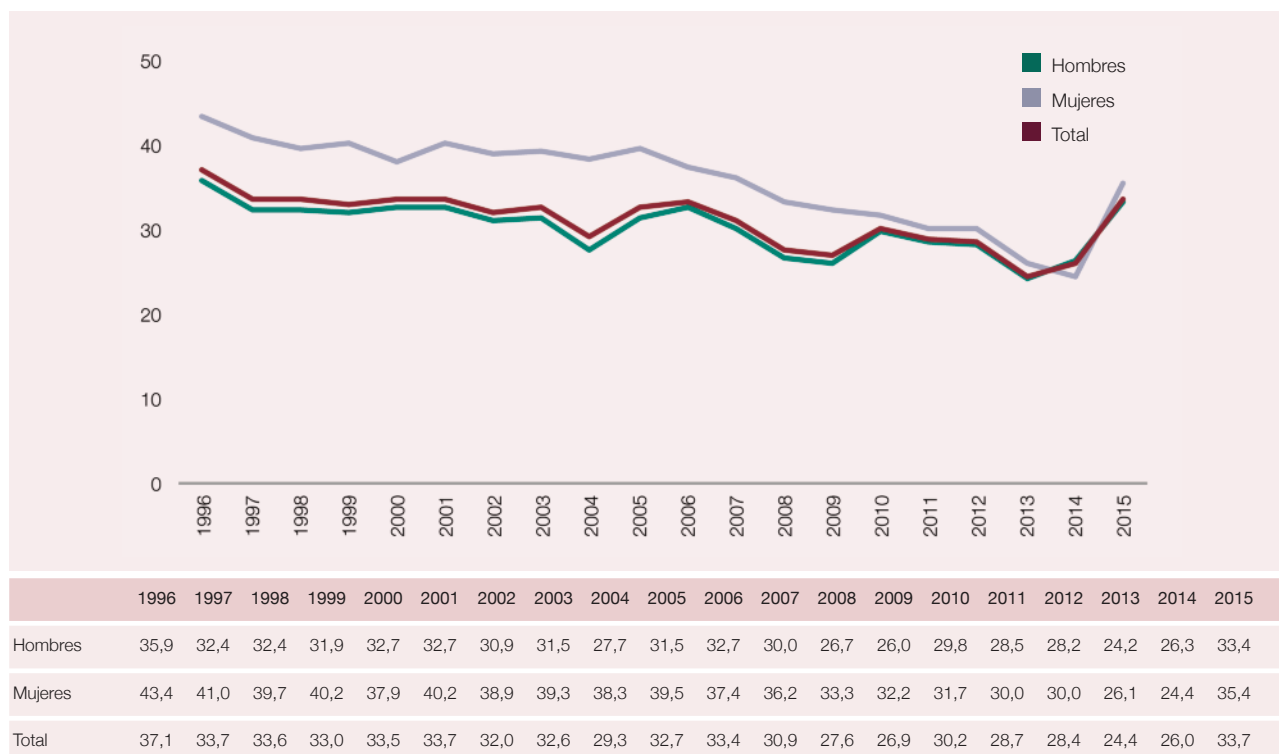
FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

La cifra registrada en 2015 (33,7%) supone un ligero repunte con respecto a 2014 que, por sexo, se concentra entre las mujeres y, por edad, entre los inyectores mayores de 34 años (figuras 2.4.5 y 2.4.6).

Por otra parte, aproximadamente 3 de cada 4 inyectores (alguna vez en la vida o último año) conocen su estado serológico para el VIH, proporción que se ha venido manteniendo bastante estable durante los últimos años.

Figura 2.4.5.

Prevalencia de infección por VIH (total y según sexo) entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico (%). España, 1996-2015.

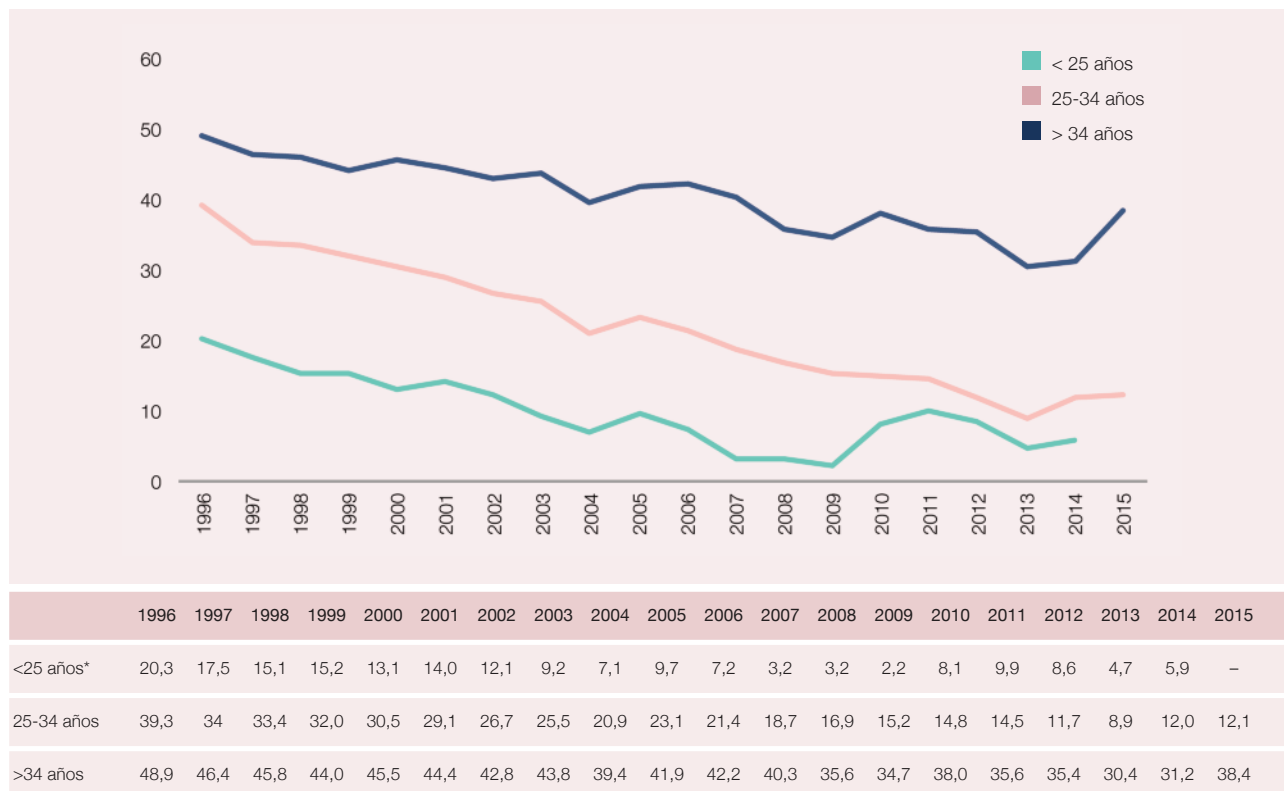


Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce. La proporción de inyectores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 27,5% en 2004, 26,7% en 2005, 21,8% en 2006, 23,2% en 2007, 29,5% en 2008, 16,9% en el 2009, 18,1% en 2010, 18,3% en 2011, 18,6% en 2012, 26,4% en 2013, 27,2% en 2014 y 29,1% en 2015.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.4.6.

Prevalencia de infección por VIH (total y por grupos de edad) entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas que han utilizado la vía inyectada en el último año y que conocían su estado serológico (%). España, 1996-2015.



* En 2015, el número de casos con información en menores de 25 años no permite dar un %.

Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las variables de cruce. La proporción de inyectores admitidos a tratamiento que desconocía su estado serológico frente al VIH fue de 33,5% en 1997, 29,4% en 1999, 25,5% en 2001, 26,1% en 2003, 27,5% en 2004, 26,7% en 2005, 21,8% en 2006, 23,2% en 2007, 29,5% en 2008, 16,9% en el 2009, 18,1% en 2010, 18,3% en 2011, 18,6% en 2012, 26,4% en 2013, 27,2% en 2014 y 29,1% en 2015.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En cualquier caso, es conveniente interpretar las variaciones con cautela, ya que pueden verse influidas por cambios en el número absoluto de casos de las diferentes categorías consideradas y por la variación del número de personas que conocen su estado serológico.

Además, se dispone de información sobre el conocimiento del estado serológico y prevalencia de VIH entre los inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en España en 2015, teniendo en cuenta la edad, el sexo, si se habían inyectado alguna vez en la vida o durante el año previo a ser admitidos a tratamiento y si eran o no consumidores de opioides (tabla 2.4.4).

En 2015, el 33,7% de los que se habían inyectado en los últimos 12 meses tenían serología positiva para VIH, sin apenas mostrar diferencias según sexo (33,4% en hombres y 35,4% en mujeres). Sin embargo, sí se detectan diferencias en función del grupo de edad, encontrándose mayores prevalencias de infección en los mayores de 34 años (38,4%).

Por último, también se registran diferencias según si se ha recibido tratamiento previo o no, tanto en lo que respecta a las prevalencias de infección por VIH como en la proporción de los que conocen su estado serológico para el VIH (el 34,7% entre los inyectores que han recibido tratamiento previo y conocen su estado serológico presentaban VIH positivo frente al 24,5% de los inyectores entre los que acudían por primera vez a tratamiento).

Tabla 2.4.4.

Prevalencia y conocimiento estado serológico sobre infección por VIH, hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC) entre los inyectores (alguna vez en la vida y último año) admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas. España, 2015.

	VIH		Hepatitis B		Hepatitis C	
	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión	Inyección alguna vez en la vida	Inyección en 12 meses previos a la admisión
TOTAL						
Total inyectores (nº)	5.904	2.413	5.904	2.413	5.904	2.413
Prevalencia de infección (%)	31,5	33,7	10,5	12,2	66,5	68,9
Conocen estado serológico (%)	72,6	70,9	37,7	33,0	71,3	70,5
SEXO						
Hombres inyectores (nº)	5.083	2.057	5.083	2.057	5.083	2.057
Prevalencia de infección (%)	30,7	33,4	10,1	12,4	65,9	68,8
Conocen estado serológico (%)	72,4	71,4	37,9	33,3	71,4	71,3
Mujeres inyectoras (nº)	813	354	813	354	813	354
Prevalencia de infección (%)	35,8	35,4	13,1	11,2	70,5	70,1
Conocen estado serológico (%)	73,8	67,8	36,5	30,8	71,2	66,1
EDAD						
Inyectores < 34 años (nº)	880	547	880	547	880	547
Prevalencia de infección (%)	10,9	12,1	41,7	44,1	1,3	2,1
Conocen estado serológico (%)	58,4	56,1	58,5	56,9	33,0	30,7
Inyectores ≥ 35 años (nº)	5.024	1.866	5.024	1.866	5.024	1.866
Prevalencia de infección (%)	34,3	38,4	70,0	74,5	11,7	14,7
Conocen estado serológico (%)	75,1	75,2	73,6	74,5	38,6	33,7
OPIOIDES						
Inyectores consumidores de opioides (nº)	4.934	2.126	4.934	2.126	4.934	2.126
Prevalencia de infección (%)	31,6	33,8	68,4	66,2	10,7	12,9
Conocen estado serológico (%)	73,6	72,0	72,1	71,6	37,7	33,2
Inyectores no consumidores de opioides (nº)	970	287	970	287	970	287
Prevalencia de infección (%)	30,8	32,4	56,6	57,8	9,2	6,6
Conocen estado serológico (%)	67,6	62,4	67,7	62,7	38,1	31,4

Nota: la prevalencia se calcula sobre los casos que conocen el estado serológico.

FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Hepatitis B (VHB)

En 2015, entre los que conocían su estado serológico y utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos (796), el 12,2% (89) mostró serología positiva para VHB. Asimismo, entre los que se habían inyectado alguna vez en la vida y conocían su estado serológico (2228), esta cifra alcanzó el 10,5% (210).

Entre los admitidos a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, la prevalencia de infección de VHB es superior en hombres que en mujeres (12,4% frente a 11,2%), siendo mayor el porcentaje de hombres que conocen su estado serológico (33,3% frente a 30,8%). En relación con la edad, tanto la prevalencia de infección como la proporción de los que conocen su estado serológico frente al VHB son más elevadas en el grupo de los mayores de 35 años (tabla 2.4.4).

Al igual que ocurre para la infección por VIH, se registran diferencias en la prevalencia de infección por VHB según la droga principal que motivó la admisión a tratamiento, siendo más elevada entre los que consumen opioides.

Con respecto al grado de conocimiento sobre su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis B, el 37,7% de los que se inyectaron alguna vez en la vida y el 33% de los que lo hicieron durante los 12 meses previos a ser admitidos admitieron conocer su estado serológico frente al VHB. Estos porcentajes son claramente inferiores a los que se obtienen para el grado de conocimiento serológico para el VIH, que rondan el 75%.

Hepatitis C (VHC)

En 2015, entre los que conocían su estado serológico y utilizaron la vía inyectada durante los 12 meses previos a ser admitidos (1.702), el 68,9% (1.173) mostró serología positiva para VHC. Asimismo, entre los que se había inyectado alguna vez en la vida y conocen su estado serológico (4.212), esta cifra alcanzó el 66,5% (2.802).

Entre los admitidos a tratamiento que se inyectaron en los últimos 12 meses, la prevalencia de infección por hepatitis C es superior en mujeres que en hombres (70,1% frente a 68,8%), siendo mayor la proporción de hombres que conocen su estado serológico frente al VHC (71,3% frente a 66,1%). Como ocurría para los virus VIH y VHB, tanto la prevalencia de infección como el conocimiento del estado serológico son más elevados entre aquellos que tienen 35 o más años y entre los que han sido admitidos a tratamiento por consumo de opioides (tabla 2.4.4).

Con respecto al grado de conocimiento sobre su estado serológico frente a la infección por el virus de la hepatitis C, alrededor del 71% de los que se inyectaron alguna vez en la vida conocen esta información, cifra similar a la obtenida entre los que se inyectaron en los 12 meses previos a ser admitidos a tratamiento. Estos porcentajes son semejantes a los que se obtienen para el grado de conocimiento serológico para el VIH y muy superiores a los obtenidos para el VHB.

2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2015

Introducción

Es necesario conocer, además de la prevalencia e incidencia de consumo de sustancias psicoactivas, el número y las características de las personas que tienen un consumo problemático o de riesgo. Este tipo de consumo se presenta como un reto a corto y medio plazo, en términos de provisión de servicios y salud pública, por lo que es conveniente identificar sus características y los grupos de población más vulnerables a sus posibles efectos y consecuencias.

Establecer una definición de consumo problemático o de riesgo no es sencillo, ya que existe influencia por múltiples aspectos entre los que se incluyen el tipo de droga (alcohol, cannabis, cocaína, etc.), la vía de administración (inyectada, oral, esnifada, etc.), el patrón de consumo (frecuencia con que se realizan los consumos, intensidad del consumo en cada ocasión, cronicidad, otras sustancias psicoactivas con las que se mezcla, etc.), las características del usuario (edad, patologías previas, etc.) y el contexto social. Por otro lado, el tipo de drogas y el patrón de consumo han ido cambiando a lo largo del tiempo, por lo que ha sido necesario adaptar la manera de abordar el consumo problemático.

Actualmente, siguiendo la definición del EMCDDA¹ de 2013, se entiende por consumo problemático/de riesgo de sustancias psicoactivas aquel consumo que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema físico, psíquico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños. Además se podrían incluir las consecuencias negativas que el consumo ocasiona a terceras personas.

Existen diferentes métodos para estimar el consumo problemático/de riesgo, la elección de uno u otro depende de múltiples aspectos, entre los que conviene destacar el tipo de droga que se esté estudiando, la validez del método, la disponibilidad de fuentes de información existentes o la posibilidad de diseñar otras nuevas.

En España existe un sistema de información sobre drogas consolidado y robusto, y para estimar el consumo problemático se ha optado por utilizar las fuentes de información disponibles aplicando aquellos métodos que han demostrado ser útiles para este fin. Además se han tenido en cuenta los criterios utilizados a nivel internacional^{1,2,3} lo que permite realizar comparaciones y análisis conjuntos.

En 2017 se han llevado a cabo estimaciones de consumo problemático de alcohol, cannabis, cocaína, heroína, uso inyectado de drogas y de hipnosedantes. Las fuentes de información utilizadas han sido, fundamentalmente, las encuestas en población general (EDADES) y en estudiantes (ESTUDES) y el Indicador Admisiones a Tratamiento. Se han utilizado

1. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA): <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu>

2. Observatorio Interamericano sobre Droga (OID): http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/default_spa.asp

3. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): <http://www.espad.org/>

el método multiplicador, la inclusión de escalas psicométricas en encuestas y la estimación a partir de la frecuencia de consumo sola o asociada a una potencial vulnerabilidad (tabla 2.5.1).

En este capítulo se presentan la metodología y los resultados de los estudios realizados en los últimos años. La información correspondiente a años previos puede consultarse en los informes anteriores del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)⁴.

Tabla 2.5.1.

Estimaciones de consumo problemático de diferentes sustancias psicoactivas realizadas en España de 2006 a 2015.

Sustancia psicoactiva	Método	Fuente de información	Año de estimación
Alcohol	Estimación basada en escala psicométrica en encuesta en población general: AUDIT	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009
	Estimación basada en frecuencia e intensidad de consumo en encuesta en población general		2013 2015
Cannabis	Estimación basada en escalas psicométricas en estudiantes*: CAST, SDS, DSM-IV, M-CIDI.	ESTUDES: Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (14-18 años)	2006, 2008 2010, 2012, 2014
	Estimación basada en escalas psicométricas en población general: CAST	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2013 2015
	Estimación basada en frecuencia de consumo en encuestas en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2011, 2013 2015
Cocaína	Estimación basada en frecuencia de consumo en encuestas en población general.	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009, 2011 2013, 2015
	Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad en encuestas en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2009, 2011 2013, 2015
Heroína	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2007 2008 2009
		Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2010 2011 2012
		Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides	2013 2014 2015
Inyección de drogas	Estimación indirecta Método multiplicador	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2007 2008 2009
		Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2010 2011 2012
		Datos de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios y en tratamiento de mantenimiento con opioides	2013 2014 2015
Hipnosedantes	Escala DSM-V en población general	EDADES: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (15-64 años)	2015

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test. CAST: Cannabis Abuse Screening Test. SDS: Severity of Dependence Scale. DSM-IV: American Psychiatric Association. M-CIDI: Munich Composite International Diagnostic Interview.

* 2006: CAST, SDS, DSM-IV. 2008: CAST. 2010: CAST, SDS, M-CIDI. 2012: CAST. 2013: CAST. 2014: CAST. 2015: CAST.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

4. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm>

Metodología

Existen diferentes formas de consumo excesivo de alcohol que suponen un riesgo o producen daño importante para el individuo. Entre ellas se incluirían el consumo semanal o diario elevado, las intoxicaciones, el *binge drinking* o todos aquellos comportamientos que pueden llevar a la dependencia u otros problemas asociados. El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta la probabilidad de consecuencias negativas para el bebedor o para su entorno.

La Organización Mundial de la Salud ha venido utilizando diferentes criterios para valorar el consumo de riesgo de alcohol. Por un lado, se ha utilizado el criterio de cantidad/frecuencia de consumo de alcohol y, por otro lado, se han usado escalas específicas para detectar consumo problemático, que tienen en cuenta otros criterios además de la cantidad de alcohol consumida a la hora de identificar un consumo como problemático o de riesgo.

- a) Cantidad/frecuencia: la OMS considera bebedor/a de riesgo a aquellos hombres que consumen 28 unidades de bebida estándar (UBEs) a la semana o más y a aquellas mujeres que consumen 17 UBEs a la semana o más.
- b) Escalas específicas: en 1982, la OMS solicitó a un grupo de investigadores que desarrollaran un instrumento de cribaje simple, capaz de detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este instrumento es la escala AUDIT⁵, que ha sido validada en nuestro país por diferentes investigadores.

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 10 preguntas. Las 3 primeras hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad, frecuencia), de la 4 a la 6 se refieren al comportamiento o actitud ante la bebida, de la 7 a la 8 valoran la existencia u ocurrencia de reacciones adversas y las dos últimas se refieren a problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario está diseñado para ser contestado por aquellas personas que han consumido alcohol en el último año.

Tabla 2.5.2.

Criterios de la OMS para el consumo de riesgo de alcohol.

Nivel de riesgo	Criterios		Intervención
	Hombre	Mujer	
Riesgo bajo	<17 UBEs/semana	<11 UBEs/semana	Prevención primaria
Consumo de riesgo	≥28 UBEs/semana	≥17 UBEs/semana	Intervención breve

FUENTE: Modificado de Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996; 64.

La Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), en sus ediciones de 2009 y 2013, incluyó la escala AUDIT con el objetivo de conocer el alcance del consumo problemático de alcohol en la población general (15-64 años). Se consideró que tenían un consumo de alcohol de riesgo aquellos que obtenían en la escala AUDIT una puntuación igual o superior a 8 puntos.

EDADES 2015 no incluyó la escala AUDIT, sino que se recogió información sobre cantidades de consumo semanal y se realizó la estimación de consumo de riesgo de alcohol a partir esta información utilizando los criterios cantidad/frecuencia de la OMS, tal y como se ha mencionado anteriormente.

5. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption- II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.

Tabla 2.5.3.

AUDIT. Alcohol Use Disorders Identification Test.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?	Nunca Una o menos veces al mes 2 a 4 veces al mes 2 ó 3 veces a la semana 4 ó más veces a la semana
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume normalmente cuando bebe?	1 ó 2 3 ó 4 5 ó 6 7 a 9 10 ó más
3. ¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	
5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo atender sus obligaciones porque había bebido?	
6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	
7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	
8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	No Sí, pero no en el curso del último año Sí, en el último año
9. Usted, o alguna otra persona, ¿ha resultado herida porque usted había bebido?	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de alcohol, o le ha sugerido que deje de beber?	

Resultados

En 2015, de los 17.415 encuestados en la encuesta EDADES que reconocieron haber consumido alcohol en el último año, 13.191 aportaron información en aquellas preguntas relativas al tipo de bebidas, la cantidad y la frecuencia de sus consumos.

Siguiendo el criterio cantidad/frecuencia establecido por la OMS (17 UBEs o más/semana en mujeres y 28 UBEs o más/semana en hombres), en 2015 el 5% de los consumidores de alcohol son consumidores de riesgo.

Tabla 2.5.4.

Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo en la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año. España, 2009-2015.

Consumidores de riesgo	Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año
2009*	6,5
2013*	6,4
2015**	5,0

* AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

** Cantidad de alcohol consumida en una semana (≥17 UBEs/semana en mujeres; ≥28 UBEs/semana en hombres).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 2.5.5.

Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo* entre los que han consumido en el último año, según edad y sexo. España, 2009, 2013 y 2015.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
2009*	6,5	9,9	2,4	12,0	16,1	7,4	8,8	13,5	2,7	4,1	6,9	0,8	4,6	7,1	1,5	3,5	6,0	0,1
2013*	6,4	9,7	2,6	11,8	16,0	7,1	7,5	11,7	2,4	5,1	8,0	1,6	4,6	6,8	2,1	4,3	7,5	0,3
2015*	5,0	5,8	4,0	4,5	3,9	5,3	4,7	5,1	4,0	5,3	5,3	3,8	4,9	5,6	4,1	5,7	7,3	2,9

T = total; H = hombres; M = mujeres.

* 2009 y 2013: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ≥ 8 .

2015: Cantidad de alcohol consumida en una semana (≥ 17 UBEs/semana en mujeres; ≥ 28 UBEs/semana en hombres).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 2.5.6.

Número y porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo (AUDIT ≥ 8), en la población de 15 a 64 años. España, 2009 y 2013.

Consumidores de riesgo (AUDIT ≥ 8)	Número de consumidores problemáticos de 15 a 64 años Total (hombres/mujeres)	Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años	Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido alcohol en el último año
2009	1.550.000 (1.300.000/250.000)	4,8	6,5
2013	1.600.000 (1.300.000/300.000)	5,0	6,4

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Los datos obtenidos a partir de la utilización de ambas metodologías aportan información muy relevante. No obstante, la escala AUDIT parece mostrar una correcta aproximación a la determinación del consumo problemático de alcohol, ya que contempla otros aspectos relacionados con el daño además de la cantidad y frecuencia de los consumos.

Del mismo modo, el análisis de los datos correspondientes a 2009, 2013 y 2015 ha puesto de manifiesto que la tasa de respuesta a las preguntas específicas del cuestionario que exploran los consumos problemáticos de alcohol son mayores para el formato de la escala AUDIT que para las que solicitan información detallada de las cantidades y frecuencia de consumos realizados.

Por último, según EDADES 2015, el perfil del consumidor de riesgo de alcohol es el de un varón, soltero, de 41 años, con estudios secundarios, que se encuentra trabajando. El 38,2% ha consumido drogas ilegales en el último año y el 16,8% ha consumido nuevas drogas alguna vez en la vida (tabla 2.5.7).

Tabla 2.5.7.

Características de los consumidores problemáticos de alcohol. España 2015.

	2015
Sexo (% hombres)	66,9
Edad media (años)	41,4
Grupos de edad (años)	
15 a 24 años	12,4
25 a 34 años	18,1
35 a 44 años	26,2
45 a 54 años	23,5
55 a 64 años	19,8
Nacidos fuera de España (%)	6,7
Máximo nivel de estudios completado (%)	
Sin estudios	2,4
Enseñanza primaria	11,5
Enseñanza secundaria	70,0
Estudios universitarios	15,9
Situación laboral (%)	
Trabajando	54,9
Parado no habiendo trabajado	2,4
Parado habiendo trabajado	21,2
Otras	21,5
Estado civil (%)	
Soltero/a	49,0
Casado/a	35,7
Separado/a – Divorciado/a	13,1
Viudo/a	2,2
Consumo de otras drogas (%)	
Drogas ilegales en los últimos 12 meses	38,2
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	16,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES 2015).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis

En los últimos años se ha venido dando mayor importancia a las posibles implicaciones del consumo de cannabis para la salud pública, debido a varias razones, entre ellas, la extensión de su consumo entre la población española y europea en general, el incremento de las demandas de tratamiento por abuso o dependencia, el aumento de patologías asociadas al uso de cannabis y también las nuevas propuestas normativas sobre regulación del cannabis en algunos países.

La mayoría de los consumidores de cannabis son consumidores experimentales u ocasionales. Sin embargo, en una considerable proporción de casos, el patrón de consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer efectos sobre la propia salud, obtener peor rendimiento académico o laboral y/o desarrollar dependencia.

En este capítulo se presentan los resultados más importantes del cálculo de consumo problemático de cannabis, información que puede completarse con los resultados de las encuestas ESTUDES y EDADES (capítulo 1 del presente informe).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (escala CAST)

Metodología

Uno de los posibles métodos para estimar el consumo problemático/de riesgo de cannabis es a través de la introducción de escalas psicométricas en encuestas de población.

En la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España en población de 14 a 18 años (ESTUDES), se han incluido de manera periódica, desde 2006, diferentes escalas con el fin de conocer el consumo problemático de cannabis y de poder evaluar las propiedades psicométricas de estas escalas. En 2006, se utilizaron CAST (Cannabis Abuse Screening Test), SDS (Severity of Dependence Scale) y DSM-IV (American Psychiatric Association); en 2008, CAST; en 2010, CAST, SDS M-CIDI (Munich Composite International Diagnostic Interview) y, en 2012 y 2014 CAST.

La escala CAST se introdujo, por primera vez, en la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) en 2013, manteniéndose en la edición de 2015.

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos a través de la escala CAST, que es la que, desde un punto de vista psicométrico, produjo los resultados más robustos⁶.

CAST (Cannabis Abuse Screening Test), es un cuestionario de 6 preguntas (tabla 2.5.8) desarrollado en Francia⁷ con el objetivo de detectar el abuso de cannabis entre los consumidores. Desde su desarrollo, esta escala ha sido ampliamente utilizada tanto en población general como en población adolescente en varios países y ha demostrado ser adecuada para estos fines⁸.

Tabla 2.5.8.

CAST. Cannabis Abuse Screening Test.

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	Nunca Raramente De vez en cuando Bastante a menudo Muy a menudo
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	
4. ¿Le han dicho los amigos o miembros de su familia que debería reducir el consumo de cannabis?	
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?	

6. Consumo problemático de cannabis en estudiantes de 14-18 años: validación de escalas. http://www.pnsd.mspsi.es/eu/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ConsProblematico_cannabis.pdf

7. Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M., 2007. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J. Subst. Use* 12, 233-242.

8. Legleye S, Piontek D, Kraus L: Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) in a French sample of adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2011;113:229-235. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M: Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 2007;12: 233-242.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L: The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), 2009.

Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Bjarnason T, Balakireva O, Kokkevi A, Kraus L: The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden, 2012. Cuenca-Royo AM, Sánchez-Niubó A, Forero CG, Torrens M, Selves JM, Domingo-Salvany A: Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addict Behav* 2012;37:709-715.

Fernandez-Artamendi S, Fernández-Hermida JR, Muñoz-Fernández J, Secades-Villa R, García-Fernández G (2012). Screening of cannabis-related problems among youth: the CPQ-AS and CAST questionnaires. *Subst Abuse Treat Prev Policy*;7:1-10.

Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B: A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013;22:16-26.

En España, se aplicó la escala de manera autoadministrada, durante las encuestas realizadas en estudiantes (ESTUDES) y en población general (EDADES) a aquellas personas que habían consumido cannabis en el último año. En función de las respuestas se clasifica a los usuarios en tres grupos: consumidores no problemáticos (puntuación de 0-1), consumidores con riesgo bajo de tener problemas (puntuación de 2-3) y consumidores con riesgo elevado de tener problemas (puntuación de 4 o más). Se considera que un consumidor es problemático/de riesgo si en la escala CAST tiene una puntuación de 4 o superior. El análisis de CAST se realiza sobre las personas que han consumido cannabis en el último año y que contestan a la escala CAST en la encuesta.

Resultados

ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Tal y como se observa en la tabla 2.5.9, en 2014, el 2,5% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años (3,1% hombres y 2,0% mujeres) podrían estar realizando un consumo problemático de cannabis, estimándose en 53.701 el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST \geq 4) de 14 a 18 años.

La prevalencia de este tipo de consumo, calculada por medio de la escala CAST, muestra en España una tendencia ligeramente ascendente en el periodo 2006-2010, año en el que se produjo el valor más alto. Los datos de ESTUDES 2012 parecían indicar una ruptura de esta tendencia, que se confirmó con los datos obtenidos en 2014.

Con el fin de ayudar en la detección de grupos y poblaciones de riesgo, resulta interesante también mencionar los porcentajes que los consumos problemáticos suponen no ya en la población total de estudiantes de esta edad, sino más específicamente entre los que reconocen consumos en el año previo a ser encuestados.

Así, a partir de 2006 se registró cierto incremento en el porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo entre aquellos que han consumido en el último año, si bien la proporción de consumidores problemáticos en el total de la población de 14 a 18 años se mantuvo relativamente estable aunque con algunos altibajos. Esto podría explicarse, en parte, porque aunque las prevalencias de consumo se encontraban en descenso, una mayor proporción de los que consumían entonces lo hacía con un patrón de riesgo. En 2014, se observa también un descenso de consumo problemático entre los consumidores de cannabis en el último año, que habrá de ser confirmada en las próximas ediciones de la encuesta.

Tabla 2.5.9.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST \geq 4) en la población de 14 a 18 años. España, 2006-2014.

Consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis (CAST \geq 4)	2006	2008	2010	2012	2014
Número de consumidores problemáticos de 14 a 18 años*	73.534	81.080	100.340	83.208	53.701
Porcentaje entre toda la población de 14 a 18 años	3,3	3,7	4,6	3,8	2,5
Porcentaje entre la población de 14 a 18 años que ha consumido cannabis en el último el último año	13,3	14,7	14,1	16,9	13,8

CAST= Cannabis Abuse Screening Test.

*Estimación del número de consumidores problemáticos en el total de la población de 14 a 18 años en 2014 (INE)

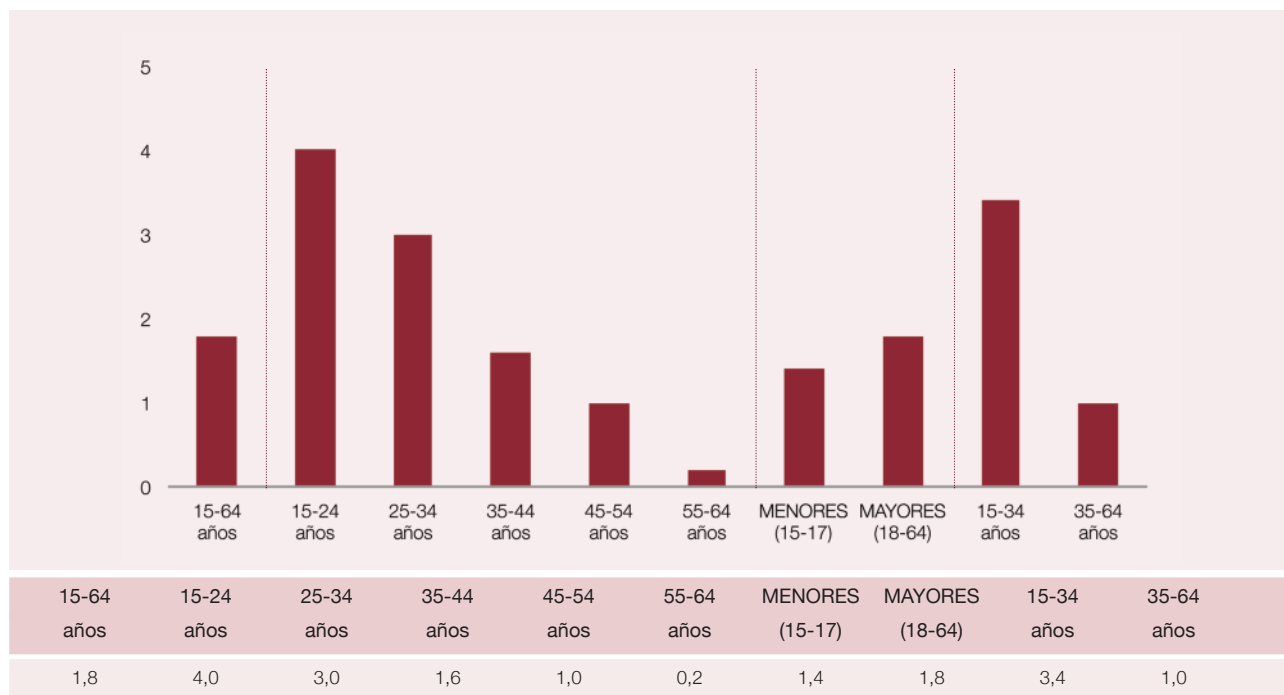
FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España)

En 2015, se estima en 558.549 los consumidores de alto de riesgo de cannabis (CAST \geq 4). La mayoría de ellos se encuentran entre la población de 15 a 34 años y son hombres. Éstos representan el 1,8% de la población general de 15 a 64 años (2,9% de los hombres y 0,7% de las mujeres). El grupo de población que presenta una mayor prevalencia de consumo de alto riesgo es el de 15-24 años, seguido del grupo de 25-34 años (figura 2.5.1).

Figura 2.5.1.

Porcentaje de consumidores de cannabis de alto riesgo (CAST ≥ 4) entre la población general, por grupos de edad. España, 2015.

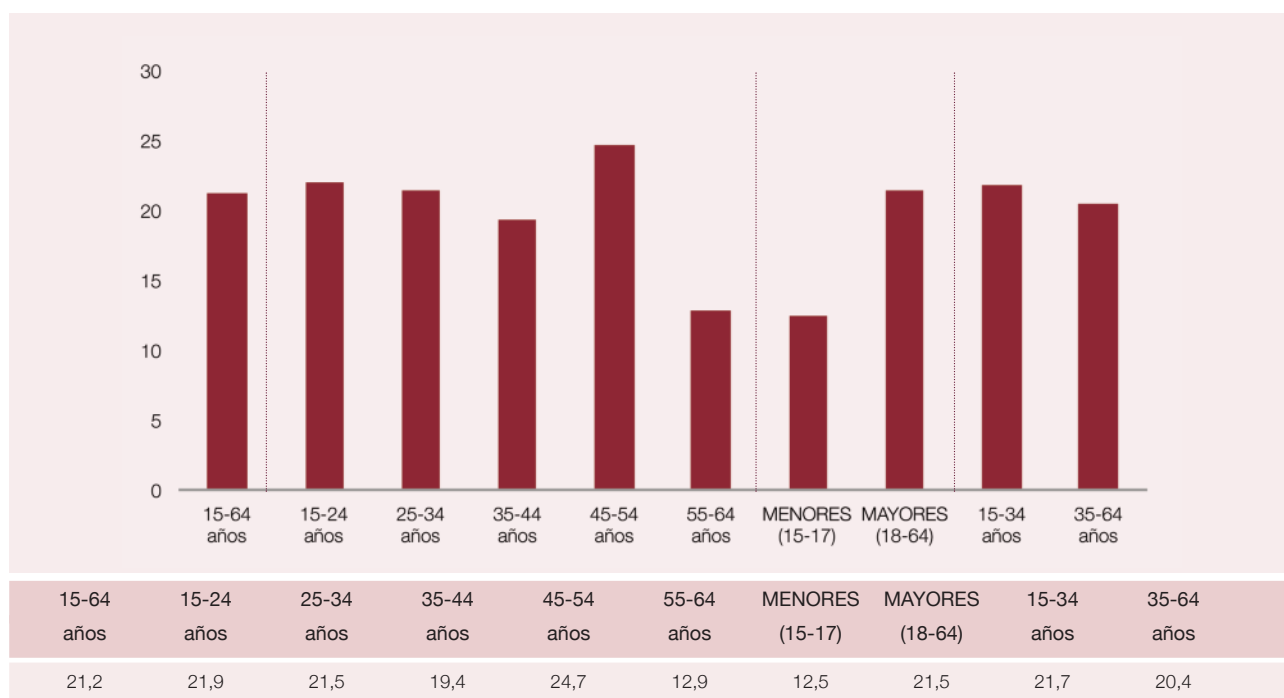


CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES 2015).

Figura 2.5.2.

Porcentaje de consumidores de cannabis de alto riesgo (CAST ≥ 4) entre los que han consumido cannabis en el último año y que contestan a la escala CAST, por grupos de edad. España, 2015.



CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de alcohol y drogas en España (EDADES 2015).

Como ya se ha mencionado anteriormente para la población de estudiantes, resulta interesante estudiar los porcentajes que estos consumos suponen no ya en la población total de cada categoría de edad, sino entre aquellos que reconocen consumos en los últimos 12 meses. Así, el 21,2% de estos consumidores presentan consumo de alto riesgo (24,1% de los hombres y 14,9% de las mujeres), oscilando entre 12,9 y 24,7% en función del grupo de edad (figura 2.5.2). El porcentaje más elevado se registra en el grupo de 45 a 54 años ya que, aunque el peso del consumo problemático en la población de esta edad no supere el 1%, una parte considerable de los consumidores recientes (último año) en este grupo de edad realizan consumos de riesgo.

Evolutivamente se detecta una disminución del número de consumidores problemáticos en población general de 15 a 64 años, medidos a través del CAST, pasando del 2,2% en 2013 al 1,8% en 2015 (tabla 2.5.10), lo que resulta coherente con la tendencia observada entre los estudiantes de 14 a 18 años en las dos últimas ediciones de ESTUDES.

Tabla 2.5.10.

Evolución de las estimaciones de consumidores de cannabis de alto riesgo (CAST ≥ 4) entre la población general. España, 2013 y 2015.

	2013	2015
Estimación de consumidores problemáticos cannabis (CAST ≥ 4)	687.233	558.549
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años	2,2	1,8
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	25,0	21,2

CAST = Cannabis Abuse Screening Test.

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cannabis (frecuencia de consumo)

Metodología

Otro método empleado para conocer el número de consumidores problemáticos/de riesgo de cannabis es utilizar la frecuencia de consumo. Se aplican los criterios recomendados por el EMCDDA⁹, que considera consumidor problemático/de riesgo a aquel que ha consumido cannabis 20 o más días en el último mes.

Partiendo de los datos de la encuesta domiciliaria (Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años - EDADES) se realizan los cálculos para los años 2011, 2013 y 2015. Con los datos de la encuesta escolar (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España - ESTUDES) se realizan los cálculos para 2014.

Resultados

EDADES (Encuesta sobre alcohol y drogas en España)

En 2015 se registran más de 800.000 consumidores frecuentes de cannabis (15 a 64 años). Esta cifra equivale a un 2,6% de la población en este rango de edad. No obstante, si se consideran únicamente las personas que declaran en EDADES haber consumido cannabis en el último año, el porcentaje de consumidores problemáticos alcanza el 27,7%.

Las cifras muestran una tendencia estable en los últimos años (tabla 2.5.11) y son coherentes con las obtenidas mediante la aplicación de la escala CAST.

En 2015, el perfil de este tipo de consumidores (consumo de cannabis 20 días o más en el último mes), es el de un hombre español, soltero, de 33 años que ha finalizado la enseñanza secundaria y que trabaja o está en paro, habiendo trabajado antes (tabla 2.5.12).

9. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218205_EN_PDU%20revision.pdf

Tabla 2.5.11.

Número y porcentaje de consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011, 2013 y 2015.

	2011	2013	2015
Número de consumidores frecuentes de 15 a 64 años.	803.229	817.859	806.793
Porcentaje entre toda la población de 15 a 64 años.	2,5	2,5	2,6
Porcentaje entre la población de 15 a 64 años que ha consumido cannabis en el último año	26,0	27,4	27,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tabla 2.5.12.

Características de los consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011, 2013 y 2015.

	2011	2013	2015
Sexo (% hombres)	76,3	78,4	80,2
Edad media (años)	31,1	32,0	32,9
Grupos de edad (años)			
15 a 24 años	31,4	27,6	25,7
25 a 34 años	35,4	37,5	33,7
35 a 44 años	22,5	20,7	25,0
45 a 54 años	7,3	11,1	11,5
55 a 64 años	3,3	3,1	4,1
Nacidos fuera de España (%)	5,0	9,4	9,2
Máximo nivel de estudios completado (%)			
Sin estudios	6,2	2,1	3,1
Enseñanza primaria	18,4	17,6	13,2
Enseñanza secundaria	67,6	73,0	71,5
Estudios universitarios	7,8	7,3	12,2
Situación laboral (%)			
Trabajando	54,0	31,6	48,7
Parado no habiendo trabajado	4,3	5,6	4,4
Parado habiendo trabajado	33,3	39,4	29,6
Otras	17,4	23,4	17,3
Estado civil (%)			
Soltero/a	70,5	72,7	70,5
Casado/a	22,1	20,0	22,3
Separado/a – Divorciado/a	7,3	6,8	7,2
Viudo/a	0,2	0,5	0,0
Consumo de otras drogas (%)			
Drogas legales en los últimos 30 días	97,4	98,1	96,5
Drogas ilegales en los últimos 30 días	19,7	17,7	15,6
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	34,9	27,8	29,7

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

La mayoría (96,5%) consume drogas legales, casi 1 de cada 5 (15,6%) consume otras drogas ilegales y cerca de 3 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas. Este perfil es similar al observado en 2011 y 2013.

En 2015 aumenta la edad media de estos consumidores frecuentes (de 32 años a 33 años) y también el porcentaje de ellos que trabajan (en probable relación con la mejora de la situación económica del país).

ESTUDES (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España)

Respecto a la población de 14 a 18 años, para el año 2014, se estima en 36.517 a los consumidores frecuentes de cannabis. Esta cifra equivale a un 1,7% de la población en este rango de edad, pero si se tiene en cuenta únicamente las personas que declaran en ESTUDES haber consumido cannabis en el último año, este porcentaje se situaría en un 6,7%.

Estimación del consumo problemático/de riesgo de cocaína

Metodología

Para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína se utiliza un método basado en la frecuencia de consumo y vulnerabilidad asociada a la edad (incompleto desarrollo cerebral), a partir de datos de la Encuesta sobre alcohol y drogas en población general de 15 a 64 años (EDADES).

En 2009, desde el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, se establecieron unos criterios¹⁰ (basados en la frecuencia de consumo y en la vulnerabilidad asociada a la edad) para definir a los consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína y así poder realizar estimaciones a partir de los datos de EDADES, criterios que han sido utilizados para realizar las estimaciones de 2009, 2011, 2013 y 2015.

Estos criterios se han adaptado a las recomendaciones del EMCDDA en el nuevo protocolo de 2013, por lo que para 2011, 2013 y 2015 se realizan los cálculos también con los nuevos criterios (basados sólo en frecuencia de consumo) (tabla 2.5.13).

Tabla 2.5.13.

Criterios utilizados para estimar el consumo problemático/de riesgo de cocaína.

Estimación basada en frecuencia de consumo y vulnerabilidad
Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.
Estimación basada en frecuencia de consumo
Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.
Estimación basada en frecuencia de consumo
Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

10. Spanish National Report 2012: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_214092_EN_Spain_NR2012.pdf

El protocolo del EMCDDA (2013) considera consumidores problemáticos/de riesgo aquellos que han consumido cocaína 26 o más días en el último año. Este dato no está disponible en España, por lo que se selecciona a los que han consumido 30 o más días en el último año.

Es necesario tener en cuenta que los cambios metodológicos introducidos, con el fin de adaptar los criterios al nuevo protocolo del EMCDDA, no permiten realizar comparaciones directas, si bien los resultados con los criterios previos del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones se sitúan en rangos cercanos a los obtenidos con el protocolo EMCDDA 2013.

Resultados

La encuesta EDADES 2015, nos informa de que el 9,1% de la población española de 15 a 64 años consumió cocaína —polvo y/o base— alguna vez en la vida, el 2,0% en el último año y el 0,9% en el último mes. Ello permite estimar que, en España, en 2015, más de 620.000 personas habían consumido de cocaína en el último año. De estos consumidores se estima que al menos 72.962 personas son consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (personas de 15-64 años que han consumido cocaína 30 o más días en el último año), lo que equivale al 0,23% de la población de 15 a 64 años y al 11,7% de los consumidores del último año. Se observa una tendencia descendente de este tipo de consumo con respecto a años anteriores, que además se pone de manifiesto independientemente de los diferentes criterios utilizados (tabla 2.5.14) y que es coherente con los datos registrados por otras fuentes de información.

Tabla 2.5.14.

Número y porcentaje de consumidores problemáticos/de riesgo de cocaína (15-64 años). España, 2009-2015.

	Estimación basada en		
	Frecuencia de consumo y vulnerabilidad ¹	Frecuencia de consumo ²	Frecuencia de consumo ³
2009			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	140.525	130.409	–
% entre toda la población de 15-64 años	0,4%	0,4%	–
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	16,5%	15,0%	–
2011			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	130.537	124.083	118.889
% entre toda la población de 15-64 años	0,4%	0,4%	0,4%
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	18,0%	17,9%	16,4%
2013			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	97.139	95.391	92.406
% entre toda la población de 15-64 años	0,3%	0,3%	0,3%
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	13,8%	13,6%	13,1%
2015			
Nº de consumidores problemáticos de cocaína de 15 a 64 años	76.956	85.334	72.962
% entre toda la población de 15-64 años	0,3%	0,3%	0,2%
% entre la población de 15-64 años que ha consumido cocaína en el último año	12,4%	13,7%	11,7%

1. Criterios de inclusión: personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21 a 64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes (OEDA).

2. Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes (OEDA).

3. Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año (Protocolo 2013 EMCDDA).

Población 15-64 años: 32.145.023 (2009), 32.082.758 (2011), 31.980.402 (2013), 31.030.473 (2014), 31.030.473 (2015).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por otro lado, la encuesta EDADES permite conocer algunas de las características de esta población de riesgo (tabla 2.5.15).

Los datos ponen de manifiesto que el perfil del consumidor problemático de cocaína (España, 2015) es el de un varón joven de 37 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y trabajando. La gran mayoría (97,1%) han consumido drogas legales en los últimos 30 días, el 91,9% ha consumido otras sustancias ilegales durante el mismo periodo y casi 6 de cada 10 han probado nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, perfil similar al de años anteriores.

Tabla 2.5.15.

Características de los consumidores problemáticos/de riesgo* de cocaína, en la población de 15 a 64 años. España, 2011, 2013 y 2015.

	2011	2013	2015
Sexo (% hombres)	79,9	80,2	82,4
Edad media (años)	34,7	36,8	37,4
Grupos de edad (años)			
15 a 24 años	16,6	10,4	15,0
25 a 34 años	38,1	34,4	23,4
35 a 44 años	27,0	36,6	33,1
45 a 54 años	17,3	13,2	24,3
55 a 64 años	0,9	5,4	4,2
Máximo nivel de estudios completado (%)			
Sin estudios	6,1	4,3	5,1
Enseñanza primaria	20,5	13,4	16,4
Enseñanza secundaria y estudios universitarios	73,4	81,7	78,5
Situación laboral (%)			
Trabajando	45,8	39,3	51,3
Parado no habiendo trabajado	4,1	3,0	2,1
Parado habiendo trabajado	36,0	45,0	27,0
Otras	14,1	12,7	19,6
Estado civil (%)			
Soltero/a	71,1	59,8	61,2
Casado/a	16,5	32,4	13,2
Separado/a – Divorciado/a	11,2	6,2	23,8
Viudo/a	1,1	1,6	1,9
Consumo de otras drogas (%)			
Drogas legales en los últimos 30 días	100	99,2	97,1
Drogas ilegales en los últimos 30 días	68,7	72,6	91,9
Nuevas sustancias psicoactivas alguna vez en la vida	41,8	39,1	64,2

* Personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año (Protocolo 2013 EMCDDA).

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Metodología

El método utilizado para estimar el número de consumidores problemáticos de heroína se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador. En la tabla 2.5.16 se muestran los años para los que se han realizado estas estimaciones así como las fuentes de información utilizadas.

Tabla 2.5.16.

Resumen del método utilizado para el cálculo de consumo problemático de heroína en España.

Método	Fuente de información	Año de estimación
Estimación indirecta Metodo multiplicador	EDADES. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (15 a 64 años)	2007, 2008
	TDI. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2009, 2010
	TMO. Tratamiento de mantenimiento con opioides	2011, 2012
	TCA. Tratamiento por drogas en centros ambulatorios	20113, 2014 2015

EDADES: el valor del multiplicador se obtiene a partir de esta encuesta. Para las estimaciones de 2007 a 2010 se utiliza el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2007, para 2011 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2011, y para 2012 y 2013 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2013. Finalmente, para 2014 y 2015 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2015.

TDI: a partir de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opioides se obtienen de la Memoria anual del PNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en centros ambulatorios se obtienen de la Memoria anual del PNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático.

En la tabla 2.5.17 se resume la metodología utilizada en 2015 y que se detalla a continuación:

En la encuesta EDADES 2015 se incluyeron las preguntas necesarias para poder aplicar el método nominativo, actualizando así el valor del multiplicador. Para ello, se preguntó a los entrevistados si conocían consumidores de heroína y, para cada uno de los conocidos, los entrevistados debían indicar si eran conocedores de que los nominados hubiesen iniciado o no tratamiento por dependencia de esta droga en el último año. De este modo, se obtuvo el valor del multiplicador para 2015 (45%). Aplicando este multiplicador a los admitidos a tratamiento por heroína en 2015 (10.978) del Indicador de Admisiones a tratamiento (TDI), se obtienen la cifra estimada de consumidores problemáticos de heroína en 2015 (24.396).

Sin embargo, como es posible que esta cifra se halle infraestimada, entre otras razones porque es probable que los entrevistados confundan “iniciar tratamiento este año” con “estar en tratamiento actualmente, aun iniciado en años anteriores”, se ha realizado una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de usuarios de heroína que están, ese año, en tratamiento en centros ambulatorios (TCA) en España. Asumiendo la distribución de 23,2% registrada en el indicador TDI para el porcentaje de usuarios de heroína en tratamiento, podría asumirse que 31.110 personas han recibido tratamiento por heroína en 2015 (134.091 en tratamiento por cualquier droga). De nuevo, aplicando el multiplicador, se obtendrían 69.134 consumidores problemáticos de heroína.

En todo caso, las estimaciones anteriores (24.396 y 69.134) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento de mantenimiento con opioides (TMO). Los datos disponibles informan que 59.264 personas se encontraban realizando TMO en 2015 (54.110 con metadona y 5.154 con buprenorfina + naloxona). Teniendo en cuenta que aproximadamente un 40% de los que están en TMO siguen consumiendo heroína, podría considerarse que 23.706 son también consumidores problemáticos, cifra que habrá que sumar a cada una de las estimaciones previas (24.396 y 69.134).

Por tanto, se puede concluir que la horquilla entre la que se encuentra el número de consumidores de alto riesgo de heroína en España, en 2015, se sitúa entre 48.102 y 92.840 personas.

Tabla 2.5.17.

Esquema de la estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2015.

Estimación del número mínimo de consumidores problemáticos de heroína		
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2015 (de 783 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 349, es decir el 45%)		45%
2. Número de personas admitidas a tratamiento por heroína a partir de TDI (personas que inician tratamiento por heroína en ese año)		10.978
3. Número de consumidores problemáticos a partir de TDI (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de admitidos a tratamiento por heroína del TDI)		24.396 (10.978 / 0,45)
4. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2) Personas en TMO (tratamiento de mantenimiento con opioides) y que están consumiendo heroína (hay 59.264 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)		23.706 (52.264 x 0,4)
5. Número mínimo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)		48.102 (24.396 + 23.706)
Estimación del número máximo de consumidores problemáticos de heroína		
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2015 (de 783 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 349, es decir el 45%)		45%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA)		134.091
3. Número de personas en tratamiento por heroína en centros ambulatorios (se asume que son tratados por heroína en centros ambulatorios el mismo porcentaje que en TDI, el 23,2% de los tratamientos en TDI son por heroína)		31.110 (134.091 x 0,232)
4. Número de consumidores problemáticos a partir de TCA (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de personas en tratamiento por heroína en centros ambulatorios)		69.134 (31.110 / 0,45)
5. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2) Personas en tratamiento de mantenimiento con opioides y que están consumiendo heroína (hay 59.264 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)		23.706 (59.264 x 0,4)
6. Número máximo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)		92.840 (69.134 + 23.706)

EDADES 2015: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2015: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opioides se obtienen de la Memoria 2015 del PNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios se obtienen de la Memoria 2015 del PNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático.

Resultados

Los datos históricos indican que el total de consumidores problemáticos de heroína (prevalencia) llegó a su máximo en España a principios de los años noventa con más de 150.000 consumidores y que, posteriormente, ha descendido.

El número estimado de consumidores problemáticos de heroína en España en 2015 se sitúa entre 48.102 y 92.840 personas. Las estimaciones realizadas muestran en 2015 un freno de la tendencia descendente que venía observándose para este indicador en los últimos años, mostrando incluso lo que podría interpretarse como un repunte. No obstante, algunos cambios registrados en el sistema de notificación de los centros ambulatorios podrían estar relacionados con el cambio de tendencia. Esta estimación ha de valorarse en conjunto con el resto de información relativa a problemas asociados al consumo de heroína (admisiones a tratamiento, episodios de urgencia, mortalidad, etc.) que se incluye a lo largo de este informe (tabla 2.5.18).

Tabla 2.5.18.

Consumidores problemáticos de heroína. España, 2009-2015.

	Número de consumidores problemáticos de heroína		% de consumidores problemáticos de heroína en la población de 15 a 64 años.	
	Valor medio (valor mínimo y máximo)		Valor medio (valor mínimo y máximo)	
2009	82.340	(68.056 - 96.624)	0,25	(0,21 - 0,30)
2010	85.401	(70.908 - 99.895)	0,26	(0,22 - 0,31)
2011	74.109	(61.389 - 86.829)	0,23	(0,19 - 0,27)
2012	69.978	(56.104 - 83.851)	0,21	(0,17 - 0,26)
2013	65.648	(52.122 - 79.173)	0,21	(0,16 - 0,25)
2014	65.322	(48.991 - 81.652)	0,21	(0,15 - 0,26)
2015	70.471	(48.102 - 92.840)	0,22	(0,15 - 0,29)

Tamaño población EDADES 2015: 31. 030.473

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estimación del consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada

Metodología

El método empleado para estimar el número de inyectores recientes de drogas (último año) es similar al utilizado para estimar el consumo problemático de heroína y se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador. En la tabla 2.5.19 se muestran los años para los que se han realizado las estimaciones y las fuentes de información utilizadas.

Tabla 2.5.19.

Resumen del método utilizado para el cálculo de inyectores recientes de drogas (último año) en España.

Método	Fuente de información	Año de estimación
Método multiplicador	EDADES. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas (15 a 64 años)	2007, 2008
	TDI. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	2009, 2010
	TMO. Tratamiento de mantenimiento con opioides	2011, 2012
	TCA. Tratamiento por drogas en centros ambulatorios	2013, 2014
		2015

EDADES: el valor del multiplicador se obtiene a partir de esta encuesta. Para las estimaciones de 2007 a 2010 se utiliza el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2007, para el año 2011 se usa el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2011 y para 2012 y 2013 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2013 y para 2014 y 2015 se usa el valor del multiplicador de EDADES 2015.

TDI: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opioides se obtienen de la Memoria anual del PNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en centros ambulatorios se obtienen de la información disponible en la Memoria anual del PNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático.

En la tabla 2.5.20 se resume la metodología utilizada en 2015 y que se detalla a continuación:

La encuesta EDADES 2015 permitió, también, mediante el uso del método nominativo descrito anteriormente, actualizar el multiplicador de tratamiento para estimar el número de inyectores de drogas en la población española. Se obtuvieron respuestas válidas de 816 inyectores nominados de los que, según los entrevistados, 534 (65%) habían iniciado un tra-

tamiento por abuso o dependencia de drogas, lo que aplicado a los 2.413 inyectores (inyección en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento en España en 2015 condujo a una estimación de 3.712 (2.413/0,65) inyectores de drogas recientes en 2015, que no estarían en TMO.

Como ya quedó explicado en el caso del consumo problemático de heroína, es probable que esta cifra esté infraestimada, por lo que se hace una estimación paralela aplicando el multiplicador al número de inyectores recientes que realizó tratamiento en centros ambulatorios (TCA), obteniendo 7.912 inyectores. Para obtener esta cifra se asume que se ha inyectado en TCA el mismo porcentaje de usuarios que en el TDI (5,9%).

En todo caso, las estimaciones anteriores (3.712 y 7.912) corresponderían, en términos generales, a inyectores que no están en tratamiento de mantenimiento con opioides (TMO). A cada una de estas cifras habría que sumarle 3.106 inyectores que están en TMO. Esta cifra se estima asumiendo que el 40% de esta población ha consumido heroína el último año y que, de éstos, el 13,1% ha utilizado la vía inyectada en 2015.

Por tanto, podemos concluir que la horquilla entre la que se encuentra el número de inyectores recientes (último año) en España en 2015 se situaría entre 6.818 y 15.278 personas.

Tabla 2.5.20.

Esquema de la estimación del número de inyectores de drogas recientes (último año). España, 2015.

Estimación del número mínimo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2015 (de 816 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 534, es decir el 65%)	65%
2. Número de inyectores recientes (en el último año antes de la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento a partir del TDI	2.413
3. Número de inyectores recientes a partir de TDI (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectores recientes admitidos a tratamiento del TDI)	3.712 (2.413 / 0,65)
4. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 59.264 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 13,1% ha utilizado la vía inyectada)	3.106 (59.264 x 0,4 = 23.706 y 23.706 x 0,131 = 3.106)
5. Número mínimo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	6.818 (3.712 + 3.106)
Estimación del número máximo de inyectores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2015 (de 816 inyectores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 534 es decir el 65%)	65%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA)	134.091
3. Número de inyectores en tratamiento en centros ambulatorios (se asume que se han inyectado en los últimos 12 meses en centros ambulatorios el mismo porcentaje que en TDI, el 5,9% de los admitidos a tratamiento se inyectó drogas en el último año)	7.912 (134.091 x 0,059)
4. Número de inyectores a partir de TCA (parte 1) (se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectores recientes que han realizado tratamiento en centros ambulatorios)	12.172 (7.912 / 0,65)
5. Número de inyectores en TMO (parte 2) (hay 59.264 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 13,1% ha utilizado la vía inyectada)	3.106 (59.264 x 0,4 = 23.706 y 23.706 x 0,131 = 3.106)
6. Número máximo de inyectores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	15.278 (12.172 + 3.106)

EDADES 2015: de esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador.

TDI 2015: de este indicador se seleccionan las personas que inician tratamiento por heroína ese año.

TMO: los datos sobre las personas que están en tratamiento por opioides se obtienen de la Memoria 2015 del PNSD.

TCA: los datos de las personas que están en tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios se obtienen de la información disponible en la Memoria 2015 del PNSD.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático.

Resultados

En España en 2015, la cifra estimada de inyectores recientes (último año) se encontraría en la horquilla comprendida entre 6.818 y 15.278 personas. Se observa un aumento del número estimado de inyectores respecto a las cifras estimadas para años anteriores, alcanzando valores similares a los de 2012. No obstante, el cambio de tendencia podría estar relacionado con algunas modificaciones en el sistema de notificación de los centros ambulatorios.

Esta estimación ha de valorarse en conjunto con el resto de información relativa a problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectada (admisiones a tratamiento, episodios de urgencias, mortalidad, etc.) que se incluye a lo largo de este informe. Será necesario ver la evolución en los próximos años para poder valorar la tendencia (tabla 2.5.21).

Tabla 2.5.21.

Inyectores de drogas recientes (último año). España 2009-2015.

	Número de inyectores recientes. Valor medio (valor mínimo y máximo)	Porcentaje de inyectores recientes entre la población de 15 a 64 años. Valor medio (valor mínimo y máximo)
2009	18.549 (14.042 - 23.056)	0,043 (0,057 - 0,071)
2010	15.649 (12.902 - 18.397)	0,048 (0,040 - 0,057)
2011	14.863 (12.067 - 17.659)	0,046 (0,038 - 0,055)
2012	11.865 (9.669 - 14.061)	0,038 (0,030 - 0,044)
2013	9.879 (7.971 - 11.786)	0,030 (0,024 - 0,037)
2014	7.578 (5.634 - 9.522)	0,024 (0,018 - 0,030)
2015	11.048 (6.818 - 15.278)	0,035 (0,021 - 0,049)

Tamaño población EDADES 2015: 31.030.473.

FUENTE: OEDA. Indicador de Consumo Problemático y datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Estimación del consumo problemático/de riesgo de hipnosedantes

La encuesta EDADES 2015 incluyó por primera vez un bloque de preguntas dirigidas a los consumidores de hipnosedantes en los últimos 12 meses, con el fin de identificar aquellos casos que pudieran ser considerados consumidores problemáticos de este tipo de sustancias (ver capítulo 1).

Con este fin, se utilizaron los criterios establecidos por el DSM-V¹¹ para el diagnóstico del trastorno por uso de sustancias. Así, aquellos que afirmaron haber consumido hipnosedantes durante el año previo a ser encuestados respondieron a un total de 12 situaciones diferentes relacionadas con el consumo de hipnosedantes en ese mismo periodo (2.386 personas respondieron este bloque de preguntas).

Los consumidores que reconocen haber experimentado al menos dos de las situaciones propuestas son clasificados como posibles consumidores problemáticos (DSM-V ≥ 2).

11. DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Las situaciones que se plantearon son las siguientes:

- ¿Ha consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos en mayor cantidad o durante más tiempo del que tenía previsto?
- ¿Ha deseado o ha intentado en varias ocasiones dejar de consumir o controlar el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos y no lo ha conseguido?
- ¿Ha invertido mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tranquilizantes, sedantes o somníferos, para consumirlos o para recuperarse de sus efectos?
- ¿Ha sentido, en ocasiones, un poderoso deseo o necesidad de consumir tranquilizantes, sedantes o somníferos?
- ¿Ha incumplido sus deberes fundamentales en el trabajo, en el instituto/universidad o en el hogar por el consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos (faltar frecuentemente al trabajo, tener malas notas, desatender el hogar o a los niños...)?
- ¿Ha seguido consumiendo a pesar de tener problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal causados o empeorados por los efectos del consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos?
- ¿Ha abandonado o reducido sus actividades sociales, profesionales o de ocio debido al consumo de tranquilizantes, sedantes o somníferos?
- ¿Ha consumido, de manera recurrente, tranquilizantes, sedantes o somníferos en situaciones en las que es físicamente peligroso (conducir un coche bajo sus efectos...)?
- ¿Ha seguido consumiendo tranquilizantes, sedantes o somníferos a pesar de saber que sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o empeorado por ese consumo?
- ¿Ha necesitado cantidades cada vez mayores de tranquilizantes, sedantes o somníferos para conseguir el efecto deseado o ha notado un menor efecto tras consumir, continuadamente, la misma cantidad?
- Tras un tiempo de consumo prolongado de tranquilizantes, sedantes o somníferos, al abandonar o reducir su consumo, señale Sí si ha sentido 2 o más de los siguientes síntomas y le han producido malestar, problemas sociales, laborales o familiares (siempre que estos síntomas no se deban a otra enfermedad u otra medicación): temblores de manos, alucinaciones, convulsiones, insomnio, agitación, sudores o pulso acelerado, náuseas/vómitos, ansiedad.
- ¿Ha consumido tranquilizantes, sedantes o somníferos (o alguna sustancia similar como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas antes descritos (temblores de manos, insomnio, náuseas, ansiedad...)?

La prevalencia de un posible consumo problemático¹² de hipnosedantes entre el total de la población española de 15 a 64 años se sitúa en el 2,5% (2% en hombres y 3% en mujeres).

En hombres, la prevalencia de consumo problemático alcanza las cifras más elevadas entre los 45 y los 54 años (3,1%) y desciende a partir de esta edad. Sin embargo, en mujeres la prevalencia aumenta progresivamente con la edad hasta alcanzar el valor más alto en el grupo de 55 a 64 años (4,8%).

Tabla 2.5.22.

Prevalencia del consumo problemático de hipnosedantes (DSM-V ≥ 2) en la población de 15 a 64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2015.

15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
2,5	2,0	3,0	0,8	0,7	1,0	1,5	1,2	1,7	2,7	2,6	2,7	3,6	3,1	4,2	3,4	2,1	4,8

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2015).

12. A partir de este punto y con el objetivo de facilitar la lectura del texto en lugar de "posible consumo problemático" se utilizará "consumo problemático".

Tabla 2.5.23.

Perfil de los consumidores problemáticos de hipnosedantes en el último año (DSM-V ≥ 2) (porcentajes). España, 2015.

	Consumo problemático DSM-V ≥ 2
Sexo	
Hombre	40,8
Mujer	59,2
Edad	
15 a 24 años	4,7
25 a 34 años	11,2
35 a 44 años	26,5
45 a 54 años	32,7
55 a 64 años	24,9
Estado civil	
Soltero/a	30,6
Casado/a	49,9
Separado/a - Divorciado/a	13,6
Viudo/a	5,9
Convivencia	
Solo	17,5
Cónyuge - pareja	53,1
Padre	9,4
Madre	17,7
Hijos	39,0
Hermanos	7,6
Abuelos	0,7
Nivel de estudios	
Sin estudios / estudios primarios	25,3
Estudios secundarios	60,5
Estudios universitarios	14,2
Situación laboral	
Trabajando	31,3
Con empleo, pero temporalmente ausente del mismo	3,2
Parado que ha trabajado antes	23,3
Parado que busca su primer empleo	1,4
Jubilado	8,6
Incapacitado permanente	13,9
Cursando algún estudio	2,6
Dedicado principalmente a labores del hogar (actividad no económica)	14,3
Otra situación sin ejercer actualmente actividad económica alguna	1,4
Consumo de hipnosedantes sin receta los últimos 30 días	
Ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días	11,6
Diagnósticos recibidos a lo largo de su vida	
Ansiedad	43,0
Depresión	44,1
Insomnio	29,7
Consumo de alguna sustancia ilegal	
Alguna vez en la vida	40,9
Últimos 12 meses	15,5

FUENTE: OEDA. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2015).

En 2015, el perfil del consumidor problemático de hipnosedantes es el de una mujer entre 45 y 54 años, casada, con estudios secundarios que vive con su pareja e hijos, que trabaja o está en paro pero habiendo trabajado antes.

En términos generales, aquellos que cumplen criterios de consumo problemático (según DSM-V) suelen haber sido diagnosticados en algún momento de su vida de ansiedad (43%), depresión (44,1%) y/o insomnio (29,7%). El 15,5% ha consumido alguna sustancia ilegal en los últimos 12 meses y el 11,6% ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días.

Aunque es de interés disponer de estimaciones y perfiles de los posibles consumidores problemáticos de hipnosedantes, en relación con los criterios DSM-V utilizados es necesario tener en cuenta que algunos expertos han puesto ya en duda la idoneidad de los cambios realizados con respecto a los criterios establecidos por el DSM-IV para el trastorno por uso de sustancias. Los estudios de validación realizados¹³ dudan de que el punto de corte de 2 sea el adecuado para todas las sustancias, recomendando que los puntos de corte sean adaptados dependiendo de la sustancia analizada para evitar así falsos positivos.

El propio DSM-V sugiere utilizar una gradación de severidad para poder obtener una visión general de la población con respecto a estos consumos. De acuerdo con esta gradación, se considera consumo problemático leve el correspondiente a la puntuación 2-3 (que afectaría a un 1,3% de la población), moderado el de puntuación 4-5 (0,6% de la población) y grave el de 6 o más puntos (0,6% de la población).

Todo ello aconseja la realización de análisis más detallados a partir de la información disponible en EDADES 2015 y de más estudios al objeto de determinar si la metodología utilizada es idónea para identificar los consumos problemáticos de hipnosedantes y, en su caso, poder determinar los puntos de corte óptimos.

13. Kerridge, B.T., Saha, T.D., Gmel, G. y Rehm, J. (2013). Taxometric analysis of DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 129: 60-69.

Compton, W.M., Dawson, D.A., Goldstein, R.B. y Grant, B.F. (2013). Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 122: 38-46.

Becoña, E. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. *Revista iberoamericana de psicología*, 110: 58-61.

A large, stylized number '3' in a dark teal color, positioned on the right side of the page. It is partially cut off by the right edge.

Sistemas de alerta temprana

3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS-Early Warning System)

Objetivo y funcionamiento

El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS)¹ fue creado en 1997 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA)² y la Oficina Europea de Policía (Europol)³ en colaboración con los Estados Miembros de la Unión Europea (UE), en el marco de la Acción Conjunta de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis⁴. Cada Estado Miembro de la UE articula su sistema nacional en función de su organización interna⁵.

El EWS ofrece un mecanismo de intercambio de información y de respuesta rápida frente a la aparición de “nuevas drogas” o “nuevas sustancias psicoactivas”, entendiéndose por éstas, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas fiscalizadas.

Aunque el EWS tiene como objetivo la notificación de nuevas sustancias, es posible también utilizar la red para dar una alerta relativa a eventos de importancia relacionados con drogas, por ejemplo muertes o intoxicaciones relacionadas con la adulteración o contaminación de las mismas.

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas sustituyó a la Acción Conjunta de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis.

Esta Decisión 2005/387/JAI es un instrumento jurídico que da cabida a cualquier nueva droga de síntesis o narcótico que se notifique al EMCDDA y a Europol, y establece el procedimiento, el calendario y los plazos para cada una de las fases.

A continuación, se resumen las principales fases de la Decisión del 2005 (figura 3.1.1). La información complementaria puede consultarse en la guía operativa publicada por el EMCDDA⁶ para la aplicación de la misma.

1. EWS. Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

2. EMCDDA - European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addictions. <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Europol. <https://www.europol.europa.eu/>

4. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DOL 127 de 20.5.2005, p. 32).

5. Early warning system, national profiles. EMCDDA, Lisbon, May 2012. <http://www.emcdda.europa.eu/thematic-papers/ews>

6. Early-warning system on new psychoactive substances. Operating guidelines. EMCDDA, Europol, Lisbon, October 2007. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52448EN.htm>

Aunque la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea de 10 de mayo de 2005 ha resultado ser un instrumento muy útil para el abordaje de las nuevas sustancias en la UE, su uso ha encontrado algunas limitaciones, en especial con respecto a la imposibilidad de abordar varias sustancias al mismo tiempo, la excesiva duración de los plazos establecidos para el procedimiento de evaluación y decisión, y la ausencia de alternativas de regulación y control de las nuevas sustancias evaluadas, distintas a las penales. Por ello, el funcionamiento de la Decisión 2005/387/JAI ha sido objeto de un prolongado y minucioso proceso de revisión por parte de la Comisión Europea, en colaboración con los Estados Miembros.

A la fecha de cierre de la edición de este informe la nueva normativa de referencia acaba de ser adoptada por el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea el 15 de noviembre de 2017 y publicada en el *Diario Oficial de la Unión Europea* el 21 de noviembre de 2017.

La nueva normativa consiste en:

- Reglamento (UE) 2017/2101 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 1920/2006 en lo relativo al intercambio de información, al sistema de alerta rápida y al procedimiento de evaluación del riesgo de las nuevas sustancias psicotrópicas. Este Reglamento entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el *Diario Oficial de la Unión Europea* y se aplicará a partir del 23 de noviembre de 2018.

http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2017.305.01.0001.01.SPA&toc=OJ:L:2017:305:TOC

- Directiva (UE) 2017/2103 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de noviembre de 2017 por la que se modifica la Decisión marco 2004/757/JAI del Consejo para incluir las nuevas sustancias psicotrópicas en la definición de droga y por la que se deroga la Decisión 2005/387/JAI del Consejo. Esta Directiva entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el *Diario Oficial de la Unión Europea*.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017L2103&from=ES>

No obstante, dado lo reciente de la adopción de la nueva normativa y la necesidad de que los Estados Miembros dispongan o adapten sus disposiciones legales, reglamentarias y administrativas para dar cumplimiento a lo establecido en la nueva directiva, ésta establece que la Decisión 2005/387/JAI seguirá aplicándose a las nuevas sustancias psicotrópicas para las que se haya presentado un informe conjunto antes del 23 de noviembre de 2018.

Es por ello que el texto de este informe mantiene para los apartados de este capítulo las referencias a la Decisión 2005/387/JAI, que serán actualizadas en el Informe OEDA 2018 utilizando las referencias a la nueva normativa.

Fase 1: Intercambio de información/alerta

Cuando una nueva sustancia psicoactiva se detecta por primera vez en uno o más Estados Miembros de la UE, éstos envían la información disponible correspondiente sobre su fabricación, tráfico y uso (incluyendo información adicional sobre su posible uso médico) a la Oficina Europea de la Policía (Europol) en La Haya y al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) en Lisboa, a través de las Unidades Nacionales de Europol y de los Puntos Focales Nacionales de la Red Reitox⁷ (formada por los 28 Estados Miembros de la UE, Noruega, Comisión Europea y países candidatos) teniendo en cuenta las respectivas competencias de dichos organismos.

Europol y el EMCDDA recopilan, valoran e intercambian la información recibida y, posteriormente, se la comunican a las Unidades Nacionales de Europol y a los representantes de la Red Reitox del resto de los Estados Miembros, a la Comisión Europea y a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)⁸.

Si Europol y el EMCDDA consideran que la información notificada por los Estados Miembros sobre una nueva sustancia merece posterior estudio y análisis, esta información se presenta en forma de un informe conjunto de Europol y EMCDDA que se envía, para valoración, al Consejo de la Unión Europea, a la Comisión Europea y a la EMA.

7. REITOX. <http://www.emcdda.europa.eu/about/rtx>

8. EMA. European Medicines Agency. <http://www.ema.europa.eu/ema/>

Fase 2: Informe conjunto e informe de evaluación del riesgo

Informe conjunto⁹

Este informe, realizado por EMCDDA y Europol, debe incluir:

- Una descripción química y física de la nueva sustancia y el término o denominación por el/la que ésta es conocida.
- Frecuencia, circunstancias y/o cantidad en la que se encuentra la nueva sustancia.
- Medios y métodos de fabricación de la nueva sustancia y la implicación del crimen organizado en la fabricación y el tráfico de la misma.
- Riesgos de salud y sociales asociados con la nueva sustancia psicoactiva, incluyendo las características de los consumidores.
- Si la nueva sustancia está actualmente en evaluación o ya ha sido evaluada por el sistema de la Unión Europea.
- Si existen ya medidas de control (a nivel nacional) para la nueva sustancia psicoactiva en los diferentes Estados Miembros.
- Precursores químicos, formas y finalidad del uso establecido o esperado de la nueva sustancia y cualquier otro nuevo uso.

Por su parte, la EMA envía información a Europol y al EMCDDA, sobre si la nueva sustancia psicoactiva ha obtenido autorización de comercialización en la Unión Europea o en alguno de sus Estados Miembros, está pendiente de recibirla o si la nueva sustancia psicoactiva tuvo, en algún momento, autorización de comercialización pero fue suspendida.

Informe de evaluación del riesgo¹⁰

Basándose en el informe conjunto de Europol y EMCDDA, el Consejo de la Unión Europea, actuando a petición de la mayoría de sus miembros, puede solicitar un informe de evaluación del riesgo tanto social como para la salud, causado por la fabricación, el uso, o el tráfico de una nueva sustancia psicoactiva, y la implicación del crimen organizado y posibles consecuencias del establecimiento de medidas de control sobre la nueva sustancia valorada.

Para la realización de este informe, el EMCDDA convoca una o varias reuniones especiales de su Comité Científico que, además de contar con sus miembros habituales, puede solicitar la participación adicional de cinco expertos de los Estados Miembros cuya contribución resulte necesaria para realizar una adecuada evaluación de los posibles riesgos de una sustancia en concreto. La Comisión Europea, Europol y la EMA pueden participar también en estas reuniones.

La evaluación del riesgo tiene en cuenta todos los aspectos que, de acuerdo con la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, garanticen la ubicación de una sustancia bajo control internacional. El EMCDDA publica, desde 1999, directrices y guías para la evaluación del riesgo de nuevas sustancias sintéticas, que son objeto de revisión y actualización periódica.

Las actuales directrices operativas para la evaluación de los riesgos de las nuevas sustancias psicotrópicas se aplicaron por primera vez en 2010 con la mefedrona. Estas directrices proporcionan un marco adecuado para realizar una evaluación científicamente sólida y basada en datos científicos, en el momento oportuno y con unas fuentes de información relativamente limitadas debido a la escasez habitual de datos relacionados con las nuevas sustancias que son motivo de alerta. Una vez elaborado el informe de evaluación del riesgo, es enviado a la Comisión Europea y al Consejo de la Unión Europea.

Fase 3: Toma de decisión

Una vez realizado el informe de evaluación del riesgo, el Consejo de la Unión Europea puede decidir, por mayoría cualificada o actuando a requerimiento de la Comisión Europea, si someter o no la nueva sustancia psicoactiva a medidas de control¹¹ en toda la UE.

9. Informes conjuntos disponibles en <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

10. Informes de evaluación de riesgo disponibles en: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16776EN.html>

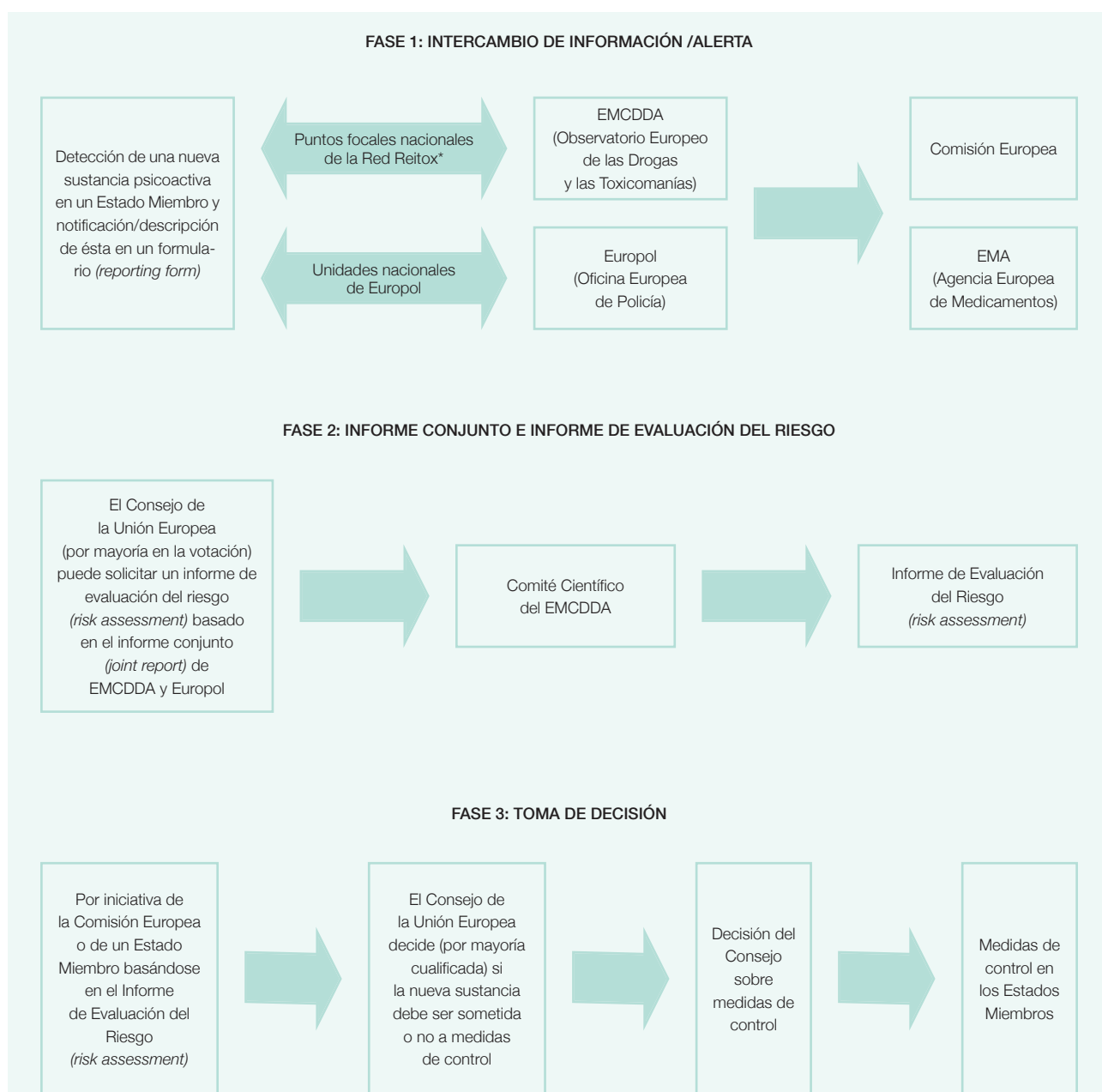
11. Decisiones de medidas de control disponibles en <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16783EN.html>

En el caso de que la Comisión Europea no considere necesario someter a la nueva sustancia a medidas de control, debe remitir un informe al Consejo de la Unión Europea explicando su punto de vista. En estos casos, uno o más Estados Miembros pueden presentar sus iniciativas al Consejo de la Unión Europea.

Si el Consejo de la Unión Europea decide someter una nueva sustancia psicoactiva a medidas de control en todo el territorio de la UE, los Estados Miembros deben realizar las acciones necesarias, de acuerdo con las leyes nacionales para que, en no más de un año a partir de la Decisión del Consejo de la Unión Europea sobre la sustancia psicotrópica en cuestión, ésta sea sometida a medidas de control.

Figura 3.1.1.

Fases de respuesta, ante una alerta, en el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, en base a la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005.



* Reitox es la red europea de información sobre la droga y las toxicomanías. Está integrada por los puntos focales nacionales de los Estados Miembros de la Unión Europea, el país candidato Turquía, Noruega y la Comisión Europea. Los puntos focales son las autoridades nacionales que, bajo la responsabilidad de sus gobiernos, facilitan información sobre drogas al EMCDDA.

FUENTE: Elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) a partir de información del EMCDDA. Operating guidelines. EMCDDA, Europol, Lisbon, October 2007. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52448EN.html>

Actividad del EWS. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa

Desde el EMCDDA se publica¹² información sobre las actividades del EWS y la situación de las nuevas sustancias psicoactivas en Europa. A continuación se resumen algunos de los datos más relevantes.

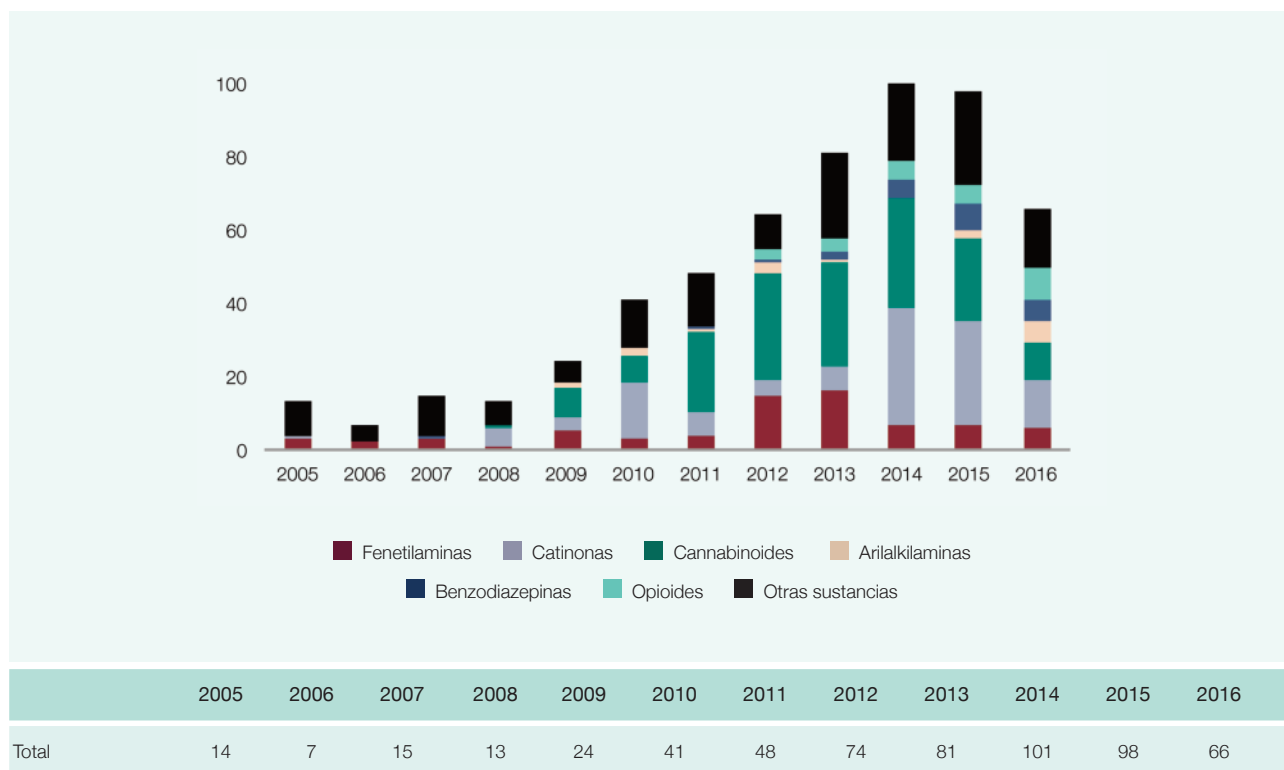
A finales de 2016 el EMCDDA monitorizaba ya más de 620 nuevas sustancias psicoactivas (468 detectadas en el periodo 2011-2016, lo que representa el 75,4% del total de sustancias monitorizadas). Durante el año 2016¹³ se han notificado al EWS de la Unión Europea un total de 66 nuevas sustancias psicoactivas: 14 catinonas, 11 cannabinoides sintéticos, 6 fenetilaminas, 9 opioides, 0 triptaminas, 6 benzodiazepinas, 3 arilalquilaminas, 6 arilciclohexilaminas, 1 piperidonas-pirrolidinas, 0 piperacinas y 10 sustancias que no pertenecen a ningún grupo de los anteriores y se incluyen en la categoría “otras sustancias” (figura 3.1.2).

El descenso observado en la cifra de nuevas sustancias notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la UE con respecto a 2015 y 2014 no significa en ningún caso una reducción del mercado de las nuevas sustancias psicoactivas, ya que las notificaciones por primera vez son tan solo una de las variables utilizadas para valorar el impacto de este fenómeno. Así, a pesar de este descenso, casi el 70% (423) de las 620 nuevas sustancias monitorizadas por el EMCDDA estuvieron presentes en el mercado en 2015.

No obstante, puede que las medidas de control adoptadas por algunos países de la UE y las adoptadas por China en relación con la producción de este tipo de sustancias en su territorio hayan influido en la reducción del número de nuevas sustancias producidas y notificadas y, probablemente también en la disminución de su disponibilidad.

Figura 3.1.2.

Número y categorías de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, 2005-2016.



FUENTE: Informe Europeo de Drogas. Tendencias y novedades. 2017. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>

12. EMCDDA. Action on new drugs: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>

13. Informe Europeo de Drogas. Tendencias y novedades. 2017. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>

Desde 2005, el EMCDDA ha lanzado alrededor de 150 alertas de salud pública relacionadas con nuevas sustancias psicoactivas (NSP).

En 2016, el EMCDDA emitió 15 alertas, en relación con diversas sustancias como el furanilfentanilo, carfentanilo, acriloilfentanilo, ocfentanilo, U-47,700, 4Cl-iBF y 4F-iBF (opioides sintéticos relacionados con intoxicaciones no fatales y muertes en la Unión Europea), diversos cannabinoides sintéticos (CUMYL-4CN-BINACA, 5F-MDMB-PINACA-también denominado 5F-ADB o MDMB(N)-2201-, MDMB-FUBINACA y MDMB-CHMICA) y algunas sustancias estimulantes (N-etil-hexedrona y PMMA), que también han sido relacionados con la aparición de efectos adversos en el territorio de la UE y otras.

Durante 2014, 2015 y 2016 se han llevado a cabo Informes de Evaluación del Riesgo para 8 sustancias¹⁴, a partir de los cuales las siguientes nuevas sustancias psicoactivas han sido sometidas a medidas de control en todo el territorio de la Unión Europea mediante Decisión del Consejo de la UE. No obstante lo anterior, los países miembros de la UE disponen de un año a partir de la publicación las respectivas Decisiones en el *Boletín Oficial de la Unión Europea (Official Journal of the European Union)* para incorporar estas medidas a su legislación nacional.

- MDMB-CHMICA [methyl 2-[[1-(cyclohexylmethyl)-1H-indole-3-carbonyl]amino]-3,3-dimethylbutanoate], cannabinoide sintético que se relacionó con 29 muertes y 45 intoxicaciones en diversos países de la UE durante 2014, 2015 y 2016 (2016).
- α -PVP (1-phenyl- 2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone), sustancia estimulante del grupo de las catinonas sintéticas que se relacionó con 115 muertes y 191 intoxicaciones en ocho países de la UE (2015).
- 25I-NBOMe, sustancia con efectos alucinógenos que se vendía como LSD (2014).
- AH-7921, opioide con propiedades similares a la morfina que se relacionó con 15 muertes en un corto espacio de tiempo (2014).
- MDPV, estimulante utilizado principalmente por vía intravenosa (2014).
- Metoxetamina, vendida como una alternativa legal a la ketamina (2014).
- 4,4'-DMAR, estimulante que comenzó a venderse como "research chemical" y que rápidamente se introdujo en pastillas de éxtasis, su consumo se relaciona con 31 defunciones (2014).
- MT-45, opioide vendido como "research chemical" y relacionado con 28 muertes en un periodo de 9 meses (2014).

Por otra parte, la presencia de nuevas sustancias psicoactivas se ve reflejada en el mercado de las drogas, que registró en 2014 un aumento del número de incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas con respecto a 2013.

En 2015, se llevaron a cabo más de 80.000 incautaciones de nuevas sustancias psicoactivas en la Unión Europea, lo que supone un notable aumento con respecto a las 50.000 realizadas en 2014. En conjunto, las incautaciones de cannabinoides sintéticos y de catinonas sintéticas representaron más del 60% del total de incautaciones¹⁵.

Canabinoides sintéticos¹⁵

El grupo de los cannabinoides sintéticos incluye el mayor número de sustancias monitorizadas por el EMCDDA. Se detectaron por primera vez en Europa a finales de 2008 y desde entonces se han notificado al EWS más de 169 nuevos cannabinoides sintéticos, 24 de ellos en 2015 y 11 en 2016. Estas sustancias son importadas en forma de polvo a granel y, posteriormente, se mezclan con material vegetal deshidratado y dan lugar a diferentes sustitutos "legales" del cannabis que se venden como mezclas para fumar.

La presencia de este grupo se ve reflejada también en la oferta de drogas: así, en 2015, los cannabinoides sintéticos registraron, aproximadamente, 22.000 incautaciones (algo menos que las 30.000 de 2014) y 2,5 toneladas incautadas en la Unión Europea (cifra superior a las 1,5 toneladas de 2014). La mayoría de la cantidad incautada lo fue en forma de mezcla de hierbas.

14. Informes de evaluación de riesgo disponibles en: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16776EN.html>

15. Informe Europeo de Drogas. Tendencias y novedades. 2017. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>

Catinonas sintéticas¹⁶

Las catinonas sintéticas ocupan el segundo lugar, en número de sustancias monitorizadas por el EMCDDA, tras los cannabinoides sintéticos. Se detectaron por primera vez en Europa a finales de 2004 y, desde entonces, se han notificado un total de 118 en la Unión Europea, 14 de ellas en 2016, lo que representa un cierto descenso con respecto a las 26 registradas en 2015.

La presencia de estas sustancias refleja la importante demanda de estimulantes en Europa, utilizándose en ocasiones como sustitutos de éxtasis, anfetaminas y cocaína, o incluso como sustitutos de otras catinonas (como la mefedrona) que se encuentran sometidas ya a medidas de control en el territorio de la UE.

En 2015 se realizaron más 25.000 incautaciones de de catinonas sintéticas en la Unión Europea (algo más de 1,8 toneladas). La mayor parte de la cantidad incautada se presenta en forma de polvo. Algunas incautaciones que merecen ser reseñadas son los 156 Kg de la 2-MMC y los 616 Kg de la 3-MMC.

16. Informe Europeo de Drogas. Tendencias y novedades. 2017. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>

3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)

Marco legal, objetivo y funcionamiento

Marco legal

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea requiere que cada país miembro de la Unión Europea cuente con un sistema nacional de intercambio de información y un sistema de recopilación de datos sobre nuevas sustancias para enviar informes al EMCDDA y Europol y así cumplir con los objetivos de la Decisión.

Puesto que no se trata de una Directiva europea (que precise transposición directa a la legislación nacional) sino de una Decisión del Consejo de la Unión Europea, el Gobierno Español no tuvo necesidad de implementar nuevas reglamentos respecto a este tema ya que cuenta con el marco legal genérico necesario para cumplir el mandato de la Decisión del Consejo de la Unión Europea.

Para instaurar el marco legal del Sistema Español de Alerta Temprana, y con el fin de proporcionar a su actividad o funcionamiento la necesaria cobertura jurídica, se han utilizado en España tanto disposiciones normativas de carácter específico, en materia de control y fiscalización estatales de sustancias estupefacientes y sustancias psicotrópicas (aprobadas tras la suscripción y ratificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, y del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, de 1971), como también disposiciones normativas de carácter genérico, en materia sanitaria o de protección de la salud pública (principalmente normas con preceptos o contenidos preventivos, incluyendo en este ámbito también las penales), que ya estaban vigentes en su gran mayoría, por lo cual no era necesario aprobar otras distintas, al entenderse que unas y otras disposiciones eran suficientes para el cumplimiento adecuado y eficaz tanto de las dos finalidades concretas al principio reseñadas como también de las finalidades propias del Sistema Español de Alerta Temprana.

La legislación específica referida está constituida por: *Ley 17/1967, de 8 de abril, de normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas; Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, prescripción y dispensación; y Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional.*

Y, entre la legislación genérica, cabe destacar: *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública; la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública; Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias; Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Capítulo III. De los delitos contra la Salud Pública, artículo 359 y siguientes; y Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.*

Conviene poner de relieve que la iniciativa o la política legislativa, la regulación reglamentaria y la competencia ejecutiva (concesión de autorizaciones administrativas, el ejercicio de la potestad inspectora, el ejercicio de la potestad administrativa sancionadora, etc.) específicamente en materia de control y fiscalización estatales de sustancias estupefacientes y psicotrópicas están atribuidas en España al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (a través de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, adscrita al mismo), aunque otros Departamentos ministeriales (como ocurre con el Ministerio de Justicia o con el Ministerio del Interior) también puedan promover o llevar a cabo, en el ámbito propio de sus respectivas competencias (por ejemplo, en el ámbito de la legislación penal o en el de la protección de la seguridad ciudadana), medidas o iniciativas (incluyendo las legislativas) que pueden afectar, o que afectan, a la regulación nacional, en su conjunto, de las sustancias antes indicadas.

Por ello, de acuerdo con sus propias competencias antes señaladas, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (en la actualidad Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) impulsó, en su momento, la aprobación por el Gobierno del *Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, por el que se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional, en consonancia con la Ley 17/1967, de 8 de abril*. El objeto de este Real Decreto era el de establecer un procedimiento lo más ágil posible, mediante el cual una nueva sustancia natural o sintética, aunque no estuviera incluida en las listas I y II de las anexas al Convenio Único de 1961 de las Naciones Unidas o que no hubiera adquirido tal consideración en el ámbito internacional, pudiera, sin embargo, ser considerada, desde el punto de vista legal y a todos los efectos (inclusive los penales) en territorio español, como “estupefaciente”; así como, consecuentemente, el sometimiento de estas sustancias a las medidas de fiscalización aplicables a todos los estupefacientes y a las normas penales que castigan su tráfico o contrabando ilegales.

Objetivo

El objetivo general del SEAT es desarrollar y mantener un sistema rápido de alerta temprana para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias, o de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública.

La información resultante de este sistema debe aportar evidencias que sean de utilidad a diferentes niveles (usuarios de drogas, profesionales en el ámbito de drogas, procesos de fiscalización/judiciales, etc.).

El SEAT es responsable de coordinar las acciones en este terreno a nivel nacional y, a su vez, es el interlocutor con el resto de los organismos responsables de los sistemas de alerta temprana a nivel internacional. Su funcionamiento permite cumplir con la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea que requiere que cada país miembro de la Unión Europea cuente con un sistema nacional de intercambio de información y un sistema de recopilación de datos sobre nuevas sustancias para enviar informes al EMCDDA y Europol.

De manera concreta, se pueden identificar dos funciones:

- Identificar las “nuevas sustancias” (incluyendo precursores) que circulan por el territorio nacional (conocer el mercado de las drogas) y difundir información clara y veraz entre los actores implicados.

Se entiende por “nuevas sustancias”, sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas controladas.

- Detectar y difundir la información relativa a las consecuencias mortales y no mortales, secundarias al uso y abuso de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública. Estas pueden ser debidas al uso de nuevas sustancias, pero también por nuevas combinaciones de sustancias psicoactivas, cambio en la vía de administración, contaminación por agentes infecciosos, adulteración, etc.

Funcionamiento

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), perteneciente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es la responsable del correcto funcionamiento del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y del cumplimiento de lo establecido por la Decisión del Consejo de la Unión Europea (2005/387/JAI) en lo que

se refiere a los Estados Miembros, siendo el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones el responsable de la coordinación del SEAT.

La DGPNSD notifica al EWS desde la creación del mismo, como parte de las actividades de notificación al EMCDDA y a partir, fundamentalmente, de la información procedente del Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), del Ministerio del Interior. El incremento de alertas y de aparición de “nuevas drogas” hace preciso que cada vez se impliquen más actores y crear una unidad con entidad propia, por lo que el 28 de marzo de 2012 fue constituido el SEAT.

El SEAT se configura como una red virtual, en la que todos sus componentes se encuentran interconectados (figura 3.2.1). La red se activa en caso de alerta, independientemente de la procedencia de ésta y da lugar a un intercambio bidireccional de información entre sus miembros, que notifican la presencia o ausencia de datos relacionados con la alerta comunicada en sus respectivos ámbitos de actuación. Posteriormente, la información recopilada es analizada por la DGPNSD (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones), elaborando un informe final que es reenviado a todos los componentes de la red, indicando las fuentes exactas de la información recopilada, si la alerta se considera finalizada o no y el procedimiento a seguir (vigilancia, puesta en marcha de medidas de respuesta o control, etc.). No obstante, es posible convocar reuniones presenciales de los componentes cuando se considere oportuno o la situación lo requiera.

La red del SEAT tiene cobertura estatal y trabaja a dos niveles: a nivel nacional, fundamentalmente a través de la Administración General del Estado, y a nivel autonómico. Además, el SEAT mantiene relaciones con instituciones europeas. Esta red incluye también otras entidades entre las que destacan las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) cuyas aportaciones resultan claves por desarrollar su labor en proximidad a los usuarios.

A continuación se describe brevemente el papel de cada uno de estos niveles.

Administración General del Estado (AGE)

- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)**, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) es el punto nodal de la Red, junto con el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO).

El OEDA centraliza la recogida, análisis y difusión de la información. Entre sus actividades se incluyen la elaboración y divulgación de boletines periódicos a toda la red SEAT con información sobre la detección de nuevas sustancias psicoactivas en España y en Europa, así como la difusión de alertas en la página web de la DGPNSD¹⁷.

El OEDA es el interlocutor con el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS) a través del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), notificando las nuevas sustancias psicoactivas detectadas en España así como eventos relacionados con el uso de las mismas.

- **Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO)**, del Ministerio del Interior. Junto con el OEDA (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones), es el punto nodal de la red del Sistema Español de Alerta Temprana.

El Área de Análisis y Estadísticas es responsable de recabar la información relacionada con la incautación y la detección de nuevas sustancias psicoactivas que son analizadas por los diferentes laboratorios oficiales, teniendo una implicación activa en el seguimiento del fenómeno. El Área de Precursores es responsable de facilitar información relacionada con los precursores de drogas, es decir, con las sustancias químicas que se desvían de su curso legal y se utilizan para la elaboración de distintos tipos de drogas.

El CITCO es el interlocutor con la Oficina Europea de la Policía (Europol).

- **Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF)**: es un órgano adscrito al Ministerio de Justicia, que une a su misión específica de auxiliar a la Administración de Justicia, la de informar a la Administración Pú-

17. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/home.htm>

blica en general y difundir los conocimientos en materia de Ciencias Forenses. Dentro de los Servicios de Química y Drogas, se contemplan dos áreas de trabajo diferenciadas, muestras biológicas (análisis de muestras procedentes de autopsias judiciales e individuos vivos) y muestras no biológicas (investigación de drogas tóxicas, estupefacientes y psicotropos, procedentes de la incautación de sustancias que son objeto de sanción como consecuencia de los delitos contra la Salud Pública (artículo 367 ter.1 Ley de Enjuiciamiento Criminal y artículo 374.1. 1ª Código Penal).

- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)**, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es responsable de la recogida y notificación de incidencias relacionadas con el uso/abuso de medicamentos y productos sanitarios para uso humano, y es el interlocutor con la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Notifica al CITCO información relativa a los análisis de drogas decomisadas que lleva a cabo en sus laboratorios.
- **Centro del Control de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES)**, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es responsable de centralizar las alertas y emergencias que surgen en el ámbito general de la Salud Pública.
- **Plan Nacional sobre el Sida (PNS)**, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Es responsable de la recogida, análisis y notificación de los datos relacionados con los consumidores de drogas con riesgo de contraer infección por VIH/sida o infección actual y, en especial, del grupo de consumidores de drogas por vía parenteral.
- **Centro Nacional de Epidemiología (CNE)**, del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. Es responsable de la investigación epidemiológica de problemas emergentes, la realización de evaluaciones de riesgo de situaciones epidémicas y otros riesgos para la salud, con potencial de difusión en la comunidad y de actividades relacionadas con la información sanitaria y las intervenciones en el ámbito de la Salud Pública.
- **Servicios de Aduanas e Impuestos Especiales (AAII)**, del Ministerio de Hacienda y Función Pública, son responsables del registro y notificación de las incautaciones realizadas en el marco de su ámbito competencial, así como de los resultados de análisis realizados en sus laboratorios.
- **Instituto de Toxicología de la Defensa (ITOXDEF)**, creado por Orden Ministerial 28/2011. Es el órgano técnico superior en el ámbito toxicológico de las Fuerzas Armadas. Es responsable de la realización de los análisis correspondientes a los problemas de salud en su ámbito de actuación, bien sean detectados por éste, por otras unidades militares pertenecientes a las Fuerzas Armadas o por otros organismos civiles que lo requieran. El ITOXDEF cuenta con el laboratorio de referencia de drogas de las Fuerzas Armadas, en el que se realizan los análisis de drogas de abuso tóxicas, estupefacientes y psicotropos en muestras biológicas al personal militar así como la investigación de drogas en muestras no biológicas procedentes de incautaciones.

Unidades Autonómicas y Locales

- **Planes Autonómicos de Drogas** que, dirigidos por los Comisionados de Drogas de las respectivas Comunidades y Ciudades Autónomas, son responsables de la centralización y la diseminación de la información relativa al SEAT, recibida desde la DGPNSD o desde cualquier otro punto de la red.

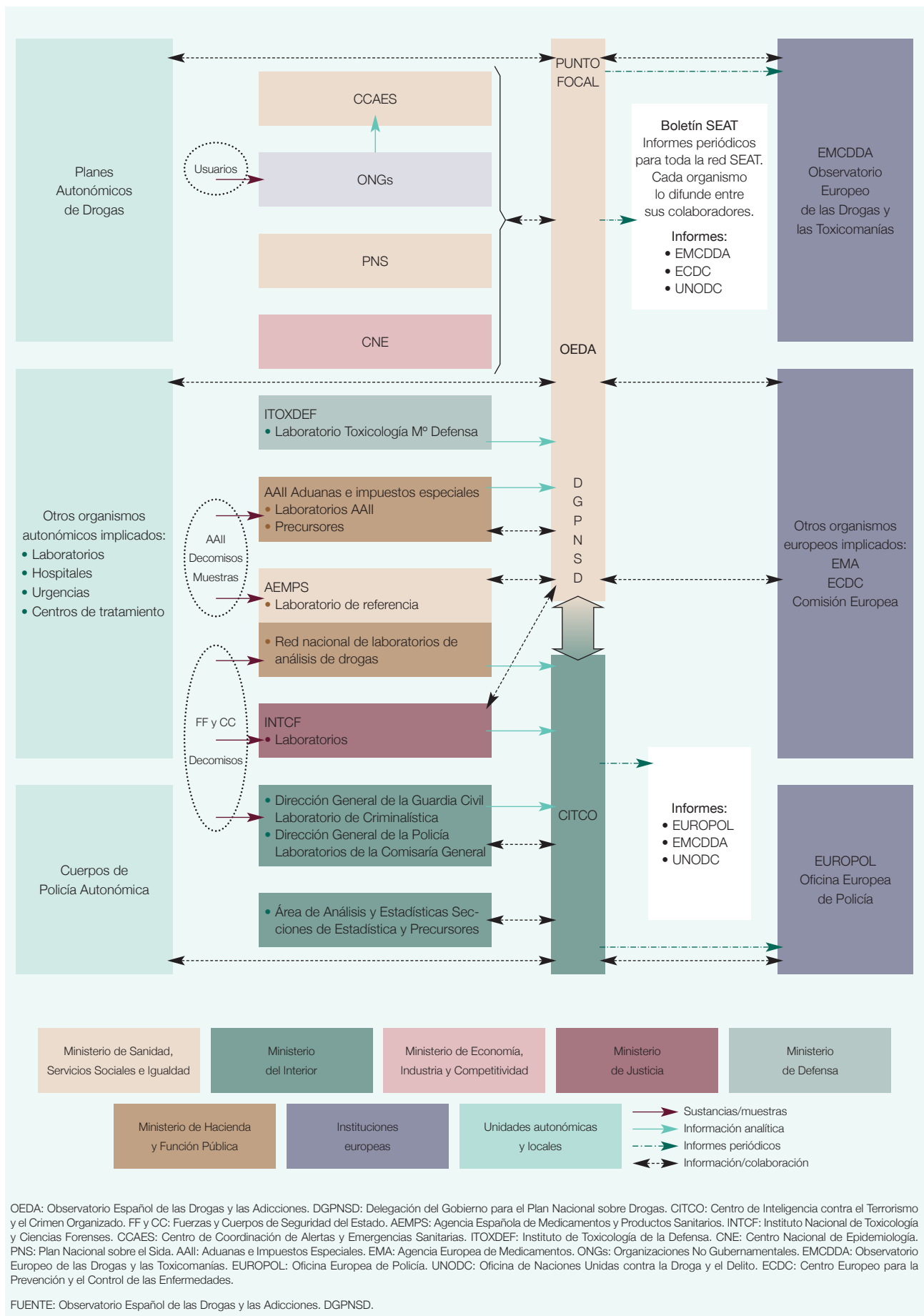
Asimismo, se encargan de la recogida de los datos e incidencias de los dispositivos sanitarios y sociales relacionados con el consumo de drogas y las drogodependencias (indicadores de problemas asociados al consumo de drogas: admisión a tratamiento por consumo de drogas, urgencias relacionadas con el consumo, mortalidad relacionada con el consumo de drogas, etc.) y su notificación a la DGPNSD.

Existen numerosos municipios en el territorio nacional que cuentan con políticas y recursos asistenciales y sociales propios en materia de drogodependencias. En estos casos, la notificación se realiza a los Planes Autonómicos correspondientes y, desde éstos, a la DGPNSD.

- **Cuerpos de Policía Autonómica** en algunas Comunidades Autónomas, que desarrollan su labor en estrecha colaboración con el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil.
- **Laboratorios de las Comunidades/Ciudades Autónomas.** En algunos casos los análisis de las drogas se hacen en laboratorios dependientes de las Comunidades/Ciudades Autónomas. Los resultados son finalmente notificados al OEDA.

Figura 3.2.1.

Esquema del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT).



Organizaciones No Gubernamentales y otras entidades

La DGPNSD promueve el desarrollo de numerosos programas de prevención, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de las drogodependencias, que son implementados por organizaciones no gubernamentales (ONGs), institutos de investigación y otras entidades y que forman parte activa del SEAT, notificando a la DGPNSD todas aquellas incidencias que resulten de interés (modificaciones de los patrones de consumo, identificación de nuevas sustancias, resultados de los tests de composición y pureza de las sustancias a consumir por los usuarios, adulteraciones, etc.). Estas entidades pueden operar a nivel nacional o autonómico.

Entre las ONGs que participan más activamente en el SEAT y cuya colaboración y contribuciones han resultado de mayor relevancia para impulsar y fortalecer la red virtual del SEAT se encuentran Energy Control¹⁸, Ai Laket¹⁹ y Cruz Roja Española²⁰.

Organismos internacionales

Si bien, estrictamente, los organismos internacionales no forman parte del SEAT, es importante que estén presentes en el esquema general dada la relación que mantienen con éste.

La comunicación con el EMCDDA se realiza a través de la DGPNSD (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones). Por su parte, el CITCO mantiene un contacto estrecho con Europol, y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios está en conexión permanente con la Agencia Europea del Medicamento.

Actividad del SEAT. Situación de las nuevas sustancias psicoactivas en España

Las nuevas sustancias psicoactivas suponen un reto para la salud pública²¹. En 2016, el SEAT ha notificado al EMCDDA información relativa a 43 nuevas sustancias psicoactivas detectadas en España. De ellas, 5 pertenecían al grupo de los cannabinoides sintéticos, 18 al grupo de las catinonas, 2 al grupo de las fenetilaminas, 2 al de las arilalquilaminas, 3 al de las arilciclohexilaminas, 3 al de las benzodiazepinas, 3 al de las piperidinas y pirrolidinas, 2 al de las indolalquilaminas (triptaminas), 1 al de plantas y extractos, 2 al de los opioides sintéticos, 2 al grupo de otros y 0 a los grupos de aminoindanos y al de piperazinas y derivados.

Tabla 3.2.1.

Esquema de actividad del Sistema Español de Alerta Temprana, 2013-2016.

	2013	2014	2015	2016
NSP detectadas en España por primera vez y notificadas al EWS-UE	18	17	35	43
NSP detectadas en la Unión Europea + Noruega +Turquía por primera vez y comunicadas al SEAT	81	101	98	66
NSP detectadas en España y en Europa por primera vez	2	3*	3**	3***
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el EWS-UE (intoxicaciones no fatales, muertes u otras) y comunicadas al SEAT	–	16	17	15
Alertas relacionadas con NSP emitidas por el SEAT (intoxicaciones no fatales, muertes u otras) y comunicadas al EWS-UE y al SEAT	–	2	6	1

Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España y en Europa y notificadas por el Punto Focal Español al Sistema de Alerta Temprana de la UE:

* 4 metil-N,N-dimetilcatinona, 2-cloro-4,5-MDMA y precursor de Alparazolam.

** 4F-Etcatinona, Etilnaftidato y 25C-NBF

*** 2-fluoro-descloroketamina, Tiletamina y MDA-19

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

18. Energy Control: <http://energycontrol.org/>

19. Ai Laket: <http://www.aialaket.com/>

20. Cruz Roja Española: <http://www.cruzroja.es/principal/web/cruz-roja/>

21. Las nuevas sustancias psicoactivas. Un reto para la salud pública. El Sistema Español de Alerta Temprana. http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Nuevas_sustancias_espanol.pdf

Todas estas sustancias han sido analizadas en laboratorios de referencia y con capacidad analítica para la identificación de este tipo de sustancias, que proceden, bien de decomisos realizados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y por los Servicios de Vigilancia Aduanera, bien de muestras aportadas por consumidores en entornos de ocio públicos o privados.

Tabla 3.2.2.

Sustancias detectadas por primera vez en España y notificadas al EWS-UE.

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
DOI	1-(2,5-dimethoxy-4-iodophenyl)-propan-2-amine	Fenetilaminas	20-01-2014
DOC	1-(4-chloro-2,5-dimethoxy-phenyl)propan-2-amine	Fenetilaminas	20-01-2014
5-EAPB	1-(1-benzofuran-5-yl)-N-ethylpropan-2-amine	Arilalquilaminas	21-01-2014
Alfa-PVP α -Pyrrolidinovalerophenone α pyrrolidinopentiophenone	1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone	Catinonas	07-02-2014
Metoxetamina	Metoxetamina	Ariciclohexilaminas	07-02-2014
Precursor de Alprazolam*	Benzodiazepinas	Benzodiazepinas	31-03-2014
AM-2233	(1-[(N-methylpiperidin-2-yl)methyl]-3-(2-iodobenzoyl)indole)	Cannabinoides sintéticos	01-09-2014
N-Ethyl-ketamine	2-(2-chlorophenyl)-N-(ethylamino)cyclohexanone	Ariciclohexilaminas	03-09-2014
4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride*	(4 methyl-N, N-dimethylcathinone hydrochloride)	Catinonas	12-09-2014
Allylescaline	4-Allyloxy-3,5-dimethoxyphenethylamine	Fenetilaminas	03-10-2014
Etilona: (RS)-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)- 2-(ethylamino) propan-1-one	2-ethylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl) propan-1-one	Catinonas	03-10-2014
6-MAPB	1-(benzofuran-6-yl)-N-methylpropan-2-amine o 6-(2-metilaminopropano) benzofurano y 6-desoxi-MDMA	Arilalquilaminas	10-10-2014
Diphenidine	(\pm)-1-(1,2-Diphenylethyl)piperidine	Otros	17-11-2014
2 PEA	(2-phenethylamine)	Fenetilaminas	29-12-2014
Pentedrone	1-phenyl-2-(methylamino)pentan-1-one	Catinona	29-12-2014
2-chloro-4,5-MDMA*	2-chloro-4,5-MDMA	Fenetilaminas	29-12-2014
25N-NBOMe	2-(2,5-dimetoxi-4-nitrofenil)-N-(2-metoxibenzil) etanamina	Fenetilaminas	30-12-2014
PMMA	1-(4-Methoxyphenyl)-N-methyl-propan-2-amine o para-Methoxy-N-methylamphetamine o methyl-MA o 4-methoxy-N-methylamphetamine	Fenetilaminas	26-01-2015
4-F Ethcathinone**	2-(Ethylamino)-1-(4-fluorophenyl)propan-1-one)	Catinonas	02-02-2015
Kava Kava	Piper methysticum	Plantas y extractos	04-02-2015
2-Meo-diphenidine	1-(1-(2-methoxyphenyl)-2-phenyletyl)	Otros	04-02-2015
3-MMC	3-methylmethcathinone	Catinonas	19-02-2015
MDPBP	(RS)-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)-1-butanone o 3,4-methylenedioxy- α -pyrrolidinobutyrophenone)	Catinonas	23-03-2015
4-BMC	RS)-1-(4-bromophenyl)-2-methylaminopropan-1-one o 4-Bromomethcathinone o Bephedrone	Catinonas	23-03-2015

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
4-CMC	4-chloromethcathinone 1-(4-chlorophenyl)-2-(Methylamino)propan-1-one (hydrochloride) o Clephedrone	Catinonas	23-03-2015
6-APB	6-(2-aminopropyl) benzofuran	Arilalquilaminas	24-03-2015
Deschloroketamine	2-(methylamino)-2-phenyl-cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	08-04-2015
AB-CHMINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	16-04-2015
4-HO-MET	3-(2-(ethyl(methyl)amino)ethyl)-1H-indol-4-ol	Triptaminas (Indolalquilaminas)	16-04-2015
5-Meo-MIPT	N-[2-(5-methoxy-1H-indol-3-yl)ethyl]-N-methylpropan-2-amine	Triptaminas (Indolalquilaminas)	16-04-2015
4-EEC	1-(4-ethylphenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one (hydrochloride) o 4-ethylethcathinone	Catinonas	07-05-2015
2-MMC	1-(2-methylphenyl)-2-(methylamino)propan-1-one (hydrochloride) o 2-methylmethcathinone	Catinonas	07-05-2015
NM2AI	(N-methyl-2-aminoindane): 2,3-dihydro-N-methyl-1H-inden-2-amine	Aminoindanos	08-05-2015
TMA-6	(Trimethoxyamphetamine): 2,4,6-trimethoxyamphetamine	Fenetilaminas	08-05-2015
MPA-Methiopropamine	1-(thiophen-2-yl)-2-methylaminopropane (hydrochloride) o MPA, 2-thienomethamphetamine, methiopropamine,	Arirquilaminas	08-05-2015
EthylNaphtydate**	(Ethyl 2-(naphthalen-2-yl)-2-(piperidin-2-yl)acetate (hydrochloride) o EthylNaphtydate	Piperidinas/Pirrolidinas	03-06-2015
α -PVT	α -Pyrrolidinopentiothiophenone o α -PVT	Arilalquilaminas	29-06-2015
5-MAPB	1-(benzofuran-5-yl)-N-methylpropan-2-amine o 5-MAPB	Arilalquilaminas	29-06-2015
MDAI	6,7-dihydro-5H-cyclopenta(f)(1,3)benzodioxol-6-amine o 5,6-Methylenedioxy-2-aminoindane	Aminoindanos	29-06-2015
MDMB-CHMICA	(Methyl-2-(1-(cyclohexylmethyl)-1H-indole-3-yl)carboxylamine)-3,3-dimethylbutanoate)	Cannabinoides	16-07-2015
2,3 XP	1-(2,3-dichlorophenyl)piperazine o Dimethylalanine	Piperazinas y derivados	04-08-2015
AB-Pinaca	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-pentyl-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	03-09-2015
3F-Phenmetrazine (Legal highs labelled "CHING")	2-(3-fluorophenyl)-3-methylmorpholine	Otros	03-09-2015
Ocfentanyll	N-(2-fluorophenyl)-2-methoxy-N-[1-(2-phenylethyl)piperidin-4-yl]acetamide	Opioides	02-10-2015
Ephenidine	(N-ethyl-1,2-diphenylethylamine o NEDPA)	Otros	05-10-2015
25I-NBF	2-(4-iodo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-fluorophenyl)methyl]ethanamine	Fenetilaminas	06-10-2015
25C-NBF**	4-chloro-N-[(2-fluorophenyl)methyl]-2,5-dimethoxybenzeneethanamine	Fenetilaminas	06-10-2015
3-Meo-PCP	1-[1-(3-methoxyphenyl)cyclohexyl]-piperidine o 3-Methoxyphencyclidine	Arilciclohexilaminas	30-10-2015

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
Arecolina (Nuez de Betel)	N- Methyl-1,2,5,6-tetrahydropyridine-3-carboxylic acid, methyl ester	Plantas y extractos	30-10-2015
3,4-CTMP	Methyl-2-(3,4-dichlorophenyl)-2-[piperidin-2-yl] acetate o 3,4-dichloromethylphenidate	Piperidinas/Pirrolidinas	30-10-2015
4-AcO-DMT	4-acetoxy-N,N-dimethyltryptamine (maleate) o 4-AcO-DMT (maleate) o O-Acetylpsilocin (maleate);	Triptaminas (Indolalquilaminas)	07-12-2015
TH-PVP	2-(pyrrolidin-1-yl)-1-(5,6,7,8-tetrahydronaphthalen-2-yl)pentan-1-one	Catinonas	07-12-2015
4'-cloro- α -PPP	1-(4-chlorophenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)propan-1-one	Catinonas	25-01-2016
U-47700	3,4-dichloro-N-[2-(dimethylamino)cyclohexyl]-N-methylbenzamide)	Opioides	25-01-2016
EG-018	(naphthalen-1-yl(9-pentyl-9H-carbazol-3-yl)methanone)	Cannabinoides	03-02-2016
5-BDPi	(1-(2,3-dihidro-1H-inden-5-il)-2-(pirrolidin-1-il)hexan-1-ona)	Catinonas	07-03-2016
Khat	Catha edulis	Catinonas	07-03-2016
4MeTMP	4metil metilfenidato	Piperidinas/Pirrolidinas	07-03-2016
Dibutilona	(2-dimetilamino-1-(3,4-metilenedioxiifenil)butan-1-ona	Catinonas	11-03-2016
Tiletamina***	2-etilamino-2-(2-tienil) clclohexanona	Ariciclohexilaminas	11-03-2016
6-EAPB	1-(benzofuran-6-yl)-N-ethylpropan-2-amine	Arialquilaminas	18-03-2016
4-MeO PV9	1-(4-methoxyphenyl)-2-(pyrrolidin-1-yl)octan-1-one, monohydrochloride	Catinonas	29-03-2016
1p-LSD	(N,N-diethyl-7-methyl-4-propanoyl-6,6a,8,9-tetrahydroindolo [4,3-fg]quinoline-9-carboxamide)	Otros	29-03-2016
BK-2CB	2-amino-1-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)ethan-1-one	Catinonas	29-03-2016
N-etil hexedrona	2-etilamino-1-fenilhexan-1-ona	Catinonas	27-05-2016
2-CB-FLY	2-(8-bromo-2,3,6,7-tetrahydrofuro[2,3-f][1]benzofuran-4-yl)ethanamine	Arialquilaminas	06-07-2016
Flubromazolam	8-bromo-6-(2-fluorophenyl)-1-methyl-4H-[1,2,4]triazolo-[4,3a][1,4] benzodiazepine	Benzodiazepinas	06-07-2016
Diclacepam	7-chloro-5-(2-chlorophenyl)-1-methyl-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06-07-2016
Flubromazepam	7-bromo-5-(2-fluorophenyl)-1,3-dihidro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one	Benzodiazepinas	06-07-2016
2C-C	(4-chloro-2,5-dimethoxyphenethylamine)	Fenetilaminas	15-07-2016
ETH-LAD	(6aR,9R)-N,N-diethyl-7-ethyl-4,6,6a,7,8,9-hexahidroindolo-[4,3-fg]quinoline-9-carboxamide	Triptaminas (Indolalquilaminas)	15-07-2016
4-metil N-etil-norpedrona	2-(ethylamino)-1-(4-methylphenyl)pentan-1-one	Catinonas	15-07-2016
ADB-CHMINACA	(N-[1-(aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-(ciclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide o MAB-CHMINACA)	Cannabinoides	21-07-2016
Mexedrona	(3-methoxy-2-(methylamino)-1-(4-methylphenyl)propan-1-one (hydrochloride))	Catinonas	21-07-2016
4-Cloro-alfa-PVP	(4-chloro-alpha-pyrrolidinovalerophenone (hydrochloride))	Catinonas	21-07-2016
N-etil-norpedrona	(2-(ethylamino)-1-phenyl-pentan-1-one) o también llamada alfa-etilaminopentiofenona	Catinonas	21-07-2016
4-CEC	1-(4-chlorophenyl)-2-(ethylamino)propan-1-one 4-chloro-N-ethylcathinone, 1-p-chlorophenyl-2-ethylamino-propanone 4-chloroethcathinone	Catinonas	28-07-2016

Tabla 3.2.2. (continuación)

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas al que pertenece (clasificación EMCDDA)	Fecha de notificación
4-EMC (4-Etilmetcatinona)	(RS)-2-metilamino-1-(4-etilfenil)propano-1-ona	Catinonas	13-09-2016
Mebroqualona	3-(2-bromofenil)-2-metilquinazolin-4(3H)-ona	Otros	19-09-2016
4-Fluoro-etil-fenidato	ethyl 2-(4-fluorofenil)-2-(piperidin-2-yl)acetate	Piperidinas/Pirrolidinas	19-09-2016
BK-EBDP Efilona	1-(2H-1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(etilamino)pentan-1-ona	Catinonas	19-09-2016
2-FK***			
2-Fluoro-descloroketamina	2-(2-Fluorofenil)-2-metilamino-ciclohexanona	Arlciclohexilaminas	19-09-2016
4-Fluoro-metil-fenidato	methyl 2-(4-fluorofenil)-2-(2-piperidyl)acetate	Piperidinas/Pirrolidinas	28-09-2016
3-CMC (3-Clorometcatinona)	1-(3-clorofenil)-2-(metilamino)-1-propanona	Catinonas	29-09-2016
3-MeO-PCE	N-Etil-1-(3-metoxifenil)ciclohexan-1-amina	Arlciclohexilaminas	30-09-2016
3-Metilecatinona	(3-MEC) (2-(Etilamino)-1-(3-metilfenil)propan-1-ona)	Catinonas	30-09-2016
4-Metil pentedrona	(2-(metilamino)-1-(p-tolil)pentan-1-ona)	Catinonas	30-09-2016
5-DBFPV	1-(2,3-dihidrobencofuran-5-yl)-2-(pirrolidin-1-yl)pentan-1-ona	Catinonas	05-10-2016
Furanilfentanilo	N-fenil-N-[1-(2-feniletil)piriperidin-4-yl]-furan-2-carboxamida	Opioides	10-10-2016
Kratom	Mitragyna speciosa	Plantas y extractos	07-12-2016
CUMYL-4CN-BINACA o SGT-78	1-(4-cianobutil)-N-(1-metil-1-fenil-etil)indazole-3-carboxamida	Cannaboides	07-12-2016
25I-NBOH	2-[[2-(4-iodo-2,5-dimetoxi-fenil) etilamino] metil]fenol	Fenetilaminas	09-12-2016
MET	(N-metil-N-etiltryptamina)	Triptaminas (Indolalquilaminas)	09-12-2016
MDA-19***	N-[(Z)-(1-hexil-2-oxoindol-3-ylidene)amino]benzamida	Cannabinoideos	29-12-2016
5F-MDMB-PINACA / 5F-ADB	methyl-[2-(1-(5-fluoropentil)-1H-indazole-3-carboxamido)-3,3-dimetilbutanoate]	Cannabinoideos	01-12-2016

* Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2014 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

** Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2015 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

*** Nuevas sustancias psicoactivas detectadas por primera vez en España en 2016 y que lo fueron también por primera vez en la Unión Europea.

FUENTE: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. DGPNSD.

En 2014, las nuevas sustancias psicoactivas 4-MA o 4-metilamfetamina y 5-IT o 5-(2-aminopropil) indol fueron sometidas a medidas de control en España, mediante:

- Orden SSI/1478/2014, de 1 de agosto, por la que se incluye la sustancia 4-metilamfetamina en la lista I del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrpicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8521
- Orden SSI/806/2014, de 8 de mayo, por la que se incluye la sustancia 5-(2-aminopropil)indol (5-IT) en el anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrpicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación y por la que se transfiere el ácido gamma-hidroxi-butírico (GHB) de la lista IV a la lista II del anexo I del citado Real Decreto: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5265. Además, en esta misma orden, el GHB fue transferido de la lista IV a la lista II del anexo I del citado Real Decreto.

En 2015, las nuevas sustancias psicoactivas 25I-NBOMe, MDPV y Metoxetamina fueron sometidas a medidas de control en España, mediante:

- Orden SSI/1091/2015, de 2 de junio (Artículo 1), por la que se incluye la sustancia 4-yodo-2,5-dimetoxi-N-(2-metoxibencil) fenetilamina (25I-NBOMe) en la lista I del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación:
<https://www.boe.es/boe/dias/2015/06/12/pdfs/BOE-A-2015-6496.pdf>
- Orden SSI/1091/2015, de 2 de junio (Artículo 2), por la que se incluyen las sustancias 3,4-metilendioxirovalerona (MDPV) y 2-(3-metoxifenil)-2-(etilamino)ciclohexanona (metoxetamina) en la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación:
<https://www.boe.es/boe/dias/2015/06/12/pdfs/BOE-A-2015-6496.pdf>

Además, la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 58º periodo de sesiones adoptó, entre otras, la Decisión 58/3 de 13 de marzo de 2015, en virtud de la cual la Comisión decidió incluir la sustancia AH-7921 en la Lista I de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972. En cumplimiento de los compromisos adquiridos por España tras su adhesión a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes de las Naciones Unidas, a la sustancia AH-7921 le serán de aplicación las medidas de control y sanciones penales que le corresponden a las sustancias estupefacientes incluidas en la lista I de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.

En 2016, las nuevas sustancias psicoactivas 25B-NBOMe, 2C-B-NBOMe, 25C-NBOMe, 2C-C-NBOMe) Metilona, beta-ceto-MDMA JWH-018 AM-2201 fueron sometidas a medidas de control en España, mediante:

- Orden SSI/748/2016, de 11 de mayo, por la que se incluye la sustancia 2-(4-bromo-2,5-dimetoxifenilo)-n-[(2-metoxifenil)metil] etanamina (25B-NBOMe o 2C-B-NBOMe) y la sustancia 2-(4-cloro-2,5-dimetoxifenilo)-n-[(2-metoxifenilo) metil] etanamina (25C-NBOMe o 2C-C-NBOMe) en la lista I del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.
- Orden SSI/748/2016, de 11 de mayo, por la que se incluyen las sustancias naftalen-1-ilo(1-pentilo-1h-indol-3-ilo) metanona (JWH-018), la sustancia 1-(5-fluoropentilo)-1h-indol-3-ilo-naftaleno-1-ilmetanona (AM-2201) y la sustancia (R,S)-1-(1,3-benzodioxol-5-ilo)-2-(metilamino)propano-1-ona (Metilona o beta-ceto-MDMA), en la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.

Además, también mediante la Orden SSI/748/2016, de 11 de mayo, la sustancia 1-bencilpiperazina (BZP) fue transferida de la lista IV a la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación.

La Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas, en su 59º periodo de sesiones adoptó, entre otras, las Decisiones 59/4 y 59/5, ambas de 18 de marzo de 2016. Estas Decisiones establecen la inclusión de las sustancias α -pirrolidinovalerofenona (α -PVP) y para-metil-4-metilaminorex (4,4'-DMAR), respectivamente, en la Lista II del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas.

Además la citada Comisión adoptó, en el mismo periodo de sesiones, la Decisión 59/7 de 18 de marzo de 2016, que establece la inclusión de la sustancia Fenazepam en la Lista IV del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas.

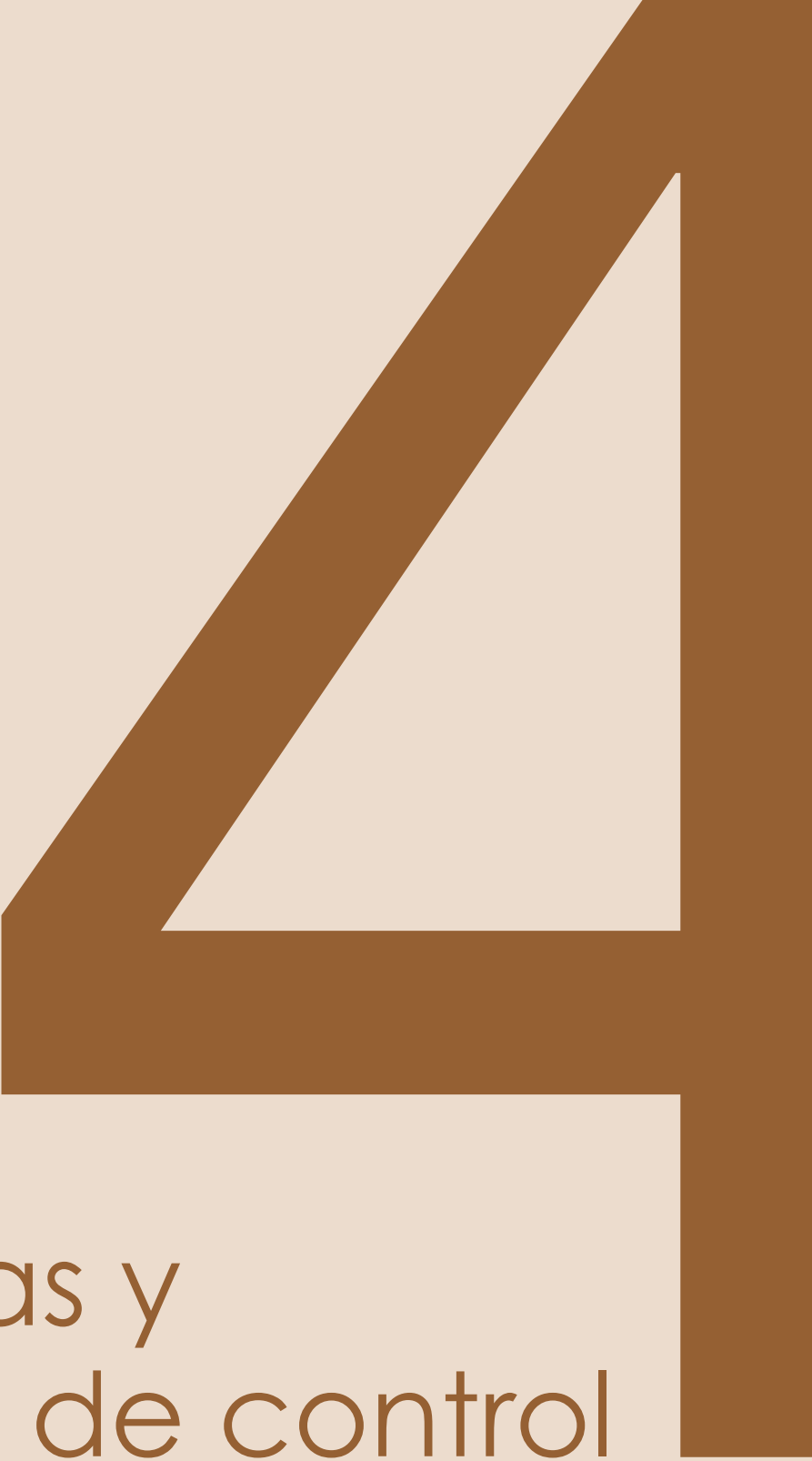
En cumplimiento de los compromisos adquiridos por España tras su adhesión al Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 de las Naciones Unidas, en 2017, las nuevas sustancias psicoactivas α -pirrolidinovalerofenona

(α -PVP), para-metil-4-metilaminorex (4,4'-DMAR) y Fenazepam han sido sometidas a medidas de control en España, mediante:

- Orden SSI/1070/2017, de 31 de octubre, por la que se incluyen determinadas sustancias en el anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación. <https://www.boe.es/boe/dias/2017/11/08/pdfs/BOE-A-2017-12842.pdf>

Así, el artículo 1 de la Orden SSI/1070/2017, de 31 de octubre establece la inclusión de las sustancias α -pirrolidinovalerofenona (α -PVP) y para-metil-4-metilaminorex (4,4'-DMAR) en la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación. Se incluyen las sustancias α -pirrolidinovalerofenona (α -PVP) y para-metil-4-metilaminorex (4,4'-DMAR) en la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales, siempre que su existencia sea posible, siéndoles de aplicación, las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control.

De la misma manera, el artículo 2 de la Orden SSI/1070/2017, de 31 de octubre establece la inclusión de la sustancia Fenazepam en la lista IV del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación. Se incluye la sustancia Fenazepam en la lista IV del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, así como sus variantes estereoquímicas, racematos y sales, siempre que su existencia sea posible, siéndoles de aplicación, las medidas de control y sanciones penales previstas para las sustancias que integran dicha lista de control.



Oferta
de drogas y
medidas de control

4.1. Ventas de tabaco, 2005-2016

En este apartado se presentan los datos proporcionados por el Comisionado para el Mercado de Tabacos (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas), relativos a las ventas de tabaco por tipo de labor (cigarrillos, cigarros, picadura de liar y de pipa) efectuadas entre 2005 y 2016.

Para una adecuada interpretación de los datos presentados a continuación es preciso realizar dos aclaraciones. La primera, que no se recogen las ventas de tabaco en Canarias, Ceuta y Melilla; y la segunda, que los datos se refieren exclusivamente a la venta legal (la realizada en estancos y establecimientos o dispositivos expendedores autorizados), no incluyendo las ventas ilícitas procedentes del contrabando.

Por otra parte, hay que recordar que las variaciones de los ingresos por la venta de tabaco a lo largo del tiempo no sólo están relacionadas con el volumen de las unidades vendidas, sino también con los impuestos que en distintos momentos históricos ha soportado el tabaco.

Entre los tipos de labor de tabaco, los cigarrillos son la variedad que viene dominando el mercado año tras año, dado que sus volúmenes de ventas, tanto en valor monetario (tabla 4.1.1) como en unidades físicas (tabla 4.1.3) son infinitamente superiores a los del resto de las labores. De los 11.859,9 millones de euros de ingresos por venta de tabacos en 2016, el 86,9% correspondió a los cigarrillos. Tras las ventas de cigarrillos se situaron las de picadura de liar, cuya cuota de participación en los ingresos viene aumentando en los últimos años, pasando del 1,7%, en el año 2005, al 8,4% en 2016, desplazando, desde 2009, a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable en los últimos años (tabla 4.1.2). Las ventas de picadura de pipa, por su parte, continúan siendo muy residuales y su participación en los ingresos no ha superado en ningún momento de la serie de datos el 0,4% (tabla 4.1.2).

Tabla 4.1.1.

Evolución de los ingresos por las ventas de tabaco según tipo de labor (millones de euros). España*, 2005-2016.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	Variación 2016/2005 (%)	Variación 2016/2015 (%)
Cigarrillos	10.243,640	11.147,600	11.719,617	12.061,477	10.217,073	10.312,166	10.311,177	0,66	-0,01
Cigarros	467,235	443,781	412,240	427,589	512,960	509,563	496,286	6,22	-2,61
Picadura de liar	182,526	209,442	395,411	486,559	1.088,680	1.030,188	1.000,737	448,27	-2,86
Picadura de pipa	8,107	8,560	9,449	16,738	36,849	52,167	49,789	514,15	-4,56
Total	10.891,510	11.809,380	12.536,716	12.992,363	11.855,562	11.904,084	11.859,990	8,89	-0,37

* Península y Baleares.

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.1.2.

Distribución de los ingresos por ventas de tabaco según tipo de labor (%). España*, 2005-2016.

Tipo de labor	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Cigarrillos	94,1	94,4	93,5	91,0	86,2	86,6	86,9
Cigarros	4,2	3,8	3,3	3,5	4,3	4,3	4,2
Picadura de liar	1,7	1,8	3,2	5,1	9,2	8,7	8,4
Picadura de pipa	0,1	0,07	0,1	0,5	0,3	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Península y Baleares.

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Aunque los cigarrillos son el producto principal entre las labores de tabaco, su volumen de ventas viene disminuyendo progresivamente desde 2009, siendo especialmente notorios los descensos que se produjeron entre ese año y 2013.

Como se puede apreciar en la figura 4.1.1, si bien entre los años 2005 y 2009 las ventas de cigarrillos se mantuvieron prácticamente estables, o acaso con una ligerísima tendencia a la baja (-0,1%), en el periodo 2009-2013 se redujeron en un 41,6 %. A partir de 2013 las ventas han seguido descendiendo, pero muy moderadamente: un 2,2% entre ese año y 2016 (figura 4.1.1 y tabla 4.1.3).

El descenso en las ventas de cigarrillos se ha producido en todas las Comunidades Autónomas sin excepción, siendo los más destacados los correspondientes a Andalucía (-56,33%), Baleares (-53,79%), el País Vasco (-52,55%), la Comunidad Valenciana (-51,94%) y Cataluña (-51,77%) si consideramos el periodo 2005-2016. Sin embargo, en 2016 se ha apreciado incremento respecto al año anterior en cuatro Comunidades Autónomas: Andalucía (+1,89%), Islas Baleares (+2,75%), Castilla y León (+0,34%) y Comunidad Valenciana (+0,78%). En el resto de Comunidades Autónomas ha seguido la tendencia al descenso en las ventas, excepto en Murcia, en que se han mostrado estables. El mayor descenso en las ventas entre 2015 y 2016 se ha observado en Extremadura (-3,18%), como se puede apreciar en la tabla 4.1.3.

Paralelamente al descenso de las ventas de cigarrillos, se ha venido produciendo un aumento de las ventas de cigarros puros que, moderado entre 2005 y 2009 (+5,3%), se incrementó de forma importante entre 2009 y 2013 (+97,8%). Sin embargo, a partir 2013, se observa una mantenida reducción de las mismas: -5,5% entre 2013 y 2016 (figura 4.1.1).

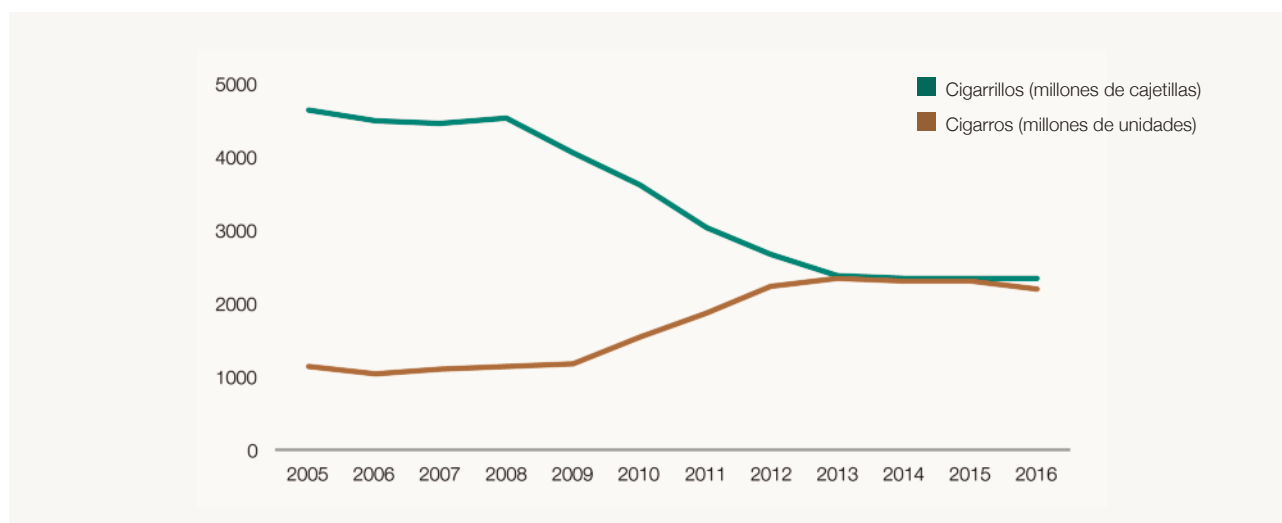
El volumen de ventas de picadura de liar se incrementó también considerablemente entre 2008 y 2013 (+67,7%), pero también éstas comenzaron a descender a partir de 2013, siendo en 2016 menores en un 14,6 % (figura 4.1.2).

Por lo que respecta a las ventas de picadura de pipa, también crecieron de forma importante entre 2008 y 2011, para posteriormente, y hasta 2013, descender un 62%, y volver a aumentar en el periodo 2013-2016 un 29,1%. No obstante, las ventas correspondientes a 2016 fueron inferiores a las de 2015 en un 0,8% (figura 4.1.2).

Tras la entrada en vigor el día 1 de enero de 2006 de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco se ha venido produciendo una contracción de las ventas globales de cigarrillos, así como de la tasa de cigarrillos vendidos por habitante pero, por otro lado, también vinieron incrementándose las ventas de las otras labores de tabaco: cigarros, picadura de liar y picadura de pipa, lo que indicaría la existencia de un cierto desplazamiento de los hábitos de consumo de una parte de los fumadores de cigarrillos hacia el consumo de las otras labores del tabaco. Este desplazamiento que fue visible en todas las Comunidades Autónomas, dejó de ser tan evidente a partir de 2014. Los descensos en las ventas de cigarros puros y picadura de liar que se observan, al igual que en las de los cigarrillos, entre 2013 y 2016 (figuras 4.1.1 y 4.1.2), así como el descenso o estabilización de las ventas per cápita en todas las Comunidades Autónomas de estas labores de tabaco y la de la picadura de pipa (tabla 4.1.4), parecen indicar que tales desplazamientos en los hábitos de consumo han cesado.

Figura 4.1.1.

Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España*, 2005-2016.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cigarrillos (millones de cajetillas)	4.634,9	4.504,9	4.455,1	4.514,4	4.067,8	3.621,5	3.015,4	2.671,7	2.375,4	2.339,9	2.325,0	2.323,4
Cigarros (millones de unidades)	1.118,9	1.035,5	1.102,5	1.128,7	1.177,7	1.535,6	1.879,9	2.223,1	2.329,6	2.302,6	2.286,0	2.201,5

* Península y Baleares

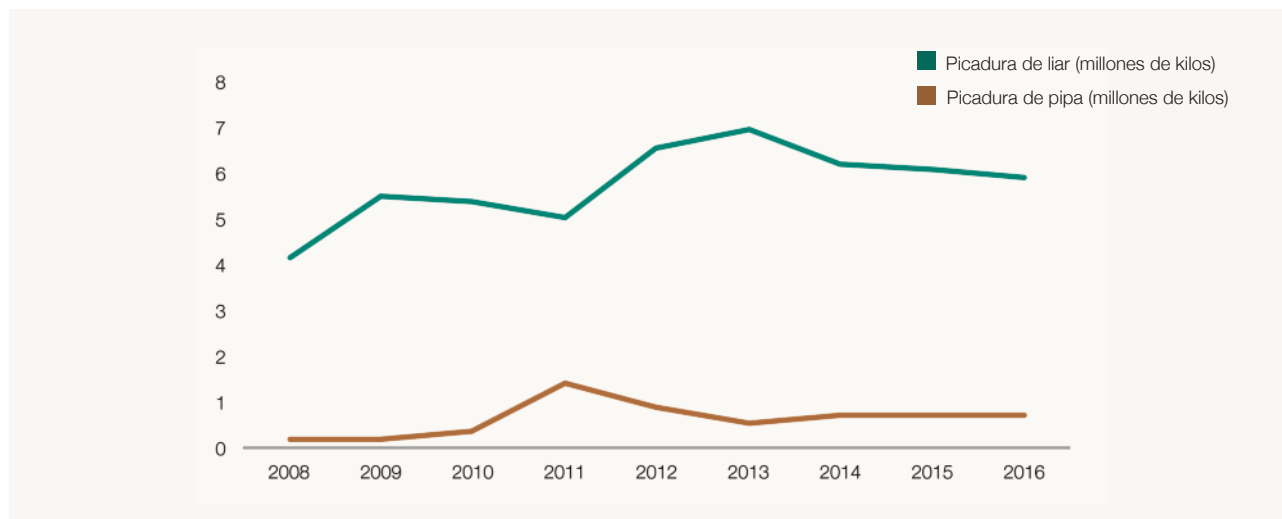
Variaciones ventas de cigarrillos: 2005-2009: -0,1%; 2009-2013: -41,6%; 2013-2016: -2,2%; 2015-2016: -0,07%.

Variaciones ventas de cigarros puros: 2005-2009: +5,3 %; 2009-2013: +97,8%; 2013-2016:-5,5%; 2015-2016: -3,7%.

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Función Pública. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Figura 4.1.2.

Evolución de las ventas de picadura de liar y de picadura de pipa. España*, 2008-2016.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Picadura de liar (millones de kilos)	4,132	5,476	5,4	5,054	6,519	6,93	6,22	6,10	5,91
Picadura de pipa (millones de kilos)	0,157234	0,196833	0,376311	1,40234	0,883834	0,532651	0,685265	0,693053	0,687577

** Península y Baleares

Variaciones picadura de liar: 2008-2013: +67,7%; 2013-2016: +14,6%; 2015-2016:-3%; 2008-2016:+ 43,2%.

Variaciones picadura de pipa: 2008-2011: +791,8%; 2011-2013: -62%; 2013-2016: +29,1%; 2015-2016:-0,8 %; 2008-2016: +337,3 %;

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Función Pública. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.1.3.

Evolución del volumen de ventas de cigarrillos (millones de cajetillas de 20 cigarrillos) por Comunidad Autónoma*, 2005-2016.

	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2016	Variación 2016/2015 (%)	Variación 2016/2005 (%)
Andalucía	843	812	738	509	357	361	368	1,89	-56,33
Aragón	134	132	124	94	75	74	73	-0,46	-45,17
Asturias	101	98	95	72	61	58	58	-0,65	-42,92
Baleares	196	179	143	107	87	88	91	2,75	-53,79
Cantabria	58	56	54	41	33	32	32	-1,18	-44,64
Castilla y León	226	221	213	160	131	126	126	0,34	-44,27
Castilla-La Mancha	189	193	183	142	111	107	105	-1,53	-44,25
Cataluña	889	844	759	560	441	431	429	-0,49	-51,77
C. Valenciana	590	569	491	359	285	281	284	0,78	-51,94
Extremadura	107	107	104	81	62	59	57	-3,18	-46,39
Galicia	227	220	212	158	135	132	132	-0,33	-41,91
Madrid	548	530	496	385	316	305	301	-1,44	-45,16
Murcia	149	152	136	105	84	82	82	-0,59	-45,19
Navarra	95	89	84	64	51	48	48	-0,04	-49,07
País Vasco	256	228	212	158	129	123	121	-1,15	-52,55
La Rioja	27	26	26	20	17	17	17	-0,07	-38,64
Total	4.635	4.455	4.068	3.015	2.375	2.325	2.323	-0,07	-49,87

* Península y Baleares.

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Función Pública. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

Tabla 4.1.4.

Variación de las ventas anuales de tabaco *per capita*, según Comunidad Autónoma*, 2015/2016.

	Cigarrillos (cajetillas de 20 cigarrillos)			Cigarros (unidades)			Picadura de liar (kilos)			Picadura de pipa (kilos)		
	2015	2016	Variación	2015	2016	Variación	2015	2016	Variación	2015	2016	Variación
Andalucía	63,88	65,29	1,41	59,77	58,06	-1,70	0,17	0,16	-0,002	0,034	0,035	0,001
Aragón	87,32	87,18	-0,14	115,82	110,55	-5,27	0,21	0,19	-0,012	0,018	0,017	-0,001
Asturias	86,17	86,77	0,59	128,49	125,36	-3,12	0,18	0,18	-0,003	0,010	0,011	0,001
Baleares	114,99	117,36	2,37	73,79	71,11	-2,68	0,40	0,41	0,005	0,023	0,026	0,003
Cantabria	84,87	84,60	-0,27	132,54	127,37	-5,16	0,18	0,18	-0,004	0,011	0,011	0,000
Castilla y León	80,85	82,17	1,32	112,35	110,39	-1,96	0,18	0,17	-0,007	0,019	0,019	0,000
Castilla-La Mancha	79,28	78,58	-0,70	83,69	78,72	-4,96	0,21	0,18	-0,024	0,035	0,028	-0,006
Cataluña	86,84	86,19	-0,65	74,19	72,67	-1,53	0,26	0,26	-0,002	0,024	0,025	0,002
C. Valenciana	85,62	86,87	1,25	80,82	78,45	-2,38	0,29	0,28	-0,005	0,036	0,032	-0,003
Extremadura	82,44	80,52	-1,93	107,14	98,29	-8,84	0,19	0,17	-0,022	0,031	0,026	-0,005
Galicia	76,37	76,74	0,37	94,38	90,70	-3,69	0,17	0,17	-0,002	0,009	0,010	0,001
Madrid	70,14	68,90	-1,24	44,10	42,19	-1,91	0,16	0,15	-0,008	0,014	0,015	0,002
Murcia	83,52	82,83	-0,69	59,22	55,70	-3,52	0,20	0,18	-0,020	0,025	0,020	-0,005
Navarra	116,09	115,82	-0,27	127,65	121,03	-6,61	0,27	0,27	-0,003	0,014	0,015	0,001
País Vasco	87,02	86,20	-0,82	116,65	114,08	-2,57	0,16	0,16	0,000	0,009	0,011	0,001
La Rioja	80,77	81,18	0,41	130,25	127,04	-3,21	0,15	0,14	-0,006	0,017	0,015	-0,002
Total	79,38	79,52	0,14	78,05	75,34	-2,71	0,21	0,20	-0,01	0,024	0,024	0,000

* Península y Baleares.

Nota: para el cálculo de las tasas per capita se ha utilizado la población de 15-64 años del Instituto Nacional de Estadística. Cigarrillos: nº de cajetillas per capita. Cigarros: nº de cigarros per capita. Picadura de liar y picadura de pipa: nº de kilos per capita.

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Función Pública. Comisionado para el Mercado de Tabacos.

4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2016

Las cantidades de drogas incautadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado, siempre que se tenga en cuenta que su evolución suele estar afectada por diversos factores tales como la mayor o menor actividad de los servicios de control de la oferta y la proporción de droga que se dirige al mercado exterior, así como la ocurrencia de grandes decomisos, que pueden dar lugar a fluctuaciones interanuales importantes.

Tabla 4.2.1.

Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2005-2016.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Heroína (kg)	174	472	227	548	300	233	413	282	291	244	251	253
Cocaína (kg)	48.429	49.650	37.784	27.981	25.349	25.241	16.609	20.754	26.701	21.685	21.621	15.629
Hachís (kg)	669.704	459.267	653.651	682.672	444.581	384.315	355.904	327.199	319.257	379.762	380.361	324.379
Éxtasis (nº de pastillas)	572.871	481.583	490.644	534.906	404.334	634.628	182.973	279.652	154.732	558.867	134.063	346.848

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Cocaína

En base a los datos aportados por el Ministerio del Interior, en la figura 4.2.1 se presentan los volúmenes de las incautaciones de cocaína realizadas, año tras año, en el espacio de tiempo comprendido entre 1998 y 2016. En la serie cronológica se pueden diferenciar tres periodos consecutivos en función del mayor o menor volumen de las cantidades incautadas: un primer periodo, entre 1998 y 2002, que se caracteriza por contar con los menores volúmenes de incautación de toda la serie (al margen de la excepcional cifra del año 2001) y que presenta una ligera tendencia creciente; un segundo periodo, entre 2003 y 2006, en el que se incrementaron notablemente los volúmenes de las incautaciones, siendo los más elevados de toda la serie; y un tercer periodo a partir de 2006, año en el que se inicia una importante tendencia al descenso de las cantidades incautadas: en 2006 y 2007 se incautaron 49.650 kg y 37.784 kg, respectivamente, frente a los 27.981 kg incautados en 2008 y los 15.629 kg en 2016.

Hachís

En las cantidades incautadas de hachís entre 1998 y 2015 (figura 4.2.2) también se pueden distinguir tres periodos, un primero, entre 1998 y 2002, en el que se aprecia una moderada pero mantenida tendencia al alza de las cantidades incautadas (564,8 toneladas en 2002 frente a 428,2 toneladas en 1998); otro periodo, entre 2003 y 2008, en el que se produjo un crecimiento importante en los volúmenes de hachís incautados (que variaron entre las 796,8 toneladas de

2004 y las 459,2 toneladas de 2006); y un tercer periodo, en el que, tras un importante descenso de la cantidad incautada en 2009 (444,5 toneladas) respecto a los dos años anteriores (653,6 toneladas en 2007 y 682,6 toneladas en 2008), se ha caracterizado por su tendencia a la baja hasta 2013, año que presenta el menor volumen de incautación de toda la serie (319,2 toneladas). A partir de 2013 las cantidades incautadas de esta sustancia han tendido a aumentar, pero muy moderadamente. En 2016 se incautaron 324,3 toneladas de hachís, lo que supone un incremento de tan sólo el 1,6% respecto de la cantidad incautada en 2013.

Heroína

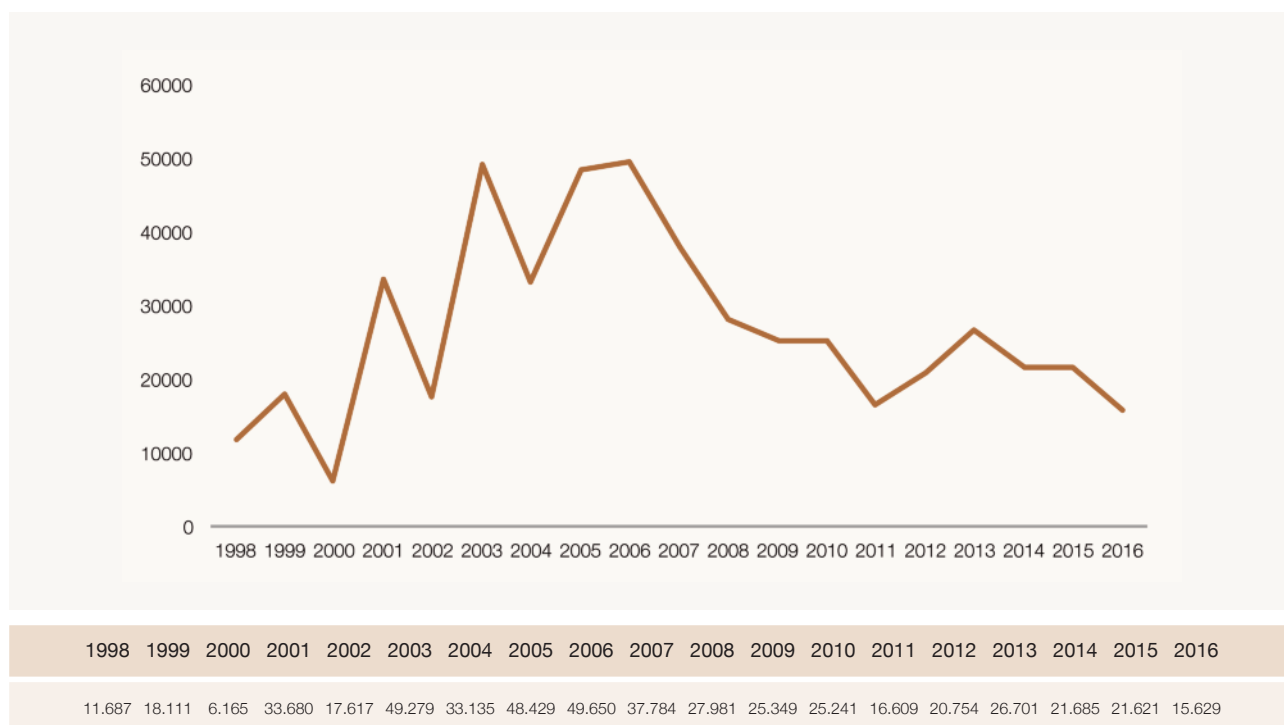
La figura 4.2.3 presenta las cantidades de heroína incautadas también entre 1998 y 2016. En esta ocasión, así mismo, se pueden distinguir tres periodos. Entre 1998 y 2005 las cantidades incautadas tendieron a descender, alcanzando en este último año la cifra más baja de toda la serie (174 kg); a partir de 2006, sin embargo, volvieron a crecer, iniciándose una tendencia al alza hasta 2008 (548 kg), año a partir del cual se vuelve a apreciar una tendencia descendente en las cantidades incautadas que alcanza hasta 2016 (253 kg).

Éxtasis

Las cantidades incautadas de éxtasis (MDMA) también están sometidas a altibajos periódicos entre 1998 y 2016, como queda de manifiesto en la figura 4.2.4. Más allá de las variaciones interanuales, hasta el año 2003 es apreciable la tendencia al incremento del número de pastillas incautadas, que en 1998 fue de 194.527 pastillas y en 2002 de 1.396.142, cantidad, que, por otra parte, resulta ser muy excepcional. Al año siguiente, 2003 (con 771.854 pastillas decomisadas) comienza un periodo de tendencia decreciente, registrándose en 2015 el menor número de pastillas decomisadas de toda la serie (134.063). En 2016 se incautó un considerable mayor número de pastillas (346.848), respecto del año anterior; aunque esta cifra, al situarse por debajo de la correspondiente a 2014 (558.867), no parece ser predictiva de un cambio en la tendencia a la baja de las cantidades incautadas iniciada en 2003.

Figura 4.2.1.

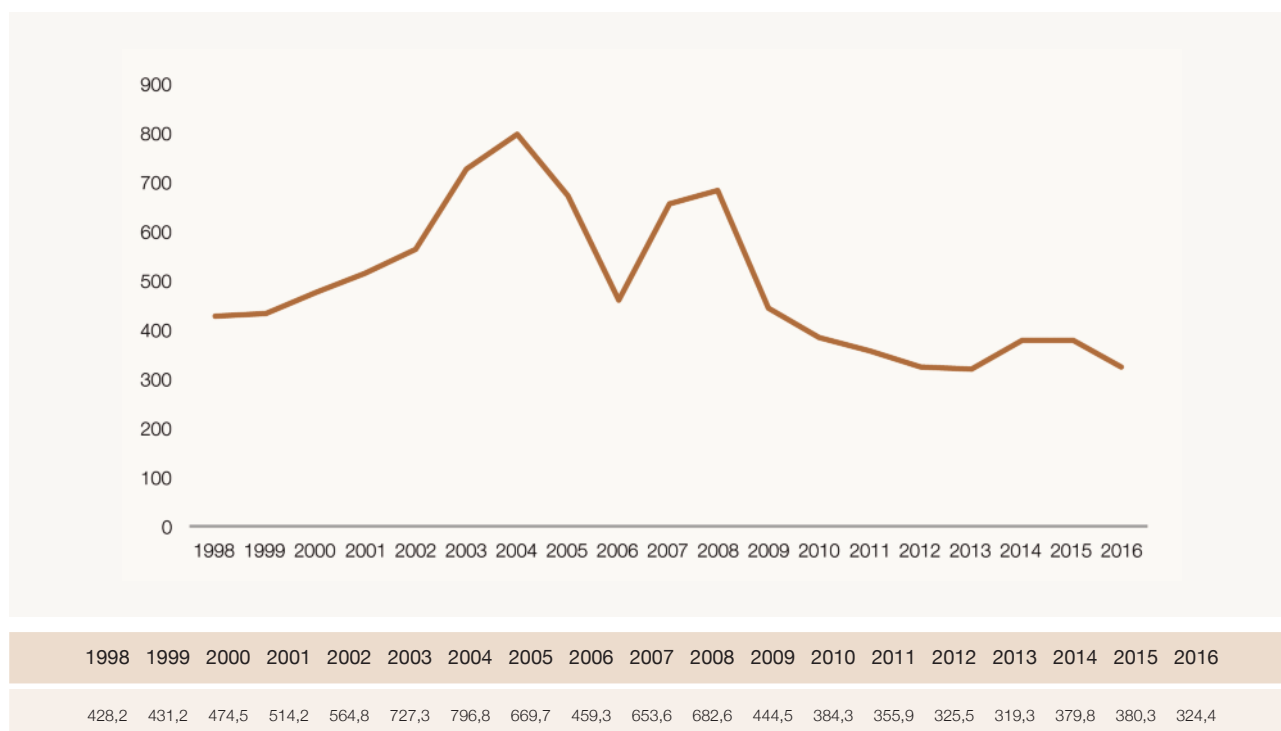
Evolución de la cantidad de cocaína incautada (kg) en España, 1998-2016.



FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENA).

Figura 4.2.2.

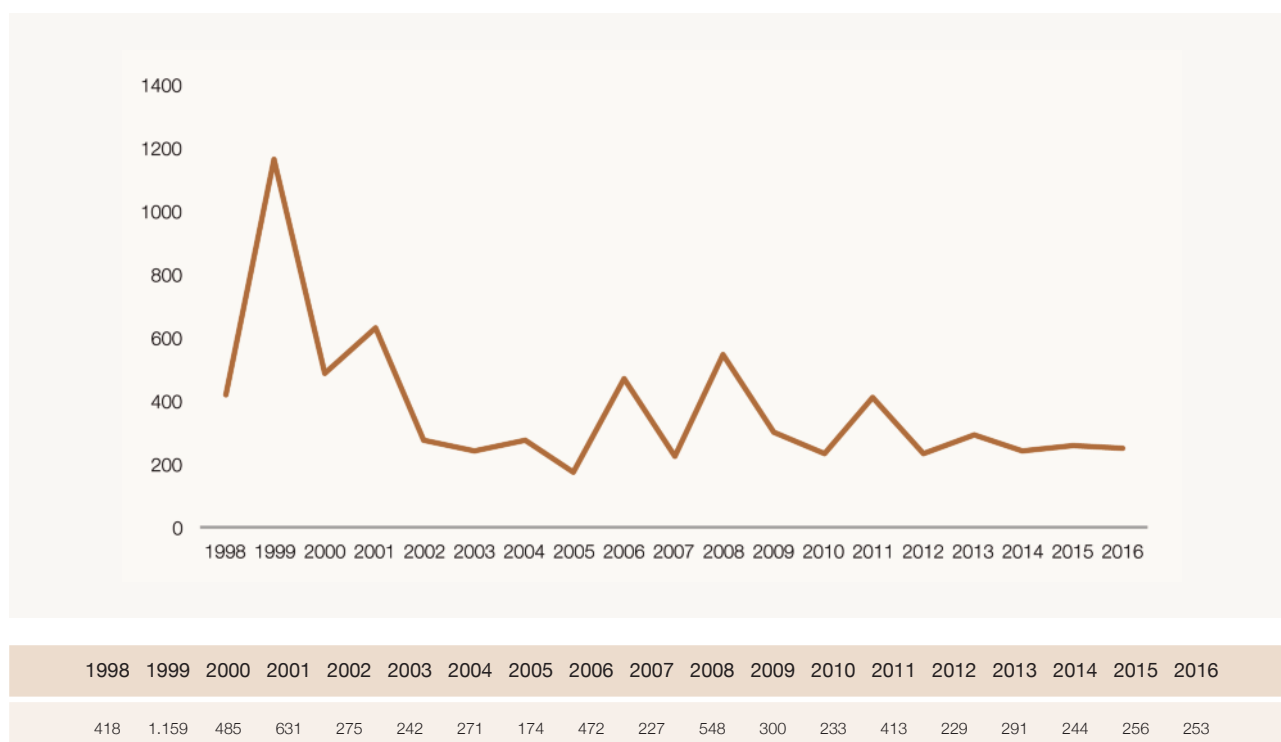
Evolución de la cantidad de hachís incautado (toneladas) en España, 1998-2016.



FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Figura 4.2.3.

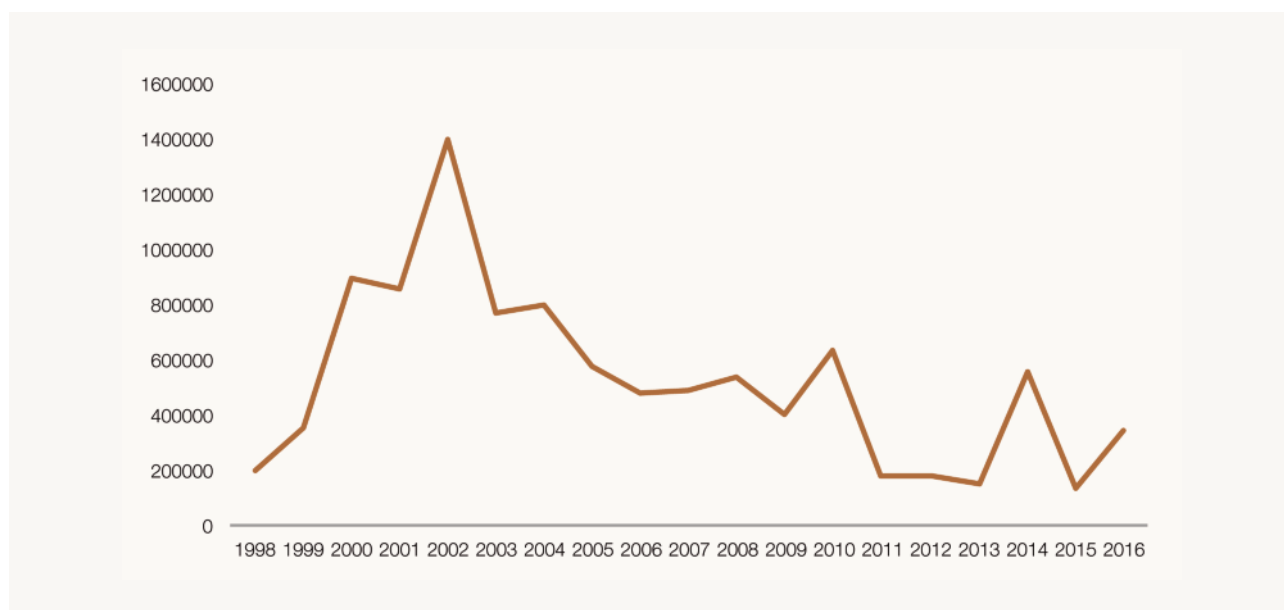
Evolución de la cantidad de heroína incautada (kg) en España, 1998-2016.



FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Figura 4.2.4.

Evolución de la cantidad de MDMA incautado (nº de pastillas) en España, 1998-2016.



1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
194.527	357.649	891.562	860.164	139.6140	771.875	796.833	572.889	481.583	490.644	534.906	404.334	634.628	182.973	175.381	154.732	558.867	134.063	346.848

FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SEDA).

Si se observan las tendencias a lo largo del periodo considerado, más allá de algunas variaciones interanuales, se puede concluir que las tendencias temporales de las cantidades decomisadas de las principales drogas psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína, heroína, éxtasis) son bastante consistentes con la evolución de los datos de consumo y problemas de drogas.

4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2016

Los datos que se presentan en este apartado se refieren al precio medio nacional aplicable a las distintas drogas, ya que éste fluctúa en función de diversas circunstancias como la calidad y la pureza, el volumen de la transacción, la demanda de la población o el nivel de la oferta.

Analizando la evolución del precio de las distintas drogas en el mercado ilícito a medio plazo se puede observar que tiende al alza desde 2006 el precio del éxtasis, pasando de 9,9 euros la unidad a 11,41 euros en 2016, precio éste muy similar al que alcanzó en el año 2000 (figura 4.3.1).

Respecto al precio en el mercado ilícito de las otras sustancias consideradas, y tomando como indicador el precio del gramo, se ha ido incrementado el precio de la resina de hachís, que si en el año 2000 era de 3,87 euros en 2016 llegó a 6,19 euros; así también el de la grifa/marihuana, que en el mismo periodo ha pasado de 2,49 euros a 4,96 euros. Así mismo, ha ido aumentando el precio del gramo de anfetaminas en polvo (speed), pasando de 25,5 euros, precio del año 2000, a 28,07 euros en 2016 (figura 4.3.1). Por el contrario, el precio del gramo de heroína, desde el año 2000, y de cocaína desde el año 2004, muestran una tendencia descendente, de modo que el gramo de heroína, que en el año 2000 alcanzó un precio medio de 66,38 euros, se pudo adquirir en 2016 a 57,61 euros y el gramo de cocaína, que en 2004 se vendió a un precio medio de 61,85 euros, se pudo comprar a un precio medio de 58,15 euros en 2016 (figura 4.3.2).

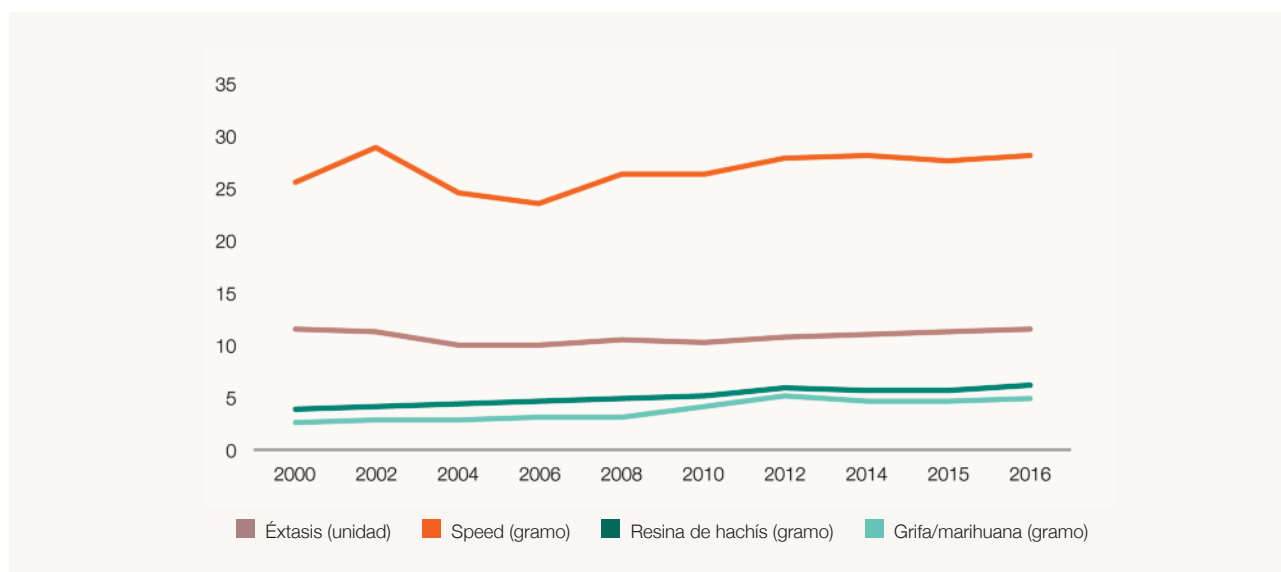
Teniendo en cuenta la pureza media de las drogas decomisadas, sólo se dispone de datos para la heroína y la cocaína. A lo largo de todo el período 2000-2016, se puede observar que la pureza de los grandes decomisos (nivel de kilogramo) es bastante mayor que la pureza de los decomisos del nivel de gramo o de dosis. De hecho, en 2016, la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 39,5%, de los decomisos del nivel de gramo fue del 31% y de los de nivel de dosis del 21,5% y, para la cocaína, las cifras fueron, respectivamente, 64,0%, 39,5% y 33,5%.

Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza de la cocaína muestra una tendencia descendente desde el año 2000 que es especialmente notoria a partir de 2008: en el mercado mayorista la pureza media del kilogramo ha pasado del 72% en 2008 al 64% en 2016, la del gramo, en ese mismo periodo, del 49,5% al 39,5 %, y la de la dosis del 40,5% al 33,5%.

La misma tendencia al descenso se aprecia respecto a la pureza de la heroína, aunque, en este caso, esa tendencia fue más intensa hasta 2010 y sobre todo a nivel de kilogramo, cuya pureza pasó del 64% en 2000 al 45% en 2010 y, en menor medida, en el caso de la dosis que pasó del 25% al 21% y en el del gramo que pasó del 32% al 31,5%. A partir de 2010 las purezas del gramo y la dosis han mostrado tendencia a la estabilización, basculando entre el 21% y el 21,5 %, en el caso de la dosis, y entre el 31% y el 31,5% en el caso del gramo (con excepción del año 2015 en que fue del 33%). Sin embargo, la pureza de la heroína en el mercado mayorista (kg) sigue descendiendo, situándose en 2016 en el 39,5%, esto es, 5,5 puntos porcentuales menor que en 2010 y 24,5 puntos porcentuales menor que la del año 2000 (Tabla 4.3.1).

Figura 4.3.1.

Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2016.

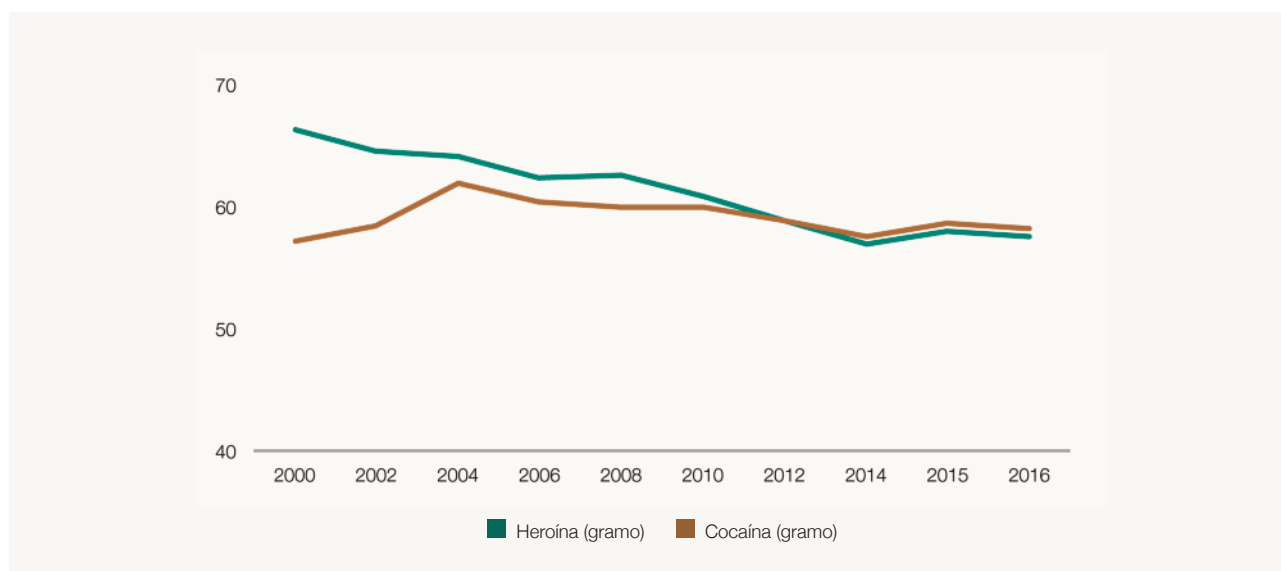


	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016
Éxtasis (unidad)	11,52	11,24	10,02	9,88	10,57	10,3	10,7	11,05	11,34	11,41
Speed (gramo)	25,52	28,83	24,55	23,46	26,35	26,38	27,74	28,09	27,7	28,07
Resina de hachís (gramo)	3,87	4,08	4,39	4,63	4,78	5,2	5,85	5,54	5,56	6,19
Grifa/marihuana (gramo)	2,49	2,86	2,86	2,99	3,09	4,1	5,02	4,68	4,58	4,96

FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Figura 4.3.2.

Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (euros). España, 2000-2016.



	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016
Heroína (gramo)	66,38	64,5	64,15	62,42	62,59	60,71	58,8	56,92	57,97	57,64
Cocaína (gramo)	57,16	58,3	61,85	60,28	60,03	59,98	58,95	57,57	58,55	58,15

FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Un aspecto interesante que se puede considerar es el grado de dilución (“adulteración”) que sufre la droga a lo largo de la cadena de distribución. Como indicadores del grado de dilución en diferentes eslabones de la cadena pueden utilizarse las razones de pureza kg/pureza dosis, pureza kg/pureza gramo y la razón de pureza gramo/pureza dosis. En 2016, para heroína, la razón de pureza kg/dosis fue 1,84, la razón kg/gramo 1,25 y la razón gramo/dosis 1,47, mientras que para cocaína las cifras fueron 1,91, 1,62 y 1,18 respectivamente. La heroína sufre, pues, un menor grado de dilución a lo largo de la cadena de distribución que la cocaína (tabla 4.3.2).

Si se observa la evolución temporal de estas razones a lo largo del período 2000-2016, se comprueba que, para heroína, ha disminuido progresivamente la razón de pureza kg/gramo, pasando de 2,0 en 2000 a 1,25 en 2016, así como la razón pureza kg/pureza dosis que ha pasado de 2,56 a 1,84. Por el contrario, la razón gramo/dosis ha tendido a aumentar pasando de 1,28 a 1,47 en el mismo periodo de tiempo (tabla 4.3.2). Se puede concluir, por lo tanto, que en los últimos años ha disminuido el grado de dilución que sufre la heroína en la cadena de distribución y que este cambio se ha producido entre los eslabones de kilogramo y gramo, pero no en el eslabón gramo/dosis.

En cuanto a la cocaína, se observa que la razón de pureza kg/gramo mantuvo cierta estabilidad entre 2000 y 2002, dando comienzo en 2004 una tendencia al aumento de la misma. Algo parecido ha sucedido con la razón kg/dosis, aunque no así con la razón pureza gramo/pureza dosis, que en los últimos años se ha mantenido relativamente estable en torno al 1,2 (tabla 4.3.2).

Tabla 4.3.1.

Purezas medias (%) de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito. España, 2000-2016.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016
Heroína										
Dosis	25,0	26,0	22,5	22,0	22,5	21,0	21,0	21,0	21,5	21,5
Gramo	32,0	34,0	29,0	32,0	32,5	31,5	31,0	31,0	33,0	31,5
Kilogramo	64,0	53,0	49,0	47,5	46,0	45,0	41,5	39,0	43,0	39,5
Cocaína										
Dosis	45,0	43,0	42,0	46,0	40,5	36,5	35,0	33,0	33,5	33,5
Gramo	53,0	50,0	51,0	54,0	49,5	45,5	42,5	41,0	42,0	39,5
Kilogramo	74,0	71,0	75,0	73,0	72,0	71,0	67,0	63,0	65,5	64,0

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.3.2.

Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2016.

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016
Decomisos de heroína										
Razón kg/dosis	2,56	2,04	2,23	2,09	2,04	2,14	1,97	1,86	2,00	1,84
Razón kg/gramo	2,00	1,56	1,69	1,5	1,42	1,43	1,33	1,26	1,30	1,25
Razón g/dosis	1,28	1,31	1,32	1,39	1,44	1,50	1,47	1,48	1,53	1,47
Decomisos de cocaína										
Razón kg/dosis	1,64	1,65	1,79	1,66	1,78	1,95	1,91	1,91	1,96	1,91
Razón kg/gramo	1,4	1,42	1,47	1,38	1,45	1,27	1,57	1,54	1,56	1,62
Razón g/dosis	1,18	1,16	1,21	1,20	1,22	1,25	1,21	1,24	1,25	1,18

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2002-2016

En el año 2016 se registraron 21.180 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 20.314 en 2015. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 392.900 frente a 390.843 en 2015.

Desde 2002, y al margen de las diferencias interanuales de variación de las cifras, se observa una tendencia al crecimiento de las detenciones realizadas. La misma tendencia se observa en el caso de las denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas (figuras 4.4.1 y 4.4.2 y tablas 4.4.1 y 4.4.2).

Como en años anteriores, la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (53% y 84%, respectivamente). Importante porcentaje alcanzan también las detenciones por tráfico de cocaínicos (28%) (figura 4.4.3 y tablas 4.4.1 y 4.4.2). Tanto los detenidos como los denunciados eran en una gran mayoría varones (84% y 94%, respectivamente).

Figura 4.4.1.

Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2002-2016.

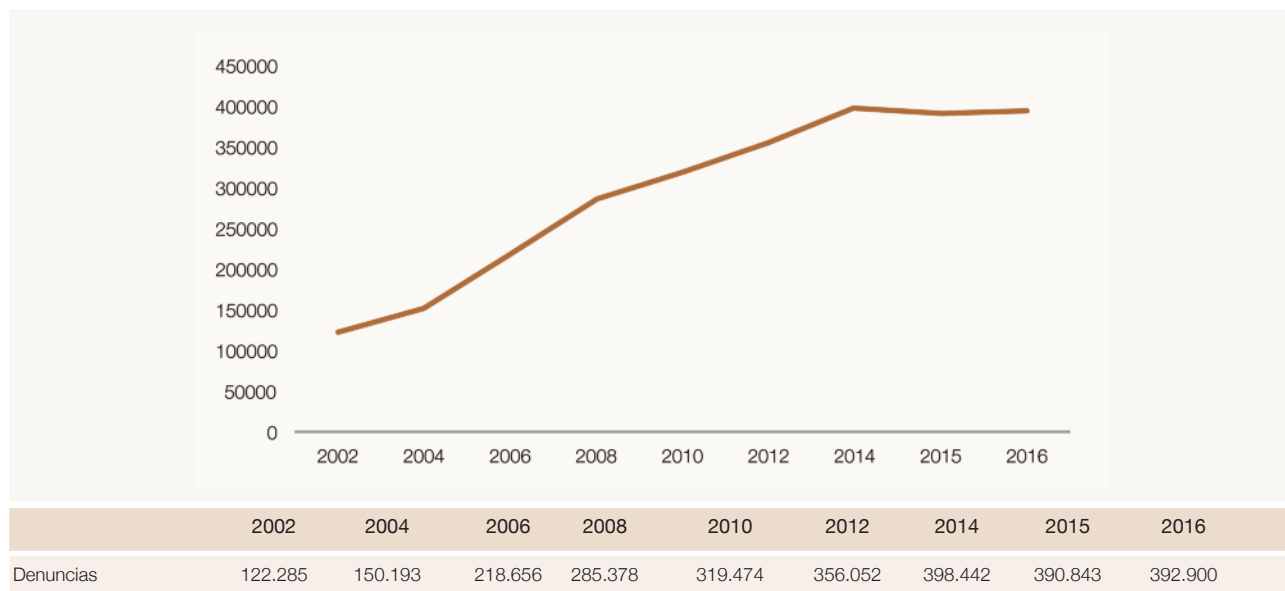


FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

En 2016, la Comunidad Autónoma de Andalucía (26,58%) registro el mayor número de denuncias por consumo o posesión ilícita de drogas, seguida por la Comunidad Valenciana (22,41%), la Comunidad de Madrid (15,40%) y la Comunidad Canaria (8,60%).

Figura 4.4.2.

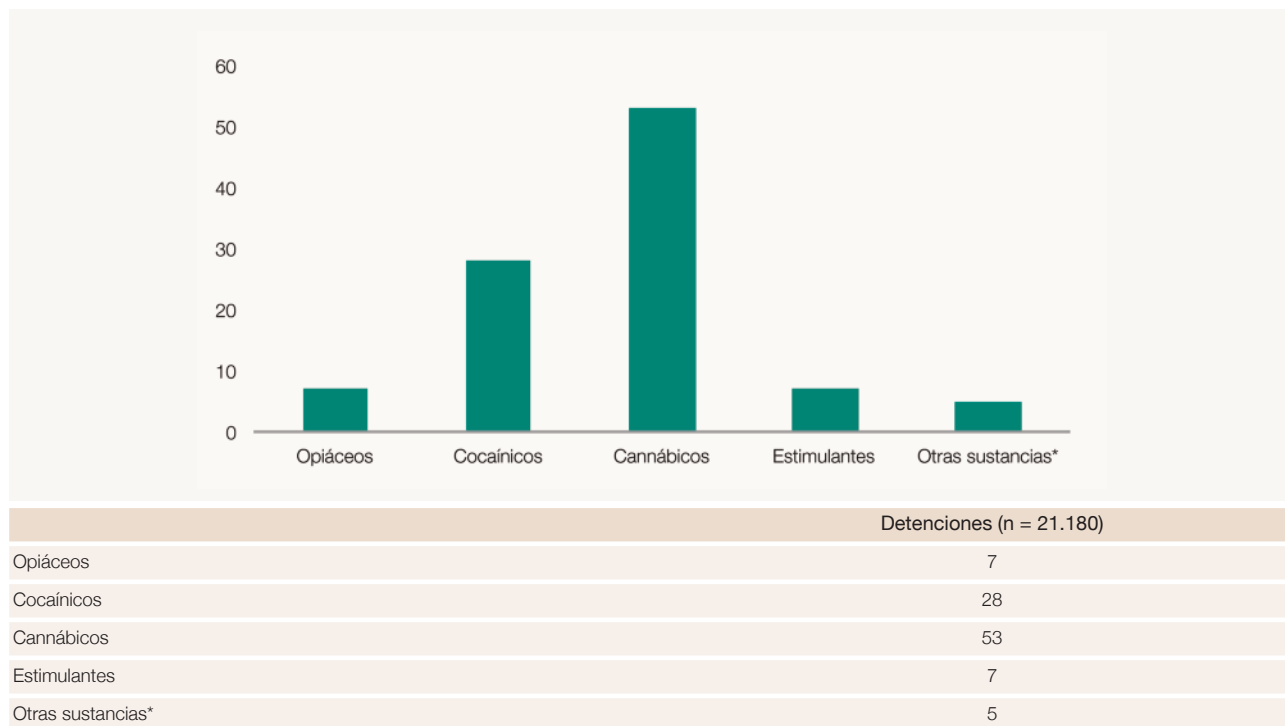
Denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 2002-2016.



FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Figura 4.4.3.

Distribución de las detenciones por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2016.



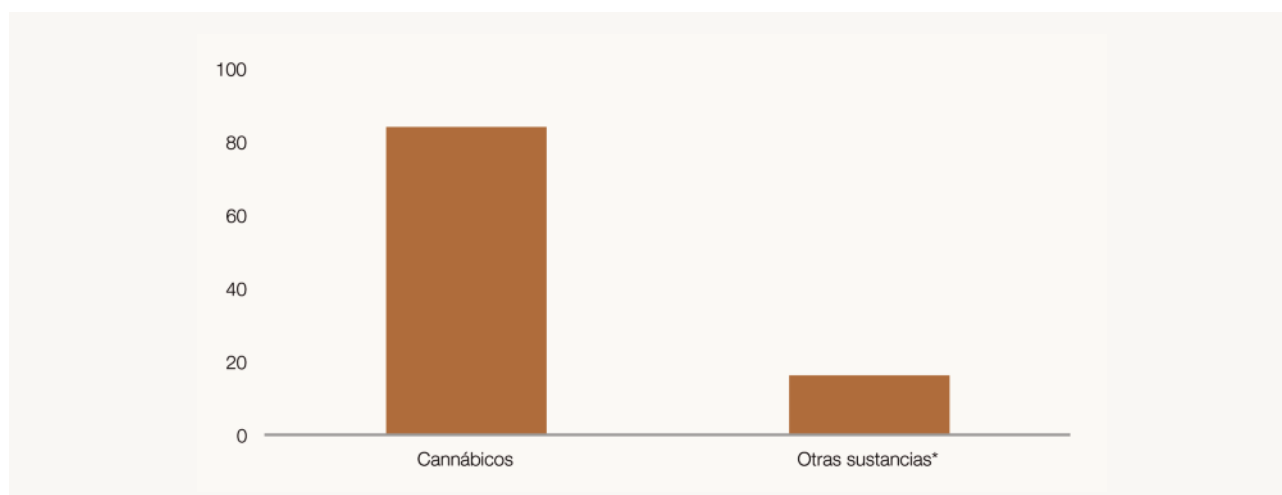
* Otras sustancias incluye: depresores, sedantes, tranquilizantes, alucinógenos y otros.

Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Figura 4.4.4.

Distribución de las denuncias por tipo de sustancias (porcentaje). España, 2016.



Denuncias (n = 392.900)	
Cannábicos	84
Otras sustancias*	16

* Otras sustancias incluye: opiáceos, cocaínicos, estimulantes y otros.

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: figura elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.4.1.

Evolución de las detenciones por familia de drogas (% sobre el total). España, 2006-2016.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016
Total detenciones	20.094	24.069	22.139	23.874	21.581	20.314	21.180
Cannábicos	46	50	50	56	56	54	53
Cocaínicos	39	36	35	30	28	29	28
Opiáceos	6	7	7	5	7	7	7
Estimulantes tipo anfetamínico	6	5	5	4	6	7	7
Otras sustancias	3	3	3	4	3	3	5

Nota: las detenciones por tráfico de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Tabla 4.4.2.

Evolución de las denuncias por familia de drogas (% sobre el total). España, 2006-2016.

	2006	2008	2010	2012	2014	2015	2016
Total denuncias	225.909	295.185	326.776	372.419	398.422	390.843	392.900
Cannábicos	77	80	84	87	87	86	84
Otras sustancias (cocaínicos, opiáceos, estimulantes, otras)	23	20	17	12	13	14	16

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: tabla elaborada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones a partir de datos de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Sistema Estadístico de Análisis y Evaluación sobre el Crimen Organizado (SENDA).

Información complementaria

Páginas web de interés

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

<http://www.msssi.gob.es/>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/>

Encuesta Nacional de Salud

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>

MINISTERIO DEL INTERIOR

<http://www.interior.gob.es/>

Dirección General de Tráfico

<http://www.dgt.es/es/>

MINISTERIO DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA

<http://www.minhap.gob.es/>

Comisionado para el Mercado de Tabacos

<http://www.cmtabacos.es/wwwcmt/paginas/ES/webInicio.tmpl>

MINISTERIO DE ECONOMÍA, INDUSTRIA Y COMPETITIVIDAD

<http://www.mineco.gob.es/>

Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

<http://www.isciii.es/>

OFICINAS DE NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONUDD)

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC)

<https://www.unodc.org/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

<http://www.who.int/es/>

Abuso de sustancias psicoactivas. Management of Substance Abuse

http://www.who.int/substance_abuse/en/

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES (JIFE)
INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB)

<https://www.incb.org/incb/en/about.html>

OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS
EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUGS ADDICTION (EMCDDA)

<http://www.emcdda.europa.eu/>

ENCUESTA ESCOLAR EUROPEA SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (ESPAD)
THE EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS (ESPAD)

<http://www.espad.org/>

REDUCING ALCOHOL RELATED HARMS (RARHA)

<http://www.rarha.eu/>

CONDUCTAS DE SALUD EN NIÑOS (HBSC)
HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

<http://www.hbsc.org/>

COMISIÓN EUROPEA. EUROBARÓMETRO
EUROPEAN COMMISSION. EUROBAROMETER

<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm>