

INFORME 2013

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

GESTIÓN, ANÁLISIS Y REDACCIÓN

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).
Elena ÁLVAREZ Begoña BRIME Julia GONZÁLEZ
Noelia LLORENS Aurora RUIZ Rosario SENDINO

RESPONSABLES DE LA GESTIÓN Y ANÁLISIS

DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS EN LAS COMUNIDADES/CIUDADES AUTÓNOMAS

Andalucía Fernando ARENAS Mercedes SUÁREZ Rosario BALLESTA	Castilla-La Mancha Berta HERNÁNDEZ Carmen DE PEDRO	Murcia Josefa DURÁN Isabel CASCALES Andrés ALCARAZ
Aragón Carmen BARANGUAN Laura JOSÉ	Castilla y León Ana SÁNCHEZ Susana REDONDO	Navarra Miguel MARTÍNEZ Raquel GONZÁLEZ
Asturias José Ramón DE HEVÍA José Antonio GONZÁLEZ	Cataluña Lara GARCÍA Josep Mª SUELVES	País Vasco Nieves RODRÍGUEZ-SIERRA Oskar LONGO
Baleares Margalida FIOL Elena TEJERA	Extremadura Antonia María VAS José Luis ARROYO	La Rioja Juan DEL POZO Cristina NUEZ
Canarias Nicolás AMADOR Pilar Teresa DÍAZ	Galicia Bernardo SEOANE Jaime FRAGA	Comunidad Valenciana Francesc J. VERDÚ Mª Lidon CALDUCH
Cantabria Mª Carmen DIEGO Inés RUIZ	Madrid Ana RUIZ Julio PÉREZ	Ceuta Miguel Ángel MANCILLA
		Melilla Luisa Fernanda HERMOSO Natalia MARTÍNEZ

AGRADECIMIENTOS

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

- Los 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 Crimen Organizado (CICO). Secretaría de Estado de Seguridad. Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Sida. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas.
- Comisionado para el Mercado de Tabacos. Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.
- Departamentos del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia.
- Las unidades que componen el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) y que contribuyen a su funcionamiento.
- Eva Sánchez, por su ayuda en el tratamiento de textos y en la elaboración de tablas y figuras.

NOTA: El Consejo de Ministros aprueba, con fecha 10 de octubre de 2014, la modificación de la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior que incluye la creación del nuevo Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), dependiente de la Secretaría de Estado de Seguridad, mediante la integración del Centro Nacional de Coordinación Antiterrorista (CNCA) y del Centro de Inteligencia Contra el Crimen Organizado (CICO). En el presente informe se hará referencia a CICO, en lugar de a CITCO, ya que este texto se finaliza antes del mencionado cambio.

INFORMACIÓN DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LA DROGA Y LAS TOXICOMANÍAS (OEDT)

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: 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

Conocer la situación y las tendencias de los consumos de drogas, así como las opiniones y actitudes ante las drogas de la población residente en España, es fundamental para la formulación de políticas basadas en datos contrastados para poder orientar el desarrollo y evaluación de intervenciones destinadas a reducir el consumo de drogas y los problemas asociados.

Desde el año 1985, el Plan Nacional sobre Drogas trabaja en actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico sobre el consumo de drogas y otras cuestiones relacionadas, por lo que se dispone de una serie temporal cada vez más dilatada que permite analizar la evolución de los consumos de alcohol, tabaco, hipnosedantes y drogas psicoactivas de comercio ilegal, así como las pautas de consumo dominantes, los perfiles de los consumidores, las percepciones sociales ante el problema, y las medidas que los españoles consideran más efectivas para resolverlo.

Por otro lado, la proliferación de nuevas sustancias y su mayor accesibilidad a través de las nuevas tecnologías, hace necesario continuar vigilando periódicamente este consumo, y para ello, se ha creado el Sistema Español de Alerta Temprana, un instrumento para la vigilancia y control de sustancias psicoactivas, desarrollado al amparo de la Decisión del Consejo 2005/387/JAI, que tiene por objeto la detección, análisis, evaluación y control de cualquier eventualidad relacionada con la demanda u oferta de sustancias psicoactivas que induzca consecuencias no esperadas desde el punto de vista de la salud pública.

El 31 de enero de 2013 fue aprobado el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, y dentro del eje cuarto de la Estrategia, que hace referencia a la mejora del conocimiento básico y aplicado, se contempla como una de sus acciones la mejora de la difusión de los datos del sistema de información a través de publicaciones y medios virtuales.

El documento que aquí se presenta responde a la necesidad de continuar dando cumplimiento a dicha acción y contiene la información necesaria e imprescindible para conocer la situación real en nuestro país tanto desde el punto de vista de reducción de la demanda como del de reducción de la oferta, con objeto de poder planificar nuestras acciones conforme a las evidencias que estas informaciones nos aportan.

Se trata por tanto, a la vez, de un instrumento estratégico para la planificación, así como de un rendimiento de cuentas ante la sociedad, mediante una concreción de los compromisos previamente asumidos.

Por último, no quiero finalizar estas palabras sin manifestar mi agradecimiento a todos aquellos que han contribuido a la elaboración de esta publicación y, de una forma especial, al equipo que compone el Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías que, una vez más, ha hecho gala de su gran profesionalidad y buen hacer, al plasmar su trabajo en las páginas que siguen a este breve prólogo.

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

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías

INFORME 2013

Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

ÍNDICE

Presentación	3
Introducción	9
1. Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas	10
1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2011	11
Introducción	11
Objetivos	11
Metodología	12
Resultados	13
• Prevalencia de consumo de drogas	13
Evolución temporal	13
Edad y sexo	15
Comunidad/Ciudad Autónoma	20
• Consumo por tipo de drogas	22
Bebidas alcohólicas	22
Tabaco	27
Hipnosedantes	29
Cánnabis	32
Cocaína	35
Éxtasis	38
Anfetaminas	39
Alucinógenos	41
Heroína e inhalables volátiles	42
• Patrones de consumo de drogas	44
Policonsumo	44
Uso inyectado	46
• Percepciones y opiniones de la población ante las drogas	46
Percepción de riesgo	46
Percepción de disponibilidad	47
Percepción sobre la importancia del problema del consumo de drogas y visibilidad del problema	51
Vías de información sobre drogas	52
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas	53
• Nuevas sustancias psicoactivas	53

1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2012	63
Introducción	63
Objetivos	63
Metodología	63
Resultados	65
• Prevalencia de consumo de drogas	65
Evolución temporal	65
Edad y sexo	67
Comunidad/Ciudad Autónoma	70
• Consumo por tipo de drogas	78
Bebidas alcohólicas	78
Tabaco	90
Hipnosedantes	93
Cáñabis	98
Cocaína	102
Éxtasis	105
Anfetaminas	107
Alucinógenos	109
Heroína	111
Inhalables volátiles	113
• Patrones de consumo de drogas	115
Policonsumo	115
Frecuencia de salidas nocturnas y horario de regreso a casa	121
• Percepciones y opiniones de la población ante las drogas	128
Percepción de riesgo	128
Percepción de disponibilidad	131
Relación entre riesgo percibido, percepción de disponibilidad y prevalencia de consumo	132
Vías de información sobre drogas	135
Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas	138
• Nuevas sustancias psicoactivas	139
2. Problemas relacionados con las drogas	148
2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2011	149
Introducción	149
Metodología	149
Resultados	149
• Resultados generales	150
• Resultados por tipo de droga	157
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína	158
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína	159
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cáñabis	159
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes	160
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos	161
Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol	163

2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2011	167
Introducción	167
Metodología	167
Resultados	167
2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983- 2011.	
Mortalidad relacionada con drogas	172
Introducción	172
Metodología y resultados	172
• Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)	173
• Registro General de Mortalidad	178
• Estimación de la mortalidad a partir del Registro Específico y del Registro General de Mortalidad	180
2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2012	182
Introducción	182
Metodología y resultados	182
• VIH/sida	182
SINIVIH. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH	183
Registro Nacional de casos de sida	186
Estudio EPI-VIH	187
Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida	190
Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	193
• Hepatitis virales	198
2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2012	200
Introducción	200
Metodología y resultados	201
• Estimación de consumo problemático/de riesgo de cannabis	201
• Estimación de consumo problemático/de riesgo de cocaína	205
• Estimación de consumo problemático/de riesgo de opioides	208
• Estimación de consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada	210
3. Sistemas de alerta temprana	213
3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (Early Warning System-EWS)	214
Introducción	214
Fases de respuesta, ante una alerta, en el Sistema de Alerta Temprana de la UE	215
3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)	219
Introducción	219
Objetivos y funciones	220
Estructura y funcionamiento	220
Actividad	224
3.3. Estudio Internet Snapshot	225
Estudio Internet Snapshot en España en 2013	225

4. Oferta de drogas y medidas de control	226
4.1. Ventas de tabaco, 2000-2012	227
4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2012	231
4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2012	235
4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2001-2012 ..	239
Información complementaria	244
Páginas web de interés	245

INTRODUCCIÓN

La función primordial del **Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT)** es ofrecer una visión global de la evolución y características del consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol, tabaco, hipnosedantes, drogas ilegales y nuevas sustancias), 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 2013*, se publica, por primera vez, junto con otro documento, *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2013*, 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 de 1994 a 2012. Las fuentes de información son dos encuestas: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

EDADES y ESTUDES se realizan de forma bienal (un año EDADES y el siguiente ESTUDES), y se promueven y financian directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas contando, la segunda, con la estrecha colaboración de las Comunidades y Ciudades Autónomas.

En el **capítulo 2**, se incluye información relativa a los problemas relacionados con las drogas de 1987 a 2012. 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 y 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 y laboratorios toxicológicos). 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, funciones y estructura del Sistema de Alerta Temprana, sobre consumo de drogas, en España y la Unión Europea.

El **capítulo 4** se centra en la oferta de drogas y medidas de control. Se incluye información desde 1998 a 2012 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 <http://www.pnsd.msssi.gob.es/> pueden consultarse los informes que se han ido publicando periódicamente desde 1998.

Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas

1.1. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2011

Introducción

Durante el año 2011 se ha realizado una nueva edición de la encuesta EDADES, que se enmarca en la serie de encuestas que vienen realizándose en España de forma bienal desde el año 1995, y que tienen como objetivo conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas en la población general de 15 a 64 años.

Su financiación y promoción corresponden a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y cuentan con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

La metodología es similar a la utilizada en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

Objetivos

EDADES tiene por objetivo recabar información de valor para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y los problemas derivados del mismo.

A partir de este objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.
- 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 antes expuestos.
- Conocer aquellas prevalencias, asociaciones y relaciones entre variables sobre las que la DGPNSD precise ampliar conocimientos o realizar estudios específicos.

Metodología

A continuación se presenta un resumen de los principales aspectos metodológicos de la encuesta EDADES 2011. La información metodológica más detallada puede ser consultada en informes previos del OEDT¹.

Resumen metodológico EDADES 2011

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).
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 la Droga y las Toxicomanías (OEDT). 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	En 2011, el periodo de recogida de información ha sido del 7 de noviembre al 15 de diciembre de 2011 y del 7 de febrero al 4 de abril de 2012.
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	Población urbana y rural (municipios menores de 2.000 habitantes) de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas. Queda excluida la población que no reside en hogares.
Procedimiento de muestreo	Muestreo por conglomerados triétopico sin sustitución. Las unidades de primera etapa son las secciones censales (2.237), correspondientes a 910 municipios en 2011. 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 disproportionalidad de la muestra con respecto al universo.
Tamaño de la muestra	22.128 cuestionarios válidos.
Ampliación de la muestra	Baleares, Canarias, Cantabria y La Rioja han financiado una ampliación de la muestra que correspondía a su territorio.
Error muestral	El error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% y para $p=q=0,5$ es del 0,7% para la población española de 15 a 64 años.
TRABAJO DE CAMPO. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	
Método de recogida: Cuestionarios	Entrevista personal en el domicilio. El entrevistador permanece presente durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado. 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	50%.
INFORMACIÓN ADICIONAL	
Modulo específico	Módulo específico sobre Nuevas sustancias psicoactivas.

En la Tabla 1.1.1 se presenta la distribución de la muestra por Comunidades y Ciudades Autónomas y el error muestral para cada una de ellas.

1. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/oed/home.htm>

Tabla 1.1.1.

Distribución de la muestra de la encuesta EDADES 2011 por Comunidad/Ciudad Autónoma.

CCAA	PNSD*	Ampliación**	Realizadas	Error muestral***
Andalucía	2.209	–	2.209	2,1%
Aragón	871	–	871	3,3%
Asturias	786	–	786	3,5%
Baleares	774	204	978	3,1%
Canarias	1.109	1.368	2.477	2,0%
Cantabria	577	415	992	3,1%
Castilla-La Mancha	1.064	–	1.064	3,0%
Castilla y León	1.213	–	1.213	2,8%
Cataluña	2.069	–	2.069	2,2%
C. Valenciana	1.712	–	1.712	2,4%
Extremadura	804	–	804	3,5%
Galicia	1.262	–	1.262	2,8%
Madrid	1.905	–	1.905	2,2%
Murcia	900	–	900	3,3%
Navarra	605	–	605	4,0%
País Vasco	1.117	–	1.117	2,9%
La Rioja	432	317	749	3,6%
Ceuta	209	–	209	6,8%
Melilla	206	–	206	6,8%
Total España	19.824	2.304	22.128	0,7%

* Muestra financiada por el PNSD.

** Muestra financiada por las CCAA.

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

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Resultados

A continuación se presentan los principales resultados de la encuesta EDADES 2011 y la evolución observada con respecto a ediciones previas.

Prevalencia de consumo de drogas

Evolución temporal

En el año 2011, las sustancias psicoactivas que presentan una mayor prevalencia de consumo en todos los indicadores temporales considerados, son el alcohol y el tabaco. Por su parte, entre las drogas de comercio ilegal, el cannabis es la sustancia con mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida (27,4%) seguida de la cocaína en polvo (8,8%), con niveles que, si consideramos el consumo en los últimos 12 meses, descienden al 9,6% y 2,2% respectivamente.

La evolución más destacable con respecto a los años anteriores se da en los tranquilizantes, dado que sus prevalencias de consumo aumentan sustancialmente en todos los indicadores temporales considerados. El 17,1% de la población consultada ha consumido tranquilizantes alguna vez en su vida (incremento de 6,1 puntos porcentuales respecto al año 2009) y teniendo en cuenta los últimos 12 meses, el nivel de prevalencia se sitúa en 9,8% (incremento de 4,3 puntos porcentuales respecto al año 2009). Con este valor de consumo en los últimos 12 meses, el consumo de tranquilizantes supera por primera vez la prevalencia de consumo de cannabis y, en este tramo temporal, los tranquilizantes son ya la tercera sustancia psicoactiva más consumida, tras el alcohol (76,6%) y el tabaco (40,2%).

Centrándonos en el consumo de drogas en el último mes, los hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos) constituyen por primera vez en la serie histórica contemplada, la tercera sustancia psicoactiva más extendida entre la población (8,3%), por encima del cannabis, que pierde consumidores (-0,6 puntos) hasta llegar al 7,0% de prevalencia. La posición de los hipnosedantes se debe principalmente al incremento que muestran los tranquilizantes (que pasan de 4,0% a 6,9%) y secundariamente al que muestran los somníferos (que pasan de 2,7% a 3,4%) (Tabla 1.1.2).

Tabla 1.1.2.

Prevalencias de consumo de drogas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario en la población española de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011.

Prevalencia de consumo alguna vez en la vida									
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	–	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5	75,0	71,7
Alcohol	–	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88,0	94,2	90,9
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1	27,4
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3	4,9	3,6
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8	3,7	2,9
Anfetaminas/speed	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8	3,7	3,3
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8	0,9	0,9
Cocaína (polvo y/o base)	–	–	–	–	–	–	8,3	10,2	8,8
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8	0,6	0,6
Inhalables volátiles	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1	0,6	0,8
Tranquilizantes (con/sin receta)	–	–	–	–	–	7,0	13,0	11,0	17,1
Somníferos (con/sin receta)	–	–	–	–	–	4,6	6,0	6,3	7,9
Hipnosedantes* (con/sin receta)	–	–	–	–	–	8,7	15,4	13,4	19,5
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses									
	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	–	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,7	42,8	40,2
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9	78,7	76,6
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,1	0,8	0,7
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4
Anfetaminas/speed	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9	0,6	0,6
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,1	0,2
Cocaína (polvo y/o base)	–	–	–	–	–	–	3,1	2,7	2,3
Heroína	0,5	0,2	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
Tranquilizantes (con/sin receta)	–	–	–	–	–	3,9	6,9	5,5	9,8
Tranquilizantes (sin receta)	–	–	–	–	–	0,9	0,9	1,6	0,9
Somníferos (con/sin receta)	–	–	–	–	–	2,7	3,8	3,6	4,4
Somníferos (sin receta)	–	–	–	–	–	0,8	0,8	1,1	0,6
Hipnosedantes* (con/sin receta)	–	–	–	–	–	5,1	8,6	7,1	11,4
Hipnosedantes* (sin receta)	12,3	2,3	2,3	2,8	3,1	1,2	1,3	1,9	1,2

	Prevalencia de consumo en los últimos 30 días							
	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8	39,4	37,6
Alcohol	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60,0	63,3	62,3
Cánnabis	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2	7,6	7,0
Éxtasis	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6	0,4	0,3
Alucinógenos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Anfetaminas/speed	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3	0,3	0,3
Cocaína en polvo	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1
Cocaína (polvo y/o base)	–	–	–	–	–	–	1,3	1,1
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	–	0,0
Tranquilizantes (con/sin receta)	–	–	–	–	2,7	4,7	4,0	6,9
Somníferos (con/sin receta)	–	–	–	–	2,0	2,5	2,7	3,4
Hipnosedantes* (con/sin receta)	–	–	–	–	3,7	5,9	5,2	8,3
	Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días							
	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Tabaco	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6	31,8	30,4
Alcohol	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2	11,0	10,2
Cánnabis	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,6	2,0	1,7
Tranquilizantes (con/sin receta)	–	–	–	–	–	2,6	2,3	4,0
Somníferos (con/sin receta)	–	–	–	–	–	1,1	1,4	1,7
Hipnosedantes * (con/sin receta)	–	–	–	–	–	3,1	2,7	4,6

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Edad y sexo

La edad media de inicio en el consumo de las diferentes sustancias que se registró en el año 2011, en términos generales, se mantiene estable respecto al año anterior.

Las sustancias que se consumen por primera vez a una menor edad son aquellas que presentan mayores prevalencias, es decir, el tabaco y las bebidas alcohólicas (16,5 años y 16,7 años respectivamente). Respecto a las sustancias ilegales, la sustancia que se comienza a consumir más tempranamente continua siendo el cannabis, situándose la edad de inicio en 18,7 años.

La mayor variación en la edad de inicio de consumo con respecto al año 2009 aparece en la heroína, ya que pasa de 22,9 años a 20,7 años en 2011. Por otro lado, la sustancia que se comienza a consumir más tarde es los hipnosedantes (34,5 años) si bien cuando hablamos de hipnosedantes sin receta, la edad de inicio se reduce a los 27,8 años (Tabla 1.1.3).

Tabla 1.1.3.

Edad media de inicio de consumo de las diferentes sustancias entre la población de 15-64 años. España, 1995-2011.

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

* Incluye traquilizantes y/o somníferos

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

En las Tablas 1.1.4, 1.1.5, 1.1.6 y 1.1.7 se presentan las prevalencias de consumo de diferentes drogas en función de la edad y el sexo. En España, el consumo de drogas está más extendido entre las personas de 15 a 34 años tanto para las drogas ilegales como para aquellas de comercio legal. La excepción se encuentra en los hipnosedantes, con una mayor proporción de consumidores de entre 35 y 64 años.

Observando las diferencias en el uso de drogas por sexo, se constata que las sustancias psicoactivas están más extendidas entre los hombres que entre las mujeres para el conjunto de sustancias observadas, siendo los hipnosedantes la única excepción, pues el consumo entre las mujeres es 7,7 puntos mayor que entre los hombres (15,3% y 7,6% respectivamente considerando los últimos 12 meses).

Observando otra de las sustancias de comercio legal en los últimos 12 meses, el tabaco, los hombres muestran un porcentaje de consumo 8,2 puntos mayor que el de las mujeres (44,2% y 36,0% respectivamente). Se trata de una menor diferencia entre sexos que la registrada en 2009, debido principalmente al descenso de consumo que se produce entre los hombres. Tanto para los últimos 12 meses como para los últimos 30 días, la proporción de hombres que consumen tabaco con respecto a la de mujeres es la misma: 1,23 hombres por cada mujer.

En cuanto al consumo de alcohol en los últimos 12 meses, los hombres muestran una prevalencia de consumo de 83,2% frente al 69,9% de las mujeres. La diferencia se hace mayor si nos referimos a los últimos 30 días, con 22 puntos de diferencia (73,2% vs 51,2%), similar a la que se produce en años anteriores.

En relación a los últimos 12 meses y entre las sustancias psicoactivas ilegales, la prevalencia entre los hombres al menos duplica a la de las mujeres en todas las sustancias estudiadas excepto en los hipnosedantes sin receta (destacando los casos de los alucinógenos o las anfetaminas, donde el número de hombres que consumen triplica al de las mujeres, o el caso de la cocaína en polvo, con cuatro veces más hombres consumidores que mujeres).

Respecto a la sustancia ilegal más consumida, el cáñabis, se encuentra extendido entre un 13,6% de los hombres frente al 5,5% de las mujeres, habiéndose producido un descenso en su consumo respecto a 2009 en los dos sexos

(-1,2 y -0,7 puntos respectivamente considerando el tramo temporal de los últimos 12 meses). Centrándose en el consumo durante los últimos 30 días, la prevalencia entre los hombres alcanza el 10,2% y entre las mujeres, el 3,8% y, aunque respecto a 2009 el consumo entre los hombres ha disminuido más que entre las mujeres (-0,8 vs -0,2 puntos porcentuales), se observa que por cada mujer consumidora de cannabis hay 2,7 hombres.

Tabla 1.1.4.

Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2011.

	TOTAL		SEXO						EDAD			
	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-17	18-64	15-34	35-64	
Tabaco	71,7	77,6	65,7	60,6	72,5	74,4	78,0	69,3	40,7	72,8	67,8	74,2
Alcohol	90,9	94,0	87,7	86,3	91,5	92,0	92,5	90,6	69,7	91,6	89,5	91,7
Cánnabis	27,4	35,4	19,2	34,6	38,4	30,1	22,1	9,0	18,1	27,7	36,9	21,6
Éxtasis	3,6	5,1	2,0	4,0	6,8	4,2	1,4	0,4	0,9	3,7	5,7	2,3
Alucinógenos	2,9	4,4	1,4	3,0	5,3	3,5	1,6	0,4	1,0	3,0	4,4	2,0
Anfetaminas/speed	3,3	4,8	1,7	3,0	5,7	4,2	1,9	0,5	0,4	3,4	4,6	2,4
Cocaína (polvo y/o base)	8,8	12,8	4,7	7,1	13,7	11,8	7,0	1,8	1,6	9,1	11,1	7,4
Cocaína en polvo	8,8	12,7	4,7	7,0	13,7	11,7	6,9	1,8	1,6	9,0	11,0	7,4
Cocaína base	0,9	1,5	0,3	0,4	1,0	1,5	1,2	0,2	0,0	1,0	0,8	1,0
Heroína	0,6	0,9	0,2	0,2	0,6	0,9	0,7	0,1	0,0	0,6	0,4	0,6
Inhalables volátiles	0,8	1,1	0,4	0,8	1,3	1,1	0,4	0,1	0,7	0,8	1,1	0,6
Tranquilizantes (con/sin receta)	17,1	11,9	22,3	7,2	13,0	17,2	21,8	25,3	2,8	17,5	10,7	21,0
Tranquilizantes (sin receta)	1,9	1,7	2,1	1,6	2,0	2,4	1,8	1,6	1,1	1,9	1,8	2,0
Somníferos (con/sin receta)	7,9	5,5	10,2	2,3	5,1	7,9	10,7	13,2	0,7	8,1	3,9	10,3
Somníferos (sin receta)	1,3	1,1	1,4	0,8	1,1	1,6	1,4	1,2	0,1	1,3	1,0	1,4
Hipnosedantes* (con/sin receta)	19,5	13,7	25,4	8,0	14,8	19,3	24,9	29,8	3,3	20,1	12,1	24,1
Hipnosedantes* (sin receta)	2,4	2,1	2,6	2,0	2,5	2,9	2,2	2,1	1,1	2,4	2,3	2,5
Ketamina	1,0	1,5	0,5	1,4	2,0	1,0	0,4	0,0	0,2	1,0	1,8	0,5
Spice	0,8	1,2	0,3	1,0	1,4	0,9	0,4	0,1	0,3	0,8	1,2	0,5
Piperazinas	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
Mefedrona	0,1	0,2	0,0	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1
Nexus	0,2	0,3	0,1	0,2	0,5	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,4	0,1
Metanfetamina	0,8	1,2	0,3	0,9	1,2	1,0	0,3	0,1	0,3	0,8	1,1	0,5
Setas mágicas	2,4	3,5	1,2	3,3	4,9	2,1	1,0	0,1	1,5	2,4	4,3	1,2
Research chemicals	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Legal highs	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Salvia	0,9	1,3	0,4	1,1	1,8	0,8	0,3	0,1	0,4	0,9	1,5	0,5
Esteroides anabolizantes	0,3	0,5	0,1	0,3	0,6	0,4	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4	0,2

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.5.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2011.

	TOTAL		SEXO						EDAD				
	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-17	18-64	15-34	35-64		
Tabaco	40,2	44,2	36,0	40,6	45,9	42,7	40,9	27,7	26,6	40,6	43,8	37,9	
Alcohol	76,6	83,2	69,9	78,5	79,5	78,0	76,5	69,3	62,2	77,1	79,1	75,1	
Cáñabis	9,6	13,6	5,5	20,7	14,6	8,5	4,3	1,3	13,4	9,5	17,0	5,1	
Éxtasis	0,7	1,0	0,4	1,7	1,2	0,4	0,2	0,0	0,5	0,7	1,4	0,2	
Alucinógenos	0,4	0,6	0,2	1,3	0,6	0,2	0,1	0,0	0,8	0,4	0,9	0,1	
Anfetaminas/speed	0,6	0,9	0,3	1,4	0,9	0,5	0,2	0,0	0,3	0,6	1,1	0,3	
Cocaína (polvo y/o base)	2,3	3,6	0,9	3,5	3,6	2,6	1,1	0,2	1,2	2,3	3,6	1,4	
Cocaína en polvo	2,2	3,6	0,9	3,4	3,6	2,6	1,1	0,2	1,2	2,3	3,5	1,4	
Cocaína base	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	
Heroína	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	
Tranquilizantes (con/sin receta)	9,8	6,4	13,2	3,9	6,6	9,3	13,1	15,9	2,2	10,0	5,5	12,4	
Tranquilizantes (sin receta)	0,9	0,9	1,0	0,9	1,0	1,4	0,9	0,3	0,5	1,0	1,0	0,9	
Somníferos (con/sin receta)	4,4	3,1	5,9	1,2	2,5	4,4	6,1	8,0	0,5	4,6	2,0	5,9	
Somníferos (sin receta)	0,6	0,5	0,7	0,5	0,5	0,8	0,8	0,2	0,0	0,6	0,5	0,7	
Hipnosedantes* (con/sin receta)	11,4	7,6	15,3	4,2	7,7	10,5	15,3	19,1	2,5	11,7	6,3	14,5	
Hipnosedantes* (sin receta)	1,2	1,1	1,2	1,1	1,3	1,6	1,2	0,4	0,5	1,2	1,2	1,2	
Ketamina	0,2	0,3	0,1	0,5	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,4	0,0	
Spice	0,1	0,3	0,0	0,4	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3	0,0	
Piperazinas	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Mefedrona	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	
Nexus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	
Metanfetamina	0,2	0,3	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,3	0,1	
Setas mágicas	0,4	0,6	0,2	1,1	0,8	0,2	0,0	0,0	1,0	0,4	1,0	0,1	
Research chemicals	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Legal highs	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Salvia	0,2	0,3	0,1	0,4	0,2	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2	0,3	0,1	
Esteroides anabolizantes	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.6.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2011.

	TOTAL		SEXO						EDAD			
	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-17	18-64	15-34	35-64	
Tabaco	37,6	41,4	33,7	36,5	42,9	40,5	38,9	25,9	20,5	38,2	40,4	35,9
Alcohol	62,3	73,2	51,2	61,9	64,9	63,1	63,6	56,9	41,0	63,1	63,7	61,5
Cánnabis	7,0	10,2	3,8	14,7	11,0	6,3	2,7	1,1	8,2	7,0	12,5	3,7
Éxtasis	0,3	0,4	0,2	0,7	0,5	0,2	0,1	0,0	0,4	0,3	0,6	0,1
Alucinógenos	0,2	0,2	0,1	0,6	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,1
Anfetaminas/speed	0,3	0,4	0,1	0,7	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,3	0,5	0,1
Cocaína (polvo y/o base)	1,1	1,8	0,5	1,6	1,8	1,4	0,7	0,0	0,4	1,2	1,7	0,8
Cocaína en polvo	1,1	1,8	0,5	1,6	1,7	1,4	0,7	0,0	0,4	1,2	1,7	0,8
Cocaína base	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Heroína	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tranquilizantes (con/sin receta)	6,9	4,4	9,6	1,8	3,5	6,5	10,1	12,9	0,3	7,2	2,8	9,5
Tranquilizantes (sin receta)	0,5	0,5	0,6	0,3	0,5	0,8	0,8	0,2	0,0	0,6	0,4	0,6
Somníferos (con/sin receta)	3,4	2,1	4,7	0,7	1,6	3,1	5,0	6,7	0,2	3,5	1,3	4,7
Somníferos (sin receta)	0,4	0,3	0,5	0,3	0,3	0,5	0,7	0,2	0,0	0,4	0,3	0,4
Hipnosedantes* (con/sin receta)	8,3	5,2	11,4	2,0	4,3	7,5	12,0	15,7	0,4	8,5	3,4	11,3
Hipnosedantes* (sin receta)	0,7	0,6	0,8	0,5	0,6	1,0	1,0	0,3	0,0	0,7	0,6	0,8
Ketamina	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Spice	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Piperazinas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mefedrona	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nexus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Metanfetamina	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Setas mágicas	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,3	0,0
Research chemicals	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Legal highs	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Salvia	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
Esteroides anabolizantes	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.7.

Prevalencia de consumo diario de drogas en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2011.

	TOTAL	SEXO			EDAD						
		Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-17	18-64	15-34
Tabaco	30,4	34,1	26,7	26,8	34,2	33,7	32,3	21,9	13,8	31,0	31,3
Alcohol	10,2	15,3	5,0	1,6	4,8	9,2	14,4	21,6	1,0	10,5	3,5
Cáñabis	1,7	2,7	0,7	3,4	2,6	1,7	0,7	0,3	1,4	1,8	2,9
Tranquilizantes (con/sin receta)	4,0	2,2	5,8	0,7	1,5	3,8	6	7,9	0,2	4,1	1,2
Somníferos (con/sin receta)	1,7	0,9	2,4	0,3	0,5	1,7	2,2	3,9	0,2	1,7	0,4
Hipnosedantes* (con/sin receta)	4,6	2,5	6,7	0,8	1,7	4,2	6,6	9,7	0,2	4,7	1,3
											6,5

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Comunidad/Ciudad Autónoma

La muestra utilizada nos permite obtener resultados, con una precisión aceptable, aunque para la prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y cáñabis por Comunidad Autónoma, existe un nivel sustancial de error aleatorio y de errores sistemáticos (en la recogida de datos) que obligan a interpretar con precaución las diferencias de prevalencia entre CCAA, así como la evolución temporal en una misma comunidad.

En cuanto a las prevalencias de consumo de alcohol en los últimos 30 días en las diferentes Comunidades Autónomas, destacan, por tener los niveles más elevados, Navarra (72,9%), País Vasco (69,3%) y Aragón (68,7%) mientras que, por el contrario, encontramos a Melilla (26,3%), Cantabria (42,4%) y Ceuta (44,4%) como aquellas con menor prevalencia en este sentido. De media, para el total nacional, entre personas de 15 a 64 años, la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días es de 62,3% (Figura 1.1.1).

Por otra parte, respecto al consumo diario de tabaco (Figura 1.1.2), las comunidades con mayor prevalencia entre su población de 15 a 64 años son Extremadura (37,9%), Comunidad Valenciana (37,5%) y Cantabria (35,9%). Por su parte, Melilla, Ceuta y Madrid muestran los niveles más bajos (15,3%, 19% y 23,3% respectivamente), estando la media nacional en 30,4%.

La diferencia entre las comunidades con mayor y menor prevalencia es mayor para el caso del alcohol (Navarra tiene una prevalencia de 46,6 puntos superior a la de Melilla) que para el tabaco (Extremadura muestra una prevalencia 22,6 puntos mayor a la de Melilla).

Por su parte, el cáñabis muestra una prevalencia de consumo en los últimos 30 días de 7% a nivel nacional (Figura 1.1.3). Destacando por encima de la media se encuentran Baleares, Comunidad Valenciana y Navarra (11,5%, 11% y 9,5% respectivamente). Estos niveles de consumo suponen más del doble de los que podemos encontrar en las comunidades con menor prevalencia, a saber, Melilla, Asturias y Galicia (3,5%, 4,1% y 4,2% respectivamente).

Figura 1.1.1.

Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años, según Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2011.

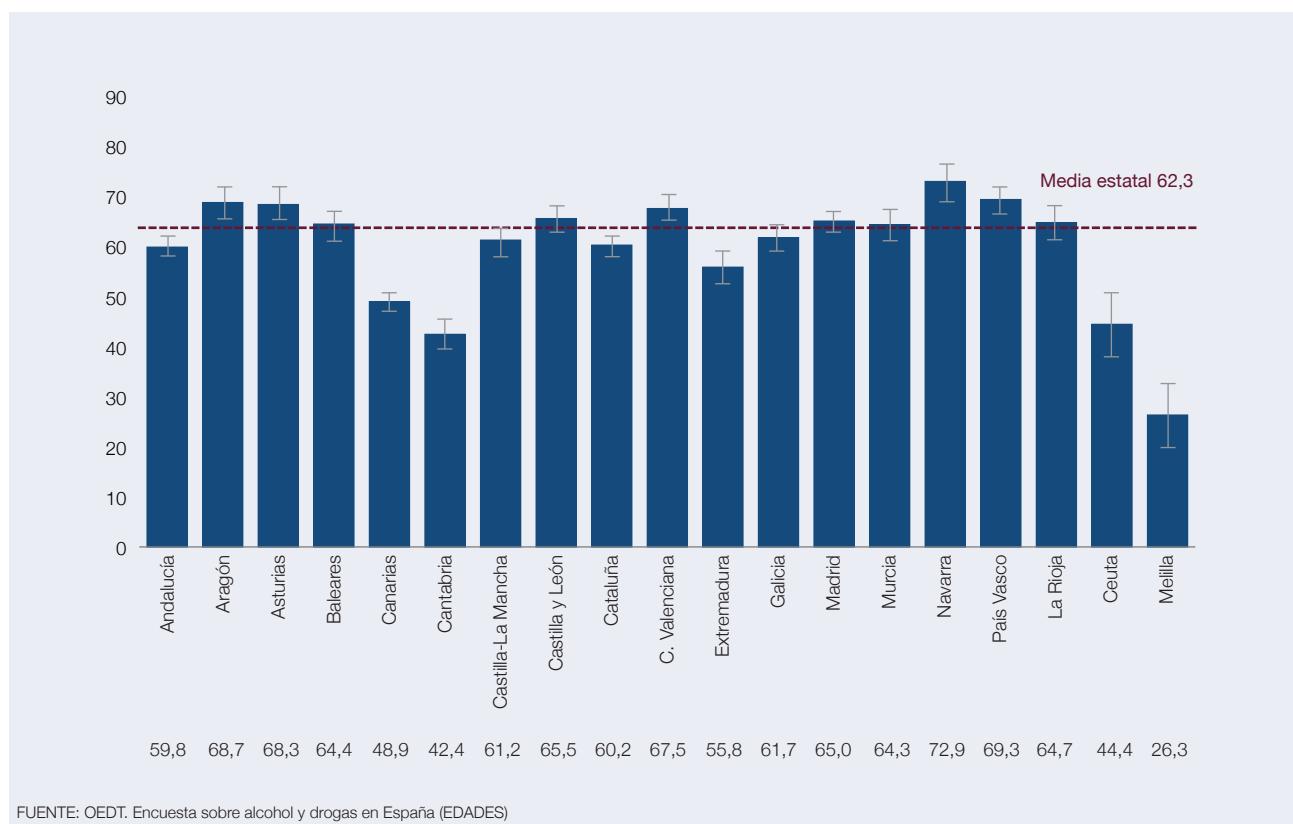


Figura 1.1.2.

Prevalencia de consumo de tabaco diario entre la población de 15-64 años, según Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2011.

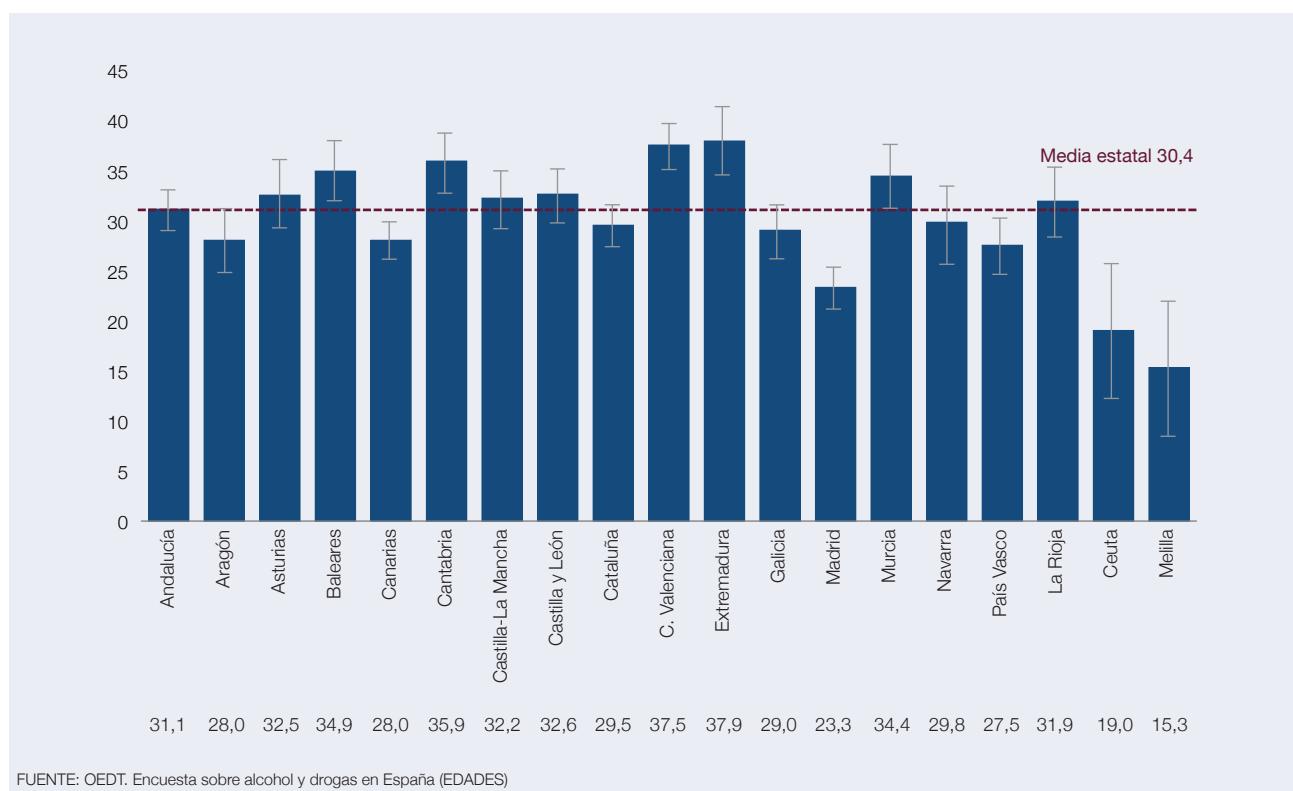
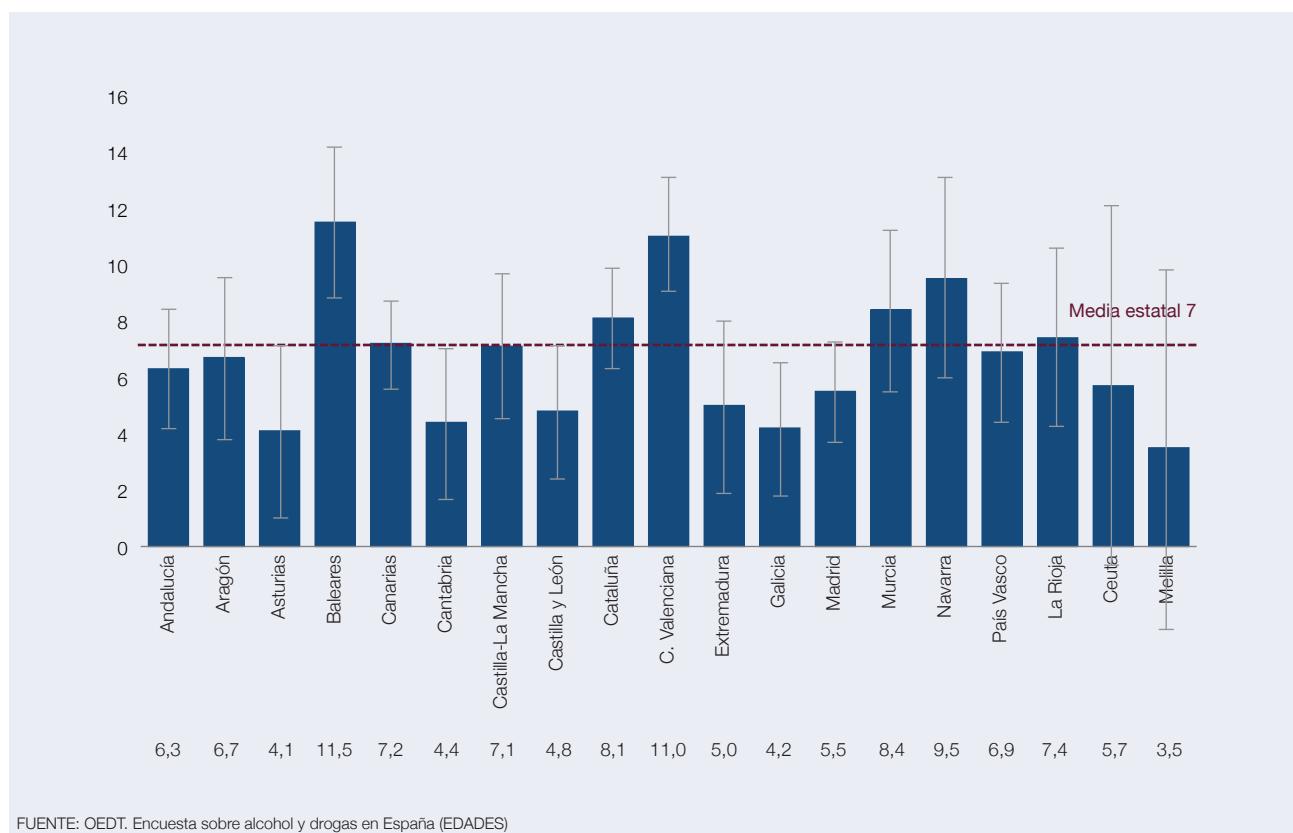


Figura 1.1.3.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años, según Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2011.



Consumo por tipo de drogas

Bebidas alcohólicas

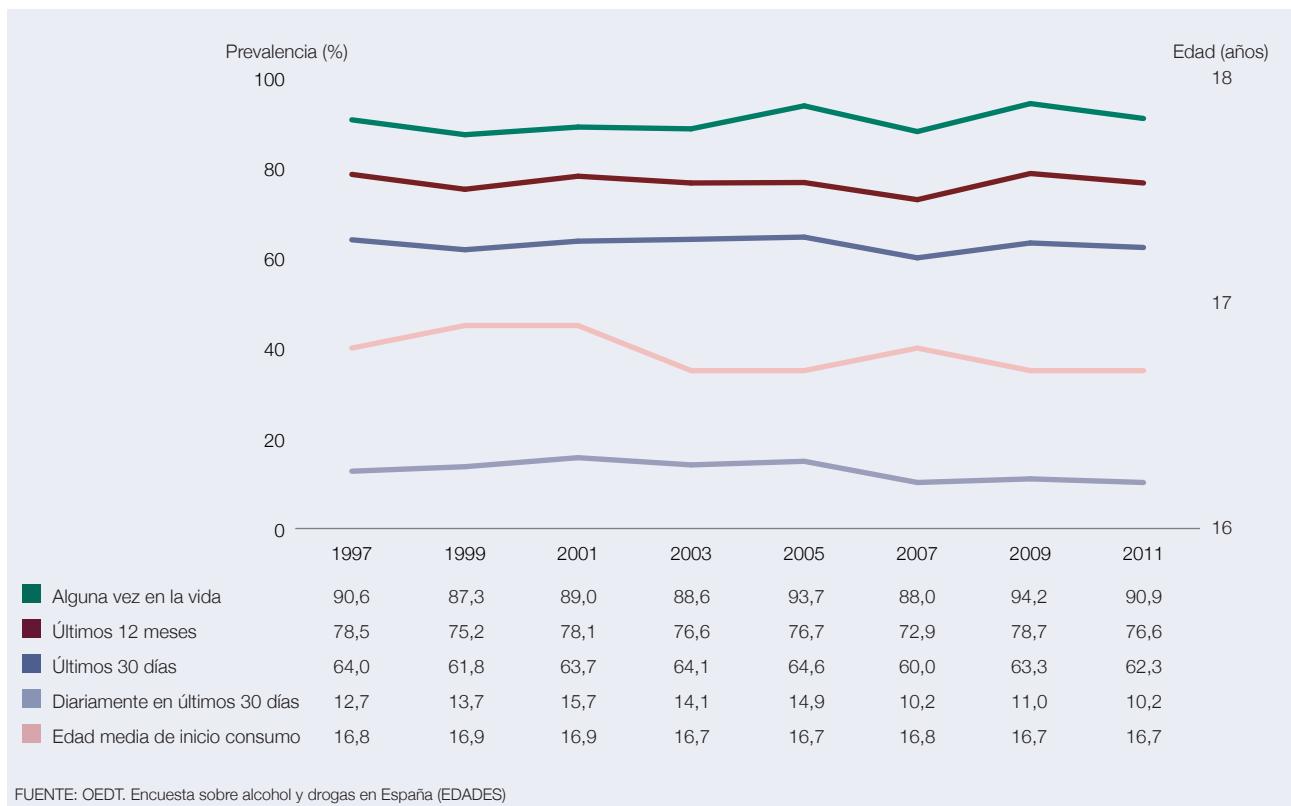
La extensión del consumo de bebidas alcohólicas en la sociedad española es prácticamente universal. Así, en 2011, el 90,9% de la población española de entre 15 y 64 años las había consumido alguna vez en la vida, el 76,6% de la población admitió haberlas consumido alguna vez durante el último año y el 62,3% lo hizo en el último mes. Para todas las frecuencias temporales contempladas, el consumo de bebidas alcohólicas se reduce en 2011 con respecto a 2009 (-3,3, -2,1 y -1,0 puntos porcentuales respectivamente), año donde repuntaron los niveles de consumo en todos los tramos temporales. Por su parte, en 2011, el consumo diario de alcohol se reduce 0,8 puntos porcentuales con respecto a 2009, hasta un porcentaje del 10,2%, volviendo así a niveles de 2007 (Figura 1.1.4).

En todas las frecuencias temporales estudiadas y para todos los tramos de edad, el hombre presenta mayores prevalencias de consumo de alcohol que la mujer. El 94,0% de los hombres consultados había consumido alcohol alguna vez en su vida frente al 87,7% de las mujeres; el 83,2% de los hombres habían consumido alcohol en el último año frente al 69,9% de las mujeres y el 73,2% de los hombres consumieron alcohol en el último mes frente al 51,2% de las mujeres. La prevalencia de consumo diario de alcohol, en los últimos 30 días, fue de 15,3% en hombres y de 5% en mujeres.

La diferencia de las prevalencias de consumo de alcohol entre hombres y mujeres va creciendo conforme se examinan tramos temporales más próximos en el tiempo. Así, la razón hombre/mujer para la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es de 1,07, de 1,19 para la prevalencia de consumo en el último año, de 1,43 para la prevalencia de consumo en el último mes y de 3,06 para el consumo diario en el último mes.

Figura 1.1.4.

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas y edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2011.



Atendiendo a los resultados por grupos de edad, el segmento de población de entre 15 y 34 años muestra una prevalencia de consumo de alcohol en el último año ligeramente superior al del grupo de entre 35 y 64 años (79,1% frente a 75,1%). Son los jóvenes de entre 25 y 34 años los que muestran una mayor prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses (79,5%) aunque no a mucha distancia del mostrado por los grupos de entre 15 y 24 años y entre 35 y 44 años (78,5% y 78,0% respectivamente). Sin embargo, cuando se analiza el indicador de consumo de alcohol en atracón (se entiende por atracón o *binge drinking* el consumo de 5 o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en un tiempo no superior a dos horas) en el último mes respecto al total de la población española consultada, la prevalencia en el grupo de 15 a 34 años duplica la observada entre los que forman el grupo de entre 35 y 64 años (22,1% frente a 11,0%).

Por otra parte, teniendo en cuenta tanto el sexo como la edad de los entrevistados, las prevalencias de consumo de alcohol entre hombres y mujeres muestran mayor similitud en el tramo de edad de entre 15 y 24 años que en el resto de grupos de edad y para todos los indicadores temporales (Tabla 1.1.8).

Respecto al consumo diario de alcohol, éste va siendo mayor entre las personas conforme aumenta la edad, en ambos sexos, alcanzando los hombres de entre 55 y 64 años cifras del 32,5% de prevalencia frente al 10,5% entre las mujeres del mismo grupo etario.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol registrada en 2011 es de 16,7 años, similar a la anotada en años anteriores. Por su parte, los hombres comienzan su consumo de alcohol año y medio antes (16 años) que las mujeres (17,5 años).

Tomando en consideración los diferentes tipos de bebida y el momento de consumo (días laborables/fines de semana) en el último mes, se observa que, en términos generales, el porcentaje de personas que consumen alcohol en fin de semana es prácticamente el doble de los que consumen durante los días laborables (60,2% frente a 31,9%) (Figura 1.1.5). Esta diferencia es más pronunciada entre los jóvenes de 15 a 34 años dado que el 24,9% de este grupo consume alcohol en días laborables mientras que este porcentaje alcanza el 36,3% entre la población de 35 a 64 años.

La bebida con la que las personas muestran un hábito más diferenciado entre días laborables y fin de semana son los combinados/cubatas, que son consumidos por el 3,7% en días laborables mientras son consumidos por una de cada cuatro personas (24,9%) de 15 a 64 años que consume durante el fin de semana.

Centrándonos en el último mes y en los españoles de entre 15 y 64 años, la bebida alcohólica consumida por un mayor número de personas es la cerveza (Figura 1.1.5), tanto en los días laborables (23,6%) como en los fines de semana (43%), habiendo crecido en este sentido con respecto al año 2009 (en 3,6 y 1,7 puntos porcentuales respectivamente) tanto en el grupo de 15-34 años como en el de 35-64 años.

En días laborables (de lunes a jueves), la cerveza es consumida por el 24,8% de las personas del grupo de mayor edad (35-64 años) y por el 21,6% del grupo de 15 a 34 años. El vino es la segunda bebida más consumida en días laborables.

Tabla 1.1.8.

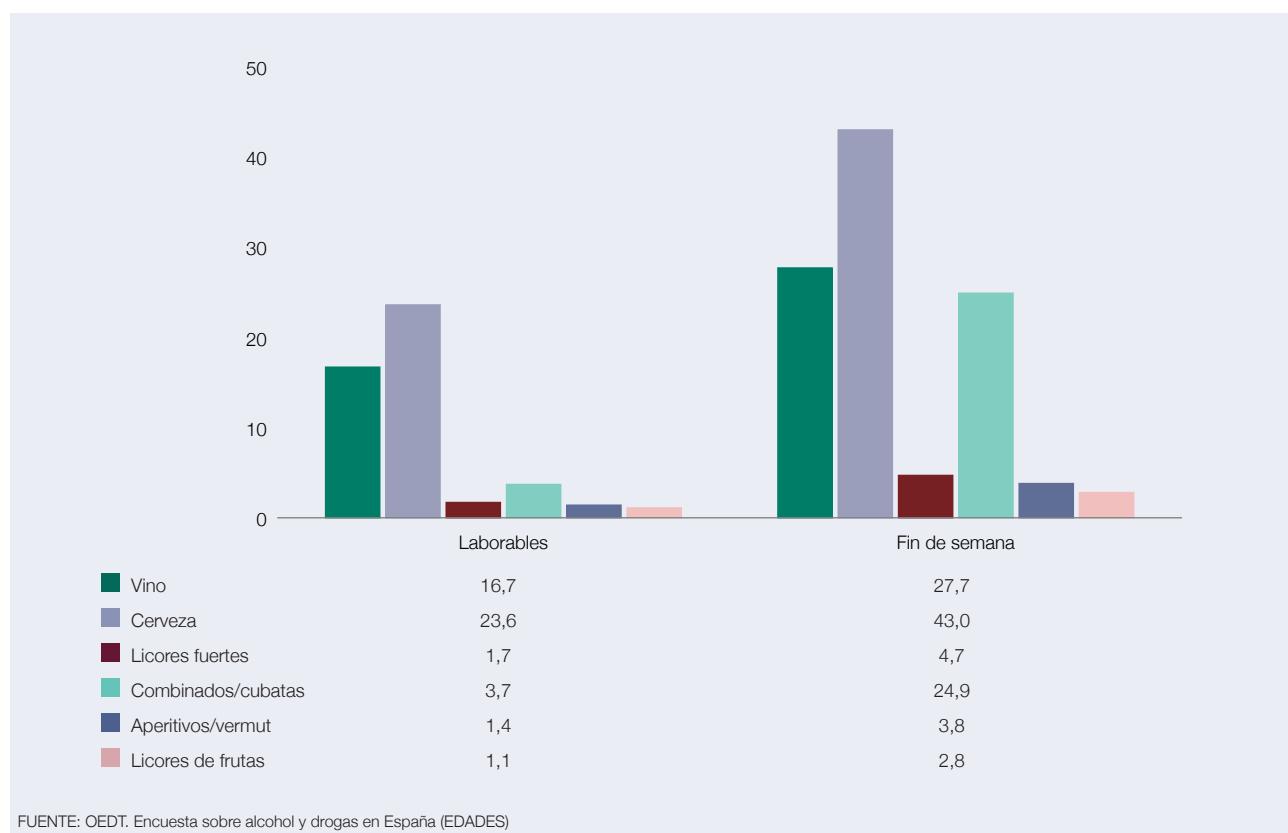
Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2011.

	15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alguna vez en la vida	88,1	84,5	94,0	89,0	94,7	89,0	95,6	89,6	96,5	84,6
Último año	81,9	75,0	85,9	72,8	84,1	71,6	83,5	69,7	79,2	59,5
Último mes	67,3	56,3	74,9	54,4	74,6	50,8	74,6	53,0	72,2	41,2
Diario en el último mes	2,2	1,0	7,3	2,1	13,8	4,3	21,9	7,1	32,5	10,5
Nunca	11,9	15,5	6,0	11,0	5,3	11,0	4,4	10,4	3,5	15,4

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Figura 1.1.5.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana, en la población de 15-64 años, según el tipo de bebida consumida (porcentajes). España, 2011.



En este caso, sí existe una diferencia muy evidente según la edad de los encuestados, pues el consumo de vino se encuentra extendido, principalmente, en el grupo de 35 a 64 años (22,4%) frente al 7,4% observado en el grupo de 15 a 34 años.

Durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo), la bebida consumida por un mayor porcentaje de personas es también la cerveza (44,1% de las personas de entre 15 y 34 años y 42,4% de aquellos entre 35 a 64 años). Al igual que ocurría durante los días laborables, se observa que también en fin de semana, la cerveza es una bebida muy popular independientemente de los segmentos de edad. Sin embargo, si nos referimos al vino y a los combinados (que junto con la cerveza son las tres bebidas alcohólicas más consumidas en fin de semana), se registran mayores diferencias según los grupos de edad considerados. El vino muestra mayor extensión en el grupo de 35 a 64 años (34,6%) frente al 16,3% entre los de 15 a 34 años, mientras que los combinados están más presentes entre los consumidores más jóvenes. Así, cuatro de cada diez jóvenes de entre 15 y 34 años (40,4%) han consumido combinados en fin de semana en el último mes, mientras que sólo dos de cada diez los ha consumido en el grupo de 35 a 64 años. A este respecto, conviene resaltar que el consumo de combinados, en 2011, ha aumentado tanto en fin de semana como en días laborables y en ambos grupos de edad (15-34 y 35-64 años).

Con respecto a la información obtenida en 2009, el consumo de alcohol en fin de semana se ha reducido ligeramente (pasando de 61,9% a 60,2%) mientras que en días laborables ha crecido. En 2011 se registró un notable aumento de la prevalencia de consumo de alcohol en días laborables entre las personas de 15 a 34 años (un incremento de 5,4 puntos porcentuales, pasando de 19,5% a 24,9%), produciéndose un mayor consumo en todas las bebidas estudiadas. Es sabido que, en los últimos años, y sobre todo en áreas urbanas, la población más joven ha adelantado el inicio del fin de semana que, en la actualidad, comienza el jueves en lugar del viernes. No obstante, no se puede precisar este dato debido a que el cuestionario de EDADES pregunta por “días laborables (de lunes a jueves)” y no por cada día laborable por separado.

En relación con las intoxicaciones etílicas, el 19,3% de la población de 15 a 64 años admitió haberse emborrachado alguna vez en el curso del último año a ser encuestado (el 25,9% de hombres frente al 12,6 % de mujeres). De ellos, el 5,4% reconoció haberse emborrachado más de una vez al mes en el último año mientras que el 13,9% lo hizo con una frecuencia menor.

El grupo que lidera la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas es el de los hombres de 15 a 34 años, pues el 41,3% de ellos se ha emborrachado en el último año frente al 23,5% de mujeres de la misma edad. La desagregación simultánea por edad y sexo muestra, en 2011, un descenso de las prevalencias de borracheras en todas las categorías consideradas (Figura 1.1.6) con respecto a 2009, en que registraron un aumento generalizado.

Por su parte, en referencia al *binge drinking* o consumo de alcohol en atracón (5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de 2 horas), se observa una prevalencia muy similar a la observada en el año 2009 para el total nacional. En 2011, el 15,2% de los españoles de entre 15 y 64 años ha realizado *binge drinking* en el último mes, siendo mayor, como es habitual para este tipo de consumo intensivo, la proporción registrada en hombres (20,7%) que en mujeres (9,5%), mostrando una razón hombre/mujer de 2,17. La cifra total nacional asciende ligeramente debido al incremento de un punto porcentual entre las mujeres (8,6% en 2009 a 9,5% en 2011).

En general, para todos los grupos de edad y para ambos性, la mayor proporción de consumidores en atracón los son entre 1 y 5 días al mes (84,1%) lo que podría identificarse con un patrón de consumo episódico de fin de semana. Tal y como se muestra en la Figura 1.1.7 y tomando como referencia la población general de 15 a 64 años desagregada por sexo y, posteriormente por grupos de edad, la proporción de hombres que ha realizado un consumo de atracón de alcohol en los últimos 30 días alcanza los mayores niveles entre los 20 y 24 años (35,6%), al igual que ocurre en el caso de las mujeres (19,9%), aunque con una diferencia de 15,7 puntos porcentuales a favor de los hombres.

Si en vez de utilizar como referencia la población general de 15 a 64 años, se analiza el *binge drinking* entre aquellas personas que han consumido alcohol en el último mes, la cifra asciende hasta alcanzar el 24,5% (28,5% en hombres y 18,6% en mujeres), lo que significa que una de cada cuatro personas que ha consumido alcohol en el último mes, lo ha hecho en forma de atracón. En este caso, la razón hombre/mujer desciende hasta 1,5.

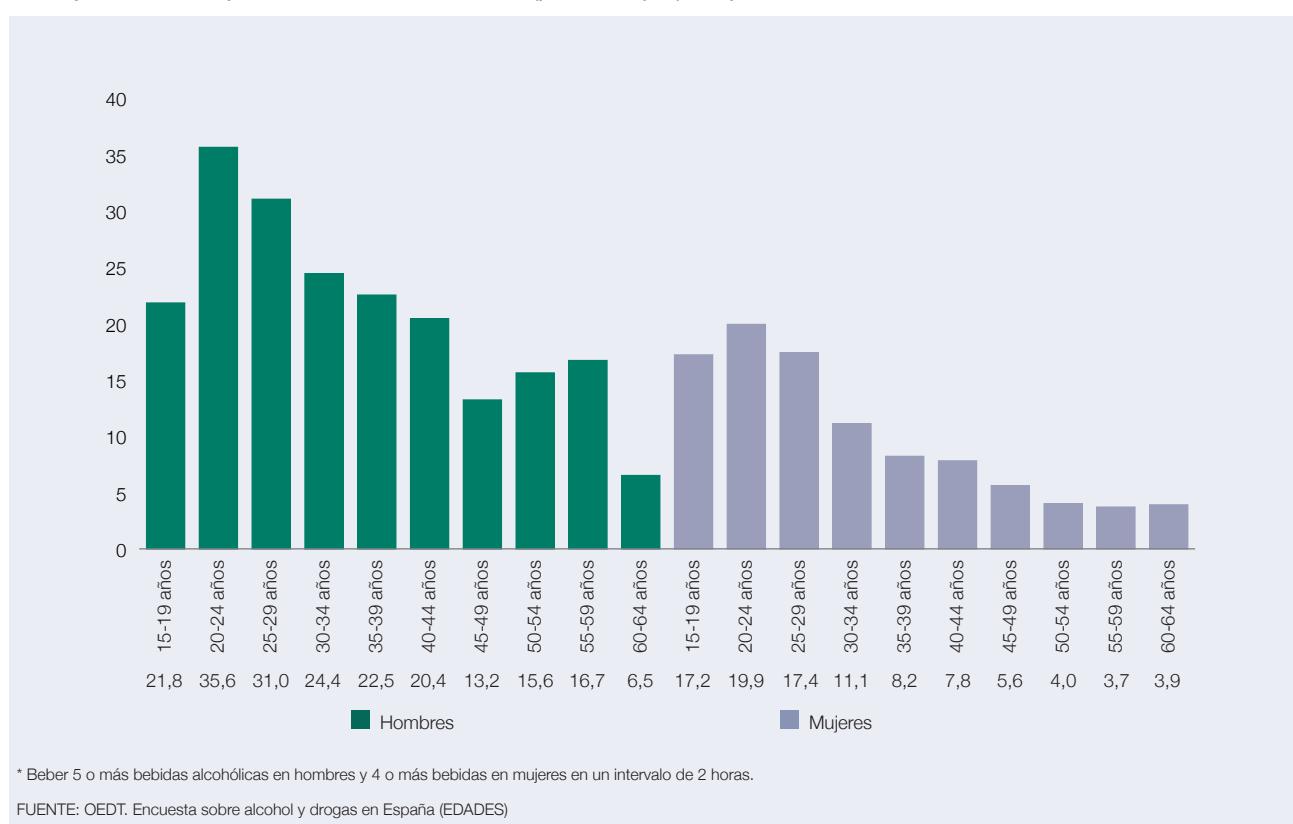
Figura 1.1.6.

Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2011.



Figura 1.1.7.

Prevalencia de consumo en atracón* de bebidas alcohólicas (*binge drinking*) en los últimos 30 días según sexo y edad en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2011.



Por último, con respecto a los denominados “bebedores de riesgo” (hombre que consume, por término medio, 50 cc o más de alcohol puro/día o mujer que consume, por término medio 30 cc o más de alcohol puro/día), EDADES 2011 registra una prevalencia de 4,1% (4,5% en hombres y 3,5% en mujeres) en la población española de 15 a 64 años (Tabla 1.1.9), que resulta ligeramente menor que la registrada en 2009 (4,4%). Conviene resaltar que, entre los 15 y los 24 años, el porcentaje de mujeres bebedoras de riesgo (4,4%) supera al de los hombres (4,2%).

Tabla 1.1.9.

Prevalencia de bebedores de riesgo* entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2011.

	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Hombre	Mujer
Prevalencia de bebedores de riesgo	4,1	4,3	4,3	3,6	4,3	4,2	4,5	3,5

* Bebedor de riesgo: hombre que consume, por término medio, 50 cc o más de alcohol puro/día o mujer que consume, por término medio 30 cc o más de alcohol puro/día.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

A modo de resumen, puede decirse que EDADES 2011 registra una tendencia ligeramente descendente del consumo de bebidas alcohólicas en la población general española de 15 a 64 años.

Las mayores prevalencias de consumo siguen correspondiendo a los hombres, para todos los intervalos temporales y también para los tres tipos de patrones de consumo intensivo estudiados (intoxicaciones etílicas, consumo en atracón —*binge drinking*— y bebedores de riesgo). Estos tres patrones de riesgo muestran también ligeros descensos con respecto a los niveles registrados en 2009. Aparentemente, se ha frenado discretamente el aumento de las prevalencias en mujeres para diversos indicadores (intensivos y no intensivos) que venía observándose en las últimas ediciones de la encuesta.

Tabaco

En el año 2011, el 71,7% de las personas de entre 15 y 64 años en España había consumido tabaco al menos una vez en la vida (Figura 1.1.8). Supone una reducción de 3,3 puntos respecto a la medición anterior, pero no llega a los niveles de años anteriores que en ningún caso superaban el 70%.

Si nos referimos al consumo de tabaco en los últimos 12 meses, el nivel de prevalencia desciende al 40,2%, lo que supone el 56,1% de las personas que habían consumido tabaco alguna vez en la vida. Aunque esta proporción es similar a la registrada en 2009 (57,1% de los que han fumado alguna vez en la vida, lo han hecho en el último año), nos encontramos ante el nivel de prevalencia más bajo de toda la evolución temporal analizada. Igualmente ocurre en el indicador temporal de los últimos 30 días, que presenta el nivel más bajo de los años estudiados, 37,6% de la población española de entre 15 y 64 años (Figura 1.1.8). Finalmente, considerando el consumo diario de tabaco en el último mes, la prevalencia desciende al 30,4%.

La edad media de inicio en el consumo, fue de 16,5 años en 2011, manteniéndose constante en el tiempo, mientras que la edad media de inicio en el consumo diario de tabaco ha disminuido, y se sitúa en 18,5 años (frente a 19,3 años registrado en 2009) (Figura 1.1.8).

El consumo de tabaco diario está más extendido entre los hombres en todos los tramos de edad (Figura 1.1.9), llegando a su nivel máximo en el segmento de entre 35 y 44 años (38,1%) mientras que las mujeres muestran la mayor prevalencia en el tramo de entre 25 y 34 años (31%). La mayor diferencia entre sexos se encuentra en el tramo de 55 a 64 años (27,5% de los hombres frente al 16,3% de las mujeres) mientras que las proporciones aparecen más igualadas entre los 15 y los 24 años (28,7% de los hombres frente al 24,8% de las mujeres). El consumo diario medio de cigarrillos, entre los españoles de entre 15 y 64 años en el último mes, es de 13,6 cigarrillos. Por su parte, el hombre fuma más cantidad diariamente (14,6 cigarrillos) que la mujer (12,3).

Figura 1.1.8.

Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio en el consumo en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1997-2011.

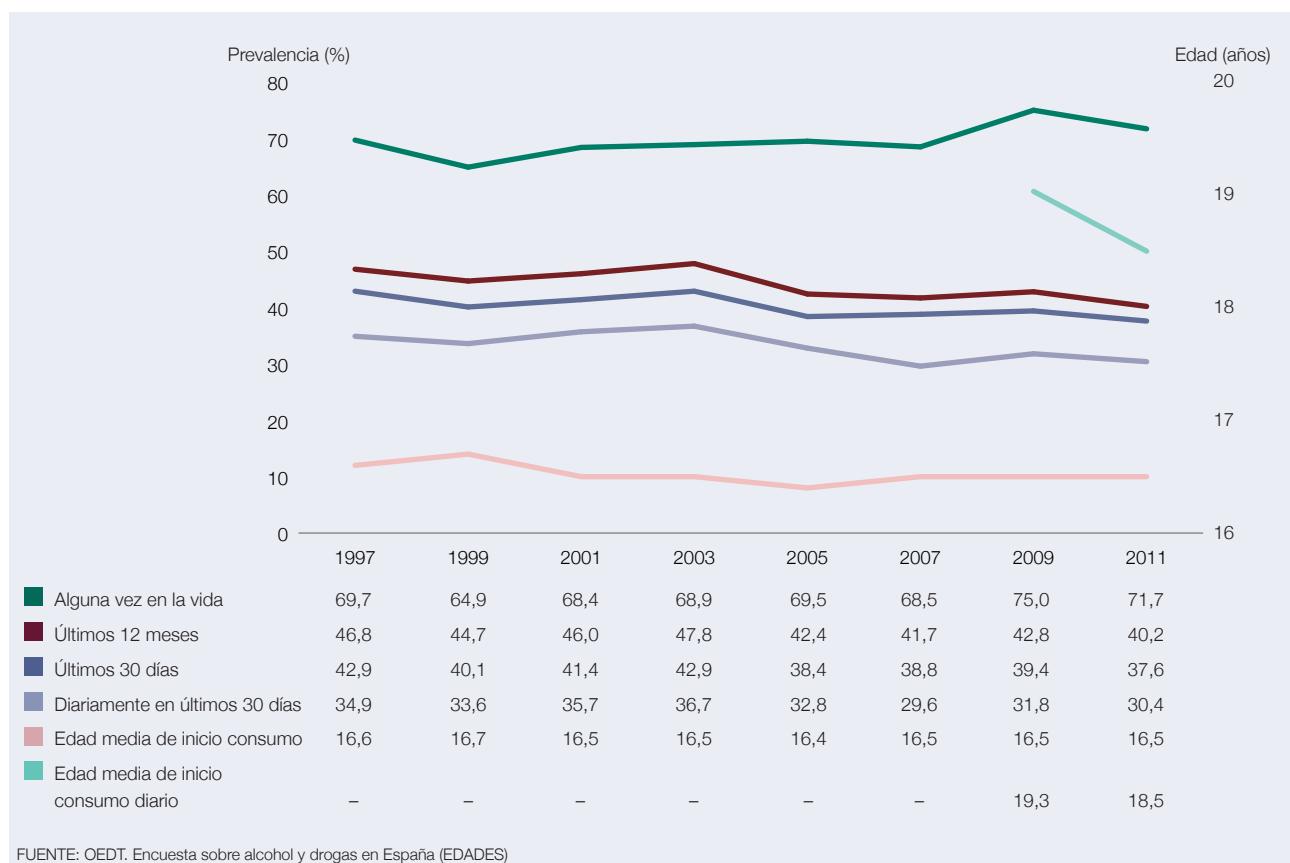


Figura 1.1.9.

Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 1997-2011.



La evolución en el consumo diario de tabaco por sexo y grupo de edad (Figura 1.1.9) muestra que la disminución en la prevalencia que se observa en el año 2011 con respecto al año 2009 proviene principalmente de los hombres, tanto de aquellos de entre 15 a 34 años (de 35,9% a 33,9%) como de aquellos de entre 35 a 64 años (de 36,4% a 34,2%). Sin embargo, este tipo de consumo crece ligeramente entre las mujeres de 15 a 34 años, medio punto (hasta el 28,5%) rompiendo la tendencia descendente que se venía observando para este segmento de la población desde el año 2005.

Hipnosedantes

Se considerarán de manera diferenciada los hipnosedantes (en general, con o sin receta médica) y los hipnosedantes sin receta médica.

Dentro de la categoría de hipnosedantes se incluyen fármacos tales como: *lexatín, orfidal, noctamid, trankimazín, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, zolpidem*, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc. y no se incluyen, por ejemplo, plantas medicinales tales como: valeriana, passiflora o antihistamínicos como la dormidina.

Se entiende por hipnosedantes sin receta médica: (1) aquellos hipnosedantes que han sido recetados por el médico a otra persona de la familia y no al entrevistado (aunque éste los consume con mayor o menor frecuencia), (2) aquellos hipnosedantes recetados por el médico al entrevistado, en alguna ocasión, y que éste ha seguido consumiendo sin el debido control médico, o (3) aquellos hipnosedantes que el entrevistado ha conseguido por otros medios distintos a la receta médica.

Es preciso señalar que los consumos de este tipo de sustancias hipnosedantes (con o sin receta) se registran sólo 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.

Hipnosedantes (con o sin receta médica)

Los datos aportados sobre consumo de hipnosedantes (con o sin receta) resultan del análisis conjunto sobre tranquilizantes (que tienen como objetivo calmar los nervios o la ansiedad) y/o los somníferos (cuyo objetivo es facilitar y prolongar el sueño). La categorización de los diferentes productos consumidos se realiza en función del efecto que busca el consumidor que responde el cuestionario y no del grupo farmacológico al que el producto pertenece. Por tanto, es posible que los encuestados hayan declarado un consumo de somníferos como tranquilizantes y viceversa.

En 2011, el 19,5% de la población española de entre 15 y 64 años declaró haber consumido hipnosedantes alguna ocasión en su vida (Figura 1.1.10), lo que supone un aumento de 6,1 puntos porcentuales con respecto a 2009 y aproximadamente el doble del número de consumidores que admitieron haberlo hecho en 2005 (8,7%). Para el mismo intervalo temporal, la prevalencia de consumo de tranquilizantes es 17,1% (+6,1 puntos respecto a 2009) mientras que, en el caso de los somníferos es de 7,9% (+1,6 puntos respecto a 2009).

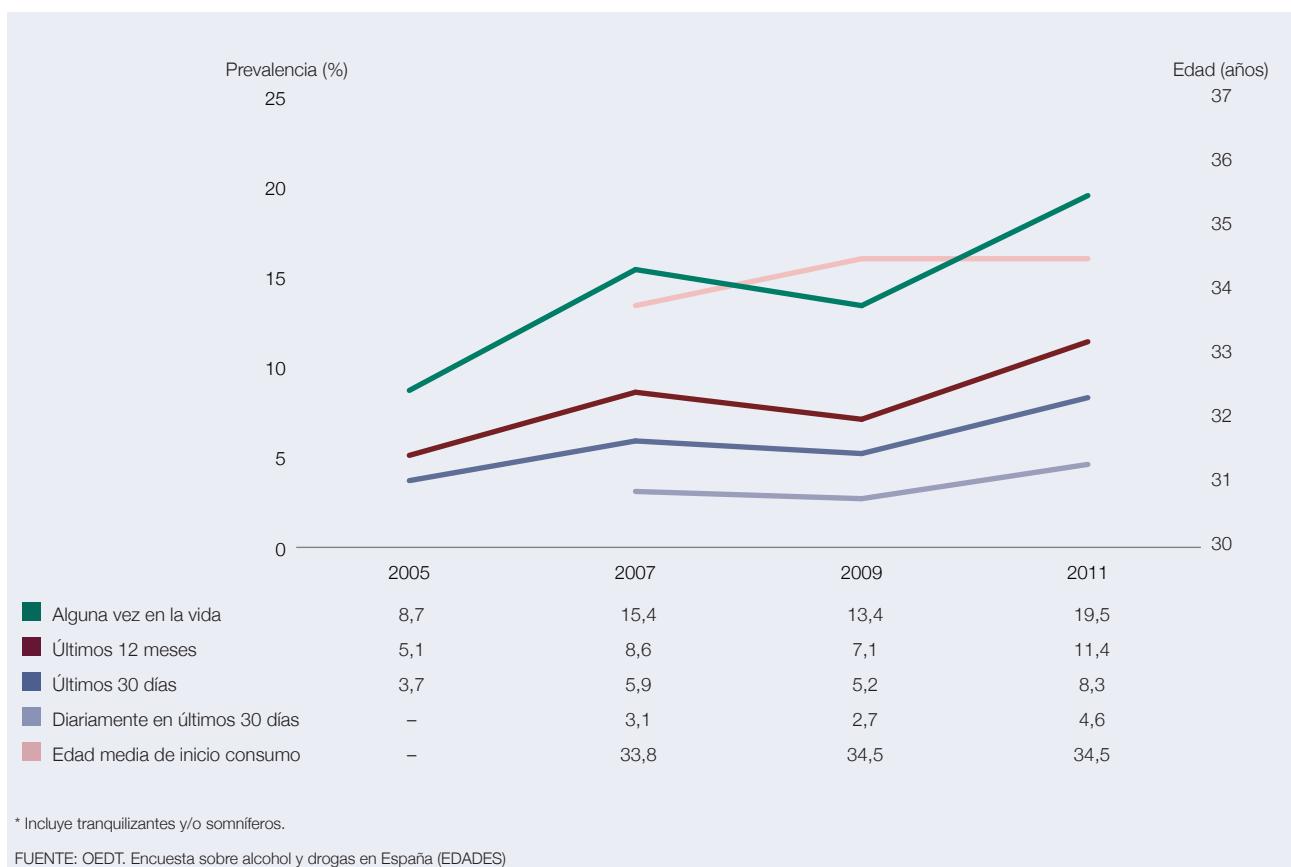
En cuanto a los consumos en los últimos doce meses, la prevalencia para este intervalo temporal es del 11,4%, lo que representa un aumento de 4,3 puntos porcentuales con respecto a 2009, y más del doble de lo registrado en 2005 (5,1%).

Los datos anteriores convierten a los hipnosedantes (con o sin receta) en la tercera sustancia psicoactiva más extendida en España tras el alcohol y el tabaco para este tramo temporal, pasando el cannabis a la cuarta posición. En el grupo de los hipnosedantes, los tranquilizantes (9,8%) muestran mayores prevalencias que los somníferos (4,4%) y una tendencia ascendente más evidente (+4,3 puntos porcentuales en el caso de los tranquilizantes frente a un +0,8 puntos registrados por los somníferos).

Si atendemos a los consumos en el último mes, la prevalencia resultante es 8,3%, lo que constituye un crecimiento de 3,1 puntos porcentuales frente al año 2009. Distinguiendo entre tranquilizantes y somníferos obtenemos prevalencias de 6,9% y 3,4% respectivamente, por lo que puede afirmarse que, para todos los tramos temporales contemplados, la prevalencia de consumo del grupo de los tranquilizantes es, aproximadamente, el doble de la de los somníferos.

Figura 1.1.10.

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, 1995-2011.



Por último, la prevalencia de consumo diario en el último mes alcanza, en 2011, el 4,6% de prevalencia, mostrando también un ascenso de 1,9 puntos porcentuales con respecto a 2009.

Es evidente, pues, que el consumo de hipnosedantes es el que muestra un mayor crecimiento entre todas las sustancias estudiadas en 2011, con respecto a 2009. No obstante, debe hacerse notar que en 2009 se observó una reducción de los consumos de este grupo de sustancias con respecto a ediciones anteriores, por lo que es más apropiado no perder de vista las tendencias que limitarse a la simple comparación de prevalencias con respecto a la edición previa de la encuesta.

La desagregación de los datos por sexo muestra que el consumo se encuentra más extendido entre las mujeres. Así, una de cada cuatro mujeres (25%) afirma haberlos consumido alguna vez en su vida (frente al 13,7% de los hombres). Por lo que respecta a los dos grupos considerados (tranquilizantes y somníferos), la razón mujer/hombre es prácticamente igual a 2 en ambos grupos (Tabla 1.1.10).

Para los consumos realizados en el último año, se observan diferencias de prevalencia, por sexo (15,3% entre las mujeres y 7,6% entre los hombres), muy similares a las referidas para los consumos alguna vez en la vida. Las prevalencias de consumo durante el último mes alcanzan también cifras en mujeres (11,4%) que doblan las obtenidas entre los hombres (5,2%).

Además de las diferencias por sexo, el consumo de hipnosedantes registra prevalencias más elevadas a medida que aumenta la edad. En 2011, las mayores prevalencias, para los consumos en el último año, se observan en el grupo de 55 a 64 años (27,0% entre mujeres y 11,3% entre hombres).

La edad media de inicio de consumo de hipnosedantes (con o sin receta) se mantiene estable (34,5 años), siendo la sustancia psicoactiva que se consume, por primera vez, a una edad más tardía.

Tabla 1.1.10.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes (con o sin receta) en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2011.

	15 A 64 AÑOS			15 A 34 AÑOS			35 A 64 AÑOS		
	Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer	Global	Hombre	Mujer
Hipnosedantes* con o sin receta									
Alguna vez	19,5	13,7	25,4	12,1	8,9	15,4	24,1	16,7	31,5
Último año	11,4	7,6	15,3	6,3	4,8	7,9	14,5	9,3	19,8
Último mes	8,3	5,2	11,4	3,4	2,6	4,2	11,3	6,9	15,7
Tranquilizantes con o sin receta									
Alguna vez	17,1	11,9	22,3	10,7	7,8	13,8	21,0	14,5	27,5
Último año	9,8	6,4	13,2	5,5	4,1	7,1	12,4	7,9	16,9
Último mes	6,9	4,4	9,6	2,8	2,1	3,6	9,5	5,8	13,2
Somníferos con o sin receta									
Alguna vez	7,9	5,5	10,2	3,9	3,3	4,6	10,3	6,9	13,6
Último año	4,4	3,1	5,9	2,0	1,7	2,4	5,9	3,9	8,0
Último mes	3,4	2,1	4,7	1,3	1,0	1,5	4,7	2,9	6,6

* Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Hipnosedantes (sin receta médica)

Como ya se ha mencionado anteriormente, los hipnosedantes sin receta se encuentran incluidos en la categoría de "hipnosedantes en general, con o sin receta", por lo que mostrarán siempre prevalencias inferiores a estos últimos.

En 2011, la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta, alguna vez en la vida, es de 2,4%. Del mismo modo que ocurre con los hipnosedantes (con o sin receta), se encuentra más extendido entre las mujeres (2,6%) que entre los hombres (2,1%).

Por su parte, el consumo de hipnosedantes sin receta médica en los últimos 12 meses, es reconocido por el 1,2% de la población (0,9% tranquilizantes y 0,6% somníferos). Las diferencias entre hombres y mujeres para los hipnosedantes sin receta son muy bajas (1,1% en el caso de los hombres y 1,2% en el de las mujeres). Tanto hombres como mujeres muestran mayores prevalencias para los tranquilizantes (0,9% y 1,0% respectivamente) que para los somníferos (0,5% y 0,7%) (Tabla 1.1.11).

Tabla 1.1.11.

Evolución temporal de las prevalencias de consumo de hipnosedantes* (sin receta) en la población de 15-64 años. España, 2003-2011.

	2003	2005	2007	2009	2011
Últimos 12 meses	3,1	1,2	1,3	1,9	1,2

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Es necesario llamar la atención sobre el hecho de que el crecimiento observado, anteriormente, para los hipnosedantes en general (con o sin receta), no se debe a un aumento del consumo de hipnosedantes sin receta, ya que éstos han mostrado, en 2011, un descenso de su prevalencia (0,7 puntos porcentuales para los últimos doce meses) con respecto a 2009, que los sitúa en cifras similares a las registradas en 2005.

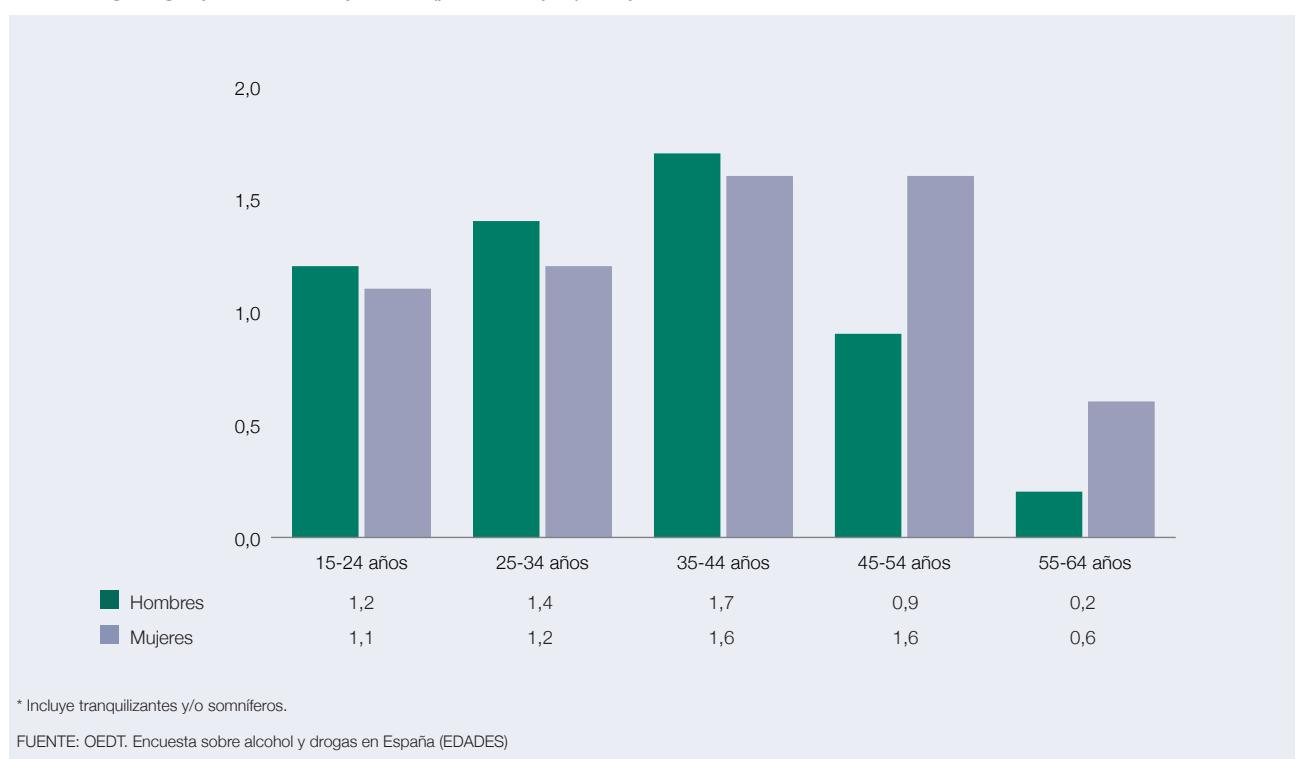
Considerando la edad y el sexo de los encuestados, se observa que hay un mayor número de mujeres de entre 35 y 64 años que consumen hipnosedantes sin receta, en comparación con el grupo de edad de 15 a 34 años (1,3% frente a 1,1%) mientras que, entre los hombres, hay mayor prevalencia de estos consumos en el grupo de 15 a 34 años (1,3%) que en el de 35 a 64 años (1,0%) (Tabla 1.1.11)

La desagregación por edad permite observar que, tanto para hombres como para mujeres, el consumo de este tipo de sustancias alcanza las mayores prevalencias entre las personas de 35 a 44 años (1,7% y 1,6% respectivamente), si bien este nivel se mantiene en el siguiente tramo de entre 45 y 54 años entre las mujeres y no entre los hombres. Además, es importante reseñar que la prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta médica entre hombres y hasta los 44 años de edad, es ligeramente superior a la de las mujeres (Figura 1.1.11).

La edad media de inicio de consumo de hipnosedantes sin receta es de 27,8 años, es decir, casi 7 años antes que la edad media registrada para los hipnosedantes (en general, con o sin receta).

Figura 1.1.11.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes* (sin receta) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011.



Cánnabis

El cannabis se mantiene como la droga ilegal más consumida entre la población de 15-64 años de edad residente en España, a pesar de detectarse una ligera caída en los tres indicadores temporales: alguna vez en la vida, últimos 12 meses y últimos 30 días, afectando a la estabilización que se viene observando en los últimos años (Figura 1.1.12).

En 2011, el 27,4% de los españoles de entre 15 y 64 años afirmaron haber consumido esta sustancia al menos una vez en su vida. La prevalencia sufrió un repunte en el año 2009 (alcanzando el 32,1%) por lo que el dato actual supone un decremento en la tasa de consumo de 4,7 puntos porcentuales respecto a la medición anterior, volviendo así a niveles

de 2007. Centrándonos en el consumo de cannabis en el último año, la prevalencia resultante es de un 9,6%, lo que supone un 35% de las personas que lo habían consumido alguna vez en la vida, proporción acorde con la observada en periodos anteriores. Ello supone una reducción de un punto con respecto a la medición anterior, siendo el más reducido desde el año 2003 (año en el que se registraron máximos en este sentido con un 11,3%).

Analizando los resultados del consumo en el último mes, la proporción resultante de consumidores es del 7,0% de la población estudiada, lo que supone un 73% de aquellos que consumieron la sustancia en el último año, y el 25,5% de aquellos que lo consumieron alguna vez en la vida. En términos de prevalencia, la diferencia con respecto a 2009 es de 0,6 puntos, lo que supone la cifra más baja desde el año 2003.

En cuanto al consumo diario de cannabis, durante el último mes, se observa un 1,7% de prevalencia, sin producirse cambios sustanciales en este sentido respecto a años anteriores. Se observa que de cada cuatro personas que han consumido cannabis en el último mes, una lo hace a diario (24,3%).

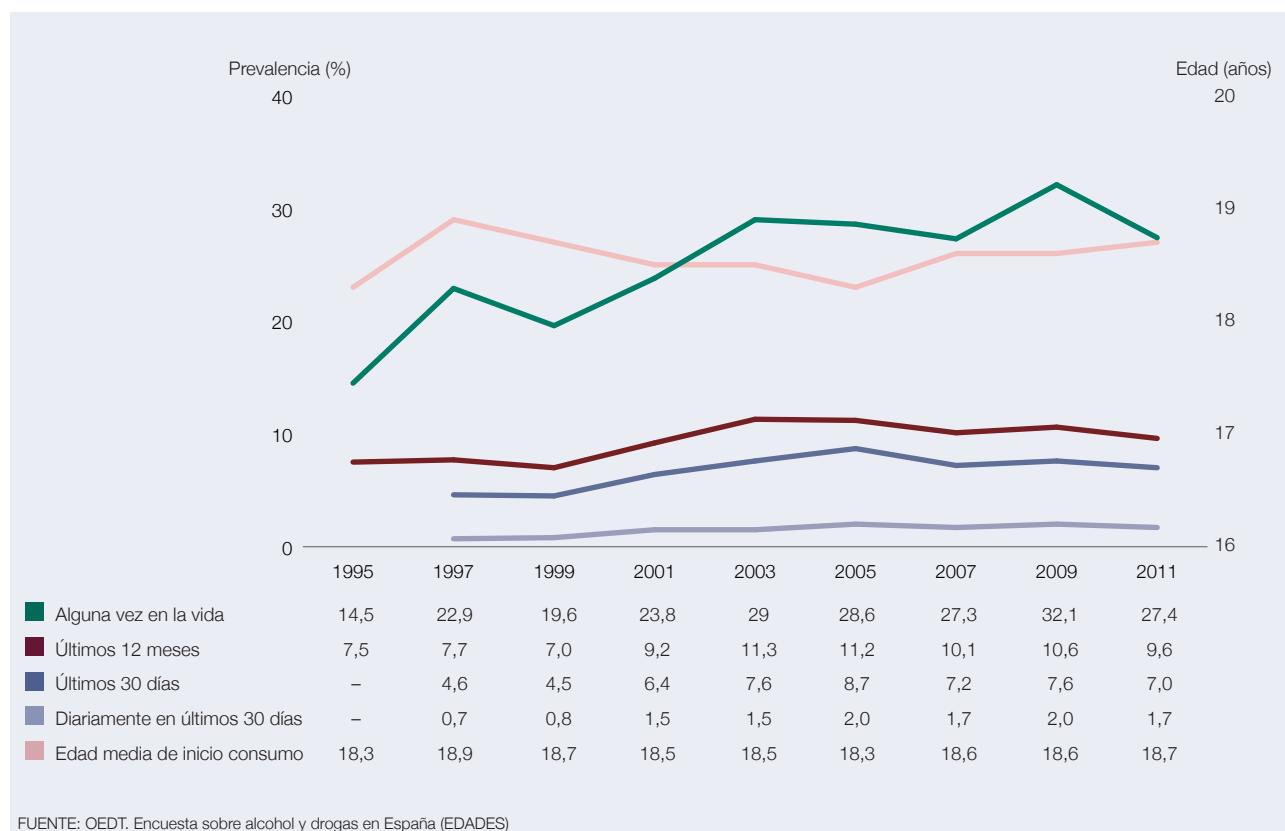
La edad de inicio en el consumo de esta sustancia se sitúa en 18,7 años, siguiendo así acorde a la tendencia histórica y resultando la droga ilegal cuyo primer consumo se hace a una edad más temprana (Figura 1.1.12).

En referencia al consumo de cannabis durante el último año, el consumo va disminuyendo conforme aumenta la edad en ambos sexos. No obstante, se trata de un consumo más extendido entre los hombres, independientemente del rango de edad, aunque las mayores diferencias entre sexos en términos porcentuales aparecen en los tramos de 15 a 24 años (27,6% hombres y 13,5% mujeres) y 25 a 34 años (20,5% hombres y 8,5% mujeres) (Figura 1.1.12).

Con respecto a 2009, los cambios más reseñables del consumo en el último año se observan en el segmento de menor edad, que muestra una disminución de la prevalencia de consumo. Entre las mujeres de 15 a 24 años, se ha visto reducido en 4,1 puntos porcentuales (17,6% en 2009 frente a 13,5% en 2011) y, en menor medida, entre los hombres,

Figura 1.1.12.

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, 1995-2011.



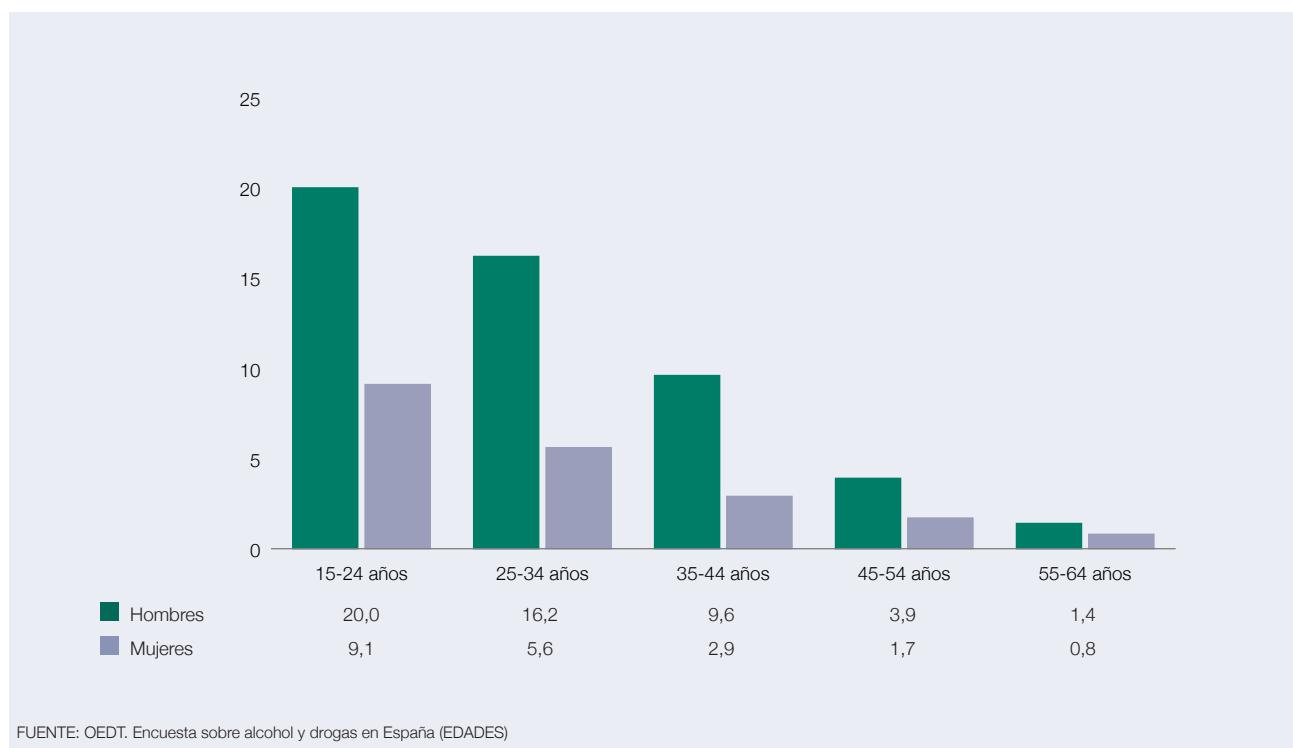
en 2,3 puntos (29,9% en 2009 frente a 27,6 en 2011). Por el contrario, se constata un incremento en el consumo en el segmento de los hombres de 35 a 44 años, cuya tasa crece 2 puntos porcentuales (10,8% en 2009 frente a 12,8% en 2011).

Atendiendo al consumo de cannabis en el último mes, igualmente es el grupo de hombres de entre 15 y 24 años (20,0%) y de entre 25 y 34 años (16,2%) donde este consumo es más frecuente (Figura 1.1.13). Es en los grupos de edad 15-24 años y 25-34 años donde aparecen las mayores diferencias de consumo entre hombres y mujeres.

A lo largo de los años, las prevalencias de consumo de cannabis entre las mujeres han venido siendo significativamente más bajas que las de los hombres. No obstante, así como entre los hombres se observa, para todos los grupos de edad, una tendencia generalizada de descenso o estabilización del consumo (excepto para el grupo de 35-44 años), entre las mujeres se observa un aumento de la prevalencia en todos los grupos de edad (excepto para el grupo de 15-24 años), lo que viene a afianzar la disposición al aumento del consumo entre las chicas (Figuras 1.1.13 y 1.1.14).

Figura 1.1.13.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011.



Por último, las mayores variaciones del consumo durante el último mes se observan también entre los jóvenes. El consumo de cannabis entre las mujeres más jóvenes está menos extendido que en el año 2009 (12,1% en 2009 a 9,1% en 2011) y ocurre algo muy similar entre los hombres, aunque muestra una reducción menor (22,1% en 2009 a 20,0% en 2011). Por el contrario, el consumo entre los hombres en el grupo de 35 a 44 años se ha incrementado (7,3% en 2009 a 9,6% en 2011) (Figuras 1.1.13 y 1.1.14).

Con respecto a la continuidad en el consumo de cannabis, no se observan cambios en relación con la edición anterior de la encuesta. Así, una cuarta parte de los que habían consumido cannabis alguna vez en la vida seguían consumiendo en los últimos 30 días, la misma proporción que en 2009 (Tabla 1.1.12 y Figura 1.1.12).

Figura 1.1.14.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días en las mujeres de 15-64 años, según grupo de edad (porcentajes). España, 2009-2011.

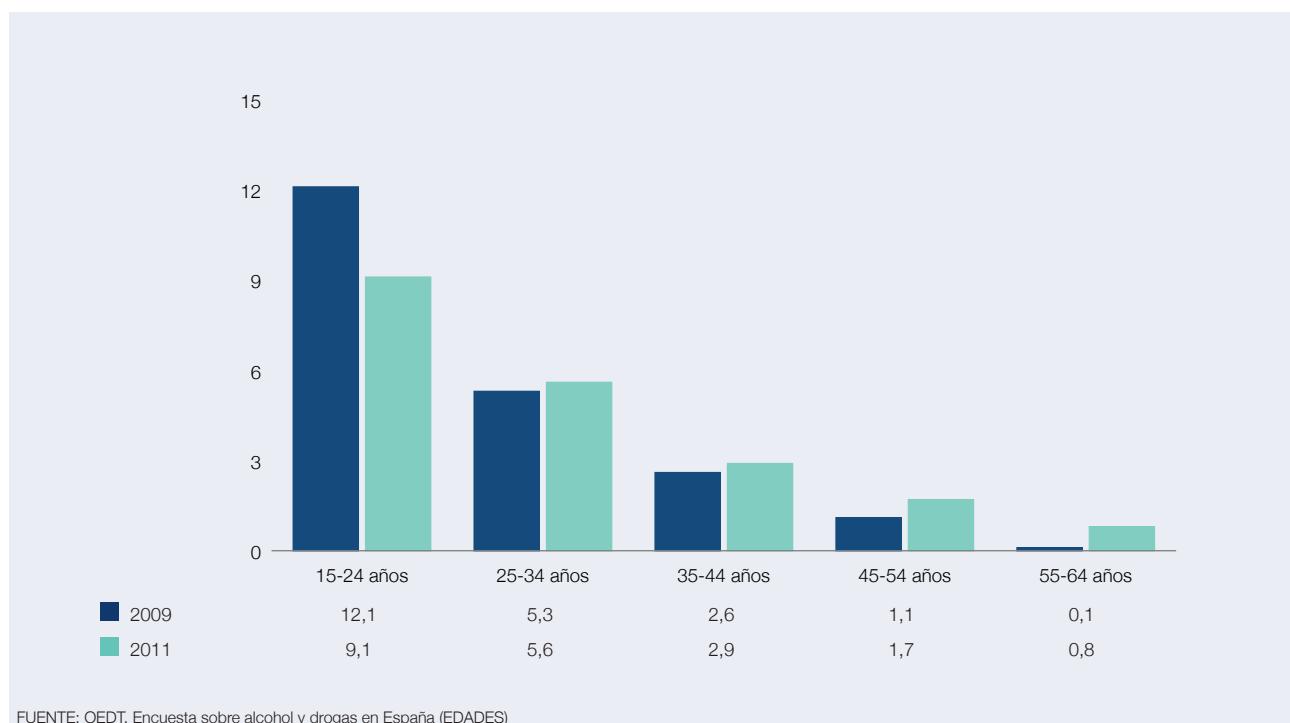


Tabla 1.1.12.

Prevalencia y continuidad en el consumo de cannabis en la población de 15-64 años. España, 1995-2011.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Prevalencia alguna vez en la vida (%) A	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3	32,1	27,4
Prevalencia últimos 12 meses (%) B	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1	10,6	9,6
Prevalencia últimos 30 días (%) C	–	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,1	7,6	7,0
De los que han consumido alguna vez, porcentaje que ha consumido en los últimos 12 meses (%) B/A	51,7	33,6	35,7	38,7	39,0	39,2	37,0	33,0	35,2
De los que han consumido alguna vez, porcentaje que ha consumido en los últimos 30 días (%) C/A	–	20,1	23,0	26,9	26,2	30,4	26,0	23,7	25,7

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Cocaína

Entre las sustancias psicoactivas ilegales, la cocaína general (polvo y/o base) es, después del cannabis, la de mayor prevalencia de consumo en España, entre las personas de 15-64 años de edad.

En 2011, el 8,8% de la población española de 15 a 64 años admitió haber consumido cocaína en polvo alguna vez en la vida. No obstante, se observa cómo se rompe la tendencia ascendente que venía manifestándose desde hacía una década para el consumo experimental y que alcanzó su máximo nivel en 2009 (10,2%).

El indicador de consumo en los últimos 12 meses muestra la misma tendencia descendente, que inició en 2007, desde cifras de prevalencia máxima del 3,0% hasta el nivel de 2,2% que observamos actualmente. Algo muy similar ocurre

para los consumos en los últimos 30 días. En este caso, los años 2005 y 2007 marcaron máximos (1,6%) mientras que, en 2011, la prevalencia es del 1,1%. No obstante, la mayor reducción en este sentido se produjo en 2009, pasando de 1,6% a 1,2% (Figura 1.1.15).

Figura 1.1.15.

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, 1995-2011.



La cocaína base (*crack*) muestra cifras de prevalencia similares a las de 2009, año que supuso una inflexión en la tendencia ascendente que se venía observando y que alcanzó el máximo en 2007 (1,8% para alguna vez en la vida; 0,5% en los últimos 12 meses y 0,3% en los últimos 30 días).

En 2011, el número de personas que ha consumido cocaína base alguna vez en la vida se ha reducido a la mitad con respecto a 2007, aunque la reducción debe continuar para lograr los niveles registrados en los años de menor prevalencia de la serie. Asimismo, se debe destacar que, en 2011, las cifras obtenidas para el consumo en los últimos 12 meses (0,2%) y últimos 30 días (0,1%) se encuentran en línea con lo referido para el indicador “alguna vez en la vida” (Figura 1.1.16).

La edad media de inicio en el consumo de cocaína en polvo se sitúa en los 21 años, acorde a la registrada en años anteriores. El inicio en el consumo de cocaína base es más tardío (22,4 años) (Figuras 1.1.15 y 1.1.16).

En términos generales, cabe destacar que el descenso experimentado en el consumo de cocaína (polvo y/o base), se hace fundamentalmente a expensas del consumo de cocaína en polvo, que es la mayoritariamente consumida (Figura 1.1.15).

Analizando el consumo de cocaína (polvo y/o base) en el último año por sexo, observamos que se trata de un hábito más extendido entre los hombres (3,6%) que entre las mujeres (0,9%), situación mantenida a lo largo de todas las ediciones. No obstante, es importante señalar que la reducción experimentada en las prevalencias de consumo de esta sustancia se produce principalmente por una disminución del consumo entre los varones.

Figura 1.1.16.

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, 1995-2011.

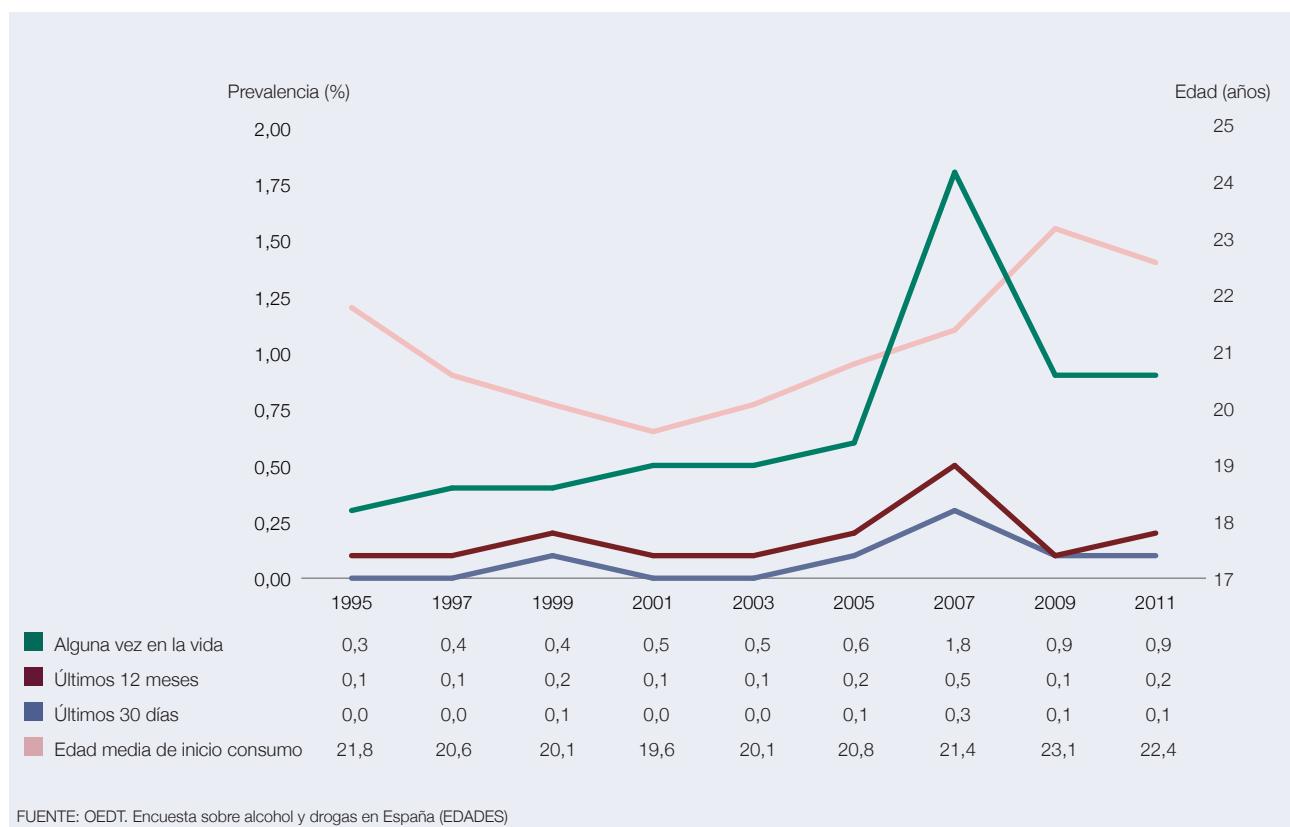
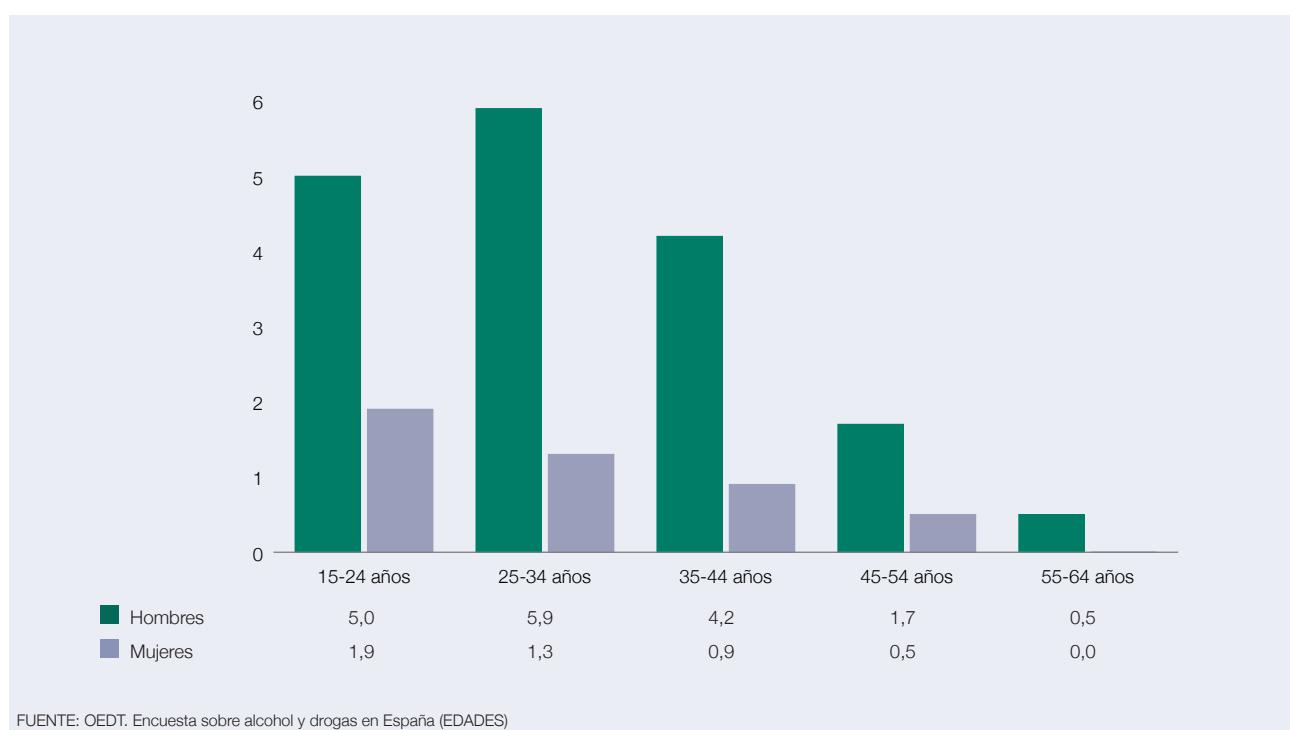


Figura 1.1.17.

Prevalencia de consumo de cocaína general (base y/o polvo) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011.



En el caso de los hombres, la sustancia se encuentra extendida en mayor medida entre los 25 y 34 años (5,9%) mientras que en el caso de las mujeres, son las de 15 a 24 años (1,9%) las que consumen en mayor proporción (Figura 1.1.17). La relación entre hombres y mujeres es de 3,6 hombres consumidores por cada mujer consumidora, pero en el grupo de 25-34 años esta proporción asciende a 4,5.

Con relación a la edad, son los más jóvenes (tanto hombres como mujeres) los que mayor proporción de consumidores registran (Figura 1.1.16). Sin embargo, desde 2007, se observa un marcado descenso en la prevalencia de consumo en los últimos doce meses en el grupo de 15 a 34 años, pasando del 5,3% en 2007 al 3,5% en 2011.

La continuidad en el consumo de cocaína no es elevada. En 2011, alrededor de una cuarta parte de los que habían probado esta droga, alguna vez en la vida, la habían consumido en los últimos 12 meses y, aproximadamente, una séptima parte la habían consumido en los últimos 30 días. Se observa que (Tabla 1.1.13) la continuidad en el consumo ha disminuido sensiblemente en los últimos años, si bien, en 2011, se aprecia una estabilización para ambos indicadores en relación a 2009, rompiendo la tendencia descendente iniciada en 2003.

Tabla 1.1.13.

Prevalencia y continuidad en el consumo de cocaína en polvo en la población de 15-64 años. España, 1997-2011.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Prevalencia alguna vez en la vida (%) A	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0	10,2	8,8
Prevalencia últimos 12 meses (%) B	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0	2,6	2,2
Prevalencia últimos 30 días (%) C	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1
De los que han consumido alguna vez, porcentaje que ha consumido en los últimos 12 meses (%) B/A	47,1	51,6	52,1	45,8	42,9	37,5	25,5	25,6
De los que han consumido alguna vez, porcentaje que ha consumido en los últimos 30 días (%) C/A	26,5	29,0	27,1	18,6	22,9	20,0	11,8	13,0

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Éxtasis

En 2011 se observa un descenso generalizado en el consumo de éxtasis para los tres indicadores temporales habituales, registrándose prevalencias del 3,6% para los consumos alguna vez en la vida, 0,7% para los últimos 12 meses y del 0,3% en los últimos 30 días (Figura 1.1.18).

Este descenso es más llamativo en el consumo experimental (alguna vez en la vida), lo que es de particular significado dado que el éxtasis se consume principalmente de esta forma y teniendo en cuenta, además, que en 2009, el consumo “alguna vez en la vida” repuntó y presentó el nivel más alto de prevalencia de la serie histórica (4,9%). Esta proporción se ha reducido 1,3 puntos porcentuales en 2011 para situarse en el nivel más bajo de la última década.

Sin embargo, en relación con los consumos en el último año y último mes, las prevalencias presentan reducciones mínimas, manteniéndose en cifras próximas a las obtenidas en 2009, que ya habían experimentado un descenso con respecto a 2007.

La edad media de inicio al consumo se realiza a los 20,8 años.

Desagregando por sexo y edad, se observa que, al igual que ocurre con el resto de sustancias ilegales, el consumo de éxtasis se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres y alcanza las mayores prevalencias (últimos doce meses) en el grupo de 15 a 24 años (2,2% en hombres frente al 1,2% en mujeres) (Figura 1.1.19). En 2011, se registra un descenso de la prevalencia de consumo en los últimos doce meses entre los hombres de 15 a 24 años (-1,2 puntos porcentuales respecto a 2009) y de entre 25 y 34 años (-0,6 puntos).

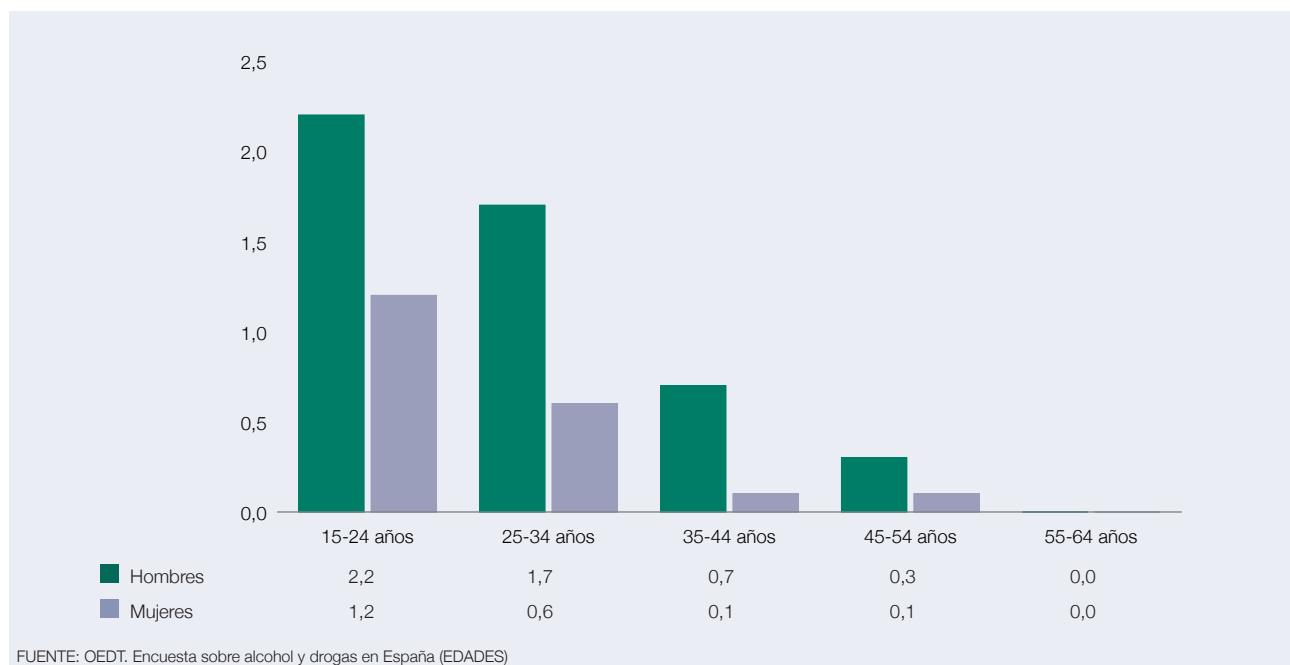
Figura 1.1.18.

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, 1995-2011.



Figura 1.1.19.

Prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011.



Anfetaminas

Se trata de sustancias conocidas también como *speed*, anfetas, anfetaminas, metanfetaminas, *ice* o cristal. Su consumo suele ser de carácter experimental y viene experimentando una tendencia ascendente, en la última década, que se es-

tabilizó en 2009 y ha descendido en 2011 por primera vez (de 3,7% a 3,3% respectivamente) (Figura 1.1.20). Las prevalencias de consumo del los últimos doce meses y el último mes no muestran variación alguna con respecto a los de 2009 (0,6% y 0,3% respectivamente).

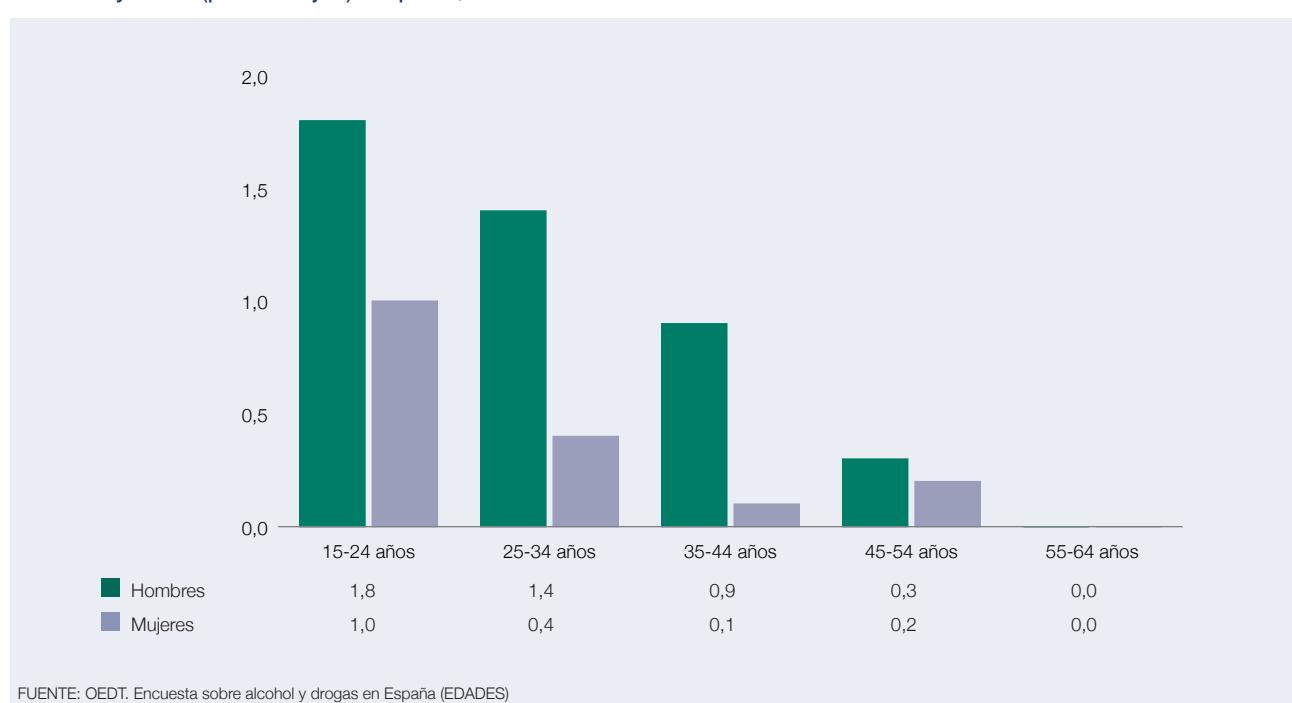
Figura 1.1.20.

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, 1995-2011.



Figura 1.1.21.

Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011.



Centrándonos en el consumo en los últimos doce meses (Figura 1.1.21), el consumo se encuentra más extendido entre los hombres de 15 a 24 años (1,8%). Las prevalencias entre las mujeres son claramente inferiores (1% en el grupo de 15 a 24 años). Con respecto a 2009, se observa un descenso de 1,1 puntos porcentuales en el grupo de hombres de 15 a 24 años: la edad de inicio se mantiene estable, en torno a los 20 años.

Alucinógenos

El 2,9% de la población española de 15 a 64 años de edad ha consumido alguna vez en su vida alucinógenos, el 0,4% lo ha hecho en los últimos 12 meses y el 0,2% en el último mes.

Considerando la importancia del consumo experimental en el patrón de utilización de este grupo de sustancias, resulta de interés el descenso del consumo, en 0,8 décimas, en este intervalo temporal, que se sitúa por debajo del 3%, por primera vez, en la última década. La tendencia descendente se consolida para el consumo en los últimos 12 meses, alcanzando la cifra más baja de toda la serie. La prevalencia de consumo en los últimos 30 días no varía con respecto a 2009 (Figura 1.1.22).

La edad media de inicio al consumo de estas sustancias es de 20,5 años, algo más tardía que en ediciones anteriores.

Figura 1.1.22.

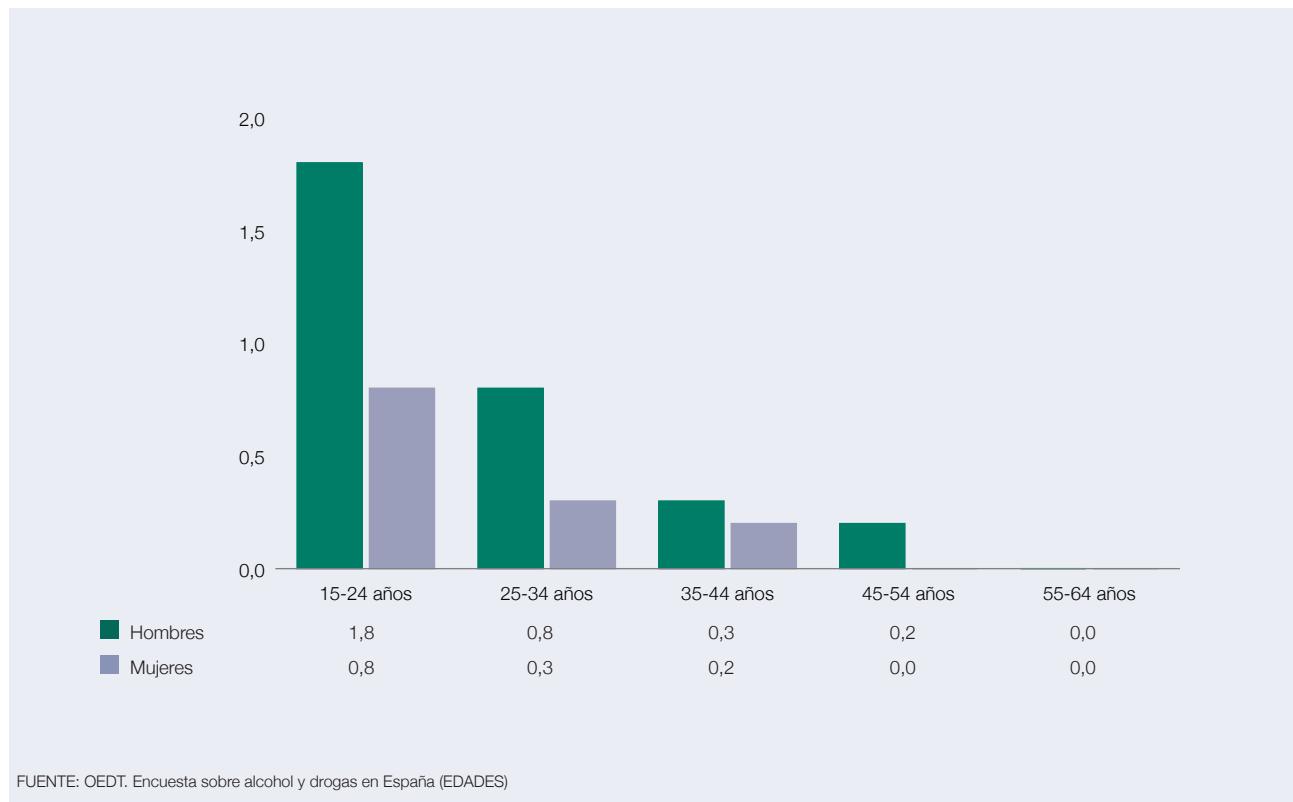
Evolución de la prevalencia de consumo de alucinógenos y edad media de inicio en el consumo de alucinógenos en la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011.



Los consumos muestran mayor extensión entre hombres que entre mujeres (0,6% frente a 0,2% para el indicador últimos doce meses). Las cifras más elevadas de prevalencia se dan entre los hombres de 15 a 24 años (1,8%) mientras que, para esa misma edad, se registra el 0,8% entre las mujeres (Figura 1.1.23).

Figura 1.1.23.

Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011.



Heroína e inhalables volátiles

Los consumos de inhalables volátiles y de heroína muestran mucha menor extensión, entre la población residente en España, que los de otras sustancias psicoactivas anteriormente mencionadas.

Las prevalencias de ambas sustancias no alcanzan el punto porcentual (0,8% y 0,6% respectivamente) para los consumos “alguna vez en la vida” y se sitúan en el 0,1% para los consumos en el último año.

El consumo de inhalables volátiles registra un ligero ascenso con respecto a 2009, año en que experimentó un descenso. En el caso de la heroína, las prevalencias se mantienen constantes desde 2007 (Figuras 1.1.24 y 1.1.25).

Estas cifras tan bajas resultan, sin embargo, un obstáculo para medir apropiadamente los patrones de consumo de estas drogas a partir de las encuestas poblacionales, pues los consumidores problemáticos, de particular significado entre los heroinómanos, no están suficientemente representados en este tipo de encuestas.

La edad media de inicio del consumo de inhalables volátiles se sitúa en 19,7 años, mientras que en el caso de la heroína es de 20,7 años.

Figura 1.1.24.

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, 1995-2011.

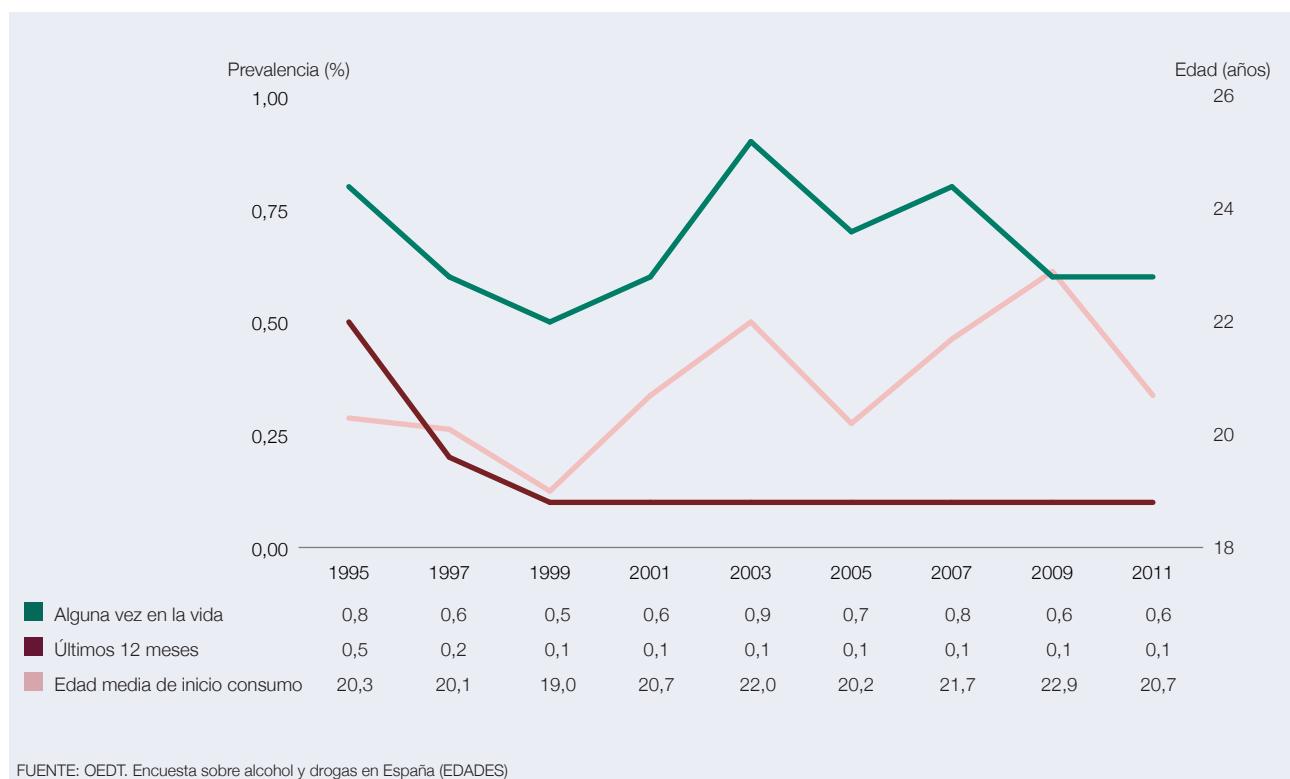
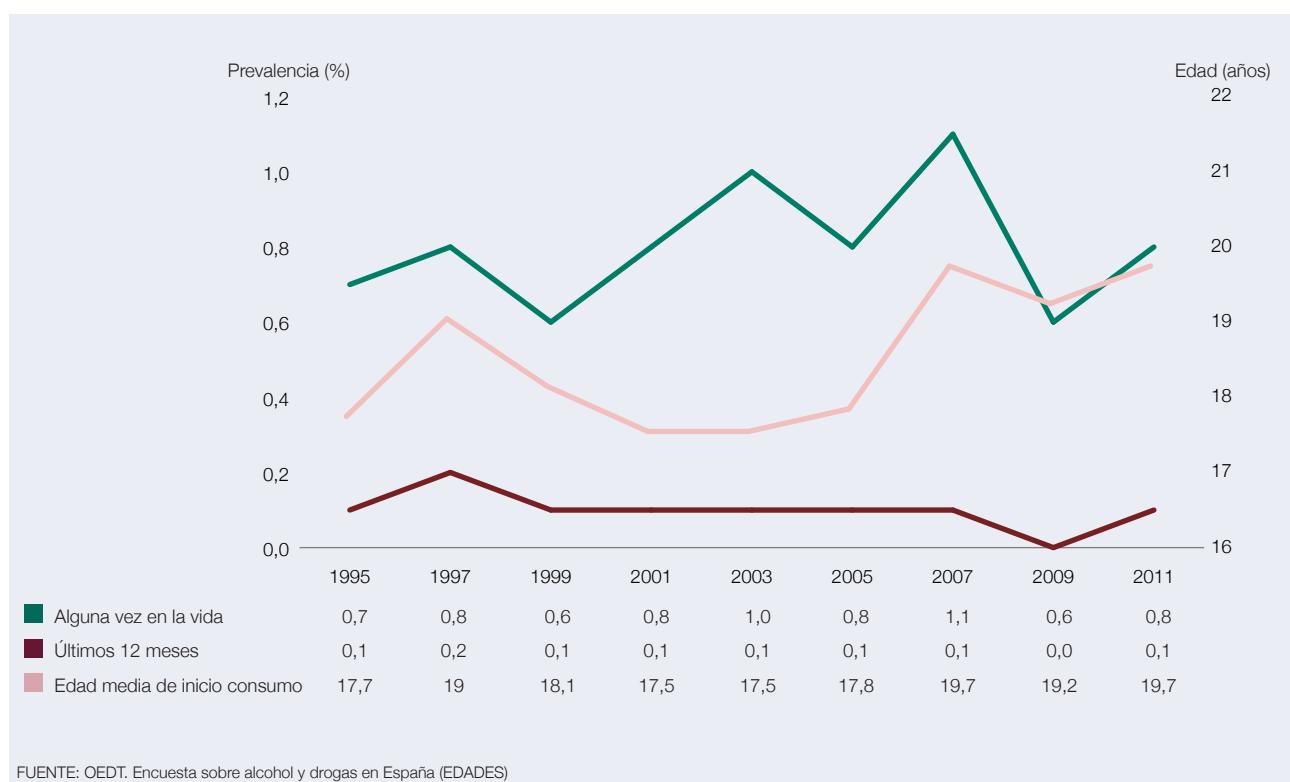


Figura 1.1.25.

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, 1995-2011.



Policonsumo

El policonsumo de drogas hace referencia al consumo de dos o más sustancias psicoactivas, ya sean legales o ilegales, en un periodo de tiempo concreto. Tomando en cuenta esta consideración y refiriéndonos a los últimos 12 meses, en 2011, el 48,1% de la población consumidora de sustancias psicoactivas (de entre 15 y 64 años) ha realizado policonsumo. Por tanto, aproximadamente la mitad de la población consumidora de sustancias psicoactivas, consume exclusivamente un tipo concreto de drogas, mientras que la otra mitad consume al menos dos tipos diferentes.

Por su parte, atendiendo al último mes respecto a la realización de la encuesta, la proporción de personas consumidoras de sustancias psicoactivas que realizan policonsumo alcanza el 42,9%. Asimismo, respecto a los hábitos de policonsumo más extremos, el 2,2% de la población consumidora en el último año, ha consumido cuatro sustancias (un 1,3% de la población consumidora en caso de considerar el último mes) y el 1,2% al menos cinco sustancias (un 0,6% respecto al último mes) (Tabla 1.1.14.).

Tabla. 1.1.14.

Prevalencia de consumo de una sola o más sustancias psicoactivas (legales o ilegales) entre las personas que han consumido al menos una droga legal o ilegal en los últimos 12 meses o últimos 30 días (%). España, 2011.

	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Una sola sustancia	51,9	57,1
Dos sustancias	34,7	33,2
Tres sustancias	10,0	7,8
Cuatro sustancias	2,2	1,3
Cinco o más sustancias	1,2	0,6

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

El alcohol está presente en prácticamente todos los tipos de policonsumo (Tabla 1.1.15). El consumo de tabaco también es una constante en el policonsumo, principalmente a medida que se incrementa el número de sustancias. Por su parte, el cannabis empieza a tener una prevalencia considerable en el policonsumo de tres sustancias (62,6%) y, por último, se debe llamar la atención sobre el crecimiento experimentado por los tranquilizantes y somníferos entre los policonsumidores.

La Tabla 1.1.16, referida al último año de consumo, recoge las prevalencias que presentan los consumidores de una sustancia, en el resto de sustancias estudiadas. De esta forma se puede observar en qué medida se asocian o están vinculadas unas sustancias psicoactivas con otras.

Si analizamos el fenómeno del policonsumo según la edad de los consumidores, observamos que los menores de edad de 15 a 17 años realizan menos policonsumo que los de 18 años o mayores (39,2% frente a 48,3%). Parece lógico pensar que las personas mayores de edad disponen de mayor poder adquisitivo, mayor actividad social y mayor autonomía personal (la hora de llegada a casa se retrasa, etc.) y ello aumenta las oportunidades y posibilidades de consumir una o más sustancias psicoactivas (Tabla 1.1.16). Dentro del grupo de los mayores de edad son los de 25 a 34 años los que realizan un mayor policonsumo (52,7%). Con respecto a las diferencias por sexo, apenas existen, registrándose principalmente entre los grupos de población más joven.

El análisis de algunas de las variables sociodemográficas en los consumidores de dos o más sustancias en el último año permite afirmar que son los solteros los que policonsumen en mayor proporción (51,8%) lo que, muy probablemente, guarde relación con la edad de los consumidores y con las responsabilidades que el estado civil suele llevar asociadas

Tabla. 1.1.15.

Prevalencia de policonsumo de dos o más sustancias psicoactivas según sustancia consumida en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años (porcentajes de columna). España, 2011.

	Dos sustancias	Tres sustancias	Cuatro sustancias	Cinco o más sustancias
Alcohol	95,3	99,0	98,7	99,8
Tabaco	82,8	97,1	96,6	98,3
Cánnabis	5,0	62,6	95,1	95,1
Éxtasis	0,0	0,8	5,7	50,7
Tranquilizantes	14,5	30,5	36,4	43,2
Somníferos	6,4	14,6	16,1	23,8
Cocaína en polvo	0,2	4,0	54,1	82,3
Cocaína base	0,0	0,0	3,1	10,0
Anfetaminas/speed	0,0	0,5	4,5	49,0
Alucinógenos	0,0	0,3	3,3	31,9
Heroína	0,0	0,0	0,5	8,6
Inhalables volátiles	0,0	0,0	0,6	7,8

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla. 1.1.16.

Proporción de consumidores de otras drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis, tranquilizantes, somníferos, hipnosedantes, cocaína en polvo, cocaína base, cocaína general (polvo y/o base), anfetaminas, alucinógenos, heroína o inhalables volátiles en los últimos 12 meses (porcentajes de columna). España, 2011.

	Alcohol	Tabaco	Cánnabis	Éxtasis	Tranquilizantes	Somníferos	Hipnosedantes*	Cocaína en polvo	Cocaína base	Cocaína**	Anfetaminas/speed	Alucinógenos	Heroína	Inhalables volátiles
Alcohol	–	84,7	94,4	97,2	70,9	71,0	71,5	98,1	90,4	98,2	97,6	97,7	94,5	100,0
Tabaco	44,5	–	84	87,7	46,8	49,8	46,4	88,0	93,8	87,8	90,8	92,7	100,0	94,7
Inhalables volátiles	0,1	0,2	0,9	5,1	0,4	0,1	0,3	2,4	5,7	2,3	7,9	11,1	6,5	–
Anfetaminas/speed	0,8	1,4	5,0	51,4	1,4	2,0	1,5	18,2	20,9	18,0	–	52,6	37,1	51,3
Alucinógenos	0,5	0,9	3,7	29,7	0,9	1,1	0,9	10,0	10,3	9,9	35,4	–	24,7	48,9
Heroína	0,1	0,2	0,9	3,5	0,7	1,0	0,6	2,4	17,8	2,4	5,9	5,8	–	6,8
Tranquilizantes	9,0	11,4	12,4	16,3	–	64,6	86,2	17,4	45,0	17,5	23,1	22,5	69,6	43,1
Somníferos	4,1	5,5	5,8	9,8	29,2	–	39,2	10,9	35,7	10,8	14,7	12,3	46,5	6,2
Hipnosedantes*	10,6	13,2	13,6	18,2	–	–	–	19,2	47,5	19,3	28,1	24,9	73,8	43,1
Cánnabis	11,9	20,2	–	84,7	12,2	12,6	11,5	81,5	94,0	81,5	79,4	88,2	90,3	94,7
Éxtasis	0,9	1,5	6,0	–	1,1	1,5	1,1	19,6	29,5	19,6	57,9	49,7	24,7	39,2
Cocaína en polvo	2,9	4,9	19,0	64,2	3,9	5,4	3,7	–	84,3	98,9	68,7	55,1	56,7	57,3
Cocaína base	0,2	0,4	1,6	7,1	0,7	1,3	0,7	6,2	–	7,2	5,7	4,1	30,4	10,1
Cocaína**	2,9	5,0	19,2	65	4,0	5,4	3,8	–	–	–	68,7	55,1	56,7	57,3

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta. ** Cocaína (polvo y/o base).

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

(hijos y responsabilidades económicas). Además, los policonsumidores viven, en mayor proporción, con los padres o solos, en comparación con los que no realizan policonsumo.

Respecto a la relación con el nivel de estudios alcanzado, el análisis no muestra diferencias entre los que realizan policonsumo y los que no lo realizan. Sí se aprecian diferencias entre policonsumidores y no policonsumidores en cuanto a la percepción subjetiva de su estado de salud: aquellos que han policonsumido en el último año muestran una apreciación subjetiva de su estado de salud más negativa que aquellos que no realizan policonsumo (3,8% de los que realizan policonsumo piensan que su estado de salud es malo o muy malo frente al 1,9% que opinan que su estado de salud es malo o muy malo entre los que no realizan policonsumo). Asimismo, un mayor porcentaje de policonsumidores reconoce haber sufrido lesiones en el último año (19,6%), en comparación con los no policonsumidores (11,3%).

Uso inyectado

El 0,4% de la población de entre 15 y 64 años se ha inyectado alguna vez en su vida heroína, cocaína u otras drogas ilegales (el 0,6 % de los hombres y el 0,2% de las mujeres). Según la edad de los entrevistados, son aquellas personas de entre 35 y 44 años las que presentan la mayor prevalencia (0,8%) (Tabla 1.1.17).

Tabla 1.1.17.

Prevalencia de consumo alguna vez en la vida de heroína, cocaína u otras drogas ilegales a través de inyección en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes). España, 2011.

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

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Percepciones y opiniones de la población ante las drogas

Percepción de riesgo

El riesgo que la población percibe ante el uso de distintas drogas podría interpretarse como un factor de protección frente al consumo de las mismas y, de manera especial, en su inicio.

El 94% de la población de 15 a 64 años considera que los consumos de heroína, cocaína y éxtasis pueden producir muchos o bastantes problemas, con independencia de la frecuencia de su consumo. Sin embargo, cuando se pregunta por el riesgo asociado a probar éxtasis o cocaína una o dos veces en la vida, aumenta la tolerancia y la percepción del riesgo se reduce al 78,2% de la población en el caso del éxtasis y al 76,5% en el de la cocaína (Figura 1.1.26).

Con respecto al consumo de 5/6 cañas o copas en fin de semana, aproximadamente la mitad de la población no considera que éste pueda acarrear muchos o bastantes problemas (Figura 1.1.26). No obstante, la percepción de riesgo para este consumo en 2011 (49,3%) ha aumentado con respecto a 2009 en 4,3 puntos porcentuales, alcanzando con ello el valor más alto de toda la serie histórica.

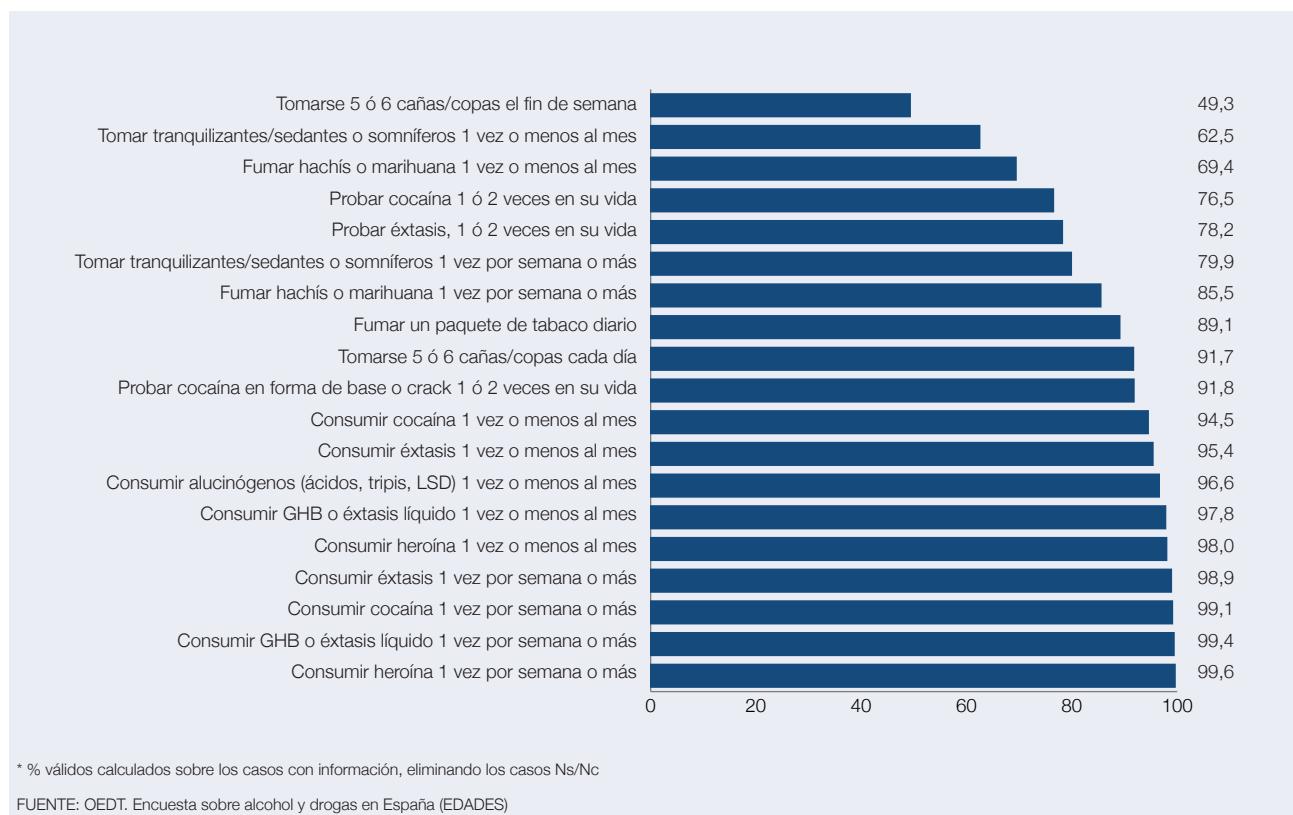
En cuanto a los hipnosedantes (grupo de sustancias que experimenta el mayor crecimiento de consumo entre la población de 15 a 64 años en 2011), se aprecia que la percepción de riesgo asociado a su consumo esporádico (una vez o menos al mes) es considerablemente baja (62,5%), si bien alcanza el 79,9% de la población cuando se refiere al riesgo que se asocia al consumo habitual (una vez por semana o más) (Figura 1.1.26).

El cambio más sustancial con respecto a la edición anterior de la encuesta se produce para el consumo de cannabis en una vez o menos al mes, cuya percepción de riesgo aumenta 6,7 puntos porcentuales respecto de 2009 alcanzando la valoración más alta desde 2001 y 3,9 puntos para el consumo una vez a la semana, situándose también en el nivel más alto de la década.

Por otro lado, desde 1997 la consideración del consumo de un paquete diario de tabaco como un hábito de riesgo ha ido creciendo entre los ciudadanos hasta 2011, año en que se registra un estancamiento, si bien en niveles próximos al 90% de la población española.

Figura 1.1.26.

Proporción de la población española de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes o muchos problemas (porcentajes)*. España, 2011.



Con carácter general, la percepción de riesgo es mayor entre las mujeres que entre los hombres para todas las sustancias psicoactivas y para todas las frecuencias de consumo. La excepción aparece con los tranquilizantes/somníferos, sustancias de consumo más prevalente entre las mujeres. En este caso, la proporción entre sexos es similar a la hora de asociar determinado riesgo al consumo esporádico de dichas sustancias.

En términos de edad, existe una gran unanimidad a la hora de valorar el riesgo del consumo habitual de heroína, cocaína, éxtasis y un paquete diario de tabaco. Sin embargo, en referencia al consumo de cannabis y al de 5/6 copas en fin de semana, el segmento de entre 15 y 34 años muestra mayor tolerancia al riesgo que el segmento más joven (15 a 17 años) y que el más mayor (35 a 64 años). Por otra parte, se observa que la percepción de riesgo asociada al consumo habitual de tranquilizantes va descendiendo conforme se incrementa la edad del segmento considerado.

Percepción de disponibilidad

Cuando se consulta a la población sobre el grado de dificultad que creen tener para obtener una determinada droga ilegal en un plazo de unas 24 horas, el cannabis se muestra como la más fácil de conseguir. Así, el 67% de la población

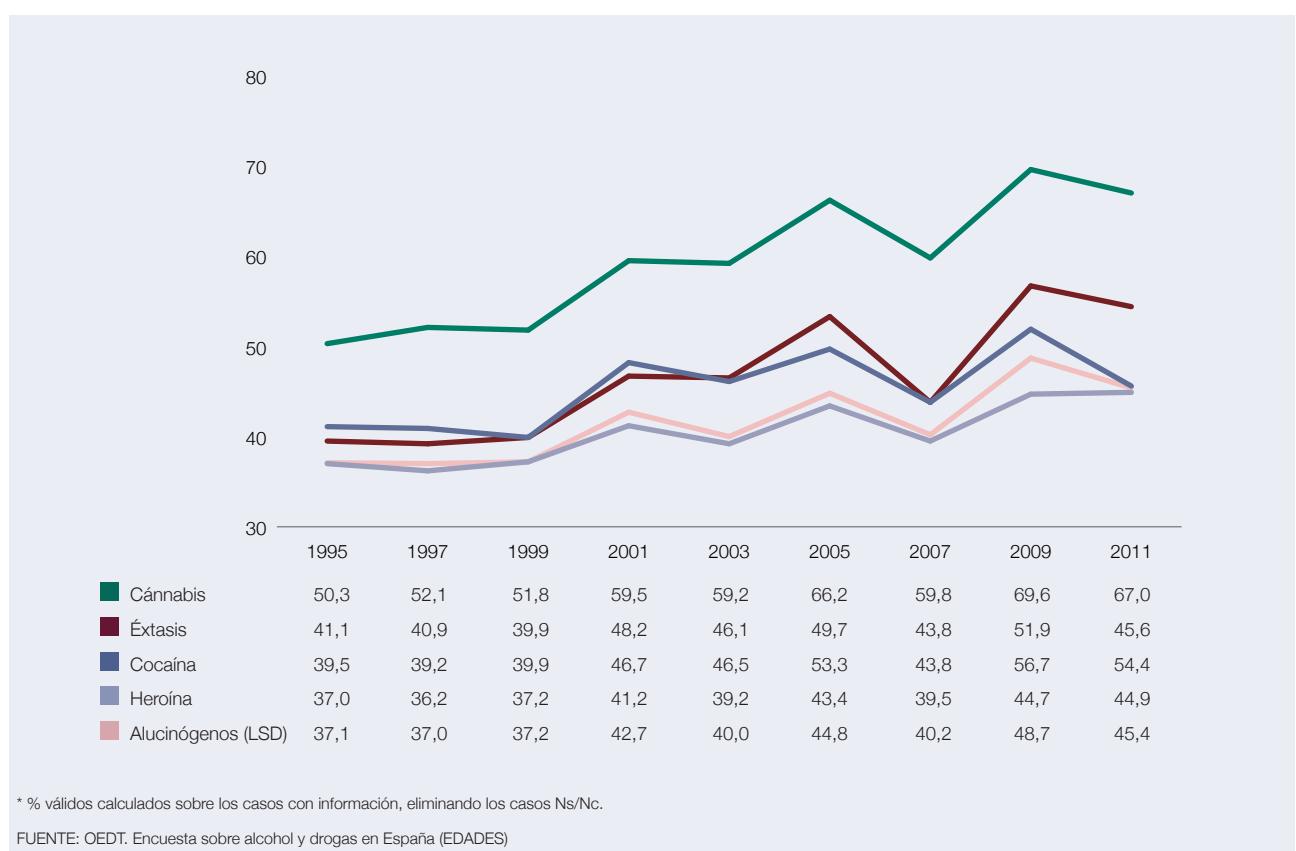
piensa que conseguirla en 24 horas es fácil o muy fácil. Por el contrario, las que la población considera más difíciles de conseguir resultan ser la heroína, los alucinógenos y el éxtasis (alrededor del 45% de la población considera que conseguir alguna de ellas es fácil o muy fácil).

El año 2009 mostró los mayores niveles de percepción de disponibilidad de los registrados hasta la fecha para todas las sustancias (con la excepción de la heroína). En 2011, disminuye la percepción de disponibilidad, destacando el descenso, en 6,3 puntos porcentuales, en el caso del éxtasis.

En general, de 1995 a 2011, la percepción de disponibilidad de todas las sustancias estudiadas ha venido aumentando, habiéndose notado un mayor crecimiento en el caso del cannabis (en 16,7 puntos porcentuales) y en el de la cocaína (en 14,9 puntos porcentuales) (Figura 1.1.27).

Figura 1.1.27.

Evolución de la percepción de disponibilidad de drogas ilegales (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años de edad (porcentajes)*. España, 1995-2011.



A continuación se muestran las tendencias de las prevalencias de consumo, percepción de riesgo asociado y de disponibilidad para el consumo esporádico en el último año de cannabis y cocaína en polvo.

En 2011 se observa que la prevalencia de consumo y la percepción de disponibilidad del cannabis han descendido, a la vez que la percepción de riesgo asociado ha aumentado (Figura 1.1.28).

Resulta de particular interés la relación inversa existente entre la disponibilidad percibida de cannabis y el precio del gramo de la misma sustancia en el mercado al por menor. En 2001, 2005 y 2009, en que el precio es más bajo, se registra un aumento de la disponibilidad y, al contrario, en 2003, 2007 y 2011, la disponibilidad desciende ante el aumento del precio, aun si éste no es particularmente relevante (Figura 1.1.29).

En cuanto a la cocaína, el consumo y la percepción de disponibilidad descienden ligeramente, mientras que la sensación de riesgo ante su consumo esporádico permanece estable, en la medida que viene presentando niveles cercanos al 95% desde años anteriores (Figura 1.1.30).

Figura 1.1.28.

Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses, disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) y percepción del riesgo ante el uso esporádico (1 vez o menos al mes). Porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes o muchos problemas. España, 1997-2011.



Figura 1.1.29.

Evolución de la disponibilidad percibida de cannabis (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) y el precio por gramo de hachís en la población de 15-64 años (porcentajes)*. España, 1997-2011.

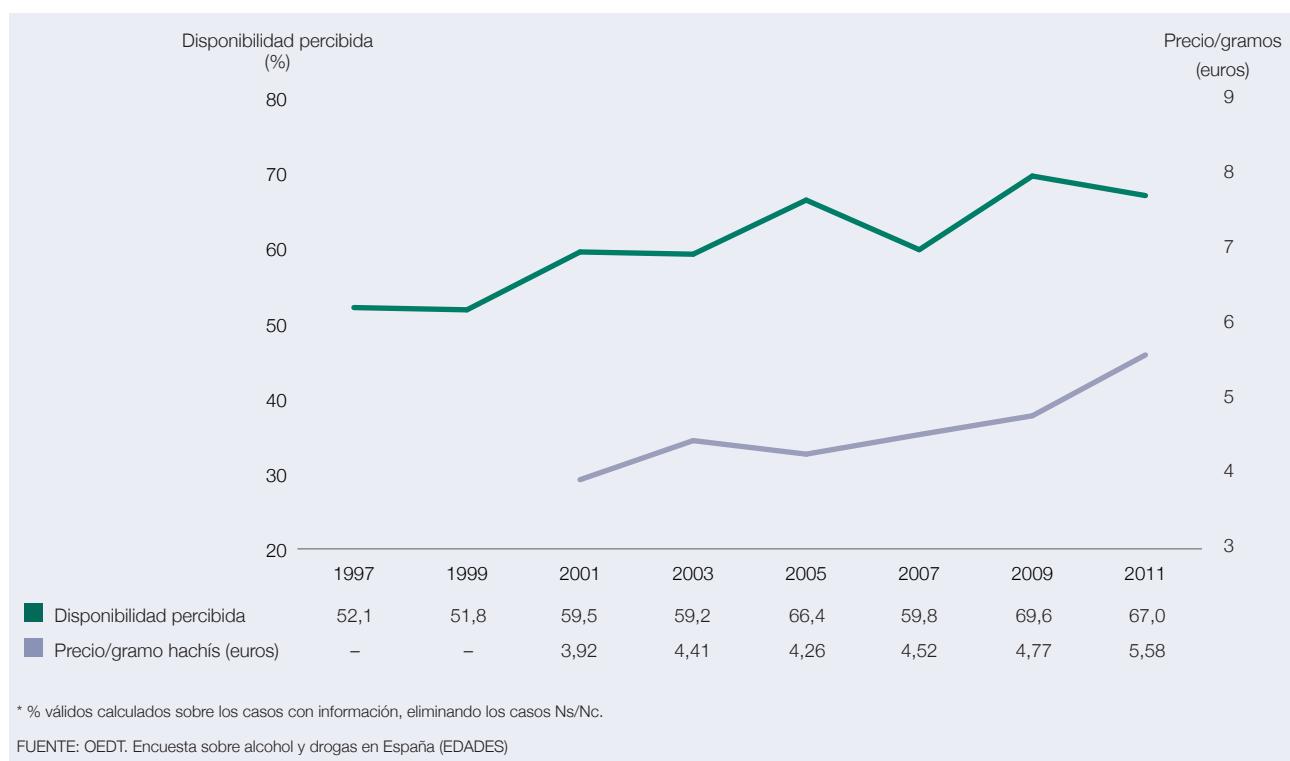
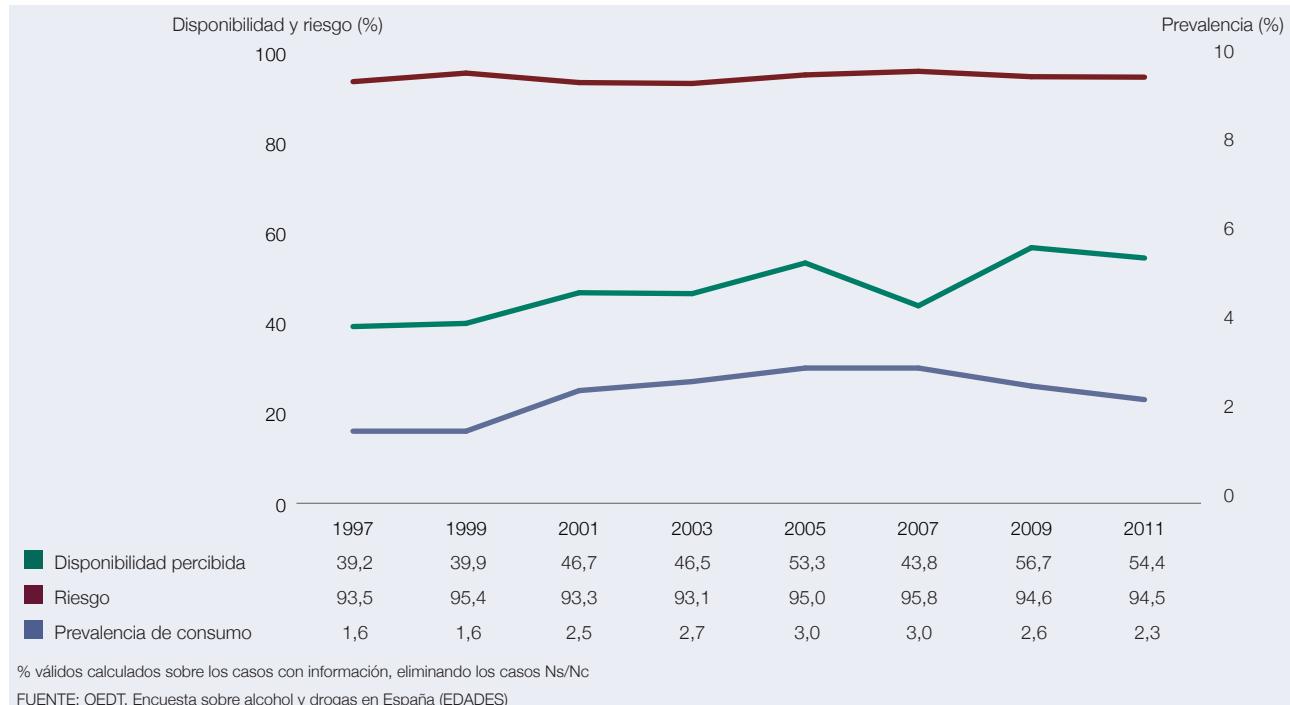


Figura 1.1.30.

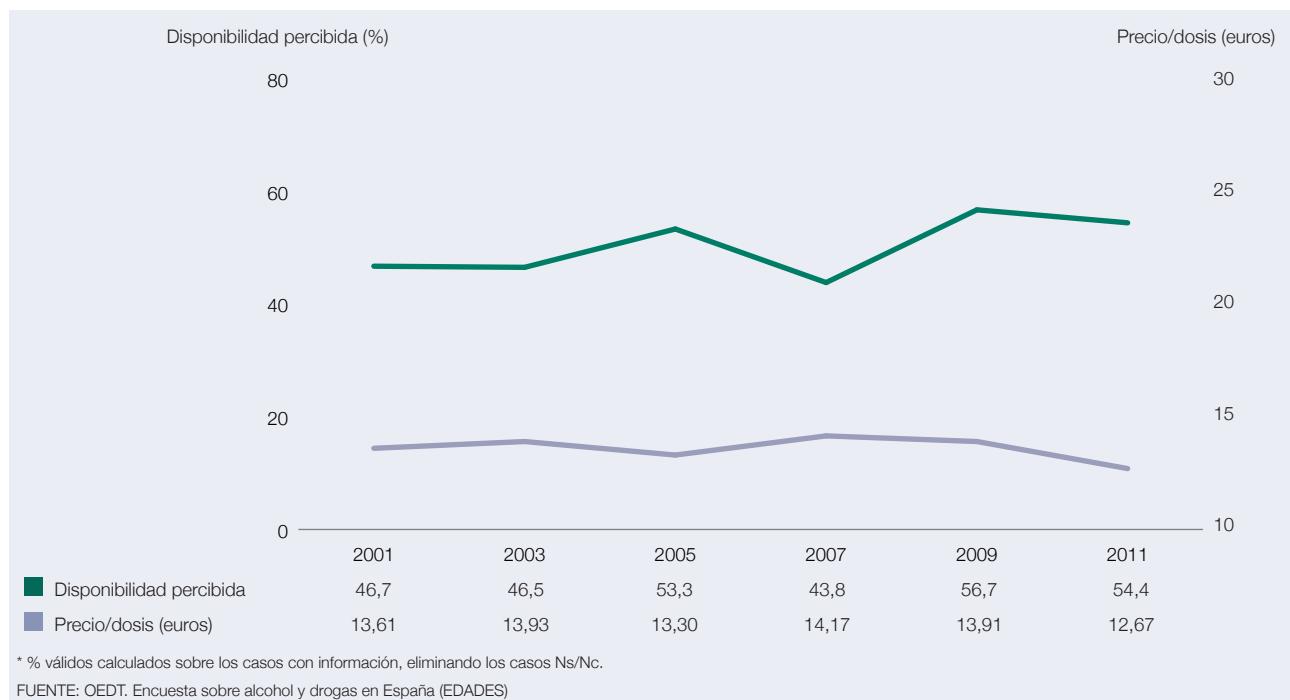
Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses, disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) y percepción del riesgo ante el uso esporádico (1 vez o menos al mes). Porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes o muchos problemas. España, 1997-2011.



Teniendo en cuenta la información sobre el mercado de la cocaína en España, facilitada por el Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO – Ministerio del Interior), los mayores incrementos del precio por dosis se han producido en los años 2003 y 2007, a partir de los cuales se ha registrado una caída importante, alcanzando en 2011 el precio más bajo desde el año 2001. Si relacionamos estos datos con la disponibilidad percibida por los entrevistados en las encuestas realizadas en los años correspondientes, puede observarse una relación inversa esperable: a menor precio, mayor accesibilidad, es decir, la droga se percibe como de más fácil adquisición (Figura 1.1.31).

Figura 1.1.31.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses y disponibilidad percibida (conseguirlo en 24 horas es fácil/muy fácil) en la población de 15-64 años (porcentajes)*. España, 2001-2011.



Percepción sobre la importancia del problema del consumo de drogas y visibilidad del problema

En 2011, el 40% de la población española de entre 15 y 64 años declaró que el problema de las drogas ilegales en su lugar de residencia era “muy importante”. Esta percepción ha descendido considerablemente con respecto a 2009 (48,9%). Por el contrario, el 27,5% de la población consultada cree que el problema de las drogas ilegales es “nada importante”, la mayor cifra registrada en este sentido de la serie temporal desde 1997 (Tabla 1.1.18).

Tabla 1.1.18.

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, 1997-2011.

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	Diferencia 2009- 2011
Nada importante	19,6	22,3	19,1	20,9	14,8	20,5	20,4	27,5	7,1
Algo importante	28,1	32,1	34,3	34,3	27,9	29,7	30,7	32,5	1,8
Muy importante	46,4	37,3	39,3	36,3	52	49,8	48,9	40	-8,9

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Este cambio, coincide con una menor visibilidad de algunas situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales. Entre estas situaciones, las más visibles por el ciudadano en su entorno residencial son, como en años anteriores, los vendedores que ofrecen drogas (10,7%) y las personas esnifando drogas por la nariz (8,6%), aunque son también las situaciones que experimentan un mayor descenso en visibilidad respecto a 2009 (de -2,8 y -1,8 puntos porcentuales, respectivamente).

Las situaciones con menor visibilidad son las personas inyectándose drogas y las jeringuillas en el suelo. Desde años atrás, la cantidad de ciudadanos que se encontraban estas situaciones de forma frecuente o muy frecuente ha ido descendiendo hasta alcanzar en 2011 el 2,1% y el 2,9% respectivamente (Tabla 1.1.19).

Tabla 1.1.19.

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, 1995-2011.

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	Diferencia 2001-2011
Jeringuillas en el suelo	17,3	15,2	10,7	8,4	8,5	5,7	4,2	3,8	2,9	-5,5
Personas inyectándose drogas	10,7	9,9	7,3	5,9	5,5	4,3	2,8	2,9	2,1	-3,8
Personas fumando chinos	10,6	9,2	8,5	6,1	6,2	6,1	4,6	4,4	3,3	-2,8
Personas drogadas caídas en el suelo	12,3	11,5	9,7	8,7	7,8	7,4	5,6	6,2	5,2	-3,5
Vendedores que ofrecen drogas	11,4	10,0	8,6	8,8	8,2	10,1	10,2	13,5	10,7	1,9
Personas esnifando drogas por la nariz	-	-	-	-	-	-	11,6	10,4	8,6	-

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

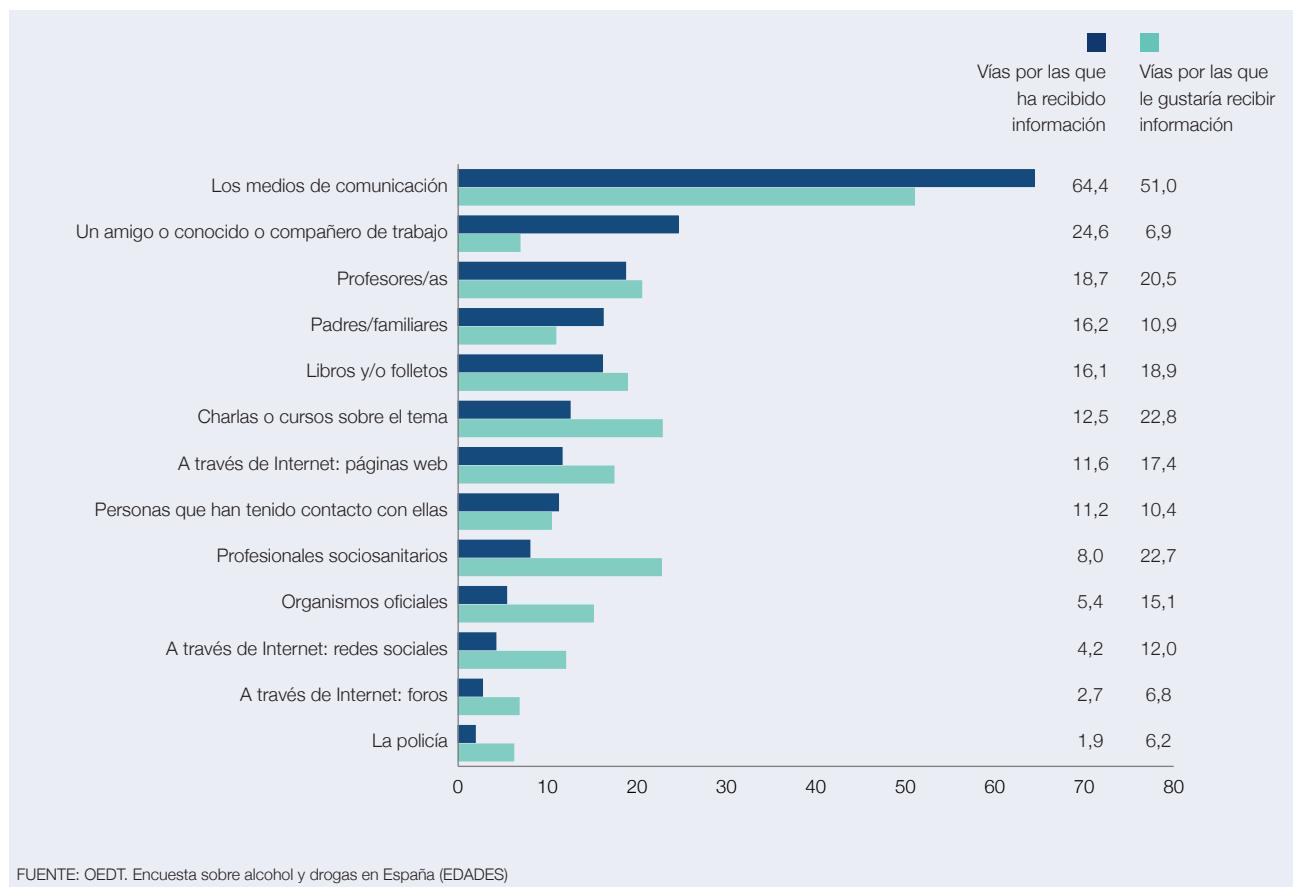
El año 2011 marca mínimos históricos en cuanto a proporción de personas que se encuentran frecuentemente con situaciones relacionadas con el uso de drogas ilegales en su entorno residencial, confirmándose así la tendencia descendente que se venía registrando. La excepción son los vendedores que ofrecen drogas, cuya visibilidad aumentó desde 2003 llegando a un nivel máximo de 13,5% en 2009.

Vías de información sobre drogas

En 2011, el cuestionario de EDADES incluyó preguntas cuyo contenido pretendía recabar información sobre las vías por las que los ciudadanos reciben información sobre drogas y sobre aquellas por las que les gustaría recibir esta información (Figura 1.1.32).

Figura 1.1.32.

Principales vías de información por las que la población de 15-64 años ha recibido información sobre drogas y por las que le gustaría recibir una información mejor y más objetiva sobre el consumo de drogas y los efectos y problemas asociados con ellas y sus formas de consumo. España, 2011.



FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES)

Las vías por las que una mayor proporción de la población residente en España recibe información son los medios de comunicación (64,4%), un amigo o conocido o compañero de trabajo (24,6%), los profesores (18,7%) e Internet (18,5% incluyendo foros, redes sociales y páginas web). La policía (1,9%), los organismos oficiales (5,4%) y los profesionales sanitarios (8%) son las vías por las que una menor proporción de ciudadanos ha recibido información sobre drogas.

Sin embargo, el 51% de la población preferiría recibir esta información a través de los medios de comunicación, el 36,2% a través de Internet y, aproximadamente, una quinta parte estaría interesado en obtener información a través de los profesionales sanitarios, de los que sólo el 8% de los encuestados manifiesta recibirla en la actualidad.

Por lo que respecta a Internet, debe señalarse que uno de cada tres ciudadanos manifiesta tener interés en esta herramienta como proveedor de información sobre drogas mientras que sólo uno de cada cinco reconoce haberla obtenido por esta vía.

Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas

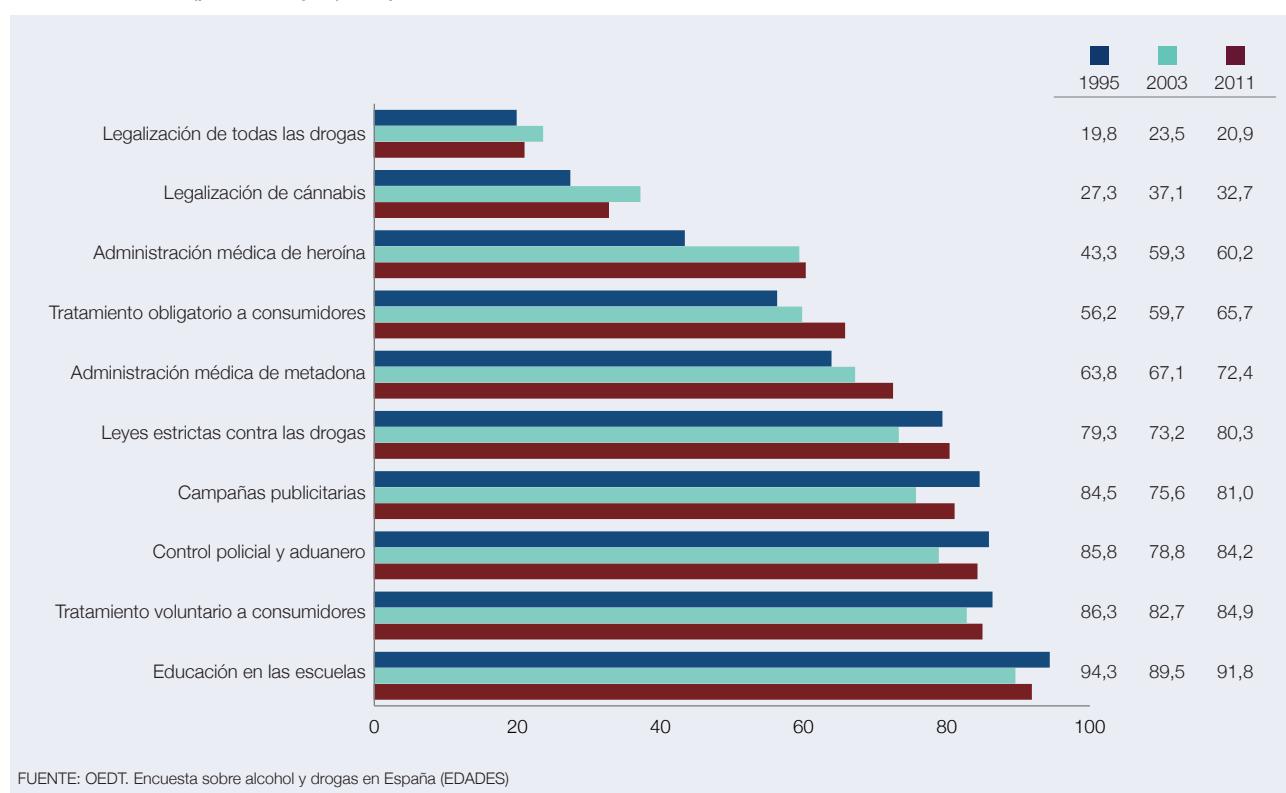
En 2011, al igual que años anteriores, la medida más valorada para resolver el problema de las drogas es la educación en las escuelas (respaldado por el 91,8% de la población). El tratamiento voluntario a consumidores es la segunda medida más apoyada (84,9%), seguida del control policial y aduanero (84,2%) (Figura 1.1.33). Otras medidas consideradas como efectivas por más del 80% de los ciudadanos son las campañas publicitarias (81,0%) y las leyes estrictas contra las drogas (80,3%).

Por el contrario, la medida que la población considera menos eficaz es la legalización de todas las drogas (20,9%) que, aunque muestra un mayor apoyo que en 2009 (aumento de 5,3 puntos porcentuales), permanece alejada del nivel de aceptación que mostraba hace una década (27,1%). Por su parte, el respaldo a la legalización del cannabis viene aumentando desde 2007 hasta alcanzar el 32,7% en 2011, pero se mantiene también en niveles inferiores a los que mostraba hace una década (38,5%).

De esta manera, las medidas de mayor eficacia, según los ciudadanos, son las basadas en la información, el tratamiento voluntario de los consumidores, la existencia y aplicación de la normativa y el control policial.

Figura 1.1.33.

Evolución de la valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2011.



Nuevas sustancias psicoactivas

Este apartado revisa los resultados obtenidos de la introducción en el cuestionario de EDADES 2011 de un módulo orientado a conocer diversos aspectos de un grupo de sustancias psicoactivas a las que se denomina “nuevas sustancias”, bien debido a que han aparecido recientemente en el mercado o porque, aun siendo sustancias conocidas y utilizadas desde hace más tiempo, su uso ha sido retomado o reinventado por el conjunto o por ciertos grupos de la población. Las sustancias consideradas son: ketamina, *spice*, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, *research chemicals*, *legal highs*, salvia y esteroides anabolizantes.

La encuesta ESTUDES 2010 en estudiantes de Enseñanzas Secundarias incluyó, por primera vez, un módulo similar que permitió realizar una aproximación inicial al fenómeno de las nuevas sustancias en España en la población más joven (14 a 18 años).

Los resultados que se muestran a continuación permitirán observar la evolución temporal de la prevalencia de consumo entre los consumidores de menor edad y determinar, al menos a grandes rasgos, la magnitud general de los consumos y la existencia o no de diferencias según sexo y grupos de edad en la población adulta. Asimismo, se aporta información sobre percepción de riesgo y de disponibilidad asociada a estas sustancias por los encuestados y también sobre las vías de acceso real a estas sustancias entre aquellos que las han consumido.

Prevalencia de consumo

Consideradas en conjunto, en 2011, el 3,6% de la población española de 15 a 64 años había consumido nuevas sustancias alguna vez en su vida, el 0,9% las consumieron en alguna ocasión durante el año anterior a ser encuestados y el 0,4% durante el último mes. Para todos los indicadores temporales y todos los grupos de edad, la extensión del consumo fue mayor entre los hombres que entre las mujeres. La desagregación por edad mostró, para el tramo temporal de alguna vez en la vida, una cifra de prevalencia más elevada en el grupo de 19 a 34 años (6,6%), lo que por otro lado, no sorprende teniendo en cuenta que una gran parte de los consumos de nuevas sustancias se espera sean realizados por consumidores jóvenes en entornos de ocio o espacios privados, con intención de experimentar con sustancias psicoactivas no-vedosas o que, sin ser ilegales, reproducen los efectos de otras que sí lo son y tienen, por tanto, un acceso más restringido.

Respecto al tramo temporal del último año, el segmento de entre 19 y 34 años muestra una prevalencia similar al del grupo de jóvenes de entre 15 y 18 años (1,7% y 1,8% respectivamente) mientras que, considerando el último mes, el consumo está de nuevo más extendido entre aquellas personas de 19 a 34 años (0,8%) (Tabla 1.1.20).

Tabla 1.1.20.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias* entre la población de 15-64 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2011.

	15-18 años			19-34 años			35-64 años			15-64 años		
	Global	H	M									
Alguna vez en la vida	2,4	3,5	1,3	6,6	9,5	3,6	2,1	3,3	0,9	3,6	5,4	1,8
Último año	1,8	2,4	1,2	1,7	2,6	0,8	0,3	0,5	0,1	0,9	1,3	0,4
Último mes	0,4	0,6	0,2	0,8	1,2	0,3	0,2	0,3	0,1	0,4	0,6	0,2

* Incluye: ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia y esteroides anabolizantes.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Por sustancias, si se considera el consumo alguna vez en la vida, las mayores prevalencias de consumo en la población de 15 a 64 años se observan para las setas mágicas (2,4%), seguidas de la ketamina (1%), la salvia (0,9%), el spice (0,8%) y la metanfetamina (0,8%). El resto de sustancias muestran prevalencias inferiores al 0,3%. Los consumos en el último año y en el último mes muestran una distribución similar en cuanto a las sustancias, pero con cifras de prevalencia muy bajas, lo que confirma el carácter esporádico y experimental del consumo de estas sustancias en la población general (Tabla 1.1.21).

No obstante, debido a las características propias del fenómeno del consumo de “nuevas drogas” o nuevas sustancias, que parece haberse extendido y dado a conocer, fundamentalmente, a través de Internet, redes sociales, etc., merece la pena realizar un estudio más pormenorizado en aquellos grupos de población que, en principio, podrían ser más propensos a la adopción de nuevos consumos o nuevos usos.

Así, la Tabla 1.1.22 muestra claramente cómo la mayor proporción de consumidores de setas mágicas, ketamina, spice, metanfetamina, salvia y esteroides anabolizantes se encuentra comprendida en el grupo de edad de 25 a 34 años, mientras que las mayores prevalencias de consumo de mefedrona, piperazinas, *legal highs* y *research chemicals* se observan en población adolescente de 14 a 18 años. Ambos grupos muestran una prevalencia de consumo similar para el caso del nexus. A este respecto, llama la atención el hecho de que las nuevas sustancias de consumo más prevalente en el grupo de 25 a 34 sean, precisamente, las menos novedosas, con la excepción del spice (cannabinoides sintéticos) y la

salvia, ya que se trata de sustancias como la ketamina, las setas mágicas, la metanfetamina o los esteroides anabolizantes que son conocidas desde hace décadas y cuyo uso y popularidad ha venido variando con el tiempo. Sin embargo, es en la población más joven (14 a 18 años) en la que se muestra una mayor extensión de las drogas de más reciente aparición en el mercado (mefedrona, piperazinas, *research chemicals* o *legal highs*) real y también virtual.

A pesar de que, por el momento, las prevalencias de consumo de nuevas sustancias no alcanzan en España cifras tan elevadas como las que se han registrado en algunos otros países de la UE, Australia, etc., y de que la dificultad para evidenciar o descartar su participación en intoxicaciones y fallecimientos han evitado la existencia de alarma social, resulta de interés observar la magnitud de los consumos de algunas de estas sustancias en el contexto del resto de sustancias psicoactivas a las que, clásicamente, se viene prestando atención.

Tabla 1.1.21.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias* entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2011.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ketamina	1,0	0,2	0,0
Spice	0,8	0,1	0,1
Piperazinas	0,1	0,0	0,0
Mefedrona	0,1	0,0	0,0
Nexus	0,2	0,0	0,0
Metanfetamina	0,8	0,2	0,1
Setas mágicas	2,4	0,4	0,1
Research chemicals	0,1	0,0	0,0
Legal highs	0,1	0,0	0,0
Salvia	0,9	0,2	0,1
Esteroides anabolizantes	0,3	0,1	0,1

* Incluye: ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia y esteroides anabolizantes.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Tabla 1.1.22.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias* alguna vez en la vida en la población española de 15-64 años, según edad (porcentajes). España, 2010-2011.

	TOTAL	2010	2011									
			14-18	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-17	18-64	15-34	35-64
Ketamina	1,0	1,1	1,4	2,0	1,0	0,4	0,0	0,0	0,2	1,0	1,8	0,5
Spice	0,8	1,1	1,0	1,4	0,9	0,4	0,4	0,1	0,3	0,8	1,2	0,5
Piperazinas	0,1	0,4	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
Mefedrona	0,1	0,4	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1
Nexus	0,2	0,5	0,2	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,4	0,1
Metanfetamina	0,8	0,8	0,9	1,2	1,0	0,3	0,1	0,3	0,3	0,8	1,1	0,5
Setas mágicas	2,4	2,1	3,3	4,9	2,1	1,0	0,1	0,1	1,5	2,4	4,3	1,2
Research chemicals	0,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Legal highs	0,1	0,7	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Salvia	0,9	–	1,1	1,8	0,8	0,3	0,1	0,1	0,4	0,9	1,5	0,5
Esteroides anabolizantes	0,3	–	0,3	0,6	0,4	0,0	0,1	0,1	0,0	0,3	0,4	0,2

* Incluye: ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia y esteroides anabolizantes.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Figura 1.1.34.

Prevalencia de consumo de nuevas sustancias alguna vez en la vida en la población española de 15-64 años, según sexo (porcentajes). España, 2011.

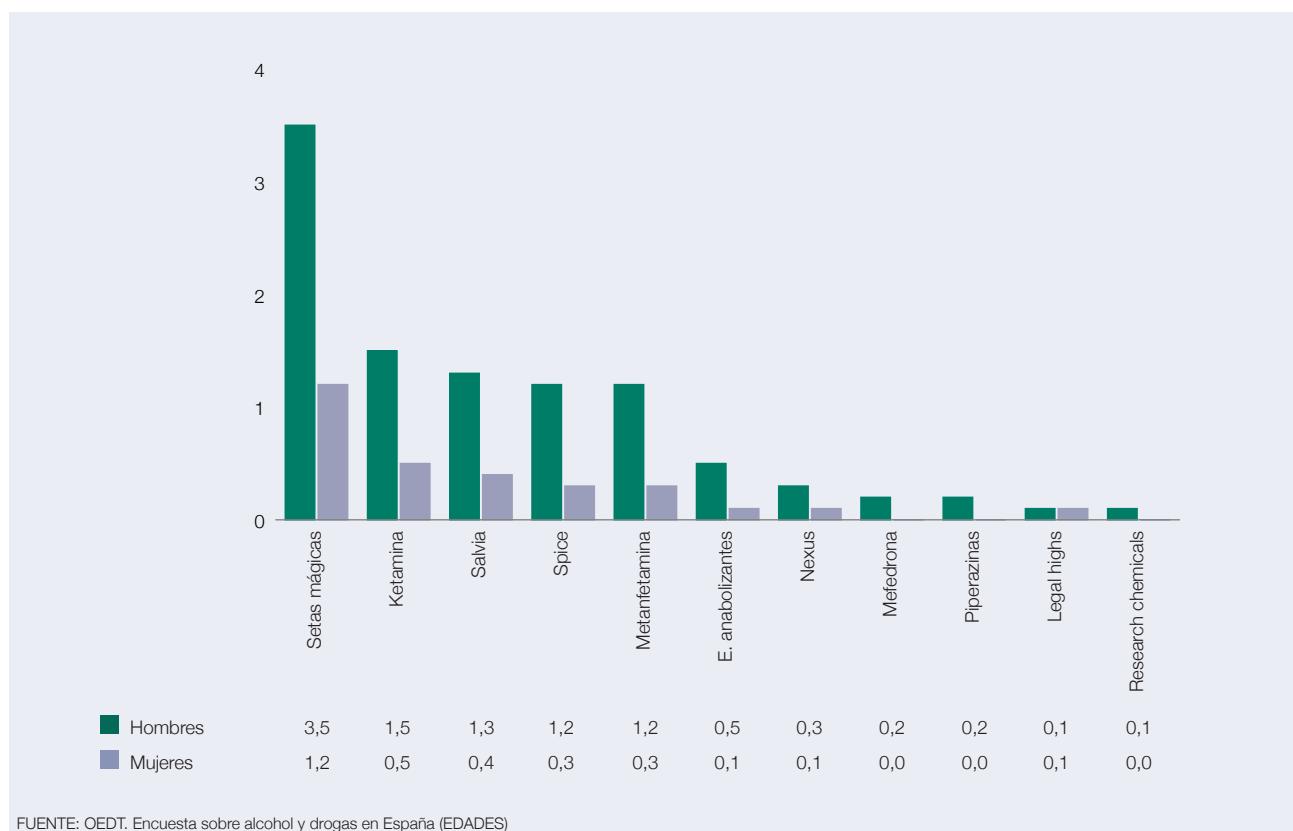
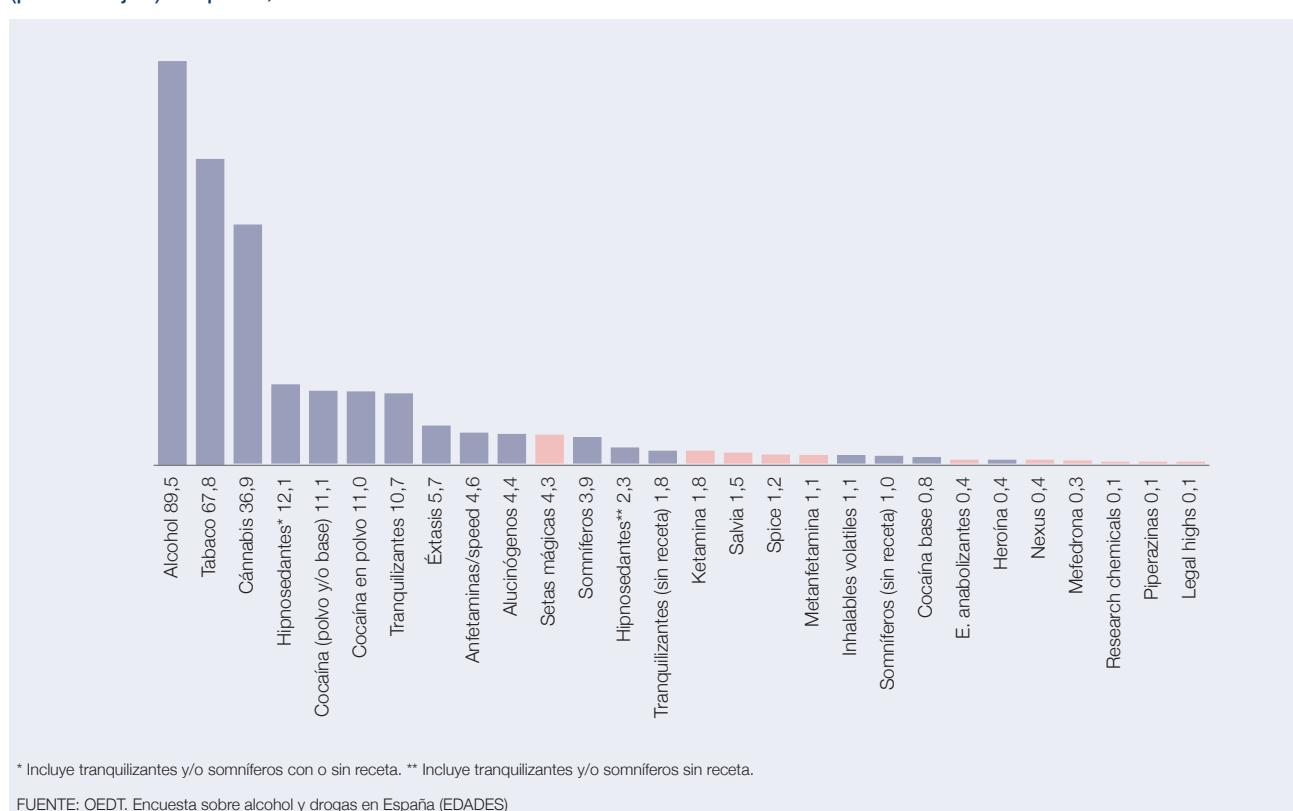


Figura 1.1.35.

Prevalencia de consumo de diversas sustancias alguna vez en la vida en la población española de 15-34 años (porcentajes). España, 2011.



Percepción de riesgo

Para la mayoría de las nuevas sustancias estudiadas, una de cada dos personas encuestadas reconoce no haber oído nunca hablar de ellas. Las más conocidas entre la población general son los esteroides anabolizantes y las setas mágicas. Por otro lado, si consideramos las nuevas sustancias en su conjunto, se observa que el 32,3% de los entrevistados nunca ha oído hablar de ninguna sustancia de las propuestas. En general, el desconocimiento total de las nuevas sustancias es más habitual entre las mujeres y en los tramos de mayor edad, mientras que aquellos de entre 25 y 34 años muestran el mayor nivel de conocimiento en términos de notoriedad (78%), seguido del segmento más joven de 15 a 24 años (76,9%).

Teniendo en cuenta, únicamente, a las personas que afirman conocer las nuevas sustancias por las que se pregunta, más del 95% de éstas coincide en asociar a su consumo esporádico (para cada una de las sustancias estudiadas) muchos o bastantes problemas, si bien este porcentaje es algo menor en el caso de las sustancias más conocidas entre la población (setas mágicas 92% y esteroides anabolizantes 92,9%) y en el caso de la salvia (93,3%) (Tabla 1.1.23).

La percepción del riesgo asociado al consumo esporádico es mayor entre las mujeres que entre los hombres, para todas las nuevas sustancias estudiadas, registrándose las mayores diferencias entre ambos sexos también en el caso de setas mágicas y esteroides anabolizantes.

Con respecto a la edad, se observa que, a medida que ésta aumenta, también lo hace la percepción de riesgo en la población. No obstante, se supera el 90% en todas las sustancias y segmentos de edad, siendo las setas mágicas la única sustancia para la que no se alcanza este nivel en el caso de los jóvenes (87,6% en el grupo de 15 a 24 y 89,9% en el de 25 a 34 años) (Tabla 1.1.23).

Tabla 1.1.23.

Riesgo percibido ante diversas conductas de consumo de nuevas sustancias (porcentaje de población de 15-64 años que piensa que cada conducta de consumo puede producir bastantes o muchos problemas)*, según sexo y edad. España, 2011.

	SEXO		EDAD					TOTAL
	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Ketamina	94,4	96,5	93,9	94,4	95,8	96,6	97,2	95,4
Spice	94,3	96,7	93,0	94,6	96,2	96,4	97,5	95,4
Piperazinas	95,5	97,2	95,1	95,5	96,5	96,8	98,3	96,3
Mefedrona	95,6	97,3	95,2	95,5	96,9	96,8	98,3	96,4
Nexus	95,4	97,2	94,5	95,4	96,9	96,9	97,7	96,2
Metanfetamina	94,5	97,2	94,1	95,1	96,0	96,8	97,4	95,7
Setas mágicas	90,1	94,3	87,6	89,9	93,0	95,8	96,5	92,0
Research chemicals	95,7	97,4	95,4	95,7	96,9	97,1	97,7	96,5
Legal highs	95,4	97,4	95,3	95,2	96,8	97,0	98,0	96,3
Salvia	92,0	94,9	91,2	91,5	94,6	94,6	95,8	93,3
Esteroides anabolizantes	91,5	94,5	90,5	91,9	93,8	93,3	95,9	92,9

* Eliminando los casos que señalan que No conocen la sustancia o que han contestado Ns/Nc.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Percepción de disponibilidad

En cuanto a la percepción de disponibilidad, es decir, la facilidad con que los encuestados creen que podrían conseguir en 24 horas cada una de las sustancias estudiadas, se muestran datos obtenidos a partir de aquellos que dicen conocerlas. Dependiendo de las sustancias, entre un 37,7% y un 59,5% de los entrevistados, las desconocían y alrededor

de un 13,5% no contestaron. Esto conlleva que, según el tipo de sustancia, entre un 53,4% y un 72% de los entrevistados no dieron una respuesta a la disponibilidad percibida.

Entre los que dieron una respuesta, los esteroides anabolizantes son la sustancia considerada más fácilmente disponible por un mayor porcentaje de población (48,8%) ya que aproximadamente una de cada dos personas que conoce esta sustancia opina que puede conseguirse fácilmente/muy fácilmente en 24 horas. Esto mismo ocurre en el 43,9% de los que conocen el *spice* y en el 43,7% de los que conocen las setas mágicas. El resto de sustancias estudiadas muestra cifras que también superan el 40% (Tabla 1.1.24).

Atendiendo a la edad de las personas consultadas, la percepción de disponibilidad desciende conforme aumenta la edad. En el grupo de 15 a 24 años, son las setas mágicas y los esteroides anabolizantes las sustancias consideradas fácilmente/muy fácilmente disponibles por una mayor proporción de jóvenes (uno de cada dos cree que podría conseguirlas fácil/muy fácilmente en 24 horas). En el grupo de 25 a 34 años, son los esteroides anabolizantes (55,2%) y el *spice* (49%) las que se perciben fácil/muy fácilmente disponibles por una mayor proporción (Tabla 1.1.24).

Tabla 1.1.24.

Disponibilidad percibida de nuevas sustancias (conseguirlas en 24 horas es relativamente fácil/muy fácil), entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes)*. España, 2011.

	SEXO		EDAD					TOTAL
	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	
Ketamina	43,0	39,2	45,8	45,5	42,0	36,1	28,4	41,4
Spice	45,3	42,2	49,0	49,0	44,0	38,4	30,9	43,9
Piperazinas	42,8	39,2	45,5	45,0	42,8	36,5	29,2	41,2
Mefedrona	42,2	38,7	45,6	44,7	41,5	36,2	28,6	40,7
Nexus	42,2	39,3	45,1	44,8	42,1	36,3	29,9	40,9
Metanfetamina	43,4	38,6	46,5	45,4	41,5	36,3	29,2	41,3
Setas mágicas	46,4	40,3	50,2	47,9	42,8	37,8	30,9	43,7
Research chemicals	42,7	39,3	45,9	44,9	42,1	37,5	28,5	41,2
Legal highs	42,5	39,1	45,8	45,2	42,2	36,4	28,2	41,0
Salvia	44,8	40,7	48,4	47,7	43,7	36,9	31,1	43,0
Esteroides anabolizantes	51,7	45,2	54,4	55,2	48,7	41,8	35,2	48,8

* Eliminando los casos que señalan que No conocen la sustancia o que han contestado Ns/Nc

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

La mayor o menor percepción del riesgo asociado al consumo de determinada sustancia y la percepción de mayor o menor facilidad para conseguir esa sustancia (disponibilidad percibida) suelen relacionarse con la prevalencia de consumo, de modo directo para el caso del riesgo percibido, e inversamente en el caso de la disponibilidad. Así, tiene cierta lógica que se registren mayores proporciones de consumidores entre los que perciben el consumo de una sustancia como menos peligroso que entre los que lo perciben como muy peligroso.

Del mismo modo, en términos generales, suele observarse una mayor proporción de consumidores entre los que creen que una sustancia es fácilmente accesible que entre los que reconocen mayor dificultad para conseguirla. No obstante, no siempre ocurre de esta manera pues, en ocasiones, la existencia de una percepción de riesgo alta no se traduce en la evitación del consumo (por ejemplo fumadores activos con percepción de riesgo elevada, etc.), pudiendo influir diversos factores como la edad, la normativa existente con respecto a la sustancia de que se trate, el grado de aceptación social del consumo de tal sustancia, la asociación de la misma con determinadas características sociales (status social elevado, marginalidad, etc.).

Vías de obtención

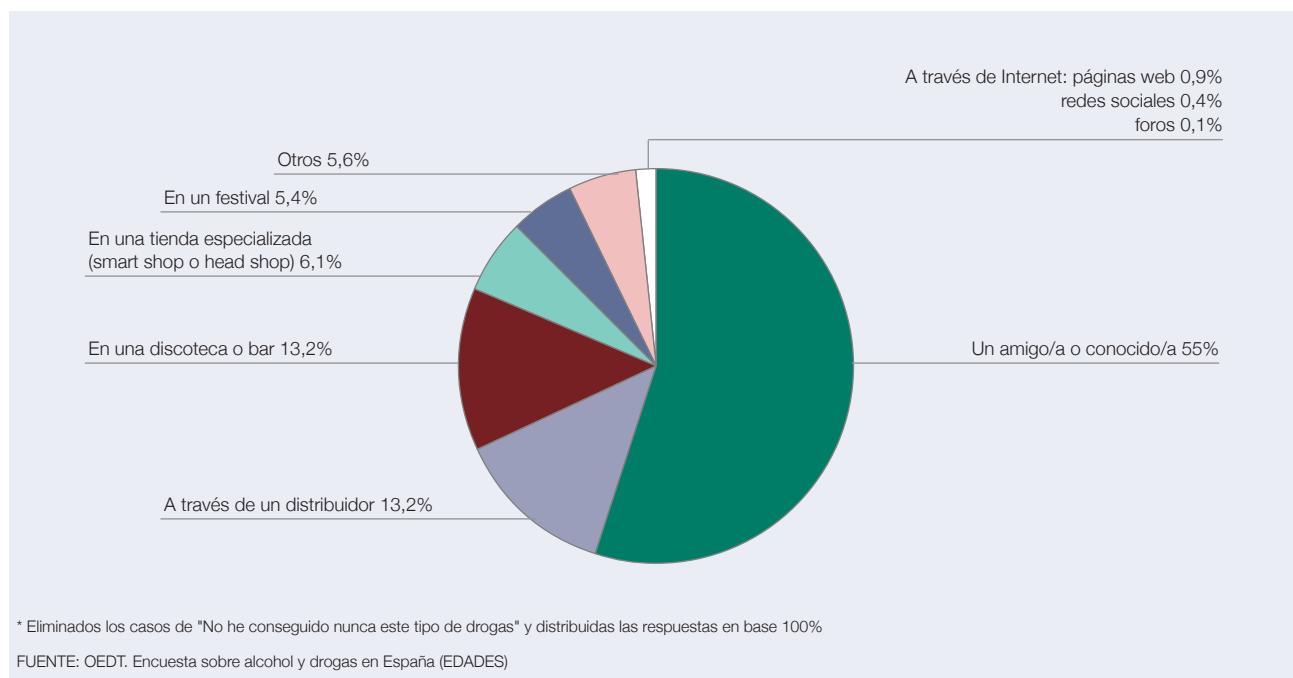
Al analizar las diferentes vías por las que los consumidores de nuevas sustancias (una o más sustancias) han conseguido acceder a las mismas, se observa que la vía utilizada por una mayor proporción de ellos fue a través de un amigo o conocido (55%), seguida, a cierta distancia, de los distribuidores y los bares o discotecas (13,2% en ambos casos), las *smart shops/head shops* (6,1%) y los festivales (5,4%) (Tabla 1.1.34).

Merece hacer una mención especial a la utilización de Internet como vía de acceso a las nuevas sustancias, ya que esta vía ha desempeñado un papel fundamental en el resto de países de la Unión Europea, en la difusión de información sobre muchas de estas sustancias, especialmente las de más reciente aparición (*spice*, *mefedrona*, *legal highs*, *research chemicals*, etc.) y también ha permitido acceder fácilmente a ellas a través de websites con ofertas a precios bastante asequibles y mínimos requisitos de identificación personal para los consumidores. No debe olvidarse, además, que Internet es, para la población más joven, una herramienta de uso habitual que posibilita y amplía las opciones recreativas con apenas esfuerzo.

Sin embargo, en España, no parece haber sido así. La Figura 1.1.36 muestra que sólo el 1,4% de los que dicen haber accedido/comprado alguna de las nuevas sustancias, lo hicieron a través de Internet. De ellos, el 0,9 las consiguió a través de páginas web, el 0,4 % lo hizo a través de las redes sociales y el 0,1% a través de foros. Es al menos sorprendente que Internet tenga tan poco peso en la adquisición de sustancias, pero es necesario hacer un seguimiento de esta vía, para evitar que se convierta en una puerta de entrada “fácil” de determinadas sustancias, como ocurre en otros países.

Figura 1.1.36.

Vías de obtención de nuevas sustancias entre aquellos que las han conseguido alguna vez, en la población de 15-64 años (porcentajes)*. España, 2011.



Canales de información

La mitad de la población consultada manifiesta no haber recibido información sobre estas drogas. Entre los que sí han recibido información, las vías más prevalentes son los medios de comunicación (el 30% de las personas consultadas ha recibido información por esta vía) y los amigos/as, conocidos/as o compañeros/as de trabajo (14,2%). Cuando se les pregunta a los encuestados las vías por las que les gustaría recibir información de estas sustancias, el 34,5% mani-

fiesta no tener interés en recibir información sobre el tema. Entre los que sí desearán recibir información, se señalan, mayoritariamente, los medios de comunicación (39,4%), seguido de los profesionales sociosanitarios (18,6%). Precisamente, es a través de los profesionales sociosanitarios donde se produce el mayor desfase entre la proporción de personas que desean recibir información por esta vía y la proporción que, de hecho, la reciben a través de dichos profesionales (Tabla 1.1.25).

Tabla 1.1.25.

Principales vías de información por las que la población de 15-64 años ha recibido información sobre nuevas sustancias y por las que le gustaría recibir una información mejor y más objetiva sobre el consumo de nuevas sustancias, los efectos y los problemas asociados con ellas y sus formas de consumo. España, 2011.

	Vías por las que ha recibido información	Vías por las que le gustaría recibir información
A través de Internet: páginas web	6,1	14,2
A través de Internet: redes sociales	2,4	9,2
A través de Internet: foros	1,3	5,0
Padres/familiares	5,2	6,2
Un amigo/a, conocido/a o compañero/a de trabajo	14,2	5,1
Profesionales sociosanitarios (médicos, enfermeras/os, trabajadores sociales)	4,0	18,6
Profesores/as	6,7	14,4
Charlas o cursos sobre el tema	5,8	16,4
Organismos oficiales (ministerios, consejerías...)	2,6	11,8
Libros y/o folletos	6,8	14,6
Los medios de comunicación (prensa, televisión o radio)	30,0	39,4
La policía	1,2	5,0
Personas que han tenido contacto con ellas	6,6	8,0
Otros	1,4	0,7
No he recibido información sobre dichas drogas	50,8	–
No me interesa este tipo de información	–	34,5
No contesta	1,8	3,8

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Policonsumo

Los resultados de EDADES 2011 muestran que la gran mayoría de los consumidores de nuevas sustancias (60-90%) ha consumido al menos cinco sustancias psicoactivas diferentes a lo largo de su vida. La Figura 1.1.37 muestra la prevalencia de consumo de otras sustancias en el último año, entre los consumidores de nuevas sustancias del último año.

Todo lo anterior permite concluir que aquellos que consumen las sustancias incluidas en la categoría de nuevas sustancias son, en su mayoría, policonsumidores de múltiples drogas, aunque no pueda establecerse el intervalo de tiempo entre el consumo de unas y otras, ni si éste es simultáneo o no. De cualquier forma, independientemente de los efectos de la nueva sustancia que se consuma y de la frecuencia con que se consuma, puede afirmarse que, en general, haber consumido alguna nueva sustancia durante el último año convierte al consumidor en un consumidor de riesgo, sólo por la elevada prevalencia de policonsumo a la que se asocia. La Tabla 1.1.26 muestra algunas de las asociaciones de sustancias entre los consumidores de las diferentes nuevas sustancias.

Figura 1.1.37.

Número de sustancias psicoactivas consumidas alguna vez en la vida entre los consumidores de cada una de las nuevas sustancias en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años (porcentajes). España, 2011.

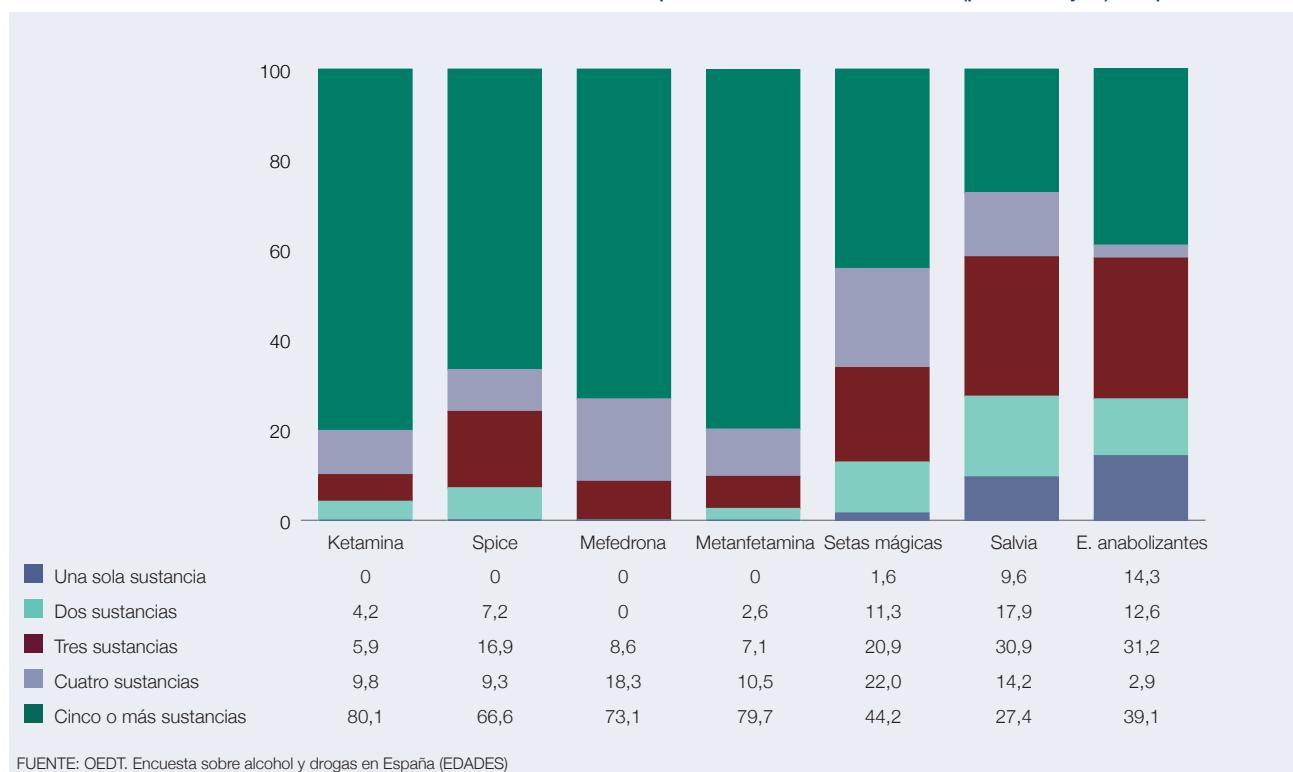


Tabla 1.1.26.

Proporción de consumidores de algunas drogas entre las personas de 15-64 años que han consumido “nuevas sustancias” (ketamina, spice, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, research chemicals, legal highs, salvia y esteroides anabolizantes) en los últimos 12 meses (%). España, 2011.

	Ketamina	Spice	Piperazinas	Mefedrona	Nexus	Metanfetamina	Setas mágicas	Research chemicals	Legal highs	Salvia	E. anabolizantes
Alcohol	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,2	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0
Tabaco	97,2	85,2	79,0	100,0	100,0	88,2	87,9	79,0	100,0	81,4	82,0
Inhalables volátiles	12,4	7,4	55,3	19,2	0,0	12,8	5,6	26,5	0,0	4,7	0,0
Anfetaminas/speed	61,8	48,5	79,0	73,1	68,5	71,4	32,6	87,7	71,0	22,6	20,1
Alucinógenos	46,6	25,9	55,3	67,6	54,4	37,4	45,8	47,6	10,7	18,1	5,0
Heroína	9,2	11,4	0,0	10,4	0,0	9,7	0,0	0,0	0,0	0,0	18,6
Tranquilizantes	34,2	13,5	38,8	9,0	58,8	27,3	17,3	26,5	12,6	15,2	44,3
Somníferos	22,2	13,3	0,0	0,0	34,7	17,2	7,6	21,1	12,6	4,0	25,7
Hipnosedantes*	34,8	14,5	38,8	9,0	58,8	27,3	19,2	47,6	12,6	15,2	45,2
Cáñabis	94,1	90,8	100,0	100,0	100,0	84,3	84,9	100,0	100,0	73,3	55,5
Éxtasis	67,5	49,8	55,3	66,5	92,6	61,2	36,0	87,7	71,0	19,0	20,9
Cocaína en polvo	79,9	67,1	79,0	69,4	79,9	74,1	48,2	66,5	71,0	32,9	34,0
Cocaína base	13,2	20,3	0,0	0,0	0,0	15,3	3,9	21,0	0,0	3,7	19,1
Cocaína (polvo y/o base)	79,9	71,6	79,0	69,4	79,9	74,1	48,2	66,5	71,0	32,9	34,0

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

Respuesta al fenómeno de las nuevas sustancias

Sin duda, el fenómeno de las drogas está cambiando tanto en nuestro país como en el resto del mundo, apareciendo nuevas drogas y nuevos patrones de consumo. Conscientes de esta situación, desde la DGPNSD, se están realizando esfuerzos para abordar este proceso.

En este contexto se sitúa el adaptar los sistemas de información para obtener datos sobre las nuevas sustancias, como se ha realizado en la encuesta en estudiantes de 2010 o en la encuesta en población general de 2011 que acaba de ser descrita. Asimismo, se ha procedido a incluir las nuevas sustancias de mayor prevalencia de consumo en el Sistema de Indicadores de problemas relacionados con el consumo problemático (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).

El informe *Drogas Emergentes*², elaborado por los expertos de la Comisión Clínica de la DGPNSD, fue publicado en 2011 y ha puesto a disposición de los profesionales un manual práctico que compendia los conocimientos actuales sobre las nuevas sustancias y sus efectos sobre la salud, aporta información actualizada sobre la situación del consumo de estas sustancias en España y revisa algunos aspectos legales y sociales relacionados.

Un área de trabajo en la que se viene trabajando, es en impulsar y fortalecer el **Sistema Español de Alerta Temprana**^{3,4}, enmarcado en la decisión 2005/587/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 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y Europol y así cumplir con los objetivos de la decisión.

En la actualidad, existe una red virtual, integrada por diferentes Ministerios de la Administración General del Estado, la Administración Autonómica y organizaciones no gubernamentales, así como otras entidades, que permite la comunicación bidireccional con todos ellos cada vez que es necesario comunicar una alerta. La DGPNSD coordina esta red, mantiene la comunicación con el EMCDDA, notifica las nuevas sustancias detectadas y elabora aquellos informes que sean necesarios.

Información complementaria sobre el Sistema Español de Alerta Temprana puede consultarse en el capítulo 3 de este mismo informe.

2. Emerging Drugs (ingles) http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/publica/pdf/DROGAS_EMERGENTES_ingles_WEB.pdf

3. Early warning system. national profiles. Spain (Pág. 147). http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_157279_EN_EWS%20profiles.pdf

4. Report of the Spanish Observatory on Drugs, 2011. El Sistema de Alerta Español (Pág. 192). <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/pdf/oed2011.pdf>

1.2. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2012

Introducción

Durante el año 2012 se ha realizado una nueva edición de la encuesta ESTUDES, que se enmarca en la serie de encuestas que vienen realizándose en España de forma bienal desde el año 1994, y que tienen como objetivo conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias.

Su financiación y promoción corresponden a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuentan con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

La metodología es similar a la utilizada en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

Objetivos

ESTUDES tiene por objetivo recabar información de valor para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y los problemas derivados del mismo, que se orientan principalmente al medio familiar y/o escolar. Esta información complementa a la que se consigue a través de otras encuestas e indicadores epidemiológicos.

A partir de este objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas.
- Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
- 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.
- Estimar el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones.

Metodología

A continuación se presenta un resumen con los principales aspectos metodológicos, en informes previos del OEDT¹ puede consultarse la metodología en detalle.

1. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/oed/home.htm>

Resumen metodológico ESTUDES 2012

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).
Descripción de la encuesta	Encuesta en estudiantes (14-18 años), realizada en centros educativos.
Periodicidad	ESTUDES se realiza cada dos años desde 1994.
Responsable de la encuesta	Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI).
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: Estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanzas Secundarias en España (3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y 1º y 2º Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional). El 80% de jóvenes de 14-18 años en España cursan este tipo de enseñanzas.
Ámbito temporal	En 2012, el periodo de recogida de información ha sido del 14 de febrero al 30 de abril de 2013.
DISEÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA. PONDERACIÓN	
Marco muestral	Población matriculada en centros educativos con 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria, 1º y 2º de Bachillerato y 1º y 2º de Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional. Quedan excluidos los estudiantes de Enseñanzas de Régimen General incluidos en Programas de Garantía Social y a distancia, y los estudiantes de Enseñanzas de Régimen Nocturno y de Enseñanzas de Régimen Especial, así como los estudiantes de 14 a 18 años que no asistieron a clase el día y hora en el que se cumplimentó la encuesta.
Procedimiento de muestreo	Muestreo por conglomerados bietápico. Selección aleatoria de centros educativos como unidades de primera etapa y aulas como unidades de segunda etapa. Inclusión en la muestra de todos los estudiantes de las aulas seleccionadas.
Ponderación	La ponderación para el análisis de resultados se realiza en función de la Comunidad Autónoma (19 grupos), titularidad del centro (público o privado) y tipo de estudios (ESO, Bachillerato, Ciclos Formativos de Grado Medio de Formación Profesional) para corregir la disproportionalidad de la muestra con respecto al universo.
Tamaño de la muestra	27.503 cuestionarios válidos. Se obtienen resultados de 747 centros educativos y 1.523 aulas.
Ampliación de la muestra	Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia y Madrid han financiado una ampliación de la muestra que corresponde a su territorio.
Error muestral	El error muestral máximo para un nivel de confianza del 95% para $p=q=0,5$ es del 0,6%, para los estudiantes españoles de 14 a 18 años.
TRABAJO DE CAMPO. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	
Método de recogida: Cuestionarios	El trabajador de campo acude al centro educativo y explica las normas. Permanece en el aula durante todo el proceso y recoge el cuestionario una vez finalizado. Cuestionario autoadministrado anónimo. Se cumplimenta por escrito (lápiz y papel) por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas durante una clase (45-60 minutos). Cuestionarios disponibles en las lenguas oficiales del Estado Español.
Tasa de respuesta	Participaron el 86,5% de los centros seleccionados.
INFORMACIÓN ADICIONAL	
Módulos específicos	Módulo sobre Nuevas sustancias psicoactivas.
	Módulo sobre consumo problemático de cannabis: Escala CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>).

En la Tabla 1.2.1 se presenta la distribución de la muestra por Comunidades y Ciudades Autónomas y el error muestral para cada una de ellas.

Tabla 1.2.1.

Distribución de la muestra de la encuesta ESTUDES 2012 por Comunidad/Ciudad Autónoma.

CCAA	Número de colegios			Número de alumnos			Error muestral***
	PNSD*	Ampliación**	Tamaño final	PNSD*	Ampliación**	Tamaño final	
Andalucía	63	–	63	2.378	–	2.378	2,1%
Aragón	24	44	68	870	1.594	2.464	2,0%
Asturias	25	34	59	858	1.166	2.024	2,2%
Baleares	22	–	22	806	–	806	3,5%
Canarias	32	–	32	1.155	–	1.155	2,9%
Cantabria	23	35	58	763	1.160	1.923	2,3%
Castilla-La Mancha	30	13	43	1.201	520	1.721	2,4%
Castilla y León	33	–	33	1.151	–	1.151	2,9%
Cataluña	55	–	55	2.353	–	2.353	2,1%
C. Valenciana	48	–	48	1.696	–	1.696	2,4%
Extremadura	27	–	27	860	–	860	3,4%
Galicia	38	22	60	1.281	741	2.022	2,2%
Madrid	52	29	81	2.086	1.164	3.250	1,8%
Murcia	27	–	27	1.054	–	1.054	3,1%
Navarra	17	–	17	605	–	605	4,1%
País Vasco	30	–	30	1.096	–	1.096	3,0%
La Rioja	12	–	12	477	–	477	4,6%
Ceuta	6	–	6	232	–	232	6,6%
Melilla	6	–	6	236	–	236	6,5%
Total España	570	177	747	21.157	6.346	27.503	0,6%

* Muestra financiada por el PNSD.

** Muestra financiada por las CCAA

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

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Resultados

A continuación se presentan los principales resultados de la encuesta ESTUDES y la evolución observada con respecto a ediciones previas.

Prevalencia de consumo de drogas

Evolución temporal

En el año 2012, las sustancias más consumidas por los estudiantes de entre 14 y 18 años son, como en años anteriores, el alcohol, el tabaco y el cannabis. Así, el 83,9% de los alumnos consultados afirma haber consumido alcohol en alguna ocasión en su vida, el 43,8% tabaco y el 33,6% cannabis. Si atendemos al consumo más reciente, en los últimos 30 días, las proporciones de consumidores se sitúan en 74% en el caso del alcohol, en 29,7% en el del tabaco y en 16,1% si nos referimos al cannabis (Tabla 1.2.2).

En cuanto al resto de sustancias estudiadas, destaca el consumo de hipnosedantes (tranquilizantes y/o somníferos), que han sido ingeridos por el 18,5% de los estudiantes en alguna ocasión en su vida (el 8,9% atendiendo exclusivamente

a hipnosedantes sin receta). Estas prevalencias se sitúan en el 6,6% y el 3,4% respectivamente si consideramos los 30 últimos días previos a la realización de la entrevista, constituyendo la cuarta sustancia más popular entre los jóvenes.

El consumo del resto de sustancias estudiadas se encuentra menos generalizado, observándose prevalencias para alguna ocasión en la vida que se sitúan entre el 1% que anota el consumo de heroína y el 3,6% que registra la cocaína (considerando tanto polvo como base).

En términos evolutivos, se observa que la sustancia psicoactiva más popular, el alcohol, se encuentra más generalizada entre los jóvenes que en años anteriores. Aunque se advierte cierta volatilidad en la prevalencia de esta sustancia a lo largo de los años, en 2012 vuelve a superar el 80% como ocurría en 2008 o 2004 (consumo en al menos una ocasión en la vida). Examinando por su parte el consumo en el último mes, se confirma la tendencia creciente de la ingesta de alcohol que comenzó a observarse en 2010.

Tabla 1.2.2.

Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

Prevalencia de consumo alguna vez en la vida										
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9
Hipnosedantes* (con/sin receta)	6,9	7,7	7,7	8,8	8,5	10,0	12,1	17,3	18,0	18,5
Hipnosedantes* (sin receta)	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4	8,9
Cánnabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0	33,6
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7	2,5	3,0
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6	2,4
Cocaína (polvo y/o base)	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9	3,6
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9	1,0	1,0
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0	2,7	2,3	1,9
GHB	—	—	—	—	—	—	1,2	1,1	1,2	1,3
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses										
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	—	—	—	—	—	—	34,0	38,1	32,4	35,3
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9
Hipnosedantes* (con/sin receta)	—	—	—	—	—	—	7,4	10,1	9,8	11,6
Hipnosedantes* (sin receta)	4,4	4,5	4,7	5,0	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6	5,8
Cánnabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7	2,2
Alucinógenos	4,4	5,6	4,0	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7	2,1	2,0
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5	1,6	1,7
Cocaína (polvo y/o base)	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6	2,5
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7	0,6	0,7
Inhalables volátiles	1,9	2,0	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6	1,2	1,2
GHB	—	—	—	—	—	—	0,8	0,8	0,7	1,0

	Prevalencia de consumo en los últimos 30 días									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4	26,2	29,7
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0	74,0
Hipnosedantes* (con/sin receta)	–	–	–	–	–	–	3,6	5,1	5,2	6,6
Hipnosedantes* (sin receta)	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3,0	3,4
Cánnabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,2	1,0	1,2
Alucinógenos	2,6	2,8	2,0	2,0	1,2	1,5	1,3	1,2	1,0	1,0
Anfetaminas	2,3	2,6	2,0	2,0	2,0	1,8	1,4	1,1	0,9	1,0
Cocaína (polvo y/o base)	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5	1,5
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8	0,8
GHB	–	–	–	–	–	–	0,5	0,5	0,5	0,7
	Prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	21,6	23,7	23,1	23	21	21,5	14,8	14,8	12,3	12,5
Alcohol	–	–	–	–	–	–	1,9	2,9	6,0	2,7
Hipnosedantes* (con/sin receta)	–	–	–	–	–	–	0,4	0,6	0,7	0,9
Hipnosedantes* (sin receta)	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3
Cánnabis	1,0	1,4	1,8	3,7	3,8	5,0	3,1	3,1	3,0	2,7

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Respecto al consumo de tabaco alguna vez en la vida, en 2012 se anota el segundo nivel de consumo más reducido de la serie, tras el mínimo histórico que anota la última medición de 2010. En cuanto a los últimos 30 días, igualmente, el dato repunta respecto al año anterior, que también supuso un mínimo en la serie, pero no llega a sobrepasar el nivel del 30% como sí se ha registrado otros años.

El cannabis también rompe la tendencia decreciente que comenzó en 2006 y el nivel de consumo en alguna vez en la vida se estabiliza. Sin embargo, refiriéndonos al último mes, el descenso en el consumo que se venía observando continúa y 2012 registra el nivel más reducido de la última década.

Edad y sexo

La edad media de inicio en el consumo (Tabla 1.2.3) de las sustancias psicoactivas más populares entre los jóvenes es más temprana que en el resto de sustancias. Así, en el caso del alcohol y el tabaco, el consumo se inicia antes de cumplir los 14 años (13,9 y 13,6 años respectivamente) tal y como venía ocurriendo en años anteriores.

Tabla 1.2.3.

Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3	13,5	13,6
Tabaco (consumo diario)	–	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1	14,3	14,5
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7	13,7	13,9
Alcohol (consumo semanal)	–	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6	14,8	15,1
Hipnosedantes* (con/sin receta)	–	–	–	–	–	–	13,8	14,0	13,9	14,3
Hipnosedantes* (sin receta)	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,2	14,3	14,2	14,6
Cánnabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6	14,7	14,9
Cocaína (polvo y/o base)	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,3	15,3	14,9	15,5
Cocaína polvo	–	–	–	–	–	–	15,4	15,4	15,4	15,6
Cocaína base	–	–	–	–	–	–	15,0	15,0	14,6	15,2
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3	14,4	14,4
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4	15,5	15,5
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4	15,4	15,4
Inhalables volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6	13,8	13,2	13,4
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2	15,3	15,8
GHB	–	–	–	–	–	–	15,0	15,0	14,6	15,1

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por su parte, las sustancias con una iniciación más tardía son, como años atrás, éxtasis, cocaína, anfetaminas o alucinógenos donde el consumo comienza ya con 15 años cumplidos. En general, se observa una tendencia estable de la evolución de la edad media de inicio en el consumo de cada una de las drogas.

Entre las drogas de inicio más temprano, en torno a los 13-14 años, se encuentran las bebidas alcohólicas, el tabaco y los inhalables volátiles. Entre las drogas de inicio más tardío, en torno a los 15-16 años, se encuentran las anfetaminas, los alucinógenos y el éxtasis.

En la Tabla 1.2.4 se presentan las prevalencias de consumo de diferentes drogas en función de la edad y el sexo. En términos generales el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas es creciente conforme aumenta la edad del entrevistado. En el caso de las sustancias más extendidas entre la juventud (alcohol, tabaco y cánnabis) el mayor incremento en la prevalencia se produce de los 14 a los 15 años, aunque en el caso del tabaco también destaca el repunte que se produce entre los 17 y 18 años.

Tabla 1.2.4.

Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (porcentajes). España, 2012.

	TOTAL			POR EDAD Y SEXO														
	T	H	M	14 T	14 H	14 M	15 T	15 H	15 M	16 T	16 H	16 M	17 T	17 H	17 M	18 T	18 H	18 M
Tabaco	43,8	41,6	46,1	27,1	24,2	30,0	35,4	31,2	39,4	43,0	40,6	45,2	50,9	50,0	51,9	59,1	56,6	61,9
Borracheras	60,7	59,9	61,5	31,5	29,2	33,8	47,4	42,6	52,0	62,3	61,5	63,1	73,1	74,1	72,1	80,4	81,3	79,4
Alcohol	83,9	82,9	84,9	65,9	63,2	68,6	77,7	75,7	79,6	86,2	84,8	87,5	90,8	90,4	91,2	92,6	93,2	92,1
Hipnosedantes*																		
(con/sin receta)	18,5	14,1	23,0	12,7	10,5	14,9	15,8	11,7	19,8	18,5	13,8	23,0	20,4	15,3	25,8	23,8	18,2	30,0
Hipnosedantes* (sin receta)	8,9	6,9	11,0	5,8	5,1	6,5	6,9	4,4	9,4	9,3	6,9	11,7	9,9	7,8	12,1	12,1	10,1	14,3
Cánnabis	33,6	36,3	30,7	13,5	15,2	11,7	22,9	23,6	22,3	32,5	35,3	29,9	43,1	47,2	38,8	50,7	53,2	47,9
Cocaína (polvo y/o base)	3,6	4,8	2,5	1,4	1,9	0,9	2,1	2,4	1,8	2,8	3,8	1,9	4,4	5,7	3,1	7,6	10,2	4,7
Cocaína en polvo	2,9	3,9	1,8	0,8	1,3	0,4	1,4	1,7	1,1	2,2	3,0	1,5	3,5	4,6	2,3	6,6	9,0	4,0
Cocaína base	2,2	3,0	1,4	1,1	1,5	0,8	1,6	1,7	1,5	1,8	2,7	1,0	2,6	3,4	1,8	3,9	5,7	1,9
Éxtasis	3,0	3,9	2,0	1,1	1,5	0,6	1,6	1,6	1,6	2,5	3,2	1,8	3,9	4,9	2,9	5,6	8,1	2,8
Anfetaminas/speed	2,4	3,2	1,5	0,9	1,2	0,5	1,2	1,3	1,1	2,0	2,7	1,3	3,1	4,0	2,2	4,5	6,6	2,1
Alucinógenos	3,1	4,1	2,1	1,2	1,7	0,7	2,0	2,0	1,9	2,7	3,8	1,6	3,7	4,7	2,7	6,0	8,4	3,3
Heroína	1,0	1,4	0,5	0,6	1,0	0,2	1,0	0,9	1,0	0,9	1,5	0,3	1,2	1,7	0,7	0,9	1,6	0,3
Inhalables volátiles	1,9	2,4	1,3	1,7	2,1	1,3	1,4	1,3	1,5	2,0	2,7	1,2	2,1	2,9	1,2	2,0	2,9	1,1
GHB	1,3	1,9	0,8	0,6	1,0	0,3	0,9	0,8	1,0	1,4	2,3	0,5	1,5	1,9	1,1	2,2	3,4	0,9
Ketamina	1,1	1,5	0,7	0,6	0,8	0,5	0,8	0,9	0,7	1,0	1,5	0,6	1,3	1,8	0,8	1,6	2,3	0,7
Spice	1,4	1,9	1,0	0,4	0,6	0,2	0,8	0,8	0,8	1,3	2,2	0,4	1,9	2,5	1,3	2,5	2,7	2,1
Piperazinas	0,4	0,6	0,3	0,4	0,6	0,1	0,4	0,4	0,5	0,5	0,9	0,2	0,5	0,7	0,3	0,3	0,4	0,4
Mefedrona	0,5	0,7	0,2	0,3	0,5	0,1	0,4	0,4	0,4	0,5	1,0	0,1	0,6	1,0	0,3	0,3	0,2	0,4
Nexus	0,5	0,8	0,3	0,4	0,5	0,2	0,4	0,4	0,4	0,6	1,0	0,1	0,7	1,1	0,3	0,5	0,5	0,4
Metanfetamina	0,9	1,3	0,6	0,4	0,5	0,2	0,6	0,7	0,6	0,9	1,3	0,5	1,2	1,7	0,7	1,4	1,9	0,8
Setas mágicas	2,2	3,0	1,4	0,8	1,4	0,3	1,2	1,2	1,2	1,8	2,8	0,8	2,9	3,7	1,9	4,4	6,0	2,7
Research chemicals	0,4	0,6	0,2	0,3	0,5	0,1	0,4	0,4	0,4	0,5	0,8	0,1	0,5	0,7	0,2	0,4	0,4	0,5
Legal highs	0,4	0,6	0,3	0,4	0,6	0,1	0,5	0,4	0,6	0,4	0,8	0,1	0,5	0,7	0,3	0,3	0,4	0,3
Salvia	0,8	1,2	0,4	0,5	0,7	0,2	0,7	0,8	0,7	0,7	1,2	0,2	0,9	1,3	0,5	1,2	2,0	0,4
Esteroides anabolizantes	0,7	1,1	0,3	0,5	0,9	0,2	0,6	0,8	0,5	0,7	1,3	0,1	1,0	1,6	0,4	0,6	0,8	0,4

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Respecto al consumo de las diferentes sustancias psicoactivas en función del sexo del entrevistado, se percibe que para todos los tramos temporales considerados, el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes se encuentran más extendidos entre las mujeres, especialmente en el caso de los hipnosedantes. Sin embargo, en el resto de sustancias, los hombres arrojan prevalencias superiores, destacando la diferencia entre sexos que registra el consumo de cannabis, brecha que se ha hecho mayor respecto al año pasado debido al descenso en el consumo de las mujeres (reducción que se ha registrado en todos los tramos temporales).

Tabla 1.2.5.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (porcentajes). España, 2012.

	TOTAL			POR EDAD Y SEXO														
	T	H	M	14 T	14 H	14 M	15 T	15 H	15 M	16 T	16 H	16 M	17 T	17 H	17 M	18 T	18 H	18 M
Tabaco	35,3	33,1	37,5	20,6	16,9	24,5	28,6	24,7	32,3	34,7	32,2	37,1	40,9	40,0	41,9	48,6	47,3	50,1
Borracheras	52,0	51,7	52,3	26,1	23,1	29,2	40,2	35,5	44,6	53,4	52,6	54,1	62,6	65,1	60,1	70,5	73,1	67,6
Alcohol	81,9	80,9	82,9	63,1	60,0	66,2	75,3	73,2	77,3	84,2	82,9	85,4	89,2	89,0	89,5	91,3	91,9	90,5
Bebidas alcohólicas + cannabis	26,1	29,1	23,1	10,2	10,9	9,4	18,5	19,1	17,9	26,1	28,7	23,7	33,6	38,0	29,0	37,8	42,9	32,2
Bebidas alcohólicas + cocaína polvo y/o base	2,4	3,2	1,5	1,0	1,2	0,7	1,5	1,7	1,3	2,1	3,0	1,2	2,7	3,4	2,0	4,8	6,8	2,5
Hipnosedantes* (con/sin receta)	11,6	8,4	14,9	7,8	6,1	9,5	9,9	7,0	12,7	11,6	7,9	15,1	12,9	9,2	16,8	15,0	11,3	19,1
Hipnosedantes* (sin receta)	5,8	4,4	7,3	3,7	3,2	4,3	4,5	2,7	6,3	6,0	4,0	7,8	6,4	5,1	7,8	7,9	6,5	9,5
Cannabis	26,6	29,7	23,3	10,5	11,5	9,5	18,9	19,6	18,2	26,4	29,1	23,9	34,1	38,8	29,1	38,4	43,7	32,5
Cocaína (polvo y/o base)	2,5	3,4	1,6	1,0	1,3	0,7	1,5	1,8	1,3	2,2	3,2	1,2	2,9	3,8	2,0	4,8	6,9	2,5
Cocaína en polvo	2,0	2,8	1,2	0,7	1,1	0,4	1,0	1,2	0,8	1,8	2,5	1,1	2,3	3,1	1,5	4,3	6,3	2,1
Cocaína base	1,6	2,2	1,0	0,9	1,1	0,6	1,2	1,2	1,1	1,4	2,3	0,6	1,8	2,3	1,2	2,8	4,2	1,3
Éxtasis	2,2	3,0	1,4	0,9	1,1	0,6	1,0	1,1	1,0	2,1	2,8	1,4	2,8	3,6	1,9	3,8	5,9	1,6
Anfetaminas/speed	1,7	2,4	1,1	0,7	1,0	0,4	0,9	1,0	0,9	1,5	2,3	0,8	2,4	3,2	1,6	2,8	4,1	1,5
Alucinógenos	2,0	2,9	1,1	0,9	1,2	0,5	1,4	1,6	1,2	1,9	2,8	1,0	2,2	3,2	1,3	3,5	5,6	1,2
Heroína	0,7	1,1	0,4	0,5	0,9	0,2	0,8	0,9	0,7	0,8	1,3	0,3	0,8	1,2	0,4	0,5	0,7	0,3
Inhalables volátiles	1,2	1,6	0,8	1,1	1,5	0,7	0,9	1,0	0,8	1,4	1,9	0,9	1,3	1,8	0,9	1,1	1,5	0,6
GHB	1,0	1,5	0,5	0,5	0,8	0,3	0,7	0,6	0,7	1,1	2,0	0,4	1,1	1,5	0,6	1,7	2,6	0,8
Ketamina	0,7	0,9	0,4	0,4	0,5	0,3	0,5	0,6	0,4	0,7	1,1	0,4	0,9	1,1	0,6	0,6	1,0	0,3
Spice	1,0	1,3	0,7	0,2	0,4	0,1	0,6	0,6	0,6	1,0	1,7	0,3	1,4	1,7	1,0	1,6	1,7	1,5
Piperazinas	0,3	0,5	0,2	0,3	0,5	0,0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,7	0,1	0,4	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1
Mefedrona	0,3	0,5	0,1	0,2	0,4	0,0	0,4	0,4	0,3	0,4	0,9	0,0	0,4	0,6	0,2	0,1	0,1	0,0
Nexus	0,4	0,6	0,2	0,3	0,4	0,1	0,3	0,4	0,3	0,5	0,9	0,1	0,5	0,8	0,2	0,2	0,4	0,0
Metanfetamina	0,7	1,0	0,4	0,2	0,3	0,1	0,5	0,6	0,5	0,7	1,2	0,3	0,9	1,3	0,5	0,9	1,3	0,4
Setas mágicas	1,4	2,1	0,8	0,6	1,0	0,2	0,9	0,8	0,9	1,2	1,9	0,4	1,9	2,6	1,1	2,4	3,9	0,8
Research chemicals	0,3	0,4	0,1	0,3	0,5	0,1	0,3	0,4	0,3	0,3	0,7	0,0	0,3	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2
Legal highs	0,3	0,5	0,2	0,3	0,5	0,0	0,4	0,4	0,5	0,3	0,6	0,1	0,4	0,5	0,2	0,1	0,3	0,0
Salvia	0,5	0,9	0,2	0,4	0,7	0,1	0,5	0,5	0,4	0,5	1,0	0,1	0,7	0,9	0,4	0,6	1,1	0,0
Esteroides anabolizantes	0,5	0,8	0,2	0,4	0,7	0,1	0,5	0,6	0,3	0,4	0,8	0,1	0,7	1,1	0,3	0,2	0,4	0,0

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Comunidad/Ciudad Autónoma

Cabe recordar que el presente estudio no permite realizar estimaciones con una precisión adecuada en el caso de las prevalencias de consumo de las drogas que se encuentran menos generalizadas entre los estudiantes de las diferentes Comunidades Autónomas. No obstante, es posible analizar las diferencias que se han registrado entre las comunidades respecto al consumo de tabaco, alcohol y cannabis.

Haciendo referencia al consumo diario de tabaco (Tabla 1.2.7), destaca la notable proporción de fumadores que registra Aragón (22,5%) seguido con cierta distancia de Castilla y León (15,8%) y Navarra (15,2%). Por el contrario, Ceuta, Canarias y Melilla son las comunidades con las proporciones más reducidas en este sentido (2,5%, 6,3% y 7,8% respectivamente).

En cuanto al consumo de alcohol, si consideramos el mes previo a la realización de la entrevista, las comunidades que sobresalen con prevalencias que superan el 80% son Asturias, Castilla y León, Aragón y La Rioja, destacando estas tres últimas comunidades, por la proporción que adquieren las borracheras entre sus alumnos (aproximadamente cuatro de cada diez reconoce haberse emborrachado en el último mes). En el lado opuesto se encuentran Ceuta, Melilla y Canarias, con las prevalencias de consumo reciente de alcohol (últimos 30 días) y de borracheras más reducidas (Tablas 1.2.8 y 1.2.9).

La encuesta nos permite también tener información en relación al intensivo de alcohol (borracheras y *binge drinking*) (Tabla 1.2.10). Además, podemos saber el porcentaje de estudiantes que han realizado botellón en el último año y en el último mes (Tabla 1.2.11). Conviene aclarar que el hecho de acudir a un botellón no implica necesariamente beber alcohol, si bien los datos de la encuesta muestran que, de los que han hecho botellón en el último mes, el 97,2% ha consumido alcohol en ese periodo.

Las Comunidades Autónomas que presentan un mayor nivel de consumo de cannabis (Tabla 1.2.12) son Navarra, País Vasco y Aragón, cuya prevalencia en el mes previo a la realización de la encuesta supera el 20%, doblando así los registros más reducidos, anotados por Melilla, Ceuta, Murcia y Extremadura (que se sitúan entre el 8% y el 11,4%).

En las tablas que se presentan a continuación se incluyen las prevalencias de consumo de tabaco, consumo de bebidas alcohólicas, borracheras, *binge drinking*, botellón y consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años por Comunidad Autónoma, así como la edad media del consumo.

Tabla 1.2.6.

Edad media de inicio en el consumo de distintas sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2012.

	Tamaño de muestra	Edad media inicio en el consumo de tabaco	Edad media inicio en el consumo de tabaco diario	Edad media inicio en el consumo de alcohol	Edad media inicio en el consumo de cannabis
Andalucía	2.378	13,6	14,5	14,0	15,1
Aragón	2.464	13,2	14,2	13,5	14,6
Asturias	2.024	13,8	14,6	14,0	14,9
Baleares	806	13,5	14,7	13,9	15,0
Canarias	1.155	14,0	14,4	14,1	15,0
Cantabria	1.923	13,7	14,4	13,9	15,1
Castilla y León	1.151	13,6	14,5	13,6	15,0
Castilla-La Mancha	1.721	13,4	14,4	13,7	14,9
Cataluña	2.353	13,5	14,5	13,9	14,7
C. Valenciana	1.696	13,7	14,6	13,6	14,8
Extremadura	860	13,6	14,5	13,9	14,8
Galicia	2.022	13,7	14,8	14,2	15,1
Madrid	3.250	13,7	14,7	13,9	15,0
Murcia	1.054	13,6	14,4	13,9	14,9
Navarra	605	13,4	14,6	13,8	14,7
País Vasco	1.096	13,6	14,3	13,6	14,6
Rioja	477	13,6	14,3	13,5	14,9
Ceuta	232	14,0	15,1	14,0	15,0
Melilla	236	14,2	14,8	14,5	15,4
Total	27.503	13,6	14,5	13,9	14,9

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.7.

Prevalencias de consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2012.

	Tamaño muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días			A diario en los últimos 30 días		
		Prevalencia	IC* inferior	IC* superior	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior
Andalucía	2.378	41,2	39,1	43,2	33,5	31,5	35,5	28,0	26,0	30,0	11,5	9,5	13,5
Aragón	2.464	55,2	53,2	57,2	46,2	44,2	48,2	39,8	37,8	41,8	22,5	20,5	24,4
Asturias	2.024	45,5	43,4	47,7	38,8	36,7	41,0	32,5	30,3	34,7	13,4	11,2	15,5
Baleares	806	46,5	43,1	50,0	39,0	35,5	42,5	33,7	30,3	37,2	10,0	6,6	13,5
Canarias	1.155	35,5	32,6	38,3	28,5	25,6	31,4	22,1	19,3	25,0	6,3	3,4	9,2
Cantabria	1.923	40,2	38,0	42,4	33,6	31,3	35,8	28,2	26,0	30,4	13,7	11,5	15,9
Castilla y León	1.151	47,9	45,0	50,8	38,3	35,4	41,2	32,8	29,9	35,7	15,8	12,9	18,7
Castilla-La Mancha	1.721	42,2	39,9	44,6	34,6	32,2	36,9	30,1	27,7	32,5	14,3	11,9	16,6
Cataluña	2.353	46,5	44,4	48,5	37,1	35,1	39,2	30,0	28,0	32,0	12,4	10,4	14,5
C. Valenciana	1.696	43,3	40,9	45,7	34,4	32,0	36,8	30,0	27,6	32,3	12,5	10,1	14,9
Extremadura	860	40,2	36,9	43,6	32,7	29,3	36,0	28,2	24,8	31,5	13,4	10,1	16,8
Galicia	2.022	42,7	40,5	44,8	34,1	31,9	36,3	29,1	26,9	31,3	10,5	8,4	12,7
Madrid	3.250	45,5	43,7	47,2	36,9	35,2	38,7	31,3	29,6	33,0	13,8	12,1	15,5
Murcia	1.054	39,3	36,3	42,3	29,7	26,7	32,7	24,6	21,6	27,6	9,7	6,7	12,8
Navarra	605	44,5	40,5	48,5	37,8	33,8	41,8	32,0	28,0	36,0	15,2	11,2	19,2
País Vasco	1.096	46,8	43,8	49,7	35,4	32,4	38,3	29,7	26,7	32,6	11,0	8,1	14,0
Rioja	477	43,4	38,9	47,9	35,7	31,2	40,2	29,1	24,6	33,6	12,2	7,7	16,7
Ceuta	232	24,8	18,3	31,2	19,3	12,9	25,7	15,8	9,4	22,2	2,5	0,0	9,0
Melilla	236	27,0	20,6	33,4	22,8	16,4	29,2	20,1	13,8	26,5	7,8	1,4	14,1
Total	27.503	43,8	43,2	44,4	35,3	34,7	35,9	29,7	29,1	30,3	12,5	11,9	13,1

* IC = Intervalo de confianza del 95%.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.8.

Prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2012.

	Tamaño muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	IC* inferior	IC* superior	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior
Andalucía	2.378	83,3	81,3	85,3	81,6	79,6	83,6	74,1	72,1	76,2
Aragón	2.464	88,4	86,5	90,4	86,9	84,9	88,8	80,4	78,4	82,4
Asturias	2.024	89,3	87,1	91,4	88,1	85,9	90,3	82,1	79,9	84,3
Baleares	806	86,3	82,8	89,7	84,1	80,7	87,6	74,3	70,8	77,7
Canarias	1.155	80,8	77,9	83,6	77,6	74,7	80,5	67,5	64,6	70,4
Cantabria	1.923	84,6	82,3	86,8	82,7	80,5	84,9	76,5	74,3	78,8
Castilla y León	1.151	88,8	85,9	91,7	87,6	84,7	90,5	80,4	77,5	83,3
Castilla-La Mancha	1.721	87,3	84,9	89,6	84,9	82,6	87,3	79,7	77,3	82,1
Cataluña	2.353	79,8	77,7	81,8	78,0	76,0	80,0	70,0	68,0	72,0
C. Valenciana	1.696	87,0	84,6	89,4	84,5	82,1	86,9	74,7	72,3	77,1
Extremadura	860	83,5	80,2	86,8	81,3	77,9	84,6	74,6	71,3	78,0
Galicia	2.022	82,6	80,4	84,8	80,6	78,4	82,7	73,0	70,8	75,2
Madrid	3.250	83,1	81,3	84,8	81,3	79,6	83,0	72,1	70,3	73,8
Murcia	1.054	81,7	78,7	84,7	79,4	76,4	82,4	74,0	70,9	77,0
Navarra	605	86,1	82,1	90,1	83,6	79,6	87,6	76,6	72,6	80,6
País Vasco	1.096	87,7	84,7	90,7	85,4	82,5	88,4	78,2	75,2	81,2
Rioja	477	86,2	81,7	90,7	85,0	80,5	89,5	80,1	75,6	84,6
Ceuta	232	33,0	26,6	39,4	31,3	24,9	37,8	27,9	21,5	34,3
Melilla	236	60,1	53,8	66,5	57,2	50,9	63,6	50,5	44,1	56,9
Total	27.503	83,9	83,3	84,5	81,9	81,3	82,5	74,0	73,4	74,6

* IC = Intervalo de confianza del 95%.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.9.

Prevalencias de borracheras entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2012.

	Tamaño muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	IC* inferior	IC* superior	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior
Andalucía	2.378	60,9	58,9	62,9	50,8	48,8	52,8	29,1	27,0	31,1
Aragón	2.464	70,9	69,0	72,9	62,1	60,1	64,0	39,5	37,5	41,4
Asturias	2.024	64,0	61,8	66,2	55,6	53,4	57,8	35,5	33,4	37,7
Baleares	806	63,5	60,1	67,0	54,8	51,3	58,2	27,5	24,1	31,0
Canarias	1.155	53,5	50,6	56,3	43,6	40,7	46,5	21,9	19,0	24,8
Cantabria	1.923	61,4	59,1	63,6	53,5	51,3	55,8	35,3	33,0	37,5
Castilla y León	1.151	68,1	65,2	71,0	61,1	58,2	64,0	39,7	36,8	42,6
Castilla-La Mancha	1.721	65,1	62,7	67,5	55,9	53,6	58,3	35,4	33,0	37,8
Cataluña	2.353	55,4	53,4	57,4	48,0	46,0	50,0	28,5	26,5	30,5
C. Valenciana	1.696	65,8	63,5	68,2	57,6	55,2	60,0	36,6	34,2	39,0
Extremadura	860	56,3	52,9	59,6	45,9	42,6	49,2	26,1	22,8	29,4
Galicia	2.022	55,7	53,6	57,9	47,5	45,3	49,7	28,1	26,0	30,3
Madrid	3.250	59,4	57,7	61,1	51,6	49,8	53,3	29,1	27,3	30,8
Murcia	1.054	55,1	52,1	58,2	44,6	41,6	47,7	21,7	18,6	24,7
Navarra	605	64,8	60,8	68,8	58,2	54,2	62,2	33,4	29,4	37,4
País Vasco	1.096	64,9	61,9	67,8	55,9	53,0	58,9	36,8	33,9	39,8
Rioja	477	64,3	59,8	68,8	58,6	54,1	63,0	40,1	35,6	44,6
Ceuta	232	24,6	18,1	31,0	18,9	12,5	25,3	11,6	5,2	18,1
Melilla	236	36,8	30,4	43,2	26,1	19,7	32,4	17,0	10,6	23,4
Total	27.503	60,7	60,1	61,3	52,0	51,4	52,6	30,8	30,2	31,4

* IC = Intervalo de confianza del 95%.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.10.

Prevalencias de *binge drinking* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2012.

	Últimos 30 días		
	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior
Andalucía	42,7	40,7	44,7
Aragón	51,3	49,3	53,2
Asturias	48,3	46,1	50,4
Baleares	38,5	35,1	42,0
Canarias	35,1	32,2	38,0
Cantabria	45,7	43,5	48,0
Castilla y León	49,0	46,1	51,9
Castilla-La Mancha	50,2	47,8	52,6
Cataluña	34,0	32,0	36,1
C. Valenciana	49,6	47,3	52,0
Extremadura	43,4	40,1	46,8
Galicia	39,2	37,0	41,4
Madrid	36,7	35,0	38,4
Murcia	39,1	36,0	42,1
Navarra	40,4	36,4	44,4
País Vasco	48,3	45,3	51,2
Rioja	46,8	42,3	51,3
Ceuta	15,3	8,8	21,7
Melilla	24,1	17,8	30,5
Total	41,8	41,3	42,4

* IC = Intervalo de confianza del 95%.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.11.

Prevalencias de botellón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2012.

	Tamaño muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 30 días		
		Prevalencia	IC* inferior	IC* superior	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior
Andalucía	2.378	63,7	61,7	65,7	49,5	47,5	51,5
Aragón	2.464	75,0	73,0	76,9	57,0	55,0	59,0
Asturias	2.024	67,5	65,4	69,7	43,1	40,9	45,3
Baleares	806	60,7	57,3	64,2	38,0	34,6	41,5
Canarias	1.155	39,7	36,8	42,6	22,9	20,0	25,8
Cantabria	1.923	59,4	57,2	61,7	43,2	41,0	45,4
Castilla y León	1.151	70,1	67,2	73,0	48,5	45,6	51,4
Castilla-La Mancha	1.721	73,3	71,0	75,7	58,3	55,9	60,6
Cataluña	2.353	51,6	49,6	53,6	31,3	29,3	33,3
C. Valenciana	1.696	68,7	66,3	71,1	48,4	46,0	50,8
Extremadura	860	73,5	70,1	76,8	56,2	52,8	59,5
Galicia	2.022	54,1	51,9	56,3	37,0	34,8	39,2
Madrid	3.250	61,0	59,3	62,8	39,6	37,9	41,3
Murcia	1.054	65,0	61,9	68,0	44,9	41,9	47,9
Navarra	605	57,2	53,2	61,1	35,9	31,9	39,9
País Vasco	1.096	71,1	68,1	74,0	51,0	48,0	53,9
Rioja	477	68,6	64,1	73,1	47,5	43,0	51,9
Ceuta	232	28,1	21,7	34,6	24,8	18,4	31,3
Melilla	236	44,0	37,6	50,4	33,0	26,6	39,4
Total	27.503	62,0	61,4	62,6	43,4	42,8	44,0

* IC = Intervalo de confianza del 95%.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.12.

Prevalencias de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2012.

	Tamaño muestra	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
		Prevalencia	IC* inferior	IC* superior	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior	Prevalencia	IC* inferior	IC* superior
Andalucía	2.378	28,3	26,3	30,3	22,9	20,9	24,9	13,3	11,3	15,3
Aragón	2.464	41,1	39,1	43,1	31,5	29,5	33,5	20,3	18,3	22,3
Asturias	2.024	33,4	31,2	35,6	26,6	24,5	28,8	16,8	14,6	18,9
Baleares	806	40,3	36,9	43,8	33,3	29,9	36,8	17,8	14,3	21,2
Canarias	1.155	31,5	28,6	34,4	25,3	22,4	28,2	15,1	12,2	18,0
Cantabria	1.923	33,0	30,7	35,2	26,6	24,4	28,9	16,0	13,8	18,3
Castilla y León	1.151	34,5	31,6	37,4	25,7	22,8	28,6	15,4	12,5	18,3
Castilla-La Mancha	1.721	31,9	29,5	34,3	23,7	21,4	26,1	15,4	13,0	17,7
Cataluña	2.353	35,9	33,8	37,9	29,0	27,0	31,0	17,3	15,3	19,3
C. Valenciana	1.696	38,4	36,0	40,8	29,4	27,0	31,8	18,4	16,0	20,8
Extremadura	860	22,6	19,3	26,0	17,2	13,8	20,5	11,4	8,0	14,7
Galicia	2.022	29,1	27,0	31,3	24,2	22,0	26,4	16,7	14,5	18,8
Madrid	3.250	36,0	34,3	37,8	28,6	26,9	30,3	16,9	15,2	18,6
Murcia	1.054	26,6	23,6	29,6	20,1	17,1	23,1	10,8	7,8	13,8
Navarra	605	40,6	36,6	44,5	35,2	31,3	39,2	23,5	19,5	27,4
País Vasco	1.096	40,8	37,9	43,8	32,7	29,7	35,6	21,7	18,7	24,6
Rioja	477	30,9	26,5	35,4	22,2	17,7	26,7	13,0	8,5	17,4
Ceuta	232	19,1	12,7	25,6	15,6	9,1	22,0	10,1	3,7	16,6
Melilla	236	20,1	13,8	26,5	13,3	6,9	19,7	8,0	1,6	14,4
Total	27.503	33,6	33,0	34,1	26,6	26,0	27,1	16,1	15,5	16,7

* IC = Intervalo de confianza del 95%.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Consumo por tipo de drogas

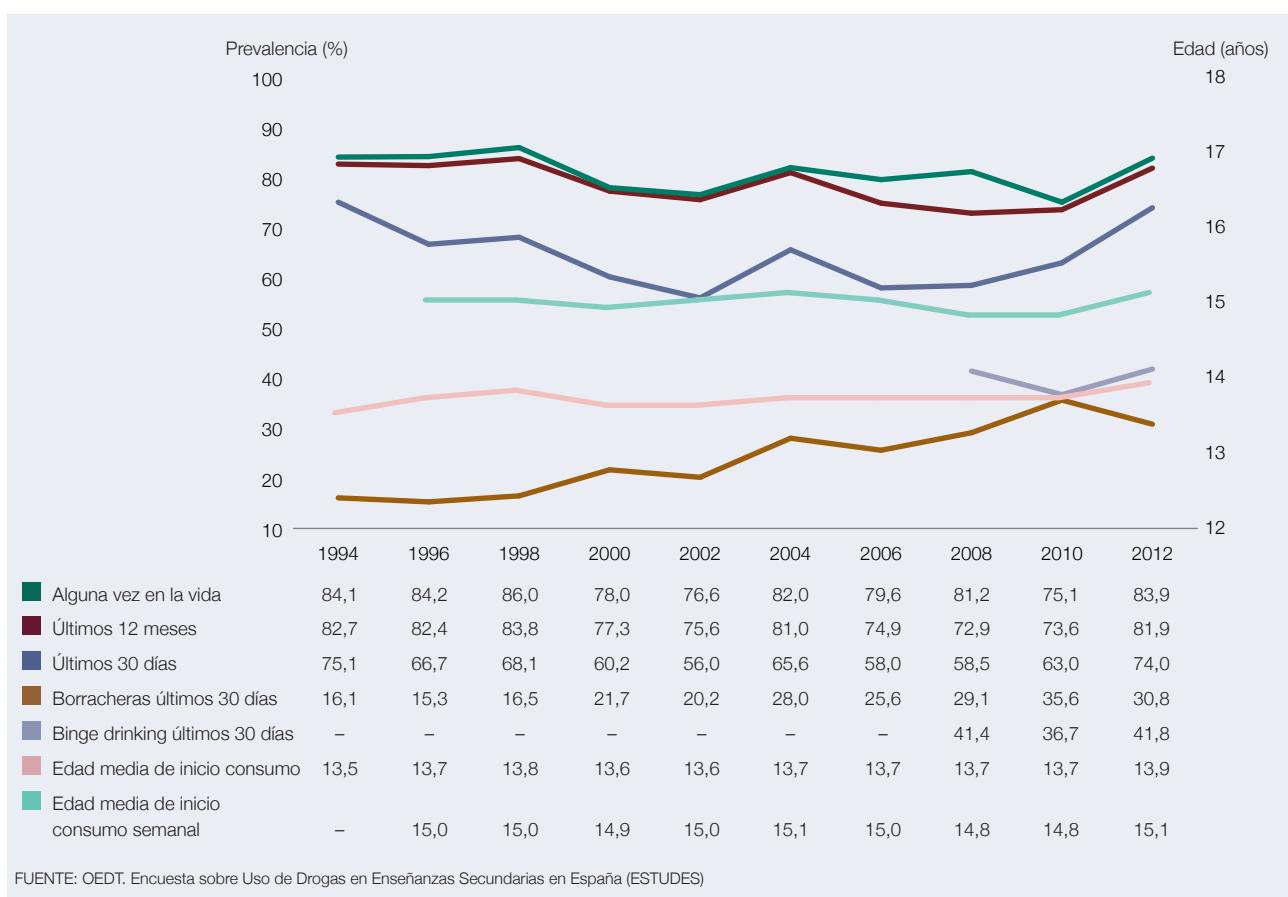
Bebidas alcohólicas

El alcohol es la sustancia psicoactiva de consumo más generalizado entre los jóvenes estudiantes de 14 a 18 años. En 2012, el 83,9% de los adolescentes consultados manifestó haber consumido alcohol en al menos una ocasión en su vida, el 81,9% refirió haberlo hecho en los últimos 12 meses previos a la encuesta y el 74% dentro de los 30 días anteriores a la misma.

Con respecto a 2010, se constata un aumento generalizado del consumo en este grupo de población para todos los indicadores temporales. Así, la proporción de los que han consumido alcohol alguna vez en su vida aumenta 8,8 puntos porcentuales, 8,3 puntos porcentuales la proporción de los que dicen haber consumido en alguna ocasión durante el año previo a la encuesta y 11 puntos porcentuales el porcentaje de los que afirman haber consumido en el último mes. Este incremento generalizado, el mayor registrado a lo largo de toda la serie de la serie ESTUDES desde 1994, ha de interpretarse con cautela (Figura 1.2.1).

Figura 1.2.1.

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de *binge drinking* (últimos 30 días), edad media de inicio al consumo y edad media de inicio del consumo semanal, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



En efecto, todo apunta a que, en 2012, se ha producido una generalización del consumo entre los estudiantes, alcanzando niveles similares a los máximos registrados en 2004 y en 1994. Sin embargo, han de tenerse en cuenta algunos cambios metodológicos en la edición de la encuesta ESTUDES 2012, que podrían haber influido en la magnitud del aumento de las prevalencias. En 2012, el trabajo de campo fue realizado en una única oleada durante la primavera de 2012, a diferencia de lo que se viene haciendo en anteriores ediciones y es posible que este hecho haya tenido que ver en los resultados obtenidos. Conviene añadir, sin embargo que, a diferencia del incremento registrado para los consumos de alcohol, no se han registrado variaciones llamativas para el resto de las sustancias psicoactivas, lo que apoya la fia-

bilidad de los datos obtenidos y permite considerar como hipótesis que los cambios habidos en el trabajo de campo hayan afectado, principalmente, a la sustancia cuyo consumo es más generalizado y se ve más influenciado por diversos factores tales como, tiempo meteorológico, periodo del curso académico, aumento de la edad (en meses) de los encuestados, etc.

No obstante y, a pesar de las fluctuaciones registradas en las diferentes ediciones de ESTUDES, la Figura 1.2.1 permite concluir, primeramente, que la tendencia del consumo de alcohol entre los estudiantes de 14 a 18 años se ha mantenido relativamente estable en los últimos 18 años pero, eso sí, en unos niveles considerablemente altos para el grupo de población de que se trata, por corta edad (aspectos físicos, psíquicos y desarrollo madurativo incompleto) y porque el alcohol sigue siendo una sustancia de comercio ilegal entre los menores de 18 años en España.

En estas casi dos décadas (1994-2012), nunca se han obtenido cifras de prevalencia por debajo del 75% para los consumos alguna vez en la vida y último año o inferiores al 56% para el consumo en el último mes. En 2012, sólo 2 estudiantes de 14 a 18 años de cada 10, no han probado bebidas alcohólicas (30,4% de abstemios a los 14 años, 18,2% a los 15 años, 12% a los 16 años, 8,1% a los 17 años y 7,5% a los 18 años).

La segunda conclusión es que existe una importante proporción entre los consumidores de alcohol de 14 a 18 años que no sólo consumen, sino que consumen con un patrón intensivo que se asocia a un aumento de los efectos y consecuencias que el consumo de alcohol supone para su desarrollo vital. La extensión entre los jóvenes de este patrón de consumo muestra una tendencia claramente ascendente a lo largo del periodo 1994-2012, aunque se registre un descenso en esta última edición 2012.

La edad media con la que se empieza a consumir alcohol continúa siendo inferior a los 14 años (13,9 años), estableciéndose la del consumo semanal en 15,1 años (edades similares entre hombres y mujeres).

El análisis de resultados, en función de la edad de los estudiantes, muestra, claramente, que las prevalencias de consumo aumentan con la edad de los encuestados. Sin embargo, la incorporación de los estudiantes al consumo de alcohol se produce, en mayor medida, entre los 14 y 15 años, registrándose incrementos, cada vez más reducidos, en las prevalencias conforme aumenta la edad. En 2012, más de la mitad (53%) de los estudiantes de 14 años reconocieron haber consumido alcohol en el último mes.

Aunque el consumo de alcohol muestra, desde hace mucho tiempo, una extensión muy similar en ambos sexos, se identifican mayores proporciones de consumidores entre las chicas que entre los chicos, en los tramos inferiores de edad. Esta diferencia, a favor de las chicas, va reduciéndose hasta los 18 años, en que las cifras de prevalencia de consumo son mayores entre los chicos.

Tabla 1.2.13.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 1994-2012.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Alguna vez en la vida										
Total	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,0	79,6	81,2	75,1	83,9
Sexo										
Hombre	84,3	84,3	85,5	78,2	75,9	81,5	78,4	80,8	74,9	82,9
Mujer	84,0	84,1	86,4	77,9	77,2	82,5	80,7	81,7	75,2	84,9
Edad										
14 años	69,6	67,6	71,5	52,4	52,7	59,2	57,1	62,6	49,7	65,9
15 años	81,8	81,7	82,5	73,4	70,4	76,6	76,1	78,7	71,5	77,7
16 años	88,0	88,7	89,7	83,1	81,7	86,9	86,0	86,2	81,6	86,2
17 años	91,9	91,3	92,8	89,6	89,0	91,9	91,2	90,5	87,8	90,8
18 años	92,5	93,4	96,2	93,8	92,2	93,8	92,3	92,3	88,6	92,6

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Últimos 12 meses										
Total	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81,0	74,9	72,9	73,6	81,9
Sexo										
Hombre	82,8	82,3	83,0	77,3	74,9	80,6	73,4	71,5	73,3	80,9
Mujer	82,7	82,5	84,5	77,3	76,3	81,5	76,3	74,2	73,8	82,9
Edad										
14 años	67,7	64,3	67,9	51,5	52,0	57,9	50,9	53,1	48,0	63,1
15 años	80,4	79,7	80,5	72,7	69,7	75,6	70,9	69,6	70,0	75,3
16 años	86,7	87,4	88,0	82,4	80,9	85,9	82,1	77,6	80,3	84,2
17 años	90,7	89,9	90,9	88,7	87,6	91,1	87,4	84,1	86,1	89,2
18 años	91,1	92,4	94,1	93,3	91,2	93,0	88,2	84,2	86,4	91,3
Últimos 30 días										
Total	75,1	66,7	68,1	60,2	56,0	65,6	58,0	58,5	63,0	74,0
Sexo										
Hombre	75,3	66,8	67,5	60,4	56,7	65,5	58,1	57,7	62,7	72,9
Mujer	74,9	66,7	68,5	59,9	55,4	65,7	58,0	59,4	63,2	75,2
Edad										
14 años	56,7	40,1	43,2	32,1	27,7	38,0	31,7	36,2	38,1	53,2
15 años	71,8	60,1	62,2	51,8	47,7	57,7	50,7	52,9	58,9	66,0
16 años	80,0	74,1	73,4	65,7	61,6	71,9	65,3	63,8	70,0	75,6
17 años	85,1	79,4	81,1	73,7	71,5	78,2	74,2	71,9	74,8	82,4
18 años	86,2	84,1	85,0	82,7	76,8	81,5	76,5	75,1	77,1	86,4

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Intoxicaciones etílicas agudas (borracheras)

En 2012, el 60,7% de los estudiantes de 14-18 años admitió haberse emborrachado alguna vez en la vida, el 52% lo hizo en los últimos 12 meses y el 30,8% en los últimos 30 días (Figura 1.2.2). Aunque no se registran cambios llamativos con respecto a 2010 en los indicadores de consumo alguna vez en la vida y último año, sí es reseñable la disminución, en casi 5 puntos porcentuales, de la proporción de estudiantes que se han emborrachado en el último mes en 2012.

En cuanto a las diferencias por sexo, debe destacarse que, para los indicadores temporales alguna vez en la vida y último año, las prevalencias de borracheras son ligeramente mayores entre chicas que entre chicos. Sin embargo, en los últimos 30 días, las prevalencias de borrachera continúan siendo superiores entre los chicos (Tabla 1.2.14).

La proporción de estudiantes que se emborracha es mayor entre los chicos a los 17 y 18 años que entre las chicas, mientras que las chicas muestran prevalencias superiores a los chicos en los grupos de menor edad (14 y 15 años), independientemente del tramo temporal (Tabla 1.2.15).

Por su parte, considerando únicamente a los estudiantes que admiten haber ingerido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, la proporción de estudiantes de 14 a 18 años que afirma haberse emborrachado en ese mismo periodo alcanza, en 2012, el 40,2% (50,3% en 2010). Por tanto, en esta última edición, a pesar de registrarse un aumento de la prevalencia de consumo en el último mes respecto a 2010, la proporción de los que se emborrachan es inferior (Figura 1.2.3).

Figura 1.2.2.

Prevalencias de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras), en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Tabla 1.2.14.

Prevalencias de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 2012.

	Alguna vez			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	2008	2010	2012	2008	2010	2012	2008	2010	2012
Total	56,2	58,8	60,7	47,1	52,9	52,0	29,1	35,6	30,8
Sexo									
Hombres	54,8	58,0	59,9	46,5	52,2	51,7	29,4	36,4	31,3
Mujeres	57,5	59,5	61,5	47,7	53,5	52,3	28,7	34,8	30,3
Edad									
14 años	30,4	27,8	31,5	24,5	24,6	26,1	13,4	16,0	12,7
15 años	48,5	52,2	47,4	41,0	47,3	40,2	24,2	32,0	21,3
16 años	62,2	66,2	62,3	53,0	59,8	53,4	31,7	38,8	30,9
17 años	72,6	76,8	73,1	59,7	69,1	62,6	39,0	46,6	38,8
18 años	76,9	77,8	80,4	65,8	69,8	70,5	45,2	52,8	46,5

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.15.

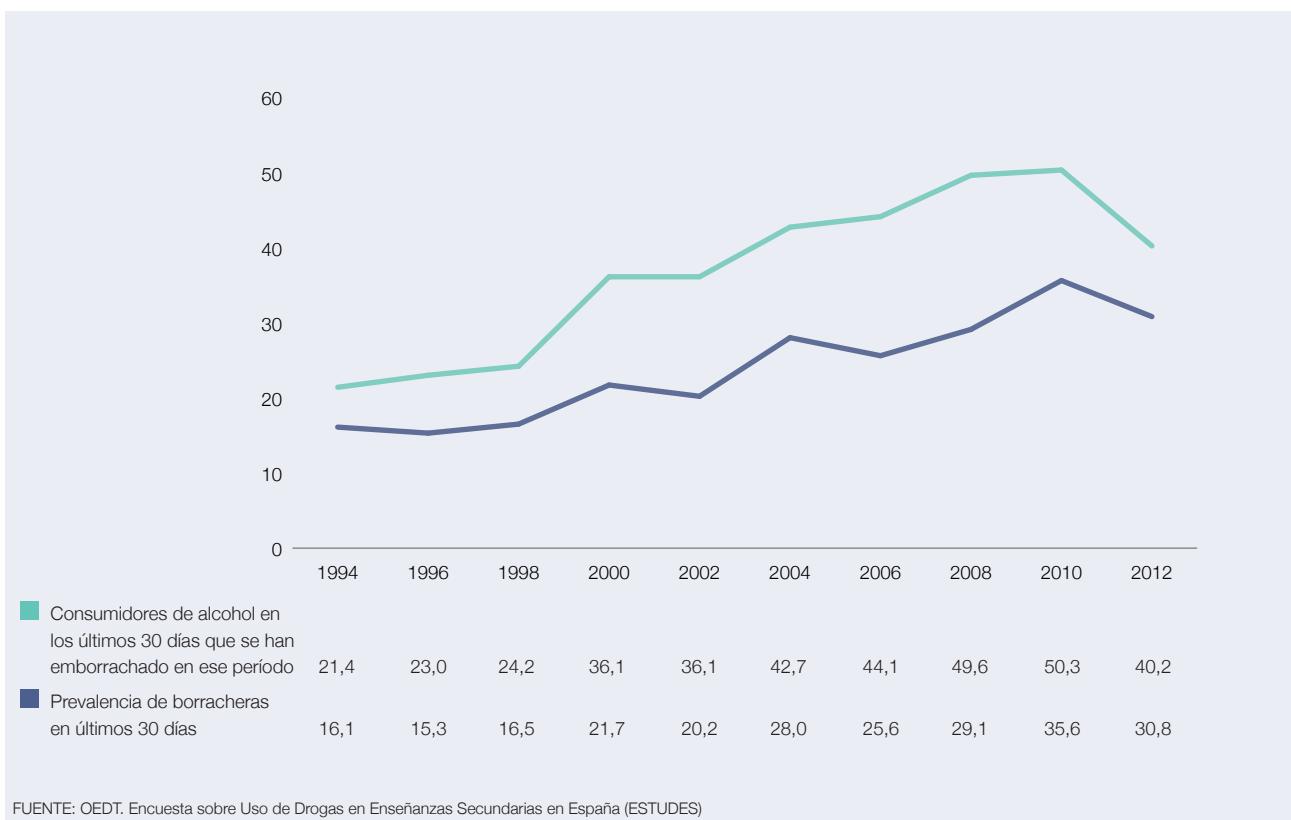
Prevalencias de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2012.

	HOMBRES					MUJERES				
	14	15	16	17	18	14	15	16	17	18
Borracheras alguna vez	29,2	42,6	61,5	74,1	81,3	33,8	52,0	63,1	72,1	79,4
Borracheras últimos 12 meses	23,1	35,5	52,6	65,1	73,1	29,2	44,6	54,1	60,1	67,6
Borracheras últimos 30 días	10,8	17,8	32,2	41,5	48,4	14,6	24,6	29,7	36,0	44,4

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.3.

Prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años y proporción de los que se han emborrachado entre los que han consumido alcohol en el último mes (porcentajes). España, 1994-2012.



Binge drinking

En lo que respecta al *binge drinking* (consumo en atracción), entendiendo éste como el consumo de 5 o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en un intervalo de tiempo no superior a dos horas, en el último mes, el análisis de ESTUDES 2012, aporta la siguiente información (Tabla 1.2.16):

El 41,8% (4 de cada 10) del total de estudiantes de 14 a 18 años hizo *binge drinking* en el último mes, cifra muy similar a la obtenida en 2008, aunque algo superior a la de 2010 (36,7% coincidiendo con una base de consumidores de alcohol inferior).

Sin embargo, si únicamente se tienen en cuenta aquellos casos que reconocen haber ingerido alcohol en los últimos 30 días, casi 6 de cada 10 de éstos habrían hecho *binge drinking*. Esta proporción es sustancialmente inferior a las re-

gistradas en 2008 y 2010, lo que confirma lo ya comentado en el apartado sobre intoxicaciones etílicas: en 2012, parece registrarse un aumento de la proporción de estudiantes que consume alcohol pero, sin embargo, hay una menor proporción de ellos que lo consumen de manera intensiva (borracheras y *binge drinking*). Este hecho supone un cambio en la tendencia ascendente que se viene observando entre los estudiantes de 14 a 18 años para los patrones de consumo intensivo desde el inicio de la serie de ESTUDES. Serán las próximas ediciones de la encuesta las que confirmen si existe cambio de patrón mantenido en el tiempo o se trata tan sólo de una inflexión puntual.

Tabla 1.2.16.

Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*)* (porcentajes). España, 2008-2012.

	2008	2010	2012
Prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido en el mismo periodo			
que han consumido en el mismo periodo	64,4	66,5	56,8
Prevalencia de binge drinking en los últimos 30 días entre los estudiantes de 14 a 18 años			
	41,4	36,7	41,8

* Beber 5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de dos horas.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Los hombres realizan en mayor medida *binge drinking* que las mujeres y, analizando la edad, podemos observar que la realización del mismo en los últimos 30 días aumenta a medida que aumenta la edad del estudiante. Al desagregar los datos relativos a *binge drinking* (últimos 30 días), entre todos los estudiantes de 14 a 18 años, por sexo y edad, se observa que las chicas muestran prevalencias superiores a los 14 y 15 años. Así, el 18,4% de los chicos de 14 años ha realizado *binge drinking* en el último mes (22,1% de las chicas) mientras que, entre los chicos de 18 años el porcentaje asciende al 65,1% (54,3% entre ellas) (Tabla 1.2.17).

Tabla 1.2.17.

Prevalencia *binge drinking** en los últimos 30 días según sexo y edad entre los estudiantes de 14 a 18 años (%). España, 2012.

	14 a 18 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Total	41,8	20,3	30,4	42,6	50,7	59,9
Hombres	44,1	18,4	28,2	44,8	55,8	65,1
Mujeres	39,6	22,1	32,6	40,4	45,3	54,3

* Beber 5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de dos horas.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Lugares donde se consigue y donde se consume alcohol

Los lugares elegidos por un mayor porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años para consumir alcohol fueron, en 2012, los bares o pubs (41,6%) seguido de las calles, plazas, parques, playas o espacios públicos abiertos (36,3%) y de las discotecas (35,4%). Por su parte, los lugares donde una mayor proporción de estudiantes consiguió las bebidas alcohólicas para consumir fueron los supermercados (39,1%), los bares o pubs (37%) y las discotecas (30,7%).

Respecto a los modos en que los estudiantes consiguen tener acceso a bebidas alcohólicas, cabe destacar que en el 41,8% de los casos son los mismos estudiantes los que adquieren directamente las bebidas, siendo a través de mayores

de 18 años la segunda vía de acceso más empleada (28,5%). Es en esta última vía en la que se observan las mayores diferencias entre sexos, empleándose en mayor proporción por chicas que por chicos (32,8% y 24,3% respectivamente), siendo además las edades de 16 y 17 años en las que las mujeres emplean, en mayor medida, esta vía de acceso (37% y 44,2% respectivamente).

En la Tabla 1.2.18 se presentan los lugares donde los menores de 18 consiguen y consumen alcohol. Destacar que el lugar donde más porcentaje de menores consiguen alcohol es el supermercado (61,8%), seguido de bares/pubs (57,7%). En bares/pubs consumen alcohol 6 de cada 10 menores y en discotecas, 5 de cada 10. El 57% consume en espacios abiertos.

Tabla 1.2.18.

Porcentaje de menores (14-17 años) que han conseguido y consumido alcohol (en el último mes) en diferentes lugares. España, 2012.

	Conseguido	Consumido
Bares o pubs	57,7	61,4
Discotecas	47,1	52,1
Domicilio de otros	24,0	39,9
Domicilio propio	16,8	20,6
Supermercados	61,8	–
Espacios públicos abiertos (calles, parques, playas)	–	57,3

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Consumo según el día de la semana y tipos de bebidas

En cuanto a las preferencias de consumo según los días de la semana, como cabría esperar, el mayor porcentaje de consumidores de bebidas alcohólicas, consume durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo).

En 2012, el 70,1% de los chicos y el 72,8% de las chicas consumió alcohol en viernes, sábado o domingo en los últimos 30 días. No obstante, la proporción de estudiantes que consume alcohol en días laborables viene aumentando desde 2008, registrándose proporciones del 35,3% (chicos) y el 25,6% (chicas) que consumieron de lunes a jueves y que suponen un incremento de 2,2 y 4,2 puntos respectivamente respecto a 2010.

Como se ha comentado en otras ediciones de las encuestas EDADES y ESTUDES, el aumento del porcentaje de consumidores en días laborables podría tener que ver con la incorporación, en los últimos años, del jueves al “fin de semana”, lo que se traduciría en un aumento del porcentaje de estudiantes que sí consumen los jueves, aunque no pueda considerarse estrictamente como “día laborable” a los efectos de consumo de alcohol.

No obstante, esta hipótesis no debiera afectar de igual manera a los estudiantes de menor edad (14 a 17) que deben, teóricamente, cumplir con horarios y jornadas escolares y para los que el jueves sí debiera poder ser considerado como “laborable” (Figura 1.2.4).

De lunes a jueves, la bebida más popular entre los adolescentes es la cerveza (el 17,5% de la totalidad de los estudiantes consultados ha bebido cerveza en días laborables en el último mes) mientras que, en fin de semana, la bebida más habitual son los combinados (58%) (Tabla 1.2.19).

Figura 1.2.4.

Consumo de alcohol en los últimos 30 días por edad y tipo de día de consumo (porcentajes). España, 2012.

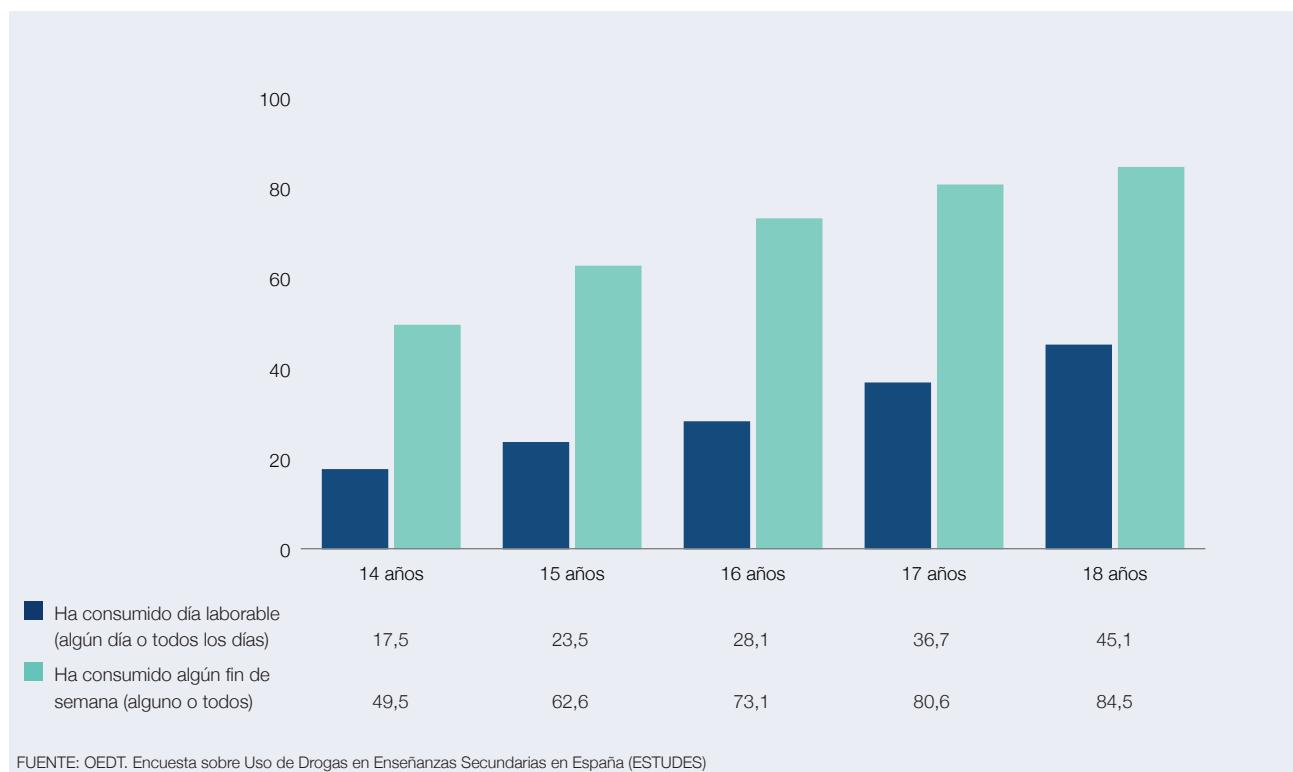


Tabla 1.2.19.

Evolución de la prevalencia de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables y fines de semana durante los 30 días previos a la encuesta entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1996-2012.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Consumo en días laborables									
Algun día de lunes a jueves durante los últimos 30 días (algun día o todos los días)									
Vino	8,1	8,9	8,2	4,9	6,6	5,3	5,8	5,2	6,3
Cerveza	15,3	14,0	16,2	10,5	14,1	12,8	15,0	13,7	17,5
Aperitivos	3,0	3,2	2,6	1,7	2,4	3,0	4,1	3,6	5,6
Combinados	5,4	6,4	6,8	5,0	6,8	7,4	10,6	10,2	10,8
Licores fuertes	3,2	3,6	3,5	2,3	3,2	3,5	5,5	5,3	5,7
Licores frutas	6,6	7,5	6,2	3,8	4,2	4,6	6,6	5,3	6,5
Todos los días de lunes a jueves durante los últimos 30 días									
Vino	0,8	1,0	0,9	0,3	0,7	0,2	0,2	0,2	0,3
Cerveza	1,7	1,5	2,2	0,9	1,7	0,8	1,1	0,7	1,2
Aperitivos	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,5
Combinados	0,2	0,3	0,6	0,2	0,6	0,4	0,7	0,6	0,7
Licores fuertes	0,1	0,4	0,4	0,1	0,4	0,2	0,5	0,3	0,5
Licores frutas	0,3	0,8	0,6	0,2	0,5	0,2	0,4	0,3	0,5

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Consumo en fin de semana									
Algún día de viernes a domingo durante los últimos 30 días (algún día o todos los días)									
Vino	32,8	32,8	23,7	21,0	27,7	18,8	17,0	17,3	21,1
Cerveza	46,9	40,7	30,8	27,1	34,1	27,9	28,6	30,0	37,5
Aperitivos	12,0	13,6	9,6	8,0	11,0	8,3	8,4	9,4	11,8
Combinados	48,8	53,7	49,2	48,2	58,4	51,6	54,0	50,3	58,0
Licores fuertes	24,5	26,7	22,4	22,3	27,8	23,0	25,0	23,7	25,8
Licores frutas	36,2	37,1	25,6	22,6	26,0	20,6	20,8	18,3	23,6
Todos los días de viernes a domingo durante los últimos 30 días									
Vino	9,6	10,6	8,6	5,9	7,5	3,5	2,9	3,3	1,7
Cerveza	19,9	17,6	14,4	10,7	13,8	8,6	8,5	8,2	8,9
Aperitivos	2,9	4,2	3,3	2,1	2,7	1,5	1,9	2,2	1,8
Combinados	19,6	23,5	22,2	18,9	22,5	16,8	17,9	13,8	10,9
Licores fuertes	8,2	10,8	10,1	7,7	9,4	5,5	5,9	4,1	3,6
Licores frutas	10,2	12,0	9,0	6,0	6,8	3,8	3,5	2,5	2,2

Nota: % calculado sobre el total de la muestra

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Si analizamos las diferencias por sexo en la prevalencia del consumo de alcohol (Tabla 1.2.20), se observa que, entre los que consumieron alcohol en los últimos 30 días, los chicos consumen en mayor medida que las chicas todo tipo de bebidas alcohólicas en los días laborales, con una prevalencia global del 35,3% en los chicos frente al 25,6% de las chicas.

En el marco del fin de semana, la prevalencia media en el consumo de alguna bebida alcohólica alcanza el 71,5% (70,1% de los chicos frente a un 72,8% de las chicas), detectándose consumos ligeramente superiores entre los chicos en relación a las bebidas: vino o champán, cerveza, bebidas de aperitivo o vermut y licores fuertes, mientras que las chicas registran unos mayores niveles en combinados y licores de frutas. Asimismo, cabe destacar que, la mayor diferencia por sexos en el consumo de alcohol, en algún fin de semana durante el último mes, se observa en la cerveza (49,1% de consumo en los chicos frente a un 39,7% de las chicas).

Tabla 1.2.20.

Prevalencia de consumo de alcohol según tipo de bebida entre los estudiantes de 14 a 18 que consumieron alcohol en los últimos 30 días (%). España, 2012.

	Algún fin de semana			Algún día laborable		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Total	70,1	72,8	71,5	35,3	25,6	30,6
Tipo de bebida						
Vino/champán	26,6	25,6	26,1	8,6	5,8	7,2
Cerveza	49,1	39,7	44,5	24,8	14,8	19,9
Aperitivos/vermut	16,7	13,4	15,1	8,4	4,7	6,6
Combinados/cubatas	60,3	64,5	62,4	15,8	10,0	12,9
Licores de frutas	27,2	31,0	29,1	8,6	6,3	7,5
Licores fuertes	33,1	30,0	31,6	8,6	4,4	6,5

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Botellón

Este año se ha incluido como novedad en el cuestionario el fenómeno del botellón, obteniéndose que el 43,4% de los estudiantes de 14 a 18 años afirman haber realizado botellón en el último mes. Además, en este sentido se puede observar una relación directa entre la edad y la práctica del botellón: a medida que se cumplen años, tanto chicos como chicas incrementan la práctica del botellón (Tabla 1.2.21).

Tabla 1.2.21.

Prevalencia de botellón entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2012.

	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Total	62,0	43,4
Sexo		
Hombres	61,3	42,8
Mujeres	62,7	44,1
Edad		
14 años	36,4	20,6
15 años	51,5	32,7
16 años	65,2	45,5
17 años	71,7	52,8
18 años	77,0	58,7

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

No obstante, se detecta un punto de inflexión entre los 15 y los 16 años, en el que se observa (con ligeras diferencias) que si bien, entre los 14 y los 15 años son las chicas las que en mayor medida realizan botellón al menos una vez al año, a partir de los 16 años son los chicos quienes en mayor medida practican botellón alguna vez al año (Figura 1.2.5).

Cuando analizamos el fenómeno del botellón con los consumos de alcohol en el mes anterior a la realización de la encuesta, se observa un mayor consumo de todas las bebidas consideradas entre aquellos que realizan botellón una vez a la semana que entre quienes no realizan botellón, detectándose las mayores diferencias en el consumo de las siguientes bebidas: cerveza, licores fuertes y combinados/cubatas (Figura 1.2.6).

Aunque el hecho de acudir a un botellón no implica necesariamente que se beba alcohol, la encuesta muestra que el consumo de alcohol y hacerlo de modo intensivo es más frecuente entre los que hacen botellón que entre los que no lo hacen (Figura 1.2.7). Así el 93,1% de los que han acudido a algún botellón en el último año han bebido alcohol en ese mismo periodo de tiempo (frente al 43,5% que no han hecho botellón), el 62,1% han hecho *binge drinking* (frente a un 9,5%) y el 47,6% se han emborrachado (frente a un 4,7%).

Figura 1.2.5.

Prevalencia de botellón, por lo menos una vez al año, según sexo y edad entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2012.

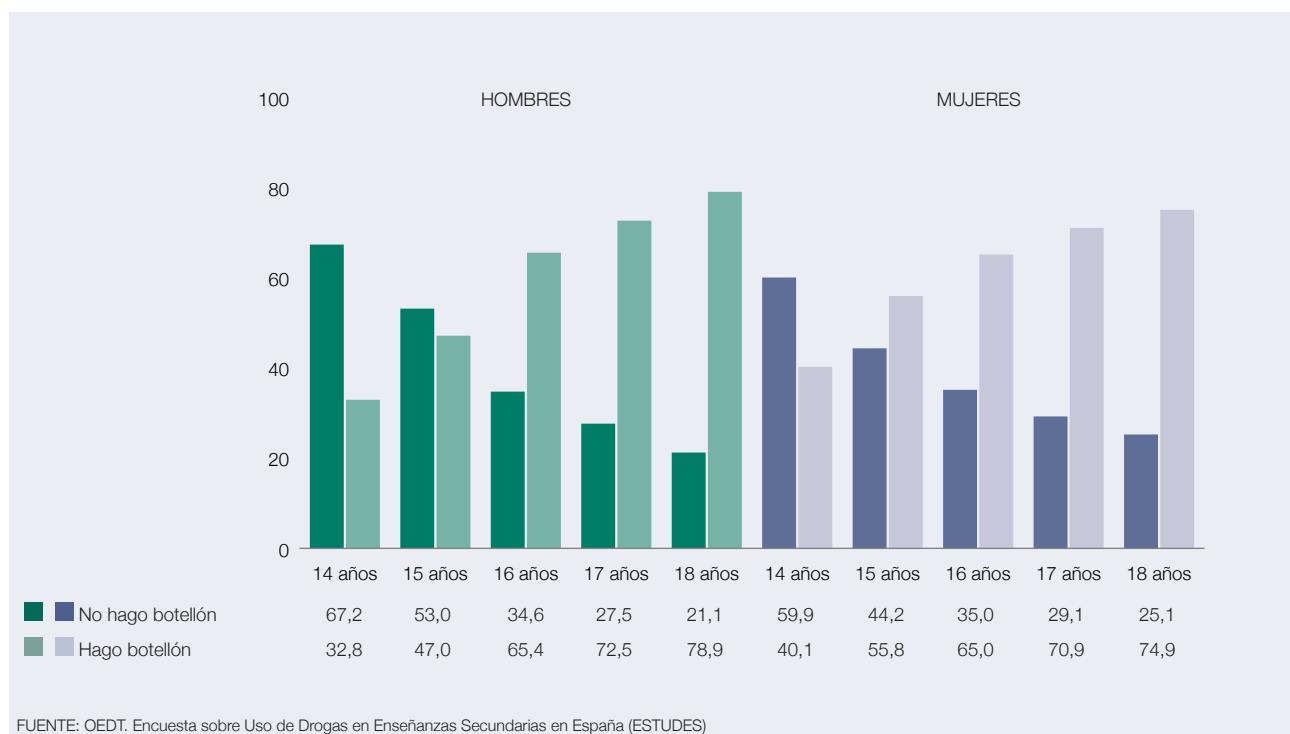


Figura 1.2.6.

Prevalencia de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según hagan o no botellón por lo menos una vez a la semana (porcentajes). España, 2012.

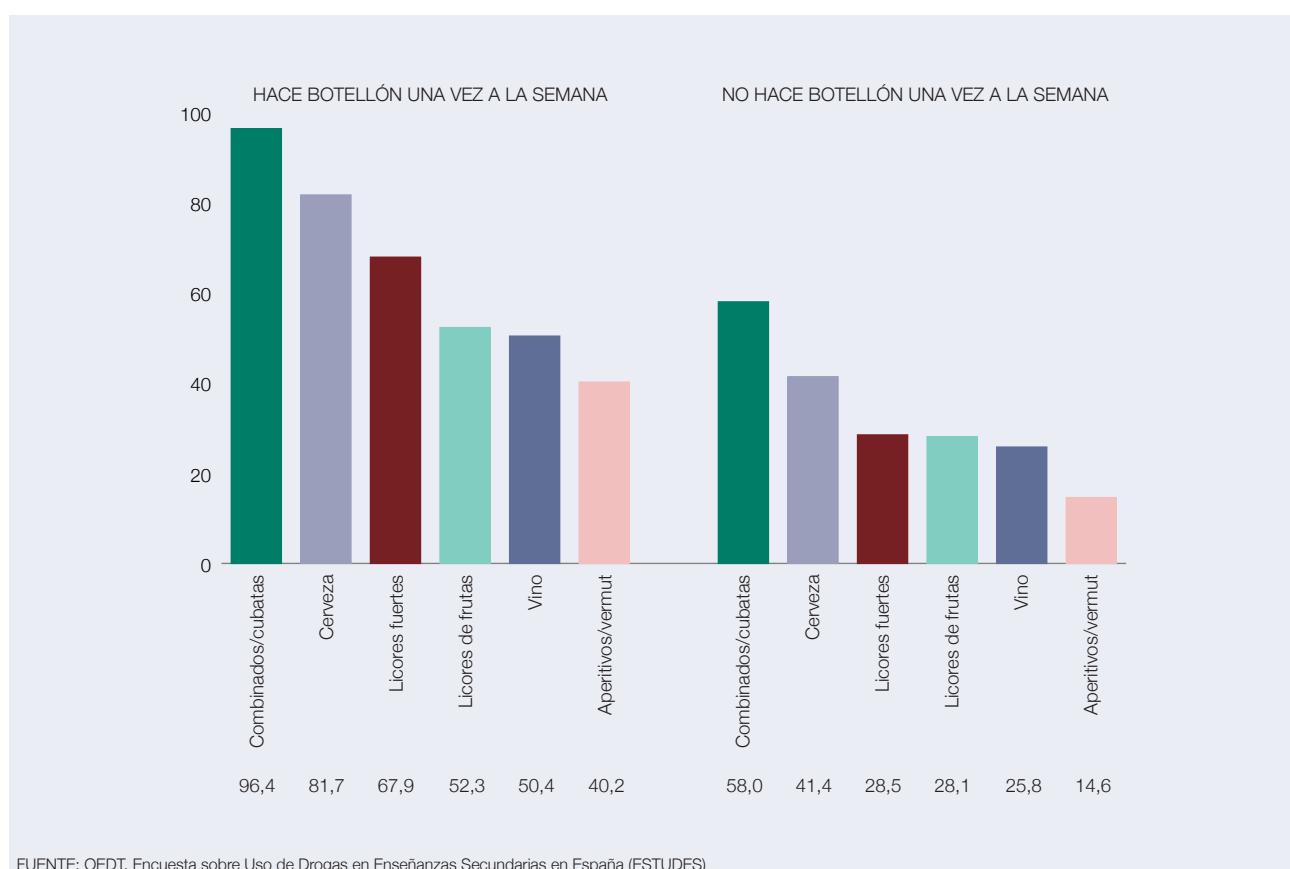
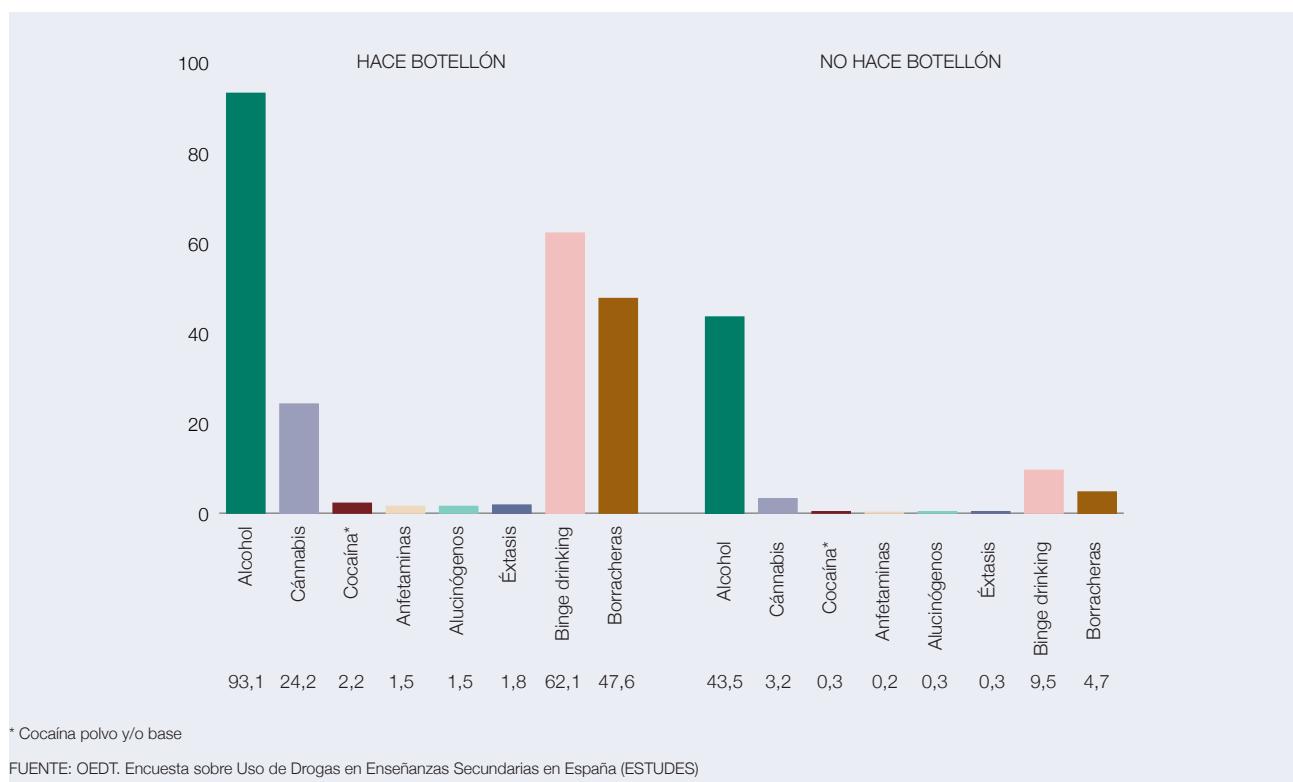


Figura 1.2.7.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según hagan botellón o no (porcentajes). España, 2012.



Continuando con el análisis del fenómeno del botellón en relación con el consumo de diferentes sustancias (Tabla 1.2.22), podemos observar que el consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días es superior entre quienes realizan botellón (tanto para el consumo de alcohol alguna vez en la vida como para el consumo en los últimos 12 meses) que entre quienes no lo realizan.

Destaca especialmente (aunque también se trata de diferencias importantes en el resto de sustancias teniendo en cuenta su naturaleza y su índice de prevalencia global) el consumo de hachís o marihuana.

Tabla 1.2.22.

Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días según el consumo de alcohol entre los estudiantes de 14 a 18 años (porcentajes). España, 2012.

	Ha consumido alcohol alguna vez en la vida		Ha consumido alcohol en los últimos 12 meses	
	No ha realizado botellón en el último año	Ha realizado botellón en el último año	No ha realizado botellón en el último año	Ha realizado botellón en el último año
Ha consumido hachís o marihuana en los últimos 30 días	4,9	24,5	5,3	24,6
Ha consumido cocaína en los últimos 30 días	0,4	2,2	0,4	2,2
Ha consumido anfetaminas o speed en los últimos 30 días	0,3	1,5	0,3	1,5
Ha consumido alucinógenos en los últimos 30 días	0,3	1,5	0,3	1,5
Ha consumido éxtasis en los últimos 30 días	0,4	1,8	0,4	1,8
Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	15,8	63,0	17,4	63,4
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	7,9	48,3	8,7	48,6

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

En relación a la percepción, que tienen los estudiantes, de la tolerancia de sus progenitores hacia el consumo de alcohol cabe destacar que, entre quienes han realizado botellón en el último año, o se han emborrachado o realizado *binge drinking* en los últimos 30 días, la percepción de intolerancia parental hacia estas conductas es notablemente inferior que entre quienes declaran no haber realizado botellón en el último año, o emborrachado o realizado *binge drinking* en los últimos treinta días. Así, 7 de cada 10 estudiantes que no han realizado botellón en el último año consideran que su madre o padre no les permitiría tomar bebidas alcohólicas (frente a 4 de cada 10 estudiantes que ha hecho botellón y considera que no se lo permitirían).

El mismo patrón siguen la realización de *binge drinking* y los episodios de borracheras en los últimos 30 días, donde los estudiantes que no han registrado estas conductas muestran mayores niveles de intolerancia parental al consumo de bebidas alcohólicas que quienes sí han realizado *binge drinking* o se han emborrachado (aproximadamente 6 de cada 10 estudiantes que no las han realizado consideran que sus padres no les permitirían ingerir alcohol, frente a 3 de cada 10 que sí han registrado la conducta y consideran que no se lo permitirían).

Conductas de riesgo asociadas al alcohol

Finalmente y refiriéndonos a una de las conductas de riesgo asociadas a la ingesta de alcohol, como es viajar como pasajero en un vehículo de motor conducido por una persona bajo los efectos del alcohol, se observa que casi 1 de cada 4 estudiantes de 14 a 18 años (23,3%) ha experimentado esta situación en los últimos 12 meses.

En este sentido, hay que indicar que el porcentaje obtenido es muy similar al de 2010 en el que se obtuvo un 21,3% de estudiantes que aseguraron haberse encontrado en esta situación. Además, hay que señalar que, en el grupo de los de 18 años, el porcentaje es superior (35,1%).

Por último, el 5,3% (8,4% chicos y 2,2% chicas) reconoce haber conducido un vehículo de motor bajo los efectos del alcohol durante el año anterior a ser encuestado. Entre los estudiantes de 18 años, la proporción es notablemente superior entre los chicos (14,8%) que entre las chicas (2,8%).

Tabaco

El tabaco es la sustancia psicoactiva más generalizada entre los jóvenes estudiantes tras el alcohol, registrándose un 43,8% de los jóvenes de entre 14 y 18 años que reconoce haber fumado en alguna ocasión en su vida. Se trata de una prevalencia que venía descendiendo desde el año 2006 habiendo marcado un mínimo histórico en 2010. Así, tras el repunte en 2012, el nivel actual se contempla como el segundo más reducido de la serie (Figura 1.2.8).

Siguiendo con el consumo de esta droga alguna vez en la vida, la prevalencia entre las mujeres es notablemente superior y alcanza el 46,1% frente al 41,6% de los hombres, comenzando el consumo de media en los 13,6 años (la edad más temprana de iniciación a una sustancia tras los inhalables volátiles). La edad media de inicio entre los hombres se mantiene en 13,5 años y entre las mujeres se retrasa ligeramente (0,2) hasta los 13,7 años (Tabla 1.2.23).

Atendiendo al consumo de tabaco en los últimos 12 meses, la proporción de fumadores entre los estudiantes de 14 a 18 años se sitúa en el 35,3%, mientras que considerando el último mes, ésta se reduce al 29,7%. Son niveles de consumo superiores a los que se apreciaban en 2010 pero continúan siendo más reducidos que los anotados en 2008. No obstante, cabe señalar que el aumento en el consumo en los últimos 30 días respecto a la última medición es más notorio entre los hombres.

El consumo diario de tabaco se mantiene relativamente estable respecto al año anterior: el 12,5% de los entrevistados afirman que fuman diariamente. En el caso de las mujeres, este hábito se encuentra ligeramente menos extendido que en 2010, presentando la prevalencia más reducida de la serie (13,1%). Por su parte, la proporción de hombres fumadores a diario aumenta un punto (hasta el 12%) haciendo que la diferencia entre sexos que resulta en 2012 es la más pequeña de todas las que se apuntaban hasta este año (Figura 1.2.9). El comienzo en el consumo diario se sitúa en 14,6 y 14,5 años (hombres y mujeres respectivamente).

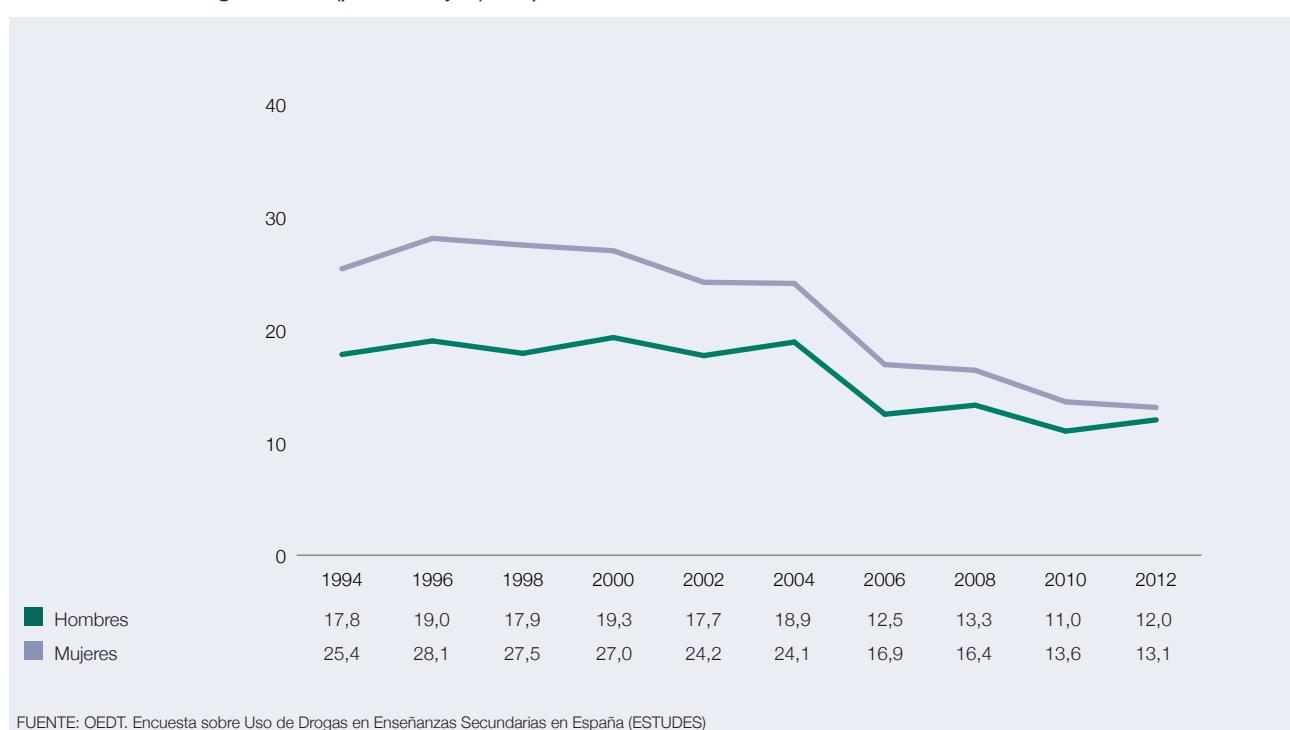
Figura 1.2.8.

Prevalencia de consumo de tabaco y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Figura 1.2.9.

Evolución de la prevalencia de consumo diario de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo (porcentajes). España, 1994-2012.



Aunque el hábito de fumar está más extendido entre las mujeres, los hombres son más intensivos en cuanto al número de cigarrillos que fuman al día (6,4 cigarrillos de media al día) que las fumadoras (6 cigarrillos diarios), cantidades que han aumentado respecto a 2008 (en 0,7 y en 1,2 cigarrillos respectivamente) (Tabla 1.2.23).

Tabla 1.2.23.

Características del consumo de tabaco entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2012.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734
Prevalencia de consumo de tabaco alguna vez en la vida	56,0	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	54,1	42,0	49,8	42,2	47,0	35,6	43,8	41,6	46,1
Edad media de inicio del consumo de tabaco*	13,7	14,1	13,1	13,5	13,0	13,4	12,9	13,2	13,0	13,1	13,1	13,2	13,0	13,1	13,2	13,4	13,5	13,5	13,5	13,7
Prevalencia de consumo de tabaco últimos 30 días	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	25,1	32,4	24,8	30,6	30,9	33,8	23,0	29,3	28,1	31,3
Prevalencia de consumo de tabaco diario	17,8	25,4	19,0	28,1	17,9	27,5	19,3	27,0	17,7	24,2	18,9	24,1	12,5	16,9	13,3	16,4	11,0	13,6	12,0	13,1
Edad media de inicio del consumo diario de tabaco*	–	–	14,5	14,6	14,6	14,5	14,4	14,3	14,4	14,3	14,5	14,4	14,3	14,2	14,3	14,3	14,4	14,3	14,6	14,5
Nº de cigarrillos diarios consumidos diariamente																				
1-5	37,7	47,3	41,8	50,3	43,8	49,5	44,4	49,0	44,7	46,5	41,6	44,5	61,9	63,0	56,1	58,3	65,0	68,5	54,7	57,0
6-10	33,8	36,8	33,9	34,8	35,2	34,9	34,8	35,2	33,5	36,0	35,7	35,5	22,7	27,2	28,0	30,1	23,3	23,9	32,4	32,9
>10	28,5	15,9	24,3	14,8	20,9	15,6	20,8	15,8	21,8	17,5	22,7	20,0	15,3	9,8	15,9	11,6	11,7	7,6	12,9	10,1
Nº medio cigarrillos diarios	9,1	7,2	8,3	6,9	7,9	7,0	7,6	6,8	7,8	7,3	8,1	7,5	5,8	5,3	5,1	5,0	5,7	4,8	6,4	6,0

* En fumadores actuales y exfumadores (años).

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por otro lado, considerando la edad de los jóvenes estudiantes, queda reflejado cómo el consumo de tabaco se va extendiendo conforme aumenta la edad, de manera que refiriéndonos a los últimos 30 días, la prevalencia de los alumnos de 14 años es 15,6% y la de aquellos con 18 años es 43,2%. Los mayores incrementos en la generalización de esta sustancia se producen de cuando pasamos de 17 a 18 años y de los 14 a los 15 años.

El 54% de los alumnos de Secundaria ha visto fumar a los profesores y el 73,6% ha visto fumar a otros estudiantes, dentro del centro educativo.

Entre los estudiantes que fuman, tres de cada cuatro confiesan que se han planteado en alguna ocasión dejar de fumar, siendo una intención más generalizada entre las mujeres. Aquellos que lo han llegado a intentar suponen el 42,8% de los fumadores (el 44% de las chicas y el 41,6% de los chicos). Preguntando por el momento actual, el 56,9% está pensando seriamente dejar de fumar (el 22,7% en los próximos 30 días y el 34,2% en los próximos 6 meses). Respecto a 2010, se anota un mayor nivel de fumadores que alguna vez se han planteado dejar de fumar (76,3% vs 65,9%) pero sin embargo, se registra una menor proporción de fumadores que actualmente esté pensando seriamente en dejar este hábito (56,9% vs 67,7%).

La mitad de los jóvenes estudiantes de 14 a 18 años que han sido consultados convive con personas que fuman a diario. Además, prácticamente la mitad (49,1%) declaran que les molesta mucho o bastante que otras personas fumen

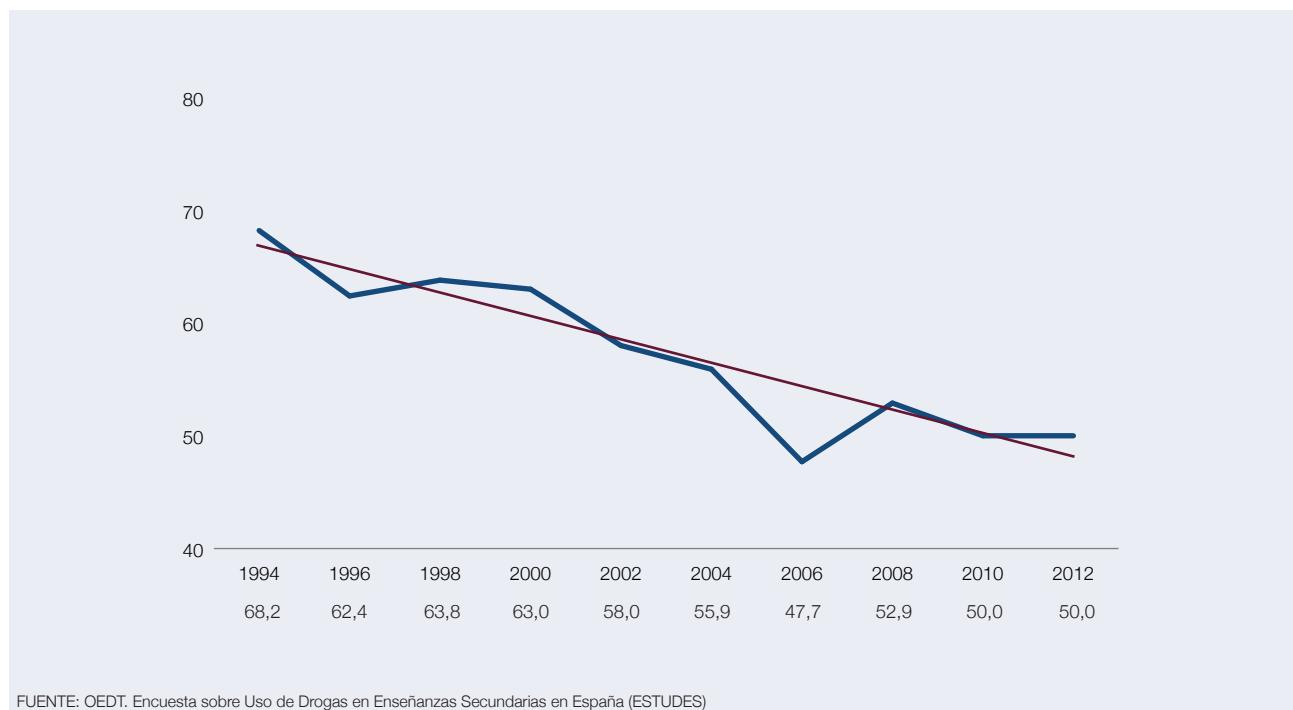
en un lugar cerrado estando presentes. En este sentido, no se aprecian diferencias por sexo, aunque sí por edad, dado que conforme los entrevistados son mayores, disminuye el rechazo a esta acción (al 55,2% de los casos con 14 años les molesta que se fume en lugares cerrados frente al 42,5% de aquellos con 18 años).

Entre las personas que manifiestan este rechazo, se observa que el 73% nunca ha fumado (proporción que entre el total de estudiantes era sustancialmente inferior, 56,2%). Además, de estos estudiantes que les molesta que otras personas fumen en un lugar cerrado estando ellos presentes, únicamente el 13,4% declara un consumo de tabaco en el último mes (cuando esta proporción a nivel total de entrevistados asciende al 29,7%).

Si analizamos la convivencia con padres o madres fumadores entre los estudiantes que afirman que les molesta que otras personas fumen en un lugar cerrado estando presentes, se obtiene que el 30,3% tiene madre fumadora y el 32,1% padre fumador (entre los que no les molesta estas proporciones son superiores, se sitúan en el 34,9% y 39% respectivamente).

Figura 1.2.10.

Evolución del porcentaje de personas que fuman diariamente en los hogares de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2012.



Por último, es más habitual que los estudiantes que fuman a diario convivan con progenitores fumadores. La diferencia se aprecia observando que fuma a diario el 21% de aquellos que conviven con padre y madre fumadores, frente a aquellos que conviven con ambos padres no fumadores, entre los que el 7,5% fuma diariamente.

Hipnosedantes

El término hipnosedantes, se refiere a tranquilizantes/sedantes y somníferos y ambos grupos se analizan conjuntamente. Los tranquilizantes, vienen identificados en el cuestionario de la encuesta como “medicamentos para calmar los nervios o la ansiedad” y los somníferos como “medicamentos para dormir” (aunque no se incluyen en este grupo productos como la valeriana, la passiflora o la dormidina).

Conviene recordar que estos fármacos, de acuerdo a la legislación española vigente, deben suministrarse bajo prescripción facultativa. A continuación, se presentarán por separado los resultados del consumo de hipnosedantes en general (con o sin receta) y los datos obtenidos del análisis del consumo de estos fármacos sin receta.

Hipnosedantes (con o sin receta médica)

Junto con el alcohol y el tabaco, los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas que han registrado un aumento de su prevalencia de consumo en la última edición de ESTUDES.

En 2012, el 18,5% de los estudiantes de secundaria de 14-18 años de edad, declara haber consumido hipnosedantes alguna vez en la vida, cifra muy próxima a la de 2010 (18%), que apunta a un freno en el crecimiento mantenido que venía observándose durante los últimos años.

No obstante, esta tendencia ascendente se mantiene para los otros indicadores temporales, registrándose un ascenso de más de 1,4 puntos porcentuales con respecto a 2010, tanto en los consumos durante el último año, como en los correspondientes al último mes (Figura 1.2.11).

La edad media de inicio al consumo de hipnosedantes se sitúa en los 14,3 años; ha venido mostrando un aumento poco perceptible pero mantenido y es la más elevada de la serie histórica correspondiente a estas sustancias.

Históricamente, los hipnosedantes vienen siendo más consumidos por las chicas que por los chicos. Para el indicador de consumo alguna vez en la vida, el 23% de las chicas dice haberlas consumido, frente al 14,1% de los chicos. Se trata de una diferencia muy relevante, la de mayor magnitud en esta serie, y ha de interpretarse como una consecuencia de la estabilización de la proporción de consumidores entre los chicos frente al crecimiento sostenido de la proporción de consumidoras entre las chicas, que casi se ha triplicado de 1994 (8,1%) a 2012 (23%) (Tabla 1.2.24).

Se trata de un patrón muy similar al observado entre la población general de 15 a 64 años de edad.

Tabla 1.2.24.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes* (con o sin receta) alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2012.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734
Prevalencia de consumo de hipnosedantes con y/o sin receta alguna vez en la vida	5,8	8,1	6,6	9,1	6,4	9,3	7,3	10,2	6,8	9,9	8,1	12,3	9,3	13,6	14,2	20,4	14,9	21,5	14,1	23,0

* Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.11.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes* (con o sin receta) y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

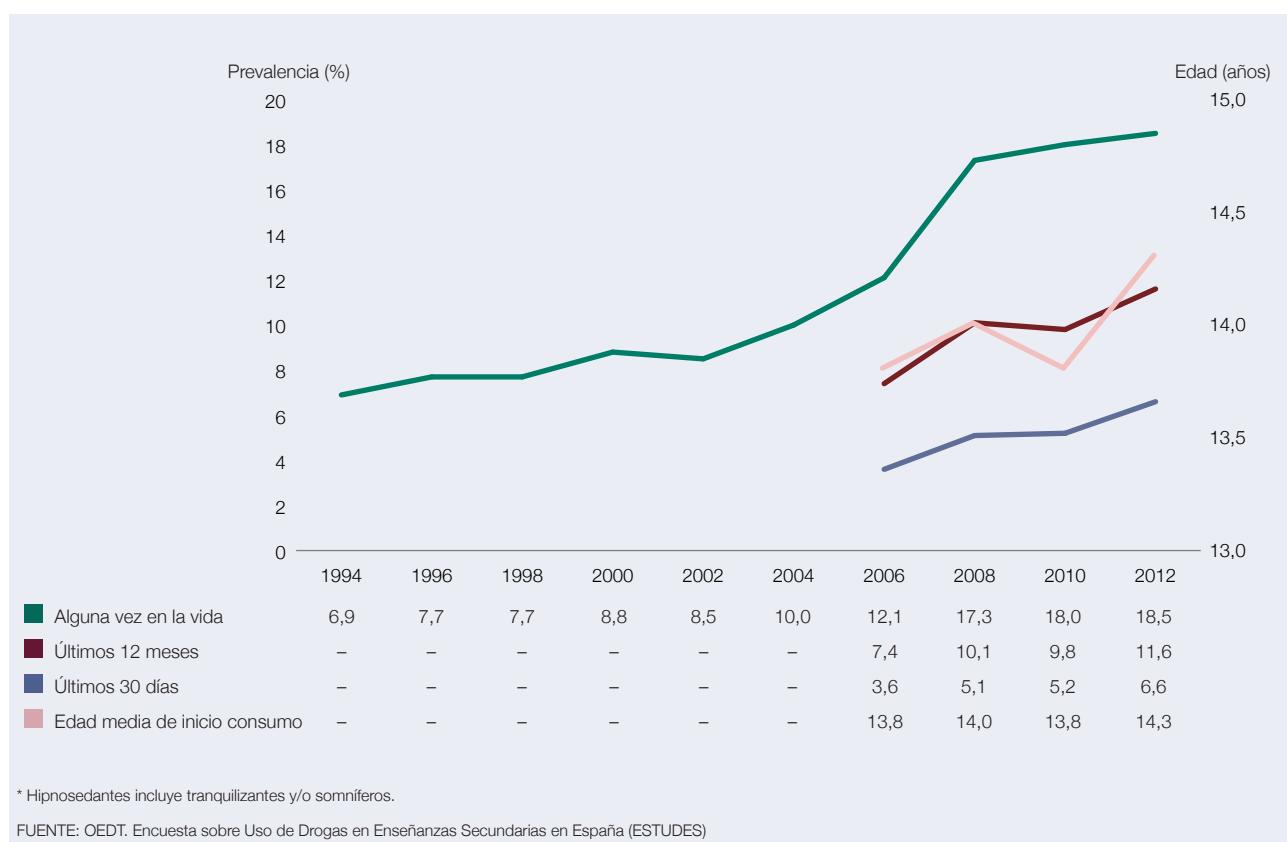
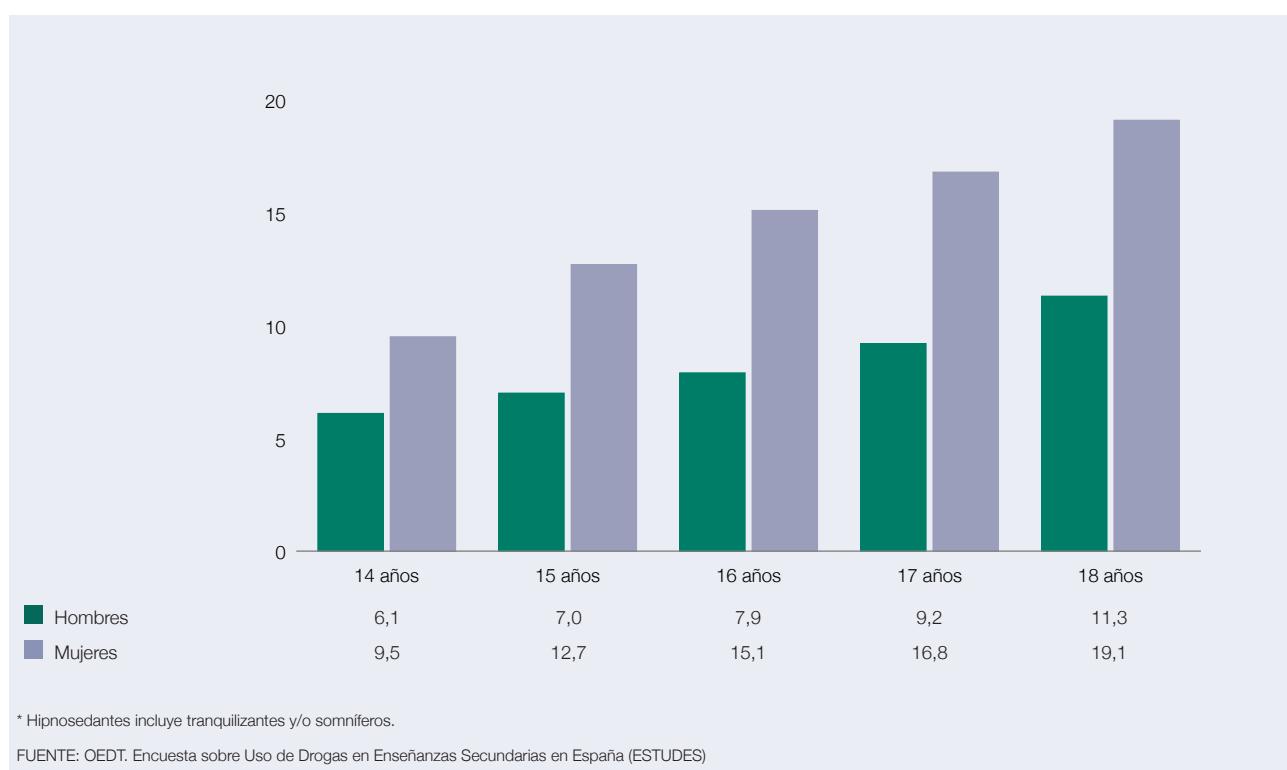


Figura 1.2.12.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes* (con o sin receta) en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según edad y sexo (porcentajes). España, 2012.



Conviene tener en cuenta que los hipnosedantes (con o sin receta) suelen acompañar a otras sustancias en su consumo (fundamentalmente a las de tipo estimulante), a fin de compensar o neutralizar los efectos secundarios particularmente desagradables de éstas (taquicardia, ansiedad, hiperventilación, hipersudoración, etc.).

Además, son sustancias de fácil accesibilidad, las de más fácil adquisición después del alcohol y el cannabis que, además no cuentan, entre la población de estudiantes, con una percepción de riesgo asociada a su consumo especialmente elevada.

Hipnosedantes (sin receta médica)

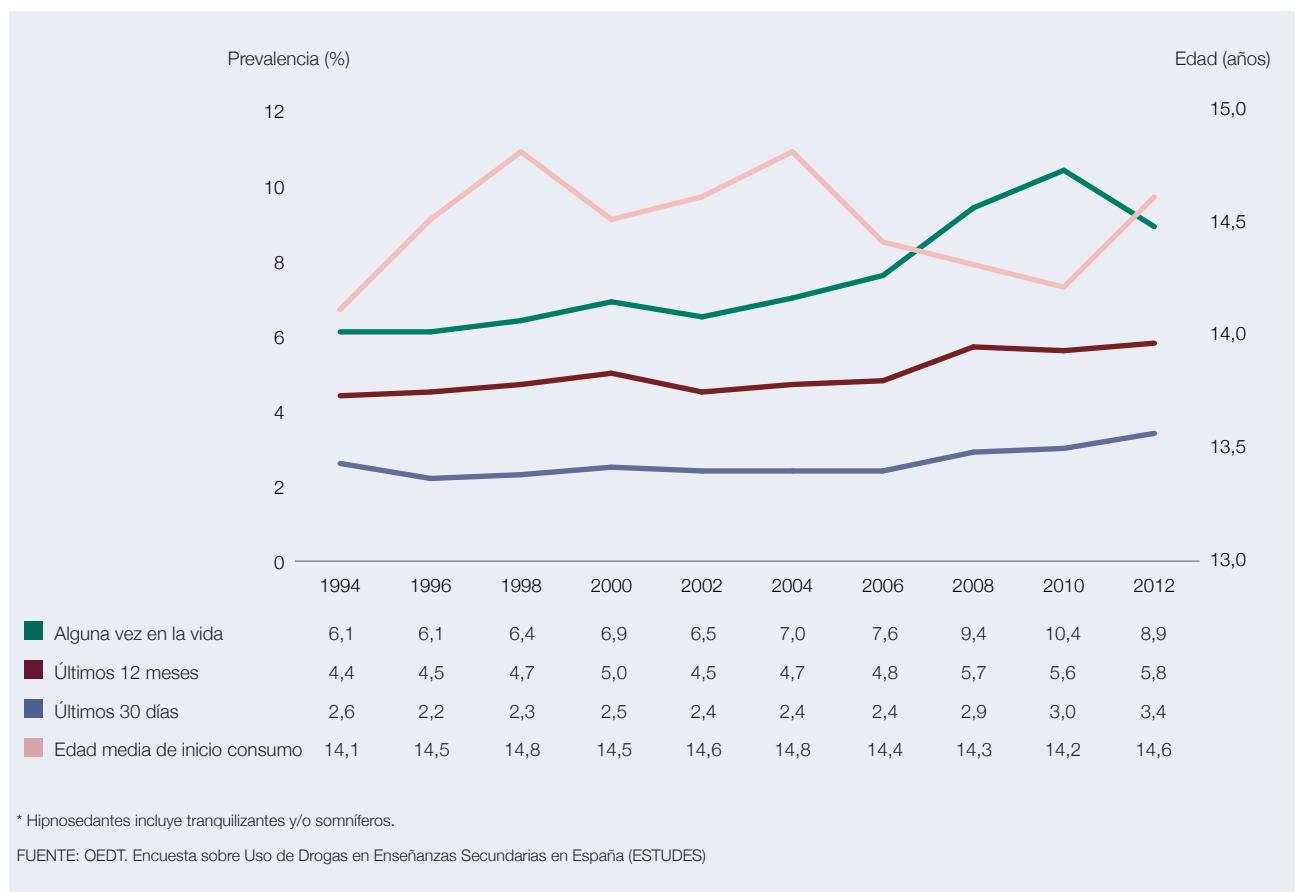
La evolución de los hipnosedantes sin receta médica se caracteriza por un descenso del porcentaje de consumidores en alguna ocasión en la vida que viene a romper la tendencia creciente que conserva desde 2002, y un retraso en la edad de inicio.

Sin embargo, como se observa en la Figura 1.2.13, esta reducción en el consumo no se produce en lo que respecta al tramo temporal del último año (con niveles parejos a las últimas oleadas), ni al último mes, que incluso aumenta ligeramente (llegando al 3,4%).

Se pone de manifiesto entonces una reducción de nuevos consumidores o consumidores ocasionales, pero crecen en importancia los casos que mantienen un consumo en el tiempo.

Figura 1.2.13.

Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes* (sin receta) y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentaje). España, 1994-2012.



El consumo es más prevalente entre los estudiantes de Secundaria que entre sus compañeros, en unas cifras que alcanzan, para los tres indicadores temporales, el 40% más de chicas que de chicos (Tabla 1.2.25). La edad media de inicio al consumo de hipnosedantes sin receta se sitúa en los 14,6 años, ligeramente más retrasada que para los hipnosedantes en general (14,3). A su vez, es más retrasada entre las chicas que entre los chicos (Tabla 1.2.25).

Tabla 1.2.25.

Características del consumo de hipnosedantes* (sin receta) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2012.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734
Edad media de inicio del consumo de hipnosedantes sin receta (años)	13,6	14,4	13,9	14,8	14,4	15,0	14,3	14,7	14,4	14,8	14,7	14,9	13,8	14,4	13,9	14,5	13,7	14,4	14,3	14,8
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta alguna vez en la vida	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0	8,4	12,3	6,9	11,0
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta últimos 12 meses	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	4,6	6,8	4,4	6,7	4,4	7,3
Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta últimos 30 días	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3	2,3	3,6	2,6	4,3
Frecuencia de consumo de hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días																				
Nunca	98,1	96,7	98,5	97,1	98,5	97,0	98,3	96,6	98,3	96,9	98,2	97,0	98,0	97,1	97,6	96,6	97,7	96,3	97,4	95,7
1 a 2 días	1,3	2,1	1,1	1,9	1,0	2,1	1,0	2,2	1,1	2,0	1,0	2,0	1,2	2,0	1,4	2,2	1,2	2,2	1,5	2,3
6 a 9 días	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,4	0,3	0,3	0,2

* Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

Nota: Los % están calculados sobre el número de casos con información.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Las diferencias de consumo según la edad son acordes con aquellas que cabría esperar de forma intuitiva en una relación directamente proporcional, a mayor edad, mayor consumo. Así evolucionan desde el 3,7% en los estudiantes de 14 años hasta el 7,9% entre los de 18 años, para el consumo en los últimos 12 meses. Las diferencias por sexo a favor de los chicos (menores prevalencias de consumo para ellos) se mantienen en todos los grupos de edad (Figura 1.2.14).

Por último, analizar la continuidad en el consumo nos permite relacionar los tres indicadores temporales entre sí. ¿Cuántos de los incluidos en un consumo experimental persisten en un consumo más frecuente? Esta edición de ESTUDES parece indicar que, a pesar de la caída en el número de consumidores ocasionales, los ya iniciados mantienen un determinado consumo de hipnosedantes, habiendo aumentado la continuidad en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días con respecto a las últimas encuestas (Tabla 1.2.26).

Figura 1.2.14.

Prevalencia de consumo de hipnosedantes* (sin receta) en los últimos 12 meses en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según edad y sexo (porcentajes). España, 2012.

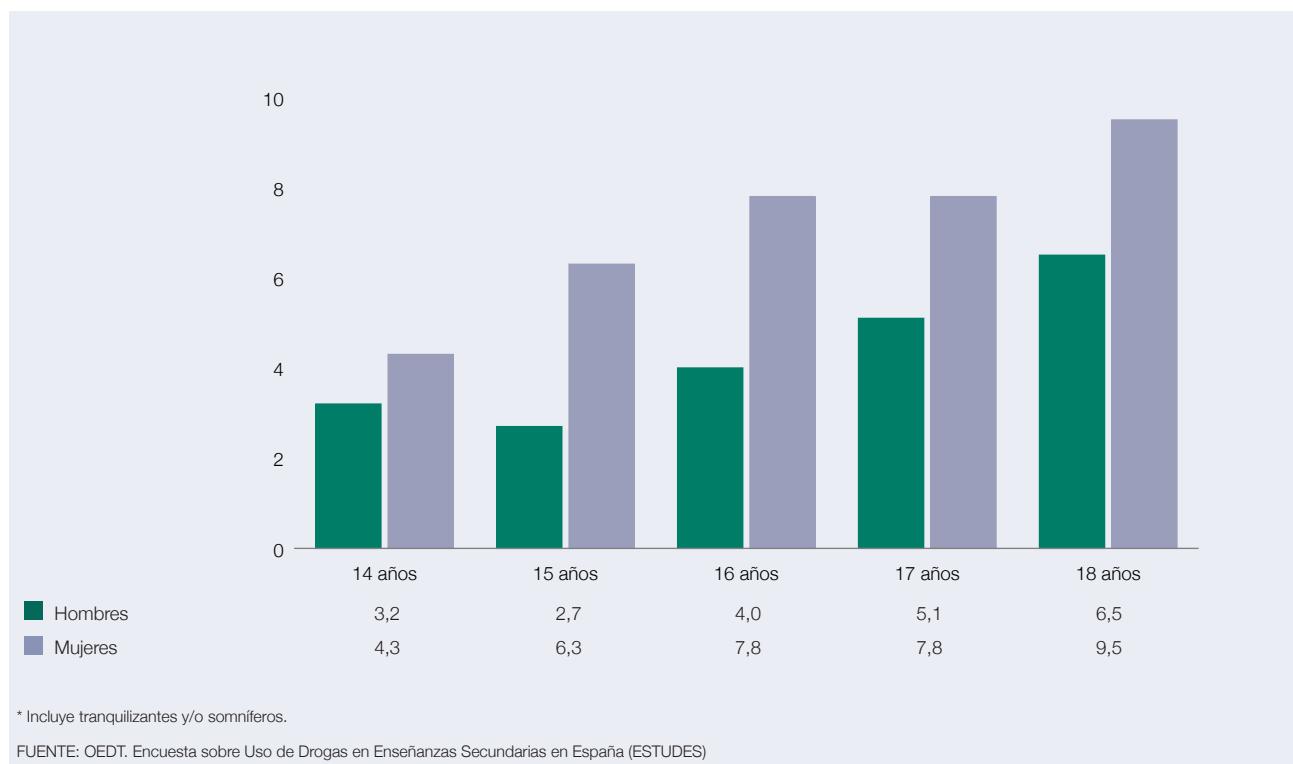


Tabla 1.2.26.

Continuidad en el consumo de hipnosedantes* (sin receta) en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2012.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
De los que han consumido alguna vez, porcentaje que ha consumido en el último año (%)**	72	74	73	72	69	67	63	61	54	65
De los que han consumido en el último año, porcentaje que ha consumido en el último mes (%)***	59	49	49	50	53	51	50	51	54	59
De los que han consumido alguna vez, porcentaje que ha consumido en el último mes (%)****	43	36	36	36	37	34	32	31	29	39

* Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

** Prevalencia últimos 12 meses/prevalencia alguna vez en la vida.

*** Prevalencia último 30 días/prevalencia últimos 12 meses.

**** Prevalencia últimos 30 días/prevalencia alguna vez en la vida.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Cáñabis

El cannabis, en cualquiera de sus formas de presentación, sigue siendo la droga ilegal cuyo consumo está más extendido entre los jóvenes estudiantes de entre 14 y 18 años de edad. En 2012, el 33,6% de éstos refirió haberlo consumido alguna vez en la vida, proporción tan sólo superior en 6 décimas a los que así lo declararon en 2010 (Figura 1.2.15). Ello permite hablar de una estabilización, en los 2 últimos años, del número de consumidores experimentales de esta sustancia, que venía descendiendo desde 2006.

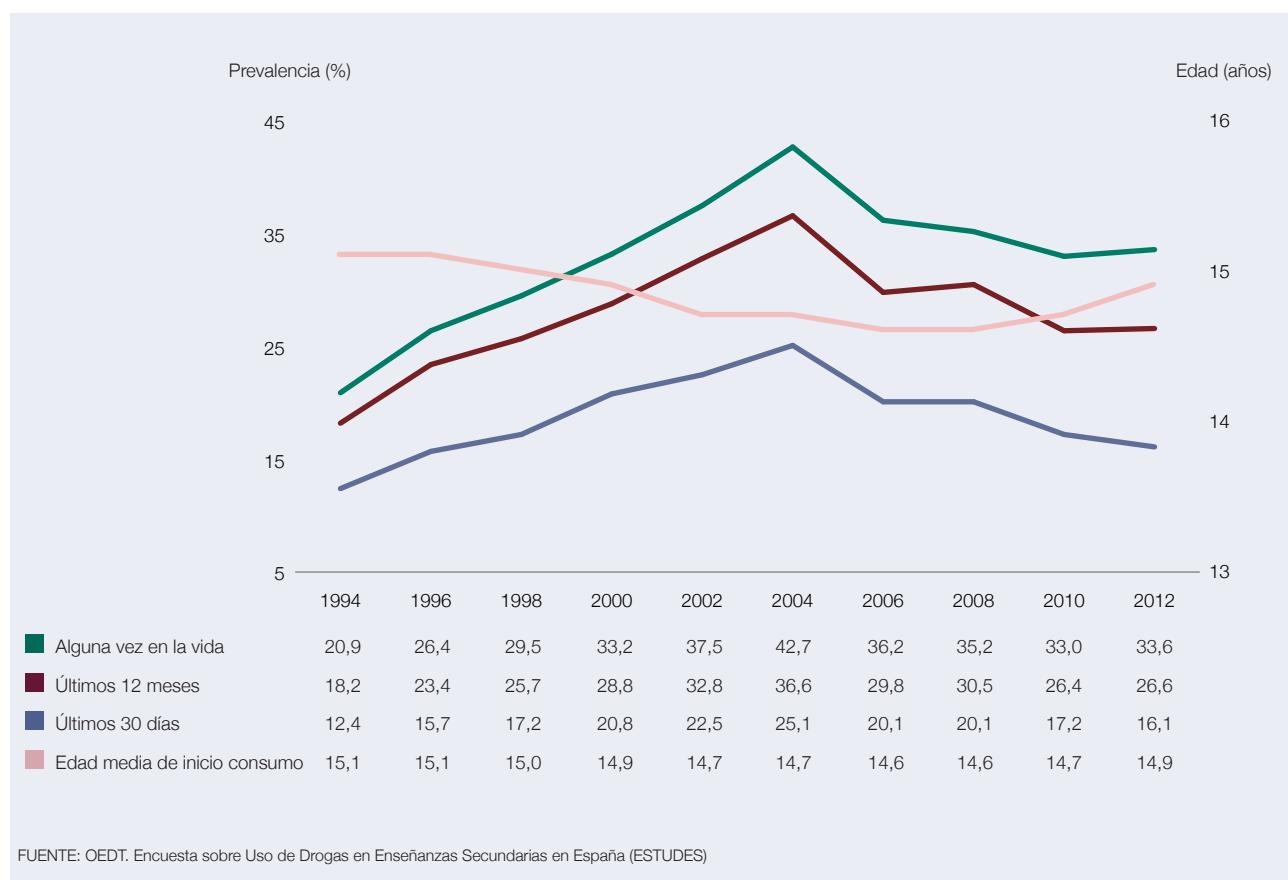
El consumo de cannabis en el último año entre la población estudiantil de referencia muestra una tendencia similar a la del consumo experimental, registrándose una variación no significativa de su prevalencia (26,4% en 2010 y 26,6% en 2012).

En cambio, si consideramos el consumo realizado en el mes previo a la realización de la encuesta, se observa que la tendencia al descenso iniciada en 2010 (17,2% frente al 20,1% en 2006 y 2008) se consolida e incluso se intensifica en 2012, al descender hasta el 16,1%, resultando ser el valor más bajo alcanzado por esta prevalencia desde 1996.

Todo lo expuesto permite inferir que, si bien los jóvenes estudiantes de 14 a 18 años prueban el cannabis, o lo consumen ocasionalmente, en número similar al de 2010, la proporción de los que lo consumen más o menos habitualmente tiende a descender. Y el hecho de que la prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días en 2012 (2,7%) sea, estadísticamente hablando, prácticamente idéntica a la de 2010 (3%) viene a reforzar esta afirmación.

Figura 1.2.15.

Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes) y edad media de inicio del consumo. España, 1994-2012.



En 2012, la edad media de inicio del consumo de cannabis entre la población estudiantil de referencia fue 14,9 años y los valores obtenidos a lo largo de la serie se sitúan en torno a los 15 años de edad, por lo que se podría afirmar que la edad de comienzo del consumo de cannabis, entre los estudiantes de entre 14 y 18 años, viene manteniéndose estable desde 1994 (Tabla 1.2.27). No obstante, el cannabis es una de las sustancias ilegales con inicio de consumo más precoz.

Tabla 1.2.27.

Características del consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2012.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734
Edad media de inicio del consumo de cannabis (años)	15,1	15,2	15,1	15,2	14,9	15,1	14,8	15,0	14,6	14,8	14,6	14,8	14,5	14,6	14,6	14,7	14,6	14,8	14,8	15,0
Prevalencia de consumo de cannabis alguna vez en la vida	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	46,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6	37,8	32,8	34,9	31,1	36,3	30,7
Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2	33,5	27,5	26,8	23,3	29,7	23,3
Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	25,8	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0	23,0	17,2	18,6	14,6	18,9	13,3
Frecuencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días																				
Nunca	84,9	90,2	81,6	86,8	79,7	85,5	75,5	83,1	74,2	80,4	71,7	78,0	77,7	82,0	74,7	82,5	80,3	84,7	81,1	86,7
1 a 2 días	6,9	5,1	7,3	7,2	8,4	7,4	8,6	8,8	8,6	9,1	9,4	9,8	7,4	7,4	7,9	7,1	6,9	6,8	7,1	6,2
3 a 5 días	3,0	2,1	4,1	2,7	3,8	3,0	4,7	3,5	4,8	3,8	4,4	4,5	5,3	4,8	5,0	4,6	3,9	3,7	3,9	3,0
6 a 9 días	2,1	1,4	2,9	1,3	3,2	1,9	3,1	1,9	3,9	2,8	3,5	2,6	2,5	1,8	2,6	1,8	2,2	1,4	2,1	1,3
10 a 19 días	1,5	0,6	2,0	1,0	2,1	1,3	3,5	1,3	3,0	1,8	3,5	2,3	2,9	1,8	3,6	2,0	2,5	1,6	2,0	1,3
20 a 29 días	1,5	0,6	2,2	0,9	2,8	1,0	4,7	1,4	5,5	2,1	7,4	2,8	4,2	2,2	4,5	1,9	4,3	1,8	3,8	1,5

Nota: Los % están calculados sobre el número de casos con información.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

El cannabis es una sustancia con mayor prevalencia entre los chicos que entre las chicas, independientemente del tramo temporal que se considere (Figura 1.2.16). La diferencia entre sexos se ha hecho más evidente en 2012 respecto a 2010 y además se observa que, en general, esta brecha crece conforme aumenta la edad, haciéndose máxima para los consumos de los y las estudiantes de 18 años en el último año (43,7% de los varones reconoce haber consumido cannabis frente al 32,5% de las mujeres).

Entre las chicas, el mayor aumento de la proporción de consumidoras se produce entre los 14 y 15 años (la prevalencia de consumo en el último año casi se duplica, pasando del 9,5% a los 14 años al 18,2% a los 15 años). Entre los chicos, la mayor adhesión al consumo se registra entre los 15 años (19,6%) y los 17 años (38,8%).

El análisis del consumo en el último mes entre los y las estudiantes de 18 años, grupo con las mayores prevalencias, pone de manifiesto que 1 de cada 4 (24,5%) consumió cannabis durante este periodo. Y si bien el 8,6% lo hizo sólo uno o dos días, una nada despreciable proporción del 7,8% afirmó haberlo consumido diez o más días (Tabla 1.2.28).

Figura 1.2.16.

Prevalencia de consumo de cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2012.

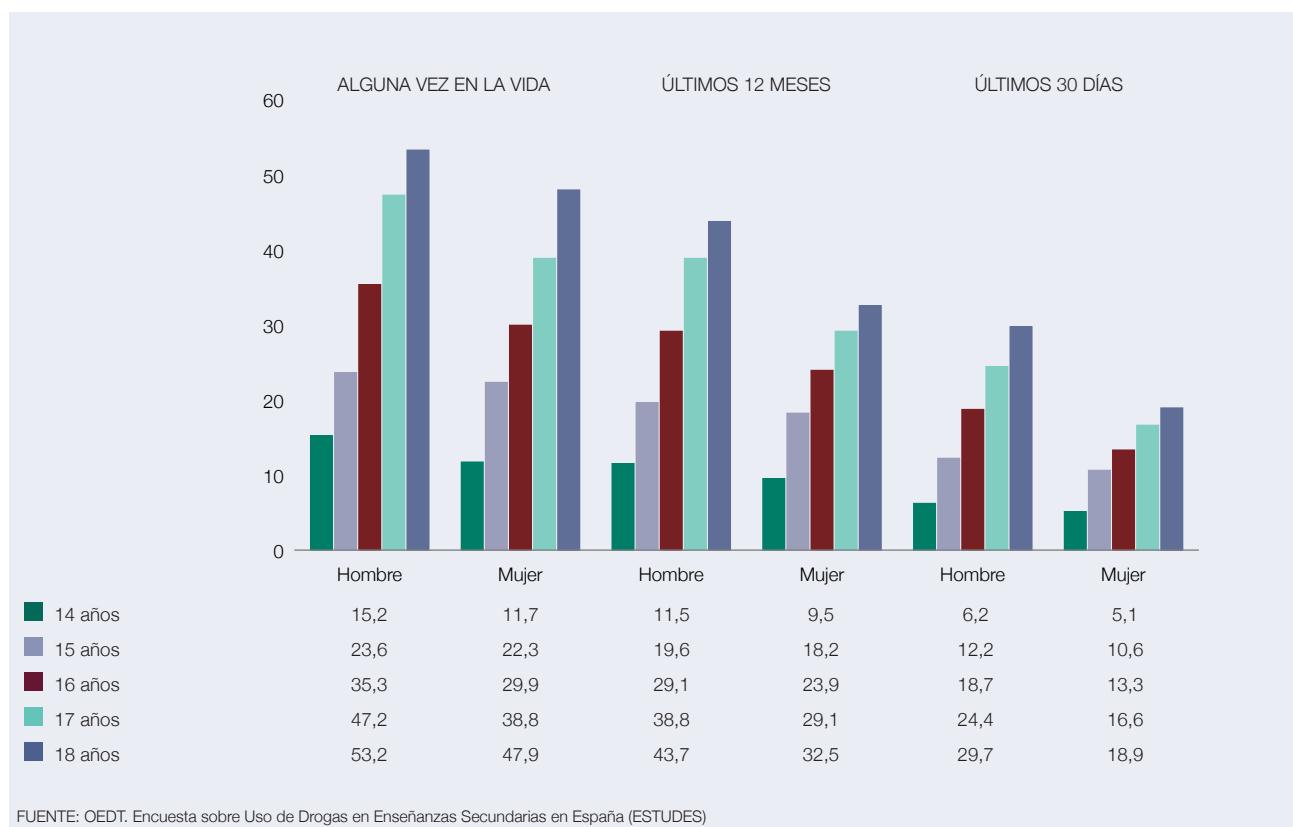


Tabla 1.2.28.

Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según frecuencia de consumo, edad y sexo (porcentajes). España, 2012.

	Ningún día	1 día	2 días	3 días	4-5 días	6-9 días	10-19 días	20 días o más
Total	83,9	4,3	2,4	1,7	1,7	1,7	1,7	2,7
Sexo								
Hombres	81,1	4,4	2,7	1,9	2,0	2,1	2,0	3,8
Mujeres	86,7	4,2	2,0	1,5	1,5	1,3	1,3	1,5
Edad								
14 años	94,4	1,9	0,9	0,8	0,7	0,4	0,5	0,3
15 años	88,6	3,4	1,9	1,3	1,2	1,1	1,2	1,2
16 años	84,1	4,7	2,4	1,8	1,7	1,5	1,8	2,0
17 años	79,4	5,3	2,9	2,0	1,9	2,4	2,1	4,1
18 años	75,5	5,2	3,4	2,2	3,2	2,7	2,4	5,4

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Con respecto a la continuidad de consumo, cabe apuntar que al tratarse de adolescentes de 14 a 18 años, la experiencia de consumo es menos dilatada y el consumo en los tramos temporales de alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días puede solaparse, es decir, puede estar aludiendo a la misma ocasión en mayor medida que si nos referimos a la población general.

En 2012, de cada 10 estudiantes encuestados que manifestaron haber consumido cannabis alguna vez en la vida, 8 consumieron también en el último año y 5 lo hicieron en el último mes. Restringiendo el análisis a los estudiantes que afirmaron haber consumido esta sustancia en el último año, 6 de cada 10 de éstos, declararon haberlo hecho también en el último mes.

Si se observa la Tabla 1.2.29 en la que se presenta la serie histórica de valores de la continuidad en el consumo de cannabis, se puede apreciar la estabilidad en este indicador desde 1994, si bien con una ligera tendencia al descenso.

En todos los casos, la continuidad en el consumo muestra los valores más bajos de la serie histórica.

Tabla 1.2.29.

Continuidad en el consumo de cannabis en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2012.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Prevalencia alguna vez en la vida (%) A	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0	33,6
Prevalencia últimos 12 meses (%) B	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6
Prevalencia últimos 30 días (%) C	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1
De los que han consumido alguna vez, porcentaje que ha consumido en el último año (%) B/A	87	88	87	86	87	85	82	86	80	78
De los que han consumido alguna vez, porcentaje que ha consumido en el último mes (%) C/A	59	59	58	62	60	58	55	57	52	47
De los que han consumido en último año, porcentaje que ha consumido en último mes (%) C/B	68	67	66	72	68	68	67	65	65	60

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Cocaína

En 2012, el 3,6% de los estudiantes reconoció haber consumido cocaína (polvo y/o base), al menos en alguna ocasión en su vida, el 2,5% lo hizo alguna vez durante el año previo a la realización de la encuesta y el 1,5% durante el último mes (Figura 1.2.17).

El consumo de cocaína es más prevalente entre los hombres que entre las mujeres. En 2012, la diferencia entre sexos, a favor de los hombres, se vio aumentada respecto a 2010 por el descenso en el consumo entre las mujeres (alguna vez en la vida y últimos 12 meses). Así, el 4,8% de los chicos manifestó haber realizado consumo ocasional o experimental (alguna vez en la vida), lo que representa una proporción que supone casi el doble de la registrada entre las chicas (Tabla 1.2.30).

La edad media de inicio se ha retrasado ligeramente respecto a 2010 y pasa de 14,9 años a 15,5. La cocaína incrementa su prevalencia conforme aumenta la edad pero, especialmente, cuando se pasa de 17 a 18 años.

La forma de consumo más prevalente continúa siendo la cocaína en polvo, cuyas proporciones de consumo se sitúan en 2,9%, 2% y 1,1% (respectivamente para los consumos alguna vez en la vida, último año y último mes).

Desde 2004 se viene observando un descenso en el consumo de cocaína entre los estudiantes de este grupo de edad (14 a 18 años) y se puede afirmar que, en 2012, la tendencia muestra una clara estabilización, sobre todo para los consumos no puramente experimentales (es decir, los correspondientes al último año y último mes) (Figura 1.2.17), que son muy similares a los registrados en 1996, antes de iniciarse el ascenso de las prevalencias de cocaína. El consumo de tipo experimental (alguna vez en la vida) continúa descendiendo aunque más discretamente y, principalmente, como ya se ha señalado, a expensas de un descenso en la proporción de mujeres que prueban esta sustancia.

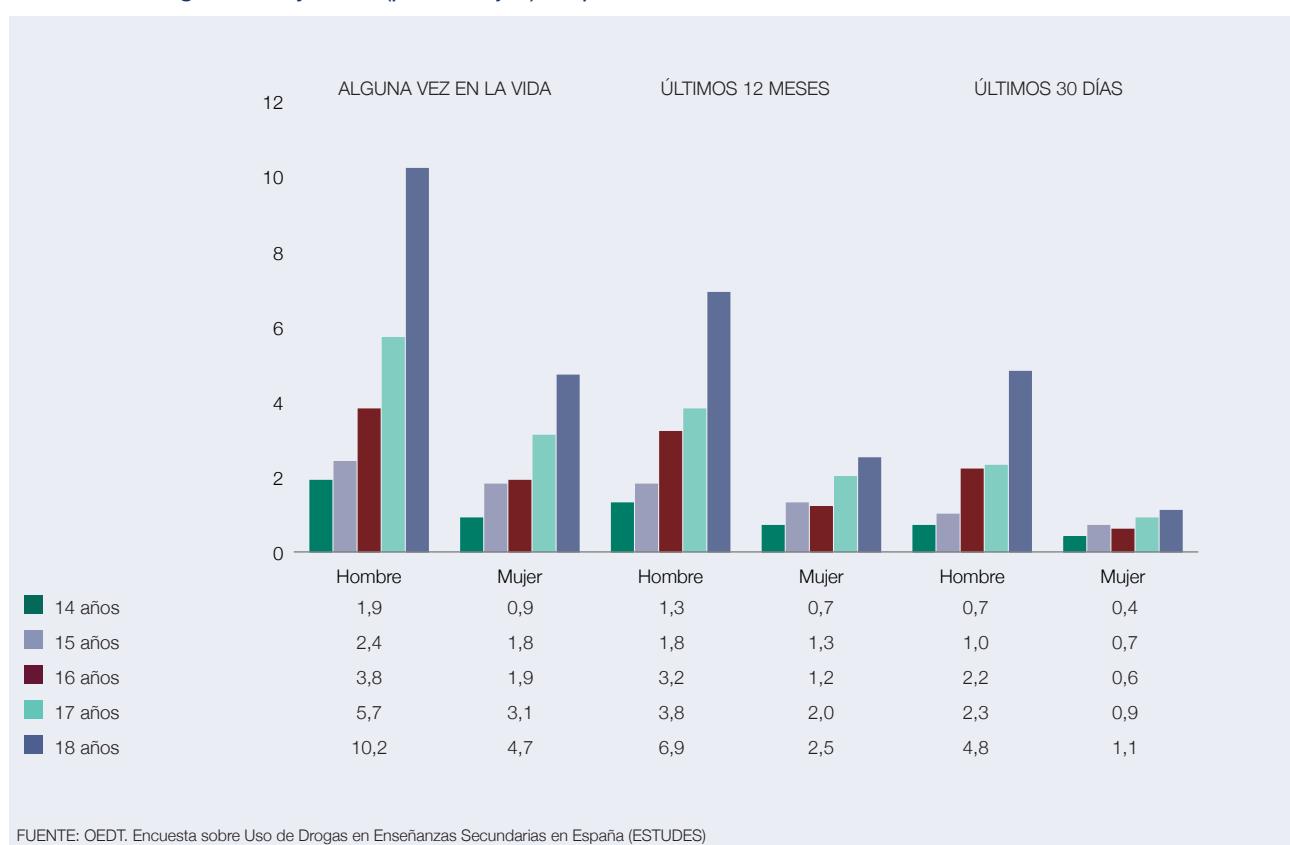
Figura 1.2.17.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína (polvo y/o base) y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Figura 1.2.18.

Prevalencia de consumo de cocaína (polvo y/o base) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según sexo y edad (porcentajes). España, 2012.



La desagregación por sexo confirma que la extensión del consumo de cocaína, tanto en forma de polvo como en forma de base, es mayor entre los chicos que entre las chicas para todos los indicadores temporales, mostrando proporciones entre los chicos que superan en más del doble a las de las chicas, particularmente, cuando se hace referencia a los consumos más recientes (últimos 30 días) (Tabla 1.2.30).

Tabla 1.2.30.

Características del consumo de cocaína (polvo y/o base) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2012.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734
Prevalencia de consumo de cocaína alguna vez en la vida																				
	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8	4,8	3,0	4,8	2,5
Edad media de inicio del consumo de cocaína (años)																				
	15,7	15,5	15,9	15,9	15,9	15,7	16,0	15,6	15,8	15,6	15,9	15,7	15,4	15,4	15,3	15,2	14,7	15,0	15,5	15,5
Prevalencia de consumo de cocaína en últimos 12 meses																				
	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4	3,3	1,8	3,4	1,6
Prevalencia de consumo de cocaína en últimos 30 días																				
	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2	2,1	0,8	2,2	0,8
Frecuencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días																				
Nunca	98,6	99,3	97,9	98,8	96,8	98,2	96,6	98,5	96,3	97,2	94,9	97,4	96,9	98,4	97,2	98,3	98,2	99,3	97,8	99,2
1 a 2 días	0,9	0,4	1,5	0,8	1,8	1,0	2,5	1,1	2,3	2,1	3,1	1,7	1,6	1,0	1,3	0,6	0,8	0,4	1,0	0,4
3 a 5 días	0,2	0,2	0,3	0,2	0,6	0,5	0,5	0,2	0,9	0,5	1,0	0,5	0,7	0,3	0,7	0,3	0,3	0	0,4	0,1
6 a 9 días	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	0,1	0,6	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
10 a 19 días	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,5	0,2	0,5	0,1

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por lo que respecta a los consumos de cocaína en polvo y cocaína base, en función de la edad, las Figuras 1.2.18 y 1.2.19 muestran las diferentes prevalencias registradas, para ambas formas de presentación de la sustancia, según aumenta la edad de los encuestados.

En relación con la continuidad del consumo de cocaína, no se aprecian cambios especialmente relevantes respecto a los datos de los últimos años. Aproximadamente, siete de cada diez estudiantes que han consumido la sustancia en alguna ocasión en su vida, dicen haber consumido en el último año. Del mismo modo, cuatro de cada diez que consumieron alguna vez en su vida, también consumieron en el último mes y seis de cada diez de los consumidores en el último año, lo fueron también en el último mes. No obstante, debe recordarse que cuando se examina la continuidad de consumo en jóvenes estudiantes ha de tenerse en cuenta el limitado historial de consumo de esta población (en cuanto a número de años de consumo), ya que pueden solaparse tramos temporales (Tabla 1.2.31).

Figura 1.2.19.

Prevalencia de consumo de cocaína base y cocaína en polvo en alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según edad (porcentajes). España, 2012.

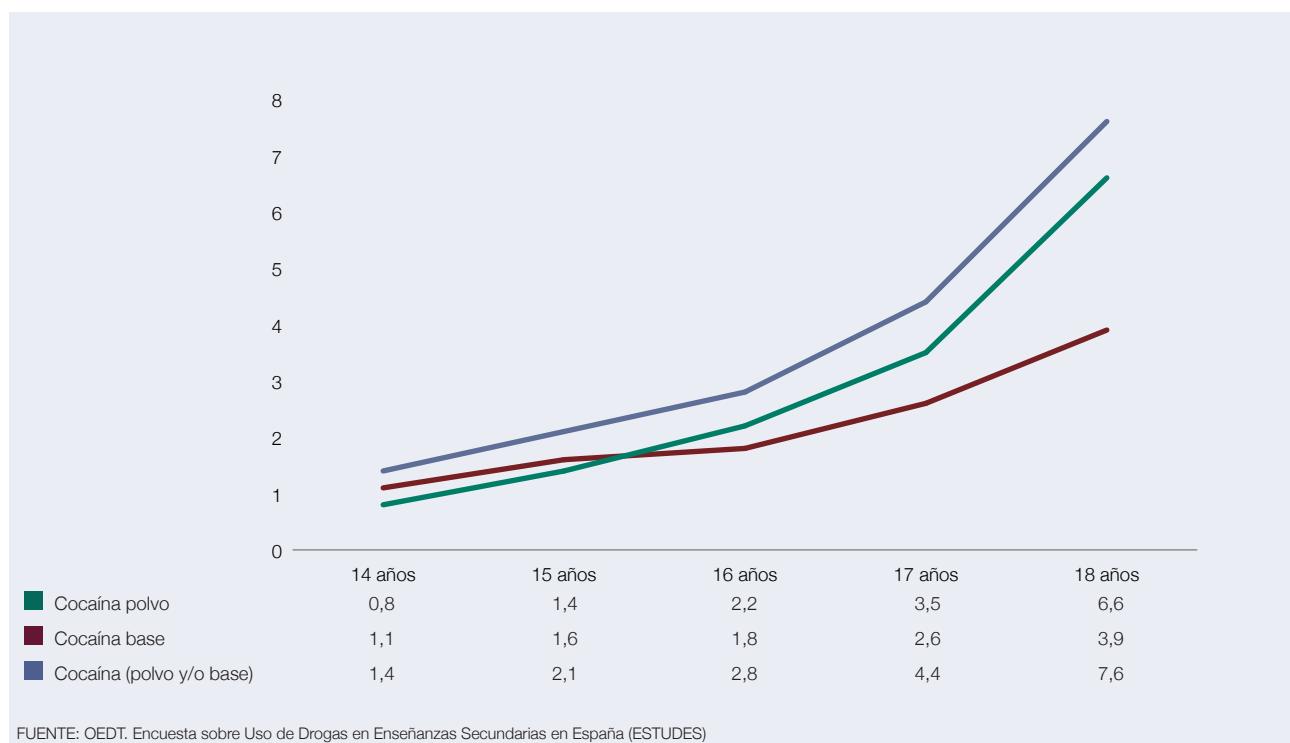


Tabla 1.2.31.

Continuidad en el consumo de cocaína (polvo y/o base) en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2012.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Prevalencia alguna vez en la vida (%) A	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9	3,6
Prevalencia últimos 12 meses (%) B	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6	2,5
Prevalencia últimos 30 días (%) C	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0	1,5	1,5
De los que han consumido alguna vez, porcentaje que ha consumido en el último año (%) B/A	72	79	83	74	81	80	72	71	67	68
De los que han consumido alguna vez, porcentaje que ha consumido en el último mes (%) C/A	44	47	46	38	42	42	40	39	38	41
De los que han consumido en último año, porcentaje que ha consumido en último mes (%) C/B	61	59	56	52	52	53	56	56	58	60

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Éxtasis

El cuestionario de ESTUDES pregunta por los consumos de éxtasis, haciendo referencia al “cristal”, las “pastis” o “pirulitas” e incluye, genéricamente, diversas drogas sintéticas estimulantes que se derivan de la feniletilamina.

En 2012, el 3% de los estudiantes de 14 a 18 años consumió éxtasis alguna vez en la vida, lo que supone un incremento de 0,5 puntos porcentuales respecto a 2010, año en que se registró el valor mínimo de la serie histórica correspondiente a esta sustancia (Figura 1.2.20). Este aumento se produce, mayoritariamente, entre los hombres (Tabla 1.2.32), cuya prevalencia de consumo duplica a la que se registra entre las mujeres.

Figura 1.2.20.

Evolución de la prevalencia de éxtasis y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

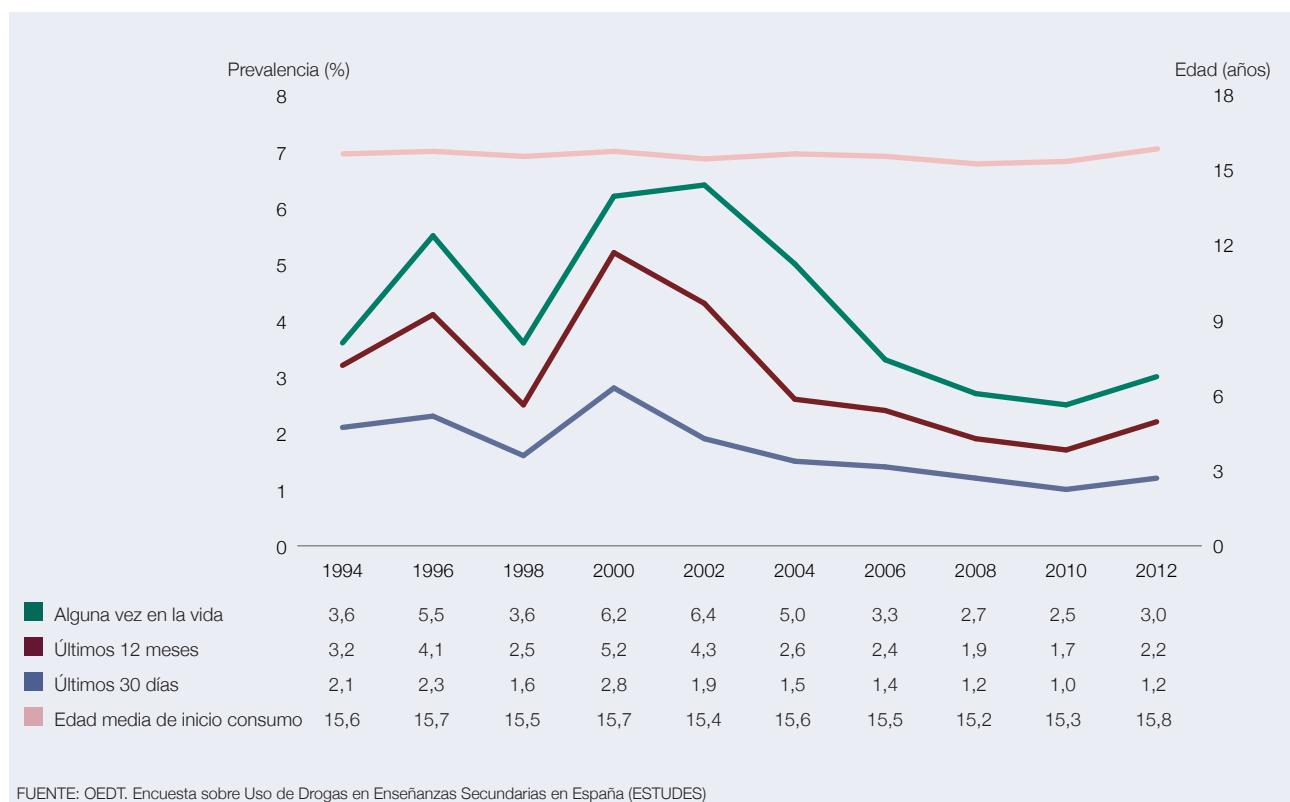
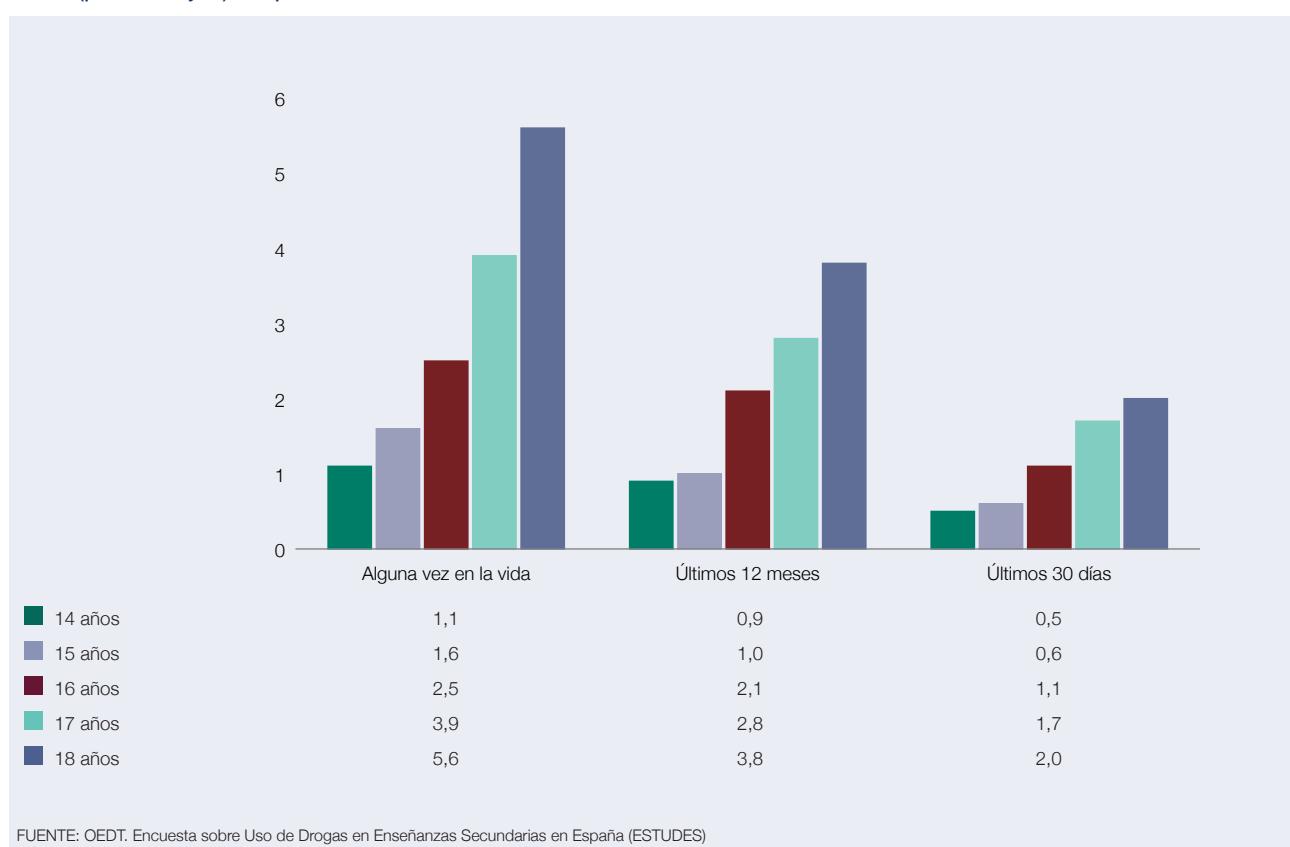


Figura 1.2.21.

Prevalencia de consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad (porcentajes). España, 2012.



Asimismo, el 2,2% de los encuestados consumió en el último año y el 1,2% en el último mes, lo que refleja, igualmente, un ligero ascenso de las prevalencias para estos indicadores temporales, con respecto a 2010 y que se produce también entre los hombres. En cualquier caso, el uso de esta sustancia muestra un patrón esporádico, como demuestra el hecho de que la mayor proporción de consumidores de los últimos 30 días concentra su consumo en 1 o 2 días en este periodo.

La edad media de inicio en el consumo de éxtasis es de 15,8 años (15,9 en hombres y 15,6 en mujeres), mostrando un retraso con respecto a ediciones anteriores. Sin embargo, la adhesión al consumo se produce, en mayor proporción, a edades más tardías (el 3,9% de los estudiantes de 17 años y el 5,6% de los de 18 años han consumido éxtasis alguna vez) (Figura 1.2.21).

Tabla 1.2.32.

Características del consumo de éxtasis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2012.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734
Prevalencia de consumo de éxtasis alguna vez en la vida	4,7	2,5	6,1	4,8	4,0	3,2	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9	4,2	2,5	3,5	2,0	3,2	1,9	3,9	2,0
Edad media de inicio del consumo de éxtasis (años)	15,7	15,5	15,6	15,7	15,5	15,5	15,9	15,4	15,4	15,3	15,7	15,4	15,4	15,5	15,2	15,2	15,2	15,4	15,9	15,6
Prevalencia de consumo de éxtasis en últimos 12 meses	4,2	2,2	4,8	3,5	2,9	2,1	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9	3,2	1,7	2,6	1,3	2,2	1,2	3,0	1,4
Prevalencia de consumo de éxtasis en últimos 30 días	2,9	1,4	2,8	1,9	1,9	1,3	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0	2,1	0,7	1,5	0,6	1,3	0,6	1,8	0,6
Frecuencia de consumo de éxtasis en los últimos 30 días																				
Nunca	97,1	98,6	97,2	98,1	98,1	98,7	96,2	98,3	97,9	98,4	98,1	99,0	97,8	99,3	98,4	99,4	98,6	99,4	98,2	99,4
1 a 2 días	1,6	1,0	1,3	1,2	1,0	0,6	2,2	1,3	1,6	1,1	1,0	0,7	1,4	0,4	0,8	0,4	0,8	0,3	1,1	0,3
3 a 5 días	0,6	0,2	0,7	0,4	0,3	0,3	1,1	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
6 a 9 días	0,4	0,1	0,5	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
10 a 19 días	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Anfetaminas

El cuestionario de ESTUDES pregunta por los consumos de “anfetaminas” o “speed”, haciendo también referencia a las “anfetas”, la “metanfetamina o el “ice”. No obstante, existen preguntas adicionales sobre la metanfetamina, de forma aislada, en la sección correspondiente a nuevas sustancias, cuyo análisis se incluye en otro apartado de este informe.

En 2012, el 2,4% de los estudiantes de 14 a 18 años afirmó haber consumido anfetaminas alguna vez en su vida, el 1,7% consumió este tipo de sustancias en el último año y el 1,0% lo hizo en el último mes (Figura 1.2.22). Las prevalencias son más elevadas conforme aumenta la edad y claramente mayores entre los hombres que entre las mujeres para todos los indicadores temporales (ratio hombre/mujer superior a 2) (Tabla 1.2.33).

Tal y como se muestra en la Figura 1.2.22, en 2002, se inició una tendencia descendente del consumo de anfetaminas, que alcanzó sus valores mínimos en 2010, y que apenas muestra cambios en 2012. En relación a la edad de inicio de consumo, se mantiene estable a lo largo de la serie histórica, situándose en 2012 en 15,5 años. Para todos los indicadores temporales el consumo aumenta con la edad (Figura 1.2.23).

Figura 1.2.22.

Evolución de la prevalencia de anfetaminas y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Figura 1.2.23.

Prevalencia de consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad (porcentajes). España, 2012.

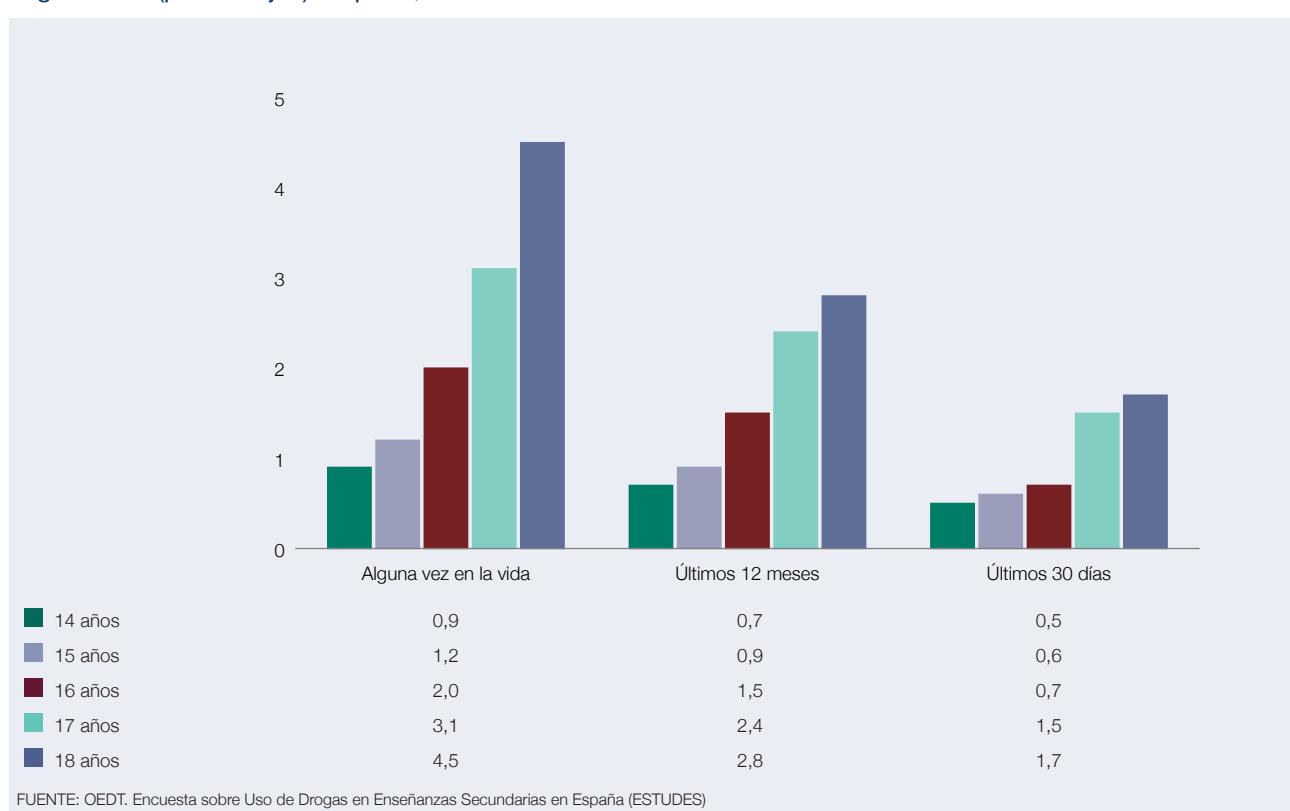


Tabla 1.2.33.

Características del consumo de anfetaminas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 1994-2012.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734
Prevalencia de consumo de anfetaminas alguna vez en la vida																				
	5,3	3,1	6,6	4,1	5,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6	4,2	2,7	4,6	2,8	3,4	1,8	3,2	1,5
Edad media de inicio en el consumo de anfetaminas (años)																				
	15,5	15,4	15,7	15,7	15,7	15,5	15,7	15,3	15,6	15,5	15,8	15,6	15,6	15,5	15,4	15,4	15,5	15,6	15,6	15,2
Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses																				
	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3	3,3	2,0	3,0	1,9	2,2	1,0	2,4	1,1
Prevalencia de consumo de anfetaminas en los últimos 30 días																				
	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,5	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0	2,0	1,0	1,7	0,7	1,3	0,5	1,4	0,6
Frecuencia de consumo de anfetaminas en los últimos 30 días																				
Nunca	44,8	49,8	51,8	52,0	51,1	53,1	55,1	59,1	57,9	66,8	97,3	99,0	98,0	99,0	97,4	99,2	98,6	99,5	98,6	99,4
1 a 2 días	32,7	33,6	31,5	29,0	29,5	29,9	31,6	27,4	30,1	23,6	1,3	0,6	1,0	0,6	0,8	0,4	0,6	0,3	0,7	0,4
3 a 5 días	10,6	8,9	8,8	12,5	8,4	8,9	7,0	9,7	5,9	6,1	0,6	0,2	0,4	0,2	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1
6 a 9 días	7,0	3,7	5,5	4,5	5,3	3,9	0,9	1,9	3,7	2,1	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
10 a 19 días	3,1	2,3	0,7	0,7	2,8	1,8	4,3	0,5	1,3	1,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
20 a 29 días	1,8	1,6	1,8	1,3	2,9	2,4	1,1	1,3	1,0	0,4	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Alucinógenos

El cuestionario de ESTUDES pregunta por los consumos de alucinógenos, haciendo también referencia a sustancias como “LSD”, “ácido”, “trípi”, “setas mágicas”, “mescalina”, “ketamina”, “special-k”, “ketolar” o “imalgene”. No obstante, existen preguntas adicionales sobre la “ketamina” y las “setas mágicas” de forma aislada, en la sección correspondiente a nuevas sustancias, cuyo análisis se incluye en otro apartado de este informe.

El 3,1% de los entrevistados manifiesta haber consumido alucinógenos alguna vez en su vida, el 2% lo hizo en los últimos 12 meses y el 1% en los últimos 30 días. Las cifras registradas en 2012, para esta variable, constituyen las prevalencias más bajas de toda la serie histórica (Figura 1.2.24).

No obstante, conviene aclarar que la introducción de preguntas adicionales en el cuestionario sobre ciertas sustancias, consideradas nuevas sustancias, como es el caso de la ketamina y las setas mágicas, han hecho posible detectar que una parte de los encuestados tiene dificultades para identificar algunas de las sustancias que consumen cuando se les pregunta por el grupo genérico al que éstas corresponden, incluso si las sustancias concretas se especifican entre paréntesis. Esto hace que, en 2012, se hayan obtenido prevalencias más elevadas para los consumos de setas mágicas o de ketamina, de forma aislada, que para el grupo de alucinógenos en general.

Figura 1.2.24.

Evolución de la prevalencia de alucinógenos y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

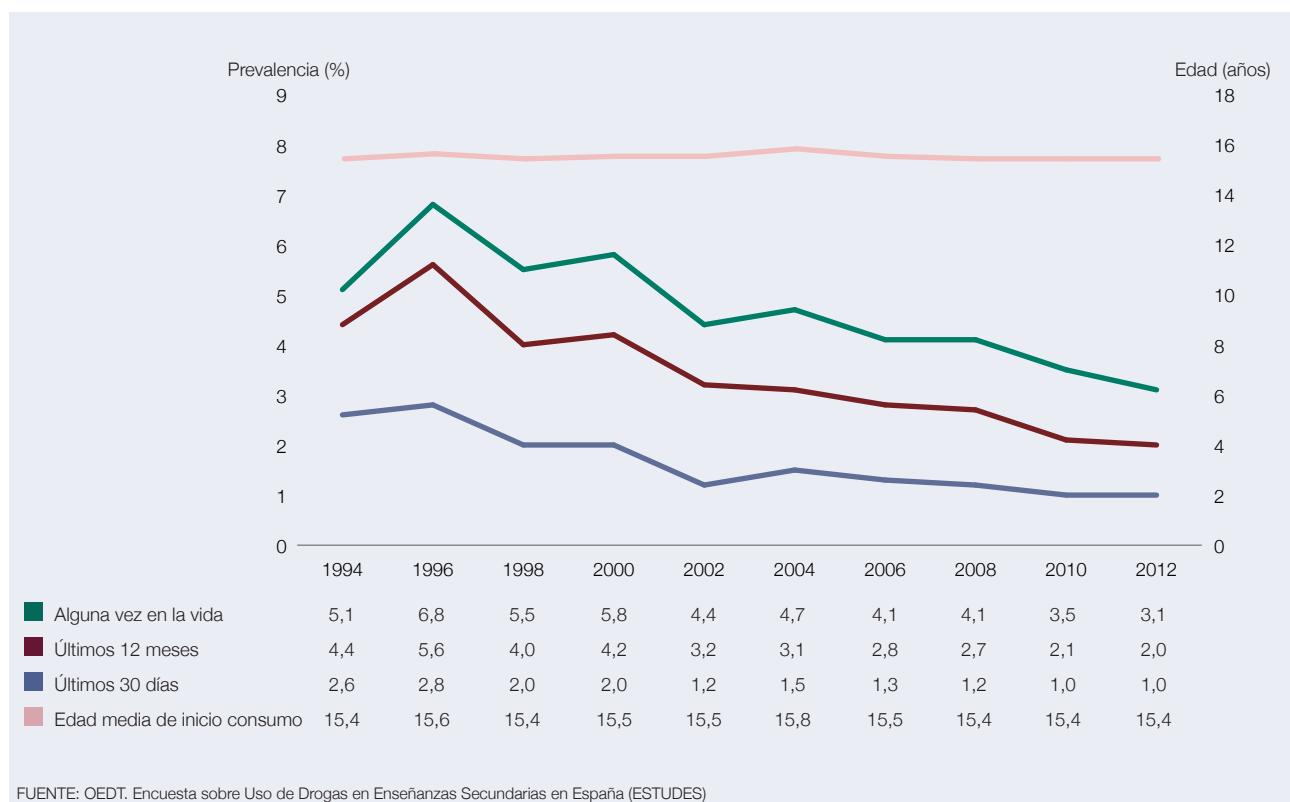
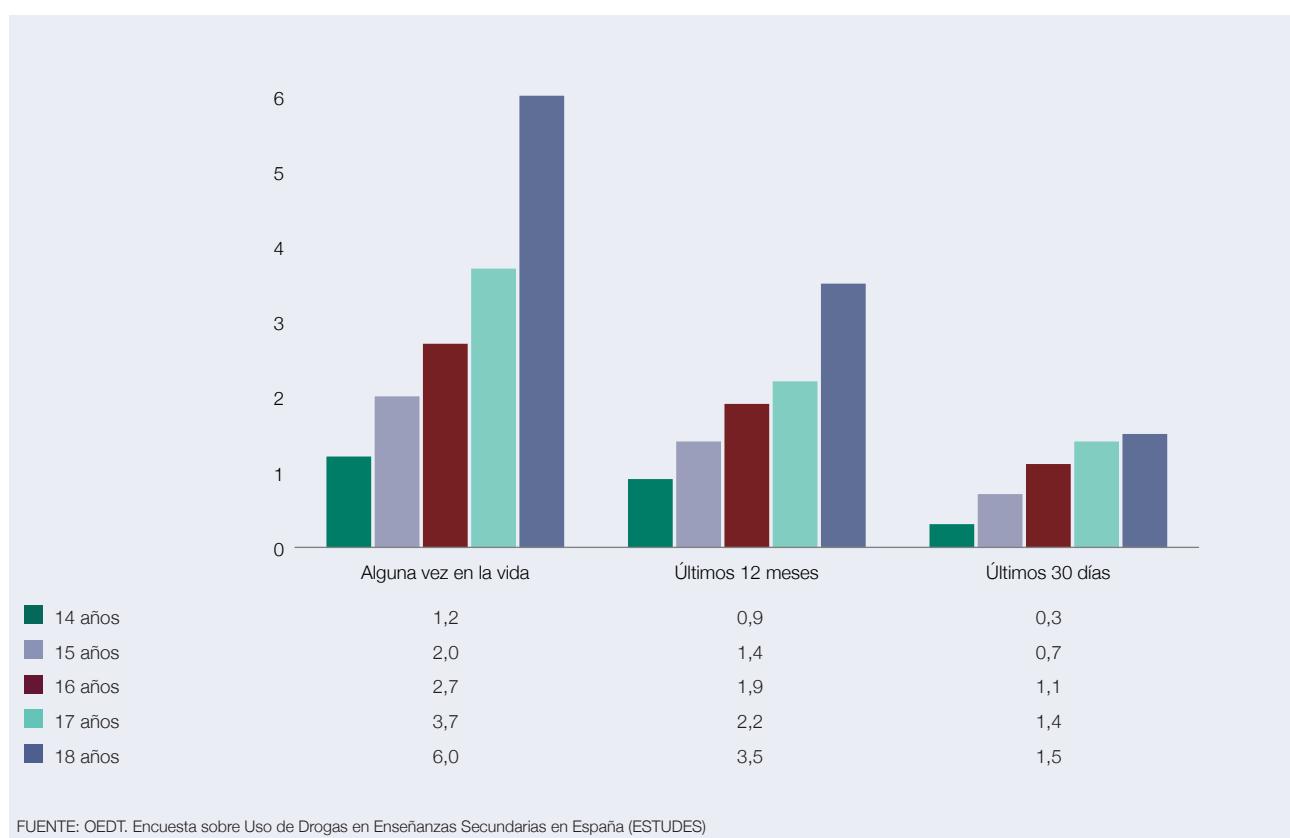


Figura 1.2.25.

Prevalencia de consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad (porcentajes). España, 2012.



El consumo de alucinógenos es notablemente más popular entre los hombres. El mayor incremento de las prevalencias se produce entre los 17 y los 18 años (pasando del 3,7% a los 17 años al 6% a los 18 años, para los consumos experimentales) (Figura 1.2.24 y Figura 1.2.25). La edad de comienzo en el consumo se mantiene estable con respecto a ediciones anteriores (15,4 años).

Tabla 1.2.34.

Características del consumo de alucinógenos entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2012.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734
Prevalencia de consumo de alucinógenos alguna vez en la vida	6,7	3,6	8,0	5,6	6,1	5,0	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3	5,7	2,7	5,6	2,6	4,6	2,4	4,1	2,1
Edad media de inicio del consumo de alucinógenos (años)	15,4	15,4	15,6	15,6	15,5	15,4	15,6	15,3	15,6	15,4	15,8	15,7	15,5	15,5	15,4	15,2	15,3	15,4	15,5	15,2
Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8	4,1	1,6	3,9	1,7	3,0	1,3	2,9	1,1
Prevalencia de consumo de alucinógenos en los últimos 30 días	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7	1,7	0,7	1,5	0,6	1,6	0,4
Frecuencia de consumo de alucinógenos en los últimos 30 días																				
Nunca	96,4	98,3	96,2	98,1	97,4	98,5	97,4	98,7	98,2	99,3	97,7	99,3	97,9	99,2	97,4	98,9	98,5	99,4	98,4	99,6
1 a 2 días	2,4	1,2	2,3	1,4	1,7	1,1	1,7	1,1	1,3	0,6	1,5	0,5	1,2	0,5	1,0	0,4	0,8	0,4	0,9	0,2
3 a 5 días	0,7	0,3	0,9	0,2	0,5	0,2	0,6	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,0	0,3	0,1
6 a 9 días	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0
10 a 19 días	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Heroína

En comparación con el resto de drogas, la heroína (también denominada en el cuestionario “caballo” o “jaco”) es, a excepción de las consideradas “nuevas sustancias”, la que presenta un consumo menos extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. No obstante, debe tenerse en cuenta la dificultad que entraña la detección de consumos de sustancias como la heroína en encuestas con muestra de base poblacional.

En 2012, el 1% de los estudiantes de 14 a 18 años consumió heroína al menos una vez en su vida, el 0,7% lo hizo en los últimos 12 meses y el 0,6% en los últimos 30 días. Estas cifras, al igual que la edad media de inicio registrada en esta edición (14,4 años) confirman la ausencia de cambios respecto a los resultados obtenidos en ESTUDES 2010 (Figura 1.2.26).

Las prevalencias de consumo son superiores entre los chicos (Figura 1.2.26): el 0,5% de las chicas ha consumido alguna vez en su vida frente al 1,4% de los chicos (Tabla 1.2.35).

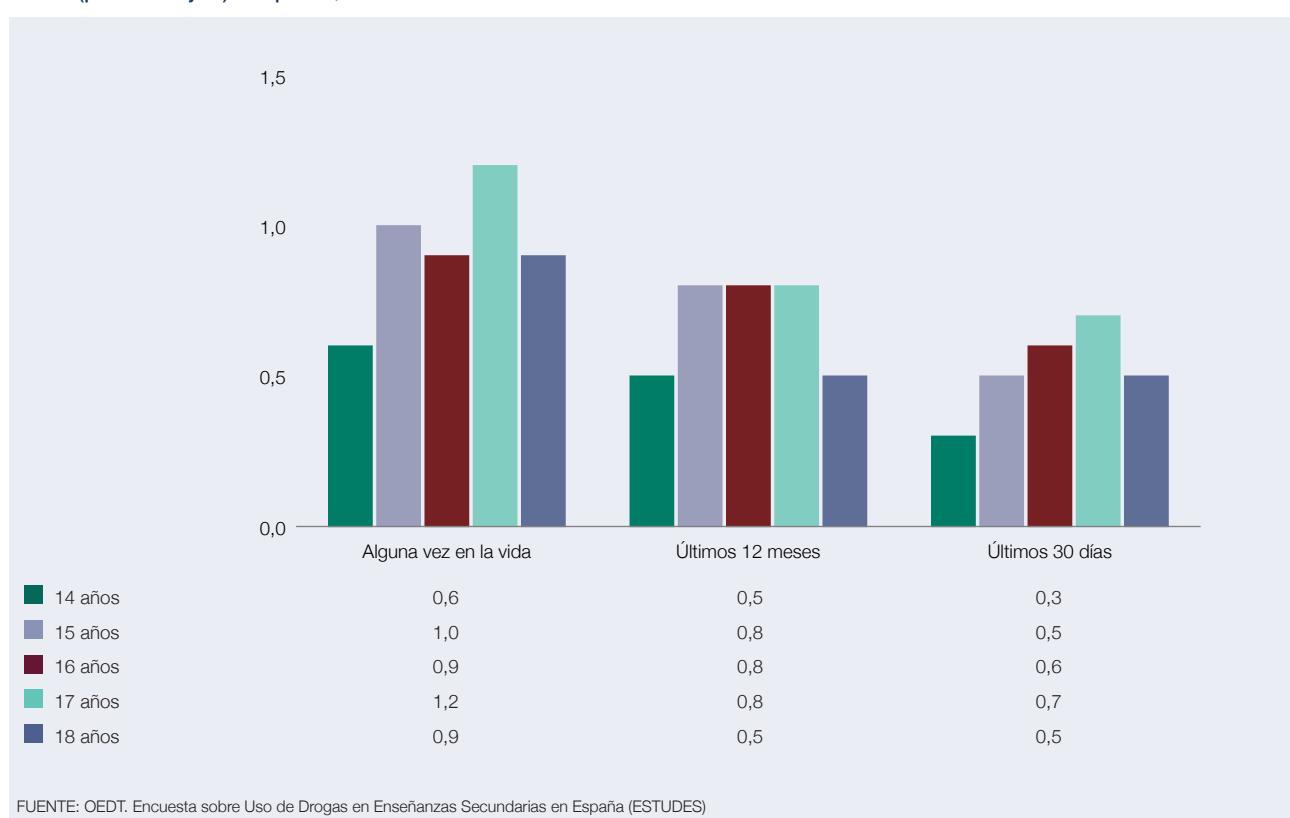
Figura 1.2.26.

Evolución del consumo de heroína y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Figura 1.2.27.

Prevalencia de consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad (porcentajes). España, 2012.



Tomando como referencia el consumo experimental (alguna vez en la vida), el mayor incremento en la extensión del consumo aparece de los 14 a los 15 años y, a diferencia de lo registrado para otras sustancias, las prevalencias no aumentan proporcionalmente con la edad del encuestado (Figura 1.2.27). Es necesario tomar estos datos con cautela, por el escaso número de jóvenes que indican consumo de esta sustancia.

Tabla 1.2.35.

Características del consumo de heroína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según sexo (porcentajes). España, 1994-2012.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734
Prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida	0,7	0,3	0,8	0,3	1,2	0,7	0,8	0,3	0,6	0,5	1,1	0,3	1,5	0,5	1,4	0,4	1,5	0,6	1,4	0,5
Edad media del consumo de heroína (años)	14,4	14,1	14,6	15,1	14,0	15,1	15,5	15,1	14,9	14,8	14,2	15,0	14,5	14,7	14,3	14,2	14,2	14,7	14,7	13,8
Prevalencia de consumo de heroína en últimos 12 meses	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,5	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1	1,2	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3	1,1	0,4
Prevalencia de consumo de heroína en últimos 30 días	0,4	0,1	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1	0,9	0,2	0,9	0,3	0,7	0,3	0,8	0,3
Frecuencia de consumo de heroína en los últimos 30 días																				
Nunca	99,6	99,9	99,6	99,9	99,4	99,8	99,5	99,9	99,7	99,8	99,3	99,9	99,0	99,8	98,4	99,5	99,3	99,7	99,2	99,7
1 a 2 días	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,5	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1
3 a 5 días	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
6 a 9 días	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	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
10 a 19 días	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
20 a 29 días	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Inhalables volátiles

El cuestionario de ESTUDES pregunta por los consumos de inhalables volátiles, haciendo también referencia a “colas”, “pegamentos”, “disolventes”, “poppers”, “nitritos” o “gasolina”.

En 2012, el 1,9% de los estudiantes de Secundaria había consumido inhalables volátiles alguna vez en su vida, el 1,2% lo hizo en los últimos 12 meses y el 0,8% en los 30 días previos a ser encuestado.

El consumo experimental (alguna vez en la vida) continúa la tendencia decreciente iniciada en 2006, mostrando un descenso de casi medio punto porcentual, registrándose descenso tanto entre las mujeres como entre los hombres, que partían de prevalencias superiores. Los consumos en el último año y el último mes se mantienen estables y se constituyen como las cifras de prevalencia más bajas de toda la serie histórica correspondiente a esta sustancia (Figura 1.2.28).

La edad de inicio en el consumo de inhalables volátiles es la más baja de entre todas las sustancias estudiadas (13,4 años), siendo notablemente inferior en el caso de las chicas (12,6 años) que en el de los chicos (13,8 años) (Tabla 1.2.36).

Al igual que en el caso de la heroína, las prevalencias de consumo de inhalables volátiles no aumentan proporcionalmente con la edad del encuestado como ocurre para otras sustancias. Tomando como referencia el consumo en el último año, las cifras más elevadas se registran a los 16 (1,4%) y 17 años (1,3%) y no a los 18 años (1,1%) (Figura 1.2.29), seguramente debido a que son sustancias de acceso legal y por tanto más fáciles de conseguir para los más jóvenes.

Figura 1.2.28.

Prevalencia de consumo y edad media de inicio en el consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Figura 1.2.29.

Prevalencia de consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años según edad (porcentajes). España, 2012.

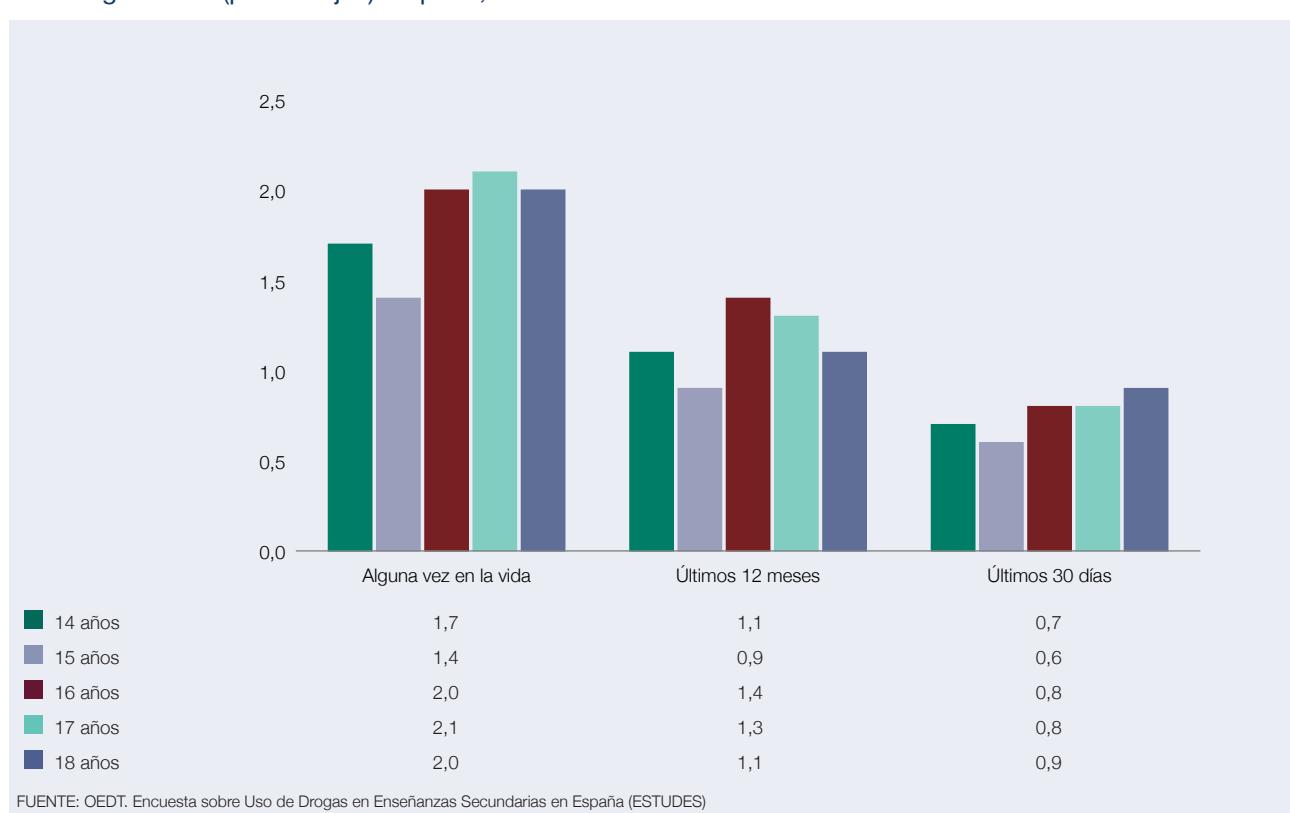


Tabla 1.2.36.

Características del consumo de inhalables volátiles entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo. España, 1994-2012.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008		2010		2012	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856	14.951	15.232	15.595	16.372	13.769	13.734
Prevalencia de consumo de inhalables volátiles alguna vez en la vida	4,1	2,1	4,2	2,5	5,1	3,4	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9	4,2	2,0	3,6	1,8	3,0	1,7	2,4	1,3
Edad media de inicio en el consumo de inhalables volátiles (años)	13,8	12,4	13,9	13,3	13,7	13,0	14,0	13,7	14,3	14,2	13,9	14,1	13,8	13,4	13,6	14,2	13,1	13,2	13,8	12,6
Prevalencia de consumo de inhalables volátiles en los últimos 12 meses	2,5	1,3	2,4	1,7	3,3	2,0	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4	2,7	1,1	2,3	1,0	1,7	0,8	1,6	0,8
Prevalencia de consumo de inhalables volátiles en los últimos 30 días	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6	1,4	0,5	1,2	0,5	1,0	0,6
Frecuencia de consumo de inhalables volátiles en los últimos 30 días																				
Nunca	98,5	99,2	98,5	99	97,8	98,5	98,2	98,9	98,5	99,2	98,4	99,3	98,2	99,4	97,7	99,1	98,8	99,5	99,0	99,4
1 a 2 días	0,8	0,5	0,9	0,8	1,1	1,0	1,3	0,7	1,0	0,5	0,8	0,4	0,8	0,3	0,8	0,3	0,6	0,2	0,4	0,4
3 a 5 días	0,2	0,1	0,3	0,1	0,5	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1
6 a 9 días	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
10 a 19 días	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20 a 29 días	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Patrones de consumo de drogas

Policonsumo

Así se denomina al consumo combinado de diversas drogas (legales o ilegales) a lo largo de un mismo periodo de tiempo. El policonsumo, que fundamentalmente se produce en momentos de ocio, incrementa los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas ya que potencia los efectos de unas sobre los de las otras, refuerza la adicción, interfiere en el diagnóstico y dificulta el tratamiento, ensombreciendo el pronóstico.

Según los datos de ESTUDES 2012, en el último año, el 16,8% de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias no ha consumido ninguna sustancia, el 38,9% consume una única sustancia y el 44,3% dos o más (Tabla 1.2.37).

Al utilizar como referencia el último mes, se observa que el 23,8% no consume sustancias psicoactivas, el 41,8% consume una única sustancia y el 34,4% dos o más sustancias. Por todo ello, se puede afirmar que el policonsumo es un patrón de consumo frecuente entre los estudiantes.

Tabla 1.2.37.

Prevalencia de consumo de ninguna, una sola o más sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2012.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ninguna sustancia	13,9	16,8	23,8
Una sola sustancia	32,6	38,9	41,8
Dos sustancias	20,4	20,1	19,8
Tres sustancias	21,3	17,5	11,6
Cuatro sustancias	7,4	3,9	1,6
Cinco o más sustancias	4,3	2,8	1,4

* Drogas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes con/sin receta, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles y GHB).

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Policonsumo: según edad y sexo

Respecto a la edad se observa una relación directa entre ambos factores, es decir, el policonsumo aumenta con la edad, mostrando las prevalencias más elevadas a los 18 años (Tabla 1.2.38).

Para todas las edades (14 a 18 años), el número de consumidores (en el último año) de una sustancia es superior al número de no consumidores, incluso entre los de 14 años de edad. Concretamente, a los 14 años, tres de cada diez estudiantes de Enseñanzas Secundarias no consume ninguna sustancia psicoactiva, a los 15 años, se reduce la proporción a dos de cada diez estudiantes, a los 16 y 17 años es uno de cada diez estudiantes quien no consume ninguna sustancia psicoactiva (14,5% y 10,0%, respectivamente), mientras que a los 18 años, sólo el 7,1% de los estudiantes declara no consumir ninguna sustancia psicoactiva.

Para el grupo de 18 años, los policonsumidores de tres o más sustancias representan el porcentaje más elevado de entre todas las opciones, siendo 5 veces mayor que el porcentaje de no consumidores. Asimismo, se observa que la proporción de no consumidores va reduciéndose con la edad hasta representar a los 18 años la quinta parte que a los 14.

Tabla 1.2.38.

Distribución del número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* consumidas en el último año entre los consumidores en función de la edad (porcentajes). España, 2012.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Ninguna sustancia	35,4	23,2	14,5	10,0	7,1
Una sola sustancia	39,3	41,9	41,2	38,1	32,4
Dos sustancias	14,4	17,2	20,6	21,8	25,6
Tres sustancias	8,6	13,4	17,1	21,9	23,9
Cuatro sustancias	1,4	2,7	4,0	4,7	6,0
Cinco o más sustancias	1,0	1,7	2,5	3,5	4,9

* Drogas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes con/sin receta, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles y GHB).

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Si nos centramos en el policonsumo según el sexo, se observa que para el conjunto de drogas legales e ilegales, en los tres indicadores temporales, las chicas alcanzan mayores prevalencias de consumo para las opciones de policonsumo de dos, tres y cuatro sustancias en tanto que, entre los chicos, se encuentran más extendidas las opciones de no consumo, consumo de una sustancia y de cinco o más (Tabla 1.2.39).

Tabla 1.2.39.

Prevalencia de consumo de ninguna, una sola o más sustancias psicoactivas (legales e ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según sexo (porcentajes). España, 2012.

	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	H	M	H	M	H	M
Ningún consumo	15,0	12,8	17,9	15,7	25,1	22,4
Una sustancia	33,9	31,3	39,8	38,0	41,7	41,9
Dos sustancias	18,3	22,5	17,6	22,8	17,1	22,5
Tres sustancias	20,5	22,1	17,3	17,7	12,4	10,8
Cuatro sustancias	6,8	8,1	3,6	4,1	1,7	1,6
Cinco sustancias o más	3,0	2,0	2,1	1,0	1,0	0,4

* Drogas legales e ilegales (alcohol, tabaco, hipnosedantes con/sin receta, cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles y GHB).

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Si este análisis se realiza de manera independiente para drogas legales e ilegales, los resultados difieren sustancialmente; los chicos muestran las cifras más altas para cualquiera de las opciones de policonsumo de drogas ilegales (excepto para ninguna), debido a que, las chicas alcanzan las mayores prevalencias de consumo de drogas legales (alcohol, tabaco e hipnosedantes). El 76,5% de las chicas no ha consumido ninguna droga ilegal en el último año frente al 70,0% de los chicos que no lo han hecho.

Policonsumo: según se trate de sustancias legales o ilegales

El consumo de sustancias psicoactivas ilegales según la EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction) alude a las siguientes drogas: cannabis, cocaína (polvo y base), heroína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y GHB. En adelante, cuando se haga referencia a “drogas ilegales” se estará haciendo alusión a estas sustancias.

Analizando los resultados teniendo en cuenta esta consideración, se observa que el 13,9% de los estudiantes no ha consumido droga alguna, el 52,3% del total de entrevistados ha consumido únicamente drogas legales en su vida (alcohol, tabaco, hipnosedantes o inhalables volátiles) y que el 33,8% ha consumido alguna droga ilegal (el 27,9% ha consumido un tipo de sustancia ilegal mientras que el 5,9% ha consumido dos o más) (Tabla 1.2.40).

Si únicamente consideramos a los estudiantes que han declarado algún tipo de consumo de drogas y excluimos a aquellos que nunca han consumido, se obtiene que el 60,7% ha consumido únicamente drogas legales, mientras que el 39,3% ha consumido algún tipo de sustancia ilegal.

Tabla 1.2.40.

Prevalencia de consumo de ninguna, una sola o más sustancias psicoactivas (ilegales)* entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2012.

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Ninguna sustancia	13,9	16,8	23,8
Una sola sustancia	27,9	22,7	14,2
Dos sustancias	2,5	1,6	0,8
Tres sustancias	1,1	0,8	0,4
Cuatro sustancias	0,8	0,5	0,2
Cinco o más sustancias	1,5	1,1	0,7

* Drogas ilegales: cannabis, cocaína polvo, cocaína base, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína y GHB.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Policonsumo y alcohol

El alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor presencia en el policonsumo, tanto si se considera en relación con el número de sustancias consumidas (consume alcohol el 98,6% de los que consumen dos sustancias en el último año, el 99,7% de los que consumen tres y el 99,9% de los que consumen cuatro, durante el mismo periodo) como si se analiza en qué proporción “acompaña” los consumos del resto de sustancias psicoactivas (Tabla.1.2.41).

Tabla 1.2.41.

Proporción de consumidores de otras drogas en el último año, que han consumido alcohol en el mismo periodo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2012.

	%
Cánnabis	98,8
Cocaína (polvo y base)	97,1
Anfetaminas	98,0
Alucinógenos	97,9
Éxtasis	97,8
Heroína	96,3

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Se observa, así, que, más del 95% de los consumidores de las diferentes sustancias consideradas consumieron también alcohol durante el mismo periodo (el 98,2% de los fumadores de tabaco, el 98,8% de los consumidores de cannabis, el 97,1% de los de cocaína y el 96,3% de los que consumieron heroína).

Por otra parte, entre los consumidores de alcohol, la proporción de consumidores de drogas ilegales es mayor que entre los que no consumen alcohol. El 22% de los que bebieron alcohol en el último mes consumieron alguna sustancia ilegal en el mismo periodo (frente al 2% de los que no bebieron alcohol).

Además, esta asociación entre alcohol y policonsumo se establece de forma particular a partir de patrones de consumo de alcohol de alto riesgo: *binge drinking* (cinco o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión, entendiendo por “ocasión” el tomar las bebidas seguidas o en un intervalo aproximado de dos horas) e intoxicaciones etílicas.

El 31,6% de los estudiantes que han hecho *binge drinking* en el último mes ha consumido, al menos, una droga ilegal en este tiempo (frente al 9% de aquellos que han bebido alcohol en los últimos 30 días pero no han hecho *binge drinking*). La Tabla 1.2.42 muestra las diferencias de prevalencias de consumo de drogas ilegales en función de si los estudiantes hicieron *binge drinking* o no.

Tabla 1.2.42.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según hayan hecho *binge drinking** o no en el mismo periodo (porcentajes). España, 2012.

	Ha hecho binge drinking en los últimos 30 días	No ha hecho binge drinking en los últimos 30 días
Consumo de CÁNNABIS en los últimos 30 días	31,2	5,5
Consumo de COCAÍNA EN POLVO Y/O BASE en los últimos 30 días	3,1	0,3
Consumo de ÉXTASIS en los últimos 30 días	2,5	0,2
Consumo de ANFETAMINAS O SPEED en los últimos 30 días	2,0	0,2
Consumo de ALUCINÓGENOS en los últimos 30 días	2,1	0,2
Consumo de HEROÍNA en los últimos 30 días	1,1	0,1
Consumo de INHALABLES VOLÁTILES en los últimos 30 días	1,4	0,3
Consumo de GHB en los últimos 30 días	1,4	0,1

* Beber 5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de 2 horas.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por otra parte, entre el 80% y 90% de los estudiantes que han consumido alguna droga ilegal en el mes previo a la realización de la encuesta, reconocen haber hecho *binge drinking* en el mismo periodo.

En cuanto a las intoxicaciones etílicas, el 37,7% de los estudiantes que se han emborrachado en el último mes ha consumido, al menos, una droga ilegal (frente al 10,9% de aquellos que han bebido alcohol en este periodo, pero no se han emborrachado). La Tabla 1.2.43 muestra las diferencias de prevalencias de consumo de drogas ilegales en función de si los estudiantes se emborrachan o no.

Tabla 1.2.43.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según se hayan emborrachado o no en el mismo periodo (porcentajes). España, 2012.

	Se han emborrachado en los últimos 30 días	No se han emborrachado en los últimos 30 días
Consumo de CÁNNABIS en los últimos 30 días	37,0	6,7
Consumo de COCAÍNA EN POLVO Y/O BASE en los últimos 30 días	3,8	0,3
Consumo de ÉXTASIS en los últimos 30 días	3,1	0,3
Consumo de ANFETAMINAS O SPEED en los últimos 30 días	2,6	0,2
Consumo de ALUCINÓGENOS en los últimos 30 días	2,7	0,3
Consumo de HEROÍNA en los últimos 30 días	1,3	0,1
Consumo de INHALABLES VOLÁTILES en los últimos 30 días	1,6	0,4
Consumo de GHB en los últimos 30 días	1,8	0,1

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Por otra parte, el 69,9% de los estudiantes que han consumido alguna droga ilegal en el mes previo a la realización de la encuesta y han consumido alcohol en ese mismo periodo, reconocen haberse emborrachado en el mismo periodo.

Alcohol y cannabis

Entendemos por consumo conjunto de alcohol y cannabis cuando se ingiere alcohol y se consume cannabis sin que transcurran más de dos horas entre el consumo de una y otra sustancia (Tabla 1.2.44).

En 2012, el 19,6% de los estudiantes preguntados admitió haber consumido estas dos sustancias conjuntamente en el último año, prevalencia inferior a las apuntadas en 2008 y 2010 (24,9% y 22,9% respectivamente).

Se trata de un consumo más habitual entre los chicos (22,7% vs 16,5% anotado por las chicas) y conforme el estudiante es mayor, de forma que la proporción que arrojan los entrevistados de 18 años se establece en el 29,7%.

Tabla 1.2.44.

Prevalencia de consumo conjunto* de alcohol y cannabis en los últimos 12 meses según sexo y edad (porcentajes). España, 2012.

	2008	2010	2012
Total	24,9	22,9	19,6
Sexo			
Hombres	28,0	24,8	22,7
Mujeres	21,8	21,0	16,5
Edad			
14 años	11,4	9,1	6,8
15 años	21,0	17,3	12,9
16 años	27,3	26,2	19,6
17 años	33,2	33,4	25,8
18 años	38,1	35,9	29,7

* Consumo de alcohol y cannabis sin que hayan pasado más de 2 horas entre el consumo de una y otra.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Alcohol y cocaína

Centrando el análisis en el consumo de alcohol y cocaína sin que hayan pasado más de dos horas entre el consumo de una y otra sustancia, el 1,6% de los estudiantes encuestados reconoce que ha realizado este tipo de policonsumo en los últimos 12 meses. Se debe señalar que se trata de, aproximadamente, la mitad de la prevalencia registrada en 2010 y que se observa un descenso de 2,5 puntos porcentuales con respecto a las cifras de 2008 (Tabla 1.2.45).

La proporción de chicos estudiantes que realiza este tipo de policonsumo (2,2%) duplica la que se observa entre las chicas (1%) y alcanza la cifra más elevada en el grupo de los que ya han cumplido 18 años (3,5%).

Tabla 1.2.45.

Prevalencia de consumo conjunto* de alcohol y cocaína en los últimos 12 meses según sexo y edad (porcentajes). España, 2012.

	2008	2010	2012
Total	4,1	3	1,6
Sexo			
Hombres	5,1	3,7	2,2
Mujeres	3,1	2,3	1,0
Edad			
14 años	2,6	1,8	0,5
15 años	3,4	2,0	0,8
16 años	4,0	2,7	1,4
17 años	4,9	4,4	1,9
18 años	8,1	6,1	3,5

* Consumo de alcohol y cocaína sin que hayan pasado más de 2 horas entre el consumo de una y otra.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabaco y cannabis

Aunque el cuestionario de la encuesta ESTUDES no incluye preguntas sobre el consumo conjunto de tabaco y cannabis, el análisis de los datos muestra que el 20,9% del total de entrevistados ha consumido tanto tabaco como cannabis al menos alguna vez en el último año.

Entre aquellos que han fumado tabaco en el último año, el 60,1% ha consumido cannabis también durante el mismo periodo. Inversamente, el 79,4% de los que han consumido cannabis en el último año también ha fumado tabaco.

El 42,5% de los estudiantes que han consumido cannabis en el último mes ha fumado tabaco diariamente en este tiempo y, entre los que fuman tabaco a diario, se observa que el 56,4% ha consumido cannabis.

El 70,7% de los jóvenes que han consumido cannabis en los últimos 30 días y fumaban a diario, consumía cannabis a diario.

Frecuencia de salidas nocturnas y horario de regreso a casa

El consumo de drogas entre los adolescentes se produce principalmente en situaciones de ocio. Por ello, es importante analizar los hábitos de salidas nocturnas y el horario de vuelta al hogar en esas salidas. En la encuesta ESTUDES se pregunta por la frecuencia de las salidas nocturnas en los últimos 12 meses y la hora de llegada a casa la última vez que se salió por la noche por diversión.

Frecuencia de salidas nocturnas

Prácticamente la mitad de los estudiantes (47,3%) salieron de noche a divertirse al menos una vez por semana en el último año, siendo el hábito más frecuente salir entre 1 y 3 noches al mes (29,7%).

Como cabría esperar, la frecuencia de salidas nocturnas se intensifica conforme aumenta la edad del entrevistado (Tabla 1.2.46) y aproximadamente uno de cada cuatro consultados de 18 años sale dos noches cada semana. Por sexo, se obtiene que el 50,8% de los hombres ha salido como mínimo una vez por semana en los últimos 12 meses, frente al 43,8% de las mujeres.

Tabla 1.2.46.

Frecuencia de salidas nocturnas (en los últimos 12 meses) en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según sexo y edad. (porcentajes). España, 2012.

	Total	Sexo			Edad			
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Nunca	7,5	7,3	7,7	16,1	11,3	6,5	3,9	3,0
Menos de una noche al mes	15,5	14,2	16,9	21,6	19,3	15,4	12,6	10,6
De 1 a 3 noches al mes	29,7	27,8	31,7	25,2	27,6	30,7	32,4	30,2
1 noche a la semana	18,5	18,9	18,0	15,4	16,4	19,4	20,0	19,6
2 noches a la semana	20,6	22,5	18,6	15,4	17,6	19,7	22,7	26,4
3-4 noches a la semana	4,9	5,5	4,4	4,0	4,5	5,1	5,0	6,1
Más de 4 noches a la semana	3,3	3,8	2,8	2,3	3,4	3,2	3,3	4,1

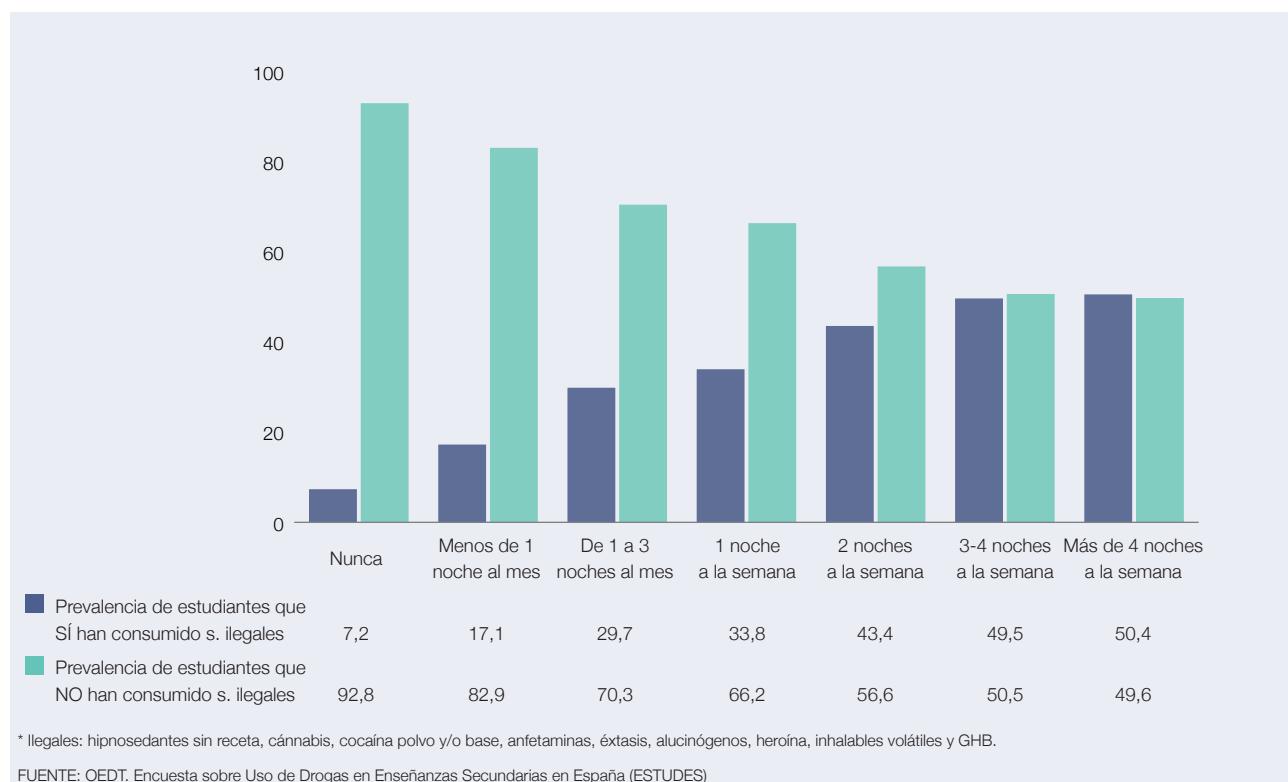
FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

La prevalencia de consumo de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína o GHB según la definición de la EMCDDA) en el último año, aumenta a medida que lo hace la frecuencia de las salidas, de forma que han consumido sustancias ilegales el 30,5% de los estudiantes que salen una noche a la semana, el 39,3% de los que salen dos noches por semana y el 45,9% de los que salen 3-4 noches por semana.

Si consideramos como drogas ilegales los hipnosedantes sin receta, cannabis, cocaína polvo y/o base, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles y GHB obtenemos la misma conclusión (Figura 1.2.30), con prevalencias superiores entre los estudiantes que salen de noche con mayor frecuencia.

Figura 1.2.30.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales* en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según frecuencia de salidas nocturnas (porcentajes). España, 2012.



El estudio de las drogas analizadas individualmente (Tabla 1.2.47) confirma esta relación entre número de salidas semanales y consumo de sustancias:

- Alcohol: al tratarse de una sustancia ampliamente generalizada, las diferencias entre las prevalencias según la frecuencia de las salidas nocturnas son muy discretas. La principal diferencia se produce entre los que no salen nunca y los que salen menos de una vez al mes, pero a partir de esta frecuencia el consumo de alcohol está generalizado. Es remarcable que el 66,7% de los jóvenes que no salen nunca por la noche, no han consumido alcohol en el último año.
- Tabaco: es una de las sustancias más prevalentes entre los jóvenes. Entre aquellos que no salen por la noche, la prevalencia es del 8,1% y, a medida que aumenta la frecuencia de las salidas, aumenta la prevalencia de consumo de tabaco, alcanzando el 58% entre los que salen más de 4 noches a la semana.
- Cáñabis: entre los que no salen ninguna noche, la prevalencia de consumo es inferior al 5% y, a medida que aumenta la frecuencia de las salidas, aumentan las prevalencias de consumo, alcanzando el 46,3% entre los que salen más de 4 noches a la semana.
- Cocaína: el inicio en el consumo está fundamentalmente asociado a situaciones de ocio, reuniones con amigos y salidas nocturnas. Este hecho se confirma con los datos que muestran que el 13,9% de los que salen más de cuatro noches a la semana han consumido cocaína en el último año, frente al 0,5% de los que no salen por la noche.

Tabla 1.2.47.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, en los últimos 12 meses, en estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años según frecuencia de salidas nocturnas (porcentajes). España, 2012.

	Alcohol	Tabaco	Cáñabis	Cocaína
Nunca	33,3	8,1	4,7	0,5
Menos de una noche al mes	70,8	20,9	12,7	0,7
De 1 a 3 noches al mes	88,2	35,0	25,6	1,4
1 noche a la semana	88,8	39,3	29,8	2,5
2 noches a la semana	92,1	47,1	38,8	4,0
3-4 noches a la semana	93,7	56,1	45,1	4,8
Más de 4 noches a la semana	93,6	58,0	46,3	13,9

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

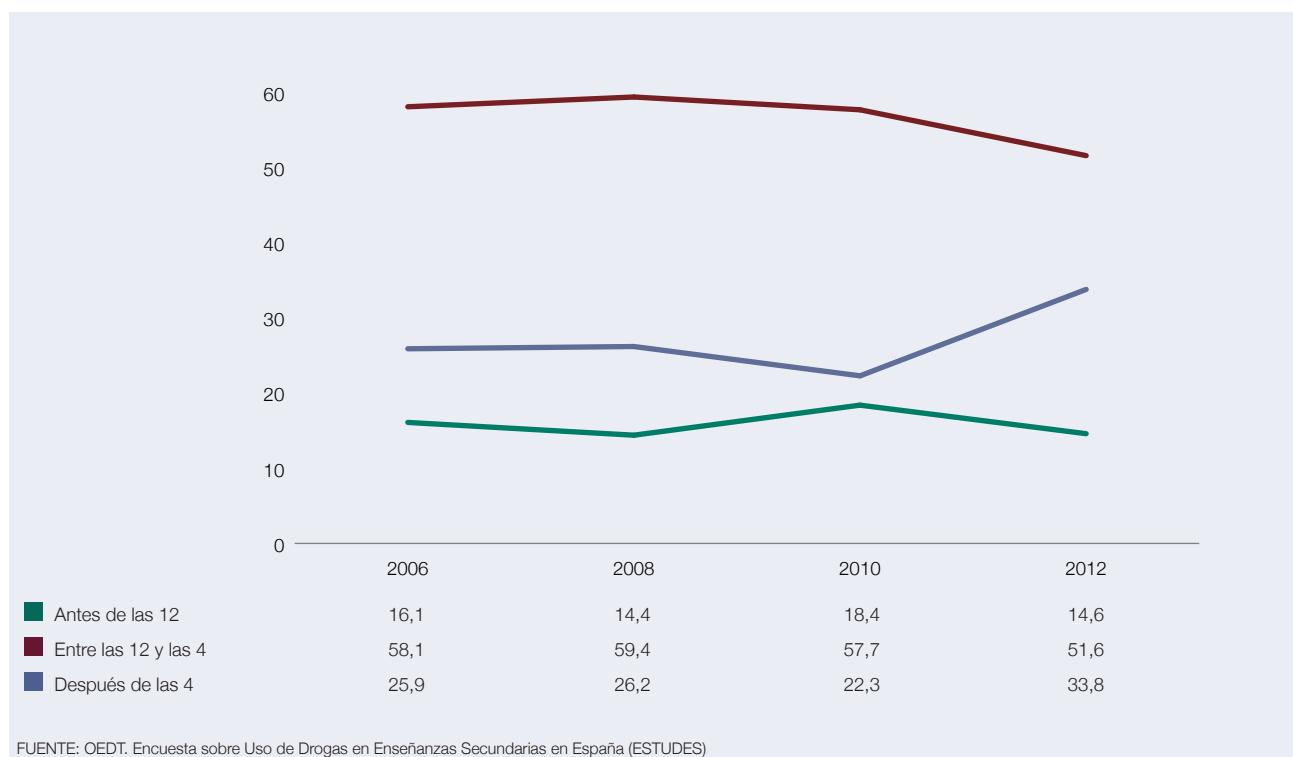
Horario de regreso a casa

Además de la frecuencia de las salidas nocturnas, otro factor que se ha valorado como de riesgo para el consumo de sustancias en población general y específicamente entre los más jóvenes, es la hora de regreso a casa. En primer lugar, porque el hecho de salir puede facilitar el entorno para el consumo de determinadas sustancias y, en segundo lugar, porque el objetivo del consumo de determinadas sustancias es el de resistir largas jornadas de ocio o experimentar sensaciones adicionales cuando se dejan de notar los efectos de otras drogas o aparecen efectos depresores (como en el caso del alcohol).

En 2012, el 92,4% de los consultados salió de noche a divertirse en fin de semana en alguna ocasión (en los últimos 12 meses). La mitad de estos estudiantes regresó a casa entre las 12 de la noche y las 4 de la mañana, mientras que el 14,6% regresó antes de las 12 y el 33,8% después de las 4 de la mañana (considerando la última salida en fin de semana). La serie histórica indica que un mayor porcentaje de jóvenes regresa a casa más tarde que en años anteriores (Figura 1.2.31), aumentando notablemente la proporción de estudiantes que vuelven pasadas las cuatro de la mañana, que constituye ya uno de cada tres consultados.

Figura 1.2.31.

Evolución de la hora de regreso a casa (última salida en fin de semana), entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 2006-2012.



La Tabla 1.2.48 muestra que, conforme aumenta la edad, se tiende a regresar más tarde a casa. Si entre los estudiantes de 14 años que salieron en fin de semana, el 16,7% regresó en la última salida más tarde de las 3 de la mañana, entre los adolescentes de 18 años, el 75% volvió a partir de esta hora. No hay diferencias en función del sexo, dándose la principal distancia en la vuelta a casa después de las 8 de la mañana, cuya prevalencia es superior entre los hombres.

Tabla 1.2.48.

Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que regresan a casa (última salida en fin de semana), en cada una de las franjas horarias señaladas, según sexo y edad (porcentajes). España, 2012.

	Total	Sexo		Edad				
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Antes de las 12 de la noche	13,5	13,0	13,9	31,2	21,8	11,5	5,3	3,7
Entre las 12 de la noche y la 1 de la madrugada	12,9	13,5	12,4	20,1	18,8	14,3	8,2	4,8
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	10,4	10,5	10,3	10,6	12,3	11,9	9,6	6,8
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	10,6	10,9	10,3	8,2	10,1	11,6	12,1	9,0
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	13,8	12,5	15,2	7,2	11,5	15,4	16,0	16,3
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	23,3	22,9	23,6	4,9	10,1	21,7	33,6	41,9
Después de las 8 de la mañana	7,9	9,3	6,5	2,0	4,3	6,8	11,1	14,4

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Como puede observarse en la Tabla 1.2.49, a medida que se retrasa la hora de regreso a casa, aumenta la prevalencia de consumo de drogas (legales e ilegales). Entre los estudiantes de 14 años que salieron de noche y regresaron antes de las 12 de la noche, el 56,5% había consumido en el último año alguna droga, mientras que este porcentaje asciende al 90% entre los que regresaron entre las 4 y las 8 de la madrugada.

Por su parte, la prevalencia de consumo de algún tipo de droga en el último año se sitúa en más del 90% de los estudiantes de 15 y 16 años que regresaron a partir de las 3 de la mañana. En el grupo de 17 y 18 años la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas es prácticamente absoluta entre aquellos que regresan a partir de las 3 de la madrugada (más del 95%).

Tabla 1.2.49.

Prevalencia de consumo de drogas legales e ilegales* en los últimos 12 meses según hora de regreso a casa (última salida en fin de semana) y según edad (porcentaje). España, 2012.

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Antes de las 12 de la noche	56,5	64,6	71,8	69,1	69,4
Entre las 12 de la noche y la 1 de la noche	72,9	80,3	82,9	83,3	80,9
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	80,6	86,5	88,3	89,4	84,6
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	84,3	89,3	89,6	93,2	93,9
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	88,3	92,2	94,6	95,4	96,5
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	93,6	96,6	97,5	97,0	98,8
Después de las 8 de la mañana	88,0	93,3	97,9	95,7	98,4

* Sustancias legales: tabaco, alcohol e hipnosedantes. Sustancias ilegales: cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, GHB e inhalables volátiles.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Existe relación entre la hora de regreso al hogar en las salidas nocturnas y la extensión del consumo de drogas (Figura 1.2.32). Examinando el nivel de policonsumo entre los jóvenes que han salido de noche a divertirse en el último año y han consumido drogas, se observa que mientras más de la mitad de los que regresaron antes de las 2 de la madrugada consumieron una única sustancia en el mismo periodo, tan sólo el 23,3% de los jóvenes que regresaron a partir de las 8 de la mañana declaran el consumo de una sola droga.

En esta línea, en torno al 30% de los adolescentes que volvieron a partir de las 4 de la mañana declaran que han consumido 3 sustancias diferentes, mientras que el consumo de este número de sustancias en ningún caso supera el 20% entre los que regresan antes de las 3 de la mañana.

Acudiendo al caso más extremo, se aprecia la fuerte presencia del policonsumo entre los jóvenes que trasnochan y es que el 23,2% de los que regresaron a partir de las 8 de la mañana confiesa que han consumido 4 o más sustancias diferentes en el último año.

Focalizando el análisis en las drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína o GHB, según la definición de drogas ilegales del EMCDDA) se aprecia una clara tendencia creciente en la prevalencia de drogas ilegales en el último año conforme se retrasa la hora de regreso al hogar. El 9% de aquellos que volvieron antes de las 12 de la noche consumió alguna droga ilegal en el último año frente al 57,2% de aquellos que volvieron después de las 8 de la mañana.

En la Figura 1.2.33 se observa cómo la prevalencia de sustancias ilegales sufre el mayor incremento al analizar los casos que regresan a partir de las 4 de la mañana. Reconoce un consumo el 46,8% de aquellos que volvieron entre las 4 y las 8 de la mañana y el 60,8% de los que regresaron después de las 8 de la mañana. Esta figura evidencia cómo el retraso en la hora de regreso a hora se relaciona con el consumo de sustancias ilegales.

Figura 1.2.32.

Número de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) consumidas en los últimos 12 meses, según la hora de regreso a casa (última salida en fin de semana), entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 2012.

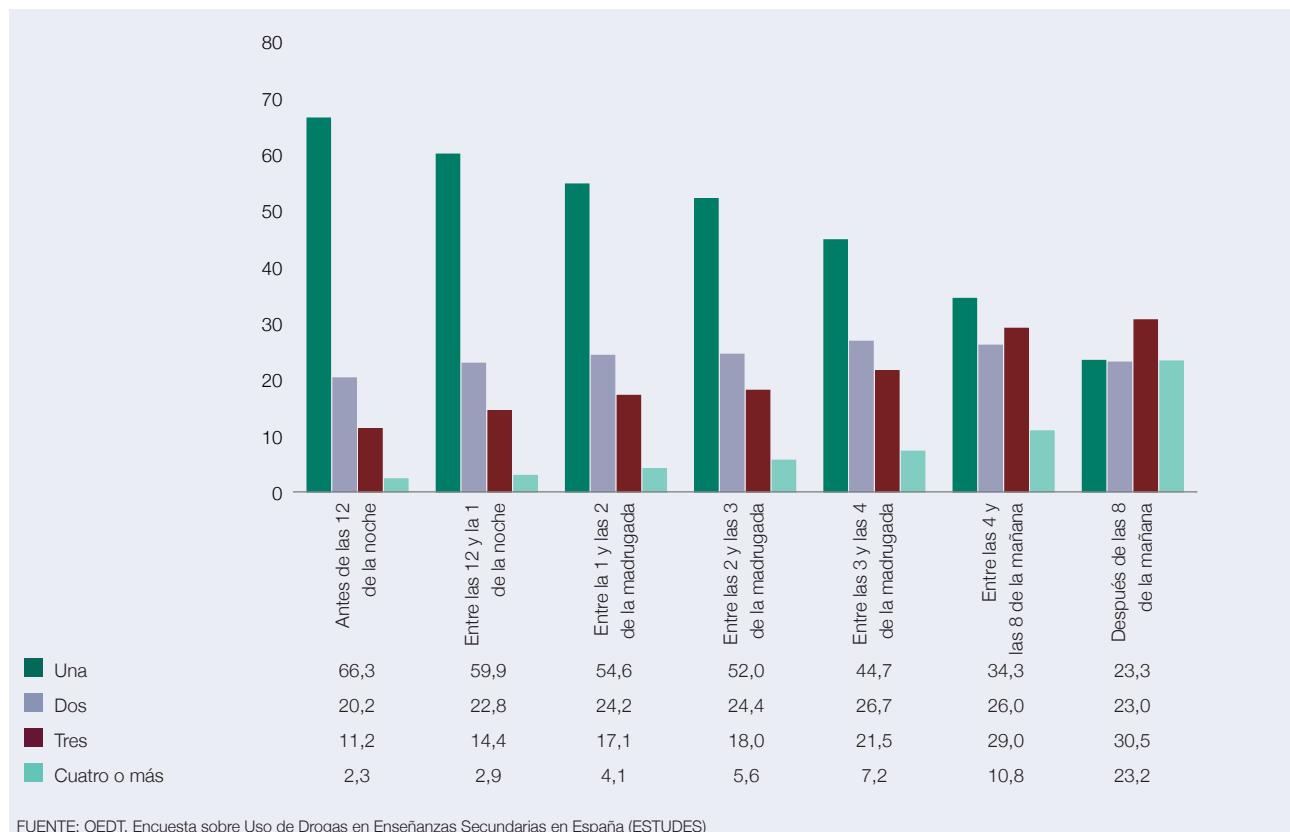
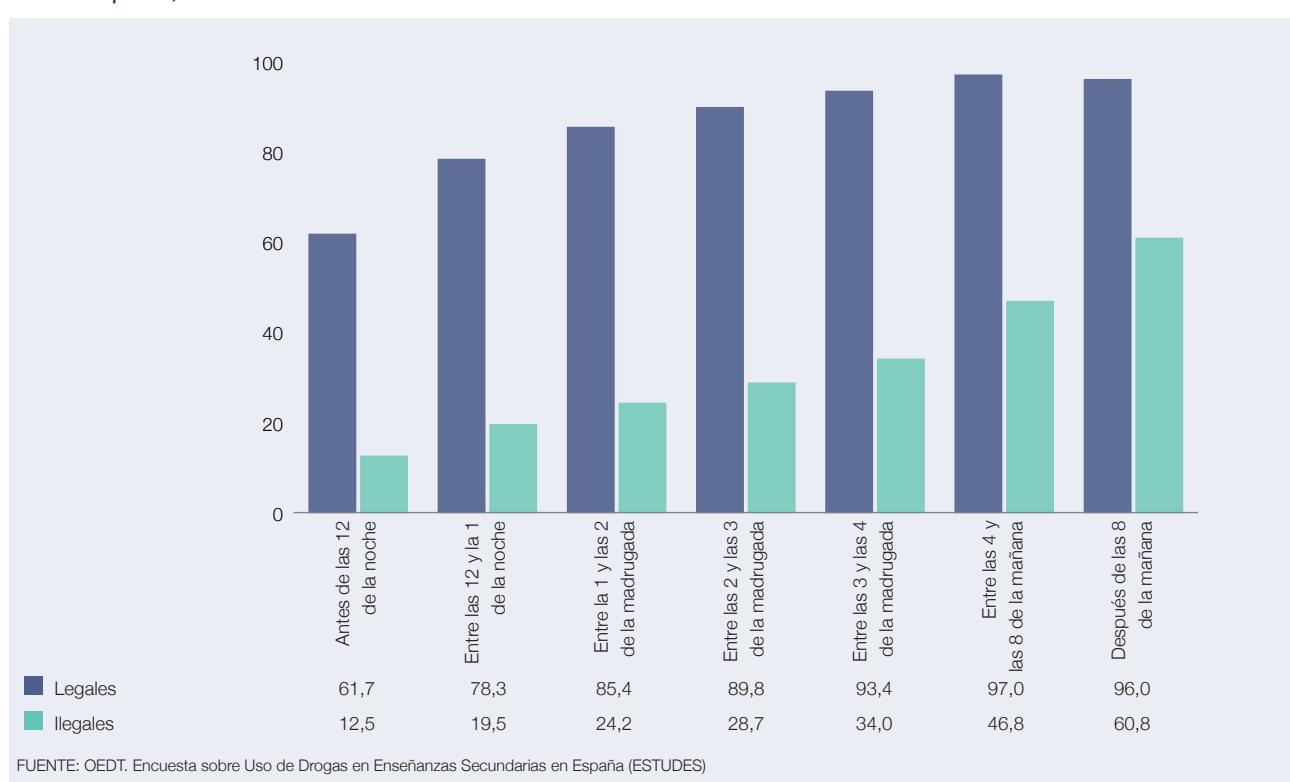


Figura 1.2.33.

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) en el último año, según la hora de regreso a casa (última salida en fin de semana), entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 2012.



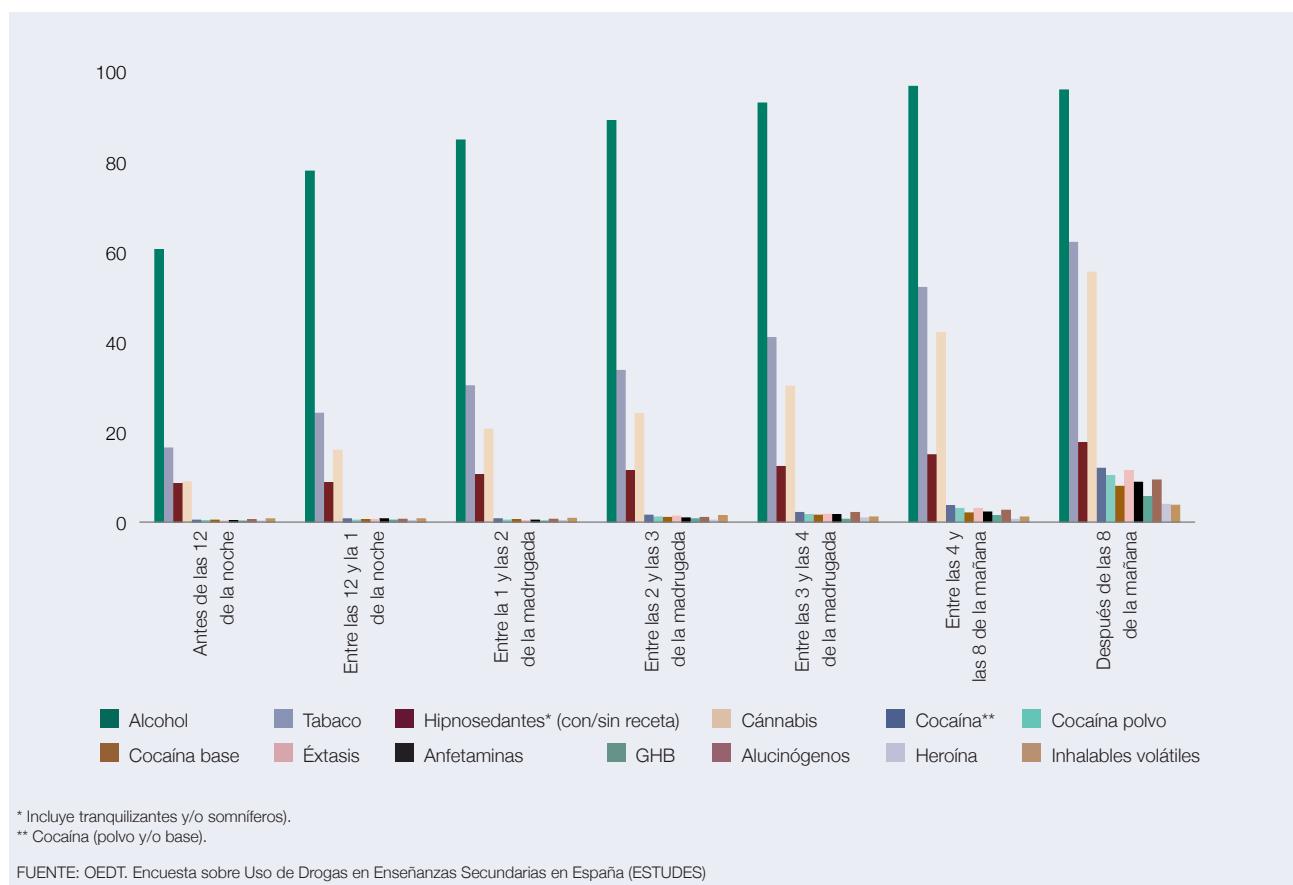
El consumo de alcohol o tabaco se muestra casi generalizado entre los adolescentes que regresan a partir de las 3 de la mañana, con prevalencias superiores al 90% (Figura 1.2.34). Es remarcable, sin embargo, la alta prevalencia de consumo de estas sustancias legales, entre los jóvenes de 14 a 18 años que regresan a casa antes de las 12 de la noche.

En cuanto al resto de sustancias psicoactivas estudiadas (Figura 1.2.34), se observa la misma conclusión: en los grupos de estudiantes que regresaron más tarde a casa se encuentra una mayor proporción de consumidores de las diferentes drogas. En el caso del cannabis, el aumento más cuantioso se produce cuando se analiza a los que regresaron a partir de las 4 de la mañana (fumaron cannabis en el último año el 42% de los que regresaron entre las 4 y las 8 de la mañana y el 55,4% de los que lo hicieron a partir de las 8 de la mañana).

Sin embargo, es destacable el incremento que se registra en el consumo (últimos 12 meses) de cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles o GHB cuando se analizan los casos que regresaron a partir de las 8 de la mañana y es que las prevalencias obtenidas triplican las del grupo que regreso a casa entre las 4 y las 8 de la mañana.

Figura 1.2.34.

Prevalencia de consumo de distintas drogas legales e ilegales en los últimos 12 meses, según la hora de regreso a casa (última salida en fin de semana), entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2012.



Debido a la alta prevalencia de consumo de alcohol en esta población, es importante estudiar con mayor detenimiento los patrones de consumo intensivo de alcohol intentando establecer posibles relaciones entre la hora de regreso a casa en la última salida nocturna a la realización de la encuesta y el consumo intensivo de alcohol, medido a través de intoxicaciones etílicas y *binge drinking* (consumo de 5 o más bebidas alcohólicas en un periodo de dos horas). Los resultados indican una relación directa, de modo que los estudiantes que regresan más tarde a casa presentan mayores prevalencias de borracheras y de *binge drinking*.

Así, el 21,1% de los que regresaron antes de las 12 se emborrachó en el último año, frente al 80,4% de los que volvieron más tarde de las 8, convirtiéndose las borracheras en mayoritarias en el grupo que regresó a partir de las 2 de la ma-

drugada (el 54,3% de los que volvieron a casa entre las 2 y las 3) (Tabla 1.2.50). Del mismo modo, la prevalencia de *binge drinking* en el último mes oscila entre el 14,3% (vuelta al hogar antes de las 12 de la noche) y el 72,8% (vuelta al hogar más tarde de las 8 de la mañana), convirtiéndose en una conducta mayoritaria entre aquellos que regresan a partir de las 3 de la madrugada (ya se sitúa en el 51,8% de los que regresan entre las 3 y las 4 de la madrugada) (Tabla 1.2.51).

Tabla 1.2.50.

Prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses según hora de regreso a casa (última salida en fin de semana), entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2012.

	Borracheras	No borracheras
Antes de las 12 de la noche	21,1	78,9
Entre las 12 de la noche y la 1 de la noche	36,9	63,1
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	47,5	52,5
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	54,3	45,7
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	65,0	35,0
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	76,9	23,1
Después de las 8 de la mañana	80,4	19,6

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.51.

Porcentaje de estudiantes, de 14 a 18 años, que hacen o no *binge drinking** (en el último mes) según la hora de regreso a casa (última salida en fin de semana). España, 2012.

	Binge drinking	No binge drinking
Antes de las 12 de la noche	14,3	85,7
Entre las 12 de la noche y la 1 de la noche	25,9	74,1
Entre la 1 y las 2 de la madrugada	33,8	66,2
Entre las 2 y las 3 de la madrugada	42,5	57,5
Entre las 3 y las 4 de la madrugada	51,8	48,2
Entre las 4 de la madrugada y las 8 de la mañana	66,1	33,9
Después de las 8 de la mañana	72,8	27,2

* Beber 5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de 2 horas.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Percepciones y opiniones de la población ante las drogas

Percepción de riesgo

El riesgo percibido se comporta como un elemento protector frente al consumo. Por ello es un indicador a medir de forma inexcusable y aumentar la percepción de riesgo en distintos colectivos debe ser un objetivo omnipresente en las políticas de intervención, fundamentalmente las dirigidas a los menores.

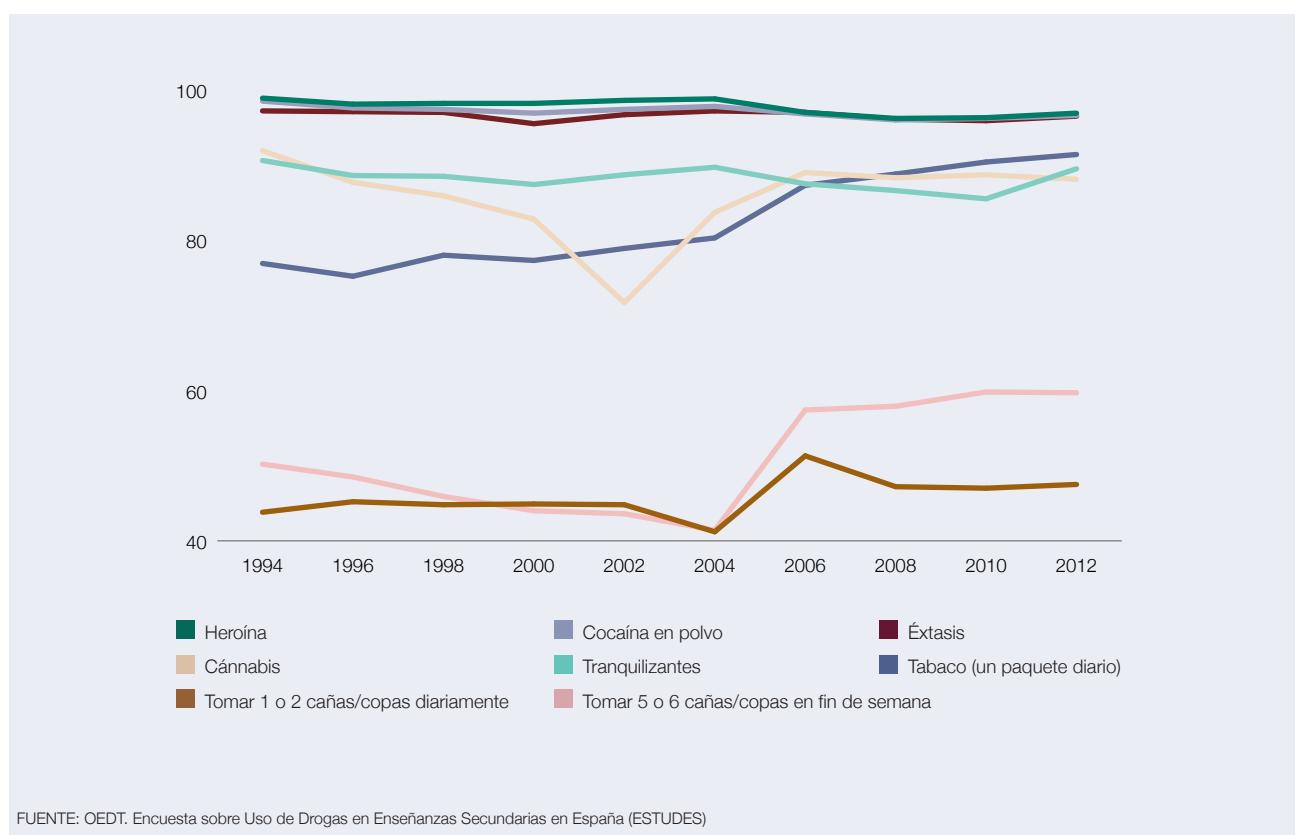
Ante la pregunta formulada en ESTUDES 2012, “Cuál es tu opinión sobre los problemas (de salud o de otro tipo) que puede significar realizar cada una de las siguientes conductas” (se enumeran distintas opciones de consumo para las sustancias psicoactivas, legales o ilegales, estudiadas por la encuesta), se han obtenido los siguientes resultados:

En 2012, las conductas valoradas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias como de menor riesgo son las relacionadas con el consumo de alcohol. Menos de la mitad de los estudiantes (47,5%) creen que consumir 5 o 6 cañas o copas de bebidas alcohólicas en fin de semana puede ocasionar muchos o bastantes problemas, en tanto que tomar 1 o 2 cañas o copas de bebidas alcohólicas cada día puede ocasionar muchos o bastantes problemas para el 59,7% de los estudiantes. Ambos porcentajes son similares a los de años anteriores.

En el extremo contrario, las conductas sentidas como de mayor riesgo son consumir heroína, cocaína y éxtasis habitualmente, más del 96% de los chicos y chicas de 14-18 años de edad interpretan que este tipo de consumo para estas sustancias, puede significar bastantes o muchos problemas tanto de salud como de otro tipo (Figura 1.2.35).

Figura 1.2.35.

Evolución del riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (porcentaje de estudiantes que piensan que el consumo habitual, al menos una vez por semana, puede causar bastantes o muchos problemas). España, 1994-2012.



La valoración del riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas presenta diferencias en función del sexo (Tabla 1.2.52). Con carácter general, las chicas perciben mayor riesgo en el consumo que los chicos.

En términos generales, al aumentar la edad (Tabla 1.2.52), se observa una disminución de la percepción de riesgo, a menor edad mayor percepción y a mayor edad más baja percepción. Así, mayoritariamente, los menores de 14 años consideran que el consumo de todas las drogas produce bastantes o muchos problemas, disminuyendo paulatinamente.

En relación a las tendencias temporales, se observa (Tabla 1.2.53) un aumento del riesgo percibido ante el consumo habitual de tabaco (fumar diariamente). Las cifras de riesgo percibido ante el consumo habitual de heroína, cocaína y éxtasis se mantienen en niveles elevados (más del 96% de estudiantes de 14 a 18 años considera que su consumo habitual puede ocasionar bastantes o muchos problemas), aunque han descendido ligeramente con respecto a los obtenidos a mediados de los años noventa en que el consumo de drogas producía, debido sobre todo a la epidemia de consumo

de heroína, bastante más alarma social que en la actualidad. La percepción de riesgo ante el consumo habitual de los hipnosedantes muestra un ascenso de 4 puntos porcentuales.

Conviene señalar que el debate llevado a cabo en relación con la peligrosidad de fumar ha penetrado en la sociedad de tal manera que en la actualidad, fumar un paquete de tabaco diario está considerado 3 puntos porcentuales más peligroso que fumar cannabis habitualmente, entendiendo por tal consumir una vez a la semana o más frecuentemente. Y además la percepción de riesgo ante el consumo de tabaco está en una posición ascendente en tanto que consumir cannabis lo está en regresión (Tabla 1.2.53).

Tabla 1.2.52.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo habitual de drogas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), por sexo y edad (porcentajes). España, 2012.

	Total	Sexo		Edad					
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	
Fumar un paquete de tabaco diario	91,4	89,6	93,1	90,8	91,5	91,4	91,5	91,7	
Tomarse 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana	47,5	44,7	50,3	56,2	51,9	46,7	42,6	44,4	
Tomarse una o dos cañas/copas de bebidas alcohólicas a diario	59,7	55,1	64,1	61,6	61,1	59,5	59,1	57,4	
Fumar cannabis habitualmente	88,1	84,3	91,7	91,4	89,7	88,6	86,2	85,8	
Tomar hipnosedantes habitualmente	89,5	88,7	90,3	89,1	90,3	88,5	90,3	89,0	
Consumir éxtasis habitualmente	96,5	95,2	97,8	95,3	96,6	96,2	97,2	96,6	
Consumir cocaína en polvo habitualmente	96,6	95,4	97,9	95,9	96,6	96,6	97,2	96,4	
Consumir heroína habitualmente	96,9	95,7	98,0	95,9	96,8	96,8	97,5	97,0	

Habitualmente: Una vez por semana o más frecuentemente.

Se excluyen de la base los casos que no saben o no contestan.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.53.

Evolución del riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo habitual de sustancias psicoactivas (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) (porcentajes). España, 1994-2012.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Fumar un paquete de tabaco diario	76,9	75,2	78	77,3	78,9	80,3	87,3	88,8	90,4	91,4
Tomarse 5 o 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en fin de semana	43,8	45,2	44,8	44,9	44,8	41,4	51,3	47,2	47	47,5
Tomarse una o dos cañas/copas de bebidas alcohólicas a diario	50,5	48,5	45,9	44,0	43,6	41,4	57,4	57,9	59,8	59,7
Fumar cannabis habitualmente	91,9	87,7	85,9	82,8	71,7	83,7	89,0	88,3	88,7	88,1
Tomar hipnosedantes habitualmente	90,6	88,6	88,5	87,4	88,7	89,7	87,5	86,6	85,5	89,5
Consumir éxtasis habitualmente	97,2	97,1	97,0	95,5	96,7	97,2	97,0	96,1	95,9	96,5
Consumir cocaína en polvo habitualmente	98,5	97,6	97,4	96,9	97,4	97,8	96,8	96,0	96,2	96,6
Consumir heroína habitualmente	98,9	98,1	98,2	98,2	98,6	98,8	97,0	96,2	96,3	96,9

Habitualmente: Una vez por semana o más frecuentemente.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Percepción de disponibilidad

Se entiende por disponibilidad percibida el grado de facilidad/dificultad que los estudiantes perciben para conseguir u obtener las distintas drogas. Se trata, por tanto, de una información relacionada con la percepción de la oferta de drogas. El indicador utilizado para valorarla es el porcentaje de estudiantes que piensan que obtener cada droga considerada es relativamente fácil o muy fácil.

En 2012, las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles son las de comercio legal (nueve de cada diez estudiantes cree que es fácil conseguir tabaco o bebidas alcohólicas), seguidas por el cannabis (el 69,4% considera que es fácil o muy fácil) y los hipnosedantes (53,3%). En cuanto al resto de sustancias, la percepción de disponibilidad se sitúa entre el 22,3% que piensan que conseguir GHB es fácil o muy fácil y el 33,8% que así lo creen respecto a la cocaína en polvo (Tabla 1.2.54 y Figura 1.2.36).

En relación a la evolución temporal de la disponibilidad percibida durante el periodo 1994-2012, se observa lo siguiente:

- La existencia de un porcentaje de estudiantes, elevado y estable en el tiempo, que piensa que es fácil o muy fácil conseguir alcohol, a pesar de que los encuestados sean, mayoritariamente menores y no puedan, en teoría, acceder a esta sustancia.
- La tendencia ascendente de la disponibilidad percibida de cannabis que ha pasado desde el 30,8% en 1994 al 69,4% en 2012.
- Una evolución ascendente de la disponibilidad percibida de cocaína en polvo desde 1994 (26,7%) a 2004 (46,7%) y una tendencia descendente, desde entonces hasta alcanzar el 33,8% en 2012.
- La heroína se mantiene desde 1996 (al finalizar la epidemia de consumo) en niveles bajos de disponibilidad y muestra una tendencia estable. Es, en opinión de los estudiantes, la droga menos accesible junto con el GHB.
- Éxtasis y anfetaminas muestran tendencias similares. Globalmente, ha disminuido la disponibilidad percibida para ambos grupos de drogas (20 y 15 puntos porcentuales respectivamente de 1994 a 2012), lo que significa que los estudiantes las consideran menos accesibles actualmente que a mediados de la década de los noventa. Alcanzaron cifras máximas de accesibilidad en 2002, momento en el que comienza una tendencia descendente.

Tabla 1.2.54.

Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga) (porcentajes). España, 1994-2012.

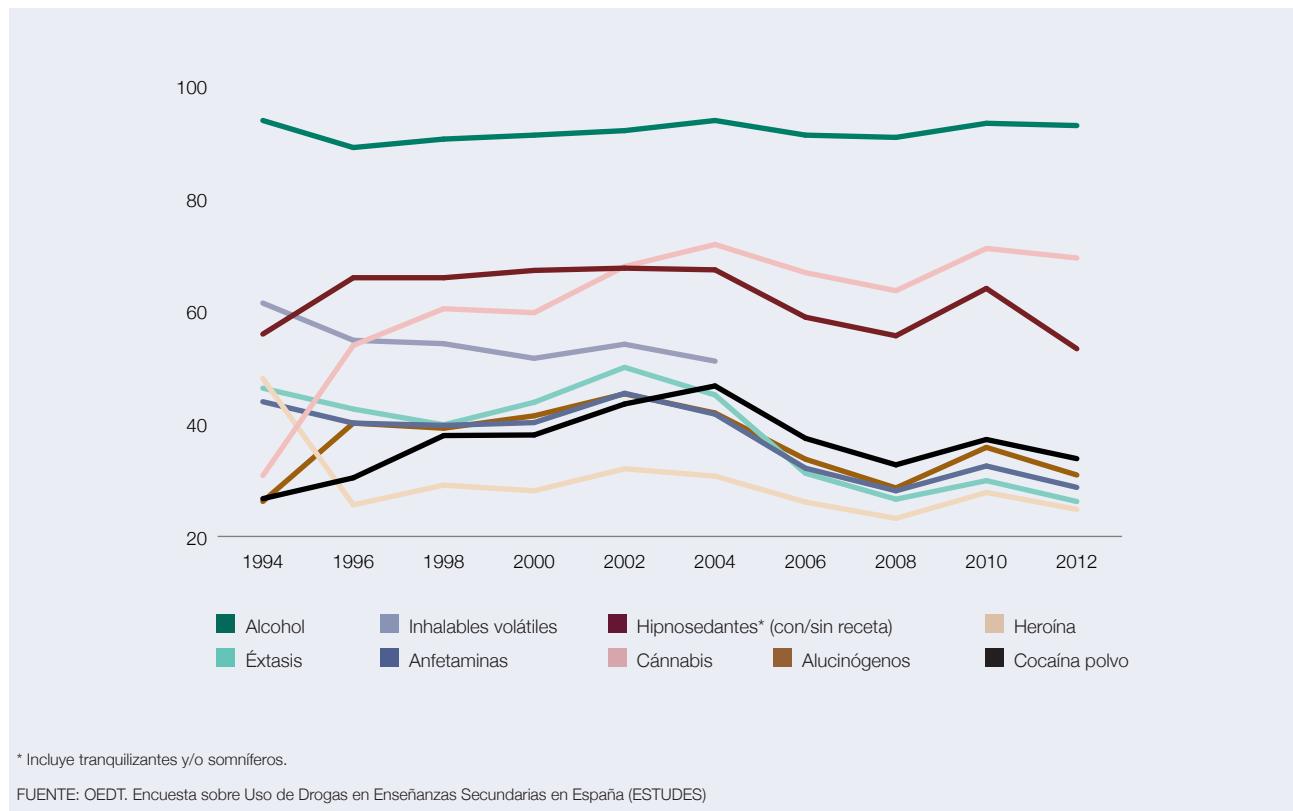
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	-	-	-	-	-	-	91,7	90,9	93,6	92,8
Bebidas alcohólicas	93,8	89,0	90,5	91,2	92,0	93,8	91,2	90,8	93,3	92,9
Hipnosedantes	55,9	65,9	65,9	67,2	67,6	67,3	58,9	55,6	64,0	53,3
Cannabis	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8	63,6	71,1	69,4
Cocaína en polvo	26,7	30,4	37,9	38,0	43,5	46,7	37,4	32,7	37,2	33,8
Heroína	48,0	25,6	29,1	28,1	32,0	30,7	26,1	23,2	27,8	24,8
Anfetaminas	43,9	40,1	39,7	40,2	45,4	41,7	32,1	28,1	32,5	28,7
Éxtasis	46,3	42,6	39,8	43,8	50,0	45,1	31,2	26,6	29,9	26,2
Alucinógenos	26,2	40,1	39,2	41,4	45,3	41,9	33,7	28,6	35,8	30,9
GHB	-	-	-	-	-	-	25,5	22,4	25,8	22,3
Inhalables volátiles	61,4	54,8	54,2	51,6	54,1	51,1	-	-	-	-

Se excluyen de la base los casos que no saben o no contestan.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.36.

Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensan que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga) (porcentajes). España, 1994-2012.



Relación entre riesgo percibido, percepción de disponibilidad y prevalencia de consumo

Tanto la disponibilidad percibida de las diferentes sustancias como la percepción de riesgo asociado a consumirlas son factores relacionados con la prevalencia de consumo.

Las sustancias que, a juicio de los estudiantes, les parecen más disponibles suelen ser las más consumidas y aquellas que se perciben como más difíciles de conseguir, suelen mostrar prevalencias de consumo más bajas. Del mismo modo, aquellas sustancias que se perciben como menos peligrosas son consumidas por mayor número de estudiantes.

En las Figuras 1.2.37 y 1.2.38 se representa la evolución temporal de estos tres indicadores para el cannabis y la cocaína respectivamente.

Centrándonos en el caso del cannabis, se observa de 1994 a 2004 una tendencia ascendente de la disponibilidad percibida y de la prevalencia que acompaña a la tendencia descendente de la percepción de riesgo. A partir de 2004, se invierte la tendencia en los tres indicadores, aumenta la percepción de riesgo y disminuye (o se estabiliza) la percepción de disponibilidad, lo que se acompaña de una disminución de la prevalencia de consumo.

En el caso de la cocaína, también se observa esta relación. Valorar conjuntamente estos tres indicadores puede resultar de gran utilidad a la hora de diseñar acciones de prevención.

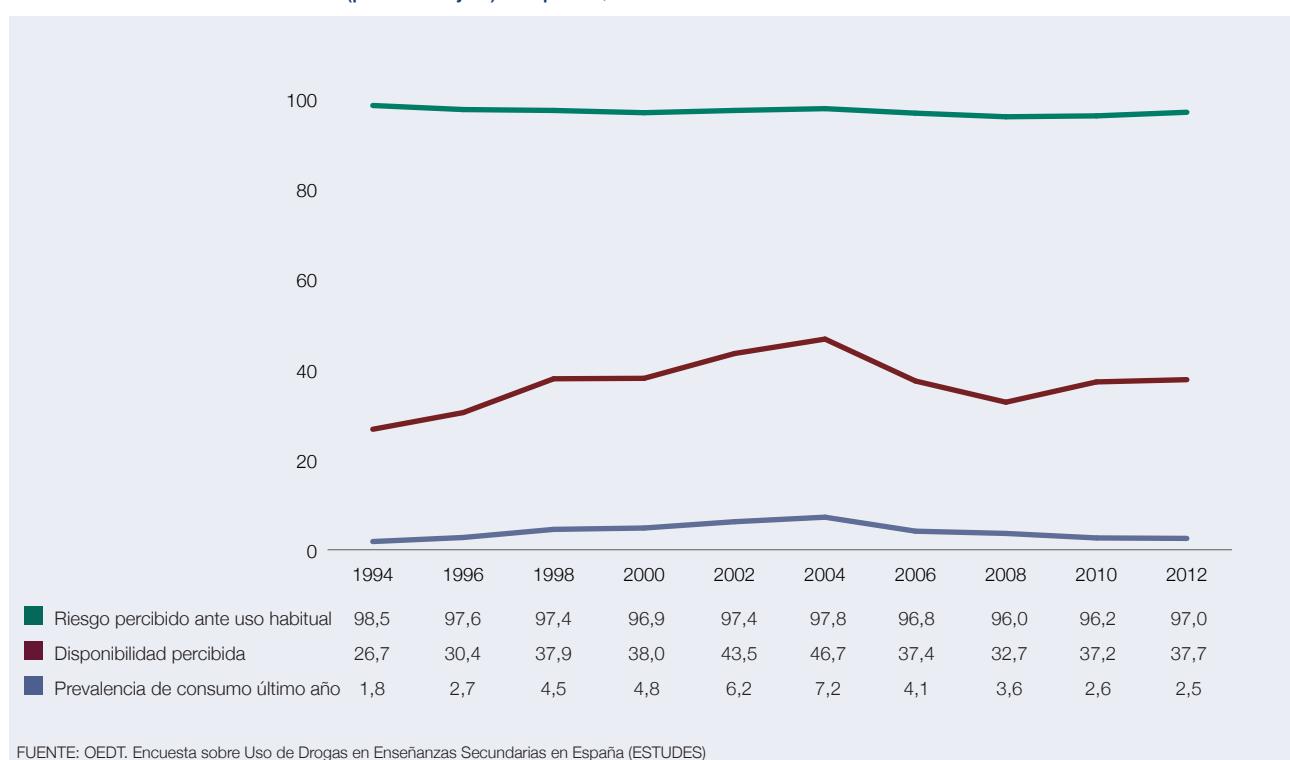
Figura 1.2.37.

Evolución de la prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses, del riesgo percibido ante su consumo habitual (proporción de estudiantes que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) y de la disponibilidad percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Figura 1.2.38.

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína (polvo y/o base) en los últimos 12 meses, del riesgo percibido ante su consumo habitual (proporción de estudiantes que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) y de la disponibilidad percibida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

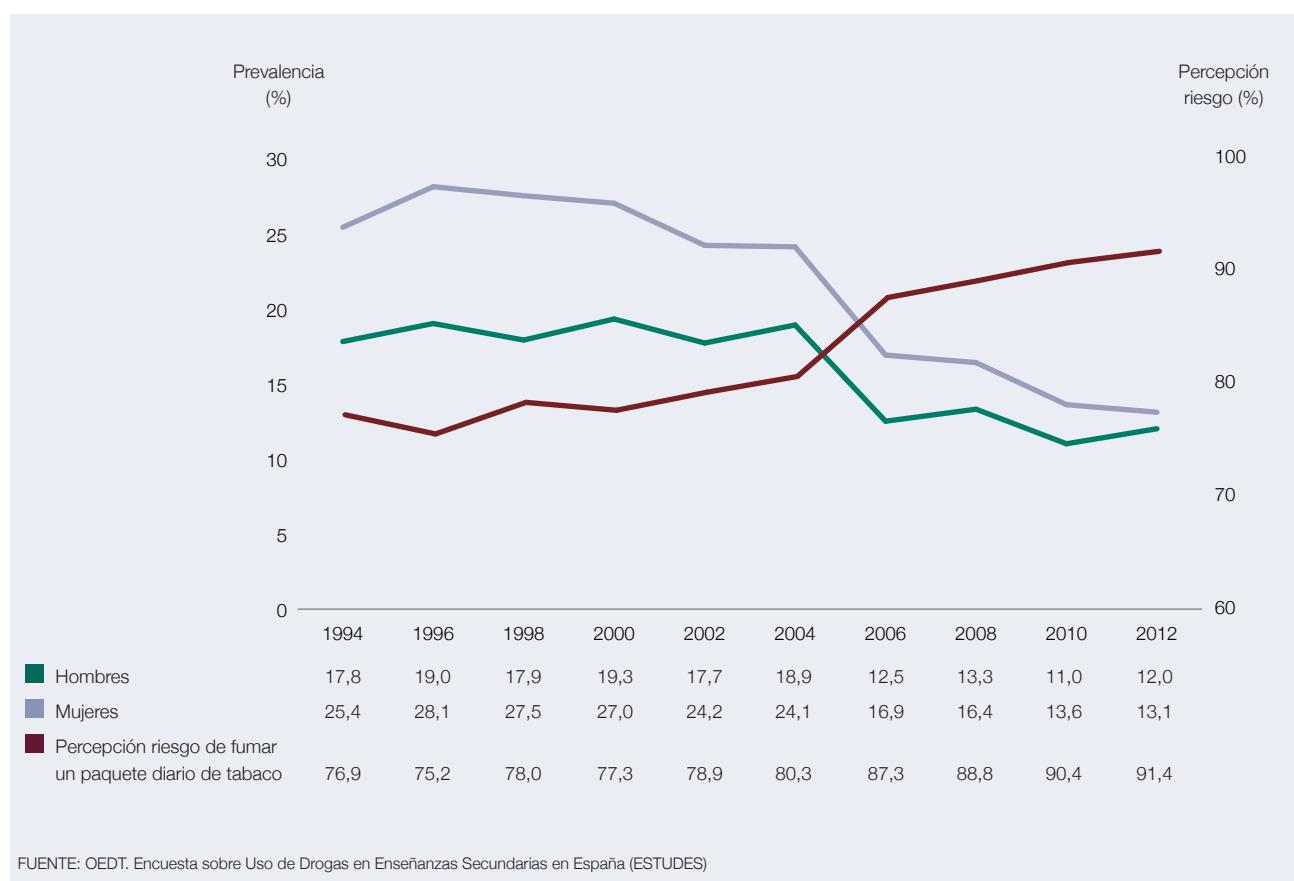


En la Figura 1.2.39, se presenta la percepción de riesgo asociado al consumo de tabaco, en la que se observa una clara tendencia ascendente y que las mayores prevalencias de consumo se corresponden con las cifras más bajas de percepción de riesgo. Tanto la normativa establecida por España en los últimos años sobre prevención del tabaquismo como el debate social producido a partir de la misma sobre las consecuencias del consumo de tabaco para la salud han supuesto un aumento de la percepción de riesgo en los ciudadanos, de forma particular con el consumo de un paquete de tabaco diario y una disminución, en paralelo, de la prevalencia del consumo.

Las tendencias en los estudiantes son similares a las observadas en la población general (15 a 64 años).

Figura 1.2.39.

Evolución de la percepción del riesgo (proporción de estudiantes que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) y de la prevalencia de consumo diario de tabaco según sexo (porcentajes). España, 1994-2012.

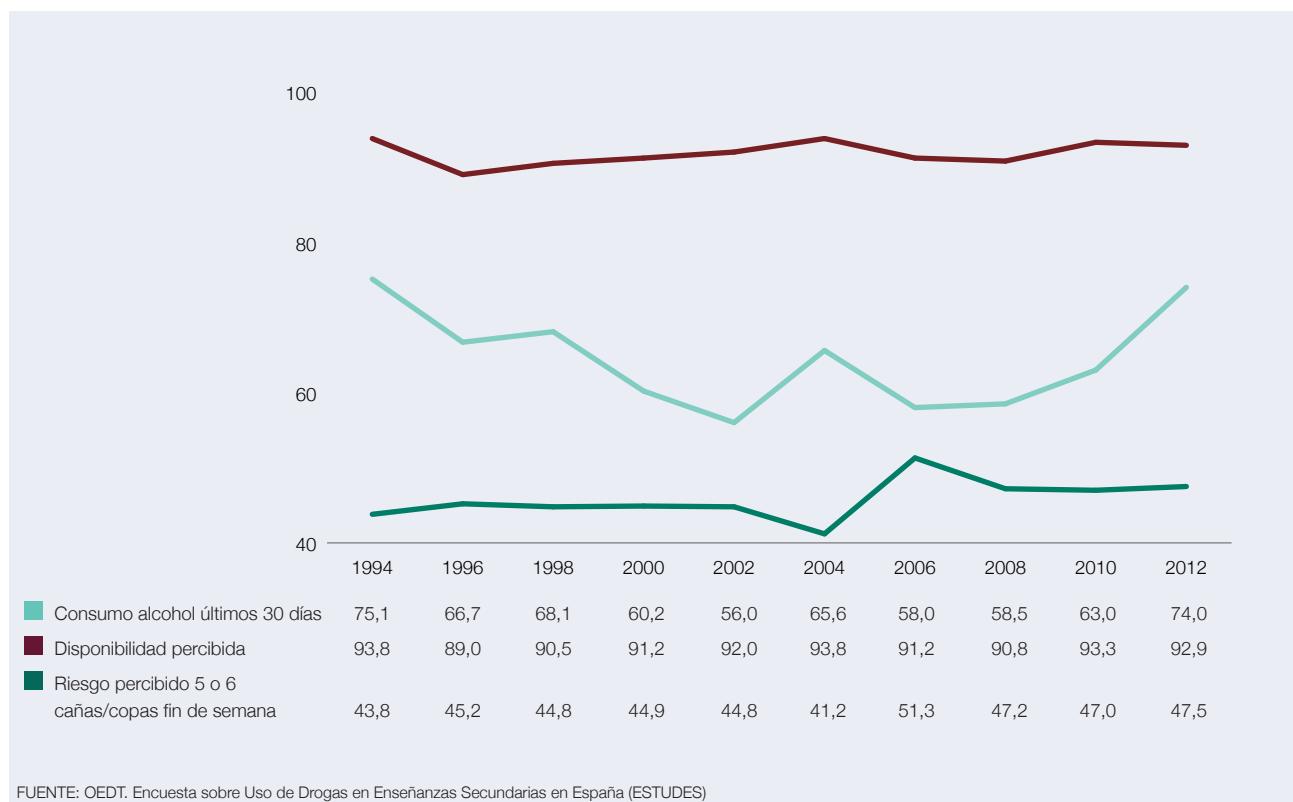


Por último, la percepción de riesgo y disponibilidad para el alcohol (Figura 1.2.40) merece una consideración especial en tanto que es la sustancia con una mayor extensión de consumo entre los estudiantes de 14 a 18 años.

Las conductas referidas al consumo de alcohol, ya sea diario (1 o 2 cañas/copas) o de fin de semana (5 o 6 cañas/copas) son las consideradas como menos peligrosas por este grupo de población, a mucha distancia de los consumos del resto de drogas y, aunque la percepción de riesgo de ambas ha aumentado algunos puntos desde el inicio de la serie en 1994 y se mantiene relativamente estable, no parece que los esfuerzos de sensibilización con respecto al consumo de alcohol dirigidos a este grupo de edad hayan podido, por el momento, contrarrestar los que reciben, mayoritariamente en sentido opuesto, del resto de la sociedad en general. A ello se asocia una disponibilidad percibida elevada.

Figura 1.2.40.

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, percepción de riesgo (proporción de estudiantes que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas) y disponibilidad de alcohol entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Vías de información sobre drogas

La mayor parte de los estudiantes de Educación Secundaria de 14 a 18 años considera que se encuentra informado respecto al tema de las drogas. El 72,8% afirma sentirse perfectamente o suficientemente informado, mientras que el 21,4% manifiesta que está informado sólo a medias y el 5,8% que está mal informado.

Sin embargo, llama la atención el descenso mantenido, año tras año, del número de estudiantes que se considera bien o muy bien informado (86,5% en 2006; 85,7% en 2008; 77,2% en 2010 y 72,8% en 2012).

El porcentaje de estudiantes que se considera perfectamente informado crece con la edad, tanto entre las chicas como entre los chicos, si bien es inferior en las chicas (alrededor de 10 puntos porcentuales por debajo de los chicos) al tiempo que se sienten mal informadas en mayor proporción que los chicos (Figura 1.2.41). Estos datos resultan ciertamente llamativos, teniendo en cuenta que, entre las chicas, la percepción de riesgo suele alcanzar mayores proporciones que entre los chicos.

En 2012, las principales vías por las que han recibido información son: charlas o cursos; madre; padre; profesores y medios de comunicación. No obstante, las vías que ellos mismos consideran más adecuadas para recibir una mejor información son los profesionales sanitarios a la vez que las charlas y cursos, seguidos de las personas que han tenido contacto con las drogas y los organismos oficiales e Internet (Figura 1.2.42).

Los profesionales sanitarios son, conjuntamente con las personas que han tenido relación con las drogas, las únicas vías que los estudiantes valoran más de lo que ambas aportan en la actualidad, es decir, se reclama una mayor implicación del sector sanitario en la divulgación y formación sobre drogas, y de las personas que han experimentado directamente con las drogas.

Figura 1.2.41.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que se sienten perfectamente informados o mal informados en tema de drogas, según sexo y según edad (porcentajes). España, 2012.

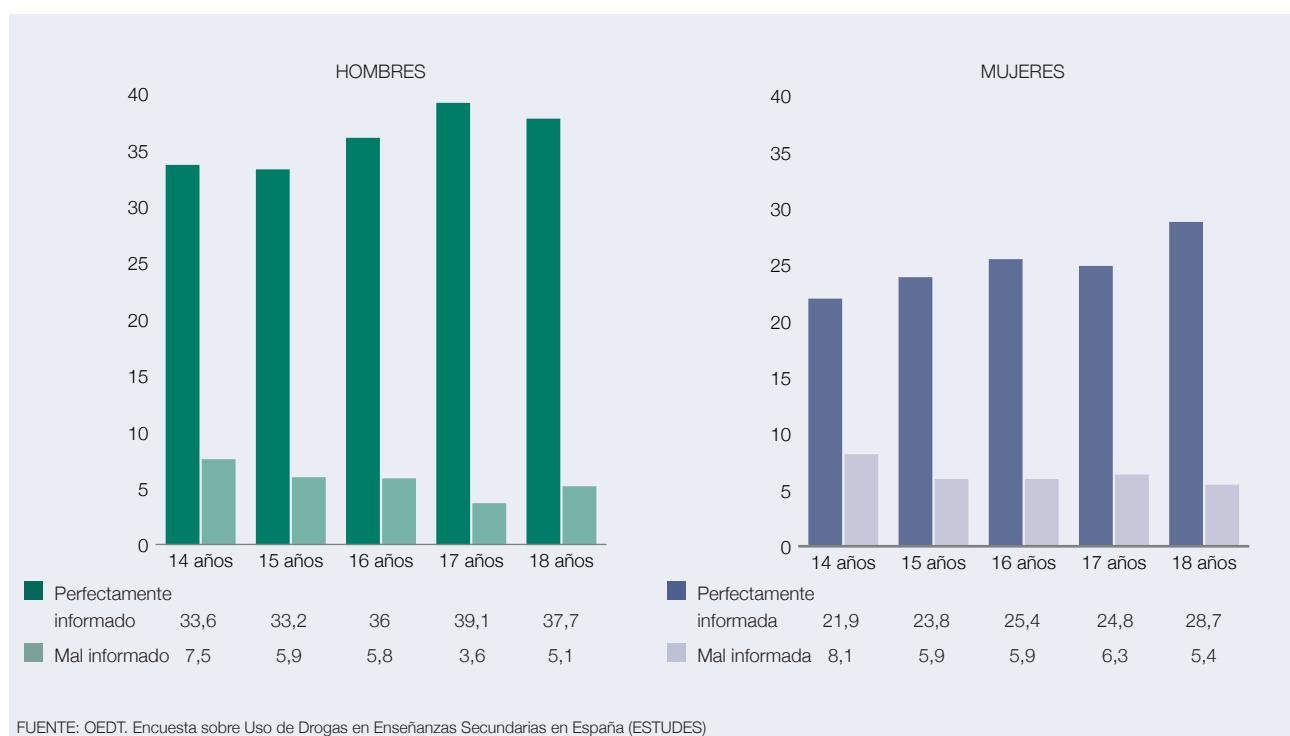
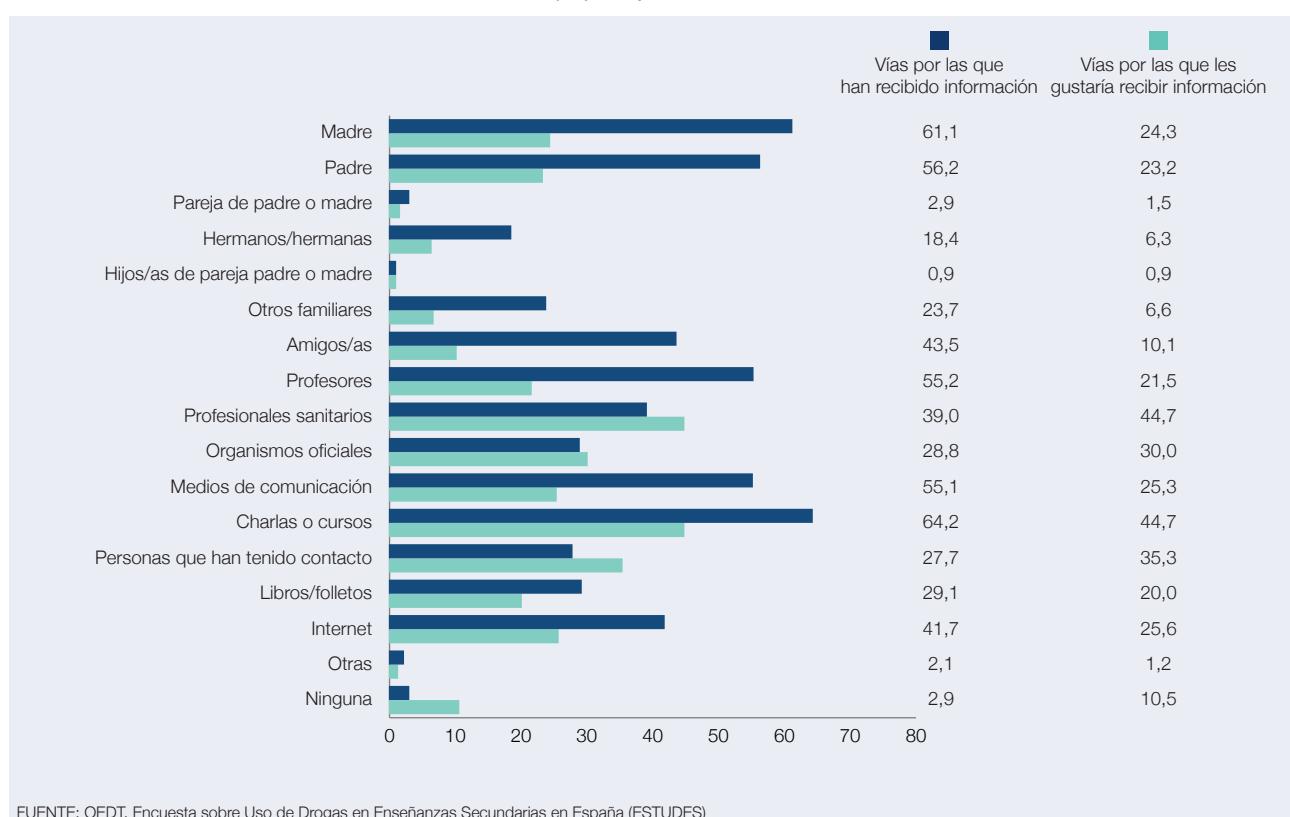


Figura 1.2.42.

Vías por las que han recibido información y vías por las que les gustaría recibir información a los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 2012.

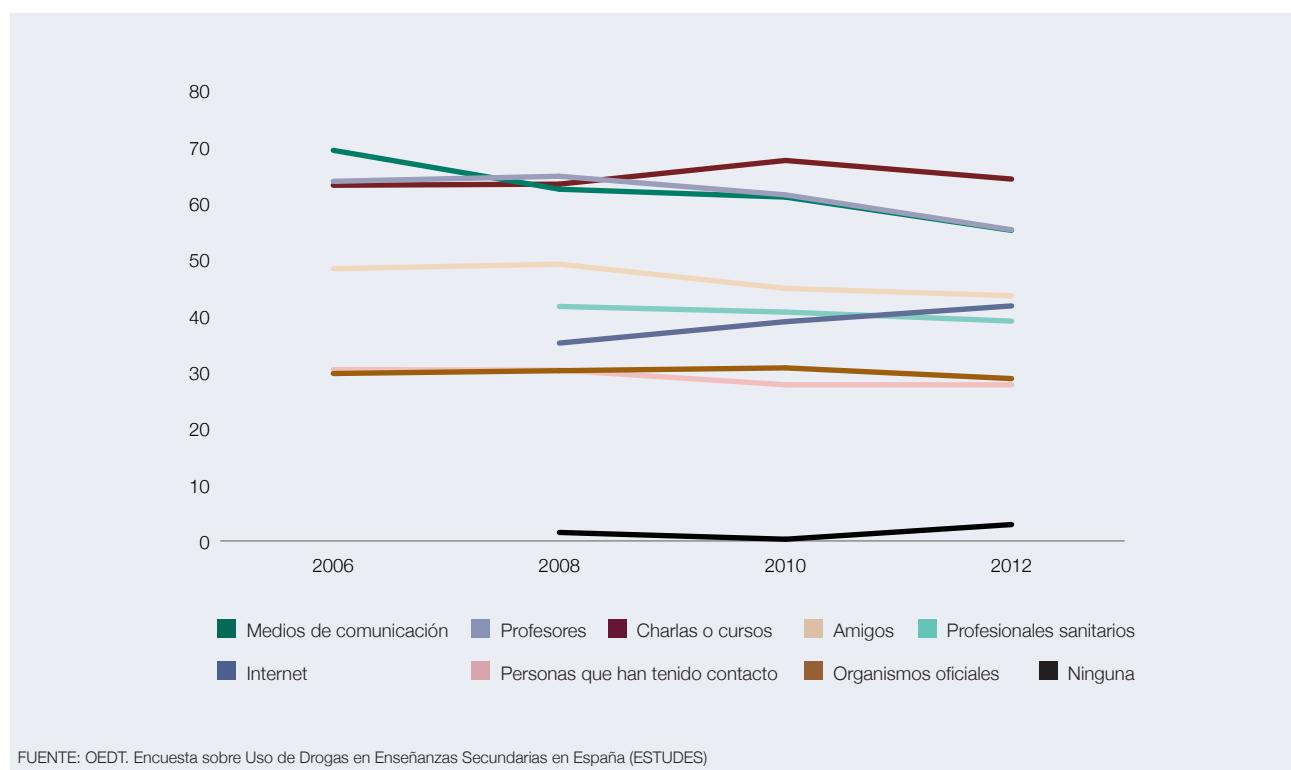


Contrasta, por otra parte, la poca fiabilidad que resultan tener, a este respecto, los hermanos, ya que sólo el 6,3% de los estudiantes de 14 a 18 años los considera una buena fuente de información, los amigos (10,1%) y el profesorado (21,5%), teniendo en cuenta, además, que el 64,2% de los estudiantes afirma que ha recibido información sobre drogas, sus efectos y problemas sociales asociados en su centro educativo.

La Figura 1.2.43 muestra la evolución temporal del porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que consideran las siguientes vías de información como las más adecuadas para informarse y formarse en materia de drogas.

Figura 1.2.43.

Evolución sobre las principales vías de información sobre drogas por las que reciben información los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Con carácter general, desde la última edición de ESTUDES, en 2010, todas las vías de información reseñadas en la encuesta pierden popularidad como vías deseables por las que recibir información sobre drogas.

De manera particular, desciende el porcentaje de estudiantes que opina que los amigos son una vía adecuada para obtener información con este fin, a pesar de la influencia que los amigos/iguales ejercen en el ámbito de la percepción del consumo. Asimismo, se observan descensos en las categorías de familia y profesorado que han venido considerándose elementos básicos y clásicos en la transmisión de información.

El porcentaje de estudiantes que valora las charlas y cursos, y la información facilitada por los organismos oficiales se muestra relativamente estable.

Por último, año tras año, los profesionales sanitarios son considerados una vía de información sobre drogas muy deseable por una mayor proporción de estudiantes.

Valoración de la importancia de diversas acciones para intentar resolver el problema de las drogas

Disponer de información relativa a la consideración que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias en España tienen sobre la mayor o menor eficacia de diversas acciones para contener el problema de las drogas es importante porque esta percepción, aun desde la subjetividad, nos permite dirigir con mayor oportunidad de éxito actuaciones encaminadas al abordaje de las sustancias psicoactivas sobre una población que es objeto indiscutible de las políticas de prevención.

En la encuesta ESTUDES 2012 se les ha preguntado por primera vez a los estudiantes qué valoración les merecen las actuaciones encaminadas a la información/formación, al control terapéutico, al legal y al de perfil coercitivo/punitivo.

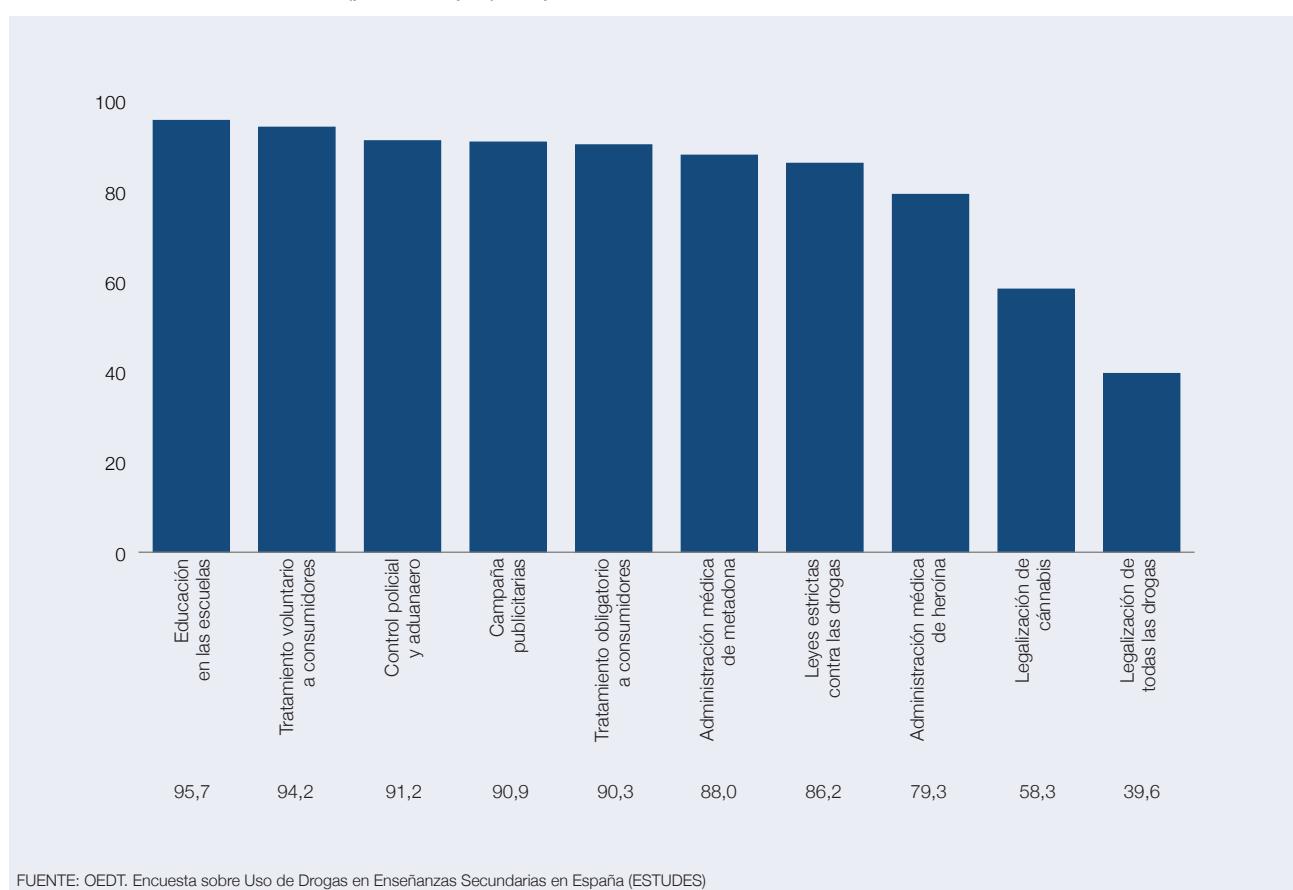
Las medidas educativas y sanitarias son las mejor valoradas: más del 90% de los estudiantes las considera importantes para resolver el problema de las drogas (Figura 1.2.44). De entre todas ellas la mejor valorada es la educación en las escuelas, cabría a este propósito reflexionar por qué el profesorado, no obstante, pierde fuerza como fuente de información.

La elevada consideración de las medidas sanitarias, fundamentalmente las dirigidas al apoyo terapéutico de los consumidores nos indica que la población juvenil de 14-18 años de edad considera a los drogodependientes como enfermos, fortaleciendo con ello el abordaje de las adicciones desde la salud pública.

Las acciones menos valoradas son las relacionadas con la regulación normativa. Dos de cada cinco jóvenes considera que legalizar todas las drogas puede ser importante para resolver el problema y algo más de la mitad considera que la legalización del cannabis en concreto, es una acción a valorar.

Figura 1.2.44.

Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2012.



FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Nuevas sustancias psicoactivas

En 2010, se introdujo por primera vez en ESTUDES un módulo específico sobre nuevas sustancias que permite dimensionar la extensión de este tipo de sustancias así como conocer la percepción del riesgo asociado a su consumo y de la disponibilidad para conseguirlas entre los estudiantes de Secundaria de 14 a 18 años.

Las sustancias que comprenden el módulo de nuevas sustancias son: ketamina, *spice*, piperazinas, mefedrona, nexus, metanfetamina, setas mágicas, *research chemicals*, *legal highs*, salvia y esteroides anabolizantes (estas dos últimas sustancias se introducen por primera vez en la encuesta ESTUDES 2012, aunque ya fueron incluidas en la encuesta EDADES 2011).

Prevalencia de consumo

El 3,9% de los estudiantes de Secundaria de 14 a 18 años reconoce que ha consumido algún tipo de nueva sustancia alguna vez en su vida, el 2,7% en los últimos 12 meses y el 1,4% en los últimos 30 días.

Dado que la población objeto de estudio tiene entre 14 y 18 años, el historial de consumo es limitado y las prevalencias de consumo en alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días pueden solaparse. Por este motivo, en los análisis de las prevalencias de consumo de nuevas sustancias por sexo y edad se hace referencia a los consumos realizados alguna vez en la vida.

Comparando los resultados en función del sexo, la proporción de chicos consumidores de nuevas sustancias duplica a la de las chicas (5,2% vs 2,6%) y, en función de la edad, la prevalencia aumenta conforme se entrevista a estudiantes mayores, si bien el incremento más importante se registra a partir de los 16 años (estudiantes de 17 y 18 años apuntan respectivamente prevalencias del 5,1% y 7,3%). En el resto de edades, los porcentaje de consumo se sitúan en 1,4%, 2,4% y 3,3% respectivamente para los 14, 15 y 16 años.

Según la nueva sustancia que consideremos, la proporción de consumidores se sitúa entre el 0,4% y 2,2% de los jóvenes consultados (Tabla 1.2.55 y Figura 1.2.45).

Las nuevas sustancias más populares son las setas mágicas (2,2%), *spice* (1,4%) y ketamina (1,1%) seguidas de cerca por las metanfetaminas (0,9%) y salvia (0,8%), mientras que piperazinas, *legal highs* y *research chemicals* se encuentran considerablemente menos extendidas en este grupo de población (0,4%).

Entre los chicos, como ya se ha mencionado, se registran mayores proporciones de consumidores para todas las nuevas sustancias, aunque las diferencias entre sexos son más apreciables (razón próxima a 2:1) en el caso de las drogas más prevalentes: setas mágicas (3% vs 1,4%), *spice* (1,9% vs 1%) y ketamina (1,5% vs 0,7%).

En términos evolutivos, las prevalencias de consumo de este grupo de sustancias se muestran muy similares a las de la anterior edición (Tabla 1.2.55) en todas las sustancias consideradas, si bien el consumo de *spice* ha experimentado un incremento en 2012 (1,1% en 2010 a 1,4% en 2012) y la proporción de consumidores de *legal highs* ha descendido considerablemente (de 0,7% en 2010 al 0,4% en 2012).

A pesar de que, por el momento, las prevalencias de consumo de nuevas sustancias no alcanzan en España cifras tan elevadas como las que se han registrado en algunos otros países de la UE, Australia, etc., y de que la dificultad para evidenciar o descartar su participación en intoxicaciones y fallecimientos ha evitado la existencia de alarma social, resulta de interés observar la magnitud de los consumos de algunas de estas sustancias en el contexto del resto de sustancias psicoactivas a las que, clásicamente, se viene prestando atención.

Tabla 1.2.55.

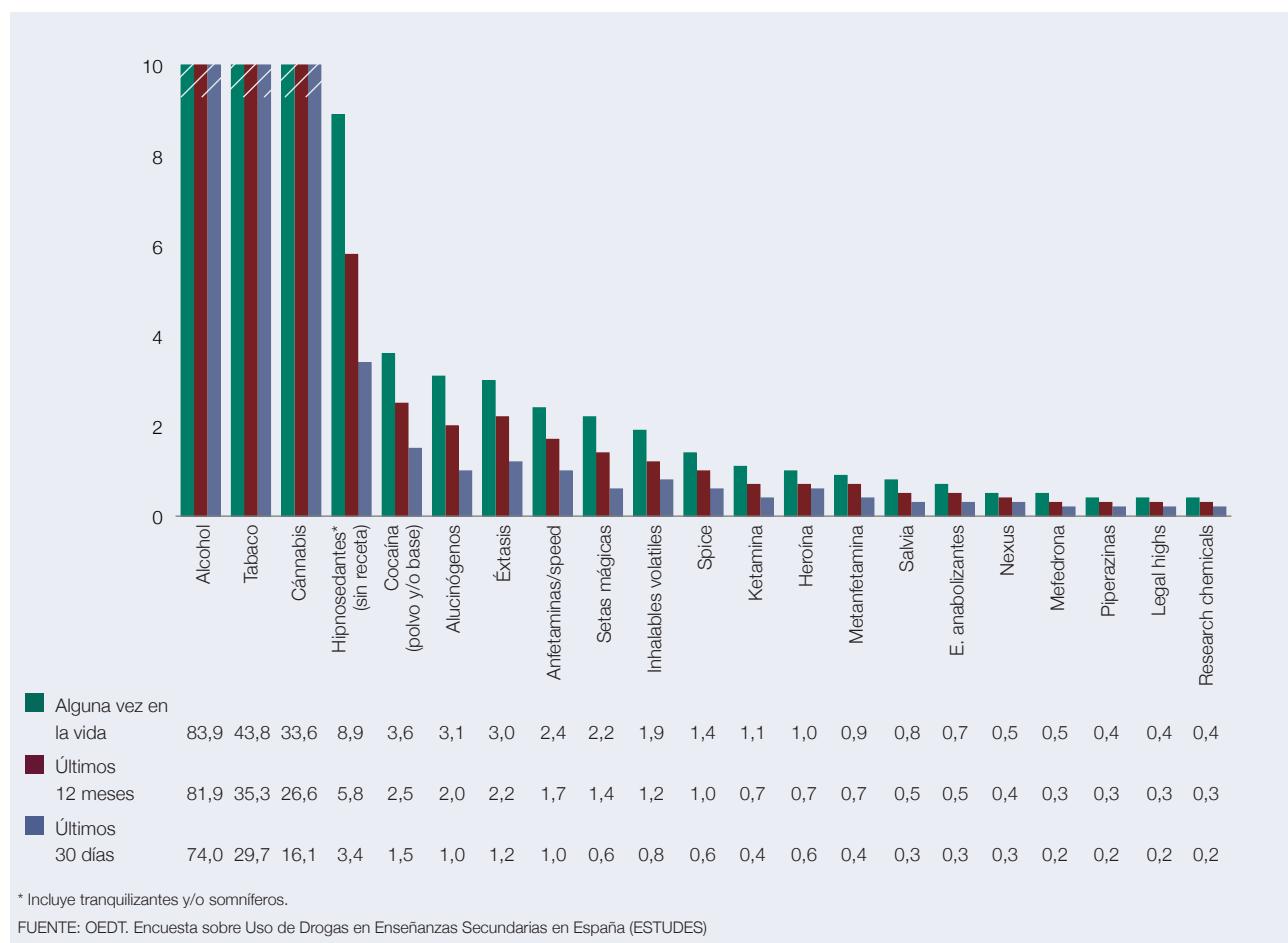
Evolución de las prevalencias de consumo de nuevas sustancias entre estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 2010-2012.

	Prevalencia de consumo alguna vez en la vida		Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses		Prevalencia de consumo en los últimos 30 días	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Ketamina	1,1	1,1	0,8	0,7	0,4	0,4
Spice	1,1	1,4	0,8	1,0	0,5	0,6
Piperazinas	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
Mefedrona	0,4	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2
Nexus	0,5	0,5	0,3	0,4	0,2	0,3
Metanfetamina	0,8	0,9	0,6	0,7	0,4	0,4
Setas mágicas	2,1	2,2	1,6	1,4	0,7	0,6
Research chemicals	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2
Legal highs	0,7	0,4	0,6	0,3	0,5	0,2
Salvia	–	0,8	–	0,5	–	0,3
Esteroides anabolizantes	–	0,7	–	0,5	–	0,3

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Figura 1.2.45.

Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2012.



Percepción de riesgo

La percepción del riesgo asociado al consumo de nuevas sustancias es mayor si se hace referencia a los consumos habituales (una vez por semana o más) frente a consumos esporádicos (una vez al mes o menos).

En cualquier caso, considerando tanto los estudiantes que son capaces de asignar un riesgo determinado como aquellos que no lo hacen (porque nunca han oído hablar de la sustancia), se observa que la proporción de estudiantes que desconocen las nuevas sustancias es muy reseñable. Las sustancias menos conocidas por los estudiantes son los *legal highs* (el 72,4% nunca ha oído hablar de ellas), seguidos de los *research chemicals* (71,3%), mientras que estas proporciones de desconocimiento son más reducidas en el caso de los esteroides anabolizantes (42,1%) y de las setas mágicas (42,6%) (Tabla 1.2.56).

Tabla 1.2.56.

Porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que desconocen los problemas de salud que puede significar consumir alguna de estas sustancias porque no han oído nunca hablar de ellas (porcentajes). España, 2012.

	Nunca he oído hablar de esta droga
Ketamina	55,5
Spice	59,2
Piperazinas	69,1
Mefedrona	69,4
Nexus	68,9
Metanfetamina	46,2
Setas mágicas	42,6
Research chemicals	71,3
Legal highs	72,4
Salvia	69,2
Esteroides anabolizantes	42,1

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Considerando únicamente a los estudiantes capaces de vincular un determinado riesgo al consumo de nuevas sustancias, la percepción de riesgo asociado al consumo habitual es bastante generalizada entre los estudiantes que conocen la sustancia (más del 80% de los estudiantes que afirman haber oído hablar de las diferentes drogas por las que se les pregunta, piensa que su consumo habitual puede conllevar muchos o bastantes problemas de salud o de otro tipo).

Sin embargo, ante un consumo esporádico, la percepción de riesgo disminuye, resultando ser las setas mágicas y los esteroides anabolizantes las sustancias a las que una menor proporción de estudiantes de los que saben de su existencia atribuyen riesgo cuando se trata de consumos una vez al mes o menos (65,3%). Por el contrario, la sustancia que mayor proporción de estudiantes considera que puede producir problemas, aun consumiéndola con carácter esporádico, son los *research chemicals* (76,7%) (Tabla 1.2.57).

Para todas las sustancias analizadas en este apartado, es mayor el porcentaje de mujeres que perciben su consumo como potencialmente peligroso que el que se registra entre los hombres.

Por edades, se observa una mayor percepción de riesgo entre los más mayores, justificado en principio porque entre los más jóvenes se dan altos porcentajes de desconocimiento de las sustancias.

Tabla 1.2.57.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo alguna vez de nuevas sustancias (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), por sexo y edad (porcentajes). España, 2012.

	Total	Sexo		Edad				
		H	M	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Consumir ketamina alguna vez	68,2	66,0	70,5	63,4	64,2	65,4	69,8	74,9
Consumir spice alguna vez	72,4	70,1	74,9	70,0	67,9	70,8	74,0	77,4
Consumir piperazinas alguna vez	74,4	71,3	78,2	69,3	70,5	72,6	76,2	80,8
Consumir mefedrona alguna vez	74,8	72,2	78,0	70,5	71,7	71,4	77,2	81,3
Consumir nexus alguna vez	75,3	72,4	78,8	70,8	70,9	73,1	77,3	82,2
Consumir metanfetamina alguna vez	75,4	73,1	78,2	72,4	72,7	74,3	76,2	80,7
Consumir setas mágicas alguna vez	65,3	62,4	68,5	67,3	65,9	64,5	63,6	67,6
Consumir research chemicals alguna vez	76,7	73,3	81,2	70,9	72,5	75,1	79,2	82,5
Consumir legal highs alguna vez	74,0	71,3	77,4	69,8	69,5	71,9	77,0	79,3
Consumir salvia alguna vez	71,2	67,8	75,5	67,4	68,8	70,2	72,2	75,3
Consumir esteroides anabolizantes alguna vez	65,3	61,4	70,3	62,3	62,6	63,5	65,6	72,3

Alguna vez: Una vez al mes o menos frecuentemente.

Se excluyen de la base los casos que no contestan, no saben o nunca han oído hablar de la sustancia.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

También se perciben diferencias en función de si el entrevistado ha consumido la sustancia en cuestión o no, ya que, entre consumidores, existe una menor percepción del riesgo.

Analizando si aquellos que han consumido alguna vez cada sustancia son conscientes de los problemas relacionados con el consumo ocasional, los mayores niveles de desconocimiento aparecen entre los consumidores de *research chemicals*, mefedrona y nexus. Así, incluso siendo consumidores de las sustancias, el 22,3%, 19% y 18,6% de los consumidores de estas sustancias, respectivamente, no es capaz de determinar si el consumo puede ocasionarle problemas o no.

En 2012, se registra un aumento considerable en la proporción de estudiantes que tienen conocimiento de los problemas, de salud o de otro tipo, que puede ocasionar el consumo de nuevas sustancias. Este aumento se constata tanto entre los consumidores como entre aquellos que no han consumido (Tabla 1.2.58).

La Tabla 1.2.59 muestra cómo los consumidores de cada una de las sustancias analizadas muestran una menor percepción de riesgo que los no consumidores, dándose también importantes diferencias en función de la sustancia. Hay que tener en cuenta que la submuestra de consumidores es pequeña, pero se observa cómo más de la mitad de los consumidores de las diferentes sustancias no las consideran peligrosas. Especialmente, destaca la reducida asociación al riesgo que manifiestan los consumidores de setas mágicas (28,7%).

Tabla 1.2.58.

Evolución del porcentaje de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que desconocen los problemas de salud que puede significar consumir habitualmente alguna de las siguientes nuevas sustancias, según consuman o no consuman la sustancia (porcentajes). España, 2010-2012.

	Todos		Sí consumen esa sustancia		No consumen esa sustancia	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Consumir ketamina habitualmente	40,8	30,9	24,3	14,4	41,0	31,2
Consumir spice habitualmente	44,0	33,2	27,7	11,4	44,2	33,7
Consumir piperazinas habitualmente	48,0	40,2	31,4	15,3	48,0	40,4
Consumir mefedrona habitualmente	48,3	40,5	30,8	19,6	48,3	40,7
Consumir nexus habitualmente	48,7	40,1	26,6	20,9	48,8	40,3
Consumir metanfetamina habitualmente	44,3	32,2	26,6	11,5	44,5	32,5
Consumir setas mágicas habitualmente	41,4	28,6	22,6	14,5	41,8	29,1
Consumir research chemicals habitualmente	50,1	41,4	31,7	27,4	50,2	41,5
Consumir legal highs habitualmente	50,1	38,1	30,9	10,7	50,2	38,4
Consumir salvia habitualmente	–	41,1	–	10,8	–	41,6
Consumir e. anabolizantes habitualmente	–	32,9	–	15,1	–	33,1

Habitualmente: Una vez por semana o más frecuentemente.

Considerados como consumidores aquellos que han consumido alguna vez cada una de las sustancias.

Se excluyen de la base los casos que no contestan y no han oido hablar nunca de la sustancia

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Tabla 1.2.59.

Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo alguna vez de nuevas sustancias (proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas), según consuman o no consuman la sustancia (porcentajes). España, 2012.

	Sí consumen esa sustancia	No consumen esa sustancia
Consumir ketamina	37,2	68,9
Consumir spice	42,9	73,4
Consumir piperazinas	37,1	75,0
Consumir mefedrona	42,3	75,4
Consumir nexus	41,1	75,9
Consumir metanfetamina	43,4	76,2
Consumir setas mágicas	28,7	66,9
Consumir research chemicals	44,9	77,2
Consumir legal highs	39,5	74,7
Consumir salvia	32,1	72,4
Consumir esteroides anabolizantes	37,8	65,7

Alguna vez: Una vez al mes o menos frecuentemente

Se excluyen de la base los casos que no contestan, no saben o nunca han oido hablar de la sustancia

Considerados como consumidores aquellos que han consumido alguna vez cada una de las sustancias.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Percepción de disponibilidad

En cuanto a la percepción de disponibilidad, es decir, la facilidad con la que los encuestados creen que podrían conseguir cada una de las sustancias estudiadas en 24 horas, se muestran datos obtenidos a partir de aquellos que dicen cono-
cerlas. Dependiendo de las sustancias, entre un 30,4% y un 55,4% de los entrevistados, las desconocían y alrededor de un 20% no contestaron; esto conlleva que, según el tipo de sustancia, entre un 54% y un 74% de los entrevistados no dieron una respuesta a la disponibilidad percibida.

Entre los que dieron una respuesta, los esteroides anabolizantes son la sustancia considerada fácilmente disponible por un mayor porcentaje de población (53,9%) ya que, aproximadamente, una de cada dos personas que conoce esta sustancia opina que puede conseguirse fácilmente/muy fácilmente en 24 horas. Esto mismo ocurre en el 52% de los que conocen las setas mágicas y en el 43,6% de las metanfetaminas. El resto de sustancias estudiadas muestra cifras que también superan el 30%, siendo las piperazinas y la mefedrona las sustancias valoradas como más difíciles de adquirir (Tabla 1.2.60).

Tabla 1.2.60.

Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (proporción de estudiantes que piensa que sería relativamente fácil o muy fácil conseguir cada droga) según hayan consumido alguna vez en la vida o no la sustancia (porcentajes). España, 2010-2012.

	Todos		Sí consumen esa sustancia		No consumen esa sustancia	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Ketamina	40,2	41,8	83,6	74,4	39,4	41,0
Spice	39,8	42,5	79,1	73,4	39	41,4
Piperazinas	31,5	34,2	75,6	66,2	31,2	33,8
Mefedrona	30,9	34,2	78,2	66,2	30,5	33,8
Nexus	30,5	34,6	73,4	66,2	30,1	34,1
Metanfetamina	39,8	43,6	80,5	74,7	39,2	43,0
Setas mágicas	50,3	52,0	84,7	84,2	48,9	50,4
Research chemicals	30,6	34,2	67	75,6	30,3	33,8
Legal highs	32,8	35,1	79,3	73,9	32,2	34,7
Salvia	–	37,3	–	75,4	–	36,4
Esteroides anabolizantes	–	53,9	–	72,7	–	53,7

Se excluyen de la base los casos que no contestan y no han oido hablar nunca de la sustancia

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Al igual que ocurría para la percepción de riesgo, la disponibilidad percibida también varía en función de si el entrevistado es o ha sido consumidor real de la sustancia por cuya disponibilidad se le pregunta. Entre los consumidores, la proporción de los que consideran que las diferentes sustancias son fácilmente accesibles suele ser mayor, dato que se confirma a la vista de los resultados.

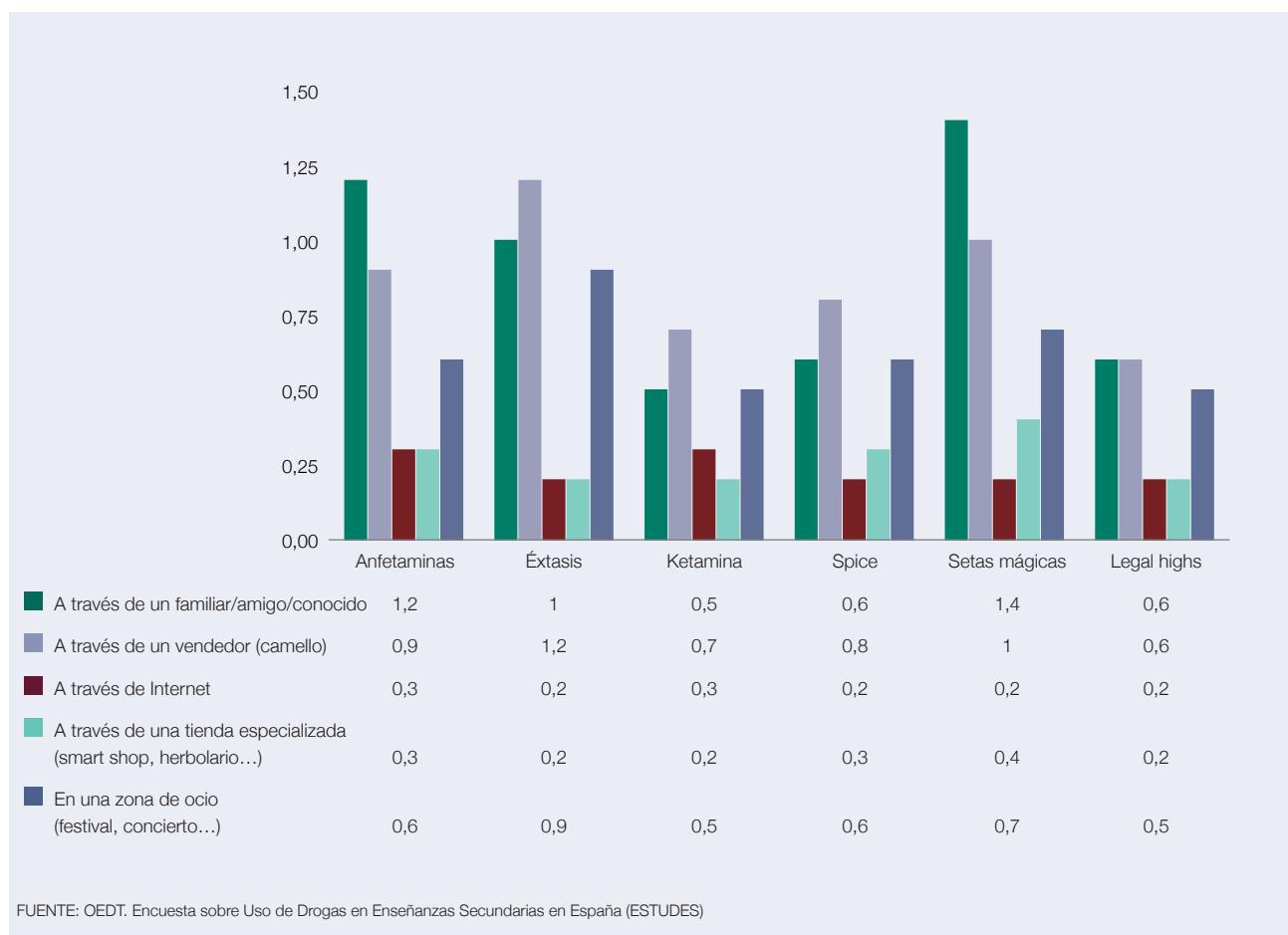
Los datos del 2012 indican que, entre los estudiantes en general, la disponibilidad percibida de estas sustancias es mayor a la reflejada en los datos del 2010, al igual que ocurre entre los jóvenes que no han consumido nunca las sustancias. Sin embargo, entre los consumidores reales, la disponibilidad percibida en 2012 es menor a la que señalaron en 2010.

Vías de obtención

Al analizar las diferentes vías por las que los consumidores de nuevas sustancias (una o más sustancias) han conseguido acceder a las mismas, se observa que la vía utilizada por una mayor proporción de ellos fue a través de un amigo o conocido (31%), seguida de vendedores o camellos (25%), de zonas de ocio (21,8%) y las *smart shops/head shops* (12%), encontrando diferencias en función de la sustancia (Figura 1.2.46).

Figura 1.2.46.

Distintos modos en los que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años han conseguido alguna de las siguientes drogas (porcentajes). España, 2012.



Merece hacer una mención especial a la utilización de Internet como vía de acceso a las nuevas sustancias, ya que esta vía ha desempeñado un papel fundamental en el resto de países de la Unión Europea, en la difusión de información sobre muchas de estas sustancias, especialmente las de más reciente aparición (*spice*, *mefedrona*, *legal highs*, *research chemicals*, etc.) y también ha permitido acceder fácilmente a ellas a través de websites con ofertas a precios bastante asequibles y mínimos requisitos de identificación personal para los consumidores. No debe olvidarse, además, que Internet es, para la población más joven, una herramienta de uso habitual que posibilita y amplía las opciones recreativas con apenas esfuerzo.

Sin embargo, en España, no parece haber sido así. Sólo el 9,4% de los que dicen haber accedido/comprado a alguna de las nuevas sustancias, lo hicieron a través de Internet, suponiendo el 0,6 del total de la población de estudiantes de 14-18 años. Es, al menos sorprendente, que Internet tenga tan poco peso en la adquisición de sustancias, pero es necesario hacer un seguimiento de esta vía, para evitar que se convierta en una puerta de entrada “fácil” de determinadas sustancias, como ocurre en otros países.

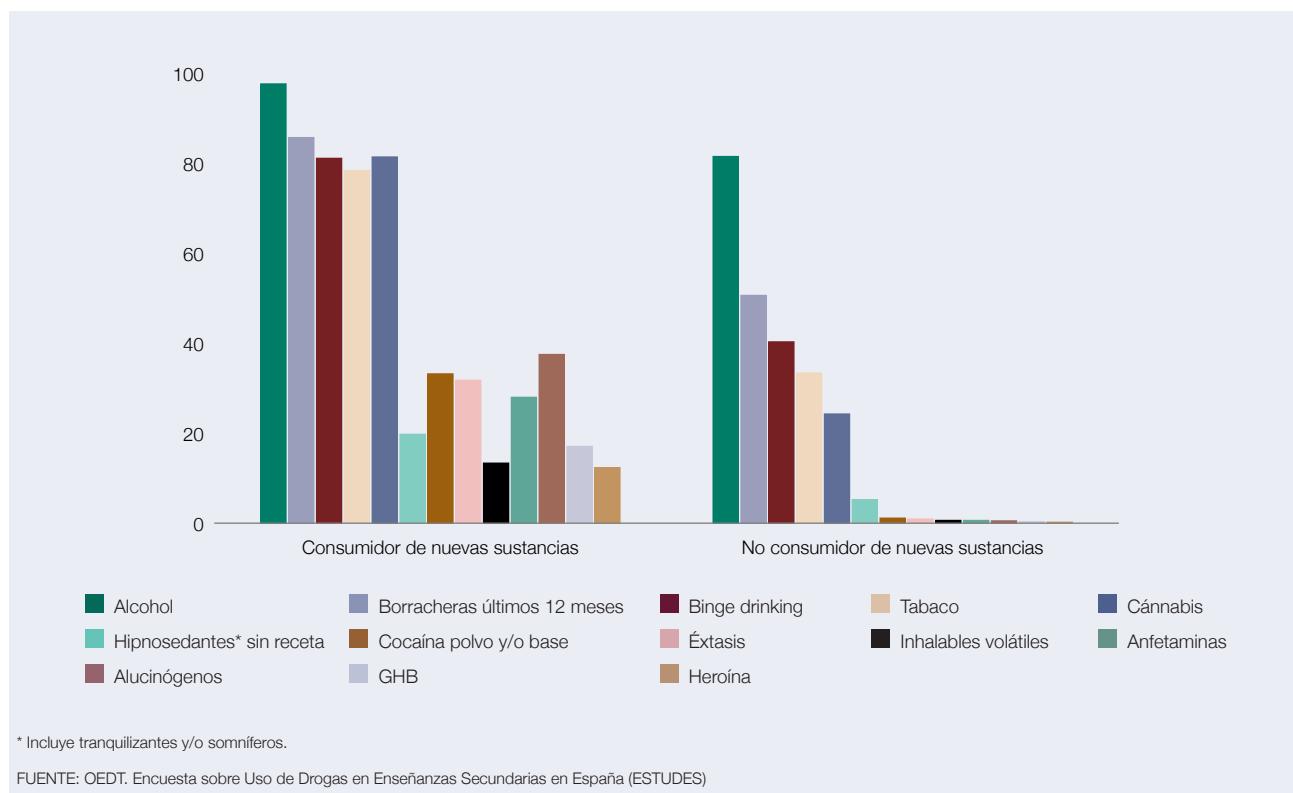
Policonsumo

En este apartado se pretende estudiar la relación entre el consumo de nuevas sustancias y el de otras sustancias psicoactivas (legales e ilegales).

Entre los consumidores de nuevas sustancias, la prevalencia de consumo de otras sustancias es elevada (Figura 1.2.47). Los datos obtenidos en ESTUDES 2010 y en EDADES 2011 informan que es muy infrecuente encontrar consumidores de nuevas sustancias que sólo consuman este tipo de sustancias y no otras. En este sentido y confirmando estos datos, los resultados de ESTUDES 2012, señalan que prácticamente todos los estudiantes que han consumido alguna vez en la vida algún tipo de nueva sustancia consumieron alguna sustancia legal en los últimos 12 meses (98,4%) y en los últimos 30 días (97,7%).

Figura 1.2.47.

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años que han consumido nuevas sustancias alguna vez en la vida frente a los que no han consumido nuevas sustancias (porcentajes). España, 2012.



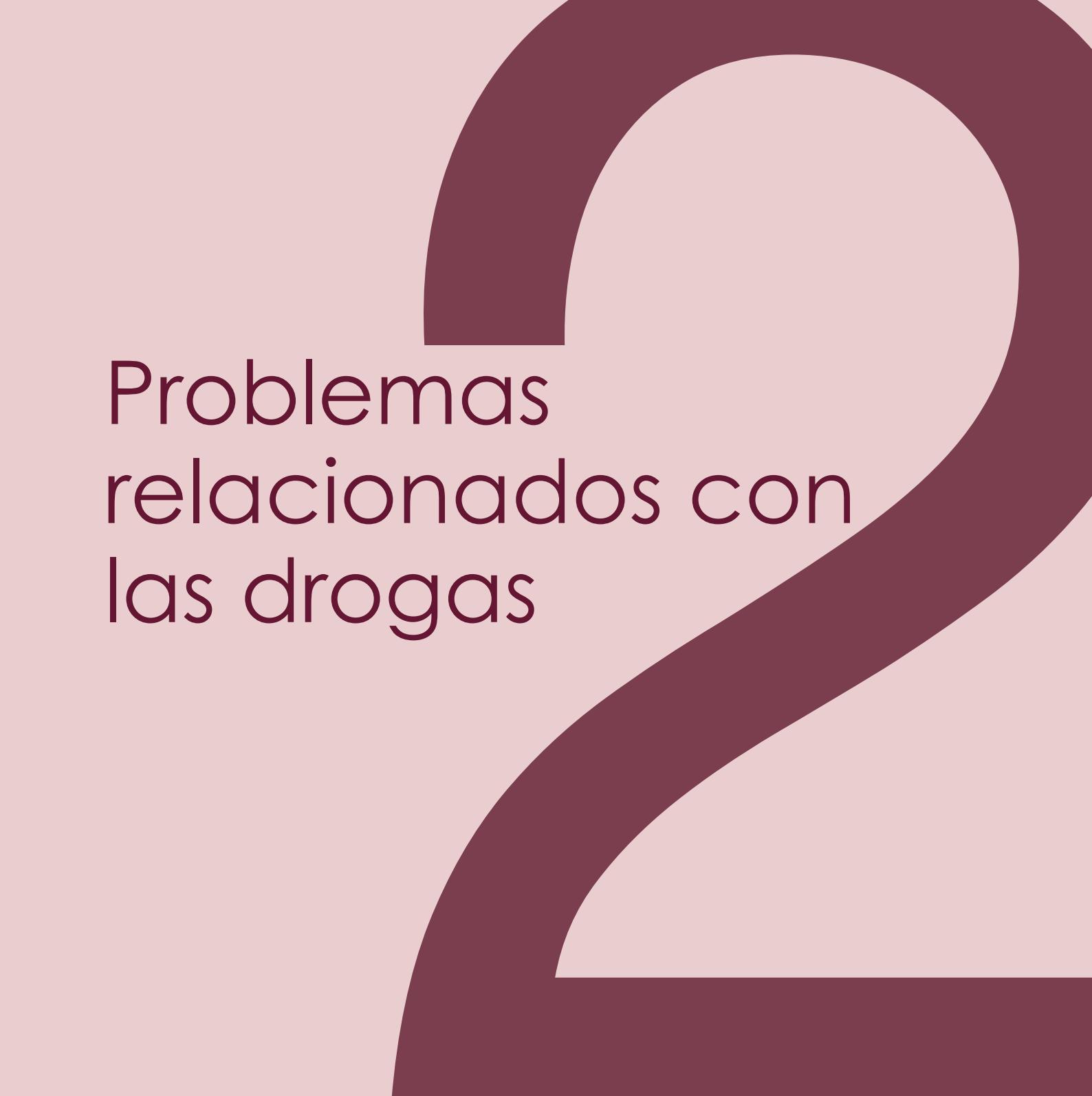
El consumo de alguna sustancia ilegal (cánnabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, heroína o GHB según EMCDDA) también es habitual entre esta población, de modo que el 85,8% de los consumidores de nuevas sustancias consumió alguna sustancia ilegal en el último año, el 73,1% en el último mes, siendo estas prevalencias notablemente inferiores entre los estudiantes que nunca han consumido nuevas sustancias (24,5% para el último año y 14,3% para el último mes).

Estas diferencias en las prevalencias de consumo de otras sustancias psicoactivas, entre los consumidores de nuevas sustancias y los que no han consumido nunca este tipo de sustancias queda patente en todas las sustancias que se consideren: el 68,2% de los consumidores alguna vez en la vida de alguna nueva sustancia, fumó cánnabis en el último mes (frente al 13,9% de entre los no consumidores de nuevas sustancias), el 23,2% consumió cocaína en el último mes (frente al 0,5% de entre los no consumidores de nuevas sustancias), el 20,8% consumió éxtasis en el último mes (frente al 0,4%) y el 20,6% alucinógenos (frente al 0,2%).

También aparecen diferencias importantes en cuanto al consumo intensivo de alcohol, entre los consumidores de nuevas sustancias y los que no las consumen. Así, de entre los que sí reconocen haber consumido nuevas sustancias, el 80,9% hizo *binge drinking* en el último mes y el 69,9% se emborrachó durante el mismo periodo. Entre los que no han consumido nunca nuevas sustancias, las proporciones de *binge drinkers* y estudiantes que se han emborrachado en el último mes descienden a la mitad (40,2% y 29,2%, respectivamente).

Respecto a los hábitos de salidas nocturnas que refieren los estudiantes que han consumido una o más nuevas sustancias alguna vez en su vida, el 32,2% señala que, en el último año, ha salido dos noches a la semana y el 22% tres o más noches. Entre los jóvenes que nunca han consumido estas sustancias, la proporción de los estudiantes que salen por la noche, es menor: el 20% ha salido dos noches a la semana y el 7,6% tres o más noches.

Por otro lado, analizando la hora de llegada de la última salida nocturna a la realización de la encuesta, la proporción de consumidores de nuevas sustancias no alcanza, en ningún caso, el 4% entre los estudiantes que regresaron a casa antes de las 4 de la madrugada. Sin embargo, el 5,9% de aquellos que volvieron entre las 4 y las 8 había consumido nuevas sustancias en alguna ocasión, incrementándose la proporción hasta el 14,1% entre aquellos que regresaron a partir de las 8 de la mañana.



Problemas relacionados con las drogas

2.1. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1987-2011

Introducción

Conocer el número y las características de las personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas aporta información para conocer 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.

El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) notifica anualmente al EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías¹) 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 en toda España, y que existe desde 1987. 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 Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en su versión actual (Protocolo 2003-España) se define como el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas (enumeradas en un anexo del protocolo) en una Comunidad Autónoma y en un año dado. Se dispone de un protocolo detallado en el que quedan descritas las variables a incluir, la manera de hacerlo y los criterios de inclusión y exclusión.

Esta información puede consultarse en <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/seipad/home.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 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 (2011), las principales características sociodemográficas y la vía de administración de drogas predominante. Seguidamente se presentan los resultados por tipo de droga, así se aporta información sobre las admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, cocaína, cannabis, hipnosedantes, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos y alcohol.

1. <http://www.emcdda.europa.eu/>

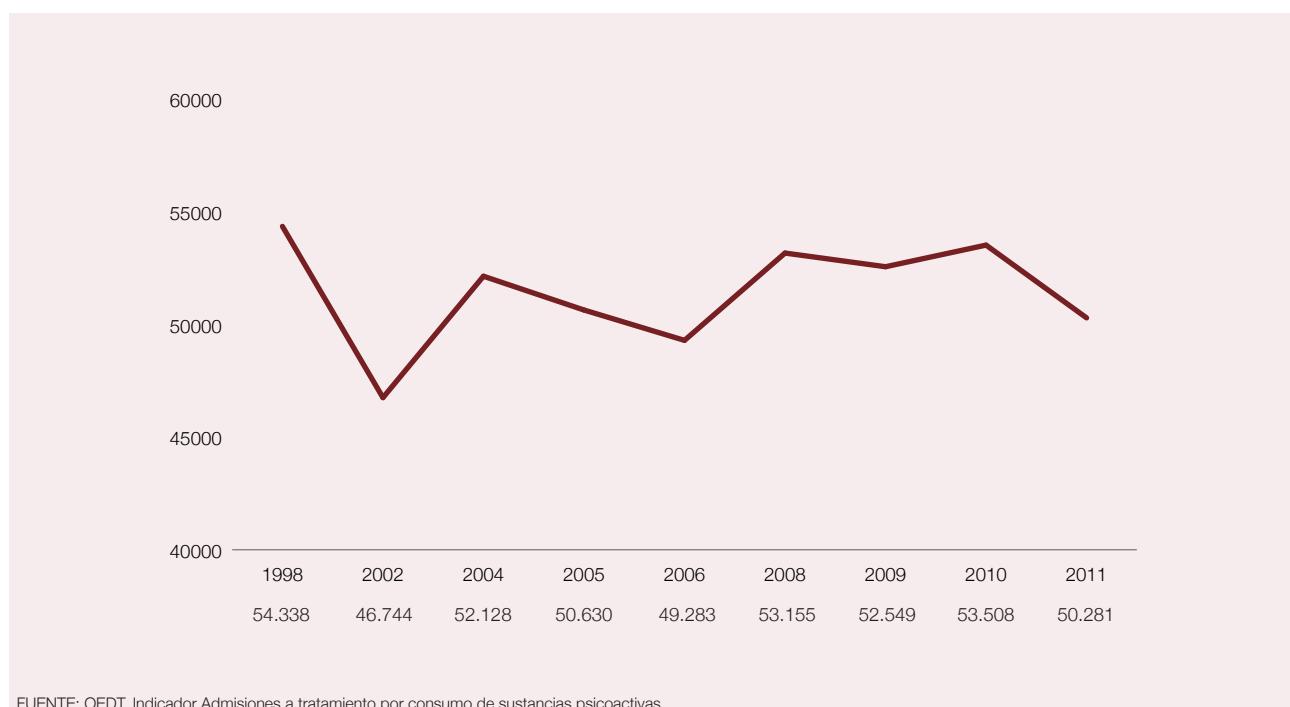
Resultados generales

En 2011, se registraron en España 50.281 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol y tabaco) (Figura. 2.1.1).

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 un aumento de las admisiones por cocaína y por cannabis.

Figura 2.1.1.

Número de admisiones a tratamiento por drogas ilegales. España, 1998-2011.



En cuanto al peso que cada droga ha representado, en 2011, en el número total de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, la Figura. 2.1.2 muestra que la cocaína es la droga ilegal que causó un mayor número de admisiones a tratamiento (40,4% del total), seguida de los opioides (29,7%) y el cannabis (25,6%).

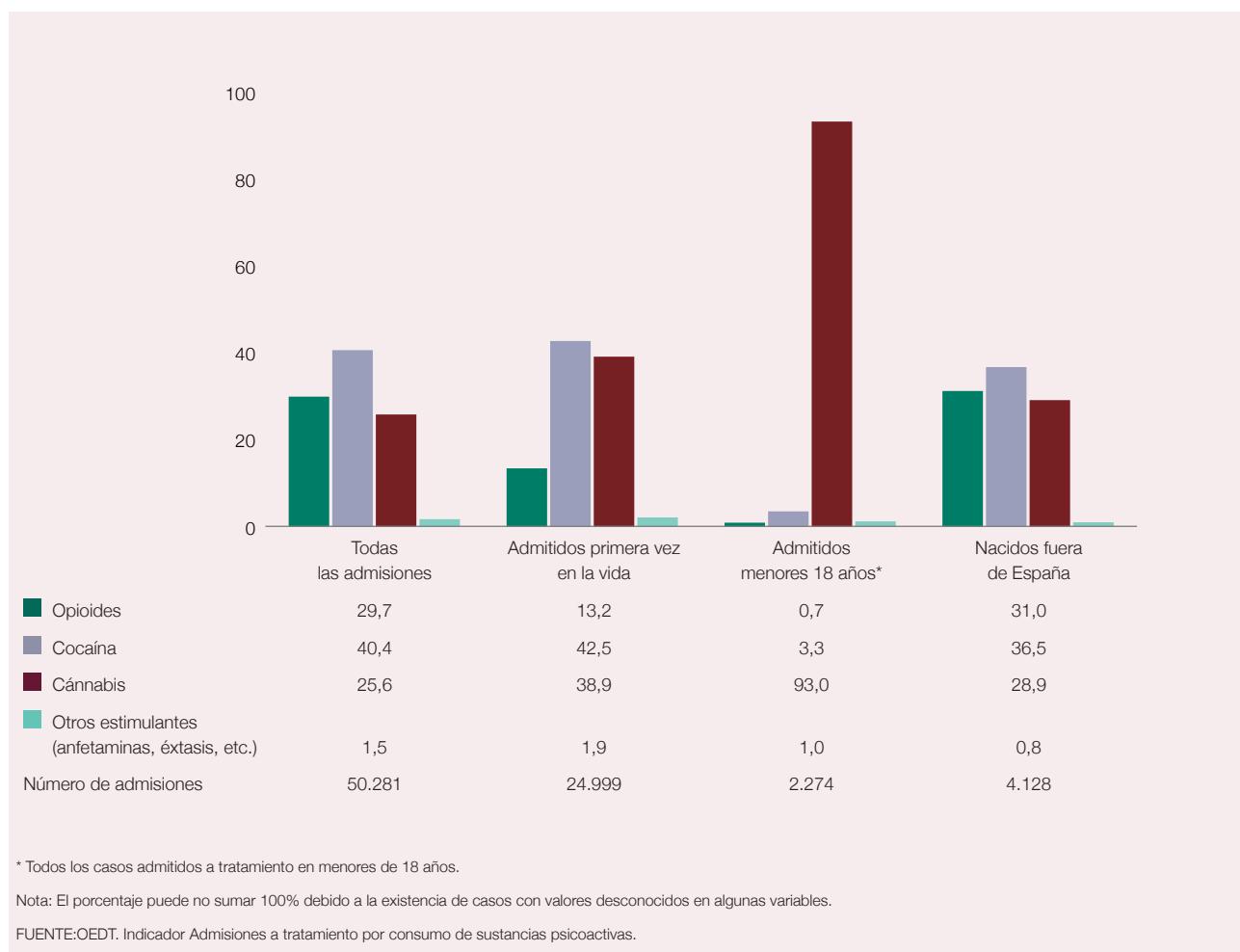
Si se consideran sólo los datos referentes a las admisiones por primera vez en la vida (primeras admisiones), las diferencias a favor de la cocaína son aún mayores. En este caso, la cocaína es la droga que causó más primeras admisiones (42,5%), seguida del cannabis (38,9%) y los opioides (13,2%) (Figura 2.1.2).

Como viene ocurriendo en años anteriores, el consumo de cannabis es el responsable de la mayoría (93%) de las admisiones a tratamiento en menores de 18 años de edad.

Para los nacidos fuera de España, en el año 2011, la cocaína se consolida como la sustancia para la que hay mayor número de admisiones a tratamiento (36,5%), seguida de los opioides (31%) y, a no mucha distancia, del cannabis (28,9%).

Figura 2.1.2.

Proporción (%) de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas ilegales, según droga principal. España, 2011.



En 2011, como en años anteriores, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron varones, el 84,2% de la totalidad de los admitidos. También como en otros años, la presencia de mujeres es más alta entre los admitidos por abuso o dependencia de hipnosedantes que entre los admitidos por el resto de las drogas, aunque sigue habiendo mayor número de admitidos varones en todas las sustancias (Tabla 2.1.1).

El 8,5% del conjunto de admitidos nacieron fuera de España, no encontrando diferencias en función del género.

La edad media de los admitidos a tratamiento fue de 33,4 años para el conjunto de las admisiones (para ambos sexos, igualmente), similar a la de años anteriores y de 30,3 años para las primeras admisiones.

La media de edad de las personas admitidas varía en función de la droga principal. Así, la edad media de las personas admitidas por heroína fue de 39,3 años, por hipnosedantes 38,6 años, por cocaína 33,9 años y por cannabis 25,3 años.

En relación al nivel de estudios, en 2011, la mayoría de los pacientes admitidos a tratamiento por heroína (52,3%) sólo habían completado estudios primarios, mientras que el 53,1% de los admitidos a tratamiento por cocaína y el 48,4% de los admitidos por cannabis tenían completos sus estudios secundarios.

Con respecto a la situación laboral, la proporción de empleados entre los tratados por cocaína (41,16%) fue mucho más alta que la proporción de empleados entre los tratados por heroína (19,7%) y, aun tratándose de una población bastante más joven, la proporción de empleados entre los tratados por cannabis (21,7%) superó a la proporción de empleados entre los tratados por heroína.

Tabla. 2.1.1.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales, según tratamiento previo o no y según sexo. España, 2011.

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Nº de casos	50.281	23.232	24.999	42.143	7.887
Tratados por primera vez por la droga principal (%)	51,8	–	–	51,4	54,2
Edad media (años)	33,4	36,7	30,3	33,3	33,8
Mujeres (%)	15,8	15,0	16,5	–	–
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3
Enseñanza primaria	45,5	46,2	44,8	46,4	40,5
Enseñanzas secundarias	48,4	48,5	48,5	48,1	50,7
Estudios universitarios	4,3	5,0	5,0	3,8	6,9
Otros	0,5	0,5	0,5	0,4	0,6
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	29,3	27,2	31,1	30,2	24,7
Parado no habiendo trabajado	6,0	5,6	6,5	5,7	7,2
Parado habiendo trabajado	40,7	45,1	36,8	41,1	38,3
Otras	24,0	22,2	25,7	22,9	29,8
Nacidos fuera de España (%)	8,5	7,4	9,7	8,5	8,8
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	12,1	17,7	7,2	11,7	14,4
Médicos generales, atención primaria de salud	9,1	6,2	11,5	8,8	10,3
Hospitales u otros servicios de salud	6,2	7,6	5,0	5,6	9,5
Servicios sociales	5,3	3,7	6,6	4,6	8,8
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	8,7	10,4	7,3	9,2	5,7
Servicios legales o policiales	8,8	5,4	11,9	9,3	5,9
Empresas o empleadores	2,0	1,6	1,9	2,1	1,3
Familiares o amigos/as	12,9	8,3	16,9	13,1	11,9
Iniciativa propia	32,4	37,1	28,7	33,0	29,2
Otras	2,6	1,9	3,1	2,5	2,9
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	12,1	14,6	9,9	12,2	11,6
Únicamente con pareja	10,2	10,6	9,9	9,2	15,5
Únicamente con hijos	6,0	5,3	6,5	5,0	11,9
Con pareja e hijos/as	15,1	14,6	15,7	15,2	14,5
Con padres o familia de origen	40,9	36,4	45,2	42,5	32,1
Con amigos	2,9	3,2	2,7	2,8	3,8
Otros	12,7	15,3	10,2	13,0	10,6
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	84,9	80,4	89,3	84,3	87,9
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	7,1	8,5	5,8	7,9	2,8
Otras instituciones	2,3	3,1	1,6	2,3	2,6
Pensiones, hoteles, hostales	0,6	0,9	0,5	0,6	0,9
Alojamientos inestables/precarios	2,6	3,9	1,5	2,6	3,2
Otros lugares	2,4	3,3	1,3	2,4	2,5

	Total	Tratamiento previo		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Droga principal por la que es admitido a tratamiento (%)					
Opioides	29,7	47,4	13,2	29,5	30,4
Heroína	27,6	44,7	11,8	27,7	27,3
Metadona	1,2	1,5	0,8	1,1	1,6
Otros Opioides	0,9	1,2	0,6	0,8	1,5
Cocaína	40,4	38,3	42,5	41,0	37,7
Cocaína CLH	39,2	37,0	41,4	39,8	36,3
Cocaína base	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3
Otros estimulantes	1,5	1,1	1,9	1,4	1,8
Anfetaminas	1,2	1,0	1,5	1,1	1,5
MDMA y derivados	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2
Otros estimulantes	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Hipnosedantes	2,3	1,7	2,8	1,7	5,5
Barbitúricos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Benzodiazepinas	2,0	1,4	2,5	1,4	4,9
Otros hipnosedantes	0,3	0,2	0,3	0,2	0,5
Alucinógenos	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros alucinógenos	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3
Inhalables volátiles	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Cánnabis	25,6	11,2	38,9	25,9	23,8
Otras sustancias	0,2	0,2	0,3	0,2	0,5
Edad al inicio del consumo de la droga principal (años)	19,6	19,8	19,3	19,3	21,1
Frecuencia de consumo de la droga principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	43,1	40,3	45,2	42,7	45,2
4-6 días/semana	6,9	5,8	7,7	6,9	6,5
2-3 días/semana	13,6	10,7	16,1	13,9	12,2
1 día/semana	5,6	4,9	6,2	5,6	5,7
Menos de 1 día/semana	7,0	7,3	6,7	7,1	6,6
No consumió	23,9	31,0	18,1	23,9	23,8
Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días (%)					
Oral	6,0	5,9	6,0	5,3	10,1
Pulmonar	51,3	49,7	52,8	51,7	48,9
Intranasal	35,7	32,6	38,6	36,0	33,8
Parenteral	6,1	10,5	2,0	6,1	6,2
Otras	0,9	1,2	0,7	0,9	1,1
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	16,7	28,2	6,5	16,9	15,4
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	6,2	9,9	2,8	6,2	6,0
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	5,9	10,2	1,8	5,6	7,4
Negativo (análisis últimos 6 meses)	22,0	26,2	18,4	21,8	23,2
Negativo (sin fecha de análisis)	20,7	26,5	15,9	20,8	20,0
Sin análisis o resultado desconocido	51,5	37,1	64,0	51,8	49,3

Nota: 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.

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En España, la gran mayoría (84,9%) de los pacientes admitidos a tratamiento por drogas ilegales viven en hogares familiares (casas, pisos o apartamentos). En 2011, la proporción de personas admitidas a tratamiento que vivían en instituciones era del 9,4% y la de los que tenían un alojamiento precario o inestable (*homeless*) del 2,6%. El modelo más frecuente de convivencia es la familia de origen (con los padres) o la familia propia (con cónyuge y/o hijos). También se observan diferencias importantes en los modelos de convivencia y tipo de alojamiento según la droga principal de admisión a tratamiento. En 2011, vivir en una institución o tener un alojamiento precario o inestable fue mucho más frecuente entre los admitidos a tratamiento por heroína (23,2%) que entre los admitidos por cannabis (7,1%) o cocaína (8,9%) y sucedía lo contrario con la proporción de pacientes que viven con la familia de origen o la propia.

Con respecto al servicio o la fuente que derivó a los pacientes a tratamiento, casi la mitad (45,3%) de los pacientes iniciaron tratamiento por iniciativa propia o fueron estimulados por sus parientes o amigos, aunque el sistema público de salud derivó a tratamiento aproximadamente a un tercio de los admitidos (27,4%).

Entre los admitidos a tratamiento está firmemente establecido el patrón de policonsumo de drogas. La mayor parte (62,3%) de los admitidos en 2011 había consumido otras drogas distintas de la que ha motivado el tratamiento (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión. Sólo el 37,7% había consumido únicamente la droga por la que fue admitido a tratamiento. El 34,4% refirió consumir, además de la droga principal por la que fue admitido a tratamiento, una sola droga, el 19,4% consumió dos drogas, el 6,5% admitió consumir 3 drogas y el 2% más de tres drogas. Entre los admitidos por heroína, las drogas secundarias notificadas con más frecuencia fueron la cocaína y el cannabis, y entre los admitidos por cocaína lo fueron el alcohol y el cannabis.

En 2011, algo más de la mitad (51,8%) de los admitidos a tratamiento por drogas psicoactivas en España recibieron tratamiento por esa sustancia en concreto, por primera vez en su vida; proporción que fue mucho más baja entre los admitidos por heroína (22,2%) que entre los admitidos por cocaína (54,6%), cannabis (78,9%), anfetaminas (61,9%) o éxtasis (80,4%).

En 2011, la vía de administración predominante de la droga principal entre el total de los admitidos a tratamiento por consumo de heroína (durante los 30 días previos al inicio de tratamiento) fue la pulmonar o fumada, que alcanzó la cifra de 72,3%, seguida de la inyectada (18,9%) y la intranasal o esnifada (5,9%).

Con respecto a los años ochenta en que, independientemente del uso de otras vías, el uso de la vía inyectada como vía predominante de administración de la heroína era prácticamente universal entre los consumidores de esta sustancia, se ha producido un cambio radical en la vía predominante de administración y, actualmente, es la vía pulmonar o fumada la de uso predominante.

De este modo, el número de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína que usa la inyección como vía más frecuente (o principal o preferente) de administración pasó de 8.232 en 1992 (año en que se registró la cifra más elevada) a 365 en 2011 y, aunque pudiera parecer que se trata, únicamente, del efecto de la disminución del número absoluto de admitidos, por primera vez, por consumo de heroína, este cambio se confirma al comprobar cómo la proporción que representaron estas personas sobre el total de admitidos por heroína pasó de 42,9% en 1992 a 12,8% en 2011 (Figura. 2.1.3).

En 2011, entre el total de admitidos a tratamiento por cocaína en polvo, la vía de administración predominante es la intranasal o esnifada (83,3%), seguida de la pulmonar o fumada (12,2%) y de la inyectada (2,0%), manteniéndose estable la distribución respecto a los años anteriores. Con relación al número de admitidos a tratamiento por primera vez por consumo de cocaína en polvo, la vía principal de administración sigue siendo, mayoritariamente, la intranasal o esnifada, seguida de la pulmonar y de la inyectada, aunque a considerable distancia (Figura 2.1.4.).

Se observa una tendencia descendente en el número de inyectadores admitidos a tratamiento, por cualquiera de las sustancias consideradas. De las personas que iniciaron tratamiento en 2011 se inyectaron, en los últimos 12 meses, 702 (Figura. 2.1.5).

Figura 2.1.3.

Número de admisiones a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de heroína, según vía principal de administración de esta droga. España, 1991-2011.

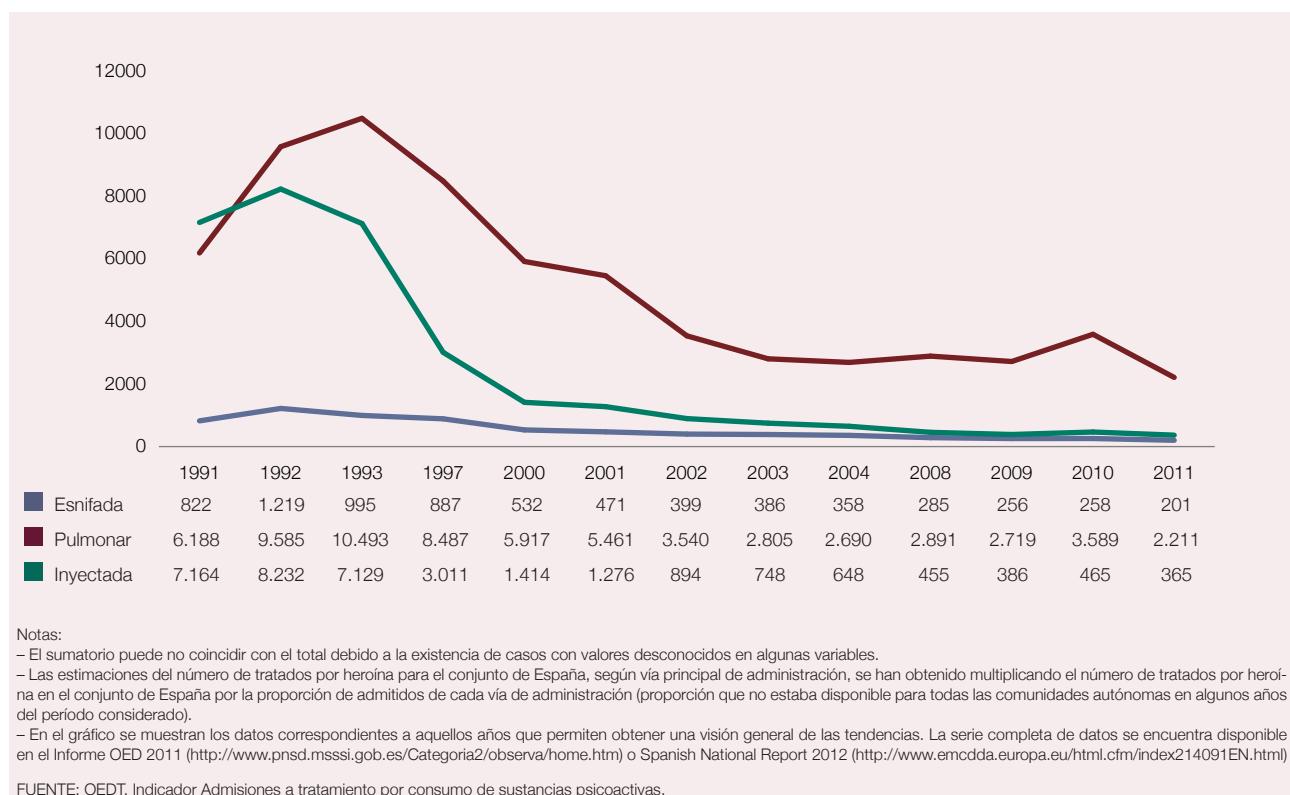


Figura 2.1.4.

Número de admitidos a tratamiento (primera vez) por abuso o dependencia de cocaína, según vía principal de administración de dicha droga. España, 1991-2011.

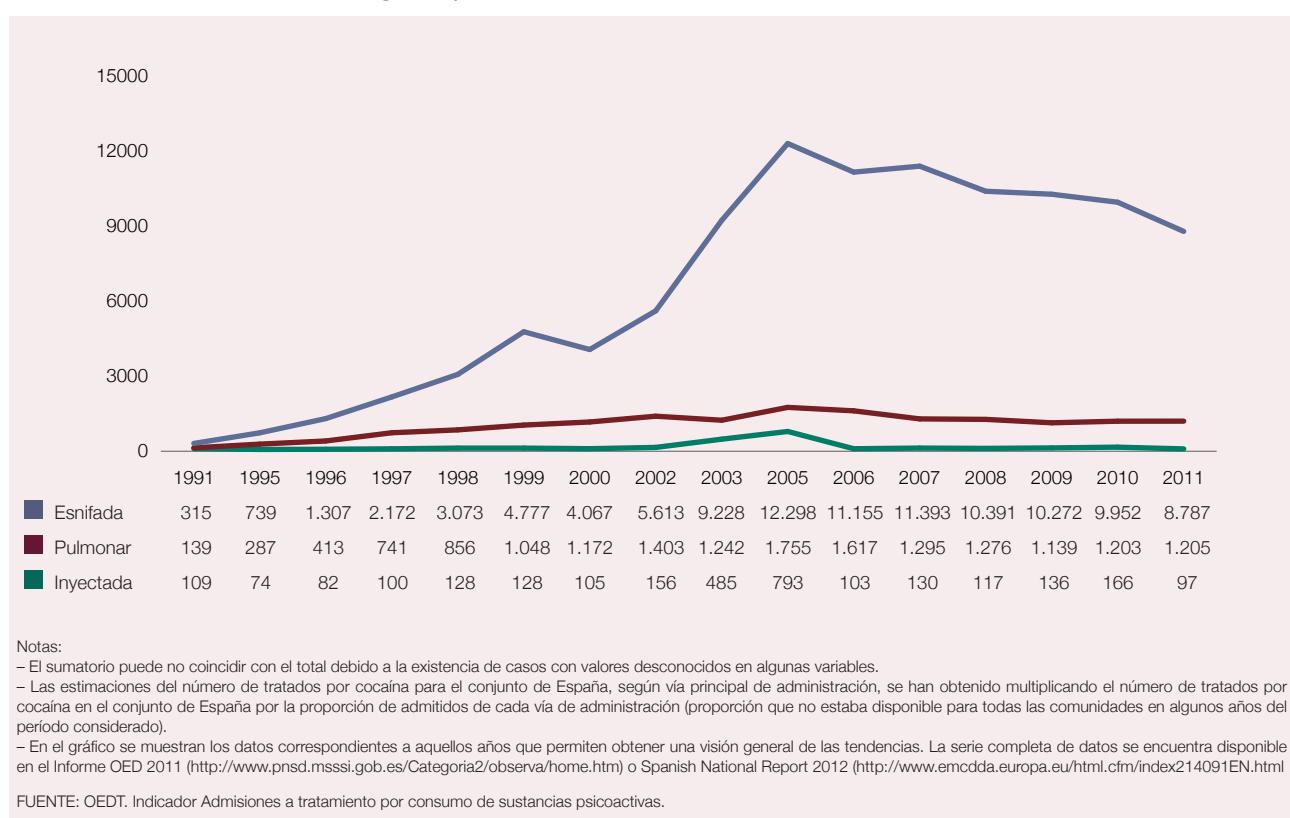


Figura 2.1.5.

Número de inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (total de tratados y tratados por primera vez). España, 1996-2011.



Resultados por tipo de droga

El número total de admisiones por drogas ilegales en 2011 es de 50.281, situándose la cocaína en primer lugar, seguida de los opioides y del cannabis. Conviene aclarar que, en ocasiones, en las tablas/figuras de este capítulo el sumatorio por drogas es menor, esto es debido a la existencia de “valores perdidos” cuando se presentan los datos desagregados por algunas variables.

En la Tabla 2.1.2 se detalla la distribución del número de tratamientos, según droga principal (incluye alcohol y drogas ilegales), en España en 2011 y en la Figura 2.1.6 se representa el porcentaje que supone cada uno de los principales grupos de drogas ilegales.

Tabla. 2.1.2.

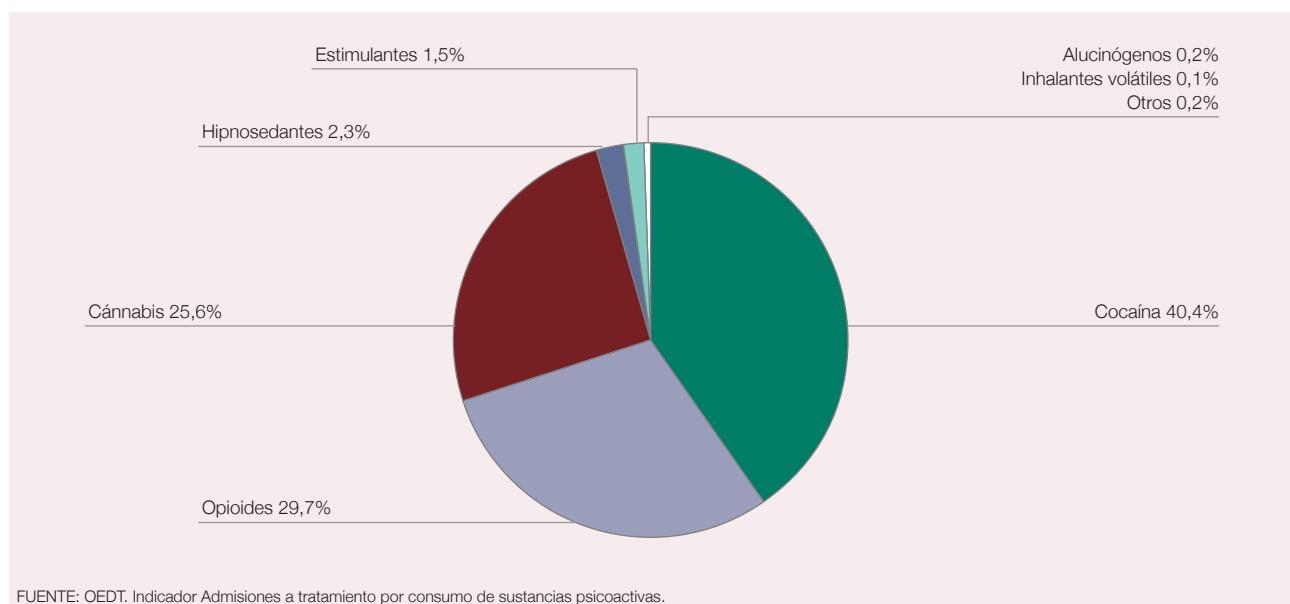
Número y proporción (%) de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal. España, 2011.

Droga principal por la que es admitido a tratamiento	Número de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	20.335	25,6
Cocaína polvo	19.730	24,9
Cocaína base	605	0,8
Opioides	14.925	18,8
Heroína	13.898	17,5
Metadona (mal uso)	587	0,7
Otros opioides	440	0,6
Cánnabis	12.873	16,2
Hipnosedantes	1.143	1,4
Estimulantes	745	0,9
Anfetaminas	595	0,8
Éxtasis y derivados	103	0,1
Otros estimulantes	47	0,1
Alucinógenos	83	0,1
Inhalantes volátiles	56	0,1
Otras drogas ilegales	121	0,2
Alcohol	29.014	36,6
Total drogas ilegales	50.281	63,4
Total drogas ilegales y alcohol	79.295	

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.1.6.

Proporción (%) de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales, según droga principal. España, 2011.



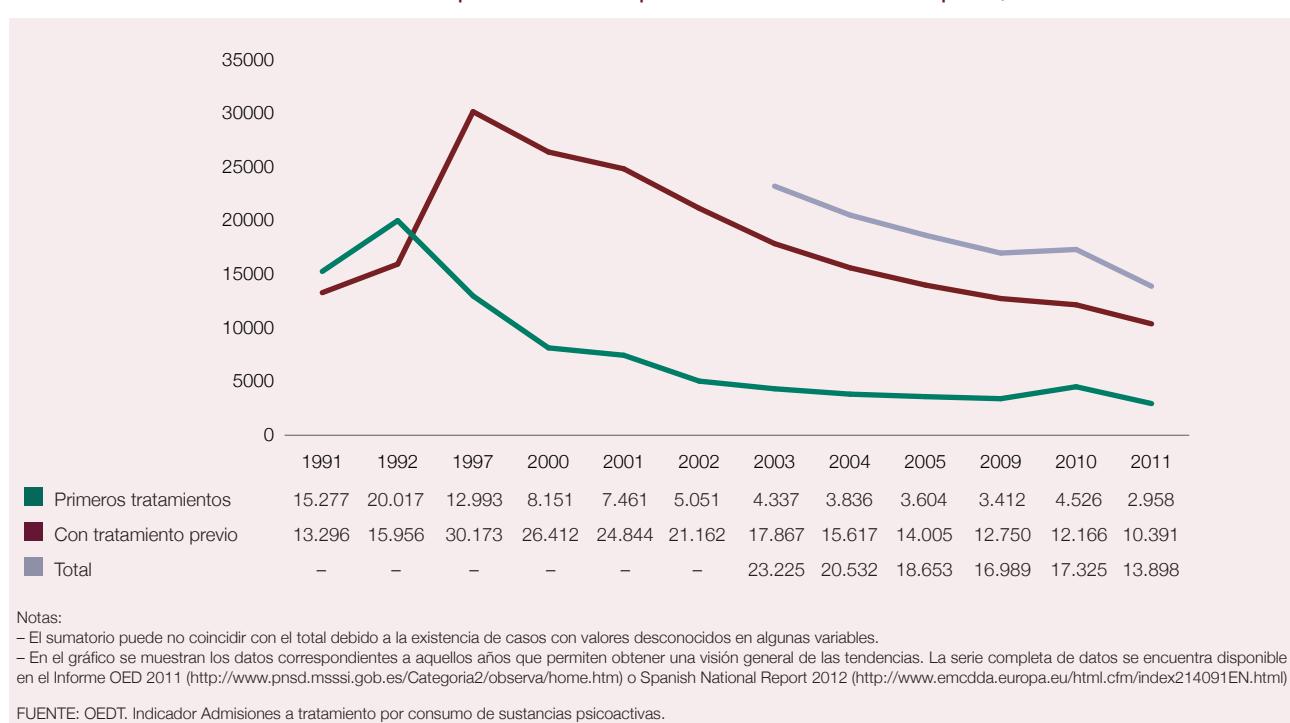
A continuación se presenta información por tipo de drogas, mostrando los principales resultados de los admitidos a tratamiento por heroína, cocaína, cannabis, hipnosedantes, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos y alcohol.

Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína

El número de admitidos a tratamiento por consumo de heroína fue de 14.925 en 2011, lo que supone el valor más bajo desde que se inició el registro de este indicador. Este descenso se justifica tanto por la disminución del número de personas admitidas a tratamiento que ya habían sido tratadas anteriormente por esta sustancia (11.021 personas), como por la disminución del número de primeras admisiones por el mismo motivo. En ambos casos, suponen las cifras más bajas desde 1991.

Figura 2.1.7.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína. España, 1991-2011.



Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína

El número de admisiones a tratamiento por consumo de cocaína fue de 20.335 en 2011, lo que representa el 40,4% del total de admisiones registradas en este año.

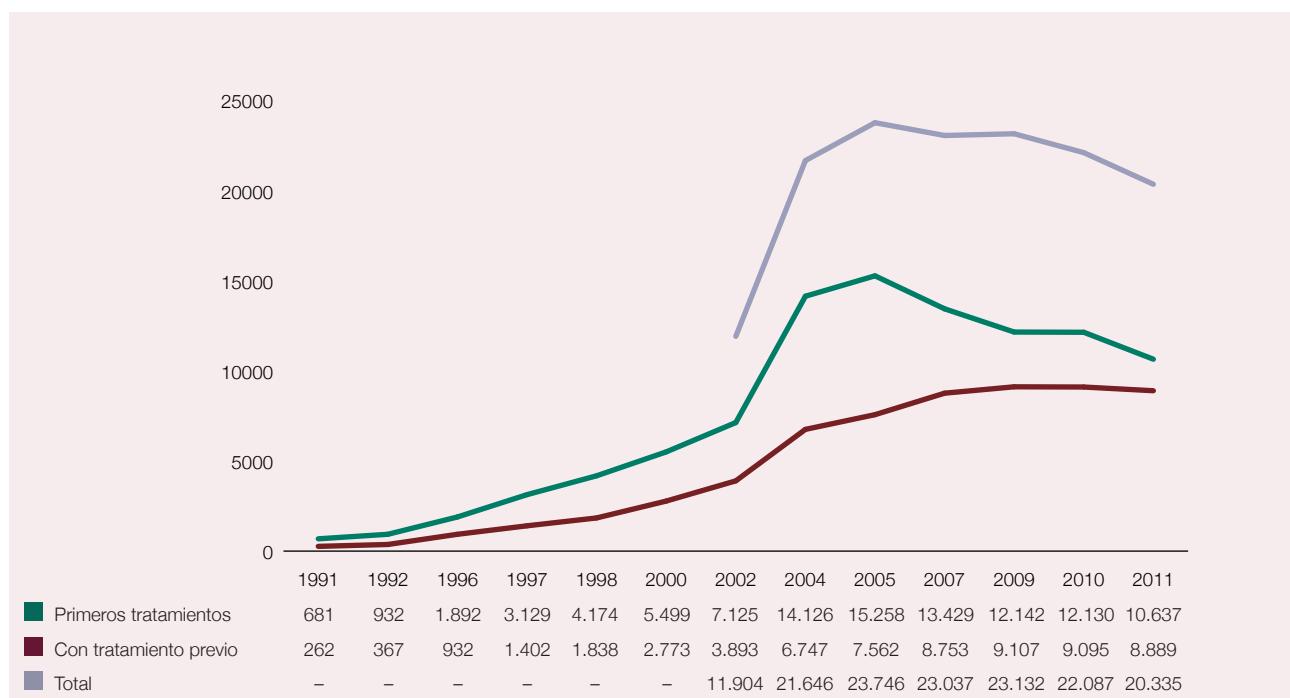
El número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína aumentó progresivamente entre 1991 y 2005, pasando de 681 en 1991 a 15.258 en 2005, año en que se alcanzó la máxima cifra registrada y que coincide con las mayores prevalencias para el consumo habitual (últimos 12 meses) y reciente (últimos 30 días), obtenidas en la encuesta EDADES (población de 15 a 64 años). Sin embargo, desde 2005 hasta 2011, el número de primeras admisiones a tratamiento por esta droga ha experimentado un descenso, pasando de 15.258 en 2005 a 10.637 en 2011 (Figura 2.1.8).

Estos datos muestran una cierta correspondencia con la fase de estabilización del consumo en 2007 y con el descenso de las prevalencias recientemente registrado en las encuestas ESTUDES 2012 (14 a 18 años) y EDADES 2011 (15 a 64 años) (Consultar capítulo 1 del presente informe).

Por otra parte, el número de admisiones por abuso o dependencia de cocaína con tratamiento previo por esta droga muestra también una ligera tendencia descendente, recientemente iniciada en 2011, tras haber permanecido estable en 2009 y 2010. No obstante, habrá que esperar algún tiempo para determinar si este descenso es relevante.

Figura 2.1.8.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína. España, 1991-2011.



Notas:

- El sumatorio puede no coincidir con el total debido a la existencia de casos con valores desconocidos en algunas variables.
- En el gráfico se muestran los datos correspondientes a aquellos años que permiten obtener una visión general de las tendencias. La serie completa de datos se encuentra disponible en el Informe OED 2011 (<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/home.htm>) o Spanish National Report 2012 (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index214091EN.html>)

FUENTE: OEDT. 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 2011 fue de 12.873, lo que supone el 25,6% del total de admisiones a tratamiento por consumo de drogas en este año. Como se puede ver en la Figura 2.1.9, el número de admitidos a tratamiento por consumo de cannabis ha seguido una tendencia ascendente que, en

los últimos años, ha sido muy pronunciada. De hecho, ha pasado de suponer el 10,9% del total de las admisiones a tratamiento en 2005 al 25,6% en 2010.

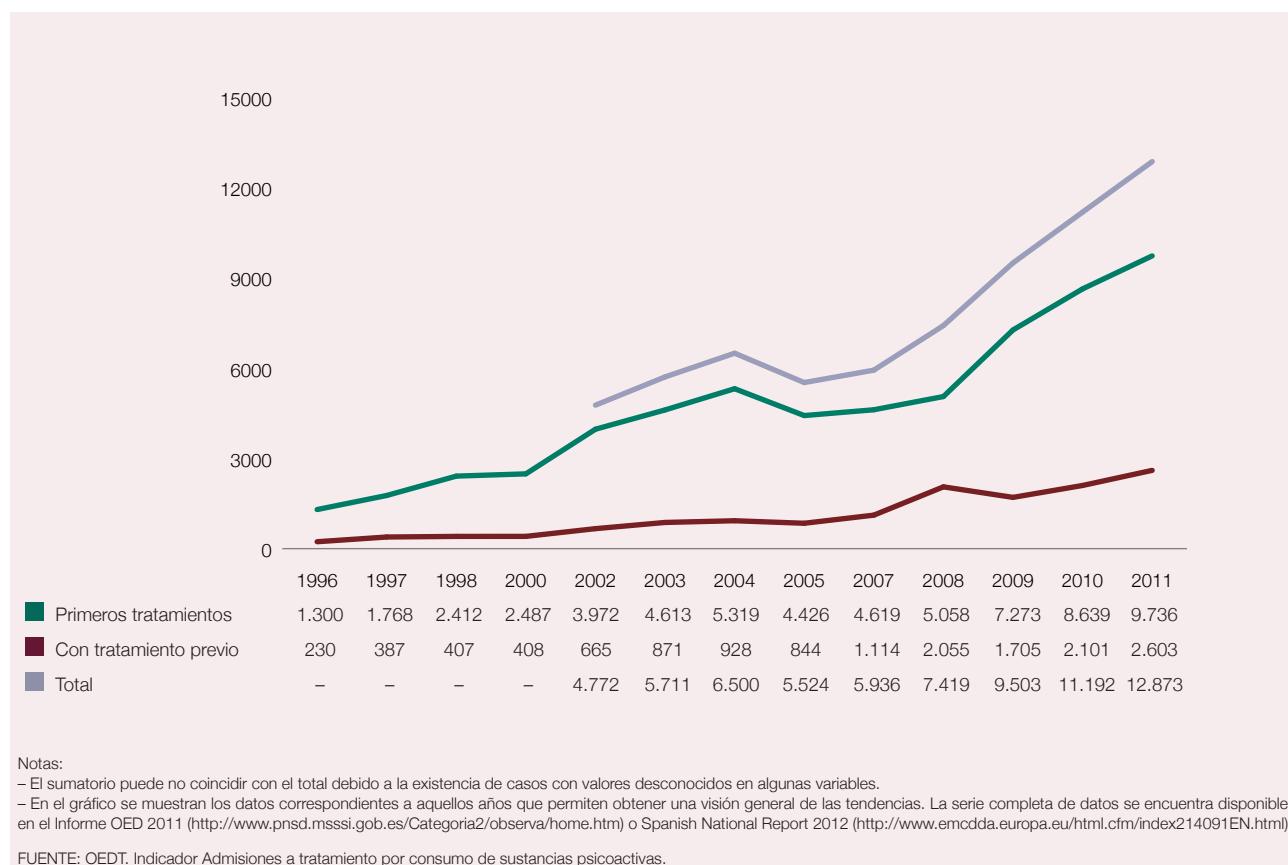
El aumento es principalmente a expensas del incremento del número de personas que han acudido a tratarse por primera vez, aunque, en menor medida, también se registra un aumento del número de admisiones a tratamiento entre las personas que ya han recibido tratamiento por esta sustancia con anterioridad.

Estas cifras son compatibles con el elevado peso que suponen las demandas de tratamiento por cannabis entre los menores de edad que acuden a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en España. Así, el 93% de todos los menores de 18 años que se han tratado por consumo de drogas en 2011 en nuestro país, lo han hecho por problemas con el consumo de cannabis.

Este ascenso es coherente con el contexto actual de prevalencias de consumo de cannabis que se observan en las encuestas de población general de 15 a 64 años (EDADES) y de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (ESTUDES), así como con la tendencia observada en los estudios sobre consumo problemático de cannabis a partir de la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) utilizada en ESTUDES.

Figura 2.1.9.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cannabis. España, 1996-2011.



Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes

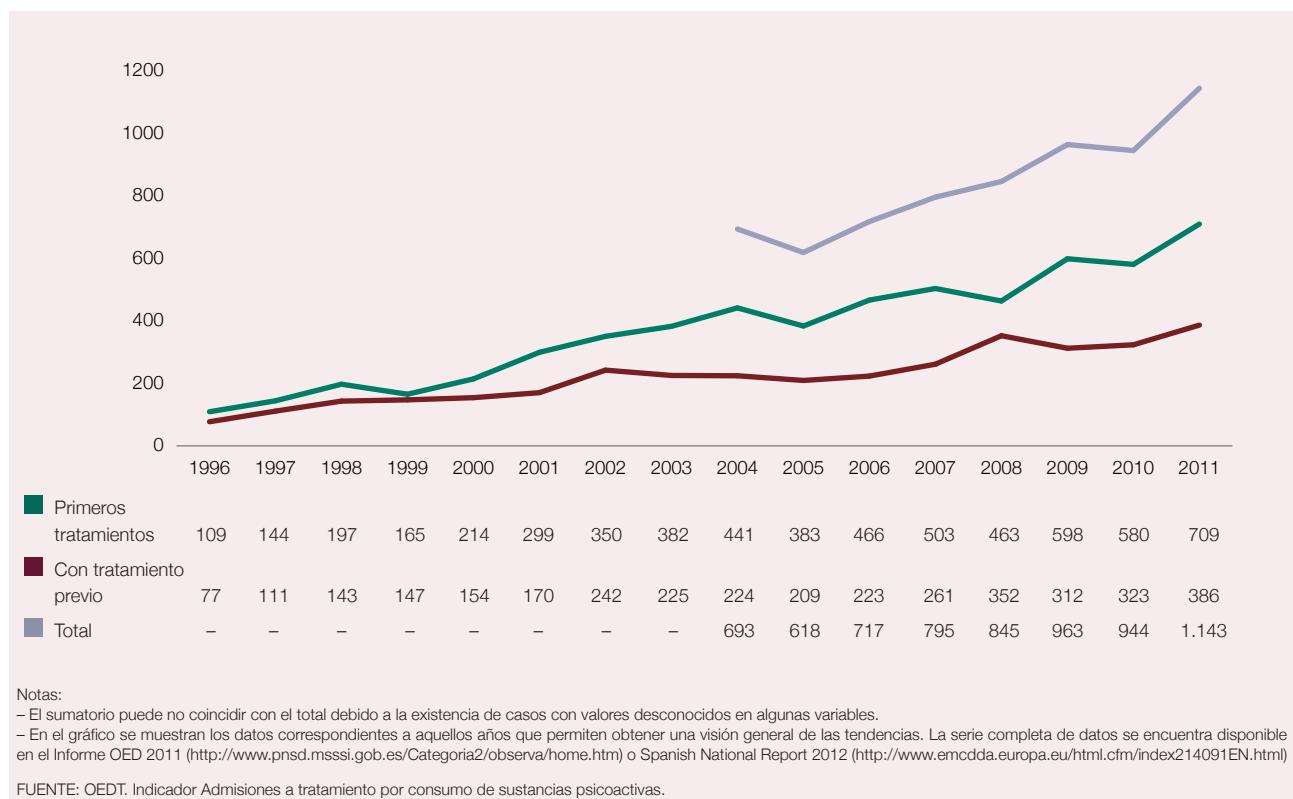
En 2011, el número de admisiones a tratamiento por consumo de hipnosedantes fue 1.143, valor superior al de 2010 y que representa el 2,3% del total de las admisiones a tratamiento por consumo de drogas que se registraron en 2011.

Las admisiones a tratamiento por hipnosedantes (tranquilizantes, sedantes o somníferos) muestran una tendencia claramente ascendente desde el inicio de la serie con ligeros altibajos de carácter puntual (Figura 2.1.10). En este sentido,

son coherentes con el aumento de las prevalencias de consumo registrado en la encuesta en población general (EDA-DES) de 2011 y en el resto de indicadores (mortalidad, urgencias, etc.).

Figura 2.1.10.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes. España, 1996-2011.



Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos

El resto de las drogas sigue teniendo muy poca representación en los servicios de tratamiento. De hecho, los estimulantes distintos a cocaína (anfetaminas, éxtasis y otros) representaron, en 2011, el 1,5% del total de admisiones de todas las drogas. 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. La Figura 2.1.11 muestra la evolución temporal de los admitidos a tratamiento por anfetaminas, éxtasis y alucinógenos (números absolutos).

Como se aprecia en la Figura 2.1.11, el número de admitidos a tratamiento por éxtasis ha seguido una tendencia claramente descendente desde 2002 y parece dar muestras de estabilización en 2010 y 2011, mostrando las cifras más bajas de admitidos que se han registrado durante toda la serie histórica del indicador.

Las admisiones a tratamiento por anfetaminas, en 2011, han mantenido la tendencia ascendente de los últimos años (desde 2008), alcanzando el mayor número de admisiones por esta sustancia de la serie histórica. El perfil de los admitidos a tratamiento por anfetaminas es el de un joven de 31 años que acude por primera vez a tratamiento (20% son mujeres), con educación secundaria y parado, que vive con la familia de origen y que dice haber consumido en los últimos treinta días cannabis (62,6%), alcohol (57,4%) y cocaína (36,9%).

Las admisiones a tratamiento por alucinógenos se han venido manteniendo bastante estables a lo largo de los años y en niveles bajos (menos de 100 casos en todo el territorio nacional). En 2011 se observa un aumento respecto a 2010 (66 y 83 admisiones a tratamiento registradas respectivamente). Este incremento podría explicarse, en parte, por el aumento del número de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de ketamina, que pasa de 2010 a 2011 de 46 a 54 casos respectivamente (Figura 2.1.12).

Figura 2.1.11.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos. España, 1996-2011.

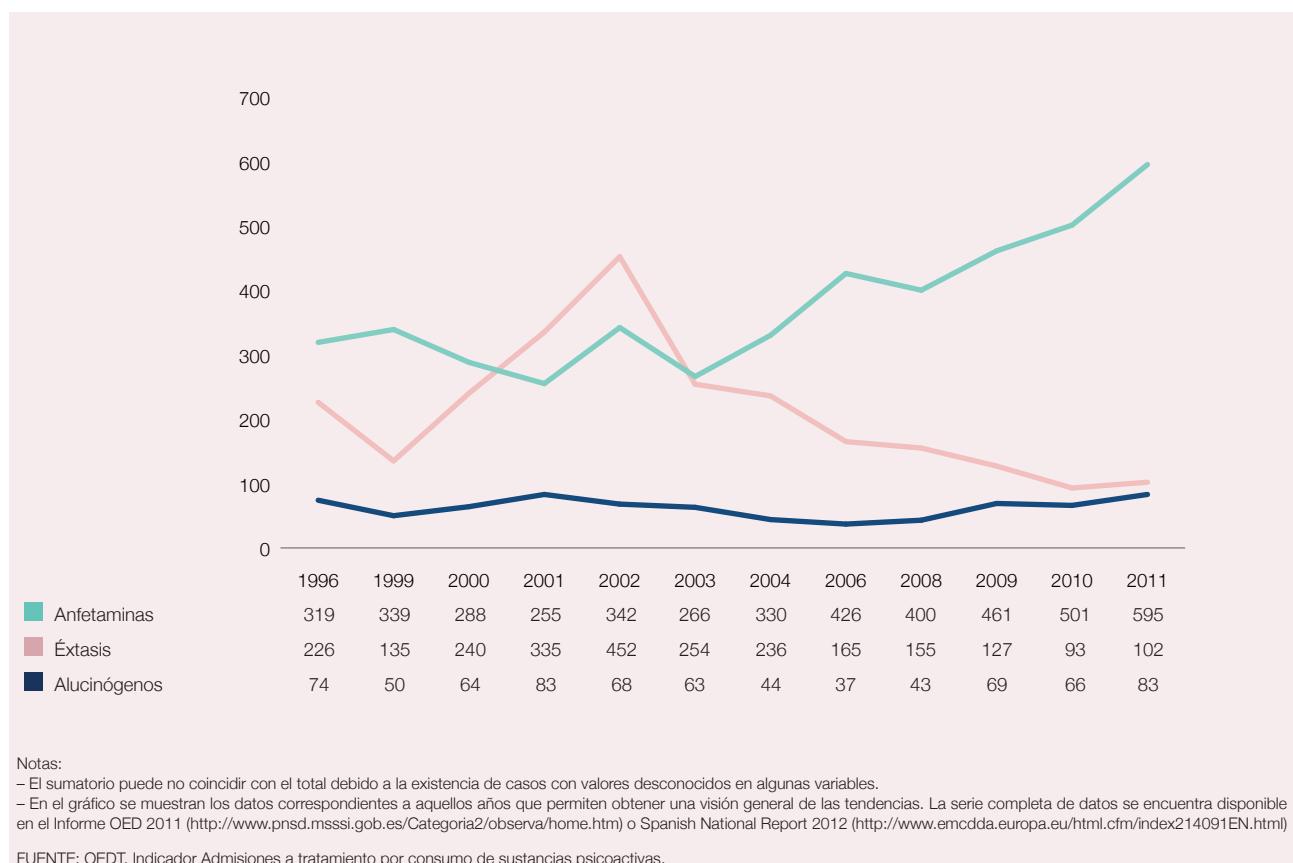
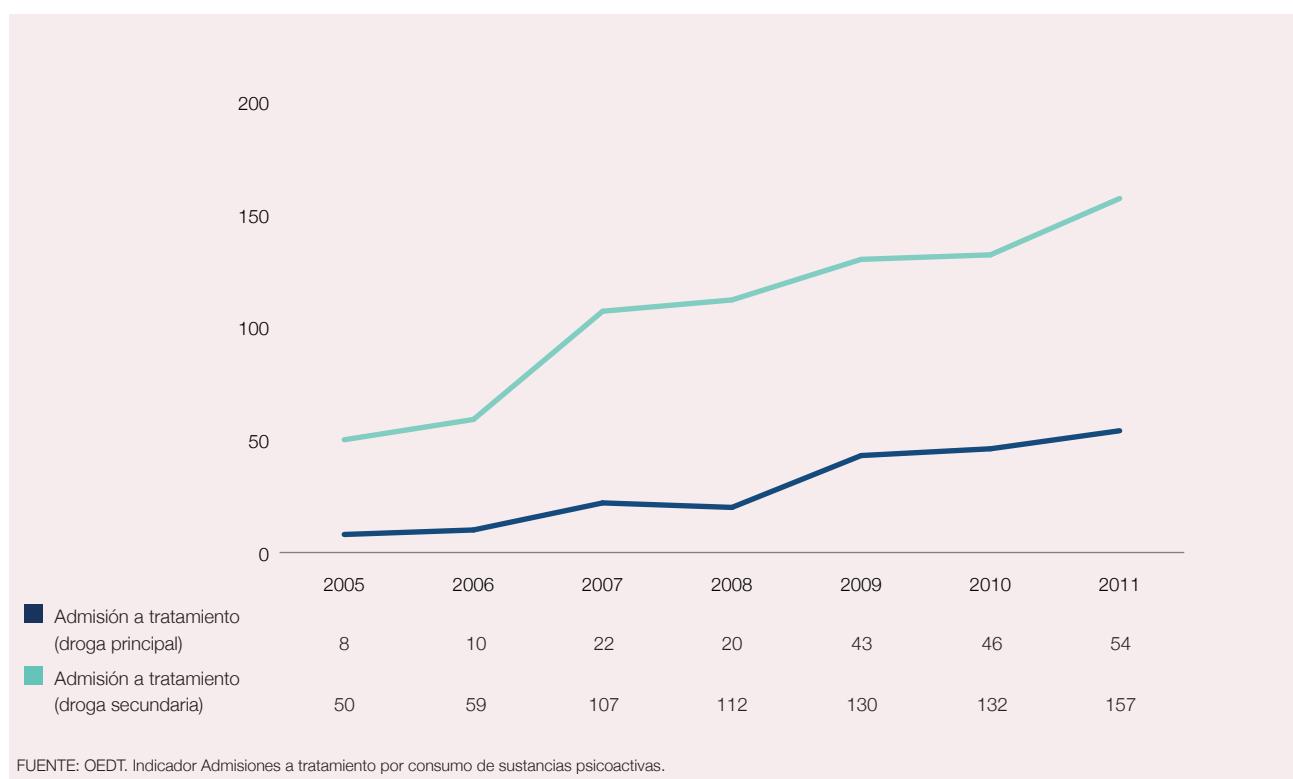


Figura 2.1.12.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia a ketamina. España, 2005-2011.



Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol

En España, los tratamientos por abuso o dependencia a alcohol pueden realizarse en diferentes dispositivos sanitarios (centros de atención primaria, centros de salud mental, centros específicos de drogas, etc.). Por ello, es preciso tener en cuenta que los datos que se presentan a continuación, procedentes del Indicador Admisiones a tratamiento, se refieren únicamente a los usuarios que reciben tratamiento en la red asistencial de drogas, lo que no excluye que otros usuarios sean tratados por abuso o dependencia a alcohol en otras redes asistenciales. Las admisiones a tratamiento por alcohol comenzaron a ser recogidas en 2005, aunque no de manera sistemática hasta 2008.

Las consideraciones anteriores han de tenerse en cuenta, por tanto, a la hora de valorar la evolución temporal.

En 2011, el número de admisiones a tratamiento por alcohol fue de 29.014, lo que supuso el 36,6% del total de admisiones a tratamiento por consumo de drogas en ese año (Figura 2.1.13).

Figura 2.1.13.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2011*.



* En 2008 se inició el registro de las admisiones por alcohol en todas las CCAA. Hasta el 2007 eran datos parciales de algunas CCAA.

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En la Tabla 2.1.3 se presentan algunas características sociodemográficas de las personas admitidas a tratamiento por alcohol. Se observan algunas diferencias en relación con los admitidos por drogas ilegales, especialmente, en lo que se refiere al sexo y la edad. Así, se registra una mayor presencia de mujeres (20,8% entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia a alcohol frente al 15,8% entre los admitidos por abuso o dependencia de drogas ilegales). De igual modo, los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia a alcohol inician tratamiento a una edad más avanzada (edad media de 44,2 años) que aquellos que son admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales (edad media de 33,4 años) e hipnosedantes (edad media de 38,5 años).

La mayor parte (78,6%) de los admitidos a tratamiento por alcohol (droga principal) en 2011 no había consumido otras drogas (drogas secundarias) durante los 30 días previos a la admisión. El 14,6% refirió consumir, además de alcohol, una droga más, el 5,4% dos drogas y el 1,4% 3 o más drogas (Figura 2.1.14).

Tabla. 2.1.3.

Características de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según tratamiento previo o no, y según sexo. España, 2011.

	Total	Tratamiento previo por alcohol		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Número de casos	29.014	10.350	11.612	22.848	6.008
Tratados por primera vez por alcohol (%)	52,9	–	–	52,7	53,3
Edad media (años)	44,2	45,0	43,5	44,1	44,8
Mujeres (%)	20,8	21,4	21,7	–	–
Máximo nivel de estudios completado (%)					
Sin estudios	1,3	1,0	1,3	1,4	1,1
Enseñanza primaria	44,8	43,7	42,7	46,6	37,5
Enseñanzas secundarias	45,3	46,8	46,8	44,6	47,8
Estudios universitarios	7,6	7,6	7,8	6,4	12,1
Otros	1,1	1,0	1,4	0,9	1,6
Situación laboral principal (%)					
Trabajando	37,0	33,6	39,9	37,8	34,0
Parado no habiendo trabajado	2,3	2,3	2,4	2,1	3,0
Parado habiendo trabajado	31,5	33,5	29,6	32,2	28,8
Otras	29,1	30,6	28,1	27,8	34,2
Nacidos fuera de España (%)	10,2	8,1	14,4	9,7	12,2
Fuente principal que lo ha referido a tratamiento (%)					
Otros servicios de tratamiento de drogodependencias	4,2	8,7	2,4	4,2	4,6
Médicos generales, atención primaria de salud	27,4	21,5	37,1	27,4	27,4
Hospitales u otros servicios de salud	11,5	11,5	13,3	10,8	14,0
Servicios sociales	5,4	5,8	5,5	4,8	7,9
Prisiones, centros de internamiento cerrado de menores	1,4	1,2	1,2	1,7	0,3
Servicios legales o policiales	2,4	2,2	2,7	2,8	0,7
Empresas o empleadores	0,3	0,2	0,3	0,4	0,2
Familiares o amigos/as	14,6	11,5	12,6	14,7	14,1
Iniciativa propia	30,3	35,9	23,2	30,7	28,6
Otras	2,4	1,6	1,6	2,5	2,1
Convivencia más prolongada en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Solo/a	18,2	20,7	16,8	18,8	15,7
Únicamente con pareja	11,9	11,1	12,6	10,8	15,9
Únicamente con hijos	7,5	8,0	8,7	5,7	14,5
Con pareja e hijos/as	27,4	22,4	27,4	27,5	26,7
Con padres o familia de origen	24,4	24,4	24,5	26,1	17,9
Con amigos	2,5	2,9	2,9	2,5	2,4
Otros	8,1	10,6	7,2	8,5	6,8

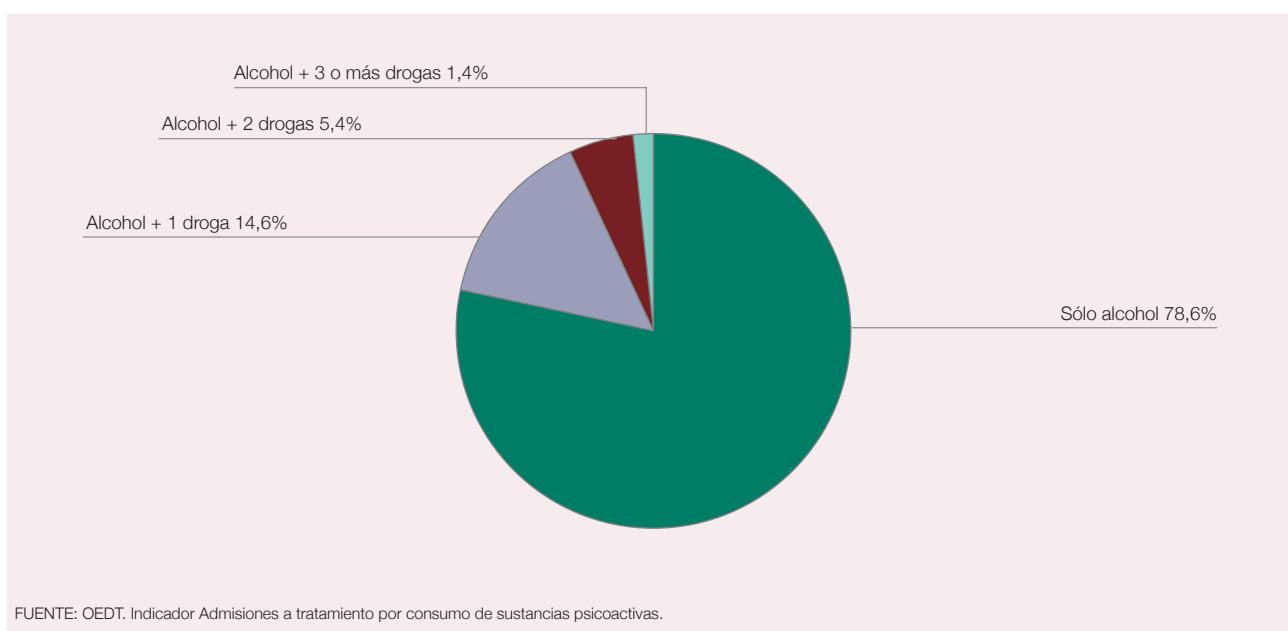
	Total	Tratamiento previo por alcohol		Sexo	
		Sí	No	Hombres	Mujeres
Alojamiento principal en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Casas, pisos, apartamentos	90,2	87,7	91,1	89,3	93,3
Prisiones, centros de internamiento cerrado para menores	1,9	2,0	1,6	2,2	0,8
Otras instituciones	1,8	2,6	1,6	1,9	1,4
Pensiones, hoteles, hostales	1,0	1,2	1,1	1,0	0,9
Alojamientos inestables/precarios	2,5	2,9	2,6	2,8	1,7
Otros lugares	2,6	3,6	1,8	2,7	1,9
Edad al inicio del consumo de alcohol (años)	19,2	18,6	19,6	18,3	22,3
Frecuencia de consumo de alcohol en 30 días previos a la admisión a tratamiento (%)					
Todos los días	60,7	60,6	60,6	61,2	58,5
4-6 días/semana	5,5	5,1	5,9	5,4	6,2
2-3 días/semana	10,1	8,6	11,5	9,9	10,8
1 día/semana	3,9	3,1	4,7	3,8	4,4
Menos de 1 día/semana	4,5	4,5	4,6	4,3	5,4
No consumió	15,2	18,2	12,7	15,3	14,8
Se inyectó drogas alguna vez en la vida (%)	4,8	6,4	3,4	5,0	3,8
Se inyectó drogas en los últimos 12 meses (%)	1,5	1,7	1,3	1,6	1,3
Estado serológico frente al VIH (%)					
Positivo	1,0	1,6	0,9	1,0	1,0
Negativo (análisis últimos 6 meses)	13,5	19,1	15,9	13,3	14,5
Negativo (sin fecha de análisis)	14,8	23,7	15,2	14,3	16,7
Sin análisis o resultado desconocido	70,7	55,6	67,9	71,4	67,7

Nota: El número de casos con o sin tratamiento previo o el número de hombres más el número de mujeres pueden no sumar el total, debido a la existencia de casos con valores desconocidos en estas variables.

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.1.14.

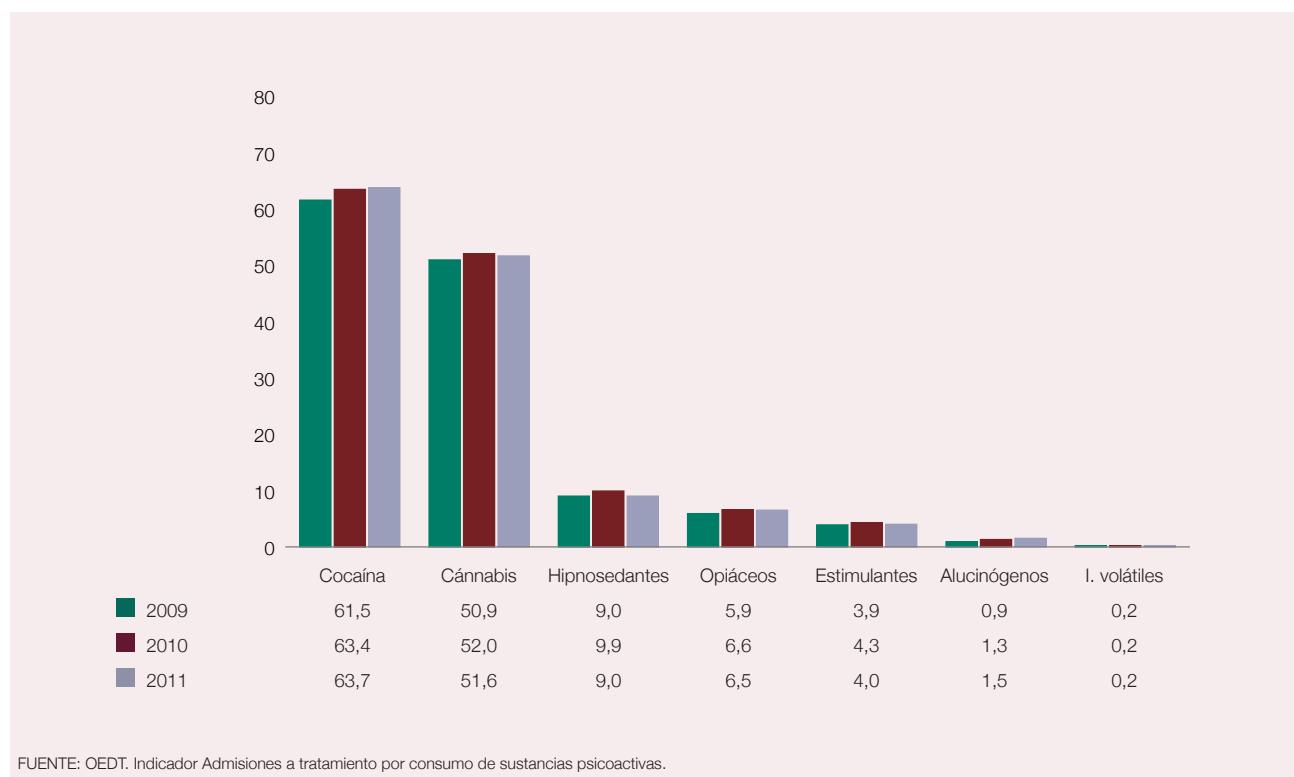
Proporción (%) de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según el número de “otras drogas” consumidas durante los 30 días previos a la admisión. España, 2011.



En la Figura 2.1.15 se muestra el porcentaje de personas admitidas a tratamiento por alcohol en 2011 que han consumido otras drogas ilegales en los 30 días previos a la admisión de tratamiento, situándose la cocaína en primer lugar (63,7%), seguida del cannabis (51,6%).

Figura 2.1.15.

Proporción (%) de personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, que ha consumido otras drogas ilegales durante los 30 días previos a la admisión. España, 2009-2011.



FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

2.2. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas, 1996-2011

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.

A continuación se presenta la metodología y principales resultados de este indicador.

Metodología

Este indicador se encuentra en funcionamiento desde 1987 y su objetivo 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 recolección 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. 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 la Droga y las Toxicomanías; algunas CCAA, como Cataluña o Castilla y León, realizan una recogida continua en algunos hospitales.

En 2011, las urgencias procedían de 15 Comunidades/Ciudades Autónomas (de un total de 19); notificaron todas salvo Galicia, Navarra, 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 Drogas:

<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/seipad/home.htm>

Resultados

En 2011 se notificaron 9.649 episodios de urgencias en los que la historia clínica recogía el consumo no terapéutico o no médico de alguna droga. De estos, en 5.279 (54,7%) se encontró relación entre la droga y la urgencia. Los resultados que se presentan a continuación se refieren únicamente a aquellos episodios en que la droga está relacionada con la urgencia.

En la Figura 2.2.1 se presenta la evolución de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según el tipo de droga.

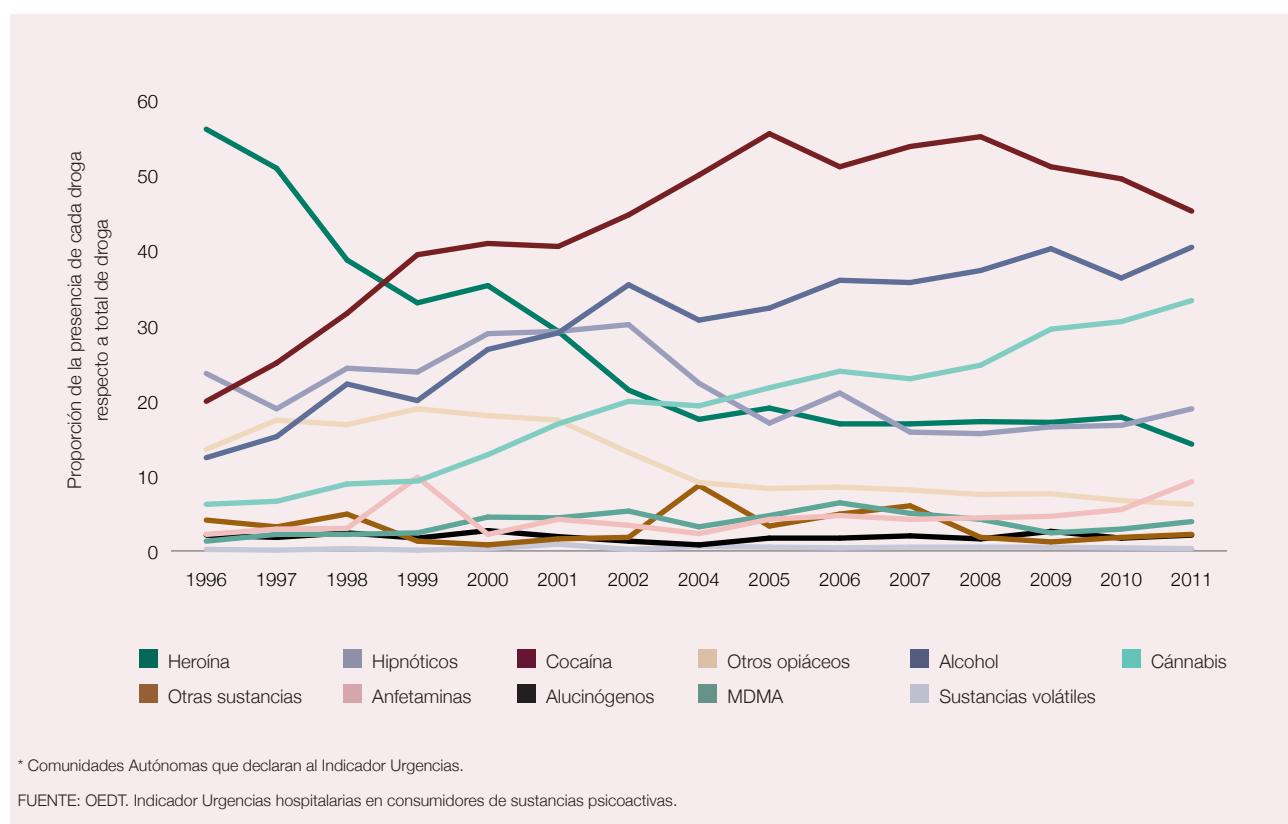
Se aprecia que ha aumentado muy considerablemente la proporción de episodios de urgencias en los que se menciona el cannabis, pasando del 7,4% en 1996 a un 44,9% en 2011. Al igual que se observa en los datos procedentes del resto de indicadores y de las encuestas nacionales, el cannabis ocupa una parcela importante en el ámbito de los consumos de drogas en España y su presencia se ha consolidado en los últimos años. Como muestra baste decir que ocupa la tercera posición, por detrás de la cocaína y la heroína, en cuanto a droga principal por la que los usuarios de drogas demandan tratamiento en nuestro país y su presencia ha superado la de la heroína en el Indicador de Urgencias hospitalarias.

El porcentaje de menciones de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos (de manera conjunta) alcanzó el valor máximo en 2006 (12,4%), iniciándose el descenso a partir de entonces, y repuntando, de nuevo, en 2011 (13,8%) a expensas fundamentalmente de las anfetaminas. Si se analizan individualmente la proporción de menciones de anfetaminas ha mostrado una tendencia ligeramente ascendente durante el periodo 1996-2011, con ligeras variaciones, manteniéndose estable en torno al 5% durante el periodo 2005-2009, produciéndose un aumento en 2010 que se mantiene en 2011 (11,6%). El éxtasis ha presentado altibajos a lo largo de la serie histórica, llegando a alcanzar un 7,2% en el 2006. Desde entonces, ha mostrado una tendencia descendente, situándose en el 4,7% en el 2011. La proporción de menciones de alucinógenos se mantiene en niveles relativamente bajos y estables, en torno al 3%.

La evolución del porcentaje de menciones de hipnosedantes es difícilmente valorable, especialmente a partir de 2002, debido a las modificaciones introducidas en los criterios de recogida de datos por las diferentes Comunidades Autónomas y en el análisis de la información.

Figura 2.2.1.

Evolución de los episodios de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas, según tipo de droga. España*, 1996-2011.



En la Tabla 2.2.1 se detalla la evolución (1996-2011) de las características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de drogas en España.

Los datos muestran que la proporción de mujeres atendidas en urgencias (en relación con el consumo no médico de sustancias psicoactivas) se muestra bastante estable, situándose entre el 20% y el 30% del total. En general, durante el periodo temporal estudiado, se observa una tendencia al aumento en la edad media de las personas atendidas, pasando de una edad media de 27,8 años en 1996 a 32,7 en 2011, que podría estar en relación con el elevado número de urgencias relacionadas con cocaína.

La condición legal de los pacientes 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 2006 (3,7%) y que vuelve a repetirse en el 2011.

La distribución de las urgencias, según resolución de la misma, no ha variado demasiado a lo largo de los años, siendo lo más frecuente el “alta médica”, y tampoco se aprecian grandes diferencias según las drogas relacionadas con la urgencia o según el sexo.

Tabla 2.2.1.

Evolución de las características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de drogas. España*, 1996-2011.

	1996	1998	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de episodios	2.585	2.099	2.145	2.673	5.828	7.089	7.042	7.822	6.431	5.567	5.626	5.279
Edad media (años)	27,8	29,1	29,8	29,8	31,0	30,7	31,6	32,0	32,4	32,7	32,6	32,7
Sexo (% mujeres)	21,4	23,1	27,1	27,4	28,0	25,0	26,1	23,4	22,7	21,6	26,3	24,7
Detenidos (%)	14,4	11,7	5,7	5,2	4,1	4,9	3,7	3,8	4,4	5,2	4,2	3,7
Resolución de la urgencia												
Alta médica (%)	80,5	81,2	79,1	82,1	81,4	79,1	76,2	79,1	80,0	81,0	79,6	75,4
Alta voluntaria (%)	7,0	8,8	7,5	7,4	5,3	6,7	8,6	7,8	8,5	8,2	7,0	8,5
Ingreso hospitalario (%)	7,6	6,0	7,8	6,3	8,0	8,4	8,8	9,0	7,8	7,9	10,2	12,5
Muerte en urgencias (%)	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro (%)	4,8	3,9	5,4	4,0	5,3	5,7	6,3	4,1	3,7	2,8	3,2	3,6

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDT. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

En la Tabla 2.2.2 se presentan algunas características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de drogas en función de sexo y de la droga relacionada.

Se observa que en 2011 existió un predominio masculino, la edad media de los usuarios se situó en torno a los 32,7 años, siendo algo menor la edad media de las mujeres. Lo más habitual fue que el episodio se resolviese con la alta médica (75,4%) y no se registró fallecimiento alguno. El porcentaje de detenidos (3,7%) desciende con respecto a años anteriores.

Las sustancias que se muestran, en mayor proporción, relacionadas con el motivo por el que se acude a Urgencias son, por este orden: cocaína, alcohol y cannabis, observándose un evidente ascenso de la presencia de este último, que es coherente con el aumento registrado por el Indicador de Admisiones a tratamiento en los últimos años.

La heroína parece haber iniciado una tendencia descendente, relacionándose con menos del 15% de las urgencias, y mostrando también coherencia con la disminución progresiva del peso de esta sustancia que se viene observando en el Indicador de Admisiones a tratamiento.

En general, no se observan diferencias en las sustancias consumidas en función del sexo, pero en el caso de los hipnosedantes, el porcentaje de urgencias relacionadas con el motivo por el que se acude a Urgencias es superior entre las mujeres que entre los hombres.

Tabla 2.2.2.

Características de los episodios de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de drogas, total, según sexo y según droga. España*, 2011.

	Total	Según sexo		Según droga									
		Hombres	Mujeres	Cocaína	Alcohol	Cáñabis	Hipnosedantes	Heroína	Anfetaminas	Otros opiáceos	MDMA y der.	Alucinógenos	S. volátiles
Número de episodios	5.279	3.959	1.281	2.165	1.937	1.597	906	678	441	299	185	99	13
Edad media (años)	32,7	33,1	31,4	33,0	33,1	29,1	34,5	36,3	29,3	37,5	27,1	27,9	29,8
Sexo (% mujeres)	24,4	–	–	25,5	24,1	23,9	27,8	25,8	29,6	27,4	28,7	24,2	13,0
Detenidos (%)	3,7	4,5	1,2	3,9	2,7	3,0	6,5	6,4	2,7	9,6	3,2	0,0	0,0
Resolución de la urgencia													
Alta médica (%)	75,4	74,5	78,4	79,8	78,7	81,6	74,0	75,2	80,4	78,6	80,0	79,7	100,0
Alta voluntaria (%)	8,5	8,8	7,5	7,2	7,4	4,9	7,9	7,7	5,7	6,6	10,5	7,2	0,0
Ingreso hospitalario (%)	12,5	13,2	10,5	9,9	10,6	10,5	12,8	13,5	10,6	11,4	6,7	11,6	0,0
Muerte en urgencias (%)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Traslado a otro centro (%)	3,6	3,6	3,6	3,2	3,3	3,0	5,2	3,7	2,9	3,3	2,9	1,4	0,0

* Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Urgencias.

FUENTE: OEDT. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

Por último, en relación a la vía de administración, al interpretar los datos, debe tenerse en cuenta que existe una proporción considerable de valores desconocidos, por lo que los resultados deben ser valorados con cautela. En 2011, en las urgencias relacionadas con la heroína, la vía de administración predominante de esta sustancia fue la parenteral (65,8%), seguida de la pulmonar (25,2%), y la intranasal o esnifada (5,8%), y en las urgencias relacionadas con la cocaína, lo fue la vía intranasal o esnifada (66,2%), seguida de la pulmonar o fumada (16,6%) y de la inyectada (14,9%).

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 y otros) entre los inyectadores.

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 opiáceos diferentes de la heroína se produce también, ge-

neralmente, por vía oral, aunque existe uso de la vía parenteral en, aproximadamente, el 4% de los casos. El cannabis se utiliza, predominantemente, por vía pulmonar (94,6%) pero existe una pequeña proporción de consumidores por vía oral (4,2%).

Por último en la Tabla 2.2.3, se presenta el porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de algunas drogas ilegales en 2011. En primer lugar se sitúa la cocaína, seguida de cannabis y de heroína.

Tabla 2.2.3.

Porcentaje de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de algunas drogas ilegales, según sexo. España, 2011.

	Total	Hombres	Mujeres
Cocaína	45,1	46,1	41,7
Cannabis	33,3	34,3	29,8
Heroína	14,1	14,4	12,9
Anfetaminas	9,2	9,1	9,6
Opiáceos (se excluye heroína)	6,2	6,0	6,8
MDMA y derivados	3,8	3,7	4,4
Alucinógenos	2,1	2,2	1,8
Sustancias volátiles	0,3	0,2	0,4

Nota: La suma no es 100% ya que puede existir más de una sustancia relacionada con la urgencia en un mismo episodio de urgencias.

FUENTE: OEDT. Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.

2.3. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, 1983-2011. 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 sustancias psicoactivas. Sin embargo, la recogida de información no es una tarea fácil porque es heterogénea y las defunciones son, en ocasiones, difíciles de clasificar.

En los sistemas de información rutinarios y con una base geográfica amplia es muy problemático recoger información sobre las muertes indirectamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas porque en estos casos la muerte es con frecuencia 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. En consecuencia, es preferible 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 la Droga y las Toxicomanías notifica anualmente al Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías² los datos de este indicador, lo que permite realizar comparaciones a nivel europeo.

Metodología y resultados

España dispone, en la actualidad, fundamentalmente de dos fuentes de información que permiten recabar datos sobre mortalidad secundaria a consumo de drogas: un Registro Específico de Mortalidad por reacción a aguda a drogas (DGPNSD³) y el Registro General de Mortalidad (INE⁴).

A continuación, se describe la metodología y los principales resultados de los dos registros de mortalidad por drogas utilizados en España y la estimación resultante de combinar ambos.

2. <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>

4. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/>

Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a drogas (Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas)

Metodología

Seguidamente se presenta un resumen de la metodología.

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 (excepto alcohol y tabaco).

Este indicador comenzó a funcionar sistemáticamente en 1990, aunque se dispone de información parcial desde 1983. La cobertura poblacional a nivel geográfico ha ido aumentando progresivamente. En 2011 notificaron datos 17 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas (todas excepto Asturias y Castilla-La Mancha). Galicia notificó 45 defunciones, pero no disponía de los análisis toxicológicos, por lo que estos 45 casos no están incluidos en el análisis.

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 la Drogas y las Toxicomanías de la DGPNSD.

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 se pueden consultar en la página web del Plan Nacional sobre Drogas <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/seipad/home.htm>

Resultados

En 2011, se notifica información detallada de 408 fallecidos por parte de 16 Comunidades/Ciudades Autónomas. Galicia notifica 45 casos sin información complementaria por lo que no se incluye en los resultados que se presentan a continuación.

El 82,1% de los fallecidos son varones frente a un 17,9% de mujeres. Este predominio masculino es un rasgo constante desde el principio de la serie aunque, en los últimos años, se observa una tendencia ascendente de la proporción de mujeres fallecidas.

La edad media en 2011 es de 40,2 años, manteniéndose el ascenso iniciado en 2003. De hecho, en 2011, más de la mitad de los fallecidos tienen más de 40 años. En cuanto al estado civil, se mantiene el predominio de las personas solteras (63,6%).

En la mayoría de los cadáveres, hubo evidencia de consumo reciente (89,9%), pero sólo el 16,3% de los fallecidos mostró signos de venopunción. En la mayor parte de los casos (87,6%), no hubo evidencias de suicidio. En el 37,2% de los fallecidos, la muerte se debió a una patología previa agravada por el consumo de sustancias. La serología VIH fue positiva en el 39,2% de los casos (Tabla 2.3.1).

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 más de 40 años, soltero, sin patología previa, que ha consumido recientemente alguna sustancia y en el que no se evidencian signos de suicidio.

Tabla 2.3.1.

Características de los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España*, 2003-2011.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número de fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	408
Sexo (%)									
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5	83,9	82,1
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5	16,1	17,9
Edad media (años)	35,3	37,0	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3	39,8	40,2
Grupo de edad (años)									
15-19	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7	0,4	1,2
20-24	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4	2,5	5,0
25-29	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8,0	7,9	6,0
30-34	22,6	20,5	20,0	18,0	17,6	16,3	17,4	12,4	12,2
35-39	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9	25,5	19,9
40-44	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9	24,8	21,4
>= 45	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7	26,5	34,0
Estado civil (%)									
Soltero/a	69,4	68,9	68,7	72,0	62,8	61,4	67,3	61,0	63,6
Casado/a	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4	21,6	18,2
Separado/a-Divorciado/a	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15,0	15,9	16,2
Viudo/a	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3	1,5	2,0
Procedencia del cadáver (%)									
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6	60,0	61,9	64,3	68,6
Hotel-Pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9	4,3	2,8
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8	14,0	11,1
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8	2,6	2,6
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1	3,9	5,1
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4,0	3,7	4,9
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8	7,0	7,3	7,1	4,9
Evidencias de consumo reciente (%)									
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3	89,0	90,4	77,4	89,9
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7	11,0	9,6	22,6	10,1
Evidencia de suicidio (%)									
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8	9,0	8,5	9,7	12,4
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2	91,0	91,5	90,3	87,6
Signos recientes venopunción(%)									
Sí	53,3	43,0	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2	29,6	16,3
No	46,7	57,0	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8	70,4	83,7
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
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1	68,6	62,8
Anticuerpos anti-VIH (%)									
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1	34,4	39,2
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9	65,6	60,8

* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: OEDT. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

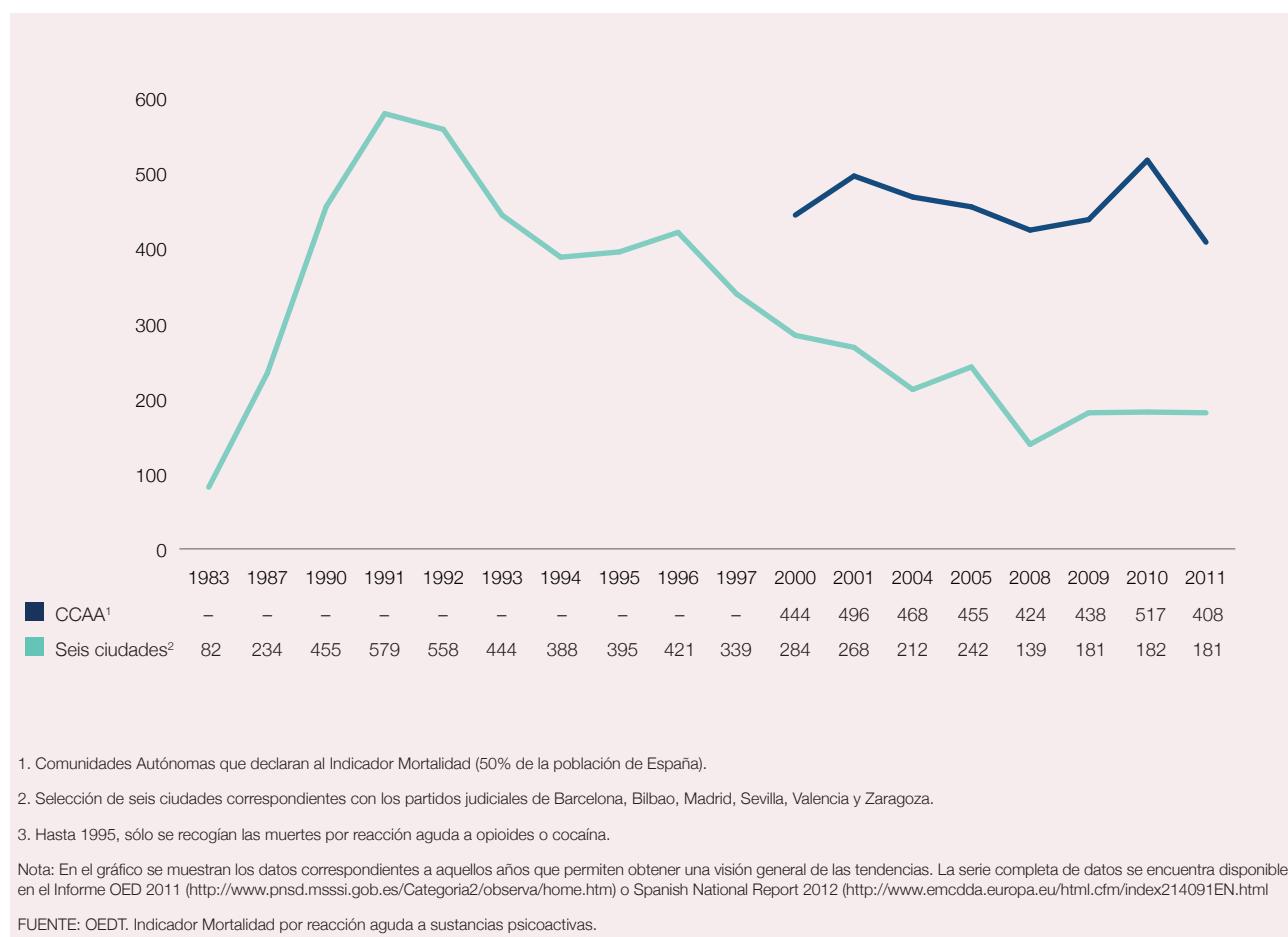
Los resultados muestran que, de manera global, tras el rápido ascenso observado durante la década de los ochenta, asociado al consumo de heroína intravenosa, se aprecia una tendencia descendente de la mortalidad que se mantiene en 2011.

Desde el punto de vista metodológico, conviene aclarar que las Comunidades Autónomas que declaran al Indicador Mortalidad no son las mismas todos los años. Por esta razón, la Figura 2.3.1 muestra, en la primera línea, los datos procedentes de las CCAA que declaran al indicador (diferentes según el año) y, en la segunda línea, 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.

Del mismo modo, variaciones en la notificación de algunas de las CCAA, mejoras en el registro o modificaciones en los partidos judiciales notificados podrían justificar algunos de los cambios que se observan en el número total de fallecidos nacionales (Figura 2.3.1).

Figura 2.3.1.

Número de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas (Indicador Mortalidad¹ y seis ciudades²). España, 1983-2011³.



En la Figura 2.3.2 y Tabla 2.3.2 se presenta la evolución de las defunciones por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en España de 1983 a 2011. Los datos se corresponden con el porcentaje/número absoluto de fallecidos en los que se identificaron, en los análisis toxicológicos, cada una de las sustancias o metabolitos a los que se hace referencia.

Figura 2.3.2.

Proporción (%) de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1983-2011.

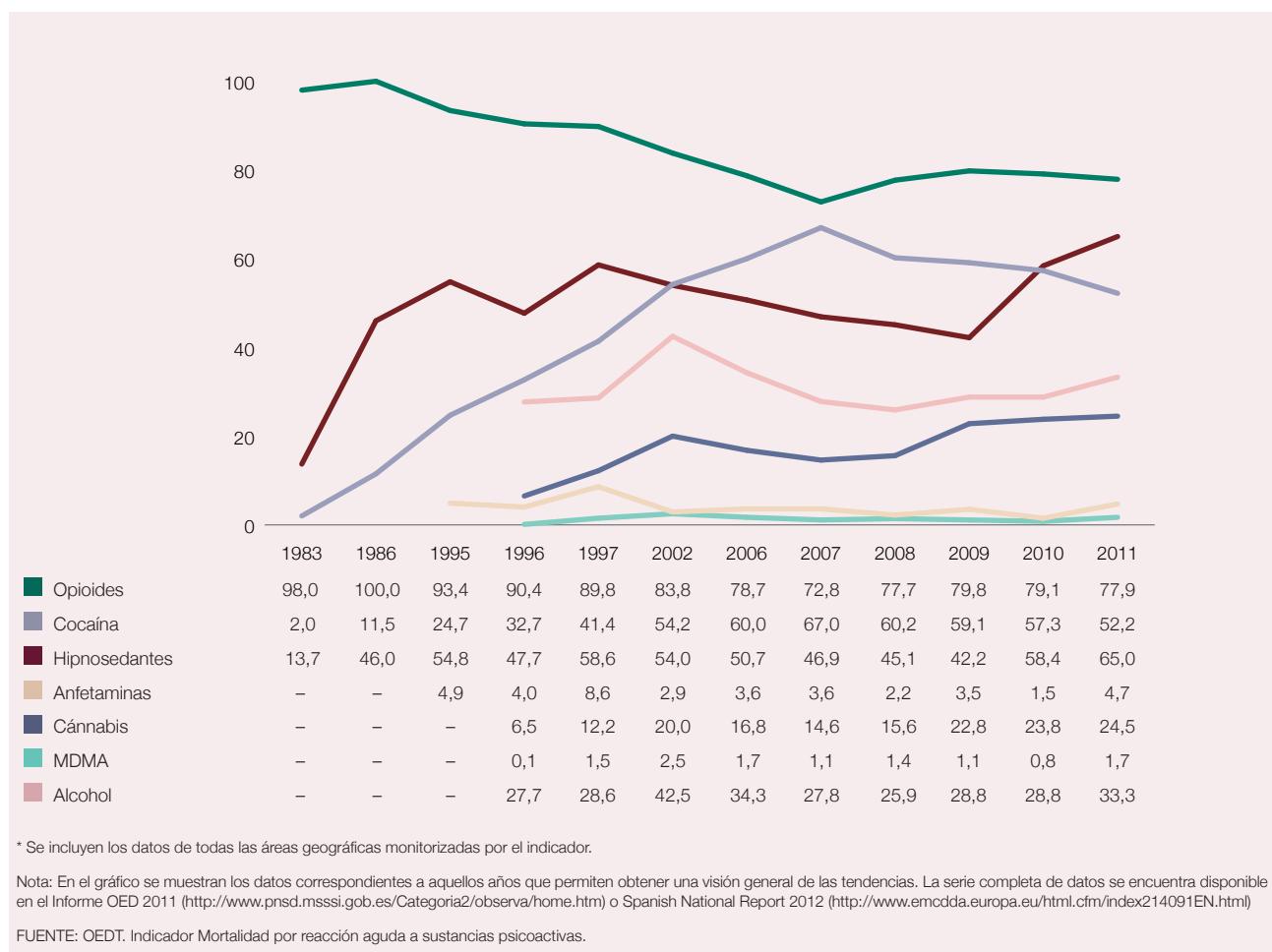


Tabla 2.3.2.

Número de fallecidos por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 2003-2011.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Opioides	376	349	356	338	340	324	346	409	318
Benzodiazepinas	234	225	241	203	212	186	180	292	258
Cocaína	305	280	315	250	313	251	247	297	213
Alcohol	191	167	150	143	130	108	120	149	136
Cannabis	82	78	95	70	68	65	88	123	100
Anfetaminas	15	12	12	15	17	9	13	8	19
MDMA y derivados	8	9	2	7	5	6	4	4	7
Barbitúricos	1	2	5	4	0	0	2	2	4
S. Volátiles	0	0	1	1	7	0	0	0	3
Alucinógenos	2	5	0	1	2	3	0	2	2
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408

* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

FUENTE: OEDT. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

El policonsumo de sustancias es el patrón más frecuentemente hallado entre los fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

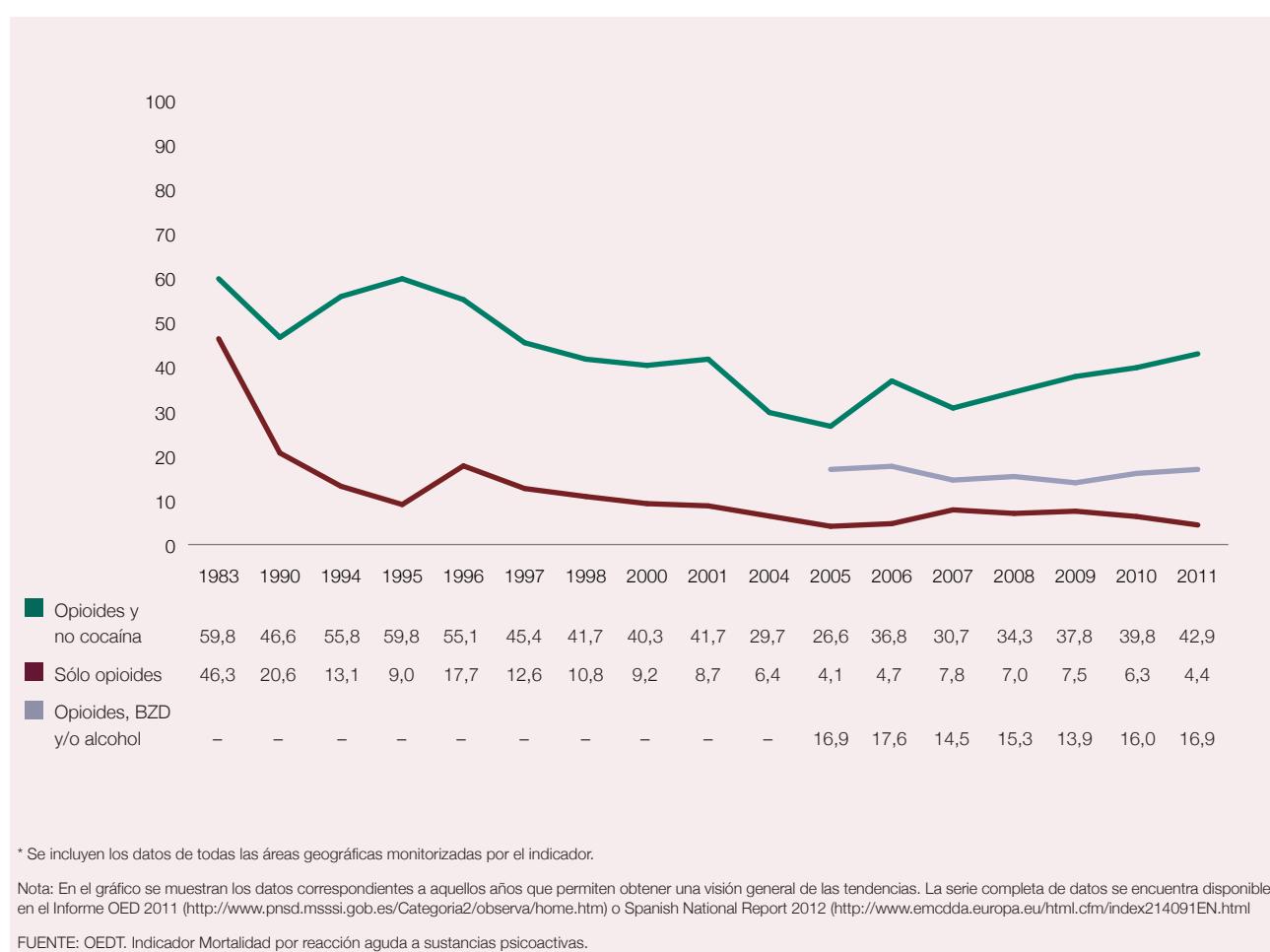
Los opioides fueron la sustancia identificada en un mayor número de ellos (77,9%), los hipnosedantes se mantienen como segunda sustancia más prevalente (65%), rompiendo la tendencia descendente iniciada en el 2005, mostrando un brusco aumento y superando a la cocaína, que ocupó la segunda posición durante los años 2002-2009.

La cocaína, mantiene la tendencia descendente iniciada en 2007 (67%), mostrando su presencia en el 52,2% de las muertes en 2011.

En las Figuras 2.3.3 y 2.3.4, se analiza, más detalladamente, la evolución temporal de los datos correspondientes a opioides y a cocaína, valorando ciertas combinaciones específicas que han resultado de interés, por su alta prevalencia, a lo largo de los años.

Figura 2.3.3.

Proporción (%) de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (opioides y no cocaína, sólo opioides, opioides con benzodiazepinas (BZD) y/o alcohol). España*, 1983-2011.



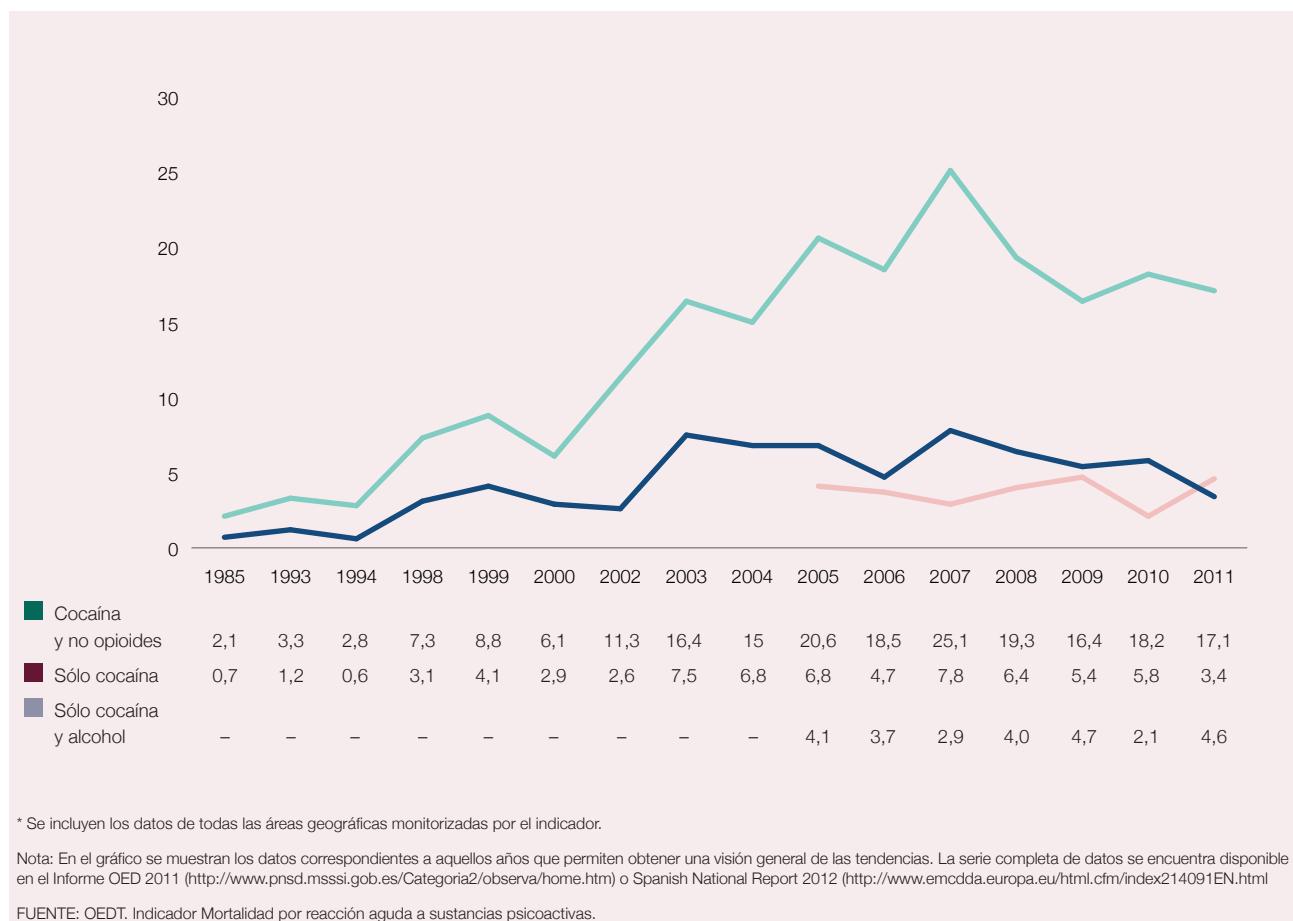
* Se incluyen los datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador.

Nota: En el gráfico se muestran los datos correspondientes a aquellos años que permiten obtener una visión general de las tendencias. La serie completa de datos se encuentra disponible en el Informe OED 2011 (<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/home.htm>) o Spanish National Report 2012 (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index214091EN.html>)

FUENTE: OEDT. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.

Figura 2.3.4.

Proporción (%) de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico (cocaína y no opioides, sólo cocaína, sólo cocaína y alcohol). España*, 1983-2011.



Registro General de Mortalidad

Metodología

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) dispone de un registro de Defunciones según la Causa de Muerte clasificadas en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Las bases de datos de mortalidad se elaboran en colaboración con las CCAA. La fuente primaria de información son los Registros Civiles que envían, mensualmente, los boletines de defunción a las delegaciones del INE. La última base de datos de mortalidad disponible a nivel nacional es la del año 2011.

A continuación, se muestra un análisis de la mortalidad seleccionando los códigos CIE-10 propuestos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías⁵, que incluye los códigos CIE-10: F11-F12, F14-F16, F19, X42, X62 e Y12. A éstos se añade el X44 para adaptarse al contexto español. Este último código incluye los envenenamientos accidentales por exposición a drogas y es muy utilizado en España para codificar muertes por “sobredosis”.

5. The DRD-Standard, versión 3.0 EMCDDA Scientific Report. EMCDDA/P1/2002. <http://www.emcdda.eu.int>.

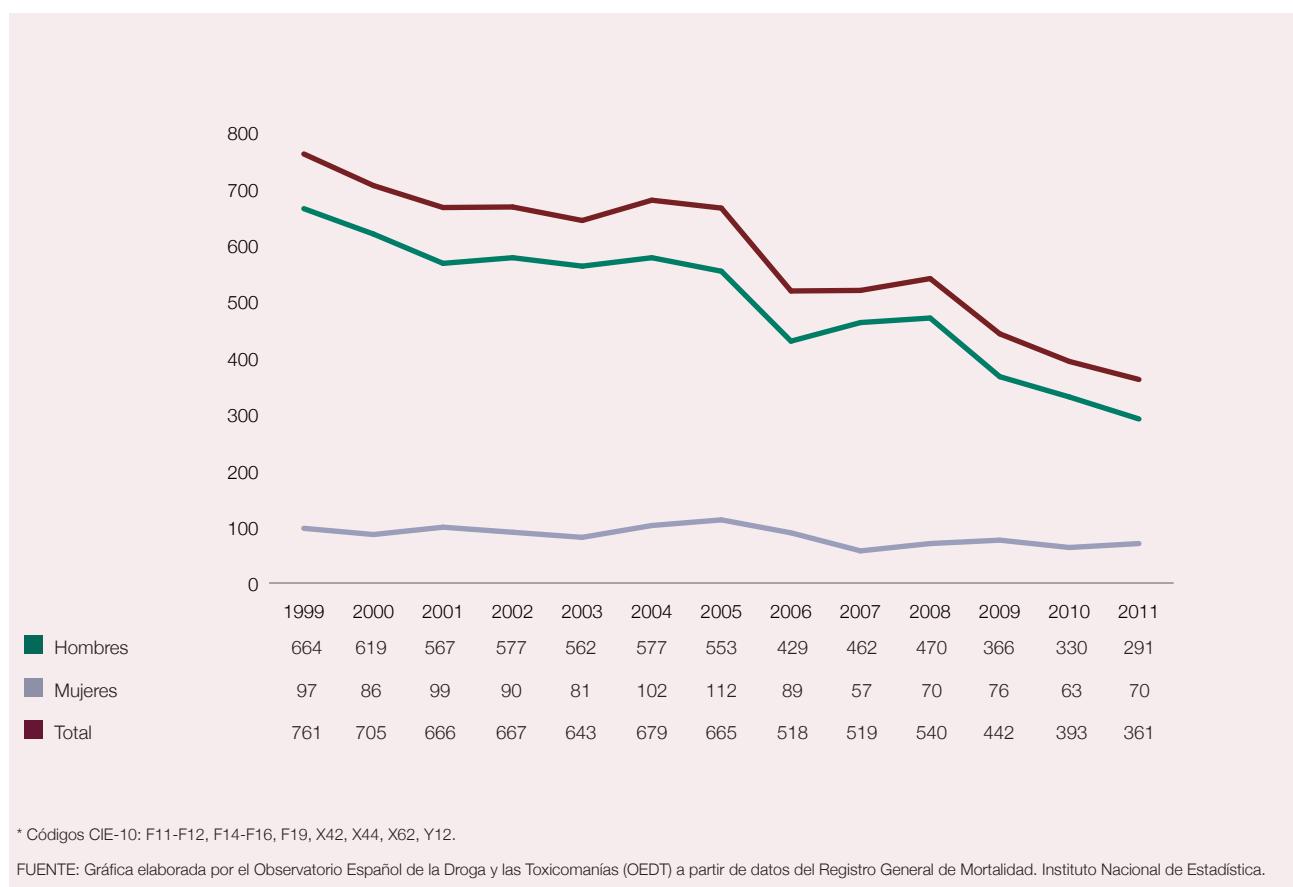
Resultados

En 2011 se codificaron, bajo los códigos CIE-10 antes especificados, 361 defunciones, cifra que mantiene la tendencia descendente que se observa desde que se inició la extracción de datos del Registro General de Mortalidad en 1999.

En cuanto a las características de los fallecidos, a lo largo del periodo 1999-2011 se aprecia también un predominio masculino, mantenido a lo largo de la serie histórica y que, en 2011, supone el 82,8% de las defunciones (Figura 2.3.5).

Figura 2.3.5.

Evolución de la mortalidad* por consumo de sustancias psicoactivas según sexo.
España, 1999-2011.

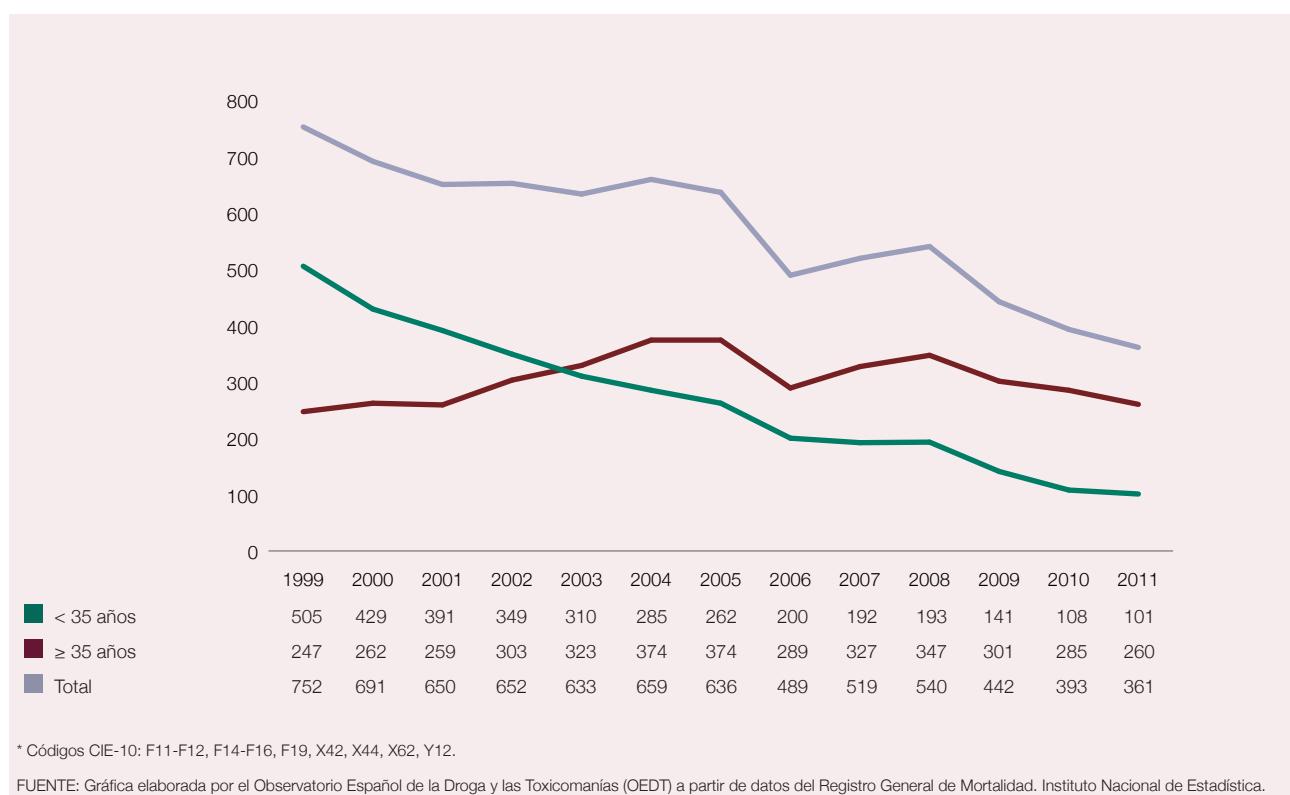


La distribución de las defunciones en función de la edad a lo largo de la serie histórica (Figura 2.3.6), muestra una tendencia ascendente de la edad media de los fallecidos.

En la década de los noventa, la mayoría de las muertes se daban en menores de 35 años pero, desde 2003, aquellos con 35 o más años superan a los menores de esta edad.

Figura 2.3.6.

Evolución del número de defunciones* por consumo de sustancias psicoactivas desagregado por edad. España, 1999-2011.



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 la información disponible.

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 zonas —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 muertes 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 (seleccionando únicamente las defunciones en aquellas ciudades/provincias⁷ que declaran de manera periódica en ambos registros). En la Figura 2.3.7 se representa, esquemáticamente, cómo se lleva a cabo esta estimación.

7. Provincia de Álava, provincia de Guipúzcoa, provincia de Vizcaya, ciudad de Bilbao, provincia de La Coruña, provincia de Lugo, provincia de Orense, provincia de Pontevedra, Comunidad de Murcia, provincia de Ávila, provincia de Burgos, provincia de León, ciudad de Ponferrada, provincia de Palencia, provincia de Salamanca, provincia de Segovia, provincia de Soria, provincia de Valladolid, ciudad de Valladolid, provincia de Zamora, provincia de Sevilla, ciudad de Sevilla, provincia de Málaga, ciudad de Málaga, provincia Granada, ciudad de Granada, ciudad de Palma de Mallorca, ciudad de Madrid, ciudad de Getafe, ciudad de Leganés, ciudad de Majadahonda, ciudad de Barcelona, ciudad de Valencia, ciudad de Zaragoza, ciudad de Pamplona, ciudad de Las Palmas de GC, ciudad de Sta. Cruz Tenerife, ciudad de Badajoz, ciudad de Cáceres

Figura 2.3.7.

Cálculo de la estimación de las defunciones por drogas ilegales en España.



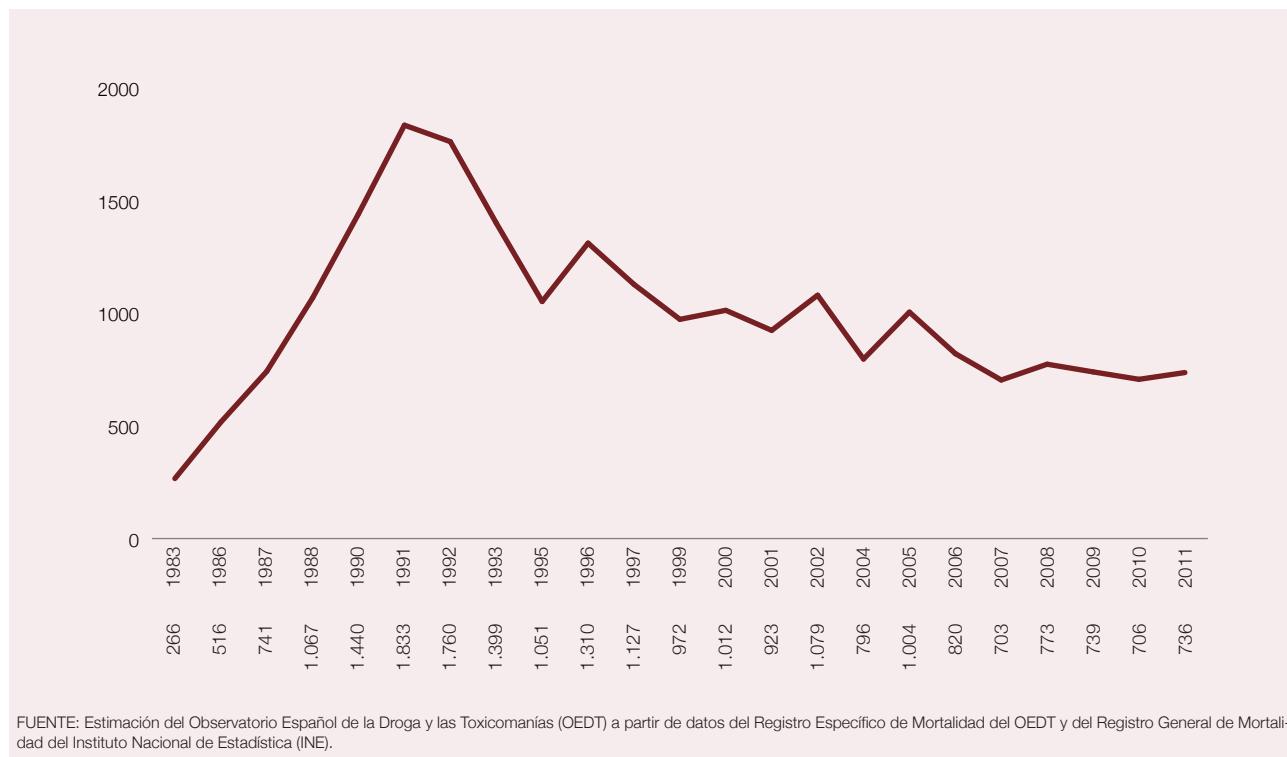
Aplicando este coeficiente, se corrige parte de la subnotificación, pero es sabido que el consumo de drogas ilegales aumenta la probabilidad de morir por diversas causas y que, sin embargo, la repercusión de este hecho no se refleja, adecuadamente, en la mortalidad general. Por tanto, esta estimación se refiere al mínimo número de muertes secundarias al consumo de drogas ilegales, pudiendo éste ser más elevado. Estudios más específicos (estudios de cohortes, mortalidad proporcional, etc.) podrían aportar información complementaria de gran interés.

Resultados

En la Figura 2.3.8. se muestran los datos procedentes de la estimación de defunciones por drogas ilegales, a nivel nacional, desde 1983 hasta 2011. Se observa que, tras el pico de principio de la década de los noventa, se mantiene una tendencia descendente que parece haberse estabilizado. En 2011 se produjeron un total de 387.911 defunciones en España, de las que se estima que 736 estuvieron provocadas por el consumo no médico de sustancias ilegales.

Figura 2.3.8.

Estimación del número total de defunciones por drogas ilegales. España, 1983-2011.



2.4. Infecciones en consumidores de drogas, 1996-2012

Introducción

En los últimos 20 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, y el descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína.

En la actualidad, es preciso tener, además, muy presentes las infecciones por virus de la hepatitis, especialmente el VHC y el VHB que, por sus características clínicas y evolutivas han pasado más desapercibidas que la infección 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.

Metodología y resultados

En España se dispone de datos procedentes de varias fuentes de información que, en su conjunto, ayudan a comprender la evolución del fenómeno, así como la situación actual.

A continuación se resume la metodología y los resultados obtenidos a través de los principales sistemas que componen la vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España, algunos proceden de Observatorio Español de la Droga y las Toxocomanías, y otros de diferentes organismos oficiales.

VIH/sida

- **Sistemas de información poblacional:** éstos comprenden el Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de Infección por VIH (SINIVIH) y el Registro Nacional de Sida.
 - El SINIVIH recoge información sobre los nuevos diagnósticos de VIH que se realizan en el conjunto de la población y ofrece la mejor aproximación a la incidencia de VIH de la que se dispone. El último informe disponible data de 2012 (datos correspondientes a 2011).
 - El **Registro Nacional de casos de sida** recopila información sobre los casos de sida diagnosticados en España, y su cobertura es del 100% de la población del país. La incidencia de sida es un indicador de la evolución de los estadios avanzados de la infección por VIH en la población.
- **Redes centinela:** recogen información sobre determinados grupos de población que son de particular interés para monitorizar la evolución de la epidemia de VIH.

En España hay dos grandes redes de este tipo: el EPI-VIH y el Grupo de Trabajo sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

- **El estudio EPI-VIH** incluye 19 centros de diagnóstico de VIH/ITS, y proporciona información acerca de la realización de la prueba de VIH, prevalencia e incidencia de VIH en las personas que acuden a estos centros, por lo que sus resultados sólo son extrapolables a este tipo de población.
- **El Grupo de Trabajo sobre ITS**, está formado por una red de 15 centros específicos de ITS y recoge información clínico-epidemiológica sobre pacientes diagnosticados de diferentes ITS. Como en el caso anterior, los resultados son sólo extrapolables a la población de la que proceden los datos.
- **Encuesta Hospitalaria de Pacientes con VIH/sida.** Se trata de una encuesta de prevalencia-día, que se lleva a cabo desde 1996, en la que se recogen datos sobre pacientes que reciben atención (ambulatoria u hospitalaria) en los hospitales participantes en un día concreto, con el objetivo de describir sus características y monitorizar su evolución.
- **Indicador Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas:** Este es el único sistema de información, de los expuestos, que es específico para usuarios de drogas. Recopila datos sobre el número y características de las personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de diferentes sustancias psicoactivas y entre las variables recogidas se incluyen algunas relacionadas con el VIH/sida. Información complementaria respecto a este indicador está disponible en el apartado 2.1 de este capítulo.

A continuación se presentan los aspectos de mayor interés en este contexto, si bien es posible acceder a información completa y detallada en:

- Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, vigilancia epidemiológica:
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/>
- Web del Centro Nacional de Epidemiología:
<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/sida.shtml>
- Web del Observatorio Español sobre Drogas y las Toxicomanías, Plan Nacional sobre Drogas:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/home.htm>

SINIVIH. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH^{8,9}

Objetivos

Este sistema de información tiene como objetivo principal contribuir a la vigilancia epidemiológica del VIH. En concreto, busca cuantificar los nuevos diagnósticos de infección por el VIH y su evolución temporal, y describir las características epidemiológicas de las personas recientemente diagnosticadas de infección por VIH.

Metodología

- Periodo de estudio: la recogida de información es anual desde el año 2003.
- Ámbito geográfico y población: el número de CCAA que declaran ha ido en aumento desde que se inició la recogida de datos. En 2011 declararon 17 de las 19 Comunidades/Ciudades Autónomas, que equivale a 32.853.439 habitantes (71% del total de la población nacional).

8. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España. Sistemas Autonómicos de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Junio 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHsida_Junio2012.pdf

9. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España. Sistemas Autonómicos de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Selección de gráficos. Junio 2012. Disponible en <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Graficos-VIH-sida-Junio-2012.pdf>

Resultados principales

Desde el año 2003, se han notificado un total de 21.089 diagnósticos de infección por VIH, 2.763 en 2011. Las tasas anuales de nuevos diagnósticos por millón de habitantes varían de 97,5 en 2003 a 99,5 en 2010 y 84,1 en 2011, datos que pueden sufrir alguna modificación por las correcciones debidas al retraso de notificación.

Situación según categoría de transmisión (año 2011). La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) fue la más frecuente (54%), seguida de la transmisión heterosexual, que supone un 31%, y la de usuarios de drogas inyectadas (UDI), que sumó un 5% (Figura 2.4.1). Por tanto, el 85% de los nuevos diagnósticos de VIH del año 2011 tuvo su origen en la transmisión sexual.

Desglosadas las categorías de transmisión según el sexo, entre los hombres, la transmisión HSH supone el 64% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2011, sumando la transmisión heterosexual el 20%. Entre las mujeres, la transmisión heterosexual supone la gran mayoría, con un 83% de los nuevos diagnósticos (Figura 2.4.2).

Evolución temporal (Periodo 2007-2011). La tendencia de las tasas de nuevos diagnósticos de VIH varía según el mecanismo de transmisión: en el grupo de UDI se observa durante el periodo un descenso progresivo en las tasas por millón de habitantes (10,2/millón de habitantes en 2007 y 4,5/millón de habitantes en 2011). En el caso de la transmisión heterosexual, se evidencia un descenso de los nuevos diagnósticos y también de las correspondientes tasas. Los nuevos diagnósticos en HSH descienden con respecto a 2010 pero, en conjunto, continúan la tendencia ascendente que vienen manteniendo desde 2007.

En la Figura 2.4.3 se presenta la evolución temporal de los nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión.

Figura 2.4.1.

Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. España*, 2011.

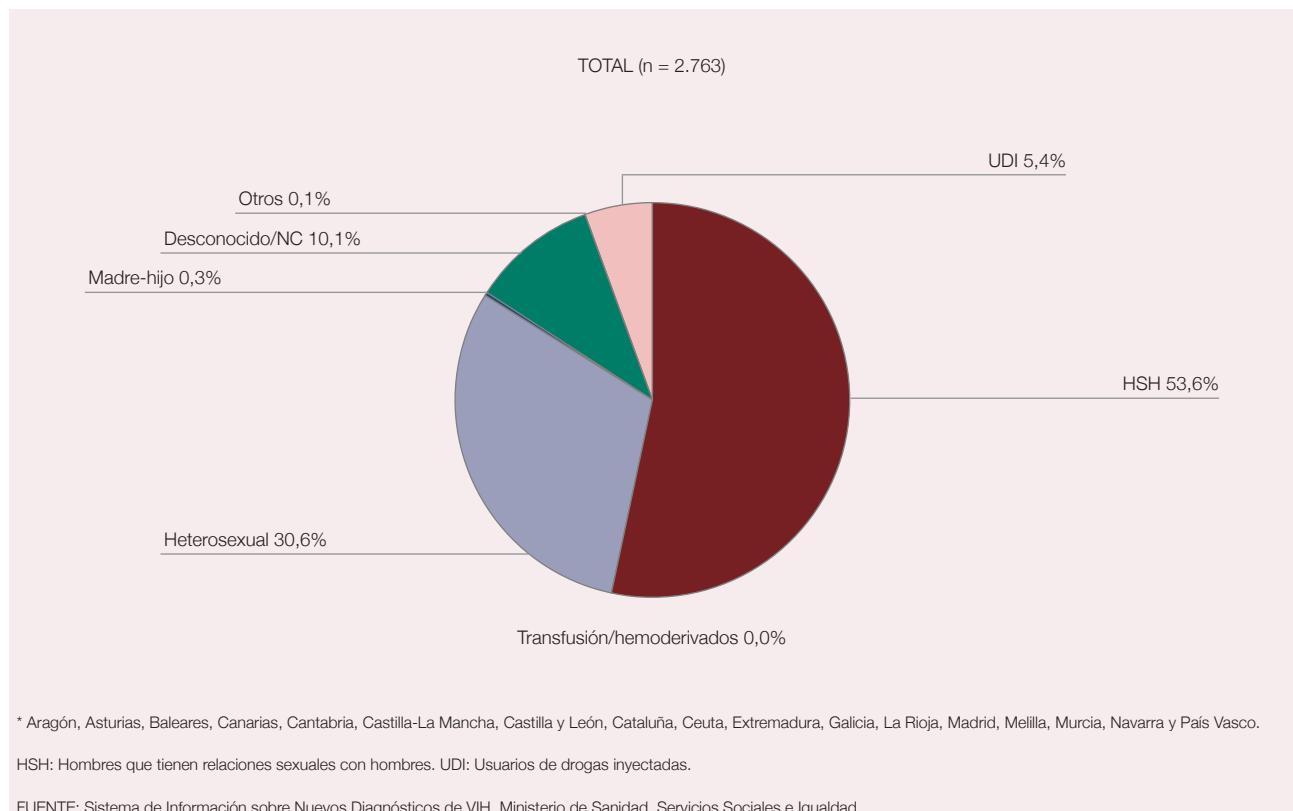


Figura 2.4.2.

Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión y sexo. España*, 2011.

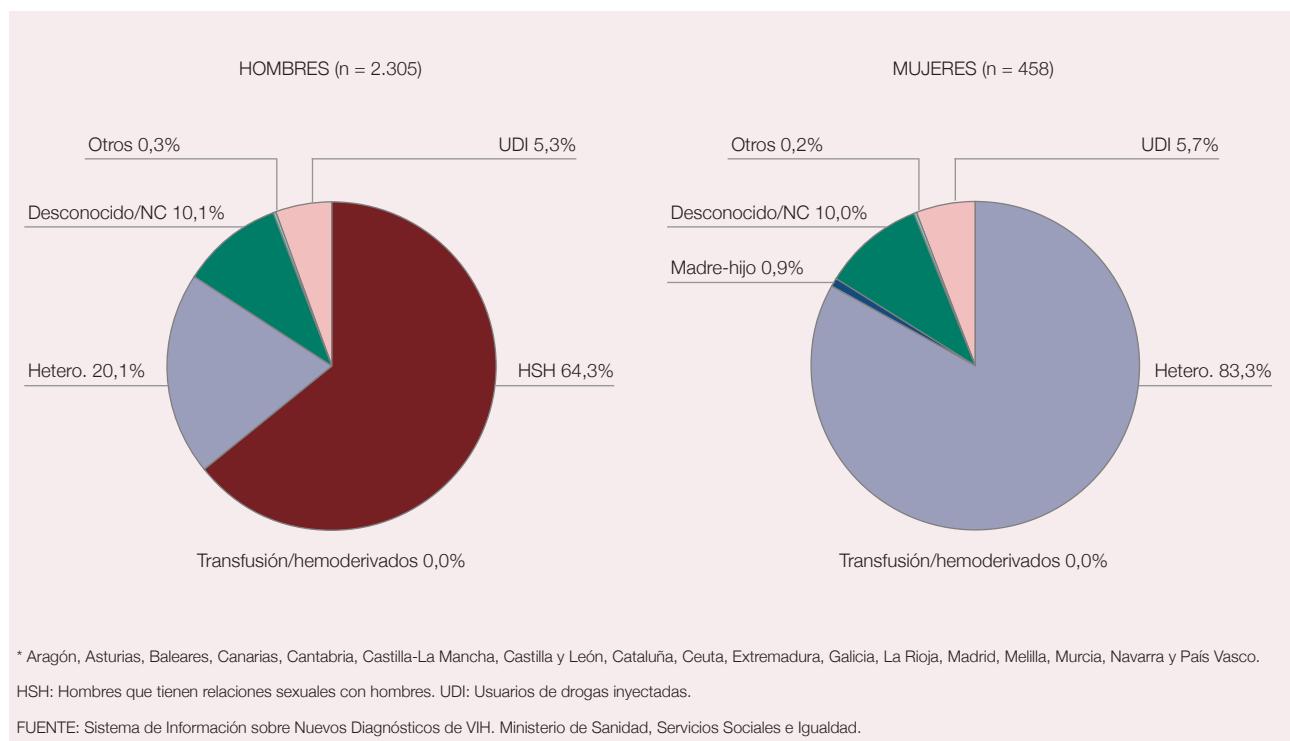


Figura 2.4.3.

Nuevos diagnósticos de VIH anuales por categoría de transmisión. España*, 2007-2011



Registro Nacional de casos de sida

En España existe un Registro Nacional de casos de sida que recoge información sobre los nuevos casos de sida a nivel estatal. Se dispone de datos desde 1981 hasta la actualidad. Este registro nos aporta información útil en relación a la evolución de la enfermedad y al mecanismo de transmisión.

Según el Centro Nacional de Epidemiología, desde 1981, año de inicio de la epidemia, hasta el 30 junio de 2012 se habían notificado en España un total de 82.009 casos de sida.

Situación actual. En 2011 (a fecha 30 de junio de 2012) se habían notificado 844 casos. Tras corregir, por retraso de notificación, se estima que en dicho año se diagnosticaron 1.038 casos de sida.

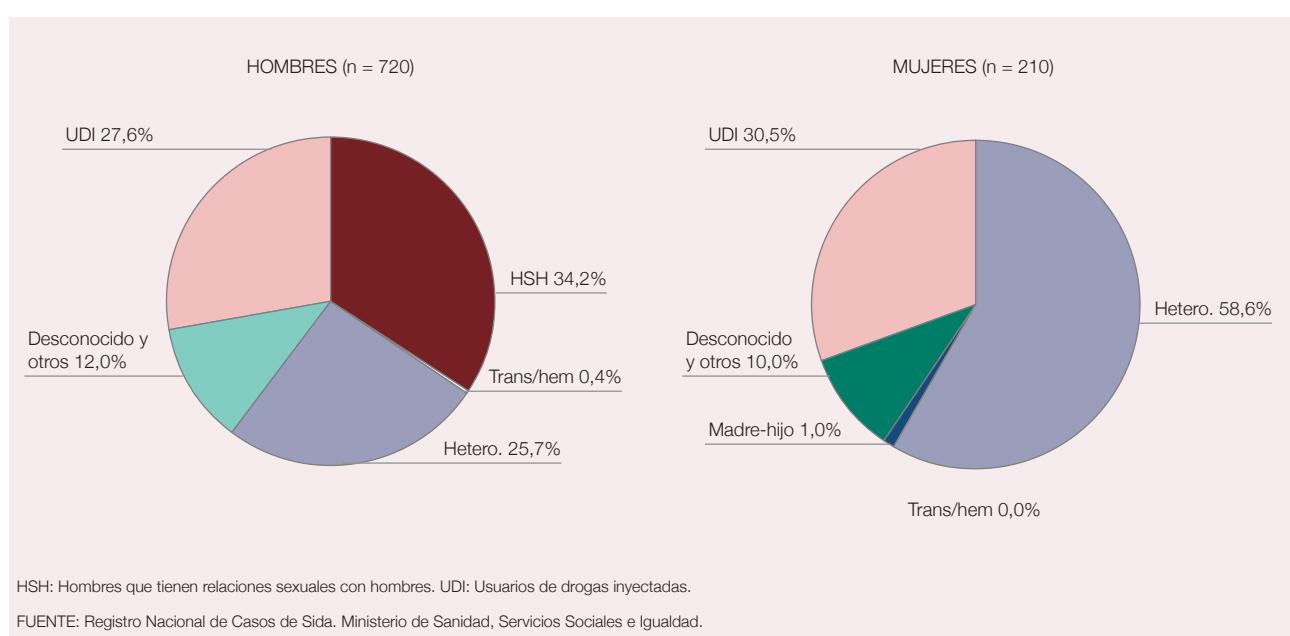
El 79% de los diagnósticos eran hombres. La mediana de edad fue 42 años, siendo algo mayor en los hombres que en las mujeres. El 25% (menor porcentaje que en 2010) de las personas que se diagnosticaron de sida en 2011 contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas. El 32% por mantener relaciones heterosexuales no protegidas aunque, entre las mujeres representa el 65% de los diagnósticos. La transmisión secundaria a mantener relaciones sexuales entre hombres supone el 30% de todos los casos y el 39% si se tienen en cuenta sólo los hombres.

Evolución temporal. El diagnóstico de casos de sida tuvo su pico máximo en la década de los noventa y mantiene, desde entonces, una tendencia descendente. En 2011, con respecto a 2010, los casos descendieron un 13% entre los varones y un 18% entre las mujeres. En relación al mecanismo de transmisión, los UDI descendieron el 22%. Este descenso puede estar relacionado con varios factores entre los que cabe destacar la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona y el descenso del uso de la vía inyectada para el consumo de heroína. El descenso en los heterosexuales fue del 16%, mientras que el descenso, entre los HSH, fue tan sólo del 1%.

En la Figura 2.4.4 se presentan los nuevos casos de sida en relación con el factor de riesgo asociado (España 2011) a la transmisión del VIH, en la que se puede apreciar la importancia de la vía sexual (en las mujeres predomina la vía heterosexual y en los hombres la homosexual).

Figura 2.4.4.

Casos de sida diagnosticados en España en 2011, distribuido por categorías de transmisión.



Estudio EPI-VIH¹⁰

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal durante el periodo 2000-2010. Aunque no se disponen de datos más actualizados, estos resultados aportan información interesante sobre la evolución de 2000 a 2010.

Objetivos

- Describir las características de las personas que se realizaron la prueba VIH y de las que se diagnosticaron de infección por el VIH, en alguno de los centros de diagnóstico de VIH, que componen la red de este estudio, durante el periodo 2000-2010.
- Describir la prevalencia de VIH en las personas que se realizaron la prueba en la red de centros de diagnóstico de VIH en función de las exposiciones de riesgo, el sexo, la edad y la región de origen.

Metodología

- Diseño: estudio descriptivo longitudinal.
- Periodo: 2000-2010.
- Ámbito: 20 centros de diagnóstico de VIH.
- Criterios de inclusión: personas que se realizaron de forma voluntaria la prueba del VIH durante el periodo de estudio en algunos de los centros participantes. Sólo se consideraron los resultados confirmados.
- Estimación de la prevalencia: se ha calculado la prevalencia de infección por VIH como el número de personas diagnosticadas dividido por el total de analizadas.

Resultados principales

Características de las personas que se realizaron la prueba del VIH. Durante los años 2000-2010 se realizaron un total de 243.695 determinaciones para el VIH en los centros participantes. El 64% se realizaron a personas que acudían en su primera visita al centro y las restantes a individuos que ya se habían realizado la prueba de VIH en el mismo centro en ocasiones anteriores. Según el mecanismo de transmisión del VIH, el mayor porcentaje de solicitudes de la prueba en primera visita se produjo entre hombres heterosexuales. En relación a los usuarios de drogas por vía intravenosa, destaca que la solicitud de la prueba, tanto en primera visita como en revisiones, desciende a lo largo de todo el periodo (Figura 2.4.5).

Descripción de las personas diagnosticadas de infección por el VIH. En total se diagnosticaron 5.732 infecciones por el VIH a lo largo del periodo. En primeras visitas, el mayor diagnóstico se produjo entre los hombres que tienen sexo con hombres y los usuarios de drogas intravenosas pero, en el periodo 2000-2010, entre los primeros, el número de diagnósticos aumentó de 109 (31,6%) a 376 (73,6%) y entre los segundos, disminuyó de 139 (40,3%) a 22 (4,3%). La tendencia es similar en las revisiones (Figura 2.4.6).

Descripción de la prevalencia de infección por VIH. A lo largo del periodo, la prevalencia global de infección por VIH en primeras visitas fue del 2,7%, superior al 1,8% hallada en las revisiones. Centrándonos en los usuarios de drogas por vía intravenosa, en primeras visitas, este grupo presenta las prevalencias más altas. La evolución temporal muestra un descenso entre 2000 y 2003 (desde el 19,2% hasta el 14,1%), seguido de una estabilización entre 2004 y 2010. En las revisiones, las prevalencias para los usuarios de drogas intravenosas oscilaron entre el 6,5% del 2000 y el 5,9% del 2010, sin presentar una tendencia clara (Figura 2.4.7).

10. Grupo EPI-VIH. Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en personas atendidas en una red de centros de diagnóstico de VIH/ITS, 2000-2010. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2012. Disponible en http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEPI_VIH2000_2010.pdf

Figura 2.4.5.

Número de personas que se realizaron la prueba del VIH, según año de realización de la prueba, tipo de visita y mecanismo de transmisión (2000-2010).

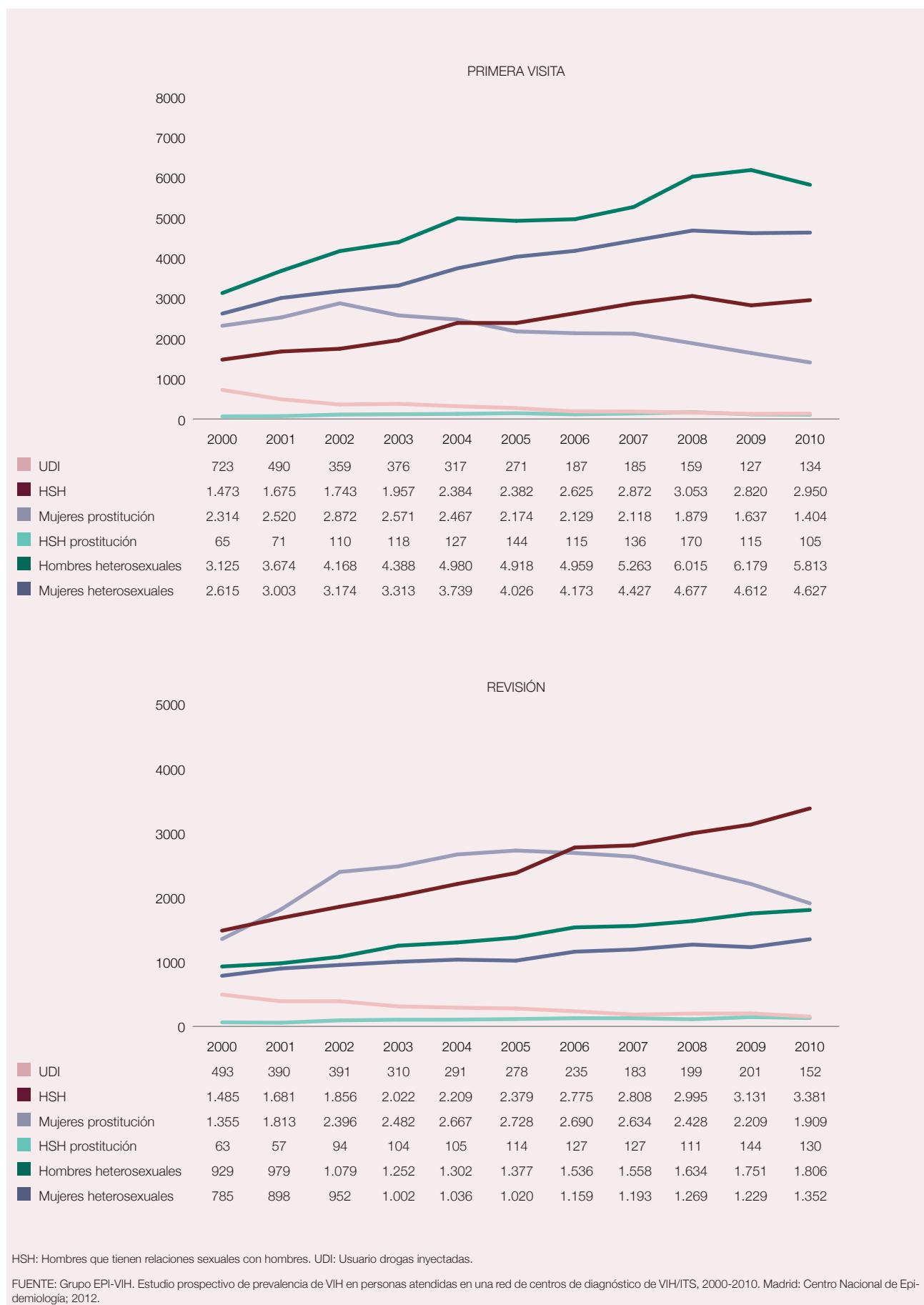


Figura 2.4.6.

Personas diagnosticadas de infección por VIH, según año de realización de la prueba, tipo de visita y mecanismo de transmisión (2000-2010).

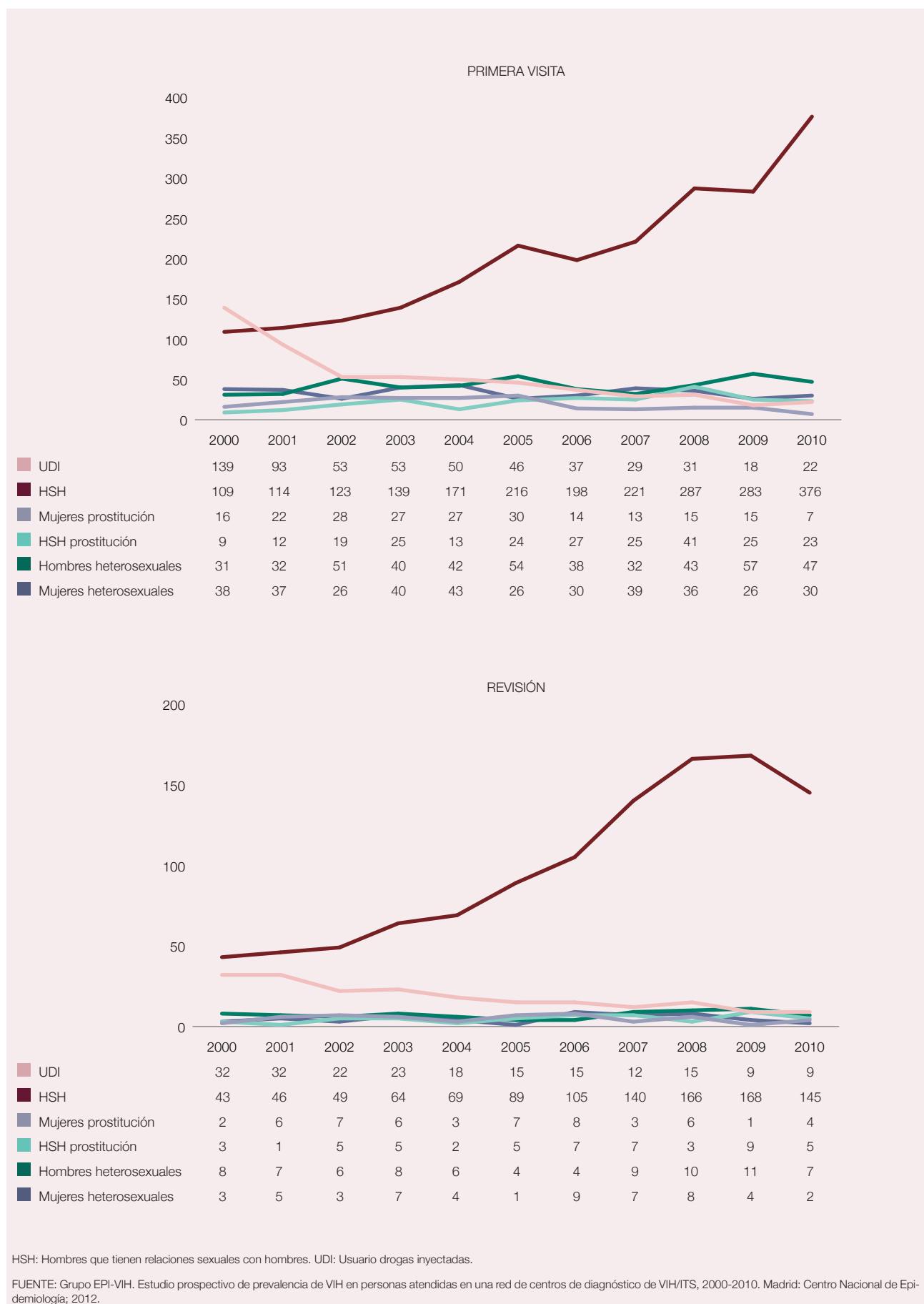
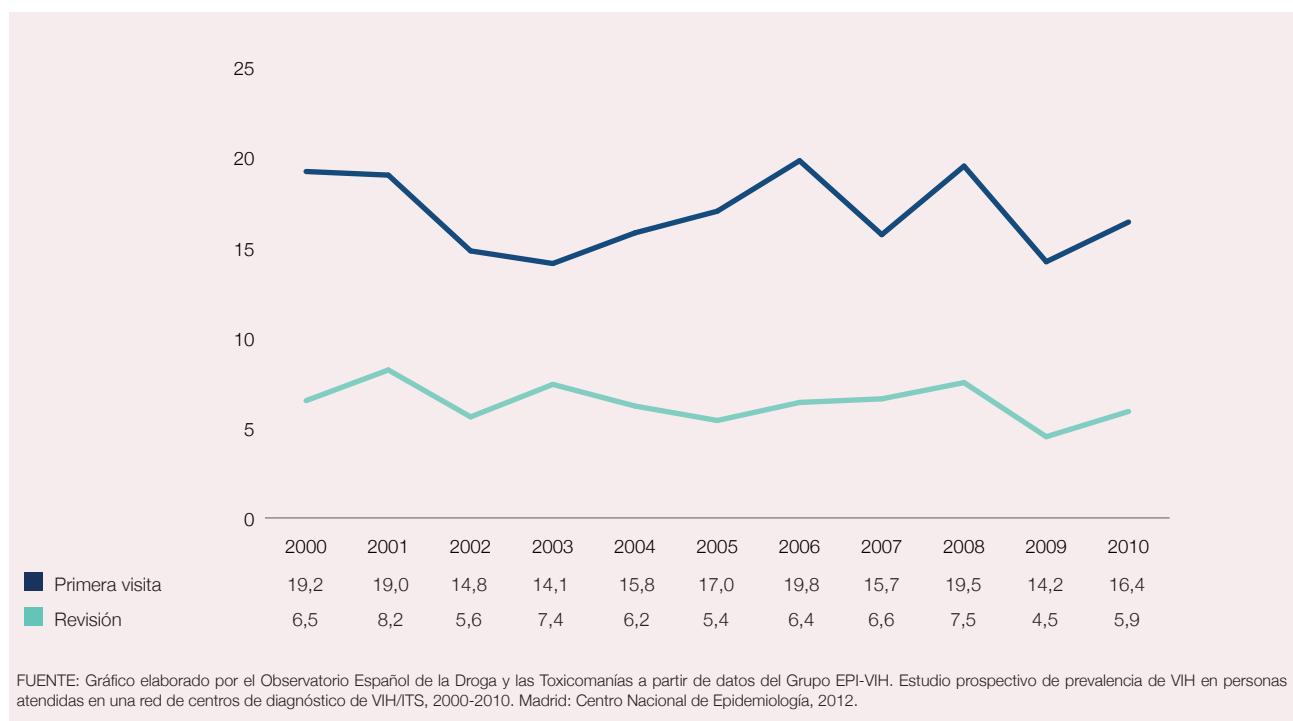


Figura 2.4.7.

Prevalencia (%) de VIH en UDI/exUDI según año de realización de la prueba y primera o sucesivas visitas (2000-2010).



Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida¹¹

La última edición se realizó en 2012. A continuación, se resumen la metodología y los resultados más actualizados, así como la evolución de 2000 a 2012.

Objetivos

- Describir las características clínicas y socio-demográficas de las personas con VIH/sida atendidas en los servicios hospitalarios y su evolución temporal.
- Estimar la prevalencia de conductas de riesgo para el VIH en la población de estudio.
- Estimar la prevalencia de los pacientes que siguen tratamiento antirretroviral y definir las características de éstos.
- Estimar los indicadores habituales de efectividad del tratamiento antirretroviral y definir sus características.
- Identificar las co-morbilidades más importantes en pacientes con VIH y su evolución.

Metodología

- Tipo de estudio: estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en un día prefijado.
- Población de estudio: pacientes diagnosticados de VIH en contacto con el Sistema Nacional de Salud.
- Ámbito: Red de hospitales del Sistema Nacional de Salud en las Comunidades Autónomas que participan de forma voluntaria en el estudio.
- Periodo: 2000-2012.
- Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de VIH que se encuentren el día de la encuesta en régimen de hospitalización, consulta externa u hospital de día.
- Recogida de datos: Cuestionario cumplimentado por el médico responsable del paciente.

11. Encuesta hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2012. Análisis de la evolución 2000-2012. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid, Mayo 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Economía y Competitividad. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/EncuestaHospitalaria2012.pdf>

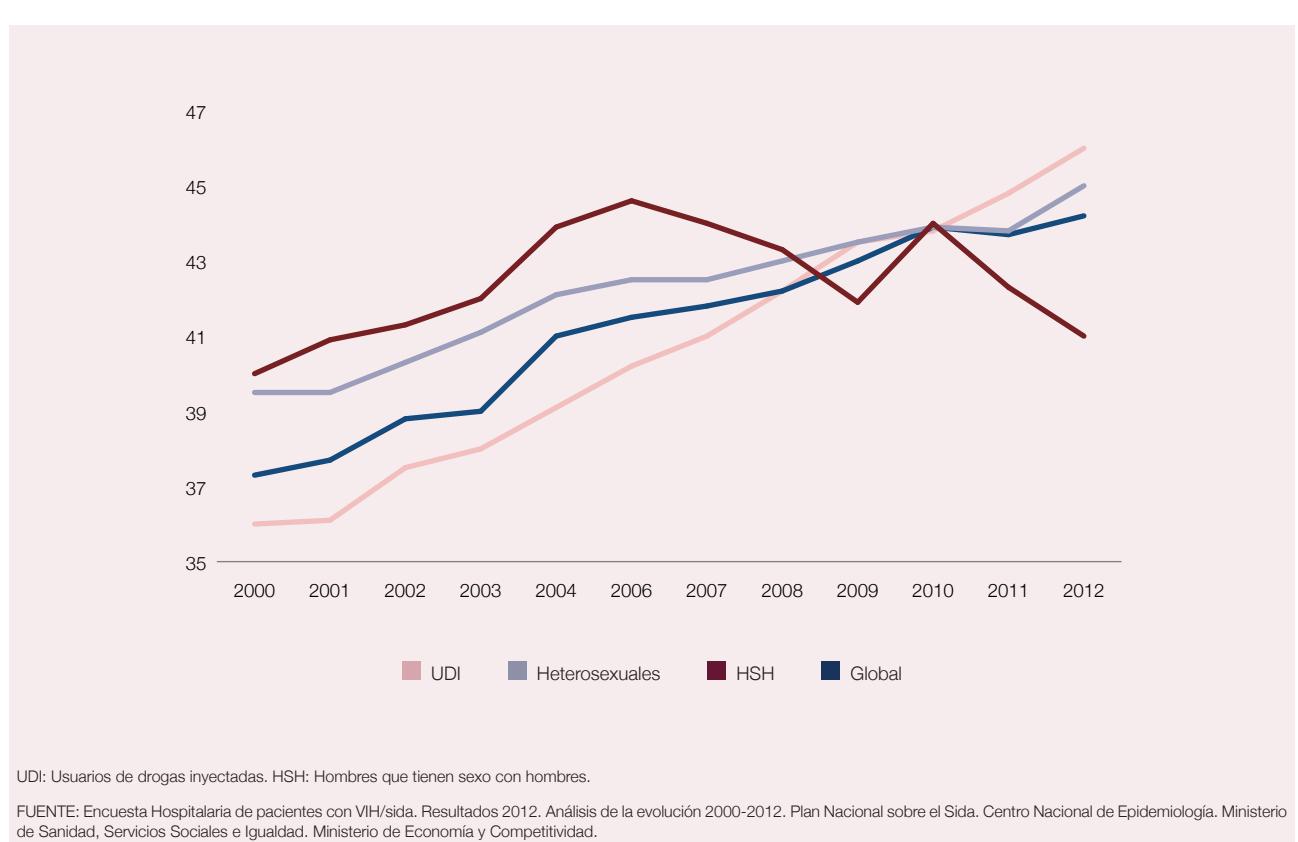
Resultados principales

Globalmente, la situación clínica de los pacientes infectados por VIH/sida ha mejorado de forma importante al extenderse los tratamientos con antirretrovirales, observándose una tendencia continuada hacia la mejoría, en los últimos 12 años. Se observa un aumento de los pacientes de otros países (13% en 2012), la mayoría contrajo el VIH por prácticas heterosexuales de riesgo.

Los pacientes atendidos en los hospitales son fundamentalmente hombres, cada vez de mayor edad (edad media 44,4 años, el 29,9% tenía 50 años o más en 2012), algo que se observa en todas las categorías de transmisión excepto en los hombres que tienen sexo con hombres (Figura 2.4.8).

Figura 2.4.8.

Evolución de la media de edad de los pacientes por categoría de transmisión y año de la encuesta, 2000-2012.



En 2012, el mecanismo de transmisión más común seguía siendo el uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas inyectables, a pesar de que la proporción atribuible a esta práctica de riesgo ha mantenido una tendencia descendente, esto unido a la tendencia ascendente de la transmisión por vía heterosexual, hace que el porcentaje atribuible a cada uno de ellos se encuentre en valores cercanos (Figura 2.4.9).

La distribución de los mecanismos de transmisión varía en función del sexo, en las mujeres predominan las prácticas de riesgo heterosexuales y en los hombres las prácticas de riesgo asociadas a uso de drogas por vía intravenosa y las relaciones sexuales entre hombres (Figura 2.4.10).

Figura 2.4.9.

Evolución de los mecanismos de transmisión (%). España, 2000-2012.

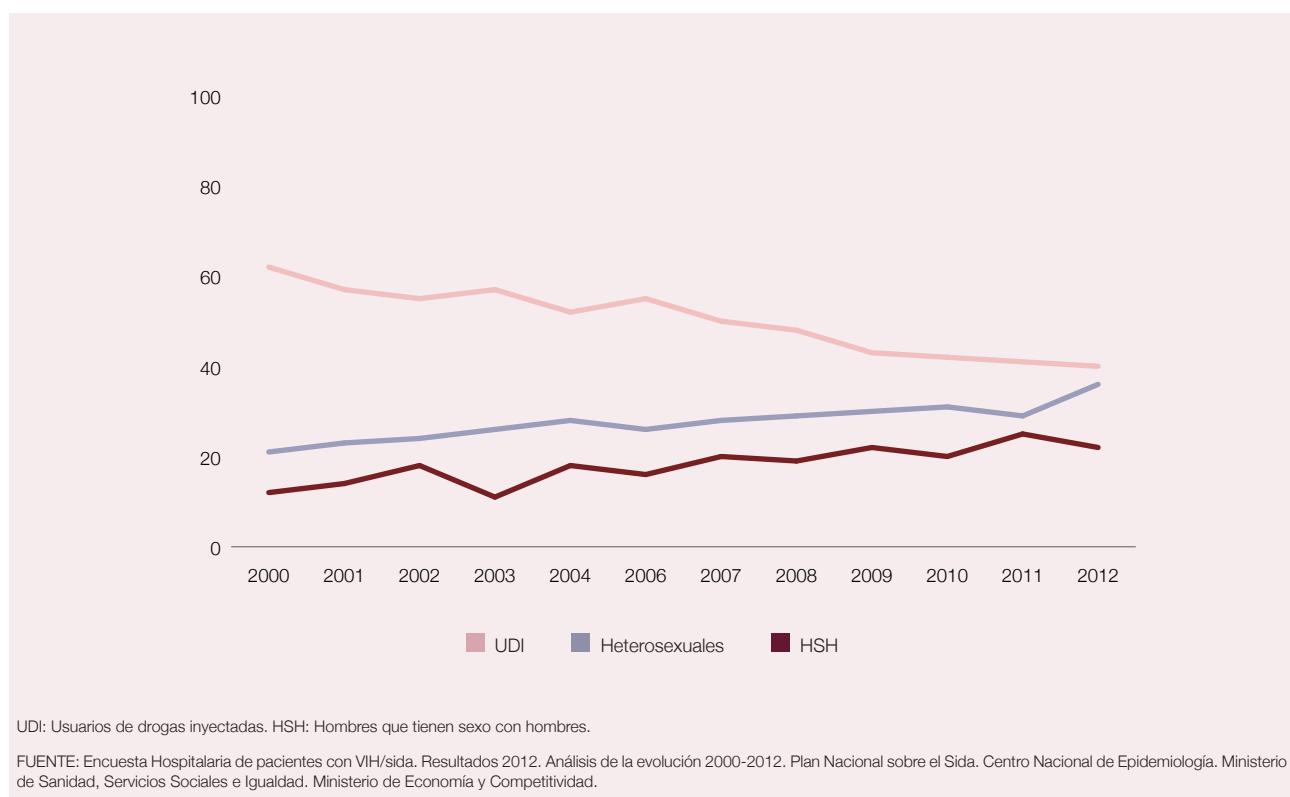
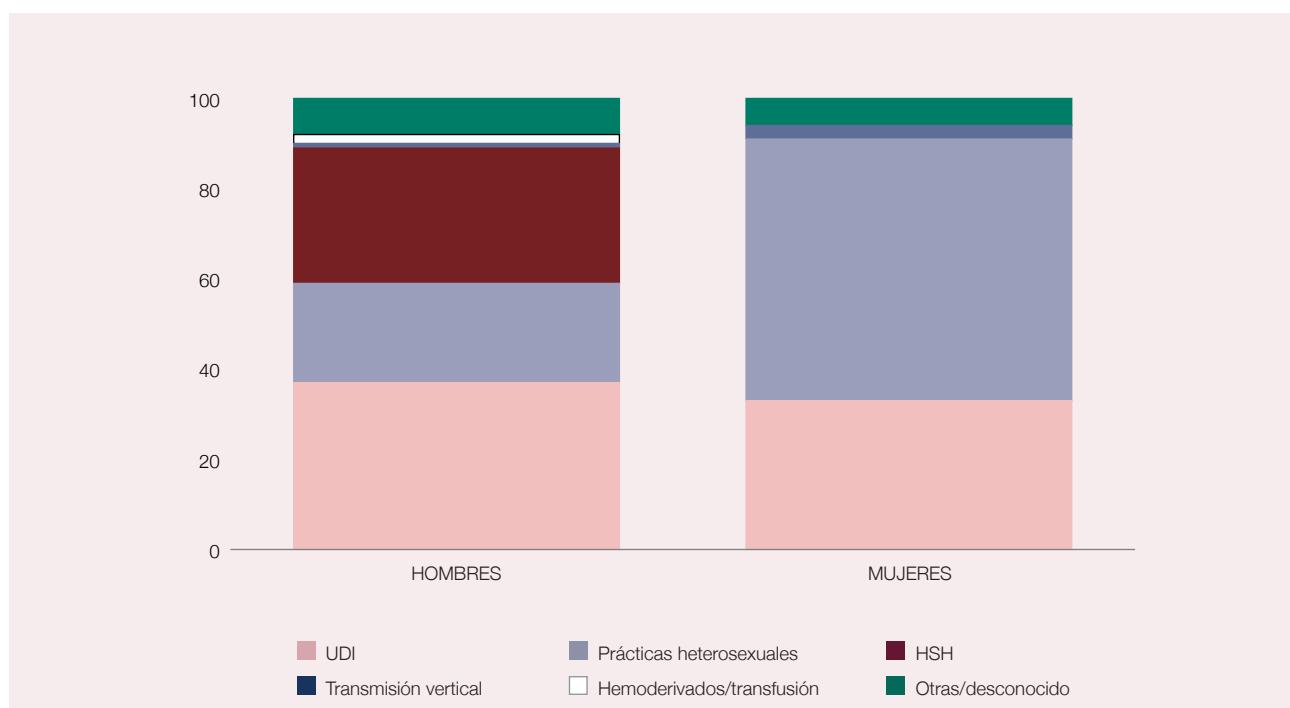


Figura 2.4.10.

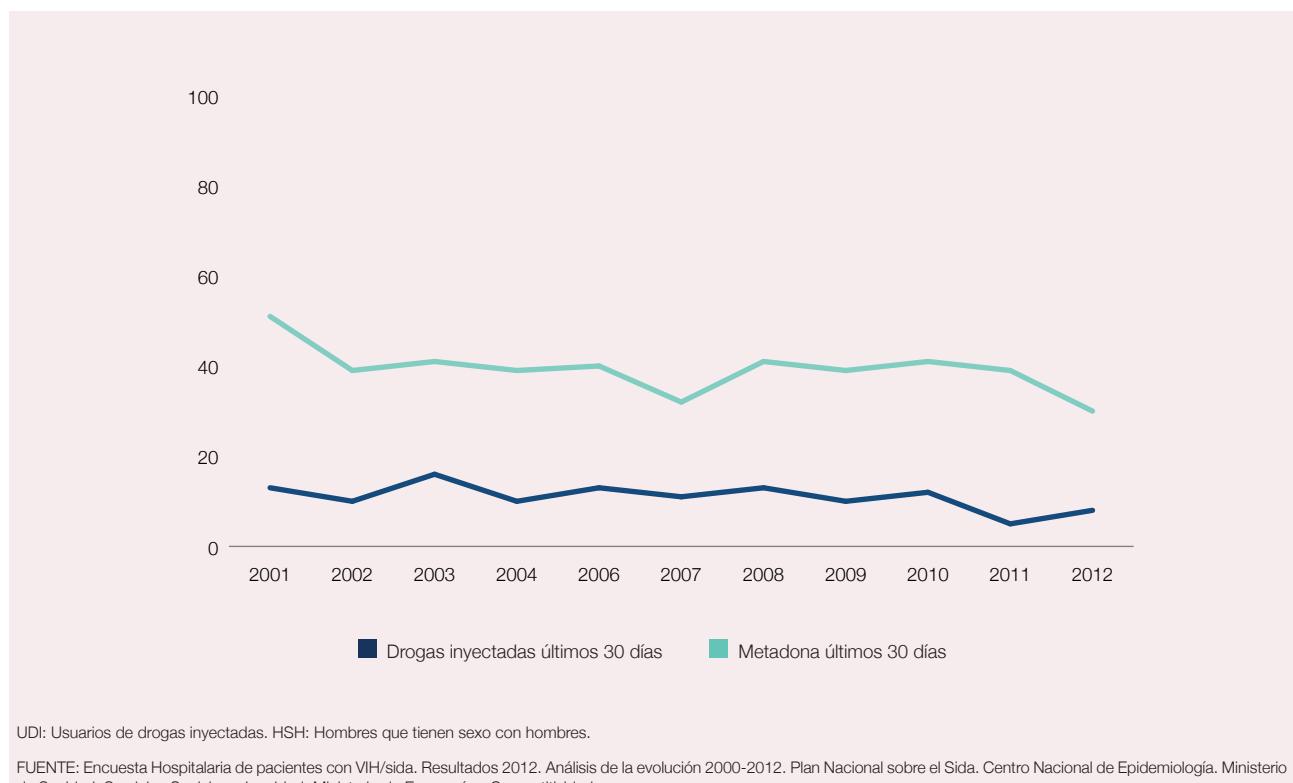
Distribución de casos por mecanismo de transmisión y sexo. España, 2012.



En 2012, se entrevistaron 767 pacientes, de los cuales 283 estaban infectados por compartir material de inyección. El 7,1% de este grupo refirió haber consumido drogas por vía parenteral en el último mes, y el 37% recibió tratamiento con metadona. En este grupo de pacientes, entre 2001 y 2012, se observó una disminución significativa de la proporción que refirió mantener su hábito de consumo en el último mes (13,9% en 2001 hasta el 7,1% en 2012) (Figura 2.4.11).

Figura 2.4.11.

Evolución de los pacientes (%) UDI/exUDI que se inyectaron drogas ilegales o recibieron tratamiento con metadona en los últimos 30 días anteriores a la entrevista, 2001-2012.



Los datos obtenidos con respecto a infección por VHB y VHC, entre los encuestados, se muestran en el apartado final de este capítulo.

Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas¹²

Objetivos

Este indicador tiene como objetivo conocer el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de diferentes sustancias psicoactivas. A través de las variables recogidas en los centros de tratamiento se puede obtener información sobre el estado serológico frente al VIH. Está previsto comenzar a recoger, además, información sobre virus de la hepatitis (VHB y VHC), una vez se inicie, en 2014, la recogida de datos de este indicador aplicando el nuevo protocolo para este indicador del EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías).

12. Informes periódicos del Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/oed/home.htm>

No se incluye en este apartado información sobre metodología y resultados principales obtenidos en España a partir del Indicador Admisiones a tratamiento, puesto que esta información ya se encuentra reflejada en el primer apartado de este mismo capítulo.

Resultados principales

A continuación se muestran algunos resultados en relación con la infección por VIH, elaborados por el Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías, a partir de la información procedente del Indicador Admisiones a tratamiento.

La Tabla 2.4.1 muestra información sobre los admitidos a tratamiento, en 2011, clasificados en función de la droga principal por la que fueron admitidos, y en la que se detalla si se inyectaron o no, así como la vía de administración más frecuente y el estado serológico frente al VIH.

Tabla 2.4.1.

Número de casos y características de los admitidos a tratamiento según droga principal. España, 2011.

	Opioides	Heroína	Metadona	Otros opioides	Cocaína	Cocaína CLH	Cocaína base	Otros estimulantes	Anfetaminas	MDMA y derivados	Hipnosedantes	Benzodiazepinas	Alicinógenos	Inhalables volátiles	Cannabis
Nº de casos	14.925	13.898	587	440	20.335	19.724	605	745	595	103	1.143	1.000	83	56	12.873
Edad (años) ¹	21,2	20,8	29,3	25,4	20,7	20,6	22,1	19,7	19,5	18,5	25,8	26,0	19,7	16,1	15,5
Vía de consumo (%) ²															
Oral	6,0	1,3	91,1	42,5	1,8	1,8	0,9	32,3	22,8	83,0	96,7	96,5	37,7	3,7	2,6
Pulmonar	68,6	72,3	6,9	32,8	14,5	12,2	89,1	5,3	5,3	4,3	1,8	2,0	14,3	50,0	96,5
Intranasal	5,7	5,9	0,2	7,5	81,0	83,3	8,4	61,4	71,0	10,6	0,6	0,6	45,5	42,6	0,5
Parenteral	18,1	18,9	1,6	14,2	1,9	2,0	0,5	0,4	0,3	1,1	0,3	0,3	2,6	0,0	0,0
Otras	1,6	1,7	0,2	3,0	0,8	0,8	1,2	0,6	0,5	1,1	0,5	0,6	0,0	3,7	0,3
Inyección de drogas (%)															
Alguna vez en la vida	44,0	44,5	41,4	33,2	6,2	6,0	11,4	4,0	3,9	2,9	10,1	10,9	8,4	1,8	3,0
Últimos 12 meses	16,0	16,3	10,1	12,3	2,7	2,7	2,5	1,3	1,2	1,0	2,2	2,3	7,2	0,0	1,0
Estado serológico frente al VIH (%)															
Positivo	15,7	15,9	14,3	9,5	2,0	1,9	4,0	1,1	0,8	0,0	5,7	5,7	2,4	0,0	0,8
Negativo (análisis últimos 6 meses)															
	24,4	24,8	17,7	21,1	25,2	25,4	15,5	20,5	20,5	19,4	15,8	16,2	19,3	26,8	14,1
Negativo (sin fecha de análisis)															
	26,6	26,8	26,4	19,8	20,8	20,7	22,3	20,5	22,0	15,7	18,1	18,6	15,7	12,5	13,5
Sin análisis o resultado desconocido															
	33,3	32,5	41,6	49,5	52,1	51,9	58,2	57,9	56,6	64,7	60,5	59,6	62,7	60,7	71,6

1. Edad de inicio de consumo de la droga principal.

2. Vía más frecuente de consumo de la droga principal en los últimos 30 días.

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En la Tabla 2.4.2 se muestran algunos datos sobre el conocimiento del estado serológico y prevalencia de VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas en España en 2011, teniendo en cuenta la edad y el sexo y si se habían inyectado alguna vez en la vida o en los 12 meses previos a la admisión.

Tabla 2.4.2.

Conocimiento del estado serológico y prevalencia¹ de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas. España, 2011.

	Inyección en 12 meses previos a la admisión		Inyección alguna vez en la vida		
	Total	Tratamiento previo		Total	Tratamiento previo
		Sí	No		
Total inyectadores (nº) ²	3.094	2.308	702	8.385	6.560
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	2.259	1.825	388	6.546	5.413
Prevalencia de infección por VIH (%)	28,7	30,4	19,1	33,0	34,4
Hombres inyectadores (nº)	2.609	1.945	590	7.140	5.570
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.903	1.540	321	5.550	4.578
Prevalencia de infección por VIH (%)	28,5	30,0	19,3	32,1	33,3
Mujeres inyectadoras (nº)	476	356	111	1.217	969
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	350	280	66	976	819
Prevalencia de infección por VIH (%)	30,0	32,5	18,2	38,2	40,2
Inyectadores < 25 años (nº)	217	90	111	276	113
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	99	49	48	127	64
Prevalencia de infección por VIH (%)	9,9	12,2	4,2	10,2	14,1
Inyectadores 25-34 años (nº)	919	629	269	1.585	1.144
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	619	472	137	1.124	887
Prevalencia de infección por VIH (%)	14,5	16,5	5,8	14,4	15,9
Inyectadores > 34 años (nº)	1.952	1.585	320	6.507	5.292
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.537	1.301	202	5.284	4.454
Prevalencia de infección por VIH (%)	35,6	36,0	31,7	37,5	38,3
Inyectadores < 2 años de uso de la droga principal (nº)	80	27	51	109	43
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	54	21	32	80	37
Prevalencia de infección por VIH (%)	16,6	14,3	15,6	21,2	18,9
Inyectadores ≥ 2 años de uso de la droga principal (nº)	2.422	1.930	445	5.993	5.009
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.908	1.600	275	4.987	4.310
Prevalencia de infección por VIH (%)	28,7	30,1	18,9	32,1	33,5
Inyectadores consumidores de opiáceos (nº) ³	2.555	2.022	474	7.034	5.812
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	1.958	1.626	293	5.653	4.846
Prevalencia de infección por VIH (%)	30,6	31,8	22,2	35,1	35,9
Inyectadores no consumidores de opiáceos (nº)	539	286	228	1.351	748
Conocen estado serológico frente a VIH (nº)	301	199	95	893	567
Prevalencia de infección por VIH (%)	15,9	18,6	9,5	19,6	21,2

1. Las prevalencias están calculadas sobre el número de casos con información sobre el estado serológico VIH y sobre las otras variables que se cruzan.

2. No se incluyen datos de algunas Comunidades Autónomas, debido a problemas de calidad de la variable “tiempo desde la última inyección de cualquier sustancia psicoactiva”.

3. Se incluyen tanto los admitidos a tratamiento por dependencia de opioides como los admitidos por otras drogas psicoactivas que han consumido opioides en los 30 días previos a la admisión.

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

En resumen, en 2011 fueron admitidas a tratamiento 8.385 personas que se habían inyectado alguna vez en la vida y 3.094 que lo habían hecho en los 12 meses anteriores a la admisión. Entre los primeros, el 78,1% conocía su estado serológico y, entre los segundos, el 73%. En ambos casos se registra un aumento, con respecto a 2010, del porcentaje de inyectadores que conocen su estado serológico.

Entre los que se habían inyectado en los últimos 12 meses, apenas se observan diferencias entre el porcentaje de mujeres que conoce su estado serológico (73,5%) y el porcentaje de hombres que lo conoce (72,9%). La diferencia es mayor en relación a la edad, observándose mayor conocimiento según aumenta la edad. Así, un 45,6% de los menores de 25 años conoce su estado serológico frente a un 78,7% de los mayores de 34 años. También conviene señalar la diferencia entre si han o no recibido tratamiento previo: entre los inyectadores que han recibido tratamiento previo, el 79% conoce su estado serológico, frente al 55,2% de los inyectadores que acudían por primera vez a tratamiento en esta ocasión. Este hecho se explica debido a que la realización de pruebas serológicas de VIH es una práctica habitual en todas las admisiones a tratamiento. No obstante, es conveniente seguir trabajando para lograr aumentar este porcentaje en la mayor medida posible.

En la Figura 2.4.12 y la Tabla 2.4.3 se muestran los datos de los inyectadores que conocen su estado serológico, y de prevalencia de VIH en aquellos que se han inyectado alguna vez en la vida y de los que lo han hecho en el último año previo a la admisión a tratamiento. Se observa que, desde 2005, entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas:

- Disminuye el número de usuarios que reconocen haberse inyectado, tanto en los últimos 12 meses como alguna vez en su vida.
- La prevalencia de infección por VIH desciende muy ligeramente, para los dos indicadores temporales, tras el discreto aumento que se observó en 2010, pero sin alcanzar los mínimos históricos registrados en 2009.
- El porcentaje de admitidos a tratamiento que tiene conocimiento de su estado serológico, ya sea inyectador habitual (últimos 12 meses) o exinyectador (alguna vez en su vida) aumenta en 2011.

Figura 2.4.12.

Prevalencia de VIH y porcentaje de personas que conocen su estado serológico entre los inyectadores último año y alguna vez en la vida. España, 2005-2011.

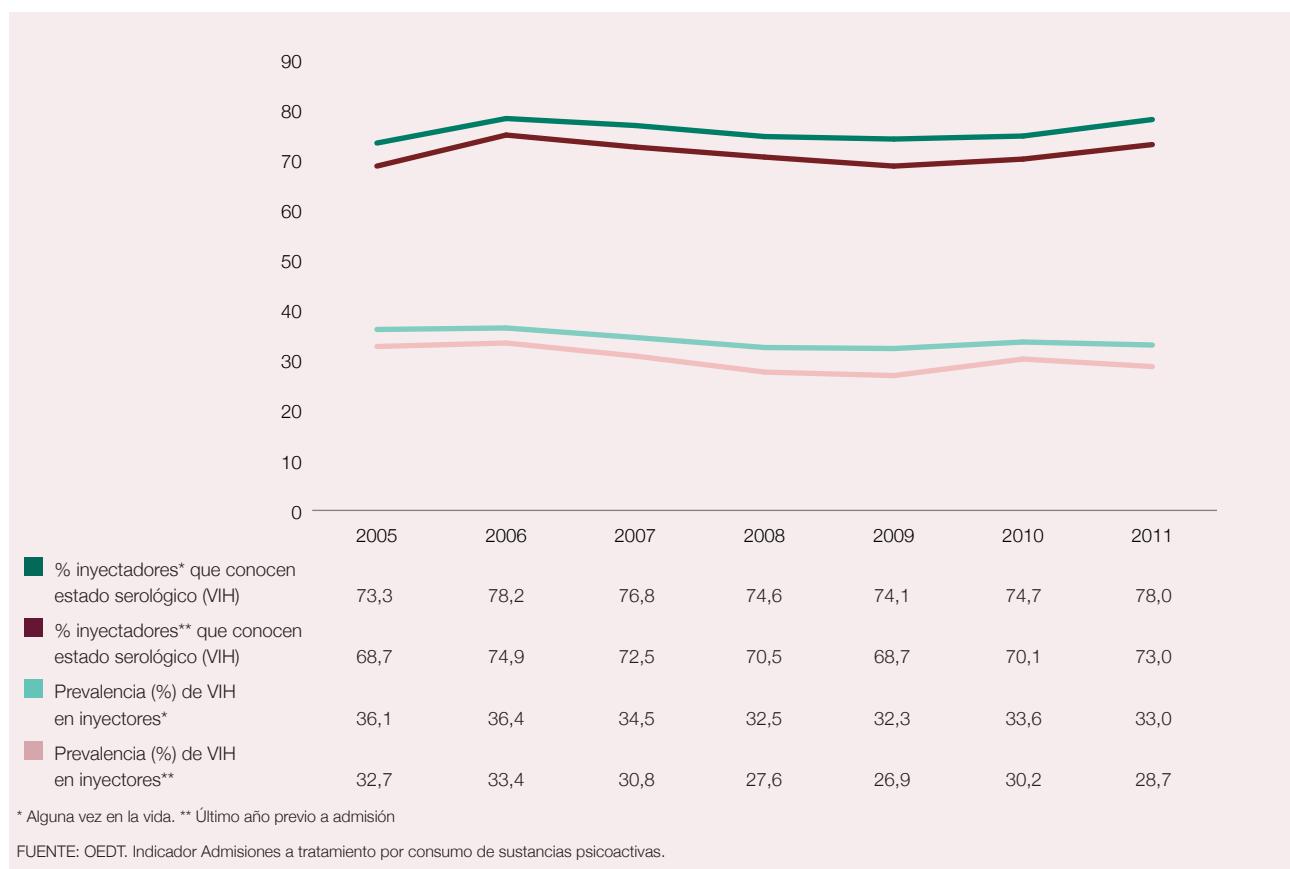


Tabla 2.4.3.

Conocimiento del estado serológico y prevalencia de infección por VIH entre los inyectadores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de drogas psicoactivas. España, 2005-2011.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total inyectadores último año previo a admisión (nº)	4.358	4.892	4.575	4.546	3.763	3.549	3.094
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	2.996	3.665	3.319	3.203	2.585	2.487	2.259
Prevalencia de infección por VIH (%)	32,7	33,4	30,8	27,6	26,9	30,2	28,7
Total inyectadores alguna vez en la vida (nº)	9.533	11.601	11.249	10.895	9.637	9.697	8.385
Conocen su estado serológico frente a VIH (nº)	6.991	9.068	8.643	8.126	7.143	7.243	6.546
Prevalencia de infección por VIH (%)	36,1	36,4	34,5	32,5	32,3	33,6	33,0

FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

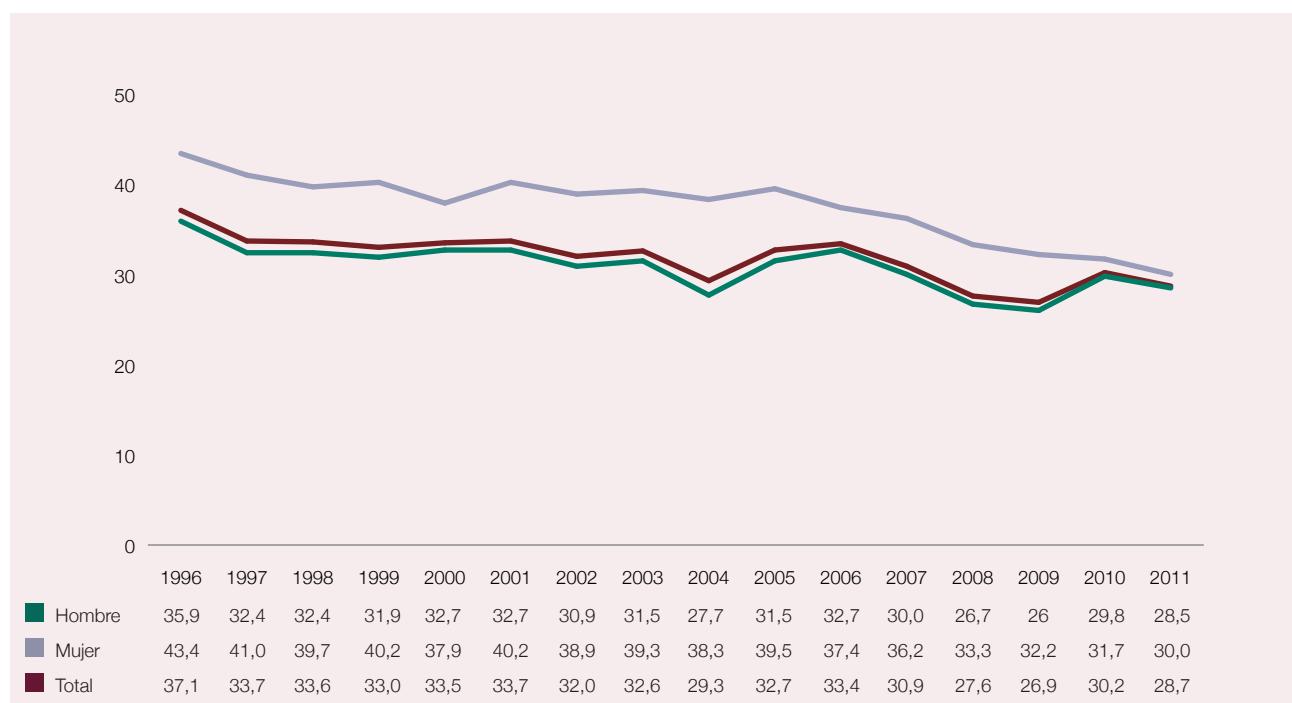
En las Figuras 2.4.13 y 2.4.14 se representan, en función del sexo y la edad, los datos de prevalencia de VIH entre los admitidos a tratamiento que se habían inyectado drogas en los 12 meses previos y que conocían su estado serológico.

En general, los datos del 2011 indican una leve tendencia descendente. En 2010, se apreció un ligero aumento en hombres, que vuelve a descender en 2011 sin alcanzar los valores anteriores al 2010. Por tanto, será necesario seguir de cerca la evolución. Los cambios bruscos en estos datos pueden justificarse por cambios en el número de casos absolutos de cada categoría y por el aumento de personas que conocen su estado serológico.

Por edades, se observa una tendencia descendente, que se ha estabilizado en los últimos años, excepto en los menores de 25 años, que aumenta desde 2009; es preciso vigilar la evolución, si bien podría estar influenciada por el escaso número de casos en este rango de edad.

Figura 2.4.13.

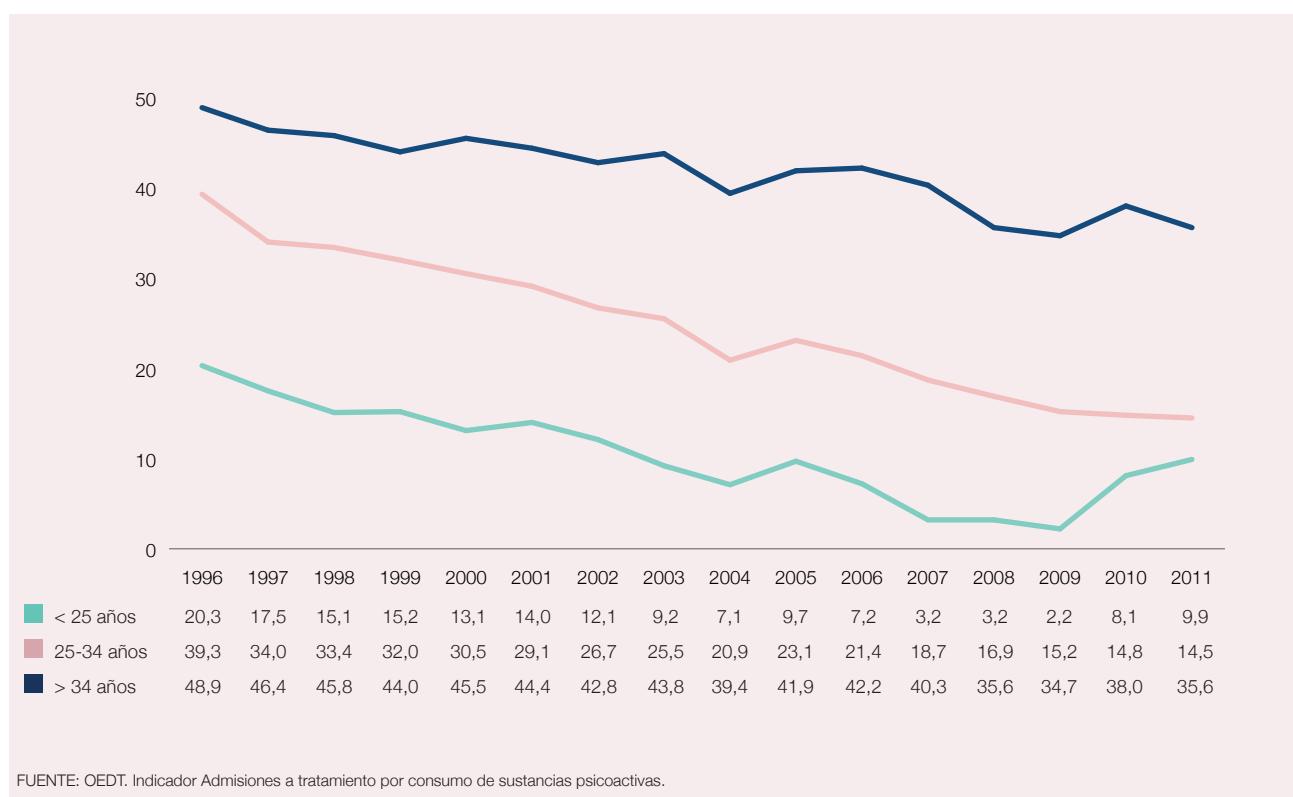
Prevalencia (%) de VIH entre los inyectadores en el último año admitidos a tratamiento que conocían su estado serológico, por sexo. España, 1996-2011.



FUENTE: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 2.4.14.

Prevalencia (%) de VIH entre los inyectadores en el último año admitidos a tratamiento que conocían su estado serológico, por edad. España, 1996-2011.



Hepatitis virales

En el Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías se está trabajando para sistematizar la recogida de datos de hepatitis B y C en usuarios de drogas, pero no se podrá disponer de esta información hasta el inicio, en 2014, de la recogida de datos del Indicador Admisiones a tratamiento, según el nuevo protocolo para este indicador del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).

Para conocer la prevalencia de hepatitis B y C en usuarios de drogas es preciso recurrir a estudios específicos. En 2011, se publicó en el *The Lancet*¹³ una revisión sistemática sobre la epidemia de hepatitis B y C en usuarios de drogas, donde se recopilan los últimos datos disponibles en diferentes países, entre ellos España.

Los principales resultados citados en esta revisión informaron que:

- La prevalencia de la presencia de anticuerpos frente a la hepatitis C (anti-HCV+) en usuarios de drogas inyectadas se sitúa de media en un 79,6% (datos de 1999 a 2001 y de 2003), con un máximo de 85,9% y un mínimo de 73,3%.
- La prevalencia de anticuerpos core frente a hepatitis B (anti-HBc) en usuarios de drogas inyectadas se sitúa en 22,5% (dato de 2003).
- La prevalencia de antígeno de superficie frente a hepatitis B (HBsAg) en usuarios de drogas inyectadas se sitúa de media en un 3,6% (datos de 2006), con un mínimo de 1,8% y un máximo de 5,3%.

13. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *The Lancet*, Volume 378, Issue 9791, Pages 571-583, 13 August 2011.

Por otra parte, la Encuesta Hospitalaria de pacientes VIH/sida en España¹⁴ (n=767), a la que se ha hecho referencia anteriormente en este capítulo, muestra algunos datos interesantes relacionados con la infección por VHB y por VHC:

- En 2012, 327 pacientes (42,6%) presentaban anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (VHC), siendo el 76,1% de éstos UDI o exUDI. Por tanto, 249 pacientes UDI o ex UDI mostraron infección por VIH y por VHC, lo que ofrece un cociente 249/283 UDIs que da una idea aproximada de la prevalencia de coinfección VIH+VHC en UDIs (87,9%).
- Del total de 767 pacientes, el porcentaje que presentó hepatopatía crónica por virus C aumentó (del 63,5% en 2004 al 68,5% en 2012), al igual que los casos de cirrosis (del 12,4% en 2004 al 17,7% en 2012).

Por último, conviene señalar que, en España, se vacuna de manera sistemática de hepatitis B y que según los últimos datos disponibles procedentes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁵ la cobertura de vacunación (3 dosis) en adolescentes de 11 a 14 años, en España en 2011 es del 79,4%.

14. Encuesta hospitalaria de pacientes de VIH/sida. Resultados 2012. Análisis de la evolución 2000-2012. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología. Madrid, Mayo 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Economía y Competitividad. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/EncuestaHospitalaria2012.pdf>

15. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm#oc>

2.5. Consumo problemático de drogas, 2006-2012

Introducción

Hasta 2012, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) ha definido el consumo problemático como el “uso de opioides, cocaína y/o anfetaminas, por vía parenteral, de modo habitual o de larga duración”¹⁵, en el que se incluía también el uso habitual o de larga duración de opioides con receta como es el caso de la metadona u otros, pero no el uso ocasional de éstos ni tampoco el uso de otras drogas como cannabis o éxtasis.

No obstante, esta definición ha sido revisada con el fin de ajustarse a los cambios observados, en los últimos años, en la zona de la Unión Europea, con respecto a las sustancias y los patrones de consumo. Así, en noviembre de 2012, el EMCDDA y todos los países de la zona UE que a él notifican aprobaron un nuevo protocolo de recogida de datos sobre consumo problemático que parte de términos y definición algo distintos a los anteriormente utilizados.

A partir de 2013, el indicador de consumo problemático se centrará en el uso de drogas de alto riesgo (High Risk Drug Use-HRDU), entendido como aquel que causa daño evidente o tiene consecuencias negativas para el usuario, ya se trate de dependencia o cualquier otro problema de salud, psicológico o social, o bien aquel que conlleve probabilidad o riesgo elevado de sufrir estos daños.

En la práctica, nos referiremos al consumo de sustancias psicoactivas (excluyendo alcohol, tabaco y cafeína) con un patrón de alto riesgo (por ejemplo de manera intensiva, consideración que podrá variar según se trate de una sustancia u otra) y/o por una vía de administración de alto riesgo (por ejemplo, intravenosa), durante los 12 meses anteriores a ser encuestado/entrevistado.

En España, hasta 2012, se vienen realizando estimaciones de consumidores problemáticos de heroína, cocaína y cannabis, así como de inyectadores de sustancias psicoactivas, utilizando, en cada caso, la metodología y fuentes de información que se han considerado más adecuadas. No obstante, a partir de 2013, y con el fin de adaptarnos al nuevo protocolo, se han introducido algunos cambios tanto en las sustancias cuyo consumo problemático ha de notificarse como en la metodología utilizada para estimar éste. Estos cambios serán descritos brevemente más adelante; los detalles sobre el método usado en años anteriores se pueden consultar en la página web del Plan Nacional sobre Drogas: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/seipad/home.htm>

En la actualidad, el número de consumidores problemáticos de alto riesgo en España se halla en relación con los consumos de cannabis y cocaína. No obstante, deben tenerse muy presentes los consumidores de opioides y los inyectadores. En 2012, las estimaciones realizadas parecen confirmar la tendencia descendente del número de consumidores de opioides de alto riesgo (antes “consumidores problemáticos”) y de los usuarios de la vía inyectada (inyectadores).

En 2013, se han realizado estimaciones de consumidores de opioides de alto riesgo y de los usuarios de drogas de la vía inyectada (inyectadores) en base a una estimación indirecta utilizando el método del multiplicador. También se ha

15. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu>

estimado el número de consumidores de cocaína de alto riesgo (antes “consumidores problemáticos”), a través de los resultados obtenidos en la encuesta de población general EDADES 2011 (Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España), el número de “consumidores frecuentes de cannabis” en base a la encuesta de población general EDADES 2011, y el número de “consumidores problemáticos de cannabis” a través de la aplicación de la escala CAST (Cannabis Abuse Screening Test) en diferentes ediciones de la encuesta escolar ESTUDES (Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España).

Metodología y resultados

Estimación de 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 y al aumento de patologías asociadas al uso de cannabis.

La gran 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, etc.^{16,17,18,19,20,21}

Este tipo de consumos se presentan como un reto a corto y medio plazo, en términos de provisión de servicios y salud pública, por lo que es conveniente intentar identificar sus características y los grupos de población más vulnerables a sus posibles efectos y consecuencias.

Metodología

Estimación basada en escalas psicométricas. Escala CAST, 2006-2012

En España, se han incluido de manera periódica desde 2006 diferentes escalas psicométricas en las encuestas de estudiantes (ESTUDES) 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, CAST. 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 robustos²².

Para interpretar los resultados es preciso señalar que, en base a los puntos de corte utilizados (2 y 4) se diferencian tres grupos de consumidores: 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 considerará un consumidor problemático aquel que en la escala CAST tenga una puntuación de 4 o superior (Tabla 2.5.1).

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

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. 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.

22. http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/publica/pdf/ConsProblemtico_cannabis.pdf

Tabla 2.5.1.

Resumen del método utilizado para el cálculo de consumo problemático de cannabis en España.

Método	Fuente de información	Año de estimación
Estimación basada en escalas psicométricas*: CAST, SDS, DSM-IV, M-CIDI	ESTUDES Encuesta en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (14 a 18 años)	2006 2008 2010 2012
Estimación basada en frecuencia de consumo. Criterios de inclusión: personas (15-64 años) que han consumido cannabis 20 o más días en el último mes.	EDADES Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (15 a 64 años)	2011

* Según el año se aplican diferentes escalas. 2006: CAST, SDS y DSM-IV. 2010: CAST, SDS y M-CIDI. 2008 y 2012: CAST.

CAST: Cannabis Abuse Screening Test. SDS: Severity of Dependence Scale. DSM-IV: American Psychiatric Association. M-CIDI: Munich Composite International Diagnostic Interview.

FUENTE: Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías (OEDT).

Estimación basada en frecuencia de consumo, 2011

En España se han realizado, además, estimaciones de consumo problemático de cannabis en base a la frecuencia de consumo, utilizando como fuente de información la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) de 2011. Para los cálculos se han seguido los criterios recomendados por el EMCDDA²³, que considera consumidores de riesgo aquellos que han usado cannabis 20 o más días en el último mes.

Resultados

Estimación basada en escalas psicométricas. Escala CAST, 2006-2012

En 2012, el 3,8% de los estudiantes españoles de 14 a 18 años podrían estar realizando un consumo problemático de cannabis. La prevalencia de este tipo de consumo, calculada por medio de la escala CAST, muestra, en España, una tendencia ligeramente ascendente de 2006 (3,3%) a 2010 (4,6%). Los datos parecen indicar una ruptura de esta tendencia en 2012 (3,8%), pero será necesario esperar a futuras ediciones de la encuesta para poder confirmarla.

Con el fin de ayudar en la detección de grupos y poblaciones de riesgo, resulta interesante también mencionar los porcentajes que estos consumos problemáticos suponen, no ya en la población total de estudiantes de esta edad, sino entre aquellos que reconocen consumos en el último año (Tabla 2.5.2). Los datos muestran una tendencia ascendente en el porcentaje de consumidores problemáticos entre los que han consumido cannabis el último año, pasando del 13,3% en 2006 al 16,9% en 2012.

Tabla 2.5.2.

Porcentaje y número de consumidores problemáticos de cannabis (CAST \geq 4). España, 2006-2012.

Consumidores problemáticos de cannabis (CAST \geq 4)	2006	2008	2010	2012
Número de estudiantes, de 14 a 18 años, que son consumidores problemáticos de cannabis	73.534	81.080	100.340	83.208
Porcentaje de consumidores problemáticos entre TODOS los estudiantes de 14 a 18 años	3,3%	3,7%	4,6% ⁱ	3,8%
Porcentaje de consumidores problemáticos entre los estudiantes de 14 a 18 años que han CONSUMIDO cannabis en el último año*	13,3%	14,7%	14,1%	16,9%

CAST= Cannabis Abuse Screening Test

* Entre los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido cannabis en el último año y que contestan a la escala CAST. En 2006 se aplicó al 50% de los encuestados. El resto de años se amplió a todos los que habían consumido en el último año.

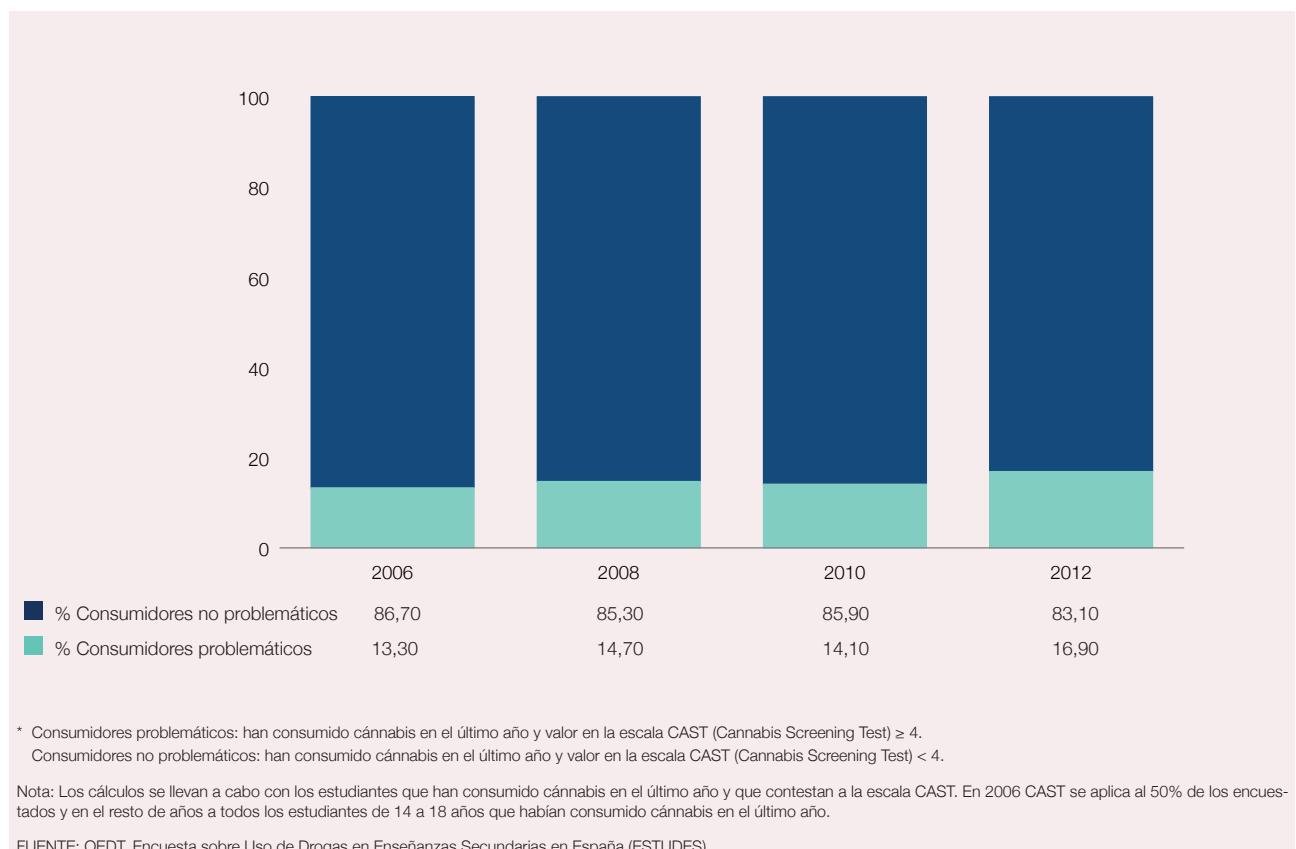
FUENTE: OEDT. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006, 2008, 2010 y 2012. Datos de población de 14 a 18 años en 2006, 2008, 2010 y 2012. Instituto Nacional de Estadística (INE).

23. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218205_EN_PDU%20revision.pdf

En la Figura 2.5.1 se representan, en base a los criterios CAST, los consumidores problemáticos de cannabis, entre los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido en el último año. Se observa que, aunque más del 80% no presenta criterios de consumo problemático, el porcentaje de consumidores problemáticos mantiene una tendencia ascendente desde 2006.

Figura 2.5.1.

Porcentaje de consumidores problemáticos/no problemáticos* de cannabis entre los estudiantes de 14 a 18 años que han consumido cannabis en el último año. España, 2006-2012.



En esta misma línea, debe mencionarse que el porcentaje de admisiones a tratamiento por consumo de cannabis en menores de edad también ha mostrado una tendencia ascendente, pasando de suponer el 69,7% del total de admisiones en 2005, en este grupo de edad, al 93,0% en 2011.

Por tanto, es importante tener presente que, a pesar de la estabilización en el consumo de cannabis, se aprecia una tendencia ascendente del consumo de riesgo, entre los estudiantes que consumen cannabis.

Estimación basada en frecuencia de consumo, 2011

Aplicando los nuevos criterios de consumo problemático (haber consumido cannabis 20 o más días en el último mes) se obtiene, a partir de la encuesta EDADES, una cifra de consumidores problemáticos de 803.229 (737.069-869.147) en la población de 15 a 64 años en España. Esta cifra equivale a un 2,5% de la población en este rango de edad; pero, si se tiene en cuenta únicamente a las personas que declaran en EDADES haber consumido cannabis en el último año, el porcentaje de consumidores problemáticos se situarían en un 26%. Los resultados obtenidos de EDADES y ESTUDES no son directamente comparables ya que la metodología, año de estudio, muestra y los criterios utilizados para definir a los consumidores problemáticos son diferentes.

Además de poder estimar el número de consumidores problemáticos, la encuesta EDADES permite conocer algunas de las características de esta población de riesgo (Tabla 2.5.3).

Estos datos ponen de manifiesto que el perfil del consumidor problemático de cannabis es el de un joven varón de, aproximadamente 31 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y en situación laboral activa (trabajando). El 97,4% ha consumido drogas legales en los últimos 30 días, cerca del 20% ha consumido otras sustancias ilegales durante el mismo periodo temporal y el 34,9% ha probado nuevas sustancias alguna vez en la vida.

Tabla 2.5.3.

Características de los consumidores problemáticos de cannabis (haber consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15 a 64 años. España, 2011.

Edad media (años)	31,1
Mujeres (%)	23,7
Máximo nivel de estudios completado (%)	
Sin estudios	6,2
Enseñanza primaria	18,4
Enseñanzas secundarias	67,6
Estudios universitarios	7,8
Situación laboral principal (%)	
Trabajando	45,0
Parado no habiendo trabajado	4,3
Parado habiendo trabajado	33,3
Otras	17,4
Nacidos fuera de España (%)	5,0
Estado civil	
Soltero/a	70,5
Casado/a	22,1
Separado/a-Divorciado/a	7,3
Viudo/a	0,2
Grupos de edad	
15 a 24 años	31,4
25 a 34 años	35,5
35 a 44 años	22,5
45 a 54 años	7,3
55 a 64 años	3,3
Consumo de drogas emergentes alguna vez en la vida	34,9
Consumo de otras drogas ilegales en los últimos 30 días	19,7
Consumo de drogas legales en los últimos 30 días	97,4

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España (EDADES).

Estimación de consumo problemático/de riesgo de cocaína

No es sencillo decidir qué criterios utilizar para considerar problemático un patrón de consumo de cocaína sólo en virtud de las características de éste, ya que es bien sabido que muy diferentes tipos de combinaciones entre la intensidad del consumo en cada ocasión, la frecuencia con que se realizan los consumos, la edad a la que se consume, las otras sustancias psicoactivas con las que se mezcla y los diferentes sustratos patológicos de quienes consumen pueden occasionar problemas a los consumidores.

Metodología

Para la estimación del consumo problemático de cocaína se utiliza un método directo basado en la prevalencia y frecuencia de consumo a partir de datos de la encuesta en población general (EDADES).

El Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías estableció unos criterios basados en la frecuencia de consumo y vulnerabilidad asociada a la edad para definir a los consumidores problemáticos de cocaína²⁴ y así poder realizar estimaciones a partir de los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES) para el año 2009 y 2011 (Tabla 2.5.4).

Sin embargo, el nuevo protocolo del indicador de “consumo problemático” (denominado en la actualidad “Uso de drogas de alto riesgo-HRDU”) hace preciso adaptar estos criterios. Este protocolo considera consumidores problemáticos a aquellos que han consumido cocaína 26 o más días en el último año. En España este dato no está disponible y se selecciona a los que han consumido 30 o más días en el último año. En 2013 se realiza una nueva estimación en base a estos criterios utilizando la última encuesta disponible (2011).

Es necesario tener en cuenta que los cambios metodológicos introducidos, con el fin de adaptar los criterios al nuevo protocolo del EMCCA, no permiten realizar comparaciones directas, si bien los resultados con los criterios previos se sitúan en rangos cercanos a los obtenidos con el nuevo protocolo.

Tabla 2.5.4.

Resumen del método utilizado para el cálculo de consumo problemático de cocaína en España.

Método	Fuente de información	Año de estimación
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 ha 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.	EDADES Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (15 a 64 años)	2009 2011
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.	EDADES Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (15 a 64 años)	
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.		2011

FUENTE: Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías (OEDT).

24. Spanish National Report 2012 (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index214091EN.html>)

Resultados

En este documento se presenta un resumen de los resultados de consumidores problemáticos, en 2009 y 2011 con el método usado hasta 2012. Resultados más detallados pueden consultarse en el informe 2011 del Observatorio Español sobre las Drogas y las Toxicomanías²⁵ y en el Spanish National Report 2012²⁶. También se presentan los resultados aplicando los criterios adaptados del nuevo protocolo del EMCDDA.

En primer lugar, conviene tener presente que según los datos de EDADES 2011, había consumido cocaína alguna vez en la vida el 8,8%, en el último año el 2,3% y en el último mes el 1,1% de la población española de 15 a 64 años.

En la Tabla 2.5.5 se presentan los resultados de consumidores problemáticos de cocaína en España en 2009 y 2011. Las datos en 2011 varían levemente según el criterio de definición de consumo problemático que se aplique, siendo 137.310 en un caso y de 118.889 en otro, si nos centramos en este último valor, que es la que se aproxima más a la definición del EMCDDA, estos 118.889 consumidores problemáticos de cocaína equivaldrían al 0,4% de la población de 15 a 64 años.

Tabla 2.5.5.

Número de consumidores problemáticos de cocaína entre la población de 15 a 64 años. España, 2009 y 2011.

Nº de consumidores problemáticos de cocaína	2009	2011	2011
Promedio	135.467	137.310	118.889 ³
Mínimo - máximo	130.409 ¹ - 140.525 ²	124.083 ¹ - 130.537 ²	93.204 - 144.575

1. 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.

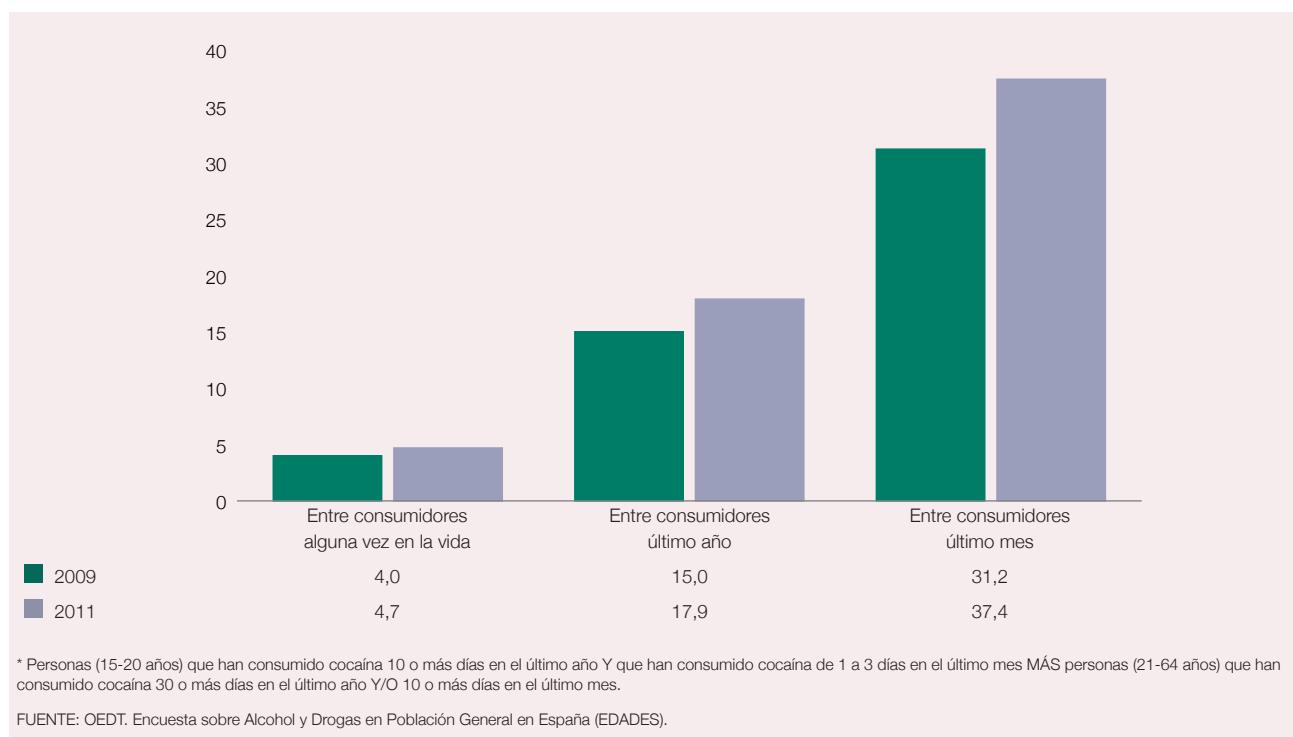
2. Personas (15-20 años) que han consumido cocaína 10 o más días en el último año Y que han consumido cocaína de 1 a 3 días en el último mes MÁS personas (21-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año Y/O 10 o más días en el último mes.

3. Personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España (EDADES).

Figura 2.5.2.

Porcentaje de consumidores problemáticos de cocaína* seg\xf1n haya consumido alguna vez, en el \xfaltimo a\xf1o o en el \xfaltimo mes. Espa\xf1a, 2009 y 2011.



25. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/pdf/oed2011.pdf>

26. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index214091EN.html>

En la Figura 2.5.2 se representa el porcentaje de consumidores problemáticos de cocaína (personas de 15 a 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 de 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) en la población de 15 a 64 años según hayan consumido alguna vez, en el último año o en el último mes en 2009 y 2011. Se aprecia un incremento, de 2009 a 2011, del porcentaje de consumidores problemáticos en los tres indicadores temporales.

Por otro lado, la encuesta EDADES permite conocer algunas de las características de esta población de riesgo (Tabla 2.5.6). Estos datos ponen de manifiesto que el perfil del consumidor problemático de cocaína (España 2011) es el de un varón joven de, aproximadamente, 34 años, con estudios secundarios finalizados, soltero y en situación activa (trabajando). Todos han consumido drogas legales en los últimos 30 días, el 68,7% han consumido otras sustancias ilegales durante el mismo periodo y casi la mitad han probado drogas emergentes alguna vez en la vida.

Tabla 2.5.6.

Características de los consumidores problemáticos de cocaína* en la población de 15 a 64 años. España, 2011.

	Porcentaje
Edad media (años)	34,7
Mujeres (%)	20,1
Máximo nivel de estudios completado (%)	
Sin estudios	6,1
Enseñanza primaria	20,5
Enseñanzas secundarias	66,8
Estudios universitarios	6,6
Situación laboral principal (%)	
Trabajando	45,8
Parado no habiendo trabajado	4,1
Parado habiendo trabajado	36,0
Otras	14,1
Nacidos fuera de España (%)	0,2
Estado civil	
Soltero/a	71,1
Casado/a	16,5
Separado/a-Divorciado/a	11,2
Viudo/a	1,1
Grupos de edad	
15 a 24 años	16,6
25 a 34 años	38,1
35 a 44 años	27,0
45 a 54 años	17,3
55 a 64 años	0,9
Consumo de drogas emergentes alguna vez en la vida	41,8
Consumo de otras drogas ilegales en los últimos 30 días	68,7
Consumo de drogas legales en los últimos 30 días	100,0

* Personas (15-64 años) que han consumido cocaína 30 o más días en el último año

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España (EDADES).

Metodología

En España se viene calculando el número de consumidores problemáticos de heroína a partir de estimaciones indirectas. La metodología y fuentes de información utilizadas han ido adaptándose con el fin de utilizar aquellas que reflejan más fielmente la realidad.

En la Tabla 2.5.7 se resume la metodología utilizada hasta 2011 que puede ser consultada de manera más detallada en informes previos²⁷.

Tabla 2.5.7.

Resumen del método utilizado para el cálculo de consumo problemático de heroína en España.

Método	Fuente de información	Año de estimación
Método multiplicador	EDADES. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (15 a 64 años) TDI. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas TMO. Tratamiento de Mantenimiento con Opiáceos TCA. Tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios	2007 2008 2009 2010 2011

EDADES: De esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador. Para las estimaciones de 2007 a 2010 se utiliza el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2007 y para el año 2011 se usa un valor del multiplicador actualizado a partir de la información obtenida en EDADES 2011.

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 opiáceos se obtienen de la Memoria anual de la DGPNSD.

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 DGPNSD.

A partir de 2011, con el fin de mejorar la estimación, se adaptan los cálculos y se incluyen nuevas fuentes de información. En la Tabla 2.5.8 se resumen los cálculos realizados para 2011 (estimación similar se realizó para 2009 y 2010).

En la encuesta EDADES 2011 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 2011 (45%).

Aplicando este multiplicador a los “admitidos a tratamiento por heroína” (13.898) del Indicador de Admisiones a tratamiento (TDI) se obtienen la cifra de consumidores problemáticos de heroína, que fue de 30.884 para 2011.

Sin embargo, como es posible que esta cifra esté 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 27,6% registrada en el indicador TDI, para el porcentaje de usuarios de heroína en tratamiento, tenemos que 25.346 personas han estado en tratamiento por heroína en el año 2011 (91.832 en tratamiento por cualquier droga) y, aplicando el multiplicador, obtenemos 56.324 consumidores problemáticos de heroína.

27. Informes periódicos del Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/home.htm> y Spanish National Report: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index214091EN.html>

En todo caso, las estimaciones anteriores (30.884 y 56.324) corresponderían, en términos generales, a los consumidores de heroína que no están en tratamiento de mantenimiento con opioides (TMO). Los datos disponibles informan de 76.263 personas en TMO (74.199 con metadona y 2.064 con buprenorfina). Teniendo en cuenta que aproximadamente un 40% de los que están en TMO siguen consumiendo heroína, consideraremos que 30.505 son también consumidores problemáticos, cifra que habrá que sumar a cada una de las estimaciones previas.

Por tanto, podemos concluir que la horquilla entre la que se encuentra el número de consumidores problemáticos de heroína en España en 2011 se situaría entre 61.389 y 86.829 personas.

Tabla 2.5.8.

Esquema de la estimación del número de consumidores problemáticos de heroína. España, 2011.

Estimación del número mínimo de consumidores problemáticos de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2011 (de 1.427 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 643, 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)	13.898
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).	30.884 (13.898 / 0,45)
4. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en TMO (tratamiento de mantenimiento con opiáceos) y que están consumiendo heroína. (Hay 76.263 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	30.505 (76.263 x 0,4)
5. Número mínimo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2)	61.389 (30.884 + 30.505)
Estimación del número máximo de consumidores problemáticos de heroína	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2011 (de 1.427 usuarios de heroína nominados habían iniciado tratamiento por dependencia 643, es decir, el 45%).	45%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA).	91.832
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 27,6% de los tratamientos en TDI son por heroína).	25.346 (91.832 x 0,276)
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)	56.324 (25.346 / 0,45)
5. Número de consumidores problemáticos en TMO (parte 2). Personas en tratamiento de mantenimiento con opiáceos y que están consumiendo heroína. (Hay 76.263 personas en TMO, de las que el 40% consumen heroína por lo que se consideran problemáticos)	30.505 (76.263 x 0,4)
6. Número máximo de consumidores problemáticos de heroína (suma de parte 1 y parte 2).	86.829 (56.324 + 30.505)

FUENTES: EDADES: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España (EDADES), 2007 y 2011 (Encuesta en población general de 15 a 64 años). TDI: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 2009, 2010, 2011 (Personas que inician tratamiento por heroína ese año). ; TMO: Tratamiento de Mantenimiento con Opiáceos. Memoria anual DGPNSD, 2010 y 2011; TCA: Tratamiento por drogas en centros ambulatorios (Personas que están en tratamiento ese año). Información de las 19 Comunidades y Ciudades Autónomas, Memoria anual DGPNSD 2010 y 2011.

Resultados

Las estimaciones de consumo problemático 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.

Los resultados que se presentan proceden de las últimas estimaciones realizadas para los años 2009, 2010 y 2011.

El número de consumidores problemáticos de heroína en España en 2011 se sitúa entre 61.389 y 86.829 personas. Estas cifras suponen un descenso medio aproximado del 13,3% con respecto a las cifras estimadas para 2010 (70.908 – 99.895 personas) y parecen coherentes con el descenso del protagonismo de la heroína como droga principal por la que los usuarios inician tratamiento por adicción a drogas. (Tabla 2.5.9).

Tabla 2.5.9.

Consumidores problemáticos de heroína. España, 2009-2011.

Estimación	2009	2010	2011
Número de consumidores problemáticos de heroína	82.340	85.401	74.109
Promedio (valor mínimo y máximo)	(68.056 – 96.624)	(70.908 – 99.895)	(61.389 – 86.829)
Porcentaje de consumidores problemáticos en la población	0,25	0,26	0,23
Promedio (valor mínimo y máximo)	(0,21 – 0,30)	(0,22 – 0,31)	(0,19 – 0,27)

FUENTE: Estimación del Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías a partir de: EDADES: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España 2007 y 2011. TDI: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas 2009, 2010, 2011. TMO: Tratamiento de mantenimiento con opiáceos. Memoria anual DGPNSD 2010 y 2011. TCA: Tratamiento por drogas en centros ambulatorios. Información de las 19 Comunidades y Ciudades Autónomas, Memoria anual DGPNSD 2010 y 2011. INE: Instituto Nacional de Estadística (INE), población de 15 a 64 años en 2007 y 2011.

Estimación de consumo problemático/de riesgo del uso de la vía inyectada

Metodología

El método utilizado para estimar el número de inyectadores es similar al utilizado para estimar el consumo problemático de heroína y se basa en estimaciones indirectas aplicando el método multiplicador. Como en el caso del consumo problemático de heroína la metodología y fuentes de información utilizadas se han ido adaptando para obtener las mejores estimaciones.

En la Tabla 2.5.10. se resume la metodología utilizada hasta 2011 que puede ser consultada en informes previos²⁸.

Tabla 2.5.10.

Resumen del método utilizado para el cálculo de consumo problemático de inyectadores en España.

Método	Fuente de información	Año de estimación
Método multiplicador	EDADES. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (15 a 64 años) TDI. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas TMO. Tratamiento de Mantenimiento con Opiáceos TCA. Tratamiento por drogas en Centros Ambulatorios	2007 2008 2009 2010 2011

EDADES: De esta encuesta se obtiene el valor del multiplicador. Para las estimaciones de 2007 a 2010 se utiliza el valor del multiplicador obtenido en EDADES 2007 y para el año 2011 se usa un valor del multiplicador actualizado a partir de la información obtenida en EDADES 2011.

TDI: De este indicador se obtiene la información sobre los inyectadores.

TMO: Los datos sobre las personas que están en tratamiento por opiáceos se obtienen de la memoria anual de la DGPNSD.

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 DGPNSD.

FUENTE: Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías (OEDT).

A partir de 2011, con el fin de mejorar la estimación, se adaptan los cálculos y se incluyen nuevas fuentes de información. En la Tabla 2.5.11 se resumen los cálculos realizados para 2011 (estimación similar se realizó para 2009 y 2010).

28. Informes periódicos del Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías : <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/observa/home.htm>
y Spanish National Report: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfrn/index214091EN.html>

La encuesta EDADES 2011 permitió, mediante el uso del método nominativo, actualizar el multiplicador de tratamiento para estimar el número de inyectadores, obteniendo que, de los inyectadores nominados, el 48% había iniciado tratamiento por abuso o dependencia de drogas.

Al aplicar este multiplicador a los 3.010 inyectadores admitidos a tratamiento del TDI (Indicador Admisiones a tratamiento), obtenemos 6.271 inyectadores de drogas recientes (último año).

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 inyectadores recientes que realizó tratamiento en centros ambulatorios (TCA), obteniendo 11.863 inyectadores. Para obtener esta cifra se asume que se han inyectado en TCA el mismo porcentaje que en el TDI (6,2%).

En todo caso, las estimaciones anteriores (6.271 y 11.863) corresponderían, en términos generales, a inyectadores que no están en tratamiento de mantenimiento con opioides (TMO). A cada una de estas cifras habría que sumarle 5.796 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 19% ha utilizado la vía inyectada en 2011.

Por tanto, podemos concluir que la horquilla entre la que se encuentra el número de inyectadores recientes (último año) de heroína en España en 2011 se situaría entre 12.067 y 17.659 personas.

Tabla 2.5.11.

Esquema de la estimación del número de inyectadores recientes (último año). España, 2011.

Estimación del número mínimo de inyectadores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2011 (de 1.551 inyectadores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 741, es decir, el 48%).	48%
2. Número de inyectadores recientes (en el último año antes de la admisión a tratamiento) admitidos a tratamiento a partir del TDI.	3.010
3. Número de inyectadores recientes a partir de TDI (parte 1). (Se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectadores recientes admitidos a tratamiento del TDI)	6.271 (3.010 / 0,48)
4. Número de inyectadores en TMO (parte 2). (Hay 76.263 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 19% ha utilizado la vía inyectada).	5.796 (76.263 x 0,4 = 30.505 y 30.505 x 0,19 = 5.796)
5. Número mínimo de inyectadores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	12.067 (6.271 + 5.796)
Estimación del número máximo de inyectadores recientes (último año)	
1. Valor del multiplicador a partir de la encuesta EDADES 2011 (de 1.551 inyectadores nominados, habían iniciado tratamiento por abuso o dependencia 741, es decir, el 48%).	48%
2. Número de personas en tratamiento por drogas en centros ambulatorios (TCA).	91.832
3. Número de inyectadores 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 6,2% de los admitidos a tratamiento se inyectó drogas en el último año)	5.694 (91.832 x 0,062)
4. Número de inyectadores a partir de TCA (parte 1). (Se aplica el valor del multiplicador, obtenido en EDADES, al número de inyectadores recientes que han realizado tratamiento en centros ambulatorios)	11.863 (5.694 / 0,48)
5. Número de inyectadores en TMO (parte 2). (Hay 76.263 personas en TMO, el 40% de esta población ha consumido heroína en el último año y, de éstos, el 19% ha utilizado la vía inyectada).	5.796 (76.263 x 0,4 = 30.505 y 30.505 x 0,19 = 5.796)
6. Número máximo de inyectadores recientes (suma de parte 1 y parte 2)	17.659 (11.863 + 5.796)

FUENTES: EDADES: OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España 2007 y 2011 (Encuesta en población general de 15 a 64 años). TDI: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas 2011 (Personas que iniciaron tratamiento por heroína ese año). TMO: Tratamiento de Mantenimiento con Opiáceos. Memoria anual DGPNSD 2010 y 2011. TCA: Tratamiento por drogas en centros ambulatorios (Personas que están en tratamiento ese año). Información de las 19 Comunidades y Ciudades Autónomas, Memoria anual DGPNSD 2010 y 2011.

Resultados

Los resultados que se presentan proceden de las últimas estimaciones realizadas para los años 2009, 2010 y 2011.

En España en 2011, la cifra estimada de inyectadores recientes (en los últimos 12 meses) se encontraría en la horquilla comprendida entre 12.067 y 17.659 personas. Se observa un descenso del número de inyectadores respecto a las cifras estimadas para 2009 y 2010. Este descenso es coherente con las otras fuentes de información que muestran el descenso del uso de esta vía entre los usuarios de drogas (Tabla 2.5.12).

Tabla 2.5.12.

Usuarios recientes (último año) de drogas por vía inyectada. España, 2009-2011.

Estimación	2009	2010	2011
Número de inyectadores recientes	18.549	15.649	14.863
Promedio (valor mínimo y máximo)	(14.042 – 23.056)	(12.902 – 18.397)	(12.067 – 17.659)
Porcentaje de inyectadores en la población	0,043	0,048	0,046
Promedio (valor mínimo y máximo)	(0,057 – 0,071)	(0,040 – 0,057)	(0,038 – 0,055)

FUENTES: Estimación del Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías a partir de: EDADES; OEDT. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en Población General en España 2007 y 2011. TDI: OEDT. Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas 2009, 2010, 2011. TMO: Tratamiento de mantenimiento con opiáceos. Memoria anual DGPNSD 2010 y 2011. TCA: Tratamiento por drogas en centros ambulatorios. Información de las 19 Comunidades y Ciudades Autónomas, Memoria anual DGPNSD 2010 y 2011. INE: Instituto Nacional de Estadística, población de 15 a 64 años en 2007 y 2011.

Sistemas de alerta temprana

3.1. Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (Early Warning System-EWS)

Introducción

El Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS - Early Warning System)¹ fue creado en 1997 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA - European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addictions)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”, entendiendo 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. En algunos casos se elaboran en Europa en laboratorios clandestinos y se venden directamente en el mercado y, otras veces, se importan de proveedores, a menudo de China o la India, para ser envasadas de forma atractiva y comercializadas en Europa.

El Informe Europeo sobre Drogas de 2014⁶, informa de que, en 2013, fueron notificadas 81 nuevas sustancias psicotrópicas por los Estados Miembros de la UE a través del EWS. De estas sustancias, 29 eran cannabinoides sintéticos, 13 nuevas fenetilaminas, 7 catinonas sintéticas, 1 triptamina, 1 piperacina y otros 30 compuestos no encajaban en los grupos químicos fácilmente reconocidos (incluidas plantas y medicamentos) (Figura 3.1.1).

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.

El número de este tipo de alertas recibidas por el EMCDDA ha ido incrementándose en los últimos años. La información del EMCDDA disponible desde 2006 a 2013 recoge 2 alertas en 2006, 4 en 2007, 2 en 2008, 19 en 2009, 2 en 2010, 8 en 2011, 17 en 2012 y 37 en 2013.

1. Sistema Europeo de Alerta Temprana (Early Warning System-EWS). Disponible en: www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning

2. <http://www.emcdda.europa.eu/>

3. Europol. <https://www.europol.europa.eu/>

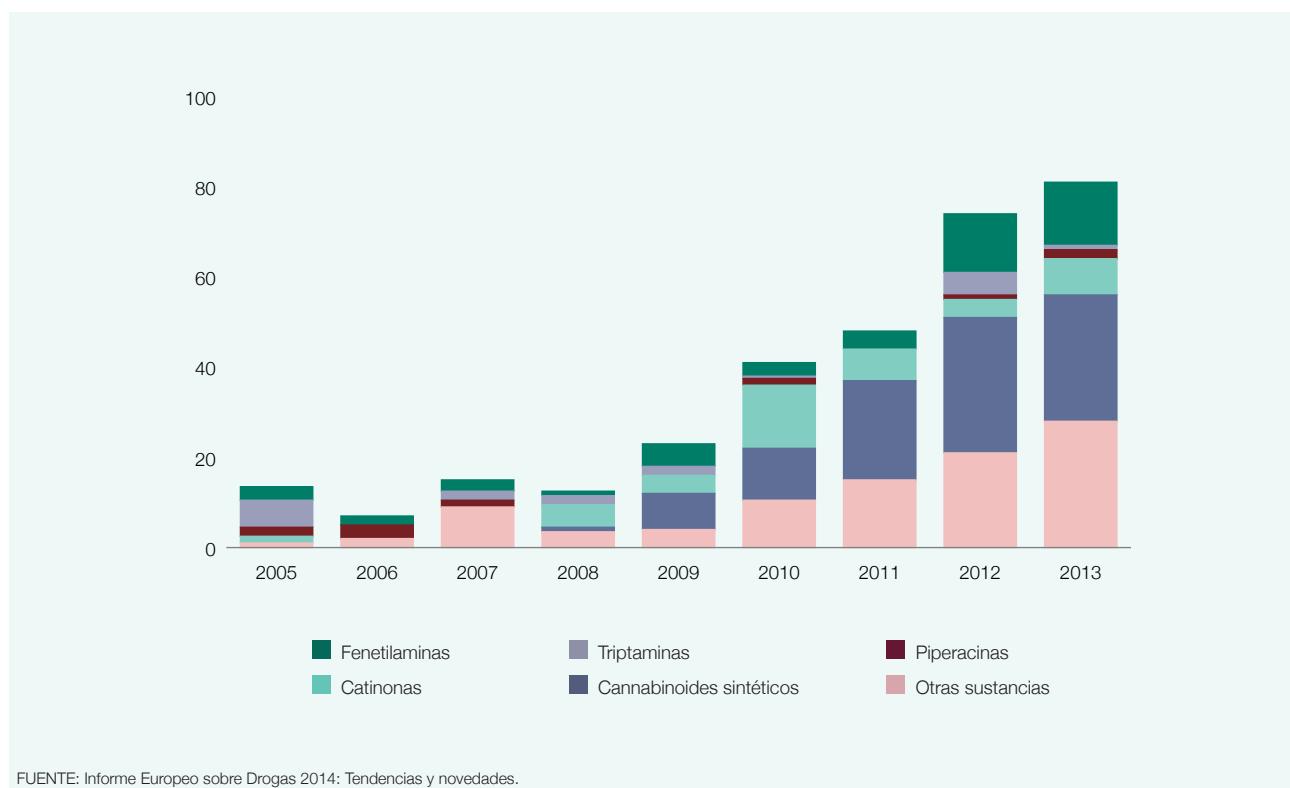
4. Decisión 2005/387/JAI del Consejo, de 10 de mayo de 2005, relativa al intercambio de información, la evaluación del riesgo y el control de las nuevas sustancias psicotrópicas (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

5. Early warning system, national profiles. EMCDDA, Lisbon, May 2012 <http://www.emcdda.europa.eu/thematic-papers/ews>

6. Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_228272_ES_TDAT14001ESN.pdf

Figura 3.1.1.

Grupos principales y número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, 2005-2013.



Fases de respuesta, ante una alerta, en el Sistema de Alerta Temprana de la UE

La Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea, de 10 de mayo de 2005⁷, 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.

La 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 3.1.2). La información complementaria puede consultarse en la guía operativa publicada por el EMCDDA⁸ para la aplicación de la misma.

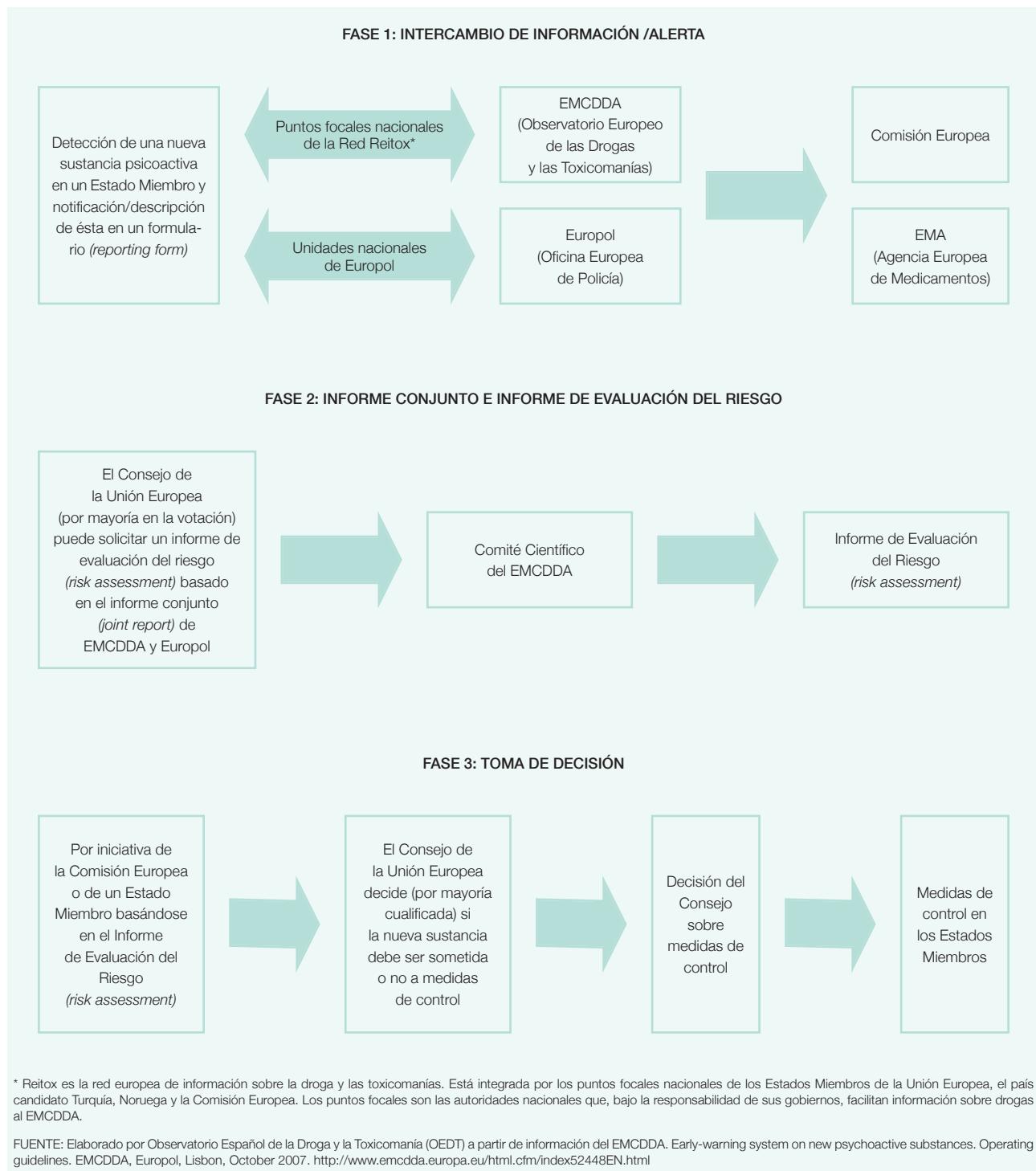
Aunque la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea de 10 de mayo de 2005 ha resultado ser un instrumento muy útil para el abordaje de las nuevas sustancias en la UE, su uso ha encontrado algunas limitaciones, en especial con respecto a la imposibilidad de abordar varias sustancias al mismo 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 está siendo objeto de revisión por parte de la Comisión Europea.

7. 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 (DO L 127 de 20.5.2005, p. 32).

8. Early-warning system on new psychoactive substances. Operating guidelines. EMCDDA, Europol, Lisbon, October 2007. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52448EN.html>

Figura 3.1.2.

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.



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 Reitox (formada por los puntos focales nacionales de los Estados Miembros de la Unión

Europea, el país candidato Turquía, Noruega y la Comisión Europea), 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).

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.

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 sus-

9. Informes conjuntos disponibles en: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=a105

10. Informes de evaluación de riesgo disponibles en: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w12

tancias sintéticas, que son objeto de revisión y actualización periódica. Las actuales directrices operativas para la evaluación de los riesgos de las nuevas sustancias psicotrópicas, adoptadas en 2008, 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.

Según señala el Informe Europeo sobre Drogas 2014, se han realizado evaluaciones del riesgo, a escala europea, para la 4-metilanfetamina (en 2012) y para el 5-(2-aminopropil) indol (en 2013), en respuesta a los datos de más de 20 muertes asociadas a cada una de estas sustancias en un corto período, y ambas sustancias se sometieron a medidas de control en toda Europa. En abril de 2014 se realizaron evaluaciones de riesgo en cuatro nuevas sustancias psicotrópicas (251-NBOMe, AH-7921, MDPV, metoxetamina) y aunque han sido sometidas a control ya en algunos países (Tabla 3.1.1), aún está pendiente de control establecido en toda la UE.

Tabla 3.1.1.

Información sobre cuatro sustancias evaluadas, en 2014, en el marco europeo.

	MDPV (3,4-(methylenedioxy pyrovaleron))	Metoxetamina (2-(3-methoxyphenyl) -2-(ethylamino)cyclohexanone)	AH-7921	251-NBOMe
Familia de drogas	Catínonas	Arilociclohexilaminas	Opioides	Fenetilaminas
Año de la primera notificación al Sistema de Alerta Temprana de la UE	2008	2010	2012	2012
Número de muertes asociadas a la sustancia	99	20	15	1
Número de intoxicaciones no mortales asociadas a la sustancia	107	110	6	15
Número de países en los que se ha detectado (Unión Europea, Turquía y Noruega)	29	24	8	24
Número de países en los que está sujeta a medida de control con arreglo a la legislación de control sobre drogas (Unión Europea, Turquía y Noruega)	22	9	1	6

FUENTE: Elaborado por Observatorio Español de la Drogas y la Toxicomanía (OEDT) a partir de la información disponible en el Informe Europeo sobre Drogas 2014: Tendencias y novedades⁶.

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.

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.

11. Decisiones de medidas de control disponibles en: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16783EN.html>

3.2. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)

Introducción

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 reglamentaciones respecto a este tema puesto 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 se emplearon leyes españolas específicas provenientes de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. La 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 y el 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.

Además se dispone de otra normativa relacionada en la que se incluyen: la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la 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; la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; el 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; la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Capítulo III. De los delitos contra la Salud Pública, artículo 359 y siguientes.

Conviene señalar que la regulación nacional sobre drogas ilegales depende del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como de otros Departamentos Ministeriales y debe establecer las medidas necesarias para poder actuar conforme con la Decisión del Consejo de la Unión Europea. En este sentido, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad impulsó la elaboración y publicación 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, de acuerdo con la Ley 17/1967, de 8 de abril. El objeto de este Real Decreto es establecer el procedimiento mediante el cual una sustancia natural o sintética, no incluida en las listas I y II de las anexas al Convenio Único de 1961 de las Naciones Unidas o que no haya adquirido tal consideración en el ámbito internacional, sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional; así como, consecuentemente, el sometimiento de estas sustancias a la medidas de fiscalización aplicables a los estupefacientes.

Objetivos y funciones

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 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. 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” (incluye 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, cambio en la vía de administración, contaminación por agentes infecciosos, adulteración, etc.

Estructura y 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 sobre la Droga y las Toxicomanías 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 Crimen Organizado (CICO), 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. 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 la Droga y las Toxicomanías), 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. Actualmente, en el marco del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016¹², la acción 28 “Consolidación del Sistema Español de Alerta Temprana” se centra, gracias a un grupo de trabajo multidisciplinar, en afianzar el SEAT.

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. A continuación se describe brevemente el papel de cada uno de estos niveles.

12. http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/publica/pdf/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf

- **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)**, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) es el punto nodal de la Red, junto con el Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO), ya que centraliza la recogida, análisis y elaboración y divulgación de la información. Entre las funciones del OEDT se encuentra la interlocución con el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (EWS) a través del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA).
- **Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO)**, del Ministerio del Interior. Junto con el OEDT (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías), es el punto nodal de la red del Sistema Español de Alerta Temprana. Es responsable de la recogida, análisis y notificación de los datos relacionados con decomisos, incautaciones, detenciones, análisis toxicológico de las sustancias incautadas, y seguimiento y control de los precursores utilizados para la fabricación de sustancias psicoactivas susceptibles de abuso. Además, es el interlocutor con la Oficina Europea de la Policía (Europol).
- **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 CICO 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 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 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 (AII)**, del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 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.
- **Sección de Estadística y Precursores del CICO**, del Ministerio del Interior, perteneciente al área de análisis y estadísticas. 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. En España, la Ley 4/2009, de 15 de junio, de control de precursores de drogas¹³ regula los aspectos esenciales para poder aplicar en nuestro país las medidas que se recogen en el artículo 12 del Convenio de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, adoptado en Viena el 19 de diciembre de 1988¹⁴, así como los Reglamentos comunitarios.
- **El 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 Pública 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 LeCrim y artículo 374.1. 1º CPenal—).

13. <http://www.boe.es/boe/dias/2009/06/16/pdfs/BOE-A-2009-9973.pdf>

14. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoría2/legisla/pdf/i64.pdf>

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 OEDT.

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, en el momento actual, de una manera más activa en el SEAT, se encuentran Energy Control¹⁵, Ai Laket¹⁶ y Cruz Roja Española¹⁷.

Organismos internacionales

Si bien, realmente, 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 la Droga y las Toxicomanías).

Por su parte, el CICO 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.

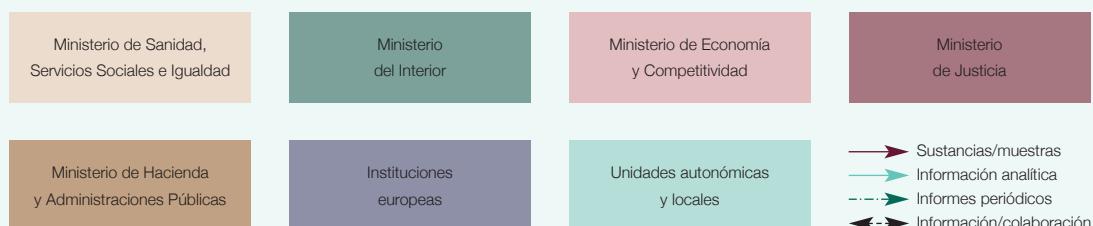
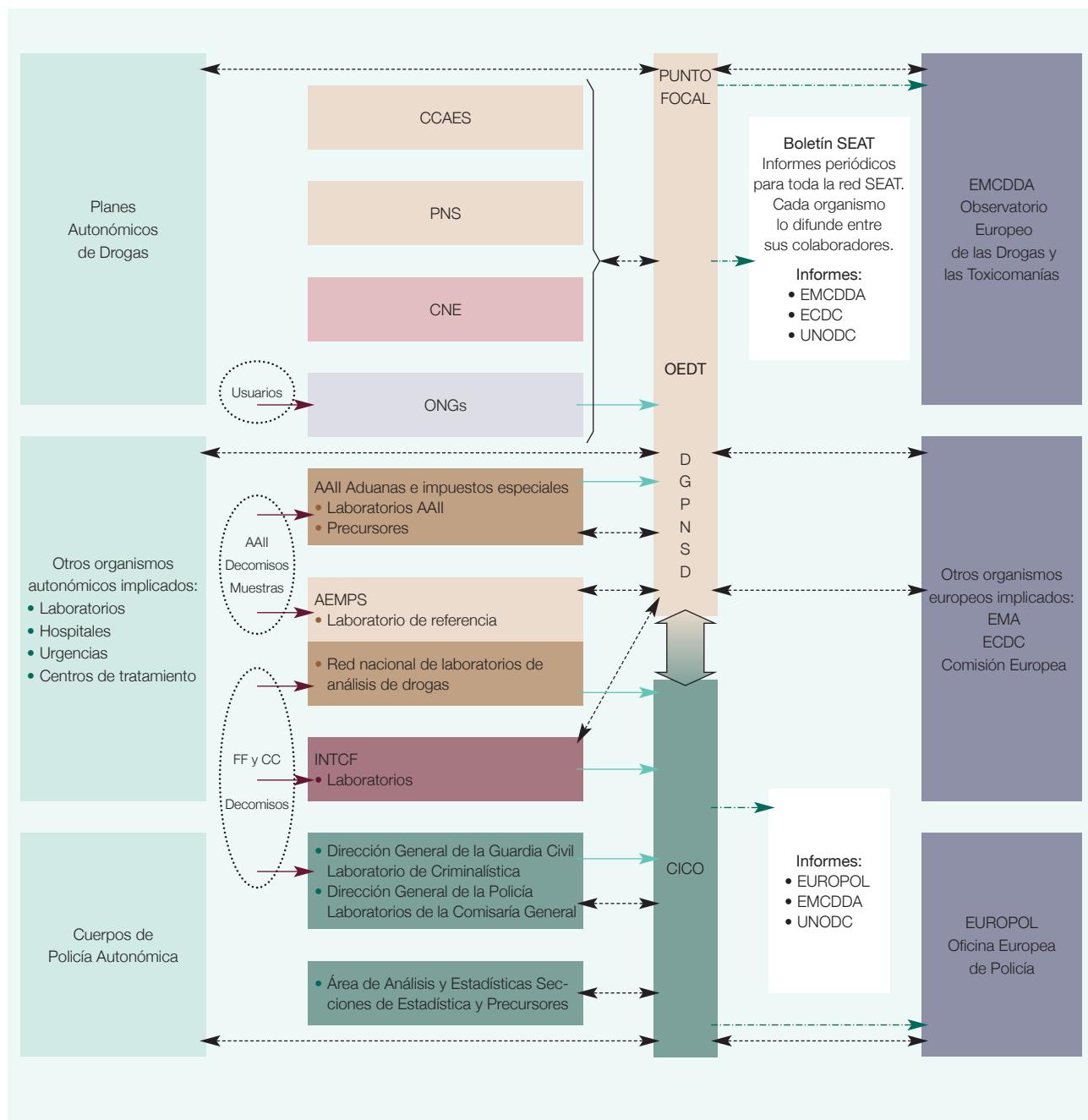
15. energycontrol.org/

16. www.ailaket.com/

17. <http://www.cruzroja.es/portada/>

Figura 3.2.1.

Esquema del Sistema Español de Alerta Temprana Español (SEAT).



OEDT: Observatorio Español de la Drogas y las Toxicomanías. DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. CICO: Centro de Inteligencia Contra el Crimen Organizado. FF y CC: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. INTCF: Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. CCAES: Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. CNE: Centro Nacional de Epidemiología. PNS: Plan Nacional sobre el Sida. AAI: Aduanas e Impuestos Especiales. EMA: Agencia Europea de Medicamentos. ONGs: Organizaciones No Gubernamentales. EMCDDA: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. EUROPOL: Oficina Europea de Policía. UNODC: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. ECDC: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

FUENTE: Observatorio Español sobre la Drogas y las Toxicomanías. DGPNSD.

Actividad

En 2013 el SEAT ha notificado al EMCDDA información relativa a 18 sustancias, de las cuales 7 pertenecían al grupo de los cannabinoides, 3 al de catinonas y 3 al de feniletilaminas, el resto de sustancias se repartía entre el grupo de plantas/extractos (1), opioides (1), piperidinas/pirrolidinas (1), indolalquilaminas (1) y arilciclohexaninas (1) (Tabla 3.2.1). Todas estas sustancias fueron analizadas en laboratorios y proceden, bien de decomisos, realizados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, bien de muestras de la calle, recogidas habitualmente por ONGs.

Tabla 3.2.1.

Sustancias notificadas por el Sistema Español de Temprana (SEAT) al EMCDDA en 2013.

Nombre de la sustancia	Identificación química (nomenclatura internacional)	Grupo de drogas a la que pertenece según clasificación del EMCDDA	Fecha de notificación
5FUR-144. (XLR-11)	(1-(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanone	Cannabinoides	28-01-2013
UR-144	(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-(2,2,3,3-tetramethyl-cyclopropyl)methanone	Cannabinoides	28-01-2013
AM-2201	1-[(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]-[naphthalen-1-yl)methanone	Cannabinoides	28-01-2013
Etilfenidato	Ethyl 2-phenyl-2-(piperidin-2-yl)acetate	Piperidinas y pirrolidinas	28-01-2013
JWH-methylcyclohexane-8quinolino (BB-22)	Quinolin-8-yl 1-(cyclohexylmethyl)-1H-indole-3-carboxilate	Cannabinoides	28-01-2013
APINACA	N-(1-adamantyl)-1-pentyl-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	28-01-2013
25I-NBOMe	4-iodo-2,5-dimethoxy-N-(2-methoxybenzyl)phenethylamine	Feniletilamina	01-02-2013
25B-NBOMe	2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine	Feniletilamina	12-02-2013
Harmina	7-Methoxy-1-methyl-9H- α -carboline	Plantas y extractos	12-02-2013
DMT	N,N-dimethyltryptamine	Indolalquilaminas	12-02-2013
Ketamina	2-(2-chlorophenyl)-2-(methylamino)cyclohexanone	Arilciclohexilaminas	11-06-2013 04-07-2013
2-Aminoindan	1H-Inden-2-amine, 2,3-dihydro	Aminoindanos	03-07-2013
2C-H	2,5-Dimethoxyphenethylamine	Fenetilaminas	03-07-2013
4-MEC (4-methylethcathinone)	2-Ethylamino-1-(4-methylphenyl)-1-propanone	Catinonas	09-08-2013
4-MeO-alpha-PVP	1-(4-methoxyphenyl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one	Catinonas	09-08-2013
W-15	4-chloro-N-(1-phenethylpiperidin-2-ylidene)benzenesulfonamide	Opioides	12-08-2013
CRA-13	naphthalen-1-yl-(4-pentyloxynaphthalen-1-yl)methanone	Cannabinoides	10-10-2013
5F-AKB48	N-(1-adamantyl)-1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxamide	Cannabinoides	27-12-2013

FUENTE: Observatorio Español sobre la Drogas y las Toxicomanías. DGPNNSD.

3.3. Estudio Internet Snapshot

En los últimos años ha aumentado el número, el tipo y la disponibilidad de las nuevas sustancias¹⁸. Este fenómeno ha podido estar, en parte, influenciado por la manera en la que estas sustancias se han publicitado y distribuido, lo que incluye la venta en un mercado abierto como es el mercado *online*. Con el fin de monitorizar este mercado *online*, el EMCDDA ha llevado a cabo *snapshots* multilingües desde 2006¹⁹.

A lo largo de los años se han ido incorporando más países a este estudio y ha aumentado el número de tiendas *online* identificadas (parte de este aumento podría explicarse por cambios en la metodología de búsqueda). En 2010 participaron 15 países y se identificaron 170 tiendas *online*; en 2011, los 18 países participantes identificaron 314 tiendas y en 2012 la participación alcanzó 20 países y las tiendas *online* identificadas fueron 693. España participó por primera vez en 2013.

Estudio Internet Snapshot en España en 2013

El estudio llevado a cabo en España se enmarcó en el proyecto de *Snapshot* europeo y seguía la metodología facilitada por el EMCDDA.

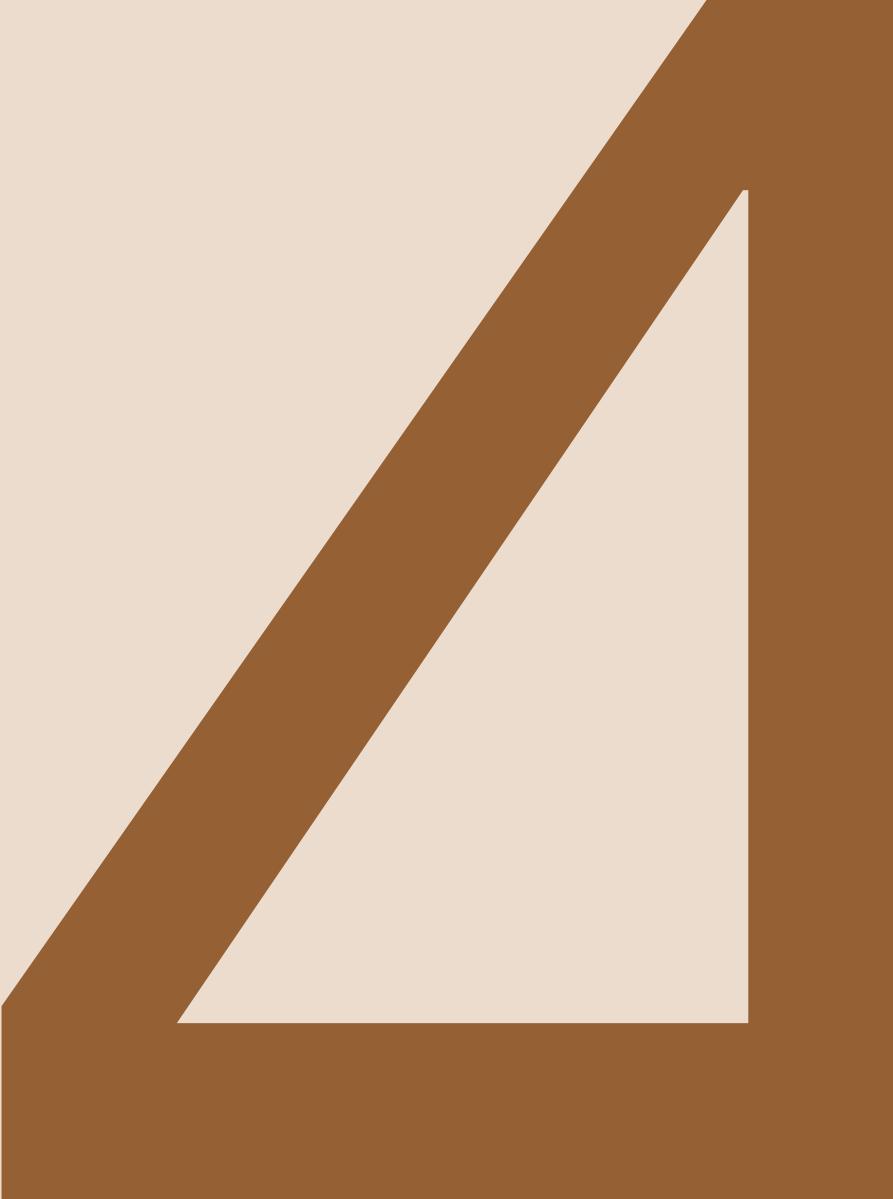
El objetivo es revisar las páginas web en castellano que permiten la compra directa de nuevas drogas. Para ello se utilizan los buscadores Google y Bing, en base a 10-15 comandos adaptados al español y con 100 entradas mínimo/comando. El estudio tiene lugar en abril de 2013 durante un periodo de 2 semanas.

Tras el estudio se identifican 88 páginas web donde es posible comprar nuevas drogas. De éstas, se localizan en España 11, en Latinoamérica 6 (3 en México, 2 en Perú y 1 en Argentina), y el resto se distribuyen en otros países, entre ellos EEUU, Reino Unido, Holanda, Nueva Zelanda, India, China y Camerún. Entre las sustancias que se nombran con mayor frecuencia se encuentran la salvia, los hongos alucinógenos, el kratom y la ayahuasca.

De manera general, estas páginas web comparten algunas características: tienen un diseño vistoso y son fácilmente navegables, la información está disponible en varios idiomas o incluyen traducciones y también ofrecen diversas modalidades de pago. No aparece (o lo hace en un lugar poco visible) la información relativa a los principios activos o posibles efectos. Los aspectos relacionados con la legalidad no aparecen o lo hacen de manera confusa.

18. EU drug markets report: a strategic analysis. EMCDDA, Lisbon, January 2013. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/drug-markets>

19. Online sales of new psychoactive substances/'legal highs': summary of results from the 2011 multilingual snapshots. EMCDDA, Lisbon, November 2011. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143801_EN_SnapshotSummary.pdf



Oferta de drogas y medidas de control

4.1. Ventas de tabaco, 2000-2012

A continuación 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 los años 2000 y 2012.

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 muy superiores a los del resto de las labores. De los 12.184 millones de euros de ingresos por venta de tabacos en 2012, el 88,6% correspondió a los cigarrillos. Tras las ventas de cigarrillos se situaron las de picadura de liar, cuya cuota de participación en los ingresos viene aumentado en los últimos años, pasando del 1,1%, en el año 2003, al 7,1% en 2012, desplazando, desde 2009, a las ventas de cigarros puros, cuya participación en los ingresos se mantiene prácticamente estable en los últimos años. Las ventas de picadura de pipa, por su parte, continúan siendo muy residuales y su participación en los ingresos se ha venido manteniendo muy por debajo del 1% en los últimos 9 años (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*, 2003-2012.

Tipo de labor	2003	2005	2007	2009	2011	2012	Variación	Variación
							2012/2011 (%)	2012/2003 (%)
Cigarrillos	9.526,070	10.243,640	11.147,600	11.719,617	12.061,477	10.799,878	-4,76	13,40
Cigarros	435,900	457,235	443,781	412,240	427,589	477,396	10,58	9,50
Picadura de liar	108,999	182,526	209,442	395,411	486,559	866,675	37,29	695,10
Picadura de pipa	7,724	8,107	8,560	9,449	16,738	40,056	-34,83	418,60
Total	10.078,690	10.891,510	11.809,380	12.536,716	12.992,363	12.184,005	-2,25	20,90

* Península y Baleares.

FUENTE: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comisionado para el Mercado de Tabacos. Año 2012.

Tabla 4.1.2.**Distribución de los ingresos por ventas de tabaco según tipo de labor (%). España*, 2003-2012.**

Tipo de labor	2003	2005	2007	2009	2011	2012
Cigarrillos	94,5	94,1	94,4	93,5	91,0	88,6
Cigarros	4,3	4,2	3,8	3,3	3,5	3,9
Picadura de liar	1,1	1,7	1,8	3,2	5,1	7,1
Picadura de pipa	0,1	0,1	0,07	0,1	0,5	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Península y Baleares.

FUENTE: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comisionado para el Mercado de Tabacos. Año 2012.

La Figura 4.1.1 muestra cómo desde el año 2008 viene disminuyendo progresivamente el volumen de ventas de cigarrillos, siendo notorio el descenso en las ventas correspondientes a 2012, que fueron un 34,3% inferiores a las realizadas en el año anterior. El mencionado descenso de las ventas de cigarrillos entre 2011 y 2012 se ha producido en todas las Comunidades Autónomas, siendo el más destacado el correspondiente a Andalucía (-41,7%) (Tabla 4.1.3).

Paralelamente al descenso de las ventas de cigarrillos, y también de forma más notable desde el año 2008, han venido aumentado las ventas de picadura de liar que, entre 2008 y 2012, se incrementaron en un 57,8% (Figura 4.1.2), así como las ventas de cigarros que, en el mismo periodo de tiempo, crecieron un 97% (Figura 4.1.1).

Tabla 4.1.3.**Evolución del volumen de ventas de cigarrillos por Comunidad Autónoma*, 2003-2012 (millones de cajetillas de 20 cigarrillos).**

Comunidad Autónoma	2003	2005	2007	2009	2011	2012	Variación 2012/2011 (%)	Variación 2012/2003 (%)
Andalucía	854	843	812	738	509	430	-41,7	-49,6
Aragón	136	134	132	124	94	84	-32,1	-38,5
Asturias	108	101	98	95	72	66	-30,0	-38,6
Islas Baleares	204	196	179	143	107	96	-32,7	-48,7
Cantabria	60	58	56	54	41	37	-31,5	-39,2
Castilla y León	239	226	221	213	160	144	-32,4	-40,9
Castilla-La Mancha	189	189	193	183	142	125	-31,8	-32,6
Cataluña	810	889	844	759	560	492	-35,2	-32,8
Comunidad Valenciana	602	590	569	491	359	320	-34,9	-42,8
Extremadura	113	107	107	104	81	71	-31,4	-39,8
Galicia	234	227	220	212	158	145	-31,6	-35,9
Madrid	588	548	530	496	385	352	-29,0	-41,3
Murcia	150	149	152	136	105	93	-31,5	-31,8
Navarra	80	95	89	84	64	57	-31,9	-13,2
País Vasco	220	256	228	212	158	141	-33,2	-35,9
La Rioja	28	27	26	26	20	17	-32,7	-38,2
Total	4.617	4.635	4.455	4.068	3.015	2.672	-34,3	-38,9

* Península y Baleares.

FUENTE: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comisionado para el Mercado de Tabacos. Año 2012.

Figura 4.1.1.

Evolución de las ventas de cigarrillos y de cigarros puros. España*, 2000-2012.

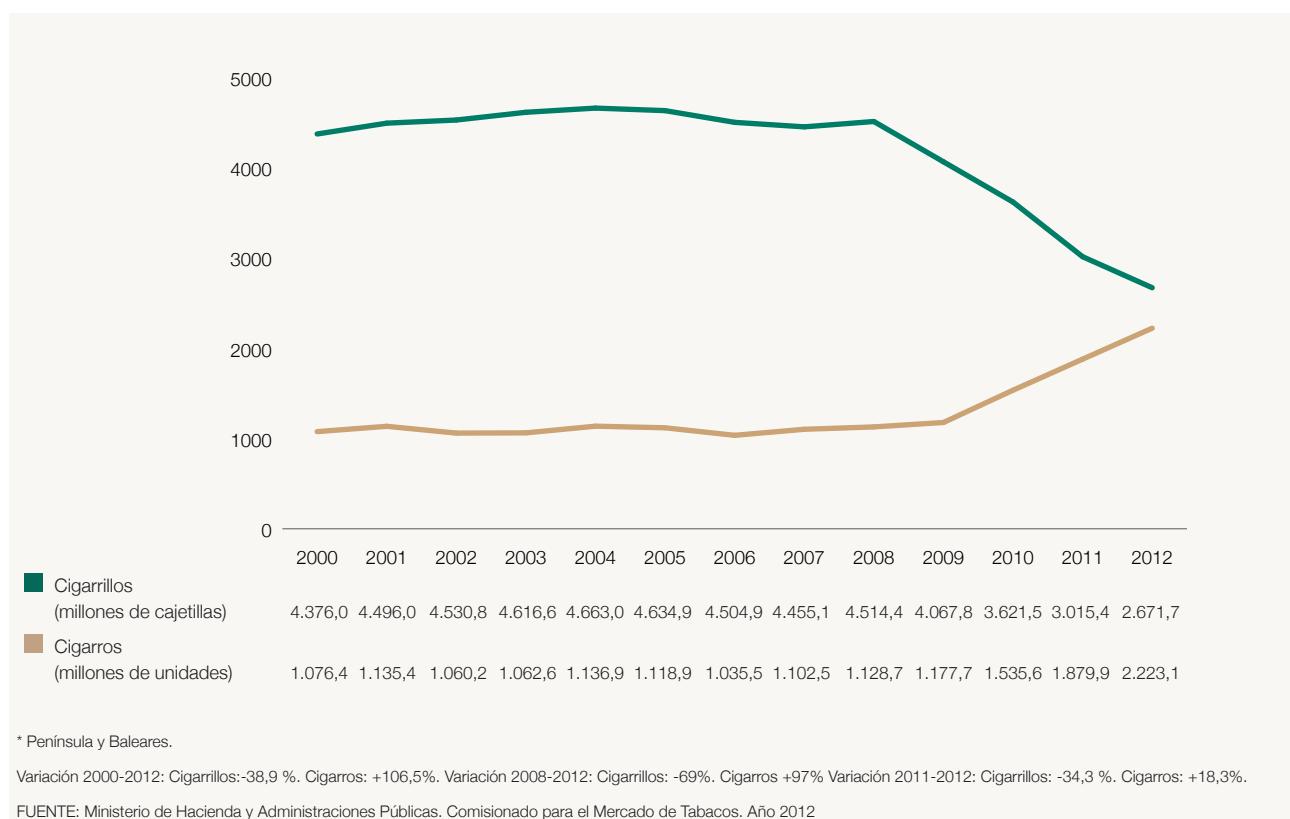
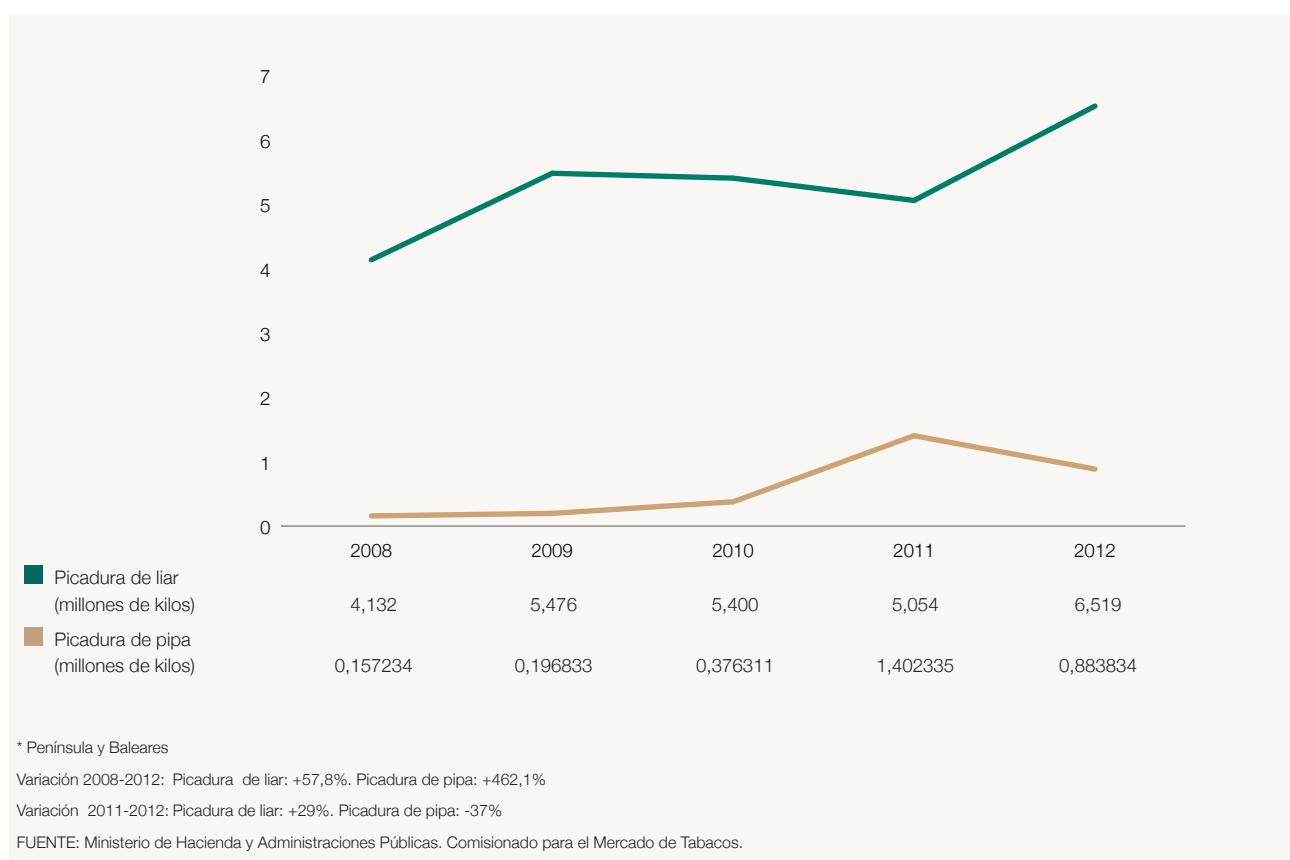


Figura 4.1.2.

Evolución de las ventas de picadura de liar y de picadura de pipa. España*, 2008-2012.



Por lo que respecta a las ventas de picadura de pipa, también crecieron de forma continua entre 2008 y 2011, pero en 2012 sufrieron una contracción de un -37% respecto a las del año anterior (Figura 4.1.2).

Naturalmente, una reducción en las ventas globales de cigarrillos tiene su reflejo en la tasa de cigarrillos vendidos por habitante que, en 2012, fue menor en 11 cajetillas que la correspondiente al año anterior. Este descenso en la tasa de ventas de cigarrillos por habitante es apreciable en todas las Comunidades Autónomas, destacando Navarra (-15,5), Baleares (-14,5) y Andalucía (-13,8) (Tabla 4.1.4).

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 producido una contracción de las ventas globales de cigarrillos, así como de la tasa de cigarrillos vendidos por habitante pero, por otro lado, han venido incrementándose las ventas de las otras labores de tabaco: cigarros, picadura de liar y picadura de pipa, lo que indica 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 es visible en todas las Comunidades Autónomas (Tabla 4.1.4).

Tabla 4.1.4.

Variación de las ventas anuales de tabaco *per capita*, según Comunidad Autónoma*, 2012/2011.

	Cigarrillos (cajetillas de 20 cigarrillos)			Cigarros (unidades)			Picadura de liar (kilos)			Picadura de pipa (kilos)		
	2011	2012	variación	2011	2012	variación	2011	2012	variación	2011	2012	variación
Andalucía	90	76	-13,8	49	59	10,3	0,1	0,2	0,1	0,07	0,04	-0,03
Aragón	109	98	-10,6	95	116	20,9	0,2	0,2	0,0	0,04	0,03	-0,01
Asturias	103	96	-7,2	100	121	21,7	0,1	0,2	0,0	0,02	0,01	-0,01
Islas Baleares	141	126	-14,5	57	72	15,4	0,4	0,4	0,1	0,04	0,03	-0,01
Cantabria	104	95	-8,8	105	131	26,7	0,1	0,2	0,0	0,03	0,02	-0,01
Castilla y León	99	90	-9,0	90	106	16,0	0,1	0,2	0,0	0,03	0,03	-0,01
Castilla-La Mancha	104	92	-11,9	68	83	14,4	0,1	0,2	0,1	0,06	0,04	-0,02
Cataluña	116	103	-13,1	65	73	8,5	0,2	0,3	0,0	0,04	0,03	-0,01
C. Valenciana	106	95	-11,0	64	76	12,7	0,2	0,3	0,1	0,09	0,05	-0,04
Extremadura	112	99	-12,8	90	109	19,2	0,1	0,2	0,1	0,06	0,04	-0,02
Galicia	88	82	-6,3	72	90	18,1	0,1	0,2	0,0	0,01	0,01	0,00
Madrid	89	82	-7,0	34	41	7,4	0,1	0,2	0,0	0,02	0,02	-0,01
Murcia	104	92	-12,1	43	54	10,2	0,1	0,2	0,1	0,08	0,04	-0,04
Navarra	155	139	-15,5	113	127	13,8	0,3	0,3	0,0	0,03	0,02	-0,01
País Vasco	112	102	-9,9	104	118	13,9	0,2	0,2	0,0	0,02	0,01	0,00
La Rioja	95	87	-7,8	109	128	18,6	0,1	0,1	0,0	0,02	0,02	0,00
Total	102	91	-11,0	64	76	12,2	0,2	0,2	0,1	0,05	0,03	-0,02

* Península y Baleares.

Notas: para el cálculo de las tasas *per capita* se ha utilizado la población de 15-64 años.

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: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Comisionado para el Mercado de Tabacos. Año 2012.

4.2. Número de decomisos y cantidades de drogas decomisadas, 1998-2012

El número de decomisos de drogas psicoactivas y las cantidades de drogas decomisadas 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.

Según el Ministerio del Interior, en 2012 se produjeron en España algunos cambios en las cantidades de drogas decomisadas con respecto a los últimos años. La cantidad de heroína decomisada disminuyó con respecto a 2009, pasando de 300 Kg a 233 Kg en 2010, y a 229 Kg en 2012, lo que viene a confirmar la tendencia al descenso en las cantidades decomisadas de esta sustancia que se venía observando en los últimos años, quedando el aumento que se produjo en el año 2008 de la cantidad decomisada como un fenómeno anecdótico (Tabla 4.2.1 y Figura 4.2.4).

Tabla 4.2.1.

Evolución de las cantidades de drogas decomisadas en España, 2002-2012.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Heroína (Kg)	275	242	271	174	472	227	548	300	233	413	229
Cocaína (Kg)	17.660	49.279	33.135	48.429	49.650	37.784	27.981	25.349	25.241	16.609	20.754
Hachís (Kg)	564.816	727.313	794.437	669.704	459.267	653.651	682.672	444.581	384.315	355.904	325.562
MDMA (Nº pastillas)	1.396.591	771.875	796.833	572.871	481.583	490.644	534.906	404.334	634.628	182.973	175.381

FUENTE: Estadística Anual sobre Drogas, 2012. Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

También disminuyó, por cuarto año consecutivo, la cantidad de hachís decomisada, pasando de 682,7 toneladas en 2008 a 384,3 toneladas en 2010 y a 326 toneladas en 2012 (Figura 4.2.3). Por otra parte, la cantidad de cocaína decomisada en 2012 (20.754 kilogramos) sufre un repunte respecto de la cantidad incautada el año anterior (16.609 kilogramos), aunque sigue siendo bastante inferior a las cantidades incautadas en los años precedentes a 2011, por lo que se podría decir que continúa la tendencia a la baja en las cantidades decomisadas de esta sustancia (Figura 4.2.2). En cambio, las cantidades de MDMA decomisada tanto en 2011 (182.973 pastillas) como en 2012 (175.381 pastillas) fueron bastante menores a las incautadas en los 12 años anteriores. (Figura 4.2.5).

Por lo que respecta al número de decomisos, en 2012 disminuyó globalmente en un 4,2% respecto del año anterior. Por drogas, también se aprecian en 2012 descensos respecto de 2011. Las cifras de decomisos que más descendieron son las correspondientes a “alucinógenos” (-26,4%) y a “opiáceos” (-22,7%), seguidas de la de “cocaínicos” (-11%) (Figura 4.2.1).

El cannabis sigue siendo la droga de la que se decomisa una mayor cantidad (325,6 toneladas de hachís en 2012) y también la que generó un mayor número de decomisos (335.023).

Figura 4.2.1.

Evolución del número de decomisos de sustancias psicoactivas. España, 2006-2012.

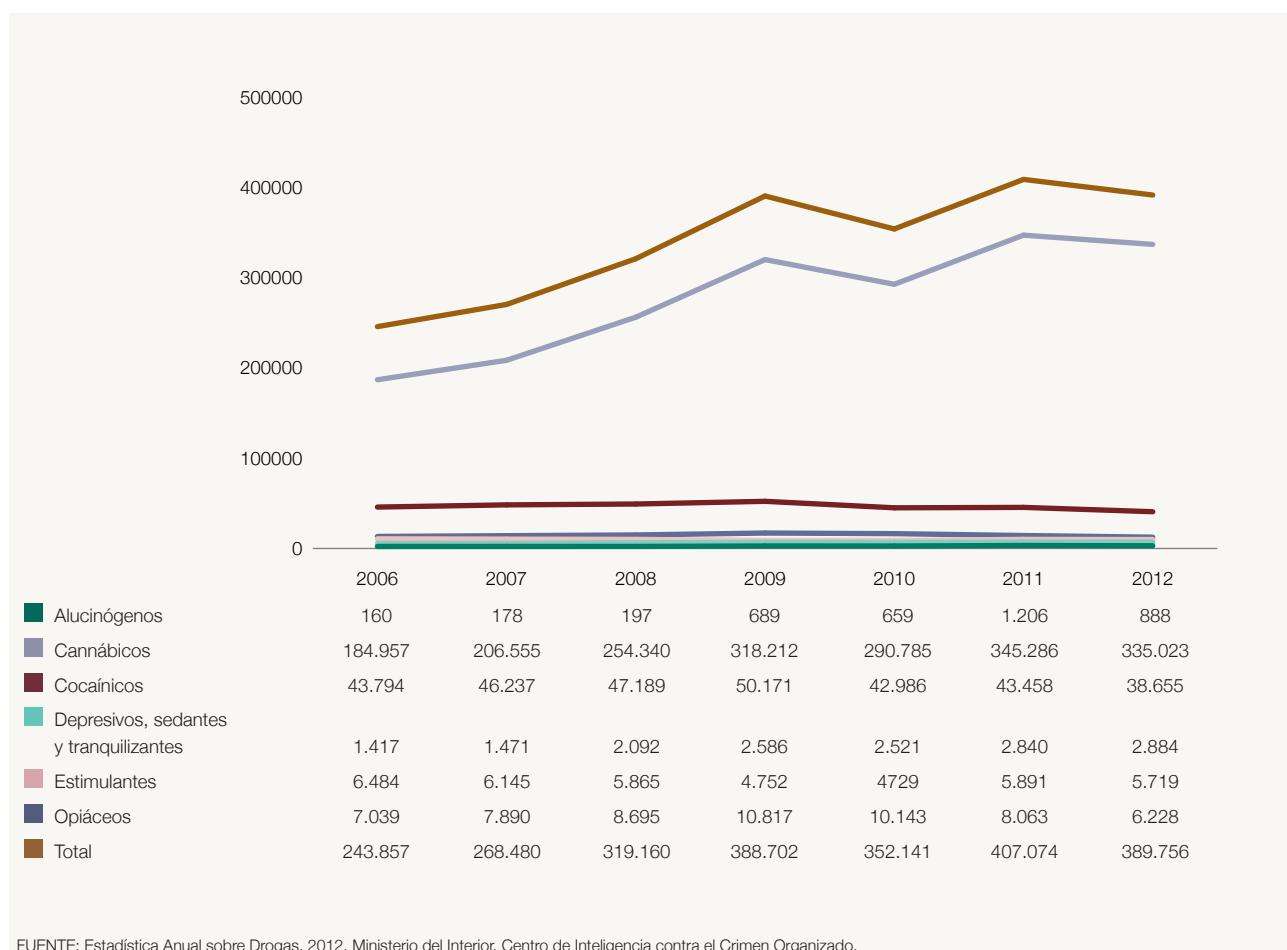


Figura 4.2.2.

Evolución de la cantidad de cocaína decomisada en España (Kg), 1998-2012.

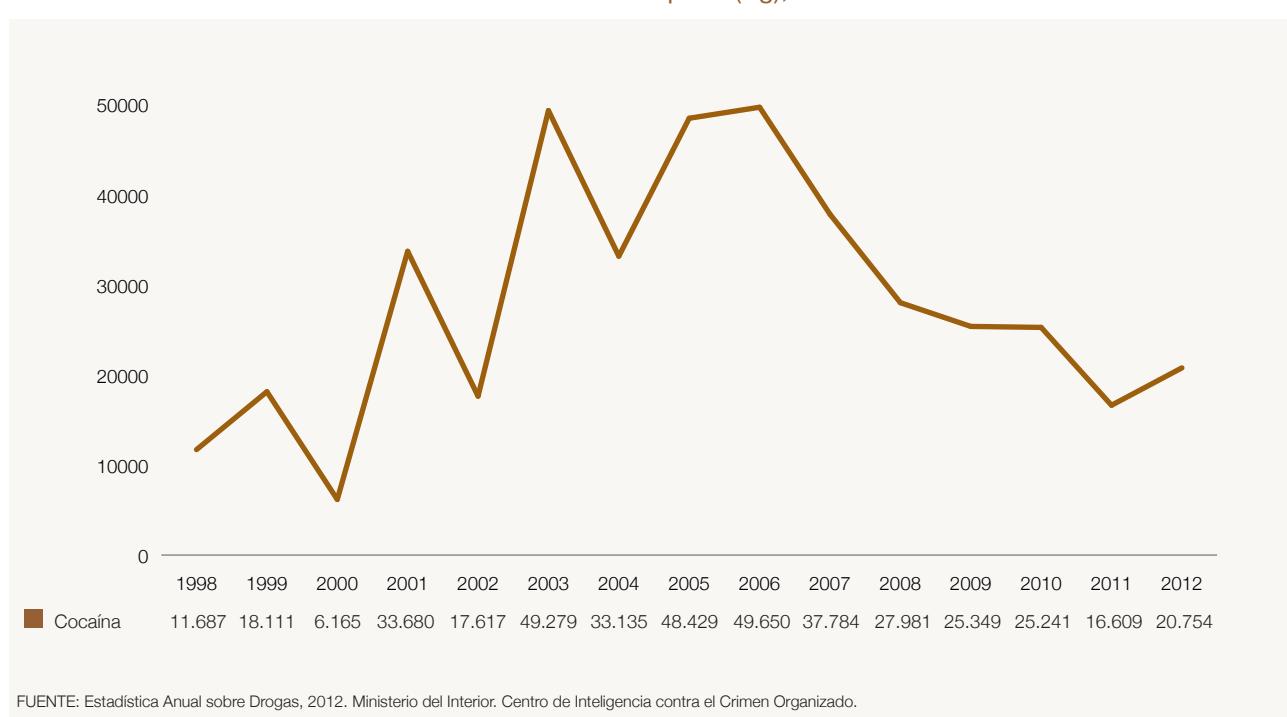


Figura 4.2.3.

Evolución de la cantidad de hachís decomisado en España (toneladas), 1998-2012.

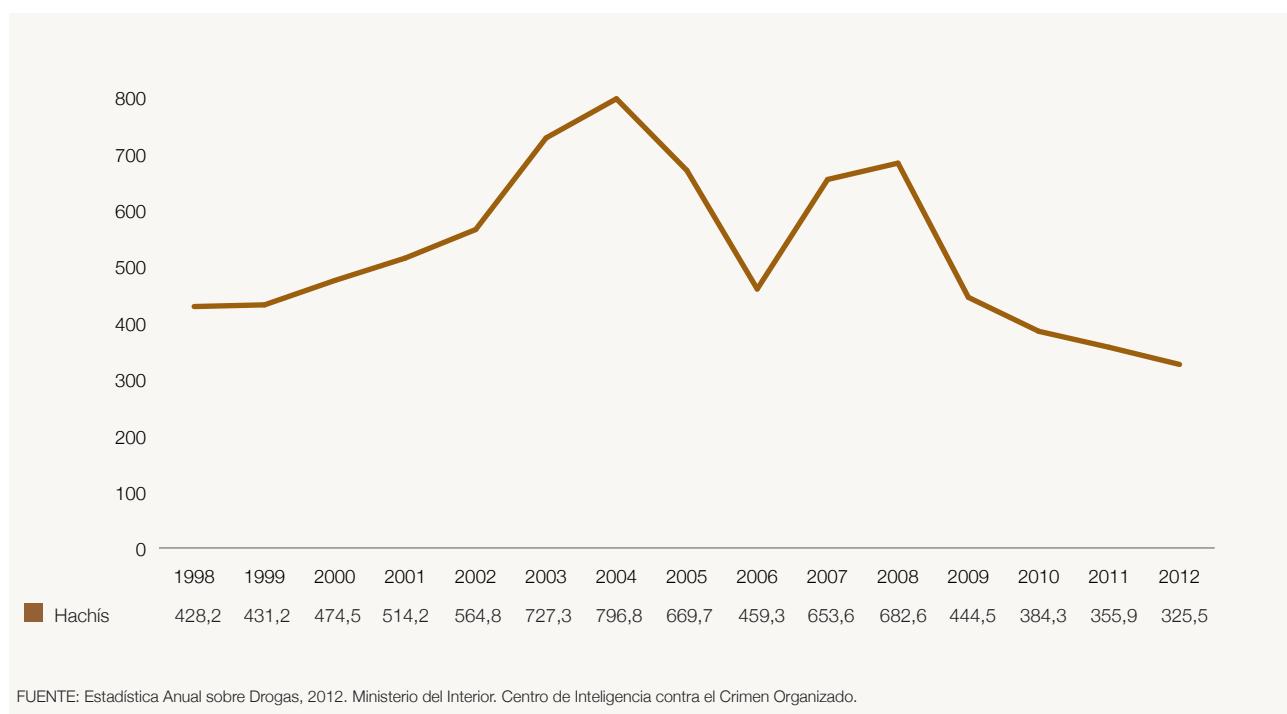
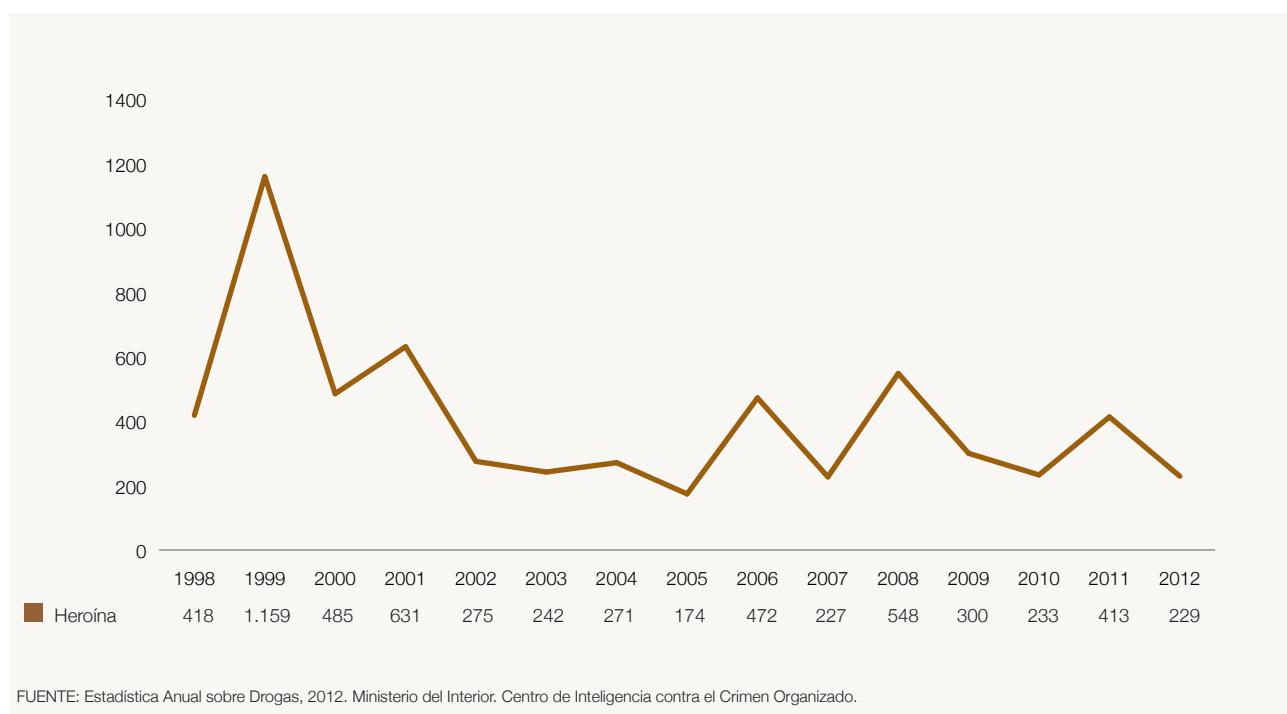


Figura 4.2.4.

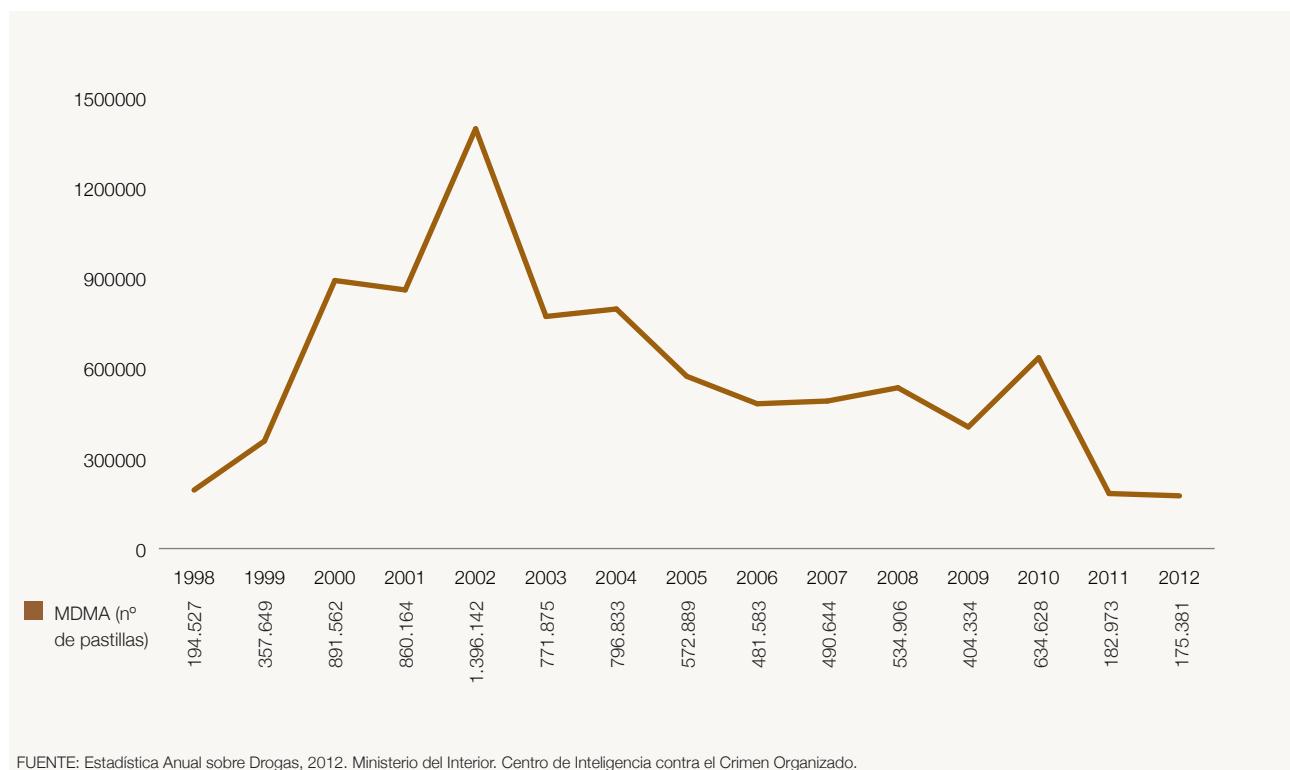
Evolución de la cantidad de heroína decomisada en España (Kg), 1998-2012.



Si se observan las tendencias a medio y largo plazo, más allá de algunas variaciones interanuales, se puede concluir que las tendencias temporales del número de decomisos y de las cantidades decomisadas de las principales drogas psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína, heroína) son bastante consistentes con la evolución de los datos de consumo y problemas de drogas.

Figura 4.2.5.

Evolución de la cantidad de MDMA decomisado en España (nº de pastillas), 1998-2012.



FUENTE: Estadística Anual sobre Drogas, 2012. Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

4.3. Precio y pureza de las drogas decomisadas, 2000-2012

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 a medio plazo se puede observar que ha tendido a ascender el precio del LSD, que ha pasado de 8,8 € la unidad en 2000 a 11,64 € en 2012. También tiende al alza desde 2006, aunque con poca diferencia, el precio del éxtasis, pasando de 9,9 € la unidad a 10,7 € en 2012 (Figura 4.3.1). Si se considera el precio de los decomisos del nivel del gramo, se ha incrementado desde el año 2000 el precio de los cannábicos (resina de hachís y grifa/marihuana), así como el precio de anfetaminas en polvo (*speed*) (Tabla 4.3.1). Por el contrario, el precio del gramo de heroína y de cocaína muestra una tendencia descendente desde el año 2003 (Figura 4.3.2).

Por lo que respecta a 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 2000-2012, 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 2012, la pureza de los grandes decomisos de heroína fue de un 41,59%, de los decomisos del nivel de gramo fue del 31% y de los de nivel de dosis del 21% y, para la cocaína, las cifras fueron, respectivamente, 67%, 42,5% y 35%.

Por lo que respecta a la evolución temporal, la pureza en 2012 sube ligeramente en el pequeño tráfico y menudeo (dosis-gramo), excepto en la dosis de heroína, que se mantiene. Por el contrario la pureza en el mercado mayorista apunta a la baja. Respecto del año anterior, en 2012, la del kilo de heroína descendió un 3,5% y la del kilo de cocaína el 1% (Tabla 4.3.1).

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 la razón de pureza Kg/pureza gramo, y la razón de pureza gramo/pureza dosis. En 2012, para heroína, la razón de pureza Kg/dosis fue 1,97, la razón Kg/gramo 1,33 y la razón gramo/dosis 1,47, mientras que para cocaína las cifras fueron 1,91, 1,57 y 1,21, respectivamente. La cocaína sufre, pues, un menor grado de dilución a lo largo de la cadena de distribución que la heroína. Si se observa la evolución temporal de estas razones a lo largo del período 2000-2012, se comprueba que, para heroína, ha disminuido progresivamente la razón de pureza Kg/g, pasando de 2,00 en 2000 a 1,33 en 2012, así como la razón pureza Kg/pureza gramo que ha pasado de 2,56 a 1,97, mientras que 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 Kg y gramo pero no en el eslabón gramo/dosis. En cuanto a la cocaína, se observa que la razón Kg/g mantuvo cierta estabilidad entre 2000 y 2002, dando comienzo en 2003 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 (Tabla 4.3.2).

Figura 4.3.1.

Precios medios de las drogas en el mercado ilícito (€). España, 2000-2012.

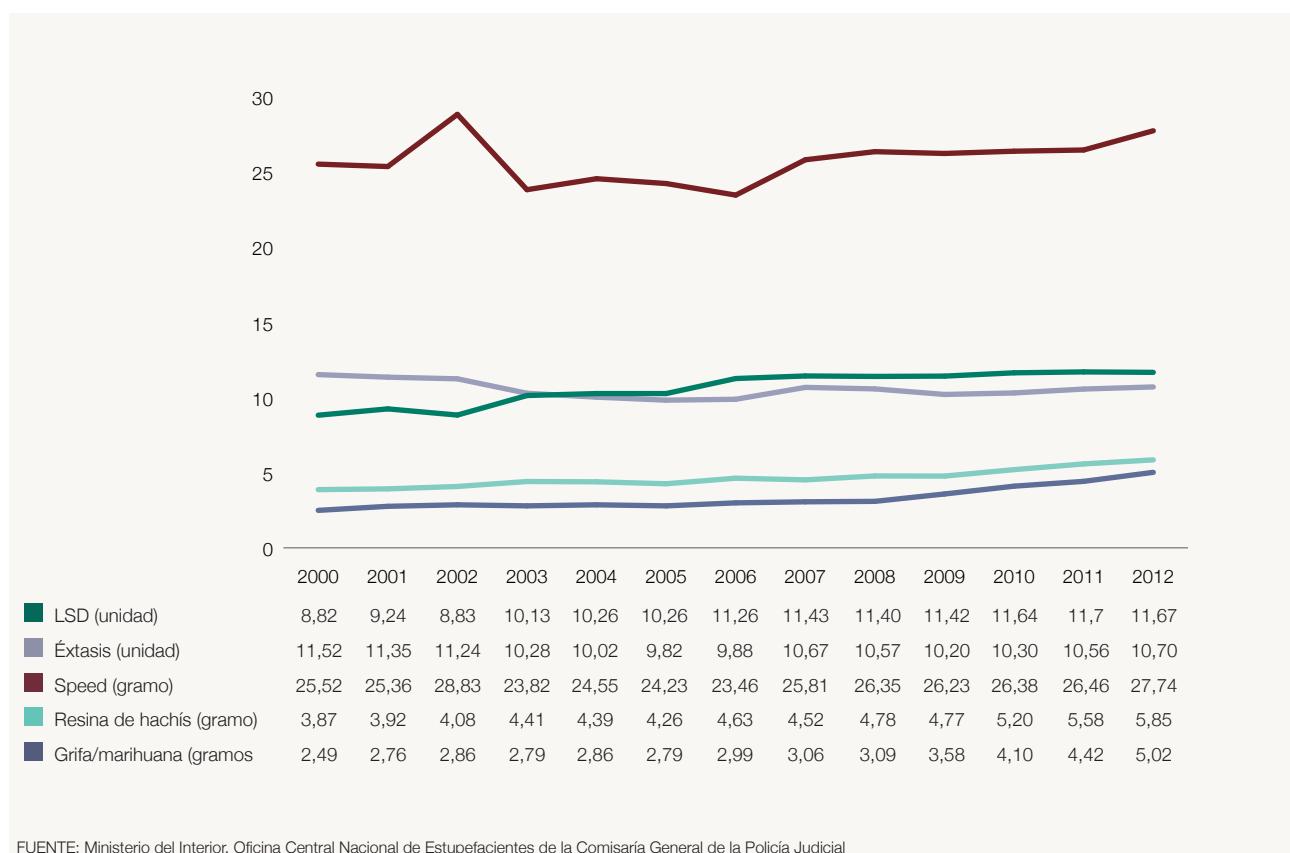


Figura 4.3.2.

Precios medios de la heroína y la cocaína en el mercado ilícito (€). España, 2000-2012.

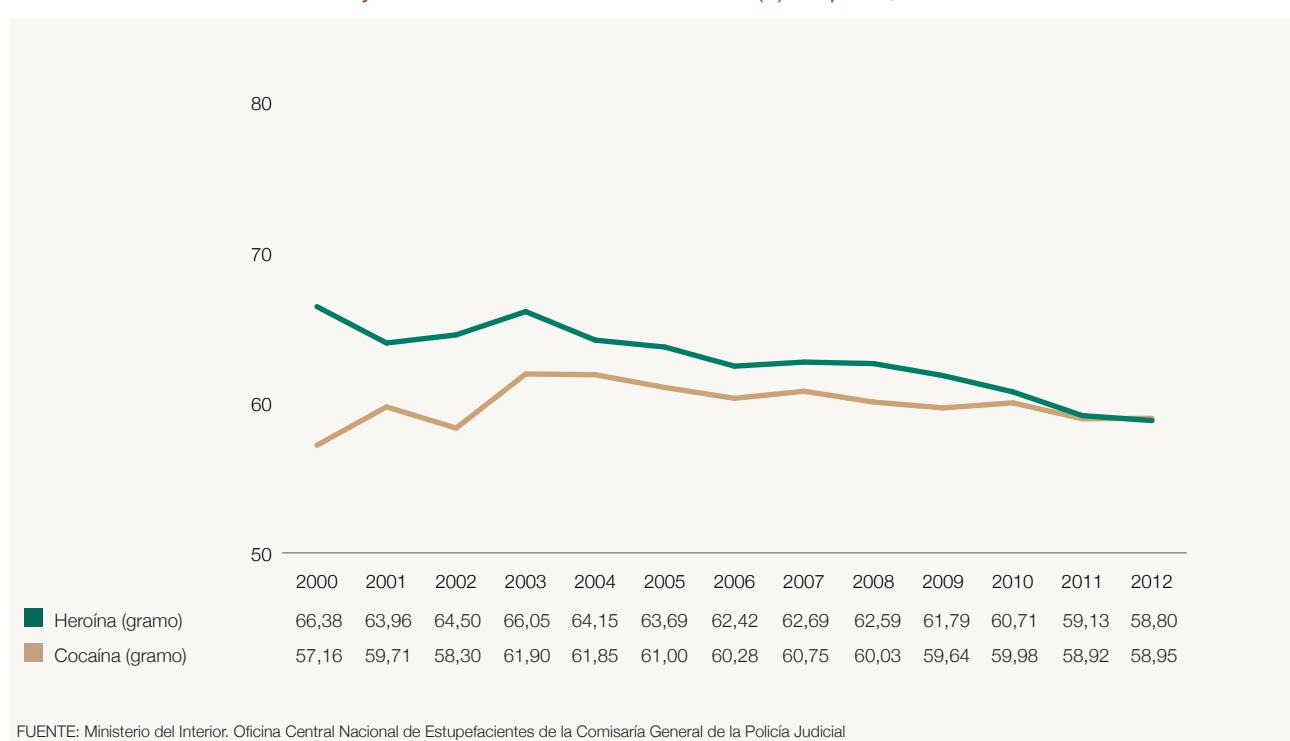


Tabla 4.3.1.

Precios (€) y purezas medias (%) de las drogas en el mercado ilícito. España, 2000-2012.

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
LSD														
Unidad	Precio	8,8	9,2	8,8	10,1	10,3	10,3	11,3	11,4	11,4	11,42	11,64	11,7	11,6
Extasis														
Unidad	Precio	11,5	11,4	11,2	10,3	10,0	9,8	9,9	10,7	10,6	10,2	10,3	10,56	10,7
Speed														
Dosis	Precio	8,4	8,6	8,7	8,7	8,8	9,1	9,0	9,6	9,2	9,59	10,53	10,85	10,47
Gramo	Precio	25,5	25,4	28,8	23,8	24,6	24,2	23,5	25,8	26,4	26,23	26,38	26,46	27,74
Kilogramo	Precio	16.184	17.479	17.395	17.617	17.389	17.780	17.771	17.689	17.516	17.318	17.692	17.255	17.464
Resina de hachís														
Gramo	Precio	3,9	3,9	4,1	4,4	4,4	4,3	4,5	4,5	4,8	4,8	5,2	5,6	5,85
Kilogramo	Precio	1.456	1.504	1.407	1.362	1.398	1.297	1.299	1.386	1.417	1.418	1.447	1.460	1.555
Grifa/marihuana														
Gramos	Precio	2,5	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8	3,0	3,1	3,1	3,58	4,1	4,42	5,02
Kilogramo	Precio	1.064	1.094	1.106	1.064	833	816	796	805	790,5	811	897	1.060	1.077
Heroína														
Dosis	Pureza (%)	25	26	26	22	22,5	24	22	22	22,5	22	21	21	21
	Precio	10,2	9,2	9,3	9,8	9,6	9,9	10,1	10,5	10,3	10,6	10,7	10,32	11,0
Gramo	Pureza (%)	32	34	34	32	29	30	32	32,5	32,5	31,5	31,5	30,5	31
	Precio	66,4	64,0	64,5	66,0	64,2	63,7	62,4	62,7	62,6	61,8	60,7	59,13	58,8
Kilogramo	Pureza (%)	64	51	53	49	49	47,5	47,5	47,5	46,0	43,5	45	44	41,5
	Precio	38.738	41.965	43.298	42.845	36.927	37.193	37.756	35.791	34.474	33.528	33.360	31.897	32.677
Cocaína														
Dosis	Pureza (%)	45	44	43	40	42	43	46	41,5	40,5	38,5	36,5	34,5	35
	Precio	11,7	13,6	13,2	13,9	13,2	13,3	14,1	14,2	15,1	13,9	12,7	16,35	16,45
Gramo	Pureza (%)	53	52	50	51	51	53	54	50,5	49,5	49	45,5	42	42,5
	Precio	57,2	59,7	58,3	61,9	61,9	61	60,7	60,8	60,0	59,6	60,0	58,9	58,9
Kilogramo	Pureza (%)	74	73	71	74	75	75	73	72,5	72,0	72,5	71	68	67
	Precio	33.358	34.640	34.570	34.364	33.653	32.758	33.365	33.771	33.122	33.039	33.995	34.294	34.073

FUENTE: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial.

Tabla 4.3.2.**Razones de pureza de los decomisos de heroína y cocaína. España, 2000-2012.**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Decomisos de heroína													
Razón Kg/dosis	2,56	1,96	2,04	2,13	2,23	2,00	2,09	2,16	2,04	1,98	2,14	2,09	1,97
Razón Kg/gramo	2,00	1,50	1,56	1,53	1,69	1,60	1,50	1,46	1,42	1,38	1,43	1,44	1,33
Razón g/dosis	1,28	1,31	1,31	1,39	1,32	1,25	1,39	1,48	1,44	1,43	1,50	1,45	1,47
Decomisos de cocaína													
Razón Kg/dosis	1,64	1,66	1,65	1,85	1,79	1,74	1,66	1,79	1,78	1,88	1,95	1,97	1,91
Razón Kg/gramo	1,40	1,40	1,42	1,45	1,47	1,42	1,38	1,44	1,45	1,48	1,27	1,61	1,57
Razón g/dosis	1,18	1,18	1,16	1,28	1,21	1,23	1,20	1,22	1,22	1,27	1,25	1,21	1,21

FUENTE: Elaboración propia del OEDT a partir de datos de: Ministerio del Interior. Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial.

4.4. Detenidos por tráfico de drogas y denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, 2001-2012

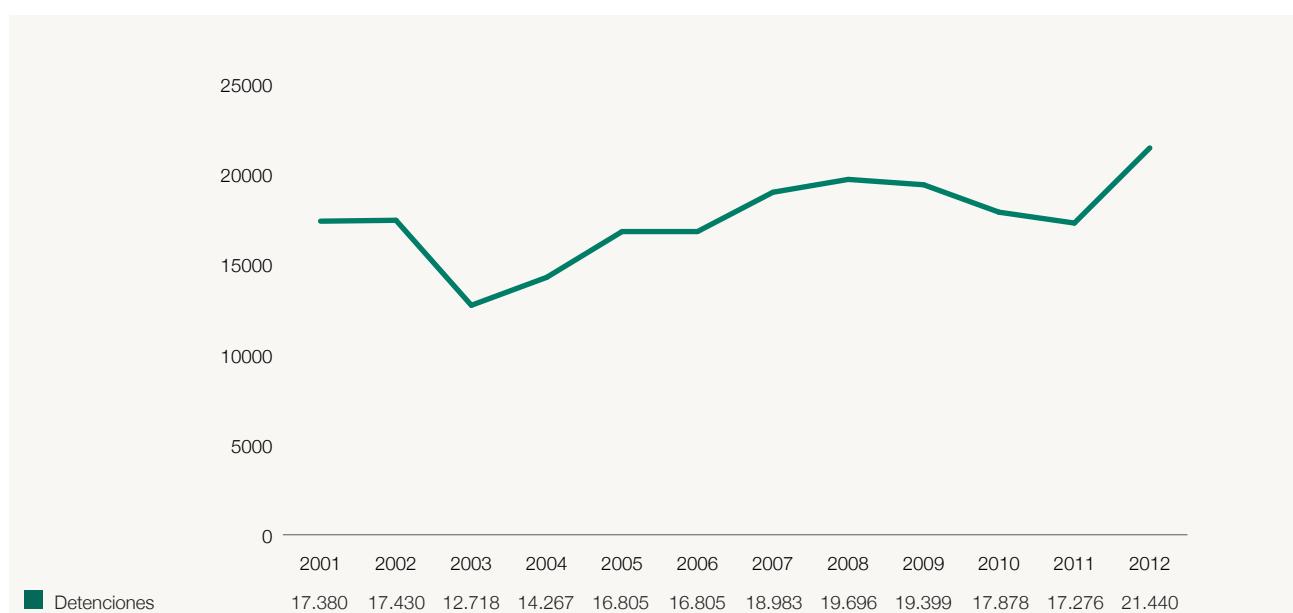
En el año 2012 se registraron 21.440 detenciones por tráfico de drogas conforme a los datos del Ministerio del Interior, frente a 17.276 en 2011. Por su parte, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas fueron 356.052 frente a 375.019 en 2011. Desde 2001, tanto el número de detenciones realizadas, como el de denuncias, siguen una tendencia ascendente, como se puede observar en las Figuras 4.4.1 y 4.4.2.

En 2012, la mayor parte de las detenciones y de las denuncias estuvieron relacionadas con los derivados del cannabis (55,8% y 87%, respectivamente) o con los cocaínicos (30,5% y 9,2%, respectivamente) (Figura 4.4.3). Tanto los detenidos como los denunciados eran en una gran mayoría varones. Por lo que respecta a la edad, la mayor parte de los detenidos tenía entre 19 y 40 años. Esto sucede también con los denunciados aunque, en este caso, hay una gran concentración de los casos en el grupo de 19 a 25 años (Figuras 4.4.4 y 4.4.5).

En 2012, las Comunidades Autónomas con más detenciones fueron Andalucía (28,2%), la Comunidad Valenciana (14,2%) y Comunidad de Madrid (12,6%), seguidas por Ceuta (8,3%) y las Islas Canarias (5,5%). Así mismo, Andalucía fue la Comunidad donde se produjo también un mayor número de denuncias por consumo o posesión ilícita de drogas, seguida por la Comunidad Valenciana, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Canaria (Tabla 4.4.3).

Figura 4.4.1.

Detenciones por tráfico de drogas (números absolutos). España, 2001-2012.



NOTA: Estas cifras no coinciden con la suma de detenciones de la Tabla 4.4.1 ni con las N de la Figura 4.4.3, porque una misma persona puede haber sido detenida por tráfico de varias drogas y a la hora de clasificarla por sustancia se ha contado más de una vez.

FUENTE: Estadística Anual sobre Drogas, 2012. Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.4.2.

Denuncias basadas en la Ley Orgánica 1/1992 por tenencia y consumo de drogas en lugar público (números absolutos). España, 2001-2012.

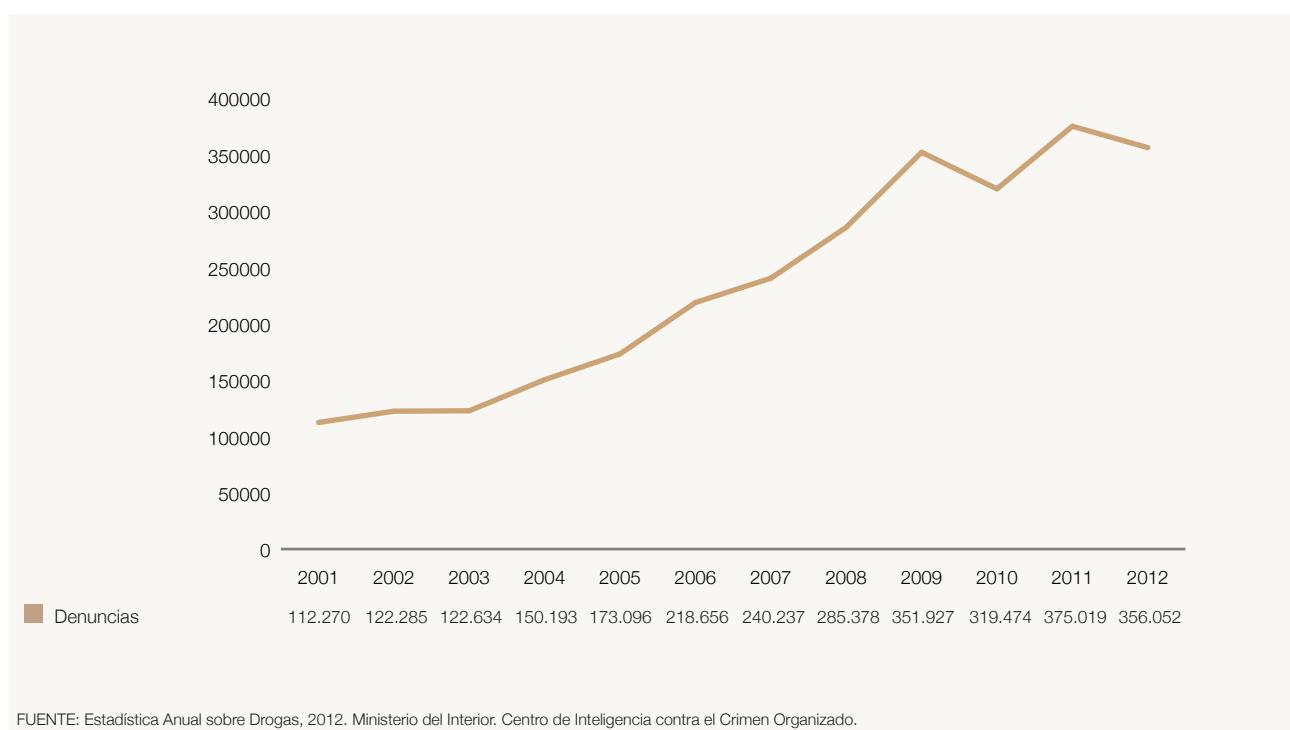


Figura 4.4.3.

Distribución por tipo de sustancias de las detenciones y de las denuncias (porcentajes). España, 2012.

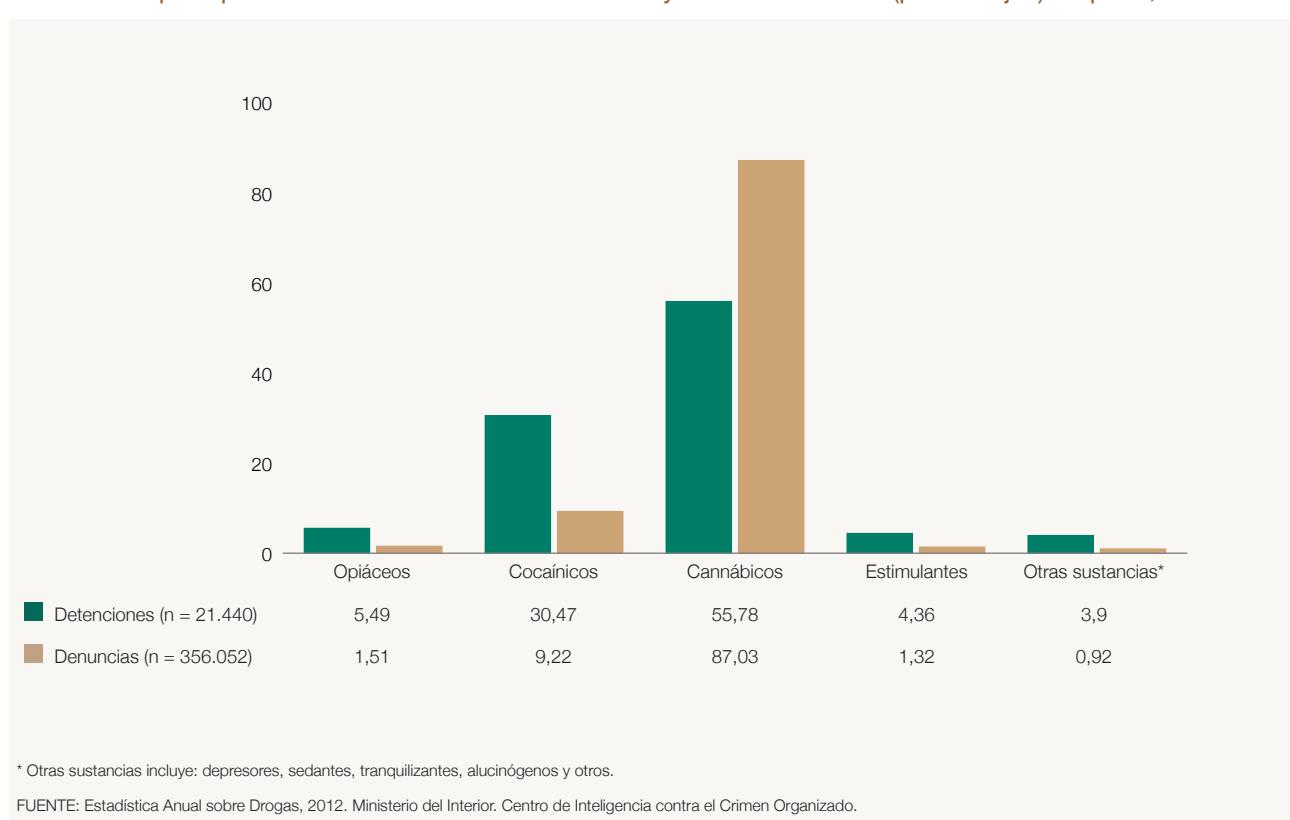
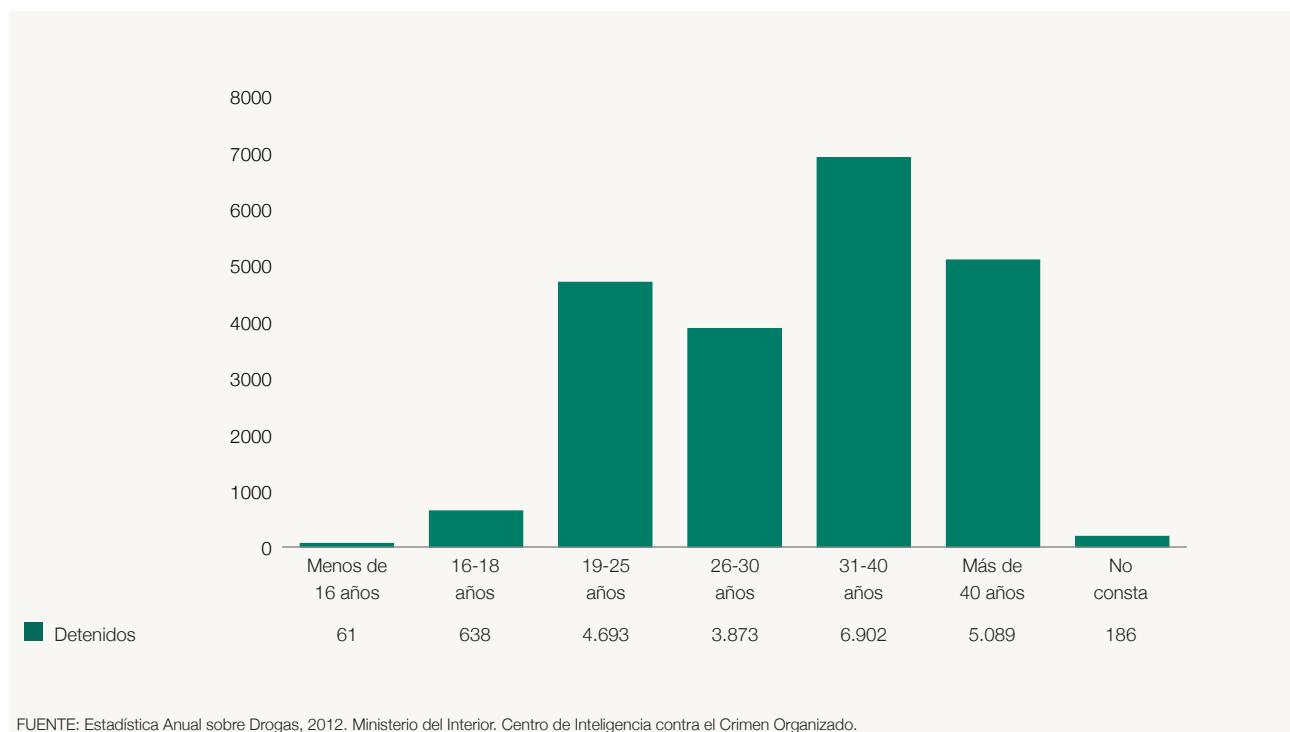


Figura 4.4.4.

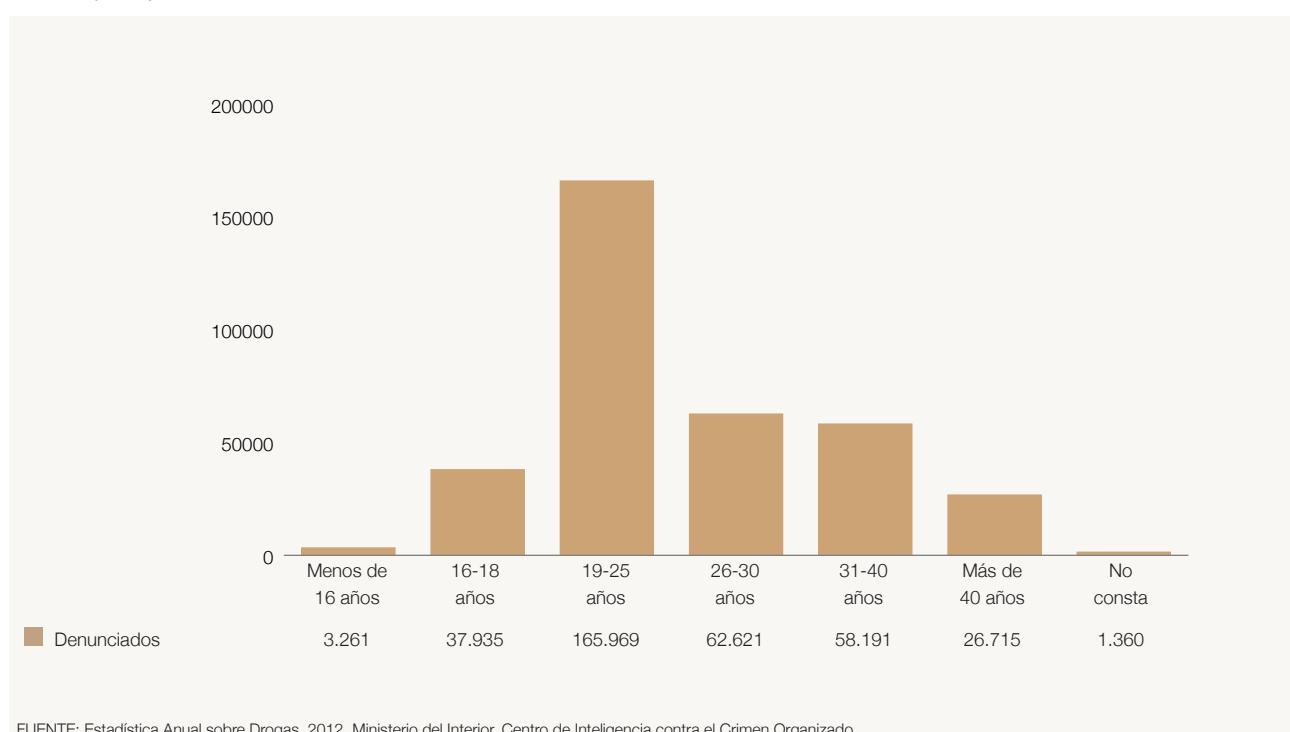
Distribución de los detenidos por tráfico de drogas, por grupos de edad (números absolutos). España, 2012.



FUENTE: Estadística Anual sobre Drogas, 2012. Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Figura 4.4.5.

Distribución por grupos de edad de los denunciados por consumo o tenencia ilícita de drogas (números absolutos). España, 2012.



FUENTE: Estadística Anual sobre Drogas, 2012. Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 4.4.1.**Evolución de las detenciones por familias de drogas (números absolutos). España, 2006-2012.**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cannábicos	9.277	10.763	11.963	11.799	11.145	11.707	14.879
Cocaínicos	7.737	9.111	8.634	8.366	7.649	6.684	8.128
Opiáceos	1.222	1.381	1.613	1.392	1.585	1.090	1.465
Estimulantes	1.272	1.456	1.106	1.010	1.010	1.188	1.164
Depresivos, sedantes y tranquilizantes	521	552	654	613	644	656	811
Alucinógenos	63	126	96	128	93	95	189
Otras sustancias no clasificadas	2	9	3	4	13	20	39
Total detenciones	20.094	23.398	24.069	23.312	22.139	21.440	26.675

Nota: las detenciones en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por familia. En otras sustancias no clasificadas se incluyen las aportaciones al Sistema de Análisis, Evaluación y Explotación de Datos sobre Drogas (SENDA) donde no se menciona el nombre de la sustancia intervenida.

FUENTE: Estadística Anual sobre Drogas, 2012. Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 4.4.2.**Evolución de las denuncias por familias de drogas (números absolutos). España, 2006-2012.**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cannábicos	173.794	193.919	237.417	299.286	272.981	326.894	315.112
Cocaínicos	39.227	40.743	42.229	44.764	37.609	38.734	33.380
Opiáceos	6.413	7.187	7.868	10.080	9.319	7.524	5.485
Estimulantes	5.290	5.165	5.027	4.032	3.962	5.055	4.782
Depresivos, sedantes y tranquilizantes	1.065	1.224	1.691	2.115	1.983	2.357	2.247
Alucinógenos	120	137	160	624	607	1.159	743
Otras sustancias no clasificadas	0	0	793	476	315	298	331
Total denuncias	225.909	248.375	295.185	361.377	326.776	382.021	362.080

Nota: las denuncias en las que se incautan sustancias de diferentes familias de drogas, se contabilizan una vez por cada familia.

FUENTE: Estadística Anual sobre Drogas, 2012. Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

Tabla 4.4.3.

Detenidos por tráfico de drogas y denunciados por consumo y/o tenencia ilícita de drogas, por Comunidad Autónoma (números absolutos y %). España, 2012.

	Detenidos	% sobre total	Denunciados	% sobre total
Andalucía	6.039	28,2	98.274	27,6
Aragón	450	2,1	10.323	2,9
Cantabria	179	0,8	5.409	1,5
Castilla-La Mancha	829	3,9	12.290	3,5
Castilla y León	630	2,9	15.165	4,3
Cataluña	928	4,3	1.056	0,3
Ceuta	1.770	8,3	4.675	1,3
Extremadura	463	2,2	7.566	2,1
Galicia	787	3,7	8.854	2,5
Islas Baleares	706	3,3	8.844	2,5
Islas Canarias	1.174	5,5	33.639	9,4
La Rioja	109	0,5	1.814	0,5
Madrid	2.706	12,6	59.363	16,7
Melilla	226	1,1	5.842	1,6
Navarra	164	0,8	3.656	1,0
País Vasco	217	1,0	668	0,2
Principado de Asturias	398	1,9	5.371	1,5
Región de Murcia	637	3,0	12.502	3,5
Valencia	3.028	14,1	60.741	17,1
Total	21.440	100	356.052	100,0

FUENTE: Estadística Anual sobre Drogas, 2012. Ministerio del Interior. Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado.

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.msc.es/>

Encuesta Nacional de Salud

<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>

MINISTERIO DEL INTERIOR

<http://www.interior.gob.es/>

Centro de Inteligencia contra el Crimen contra el Crimen Organizado (CICO)

<http://www.intelpage.info/centro-de-inteligencia-contra-el-crimen-organizado.html>

Dirección General de Tráfico

<http://www.dgt.es/es/>

MINISTERIO DE HACIENDA Y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

<http://www.minhap.gob.es/>

Comisionado para el Mercado de Tabacos

<http://www.cmtabacos.es>

MINISTERIO DE ECONOMIA Y COMPETITIVIDAD

<http://www.mineco.gob.es/>

Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

<http://www.isciii.es/>

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONUDD)

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC)

<http://www.unodc.org/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

<http://www.who.int/>

Abuso de sustancias psicoactivas. Management of Substance Abuse

www.who.int/substance_abuse/en/

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/>

CONDUCTAS DE SALUD EN NIÑOS (HBSC)

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

<http://www.hbsc.org/>

COMISION EUROPEA. EUROBAROMETRO

EUROPEAN COMMISSION. EUROBAROMETER

http://ec.europa.eu/public_opinion/